

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ZAMLKLÉHO
POTRATU A JEHO DOPAD NA PARTNERSKÝ VZTAH
OPTIKOU ŽEN

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MISSED ABORTION AND ITS IMPACT ON THE
PARTNERSHIP FROM THE PERSPECTIVE OF WOMEN



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Tereza Tatičková**

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

Olomouc

2023

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Veronice Šmahajové PhD. za odborné vedení práce, za její trpělivost, cenné rady a podporu při psaní práce. Velké poděkování patří všem ženám, které mi věnovaly čas a byly ochotné zúčastnit se studie, protože bez nich by výzkum nemohl být proveden. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu a pomoc při psaní této práce a velké díky patří také mým spolužákům a kamarádům, kteří mi nejméně věnovali slova podpory.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: *„Psychologické aspekty zamklého potratu a jeho dopad na partnerský vztah optikou žen“* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis:.....

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Těhotenství.....	10
1.1 Průběh těhotenství	10
1.2 Psychická stránka těhotné ženy	11
1.3 Prenatální diagnostika	11
2 Potrat.....	13
2.1 Definice potratu.....	13
2.2 Druhy potratů a jejich četnost	14
2.3 Etiologie spontánního potratu	16
2.4 Možnosti řešení potratu.....	19
2.4.1 Revize dutiny děložní (kyretáž).....	19
2.4.2 Medikamentózní řešení	20
2.4.3 Metoda vyčkávání.....	22
2.4.4 Srovnání dostupných možností	23
3 Partnerský vztah.....	25
3.1 Vymezení pojmů	25
3.2 Vývoj partnerského vztahu	26
3.3 Partnerská krize	27
3.4 Spokojenost v partnerském vztahu.....	30
3.5 Alternativní formy soužití	31
3.5.1 Nesezdané soužití	32
3.5.2 Nedobrovolná bezdětnost	32
3.5.3 Living apart together (LAT)	33
4 Ztráta jako krize	35
4.1 Truchlení	35

4.1.1	Truchlení žen a mužů	35
4.1.2	Fáze truchlení a faktory ovlivňující truchlení	36
4.1.3	Komplikované truchlení	38
4.2	Psychický dopad potratu na ženy	39
4.3	Psychický dopad potratu na muže	41
4.4	Srovnání psychického dopadu potratu na muže a ženy	42
4.5	Dopad přístupu lékařů na prožitek potratu	43
4.6	Vyrovňávání se se ztrátou	45
5	Dopad potratu na partnerský vztah	47
	EMPIRICKÁ ČÁST	51
6	Výzkumný problém, cíl a otázky	52
6.1	Výzkumný problém	52
6.2	Výzkumný cíl, výzkumné otázky	52
7	Metodický rámec výzkumu	53
7.1	Výběr výzkumného souboru	53
7.2	Výzkumný soubor	54
7.3	Metody získávání dat	55
7.4	Metoda zpracování dat	56
7.5	Metoda vyhodnocování dat	57
7.6	Etické aspekty výzkumu	58
8	Analýza dat	59
8.1	Představení jednotlivých participantek	59
8.1.1	Lucie	59
8.1.2	Sofie	59
8.1.3	Aneta	60
8.1.4	Karolína	60
8.1.5	Zuzana	60
8.2	Vlastní reflexe tématu	62

8.3	Analýza jednotlivých případů	62
8.3.1	Lucie	62
8.3.2	Sofie	64
8.3.3	Aneta	66
8.3.4	Karolína	68
8.3.5	Zuzana	71
8.4	Interpretace	74
8.4.1	Prožitek zamlklého potratu	74
8.4.2	Dopad na partnerský vztah	77
8.5	Odpovědi na výzkumné otázky	80
9	Diskuse	83
9.1	Zhodnocení výsledků výzkumu	83
9.2	Limity a rizika studie	87
9.3	Praktický přínos a náměty pro další zkoumání	87
10	Závěr	89
	Souhrn	91
	Seznam použité literatury	94
	Seznam příloh	105

„Nevýhoda rodičů, kteří přijdou o děti, je, že o svých živých dětech můžou mluvit a o svých živých, nebo už neživých rodičích taky můžou mluvit, ale o svých ztracených dětech moc mluvit nemůžou. Takže pro mě je to příležitost mluvit o svých dětech, které tady sice nemám fyzicky, ale se mnou budou pořád.“ (participantka Zuzana)

Úvod

S výběrem tématu své bakalářské práce jsem vstupovala na neznámou půdu – do neznámé oblasti vědeckého bádání a do nepoznané problematiky zamlklých potratů. S vybraným tématem nemám žádnou osobní zkušenost. Nemám ve svém širokém okolí osoby, které by ztrátu miminka prožily, a nikdy jsem nikoho neslyšela o tomto tématu mluvit. Řekla bych, že si téma našlo mě. Od prvotních myšlenek o tématu mé bakalářské práce mě toto téma přitahovalo. Věděla jsem, že téma je přímo pro mě, neboť jsem v něm spatřovala velký smysl. Při hlubším proniknutí do tématu mě problematika ztráty miminka úplně pohltila a začala jsem v ní vidět ještě větší smysl. Při psaní a bádání mě vedla touha přispět k tomu, aby se problematika ztráty miminka dostala do povědomí širší veřejnosti, aby se o ní lidé nebáli mluvit a aby nebyla tolik tabuizovaná.

Ztráta miminka je obrovskou zátěží pro partnery. Existuje mnoho studií, které se zabývají ztrátou dítěte v pokročilejších fázích těhotenství, ve II. a III. trimestru. V tomto období se na miminko těší nejen partneri, ale i příbuzní, známí a širší okolí. Takováto ztráta je společností respektována a vnímána jako veliká tragédie. Přestože potrat v rané fázi těhotenství je velmi častý, není mu věnována velká pozornost. Pro okolí, které zatím o těhotenství neví nebo nevidí jasné projevy (například rostoucí břicho maminky), může být velmi těžké takovou ztrátu pochopit. Ženy se často po zamlklém potratu setkávají s neporozuměním (Mercier et al., 2020), i když smutek, který prožívají, je srovnatelný se ztrátou miminka ve vyšším stádiu těhotenství (de Oliveira et al., 2022; Kilshaw & Borg, 2020, citováno v McIntyre et al., 2022). Mým hlavním cílem je upozornit na toto téma a více přiblížit, co žena při ztrátě miminka v rané fázi těhotenství zažívá.

Široká veřejnost potrat spojuje výhradně se ženami, protože uvnitř nich se to celé odehrává. Nicméně potrat ovlivňuje i partnery. Jedná se o skutečnost, se kterou se musí vyrovnat oba partneri, přestože muž často nemá na truchlení prostor. Prožitek potratu muže a ženy může být odlišný a potrat může určitým způsobem ovlivnit i vztah mezi partnery (Hráská & Špaňhelová, 2020).

Ve své práci se zaměřím na zamlklé potraty, též označovány jako zamlklé těhotenství. Lze použít oba termíny, ale v odborné literatuře (Roztočil, 2011; Zwinger, 2004) a v praxi odborníků (I. Kafková, osobní sdělení, 14. března 2023) vycházejí z překladu anglického termínu missed abortion, tedy zamlklé potraty. Ve své práci rovněž používám pojem zamlklý potrat. Zamlklé potraty jsou druhem spontánních potratů (Roztočil, 2011). Jedná se o situace, kdy je vývoj plodu zastaven, ale plod zůstává nadále

vyživován v děloze (Zwinger, 2004). Jelikož na zamlklé potraty neexistuje příliš mnoho studií, budu ve své práci vycházet ze studií, které se věnují spontánním potratům. Tento přístup je dle mého názoru možný, neboť Volgsten et al. (2018) se své práci porovnávali prožitek žen po zamlklém potratu a spontánním potratu a nezjistili mezi nimi žádné rozdíly.

Hlavním cílem mé práce je prozkoumat, jaký dopad má zamlklý potrat na partnerský vztah. V teoretické části se věnuji vymezením těhotenství a diagnostice v těhotenství se zaměřením na I. trimestr. Dále uvádím definici potratu, etiologii potratu a možnostem řešení potratu. Dále se zaměřuji na partnerský vztah, fáze vztahu, spokojenost ve vztahu a na možné krize, jež mohou partnery potkat. Čtvrtá kapitola je věnovaná dopadu potratu na psychiku ženy a muže. Na závěr teoretické části uvedu výzkumy, které se věnují dopadu potratu na partnerský vztah. V empirické části se zaměřuji na to, jak ženy zamlklý potrat prožívají, co jim pomáhá vyrovnat se se ztrátou miminka, co jim situaci naopak ztěžuje, jak na potrat reaguje partner a jaký dopad má zamlklý potrat na partnerský vztah.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Těhotenství

V první kapitole stručně popíši průběh těhotenství a vývoj plodu. Zaměřím se na psychickou stránku ženy a rovněž na základní vyšetřovací metody, podle nichž se na začátku těhotenství určuje, jak se miminko vyvíjí.

1.1 Průběh těhotenství

Těhotenství se dělí na 3 časové úseky, které se nazývají **trimestry**. Každý trimestr trvá 3 měsíce. Prenatální fázi lze rovněž rozlišit z hlediska vývoje na 3 období: **vývoj plodového vejce, embryonální vývoj a fetální vývoj**. Vývoj plodového vejce trvá do 3. týdne těhotenství a dochází k vývoji placenty, plodových obalů, plodové vody a pupečníku (Roztočil, 2011). Od 3. do 12. týdne těhotenství probíhá embryonální vývoj (vývoj zárodku), při němž dochází k organogenezi (tvorbě orgánů) (Roztočil, 2011). Dle Pařízka (2015) embryonální vývoj končí 8. týdnem po oplození. Za jeho konec se považuje srůst okrajů očních víček. Od 13. týdne těhotenství do narození trvá fetální vývoj, při němž se zárodek mění na plod (Roztočil, 2011).

V I. trimestru (do 12. týdne těhotenství) se vyvíjejí orgány miminka. Dochází k intenzivní diferenciaci buněk. Období I. trimestru je velmi citlivé na vnější i vnitřní vlivy. Riziková perioda je zejména mezi 4. až 8. týdnem gestace (Wilhelmová et al., n.d.) a 80 % potratů proběhne právě v I. trimestru (Zwinger, 2004). Wilhelmová et al. (n.d.) uvádí, že v období od 3. do 6. týdne se vytváří základní model těla. Primitivní cévní systém je funkční ve 4. týdnu a v tomto týdnu se začíná vyvíjet mícha, mozek, dýchací a trávicí systém. (Wilhelmová et al., n.d.). V 8. týdnu má dítě vyvinuty všechny orgány a struktury, ale zatím v nezralé formě. Ve 12. týdnu má plod již zřetelné lidské rysy, pohybuje se, lze rozlišit pohlaví, rostou mu vlasy a nehty, utvářejí se hlasivky a podvěsek mozkový začíná tvořit hormony. Hmotnost plodu je přibližně 8–14 gramů (Wilhelmová et al., n.d.).

Velmi cenným ukazatelem je **srdeční akce**, která je detekovaná ultrazvukem přibližně od 5. týdne těhotenství (Wilhelmová et al., n.d.). Dle Pařízka (2015) je činnost srdce zahájena 4. týden po oplození a první ozvy srdce se objevují 23. den po oplození. Funkci mozku je možné na EEG zaznamenat od 9. týdne (Wilhelmová et al., n.d.).

Období I. trimestru je nejdůležitější z hlediska prevence odhalení vrozených vývojových vad. Každá orgánová soustava má svá **kritická okna**, v nichž je působení škodlivých vlivů (teratogenů) nejkritičtější (Wilhelmová et al., n.d.). Specifický je **vývoj nervové soustavy a mozku**, který se vyvíjí po celou dobu těhotenství a následně i po

narození (Wilhelmová et al., n.d.). Kritické období pro horní ret je například 5. až 9. týden. Pro srdce je to od 3,5. týdne těhotenství do 9. týdne (Wilhelmová et al., n.d.).

V II. trimestru se dotvářejí vzniklé orgány. Dítě reaguje na podněty, v děloze je pohyblivé, roste lanugo a vlasy (Pařízek, 2015). **Ve III. trimestru** růst plodu pokračuje. Na začátku III. trimestru má plod přibližně 1 200 g, proto se také pohybuje méně, neboť je mu v děloze těsno (Pařízek, 2015). Přibližně ve 32. týdnu se u dítěte střídají jednotlivé spánkové rytmy s bdělou fází. Ve 37. týdnu lanugo vymizí a plod je zralý na porod (Wilhelmová et al., n.d.).

1.2 Psychická stránka těhotné ženy

Žena se během těhotenství nemění pouze po tělesné stránce, ale mění se také její psychická stránka. Na psychiku ženy mají vliv tělesné změny a zvýšená produkce hormonů. Dochází k významné změně v životě ženy, neboť se změní její role a hodnoty (Roztočil, 2011). Přestože je těhotenství velmi náročné, většina žen se na něj dobře adaptuje (Wilhelmová et al., n.d.).

Na počátku žena může pociťovat obavy, jak její partner těhotenství přijme (Hájek, 2014). Wilhelmová et al. (n.d.) uvádějí, že až u 50 % žen se projeví reverzibilní benigní těhotenská encefalopatie, která se projevuje únavou, nespavostí, zapomnětlivostí, zmateností a potížemi se čtením. U žen se může objevovat emoční rozladěnost, náladovost, plačtivost stejně jako při premenstruačním syndromu. U žen se mohou střídát etapy radosti a strachu (Pařízek, 2015). Ženy mohou pociťovat obavy z potratu, pokud už nějaký zažily či znají někoho blízkého, který potratil (Hájek, 2014). Ženy také pociťují strach ze ztráty partnera vlivem omezení v sexuálním životě. Na druhé straně se ženy mohou zaměřovat jen na sebe a své těhotenství. Přestávají komunikovat se svým partnerem, což může vést k rozvratu vztahu (Hájek, 2014). Hlavním úkolem v I. trimestru je přijmout těhotenství. Psychická stránka ženy je rovněž ovlivněna tím, zda je miminko plánované a chtěné (Roztočil, 2011).

Ve II. trimestru již žena pociťuje pohyby plodu a cítí se dobře (Roztočil, 2011). Ve III. trimestru se u ženy mohou objevit obavy z porodu či strach z předčasného porodu (Roztočil, 2011). Obavy z porodu jsou výraznější u žen, které rodí poprvé, nebo mají špatnou zkušenost z předchozího porodu (Wilhelmová et al., n.d.).

1.3 Prenatální diagnostika

Ke zjištění, že se těhotenství nevyvíjí odpovídajícím způsobem, dojde většinou na běžné kontrole u gynekologa (The Miscarriage Association, 2022). Při první kontrole lékař

zjišťuje, zda je plodové vejce uloženo v děloze, počet zárodků a srdeční činnost (Pařízek, 2015).

Poslech srdečních ozev gynekolog provádí na každé kontrole, neboť je společně s růstem plodu velmi cenným ukazatelem o vývoji miminka (Pařízek, 2015). Nejčastěji se stane, že srdeční akce není prokázána a velikost miminka neodpovídá stádiu těhotenství. V takovém případě se jedná o zamlklý potrat. Zamlklý potrat může být také diagnostikovaný, pokud byla srdeční akce prokázána, ale vývoj plodu byl zastaven a srdeční akce zmizela. Zamlklý potrat je možné diagnostikovat i v II. trimestru, i když není tolik častý (I. Kafková, osobní sdělení, 14. března 2023).

Velkým vyšetřením v **I. trimestru** je prvotrimestrální screening, který se provádí přibližně ve 12. až 14. týdnu těhotenství (GYNEM, 2021). Screening je složen ze dvou vyšetření: biochemický screening a ultrazvukové vyšetření (Novotný et al., 2011). Biochemický screening se provádí jako první a je při něm ženě odebrána krev, ve které se sledují dva těhotenské hormony (volná podjednotka lidského choriogonadotropinu a plazmatický protein asociovaný s těhotenstvím). Z krve lze poznat riziko trizomie. Rovněž z ultrazvukového vyšetření lze poznat trizomii zejména 21. chromozomu (Novotný et al., 2011). Prvotrimestrální screening slouží k určení vrozených vývojových vad (zejména Downův syndrom), k zjištění přesného stáří plodu a stanovení termínu porodu. Je možné odhalit případné komplikace a zjistit, jaká je struktura plodu (GYNEM, 2021).

Ve II. trimestru se provádí také biochemické vyšetření, které je zaměřené na 3 hormony, a ultrazvukové vyšetření. Biochemie je uskutečněna nejčastěji mezi 16. až 18. týdnem a ultrazvuk mezi 18. až 20. týdnem těhotenství (Novotný et al., 2011). Ultrazvukové vyšetření je preciznější a gynekolog se zaměřuje na stav vnitřních orgánů zejména srdce a mozku. Díky tomuto vyšetření je možné odhalit velké procento srdečních vad a je možné je včas vyléčit (GYNEM 2021). Lékař při vyšetření sleduje také pupečník, měří děložní hrdlo či pupeční šňůru. (GYNEM, 2021).

Ve III. trimestru kolem 30. až 32. týdne těhotenství žena podstupuje ultrazvuk, při kterém se gynekolog zaměřuje na polohu miminka, jeho otočení, růst, množství plodové vody a polohu placenty (GYNEM, 2021). Pokud během těhotenství gynekolog zaznamená nějaké nejasnosti, může být provedeno jiné vyšetření nad rámec standardních, nejčastěji nějaká invazivní metoda (GYNEM, 2021).

2 Potrat

V druhé kapitole se budu zabývat potraty obecně. Nejdříve definuji potrat a související pojmy, dále popíši druhy potratů a uvedu jejich dostupné statistiky. Zaměřím se také na příčiny potratů a na možnosti řešení, jejichž účinnost zhodnotím dle dostupných zdrojů.

2.1 Definice potratu

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2020, s. 6) definuje a rozlišuje potraty následovně:

1. potratem rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž:
 - a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů,
 - b) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.
2. potratem rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů (Zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství).

Ve své práci se budu zabývat první částí definice, tedy spontánními potraty, kdy dochází k nechtěnému ukončení těhotenství. V České republice je stanovena hranice potratu na 22. týden těhotenství (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022), stejně tak i ve Švédsku (Volgsten et al., 2018). V USA je spontánní potrat definován jako ztráta těhotenství v době kratší než 20 týdnů bez volitelné lékařské péče, nebo chirurgických opatření k ukončení těhotenství (Griebel et al., 2005). Ve Velké Británii spontánní potrat definují jako úmrtí plodu před 24. týdnem těhotenství (The Miscarriage Association, 2022).

Potraty jsou úzce spojeny s **hranicí viability plodu**, hranicí životaschopnosti plodu. Pokud plod dosáhne této hranice, je schopen s pomocí lékařské a ošetrovatelské péče přežít (Ratislavová, 2016). Toto rozhraní se postupem času snižuje, neboť se odvíjí od kvality zdravotnictví. Přestože hranice viability není přesně stanovená a různí autoři ji vnímají odlišně, je nejčastěji za hranici viability plodu považována hmotnost plodu nad 500 g a 24. týden těhotenství (Ratislavová, 2016; Hájek, 2014).

Období mezi 22. týdnem těhotenství, kterým je ohraničený potrat, a 24. týdnem, který je stanovený jako hranice viability, je takzvaná **šedá zóna** (Berková, 2022). Hájek (2014) dokonce mluví o šedé zóně od 22. týdne těhotenství až do 25. + 6/7 týdne, neboť dříve byla hranice viability stanovena na 27. týden těhotenství. V tomto období je velké

riziko mortality a péče o extrémně nezralé novorozence je individuální. Hranice viability rovněž určuje hranici, při níž je standardně v případě potřeby zahájena resuscitace. V šedé zóně se respektuje přání rodičů, zda si přejí resuscitaci zahájit, a posuzuje se stav dítěte (Berková, 2022).

V závěru bych ráda zmínila pojem **perinatální ztráta**, který je velmi často předmětem studií a diskuzí. Jedná se o úmrtí dítěte během perinatálního období, tedy od hranice viability plodu, přes porod až do 7 dnů po narození dítěte (Ratislavová, 2016). V takto pokročilejších stádiích těhotenství se ztráta neoznačuje pojmem potrat, ale hovoří se již o porodu. Buď musí být proveden císařský řez, nebo dojde k **porodu mrtvého plodu** (Procházka et al., 2014). Porod mrtvého plodu je velmi často popisován jako mnohem náročnější než porod živého dítěte.

Pro úplnost ještě definuji **mrtvě narozené dítě a časnou novorozeneckou úmrtnost**. WHO (Ratislavová, 2016) hranici mezi mrtvě narozeným a živě narozeným dítětem posuzuje podle známek života, k nimž patří srdeční akce, pulzace pupečníku, dechové pohyby a aktivní pohyby (Hájek, 2014). O mrtvě narozeném plodu hovoříme, pokud dítě neprojevuje ani jednu ze čtyř známek života a má váhu 500 g a více. Nelze-li váhu určit, tak tehdy překročil-li plod hranici viability plodu (Ratislavová, 2016). Časná novorozenecká úmrtí je definováno jako úmrtí živě narozeného dítěte, které zemřelo do 7 dnů po porodu (Hájek, 2014).

2.2 Druhy potratů a jejich četnost

V této podkapitole se zaměřím pouze na samovolné potraty. Uvedu druhy spontánních potratů a jejich četnost v České republice a ve vybraných zahraničních zemích.

Při **samovolném** neboli **spontánním potratu** dochází k samovolnému vypuzení plodu z dělohy před ukončením 22. týdne těhotenství (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022). Tato časná ztráta je velmi častá, proto se doporučuje, aby pár se sdělením o přírůstku do rodiny počkal alespoň do 12. týdne těhotenství, neboť vývoj plodu je poté stabilnější (zejména se objeví srdeční činnost). I když okolí o těhotenství ještě neví, neznamena to, že by ztráta nebyla pro páry náročná. Může se však jednat o jeden z důvodů, proč je raná ztráta tolik bagatelizovaná. Domněnku potvrzuje i výzkum z roku 2019, v němž autoři zjistili, že ztráta dítěte před 20. týdnem těhotenství je často přehlížena jako vážná ztráta pro páry a rodiny (Chavez et al., 2019).

Nejnovější statistiky o potratech jsou dostupné na internetových stránkách ÚZIS z roku 2020. Povinnému hlášení podléhají všechny druhy potratů. Metodika Národního

registru potratů stanovuje, kdo má povinnost potraty hlásit: „*Při hlášení samovolných potratů, ostatních potratů a prokázaného mimoděložního těhotenství hlásí požadované údaje lékař poskytovatele lůžkové péče, kde byla žena ošetřována. Došlo-li k potratu mimo lůžkové zařízení, podá hlášení lékař, který byl potratu přítomen nebo ženu dodatečně ošetřil.*“ (Ústav zdravotnických informací a statistik ČR, 2019, s. 7). Ve statistice by měly být zahrnuty i potraty žen, které proběhly v domácím prostředí.

Podle ÚZIS (2020) v roce 2020 došlo k 11 494 samovolným potratům. Nejvíce potratů spadá do 8. týdne těhotenství, a to konkrétně 8 084. V rozmezí od 9. do 12. týdne těhotenství ženy prodělaly 3 367 spontánních potratů. Potraty po 13. týdně těhotenství jsou vzácnější a za rok 2020 jich ženy zažily 666 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022). To potvrzuje i Zwinger (2004), který udává, že k 80 % samovolných potratů dochází v I. trimestru těhotenství. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2021) udává, že 10 % všech těhotenství končí potratem. Z dostupných statistik ženy prodělaly nejvíce spontánních potratů v roce 1975, a to 20 812. Co se týká věkového rozmezí, tak ženy prožijí nejvíce potratů ve věku od 30 do 34 let (za rok 2020 3 509 potratů) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022), což není nic překvapivého, neboť v tomto věkovém rozmezí se nejvíce párů snaží o děti.

Zamlklý potrat (missed abortion), někdy označovaný jako zamlklé těhotenství, je považován za druh spontánního potratu (Roztočil, 2011). Jedná se o potrat, při němž se vývoj plodu zastaví a plod odumře, ale zůstává vyživován v děloze. Žena nepocítuje žádné klinické příznaky potratu (krvácení nebo bolesti) (Zwinger, 2004). Zamlklý potrat je nejčastěji diagnostikován v I. trimestru těhotenství, kdy není vyvinuta srdeční akce. Výjimečně může být zamlklý potrat odhalen i v II. trimestru, kdy byla srdeční akce prokázána, ale následně po zastavení vývoje plodu srdeční aktivita zmizela. U zamlklého potratu je tedy důležité, že není prokázána srdeční činnost. (I. Kafková, osobní sdělení, 14. března 2023). Zamlklý potrat je většinou odhalen na rutinní kontrole. Žena se stále cítí těhotná, může mít pozitivní těhotenský test, nemá důvod o svém těhotenství pochybovat, a proto je zamlklý potrat velkým šokem pro pár (The Miscarriage Association, 2022).

Z hlediska stáří plodu se rozděluje spontánní **potrat** na **časný (raný)** a **pozdní**. Raný potrat se definuje jako samovolné ukončení těhotenství v I. trimestru, tedy do 12. gestačního týdne (Zwinger, 2004). Roztočil (2011) uvádí, že zhruba 70 % všech početí nedosáhne období viability plodu, přičemž přibližně v 50 % dojde k potratu ještě před menstruací ženy, tudíž většina těhotenství není ani diagnostikována. Pozdní potrat je ztráta těhotenství mezi 12. až 20. týdnem těhotenství (Zwinger, 2004).

Dále bych ráda popsala **potrat úplný** a **neúplný**. Úplný potrat znamená, že vše odešlo z dělohy matky. Naopak neúplný potrat může být komplikací, neboť vše nebylo z dělohy odloučeno (Roztočil, 2011). Dále ještě existuje pojem **septický potrat**, který je spojený s infekcí a přináší komplikace (Griebel et al., 2005).

Dále se používá pojem **hrozící potrat**. Tím se označuje stav, kdy se u žen objeví nějaké komplikace, například krvácení nebo bolest podbříšku. Děložní hrdlo zůstává uzavřené a těhotenství pokračuje dále (Hájek, 2014). Hendriks et al. (2019) zjistili, že přibližně 25 % žen zažije krvácení během I. trimestru. Krvácení v rané fázi těhotenství je poměrně časté. Z jiné studie vyplývá, že polovina žen, která zažila lehké krvácení během prvních 12 týdnů těhotenství, úspěšně porodila zdravé dítě (Volgsten et al., 2018). Nicméně jiná studie srovnávala 493 žen s hrozícím potratem se 470 ženami bez krvácení během I. trimestru a zjistila, že u žen, u kterých se vyskytlo krvácení během prvních 12 týdnů těhotenství, je větší riziko předčasného porodu, potratu, nebo nižší gestační hmotnosti. Průměrná doba těhotenství byla u žen s hrozícím potratem 243 dní a v porovnání se ženami bez komplikací byla o 20 dnů kratší (Yakıştıran et al., 2016). Je tedy zapotřebí vnímat krvácení v rané fázi těhotenství za rizikové a poskytnout ženě potřebnou prenatální péči.

Jako poslední bych ráda zmínila **opakované potraty**. Každou ženu, která zažila potrat, během dalšího těhotenství doprovází ohromné strachy, že se to bude opakovat. Opakovaný potrat znamená, že žena zažila tři a více po sobě jdoucích ztrát těhotenství (Griebel et al., 2005). Ráda bych uvedla, že dle statistiky jsou tři a více potratů velmi vzácné. V roce 2020 jich proběhlo 306 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022). Nejčastější je prožitek jednoho potratu, kterých se stalo v roce 2020 8 876. Druhou nejpočetnější skupinou je druhý potrat, ale i toto číslo je výrazně snižené oproti první skupině, tedy 2 309 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022). Ze statistik můžu interpretovat, že když žena zažije jeden potrat, neznamena to, že je velká pravděpodobnost, že by měla následovat i ztráta druhého těhotenství.

2.3 Etiologie spontánního potratu

Příčin spontánního potratu může být samozřejmě nespočet a není v mých silách obsáhnout všechny. Roztočil (2011) uvádí, že přibližně v 50 % není příčina známá. Pokud k potratům nedochází opakovaně, nejsou prováděna žádná detailní vyšetření (Zwinger, 2004).

Nejčastější příčinou časných potratů je **genetická abnormalita plodu**, při níž dochází k jednorázové chybě ve vajíčku nebo spermii, která způsobí, že se vajíčko nevyvíjí

tak, jak by mělo (The Miscarriage Association, 2022). Organismus ženy se zbaví postiženého plodu zpravidla hned na začátku a dochází k přirozené selekci (Hájek, 2014). Hájek (2014) uvádí, že 40 % potracených plodů je abnormálních. Nejčastěji je to způsobeno **chromozomální aberací**, která činí 30–60 % (Hájek, 2014). Zwinger (2004) uvádí dokonce 50–60 %. Roztočil (2011) zjistil, že 70 % potratů do 6. gestačního týdne je způsobeno právě chromozomální abnormalitou. Nejčastěji se jedná o chromozomální trizomii (75 %) (Zwinger, 2004). Dále se může jednat o monozomii, triploidii nebo tetraploidii (Hájek, 2014).

Další příčinou mohou být **anatomické abnormality** děložního hrdla i děložního těla, které mohou být vrozené i získané. Vrozené anatomické abnormality dělohy se vyskytují u 0,1 % žen (Roztočil, 2011). Mezi získané abnormality dělohy patří například nádory, myomy či záněty v děloze, které znesnadňují nidaci vajíčka (Hájek, 2014). Získané abnormality mohou být spojovány s těhotenskými ztrátami (Roztočil, 2011).

Do etiologie potratů se řadí také **hormonální příčiny**. U opakovaných potratů může být příčina v poruše menstruačního cyklu ženy. U těchto žen může být prokázána luteální insuficienci (Hájek, 2014). Jedná se o nedostatečnost žlutého tělíska. Dochází ke zkrácení druhé fáze menstruačního cyklu, kdy žluté tělísko produkuje nedostatek progesteronu, který je potřebný k udržení těhotenství (Poruchy menstruačního cyklu, n.d.). S těhotenstvím také velmi úzce souvisí hCG (lidský choriový gonadotropin), který slouží k udržení těhotenství a pomáhá vyvinout placentu (The Miscarriage Association, 2022). Je ukazatelem toho, jak se těhotenství vyvíjí. Mimořádně nízké hladiny mohou být signálem, že hrozí spontánní potrat (Zwinger, 2004). Z toho vyplývá hypotéza, že pokud by byly ženám podány progesteronové doplňky během těhotenství, měl by se snížit počet potratů. Touto problematikou se zabývali Arri Coomarasamy a kolegové, kteří na toto téma vydali dvě studie. Jedna z nich pochází z roku 2015 a účastnilo se jí 836 žen. Čtyři sta čtyři ženy dostávalo progesteron během těhotenství a 432 žen dostávalo placebo. Míra živě narozených dětí u skupiny s progesteronem byla 65,8 %, zatímco u skupiny s placebem dosahovala hodnoty 63,3 %. Mezi skupinami tedy nebyl nalezen signifikantní rozdíl (Coomarasamy et al., 2015). Roku 2019 provedla skupina kolegů další výzkum, v němž se zaměřili na ženy, které navštívily nemocnici kvůli krvácení v rané fázi těhotenství, které je rizikovým faktorem potratu. Studie se zúčastnilo 4 153 žen. Přibližně polovina žen dostávala progesteron a druhá polovina žen dostávala placebo. Incidence živě narozených dětí u žen, které dostávaly progesteron, byla 75 % a u žen s placebem o 3 % nižší, tedy 72 %. Mezi skupinami tedy existuje rozdíl, který ale není signifikantní (Coomarasamy et al., 2019).

Samovolný potrat může být také způsoben **onemocněním matky**. Může se jednat například o nekontrolovaný diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, různé imunologické onemocnění, nebo o kardiovaskulární či plicní choroby (Hájek, 2014; Roztočil, 2011). Hájek (2014) rovněž mluví o negativním vlivu zvýšené hladiny určité látky, která může způsobit otravu a následně potrat zejména v I. trimestru. Nejčastější příčinou je zvýšená hladina olova v krvi matky. Negativní vliv může mít také kouření či požívání alkoholu. Další příčinou mohou být různé druhy infekcí (Roztočil, 2011).

U zdravých žen je významným rizikovým faktorem i **věk matky**. Jednou ze starších studií potvrzující vliv věku matky na riziko potratu je studie dánských výzkumníků, která je cenná pro velký vzorek žen, a to 634 272 žen. Na studii autoři pracovali 15 let, během kterých u žen zaznamenali 1 221 546 těhotenství, z toho 126 673 skončilo ztrátou plodu. Do 22 let bylo riziko samovolného potratu minimální, a to 8,7 %. Ve věku 48 let a více se riziko zvýšilo na 84,1 %. Ve věku od 20 do 24 let bylo hospitalizováno kvůli riziku spontánního potratu pouze 13,3 % žen. Toto číslo vzrostlo u žen starších 45 let na 93,4 % (Nybo Andersen et al., 2000). V souladu s předchozím zjištěním je norská studie Magnuse et al. (2019), kteří zjistili, že nejnižší riziko potratu je u žen ve věku 25 až 29, a to 10 %. Po 30. roku ženy riziko roste. Ve věku 45 let a více je riziko potratu 53 %.

Kleinhouse et al. (2006) zjistili, že rostoucí **věk otce** je významně spojen se spontánním potratem (Kleinhaus et al., 2006). Ke stejnému závěru dospěli i Nguyen et al. (2019), kteří shromažďovali údaje od roku 2011 do roku 2013 a od roku 2013 do roku 2015, celkově o 12 710 těhotenstvích. Jedním z faktorů, na který se zaměřili, byl věk otce. Nezávisle na ostatních faktorech (věk matky, rasa, rodinný stav, ...) autoři zjistili, že když je otec starší 49 let, je dvakrát větší pravděpodobnost potratu, než když je muž 25 až 29 let, a to ať se jedná o potrat do 12. týdne těhotenství nebo do 20. týdne (Nguyen et al., 2019).

Příčin spontánních potratů je opravdu nespočet a vždy záleží na situaci ženy. Maconochie et al. (2006) zkoumali na vzorku 6 719 žen ve věku od 18 do 55 let vliv **emoční pohody** na pravděpodobnost spontánního potratu. Ženy, které se cítily stresované, úzkostné, depresivní, nekontrolovatelné, nebo přetížené, měly mnohem větší pravděpodobnost potratu než ty, které popisovaly, že se cítí šťastné, uvolněné. Nejčastější stresující situací pro ženy bylo náročné zaměstnání (Maconochie et al., 2007). To dokládá i studie Campilla et al. (2019), kteří zjistili, že ženy, které označily své pracoviště za stresující, měly téměř čtyřikrát větší riziko potratu než ty ženy, které nikdy neměly stresující práci. Nelson et al. (2003) zaměřili svůj výzkum na zkoumání **stresu** a jeho vlivu na předčasnou těhotenskou ztrátu. Provedli měření na 326 těhotných ženách. Stres měřili pomocí škály vnímaného stresu, ale

také z krve, v níž zjišťovali hladinu kortizolu. Z jejich výzkumu naopak vyplývá, že nebyl nalezen signifikantní vztah mezi mírou stresu, hladinou kortizolu a pravděpodobností spontánního potratu. Toto zjištění potvrzuje i studie z roku 2019. Této studii se zúčastnilo 293 žen, které vyplnily mapující dotazník a účastnily se měření psychometrickými škálami. Výsledky nenalezly žádnou souvislost mezi stresujícími životními událostmi, celkovým zdravím a životním stylem (San Lazaro Campillo et al., 2019).

2.4 Možnosti řešení potratu

O tom, že se miminko nevyvíjí tak, jak by mělo, se ženy nejčastěji dozví na rutinní gynekologické prohlídce, protože plod je ukrytý před našimi zraky a vývoj můžeme sledovat jen podle toho, zda roste, jestli se pohybuje a podle poslechu srdečních ozvě (Pařízek, 2015). Studie Griebela et al. (2005) zjistila, že když je u dítěte identifikována srdeční činnost na ultrazvukovém vyšetření, riziko spontánního potratu klesá z 50 % na 3 %.

Žena většinou netuší, že by mělo být s miminkem něco špatně. Sdělení o neprosperujícím těhotenství je pro pár obrovský šok. Rozhodování o řešení potratu je pro ně něco nepředstavitelného. Často mají pocit, že to musí být chyba, že to nemůže být pravda. Pár by měl dostat informace o třech způsobech řešení potratu, o **revizi dutiny děložní**, o **medikamentózním řešení** a o **metodě vyčkávání**.

2.4.1 Revize dutiny děložní (kyretáž)

Revize dutiny děložní neboli kyretáž je operační zákrok, který vede k vyprázdnění obsahu dutiny děložní. Může se jednat o zbytky placentární tkáně po porodu nebo po potratu, o zamlklý potrat, či o zbytky plodového vejce po nekompletním potratu (Ťapalová, 2014). Pro kyretáž se používá zkratka RCUI (revisio cavi uteri instrumentalis). Je to zákrok, při němž se používají nástroje zvané kyrety ve tvaru lžice (RCUI, 2016). Nejdříve se přeměří délka dutiny děložní a v případě potřeby je provedena dilatace (rozšíření) kanálu děložního čípku, aby byl průchod dost široký a nedošlo k poškození (Ťapalová, 2014). Následuje samotná revize, při níž dojde pomocí kyrety ke strhání děložní sliznice a případně jsou odstraněna i jiná tělesa z dělohy (části plodu, placenty atd.) (RCUI, 2016). Ťapalová (2014) uvádí, že při nekomplikovaném zákroku je kyretáž krátká, trvá přibližně 15 minut.

Revize dutiny děložní většinou probíhá v celkové anestezii, výjimečně může být provedena pod lokální anestezii (The Miscarriage Association, 2022). Jelikož se jedná o operaci, je potřeba dodržet určitý režim. Minimálně šest hodin před zákrokem žena nemůže přijímat stravu, ani tekutiny a nesmí kouřit. Doba hospitalizace se odvíjí od stavu pacientky, ale většinou je to 1 až 2 dny (Ťapalová, 2014).

Největší výhodou kyretáže je její rychlost. Žena ví, kdy se to stane, a celý zákrok je rychlý (The Miscarriage Association, 2022). Další výhodou je velká úspěšnost, která se pohybuje od 93 do 100 % (Weintraub & Sheiner, 2011). Většina studií uvádí míru úspěšnosti 98 % nebo vyšší (Chen & Creinin, 2009 citováno v Weintraub & Sheiner, 2011). Smith et al. (2006) zjistili, že některé ženy považují za výhodu kyretáže, že nemusí plod vidět.

Porodní asistentka a psycholožka Kristina Zemánková (2022) ze své praxe uvádí, že ženy mají po kyretáži pocit prázdného břicha, protože uvíznou ve fázi šoku. Podle ní je druhou nevýhodou delší čas, který je potřeba k celkovému fyzickému uzdravení a během něhož není vhodné se pokoušet o těhotenství.

Kyretáž s sebou nese samozřejmě i rizika. Jelikož se jedná o operativní zákrok, jsou s touto možností spojena všechna rizika jako při jiných operacích (reakce na podané léky, nadměrná krevní ztráta, rizika z anestezie atd.) (Zemánková, 2022). Dalším rizikem je infekce, která se vyskytuje u 2–3 žen ze 100 (The Miscarriage Association, 2022), dále perforace (roztrhnutí) dělohy či děložní adheze (srůst), které mohou vést k následné neplodnosti (Demetroulis et al., 2001).

2.4.2 Medikamentózní řešení

Druhou možností je medikamentózní neboli farmakologické řešení, které je na rozhraní mezi metodou vyčkávání a revizí dutiny děložní. Ženě jsou v nemocnici podány takzvané „potratové pilulky“, které vyvolají potrat. Stejná metoda může být použita i pro umělé ukončení těhotenství.

Za nejosvědčenější léčiva pan doktor Trávník (2015) považuje antagonistu progesteronu mifepriston a prostaglandinový preparát misoprostolu a jejich kombinaci. Mifepriston (obsažený v léku Mifegyne nebo v léku Medabon) je antagonistou progesteronu, který má vliv na vývoj plodu a udržení těhotenství. Mifepriston má tedy abortivní a promenstruační efekt a svým působením napomáhá odloučení placenty (Trávník, 2015). Misoprostol (v léku Misopregmol nebo v léku Medabon) navozuje kontrakce hladkých svalových vláken stěny dělohy a relaxaci děložního hrdla. Napomáhá tedy k otevření děložního hrdla a vypuzení plodu (Trávník, 2015).

Veronika Hliněná (2019) popisuje celý proces, který je složený ze tří kroků. V první fázi je ženě podána tableta, která obsahuje mifepriston, jenž blokuje progesteron a díky němuž dojde k zablokování a zastavení vyživování zárodku. Druhý krok následuje 36 až 48 hodin po první fázi. Ženě je podána tableta s misoprostolem, který zahájí děložní stahy a napomáhá vypuzení plodu. Třetí fáze je kontrolní, v níž by se žena měla po 1 až 2 týdnech

dostavit ke svému gynekologovi, který musí zkontrolovat, zda byl vypuzen celý obsah dělohy. Trávník (2015) ještě dodává, že po podání tablety v prvních dvou fázích musí být pacientka sledovaná v příslušné nemocnici, a to minimálně hodinu. Kristina Zemánková (2022) zmiňuje, že farmakologické řešení je nejúčinnější do 8. týdne gravidity, neboť pokročilejší týdny těhotenství s sebou přinášejí větší riziko nadměrného krvácení.

V České republice byl farmakologický potrat schválen v roce 2013, v němž Ministerstvo zdravotnictví vydalo rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) o registraci přípravků s obsahem léčivé látky mifepriston a misoprostol. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2013) stanovuje, že přípravky musí být ženě podány pouze odborným lékařem ve zdravotnickém zařízení, ve kterém jsou poskytovány zdravotní služby formou lůžkové péče.

Mezi výhody medikamentózního řešení patří vyhnutí se anestezii (The Miscarriage Association, 2022). Zemánková (2022) mezi výhody řadí šetrnost k děložní sliznici, možnost rozloučit se s miminkem, prožít si potrat v soukromí. Zároveň je po užití léků rychlejší rekonvalescence. Autoři Weintraub & Sheiner (2011) mezi výhody ještě řadí nízkou cenu léků a nízký výskyt nežádoucích účinků.

Hliněná (2019) upozorňuje, že farmakologické řešení není vhodné pro ženy s vážnějším onemocněním jater nebo ledvin, protože léky právě tyto orgány zatěžují. Mezi další nevýhody patří bolestivost nebo různé komplikace, které mohou vést k provedení chirurgického zákroku, užití antibiotik nebo jiných léků (Zemánková, 2022).

Mezi možná rizika patří nevolnost, zvracení, či alergická reakce na podání léku, nadměrné krvácení, infekce, či zadržení zbytků tkáně (Zemánková, 2022.). Trávník (2015) udává, že selhání této metody při dodržení schváleného postupu je 1,3–7,5 %.

K tomu bych ráda uvedla studii Zhanga et al. (2005), kteří porovnávali účinnost podání misoprostolu s chirurgickým řešením potratu. Studie se zúčastnilo 652 žen, u kterých došlo k selhání těhotenství během I. trimestru. Za selhání léčby bylo považováno, když musel být proveden chirurgický zákrok u skupiny s misoprostolem, nebo opakování zákroku u chirurgického řešení do 30 dnů od počátku léčby. Do 3. dne došlo k úspěšnému vyloučení po požití léků u 71 % žen a do 8. dne u 84 % žen. U chirurgického zákroku léčba selhala ve 3 %. Zhang et al. (2005) uvádí, že ve skupině s misoprostolem se 78 % žen vyjádřilo, že by misoprostol v případě potřeby znovu použily, a 83 % žen uvedlo, že by jej doporučilo ostatním. Bylo tedy zjištěno, že farmakologické řešení je bezpečný způsob s účinností 84 % (Zhang et al., 2005).

2.4.3 Metoda vyčkávání

Poslední zmíněnou možností řešení je metoda vyčkávání neboli konzervativní přístup či přirozený potrat. Žena se spoléhá na přírodu a čeká, až potrat proběhne sám. Může to trvat pár dní, ale i několik týdnů, než se potrat spustí. Poté probíhá jako silná menstruace, při níž dojde k vypuzení těhotenské tkáně, nebo se může gestační váček vstřebat a nedostaví se žádné větší krvácení, ale to spíše u nižších týdnů těhotenství (Přirozený potrat, n.d.). Následně by se žena měla dostavit na kontrolu ke gynekologovi, aby bylo zkontrolováno, zda se vše vyloučilo (Přirozený potrat, n.d.).

Za hlavní výhodu považuje Kristina Zemánková (2022) pozitivní vliv na psychiku ženy, neboť žena má čas na přijetí události, může si v soukromí prožít emoce spojené se ztrátou, má možnost se s miminkem rozloučit. Při přirozeném potratu se uvolňují hormony štěstí jako při porodu, což ženě pomůže ztrátu zpracovat a prožít si ji. To dokazuje i studie z roku 2002, která pomocí dotazníku Health-related quality of life (HRQOL) opakovaně měřila fyzické a duševní zdraví žen, které podstoupily metodu vyčkávání, nebo chirurgické řešení. Studie se zúčastnilo 229 žen, které byly zařazeny náhodně do jedné ze dvou skupin (chirurgický zákrok, nebo přirozený potrat). Ženy, které měly preferenci, byly přiřazeny do preferované skupiny. Bylo zjištěno, že ženy, které podstoupily metodu vyčkávání, měly lepší celkové duševní zdraví za 12 týdnů po potratu než ženy, které podstoupily zákrok. Zároveň bylo zjištěno, že ženy, které si zvolily léčbu podle preference, měly lepší skóre než ženy, které byly přiděleny ke kyretáži (Wieringa-De Waard et al., 2002). Mezi další výhody patří šetrnost k děložní sliznici a rychlejší rekonvalescence, kdy Kristina Zemánková (2022) uvádí, že po přirozeném potratu je možné se o těhotenství snažit po jedné proběhlé menstruaci. U kyretáže se doporučuje nechat proběhnout 2 až 3 menstruační cykly. Studie Rachela R. Pruyna Goldsteina et al. (2002) se zaměřuje na doporučení oněch 2 až 3 proběhnutých menstruačních cyklů, přičemž srovnávali ženy, které otěhotněly hned po potratu (n=19) a ženy, které otěhotněly po dvou menstruačních cyklech, nebo alespoň po 100 dnech od potratu (n=45). Autoři studie nenašli žádné potvrzení, že by těhotenství ihned po potratu způsobilo větší riziko pro dítě.

Pro některé ženy může být náročná nejistota a vědomí, že v sobě nosí mrtvé miminko. Neví, jak dlouho budou muset čekat, než se potrat spustí. Také mohou mít strach z toho, co se bude dít, že to bude moc bolet (The Miscarriage Association, 2022). Některé ženy nechtějí své miminko vidět (Smith et al, 2006), proto pro ně není tato metoda ideální.

Metoda vyčkávání má stejná rizika jako ostatní možnosti řešení potratu, tedy infekci, krvácení a neúplné vyčištění (The Miscarriage Association, 2022). Kristina Zemánková

(2022) mluví o tom, že u této metody je větší riziko krvácení, pokud se jedná o vyšší stádium těhotenství. Účinnost metody vyčkávání se pohybuje v rozmezí 82–96 % (Weintraub & Sheiner, 2011).

2.4.4 Srovnání dostupných možností

Na začátek bych ještě uvedla řešení zamlklého potratu. Z definice vyplývá, že dochází k odumření plodu, který je ale stále vyživován. Mnoho autorů uvádí jako jediné řešení operativní zákrok, případně medikamentózní řešení (Roztočil, 2011; Zwinger, 2004). V praxi ale běžně dochází k řešení i vyčkávací metodou. Doba, po níž musí žena čekat, je delší, ale je možné, že dojde k samovolnému vypuzení z dělohy (Zemánková, 2022).

Trinder et al. (2006) provedli rozsáhlou studii na britské populaci žen, během které srovnávali všechny tři možnosti řešení potratu. Výzkumu se celkově zúčastnilo 1 200 žen, 399 žen prožilo potrat přirozeně pomocí metody vyčkávání, 398 ženám byl podán lék na potrat a 403 žen podstoupilo chirurgický zákrok. Autoři zjistili překvapivou informaci, že riziko infekce nebo jiného poškození je stejně malé u všech metod, a to přibližně 2–3 %. Infekce je velkým tématem spojeným s metodou vyčkávání. Právě kvůli ní se tato metoda nedoporučuje (Zemánková, 2022), což se tedy nepotvrdilo (Trinder et al., 2006). Dále bylo zjištěno, že šance na další zdravé těhotenství jsou u všech metod stejné (Trinder et al., 2006).

Na porovnání účinnosti řešení uvedu ještě jednu novější studii Fernlunda et al. (2021), kteří porovnávají farmakologické řešení potratu a metodu vyčkávání, ale také vliv na pozdější těhotenství. Do studie vybrali ženy, které měly do 14 měsíců po úplném potratu potvrzené další těhotenství, a sledovali výsledky těchto těhotenství. Ženám byl zaslán dotazník, ve kterém odpovídaly na otázky ohledně své reprodukční historie. U žen, které dotazník nevyplnily, byly zjištěny informace ze zdravotní dokumentace. Úplného potratu dle autorů dosáhlo do 31 dnů 85 % žen (76 z 89) ve skupině, kterým byl podán misoprostol, a 65 % žen (54 z 83) ve skupině čekající na přirozený potrat. Chirurgický zákrok musel být proveden u 33 % pacientek (27 z 83) čekajících na spontánní potrat a u 12 % žen (11 z 89), které užily léky. Do 14 měsíců bylo u 75 % žen v obou skupinách potvrzené alespoň jedno těhotenství a 63 % (56 z 89) žen ve skupině s misoprostolem a 55 % (46 z 83) žen s metodou vyčkávání porodilo živé dítě.

Každá žena je individuální a je pro ni důležité něco jiného. Jak zmiňují ve své práci Smith et al. (2006), žena by měla mít možnost vybrat si metodu řešení potratu na základě komplexních informací včetně výčtu pro a proti. To potvrzují i jiné studie, které říkají, že žena by měla být lékaři informovaná o úspěšnosti každé metody, o jejím průběhu,

o možných komplikacích, a poté si vybrat na základě svého přesvědčení. Lékaři by měli rozhodnutí ženy respektovat a podpořit, protože bylo zjištěno, že volba zlepšuje spokojenost a emocionální stav pacientky (Olesen et al., 2015; Sur & Raine-Fenning, 2009; Wieringa-De Waard et al., 2002).

Otázkou je, podle čeho se ženy rozhodují, když si mají zvolit, jak budou potrat řešit. Na tuto otázku se snažili odpovědět autoři studie, která proběhla v Dánsku pomocí zakotvené teorie. Účastnilo se jí 6 žen, které zažily potrat do 13. týdne těhotenství, a 5 zdravotníků, kteří se problematice potratů věnují. Autoři zjistili, že ženy se nejčastěji rozhodují podle emocí a nevyřčených myšlenek. Velmi je ovlivňují představy a informace o daném řešení. Ženy, které podstoupily kyretáž, se bály, že uvidí plod. Naopak ženy, které volily přirozený potrat, se bály anestezie. Zdravotníci se domnívají, že se ženy rozhodují podle informací, které jim o léčbě sdělí, a ne podle emocí. Rozhodování žen podle emocí může být způsobeno tím, že po sdělení jsou v šoku a často informace, které jim podává lékař, nevnímají. Výzkumníci také uvádějí, že ženy často přenášejí zodpovědnost na zdravotníky a ptají se jich, co by udělali oni. Lékař by o tom ale neměl rozhodovat, měl by nechat ženu, aby se rozhodla podle sebe (Olesen et al., 2015). Trinder et al. (2006) uvádí, že lékař by měl ženě poskytnout hlavně podporu a podat jí pouze jasné a stručné informace.

3 Partnerský vztah

Třetí kapitola bude věnována partnerskému vztahu a manželství. Po úvodním vymezení partnerství a manželství se zaměřím na vývoj vztahu, spokojenost ve vztahu a na možné krize. V poslední podkapitole zmíním alternativní formy soužití, které se týkají mého výzkumného souboru a těmi jsou: nesezdané soužití, nedobrovolná bezdětnost a vztahy s odděleným bydlením (LAT).

Při popisu fází vztahu či partnerských krizí budu vycházet zejména z tradiční literatury, která může být pro dnešní moderní dobu zastaralá. Zmíním samozřejmě i novější dělení a přístupy, jež však vycházejí převážně z praxe odborníků, kteří reagují na zastarávající tradiční literaturu.

3.1 Vymezení pojmů

Manželství bylo před nedávnou dobou zcela odlišné od dnešního pojetí v tom, že sňatky dvou lidí, muže a ženy, byly domlouvány jejich rodiči (Willi, 2011). Lidé si nemohli svého manžela vybrat, byl jim přidělen, a poté se museli naučit ho milovat (Vojtko, 2020). V současném pojetí manželství je kladen důraz na svobodné rozhodnutí muže i ženy, jak dokazuje definice manželství stanovena zákonem číslo 89/2012 Sb., občanským zákoníkem (2012):

Manželství je trvalý svazek muže a ženy vzniklý způsobem, který stanoví tento zákon. Hlavním účelem manželství je založení rodiny, řádná výchova dětí a vzájemná podpora a pomoc. Manželství vzniká svobodným a úplným souhlasným projevem vůle muže a ženy, kteří hodlají vstoupit do manželství (dále jen „snoubenci“), že spolu vstupují do manželství.

O registrovaném partnerství mluvíme v případě svazku mezi dvěma osobami stejného pohlaví. Definice registrovaného partnerství je zakotvena v zákoně č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství a o změně některých souvisejících zákonů (2006):

Registrované partnerství je trvalé společenství dvou osob stejného pohlaví vzniklé způsobem stanoveným tímto zákonem (dále jen "partnerství"). Partnerství vzniká projevem vůle dvou osob stejného pohlaví činěným formou souhlasného svobodného a úplného prohlášení těchto osob o tom, že spolu vstupují do partnerství (dále jen "prohlášení").

Ve své práci pod pojem partnerský vztah zahrnuji veškeré vztahy dvou osob, které jsou založeny na dobrovolnosti a lásce bez ohledu na pohlaví a rodinný status.

3.2 Vývoj partnerského vztahu

Vztah mezi dvěma lidmi nezůstává stejný, ale mění se. Autoři tradičního pojetí hovoří o vývoji manželského vztahu, neboť lidé se brali velmi brzy po poznání. Do dnešní doby bychom si to mohli převést, že se vyvíjí pár od poznání nehledě na to, zda jsou manželi.

Kratochvíl (2009) uvádí vývojová stádia manželství, kdy každé období přináší nové úkoly, které musí manželé zvládnout. Jednotliví autoři mají rozdílné názory na časové rozpětí vývojových stádií manželství. Prvním stádiem je **mladé manželství**, které dle většiny autorů trvá prvních 10 let. V této fázi si na sebe manželé zvykají, budují si domácnost, dokončují profesní kvalifikaci a začínají se snažit o děti. Následující fáze, **manželství středního věku**, trvá 10 až 25 let. Oba manželé jsou ekonomicky aktivní, mají stabilní sociální status, děti už dospívají a stávají se samostatnějšími. Zejména žena se rozvíjí mimo domácnost a je pro ni důležité profesní uplatnění. **Manželství zralého věku** je po 25 letech soužití. Toto období je pro manžele náročné, neboť děti odcházejí z domu, vyvrcholuje jejich pracovní uplatnění. U žen se vlivem klimakteria projevují rozdílné emoce. Muži mají strach z uzavření příležitostí. Objevuje se nová role prarodičů a po odchodu do důchodu je potřeba nastolit jiný režim. **Manželství ve stáří** je často velmi veselým obdobím pro manžele, kteří si užívají společně strávený čas. Zároveň s rostoucím věkem přibývají zdravotní obtíže, snižuje se výkonnost. Manželé jsou odkázáni jeden na druhého a mají strach ze ztráty toho druhého (Kratochvíl, 2009).

Jürg Willi (2011) popisuje fáze partnerského vztahu se zaměřením na to, co se v dané fázi děje. Nejdříve člověk pocítí **milostnou touhu**. V této fázi si člověk připouští, že potřebuje lásku. Následuje **výběr partnera**. Když se člověk s někým seznámí, přichází **fáze zamilovanosti**. Člověk našel někoho, kdo mu umožní se rozvíjet. Dává mu to, co potřebuje. Člověk se začíná měnit a s ním i jeho partner. Dále následuje **fáze zklamání a osamělosti** v lásce, která je pro vztah velmi důležitá. Počáteční zamilovanost opadá. Člověk je zklamaný z toho, že nejsou naplněny jeho představy o partnerovi. Chce se věnovat sám sobě a svým koníčkům. Po překonání těchto těžkostí dojde k přijetí partnera takového, jaký je. To, co člověk od partnera očekával a nedostává se mu, si člověk začíná **kompenzovat jinými vztahy** (s rodiči, s dětmi, s kolegy, s kamarády či s domácími mazlíčky). Následuje **budování společného světa**, vnitřního i vnějšího. Partneri si ujasňují společná pravidla, názory, hodnoty, budují si společná přátelství, zakládají rodinu. Partneři to posiluje, jelikož budují něco, co tu bude i po nich. Posouvá je to, ale je to pro pár velká zátěž, protože na sebe mají méně času a je ovlivněna jejich sexualita. **Uvolnění koordinace společného**

života je fáze, v níž je dětem potřeba věnovat méně času a partneři mají více času na rozvoj. Zejména ženy se velmi angažují, jsou silné a nezávislé, navazují nové vztahy, což odpovídá manželství středního věku podle Kratochvíla. Muži naopak už zažili pracovní neúspěchy, spíše se stahují. Dále přichází **změna vztahu v důchodu** a s ní i role prarodičů. Při **manželství ve stáří** je ohrožená sebeúcta partnerů. Jeden z partnerů je více nemocný a je v roli pacienta. Druhý je v roli jeho pečovatele. Hrozí rovněž izolace od okolního světa. Poslední etapou je **vdovství**, což je období plné prázdnoty.

Podobné dělení uvádí i Smékal (2018), který vývoj vztahu rozděluje do 4 etap. Úvodní fáze je **namlouvání, fáze zamilovanosti**. V této fázi člověk nevidí to negativní na partnerovi a je jím okouzlen. Další etapou je **vzájemná adaptace a počátek rodiny**. Partneři zjišťují svá nastavení z primární rodiny a zjišťují, co mají společného a co rozdílného. Důležité v této fázi je respekt k odlišnosti druhého, schopnost konstruktivně komunikovat a naslouchat. Následuje fáze se **závislými dětmi**, v níž si partneři musí zvyknout na roli rodičů. Poslední fází je **rodina po odchodu dětí a stárnoucí partneři**. Nejdůležitějším úkolem je pustit děti a umožnit jim dospět a osamostatnit se.

Další možné nahlížení na vývoj vztahu poskytuje Jan Vojtko (2020), který rozlišuje 3 fáze. První je **symbiotická**, období zamilovanosti, která trvá v dnešní době 1 maximálně 2 roky. Partneři jsou jako jedno tělo a jedna duše. Poté následuje **diferenční** fáze, v níž se člověk potřebuje vrátit zpátky k sobě, objevují se negativa partnera. Člověk představuje partnera okolí a sleduje, jak na něj ostatní reagují, jak se on sám chová ve společnosti, a zjišťuje, zda je dostatečně motivovaný zůstat ve vztahu. V této fázi je samozřejmě nejvíce rozhodů, ale pokud partneři tuto fázi překonají, posouvá se jejich vztah do **komitující** fáze, fáze závazku. Vztah byl prověřen a následuje nějaký společný závazek (sňatek, hypotéka, žádost o ruku, sestěhování se atd.).

3.3 Partnerská krize

Partneři se časem mění a partnerský vztah se neustále vyvíjí. Některá období jsou náročnější, vyžadují větší úsilí pro překonání a jsou více náchylná k možným konfliktům mezi partnery. Obecně je partnerský vztah časem prověřován mnohými krizemi. Plzák (2001, s. 8) ve své knize napsal: „*netěším-li se domů po odloučení, které trvá déle než 3 dny, začala krize*“.

Plzák (1973, citováno v Kratochvíl, 2009) popsal **dvě kritická období manželství**. První se objevuje **mezi 3. a 7. rokem manželství** a trvá přibližně rok. Vzniká, protože končí fáze zamilovanosti. Manželé začínají mít odlišné názory. Mají pocity zklamání, protože

nebyly naplněny jejich představy. Navzájem si vyčítají věci, které jim vadí. Matějková (2007) popisuje první krizi přesně **ve 3. roku trvání partnerství** a dle ní krize přichází i bez vnější příčiny a je dána pouze zráním vztahu, tedy opadáním zamilovanosti. Zároveň je to období, v němž se partnerům rodí děti, což je celkově pro rodiče velmi náročné období, neboť se musí přizpůsobit nové situaci (Matějková, 2007). Plzák (1973, citováno v Kratochvíl, 2009) manželům radí, aby omezili dialogy, které se týkají manželství, zaměřili se spíše na řešení praktických věcí a odklonili se od romantické lásky a přijali, že se jejich vztah vyvíjí.

Matějková (2007) oproti Plzákovi popisuje druhou krizi **v 7. roce partnerství**. Tato krize není tolik hluboká, ale trvá déle. Partnerský vztah je stabilní, avšak ohrožený zaběhnutým stereotypem a nudou. Partneři se znají, dny jsou stejné, rodina má přesný harmonogram, který se opakuje. Zároveň dochází přirozeně k poklesu sexuálního života a ze vztahu se vytrácí vášně. Důležité je komunikovat se svým partnerem o svých potřebách, představách, cílech a nezamrznout ve stereotypu (Matějková, 2007).

Plzák (1973, citováno v Kratochvíl, 2009) o druhé krizi mluví v rozmezí mezi **17. a 25. rokem manželství**. Tato krize není hluboká a je ovlivněna stárnutím manželů. Manželé mají více somatických obtíží, jsou více citliví, děti se osamostatňují a odchází z domu. Manželé mají obavy, co bude dál. Žena má pocit, že stárne rychleji než muž. Plzák (1973, citováno v Kratochvíl, 2009) v této krizi radí zaměřit pozornost na společné záliby s vnějšími zdroji jako je cestování, návštěva dětí či návštěva společných přátel. Matějková (2007) tuto krizi popisuje jako třetí krizi, která je mezi **18. až 25. rokem vztahu**.

Různí lidé reagují na konflikty odlišně. Willi (1981, citováno v Kratochvíl, 2009) rozlišil tři způsoby reagování na konflikty. Prvním z nich je **oboustranný únik**, kdy se oba partneři odtahují, unikají z interakcí. Vztah je provázen mlčením, které vede ke vzniku křivd, nespokojenosti. Přesným opakem je **oboustranné obviňování**, kdy oba partneři projevují zlost, nespokojenost a zdůrazňují své potřeby, což vede k destruktivním hádkám. Na rozmezí je reakce **požadování a unikání**, kdy se jeden partner projevuje aktivně a druhý uniká.

Při krizích ve vztazích je zhroucená slovní komunikace, domácí pohoda a zasažená manželská láska (Plzák, 2001). Krize mohou být různě závažné a můžeme je dělit na lehké, středně těžké a těžké (Plzák, 2001). Lehká manželská krize je krátkodobá, trvá jen několik týdnů a manželé zvládnou krizi rychle zažehnat. Středně těžká krize trvá déle než 3 měsíce. Vztah je doprovázen temným mlčením a partneři nedokáží zabránit recidivě. Těžká krize trvá déle než 6 měsíců a projevuje se až odporem k domovu a k partnerovi (Plzák, 2001).

Partnerský vztah je rovněž ovlivněný vnitřní situací v manželství, tedy tím, co se ve vztahu děje. Může se například jednat o neplánovanou bezdětnost právě vlivem potratů. Partneři jsou pod tlakem, je to pro ně stresová situace. Může je to negativně ovlivnit, protože se například musí přizpůsobovat termínům soulože, přičemž opakované pokusy způsobují dlouhodobou tenzi a ve vztahu se objevují pocity viny, křivdy, obavy, ztráta smyslu, deprese. Vše je umocněno negativním tlakem okolí (Kratochvíl, 2009).

Důvody manželských problémů jsou značně individuální. Problémy a možná řešení nelze generalizovat, jak vyplývá ze studie Doss et al. (2004), která se zaměřovala na zmapování důvodů, proč partneři vyhledají manželskou terapii. Studie se zúčastnilo 147 párů, které vyplňovaly dotazník (Reasons for seeking marital therapy questionnaire). Muži a ženy uváděli podobné důvody, ale partnerky měly tendenci uvádět více důvodů a projevovat více negativních emocí (Doss et al., 2004). Nejčastějším důvodem byly emocionální problémy (cítí se sami, cítí nedostatek lásky, mají problém se navzájem svěřovat) a problémy s komunikací (neporozumění, nedostatek komunikace). Čtyřicet šest procent respondentů uvádělo obavy z rozvodu/rozchodu a snahu o zlepšení vztahu. Dalšími důvody byly hádky, specifické oblasti manželství (finanční problémy, konflikty v širší rodině), obavy o děti a 28 % respondentů uvádělo sexuální problémy. Dvacet dva procent respondentů udávalo jako důvod snahu o záchranu manželství, dále problémy s partnerem (návyky, chování, nálady), osobní problémy (partner je kritický, nepodporující partner), problémy s důvěrou, s odpovědností či společným časem. Pouze 6 % respondentů jako důvod uvádělo nevěru (Doss et al., 2004).

Doherty & Harris (2022) provedli studii na 101 respondentech ve věku 23 až 72 let. Výsledkem studie bylo zaznamenání nejčastějších problémů v partnerství, kterými jsou: odloučení, neschopnost spolu mluvit, sexuální problémy, osobní návyky manžela, zacházení manžela s penězi či nevěra. Podobných výsledků dosáhl i Wamboldt (2020), který zjistil následující problémy v partnerství: neslučitelnosti v sociálním a sexuálním životě, nedostatek partnerské důvěry, vliv třetí strany či ekonomické obavy. Dle zjištění rozlišili několik krizí – sociální neslučitelnost manželství (pár je společensky nekompatibilní, partneři jsou zcela odlišní), sexuální nekompatibilita (sexuální nespokojenost jednoho z partnerů, ztráta důvěry vlivem mimomanželského vztahu), extrémní sexuální orientace či rozšířené rodinné problémy (vliv širší rodiny, jiné názory). Wamboldt (2020) radí, že je potřeba přestat se dívat na vztah jako na dokonalý a přiznat si problémy. Pokusit se najít příčiny problémů a pracovat na jejich řešení.

Úspěšná manželství nejsou ta, v nichž nikdy nedošlo ke konfliktu, ale ta, ve kterých byly konflikty překonány. Partneri by se měli naučit vidět svého partnera i s jeho nedostatky a uvědomit si, že nikdo není dokonalý (Wamboldt, 2020).

3.4 Spokojenost v partnerském vztahu

Souvisí rodinný status se spokojeností? Této problematice se věnovala finská kohortová studie Grundström et al. (2021), kteří v roce 1983 získali do výzkumu 2 194 respondentů v průměrném věku 15,9. Provedli měření v roce 1989, 1999, 2009 a 2019, přičemž v roce 2019 z původní studie zbylo pouze 1 159 respondentů. U všech zúčastněných byl zjišťován rodinný status, mentální spokojenost (depresivní symptomy a sebehodnocení) a kvalita vztahu. Grundström et al. (2021) zjistili, že ve všech věkových kategoriích byla kvalita vztahu spíše vysoká (více než 4 body z možných 5).

Rozdílly se vyskytovaly v depresivních symptomech a sebehodnocení, přičemž ve všech věkových kategoriích ženy uváděly více depresivních symptomů než muži a bylo u nich zjištěno nižší sebehodnocení (Grundström et al., 2021). Více depresivních příznaků vykazovaly svobodné ženy ve věku 22, 42 a 52 let. Z výsledků lze vyvozovat, že napříč věkovými kategoriemi ženy ovlivňuje to, zda jsou zadané, či nikoliv. U mužů více depresivních příznaků vykazovali svobodní muži ve věku 22 a 32 let, ale také muži rozvedení, muži z nesezdaného soužití, či muži, kteří se ženou pouze chodili. Ve 42 letech má na depresi u mužů vliv rozvod či svobodný status. V 52 letech je rizikem pro depresi život v nesezdaném soužití a rozvod. (Grundström et al., 2021).

Svobodné ženy ve věku 32 let vykazovaly nižší sebehodnocení. Nižší sebehodnocení vykazovali rovněž muži ve věku 32 let, kteří byli svobodní, v nesezdaném soužití či s někým chodili a muži ve věku 42 a 52 let, kteří byli svobodní či rozvedení. Lze usuzovat, že přítomnost partnera v jakékoli formě rodinného stavu má pozitivní vliv na duševní pohodu respondentů (Grundström et al., 2021).

Tato zjištění potvrzuje i jiná studie autorů Böger & Huxhold (2020), kteří zjistili, že lidé s partnerem jsou méně osamělí než svobodní respondenti. Tento negativní vliv klesá s přibývajícím věkem respondentů. Spokojenost v partnerství má dle dostupných dat tvar U, tedy spokojenost klesá ve střední dospělosti a následně zase stoupá (Böger & Huxhold, 2020). Z jiných zdrojů vyplývá, že u většiny párů spokojenost časem neklesá, ale zůstává po dlouhou dobu relativně stabilní (Karney & Bradbury, 2020).

Na vzorku 331 portugalských manželských párů bylo zjištěno 5 významných prediktorů manželské spokojenosti (vnitřní motivace, komunikace, rodiny s malými dětmi,

rodiny s dospívajícími dětmi, profesní a akademický status). Manželská spokojenost pozitivně koreluje s vnitřní motivací, komunikací, profesním a akademickým statutem. Naopak manželé, kteří mají malé nebo dospívající děti, vykazují nižší míru spokojenosti (Abreu-Afonso et al., 2022).

Samotné těhotenství je pro pár stresová událost. Tři sta dvacet těhotných žen a jejich partnerů vyplnilo inventář dyadického copingu (Dyadic Coping Inventory), dyadickou škálu přizpůsobení (Dyadic Adjustment Scale) a dotazník kvality života (the World Health Organisation Quality of Life instrument) (Brandão et al., 2020). Dyadické copingové strategie jsou obranné strategie páru, prostřednictvím nichž se vypořádávají se stresem. Bylo zjištěno, že dyadické copingové strategie mají vliv na manželské přizpůsobení a na kvalitu života páru (Brandão et al., 2020).

Manželskou spokojenost rovněž ovlivňuje počet dětí (Karayağız et al., 2019). Sto osmnáct mužů a 83 žen vyplnilo škálu manželské spokojenosti (Marriage satisfaction scale MSS) a škálu partnerské podpory (Spouse support scale SSS). Z výsledků vyplynulo, že spokojenost klesá s rostoucím počtem dětí (Karayağız et al. 2019), což autoři vysvětlují tím, že čím více dětí, tím méně času pro partnery.

Spokojenost páru byla také zkoumána u neplodných párů, a to ve studii autorů Maroufizadeh et al. (2019), jejichž studie se zúčastnilo 141 neplodných párů, které vyplnily škálu manželské spokojenosti (ENRICH Marital Satisfaction Scale EMS Scale) a škálu stresu (Perceived Stress Scale PSS-4). Výsledky studie ukázaly, že spokojenost v manželství u respondentek s neplodností byla ovlivněna nejen jejich vlastním vnímaným stresem, ale také stresem jejich manželů (Maroufizadeh et al., 2019).

3.5 Alternativní formy soužití

Manželství není v dnešní době jednoznačnou volbou. Počet sňatků se dlouhodobě snižuje. V roce 2020 Český statistický úřad (2020) zaznamenal pouze 45 415 sňatků, což je polovina oproti roku 1990, v němž se uzavřelo přes 90 tisíc sňatků. Nejvíce sňatků bylo uzavřeno v roce 1939, a to přes 134 tisíc (Český statistický úřad, 2020).

Na prožitek potratu mohou mít vliv alternativní formy soužití. Ze studie Grundström et al. (2021) vyplynulo, že ve věku 22 let je nejčastější variantou soužití chození s někým a status svobodný, zatímco ženatý či vdaná je poměrně vzácná forma soužití (u žen 8,9 % a u mužů 8,9 %). Ve věku 32 let byla téměř polovina účastníků v manželství a přibližně čtvrtina žila v nesezdaném soužití. Podíl manželství se zvýšil na 60 % ve věku 42 a 52 let,

zatímco méně než 10 % účastníků bylo svobodných, chodících s někým, nebo rozvedených/vdovců (Grundström et al., 2021).

3.5.1 Nesezdané soužití

Velmi častou formou soužití je nesezdané soužití neboli kohabítace, kdy partneři spolu žijí, společně hospodaří, mají společnou domácnost, ale nemají uzavřené manželství. Dle Českého statistického úřadu v roce 2011 existovalo v České republice 234 346 nesezdaných soužití a více než polovina byla ve věkové skupině 25 až 39 let (Kohoutová, 2014). National Center for Family & Marriage Research v roce 2022 zaznamenal v USA 20,1 milionů nemanželských spolubydlení (Marino, 2022). V roce 2022 bylo přibližně 10 % svobodných dospělých v partnerském vztahu a 26 % svobodných dospělých ve věku 30 až 39 žilo s partnerem ve společné domácnosti. V této věkové skupině bylo nesezdané soužití nejpočetnější variantou soužití (Marino, 2022).

Roste počet nesezdaných soužití jako alternativa k manželství (Giulio et al., 2019). Studie porovnávala nesezdaná soužití v Bulharsku, Francii, Itálii, Norsku a USA. Ve studii sledovali počet kohabitací na počet narozených žen od roku 1950 do roku 1984. Nejvíce kohabitací bylo zaznamenáno v Norsku, a to 80,4 %, nejméně v USA, a to 16,2 % (Giulio et al., 2019). Nejčastější je nesezdané soužití jako předmanželský stupeň, kdy 30,5 % žen se po 3 letech vdalo a 8 z 10 žen mělo do 3 let děti. Sedmáct a půl procent žen žije v nesezdaném soužití, které považují za manželství, a k uzavření manželství dojde do 5 let a děti mají již během soužití. Osmnáct procent kohabitací se rozpadlo, přičemž se jednalo o svazek bez dětí. Další variantou je předehra k bezdětnému manželství, a to činilo ve studii 12,8 %. Dvacet jedna procent kohabitací zůstalo stabilní bez změn více než 3 roky. Šedesát procent žen zůstává v nesezdaném soužití a bez dětí minimálně 5 let (Giulio et al., 2019).

3.5.2 Nedobrovolná bezdětnost

Albertini & Brini (2020) provedli výzkum, ve kterém se zaměřili na bezdětné muže a ženy v produktivním věku (ženy ve věku 18 až 45 let, muži ve věku 18 až 50 let). Respondenti byli dotazováni na záměry ohledně bezdětnosti do tří let. Po třech letech se zeptali znovu a podle výsledků rozdělili respondenty do příslušných kategorií (Albertini & Brini, 2020). Nejvíce respondentů, a to 1 333, se rozhodlo pro dobrovolnou bezdětnost. Druhou nejpočetnější skupinou (1 318 respondentů) byli nedobrovolně bezdětní, 962 účastníků nejdříve děti nechtělo, ale po třech letech chtěli a 512 respondentů nejdříve děti chtělo, ale po třech letech se rozhodli pro dobrovolnou bezdětnost (Albertini & Brini, 2020). Albertini & Brini (2020) také prokázali existenci tendence mezi věkem a úmyslem zůstat

bezdětný, která má tvar U. Touha nemít děti klesá u žen mezi 20. až 35. rokem a u mužů mezi 20. až 39. rokem (Albertini & Brini, 2020).

Jak ukazuje výzkum Albertini & Brini (2020), mnoho lidí se potýká s nedobrovolnou bezdětností. Nedobrovolná bezdětnost může být způsobena opakujícími se potraty. Fieldsend & Smith (2020) provedli hloubkové rozhovory s 11 britskými nedobrovolně bezdětnými ženami ve věku 45 až 55 let. Z analýzy vyplynula 2 hlavní témata: intrapersonální důsledek ztráty a konfrontace s vnitřní bolestí (Fieldsend & Smith, 2020). Intrapersonální důsledek ztráty se vztahuje k vnitřní bolesti, kterou ženy zažívaly během zjišťování, že nemohou mít děti (ztráta nadějí, hluboký smutek, pocity selhání, strach, aby je partner neopustil, beznadějnost až deprese, ztráta smyslu života). Konfrontace s vnitřní bolestí se týká procesu vyrovnání se s bolestí v každodenním životě (vyhýbání, hledání způsobu, jak jít dál, představa nového života) (Fieldsend & Smith, 2020).

Nedobrovolná bezdětnost je náročná i pro muže. Na tuto problematiku se zaměřil výzkum Fieldsenda & Smitha (2021), kterého se zúčastnili 4 muži. Dva z nich jsou bezdětní právě kvůli potratu. Fieldsend & Smith (2021) identifikovali 4 hlavní témata: osobní dopad ztráty (stálé naděje, pocity úzkosti, hněvu, beznaděje, ztráta sebevědomí, ztráta smyslu), ztráta mezilidských vztahů (izolace, nestýkání se s lidmi, kteří mají děti, pocity méněcennosti, strach ze samoty, konec jejich genů, konec jejich historie), přeměna ztráty ve vnitřní sílu (zvládnutí, nový začátek, přemýšlení o dárcovství spermatu) a přeměna identity pomocí péče o vztahy (tvoření nové identity, ozdravný účinek péče o druhé, posílení vztahu s manželkou, naplnění potřeb jinde).

Grube (2020) na základě 13 párů, kteří jsou nedobrovolně bezdětní, vytvořil proces snášení nedobrovolné bezdětnosti, který je složený z 3 fází. První fází je vnímání ztráty biologického dítěte. Následuje fáze, v níž pár začne plánovat alternativní možnosti rodiny. Jedná se o velmi náročnou fázi, neboť se střídá naděje a smutek. Ve vztahu vzniká nátlak (plánování termínů početí). Po neúspěšných snahách o početí přichází poslední fáze, a to přesměrování životních cílů. Pár začne klást důraz na jiné aspekty života a dojde ke smíření se s bezdětností (Grube, 2020).

3.5.3 Living apart together (LAT)

Living apart together je styl vztahu, v němž partneři bydlí odděleně. Tento životní styl je přítomný v každém věku, ale nejčastěji u mladší generace. Téměř každý čtvrtý ve věku 18 až 24 let žije v tomto uspořádání, a to 26 % studentů a 20 % žijících s rodiči (Ayuso, 2019). Ayuso (2019) se zaměřil na výzkum v 7 zemích: Bulharsku, Rusku, Německu,

Francii, Rumunsku, Belgii a Litvě. Zkoumal fenomén LAT a budoucnost těchto párů. Studie se zúčastnilo 5 253 respondentů ve věku 18 až 79 let. Téměř ve všech zemích většina párů v LAT plánuje žít za 3 roky společně. Pouze v Německu (31,5 %), Rusku (27 %) a Belgii (26 %) něco málo přes jeden ze čtyř má v úmyslu zůstat v LAT v příštích třech letech. Tento záměr úzce souvisí s věkem, přičemž nejmladší se s největší pravděpodobností sestěhují a vezmou (56 % osob ve věku 25 až 29 let). Volba pokračovat v LAT je primárně spojována se staršími lidmi (64 % nad 60 let), důchodci (58,5 %) a nezaměstnanými partnery (32 %) (Ayuso, 2019).

Institucionalizace vztahu je i nadále důležitá, zvláště pokud partneři zvažují založení rodiny (7 z 10 párů). Když je doba trvání LAT kratší než rok, záměr soužití se zvyšuje. Mezi 1 a 3 roky roste úmysl uzavřít sňatek a při trvání vztahu déle než 3 roky se záměr zůstat v LAT zvyšuje (Ayuso, 2019).

Důvodů, proč se lidé rozhodnou pro LAT, může být několik, například to oběma partnerům vyhovuje, žijí příliš daleko nebo je vztah na začátku atd. Výsledky výzkumu mimo jiné ukázaly, že partneři, kteří žijí v LAT a kteří od sebe bydlí daleko a mají málo kontaktu, mají větší pravděpodobnost, že se v příštích letech ožení (přibližně polovina párů) (Ayuso, 2019). Jednou z možností, o které páry v LAT uvažují, je, že jejich vztah brzy skončí. Nestabilitu vnímají více ženy (13 %) než muži (9 %). Nejvíce nestabilitu vnímají ženy ve věku 40 až 49 let (21 %), což se také shoduje s obdobím nejvyššího rizika rozvodu (Ayuso, 2019). Budoucnost párů v LAT je ovlivněna také tlakem příbuzných a přátel (Ayuso, 2019).

4 Ztráta jako krize

Čtvrtá kapitola je věnována dopadu ztráty nenarozeného miminka na psychiku rodičů. V první řadě zmíním proces truchlení a fáze zármutku dle různých autorů. Následně popíši, jaký vliv může mít potrat na psychiku ženy a muže. V kapitole rovněž uvedu, jak přístup lékařů ovlivňuje prožitek ženy při potratu. V závěru kapitoly zmíním rady, které mohou rodičům pomoci vyrovnat se se ztrátou.

Ztráta milované osoby je jedním z nejsilnějších bolestných zážitků, krizí (Bowlby, 2013), která zasahuje do všech oblastí života (psychické, fyzické, sociální i spirituální) a ovlivňuje identitu i sebevědomí (Hráská & Špaňhelová 2020). Smrt dítěte (narozeného, či nenarozeného) vyvolává specifickou formu zármutku, při němž jsou rodiče nuceni změnit vlastní identitu a přehodnotit budoucnost (Špatenková, 2006).

4.1 Truchlení

Po zjištění, že těhotenství je u konce, nastává pro rodiče velmi náročné období, v němž se musí s touto skutečností vyrovnat, oplakat ji a zpracovat. Proces truchlení je dlouhodobý a velmi individuální. Muži a ženy mohou truchlit odlišným způsobem a mohou procházet fázemi smutku v jiném pořadí (Griebel et al., 2005). Ratislavová (2016) mluví o inkongruentním zármutku, což je právě označení pro odlišné truchlení mužů a žen. Obvykle první týdny truchlí oba partneři stejně, ale pak se začínají odlišovat. Je velmi důležité, aby spolu partneři komunikovali o svých potřebách a pocitech, protože jinak ve vztahu může vzniknout napětí a konflikty (Kersting & Wagner, 2012; Ratislavová, 2016). Jestliže se jedná o brzkou ztrátu těhotenství, může být pro muže těžší pochopit hluboký smutek ženy a respektovat délku jejího truchlení, protože partner si ještě nestihl vytvořit silnou vazbu k dítěti (Hráská & Špaňhelová 2020).

4.1.1 Truchlení žen a mužů

Ženy většinou nejdříve odmítají uvěřit dané skutečnosti. Poté pociťují smutek, zlost, hněv, pocity viny, výčitky, strach, zoufalství, vyčerpání, otupělost a pocit, že život ztratil smysl. Žena po potratu může být nedůvěřivá ke svému tělu, může mít strach z nenaplnění mateřské role. Emoční stav může být doprovázen poruchami paměti, pocity přítomnosti nenarozeného miminka, problémy se spánkem a příjmem potravy či poruchami v sexuálním životě (Hráská & Špaňhelová 2020; Jones et al., 2022; Špaňhelová, 2012). Tělesně mohou ženy pociťovat divný pocit kolem žaludku, stažené hrdlo, bolesti na hrudníku, bušení srdce, únavu nebo svalovou slabost a mohou mít pocit prázdného břicha (Hráská & Špaňhelová 2020).

Muži se po ztrátě většinou stanou tím, kdo musí vést domácnost (práce, starost o děti, sdělování rodině, zajištění praktických věcí atd.) (Ratislavová, 2016). Muži mají tendenci neukazovat tolik, že se trápí. Snaží se v sobě pocity potlačit a prožívají emoce s jinou intenzitou než ženy. Muži mají rovněž větší sklony k užívání alkoholu a jiných návykových látek. Obecně je intenzita a délka truchlení kratší u mužů než u žen. Muži se snaží své emoce vybit (fyzikou prací, v práci, zálibami atd.). Muži se při truchlení uchylují do sebe a nepotřebují tolik kontaktu s okolím jako ženy. Naopak mohou mít problém přijmout podporu od okolí (od rodiny, lékařů, psychologů). Projevy zármutku u nich mohou přerůst v somatické problémy (bolesti zad, potíže se srdcem atd.) nebo v hněv či agresi. Je pro ně příjemnější na ztrátu nemyslet a zaměřit se na budoucnost. Muži se bojí, že selhali, a trápí je beznaděj (Ratislavová, 2016; Ratislavová & Hrušková 2020).

Ratislavová (2016) ve své knize popsala čtyři role mužů, které mohou nastat. První je role silného muže. Muž má pocit, že musí být statečný, že není slaboch, aby plakal, a že to musí vydržet. Další role, do které se může muž dostat, je role ochránce, při níž má pocit, že selhal, že není dostatečně silný, že neuchrání svoji rodinu. Protipólem je role soběstačného muže. Ten si nepřipouští vlastní selhání. Poslední je role muže živitele, který odvádí svoji pozornost k práci a klade důraz na finanční zabezpečení rodiny (Ratislavová, 2016).

4.1.2 Fáze truchlení a faktory ovlivňující truchlení

Elizabeth Kübler-Rossová (2015) jako první popsala proces truchlení. Po sdělení prognózy přichází **šok, popření a stažení se do izolace**. Šok trvá pár hodin, či dnů. V této fázi si člověk myslí, že to musí být omyl, že to není možné, a nechce si nic špatného připustit. Následuje období **zlosti, hněvu či agrese**, které je typické agresivním chováním vůči okolí a pocity, že člověku nikdo nerozumí. Dále přichází fáze **smlouvání**, v níž roste naděje a jedinec sám sebe přesvědčuje, že to bude dobré, nějak se to vyřeší, najde se řešení. Následuje období **deprese**, kdy člověk pocituje vinu. Žena přemýšlí, co udělala špatně a proč potratila. Poslední fází je **akceptace skutečnosti**. Člověk se s událostí smíří, přehodnotí své hodnoty a najde nový smysl života (Kübler-Ross, 2015).

Další autorkou, jež se zabývá procesem truchlení, je Verona Kastová (1987, citováno v Ratislavová & Hrušková, 2020), která popsala čtyři fáze truchlení. První fází je **popření**. Poté dle Kastové (1987, citováno v Ratislavová & Hrušková, 2020) následuje fáze **propukání chaotických emocí**. Ženě se střídají různé emoce, pozitivní i negativní, a žena má v sobě emoční chaos. Problémem je, pokud žena své emoce potlačuje, neboť se může

objevit hněv a pocity viny, o kterých mluví i Kübler-Rossová (2015). Další fází je fáze **hledání, nalézání a odpoutávání**, v níž žena není schopná myslet na nic jiného než na miminko. Hledá miminko ve snech, fantaziích, vyprávěních. Poslední fáze je rovněž shodná s dělením Rossové (2015) a je jí fáze **nového vztahu k sobě a ke světu**. Žena se posouvá dále, přemýšlí nad dalším dítětem, zvládá bolestné okamžiky. Možnou komplikací je však vyvolání opětovného truchlení (Kastová, 1987, citováno v Ratislavová & Hrušková, 2020).

Bowlby (2013) popsal čtyři fáze zármutku. Při popisu vycházel z výzkumu o ztrátě manžela, ale dělení lze převést i na jiné ztráty. První je fáze **otupělosti**, která je krátká a může být přerušována záchvaty velmi silné tísně nebo hněvu. Následuje **hledání a toužení po ztracené osobě**. Druhá fáze může trvat několik měsíců, dokonce i let. Předposlední je fáze **chaosu a zoufalství**. Poslední fází je období **nového řádu** (Bowlby, 2013).

Všichni autoři vymezující fáze truchlení se shodují na počáteční fázi popírání a šoku. Následné fáze se vzájemně prolínají. Je však nutné si uvědomit, že každý člověk prožívá smutek odlišným způsobem. Kübler-Rossová (2015) sama uvádí, že pořadí fází se může měnit, fáze se mohou vzájemně prolínat, opakovat se. Některé fáze nemusí být prožity vůbec.

Jones et al. (2022) se zaměřili na analýzu 6 online příběhů žen, které prožily ztrátu miminka a sdílely svoji zkušenost. Autoři objevili čtyři hlavní úkoly truchlení, které se prolínají s výše zmíněnými fázemi truchlení. Nejdříve je nutné přijmout ztrátu. Uznat, že ženu ztráta ovlivňuje. Žena by si měla hledat informace a vnímat, co se děje s jejím tělem. Následuje práce s bolestí, smutkem a rozdílnými emocemi. V této fázi pomáhá číst podobné příběhy, komunikovat, mít podporu rodiny. Je důležité přizpůsobit se novému prostředí, hledat nový smysl a vzdělávat se v nově poznané oblasti (jak jsou potraty časté, vzdělání a předávání zkušeností dál, vědomí, že v tom nejsou samy). Posledním úkolem je pokračovat v životě (Jones et al., 2022).

Proces truchlení je ovlivněn mnoha faktory, například osobní charakteristikou truchlícího, jeho odolností, zkušeností se zvládáním náročných situací, používáním copingových strategií, dovedností pracovat s emocemi a informovaností či schopností využívání svých vnitřních a vnějších zdrojů (Hráská & Špaňhelová 2020; Ratislavová, 2016). Velkou roli hrají sociální a psychologické okolnosti ztráty (dostatečná sociální opora, počet dětí nebo ekonomická situace rodiny) (Bowlby, 2013; Ratislavová, 2016).

4.1.3 Komplikované truchlení

Reakce na ztrátu dočasně narušuje každodenní funkce. Jedinec ustupuje od společenských aktivit. Objevují se dotěrné myšlenky či necitlivost, které mohou přetrvávat po různě dlouhou dobu (Kersting & Wagner, 2012). Normální je truchlit rok až dva (Hráská & Špaňhelová 2020). Postupně by mělo přibývat pozitivních prožitků a smutek by se měl objevovat ve vlnách, k čemuž dochází po půl roce od ztráty (Brier, 2008; Ratislavová, 2016).

Pokud člověk minimálně po 6 měsících od ztráty necítí zlepšení, naopak má pocit, že se jeho stav zhoršuje, jedná se o komplikované, či protražované truchlení (Ratislavová & Hrušková 2020). Velká část jeho myšlenek je stále věnována ztrátě, stále cítí velmi silné emoce (smutek, pocity viny, vztek, ztrátu smyslu). Jeho stav mu neumožňuje běžné fungování v životě, pracovním, společenském a studijním (Ratislavová & Hrušková 2020). Dle Ratislavové & Hruškové (2020) 10 až 20 % lidí zvládá smutek obtížně a nemá dostatečné schopnosti na adaptaci těžké životní situace. U těchto jedinců se mohou rozvinout těžké psychické či somatické potíže.

Bowlby (2013, s. 122) popisuje komplikované truchlení následovně: „*citové reakce na ztrátu jsou neobvykle intenzivní a dlouhé, v mnoha případech s převládajícím a přetrvávajícím hněvem a výčitkami proti vlastní osobě, přičemž žal výrazně chybí.*“ Okolí i partnerovi se může zdát, že truchlení trvá moc dlouho. Jejich síly na podporu už jsou vyčerpané, proto některé páry mohou ztratit zájem být dále spolu, neboť pro vztah je to neúměrná zátěž (Hráská & Špaňhelová 2020).

Bowlby (2013) rozlišuje **dvě formy komplikovaného truchlení**, a to **chronický zármutek** a **dlouhou absenci vědomého truchlení**. U chronického zármutku se prodlužuje fáze toužení, hledání, chaosu a zoufalství. Při dlouhé absenci vědomého truchlení dochází k patologickému prodloužení fáze otupělosti. U obou panuje přesvědčení, že lze vzít ztrátu zpátky. Zármutek je nekonečný, neboť lidé ztrátu nepřijmou a nedokáží redefinovat svůj život (Bowlby, 2013). U chronického zármutku přichází nejdříve několik měsíců otupělosti. Člověk dělá, že se nic nestalo. Poté se objevují velmi intenzivní emoce, které trvají několik týdnů. Absence vědomého truchlení se vyskytuje většinou u silných, soběstačných, nezávislých lidí. Tito lidé dělají, že se nic nestalo. Bojí se emočního zhroucení, proto se vyhýbají určitým místům a tématům spojeným se ztrátou. Nadměrně se starají o druhé, aby se nemuseli věnovat sami sobě (Bowlby, 2013). Bowlby (2013) uvádí třetí méně častou formu komplikovaného zármutku, kterou je euforie, jež může v určitých případech přerůst až v manické záchvaty.

4.2 Psychický dopad potratu na ženy

Potrat je pro ženu velmi náročnou situací, a to i tehdy dojde-li ke ztrátě těhotenství v prvních týdnech. Kilshaw & Borg (2020, citováno v McIntyre et al., 2022) zjistili, že intenzita emocionálních reakcí není úměrná délce těhotenství. K obdobnému závěru dospěli de Oliveira et al. (2022), kteří zjistili, že neexistuje rozdíl ve smutku podle gestačního věku, v němž k potratu došlo. Prožitek potratu je spojen s přístupem okolí a je ovlivněn pohledem společnosti na potraty.

Ženy po potratu zažívají pocity izolace, osamělosti. Mají pocit, že jim nikdo nerozumí. Cítí se bezradně, obklopují je pocity viny, sebeobviňují se. Vyčítají si, že jejich tělo selhalo, a dochází u nich ke ztrátě budoucnosti (Bellhouse et al., 2019). Mercier et al. (2020) analyzovali 200 instagramových příspěvků týkajících se prožitku potratu. V příspěvcích se často objevovaly pocity nejistoty, které byly spojeny s čekáním. Ženy doufaly, že se na další kontrole objeví srdeční akce. Čekaly, jakou budou mít hladinu hCG (choriový gonadotropin). Nejčastěji prožívaly smutek, hněv, lítost, ale i naději. Docházelo u nich ke změně identity, jsou nyní matkami bez dětí. Některé z nich měly podporu od rodinných příslušníků. Mnohé ženy však zůstaly bez podpory okolí. Sdílení se pro ně stalo formou podpory. Některé ženy ve svých příspěvcích zmiňovaly strach ze zveřejnění, jiné to braly jako osvětu veřejnosti. Často se objevovaly špatné reakce na těhotenské příspěvky, což ženy chápaly jako neuctivé k jejich situaci a vyvolávalo to v nich pocity nepochopení (Mercier et al., 2020).

Figueredo-Borda et al. (2022) vedli rozhovory s 9 ženami, které zažily potrat do 20. týdne těhotenství, a se 6 zdravotníky. V rozhovorech objevili 4 kategorie. První pojmenovali já a bolest. Kategorie zahrnuje prožitek žen po potratu. Nejčastěji byl zmiňován hluboký smutek a vliv rodiny na truchlení. Okolí cítí beznaděj, nedokáže ženě pomoci a na ženu je vyvíjen tlak na rychlé zotavení. Další kategorií je spiritualita, kam spadá nejen víra, ale také učení se od lidí se stejnou zkušeností, sdílení, možnost dát zkušenost do slov a být v souladu se sebou. Dalším odhaleným tématem je zdravotnická péče, které bude věnovaná samotná kapitola. Poslední kategorií je potřeba rozpoznat a uznat existenci miminka, vidět ho, pochovat si ho, což ženám usnadňuje truchlení (Figueredo-Borda et al., 2022).

Po potratu dochází ke zhoršení duševního stavu ženy (Akhtar & Khalid, 2022). Bylo zjištěno, že ženy s nízkým socioekonomickým statusem a ženy, které se přistěhovaly z jiných zemí, vykazovaly horší duševní zdraví po potratu (deMontigny et al., 2020). Horší duševní zdraví měly rovněž bezdětné ženy (Akhtar & Khalid, 2022; deMontigny et al., 2020;

Nwafor et al., 2020). Opačné zjištění přinesla studie de Oliveira et al. (2022). Z výsledků této studie vyplynulo, že bezdětné ženy neprožívaly silnější zármutek. Duševní zdraví žen bylo také horší u žen, jejichž těhotenství bylo plánované, byly ve věku 35 let a více, nebo pokud se jednalo o asistovanou reprodukci (Nwafor et al., 2020). Kvalita manželského vztahu a spokojenost se zdravotní péčí měla pozitivní vliv na duševní zdraví žen, tedy čím nižší je kvalita vztahu, tím vyšší je úroveň smutku (deMontigny et al., 2020; de Oliveira et al., 2022). Přestože kvalita partnerského vztahu ovlivňuje duševní zdraví žen, vlivem potratu dochází k poklesu manželské spokojenosti (Akhtar & Khalid, 2022).

DeMontigny et al. (2020) provedli průřezovou studii pomocí online dotazníku na 241 ženách, které zažily potrat za poslední 4 roky. Ve studii se zaměřili na zhodnocení duševního zdraví těchto žen, konkrétně na depresi, úzkost a perinatální smutek. Zjistili, že ženy, které prodělaly potrat v posledních 6 měsících, měly vyšší skóre pro depresi než ženy, které prožily potrat před 7 až 12 měsíci. Ze studie lze vyvodit závěr, že depresivní symptomy i během krátké doby klesají, zatímco úroveň úzkosti a perinatálního smutku zůstává po dobu 12 měsíců neměnná (deMontigny et al., 2020).

Další studií je turecká studie, které se zúčastnilo 116 žen, které zažily brzkou těhotenskou ztrátu. U těchto žen byly rovněž měřeny symptomy deprese, úzkosti a perinatálního smutku (Ozgen et al., 2022). Deprese byla zjištěna u 85 žen (73 %). V jiné studii Nwafor et al. (2020) zaznamenali těžkou depresi u 8 ze 140 žen (5,7 %) a u 12 žen (8,5 %) byly prokázány symptomy těžké deprese. Středně těžká až těžká úzkost byla přítomna u 23,5 % žen a extrémně těžká úzkost byla zaznamenána u 21,5 % účastnic (Nwafor et al., 2020). U více než poloviny účastnic byl hlášen stres a k extrémně silnému stresu došlo u 19,9 % žen (Nwafor et al., 2020).

Volgsten et al. (2018) srovnávali výsledky 35 žen, které zažily spontánní potrat, a 67 žen, které prožily zamlklý potrat. Všechny ženy byly zdravé a neměly žádné zdravotní komplikace. Ve studii byly využity následující metody – Revised Impact of Miscarriage Scale (RIMS), která měří zkušenost s potratem, Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S), zaměřující se na depresivní symptomy, a Perinatal Grief Scale (PGS) zjišťující skóre perinatálního smutku. Týden po potratu nebyly zjištěny žádné rozdíly mezi oběma skupinami žen a všechny hodnoty se časem u obou skupin snižovaly. Čtrnáct procent žen se spontánním potratem a 16 % žen se zamlklým potratem vykazovalo středně těžké až těžké depresivní symptomy, které se po 4 měsících výrazně zmírnily u obou skupin žen. V této studii se ukázalo, že emocionální pocity po potratu ovlivňuje spíše typ léčby než diagnóza potratu (Volgsten et al., 2018).

4.3 Psychický dopad potratu na muže

Potrat ovlivňuje i partnera, i když partnerovu zármutku není věnovaná taková pozornost. Ze studií vyplývá, že muži vnímají, že okolí neuznává jejich ztrátu a že jsou velmi často přehlíženi i zdravotníky (Chavez et al., 2019; McCreight, 2004; Williams et al., 2020). Muži ve studiích rovněž uváděli pocity nedostatečné připravenosti na sdělování skutečnosti rodině a příbuzným (McCreight, 2004). Bylo zjištěno, že muži zažívají podobnou úroveň smutku jako ženy (Brier, 2008). Volsten et al. (2018) naopak ve své studii zjistili, že emocionální prožitek potratu, smutek a depresivní symptomy jsou výraznější u žen než u mužů. Muži jsou nuceni okolím, aby maskovali svůj smutek. (Chavez et al., 2019; The Miscarriage Association, 2023). Neuspokojování emočních potřeb partnera, případně ignorování emocí partnera však může ovlivnit proces truchlení a smutek na něj může mít dlouhodobější účinky (McCreight, 2004).

Muži zažívají při ztrátě odlišné emoce. Velmi často jsou v šoku jako ženy. Mohou se cítit izolovaní, osamělí, otupělí. Mohou pociťovat hněv, vinu, selhání, bezmoc a frustraci z toho, že nemohou nijak partnerce pomoci. Mají potíže se soustředěním, neprojevují zájem o sex, mají strach o partnerku, případně i strach z budoucího těhotenství. Mohou být netrpěliví. Chtějí, aby se vše vrátilo do normálu, případně to chtějí ihned napravit dalším dítětem. Někteří muži mohou cítit úlevu od nejistoty, zejména když těhotenství nechtěli, nebo pokud se ještě necítí připraveni na rodičovskou roli (The Miscarriage Association, 2023). Prožitek emocí je stejně jako u žen velmi individuální a variabilní. Muži by se neměli bát sdílet své emoce se svou partnerkou, eventuálně s přáteli (Špaňhelová, 2012).

Chavez et al. (2019) provedli výzkum, v němž se snažili porozumět tomu, jak muži prožívají potrat. Výzkumu se zúčastnilo 31 mužů. Chavez et al. (2019) objevili 4 stěžejní témata: izolace, zahlcení, ochránce a zvládnání. Muži se cítili v celé situaci izolovaní, jako by se jim to netýkalo. Třináct mužů uvedlo, že se cítili odpojeni od toho, co se stalo. U některých mužů se snížila komunikace s partnerkou. Muži velmi často v souvislosti s izolací uváděli, že měli nedostatek podpory od okolí. Nikdo se nezajímal o to, jak se cítí (Chavez et al., 2019). U zahlcení byla objevena 4 podtémata: intenzivní emoce, trauma, popírání a ztráta. Dvacet jedna mužů zažívalo intenzivní emoce, které jsou odezvou na nečekanou událost. Třináct mužů označilo potrat jako trauma, tedy věc, která se jim vryla do mysli a nemohou na ni nikdy zapomenout. Pět mužů reagovalo na přetížení popřením. Odmítali, že by se něco takového stalo. Čtrnáct mužů pociťovalo ztrátu. Popisovali, že se jim zhroutil svět. Nejprve se pyšnili rolí otce, a pak nic (Chavez et al., 2019). Třetí téma,

role ochránce, bylo rozděleno na 3 podtémata: dualita, podpora a bezmoc. Třináct mužů cítilo dualitu, neboť měli potřebu být pro své partnerky silní, ale zároveň chtěli prožít vlastní bolest a emoce. Devět mužů cítilo potřebu být pro svou ženu oporou a 8 mužů cítilo bezmoc, protože nevědělo, jak svým partnerkám pomoci. Do tématu zvládání spadají podtémata: zoufalství, spojení a změna pohledu. Deset mužů uvedlo, že ztrátu potřebovali nějak zpracovat, ale nevěděli jak, hledali různé možnosti. Velká část mužů (26) vyjádřila potřebu spojení se s ostatními muži, kteří zažili stejnou situaci. Osm mužů uvedlo, že je zážitek potratu změnil. Jeden respondent uvedl, že jeho syn nikdy neuvidí jeho otcovský úsměv, ale že ho změnil navždy a vždy to bude jeho syn a on bude jeho otec (Chavez et al., 2019).

Jiné studie se zúčastnilo 136 mužů ve věku 23 až 58 let, kteří si společně s partnerkou prošli potratem (Horstman et al., 2021). Studie zjišťovala jejich rodičovskou identitu, a to pomocí Parenting role salience, která říká, že čím vyšší skóre jedinec získá, tím je vyšší rodičovská identita. Rovněž byly použity metody na měření momentálního rozpoložení mužů (Positive and negative affect), vnímavý stres (Perceived stress) a emocionální podporu (Emotional support) (Horstman et al., 2021). Horstman et al. (2021) zjistili, že čím vyšší je rodičovská role, tím méně pozitivně a negativně se muži cítí ohledně potratu (př. pozitivního efektu – pyšný, př. negativního afektu – vina). Pokud je rodičovská role významná, dochází ke snížení vnímaného stresu, ale nedochází k pozitivnímu vlivu. Dále zjistili, že partneři, kteří měli dobrou emocionální oporu u své partnerky, vykazovali lepší zvládání než muži bez dostatečné podpory (Horstman et al., 2021).

4.4 Srovnání psychického dopadu potratu na muže a ženy

Švédská studie, která sledovala muže a ženy po dobu 4 měsíců od potratu, se zaměřila na popis emocionálního prožitku, smutku a deprese. Studie se zúčastnilo 103 žen a 78 mužů. Celkově mezi nimi bylo 64 párů. Účastníci byli ve věku 25 až 41 let a gestační věk při potratu byl do 21+6 týdne těhotenství. Účastníci vyplňovali škálu Revised impact of miscarriage scale (RIMS) zaměřující se na emoční prožitek a obsahující následující témata: izolace/vina, ztráta dítěte a zničující událost. Dále vyplňovali část na měření perinatálního zármutku (Perinatal Grief Scale (PGS)), která se skládá z oblastí: akutní smutek, obtížné zvládání a zoufalství. Deprese byla měřena pomocí Montgomery Åsberg Depression Rating (MADRS-S). Respondenti vyplňovali dotazníky dvakrát, a to týden po potratu a 4 měsíce po potratu.

Emocionální prožitek měřený pomocí RIMS byl výraznější u žen než u mužů, přičemž emoční prožitek zůstal po 4 měsících relativně stabilní, a to u obou pohlaví. Ženy

bez dětí měly vyšší skóre u tématu izolace/vina než ženy s dětmi. Ženy, které už měly zkušenost s potratem, měly vyšší skóre u všech 3 témat než ženy, které potrat nezažily. Ženy s neplodností měly vyšší skóre u tématu izolace/vina a ztráta dítěte (Volgsten et al., 2018). Z výsledků studie bylo zjištěno, že ženy, které nemají děti nebo se léčí s neplodností, vnímají potrat hůře.

Z výsledků měření perinatálního zármutku vyplynuly rozdíly mezi muži a ženami, a to ve všech 3 tématech. U žen se snížil aktivní smutek a potíže se zvládáním po 4 měsících, ale pocit zoufalství zůstal stejný. U mužů se všechny 3 faktory snížily po 4 měsících ve srovnání s 1. týdnem (Volgsten et al., 2018). I zde bylo prokázáno obtížnější zvládnutí u žen bez dětí, s prožitkem předchozího potratu a u párů s neplodností, neboť ženy bez dětí vykazovaly výrazně více aktivního smutku než ženy s dětmi. Ženy, které již prodělaly potrat, měly vyšší skóre smutku a zoufalství. Ženy s problémy s neplodností dosáhly významně vyššího skóre ve všech 3 faktorech (Volgsten et al., 2018).

Zhoršení duševního zdraví bylo po týdnu významně horší u žen než u mužů. To samé bylo zjištěno i u 64 párů, kde autoři zaznamenali vyšší skóre u žen než u mužů po 1 týdnu i po 4 měsících. U mužů i u žen došlo k podobnému snížení po 4 měsících. Zde nebyl nalezen žádný rozdíl ve skóre MADRS-S mezi ženami s dětmi a ženami bez dětí, ani mezi ženami, které v minulosti potratily, či ženami s problémy s neplodností (Volgsten et al., 2018).

Z výzkumu vyplývá, že smutek a depresivní symptomy se za 4 měsíce od potratu snížily u mužů i u žen, zatímco emoční prožitek po potratu nebyl výrazně snížen. Dále, že ženy prožívají potrat hůře než muži. Rovněž ženy bez dětí, po předchozím potratu či páry s neplodností zvládají potrat hůře (Volgsten et al., 2018).

4.5 Dopad přístupu lékařů na prožitek potratu

Ke zjištění, že těhotenství neprobíhá odpovídajícím způsobem, dojde většinou při běžné kontrole u gynekologa, jehož úkolem je sdělit ženě tuto nečekanou zprávu. Často jsou ženy poslány na potvrzení do nemocnice, kde se setkávají s dalšími zdravotníky. Mnoho studií zjistilo, že když je pacientkami hodnocena zdravotnická péče jako negativní, má to negativní vliv na duševní zdraví ženy. Naopak pozitivní hodnocení zdravotní péče pozitivně ovlivňuje duševní zdraví (Bowlby, 2013; deMontigny et al., 2020; Galeotti et al., 2022; Nwafor et al., 2020).

Bellhouse et al. (2019) se zaměřili na to, jak zdravotníci ovlivňují prožitek potratu. Provedli polostrukturované rozhovory s 15 ženami. Z výzkumu vyplývá, že ženy mají pozitivní i negativní zkušenosti s lékařskou péčí při potratu. Ženy s negativní zkušeností

vykazují vyšší úzkost. Velká bariéra, která se mezi pacienty a lékaři vytváří v souvislosti s potratem, je způsobena nedostatkem porozumění a nedostatkem emocionální opory od zdravotníků (Bellhouse et al., 2019; Galeotti et al., 2022). Ženy rovněž upozorňují na nedostatek informací (Bellhouse et al., 2019; Larivière-Bastien et al., 2019), používání lékařské terminologie, necitlivé komentáře, odmítavý postoj zdravotníka či nedbalost (Bellhouse et al., 2019). Byly vyjádřeny i obavy z nemocničního prostředí zejména z nedostatku soukromí (Galeotti et al., 2022).

Zjištěné výsledky jsou v souladu se studií Figueredo-Borda et al. (2022), kteří prováděli rozhovory s ženami a lékaři, přičemž jedním z témat byla zdravotnická péče, u které byla zmiňována následující negativní podtémata: nedostatek empatie, nedostatek péče, omezování rozhodnutí. Ženy zmiňovaly, že vzhledem ke svému věku občas čelily narážkám lékařů na jejich potrat, případně lékaři zmiňovali, že si ženy úmyslně potrat vyvolaly. Pár se nemohl sám rozhodnout, co a jak by chtěl. Ženy celkově hodnotily péči jako nedostatečnou (Figueredo-Borda et al., 2022). Jedno podtéma, které z analýzy vyplynulo, bylo pozitivní, a to osvědčené postupy. Ženy popisovaly, že měly pocit doprovázení, podpory, chápání a souhry zdravotnického týmu (Figueredo-Borda et al., 2022).

V australské studii Jensena et al. (2018) se zaměřili na roli zdravotníků, kteří s ženami o potratu komunikují. Zjistili, že pouze dva lékaři se přímo zeptali na emoční stav ženy (Jensen et al., 2018). Ženy pozitivně hodnotí přístup zdravotníků, pokud se jim od nich dostane emocionální podpory, zdravotníci jim nabídnou podpůrnou péči a možnost mít vzpomínkové rozloučení (Bellhouse et al., 2019). Bellhouse et al. (2019) ale uvádějí, že pozitivní zkušenosti s lékaři byly popisovány zejména ženami, které navštívily soukromé kliniky.

Brann et al. (2020) uskutečnili ohniskové skupiny pro 22 žen ve věku 22 až 58 let, které zažily potrat. Zaměřili se na to, co pro ně bylo při zvládání potratu nejhorší a co by doporučovaly změnit ve zdravotnictví. Ženy zmiňovaly větší empatii, vytvoření dostatečného prostoru pro zpracování informací, omezení odborných výrazů a emočně nabitých slov (Brann et al., 2020). Larivière-Bastien et al. (2019) provedli podobnou studii a zjistili, že ženy potřebují více informací, a to o samotném potratu, možnostech řešení, procesu truchlení. Při oznámení potratu by ženy uvítaly medicínská data o potratech a poskytnutí času na zpracování. Rovněž je pro ně důležité slyšet, jaké jsou varianty řešení potratu a u každé zmínit výhody a rizika metody. Informace o následné péči by měly být v ideálním případě zaměřeny na psychickou stránku a podpůrné zdroje (Larivière-Bastien et al., 2019).

4.6 Vyrovnávání se se ztrátou

Prožitek potratu je náročný nejen po duševní stránce, ale i pro tělo ženy, proto potřebuje nějaký čas na rekonvalescenci. V České republice platí, že pokud se jedná o porod mrtvého miminka (po 22. týdnu těhotenství), matka má nárok na 14 dní mateřské dovolené (zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění). Pokud se však jedná o ztrátu miminka klasifikovanou jako potrat (do 22. týdne těhotenství), matka nemá nárok na mateřskou dovolenou. Jedinou možností je požádat gynekologa o vystavení dočasné pracovní neschopnosti a čerpat nemocenskou dovolenou (Štefanides & Troníčková, n.d.). Ve Velké Británii nemá rovněž žena nárok na dovolenou ve všech případech ztráty miminka. Nárok na 14denní dovolenou ženě ze zákona vzniká pouze při ztrátě po 24. týdnu těhotenství (Hodson, 2022). Oproti tomu na Novém Zélandu byl v březnu roku 2021 ustanoven nárok na 3 dny smuteční dovolené pro ženy a jejich partnery po potratu (Hodson, 2022).

Studie Alqassima et al. (2022) se zaměřila na zjištění podpory žen po potratu. Výzkumu se zúčastnilo 42 žen po potratu z Velké Británie a USA. Alqassim et al. (2022) objevili 2 zdroje podpory: **formální** (poskytovatelé zdravotnické péče) a **neformální** (přátelé, rodina, partner, kolegové). Síť formální péče byla nejdůvěryhodnějším zdrojem informační podpory. Neformální síť byla hlavním zdrojem hmotné podpory. Často však pečovatelské sítě nebyly schopny poskytnout dostatečnou informační a emocionální podporu, a proto rovněž významnou roli má setkávání s ženami, které také zažily potrat (Alqassim et al., 2022).

Otevřená komunikace je pro zpracování události velmi důležitá, neboť je pro ženy zdrojem úlevy. Pomáhá jim nalézat smysl ztráty a prostřednictvím komunikace se snaží dostat téma potratů do společnosti (Jones et al., 2022; Ratislavová, 2016). Často mají ženy i muži po ztrátě pocit, že jim nikdo nerozumí. Nikdo nemůže pochopit, co prožívají. V takovém případě je pro ně velmi důležité najít si někoho se stejnou zkušeností (Ratislavová, 2016). Zároveň pár pochopí, že v tom není sám. Rovněž jim může pomoci kognitivní zpracování, tedy vyhledávání dostupných informací, prostřednictvím nichž pár pochopí, o co se jedná, že je v pořádku truchlit a zjistí, co mu může pomoci (Ratislavová, 2016).

Někdo hledá ve ztrátě **smysl**. Zjišťuje, co mu ztráta přinesla, jak ho poznamenala a změnila. Jiní se naopak **zaměřují na druhé**, nebo **na sebe** (věnují se cvičení, relaxaci, orientují se na budoucnost) (Mercier et al., 2020; Ratislavová, 2016). Některým párům pomáhá uspořádat **poslední rozloučení**, kterým vyjadřují miminku úctu, nebo jinou **formu**

rituálů či **kreativních výtvorů** (psaní dopisu na rozloučenou, malování, modelování, pojmenování miminka, zasazení stromu, setkávání se s miminkem, tetování, vytvoření památníčku, napsání básně). Jiné páry naopak ztrátu zvládání pomocí **náboženství**, které vyznávají, případně si nechají pomoci od poradců či terapeutů (Mercier et al., 2020; Ratislavová, 2016). V České republice je již uzákoněno, že ženy mají možnost pohřbit své miminko a mají nárok na pohřebné ve výši 5000 korun bez ohledu na gestační věk ztráty (Ministerstvo práce a sociálních věcí, n.d.).

De Oliveira et al. (2022) se zaměřili na vliv rituálů na prožitek potratu. Portugalské studie se zúčastnilo 74 žen ve věku 23 až 54 let, které zažily potrat. Šedesát čtyři žen mělo potrat v I. trimestru. Pomocí dotazníku The Bereavement Activities Questionnaire výzkumníci zjistili, že prožitek rituálu po potratu má pozitivní vliv na zármutek, který žena prožívá (de Oliveira et al., 2022).

V roce 2022 se 10 žen ze Španělska a Katalánska zúčastnilo studie McIntyre et al. (2022), kteří se zaměřili na rituály po potratu. Při studii byly použity následující metody – ohniskové skupiny, pozorování a rozhovory. Polovina žen byla křesťanského nebo katolického vyznání, 4 byly ateistky a 1 respondentka byla agnostik. Gestační věk ztrát byl od 6. do 34. týdne. Některé ženy se považovaly za matky potracených dětí, některé za matky živých dětí. Osm žen chtělo udělat nějaký rituál z vlastní iniciativy a 2 ženy k tomu byly přivedeny zdravotníky (McIntyre et al., 2022). Nebyla prokázána žádná souvislost mezi gestačním věkem a používanými rituály. Stejně tak nebyl prokázán vliv náboženství na používání rituálů. Ženy uváděly, že zažívaly odpor při provádění rituálu od okolí, rodiny, partnera (McIntyre et al., 2022). McIntyre et al. (2022) na základě studie rozdělili rituály na několik druhů. Při vyšších stádiích těhotenství ženy uskutečnily **institucionalizované rituály**. Mnoho žen psalo **dopisy, poznámky či deníky** a používalo **ohně** (pálení dopisů a poznámek, sezení žen v kruhu kolem ohně či zapalování svíček). Pro některé ženy bylo důležité vytvořit **památeční místo** (v domě, na zahradě – vystavení fotografie, pohřbení embrya pod strom, vytvoření vzpomínkových boxů). Časté byly také různé formy **zhmotněných vzpomínek** (náhrdelníky, sázení stromu, pírkó v láhvi či tetování). Z **veřejných obřadů**, kterých se ženy účastnily, byl nejhojněji zmiňován den mezinárodní vzpomínky na těhotenské a kojenecké ztráty. Častější však byly **soukromé aktivity** (výročí zjištění těhotenství či potratu). Některé ženy zvolily návštěvu psychoterapeuta (McIntyre et al., 2022).

5 Dopad potratu na partnerský vztah

Truchlení je velmi individuální proces a ženy často truchlí jinak než muži. Prožitek potratu je pro oba partnery velmi stresující událost, která má vliv na jejich vztah. V této kapitole shrnu studie, které se zabývají dopadem potratu na partnerský vztah. Toto téma však není příliš prozkoumané, a proto není mnoho aktuálních zdrojů.

Ztráta dítěte může prohloubit problémy, které ve vztahu partneri řešili. Může narušit doposud harmonický vztah, případně může partnery více spojit (Hráská & Špaňhelová, 2020; Špaňhelová, 2012). Pro partnery může být obtížné porozumět sobě navzájem, neboť rozdílně reagují a prožívají odlišné emoce (The Miscarriage Association, 2023). Zatímco muži postupem času berou potrat jako uzavřenou událost, ženy mají potřebu sdělovat své emoce a pocity někomu blízkému. Jestliže se žena bude svěřovat svému partnerovi, který jí bude naslouchat, je to přínosné a vztah se může posunout dále. Pokud však partner reaguje odtažitě, může to ve vztahu způsobit krizi (Špaňhelová, 2012).

Velkou roli ve vztahu hraje obviňování a pocity viny, které by měli partneri dobře zpracovat, jinak to negativně ovlivní jejich vztah (Špaňhelová, 2012; The Miscarriage Association, 2023). Potrat může taktéž ovlivnit sexuální život páru. Jeden z páru se může chtít hned snažit o další miminko, druhý se na to ještě nemusí cítit, což je pro vztah velmi zatěžující (The Miscarriage Association, 2023).

Velmi důležitým aspektem ve vztahu je komunikace, která partnerům po potratu umožňuje vzájemné pochopení (The Miscarriage Association, 2023). Kielek-Rataj et al. (2020) se zaměřily na to, jak otevřenost a komunikace ovlivňuje manželskou spokojenost u párů s neplodností a po potratu. Polského výzkumu se zúčastnilo 50 párů, které prožily potrat, a 40 neplodných párů, přičemž 74 % párů po potratu mělo alespoň jedno dítě a 92 % neplodných párů bylo bezdětných (Kielek-Rataj et al., 2020). Respondenti vyplňovali dotazníky na komunikaci (Family Communication Scale), škálu manželské spokojenosti (The Marriage Success Scale) a Giessenův test, z kterého byly použity škály otevřenosti a rezervovanosti (Kielek-Rataj et al., 2020). Kielek-Rataj et al. (2020) zjistily, že spokojenost ve vztahu u žen ze skupiny neplodných párů je o 6 bodů nižší než partnerská spokojenost u žen po potratu, což vysvětlují tím, že neplodnost je pro pár větší zátěží, neboť je to dlouhodobější záležitost. Zároveň čím více jsou partneri otevřenější, tím jsou ve vztahu spokojenější. U mužů je spokojenost ovlivněna komunikací a otevřeností manželky, zatímco u žen je spokojenost ovlivněna jejich vlastní komunikací, komunikací partnera a vnímáním vlastní a manželovy otevřenosti. Vnímání vlastní otevřenosti ovlivňuje to, jak ji hodnotí

partner (Kielek-Rataj et al., 2020). Kielek-Rataj et al. (2020) zjistily, že čím vyšší je kvalita komunikace mezi partnery, tím méně je spokojenost ve vztahu ovlivněna vzájemným vnímáním otevřenosti.

Wendołowska et al. (2022) v jiné studii zjistily, že ženy v páru s neplodností mají vyšší úroveň spokojenosti než ženy, které zažily potrat. Taktéž zjistily, že neplodné páry a páry po potratu používají jiné strategie pro zvládání svých emocí. Ženy po potratu vyhledávají emocionální a sociální podporu. Méně vyhledávají duchovní podporu, která napomáhá přerámování události. Pro ženy je důležitá podpora manžela, podpora ostatních členů rodiny a přátel. Muž často reaguje distancováním se, neboť přijetí podpory okolí vnímá jako zpochybnění vlastní sebekontroly (Wendołowska et al., 2022). Sociální opora má příznivý vliv na zvládání stresu u neplodných párů či párů po potratu (Ratislavová, 2016; Wendołowska et al., 2022). Náboženské vyznání může pomoci páru se zvládáním neplodnosti či potratu (ovlivňuje nezvratnost smrti, smysl ztráty, použití rituálů atd.) (Wendołowska et al., 2022). Pokud se partneři hodnotí navzájem jako sebekontrolovaní, má to pozitivní vliv na spokojenost ve vztahu. Postupem času však v manželství tento vliv klesá a větší roli má sociální opora (Wendołowska et al., 2022).

Hiefner (2020) se zaměřila na popis dyadického zvládání a párové resistance po potratu. Americké studie se zúčastnilo 6 párů, s kterými byly provedeny rozhovory odděleně i v páru. Do výzkumu byly vybrány pouze páry bez dětí. U všech párů vlivem potratu došlo k hlubšímu propojení, pocitu silnějšího vztahu a větší blízkosti mezi partnery (Hiefner, 2020). Pouze jeden pár popisoval napětí ve vztahu (více hádek), které bylo způsobeno emočním stavem ženy. Dva páry popisovaly pocity nejistoty, neboť si nebyly potratem jisti. Jakmile potrat proběhl, zmizela jejich naděje, což je negativně ovlivnilo (Hiefner, 2020). Hiefner (2020) do prožité zkušenosti zařadila následující témata: sdílená ztráta, vztahová struktura, emoční naladění a dyadické copingové strategie. Všech 12 účastníků popisovalo sdílenou bolest z potratu. Pro ženy bylo velmi důležité, že jim partner rozumí. Pět žen uvedlo, že pro ně bylo důležité necítit se při ztrátě osaměle. Tři ženy zmínily, že je podporující vidět smutek partnera a 2 muži uvedli, že se snaží sdílením ztráty pomoci své partnerce. K problematice vztahové struktury 5 ze 6 párů uvedlo, že pro ně byl partner primárním zdrojem opory. Cítili závazek ke vztahu, jelikož se jedná o skutečnost, kterou si musí projít společně (Hiefner, 2020). Z hlediska emocí bylo pro ženy důležité vědět, že jim partner nic nevyčítá. Pozitivně byla hodnocena otevřenost (emoční i fyzická – co žena prožívá), upřímnost (vyjádření pocitů a potřeb partnerů). Prostřednictvím otevřenosti a upřímnosti dokázali partneři přijmout vzájemné rozdíly a následně vzájemně uspokojit

potřeby pomoci empatie a ohleduplnosti. Hiefner (2020) zařadila do dyadických copingových strategií společný čas, který partnerům velmi pomohl, komunikaci o ztrátě, společný pláč a mluvení o budoucnosti. Víra párům pomohla najít větší pochopení pro ztrátu, načerpat zdroje a najít smysl ztráty. Ženy si byly vědomy toho, že partner nemůže splnit všechny jejich potřeby, proto se obracely s prosbou o podporu na širší rodinu, přátele či odborníky (Hiefner, 2020).

Podobnou studii provedli Jansen et al. (2022) na německé populaci. Studie se zúčastnilo 147 párů (N=294). Respondenti odpovídali na to, co v době potratu potřebovali od partnera a okolí. Potřeby od partnera Jansen et al. (2022) rozdělili do 4 kategorií: empatické a chápající zacházení ze strany partnera, partner vykazující optimismus a pozitivní přístup, častější a otevřenější komunikace s partnerem a nastavení společného partnerského cíle. Potřebu empatického a chápavého zacházení ze strany partnera zmínilo 90 respondentů (54,6 % žen a 20,4 % mužů). Zejména pro ženy byla nejdůležitější empatie a porozumění, dále podpora a péče ze strany partnera (23 žen a 2 muži). Čtrnáct účastníků zmínilo přání soudržnosti, být milován navzdory všemu. Tématu sexuality se věnovali 2 muži a 1 žena, přičemž muži vyjádřili přání po větší sexuální aktivitě, zatímco žena si přála v této oblasti více empatie od svého partnera (Jansen et al., 2022).

Padesát osm účastníků (51,6 % mužů a pouze 7,7 % žen) zmínilo přání po pozitivním a optimistickém přístupu partnera. Dvacet tři mužů a 3 ženy od svého partnera chtělo, aby měl chuť do života, byl vděčný za život a projevoval naději a důvěru. Hlavně muži chtěli, aby na sebe partnerky nenakládaly takovou zátěž (sebeobviňování, nátlak, přílišné trápení atd.). Muži si přáli, aby partnerky byly klidné a trpělivé při řešení situace. Šest a půl procent mužů chtělo, aby partnerka potrat překonala (Jansen et al., 2022).

Touhu po častější a otevřenější komunikaci s partnerem zmínilo 51 účastníků (38 žen, 13 mužů). Dvacet čtyři žen a 4 muži si přáli, aby jejich partneři s nimi mluvili o potratech častěji, jednali upřímně a otevřeně. Šest mužů a 14 žen chtělo, aby jejich partneři ukázali své city a mluvili o nich. Dva muži požadovali, aby partnerky o potratu mluvily méně. Dva muži žádali, aby si o potratu žena povídala s někým jiným. Tři ženy si přály, aby je partner pouze poslouchal a nenavrhoval žádná řešení (Jansen et al., 2022).

Stanovení společného cíle znamenalo mít živé miminko. Jedenáct žen chtělo, aby muži projevíli větší iniciativu pro dosažení cíle (lékařské prohlídky, hledání alternativního řešení, podpora touhy po dítěti). Jeden muž chtěl, aby se žena vzdala touhy mít dítě. Dva respondenti by rádi mluvili o alternativním řešení (adopci). Šest mužů a 2 ženy výslovně uvedlo, že od svého partnera chtějí dítě (Jansen et al., 2022).

Od rodiny a přátel partneri nejčastěji očekávali empatii, porozumění, ohleduplnost, přijetí situace a neprojevení lítosti. Osmdesát sedm respondentů toužilo mluvit s rodinou a přáteli o potratu otevřeně. Jeden muž uvedl, že by chtěl, aby se okolí zajímalo i o jeho pocity, a ne pouze o pocity partnerky. Bylo projevováno přání, aby potraty nebyly tabu, aby rodina a přátelé nedávali páru nevyžádané rady, aby nezlehčovali potraty a aby naslouchali. Dvacet respondentů chtělo, aby se blízcí neptali na plánování rodiny (Jansen et al., 2022). Jansen et al. (2022) rovněž zjistili, že pro některé páry je důležité, aby jim okolí poskytlo rozptýlení a přehnaně se o ně nestaralo.

Při komunikaci vnímalo 246 respondentů užitečné aspekty. Dvě stě pět lidí zmínilo neužitečné aspekty komunikace, přičemž odpovědělo více žen než mužů. Devadesát jedna respondentů vnímalo mluvení o potratech jako užitečné. Pozitivně bylo hodnoceno společenské uznání tématu (naslouchání, otevřená diskuze atd.) a setkávání se s lidmi se stejnou zkušeností. Naopak pro páry byly v komunikaci zatěžující nevhodné komentáře (jsi mladý, dobře to dopadne, zkuste to znovu), zlehčování situace (štěstí, že potrat byl tak brzy, už máte děti), racionalizování potratů (je to tak nejlepší, buďme rádi, že se příroda rozhodla tak), porovnávání smutku s ostatními nebo úmyslné nemluvení o potratech (Jansen et al., 2022).

Holman & Horstman (2018) se zaměřili na popis potratu u 185 párů a objevili 7 témat v příbězích o potratech: ztracená naděje, fakta, čas léčí, užitečná podpora, neužitečná podpora, opatrný optimista a pocity viny/studu. U mužů odlišná témata ovlivňovala vnímání partnerské spokojenosti. U žen odlišná témata měla vliv na vnímaný stres. Zároveň bylo zjištěno, že páry, pro které byla důležitá jiná témata, vykazovaly vyšší partnerskou spokojenost než páry se stejnými tématy, což ukazuje, že každý zpracovává téma potratu jedinečným způsobem (Holman & Horstman, 2018). Partneri, kteří považovali za důležitá témata čas léčí a užitečná podpora, byli ve vztahu spokojenější než ti partneri, kteří potrat popisovali fakticky. Partnerky, které uvedly, že čas léčí, či zmiňovaly užitečnou podporu, vykazovaly méně stresu než ty, které mluvily o ztracené naději a popisovaly potrat fakticky. Je zjevné, že pozitivní přístup k potratu má pozitivní vliv u mužů na spokojenost ve vztahu a u žen na vnímaný stres (Holman & Horstman, 2018). Muži častěji mluvili o potratu pozitivněji či fakticky. Ženy naopak častěji zmiňovaly ztracenou naději a pocity viny/studu.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Výzkumný problém, cíl a otázky

6.1 Výzkumný problém

V roce 2020 bylo zaznamenáno téměř 11,5 tisíc samovolných potratů (ÚZIS, 2020). Nejvíce samovolných potratů proběhne do 8. týdne těhotenství, a to 8084 (ÚZIS). Spontánní potraty v rané fázi těhotenství jsou velmi časté. Prožije je mnoho žen a mnoho z nich neví, že se může něco takového stát. Výše uvedené výzkumy potvrzují, že i ztráta miminka v rané fázi těhotenství je pro pár ztrátou miminka, na které se těšily, a je pro ně těžké se se ztrátou vyrovnat (de Oliveir et al., 2022).

Ve společnosti existuje nepsané pravidlo, že o těhotenství by se nemělo mluvit do 12. týdne, protože do té doby je vývoj miminka velmi rychlý a nestabilní. Pokud dojde k potratu během prvních týdnů těhotenství, společnost ztrátě miminka většinou nevěnuje dostatečnou pozornost, což páru situaci neusnadňuje. Je třeba se zaměřit na to, co žena během zamlklého potratu prožívá, co by od ostatních potřebovala a co jí skutečně pomáhá. Rovněž je potřeba myslet na to, že potrat se týká i mužů, kteří se taktéž potřebují se ztrátou vyrovnat. Muži se často snaží být silní, pomoci ženě a zapomínají, že i oni mohou být smutní (The Miscarriage Association, 2023). Prožitek zamlklého potratu je náročná situace, která může mít dopad i na partnerský vztah. Právě tomu se budu věnovat v empirické části.

6.2 Výzkumný cíl, výzkumné otázky

Cílem práce je zjistit, **jaký je psychologický dopad zamlklého potratu na partnerský vztah optikou žen, a popsat strategie vyrovnání žen, které prožily zamlklý potrat**. Studie se zaměřuje zejména na popis prožitku zamlklého potratu, na vývoj partnerského vztahu po prožitku potratu a na popis strategií, které pomohly ženám vyrovnat se s potratem.

Při plánování praktické části jsem si stanovila tři výzkumné otázky, které vycházejí z výše uvedeného cíle. Při sběru dat jsem objevila další důležité aspekty, a proto jsem přidala dvě výzkumné otázky. Celkově výzkum obsahuje pět výzkumných otázek:

- 1) Jak ženy prožívají zamlklý potrat?
- 2) Jak muži reagují na zamlklý potrat optikou žen?
- 3) Jaký dopad má zamlklý potrat na partnerský vztah?
- 4) Jaké psychické aspekty (zdroje, strategie) pomáhají ženám vyrovnat se se zamlklým potratem?
- 5) Jaké psychologické aspekty narušují vyrovnávání se se zamlklým potratem?

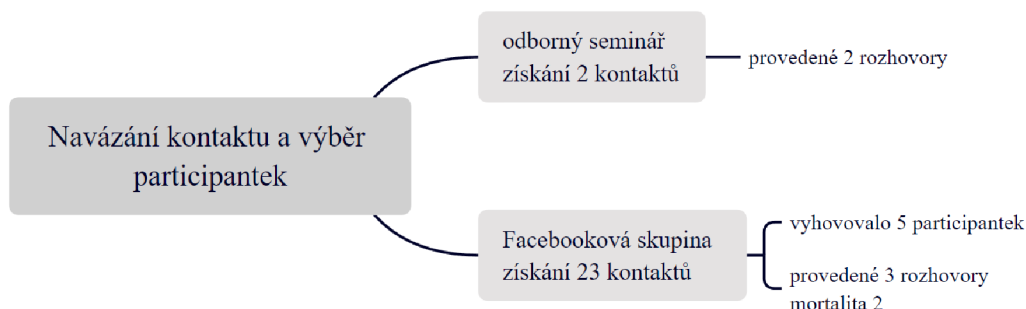
7 Metodický rámec výzkumu

7.1 Výběr výzkumného souboru

Pro výběr výzkumného souboru jsem zvolila **nepravděpodobností metody výběru**, a to **záměrný výběr** a **samovýběr**. Záměrný výběr spočívá v tom, že participantky výzkumu jsou vybírány podle předem daných kritérií, které korespondují s cílem práce (Miovský, 2009). Hledala jsem ženy, které jsou starší 18 let a zažily zamlklý potrat. Zároveň jsem si stanovila dvě podmínky pro účast ve výzkumu. První podmínkou bylo, že v době potratu musely **mít partnera** a druhou podmínkou bylo, že potrat proběhl v rozmezí **od půl roku do 5 let**. Dolní hranici jsem stanovila na půl roku, aby měly ženy potrat zpracovaný, neboť jak uvádí Ratislavová (2016) a Brier (2008) po půl roce u žen převládají pozitivní pocity a smutek se objevuje jen ve vlnách. Horní hranici jsem stanovila na 5 let, aby nebyl prožitek zkreslen věkem. Vzhledem k citlivosti tématu jsem zvolila metodu samovýběru, která je založena na dobrovolnosti. Oslovení lidé musí projevit aktivní zájem se studie zúčastnit (Miovský, 2009).

Výběr výzkumného souboru probíhal ve dvou fázích (schéma č. 1). V první fázi jsem oslovila ženy, se kterými jsem se setkala na odborném semináři Zamlklé těhotenství a spontánní potrat. Poslala jsem ženám papírek, na který mohly napsat svoji emailovou adresu, abych jim mohla poslat podrobné informace o výzkumu. Touto cestou jsem získala 2 kontakty. Ve druhé fázi jsem nasdílela vytvořený plakát na facebookovou stránku s názvem Zamlklé těhotenství, přirozený potrat – rady, příběhy, psychická podpora. Ozvalo se mi 23 žen.

Schéma č. 1: Výběr výzkumného souboru



Následně jsem všechny ženy kontaktovala, abych se ujistila, zda splňují obě podmínky, a zeptala se jich na podrobnější informace o jejich ztrátě. Zaměřila jsem se na týden těhotenství, počet potratů a na to, zda se jednalo o spontánní potrat, nebo zamlklý potrat.

Interpretativní fenomenologická analýza je založena na hloubkovém popisu individuální zkušenosti. Její autoři Smith et al. (2009) doporučují 3–6 případových studií. Pro zajištění co **největší homogenity vzorku** jsem doplnila další kritéria výběru. Vyřadila jsem ženy, které zažily potrat před méně než půl rokem, neboť u nich hrozila sekundární traumatizace. Většina žen zažila zamlklý potrat, a proto jsem se zaměřila na počet potratů. Vzhledem k tomu, že sedm žen zažilo jeden potrat, šest žen mělo zkušenost se dvěma potraty, volila jsem mezi těmito dvěma možnostmi. Zvolila jsem **prožitek jednoho potratu**, neboť práce se zabývá dopadem potratu na partnerský vztah a nepředpokládá opakovanost.

V průběhu výzkumu došlo ke změně kritéria prožitku jednoho zamlklého potratu, neboť při rozhovoru s jednou participantkou jsem se dozvěděla, že rovněž zažila porod mrtvého plodu. Kvůli malému počtu vyhovujících participantek a velkému přínosu, který jsem v rozhovoru spatřovala, jsem se rozhodla ženu do výzkumu zařadit.

7.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří 5 žen, které jsou starší 18 let, v době potratu byly ve vztahu a zažily jeden zamlklý potrat (s výjimkou jedné participantky, která zažila i porod mrtvého plodu). Potrat u nich proběhl minimálně před půl rokem a maximálně před 5 lety. Jedna participantka je katolického vyznání, ostatní jsou bez náboženské příslušnosti. Participantky jsou z různých krajů. Tabulky č. 1 a č. 2 zobrazují sociodemografické údaje žen. Z důvodu dodržení zásad informovaného souhlasu a zákona o ochraně osobních údajů jsou jména žen a další citlivé údaje pozměněny, aby nemohlo dojít k identifikaci.

Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje participantek (1. část)

Participantka	Věk	Zaměstnání	Rodinný stav	Velikost sídla	Počet dětí (věk)
Lucie	27	recepční	svobodná	velkoměsto	0
Sofie	32	psycholog v PPP	vdaná	město	2 (4; 1)
Aneta	31	MD, porodní dula	vdaná	vesnice	2 (1,5; 3)
Karolína	29	specialista tisku	vdaná	vesnice	0
Zuzana	44	učitelka na ZŠ	svobodná	vesnice	1 (3)

Tabulka č. 2: Sociodemografické údaje participantek (2. část)

Participantka	Délka partnerského vztahu od počátku (ve společné domácnosti)	Kdy proběhl potrat	Týden potratu	Počet ztrát
Lucie	9 let (8)	březen 2022	9–10 tt	1
Sofie	12 let (7,5)	leden 2020	13 tt	1
Aneta	8 let (5)	prosinec 2019	9–10 tt	1
Karolína	4 roky (4)	říjen 2021	7 tt	1
Zuzana	6 let (0)	únor 2021	17 tt	1 + 1 (39 tt)

7.3 Metody získávání dat

V kvalitativních výzkumech se data nejčastěji získávají pomocí polostrukturovaných rozhovorů (Miovský, 2009). Polostrukturovaný rozhovor obsahuje okruhy otázek, které je potřeba s každým participantem projít. Pořadí otázek však může být dle situace měněno (Miovský, 2009). **Polostrukturované rozhovory** představují ideální nástroj pro mou práci, neboť poskytují dostatečný prostor pro sdílení zkušeností a zároveň umožňují doptávání se. Jistá míra direktivity je vhodná s ohledem na citlivost tématu.

Primárním zdrojem dat v mé práci jsou rozhovory, během kterých bylo použito i **pozorování**. Hendl (2005) uvádí, že rozhovory obsahují to, co si participant myslí, a pozorování nám pomáhá zjistit, co se skutečně děje. Během rozhovoru přirozeně sledujeme chování a prožívání druhého člověka. Právě pozorování nás vede dále v dotazování a díky němu získáme cennější a osobitější informace (Hendl, 2005).

Při analýze jednoho rozhovoru byla použita i doplňující metoda, a to **analýza produktů**, neboť od jedné ženy jsem dostala kopii záznamu pocitů, potřeb a popisu toho, co se dělo, když přišla o své miminko. Analýza dokumentů má tu výhodu, že přináší materiál, který není zkreslený časem a může obsahovat intimní informace, které by nám participanté během rozhovoru nesdělili (Hendl, 2005). Dokument byl získán z vlastní iniciativy participantky a představuje velký zásah do osobního prostoru. Z tohoto důvodu mi nepřišlo vhodné požadovat podobné dokumenty od ostatních žen, které si své pocity také zaznamenávaly.

Rozhovory probíhaly v odpoledních hodinách na klidném a tichém místě zvoleném participantkami. Rozhovory neprobíhaly za stejných podmínek, ale bylo pro mě důležité, aby se ženy při rozhovoru cítily bezpečně (Smith et al., 2009). Dva rozhovory proběhly u participantek doma a tři rozhovory se konaly v kavárně či restauraci.

Přibližně týden před domluveným termínem rozhovoru jsem participantkám poslala základní okruhy, aby věděly, co je čeká. Předpokládala jsem, že participantky si budou moci rozmyslet odpovědi či zavzpomínat a získám tak bohatší materiál. Přestože tento postup má i svá negativa (není možné vidět prvotní reakci participantky, ženy si mohou rozmyslet, jaké informace mi sdělí), myslím si, že s ohledem na citlivost tématu výhody převažují.

V úvodu byly participantky seznámeny s cílem výzkumu, přínosy a riziky plynoucími z výzkumu a s veškerými náležitostmi informovaného souhlasu (viz příloha č. 3). Po podepsání informovaného souhlasu jsme přistoupily k vyplnění záznamového listu pro zjištění sociodemografických údajů (viz příloha č. 4). Následně jsme se přesunuly k samotnému rozhovoru. Otázky rozhovoru (viz příloha č. 5) jsou rozčleněny na pět základních okruhů. Každý z okruhů obsahuje několik doplňujících otázek. Úvodní fáze rozhovoru je zaměřena na partnerský vztah a těhotenství. V této části jsem měla možnost představit si, jak spolu partneři vychází, jak moc pro ně bylo těhotenství důležité a zda bylo plánované, případně jak dlouho. V jádru rozhovoru jsem se zaměřila na samotný potrat, a to na fázi zjištění potratu, na období těsně po potratu a na vnímání potratu s odstupem času. Závěrečná fáze rozhovoru byla zaměřena na přesah zkušenosti. Participantek jsem se ptala, co jim potrat přinesl a co by doporučily ženám či párům ve stejné situaci. Tuto část jsem zařadila, abych ženám umožnila zdůraznit to nejdůležitější a aby rozhovor končil pozitivně. Na závěr jsem se ještě ptala, jak se participantky při rozhovoru cítily a zda nechtějí ještě něco doplnit.

Data byla sbírána v období od července 2022 do září 2022. Na začátku jsem provedla jednu **pilotní studii**, při níž jsem si poprvé zkusila vést rozhovor, lépe se naučila plán rozhovoru, zjistila, jaké reakce mohou otázky vyvolávat a jak dlouho bude rozhovor přibližně trvat. Na základě pilotní studie a doporučení participantky jsem některé otázky upravila, sjednotila či doplnila. Nejkratší rozhovor trval 20 minut a nejdelší 1 hodinu a 12 minut. Průměrná doba rozhovoru byla 42 minut.

7.4 Metoda zpracování dat

Rozhovory jsem po získání souhlasu participantek nahrávala na diktafon. Videozáznam nebyl potřeba, neboť bylo důležité zaznamenat řečový projev. Případné poznatky z pozorování jsem si zaznamenala během rozhovoru, nebo po jeho skončení. K fixaci dat byly také použity výše zmíněné záznamové archy.

Následně jsem provedla transkripci dat z audio nahrávky do textového editoru (ukázka viz příloha č. 6). Přepisy jsem doplnila o případné důležité neverbální či

paraverbální projevy (pláč, smích či dlouhé pauzy). Během přepisu jsem provedla redukci prvního řádu, při které jsem vynechala výplňová slova nebo nedokončené věty, aby byl text více plynulý. Zároveň jsem kvůli dodržení anonymity změnila jména participantek a z přepisu jsem odstranila veškeré citlivé údaje, které by mohly vést k identifikaci žen.

Přepsané a anonymizované rozhovory jsem poslala autorkám, které měly možnost cokoli doplnit, přepsat či smazat. K doplnění rozhovoru došlo v jednom případě a k úpravě řečového projevu s ponechaným obsahem také v jednom případě.

7.5 Metoda vyhodnocování dat

Analýzu dat jsem prováděla pomocí **interpretativní fenomenologické analýzy (IPA)**, která dle autorů Smith et al. (2009) umožňuje pochopit žitou zkušenost participantů a umožňuje nám vidět svět jejich očima. Tuto metodu jsem zvolila proto, že prožitek potratu je u žen velmi individuální a je třeba pochopit osobní příběhy participantek. IPA nechává prostor i pro výzkumníkovu kreativitu, neboť neexistují přesné postupy. Důležité je, aby došlo k pochopení příběhu jedince a k vyzdvižení podstatných témat (Řiháček et al., 2013).

Přestože neexistuje jednotný postup, Smith et al. (2009) definují kroky, kterými je dobré se řídit. Podle doporučeného postupu jsem při analýze postupovala i já. Smith et al. (2009) analýzu popisují následovně:

0. reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem – tento krok se provádí před samotným počátkem výzkumu a pomáhá výzkumníkovi uvědomit si vlastní názory, které by mohly analýzu ovlivnit,
1. čtení a opakované čtení – participant se stává centrem výzkumníkovy pozornosti,
2. počáteční poznámky – výzkumník si zapisuje vše, co ho při čtení rozhovoru napadne, cílem je vytvořit komplexní soubor poznámek a komentářů k datům,
3. rozvíjení vzniklých témat – výzkumník pracuje se svými poznámkami a hledá v nich témata, které prezentují zkušenost participanta,
4. hledání souvislostí mezi tématy – výzkumník se snaží najít souvislosti mezi tématy,
5. analýza dalších případů – lze se zaměřit na další případy a výzkumník postupuje stejně jako u prvního případu,
6. hledání vzorců mezi tématy – propojení jednotlivých analýz, výzkumník hledá souvislosti a odlišnosti témat jednotlivých analýz.

Poté může proběhnout interpretace, která je úzce spojena s daty, ale také ovlivněna přístupem a zkušeností výzkumníka, čemuž se nelze vyvarovat, proto je v přístupu IPA subjektivita do určité míry akceptována (Řiháček et al., 2013).

7.6 Etické aspekty výzkumu

V letáčku s nabídkou účasti ve výzkumu jsem možným participantkám prezentovala hlavní cíl výzkumu. Před každým provedeným rozhovorem jsem participantku seznámila s obsahem informovaného souhlasu, tedy s hlavním cílem výzkumu, přínosy, ale i riziky, která z účasti plynou. Dále jsem jim sdělila, že celý rozhovor bude nahráváný a nahrávky budou uchovány do doby publikace práce. Zdůraznila jsem, že účast je dobrovolná a mají právo kdykoli do doby publikace práce z výzkumu odstoupit. Samozřejmostí bylo i sdělení, že data budou anonymizována, jejich jména budou pozměněna a veškeré citlivé údaje budou smazány. Participantky jsem rovněž seznámila s průběhem rozhovoru a vyzvala jsem je, aby si přečetly čestné prohlášení. Všechny participantky s účastí souhlasily a informovaný souhlas podepsaly.

Vzhledem k citlivosti tématu jsem při rozhovoru dbala na emoční bezpečí, které je důležitou součástí kvalitativního výzkumu (Hendl, 2005). Participantkám jsem před začátkem výzkumu sdělila, že kdykoli se budou cítit v psychické nebo fyzické nepohodě, mají mi to oznámit, abychom například přešly k jiné otázce, udělaly si pauzu. Zároveň jsem jim sdělila, že jim přepsaný rozhovor pošlu a budou mít možnost cokoli dopsat, smazat. Pokud ženy potřebovaly zpracovat emoce, které se objevily, poskytla jsem jim dostatečný prostor. Na závěr jsem se jich zeptala, jak se při rozhovoru cítily, a zda nepotřebují ještě něco dořešit. Pro případ, že by u participantek došlo k retraumatizaci, měla jsem připravený kontakt, na který se mohou obrátit. Všechny ženy však byly při rozhovoru vyrovnané.

8 Analýza dat

8.1 Představení jednotlivých participantek

8.1.1 Lucie

Lucii je 27 let a žije se svým přítelem ve společné domácnosti již 8 let. Přítel pochází z ciziny. Poznali se na diskuzním fóru o filozofické knížce. Mají tedy podobný pohled na svět a podobné hodnoty. V jejich vztahu byl na počátku kulturní rozdíl, ale vzájemnou komunikací a porozuměním si ve vztahu vytvořili harmonii. Nemají žádné společné zájmy, ale ve všem se podporují. Jejich těhotenství bylo plánované. Lucie si přála miminko už delší dobu, ale čekala na vhodnou chvíli. Otěhotnět se jim povedlo velmi rychle, což s sebou přineslo počáteční šok, ale následovala veliká radost. Další šok přišel, když jim lékař na prohlídce sdělil, že čekají dvojčata. Lucie neměla po zjištění těhotenství žádné obavy. Představovala si, že vše bude v pořádku. Velkou nejistotu způsobil problém datace těhotenství. Kvůli nepravidelnému cyklu se nevědělo, jak se těhotenství vyvíjí, což bylo dle Lucie nepříjemné. Na třetím ultrazvuku (9–10tt) jim lékař sdělil, že těhotenství se neposouvá. Lucie vysadila progesteron, který jí lékař předepsal kvůli dvojčatům, a poté se spustil potrat, který Lucie se svým přítelem prožila doma přirozenou cestou. V době rozhovoru Lucie čekala další miminko.

8.1.2 Sofie

Sofii je 32 let a společně se svým manželem má 2 syny. Staršímu jsou 4 roky a mladšímu je 1 rok. Sofie považuje jejich partnerský vztah za standardní s plusem a mínusem. Manžel pracuje jako technik, Sofie je humanitně zaměřená, takže po profesní stránce si moc nerozumí. Na výchovu oba pohlížejí stejně. Dříve rádi cestovali, nyní se věnují dětem. Nemají příliš mnoho konfliktů. Jejich vztah ovlivnilo narození staršího syna, který má ADHD, rysy PAS a dysfázi. Starost o něho je náročná a občasná únava negativně ovlivňuje vztah. Druhé těhotenství s ohledem na staršího syna bylo plánované. Sofie neměla žádné obavy o těhotenství. Společně s manželem se obávali, jestli to se starším synem zvládnou a aby druhé dítě nemělo stejnou diagnózu, ale jinak se na druhé dítě velmi těšili. Sofie byla jednou hospitalizovaná kvůli krvácení, ale jednalo se o krvácení z děložního čípku. Neměla žádné signály, že by bylo něco v nepořádku. Ve 13. týdnu těhotenství na běžné kontrole u gynekoložky ale pár zjistil, že jejich miminko netluče srdíčko. Sofie byla poslána do nemocnice na potvrzení a následně objednaná na revizi dělohy, ke které nedošlo, protože se potrat spustil dříve. Potrat si tedy prožila doma. Partneri chtěli další miminko, ale partner

Sofie to odkládal, což mělo negativní dopad na jejich vztah. Nakonec přišla správná chvíle a narodil se jim druhý syn, nyní 1roční.

8.1.3 Aneta

Anetě je 31 let a žije se svým manželem a 2 dětmi v rodinném domku. Starší dceři jsou 3 roky a mladší 1,5 let. Aneta vnímá svého partnera jako nejlepšího kamaráda. Jejich vztah je založen na vzájemné důvěře, otevřenosti a komunikaci. Mají podobný pohled na svět a téměř ve všem se shodnou. Hádky u nich probíhají výjimečně. První dceru měli neplánovaně a druhé miminko už plánovali. Byli překvapeni, že se jim to povedlo tak brzy. Oba partneři měli velikou radost. Aneta neměla strach o těhotenství. Na první kontrole v 8. nebo 9. týdnu těhotenství Anetě gynekoložka sdělila, že musí provést doplňující testy. Uvedla, že jsou dvě možnosti, buď se jedná o zamklý potrat, nebo je stáří plodu jiné než podle menstruace. Aneta to vzala a nevyvozovala závěry, říkala si: „*počkáme na výsledky a uvidí se.*“ Výsledky testů nestihly přijít, protože Aneta začala potrácet. Potrat tedy prožila s partnerem doma. Po prožitku potratu se Aneta s partnerem začali snažit o další miminko a dnes mají 1,5roční dcerku.

8.1.4 Karolína

Karolíně je 29 let a žije se svým manželem ve společné domácnosti 4 roky. Jejich vztah je založený na kompromisu. Přestože nemají mnoho společných koníčků, vzájemně se respektují. Dopřávají druhému prostor pro to, co ho baví. Občas dělají to, co má rád druhý, aby spolu mohli trávit více času. Karolína je extrovertní povahy, její manžel spíše introvert. Hádají se zřídka, protože to ani jeden nemá rád. Doposud žádné děti nemají. Miminko bylo plánované už delší dobu a manželé čekali na vhodný čas. Těhotenství se vydařilo po 2, nebo 3 měsících a oba byli velmi šťastní a překvapení z toho, že jim to vyšlo rychle. Karolína po zjištění těhotenství neměla žádné obavy a vůbec nevěděla, že je možné, že by se miminko nemuselo vyvíjet. Na prohlídce u svého gynekologa Karolína však zjistila, že miminko neprospívá. Byla z toho v šoku a byla poslaná do nemocnice na potvrzení. V nemocnici jí rovnou dali potratovou pilulku a jela s manželem domů, kde čekali na potrat, který proběhl doma po druhé pilulce. V době rozhovoru Karolína čekala miminko.

8.1.5 Zuzana

Zuzaně je 44 let a má se svým partnerem 3letého syna. S partnerem se poznali v pozdějším věku a jsou spolu 6 let. Zuzana a její partner pochází z odlišných krajů, proto žijí odděleně. Zuzana bydlí se synem a o víkendu, jednou za čtrnáct dní, či jednou za tři týdny, k nim jezdí Zuzanin partner. Zuzanin partner je se stylem soužití spokojený. Jediným

východiskem pro něj je, aby se Zuzana se synem přestěhovali k němu domů, kde bydlí s rodiči. Zuzana od začátku doufala, že se sestěhují. Oddělené bydlení jí nevyhovuje. Ráda by se přestěhovala za partnerem, ale nechce bydlet u jeho rodičů. Partneři nejsou schopni nalézt kompromis a nadále žijí odděleně.

Na začátku partnerky spojovala touha po velké rodině. Kvůli pokročilému věku se hned snažili o miminko. První těhotenství bohužel skončilo porodem mrtvého plodu v 39. tt. Tuto ztrátu oba partneři prožívali společně a na čas je spojila. Další těhotenství bylo bezproblémové a narodil se jim zdravý syn. Zuzana měla strach, zda ještě bude moc být těhotná (kvůli věku, předchozí ztrátě, dvou císařských řezech), přesto doufala ve velkou rodinu. Když zjistila, že je potřetí těhotná, měla velikou radost. Její partner na těhotenství reagoval velmi negativně. Na Zuzanu působil, jako by měl strach. Partner Zuzany argumentoval tím, že myslí, že ještě počkají. Vypadalo to, že mu jedno dítě stačí. Zuzana měla strach, jak dopadne jejich vztah, bála se rozchodu. Později se k tomu začal stavět přívětivěji. Zuzana se snažila partnera pochopit, ale nechtěl o tom mluvit. Komunikace mezi partnerky je obecně nízká a probíhá zejména po telefonu.

Zuzana měla strach, jak by se zvládla postarat sama o 2 děti, ale první ztráta ji posílila natolik, že měla pocit, že zvládne všechno. Další zlom přišel na prvním screeningu, kde Zuzana zjistila, že u jejich miminka je velké riziko Downova syndromu. Zuzana by nikdy nešla na umělé ukončení těhotenství, proto byla rozhodnutá, že si miminko nechá. Partner ale reagoval tak, že postižené miminko nechce. Zuzana měla obavy, že bude sama s dvěma dětmi a jedno z nich bude možná postižené. Přestože si začala zjišťovat informace o péči o děti s Downovým syndromem, doufala ve zdravé miminko. Kvůli riziku poškození plodu odmítla amniocentézu. Rovněž nechtěla vědět, zda má miminko Downův syndrom. Zuzana byla přesvědčená, že si miminko nechá, i kdyby to mělo ohrozit jejich vztah.

Nakonec jí na běžné kontrole v 17. týdnu gynekoložka řekla, že se jí něco nezdá, i když srdeční aktivita byla prokázána. Poslala ji na podrobnější vyšetření do nemocnice, při němž se zjistilo, že srdíčko už netluče. Lékaři chtěli ihned diskutovat nad možnostmi potratu, ale Zuzana požádala o odklad do příštího dne, aby mohla vše zpracovat. Druhý den nastoupila do nemocnice a společně s odborníky diskutovali o možnostech a rozhodovali se, zda kvůli pokročilému týdnu vyvolávat potrat nebo provést císařský řez. Zuzana doufala ještě v další miminko, proto chtěla vyvolat potrat, protože třetí císařský řez by ji uzavřel cestu k miminku. V nemocnici byla 5 dní, během kterých se snažili vyvolat potrat, ale neúspěšně. Zuzana musela podstoupit císařský řez. Následně se na pitvě zjistilo, že jejich

chlapeček by opravdu Downův syndrom měl a Zuzaně bylo doporučeno, aby se o další miminko nesnažili, což pro ni bylo velkou ránou.

8.2 Vlastní reflexe tématu

Téma zamlklých potratů jsem si zvolila, jelikož jsem chtěla toto téma rozšířit do povědomí široké veřejnosti. Dlouhou dobu jsem zvažovala, na co bych se konkrétně mohla zaměřit. Při studiu problematiky jsem zjistila, že mnoho autorů se věnuje dopadu potratu na ženy. Naopak dopadem potratu na muže se zabývá pouze malé množství autorů a výzkumníků. Toto zjištění mě přivedlo k myšlence, že partnerský vztah může ovlivnit rozdílné vnímání ztráty miminka, a proto jsem se rozhodla toto téma prozkoumat.

Hlubší smysl ve své práci jsem začala spatřovat tehdy, když se mi ozvalo velké množství žen, které se chtěly zúčastnit výzkumu. Vůbec jsem nečekala, že tolik žen chce o tématu mluvit a chce předat své zkušenosti ostatním ženám v obdobné situaci.

Nesouhlasím s necitlivým přístupem zdravotníků a s jasně danými postupy. Jsem ráda, když žena dostane na výběr a může rozhodnout o průběhu potratu. Pokud se jedná o potrat v nižších stádiích těhotenství a žena nemá žádné komplikace, preferuji cestu spontánního potratu. Myslím si, že spontánní potrat má pozitivní vliv na psychiku ženy. Žena má možnost ztrátu přijmout, prožít si ji. Věřím, že při přirozeném potratu dojde k vyplavení stejných hormonů jako u porodu. Každá žena má však jiný názor, a proto je důležité respektovat její přání a pocity.

Domnívám se, že taktéž záleží na vztahu partnerů před potratem. Pokud se nachází v krizi, potrat pro ně může být velmi zatěžující. Rovněž potrat může negativně ovlivnit partnerský vztah, jestliže partneri mají odlišné názory na těhotenství. Potrat u nich může způsobit neshody a nepochopení. Zastávám názor, že prožitek potratu může partnery více stmelit, jestliže před potratem měli harmonický vztah.

Při studiu problematiky zamlklých potratů jsem uvažovala o vlastním těhotenství. Víím, jak jsou potraty časté, a o to více si uvědomuji, jakým darem je zdravé miminko. Zároveň to ve mně vzbuzuje strach a otevírá mi to témata odkládaného rodičovství a nedobrovolné bezdětnosti.

8.3 Analýza jednotlivých případů

8.3.1 Lucie

Z analýzy případu participantky Lucie vyplynulo 6 hlavních témat (viz tabulka č. 3), které vznikly z uvedených kódů.

Tabulka č. 3: Témata participantky Lucie

Témata	Kódy
potřeba mluvit o potratu	mluvení o potratu pomáhalo povídání si s partnerem o miminkách povídání si s miminky sdílení fyzického sdílení emocí s ženami okolí si o tom nechtělo povídat
muži to vnímají jinak	uzavření partnera konflikt emoce x „držák“ partner spíše fyzická opora
nepochopení okolí	jiné myšlenky nevěděli, jak se chovat přerušování kontaktu strach z povídání si
potřeba prožít to a uzavřít	dopis na rozloučenou pohřeb vypsání se terapeutovi povídání si s miminky a rozloučení
náhradní sycení fyzického kontaktu	plyšák v noci na tulení fenka sycení pocitu prázdnoty náhrdelník 2 srdíčka,
otázka budoucnosti	strach z dalšího těhotenství strach z opakovaného prožitku potratu upnutí na další těhotenství posun partnerského vztahu posílení, přilnutí, větší pouto

Lucie zjistila, že se těhotenství nevyvíjí na ultrazvuku u svého gynekologa v 9.–10. týdnu těhotenství. Doktor byl při sdělení velmi citlivý. Promluvil si i s partnerem Lucie, kterému vysvětlil, co se stalo. Řekl mu, že má být pro svoji partnerku oporou, že je to pro ženu velmi těžké, což Lucie hodnotila velmi pozitivně. U Lucie se vyskytly fáze truchlení, nejdříve šok, pak odmítání, že se to stalo. Pociťovala velký smutek a první 3 noci nemohla spát v ložnici, protože předtím měla rituál, že si s miminky před spaním povídala.

Partner byl pro Lucii velkou oporou, ale před Lucii se v oblasti emocí uzavřel, což pro Lucii ve výsledku nebylo příjemné: *„Byla jsem ráda, že mi je oporou, ale byla bych ráda, kdyby se mnou víc sdílel emoce, než když dělal toho siláka a tvrdáka.“* Partner Lucie těžce nesl její projevy silných emocí a nevěděl, co má dělat, když Lucie propadla v hluboký pláč. Cítil beznaděj, že jí nemůže pomoci. Ve vztahu proběhl konflikt, neboť Lucii pomáhalo mluvit nejen o tom fyzickém (co se jí právě děje), ale i o tom, co prožívá: *„Dokonce jsem s ním o tom mluvila, že ani neplakal, jak tohle vnímá, a on se na mě až urazil, co si dovoluji*

mu říkat, že z toho není smutný, že on z toho smutný je, ale že to neprojevuje. “ Lucie proto hledala emoční podporu u své sestry a maminky, které jí jako ženy dokázaly lépe pochopit. Lucie si moc dobře uvědomovala, že pro muže je to těžké a že to vnímají jinak: *„Hlavně si myslím, že pro něj je to těžký, že je to takhle na začátku, že ty miminka ani neviděl, tak jako že odešlo něco, co si nedokázal ani pomalu představit, že tady ještě je.“*

Lucii velmi chyběl fyzický kontakt s miminky. Nemohla si je pochovat, dát jim pusy, nemohla cítit svoji lásku fyzicky. Lucie hledala pro snížení pocitu prázdnoty náhradu. Velkou oporou byla její fenka, ke které se mohla přitulit. V noci spala s plyšákem: *„Občas jsem se přistihla, že jsem v noci, napůl v polospánku, mu třeba dala pusy nebo mu řekla, jak ho mám ráda. Tak si myslím, že mi pomohl dosytit, že jsem svoje děti nikdy nemohla držet v náručí, dát jim pusy, pomazlit se s nima.“* Její přítel jí dal náhrdelník ve tvaru dvou propletených srdíček, která symbolizují jejich nenarozená dvojčátka. Lucie je může mít stále při sobě.

Lucie se vrátila do práce přibližně týden po potratu na žádost své nadřízené, která jí napsala, že jí to pomůže a přivede jí to na jiné myšlenky. Lucie to nesla velmi těžce, protože v práci potkávala těhotné ženy. Luciiina potřeba povídat si o potratu nebyla v práci naplněna. O potratech se moc nemluví, a proto ostatní nevěděli, co mají Lucii říct, a báli se, aby neudělali něco špatně. Pracovní prostředí na Lucii nepůsobilo vůbec dobře a velmi náhle u ní došlo k syndromu vyhoření. Lucie se o tom vyjádřila následovně: *„Společnost říká, že to nic není a do 3. měsíců by se o tom nemělo mluvit. A to je jako, že to neexistovalo?“*

Lucie si potřebovala ztrátu prožít. Během potratu i po něm si s miminky povídala. Pomohlo jí to vstřebat událost a s miminky se rozloučit. Společně s partnerem uskutečnili pohřeb, při němž dali do krabice těhotenské testy. Oba partneři napsali dopis na rozloučenou. To jim pomohlo událost uzavřít. Lucie rovněž napsala email terapeutce, ale kontakt s ní nenavázala, protože jí stačilo se vypsát, cítit, že ji někdo vyslechne a uzná její pocity a ztrátu.

Lucie často hovořila o budoucnosti. Přibližně měsíc po potratu dostala velký strach, že nebude moci otěhotnět, nebo že opět zažije potrat. Teprve další prosperující těhotenství jí pomohlo překonat tyto strachy. Nyní čeká zdravé miminko. I když ví, že je vše v pořádku, má stále velký strach. Ztráta jejich vztah posílila. Mezi partnery se vytvořilo silné pouto a ví, že kdyby je potkala nějaká další těžká situace, tak ji společně zvládnou.

8.3.2 Sofie

Z analýzy případu participantky Sofie se zrodily 4 hlavní témata (viz tabulka č. 4), které vznikly z uvedených kódů.

Tabulka č. 4: Témata participantky Sofie

Témata	Kódy
špatný přístup odborníků	čekání v nemocnici ihned odeslání na revizi lékař lhostejný neempatie při jednání není systémová opora karta po potratu v těhotenské sekci
nepochopení okolí i partnera	odmítavý postoj partnera nekomunikace o potratu ostatní nevěděli, jak se mají chovat bagatelizace situace partner nesdílel emoce partner nechápal, co se děje náročné období pro pár
potřeba prožít si potrat, dopřát si čas	podpora žen se stejnou zkušeností pohřeb řídít se svými pocity dopis na rozloučenou
uznání a přijetí ztráty	dopis na připomenutí zážitku přijmutí odloučení → potrat vzpomínková krabice památeční plyšák určení si pohlaví ozdravný účinek domova myšlenky, co by mohlo být nikdy to nepřebolí

Sofie zjistila na rutinní kontrole ve 13. tt, že jejich miminku přestalo tlouct srdíčko. Pro potvrzení byla odeslaná do nemocnice, kam musela se svým tehdy kojeným synem. V nemocnici musela 4 hodiny čekat a celou dobu byla v nejistotě, jestli miminko žije. Střídal se u ní pocit naděje a zoufalství. Nevěděla, co má dělat. V nemocnici ji ihned odeslali na revizi, ale místo měli až za týden. K revizi naštěstí nedošlo a potrat se spustil doma. Jednání zdravotníků nebylo pro Sofii vůbec empatické. Sofie by uvítala systémovou oporu, aby jí někdo pomohl s prožitím potratu, aby na to nebyla sama. Doma si nastudovala možnosti řešení potratu a zjistila, že revize dutiny děložní není jedinou cestou. Rozhodla se pro spontánní potrat. Cítila se sama proti systému zdravotnictví. Po prodělání potratu šla Sofie na kontrolu ke gynekoložce, u níž zažila další nepříjemnost. Její karta byla doposud v těhotenské sekci a sestřička ji nemohla najít. Sama Sofie ji musela upozornit, že bude asi v těhotenské sekci. Tento zážitek způsobil, že i při dalším těhotenství byla Sofie u gynekoložky velmi nervózní a přemýšlela i nad změnou gynekologa. Sofie zároveň musela řešit mnoho praktických věcí, které by dle jejího názoru žena v takové situaci řešit neměla.

Musela si například prodloužit rodičovskou dovolenou a musela dát vědět do práce, protože s nimi měla domluveno, že se vracet nebude, protože čekají další miminko.

Pro Sofii bylo rovněž těžké, že partner potrat vůbec neprožíval. Nekomunikoval s ní o tom. Dělal, že se nic nestalo. K celé situaci přistupoval mužsky a sdělení o potratu chápal jako chybu. Nedával najevo emoce a dle slov Sofie: „*se k tomu stavěl, jako by někde nechali deštník.*“ Sofii nevadilo, že s ní partner emoce nesdílí. Partner však neměl pochopení ani pro emoce Sofie. Dva dny po potratu chtěl, aby nebyla smutná, aby už potrat neřešila. Sofie se s manželem domluvila, že se budou snažit o další miminko, ale manžel to stále oddaloval. Měl strach, aby se potrat neopakoval. Měsíc nebo dva byly pro manželé hodně náročné. Potrat pro ně byl velkou krizí, kterou společně překonali. Manžel je nyní více citlivější k Sofiiným emocím. Problémem podle Sofie je, že se o potratech nemluví. Lidé potraty bagatelizují a nevědí, jak se mají k ženě po potratu chovat.

Pro Sofii bylo důležité si potrat prožít, dopřát si čas, uvědomit si své emoce a dělat to, co v dané chvíli potřebovala. Velmi jí pomohly kamarádky, které rovněž prožily potrat. Sofie věděla, jak to u nich probíhalo. Komunikovala s nimi i během potratu, „*protože být v té chvíli úplně sama je hodně náročné.*“ V době potratu jí chyběl někdo, kdo by byl u ní a pomohl jí. Bála se jet do nemocnice, protože věděla, že by ji chtěli poslat na revizi. Pro Sofii bylo důležité, že potrat proběhl spontánně a doma. Po potratu cítila pozitivní emoce, jelikož to zvládla. Mohla se s miminkem rozloučit. S manželem uspořádali pohřeb, při němž dal Sofiin manžel najevo své emoce.

Pro Sofii je rovněž velmi důležité přijetí ztráty a její uznání. Napsala dopis na rozloučenou, který jí připomíná, co vše zažila. Dle jejích slov „*to nikdy nepřeboli*“. Občas se objevují myšlenky, jaké by to bylo, kdyby se miminko narodilo. Určila si pohlaví miminka. Řekla si, že to byla holčička. Vytvořila miminku památečního plyšáka a vzpomínkovou krabici. Zatímco její manžel dělá, že se nic nestalo, pro Sofii je prožitek potratu velmi podstatný. Manžela upozorňuje, že nerodila jen jejich dva syny, ale i jejich mrtvé miminko. Prožitek potratu ji jako psycholožku posunul profesně a otevřel jí oči, kolika žen se potraty týkají.

8.3.3 Aneta

Z analýzy případu participantky Anety vzniklo 5 hlavních témat (viz tabulka č. 5), které vznikly z uvedených kódů.

Tabulka č. 5: Témata participantky Anety

Témata	Kódy
konflikt racionalita X emoce při přijetí ztráty	doufala, že to není potrat, věděla, že je začátek potratu → nával negativních emocí naděje, bude to dobré semínko naděje
potřeba vědět víc	ověřování informací nechce nic podcenit kontakt s odborníky
naslouchání vnitřnímu hlasu	cítila, že už začíná potrat věděla, že je to potrat zvládne to doma mělo to tak být puštění emocí
potřeba sdílení	potřeba kontaktu upřímnost potřeba empatie ženské kruhy sdílení fyzických věcí s partnerem povídání si o tom
přesahová rovina	andílek s ulomeným křídlem napojení na dušičku dítěte hledání dušičky konstelace vyřikání si věcí s miminkem

Aneta šla v 8.–9. týdnu těhotenství na rutinní gynekologickou kontrolu, při níž jí bylo sděleno, že se musí provést kontrolní testy. Gynekoložka ji informovala, že jsou dvě varianty, buď se jedná o zamklý potrat, nebo je těhotenství špatně datované, a proto je plod menší. Aneta si nic nepřipouštěla a říkala si: „*uvidíme, nebudeme dělat žádné závěry, počkáme na ty výsledky testů.*“ I kamarádkám sdělovala, že je možné, že to nevyjde, ale cítila se klidná. Pár dní od kontroly Aneta začala krvácet. Aneta celou věc racionálně přijala, ale emočně stále doufala. To dokazuje několik změn ve vnímání, zda se jedná o potrat. Po příchodu krvácení si říkala, že už se spouští potrat. Následně jela na ženské kruhy, kde to sdělila ostatním ženám. Tam jí zasely semínko naděje, že to ještě nemusí nic znamenat. To stejné jí řekl i partner. Aneta volala svým známým, které jsou porodní duly, a zjišťovala jejich názory. Aneta říkala: „*uvidíme, ale mě už bylo asi jasné, že je to moc náhod u sebe..., ale snažila jsem se do toho dát ještě pozitivní energii.*“ Když se pak spustil potrat, Aneta byla velmi smutná a rozbrečela se.

Pro Anetu bylo během potratu důležité, aby měla dostatek informací. Bála se, aby něco nepodcenila. Z tohoto důvodu volala svým známým, které se s potraty setkávají. Ptala

se jich, co má dělat a jaké příznaky má sledovat. Pro Anetu bylo důležité ujišťovat se, že to, co se jí děje, je v pořádku.

Aneta během prožitku potratu vnímala, jak se cítí a co potřebuje: „*to už mě opravdu začalo miminko opouštět, a to jsem fakt poznala ten moment, že to přichází a už to nepůjde zpátky... bylo mi jasné, že to dítě odejde a bude to dneska.*“ Vždy, když v ní situace vyvolala nějaké emoce, hledala Aneta cestu, jak se projevit. Když byla smutná, brečela. Pokud se z toho potřebovala vypsát, napsala miminku dopis. Když cítila, že potřebuje mít miminko u sebe, pořídila si sošku andílka. Spontánní projevy emocí jí umožnily, aby správně truchlila a velmi rychle se přes ztrátu miminka přenesla.

Velmi důležité pro Anetu bylo sdílení situace s odborníky, kteří jí poskytovali informace, s partnerem, který potrat prožíval s ní. Partner jí pomáhal sledovat příznaky. Následně společně uskutečnili pohřeb a o miminku a jeho dušičce si často povídali. Partner Anety si dokonce miminko pojmenoval.

Příběh Anety je doprovázen vyšším přesahem. Aneta přemýšlela, jestli miminko nebylo málo chtěné. Povídala si s ním, že když bude chtít, může k nim přijít. Načasování potratu bylo pro Anetu ideální. Stihli uspat dceru, partner s ní mohl zůstat doma a výsledky testů nestihly přijít: „*tak to bylo fajn, jak nám to ten vesmír tak poslal*“. Nacítění se na dušičku dítěte pomohlo Anetě celou ztrátu prožít a zpracovat ji. Aby měla dušičku dítěte u sebe, pořídila si Aneta sošku andílka. Pomohlo jí napsat dopis miminku, ve kterém si to s ním vyříkala a omluvila se mu. S partnerem si povídali o dušičce miminka a o tom, že se k nim třeba jednou vrátí. Aneta pár měsíců na to znovu otěhotněla. V den, kdy to zjistila, našla v ložnici andílka, který představoval dušičku nenarozeného miminka, na zemi s ulomeným křídlem. Hned ji napadlo, že se dušička naštvála, že mají jiné miminko. Poté šla na rodinné konstelace, aby přišla na to, proč miminko odešlo. Bohužel to nezjistila, ale zjistila, že se k nim chce dušička vrátit. V to věří, i když zatím třetí dítě neplánují.

8.3.4 Karolína

Z analýzy případu participantky Karolíny vyplynulo 6 hlavních témat (viz tabulka č. 6), které vznikly z uvedených kódů.

Tabulka č. 6: Témata participantky Karolíny

Témata	Kódy
podpora rodiny, zejména partnera	nepochopení okolí sdílení s rodinou odlehčování situace sdílení se sestřenicí partner psycholog
těžké setkávání s těhotnými	Žena, která šla na umělé ukončení těhotenství čekání v nemocnici těhotná sestra
uspokojení vnitřních konfliktů	fyzický kontakt X izolace nemluvit o tom s ostatními X sdílení nic neřešit X dostat to ze sebe podíl vlastní viny X stalo se to
najít odpověď, svůj recept	vybrat si z cest jiných žen tu svoji mělo to tak být čas na jiné věci hledání odpovědi s manželem
sdílení s okolím, osvěta okolí	neinformovanost žen nevhodné otázky ostatních oznámení v práci mluvení o tom zjištění, kolika žen se to týká
nejistota budoucího těhotenství	bilancování velké těšení X netěšení se obavy během dalšího těhotenství strach z opakování

Karolína zjistila, že je těhotná v 5. týdnu těhotenství. Zanedlouho poté šla na běžnou kontrolu ke gynekologovi. Lékař nebyl nadšený z toho, že přišla brzy po zjištění těhotenství, proto ji objednal za 2 týdny. Po 2 týdnech plod nevyrostl a Karolína se dozvěděla, že se jedná o zamklý potrat. V nemocnici jí potvrdili, že miminko nežije. Dali jí potratovou pilulku, která ovšem nezabrala. Karolína si musela dojít pro další pilulku za 3 dny a ta již byla účinná. Pro Karolínu bylo důležité sdílet potrat s partnerem. Partner pro ni byl psychologem, protože jí pomáhal zpracovat prožitek ztráty. Snažil se odvádět její myšlenky a byl jí nablízku. Karolína sdílela potrat rovněž s rodinou, která ji podporovala. Když zjistila, že je její sestra těhotná, byl to pro ni velký šok, který jí vrátil na dno. Musela se své sestře vyhybat, což její rodiče nechtěli pochopit. Karolína sdílela prožitek se svojí sestřenicí, která si rovněž prošla potratem. „Byla to jediná osoba, které jsem se mohla svěřit. Ona mě plně pochopila. Prošla si tím samým a možná proto jsem byla ráda, že o tom můžu s někým dalším mluvit. S kým jsem se mohla podělit o strach z toho, jestli mé úzkostné stavy nejsou pro manžela už moc a nechrlit to pouze na něj.“

Je obvyklé, že ženy po potratu špatně zvládají setkávání se s těhotnými ženami. Zjištění, že sestra je těhotná, bylo pro Karolínu velmi bolestné. Přestože to sestře neměla za zlé, vyhýbala se jí, neboť ji to posunulo zpět. „*Neustála jsem to a pak jsem hrozně brečela. Nebyla jsem schopná ji úplně vidět. Ta myšlenka, ta představa mě hrozně bolela. Jen jsem ji viděla a brečela jsem.*“ Špatnou zkušenost měla Karolína už z nemocnice, kde na první pilulku čekala 2 hodiny a mezitím kolem ní procházelo spoustu těhotných, čerstvých maminek s novorozeňaty a hrdých tatínků. Horší to bylo, když šla Karolína pro druhou pilulku. Tehdy čekala v čekárně 4 hodiny společně s jinou ženou, která tam s sebou měla asi roční dítě a šla na umělé ukončení těhotenství: „*a já jsem věděla, že jdu na stejnou pilulku jako ona, ale z úplně jiného důvodu, takže tam to bylo hodně kruté.*“

Pro Karolínu bylo důležité prožít si ztrátu po svém. Potřebovala si to srovnat v hlavě. Karolína v sobě měla po potratu několik konfliktů. Chtěla být sama, zalézt si do postele, s nikým nemluvit. Nechtěla, aby kolegové z práce komentovali její stav. Na druhou stranu jí pomáhalo sdílení situace a přítomnost jejího manžela. Nejdříve si to musela uspořádat v hlavě, prožít si ztrátu a plakat: „*zvládla jsem brečet i 3 hodiny v kuse... fakt mi stačilo jen to, že brečím, ležím v posteli a jsem k němu (manželovi) přitulená, protože fakt jsem plno věci nevnímala.*“ Karolína zmiňovala, že nic nevěděla. Chtěla si jen zalézt do postele a dělat, že neexistuje. Na druhou stranu to potřebovala ze sebe dostat, s čímž jí pomohl partner. Karolína cítila, že si za svůj psychický stav mohla z části sama, a to svou neinformovaností a upnutím se na těhotenství příliš brzy. Zároveň si v sobě ztrátu zpracovala tak, že se to stalo a nedá se nic dělat. Je to fakt a ona za to nemůže.

To, co Karolíně pomohlo postavit se zpátky na nohy, označila jako nalezení svého receptu, své odpovědi. Bylo pro ni důležité srovnat si v hlavě, proč se to stalo. S tím jí pomáhal partner a společně našli vysvětlení, kterému věří a které jim pomohlo ztrátu překonat. Karolína zmiňovala, že jim s manželem vše vycházelo. Přestěhovali se, mají byt, oba mají práci, našli si jeden druhého a jsou spokojeni. Nevyšla jim jedna věc, která se dá změnit. Partneři uvěřili myšlence, že nemohou mít pořád štěstí. Něco je muselo potkat, ale oni to mohou změnit. Je to signál, že nebyla vhodná doba na miminko. Je čas věnovat se i dalším věcem, na které by jinak nebyl prostor. Karolína četla mnoho příběhů o překonání potratu, ale říká, že každá žena si musí najít svoji cestu.

Karolína po zpracování potratu časem zjistila, že nemá cenu o potratu mlčet a dělat, že se nic nestalo, protože jinak nebudou ostatní vědět, jak jsou potraty časté. Podle ní je důležité o potratech mluvit a neupínat se příliš brzy na těhotenství.

Když se s manželem snažili o další miminko, dolehly na Karolínu všechny obavy a strachy. Bála se, že se bude potrat opakovat. Když zkoušeli těhotenské testy, bála se, že bude těhotná. Manžel jí velmi pomohl, připravoval ji na to, že to nemusí vyjít, ale že z toho má mít radost: „*Sice se na jednu stranu těšíme a víme to, ale na druhou stranu netěš se tolik.*“

8.3.5 Zuzana

Z analýzy případu participantky Zuzany se zrodilo 6 hlavních témat (viz tabulka č. 7), které vznikly z uvedených kódů.

Tabulka č. 7: Témata participantky Zuzany

Témata	Kódy
obavy, naděje a bolest	nechtěla to vědět nepřipouštění si špatného scénáře strach, jak to zvládne sama strach o vztah strach, jak zvládne postižené miminko odmítání vyšetření
ctění vlastních hodnot	od začátku je to miminko nechá si postižené miminko chtěla děti rozum zvítězil nad emocemi balíček toho špatného
být informovaná	informování se u lékařů shánění názorů informování se o výchově dítěte s Downovým syndromem
prožití ztráty po svém, uctění miminka	vidět miminko fotografie pohřeb odpoledne pro sebe připomenutí výročí o samotě truchlení na setkáních
neuznání ztráty okolím	bagatelizování lékaři bagatelizování okolím rozporování přání v nemocnici porovnávání s předchozí ztrátou nerespekt k situaci pocit sama proti všem
výtky partnerovi	mnohé výtky ve vztahu pocit křivdy do nemocnice přišel jako poslední nenacítit se na to, co žena potřebovala chce normální vztah nedodržení slibu vypuknutí hlubší krize

Zuzana zjistila v 17. týdnu těhotenství, že přijde o své miminko, u kterého bylo riziko Downova syndromu. Po 5 dnech v nemocnici, kdy se lékaři snažili Zuzaně vyvolat potrat, podstoupila císařský řez, a to kvůli pokročilejšímu stádiu těhotenství.

Už po zjištění těhotenství velkou roli u Zuzany hrály obavy a naděje. Zuzana získala naději na další miminko, které bylo jejím splněným snem. Kvůli pokročilému věku byla velmi šťastná, že se jim to povedlo. Partner na sdělení těhotenství reagoval velmi negativně, což v Zuzaně vyvolalo obavy o jejich vztah a o to, jak by zvládla dvě děti sama. Po zjištění, že jejich očekávanému chlapečku hrozí riziko Downova syndromu, se partner vyjádřil, že postižené dítě nechce. Zuzaně se prohloubily strachy, jak by zvládla výchovu sama, když ještě jedno dítě bude postižené. Nicméně se rozhodla, že nechce jít na vyšetření pro zjištění, zda má chlapeček Downův syndrom. Chtěla věřit, že bude zdravý. Nepřipouštěla si, že by měl být postižený. Zároveň měla obavy, aby to nepoznamenalo jejich staršího synka. Musela by hodně času věnovat miminku, o to více, kdyby bylo postižené. Po potratu se u Zuzany prohloubily vnitřní úzkosti. Začala mít ještě větší strach o synka a je pro ni náročné nestát se úzkostnou matkou.

Zuzana potrat nečekala a byla z něj velmi šokovaná: „*Uvažovala jsem nad vším možným, právě nad těmi variantami, že by byl nemocný, všechno možný mě napadlo, ale nenapadlo mě, že to těhotenství skončí.*“ Zuzana má jasně nastavené hodnoty, za kterými si stojí. Jednou z nich je, že už po početí považuje plod za miminko. Vlivem svého přesvědčení by nešla na umělý potrat. Měla hned jasno a byla rozhodnutá, že si miminko nechá, i kdyby to mělo ohrozit vztah s partnerem. Velmi důležitou hodnotou pro ni byla velká rodina, proto do poslední chvíle bojovala, aby byl potrat vyvolávaný a neuzavřely se jim dveře k dalšímu miminku, což bohužel nevyšlo. Lékaři doporučili po třech císařských řezech nesnažit se o další miminko. Pro Zuzanu to bylo velmi bolestné. Po více než roce u Zuzany zvítězil rozum nad emocemi a přijala, že další miminko mít nebudou: „*prostě jsem si řekla, že už nechci pohřbívat žádné své dítě.*“

Zuzana měla mnoho informací, které pro ni byly velmi cenné, od první ztráty. Bylo pro ni důležité radit se s odborníky. Při diskuzi o možnostech řešení dokonce obvolávala porodnice a gynekology a ptala se jich na názor. Zuzana potřebovala komunikovat s lékaři a podílet se na rozhodování o průběhu potratu. Po zjištění rizika Downova syndromu si zjišťovala mnoho informací o péči o děti s Downovým syndromem, aby byla připravená.

Zuzana brala od počátku plod jako miminko, a proto pro ni bylo důležité uctít ho a prožít si ztrátu podle sebe. Po zjištění potratu požádala Zuzana o odklad řešení. Udělala si odpoledne pro sebe, chodila po lese a loučila se s miminkem. Chlapečka si pojmenovala, což

jí umožnilo o něm mluvit a uctít jeho lidskou existenci. Zuzana hned věděla, že si chce miminko pochovat, vyfotit si ho a pohřbít ho. Po roce od ztráty si Zuzana připomněla výročí sama, protože nechtěla, aby jí to partner kazil. Občas měla výčitky, že pro svého třetího syna truchlí málo, protože se musela starat o svého prostředního syna a nechtěla před ním být smutná. Truchlila o samotě nebo na různých setkáních rodičů po ztrátě dítěte: „*ty mi rozumíš, ty se se mnou nebudou hádat, od kdy to bolí nebo nebolí.*“ Zuzana se o svých ztrátách vyjádřila následovně: „*Je to takovou těžkou a bolestnou etapou mého života a dala bych všechno za to, abych tady měla 3 zdravé děti, o tom žádné pochybnosti nejsou. Ale když už se to stalo, tak musím říct, že je to něco, co můj život hodně ovlivnilo, hodně posumulo. Dá se na tom hledat, já nechci říkat něco pozitivního, špatně se na tom hledá něco pozitivního, ale když to řeknu jednoduše, jsem Josífkovi a Martínkovi hrozně vděčná, že do mého života vstoupili a děkuji jim za to.*“ Zuzana mluvila o tom, že oba ztracení synové jí přinesli něco pozitivního. Poslední z ní udělal bojovníci, neboť bojovala o jeho život.

Velmi náročné bylo pro Zuzanu snášet nepochopení okolí a odborníků. V nemocnici se až na pár výjimek setkala převážně se skvělým přístupem lékařů. Jedna lékařka Zuzaně vynadala, že si vymýšlí, že měla jít rovnou na císařský řez, což vzalo Zuzaně veškeré naděje na přirozený potrat. Porodní asistentka přistupovala k její situaci s nerespektem, když zdůrazňovala, že se nejedná o porod, ale o potrat. Poslední kapkou bylo, když Zuzana ležela na pokoji, kam si lékaři chodili pro všechny věci, protože nechtěli rušit v pokojích, kde se rodilo. Nakonec do pokoje přišla paní uklízečka a začala čistit box na miminko, což Zuzana nevydržela a vyhodila ji z pokoje. Při projevení přání, že chce miminko vidět, jí to lékař dokonce rozmlouval. Její okolí porovnávalo potrat s porodem mrtvého miminka a říkali, že to není tak špatné. Zuzana neměla v rodině nikoho, s kým by si mohla o ztrátě popovídat. Měla pocit, že je sama proti všem a nikdo jí nerozumí. „*Já si vždycky říkám, když lidé mají tendenci ty potraty snižovat, že třeba na letním táboře jsme 14 dní a pak brečíme, že to končí a nějakou dobu na to vzpomínáme a říkáme si, jak to bylo skvělé a mluvíme o tom často i po letech, jak to bylo krásné. A tady já prožiju 4 měsíce s dítětem v sobě a s nějakými představami o budoucnosti a mám se tvářit, jako že se nic nestalo, že najednou to skončilo a není. Takže já si myslím, že je důležité si to oplakat, nějak se s tou etapou rozloučit. Na ty táborové prožitky můžeme vzpomínat celý život, tak proč bych neměla právo vzpomínat na to, že jsem byla 4 měsíce těhotná se svým očekávaným miminkem.*“

Prožitek potratu vedl k většímu odstupu mezi partnery zejména ze strany Zuzany, která má problém některé věci partnerovi odpustit. Vlivem potratu se u nich prohloubila dosavadní krize. Zuzanu mrzelo, že partner nebyl při ztrátě u ní a nechápal, co potřebuje.

Mrzelo ji, že už na začátku nechtěl miminko. Chtěla ho pochopit, ale nechtěl si o tom povídat. Po sdělení potratu přijel až za 11 hodin. Do nemocnice přišel jako poslední a při vyzvednutí ji nechal 4 hodiny čekat v nemocnici, i když bydlí půl hodiny odtamtud. Zuzana mu rovněž nemůže odpustit, že jí nepomohl vyrovnat se se ztrátou snu o velké rodině. Potřebovala, aby uznal, že to je těžké, aby to prožili společně, ale on ji v tom nechal. Zuzana to vnímala jako nedodržení slibu o velké rodině, který jí dal. Partner to měl hned uzavřené. Zuzana chodila k psycholožce, s níž se věnovali zejména jejich vztahu. Zuzana má pocit, že jejich vztah drží jen prostřední syn.

U první ztráty Zuzana zmiňovala, že ztrátu s partnerem prožili společně, společně brečeli, povídali si o tom. U druhé ztráty manžel dělal, že se nic nestalo. Se Zuzanou nekomunikoval a držel si od ní odstup. Zuzana neví, proč partner tak reagoval. Celkově mají ve vztahu problém s komunikací. Zuzana uváděla, že reakce partnera mohla být způsobena tím, že partner miminko nechtěl, nebo tím, že odmítal přijmout postižené miminko a potrat pro něj byl úlevou. Může to však být způsobeno úplně něčím jiným.

8.4 Interpretace

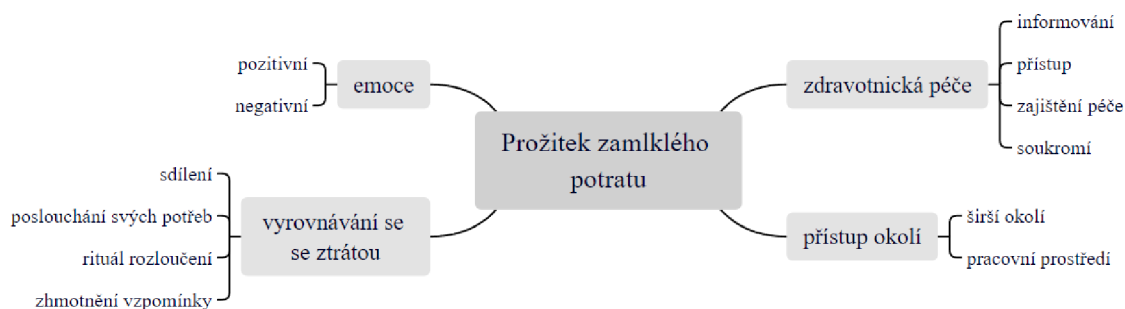
Některá témata se prolínala skrz jednotlivé případy a objevila se jako klíčová, proto bych jim ráda věnovala pozornost. Témata jsem rozdělila na dvě oblasti: **prožitek zamklého potratu** a **dopad na partnerský vztah**. V následujících podkapitolách při popisu schémat vždy uvedu **hlavní témata**, která jsem vyznačila tučným písmem, a *náležící podtémata*, která jsem odlišila kurzívou.

Participantek jsem se ptala, co by poradily ženám a párům, které prožívají potrat. Jelikož se zjištění prolínají se zmíněnými tématy, nebudu je zde opakovat a uvedu je na letáčku (viz příloha č. 7).

8.4.1 Prožitek zamklého potratu

V rozhovorech jsem se zabývala tím, jak ženy prožívaly zamklý potrat, co nejvíce potrebovaly, co pro ně bylo důležité a co jim naopak situaci ztěžovalo. Z analýzy dat vyplynula 4 hlavní témata: **emoce, zdravotnická péče, přístup okolí** a **vyrovnávání se se ztrátou**. Témata jsou znázorněna na schématu č. 2.

Schéma č. 2: Prožitek zamlklého potratu



Emoce lze rozdělit na *pozitivní a negativní*. Po zjištění, že dojde k potratu, zažívaly ženy ambivalentní pocity, a to naději a strach (n=2). Obě participantky zatím nevěděly, zda se jedná o zamlklý potrat. Doufaly, že se jedná o chybu a všechno bude v pořádku. Zároveň se obávaly, že to bude potrat. Ženy zažívaly šok (n=3). Participantky zmiňovaly smutek (n=3), beznaděj (n=2) a odmítaly přijmout skutečnost (n=2). Objevily se pocity hněvu na partnera, zklamání z partnera (n=1) a potřeba izolace (n=1), kdy participantka chtěla být sama, spát a nic neřešit. Participantky, které zažily potrat doma, se obávaly, aby bylo vše v pořádku (n=2). Do týdne od potratu však cítily radost a úlevu z toho, že to zvládly (n=3). Prožitek potratu doma pro ně měl ozdravný účinek. Participantky zmiňovaly pocity viny (nedostatek lásky miminku, málo truchlí, neinformovaností si způsobila svůj stav sama) (n=3). Participantky se rovněž cítily mimo realitu (n=2). Ženy prožívaly lítost (n=1), pocit, že to tak mělo být (n=1), a vnitřní klid (n=1). Účastnice uváděly, že mají strach z dalšího těhotenství, z opětovného potratu a z nemožnosti otěhotnět (n=2). Těžké je rovněž přijetí nemožnosti mít další děti (n=1).

Co se týká **zdravotnické péče** pro participantky je důležité, aby *byly informované* (n=4). Někdy participantkám nebyly nabídnuty možnosti řešení potratu a musely si shánět informace samy (n=2). Ženy si musely rovněž shánět informace o průběhu potratu, protože nevěděly, na co si mají dát pozor a co je ještě v pořádku (n=2). U některých participantek lékař zmínil možná řešení (n=2). Jedné participantce poradil vhodné řešení, s druhou diskutoval nad možnostmi. Jeden gynekolog informoval přítele ženy.

Zdravotníci se snažili o *zajištění péče*, přičemž ženy byly hned vybídnuty k řešení potratu (n=3). Dvě z nich si řekly o odložení, aby měly čas na zpracování. Participantky byly často odeslané na potvrzení zamlklého potratu do nemocnice (n=3). Participantky kladně hodnotily podporu od zdravotníků (n=2). U jedné ženy se gynekoložka zajímala, jestli se tam dostane, kdo ji odveze, což participantka hodnotila pozitivně. Měla pocit, že je o ni postaráno. Druhá participantka zažila podporu od zdravotníků během hospitalizace. Ženy

zmiňovaly, že by uvítaly systémovou oporu v podobě větší informovanosti či letáčku s kontakty, kam se mohou obrátit (n=2).

Participantky se setkaly s empatickým *přístupem zdravotníků* (n=3). Některé participantky měly pocit, že sdělení zamlklého potratu byl šok i pro gynekologa (n=2). Jindy sdělení gynekologa působilo jako rutina (n=1). Dostatečné informace bez přehnané lítosti měly vliv na racionální přijetí situace jednou participantkou. Ženy se také setkaly s neempatickým přístupem, při němž lékař bagatelizoval ztrátu, působil ženě větší stres či nerespektoval její situaci (n=2). Jedné ženě zdravotník rozmlouval přání vidět miminko. Jiná účastnice měla i po potratu kartu zařazenou mezi těhotenskými, což na ni působilo velmi negativně a u gynekoložky byla během dalšího těhotenství velmi nervózní.

Ženy by v nemocnici uvítaly více *soukromí*. Participantky zmiňovaly, že v nemocnici musely čekat několik hodin a kolem nich chodily těhotné ženy a rodiče s novorozenaty, což snášely špatně (n=2). Jedna participantka dokonce čekala v čekárně s ženou, která šla na umělý potrat. Hospitalizovaná žena zmiňovala, že na pokoji měla nedostatek soukromí, neboť tam všichni chodili pro věci.

Pro ženy je taktéž důležitý **přístup okolí** zejména *širší rodiny*, které žena sdělí informaci o potratu. Participantky se často setkaly s bagatelizací (n=3), s nepodporou (n=2), s nepochopením (n=2) a s neuznáním ztráty (n=1). Reakce rodiny souvisí s tím, že rodina neví, jak má reagovat. Neví, jak má ženě pomoci. Nedokáže si představit, co žena prožívá. Jedna participantka se cítila sama proti všem. Tato žena měla následně problém s protrahovaným truchlením, neboť smutek skrývala a truchlila pouze o samotě. Participantky cíleně hledaly podporu u žen (N=5) (sestra, matka, ženské kruhy, sousedky, ženy se stejnou zkušeností).

Participantky také povídaly o vlivu *pracovního prostředí* (n=2). Jedna participantka se musela do práce vrátit týden po potratu a nebyla na to ještě připravená. Potkávala mnoho těhotných žen. Kolegové nevěděli, co mají říkat. Participantce přerušení kontaktu vadilo a velmi záhy měla syndrom vyhoření. Druhá participantka kolegy přímo poprosila, aby se vyhnuli mluvení o potratu, což respektovali.

Posledním tématem je **vyrovnávání se se ztrátou**, do kterého jsem zařadila následující podtémata: *sdílení, řízení se svými pocity, zhmotněná vzpomínka a rozloučení*. Participantky uvedly, že jim při zpracování ztráty pomáhalo povídat si o potratu, o pocitech a o prožitku (N=5). Ženy sdílely emoce se ženami, protože jim lépe rozuměly (n=4). Některé vyhledaly odbornou pomoc psychologa (n=2). Participantky zdůraznily, že je důležité obklopit se lidmi, kterým důvěřují (n=2). Ženy rovněž zmiňovaly podpůrné skupiny (n=1),

čtení příběhů (n=1) a setkání rodičů po ztrátě dítěte (n=1), neboť zde získaly podporu a zjistily, že nejsou jediné, které zažívají potrat.

Pro participantky bylo důležité řídit se svými pocity (n=4), dát si na čas a nespěchat (n=3). Není univerzální způsob, jak se má žena vyrovnat s potratem: „*každý má úplně jiný recept, každý poradí něco jiného, ale ta ženská si stejně musí najít něco, co jí bude vyhovovat.*“ (participantka Karolína). Každá žena si musí najít odpověď na otázku, proč se to stalo, a nebát se říct si o pomoc.

Velmi důležité je rozloučit se s miminkem. Participantky uskutečnily miminku pohřeb (n=4) (oficiální byl pouze jeden, u ostatních symbolické rozloučení). Ženy napsaly miminku dopis, aby se s ním rozloučily, vyřikaly si věci, které měly na srdci (n=3). Jedna žena psala deníkový záznam toho, co prožívá. Účastnice si s miminky povídaly (n=2), jedna před spaním a druhá v lese před provedením potratu.

Často mají ženy potřebu zhmotnit si zesnulé miminko. Participantky si vytvořily vzpomínkovou krabičku, v níž si schovaly všechny věci spojené s miminkem (n=3). Participantky si rovněž pořídily věc, kterou mají s miminkem spojenou (n=4) (jedna má náhrdelník ve tvaru srdíček, druhá si pořídila sošku andílka, třetí pro miminko vytvořila plyšáčka a čtvrtá má fotku miminka). Pro ženy byl důležitý fyzický kontakt, ať už přítomnost partnera, fenky, plyšáka nebo pochování si zesnulého miminka (n=3). Dále participantkám pomáhalo pojmenovat si miminko (n=1) a určit si pohlaví miminka (n=1).

8.4.2 Dopad na partnerský vztah

V druhé části se zaměřím na dopad potratu na partnerský vztah. Z analýzy dat jsem získala 5 hlavních témat: **reakce partnera na potrat, role partnera, změna vztahu, potřeby žen od mužů a ztráta s odstupem času**. Hlavní témata a podtémata jsou uvedena ve schématu č. 3.

Schéma č. 3: Dopad zamlklého potratu na partnerský vztah



Reakce partnera na potrat hodnocené ženami byly velmi individuální. Muž reagoval distancováním se, lhostejností a neempatií (n=2). Partner nechápal, co se děje. Reagoval tak, že to musí být chyba, a neuměl to zpracovat. Téměř u všech žen (n=4) partner neprojevoval emoce. V jednom případě partner těžce snášel emoční výbuchy partnerky. Nevěděl, co má dělat. Měl na to vliv i gynekolog, který partnerovi sdělil, že má být pro ženu oporou. U druhé ženy muži záleželo na tom, aby byl partnerce k dispozici. Ve zbývajících dvou případech nebyli partneři k ženě empatičtí. Partneři se úplně emočně uzavřeli (n=3). Ženy zdůrazňovaly mužský přístup k potratu (n=3), kdy 2 partnery ženy označily za držáky, kteří dělali to, co žena potřebovala. V jednom případě se partner zaměřoval na praktické věci (např. bude muset hlídat dítě). Muži projevovali empatii (n=3) a snažili se svoji ženu rozptýlit (n=2) (jeden pouštěním televize, aby se cítila dobře a druhý vymýšlel různé nadsázky a vtipy). Jeden partner dokonce participantce pomáhal při samotném potratu (sledoval příznaky, jak moc krvácí a jak se cítí). Ženy říkaly, že muž nestihl k miminku tolik přilnout a bylo pro něho těžké být na stejné rovině smutku (n=2).

Role partnera se také lišily. Shrnuje bych to tak, že partneři byli pro ženy oporou ve všem (n=2), spíše fyzickou oporou (n=1), nebo ženy nepodporovali (n=2). Partneři, kteří byli *oporou*, komunikovali s ženami o potratu, i když ne vždy z vlastní iniciativy (n=3). Vždy však ženě naslouchali. Partner, který byl spíše fyzickou oporou, těžce snášel emoční výbuchy partnerky. Cítil beznaděj, protože nevěděl, jak má pomoci. Jedna žena připodobňovala svého partnera k psychologovi, neboť jí pomáhal najít odpovědi na otázky, které jí napadaly. Druhá žena zmiňovala, že pro ni bylo důležité, že partner u ní zůstal, když zjistil, že potrací. Ženy uskutečnily rituál rozloučení (n=2) a obou se účastnili i partneři.

Pokud se partneři *distancovali* (n=2), dělali, že se nic nestalo. Nekomunikovali o potratu, což se podepsalo na vztahu. Partneři nebyli ani fyzickou oporou. Jeden partner nepřijel hned za ženou domů, když mu oznámila, že dojde k potratu. Nechal ji čekat v nemocnici několik hodin, než pro ni přijel. Druhý muž po ženě vyžadoval, aby byla za 2 dny v pořádku a nebyla z toho smutná. Ženy hledaly alternativní možnosti podpory. Jeden partner rozporoval emoce ženě. Druhý partner alespoň ženě emoce nerozporoval, což žena hodnotila pozitivně. Obě si vytvořily rituál rozloučení. Partner, který ženě rozporoval emoce, se rozloučení zúčastnil, druhý ne.

Změnu vztahu lze rozdělit na dvě podtémata: *posílení vztahu* a *krize*. Ženy, jejichž partner jim byl během potratu oporou, popsaly, že se jejich vztah po potratu *posílil* (n=3). Cítí se s partnerem víc blízcí. Došlo k prohloubení vztahu a mají pocit, že kdyby přišla další krize, společně ji zvládnou. Ženy vnímají, že je mezi nimi větší pouto (n=2). Jedna žena cítí

ve vztahu větší harmonii. Došlo k odtabuizování ženských témat a společný prožitek potratu pár motivoval k domácímu porodu. Jedna participantka zmiňovala, že podpora partnera ujistila její rodiče o partnerovi.

Ženy, jejichž partner je během potratu nepodporoval, popsaly, že potrat způsobil spíše *krizi* (n=2) spojenou s pocity křivdy a nedodržení slibu. V jednom případě partner sliboval, že se budou snažit o další miminko, ale stále to odsouval. Druhý partner nepomohl ženě zpracovat nemožnost otěhotnění a ztrátu snu o velké rodině. Vztah jedné participantky se ochladil. Více věcí zvládá sama, komunikují spolu méně, jsou uzavřeni do svých světů a jejich vztah drží pouze syn. Pozitivem je pouze to, že přežili. Druhý pár krizi překonal. Věci si vyříkali. Muž je citlivější k potřebám partnerky a nerozporuje je jako předtím.

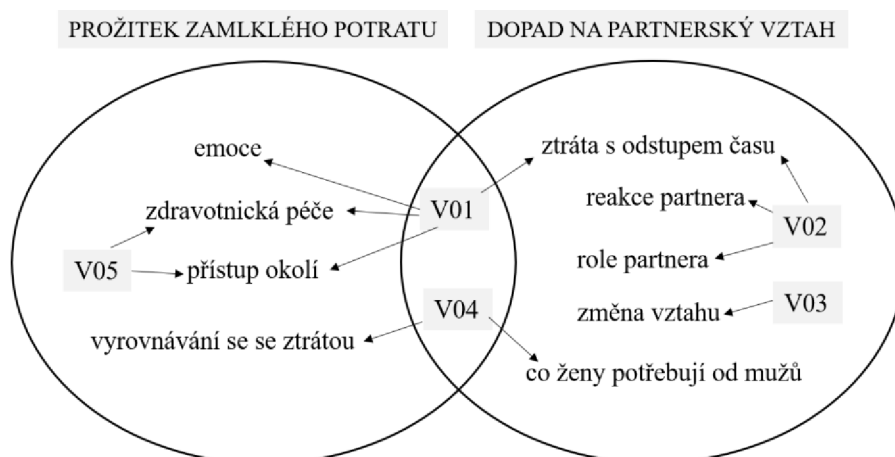
Co ženy od mužů potřebují? Klíčové je mluvit spolu (n=2) a sdílet své potřeby. Pokud si je nemohou vzájemně naplnit, je dobré se obrátit na třetí osobu (n=1). Rovněž je přínosné společné prožití ztráty (n=1) a pochopení druhého partnera (n=1).

Ráda bych porovнала, jak **muži a ženy vnímají ztrátu s odstupem času**. Ženy si myslí, že je to pro *muže* uzavřená záležitost (n=4). Partneri o tom nechtějí mluvit (n=2), nebo o potratu mluví z vlastní iniciativy (n=2). Jeden partner si pro sebe miminko pojmenoval a jeden partner je k tématu citlivější. Všechny participantky (N=5) mají potřebu o prožitku potratu mluvit a sdílet svůj příběh. Potrat jim otevřel oči, kolika žen se potraty týkají (n=3). Vnímání ztráty s odstupem času lze u žen rozdělit na 2 kategorie. Ženy mluví o potratu jako o události, která tak měla být (stalo se to a jdou dál) (n=2), nebo mluví o potratu jako u události, která nikdy nepřebolí (n=3). Některé participantky uváděly, že svá potracená miminka považují za své děti (n=2), jak dokazuje citace těhotné participantky Lucie: „*A ráda jednou tomuto děťátku řeknu, až na to bude zralé, že má ještě dva sourozence, co tu byli před ním.*“ Participantky čekají, že se dušičky vrátí (n=2), a občas přemýšlí, co by mohlo být, kdyby nepotratily (n=2). Participantky uvedly, že to jsou stále jejich děti (n=2). Ženy to osobnostně posunulo (n=3). Jedna účastnice navíc uvádí profesní posun. Jiná žena mluví o potratu jako o součásti života. Je ráda, že miminko měla. Syn z ní udělal bojovnici. Zároveň popisuje vnitřní úzkosti a větší strach o živého syna. Jedna participantka zmiňuje, že si svůj stav po potratu způsobil z určité části sama, a to neinformovaností o četnosti potratů. Na těhotenství se upnula příliš brzy. Další žena zmínila, že čas léčí a postupně se s tím člověk vyrovnává.

8.5 Odpovědi na výzkumné otázky

Na základě provedené analýzy je možné odpovědět na výzkumné otázky, které jsou stanoveny v kapitole 6.2. Jelikož se témata vzájemně prolínají, uvedu zde ještě jedno schéma (schéma č. 4), které znázorňuje, jak dvě odhalené výzkumné oblasti saturují výzkumné otázky.

Schéma 4: Propojení výzkumných oblastí s výzkumnými otázkami



V01: Jak ženy prožívají zamlklý potrat?

Po sdělení diagnózy zamlklého potratu jsou ženy často posílány do nemocnice na ověření. Tehdy ženy zažívají ambivalentní pocity. Stále doufají, že miminko bude v pořádku, ale zároveň mají strach. Po sdělení finálního verdiktu jsou ženy v šoku. Nechápu, co se děje. Nevědí, co mají dělat, a popírají to. Následně pociťují velmi silný smutek, stále brečí a cítí beznaděj. Jedna žena popisovala hněv na svého partnera, jelikož se nezachoval tak, jak by potřebovala a jak si přála. Často ženy pociťují potřebu izolace. U žen, které potratily přirozeně doma, se objevuje strach, aby něco nepodcenily, aby bylo vše v pořádku. Jsou nejisté v tom, co mají sledovat a kdy je na místě vyhledat pomoc. Ženy mají pocity viny a cítí se mimo realitu. Někdy se ženy cítí klidně, mají pocit, že to tak mělo být. Jejich truchlení je vyrovnané. Pokud ženy, které prožily spontánní potrat, vše zvládly, cítí úlevu, radost a štěstí. Ženy mají strach z dalšího těhotenství, z opětovného potratu a z nemožnosti otěhotnění.

Na prožitek potratu má rovněž vliv zdravotnická péče. Pro ženy je důležité, aby byly informované. Ženy chtějí vědět o možnostech, rizicích, o tom, jak dané možnosti řešení přesně probíhají a na co si dát pozor. Ženy by také uvítaly, kdyby jim byly podány informace o emoční stránce, že je v pořádku brečet, být smutná, jak dlouho truchlení trvá a co jim může pomoci. Jako řešení uvádějí rozdávání letáček s kontakty, na které se žena může obrátit. Záleží také na přístupu zdravotníků, kteří by měli být empatičtí a projevit respekt

k potratu ženy. Některé ženy zažily neempatický přístup od zdravotníků a dodnes si pamatují slova, která je ranila a ovlivnila jejich psychickou stránku. Ženy oceňují, pokud se o ně lékař zajímá (zda je má kdo vyzvednout, odvést do nemocnice atd.). Prostřední porodnice prožitek žen také ovlivňuje. Pro ženy je velmi nepříjemné, když kolem ní prochází těhotné ženy nebo čerství rodiče s novorozeňaty. Velmi nerespektující je, když ženy musí čekat v nemocnici s ženami, které čekají na umělé ukončení těhotenství. Ženy potřebují v porodnici soukromí. Není vhodné, aby všichni chodili k nim do pokoje pro věci.

Na ženu má rovněž vliv přístup okolí k potratu. Většinou rodina neví, jak má reagovat, co má říct, a není pro ženu oporou. Velmi často okolí problém bagatelizuje a dělá, že se nic nestalo, což ženě, která má potřebu o potratu mluvit, příliš nepomáhá. Na prožitek potratu může mít vliv pracovní prostředí. Zda zaměstnavatel respektuje, že žena potřebuje nějaký čas na fyzickou, ale i psychickou rekonvalescenci.

Některé ženy vnímají ztrátu s odstupem času jako osud. Jiné o ztrátě mluví tak, že nikdy nepřebolí. Miminka jim chybí a stále jsou to jejich děti. Ženy vnímají, že je potrat osobnostně posunul. Zjistily, kolika žen se téma potratů týká. Chtějí mluvit o potratech, a to z důvodů rozšíření tématu potratů ve společnosti.

V02: Jak muži reagují na zamlklý potrat optikou žen?

Muži po sdělení potratu reagují buď distancováním se, nebo podporou. Muži, kteří se distancují, dělají, že se nic nestalo. Jsou lhostejní a své partnerky nepodporují, a to ani fyzicky svou přítomností. Muži v obou případech neprojevují své emoce z potratu. Pokud má žena v muži oporu, jedná se většinou o fyzickou oporu. Mužům jde zejména o to, aby ženám pomohli. Muži se snaží své ženy rozptýlit a pomáhají jim najít odpovědi na otázky, které je napadají. Dle žen si muži nestihnou, pokud se jedná o potrat v nízkém stádiu těhotenství, k miminku vybudovat velké emoční pouto. Je pro ně těžké pochopit, co ženy prožívají. Pro muže je s odstupem času potrat uzavřenou událostí a nemají potřebu o něm mluvit.

V03: Jaký dopad má zamlklý potrat na partnerský vztah?

Z analýzy vyplynulo, že zamlklý potrat může partnerský vztah buď posílit, nebo způsobit krizi. K posílení vztahu dochází tehdy, pokud ženy prožívají ztrátu společně s partnerem. Naopak ke vzniku krize dochází, když partner o ztrátě se ženou nekomunikuje, není jí oporou. V obou případech byla krize způsobena i jinými aspekty než pouze ztrátou. V jednom případě potrat spíše prohloubil krizi, která už ve vztahu existovala. V druhém případě krize souvisela s tím, že partneři měli odlišná očekávání od budoucího těhotenství.

V04: Jaké psychické aspekty (zdroje, strategie) pomáhají ženám vyrovnat se se zamlklým potratem?

Nejdůležitější je pro ženy o potratu mluvit, sdílet svoji zkušenost a mít fyzickou i emoční oporu. Velmi důležitým aspektem při zvládání ztráty je řídit se svými pocity, dopřát si čas, plakat, truchlit a naslouchat tomu, co žena cítí, co potřebuje, a nebát se říct si o pomoc. Ženám rovněž pomáhá provést rituál rozloučení případně uchovat si vzpomínky na dítě. Žena by měla udělat takové rituály, které považuje ze správné a vidí v nich smysl. Může se jednat o pohřební rituál, dopis na rozloučenou, vypsání se či vyřikání si věci s potracenými miminky. Jako památku na miminko si mohou ženy vytvořit vzpomínkovou krabičku, pořídit si nějaký předmět, který bude miminko ztělesňovat, pořídit si fotku miminka, nebo si miminko pojmenovat.

V05: Jaké psychologické aspekty narušují vyrovnávání se se zamlklým potratem?

Negativní vliv na prožitek potratu měl přístup zdravotníků. Participantky si stěžovaly na nedostatek soukromí, rozporování přání, nemožnost vybrat si mezi možnostmi řešení, umístění karty v těhotenské sekci i po potratu, dlouhé čekání v nemocnici, čekání se ženou, která šla na umělý potrat. Participantkám rovněž vadilo, že není systémová opora, která by zajišťovala, aby na to ženy nebyly samy. Negativně na ženy rovněž působil přístup okolí, které potrat bagatelizuje. Nechápe ženu, nechce si o tom s ní povídat, neví, co má říkat a dělat. Okolí neuznává ztrátu a v nejzazším případě dojde k přerušení kontaktu. Na ženy také negativně působí, pokud nemají čas na rekonvalescenci. Musí se hned vrátit do práce, což může vést k rychlému syndromu vyhoření. Dále je pro ženy velmi obtížné potkávat těhotné ženy, neboť se v jejich společnosti necítí dobře. Ztěžující je, když žena nemá žádné děti, pokud musí řešit praktické věci (posunutí rodičovské dovolené, oznámení v práci atd.), nebo když muž vnímá ztrátu jinak a jinak truchlí.

9 Diskuse

9.1 Zhodnocení výsledků výzkumu

Cílem práce bylo zjistit a popsat, co ženy prožívají po zamlklém potratu, co jim pomáhá vyrovnat se se ztrátou, co jim naopak situaci ztěžuje, jak na zamlklý potrat reaguje partner ženy, jaká je jeho role a jaký dopad má zamlklý potrat na partnerský vztah. Mnohá zjištění jsou shodná s předešlými výzkumy.

Proces truchlení po potratu lze připodobnit k fázím truchlení dle Kübler-Rossové. Ženy jsou nejdříve v šoku. Popírají, že by se to mohlo stát, a chtějí být samy (Kübler-Rossová, 2015). Kübler-Rossová (2015) dále uvádí hněv, který v mém výzkumu popisovala pouze jedna participantka. Fázi smlouvání jsem u žen nezaznamenala. Následuje rovnou deprese, velký smutek, oplakávání a beznaděj. Může to být způsobeno tím, že ženy nemají o čem smlouvat. Znají svoji situaci a je jasné, že k potratu dojde. Řešení potratu (obzvláště chirurgicky a medikamentózně) je natolik rychlé, že žena nemá na smlouvání dostatek prostoru. Pokud ženy potrat zpracují, následuje poslední fáze dle Kübler-Rossové (2015), kterou je akceptace. Podobnosti v procesu truchlení lze nalézt rovněž u Bowlbyho (2013) a u Kastové (1987, citováno v Ratislavová & Hrušková, 2020).

Participantky pociťovaly při čekání na ověření v nemocnici ambivalentní pocity. Měly naději, že miminko bude v pořádku, ale obávaly se, že se opravdu jedná o potrat. To popsali ve svém výzkumu i Mercier et al. (2020), kteří uvedli, že ženy při čekání na rozhodnutí pociťovaly nejistotu. Dle Bellhouse et al. (2019) ženy po potratu prožívají pocity izolace. Mají pocit, že jim nikdo nerozumí. Trápí je pocity viny a sebeobviňování, což cítily i ženy v mém výzkumu. Participantky provází strach z dalšího těhotenství, z opětovného potratu, na což poukázaly i Hráská & Špaňhelová (2020).

Ženy, které si prožily potrat doma, popisovaly strach ze samotného potratu. Měly obavy, protože nevěděly, jak bude potrat probíhat, jak moc bude bolet, jak velké krvácení je ještě v pořádku, což je v souladu s informacemi The Miscarriage Association (2022). Po prožitém spontánním potratu ženy pociťovaly radost, úlevu a štěstí, že to zvládly. To zmiňuje i Zemánková (2022) a studie Wieringa-de Waarda et al. (2002), která zjistila, že ženy, které podstoupily metodu vyčkávání, měly lepší duševní zdraví za 12 týdnů po potratu než ženy, které podstoupily revizi dutiny děložní. Dále to dokládá studie Volgstena et al. (2018), kteří zjistili, že emoce po potratu jsou ovlivněny spíše léčbou než diagnózou.

Některé ženy, i když pociťovaly smutek, ke ztrátě přistupovaly jako k osudu. Jejich truchlení bylo vyrovnanější, což může souviset se zjištěním Hráské & Špaňhelové (2020) a

Ratislavové (2016), které upozornily na to, že proces truchlení je ovlivněn osobnostními charakteristikami, copingovými strategiemi a odolností jedince.

Prožitek je ovlivněn zdravotnickou péčí. Některé ženy se v nemocnici setkaly s empatií, jiné s nepodporou, která měla negativní vliv na jejich psychiku, což odpovídá výzkumům Bowlbyho (2013), deMontigny et al. (2020), Galeottiho et al. (2022) a Nwafor et al. (2020). Pro ženy je velmi důležité, aby měly dostatek informací. Toto zjištění koresponduje se studií Bellhouse et al. (2019) a Larivière-Bastien et al. (2019). Často ženy příliš informací nedostaly a musely si vše zjišťovat samy. Ženy by rovněž uvítaly informace o emoční stránce, o truchlení, plakání a o kontaktech na případnou pomoc. Toto zmiňuje i studie Larivière-Bastien et al. (2019). Participantky udávaly jako možné řešení letáček s kontakty, kam se mohou obrátit, případně s informacemi, jak truchlení probíhá. Podobné výsledky zjistil Jensen et al. (2018). Pouze 2 zdravotníci z 12 se ptali na emoční stav ženy (Jensen et al., 2018). Prožitek potratu je ovlivněn samotným prostředím nemocnice. Ženám se nedostávalo v nemocnici soukromí. Galeotti et al. (2022) ve své studii zjistili, že ženy mají strach při potratu z nemocničního prostředí, a to zejména kvůli nedostatku soukromí. Jedna participantka zminila, že by bylo dobré, kdyby na pokoji, kde žena potrací, byla cedulka, aby to zdravotníci věděli. Tímto postupem by byla ztráta více respektována.

Většina participantek se setkala s nepodporou okolí stejně jako ženy ve studii Merciera et al. (2020). Jansen et al. (2022) zjistili, že pro páry je důležité, aby k nim okolí bylo empatické. Rodina jim poskytovala porozumění, ohleduplnost, přijala situaci, neprojevovala lítost, ale podporu. De Oliveir et al. (2022) zjistili, že prožitek potratu je spojen s přístupem okolí a je ovlivněn vnímáním potratů společností, což dokazuje i má studie, neboť u jedné participantky způsobila nepodpora okolí protrahované truchlení. Nemohla si o potratu s nikým povídat. Schovávala své emoce, což vedlo k vyplavení velmi silných emocí na setkání určeném pro rodiče po ztrátě dítěte. Jednalo se dle dělení Bowlbyho (2013) o absenci vědomého truchlení. Myslím si, že kdyby okolí naslouchalo více potřebám žen a vyslechlo je, ženy by se s potratem dokázaly vypořádat lépe.

Jak dokazuje má studie, prožitek může být rovněž ovlivněn přístupem kolegů a tím, zda má žena dostatek prostoru na vyrovnání se se ztrátou. Ženy musí učinit sdělení o potratu i v práci. Často se setkávají s nepodporou od kolegů. Ti neví, jak reagovat, a proto se ženě často vyhýbají.

Velmi těžké je potkávat těhotné ženy, miminka. Je to přirozená reakce a není možné, aby se těhotné ženy ženám po potratu vyhýbaly. Je však důležité, aby byly k ženám empatické a zbytečně nezdůrazňovaly své těhotenství. Mercier et al. (2020) popsali, že ženy

špatně reagují na těhotenské příspěvky. Chápu je jako neuctivé k jejich situaci. Vyvolává to v nich pocity nepochopení. Dvě participantky uvedly, že kdyby neměly děti, bylo by pro ně těžší se s potratem vyrovnat. Stejný závěr vyplývá i ze studie Volgstena et al. (2018). Pro ženy je náročné, když musí řešit praktické věci, které souvisí s potratem (oznámení v práci, prodloužení rodičovské dovolené, zajištění nemocenské atd.).

Nejvíce ženám pomáhá mluvit o potratu, což je v souladu se zjištěním Jonese et al. (2022). Mercier et al. (2020) zmiňují, že ženy prožitek potratu sdílí, protože očekávají podporu od ostatních. Komunikace byla ženami zdůrazňovaná. Byla na nich vidět velká touha mluvit o potratu s ostatními, ale často se jim nedostávalo pochopení. Ženy hledaly i jiné formy podpory (určitá setkání pro rodiče po ztrátě dítěte, podpůrné skupiny nebo ženy se stejnou zkušeností). Jak uvádí i Alqassim (2022). Participantky velmi zdůrazňovaly, že je důležité, aby se každá žena, která prochází potratem, řídila svými pocity. Nebála se v případě potřeby říct o pomoc. Některé participantky samy vyhledaly odbornou pomoc, což jim pomohlo. Ke stejnému závěru dospěli McIntyra et al. (2022). Vyrovnávání se se ztrátou je velmi individuální proces, ale často ženám pomáhá uspořádat rituál rozloučení (pohřeb, napsání dopisu, psaní poznámek, vyřikání si věcí s miminkem), nebo si udělat památku na potracené miminko (vzpomínková krabička, fotka miminka, pojmenování miminka či předmět, který ženě miminko připomíná – soška andílka, náhrdelník atd.). Pozitivní vliv rituálů na truchlení zjistili de Oliveir et al. (2022).

Muži na potrat reagují distancováním se, nebo oporou. Je pro ně těžké pochopit, co ženy prožívají. Na přetížení mohou reagovat popřením, jak zjistili Chavez et al. (2019). Muž, který je ženě při zvládání potratu oporou, se hlavně snaží pomoci ženě, snaží se jí rozptýlit a působí jako její ochránce, což je v souladu se studií Chaveza et al. (2019) a Hiefner et al. (2020). Některé ženy si uvědomovaly, že pro muže může být těžké si v takto rané fázi těhotenství vytvořit vazbu k miminku. Pokud nemají silnou vazbu k miminku, vede to k tomu, že nepocítují tak velikou ztrátu, což potvrzují i Hráská & Špaňhelová (2020). Budoucí výzkum by se mohl zaměřit na to, jak muži prožívají a reagují na potrat v různých stádiích těhotenství.

Ženy mají potřebu o ztrátě mluvit dlouho po potratu. Muži pokládají potrat za uzavřenou událost poměrně brzy. To dokazuje studie Volgstena et al. (2018), která zjistila, že po 4 měsících se u mužů výrazně sníží hodnota perinatálního zármutku, u žen se sníží méně, či vůbec. Muž může na potrat reagovat i úlevou, pokud bylo těhotenství nechtěné (The Miscarriage Association, 2023). Taková reakce se v mém výzkumu vyskytla pouze jednou a nelze přesně určit, zda to bylo tím, že partner odmítal postižené miminko.

Z výzkumu vyplynulo, že prožitek potratu může partnerský vztah buď posílit, nebo způsobit krizi. Při posílení vztahu pár potrat prožíval společně. Muž byl pro ženu oporou. Propuknutí krize bylo způsobeno distancováním se partnera od potratu, nekomunikací, neempatií a nepodporou. Jak zjistily mnohé studie Kielek-Rataj et al. (2020), Hiefner et al. (2020) a Jansen et al. (2022) komunikace je při prožitku potratu klíčová a zvyšuje manželskou spokojenost páru. Pokud spolu páry o potratu nekomunikují, bude to mít dopad na jejich vztah. Nelze jednoznačně říci, proč muži na potrat reagují distancováním se.

Se zajímavým zjištěním přišli Hiefner et al. (2020), kteří provedli výzkum na 6 párech. Zjistili, že všechny páry potrat prožily společně a jejich vztah to posílilo (Hiefner et al., 2020). Tento výsledek je v rozporu s mým zjištěním, neboť u 3 párů došlo k posílení a u 2 ke vzniku krize. Myslím si, že propuknutí krize bylo způsobeno nejen prožitkem potratu, ale už dřívějšími problémy ve vztahu. Jedna žena sama uváděla, že potrat krizi spíše prohloubil. Obě ženy nemají s partnerem příliš mnoho společného, nemají společné záliby a netráví spolu příliš času. Naopak ostatní při popisu partnerského vztahu zdůrazňovaly, že si rozumí, podporují se, snaží se nacházet kompromisy, jsou si oporou a mají harmonický vztah. Zdá se, že vztah partnerů před ztrátou ovlivňuje prožitek ztráty.

Z hlediska partnerského vztahu pouze u jednoho páru byla znatelná krize ve vztahu. Partneři jsou spolu 6 let a dle Plzáka (1973, citováno v Kratochvíl, 2009) se první krize ve vztahu objevuje v rozmezí 3 až 7 let, dle Matějkové (2007) v 7. roce partnerství. U partnerky bylo znatelné opadání iluzí, co se týká společného bydlení, rodiny, trávení volného času. Partneři se více spoléhají sami na sebe. U ostatních párů nebyla rozpoznatelná žádná krize. Partnerky hodnotily vztah pozitivně s občasnými záporami, které ale nebyly převažující. Je zjevné, že už samotná krize ve vztahu mohla souviset s tím, že partner se od ztráty distancoval a partnerský vztah ztráta neposílila.

Partneři, kteří měli formu soužití living apart together, neprožívali ztrátu společně a došlo u nich k propuknutí větší krize. Oddělené bydlení může mít také vliv na prožitek potratu, neboť partneři nejsou stále spolu a může pro ně být těžké komunikovat o potratu, pokud je komunikace založena na telefonickém kontaktu.

Ráda bych uvedla příběh ženy, která nejdříve zažila ztrátu během porodu a následně zamklý potrat, neboť reakce partnera byly zcela odlišné. U první ztráty jí byl partner oporou, prožívali ztrátu společně. U druhé ztráty se partner distancoval, byl lhostejný až odmítavý. Dle získaných informací může být důvodů pro odlišný přístup mnoho: nechtěné těhotenství, postižené miminko, mnoho ztrát za poslední dobu, pro nízké stádium těhotenství se dle něj nejednalo o ztrátu, či krize v partnerském vztahu.

Zajímavým zjištěním pro mě bylo, že všechny ženy byly překvapeny, že otěhotněly brzy. Bylo by na místě prozkoumat, zda páry, které otěhotní během krátké doby, mají větší riziko zamlklého potratu než ženy, kterým trvá otěhotnět déle.

9.2 Limity a rizika studie

Limity výzkumu spatřuji v malé zkušenosti s vedením rozhovorů, která mohla vést k zisku méně bohatých dat. Své nedostatky spatřuji rovněž v analýze dat, neboť IPA nemá striktně daná pravidla, kterých se člověk musí při analýze držet. U prvního rozhovoru jsem nevěděla, jak bych měla postupovat. Dalšími rozhovory se však mé dovednosti zlepšovaly.

Sdílení prožitku potratu je pro ženy velmi citlivým tématem. Snažila jsem se, aby se ženy při rozhovorech cítily dobře. Předem jsem jim zaslala otázky, aby věděly, co je čeká. Je možné, že o některých tématech se ženy bály mluvit, nebo si je vlivem prožitku náročné situace ani nemusí pamatovat.

Homogenitu výzkumného souboru narušuje zejména jedna participantka, která se v několika směrech odlišuje od ostatních. Jedná se o participantku, která prožila dvě ztráty. Zamlklý potrat jí byl diagnostikován až v 17. týdnu a bylo u ní zjištěno riziko vrozené vývojové vady. Její partner na sdělení těhotenství reagoval spíše negativně, další dítě nebylo zcela plánované a jako jediná nežije s partnerem ve společné domácnosti. Nelze posoudit, do jaké míry má samotný prožitek ztráty dopad na partnerský vztah a do jaké míry ho určují okolnosti těhotenství a samotný vztah. Přestože jsem si vědoma zkreslení výsledků touto participantkou, rozhodla jsem se jí do výzkumu zařadit, neboť data získaná z jejího rozhovoru jsou velmi cenná. Participantka poukazuje na spoustu zajímavých spojitostí a z jejího příběhu vyplývá mnoho doporučení pro budoucí výzkum.

Homogenita výzkumného souboru je také ovlivněna odlišnými charakteristikami potratů žen, které se mi ozvaly. Mohla jsem při výběru výzkumného souboru zohlednit další kritéria, například způsob, jakým zamlklý potrat proběhl. Toto kritérium se během rozhovorů ukázalo důležitým, neboť prožitek žen, které prožily potrat v nemocnici, byl ovlivněn zdravotníky a nemocničním prostředím. Naopak některé ženy, které potratily doma, potrat prožívaly v přítomnosti partnera, což může mít na partnerský vztah velký dopad. Všechny ženy, i když to nebylo při výběru sledováno, byly vysokoškolského vzdělání, což mohlo výsledky výzkumu také ovlivnit.

9.3 Praktický přínos a náměty pro další zkoumání

Jelikož je problematika zamlklých potratů málo prostudovaná, je mnoho podnětů pro budoucí výzkumy. Bylo by přínosné prozkoumat, jaké osobností charakteristiky mají vliv

na zvládání zamlklého potratu. Samostatný výzkum by měl být věnovaný reakcím okolí na potraty. Ve studii by měli autoři zjistit, co širší rodina prožívá, když jim pár sdělí, že přišli o miminko v rané fázi těhotenství, a co by jim pomohlo, aby dokázali páru pomoci. Stejně tak by mělo být prozkoumáno, jak zamlklý potrat chápou zaměstnavatelé a jak se ženou komunikují kolegové. Bylo by vhodné zaměřit se na prožitek potratu a jeho dopad na partnerský vztah s ohledem na způsob potratu. Zajímavé by rovněž bylo sledovat prožitek ženy po určité době a nezaměřovat se pouze na zpětné hodnocení.

Zvýšená pozornost by měla být věnována prožitku zamlklého potratu u mužů, protože jen tak je možné posoudit, co partnerský vztah skutečně ovlivňuje. Stejně tak by se budoucí studie měla zaměřit na dopad zamlklého potratu na partnerský vztah optikou mužů.

Vhodné by bylo prozkoumat, jak zamlklý potrat ovlivňuje partnerský vztah, pokud je miminko chtěné, nebo nechtěné, případně pokud má každý partner jiný názor. Za probádání také stojí případy žen, které zažily více zamlklých potratů, a jejich muži reagovali odlišným způsobem. Případně by budoucí výzkum mohl srovnat prožitek potratu v rané fázi těhotenství a perinatální ztrátu. Za zmínku také stojí zmapování dopadu potratu na partnerský vztah, pokud partneři žijí odděleně.

Ráda bych zdůraznila, že prožitek potratu je velmi individuální. Každá žena potřebuje něco jiného a něco jiného jí pomůže, proto je potřeba o potratu mluvit. Ženy mají možnost zjistit, co ženám pomohlo. Vědí, jaké jsou možnosti. Myslím si, že práce je přínosem pro širokou veřejnost. Ženy by rozhodně měly být informované, že potraty v I. trimestru jsou velmi časté. Pro muže je práce přínosem, neboť jim může pomoci přiblížit, co žena během potratu zažívá. Zároveň by páry měly vědět, že prožitek potratu je náročnou situací, která má dopad na partnerský vztah. Okolí párů, které prožívají potrat, by mělo páru naslouchat, pomáhat. Doufám, že jsem svojí prací přispěla k rozšíření povědomí veřejnosti o tématu zamlklých potratů.

10 Závěr

Na základě sesbíraných dat a provedené analýzy lze vyvodit následující závěry:

- Emoce, které ženy prožívají po potratu, jsou velmi rozmanité.
- Ženy, které zažily potrat doma, cítily do týdne pozitivnější emoce – úleva, radost, že to zvládly a zmiňovaly ozdravný účinek domova.
- Důležité je pro ženy mít informace – vědět o možnostech řešení potratu, o průběhu potratu, v případě přirozeného potratu vědět, jaké příznaky mají sledovat.
- Pro ženy je důležitý empatický přístup lékaře. Projevovat respekt, nebagatelizovat. Velmi pozitivně je hodnocen zájem lékaře o to, zda se o ženu někdo postará.
- V nemocnici ženy preferují soukromí – nevdají jim, že musí dlouho čekat, ale přály by si být stranou, ne mezi těhotnými ženami a miminky. V případě hospitalizace ženy potřebují soukromí na pokoji.
- Pro ženy je velmi důležité o potratu mluvit. Často však nenacházejí u své širší rodiny pochopení, proto vyhledávají ženy, které mají stejnou zkušenost.
- Okolí neví, jak reagovat, co říkat, a často problém bagatelizuje.
- V práci by měli kolegové respektovat přání ženy a dát jí čas na fyzické, ale i psychické zotavení.
- Velmi důležité je pro ženy mluvit o potratu, sdílet svoji zkušenost, protože jim to pomáhá. Vědí, že nejsou samy, a chtějí informovat ostatní ženy.
- Ženy zdůrazňují potřebu řídit se svými pocity, dát si čas, brečet, když potřebují.
- Ženám pomáhá uskutečnit nějaký rituál rozloučení nebo si miminko nějak zhmotnit (soška, fotografie, náhrdelník atd.)
- Partneři po ztrátě neprojevují emoce. Někteří jsou pro ženu oporou, jiní ženy příliš nepodporují.
- Pro ženy je důležité, aby jim byl partner alespoň fyzickou oporou, byl jim nablízku.
- Potrat může partnerský vztah posílit. Partneři se cítí více blízcí a mají pocit, že zvládnou další krize.
- Potrat také může v partnerském vztahu způsobit krizi – větší distancování se, což souvisí s dalšími problémy ve vztahu (malá komunikace, nedodržení slibu o dalším dítěti či velké rodině)

- Jedna žena zažila nejdříve porod mrtvého plodu, kdy byl partner velmi podporující, ale při zamlklém potratu byl partner nezúčastněný a ženu vůbec nepodporoval.
- Zatímco muži považují ztrátu s odstupem času za uzavřenou událost, ženy mají potřebu o potratu mluvit a sdílet svoji zkušenost s ostatními ženami.
- Vnímání ztráty s odstupem času lze rozdělit na dvě skupiny: mělo to tak být (osud) a nikdy to nepřebolí (děti jim pořád chybí).

Souhrn

Problematicke zamlklých potratů není v odborných člancích věnováno příliš pozornosti. Stejně tak neexistuje dostatečné množství novodobých studií na téma dopadu spontánního potratu na partnerský vztah. Cílem práce je prozkoumat psychologické aspekty zamlklého potratu a jeho dopad na partnerský vztah. Zaměřuji se na to, jak ženy prožívají zamlklý potrat. Co jim pomáhá vyrovnávat se se ztrátou. Co jim naopak vyrovnávání se stěžuje. Jak na zamlklý potrat reaguje partner. Jaká je role partnera při zvládnutí potratu a jaký dopad má zamlklý potrat na partnerský vztah.

Zamlklý potrat je druhem spontánního potratu (Roztočil, 2011). Spontánní potraty v I. trimestru jsou velmi časté. Příčin může být mnoho. Nejčastěji se však jedná o genetickou abnormalitu plodu, dle Hájka (2014) 40 % potratů. Existují 3 možnosti řešení spontánního potratu: revize dutiny děložní, medikamentózní řešení a metoda vyčkávání (Zemánková, 2022).

Partnerský vztah se během času mění a partneři musí překonat mnohé krize. Problémy, které se objevují v jednotlivých fázích vztahu, souvisí se změnami role partnerů či jejich zdravotním a emočním stavem. Partnerský vztah je rovněž ovlivněn vnitřní situací v manželství – například neplánovaná bezdětnost způsobena potraty (Kratochvíl, 2009).

Po zjištění, že je těhotenství u konce, nastává pro rodiče velmi náročné období. Proces truchlení je dlouhodobý a velmi individuální. Je ovlivněn mnoha faktory – osobní charakteristikou truchlícího, jeho odolností, zkušeností se zvládnutím náročných situací, používáním copingových strategií, dovedností pracovat s emocemi a informovaností či schopností využívání svých vnitřních a vnějších zdrojů (Hráská & Špaňhelová 2020; Ratislavová, 2016).

Muži a ženy mohou truchlit odlišným způsobem (Griebel et al., 2005). Zatímco pro ženy je důležité o potratu mluvit a sdílet své emoce, muži mají naopak tendenci neukazovat tolik, že se trápí (Ratislavová & Hrušková 2020). Pokud člověk minimálně po 6 měsících od ztráty necítí zlepšení, naopak má pocit, že se jeho stav zhoršuje, jedná se komplikované, či protražované truchlení (Ratislavová & Hrušková 2020).

De Oliveir et al. (2022) zjistili, že neexistuje rozdíl ve smutku podle gestačního věku, v němž k potratu došlo. Volgsten et al. (2018) zjistili, že pocity po potratu ovlivňuje spíše typ léčby než diagnóza potratu. Bylo zjištěno, že ženy s nízkým socioekonomickým statutem a ženy, které se přistěhovaly z jiných zemí, vykazovaly horší duševní zdraví po potratu (deMontigny et al., 2020). Horší duševní zdraví měly rovněž bezdětné ženy, ženy

s plánovaným těhotenstvím, ženy starší 35 let a ženy s asistovanou reprodukcí (Akhtar & Khalid, 2022; deMontigny et al., 2020; Nwafor et al., 2020). Opačné zjištění přinesla studie de Oliveira et al. (2022). Z výsledků studie vyplynulo, že bezdětné ženy neprožívaly silnější zármutek. Prožitek potratu je také ovlivněn přístupem zdravotníků. Mnoho studií zjistilo, že když je pacientkami hodnocena zdravotnická péče jako negativní, má to negativní vliv na duševní zdraví ženy.

Otevřená komunikace je pro zpracování potratu velmi důležitá, neboť je pro ženy zdrojem úlevy. De Oliveira et al. (2022) zjistili, že prožitek rituálu po potratu má pozitivní vliv na zármutek, který žena prožívá. McIntyre et al. (2022) na základě studie rozdělili rituály na několik druhů (institucionalizované rituály při vyšších stádiích těhotenství, psaní dopisů, poznámek či deníků, používání ohně, vytvoření památního místa a zhmotnění vzpomínek – náhrdelníky, sázení stromu, pírků v láhvi či tetování).

Ztráta dítěte může prohloubit problémy, které ve vztahu partneri řešili. Může narušit doposud harmonický vztah, případně může partnery více spojit (Hráská & Špaňhelová, 2020; Špaňhelová, 2012). Pro partnery může být obtížné porozumět sobě navzájem, neboť rozdílně reagují a prožívají odlišné emoce (The Miscarriage Association, 2023). Zatímco muži postupem času berou potrat jako uzavřenou událost, ženy mají potřebu sdělovat své emoce a pocity.

Výzkum je zaměřený na popis individuální zkušenosti, proto je studie orientována kvalitativně. Výzkumný soubor byl vybírán nepravděpodobnostní metodou výběru, a to záměrný výběr a samovýběr. Pro výběr výzkumného souboru bylo zvoleno několik kritérií. Ženy musely být starší 18 let. Musely zažít jeden zamlklý potrat v době od půl roku do 5 let (s výjimkou jedné ženy, které prožila i porod mrtvého plodu, pro výtěžnost získaných dat byla participantka do výzkumu zahrnuta) a v době potratu musely být v partnerském vztahu.

Výzkumu se zúčastnilo 5 žen, které splnily podmínky pro účast ve studii. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a u jedné ženy byla použita metoda analýzy deníkového záznamu. Vzhledem k subjektivnímu popisu prožitku byla zvolena pro analýzu dat interpretativní fenomenologická analýza.

Z analýzy dat vyplynulo, že prožitek zamlklého potratu je velmi individuální. Ženy zažívají veliké spektrum emocí: smutek, beznaděj, hněv, izolaci, pocity viny. Všechny ženy, které čekaly na spuštění potratu metodou vyčkávání, po prožitku potratu popisovaly pozitivní emoce: úleva, radost a štěstí. Prožitek zamlklého potratu je ovlivněn také přístupem zdravotníků a prostředím v nemocnici. Pokud se ženy setkaly s pozitivním přístupem lékařů (empatie, podpora, zajištění následné péče), mělo to pozitivní vliv na jejich duševní zdraví.

Negativní přístup zdravotníků (nepodpora, nerespekt, rozporování přání) má naopak negativní vliv na prožitek potratu. Ženy popisovaly nedostatečné soukromí v nemocnici, které pro ně bylo nepříjemné (málo soukromí na pokoji, čekání v nemocnici s těhotnými ženami a novorozeňaty, čekání se ženou, která šla na umělé ukončení těhotenství). Ženy rovněž popisovaly jako ztěžující nerespekt jejich ztráty a nepodpora od širší rodiny. Ženy měly potřebu o potratu mluvit, ale jejich okolí nevědělo, jak má reagovat, co má říkat, a raději dělalo, že se nic nestalo. Pro ženy po potratu je rovněž těžké potkávat těhotné ženy a vrátit se brzy do práce.

Muži se ženami nesdíleli své emoce, spíše jim pomáhali s praktickými věcmi. Partneři na potrat reagovali buď distancováním se, nebo byli pro ženu oporou. Pro muže, kteří byli pro ženu oporou, bylo důležité, aby pomohli ženě. Snažili se ženu rozesmát, odvést její pozornost a být jí nablízku. Společný prožitek potratu vedl k posílení vztahu. Partneři cítili ve vztahu větší blízkost a měli pocit, že společně zvládnou další krize. Pokud muži reagovali distancováním se, neprožívali potrat se ženou. V jednom případě muž dokonce rozporoval emoce ženy. Nepodpora způsobila vznik krize ve vztahu. Krize však byla spojena i s jinými problémy. V jednom případě potrat prohloubil již existující krizi ve vztahu. V obou případech byla krize spojena i s výtkami. Ženy mužům vyčítaly, že nedodrželi svůj slib (slib o velké rodině, odkládání početí dalšího dítěte).

Nejdůležitější je pro ženy o potratu mluvit a sdílet svoji zkušenost za účelem zviditelnění tématu potratů. Pokud nemohly ženy sdílet emoce se svým okolím či partnery, vyhledávaly ženy se stejnou zkušeností. Pro ženy je rovněž důležité řídit se svými pocity a potřebami. Ženy naslouchají tomu, co potřebují a v čem vidí smysl. Ženám pomáhá uspořádat rituál rozloučení (pohřeb, symbolické rozloučení, povídání si s miminky, napsání dopisu na rozloučenou) a uchovat si nějakou vzpomínku na miminko (fotka, symbolické přenesení dušičky miminka do věci – soška andílka, náhrdelník).

Seznam použité literatury

- Abreu-Afonso, J., Ramos, M. M., Queiroz-Garcia, I., & Leal, I. (2022). How Couple's Relationship Lasts Over Time? A Model for Marital Satisfaction. *Psychological Reports, 125*(3), 1601-1627. <https://doi.org/10.1177/00332941211000651>
- Akhtar, M., & Khalid, B. (2022). Effect of Sustaining a Perinatal Loss: Mothers' Mental Health and Marital Satisfaction. *Illness, Crisis & Loss, 1-11*. <https://doi.org/10.1177/10541373221143209>
- Albertini, M. & Brini, E. (2020). I've changed my mind. The intentions to be childless, their stability and realisation. *European Societies, 23*(8), 1-42, [10.1080/14616696.2020.1764997](https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1764997)
- Alqassim, M. Y., Kresnye, K. C., Siek, K. A., Lee, J., & Wolters, M. K. (2022). The miscarriage circle of care: towards leveraging online spaces for social support. *BMC women's health, 22*(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01597-1>
- Ayuso, L. (2019). What future awaits couples Living Apart Together (LAT)? *The Sociological Review, 67*(1), 226-244. <https://doi.org/10.1177/0038026118799053>
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives, 32*(2), 137-146. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006>
- Berková, K. (2022). *Hranice viability*. Neopaliativa. Citováno 20. prosince 2022 z <https://neopaliativa.cz/hranice-viability/>
- Böger, A., & Huxhold, O. (2020). The Changing Relationship Between Partnership Status and Loneliness: Effects Related to Aging and Historical Time. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 75*(7), 1423-1432. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby153>
- Bowlby, J. (2013). *Ztráta: smutek a deprese*. Portál.
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., Pires, M., & Nunes, O. (2020). Dyadic coping, marital adjustment and quality of life in couples during pregnancy: An actor-partner approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 38*(1), 49-59. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1578950>
- Brann, M., Bute, J. J., & Scott, S. F. (2020). Qualitative Assessment of Bad News Delivery Practices during Miscarriage Diagnosis. *Qualitative health research, 30*(2), 258-267. <https://doi.org/10.1177/1049732319874038>

- Brier N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of women's health* (2002), 17(3), 451-464. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>
- Coomarasamy, A., Devall, A. J., Cheed, V., Harb, H., Middleton, L. J., Gallos, I. D., Williams, H., Eapen, A. K., Roberts, T., Ogwulu, Ch. C., Goranitis, I., Daniels, J. P., Ahmed A., Bender-Atik, R., Bhatia, K., Bottomley, C., Brewin, J., Choudhary, M., Crosfill, F., . . . Jurkovic, D. (2019). A Randomized Trial of Progesterone in Women with Bleeding in Early Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 380, 1815-1824. 10.1056/NEJMoa1813730
- Coomarasamy, A., Williams, H., Truchanowicz, E., Seed, P. T., Small, R., Quenby, S., Gupta, P., Dawood, F., Koot, Y. E. M., Bender Atik, R., Bloemenkamp, K. W. M., Brady, R., Briley, A. L., Cavallaro, R., Cheong, Y. C., Chu, J. J., Eapen, A., Ewies, A., Hoek, A., . . . Rai, R. (2015). A Randomized Trial of Progesterone in Women with Recurrent Miscarriages. *The New England Journal of Medicine*, 373(22), 2141-2148. 10.1056/NEJMoa1504927
- Český statistický úřad. (2020). Počet sňatků a rozvodů v České republice. <https://www.czso.cz/csu/stoletistatistiky/snatky-a-rozvod>
- de Oliveira, D. M., Silva, A. D., Ramalho, C., Costa, M. E. & Martins, M. V. (2022). Effects of marital satisfaction and ritual utility on bereavement experience in abortion. *Cogitare Enfermagem* 27. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87853>
- Demetroulis, C., Saridogan, E., Kunde, D., & Naftalin, A. A. (2001). A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human reproduction* (Oxford, England), 16(2), 365–369. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.2.365>
- deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C., & Côté, I. (2020). Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28, 1-18. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>
- Doherty, W. J., & Harris, S. M. (2022). Relationship-undermining statements by psychotherapists with clients who present with marital or couple problems. *Family process*, 61(3), 1195-1207. <https://doi.org/10.1111/famp.12774>
- Doss, B. D., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2004). Why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 608-614. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.6.608>

- Fernlund, A., Jokubkiene, L., Sladkevicius, P., & Valentin, L. (2021). Reproductive outcome after early miscarriage: comparing vaginal misoprostol treatment with expectant management in a planned secondary analysis of a randomized controlled trial. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 59(1), 100-106. <https://doi.org/10.1002/uog.24769>
- Fieldsend, M., & Smith, J. A. (2020). 'Either stay grieving, or deal with it': the psychological impact of involuntary childlessness for women living in midlife. *Human reproduction (Oxford, England)*, 35(4), 876-885. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa033>
- Fieldsend, M., & Smith, J. A. (2021). Exploring the Experiences of Four Men Living with Involuntary Childlessness in Midlife. *Journal of Loss and Trauma*, 27(1), 49-62, <https://doi.org/10.1080/15325024.2021.1892942>
- Figueredo-Borda, N., Ramírez-Pereira, M., Gaudio, P., Cracco, C., & Ramos, B. (2022). Experiences of miscarriage: the voice of parents and health professionals. *Omega*, 1-18. <https://doi.org/10.1177/00302228221085188>
- Galeotti, M., Mitchell, G., Tomlinson, M. & Aventon, Á. (2022). Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(270), 1-24. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04585-3>
- Giulio, P., Impicciatore, R. & Sironi, M. (2019). The changing pattern of cohabitation: A sequence analysis approach. *Demographic Research* 40(42), 1211-1248, 10.4054/DemRes.2019.40.42
- Goldstein, R. R., Croughan, M. S., & Robertson, P. A. (2002). Neonatal outcomes in immediate versus delayed conceptions after spontaneous abortion: a retrospective case series. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(6), 1230-1236. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.123741>
- Griebel, C. P., Halvorsen, J., Golemon, T., & Day, A. A. (2005). Management of spontaneous abortion. *American Academy of Family Physician*, 72(7), 1243-1250. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2005/1001/p1243.html>
- Grube, T. (2020). Management of Involuntary Childlessness in Couples With Infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(6), 4-5, <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.09.010>

- Grundström, J., Konttinen, H., Berg, N., & Kiviruusu, O. (2021). Associations between relationship status and mental well-being in different life phases from young to middle adulthood. *SSM – population health, 14*, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100774>
- GYNEM. (2021). *Proč je důležitá prenatální diagnostika*. Citováno 21. února 2023 z <https://gynem.cz/blog/proc-je-dulezita-prenatalni-diagnostika>
- Hájek, Z., Čech, E., & Maršál, K. (2014). *Porodnictví*. Grada Publishing.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
- Hendriks, E., MacNaughton, H., & MacKenzie, M. C. (2019). First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. *American Academy of Family Physician, 99*(3), 166-174. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30702252/>
- Hiefner, A. R. (2020). Dyadic Coping and Couple Resilience After Miscarriage. *Family Relations, 70*(1), 59-76, <https://doi.org/10.1111/fare.12475>
- Hliněná, V. (2019.). *Možnosti ukončení těhotenství – potrat pomocí operace, či léků?* U lékaře.cz. Citováno 23. listopadu 2022 z <https://www.ulekare.cz/clanek/moznosti-ukonceni-tehotenstvi-potrat-pomoci-operace-ci-leku-403555>
- Hodson N. (2022). Time to rethink miscarriage bereavement leave in the UK. *BMJ sexual & reproductive health, 48*(1), 70-71. <https://doi.org/10.1136/bmjsexrh-2021-201282>
- Holman, A. & Horstman, H. K. (2018). Similarities and Dissimilarities in Spouses' Narratives of Miscarriage: A Dyadic Analysis of Communicated Narrative Sense-Making and Well-Being. *Journal of Family Communication, 19*(4), 293-301. <https://doi.org/10.1080/15267431.2019.1628763>
- Horstman, H. K., Holman, A. J. & Johnsen, L. J. (2021). Men Coping with Miscarriage: How Spousal Emotional Support Contributes to the Relationship between Parenting Identity and Well-Being about Pregnancy Loss. *Southern Communication Journal, 86*(3), 256-267. <https://doi.org/10.1080/1041794X.2021.1919918>
- Hráská, M. & Špaňhelová, I. (2020). *Nejste sami. Průvodce rodičů po ztrátě dítěte*. Dlouhá cesta.
- Chavez, M. S., Handley, V., Jones, R. L., Eddy, B., & Poll, V. (2019). Men's Experiences of Miscarriage: A Passive Phenomenological Analysis of Online Data. *Journal of Loss and Trauma, 24*(7), 664-677. <https://doi.org/10.1080/23802359.2019.1611230>

- Jansen, C., Kuhlmann, E., Scharli, P., Schick, M., Ditzen, B., Langer, L., Strowitzki, T., Kuon, R. J., & Wischmann, T. (2022). 'A sorrow shared ...': a qualitative content analysis of what couples with recurrent miscarriages expect from one another and their families and friends. *Human reproduction open*, 2022(3), 1-11.
<https://doi.org/10.1093/hropen/hoac032>
- Jensen, K. L. B., Temple-Smith, M. & Bilardi, J. E. (2018). Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 59(2), 508-513.
 10.1111/ajo.12910
- Jones, A. E., Scoresby, K., & Duong, C. C. (2022). Navigating grief and pregnancy loss through online story telling. *Qualitative Social Work*, 1-15.
<https://doi.org/10.1177/14733250221108634>
- Karayağız, Ş., Taş, E. & Hamurcu. A. (2019). The effect of number children on marital satisfaction and spouse support. *CUIJOSS*, 43(1), 146-152.
<http://cujos.cumhuriyet.edu.tr/en/pub/issue/46333/582253>
- Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (2020). Research on Marital Satisfaction and Stability in the 2010s: Challenging Conventional Wisdom. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 100-116. <https://doi.org/10.1111/jomf.12635>
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 187-194.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>
- Kiełek-Rataj, E., Wendołowska, A., Kalus, A. & Czyżowska, D. (2020). Openness and Communication Effects on Relationship Satisfaction in Women Experiencing Infertility or Miscarriage: A Dyadic Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 1-20. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165721>
- Kleinhaus, K., Perrin, M., Friedlander, Y., Paltiel, O., Malaspina, D., & Harlap, S. (2006). Paternal age and spontaneous abortion. *Obstetrics and gynecology*, 108(2), 369-377.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000224606.26514.3a>
- Kohoutová, I. (2014, 20. prosince). Nesezdaná soužití: hlavně ve velkých městech. Český statistický úřad. <https://www.czso.cz/csu/czso/a50041548c>
- Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Portál.
- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Portál.

- Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 45(6), 670-676. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008>
- Maconochie, N., Doyle, P., Prior, S., & Simmons, R. (2007). Risk factors for first trimester miscarriage--results from a UK-population-based case-control study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 114(2), 170-186. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01193.x>
- Magnus, M. C., Wilcox, A. J., Morken, N. H., Weinberg, C. R., & Håberg, S. E. (2019). Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 364, 1869. <https://doi.org/10.1136/bmj.1869>
- Marino, F. A. (2022). Age variation in cohabitation, 2022. *National Center for Family & Marriage Research: Family Profile*, 28. <https://doi.org/10.25035/ncfmr/fp-22-28>
- Maroufizadeh, S., Hosseini, M., Rahimi Foroushani, A., Omani-Samani, R., & Amini, P. (2019). The Relationship between Perceived Stress and Marital Satisfaction in Couples with Infertility: Actor-Partner Interdependence Model. *International journal of fertility & sterility*, 13(1), 66-71. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2019.5437>
- Matějková, E. (2007). *Jak řešit problémy a konflikty v partnerských vztazích*. Grada Publishing.
- McCreight B. S. (2004). A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of health & illness*, 26(3), 326-350. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x>
- McIntyre, L., Alvarez, B., & Marre, D. (2022). "I Want to Bury It, Will You Join Me?": The Use of Ritual in Prenatal Loss among Women in Catalonia, Spain in the Early 21st Century. *Religions*, 13(4), 1-18, <http://dx.doi.org/10.3390/re113040336>
- Mercier, R. J., Senter, K., Webster, R., & Henderson Riley, A. (2020). Instagram Users' Experiences of Miscarriage. *Obstetrics and gynecology*, 135(1), 166-173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003621>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n. d.). *Pohřebné*. Citováno 31. ledna 2023 z <https://www.mpsv.cz/-/pohrebne>

- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2013, 26. června). *Vyjádření Ministerstva zdravotnictví k rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv o registraci přípravků s obsahem léčivé látky mifepriston a misoprostol*. Citováno 15. listopadu 2022 z <https://www.mzcr.cz/vyjadreni-ministerstva-zdravotnictvi-k-rozhodnuti-statniho-ustavu-pro-kontrolu-leciv-o-registraci-pripravku-s-obsahem-lecive-latky-mifepriston-a-misoprostol/>
- Miovský, M. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
- Nelson D. B., Grisso, J. A., Joffe, M. M., Brensinger C., Shaw, & Datner, E. (2003). Does stress influence early pregnancy loss? *Annals of Epidemiology*, 13(4), 223-229. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(02\)00419-2](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(02)00419-2)
- Nguyen, B. T., Chang, E. J., & Bendikson, K. A. (2019). Advanced paternal age and the risk of spontaneous abortion: an analysis of the combined 2011-2013 and 2013-2015 National Survey of Family Growth. *American journal of obstetrics and gynecology*, 221(5), 476.e1-476.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.05.028>
- Novotný, D., Adam, T., Adamová, K., Roubalová, L. & Fellnerová, I. (2011). *Prenatální a perinatální laboratorní diagnostika*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Nwafor, J. J., Obi. V. O., Obi, C. N., Obi, C. C., Ugoji, D-P. C., Onwe, B. I. & Onuchukwu, V. U. (2020). Mental health outcome and perceived care needs of women treated for a miscarriage in a low-resource setting. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37(1), 85-94. 10.4103/TJOG.TJOG_44_19
- Nybo Andersen, A. M., Wohlfahrt, J., Christens, P., Olsen, J., & Melbye, M. (2000). Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7251), 1708-1712. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7251.1708>
- Olesen, M. L., Graungaard, A. H. & Husted, G. R. (2015). Deciding treatment for miscarriage – experiences of women and healthcare professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 386-394. <https://doi.org/10.1111/scs.12175>
- Ozgen, L., Ozgen, G., Simsek, D., Dincgez, B., Bayram, F., & Midikhan, A. N. (2022). Are women diagnosed with early pregnancy loss at risk for anxiety, depression, and perinatal grief? *Saudi medical journal*, 43(9), 1046-1050. <https://doi.org/10.15537/smj.2022.43.9.20220291>
- Pařízek, A. (2015). *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. Galén.
- Plzák, M. (2001). *Manželská tonutí*. Motto.

- Poruchy menstruačního cyklu.* (n.d.). Fórum zdraví. Citováno 24. ledna 2023 z <https://www.forumzdravi.cz/gynekologie/103-poruchy-menstruacniho-cyklu>
- Procházková, M., Měchurová, A., Čepický, P., & Calda, P. (2014). Vedení porodu mrtvého plodu-doporučený postup. *Česká gynekologie*, 79, 3-4.
<https://www.porodniasistentky.info/wp-content/uploads/2016/08/p-2014-vedeni-porod-mrtveho-plodu.pdf>
- Přirozený potrat.* (n.d.). Bylo tu, není tu... Citováno 20. listopadu 2022 z <https://sites.google.com/view/bylo-tu-neni-tu/moznosti/prirozeny-potrat>
- Ratislavová, K. & Hrušková, Z. (2020). *Psychosociální podpora při úmrtí miminka. Průvodce pro učitele pomáhajících profesí.* Sekce dětské paliativní péče ČLS JEP.
- Ratislavová, K. (2016). *Perinatální paliativní péče.* Grada Publishing.
- RCUI. (2016). Wikiskripta. Citováno 2. ledna 2023 z <https://www.wikiskripta.eu/w/RCUI>
- Roztočil, A. (2011). *Moderní gynekologie.* Grada Publishing.
- Řiháček, T., Čermák, I. & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýzy textů: čtyři přístupy.* Masarykova univerzita.
- San Lazaro Campillo, I., Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. (2019). Risk factors for miscarriage among women attending an early pregnancy assessment unit (EPAU): a prospective cohort study. *Irish journal of medical science*, 188(3), 903-912. <https://doi.org/10.1007/s11845-018-1955-2>
- Smékal, I. (2018, 29. srpna). *Fáze vztahu (L. Smékal 2007 – poznámky určené studentům psychologie).* Lubomír Smékal psycholog. Citováno 18. ledna 2023 z <https://lubomirmsmekal.cz/faze-vztahu>
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research.* SAGE Publications.
<https://doi.org/10.1080/14780880903340091>
- Smith, L. F., Frost, J., Levitas, R., Bradley, H., & Garcia, J. (2006). Women's experiences of three early miscarriage management options: a qualitative study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 56(524), 198-205.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1828263/>
- Sur, S. D., & Raine-Fenning, N. J. (2009). The management of miscarriage. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 23(4), 479-491.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.01.014>
- Špaňhelová, I. (2012). *Rodina po ztrátě dítěte.* Dlouhá cesta.

- Špatenková, N. (2006). *Jak řeší krizi moderní žena*. Grada Publishing.
- Štefanides, K. & Troníčková, Z. (n.d.) *Praktické informace*. Dítě v srdci. Citováno 30. ledna 2023 z <https://ditevsrdci.cz/cz/prakticke-informace>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Early pregnancy loss*. https://www.acog.org/womens-health/faqs/early-pregnancy-loss?utm_source=redirect&utm_medium=web&utm_campaign=otn
- The Miscarriage Association. (2022). Why me? Citováno 29. prosince 2022 z <https://www.miscarriageassociation.org.uk/wp-content/uploads/2016/10/Why-me-Jan-23.pdf>
- The Miscarriage Association. (2023). *Partners too*. Citováno 2. února 2023 z <https://www.miscarriageassociation.org.uk/wp-content/uploads/2016/10/Partners-Too.pdf>
- 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>
- Trinder, J., Brocklehurst, P., Porter, R., Read, M., Vyas, S., & Smith, L. (2006). Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7552), 1235-1240. <https://doi.org/10.1136/bmj.38828.593125.55>
- Ťapalová, V. (2014). *Kyretáž dělohy – revize dutiny děložní*. Baby online. Citováno 15. listopadu 2022 z <https://www.babyonline.cz/tehotenstvi/problemove-situace/revize-dutiny-delozni-kyretaz>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2019, 1. ledna). Národní registr potratů. <https://www.uzis.cz/res/file/registry/nrrz/nrrz-pot-zpok-033-20190101.pdf>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2022). Potraty 2020. <https://www.uzis.cz/res/f/008377/potraty2020.pdf>
- Vojtko, J. [Neurazitelný.cz] (2020, 30. srpna). Jan Vojtko – Vztahy jsou... fuška [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=YCRAd8Cegdo&t=5985s>
- Volgsten, H., Jansson, C., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 97(12), 1491-1498. <https://doi.org/10.1111/aogs.13432>

- Volgsten, H., Jansson, C., Svanberg, A. S., Darj, E. & Stavreus-Evers A. (2018). Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery*, 64, 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.003>
- Wamboldt, M. Z. (2020). Causes and Management of Marital Problems. *International Digital Organization for Scientific Research: Journal of applied sciences* 5(2), 37-41. <https://www.idosr.org/wp-content/uploads/2020/09/IDOSR-JAS-52-37-41-2020..pdf>
- Weintraub, A., & Sheiner, E. (2011). Early Pregnancy Loss. In E. Sheiner, *Bleeding During Pregnancy: A Comprehensive Guide*. Springer. 25-44. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9810-1>
- Wendolowska, A., Kielek-Rataj, E., Kalus, A. & Czyżowska, D. (2022). Perceived Partner's Self-Control and Social Support Effects on Relationship Satisfaction in Couples Experiencing Infertility or Miscarriage: Dyadic Analyses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041970>
- Wieringa-De Waard, M., Hartman, E. E., Ankum, W. M., Reitsma, J. B., Bindels, P. J., & Bonsel, G. J. (2002). Expectant management versus surgical evacuation in first trimester miscarriage: health-related quality of life in randomized and non-randomized patients. *Human reproduction (Oxford, England)*, 17(6), 1638-1642. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.6.1638>
- Wilhelmová, R. et al. (n.d.). *Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II*. MUNI. Citováno 20. února 2023 z https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/index.html
- Willi, J. (2011). *Psychologie lásky: osobní rozvoj cestou partnerského vztahu*. Portál.
- Williams, H. M., Topping, A., Coomasamy, A., & Jones, L. L. (2020). Men and Miscarriage: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Qualitative health research*, 30(1), 133-145. <https://doi.org/10.1177/1049732319870270>
- Yakıştıran, B., Yüce, T., & Söylemez, F. (2016). First Trimester Bleeding and Pregnancy Outcomes: Case Control Study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 4(1), 4-7. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20171414>
- Zákon č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství a o změně některých souvisejících zákonů. Česká republika.
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Česká republika.
- Zákon č.187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Česká republika.

- Zemánková, K. (2022, 26. června). *Zamlklé těhotenství a ztráta miminka*. [Ústní příspěvek].
Strom života, Praha, Česká republika.
- Zhang, J., Gilles, J. M., Barnhart, K., Creinin, M. D., Westhoff, C., Frederick, M. M., & National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial (2005). A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *The New England journal of medicine*, 353(8), 761-769. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa044064>
- Zwinger, A. (2004). Spontánní potrat. *Moderní babičtví*, 4, 1-5.
<https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-4/?pdf=129>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce

Příloha č. 2: Abstract of the thesis

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Příloha č. 4: Záznamový list pro sociodemografické údaje

Příloha č. 5: Osnova rozhovoru

Příloha č. 6: Ukázka přepsaného rozhovoru

Příloha č. 7: Letáček doporučení

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce

Název práce: Psychologické aspekty zamlklého potratu a jeho dopad na partnerský vztah optikou žen

Autor práce: Tereza Tatičková

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Šmahajová, PhD.

Počet stran a znaků: 104 stran, 208 669 znaků

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 114

Abstrakt:

Bakalářská diplomová práce je věnována problematice zamlklých potratů. Hlavním cílem práce je prozkoumat psychologické aspekty zamlklého potratu a jeho dopad na partnerský vztah optikou žen. K získání dat jsou použity polostrukturované rozhovory s 5 ženami a v jednom případě je použita metoda analýzy deníkového záznamu. Z analýzy dat vyplývá, že prožitek zamlklého potratu je velmi individuální. Jestliže se jedná o průběh potratu metodou vyčkávání, ženy popisují po proběhlém potratu pozitivní emoce. Prožitek potratu je ovlivněn zdravotnickou péčí a přístupem okolí k potratu. Partner na sdělení potratu reaguje buď distancováním se, nebo je ženě oporou. Pro ženy je důležité sdílet svoji zkušenost a pomáhat jim uskutečnit rituál rozloučení, případně si uchovat památku na miminko. Partnerský vztah je buď zamlklým potratem posílen, nebo způsobí krizi.

Klíčová slova: partnerská krize, partnerský vztah, pár, spontánní potrat, zamlklý potrat

Příloha č. 2: Abstract of the thesis

Title: Psychological aspects of missed abortion and its impact on the partnership from the perspective of women

Author: Tereza Tatičková

Supervisor: PhDr. Veronika Šmahajová, PhD.

Number of pages and characters: 104 pages, 208 669 characters

Number of appendices: 7

Number of references: 114

Abstract:

The bachelor thesis is devoted to the problem of missed abortions. The main aim of the thesis is to explore the psychological aspects of missed abortion and its impact on the partnership from the perspective of women. Semi-structured interviews with 5 women are used to collect data and in one case the method of diary entry analysis is used. Data analysis shows that the experience of missed abortion is highly individual. If the abortion process is by the wait-and-see method, women describe positive emotions after the abortion has taken place. The experience of abortion is influenced by the health care and the attitude of the environment towards abortion. The partner reacts to the abortion either by distancing himself or by being supportive. It is important for women to share their experience. Carrying out the ritual of saying goodbye or keeping a commemorative object is shown to be helpful. The partner relationship is either strengthened by the missed abortion or the missed abortion causes partnership crisis.

Keywords: couple, partnership, partnership crisis, miscarriage, missed abortion

Příloha č. 3: Informovaný souhlas



Filozofická
fakulta

Informovaný souhlas

Téma práce: Vliv spontánního potratu na partnerský vztah optikou žen

Období realizace: 2022/2023

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

Autorka práce: Tereza Tatičková

Kontaktní údaje: tereza.tatickova01@upol.cz

+420776365673

Představení:

Hlavním cílem této výzkumné studie je prozkoumat, jaký dopad má spontánní potrat na partnerský vztah optikou žen. Výzkumný projekt je realizován v rámci bakalářské práce a bude probíhat formou polostrukturovaného interview. Rozhovor bude po celou dobu nahráván, aby mohla být data dále zpracována. Nicméně veškerá data budou anonymizována a nahrávky budou po skončení výzkumu smazány.

Přínos výzkumu a rizika výzkumu:

Hlavním přínosem účasti ve výzkumu je hlubší pochopení problematiky a poskytnutí cenných informací pro budoucí rozvoj dané oblasti. Účast ve výzkumu obnáší riziko vrácení nepříjemných zážitků a pocitů a pocit dočasné psychické nepohody.

Prohlášení:

Souhlasím s účastí ve výše zmíněné studii. Autorka studie mě informovala o cíli a průběhu studie. Byla jsem seznámena s přínosem a možnými riziky plynoucími z účasti ve výzkumu. Souhlasím, že rozhovor bude nahráván, následně anonymně publikovaný a data budou využita pouze pro výzkumné účely. Jsem si vědoma, že mohu kdykoli z výzkumu odstoupit bez udání důvodu, a to jak během výzkumu, tak i po jeho skončení.

Vše je pro mě srozumitelné a na případné nejasnosti jsem se doptala autorky studie a dostala jsem srozumitelnou odpověď.

Jméno:

Datum:

Podpis:

Příloha č. 4: Záznamový list pro sociodemografické údaje

Sociodemografické údaje

Křestní jméno:.....

Věk:

Vzdělání: Základní vzdělání Střední vzdělání bez maturity
 Střední vzdělání s maturitou Vyšší odborné vzdělání
 Vysokoškolské vzdělání

Zaměstnání:

Rodinný stav: Vdaná Svobodná Rozvedená

Náboženská příslušnost:

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

Velikost sídla: Velkoměsto Město Vesnice

Počet dětí a jejich věk:

Trvání partnerského vztahu:

Od počátku:

Ve společné domácnosti:

Počet spontánních potratů:

Týden, ve kterém proběhl spontánní potrat:

Před jakou dobou spontánní potrat proběhl?

Příloha č. 5: Osnova rozhovoru

Otázky k rozhovoru

Úvod: o partnerském vztahu a o těhotenství

Jak byste mi popsala Váš vztah s partnerem? – společné záliby, pohled na svět

Bylo Vaše těhotenství plánované?

Jak jste se cítila, když jste zjistila, že jste těhotná?

Měla jste z něčeho strach/obavy, když jste zjistila, že jste těhotná? Čeho se týkaly?

Jaká byla reakce Vašeho partnera, když zjistil, že jste těhotná?

Jádro:

Zjištění potratu:

Kdy jste zjistila, že Vaše těhotenství neprobíhá tak, jak by mělo?

Jaký byl přístup lékařů, když Vám sdělovali, že dojde k potratu?

Jaké jste měla pocity, když jste zjistila, že dojde k potratu?

Jak na tuto situaci reagoval Váš partner?

Potrat a těsně po něm:

Jaké jste měla pocity těsně po potratu (do týdne od potratu)? Jak Vám bylo? Co jste potřebovala?

Jakou roli měl ve zvládnutí potratu Váš partner? – Povídali jste si o tom spolu? Sdíleli jste celou událost spolu?

Změnil se Váš vztah po této události v něčem? Pokud ano, v čem?

Vnímání potratu s odstupem:

Jak vnímáte ztrátu s odstupem času?

Jak vnímá ztrátu s odstupem času Váš partner? Vrátili jste se k tomuto tématu někdy?

Kdo Vám byl skutečnou oporou? A v čem Vám pomohl?

Bylo naopak něco, co Vaši situaci ztěžovalo?

Co Vám skutečně pomohlo vyrovnat se se ztrátou?

Provedli jste nějaký rituál rozloučení s miminkem?

Závěr: Přesah

Posílil Vás jako partnery zážitek spontánního potratu? V čem?

Co byste poradila ženám, které prožívají stejnou situaci?

Co byste doporučila párům, které prožívají spontánní potrat?

Chtěla byste něco doplnit?

Jak jste se při rozhovoru cítila?

Příloha č. 6: Ukázka přepsaného rozhovoru

Tak první otázka, jestli bys mi mohla popsat tvůj vztah s partnerem, jestli máte nějaké společné záliby, pohled na svět, hodnoty, v čem se třeba neshodnete.

Lucie: Co je zajímavé, můj partner je z Brazílie, je to cizinec. My jsme se poznali vlastně jako na dálku, on tehdy žil v Irsku. Takže vlastně spolu mluvíme anglicky, což je taky takové zvláštní, že s ním nemluvíím svým rodným jazykem a on nemluví se mnou rodným jazykem. Ale jinak jsme si od začátku sedli. My jsme se seznámili tak, že jsme četli stejnou knížku, takovou filozofickou, tak jsme se seznámili na fóru o té knížce. Vlastně jsme si hrozně dlouho psali, než jsme se do sebe zamilovali a já jsem za ním jela v 18 letech do toho Irsku na prázdniny a jemu tehdy vypršelo vízum, tak rovnou pak přijel za mnou a už tady zůstal, proto to bylo takové rychlé. Jinak já si myslím, že máme hodně podobný pohled na svět, my jako nejsme nějakým způsobem věřící, že bychom třeba katolíci, ale máme takové podobné představy, jak to asi funguje po smrti nebo tak, takže v tomhle se určitě shodneme. Podobný zájmy, že bychom vyloženě společně dělali nějaký sport, to asi ne, tak nějak si vycházíme vstříc, že každý má rád něco, tak se snažíme tak doprovázet a tak. **Takže se vzájemně podporujete?** Jojo, to určitě, ale je tam značný ten kulturní rozdíl, hlavně ze začátku, protože přeci jenom, nechci se někoho dotknout, ale ta jihoamerická kultura je dost taková vůči ženám může být někdy trochu machistická, takže s tím jsme ze začátku trošku bojovali, než jsme si vysvětlili, že takhle to u nás nefunguje a že takové jako žárlení není úplně na místě, takže kulturně je tohle hodně zajímavé, ale zvládáme to dobře.

Bylo těhotenství plánované?

Lucie: Bylo plánované, já jsem dlouho chtěla miminko, ale tak nějak jsme čekali, až bude ta správná chvíle jako finančně, až dostuduji a tak, takže bylo plánované.

A jak ses cítila, když jsi zjistila, že jsi těhotná?

Lucie: No nemohla jsem tomu uvěřit, že jsem si to tak dlouho přála a najednou se to jako stalo. A ještě si pamatuji, když jsem si dělala ten test, tak ta čárka byla taková slabá, a i když jsem porodní bába, tak jsem si říkala, je to ono, není to. Tak jsem to ukazovala příteli, ten taky jako tak jsi těhotná, nebo nejsi, a ještě u nás byla moje ségra, takže jsme před ní museli dělat, že nic. Ale měli jsme radost oba. Myslím, že přítel byl v šoku teda, že nečekal, že to vyjde tak rychle od té doby, co jsme se začali snažit, ale měli jsme radost určitě. **Takže i přítel měl radost?** Jo, určitě. Další šok potom přišel, když zjistil, že to budou dvojčátka, tak to si pamatuju, že když nám to ten doktor řekl, tak ten vypadal, že bude mít infarkt. Zatím

co já jsem měla záchvat smíchu, tak on vypadal, že tam sebou sekne, ale to jako měl radost, ale víc mu tam šla ta hlava a finančně a dvě děti.

A měla jsi z něčeho strach nebo obavy, když jsi zjistila, že jsi těhotná už jako na začátku?

Lucie: Asi úplně, když jsem zjistila, že jsem těhotná, tak ne. Tam potom, protože já mám celý život nepravidelný cyklus, tak já když jsem pak šla na první kontrolu, tak ještě nic nebylo vidět, to bylo nepříjemné a měli jsme problém s tou datací toho těhotenství a pak když jsem šla znova, tak byli vidět ty gestační vajíčky, ale ne ty miminka, takže tam vlastně byla taková velká nejistota v tom, jak se to těhotenství teda datuje a jak se vyvíjí no. Tak ale jakoby předtím, když jsem zjistila, že jsem těhotná, tak ne, já jsem jako měla představu, že všechno bude v pořádku, že to půjde.

A kdy jsi teda zjistila, že to těhotenství neprobíhá tak, jak by mělo?

Lucie: Jo to bylo, když jsme šli na třetí ultrazvuk, protože jak jsem říkala, nejdřív nebyl nic vidět, pak jsme šli asi za dva týdny, tam byly vidět ty vajíčky a pak jsme šli za měsíc nebo 3 týdny a vlastně tam nebyla žádná změna, takže já jsem to zjistila na ultrazvuku, že se to těhotenství nevyvíjí a vlastně protože doktor, když zjistil, že to jsou dvojčata, tam mi dal progesteron, abych brala a myslím si, že ten progesteron mi to jako držel, že kdybych ho nebrala, že bych možná začala krvácet dřív než to přišlo. Každopádně když jsem ho vysadila, tak pár dní na to jsem začala krvácet, takže naštěstí to šlo přirozeně, nemuseli jsme to řešit nějak jinak.

A jaký byl přístup těch lékařů, když vám to sdělovali?

Lucie: Jo, můj doktor byl velice dobrý a citlivý a když mi to řekl, tak si myslím, že jsem ho nevnímala tolik, co mi říkal, ale určitě nebagatelizoval, byl empatický. Ještě mluvil, což mi hodně pomohlo s přítelem anglicky, a všechno mu to vysvětlil, že jsem mu to nemusela všechno sdělovat, že mu to vysvětlit a pak mu říkal, ať je mi teďka oporou, že pro ženu je to hrozně těžký, takže to jsem moc ocenila. **A v nemocnici, tak jsi vlastně nebyla.** Ne, nebyla jsem. Pak jsem šla zase na kontrolu jako ke gynekologovi no.

A jaké jsi měla pocity, když jsi zjistila, že dojde k potratu?

Lucie: No, protože když jsem to zjistila, tak jsem měla nastupovat do nové práce, všechno jsem to zrušila, takže se mi vlastně otočil svět a teď se mi zase otočil zpátky, takže jsem byla hrozně v šoku z toho. Byla jsem z toho v šoku, nevěřila jsem tomu. Smutná jsem byla hrozně moc.

A jak na to teda reagoval tvůj partner?

Lucie: Můj partner, myslím si, že to vzal, právě tím, jak mu to řekl ten gynekolog, že to bude držák, jak mě bude držet, protože mě přišel, že on je jako citlivý, že jsem ho viděla i několikrát plakat, ale že on ani neplakal, že si jako řekl, že kvůli mně to jako bude držet, což vlastně mě úplně nebylo ve finále příjemný. Byla jsem ráda, že mi je oporou, ale byla bych ráda, kdyby to se mnou víc sdílel ty emoce, než když dělal toho siláka a tvrdáka. Protože pro mě potom bylo příjemnější, když za mnou přišla moje mamka nebo moje sestra, který jako ženy to se mnou ty emoce dokázala sdílet. Kdežto on jako chlap se to snažil všechno držet ad vodou no. Dokonce jsem s ním o tom mluvila, že ani neplakal, jak tohle vnímá a on se na mě až urazil, co si dovoluji mu říkat, že z toho není smutný, že on z toho smutný je, ale že to neprojevuje. To jsme měli takový trošku konflikt, ale oni to ty chlapy asi mají trošku jinak. Hlavně si myslím, že pro ně je to těžký, že je to takhle na začátku, že ty miminka ani neviděl, tak jako že odešlo něco, co si nedokázal ani pomalu představit, že tady ještě je. Tak je to pro ně jiné než pro ty ženy, ale myslím si, že dělal maximum, co mohl v rámci toho, že je chlap a toho, jak to musel celý vnímat. Určitě jo, staral se o mě.

A jaké jsi měla potom pocity, přibližně do týdne od potratu? Co jsi potřebovala?

Lucie: No, já jsem dlouho krvácela, že jsem pak už jenom chtěla ať už to skončí, ať už to mám za sebou v uvozovkách aspoň tu fyzickou část. Takže když jsem konečně dokrvácela, tak to bylo takový jako, že se můžeme nějakým způsobem posunout dál. Takže z tohohle smyslu to bylo úlevné. Ale zároveň si myslím, že když to trvalo tak dlouhou dobu, ono to nebylo tak dlouho, ale mně to přišlo dlouhý, tak zase mám pocit, že i psychicky jsem se s tím mohla lépe smířit. Ale co mi nebylo příjemné, že mě ani ne po týdnu nahnali hnedka do práce a myslím si, že jsem na to nebyla připravená, protože mi máme v práci těhotné a máme tak nejenom pacientky, ale i kolegyně, a to pro mě bylo těžké se s nimi stěrat a vyhořela jsem hned potom jako velice náhle v práci, takže tohle bylo něco, co si myslím, kdybych znova zažívala, tak bych si prostě vydupala to, že nepůjdu do práce, dokud se na to nebudu cítit připravená. Klidně půjdu na neschopenku nebo na neplacené volno, ale oni mě psali, že no ono ti to pomůže, přivede tě to na jiné myšlenky, ale ono to takhle úplně nefunguje, kór, když tam člověk má kolem sebe těhotné. Kdybych třeba byla v nějakém chlapském kolektivu, tak by to bylo něco jiného, takže tak.

A jak roli měl ve zvládnutí potratu tvůj partner, jestli jste si o tom povídali?

Lucie: Jo, já jsem se snažila o tom hodně mluvit, protože mi to pomáhalo, mluvit o tom, co cítím, co se děje, i jako o těch fyzických věcech. Hodně mi to pomáhalo o tom mluvit, protože mi to pomáhalo nějakým způsobem to pochopit, vstřebat přenést se přes to. On mě určitě poslouchal, povídal si se mnou o tom. Podpůrnou roli měl určitě, že mi pomáhal, staral

se o mě, když mi bylo fyzicky zle. Teď mě napadá taková jedna věc, kdy on nebyl úplně rád, když se stalo, že já, když jsme první noc přišli domů, já jsem nemohla spát v ložnici, protože jsem vždycky večer měla takový rituál, že jsem si jako lehla, povídala jsem si s těmi miminky a najednou jsem nemohla to, nemohla jsem tam ani být, protože najednou je tam prázdno, takže jsem spustila hrozný pláč, až takový ten záchvat hyperventilační téměř a on to vůbec nemohl pochopit. On mě v podstatě vyvlekl z té ložnice, že jsem v panice, že musím vedle, takže mě ustlal v obýváku a spali jsme asi tři dny v obýváku, než jsem se mohla vrátit do té ložnice. Takže takovéhle velké výbuchy emocí mu bylo hrozně nepříjemný, že to bylo vidět, že neví, co s tím má dělat. **Takže to bylo ty tři dny a potom už to bylo dobrý.** Jo, já jsem si potom ještě koupila takovou malou lampičku, abych tam neměla vyloženě tmu, já jsem se nikdy nebála tmy, ale prostě mi to bylo nějaké nepříjemné v té tmě tam být, takže jsem si koupila lampičku a postupně jsem se už pak přesunula zpátky do té ložnice no. **A povídala sis třeba s těmi miminky potom, jako co se to stalo, jako nějaké rozloučení nebo něco.** Jo, určitě, já jsem si s nimi povídala hodně předtím a i potom, tak nějak jsem se s nimi snažila rozloučit a nějak si jako vyříkat co se stalo, proč se to stalo a co bude dál a tak, že se mi třeba někdy vrátí a dělali jsme si vlastně i takový rituál. Protože já jsem neměla žádné jejich fotky, protože ten váček mi doktor nefotil, tak jsme si jako koupili takovou krabičku a dali jsme do toho ty testy těhotenské, co jsem měla, a napsali jsme jim každý dopis a dala jsem jim tam takové mýdlo jako srdíčko, takže aspoň takhle, že ten pohřeb v uvozovkách jsme si takhle udělali aspoň společně, což pro mě taky bylo velmi úlevný a takový jako rozloučení. **Jo a toho se teda účastnil i přítel?** Jojo, společně, každý z nám jim napsal jako dopis.

A změnil se váš vztah po této události v něčem?

Lucie: Myslím si, že nás to posílilo, že jsme víc jakoby pospolitější a což jako asi po jakékoli páry, když je to nerozbije, tak je to spojí, takže si myslím, že jsme víc přilnuli, takže mám pocit, kdyby se zase něco tak těžkého stalo, tak mám pocit, že to spolu zvládneme, že si myslím, že to byla taková zkouška vztahu a že ho to určitě posílilo.

A jak vnímáš ztrátu s odstupem času, třeba teď, co bys o tom řekla?

Lucie: Myslím si, že nikdy to jako nepřebolí, že to jsou prostě děti, které od začátku já jsem považovala za moje, takže vždycky na ně budu myslet a vždycky mi budou chybět, ale s odstupem času je to jednodušší, člověk si asi zvykne, ale jsou dny kdy si na ně vzpomenu a je mi to líto, ale jak se říká, čas tak nějak všechno „zahojí“ no.

A vrátili jste se někdy k tomu tématu s přítelem? Jestli si o tom povídáte?

Lucie: Jo, často si o tom, já se o tom právě snažím mluvit, když je mi smutno. Nechci to v sobě jako nějak dusit, protože je mi z toho většinou hůř, když to dusím, takže si o tom povídáme a on třeba mi jako říká, že si myslí, že se nám třeba vrátí zpátky, že ty dušičky se nám vrátí.

A kdo ti byl skutečnou oporou a v čem ti pomohl při tom zvládnání?

Lucie: Tak jak jsem říkala, spíš ty praktický věci to určitě můj přítel, ale jinak co se týká té psychické podpory, to mi bylo fakt dobře s mojí mamkou nebo mojí sestrou prostě s těmi ženami, které to dokázali taky více emocionálně prožívat. Moje sestra bydlí jen jako obchodbu a já jsem byla doma třeba jenom s přítelem a nějak mě bylo to, tak jsem jí zavolala a ona přišla a bylo mi líp, že tam se mnou byla ta žena, která to víc chápe. Nevím, do jaké míry tam fungovat třeba i nějaký přenos mezi námi s přítelem, že když on to tak potlačoval, že já o to víc jsem to cítila, nevím. Že já potom jsem cítila úlevu, když tam přišla ta sestra nebo mamka no. **A třeba nějaká fóra jsi nehledala takovou pomoc?** V tu dobu ani ne, to jsem si říkala, že to tak nějak sama musím, ale vlastně možná tak po měsíci, protože já jsem najednou dostala strach, že znovu neotěhotním nebo že se mi to stane znovu nebo tak a hodně jsem se upnula na to další těhotenství, tak jsem hledala nějakého terapeuta nebo psychologa, který se věnuje tomuhle tématu. Tak jsem psala tehdy do Hnutí pro život, jestli by mi někoho nedoporučili, protože oni se věnují i tomuhle, ne jenom jiným aktivitám, které mají. Tak mi tehdy i odpověděli, tak mi vlastně pomohlo už jenom to, že jsem mohla někomu napsat, jak se cítím a co bych potřebovala, že to někdo vzal v potaz a chápal, a to mi v tu chvíli pomohlo a asi mi to stačilo, že už se pak dál nepídila. **Takže se stačilo jen takhle vypsát?** Jo, přesně tak. Velikou útechou pro mě byla taky jedna z našich fenek, která se těch prvních pár nejhorších dní ode mě v podstatě nehnula a kdykoli jsem jí zavolala, tak hned přiběhla a lehla si ke mně. To bylo hodně takové příjemné, že jsme se s ní mohla pomazlit, když mi bylo hodně smutno. A také jsem si našla jednoho plyšáka, se kterým jsem spala. Také na mazlení. Občas jsem se přistihla, že jsem v noci, napůl v polospánku, mu třeba dala pusu nebo mu řekla, jak ho mám ráda. Tak si myslím, že mi pomohl dosytit, že jsme svoje děti nikdy nemohla držet v náručí, dát jim pusu, pomazlit se s nima.

A jak vnímá ztrátu s odstupem času tvůj partner?

Lucie: Asi je to pro něj snazší než pro mě. Většinou jsem to já, kdo o tom začne mluvit. Jako on nepřijde a neřekne, dneska jsem smutný, protože jsem si vzpomněl na dvojčátka, ale jakože když o tom já začnu mluvit, tak on mi řekne, že mu taky chybí, ale sám o tom mluvit nezačne, takže si myslím, že nějakým způsobem se jako přes to dostal a vlastně ani moc nevím, jestli se k tomu nějak častěji v myšlenkách vrací, nebo ne.

A bylo naopak něco, co ti situaci stěžovalo?

Lucie: No asi to, co jsem zmínila, že jsem se musela hodně brzy zase vrátit zpátky do práce, že jsem neměla čas tělu dát odpočinek. Já jsem se vrátila do práce a pořád to bylo ještě všechno v procesu všechno i v té psychice. A navíc v práci se ke mně zachovali trochu zvláště, protože oni tak nějak všichni věděli, že jsem těhotná a už si to mezi sebou navzájem nějak řekli, no, ale když potom se tohle stalo, tak jsem pak psala šéfové jako že to a prosila jsem ji, když to všichni vědí, jestli by jim to nemohla říct, aby se nestalo to, že já přijdu do práce a oni se mě všichni budou ptát, tak to těhotenství, a já bych to musela každému říkat. Ona jim to nějak řekla, ale nevím, jestli to nějak špatně pochopili nebo nevím, co se stalo, protože když jsem přišla do práce, tak se mnou na toto téma nepromluvit vůbec nikdo. Dokonce se mě ani nikdo neptal, jak se mám, abych náhodou neřekla, že se nemám dobře a něco to jako nerozjelo, a to bylo hodně nepříjemné. Nakonec jsem se v té práci fakt necítila dobře. Jednak z tohoto důvodu, jednak z toho, jak jsem říkala, že jedna kolegyně byla těhotná a teď tam ty pacientky těhotné, a to mi nedělalo dobře v tu chvíli.

A co ti teda skutečně pomohlo se s tím vyrovnat?

Lucie: Mluvit o tom, nedělat, že to neexistuje, brát to tak, jak to je. Hlavně to mluvení o tom, co cítím, jak to cítím, to mi hodně pomohlo to pochopit, proč se to stalo nebo vlastně nevíme, proč se to stalo, ale nějakým způsobem jsem si to v sobě zpracovala. Proč to asi bylo a proč to těhotenství nedopadlo a vůbec říct, jak se cítím, protože prostě člověk si uleví, než když to v sobě dusí. **A jak jsi mluvila třeba o těch rituálech rozloučení, myslíš, že ti to taky pomohlo to nějak uzavřít?** Určitě, já jsem to měla v plánu delší dobu, že jsem říkala, že bych chtěla něco takového udělat a koupila jsem si na to tu krabičku a pak jsme na to pořád na něco čekali, nevím. Měli jsme ji tam položenou a já jsem každý den chodila kolem té krabičky a říkala jsem si, už to musím nějak prostě udělat, nemůžu už se na tu krabičku ani takhle koukat a fakt to pomohlo, že to bylo uzavřené. Potom vlastně co mě udělal přítel, protože já jsem 3. byla na tom posledním ultrazvuku a 13. jsem měla narozeniny a přítel mi dal tadyty jako srdíčka jako ty miminka, abych je mohla mít takhle u sebe, tak to pro mě bylo taky takové hezké. Také to, že jsem znovu otěhotněla a zdá se, že tentokrát všechno bude v pořádku, teď jsem již ve druhém trimestru (když jsme dělali rozhovor, tak to byl cca 12. týden). To mi hodně pomohlo s obavami, že možná znovu neotěhotním, nebo to bude trvat dlouho, nebo se to stane znovu. Ale povedlo se to velice rychle, což mi do značné míry v tomto ulevilo. Nicméně nebudu lhát, mám opravdu velké strachy, i teď, když už mám za sebou screeningy a ultrazvuky a vím, že miminko je zdravé. Mám pocit, že kdybych měla ztrátu zažít znovu, tak bych se asi zbláznila. Pořád však bývám občas smutná,

když myslím na dvojčátka, není to tak, že se to tím celé vyřešilo. Zároveň bych chtěla říct, že neberu toto těhotenství jako náhradu za těhotenství předchozí. Nechtěla jsem si rychle udělat náhradu za děti, které umřeli. Pouze jsme s přítelem cítili, že jsme na miminko připraveni a moc bychom ho chtěli, a je teď ten správný čas, tak jsme do toho šli. A ráda jednou tomuto děťátku řeknu, až na to bude zralé, že má ještě dva sourozence, co tu byli před ním.

A máš pocit, že vás jako partnery ten zážitek potratu posílil? Jestli ano, tak v čem?

Lucie: Určitě, myslím si, že jo, jak jsem říkala, vím, že kdybychom zažili nějakou těžkou věc, že to spolu zvládneme. Jo, měli jsme tam momenty, kdy já jsem třeba nechápala, že on z toho není víc smutný a on se zase zlobil na mě, že mu to vyčítám, ale prostě jsme to spolu zvládli a nebylo to jednoduché. Takže už jenom to vědomí, co ten vztah, co jsme zvládli, že je to to posílení.

O bys doporučila párům, které prožívají stejnou situaci?

Lucie: Aby o tom spolu mluvili, aby to nevytěšňovali, aby to prožili společně. A pokud by měli problém z jedné nebo z druhé strany o tom mluvit, aby si klidně našli někoho, kdo jim s tím pomůže, třeba nějakého terapeuta, psychologa, protože si myslím, že tohle je hodně důležitý. Pro tu ženu je to hrozně důležité, aby o tom mluvila, aby měla pocit, že neselhala, že se to prostě stává, že to není jejich chyba, aby neměla pocit, že ji přítel neobviňuje z toho, že to takhle dopadlo a aby ta žena měla pocit, že ten partner s ní soucítí, i když to třeba ten partner nedává najevo nebo ať tomu nerozumí tolik tomu zármutku, protože prostě on není matka, on je ten táta, který ještě ani nevěděl.

Tak to je takhle všechno, ještě se zeptám, jestli bys chtěla něco doplnit? Jestli tě napadá něco, co jsi neřekla.

Lucie: Asi jenom to, že si myslím, že je dobře se o tomhle tématu víc bavit, víc o tom mluvit, protože je to téma, které je pořád hodně tabuizované, a to zasahuje i ty ženy, které tím projdou a nevědí o tom nic. Nehledě na ty muže, kteří prostě pak už vůbec nechápou, co se děje a ta společnost jim říká, že to nic není a do 3. měsíce by se o tom nemělo mluvit. A to je jako že to neexistovalo? Takže si myslím, že je důležité o tom mluvit, aby se to víc znormalizovalo, že se to děje, že to není ničí chyba a že to je zraňující stejně jako když umře větší miminko nebo i po narození. Prostě nebagatelizovat to.

Super, já ti moc děkuju, a ještě se zeptám, jak ses při tom rozhovoru cítila? Jestli jsi byla v pohodě?

Lucie: Jo, byla jsem v pohodě. Myslím si, že o tom dokážu zpětně mluvit. Samozřejmě to ve mně vyvolává stále emoce, ale já jsem ráda, že můžu vyprávět ten svůj příběh, to mi dělá

hrozně dobře, protože třeba právě to je to, co mi vadilo v té práci, když se mnou o tom nikdo nechtěl mluvit, tak jsem měla pocit, jako kdyby prostě. Potom tak přišla jedna moje kamarádka do práce a já jsem jí říkala, ty jo, jak vůbec v tomhle prostředí můžu říct takovouhle věc, že to pro mě bylo hrozně úlevné a prostě, že to můžu někomu říct a takhle o tom mluvit pro benefit ostatních, tak je to pro mě hrozně důležité a léčivé. Je to těžký, jsou to smutné věci, které se mi staly, ale nejsem tady rozložená z toho, dokážu zvládat svoje emoce, a naopak jsem ráda, že můžu o tom takhle si povídat.

Super, tak já moc děkuju. Nemáš vůbec zač.

Příloha č. 7: Letáček doporučení



Doporučení pro ženy

Být informovaná o možnostech řešení potratu a mít možnost se rozhodnout

Nenechat se odradit zdravotníky

Dát si čas a řídit se svými pocity

Vyhledat podpůrné skupiny

Číst příběhy ostatních žen

Mluvit o potratu (ať už s partnerem, nebo s jinými lidmi)

Obklopit se lidmi, které dávají ženě podporu

Nebát se vyhledat pomoc ze strany terapeuta

Najít si svůj recept

Uvědomit si, že muži prožívají potrat jinak než ženy

Později sdílet své poznatky s ostatními a být oporou ženám,
které prožívají stejnou situaci různými cestami

Doporučení pro páry

Sdílet své potřeby a komunikovat spolu

Prožít si potrat společně

Najít pochopení pro toho druhého