

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Petra Haalová

**Psychické důsledky umělého přerušení
těhotenství**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2013

Anotace bakalářské práce

Název práce: Psychické důsledky umělého přerušení těhotenství

Název práce v AJ: Psychological consequences of abortion

Datum zadání: 2013-01-24

Datum odevzdání: 2013-05-03

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Haalová Petra

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá psychickými důsledky umělého přerušení těhotenství. Zmiňuje se o právní legislativě umělého přerušení těhotenství v České republice a o morálním přístupu k interrupcím. Předkládá z dohledaných výzkumů a studií vztah českých žen k umělému přerušení těhotenství. Zahrnuje charakteristiku postabortivního syndromu a obsahuje odlišné celosvětové názory na výskyt postabortivního syndromu. Závěrečná část předkládá přehled poznatků o léčbě a péči klientek s postabortivním syndromem. Zmiňuje specifika, která provází přerušení těhotenství v prvním a druhém trimestru těhotenství.

Abstrakt v AJ: My work deals with the psychological consequences of abortions. It mentions the legislature of abortions in the Czech republic and the moral aspect of abortions. Using results of some reasearches, the work also shows how the Czech women view abortions. It includes the charakterics of the postabortive syndrom and describes various views on it. The closing part presents information about the treatment and taking care of the clients with the postabortive syndrom. It also shows specifics which

appear when abortion happens in the first and the second trimester of pregnancy.

Klíčová slova v ČJ: umělé přerušování těhotenství, psychika, deprese, úzkost, postabortivní syndrom, příznaky, terapie

Klíčová slova v AJ: abortion, psyche, depression, anxiety, postabortion syndrome, symptom, therapy

Rozsah: 40 stran

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 26. duben 2013

.....

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad při zpracování bakalářské práce. Významné poděkování patří celé mé rodině za pomoc a trpělivost během celého studia.

Obsah

ÚVOD	7
1 Umělé přerušení těhotenství jako celospolečenská záležitost	10
1.1 Umělé přerušení těhotenství z právního aspektu	10
1.2 Umělé přerušení těhotenství z morálního aspektu.....	11
1.3 Vývoj potratovosti	13
1.4 Vztah českých žen k umělému přerušení těhotenství.....	14
2 Souhrn poznatků o psychických důsledcích umělého přerušení těhotenství	18
2.1 Podstata postabortivního syndromu	18
2.2 Rizikové faktory	19
2.3 Symtomy postabortivního syndromu.....	20
2.4 Názory na výskyt postabortivního syndromu	22
2.5 Rozdíly ve vnímání umělého přerušení těhotenství v I. a II. trimestru	26
3 Možnosti léčby postabortivního syndromu, specifické formy postraumatické stresové poruchy	29
3.1 Podpora klientek po umělém přerušení těhotenství.....	29
3.2 Farmakoterapie.....	31
3.3 Psychoterapie	32
ZÁVĚR.....	34
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	36

ÚVOD

Předmětem této bakalářské práce je doložit dohledané poznatky o psychickém prožívání a chování souvisejícím s umělým přerušením těhotenství. A předložit pohled na postabortivní syndrom a léčbu postabortivního syndromu.

Na zkoumaný problém byla kladena otázka: Jaké byly předloženy poznatky o psychických důsledcích umělého přerušení těhotenství?

Pro přehledovou práci byly definovány a stanoveny následující cíle:

Cíl 1. Předložit poznatky o vztahu českých žen k umělému přerušení těhotenství.

Cíl 2. Předložit poznatky o psychických důsledcích umělého přerušení těhotenství.

Cíl 3. Předložit poznatky o léčbě a péči o klientky s postabortivním syndromem.

K dané problematice byla prostudována tato vstupní studijní literatura:

ALCORN, Randy C. *Proč chránit nenarozený život: péče o nenarozené děti a jejich matky*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011. 141 s. ISBN 978-80-7255-242-9.

BAHOUNEK, Jiří. *Čtyři pohledy na interrupci*. 1. vyd. Ostrava: Key Publishing, 2007. 105 s. ISBN 978-80-87071-09-0.

FREED, Luci, SALAZAR, Penny Yvonne. *Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. 1. vyd. Praha: Paulínky, 2008. 199 s. ISBN 978-80-86949-44-4.

GRADY, John L. *Interrupce: ano nebo ne?: (důvody proti interrupcím)*. 2. vyd. Praha: Řád, 2002. 31 s. ISBN 80-901973-8-8 (brož.)

HAVRÁNEK, František. *Interruptio graviditatis*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1982. 172 s. ISBN 08-076-82.

PEKÁRKOVÁ, Milena. *Potrat ano-ne, aneb, Na pokraji života*. Praha: Grada, 2000. 101 s. ISBN 80-7169-922-5.

Proč pláčeš, Miriam: utrpení žen po potratu: postabortivní syndrom: informace lékařů o psychických následcích potratu a svědectví postižených žen. Praha: Hnutí Pro život ČR, 2000. 134 s. ISBN 80-238-4824-0.

Vyhledávací strategie:

Vyhledávací strategie se odvíjela od vymezení klíčových slov. Pro vyhledávání odborných publikovaných článků byla použita klíčová slova:

abortion, psyche, trauma, stress, depression, anxiety, symptom, therapy.

Časové období pro vyhledávání odborných článků v českém, slovenském a anglickém jazyce bylo stanoveno v rozmezí 2001–2012. Bibliografický soupis literatury byl proveden v Krajské knihovně Havlíčkův Brod a ve Vědecké knihovně Olomouc. V rámci rešerší strategie byly vyhledávány odborné tituly dle klíčových slov v recenzovaných neimpaktovaných periodikách Kontakt a Profese. V těchto periodikách nebyly k tématu vyhledány žádné články. Rešerše byla vyhledána v databázích EBSCO, PubMed, BMČ, dále pak byl použit vyhledávač Google Scholar – rozšířené hledání a Google. Prostřednictvím databáze PubMed bylo vyhledáno k danému tématu dle klíčových slov 19 článků. Odborná vědecká databáze EBSCO vyhledala dle zadání kombinace klíčových slov 32 článků. Výsledkem vyhledávání v databázi BMČ bylo 5 článků. Ve vyhledávači

Google byl vhodný jeden odkaz pro tuto práci. Vyhledávač Google Scholar nabídl jeden článek vhodný k danému tématu. Pro splnění cílů byly použity dohledané články z odborných vědeckých databází, z rešerše vypracované krajskou a vědeckou knihovnou. Vyhledané materiály byly prostudovány a utříděny do skupin podle stanovených cílů. Do své bakalářské práce jsem zařadila 7 recenzovaných článků v anglickém jazyce. V českém a slovenském jazyce bylo pro práci použito 21 článků. V práci bylo užito 5 monografií vztahující se ke zkoumanému problému a 4 příspěvky ze sborníků. Ostatní dohledané články nebyly použity, poněvadž nebyly vhodné ke stanoveným cílům. Dva články neodpovídají vymezenému období publikovaných článků, byly použity pro srovnání.

1 Umělé přerušování těhotenství jako celospolečenská záležitost

Tato kapitola je zaměřena na právní legislativu umělého přerušování těhotenství (UPT) v České republice, popisuje rozdílné morální přístupy k UPT. Zmiňuje se o vývoji potratovosti v ČR od počátku legalizace UPT až do současnosti. Závěrečná podkapitola shrnuje výsledky studií zaměřených na postoje a motivace českých žen k UPT.

1.1 Umělé přerušování těhotenství z právního aspektu

Umělé přerušování těhotenství (umělý potrat, interrupce) je výkon, jímž je odstraněno vitální plodové vejce z dutiny děložní (Fajt, Sosna, 2001, s. 181). Současný platný zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství stanovuje podmínky UPT. Těhotenství lze ženě uměle ukončit na základě vlastní písemné žádosti, nepřesáhne-li délka těhotenství dvanáct týdnů a nebrání-li tomu zdravotní důvody ženy. Těhotenství lze ukončit ze zdravotních důvodů ženy, s jejím souhlasem nebo z jejího podnětu, jestliže je ohrožen její život nebo je-li ohrožen zdravý vývoj plodu, případně jedná-li se o geneticky vadný plod. Vyhláška MZ ČSR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství, specifikuje zdravotní důvody, které jsou kontraindikací k provedení UPT a zdravotní důvody, pro které lze UPT provést. Těhotenství lze ukončit po dvanáctém týdnu, je-li ohrožen život ženy, nebo zda se jedná o těžce poškozený plod. Z genetické indikace lze těhotenství přerušit do dvaceti čtyř týdnů těhotenství. Ze zdravotní indikace lze UPT provést na základě doporučení lékaře se souhlasem ženy, nebo z jejího podnětu (www.psp.cz, 2013).

Česká republika se zařazuje se svou platnou právní legislativou k nejliberálnějším státům respektující volbu ženy (Jakešová, 2005, s. 2).

V minulosti tomu tak nebylo, do roku 1950 byl v Československu v platnosti rakouský trestní zákon č. 117 z roku 1852, který pokládal potrat za zločin. V roce 1950 proběhla náhrada zákona a v platnost nabyl zákon č. 86/1950 Sb., v němž se posuzuje nadále potrat jako trestný čin, ale podstoupení zákroku je klasifikováno nižší sazbou a zároveň tento zákon přijal provedení interrupce ze zdravotní indikace. Přijetím zákona č. 68/1957 Sb., nastává zlom, potraty se považují za legální, ovšem žádost ženy musí posoudit a povolit interrupční komise. V roce 1986 byl přijat zákon platný v současnosti, který stanovuje podmínky k umělému přerušeni těhotenství (Stará, 2008, s. 8). Listina základních práv a svobod byla v roce 1992 prohlášena předsednictvem České národní rady za součást české ústavy. V Listině základních práv a svobod je vymezena ochrana lidského života před narozením, kde se uvádí: „Lidský život je hoden ochrany již před narozením“ (Bahounek, 2007, s. 21), dále však připouští zbavení života v rámci jednání, které podle zákona není trestné. Právní závazek k zákazu UPT z této formulace nevyplývá, připouští zákon č. 66/1986 Sb., a vyhláška č. 75/1986 Sb., o umělém přerušeni těhotenství. Nesporné je omezení zákonodárce v otázce legality UPT, které z ústavního zakotvení ochrany lidského plodu před narozením vyplývá. Česká republika je vázána mezinárodními dokumenty z oblasti ochrany lidských práv, z kterých neplyne jednoznačné stanovisko přístupu k UPT. Deklarace práv počatého dítěte byla vyhlášena v roce 1999 třemi nevládními organizacemi, úmyslem deklarace je přivést náš právní řád do souladu s Listinou základních práv a svobod (Bahounek, 2007, s. 19-30). Návrh přímého legislativního zákazu potratu v roce 2003 předložila skupina poslanců v čele s Janem Kasalem (Koliba, 2010, s. 31-34).

1.2 Umělé přerušeni těhotenství z morálního aspektu

Záležitost interrupcí se značně vměšuje do oblastí společenského života, nevyjímaje etiky jako filozofické disciplíny. Oprávněnost či neoprávněnost

poměrně liberálního zákona o umělém přerušení těhotenství je diskutovaným předmětem společnosti. Morální klasifikace interrupcí vychází ze dvou hlavních proudů, které se vytvořily v průběhu trvalých diskusí. Jedná se o hnutí pro život pro zachování života nenarozeného dítěte a hnutí pro svobodnou volbu ženy, zda si dítě ponechá, či ne (Kollárová et al., 2005, s. 35). Zastánci strategie pro život považují interrupci za nemravný čin. Život je nezbytné chránit od začátku (od početí). Hnutí pro život odmítá provedení interrupcí ze sociálních důvodů, což je důvodem proti liberálnosti zákona, připouští nicméně důvody zdravotní, případně v mimořádných situacích (incest, znásilnění). Zastánci strategie pro volbu připouští rozhodnutí rodičů zvláště ženy, plánující narození svých dětí a respektující rozhodnutí ženy. Hnutí pro svobodnou volbu však též zastává názor, že interrupce jsou východiskem v krajním případě a uznávají prevenci nechtěného těhotenství. Část z nich, dává výsadní právo na volbu ženě, což vede ke kritice, neboť otec dítěte by měl mít možnost, vyjádřit se k volbě interrupce. Středem debat odpůrců i zastánců jsou interrupce ze sociálních důvodů. Odpůrci interrupcí prosazují, aby interrupce ze sociálních důvodů nebyly dovoleny (Haškovcová, 2001, s. 200-203).

Lebedová a Bianchi popisují rovněž dva přístupy k interrupcím. Liberální (feministický, hnutí pro-choice zdůrazňující lidská práva ženy a dovolávající se na svobodu v sexuálním reprodukčním chování). Konzervativní přístup (křesťansko-náboženský, hnutí pro-life, antifeministický) apeluje zejména na význam a hodnotu lidského života, který je interrupcí přerušovaný, přikazuje užívání metod plánovaného rodičovství na základě náboženské etiky a morálky (Lebedová, Bianchi, 2009, s. 297).

Jednou z možností jak předejít potratu je adopce. Hodně žen si uvědomuje špatnost potratu, ale je snadnější možností než dítě vychovávat nebo jej dát k adopci. Adopce může být důvodem pocitu viny pro ženu i dítě, ale poskytuje příležitost zachránit život, udělat šťastnou jinou rodinu, vyvarovat se zodpovědnosti (Alcorn, 2011, s. 19-104). Na budoucnost liberalizace interrupce nahlíží Grady, jako na problém vedoucí k interrupci na požádání v jakémkoli stádiu těhotenství (Grady, 2002, s. 26).

1.3 Vývoj potratovosti

Štembera a Velebil ve své studii uvádí, že příčina vyššího počtu UPT a nižšího počtu žen využívajících účinnou antikoncepci v ČR oproti vyspělým zemím západní Evropy od konce 60. let, byla v rozdílném společenském přístupu k probíhající legislativě UPT za současné podpory plánovaného rodičovství. Před rokem 1993 byla četnost UPT v ČR 2–3x vyšší proti zemím západní Evropy, po roce 1993 se počet UPT v ČR snížil. V západních zemích byl za posledních 20 let minimální úbytek počtu UPT (Štembera, Velebil, 2000, s. 2).

Od roku 1989 v České republice postupně ubývá počet interrupcí. Příčina snižování počtu interrupcí je patrně v souvislosti se zvyšujícím se používáním antikoncepce, zvláště hormonální (Hollá et al., 2009, s. 92-96). Prudce se zvýšil počet interrupcí v období 1986–1991 po zrušení interrupčních komisí, v souvislosti s rozvojem užívání hormonální antikoncepce došlo k prudkému poklesu v následujících letech. Od roku 1992 ženy začaly postupně měnit pohled na používání hormonální antikoncepce a k UPT. Důvodem k měnícímu se postoji žen, byla dosažitelnost zahraničních přípravků hormonální antikoncepce a osvěta, která vyvracela názor komunistického režimu, a sice volbu UPT jako jedné z antikoncepčních metod. Umělé přerušování těhotenství se stalo od roku 1992 zpoplatněným výkonem, pokles jeho počtu se nezastavil. Zdvojnásobil se počet výkonů ze zdravotní indikace (Štembera, Velebil, 2004, s. 3-4).

Nejvyšší počet interrupcí byl uskutečněn v letech 1988, 1989, 1990, kdy byla miniinterrupce prováděna zdarma (Šulová, Fait, 2009, s. 230). V ČR se ročně provádí přibližně 20 tisíc UPT, míra potratovosti se snížila o více než 70% za posledních 20 let a nyní stagnuje. UPT je podstatným psychosociálním problémem i přes dosažitelnost antikoncepce a osvětu (Šimonová, Fait, Weiss, 2010, s. 188).

Prognózou vývoje UPT do roku 2010 na podkladě extrapolace vývoje v období 1995–2002 se zabývala studie autorů Štembera a Velebila. Celkový počet interrupcí v roce 2002 dosáhl hodnoty 28 850, oproti roku 1990 se

snížil počet UPT prakticky téměř o čtvrtinu. Nejvíce UPT v roce 2002 bylo u žen vdaných, s dvěma žijícími dětmi, ve věku 25–29 let a se středním vzděláním. V prognóze vývoje UPT do roku 2010 lze předpokládat zpomalení poklesu počtu UPT, ve srovnání s vývojem z posledních let, pravděpodobně dojde ke zpomalení nárůstu počtu žen užívajících účinnou antikoncepci. Důvodem ke zpomalení vývoje poklesu UPT budou pravděpodobně podmínky politické, sociální, ekonomické a změny postoje žen. Nicméně, lze předpokládat, že dosáhne vyrovnání s průměrnými hodnotami, jaké vykazují země západní Evropy (Štembera, Velebil, 2004, s. 2-12).

1.4 Vztah českých žen k umělému přerušování těhotenství

Cílem studie Hollé et al., bylo zjištění postojů českých žen k interrupcím a jejich interrupčního chování. Výzkum byl realizován metodou anonymního dotazníkového výzkumu u souboru 1011 žen, ve věku 15–50 let v období září až říjen 2007. Z výsledků vyplynulo, že počet interrupcí podstatně stoupá s věkem ženy. V nejstarší kategorii 40–50 let absolvovala potrat 35% žen, což je většina. Příčinou snižování interrupcí v mladších věkových skupinách je možnost dostupnosti antikoncepce a umírněný postoj k sexualitě. Nižší výskyt interrupcí je u žen bezdětných ve srovnání s ženami s jedním či více dětmi. Výskyt interrupcí podle ukončeného vzdělání nemá podstatný statistický význam na přerušování těhotenství. Přístup žen k interrupci v závislosti na velikosti jejich bydliště se významně neliší. U žen užívajících hormonální antikoncepci bylo zjištěno, že mají nižší výskyt interrupcí v anamnéze oproti ženám nepoužívajícím žádnou spolehlivou antikoncepci. U českých žen nezávisle na věku převažuje tolerantní přístup k možnosti UPT, 60% žen zaujímá právo rozhodnout se, pouze 4% zaujaly stanovisko k potratu jako nepřijatelné v jakémkoli případě. Náboženské smýšlení také ovlivňuje stanovisko k interrupcím. Ženy nevěřící jsou tolerantní a ponechávají rozhodnutí na ženě. Jednoznačně proti potratu v každém

případě je 11% věřících žen, oproti ženám nevěřícím, které jsou proti potratu v každém případě jen v 1% (Hollá, et al., 2009, s. 92-96).

Podobně zkoumali postoje české populace k UPT a faktory jimiž jsou ovlivňovány, Weiss a Zvěřina. Autoři posuzují okolnosti přístupu k interrupcím. Na základě anonymního dotazníku byly zjišťovány vlivy vzdělání, velikosti místa bydliště, věkové kategorie a náboženského přesvědčení na umělé přerušování těhotenství, respondenti byli muži i ženy. Výzkum probíhal v roce 1994. Postoje mužů a žen k UPT se v podstatě neliší. Výsledkem zkoumání bylo, že vzdělanější respondenti zauímají liberálnější postoj k UPT. Vliv velikosti místa bydliště na postoj k UPT je statisticky nevýznamný ve větších i menších městech převažuje názor, že žena má právo se svobodně rozhodnout. Ve věkové skupině nad 60 let a v nejmladší skupině 15–17 let převládá stanovisko, že UPT je naprosto nepřijatelné. Katolíci mají ve srovnání s ateisty konzervativnější postoje. Právo svobodně se rozhodnout, zda žena chce donosit dítě, zastává téměř 50% katolíků a 70% ateistů. Naprosto jednoznačně nepřijatelná interrupce je pro 7% respondentů hlásící se ke katolické církvi. Stanoviska českých mužů a žen lze celkově shrnout jako velmi liberální. Právo ženy svobodně se rozhodnout, zastává více než polovina respondentů, jenom necelá 4% je zásadně proti interrupci. Weiss a Zvěřina poukazují na liberálnější postoj ve vztahu české populace k UPT, než postoje západoevropského či amerického obyvatelstva, vyplývající ze srovnání se zahraničními výzkumy (Weiss, Zvěřina, 1998, s. 411-413).

Motivace, které vedou ženy k volbě UPT sledují ve své studii Šimonová, Fait, Weiss. Dotazníkové studie se zúčastnilo 100 žen, které žádaly o UPT bez zdravotní indikace, průměrný věk oslovených žen byl 29,1 let. Výzkum probíhal květen až říjen 2009. Z výsledků vyplynulo, že 13,5% žen získalo odborné informace o antikoncepci u svého gynekologa, převážná část žen nabyla informace od rodiny, kamarádek, ve škole, v masmédiích, což se ukazuje jako nedostatečné a pro správné užívání a účinek je potřeba cílené edukace. Vysoké procento žen zná možnosti účinné antikoncepce, praktické

využití je ovšem nižší nebo používají nespolehlivé metody. Žádnou antikoncepci při prvním pohlavním styku, průměrný věk koitarché bylo 16,8 roku, neužívalo jen 19,4% žen. Rizikovější je ovšem z hlediska prvního pohlavního styku věk, kdy 23% respondentek uvedlo koitarché mezi 13–15 rokem. Žádnou antikoncepci se stálým partnerem nepoužívá 30% žen. Se svým manželem otěhotnělo 74% žen, důvodek k UPT tedy není nejistota ohledně otcovství, tuto skutečnost uvedla pouze 4% žen. Vlastní ekonomickou úroveň hodnotí 70% žen jako celkově uspokojivou případně uspokojivou, v 30% mohla být důvodem k UPT neuspokojivá ekonomická situace. Ve společné domácnosti s partnerem či manželem žije více než 60% žen. Bezdětných žadatelek o UPT v souboru bylo 50%, které riskují svou následnou plodnost. Jednání respondentek pro UPT patrně nesouvisí s nedostačující ekonomickou či bytovou situací, ani s počtem již narozených dětí (Šimonová, Fait, Weiss, 2010, s. 187-192).

Na psychosociální důsledky nechtěného těhotenství pro dítě poukazují ve své studii Šulová, Fait. První studie nechtěných dětí byla provedena ve Švédsku. V 50. letech zákonný systém ve Švédsku, některé interrupce povoloval, jiné zamítal. Pražská studie nechtěných dětí byla zahájena v 60. letech 20. stol. a probíhala do 90. let. Ženám byla odmítnuta interrupce obvodní i krajskou interrupční komisí. V těchto letech bylo odmítnuto asi 2% žádostí. Výzkum probíhal ve čtyřech etapách podle věku narození u prokazatelně nechtěných dětí. Vyšetřovaným osobám bylo sděleno, že se účastní výzkumu psychického vývoje pražských dětí. Většina studií dokazuje, že děti nechtěné hůře prospívají ve škole (při stejné inteligenci), častěji trpí nervovým a psychosomatickým onemocněním a mají tendenci k horší sociální adaptaci. Vzhledem ke chtěným dětem jsou prokazatelně v nevýhodě. Tyto podložené informace jsou důvodem k tomu, aby se rodily děti chtěné a neplánované a nechtěné těhotenství se neodráželo na vývoji dítěte. V současné době je problém nechtěného těhotenství ve větší míře potlačen dostupností antikoncepce a možností svobodné volby interrupce. Z doložených výzkumů a z poznatků vývojové psychologie je žádoucí, aby se rodily děti chtěné. Pro prenatální vývoj dítěte je jedním z rizikových

faktorů negativní psychický postoj matky, proto má žena právo rozhodnout se, zda chce mít dítě či nikoliv. Má právo mít dítě s partnerem, který bude oporou rodiny a má právo určit si dobu svého těhotenství (Šulová, Fait, 2009, s. 228-232).

Deklarace From Abortion to Contraception, která vznikla v roce 1990 na konferenci Světové zdravotnické organizaci (World Health Organization, WHO) v Tbilisi, zdůrazňuje, že UPT není metoda plánovaného rodičovství a cílem je zabezpečit ženě, aby každé její dítě bylo chtěné (Štembera, Velebil, 2000, s. 399). K Tbiliské deklaraci se ČR v roce 1990 přihlásila (Haškovcová, 2001, s. 202).

2 Souhrn poznatků o psychických důsledcích umělého přerušení těhotenství

Následující kapitola začíná vymezením postabortivního syndromu (PAS) jako součásti posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Pokusí se popsat symptomy a rizikové faktory postabortivního syndromu. V závěrečné části je podán přehled názorů, v nichž se autoři liší přístupem k výskytu PAS.

2.1 Podstata postabortivního syndromu

Postabortivní syndrom zahrnuje soubor psychických symptomů, které se mohou objevit jako následek prožitého potratu. Jeho příčinou je silné potlačení zážitku z potratu. Příznaky se vyvíjí pozvolna a trvají nejméně jeden rok, někdy i celý život (Bowles, In Lehotská, Moraučiková, 2006, s. 191-194).

Postabortivní syndrom je chápán jako forma posttraumatické stresové poruchy. Poprvé se veřejnost obeznámila s PTSD po válce ve Vietnamu. Vietnamští váleční veteráni neměli příležitost se podělit o své zážitky z války, která jim způsobila utrpení. Uzavírali se před světem, který nechtěl slyšet o jejich otřesných zážitcích. Psychologové a psychiatři se začali zabývat touto problematikou a poskytli válečným veteránům pomoc. Podobně jako PTSD se PAS vztahuje na neschopnost vyjádřit své pocity. Stresová reakce u PAS souvisí s těhotenstvím a potratem. PAS se prohlubuje v momentě, kdy žena odsunuje emoce, nevyrovná se, se svou ztrátou a nevyjádří své pocity. Popření potratu je jen překonání momentálního utrpení (Freedová, Salazorová, 2008, s. 15-18).

Podobně popisuje PAS Hnutí pro život, jako souhrn psychických příznaků, které mohou nastat jako důsledek po prožitém potratu. Příznaky PAS se

mohou objevit kromě žen, které podstupují potrat i u mužů, lékařů a ošetřovatelského personálu. Příčinou je masivní potlačení stresující události. Příznaky se nemusí objevit hned po provedení zákroku, mohou přijít až po delší době. Následkem potratu mohou být psychosomatické nebo psychické potíže, které jsou individuální a souvisí s osobní životní situací (anonymus, 2007, s. 9).

Srovnatelný pohled mají Lehotská a Moraučiková. Ve svém článku se zabývají výsledky výzkumů, které označují umělé přerušování těhotenství za zvláště zátěžovou a psychotraumaticky působící situaci. U žen po UPT se i po několika letech zjistil zvýšený výskyt neurotických poruch s převahou úzkosti, strachu, sensitivity, sebeobviňování, deprese a obav z průběhu příštího těhotenství. Popisuje se také agresivita vůči sobě nebo otci dítěte. Může dojít ke změnám v sexuálním prožívání (sexuální apatence, sexuální neurastenien, frigidita, dyspareunie). Pocit úlevy po UPT je jen přechodným stavem, pravděpodobně první reakcí (Lehotská, Moraučiková, 2006, s. 191-194).

2.2 Rizikové faktory

Výskyt postabortivního syndromu lze s vyšší pravděpodobností očekávat u určité skupiny žen. Jednou z těchto skupin, u nichž může dojít k rozvoji PAS, patří mladé dívky, které nemají možnost zamyslet se nad závažností potratu a jeho důsledky. Další ohroženou skupinou jsou ženy, které už mají děti, které mají potřebu chránit a milovat své děti a právě toto přispívá ke vzniku PAS. Třetí skupinou jsou ženy, které podstoupily potrat ve druhém nebo třetím trimestru, důvodem k rozvoji PAS je pokročilé těhotenství, zvýšené riziko zdravotních komplikací pro matku a pravděpodobnost, že žena přijde do kontaktu se svým potraceným dítětem. Čtvrtou skupinu tvoří ženy, které nebyly pevně rozhodnuty a byly dotlačeny k rozhodnutí pro potrat. Poslední skupinou jsou ženy, které prožívají hodnotový konflikt, který

je přijímán z různých stran a je tak v rozporu s morálním přesvědčením (Freedová, Salazarová, 2008, s. 21-24).

Lehotská a Moraučíková uvádí mezi rizikové faktory, které zvyšují možnost psychologických komplikací při UPT: psychiatrické onemocnění v anamnéze, nezralost v interpersonálních vztazích, konfliktní vztah s partnerem, negativní vztah k matce, protichůdné postoje k interrupci, negativní postoje blízkých lidí, interrupce ze zdravotních důvodů, náboženské nebo kulturní prostředí, které interrupce odmítá a také svobodné, zejména bezdětné ženy (Lehotská, Moraučíková, 2006, s. 191-194).

Rizikovými faktory na rozvoj posttraumatické stresové poruchy mohou mít vliv psychotraumata v dětství, nižší úroveň dosaženého vzdělání, závislost na alkoholu, drogách, zvýšená dispozice k psychiatrické nemoci, hraniční, paranoidní, závislá a antisociální osobnost. Dále se může podílet na rozvoji PTSD současný výskyt dalších stresujících okolností, žádné nebo nedostatečné působení podpůrné sociální sítě (Khouzam, Donnelly, 2002, s. 60).

2.3 Symptomy postabortivního syndromu

Příznaky, které provází syndrom PAS, pochází z výzkumu realizovaného na ženách, které interrupci podstoupily, příznaky pro PAS se nemusí objevit vždy v plné výši, některé ženy mohou trpět jen několika příznaky (Freedová, Salazarová, 2007, s. 18). Obdobně uvádí seznam příznaků Hnutí pro život, které vychází z mnichovské poradny. Ta seznam sestavila podle materiálů amerických terapeutů a z vlastní praxe rozhovorů se ženami (Reardon, Stanfordová, In anonymus, 2007, s. 39).

Příznaky postabortivního syndromu

- Nadměrné používání alkoholu, léků, drog (k utlumení bolestné emoce nebo k úniku z reality)
- Poruchy spánku; děsivé sny
- Otupění citů
- Pocity viny; bezradnosti; bezmoci
- Odsunutí nežádoucích emocí (popření)
- Deprese; úzkost; lítost
- Výčitky svědomí
- Sebevražedné sklony
- Situace, které mohou spustit emoce spojené s potratem
- Přání rychlého znovu otěhotnění
- Sexuální poruchy; poruchy v mezilidských vztazích
- Nepřiměřené emocionální reakce
- Neschopnost soustředit se; hyperaktivita
- Výroční syndrom
- Pocity ztráty a prázdnoty
- Upřené pozorování těhotných žen a malých dětí
- Tělesné reakce jako pocení; hysterické výkřiky
- Snaha o sebeospravedlnění zasazováním se pro, nebo proti potratu
- Vztek (obecně nebo zaměřený na lidi zapojené do této události – proti otci dítěte, lékaři, který potrat uskutečnil ...)
- Negativní pojetí sebe samé (vlastních hodnot a obrazu, který si o sobě člověk vytváří)
- Vyhledávání samoty; vyhýbavé chování
- Obava z neplodnosti
- Poruchy příjmu potravy
- Náhlý nekontrolovatelný pláč
- Krátké psychotické příhody (ztráta kontaktu s realitou trvající několik dnů)
- Neschopnost vytvořit pouta k vlastním dětem

- Strach z potrestání tím, že se ostatní děti zraní
- Nepřiměřené emocionální reakce na zvuk vysavače, při spatření kojence apod.

Známky psychického onemocnění mohou být provázeny funkčními poruchami, jako jsou migrény, žaludeční a střevní potíže, křeče v podbřišku, kolísání krevního tlaku, poruchy srdečního rytmu, spánku, riziko předčasného porodu atd. (anonymus, 2007, s. 97).

Pidman uvádí tři možné fáze rozvoje posttraumatické stresové poruchy. V první fázi se jedná o nespecifické přetrvávající změny jako je nespavost, úzkost, nesoustředěnost. Ve druhé fázi se již vyskytují charakteristické známky poruchy znovuprožívání události, vyhubavé chování. Ve třetí fázi se již objevuje apatie, lhostejnost, rezignace, sklony k sebevraždě, invalidizace (Pidman, 2007, s. 616).

2.4 Názory na výskyt postabortivního syndromu

Legalizací UPT se stala záležitost UPT a jeho působení na duševní zdraví ženy zájmem, kterému je věnována trvalá pozornost (Weidlichová, 2006, s. 36). Někteří lékaři a poradci nepřipouští, že by potrat mohl být významným problémem pro ženu (anonymus, 2007, s. 9).

Názory autorů na problematiku patologických psychických reakcí po neúspěšném těhotenství se liší. Důvodem rozporných názorů na tuto problematiku může být odlišná morální nebo hodnotová orientace, postoj k UPT, osobní zkušenosti, ale i pozvolný rozvoj psychických změn, který se po čase nemusí dávat do souvislosti s neúspěšným těhotenstvím, nebo žena může při potížích vyhledat jiného odborníka. Někteří autoři výskyt patologických reakcí po přerušném těhotenství popisují jako výjimečný problém, jiní jako krátkodobou reakci (Lehotská, Moraučiková, 2006, s. 191-194).

Postabortivní syndrom představuje podstatnou roli v kontroverzních názorech na interrupci. Zastánci interrupcí pojetí PAS podceňují a neuznávají jeho existenci, nebo že by se vyskytoval ve významném rozsahu. Anebo usilují vyložit jej jako pocit provinění vnucený ženě nepřátelským okolím. Na druhé straně odpůrci interrupcí pokládají na PAS značný důraz a odrazují ženy od interrupce (Koliba, 2010, s. 32-34).

Výzkum, který byl realizován v Bratislavě v letech 2001–2003, byl zaměřen na duševní zdraví ženy po UPT. Osloveno bylo 192 žen před interrupcí, 99 žen vyplnilo přiložený dotazník a byl s nimi navázán kontakt. Za několik týdnů až měsíců přijalo 22% žen pozvání a byly ochotny sdílet své pocity a prožitky z proběhlé interrupce. Období před zákrokem se vyznačuje zvýšeným depresivním chováním, snížením kvality života v souvislosti s probíhajícím rozhodovacím procesem. Z důvodů vedoucích k zákroku převládá nedostačující ekonomická situace, sociální důvody, nechtěné těhotenství při nepoužití antikoncepce, dítě nebylo v plánu, racionální rozhodnutí. Období po zákroku se vyznačuje zpracováním absolvovaného zákroku. Objevuje se krátkodobý depresivní stav, plně vykreslený postabortivním syndromem. V tomto období přetrvává snížená kvalita života, přetrvávající pocity viny, pokus o sebevraždu léky současně s konfliktem v partnerství, přehodnocení rozhodnutí, pocity úlevy související s ukončením psychické zátěže před zákrokem a jiné. UPT je jev s psychosociálním pozadím který má charakter stresoru a nepřispívá k stabilitě ženské psychiky. Dá se prokázat jeho negativní vliv na duševní zdraví (Weidlichová, 2006, s. 36).

Možnost psychické poruchy po UPT u predisponovaných osob popisuje Bahounek. Po přechodné příjemné subjektivní pohodě mohou následovat pocity viny, deprese, zklamání, sekundární frigidita, sekundární anorgasmie, negativní zaujatost vůči sobě nebo ostatním a úzkost. Frekvence těchto projevů je velmi proměnlivá a výskyt těchto příznaků je ojedinělý a po určité době odezní. Pocity viny u některých žen setrvává po celý život (Bahounek et al., 2007, s. 55).

Výrok, že potrat poškozuje ženy a zároveň popírání práv plodu představuje strategii zastánců hnutí pro život. David C. Readon je význačným propagátorem této strategie. Tvrdí, že potrat poškozuje ženy po psychologické stránce a může negativně ovlivnit lidi, kteří jsou v blízkém kontaktu s ženou podstupující UPT. Dadlez a Andrews popírají existenci PAS. Kladou si otázku, zda důkazy a analýzy shromážděné Readonem jsou věrohodné. Readon a jeho výzkumné úsilí směřuje k názoru, že potrat poškozuje ženu. Autoři článku pátrali po důkazech těchto tvrzení. Zpochybnili závěry, o nichž Readon tvrdí, že vyplývají z důkazů. Nalezli propastný rozdíl mezi lékařsky uznávaným syndromem a běžnými pocity lítosti. Readon a zastánci hnutí pro život tvrdí, že ženám může potrat přivodit rakovinu prsu, rakovinu děložního čípku, sterilitu, problémy s budoucím těhotenstvím, mohou mít sebevražedné sklony. Poradny, které fungují jako poradenství pro ženy po potratu, se zaměřují především na porušení práv plodu a pravděpodobně produkují psychologickou tíseň (Dadlez, Andrews, 2010, pp. 445-448).

Výsledkem vládou financované studie ve Finsku bylo, že ženy, které potratí, mají pravděpodobně čtyřikrát vyšší riziko, že zemřou v následujícím roce, než ženy které těhotenství donosí. Byl zaznamenán vyšší výskyt úmrtí ve vztahu k sebevraždám, nehodám a vraždám. Riziko karcinomu hrdla děložního je 2,3 krát vyšší u žen, které podstoupily potrat, zvýšená rizika se týkají následného karcinomu vaječníku nebo jater. Zvýšené riziko karcinomu u žen po potratu by mohlo souviset s nepřírozeným ukončením hormonálních změn, neošetřením hrdla děložního, zvýšeným stresem a jeho dopadem na imunitní systém. Akutními komplikacemi po potratu trpí asi 10% žen, z nichž asi 2% jsou život ohrožující. Umělý potrat je spojen se změnami chování, jako je kouření, abuzus drog, poruchy příjmu potravy, promiskuita. Vzhledem k fyzickým komplikacím umělého přerušování těhotenství je žádoucí zavedení zákazu UPT (Readon, 2012, s. 195-199).

Článek uvádí klinickou případovou studii černé zimbabwské ženy Grace s postabortivním syndromem. Nechtěné těhotenství končí formou

posttraumatické stresové poruchy. Grace byla ošetřena bílým Afričanem, klinickým psychologem. Příběh vypráví průběh a rozvoj posttraumatické stresové poruchy, jejíž součástí je masivní potlačení události a nedostatečná sociální podpora. Léčba probíhala na základě současných poznatků. Přes rozdíly v kultuře a zázemí mezi klientkou a terapeutem došlo k vyrovnání se, se svým životem. Příběh také zdůraznil společné rysy PAS u Grace se znaky uváděnými v literatuře. Z článku bylo čerpáno pro léčbu PAS v USA a v Evropě (Boulind, Edwards, 2008, pp. 539).

Škodlivé důsledky interrupce na duševní zdraví ženy je stále kontroverzním tématem. Cílem studie bylo zkoumat vazby mezi potratem a duševním zdravím u mladých žen ve věku 15–25 let. Před 25. rokem otěhotnělo alespoň jednou 41% žen, z toho 14,6% podstoupilo potrat. U těch, co podstoupily potrat, byla zjištěna zvýšená náchylnost k duševním zdravotním problémům, včetně deprese, úzkosti, sebevražedného chování a užívání návykových látek. Potrat u mladých žen může být spojen se zvýšeným rizikem duševních potíží (Fergusson, 2006, pp. 16).

Nejasné důkazy o duševních následcích po potratu vyvolávají současné debaty. V USA je otázka interrupcí politicky probíraným tématem. Odborníci z Univerzity Johnse Hopkinse v americkém Baltimoru hledali možnou souvislost mezi potraty a dlouhodobými psychickými problémy a také tzv. postabortivním syndromem. Cílem bylo podat důkaz, zda emocionální následky potratu mohou pokračovat měsíce či roky po události. Přežkoumali 21 studií, zaměřených na psychické následky po UPT, které byly publikovány mezi lednem 1998 až srpen 2008 a ohodnotily jejich kvalitu. Ani jedna studie nebyla ohodnocena jako vynikající, velmi dobré byly čtyři studie, ucházejících bylo osm studií, za slabé bylo ohodnoceno osm studií a do kategorie velmi slabých byla zařazena jedna studie. Největší kvalitu měly studie, jejichž výsledek byl spíše neutrální, nebo které našly malé nebo žádné rozdíly mezi ženami po potratu a srovnávací skupinou. Studie, které měly nejvíce vad v metodologii, prokazovaly negativní účinky na duševní zdraví žen po potratu. Plánovaný potrat je jeden z nejčastějších zákroků na světě. V USA

podstoupí interrupci ročně 1, 29 mil. Američanek. Při takovém počtu žen by se dal předpokládat výskyt PAS, ale nejkvalitnější výzkum tuto hypotézu nepotvrzuje. Postabortční příznaky se ukazují jen u malého počtu žen. Kvalitní výzkumné studie do nynější doby neprokazují existenci postabortivního syndromu. Dlouhodobé psychické potíže jako je smutek, lítost, deprese se objevují jen u malé skupiny žen. Pokud mají být zodpovězeny otázky týkající se souvislosti potratu s dlouhodobými psychickými potížemi je zapotřebí kvalitních studií (Charles et al., 2008, pp. 436-450).

V současné době podstoupení interrupce představuje minimální fyzické a psychické riziko. Převážně se ženy s těmito zkušenostmi efektivně vyrovnají bez klinické pomoci. Interrupce je běžnou životní událostí a terapeuti se s největší pravděpodobností setkávají s klientkami, které podstoupily UPT. Nynější politika zabývající se UPT, usiluje o to, podat potrat jako hrozivý, stresující a společensky stigmatizovaný zážitek a tím vytvořit nějaký postabortivní syndrom. Zásadním zájmem je poskytovat užitečné poradenství, zabývat se konkrétními otázkami v oblasti UPT, propagovat sexuální zdraví a kulturní vnímavost (Rubin, Russo, 2004, s. 69).

2.5 Rozdíly ve vnímání umělého přerušování těhotenství v I. a II. trimestru

Přerušování těhotenství v I. trimestru je obvykle výsledkem rozhodnutí a přání ženy bez ohledu na zdravotní stav vyvíjejícího se plodu. Ve II. trimestru jde téměř vždy o přerušování těhotenství s poškozeným plodem. Přerušování gravidity ve II. trimestru má ve srovnání s výkonem v I. trimestru svá specifika. Těhotenství je pokročilé, dochází k výrazné psychopatologické spjatosti těhotné ženy s vyvíjeným plodem. Ve většině případů se jedná o genetické poškození plodu, které sebou přináší další duševní trauma zainteresovaných osob. V porovnání s přerušováním těhotenství v I. trimestru jsou komplikace ve vyšším stádiu těhotenství častější a závažnější.

K bezprostředním komplikacím kromě zdravotních patří i postabortivní syndrom (Višňovský, Culbová, Fiolka, 2010, s. 92).

Psychické a tělesné příznaky stresu byly prokázány na základě vyplnění dotazníku u žen po UPT z indikace vrozené vývojové vady. Pacientky po UPT z indikace vrozené vývojové vady plodu, byly požádány o vyplnění dotazníku, jehož cílem bylo prozkoumání psychických a tělesných příznaků stresu. Z výsledků vyplynulo, že nejčastějšími příznaky jsou deprese, úzkost a tělesné prožívání stresu. Autoři na základě prožívání psychického dopadu UPT na klientky a spokojenosti s celkovou péčí během hospitalizace a psychologickým přístupem, stanovili komunikační strategii k těmto klientkám. Podstatou je otevřená komunikace klientky a lékaře a porozumění a empatii celého zdravotnického personálu (Neubert et al., 1999, s. 207-211).

Na zbytečné provádění potratů z eugenických příčin upozorňuje autorka příspěvku. Počet potratů z eugenických příčin stoupá z 6,71% v roce 2000 na 19,3% v roce 2009. Trendem je prosazovat provádění testů prenatalní diagnostiky na vývojové vady v těhotenství, co nejdříve. To se shoduje se zvýšením počtu pozitivních nálezů. Základní příčinou pozitivních nálezů je buď objektivně prokázaná chromozomální odchylka počatého dítěte, nebo špatně stanovený termín porodu a tím nesprávné naplánování screeningu a potom falešné pozitivní výsledky. Potraty jsou potom z mnoha příčin prováděny zbytečně. Důsledkem včasné diagnostiky vrozené vývojové vady plodu je umělé přerušování těhotenství, které by i tak spontánně odumřelo a zbytečné způsobení traumatu rodičům (Lázničková, 2012, s. 207-211).

Prenatální a postnatální incidence u šesti typů vrozených vad byla cílem studie v ČR v letech 1994–2001. U diagnostikovaných postnatálně se jedná o rozbor přežívání postižených dětí v průběhu jednoho roku. Nejvíce z uvedených vrozených vad (anencefalie, spina bifida, encefalokéla, hydrocephalus, souhrně defekty neurální trubice a Downův syndrom) bylo prenatálně diagnostikováno a předčasně ukončeno 613 případů Downova syndromu, postnatálně bylo diagnostikováno 472 případů Downova syndromu. Přes 5% postižených dětí Downovým syndromem umírá v 1. roce

života. Vrozený hydrocefalus byl prenatalně diagnostikován a těhotenství předčasně ukončeno ve 146 případech. U narozených dětí bylo zachyceno 177 případů, z tohoto počtu pak přežívá 1. rok života 75,71% dětí s vrozeným hydrocefalem. Vysoké procento letálních vrozených vad uvedených v této studii, jsou prenatalně diagnostikovány, postnatálně zachycené případy jsou významnou složkou dětské mortality i morbidity. Přežívající děti jsou zatíženy operacemi, rehabilitacemi a léčebnými postupy a tvoří vysoké procento dětské morbidity (Šípek et al., 2004, s. 59-65).

Studie kriticky hodnotí výzkum věnující se duševnímu zdraví po potratu ve II. trimestru. Studie byly hodnoceny s ohledem na tvrzení, že pozdější potraty mohou poškodit duševní zdraví ženy. Výsledkem bylo, že potraty z důvodu anomálie plodu, mohou mít vliv na duševní zdraví ženy, jsou neodůvodněné. Další výzkum by měl být zaměřen na zkušenosti žen ohledně pozdních potratů, protože většina žen je podstupuje z důvodu anomálie plodu (Scotland, 2001, pp. 27).

3 Možnosti léčby postabortivního syndromu, specifické formy postraumatické stresové poruchy

Poslední kapitola se věnuje přístupu ke klientkám, které se rozhodnou pro UPT. Především se jedná o empatický a individuální přístup zdravotníků. Zmiňuje se o léčivých krocích v procesu uzdravování. Jsou zde popsány dvě možnosti léčby PTSD a to farmakoterapie a psychoterapie.

3.1 Podpora klientek po umělém přerušení těhotenství

Interrupce je jeden z nejběžnějších zákroků, nicméně je středem diskusí, protikladných názorů a vášní. Přístup zdravotníků by neměl být zaujatý. Zdravotnický personál musí být empatický a ochotný porozumět každé ženě. Zdravotníci by měli být na straně ženy, neměli by ji soudit a vzbuzovat v ní pocity viny (Koliba, 2010, s. 32-34).

Poradenská centra by měla informovat ženu o následcích potratu. Informace o postabortivním syndromu mají povinnost poskytovat zastánci svobodné volby i zastánci práva na život. Žena nemůže učinit správné rozhodnutí, pokud není informována o možných následcích. Psychoterapie ve spojení s duchovní péčí by měla ženě pomoci řešit pocit viny (anonymus, 2007, s. 9).

Proces uzdravování popisuje Freedová a Salazarová v jednotlivých léčivých krocích, které se často překrývají nebo nepřicházejí popořadě. Emoční uzdravování je stejné jako uzdravování tělesné. Emoční utrpení je prožíváno truchlením, často způsobuje hluboký zármutek. Proces uzdravování má osm bodů.

1. Vystoupit z temnot. První emocií po potratu je úleva. Většina žen přejde od úlevy do stádia popírání. Zkreslená realita se vytváří dlouhodobým popíráním. Pro uzdravení je stěžejní přestat s popíráním. Prvním krokem

k uzdravení je, uvědomit si svoje myšlenky a pocity, zapsat si je a pohovořit si o nich s někým, přijmout fakt, že potratem byl ovlivněn život.

2. Poznat své skutečné pocity a skutečné ztráty. Uvědomit si pocity vážící se k potratu a včlenit je do svého života. Pojmenování ztráty, která souvisí s potratem pomáhá v průběhu truchlení.

3. Ukončit neúčelné jednání. K potlačení bolesti se často po traumatické události používá neúčelné jednání. Smlouvání a jiné mechanismy, zkreslující skutečnost, jsou postaveny na přání necítit bolest a strach. Žena tyto obranné mechanismy používá k potlačení události, k ospravedlnění své ztráty, potlačení své bolesti. Východiskem neúčelného jednání je rozpoznat toto jednání a přestat jej používat.

4. Odemknout dveře viny a studu. Stud je nežádoucí silná emoce, která utvrzuje ženu v pocitu, že není dost dobrou osobou. Vina je prospěšná emoce a varuje před přesáhnutím vlastní morální hranice, provází ji špatné svědomí. Důležité je rozlišit stud a vinu, usilovat o odpuštění, omluvit se a osvobodit se od studu, vytlačit zahanbující pocity.

5. Sundat pokličku. Hněv, který žena po potratu potlačuje, skrývá hlubší bolest. Žena může svůj hněv vyjádřit výbušnými projevy. Hněv vytváří pocit moci a ochrany. Hněvivé emoce je potřeba vyjádřit konstruktivně, vyslovit je a odkrýt hlubší bolest.

6. Nepodlehnout depresi a naučit se s ní nakládat. Deprese je přirozená reakce na bolest, většina žen po potratu trpí depresí. Deprese po potratu je komplikovaná vzhledem ke skrývané bolesti a pocitu ztráty. Prostředkem, jak depresi nepodlehnout, je sdílení svých myšlenek, emocí a utrpení.

7. Najít svobodu v odpuštění. Odpuštění znamená přestat sebe i jiné obviňovat za svá jednání. Skrze odpuštění se žena může odpoutat od minulosti a vnímat přítomnost. Způsob, jak se odpoutat od minulosti a vnímat přítomnost je přestat sebe i jiné obviňovat za svá jednání.

8. Smířit se. Uzavřít a začlenit bolest do života a dosáhnout kontroly nad svým životem. Oplakat ztráty spjaté s potratem a soustředit se na přítomnost (Freedová, Salazarová, 2007, s. 61-157).

3.2 Farmakoterapie

Posttraumatická stresová porucha vzniká jako zpožděná nebo protrahovaná reakce na stresovou situaci. Rozvíjí se po emočně těžké, stresující události, která převyšuje obvykle lidskou zkušenost a pro většinu lidí bývá traumatická (Malá, 2002, s. 381).

Posttraumatická stresová porucha může být zaměněna za akutní reakci na stres. Akutní reakce na stres vzniká po podobných událostech nebo situacích, trvá ale hodiny nanejvýše dny, většina symptomů do 3 dnů odezní (Pidrman, 2007, s. 616).

Farmakologická léčba PTSD trvá déle nežli léčba jiných psychiatrických poruch. Léčba současně přítomných psychických příznaků musí být v souladu s léčbou příznaků PTSD (Khouzam, 2002, s. 61). Přínosem léčby psychofarmaky jsou menší časové požadavky, poněkud rychlejší efekt a široká škála účinků. Jestliže nemocný správně užívá léky, úspěšnost léčby je dobrá. Nevýhodou může být pocit nemocného z nepochopení (Pidrman, 2007, s. 617). První volbou antidepresiv při léčbě PTSD jsou selektivní inhibitory zpětného vstřebávání serotoninu (SSRI). Zvýšené podávání serotoninu je specifickým léčebným postupem při léčení deprese, úzkosti, návratných myšlenek a prožitků a suicidálních myšlenek. Předávkováním SSRI nelze zdárně realizovat suicidium (Pidrman, 2007, s. 617). Tricyklická antidepresiva (TCA) jsou evidentně účinná v léčbě příznaků PTSD. Volba TCA k léčbě PTSD je v současnosti druhořadá pro riziko úmyslného předávkování (Khouzam, 2002, s. 62). Podstatný efekt lze předpokládat po dvou až třech měsících po podání antidepresiv. Udržovací léčba by měla trvat rok až rok a půl, poté se začne lék pomalu vysazovat. V akutní

exacerbaci je vhodné podávání benzodiazepinů léků ze skupiny anxiolytik. Při dlouhodobém podávání benzodiazepinů hrozí riziko závislosti. Po čtyřech až šesti týdnech by měli být pozvolna vysazovány. Indikace antipsychotik není zatím v léčbě PTSD potvrzené. Mohou se použít pro krátkodobou léčbu agrese, neklidu, přechodných psychických fenoménů (Praško, 2005, s. 77).

3.3 Psychoterapie

Cílem psychoterapie je zpracování traumatické události (Praško, 2005, s. 73). Při prvním setkání terapeuta s člověkem, který prožil traumatickou událost, je nejdůležitější zklidnění a emoční podpora. Empaticky podporovat pacienta při líčení události a vycházet z jeho potřeb. Dalším krokem je poučit klienta o relaxaci a doporučit mu, promluvit si o traumatu se spolehlivými lidmi. Podpora a pochopení je pro většinu klientů postačující. Pokud se u pacienta rozvinula PTSD je léčba složitější (Praško, 2010, s. B7). Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je jedním z přístupů k léčbě PTSD. Kromě KBT lze při léčbě aplikovat podpůrnou psychoterapii, psychodynamickou terapii a skupinovou nebo rodinnou a manželskou terapii, jako přídatnou léčbu k individuální psychoterapii (Praško, 2005, s. 78). KBT je dominantním přístupem v psychoterapii. Terapie probíhá v jednotlivých krocích a spočívá v 10–16 sezeních, zpočátku jednou týdně, později jednou za čtrnáct dní (Pidrman, 2007, s. 616-617). Pacientovi, aby se mohl zorientovat ve své situaci, je třeba vysvětlit vztah mezi traumatickou událostí a současnými příznaky. Nezbytná je emoční podpora a nehodnotící přístup. Druhým krokem je dramatické uvolnění zadržovaných emocí a breakcí. Pokud se pacient orientuje ve své situaci, přichází edukace o PTSD. Vlastní příznaky slouží k pochopení nemoci, k objasnění této poruchy obdrží pacient brožurku s informací o PTSD. Dalším krokem je expozice. Nemocní jsou dlouhodobě a opakovaně vystavováni vzpomínkám na událost vyvolávající stresovou reakci. Nejčastější formou, jak popsat traumatickou událost je rozhovor, písemný popis události nebo formou

expozice v imaginaci, kdy si pacient vizuálně vybaví traumatickou příhodu a popisuje ji v přítomném čase. Dalším krokem je vystihnout specifický význam události a vytvořit reálnější pohled. Nezbytné je uvolnění, které probíhá formou relaxace. Další fází je řešení problémů, pacient se v souvislosti s PTSD musí potýkat s řadou potíží v rodině a v práci, které je nutno v rámci léčby řešit. Na závěr terapie je třeba upozornit pacienta, že se může dostavit zvýšené napětí při vystavení se charakteristickému spouštěči (Praško, 2005, s. 78).

Úkolem terapeuta je probrat vzpomínky na traumatickou událost a vystihnout afektivní prožitek. Dále je potřeba desenzibilizovat pacienta oproti traumatickým vzpomínkám a pomoci mu dosáhnout pocitu kontroly nad svými prožitky. Pacient se snaží pracovat se svými příznaky, učí se vystavovat se vzpomínkám na traumatickou událost a situacím, kterým se vyhýbá, pracuje se svými negativními myšlenkami a relaxuje (Praško, 2010, s. B7).

Hypnóza může být vhodným doplňkem léčby postabortivní úzkosti. Potvrzuje to studie, jejímž předmětem bylo zkoumání postabortivní úzkosti u mladé ženy. Výsledky ukazují, že terapeutické intervence zlepšily specifické příznaky, stejně jako všeobecné duševní zdraví (Walters, Oakley, 2002, pp. 85).

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo předložit přehledné informace o psychických důsledcích umělého přerušování těhotenství. Zjistit motivace a postoje českých žen k UPT a především popsat postabortivní syndrom, který se může u částí žen vyvinout. Názory na výskyt PAS jsou podloženy studii z českých a zahraničních článků. Součástí práce je, jak přistupovat ke klientkám s PAS a jeho léčba.

Prvním cílem bylo předložit poznatky o vztahu českých žen k umělému přerušování těhotenství. K objasnění problému byl definován pojem UPT, vývoj zákonodárství k UPT až do současného platného zákona v ČR a pohled na UPT z morálního aspektu (Fajt, Sosna, 2001; Jakešová 2005; Stará, 2008; Bahounek, 2007; Koliba, 2010; Kollárová 2005; Haškovcová 2001; Lebedová, Bianchi, 2009; Alcorn, 2011; Grady, 2002). Vývoj počtu interupcí se odvíjel od rozvoje užívání hormonální antikoncepce (Štembera, Velebil, 2000; Hollá et al., 2009; Štembera, Velebil, 2004), v posledních letech dochází ke stagnaci potratovosti (Šimonová, Fait, Weiss, 2010; Štembera, Velebil, 2004). Z dohledaných studií (Hollá et al., 2009; Weiis, Zvěřina 1998) zabývajících se postoji českých žen k UPT vyplynulo, že u českých žen převažuje tolerantní přístup a možnost svobodně se rozhodnout, zda donosit dítě či ne. Studie (Šimová, Fait, Weiss, 2010) zkoumala motivace žen k volbě UPT. Výsledkem bylo, že nevyhovující bytová či ekonomická situace a počet již narozených dětí nesouvisí s volbou UPT. Informace podložené studií (Šulová, Fait, 2009) potvrzují, že z hlediska vývojové psychologie je žádoucí, aby se rodily chtěné děti. Cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo předložit poznatky o psychických důsledcích UPT. Odborníci zabývající se psychickými následky po potratu, definují vznik postabortivního syndromu, který vzniká v závislosti na prožitém traumatu nebo stresu. Připouští výskyt rizikových faktorů u žen, které mohou být spouštěčem PAS a rozpoznat tento syndrom mohou obecné a specifické

příznaky (Bowles, In Lehotská, Moraučiková, 2006; Freedová, Salazarová, 2008; Lehotská, Moraučiková, 2006). Dopadem UPT na psychické zdraví ženy se věnuje řada studií. Názory na tuto problematiku jsou odlišné. Výzkumy jednak prokázaly negativní vliv UPT na psychické zdraví a možnost vzniku postabortivního syndromu (Weidlichová, 2006; Bahounek, 2007; Readon, 2012; Boulind, Edwards, 2008; Fergusson, 2006) a studie, které popírají možnost psychických změn po UPT (Dadlez, Andrews, 2010; Charles et al., 2008; Rubin, Rosso, 2004). Stresující pro ženu a její okolí je UPT ve II. trimestru a má svá specifika ve srovnání s UPT v I. trimestru (Višňovský, Cul'bová, Fiolka, 2010; Neubert et al., 1999; Lázničková, 2012; Scotland, 2001). Cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo předložit poznatky o léčbě a péči o klientky s psychickými potížemi v souvislosti s UPT. Tato práce se v závěrečné kapitole věnuje přístupu ke klientkám, které již podstoupily nebo se teprve rozhodují podstoupit UPT. Přístup zdravotníků by měl být nezaujatý a empatický (Koliba, 2010). Terapie prochází procesem uzdravování (Freedová, Salazarová, 2007) a konkrétní léčba PTSD zahrnuje dvě možnosti, psychoterapii a farmakologii. Léčba spočívá v empatickém přístupu, podpoře a pochopení žen ze strany zdravotnického personálu, rodiny a všech blízkých. Při farmakoterapii mohou odeznívat jen některé příznaky, proto je nutné vždy léčit psychoterapeuticky (Pidrman, 2007; Khouzam, Donnelly 2002; Praško, 2005; Praško, 2010). Léčba může být doplněna hypnózou (Walters, Oakley, 2010). Cíl byl splněn.

Žena by se měla uchýlit k rozhodnutí o podstoupení UPT jen vskutku z vážných důvodů a vzít úvahu, že by se u ní mohly objevit psychické potíže, pocit lítosti nad svým rozhodnutím a v neposlední řadě také fyzické potíže. Zdravotníci by měli porozumět emocím a motivům každé ženy, která se rozhodne těhotenství uměle přerušit. V rámci edukace, je úkolem porodní asistentky informovat ženy o možnostech antikoncepce a tím předcházet umělému přerušování těhotenství a možnosti vzniku psychických a fyzických komplikací vzniklých v souvislosti s UPT.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- (1) ALCORN, Randy. 2011. *Proč chránit nenarozený život: péče o nenarozené děti a jejich matky*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011. ISBN 978-80-7255-242-9.
- (2) BAHOUNEK, Jiří et al. 2007. *Čtyři pohledy na interrupci*. 1. vyd. Ostrava: Key Publishing, 2007. ISBN 978-80-87071-09-0.
- (3) BOULIND, Melisa, EDWARDS, David. 2010. The Assessment and Treatment of Post-Abortion Syndrome: A Systematic Case Study From Southern Africa. *PCSP: Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 2010, vol. 6, no 4, pp. 539-547. ISSN 15530124.
- (4) ČESKOSLOVENSKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ SOCIALISTICKÉ REPUBLIKY. Vyhláška č. 75/1986 Sb. ze dne 7. listopadu 1986, kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1986, částka 24, s. 513-515. ISSN 0322-8037. Dostupné také z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=75&r=1986>
- (5) ČESKOSLOVENSKO. Zákon č. 66 ze dne 20. října 1986 o umělém přerušení těhotenství. In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1986, částka 22, s. 484-485. ISSN 0322-8037. Dostupné také z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=66&r=1986>
- (6) DADLEZ, E. M., ANDREWS, W. L. 2010. Post – abortion syndrome: creating an affliction. *Bioethics*. 2010, vol. 24, no. 9, pp. 445-452. ISSN 02699702.
- (7) FAIT, Tomáš, SOSNA, O. 2001. Umělé ukončení těhotenství v prvním trimestru. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2001, roč. 10, č. 2, s. 181-185. ISSN 1211-1058.
- (8) FERGUSON, D. M., HORWOOD, L. J., RIDDER, E. M. 2006. Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry on-line* [online]. 2006, vol. 47, no. 1, pp. 16-24. DOI 0.1111/j.1469-7610.2005.01538.x. [cit. 2013-04-09]. Dostupné

z:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=6aa78287-ae6-4147-a070-4afe8fb8af64%40sessionmgr115&hid=120>

- (9) FREED, Luci, SALAZAR Penny Yvonne. 2008. *Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. 1. vyd. Praha: Paulínky, 2008. ISBN 978-80-86949-44-4.
- (10) GRADY, John L. 2002. *Interrupce ano nebo ne?: (důvody proti interrupcím)*. 2. vyd. Praha: Řád, 2002. ISBN 80-901973-8-8.
- (11) HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2001. Etická problematika interrupcí. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2001, roč. 10, č. 2, s. 200-203. ISSN 1211-1058.
- (12) HOLLÁ, K., WEISS, P., UNZEITIG, V., CIBULA, D. 2009. Interrupční chování a postoje k umělému přerušování těhotenství u českých žen: Výsledky národního výzkumu. *Česká gynekologie*. 2009. roč. 74, č. 2, s. 92-96. ISSN 1805-4455.
- (13) CHARLES, V. E., POLIS, Ch. B., SRIDHARA, S. K., BLUM, R. W. 2008. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*. 2008. vol. 78, no. 6, pp. 436-450. ISSN 00107824.
- (14) JAKEŠOVÁ, Petra. 2005. Vybrané problémy právní úpravy umělého přerušování těhotenství. *Zdravotnictví a právo*. 2005, roč. 9, č. 6, s. 4-7. ISSN 1211-6432.
- (15) KHOUZAM, Hani Raoul, DONNELLY, Nancy J. 2002. Posttraumatická stresová porucha: Bezpečná a účinná léčba v primární péči. *Medicína po promoci*. 2002, roč. 3, č. 2, s. 60-66. ISSN 1212-9445.
- (16) KOLIBA, Peter, KOLIBA, Peter, ml. 2010. Předčasné ukončení těhotenství. In: *4. moravský regionální kongres k sexuální výchově*. Ostrava: CAT Publishing ve spolupráci se Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2010. s. 32-34. ISBN 978-80-904290-1-7.
- (17) KOLLÁROVÁ, B., ONDRIOVÁ, I., POŽONSKÁ, M., FERTAL'OVÁ, T. 2005. Interrupcia - právo ženy a nenarodeného dieťaťa. *Molisa* [online]. 2005, č. 2, s. 35-36. [cit. 2013-04-22]. ISSN 80-8068-396-7. Dostupné z: <http://www.unipo.sk/public/media/7613/12.pdf>

- (18) LÁZNIČKOVÁ, Ludmila. 2012. Předcházíme potratům z eugenických důvodů. In: STODOLA, Jiří, KRATOCHVÍL, Miroslav (ed.) *Nejmenší z nás 2012: sborník příspěvků interdisciplinární konference o právní ochraně osob před narozením*. 1. vyd. Moravská Ostrava: Bios - Společnost pro bioetiku, 2012, s. 235. ISBN 978-802-6031-956.
- (19) LEBEDOVÁ, Ivana, BIANCHI, Gabriel. 2009. Diskurzívne konštrukcie interrupcií u mladých žien (Q-metodologická štúdia). *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 2009, roč. 44, č. 4, s. 295-314. ISSN 0555-5574.
- (20) LEHOTSKÁ, Mária, MORAUČÍKOVÁ, Eva. 2006. Psychologické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti pri neúspešnej tehotnosti. *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metódik*. 2006, roč. 12, č. 4, s. 191-194. ISSN 1335-5090.
- (21) MALÁ, Eva. 2002. Posttraumatická stresová porucha. *Remedia*, 2002. roč. 12, č. 6, s. 381-396. ISSN 0862- 8947.
- (22) NEUBERT, D., KRYL, M., MACHAČ, Š., ĽUBUŠKÝ, Marek. 1999. Stresové príznaky u pacientek po UPT z indikácie VVV plodu - zásady komunikácie. In: *Psychosomatické aspekty gynekológie a porodníctví*. Praha: Levret, 1999. s. 207-211. ISBN 80-238-4740-6.
- (23) PIDRMAN, Vladimír, jr. 2007. Posttraumatická stresová porucha (PTSD). *Praktický lékař*. 2007, roč. 87, č. 10, s. 615-617. ISSN 0032-6739.
- (24) PRAŠKO, Ján, LÁTALOVÁ, Klára, GRAMBAL, Aleš, et al. 2010. Trauma a postraumatická stresová porucha. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, roč. 11, s. B7. ISSN 1213-0508.
- (25) PRAŠKO, Ján. 2005. Posttraumatická stresová porucha. *Psychiatrie. Postgraduální medicína*, 2005. roč. 7, č. 1, s. 73-79. ISSN 1212-4184.
- (26) *Proč pláčeš, Miriam: utrpení žen po potratu: postabortivní syndrom: informace lékařů o psychických následcích potratu a svědectví postižených žen*. Praha: Hnutí Pro život ČR, 2000. ISBN 80-238-4824-0.
- (27) REARDON C. David. 2012. Seznam závažných fyzických komplikací umělého potratu. In: STODOLA, Jiří, KRATOCHVÍL, Miroslav (ed.) *Nejmenší z nás 2012: sborník příspěvků interdisciplinární konference*

- o právní ochraně osob před narozením*. 1. vyd. Moravská Ostrava: Bios - Společnost pro bioetiku, 2012, s. 235. ISBN 978-802-6031-956.
- (28) RUBIN, L., RUSSO, N. 2004. Abortion and Mental Health: What Therapists Need to Know. *Women & Therapy*. 2004, vol. 27, no. 3/4, pp. 69-90. ISSN 0270-3149.
- (29) STARÁ, Ivana. 2008. Interrupce z pohledu práva. *Zdravotnictví a právo*. 2008, roč. 12, č. 9, s. 8-9. ISSN 1211-6432.
- (30) STOTLAND, N. L. 2001. Psychiatric aspects of induced abortion. *Archives of Women's Mental Health*. 2001, vol. 4, no.1, pp. 27-31. ISSN 14341816.
- (31) ŠIMONOVÁ, D., FAIT, Tomáš, WEISS, Petr. 2010. Některé charakteristiky žadatelek o umělé ukončení těhotenství. *Česká gynekologie*. 2010, roč. 75, č. 3, s. 187-192. ISSN 1210-7832.
- (32) ŠÍPEK, A., GREGOR, V., HORÁČEK, J., MAŠATOVÁ, D., SVĚTNICOVÁ, K. 2004. Výskyt a přežívání dětí s vybranými typy vrozených vad v České republice v období 1994-2001 (1. Část). *Česká gynekologie*. 2004, roč. 69, č. 1, s. 59-65. ISSN 1210-7832.
- (33) ŠTEMBERA, Zdeněk, VELEBIL, Petr. 2000. Vývoj reprodukčního zdraví žen v ČR v období 1993-1997 V. Mezinárodní srovnání. *Česká gynekologie*. 2000, roč. 65, č. 2, s. 398-405. ISSN 1210-7832.
- (34) ŠTEMBERA, Zdeněk, VELEBIL, Petr. 2004. Prognóza péče o reprodukční zdraví v ČR do roku 2010: II. Plánované rodičovství. *Česká gynekologie*. 2004, roč. 64, č. S1, s. 68-77. ISSN 1210-7832.
- (35) ŠULOVÁ, Lenka, FAIT, Tomáš. 2009. Nechtěné děti. *Česká gynekologie*. 2009, roč. 74, č. 3, s. 228-233. ISSN 1210-7832.
- (36) VIŠŇOVSKÝ, Jozef, CULBOVÁ Martina, FIOŁKA, Roman. 2010. Prerušenie gravidity v II. trimestri tehotnosti. *Gynekológia pre prax*. 2010, roč. 8, č. 2, ISSN 1336-3425.
- (37) WALTERS, V., OAKLEY, D. 2002. Hypnosis in post – abortion distress: An experimental case study. *Contemporary Hypnosis (John Wiley & Sons, Inc.)*. 2002, vol. 19, no 2, pp. 85-99. ISSN 09605290.

- (38) WEIDLICHOVÁ, M. 2006. Vplyv umelého potratu na duševné zdravie ženy. *Psychiatria pre prax*. 2006, roč. 7, č. S1. ISSN 1335-9584.
- (39) WEISS, Petr, ZVĚŘINA, Jaroslav. 1998. Faktory ovlivňující postoje české populace k umělému přerušení těhotenství. *Česká gynekologie*. 1998, roč. 63, č. 5, s. 411- 413. ISSN 1210-7832.