

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Milada Lázničková, DiS.

*Informovanost sociálních pracovníků
o hypotetickém postabortivním syndromu*

Bakalářská práce

vedoucí práce: ThLic. Jakub Doležel, ThD.

2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne

.....
Bc. Milada Lázničková, DiS.

Poděkování

Mé poděkování patří ThLic. Jakubu Doleželovi, ThD. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnoval.

Děkuji také Mgr. Pavlíně Valouchové, Ph.D. za poskytnuté rady k výzkumné části a Mgr. Veronice Plaché za rady ke kapitole Potrat jako „tíživé tajemství“.

Mé poděkování patří též všem respondentům za vyplnění dotazníku při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VYMEZENÍ POJMŮ VZTAHUJÍCÍCH SE K PROBLEMATICE POTRATU	10
1.1 Definice pojmu potrat podle české legislativy	10
1.2 Etické hodnocení	11
2 DŮSLEDKY POTRATU	13
2.1 Diskuze o existenci dopadů potratu.....	13
2.1.1 Psychické dopady	18
2.1.2 Sociální dopady	23
2.1.3 Zdravotní (biologické) dopady	24
2.1.4 Spirituální dopady.....	24
2.2 Vlivy, které prohlubují negativní vnímání důsledků potratu.....	25
3 PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÁ NA PÉČI O KLIENTA S NEGATIVNÍMI DOPADY POTRATU	28
3.1 Psychiatrická a psychotherapeutická péče o klienta s negativními dopady potratu	28
3.2 Psychotherapie podle směru The New Experience for Survivors of Trauma	29
4 SOCIÁLNÍ PRÁCE ZAMĚŘENÁ NA PÉČI O KLIENTA S NEGATIVNÍMI DOPADY POTRATU	31
4.1 Sociální práce a její vymezení	31
4.2 Sociální práce s osobami s duševně nemocnými.....	32
4.3 Sociální práce s osobami s negativními dopady potratu	34
4.3.1 Krizová intervence.....	35
4.3.2 Psychodynamický přístup.....	37
4.3.3 Postupy opírající se o práci s tělem	41
4.3.4 „Kroky k uzdravení“	42
5 ORGANIZACE, ZAŘÍZENÍ A SLUŽBY, KTERÉ PRACUJÍ S DOPADY POTRATU V ČESKÉ REPUBLICE	47

5.1	Organizace a zařízení	48
5.2	Služby	50
6	VÝZKUMNÁ ČÁST	52
7	CÍL VÝZKUMU	52
8	DESIGN VÝZKUMU	54
9	VÝZKUMNÝ NÁSTROJ	56
10	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	58
11	HYPOTÉZY	59
12	TVORBA DOTAZNÍKU	62
13	VÝZKUMNÝ SOUBOR	63
14	VÝSLEDKY	69
15	DISKUZE A IMPLIKACE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI	88
	ZÁVĚR	95
	SEZNAM LITERATURY	97
	PŘÍLOHA	106

Úvod

Sociální práce realizovaná v rámci sociálních služeb představuje nejen teoretickou disciplínu, ale především obor praktické činnosti zaměřený na posilování důstojnosti klientů a podporu jejich sociálního fungování. Je to také činnost zaměřená na řešení a odhalování sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života klientů (Navrátil, 2000).

V této práci se věnuji problematice hypotetického postabortivního syndromu, konkrétně tomu, jak sociální pracovník může řešit a odhalovat jeho sociální a zdravotní rizika.

Postabortivní syndrom je hypotetická diagnóza, která dosud není formálně uznaná odbornou veřejností (American Psychiatric Association, 2015; World Health Organization, 2008). Nicméně, jak trefně podotýká Freedová a Salazarová (2008), přesto to neznamená, že postabortivní syndrom neexistuje. Speckhard a Rue (1992, podle American Psychological Association, 2008, s. 11) uvádí, že traumatická zkušenost z potratu může vést k vážným duševním problémům, pro které doporučují užívat termín postabortivní syndrom. Speckhard a Rue vymezují postabortivní syndrom jako specifickou posttraumatickou poruchu, která je srovnatelná se symptomy u vietnamských veteránů při prožití traumatu jako jsou flashbacky a popírání, a také uvádějí další symptomy, jako jsou deprese, smutek, hněv, stud, vina u přeživších a zneužívání návykových látek (Speckhard a Rue, 1992, podle American Psychological Association, 2008, s. 11). Macková (2010) poukazuje na to, že pokud žena u lékaře v současné době vykazuje znaky postabortivního syndromu, její diagnóza je posttraumatická stresová porucha.

Proto hypotetický postabortivní syndrom spadá také do širšího okruhu nemocí v oboru psychopatologie. Domnívám se, že je podstatné věnovat zvýšenou péči ženám, které podstoupily umělé přerušení těhotenství nebo prodělaly spontánní potrat.

Každá žena, která má za sebou zkušenost potratu, je tímto zážitkem hluboce ovlivněna (Freedová a Salazarová, 2008). *Centrum naděje a pomoci* je jedno z mála center, kde se věnují mimo jiné ženám, které mají za sebou tuto zkušenost prožívanou jako bolestivou, a snaží se jim pomoci na cestě k vnitřnímu uzdravení (Centrum naděje a pomoci, 2015). Zde pracuji jako sociální pracovníce a během intervencí často vnímám smutek klientek ze ztráty dítěte, který se mne osobně dotýká.

Proto mou vnitřní motivací k napsání této práce je snaha zjistit co nejvíce informací a možností, jak mohu být pro ženy, které prodělaly potrat, oporou a jak jim mohu pomoci znovu žít spokojeným a harmonickým životem. Také doufám, že díky této bakalářské práci

budu schopná být nápomocná ženám i během osobních konzultací, kdy zatím raději místo sebe doporučuji zkušenější kolegyně.

V časopisu *Sociální práce/Sociálna práca* jsem nenašla žádný článek pod klíčovým slovem postabortivní syndrom. Pod stejným klíčovým slovem jsem stejně tak nenalezla článek v příbuzném oborovém časopisu *Československá psychologie* nebo v časopisu *Psychoterapie*. Při vyhledávání článků na toto téma jsem hledala i pod pojmy potrat, interrupce a kombinace pojmů PTSD a těhotenství. Dalším hledáním jsem v časopisu *Sociální práce/Sociálna práca* číslo 2/2010 nalezla rozhovor s Martinou Hráskou uvedený pod názvem *Se smrtí dítěte se nelze smířit, ale je možné se i s touto bolestí naučit žít*. Tento rozhovor je směřován na představení služby organizace *Dlouhá cesta*. Hráská v rozhovoru zmiňuje také projekt *Prázdná kolébka*, který se věnuje rodičům, jejichž dítě zemřelo před narozením nebo krátce po narození. Hráská uvádí, že rodiče těchto dětí mají jiné prožitky než rodiče, kterým zemřely děti, s nimiž mohli prožít delší životní etapu. Dále se věnuje problematice zdravotnického jednání při smrti dítěte v prenatalní a postnatalní fázi. Hlubší pojednání o dopadech ztráty dítěte v době těhotenství nejsou v článku představeny (Dohnalová, 2010).

Studiem české odborné literatury jsem dospěla k názoru, že informace o dopadech potratu jsou nedostatečně známé. Je zarážející, že v knize *Posttraumatický rozvoj člověka* od Mareše (2012) autor zmiňuje prevalenci možného vzniku posttraumatické stresové poruchy u rodičů při narození dítěte s postižením, a proto doporučuje při pozitivních testech na vrozené vývojové vady u dětí v prenatalním vývoji podstoupit umělé přerušování těhotenství. Autor se ale nijak nezmiňuje o možných rizicích, která mohou vzniknout u rodičů po takto ukončeném těhotenství. Neuvádí ani to, že ukončení těhotenství může být příčinou vážných fyzických a psychických problémů ženy, přestože Americká psychologická asociace tvrdí, že potrat může vést k vytvoření specifické formy posttraumatické stresové poruchy (Speckhard a Rue, 1992, podle American Psychological Association, 2008, s. 11).

Předmětem mé rešerše jsou diplomové práce věnující se postabortivnímu syndromu v oboru sociální práce a příbuzných oborů. Postabortivnímu syndromu se věnuje Macková (2010) ve své diplomové práci *Postabortivní syndrom*, která se nezaměřuje na obor sociální práce, ale na obor sociální pedagogika. Z pohledu sociální práce napsala bakalářskou práci *Pohledy na interrupci a jejich reflexe v kontextu sociální práce* Janečková (2011) a zmiňuje i možné následky interrupce, kde uvádí postabortivní syndrom. Tento jev uvádí z oboru sociální práce ve své bakalářské práci *Životní situace neplodných žen* Balabánová (2013). O možném vzniku hypotetického postabortivního syndromu se z odborného hlediska sociální práce zmiňuje Koukolová (2013) v absolventské práci *Možnosti sociální pomoci ženám při*

nechtěném těhotenství. Autorka píše i o potřebnosti dobré informovanosti sociálních pracovníků o této problematice pro následnou vhodnou intervenci.

Ratislavová (2015) napsala disertační práci na téma *Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. Autorka perinatální ztrátu vymezuje jako „úmrtí plodu nebo novorozence v perinatálním období doprovázené většinou u ženy/rodičů pocity smutku, bezmoci, žalem různé intenzity a myšlenkami na zemřelé dítě“ (Ratislavová 2015, s. 16). Tato práce se podrobně věnuje potřebné péči o ženu, která přišla o dítě. Přehlednou odbornou práci z oblasti psychologie o možnosti pomoci ženám, které mají za sebou zkušenost ze smrti dítěte v prenatalním vývoji, napsala Borůvková (2012). Autorka se ve své diplomové práci *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou* zaměřuje především na pomoc ženám, které přišly o dítě v 2. a 3. trimestru těhotenství.

V odborném článku *Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence*, který napsaly autorky Dohnalová a Pavlíková (2011), se věnují potřebnosti vhodné psychosociální pomoci ze strany zdravotníků ženám po smrti dítěte v prenatalním nebo perinatálním období. Autorky poukazují na důležitost užší spolupráce zdravotníků a sociálních služeb, a to především neziskových organizací pro následnou pokračující vhodnou pomoc. Proto mou vnější motivací je sepsání odborné práce v oboru sociální práce o problematice hypotetického postabortivního syndromu.

Pro hlubší pochopení problematiky jsem absolventskou práci věnovala tématu *Sociální práce s klientem s posttraumatickou stresovou poruchou* (Lázničková, 2014) a zúčastnila jsem se XII. mezinárodní konference NEST a XIII. mezinárodní konference NEST, které jsou zaměřeny na pomoc lidem s posttraumatickou stresovou poruchou. Zkratka NEST znamená *New Experience for Survivors of Trauma* a odborníci, kteří se věnují přístupu NEST, se věnují i lidem s hypotetickým postabortivním syndromem.

Ke své práci jsem použila celou řadu zdrojů. Jedním z pramenů je kniha *Proč pláčeš, Miriam, Utrpení žen po potratu - „Postabortivní syndrom“ (Svědectví postižených žen a informace lékařů o psychických následcích potratu)* od Stössel a kol. (2000). Tato kniha je určena pro laickou veřejnost, ale jsou zde i záznamy z odborných studií o postabortivním syndromu, které ve své práci zmiňuji. Vycházím také ze sborníku příspěvků *Nejmenší z nás* (2012), vydaného u příležitosti *Konference o právní ochraně osob před narozením*. Můj stěžejní zdroj pro kapitulu Sociální práce s osobami s negativními dopady potratu představuje kniha *Čas k uzdravení: Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu* od autorek Freedové a Salazarové (2008).

K základním pramenům patří také knihy *Encyklopedie sociální práce* od Matouška a kol. (2013), dále *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi* od Matouška a kol. (2005), *Základy sociální práce* od Matouška a kol. (2007) a *Teorie a metody sociální práce* od Navrátila (2001).

Z elektronické databáze používám například odborný článek *Abortion among young woman and subsequent life outcomes* od autorky Patricie R. Casey (2010), dále metaanalýzu *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research Publisher 1995-2009* od autorky Priscilly K. Coleman (2011) a odborný článek *Effectiveness of group psychotherapy for adult outpatients traumatized by abuse, neglect, and/or pregnancy loss: A multiple-site, pre-post-follow-up, naturalistic study* od autorů Witolda Simona a Piotra Sliwky (2012).

Má práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Jejím cílem je **zjištění informovanosti sociálních pracovníků o problematice postabortivního syndromu** a také to, zda na tuto informovanost má vliv délka jejich praxe a stupeň vzdělání. Po potratu mohou nejen u ženy vznikat sociálně patologické jevy, které mají další negativní dopad na sociální fungování, proto kvalita informovanosti sociálních pracovníků o této problematice má následně vliv na práci s klienty i na to, jakým způsobem se bude obnovovat jejich sociální fungování.

Teoretická část

1 Vymezení pojmů vztahujících se k problematice potratu

První kapitola je věnována potratu, který může být příčinou hypotetického postabortivního syndromu, jehož problematice se práce věnuje. Nejdříve bude vymezen koncept potratu dle české legislativy a následovat bude etické zhodnocení dané problematiky.

1.1 Definice pojmu potrat podle české legislativy

Smrt dítěte během těhotenství lze rozlišit dle legislativy na narození mrtvého dítěte a ukončení těhotenství následkem potratu. K narození mrtvého dítěte dochází, když je plod vypuzen nebo vyňat z matčina těla, přičemž dítě nemá žádné známky života a jeho váha je alespoň 500 gramů. Potrat nastává, pokud nastane ukončení těhotenství a plod neprojevuje žádné známky života, porodní hmotnost je méně než 500 gramů, a v případě, pokud nelze zjistit porodní hmotnost dítěte a průběh těhotenství trval méně než 28 týdnů. Potratem se také rozumí, jestliže plod projevuje přinejmenším jednu známku života, jeho váha je pod 500 gramů a zemře do 24 hodin. Další možností je, že z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce nebo byla vyňata těhotenská sliznice. Potrat nastává také ukončením mimoděložního těhotenství, nebo pokud je potrat proveden dle zvláštních předpisů, čímž je míněno umělé přerušení těhotenství dle *zákona České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství* (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování).

Poslední známé údaje o počtu potratů jsou pro rok 2013.¹

¹Upozorňuji, že v tabulce nejsou data mrtvě narozených dětí.

Tabulka č. 1: Potraty dle druhu a stáří plodu v týdnech, rok 2013

Stáří plodu v týdnech	Samovolné potraty	Umělá přerušení těhotenství				Mimoděložní těhotenství	Ostatní	Celkem
		miniinterrupce	jiná legální	celkem	z toho ze zdrav. důvodů			
do 8	8 712	16 439	798	17 237	2 596	1 156	-	27 105
9–16	4 657	-	4 998	4 998	1 275	106	-	9 761
17–28	339	-	479	479	479	3	-	821
celkem	13 708	16 439	6 275	22 714	4 350	1 265	0	37 687
	podíl v %							
do 8	63,55	100,00	12,72	75,89	59,68	91,38	-	71,92
9–16	33,97	-	79,65	22,00	29,31	8,38	-	25,90
17–28	2,47	-	7,63	2,11	11,01	0,24	-	2,18
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-	100,00

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015

1.2 Etické hodnocení

Jak jsem se již zmínila výše, v České republice lze ukončit těhotenství dle *zákona České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství*. Interrupce je vykonávána do 12. týdne těhotenství bez udání důvodů. Pokud je těhotenství delší než 12 týdnů, může být těhotenství uměle přerušeno, pokud ohrožuje život nebo zdraví matky, pokud je předpokládáno, že je ohrožen zdravý vývoj dítěte nebo je pravděpodobné, že se dítě narodí s postižením. Poslední stav se nazývá geneticky vadný vývoj plodu (zákon č. 66/1986 Sb., zákon České národní rady o umělém přerušení těhotenství).

Umělé přerušení těhotenství dle české legislativy a na území České republiky může podstoupit dívka, která je mladší 16 let, pouze se souhlasem zákonného zástupce. Pokud je dívka starší než 16 let, ale nedosáhla plnoletosti, může umělé přerušení těhotenství podstoupit, ale zákonní zástupci jsou informováni až po zákroku. Po dovršení 18 let již rodiče a ani otec

prenatálního dítěte² nejsou informováni (zákon č. 66/1986 Sb., zákon České národní rady o umělém přerušení těhotenství).

Jankovský (2003, s. 117) rozlišuje důvody umělého přerušení těhotenství na eugenické, kdy se předpokládá narození dítěte s postižením, etické, když žena otěhotní například po znásilnění nebo incestu, sociální, když rodina není schopna dítě finančně zabezpečit, a terapeutické, pokud těhotenství ohrožuje matku na životě.

Pro umělé přerušení těhotenství někteří odborníci používají terminologii „*umělé ukončení těhotenství*“ z toho důvodu, že jedno těhotenství nelze přerušit a následně v něm pokračovat, ale vždy je ukončené (Kratochvíl a Lázničková, 2012, s. 179). Jankovský používá terminologii „*indukovaný potrat*“ a terminologii „*umělé přerušení těhotenství*“ se ze stejných důvodů vyhýbá (Jankovský, 2003, s. 116).

² Pojem prenatální dítě zavedl Peter G. Fedor-Freybergh (2013).

2 Důsledky potratu

V této kapitole se zabývám problematikou možných potíží, které se projeví jako následky potratu (spontánního i umělého). Pozastavuji se i nad hypotetickou terminologií „postabortivní syndrom“.

2.1 Diskuze o existenci dopadů potratu

Cassey (2010) píše, že mnoho žen po potratu zažívá smutek a lítost. Tyto emoční reakce jsou srozumitelné a nepředstavují psychickou poruchu. Je zaznamenána i jistá emocionální trajektorie u žen, které mají zkušenost potratu. Ty ukazují, že výrazná většina před podstoupením zákroku zažívá úzkost a bezprostředně po operaci vnímá pocit úlevy. Ženy tuto krátkodobou emocionální reakci (své pocity) popisují slovy, jako je „svoboda“ a „opětovná kontrola“. Autorka dále píše, že ženy zažívají emoce pozitivní i negativní. Negativní emoce bývají popisovány jako vina, smutek, žal. Tyto pocity jsou kompenzovány pozitivním pocitem úlevy a štěstí. Při dotázání žen, zda jejich rozhodnutí (podstoupení interrupce) bylo správné, byla jejich odpověď kladná, i když. Ačkoli většina žen referuje o pocitu úlevy, není tento pocit univerzální pro všechny ženy. Zvýšené pocity nespokojenosti vznikly u 10,8 % žen do 1 měsíce a až u 16,3 % žen do 2 let po potratu (Casey, 2010).

Autorka se zmiňuje o kvalitativní studii (Goodwin a kol., 2007, podle Casey 2010, s. 4) popisující emoční stav žen po potratu, který prožily před 9 lety. Ženy, které pociťovaly nejprve úzkost a následné uvolnění nebo badatelům nenahlásily negativní dopady, jsou většinou ženy, které sdílí následnou konceptualizaci. Zárodek vnímají méně jako člověka, dále vědce informovali o větší sociální podpoře, kdy jejich sociální okolí podporovalo rozhodnutí pro potrat. Naopak skupina žen, u které úzkost pokračovala (úzkost převažovala nad pocity úlevy), popisovala následný proces. Po potratu ženy pociťovaly počáteční úlevu, poté se dostavily pocity úzkosti. Událost potratu proto přehodnotily jako negativní zkušenost. U těchto žen byla vyzorována následná konceptualizace. Zárodek vnímají více jako člověka, hlásily nižší sociální podporu a vnímaly, že jejich sociální okolí je za podstoupení zákroku odsuzuje nebo neguje dopady potratů na ženy (Goodwin a kol., 2007, podle Casey 2010, s. 4).

Casey (2010) dále píše, že ti, kteří podporují pohled na specifické poruchy po potratu, nazývají tento soubor příznaků postabortivní syndrom. Při použití předlohy posttraumatické stresové poruchy se nabízí myšlenka, že popsání příznaků jsou fenomenologicky podobné těm, které prožívají lidé, kteří trpí posttraumatickou stresovou poruchou. Obsah je ale

zaměřen na potrat a dítě. Postabortivní syndrom dosud nebyl ověřen s jeho danou entitou, s vlastním souhrnem symptomů nebo průběhem, aby jej tyto informace oddělovaly od ostatních duševních onemocnění (Casey, 2010). Také na internetových stránkách *After abortion* je uvedeno, že postabortivní syndrom není uznanou diagnózou pro ženy, které trpí negativními dopady potratu, a to z toho důvodu, že zatím nebyly provedeny rozsáhlejší studie, které by stačily k potvrzení jeho existence (After abortion, 2002).

„Postabortivní syndrom představuje soubor psychický příznaků, které mohou nastat jako důsledek po prožití potratu“ (Stössel, 2000, s. 9). Je nutné dodat, že jde jak o prožití potratu samovolného, tak umělého. Po umělém potratu je pro tento soubor příznaků kromě termínu postabortivní syndrom používán termín postinterrupční syndrom. I tato autorka zmiňuje, že postabortivní či postinterrupční syndrom je specifický typ posttraumatické stresové poruchy (Pištorová, 2012). Pro postabortivní syndrom se v literatuře můžeme setkat s použitím zkratky slov PAS (Casey, 2010; Stössel, 2000; Simonová, 2000, podle Madre, 2007; Freedová a Salazarová, 2008; Speckhard a Rue, 1992, podle American Psychological Association, 2008, s. 11).

Freedová a Salazarová píše, že postabortivní syndrom má negativní vliv na ženy (Freedová a Salazarová, 2008, s. 17). Tuto skutečnost rozšiřuje Stössel (2000), který souhlasí, že negativními dopady jsou postiženy ženy, ale nejen ony. Mohou jím také trpět partneři žen, které podstoupily potrat, dále i lékaři s ošetrovatelským personálem, kteří se na výkonu potratu podíleli (Stössel, 2000, s. 9).

Přesto se ne všichni odborníci shodnou na existenci postabortivního syndromu. Organizace Planned Parenthood Federation of America tvrdí, že trauma vzniklé následkem potratu je mýtus (Janebová, 2006, podle Diallo a Lhotová, 2015, s. 60). Naopak tato organizace vyzdvihuje přínosy vzniklé potratem. Potrat je zde vnímán tak, že žena úspěšně zvládla krizovou situaci, ve které se nacházela (Russo a Dabul, 1997, podle Diallo a Lhotová, 2015, s. 60). Gynekolog a sexuolog Uzel tvrdí, že pokud interrupce byla pro ženu dobrovolná, není pravděpodobné, že by postabortivní syndrom měl vzniknout. Postabortivní syndrom vnímá jako tradici bludů a je to dle něj mýtus. Pokud se objeví takovýto jev, tak je dle Uzla vytvořen ze strany okolí, které ženu obviňuje. Naopak dodává, že ženy, u kterých proběhl legální umělý potrat v prvním trimestru, mohou mít pocity úlevy a štěstí. U 75 – 80 % žen převládají pozitivní pocity nad negativními, pokud se vůbec vyskytnou. Uzel také uvádí, že některá náboženská sdružení vypracovala studie o dopadech potratů na ženy s tím, že mohou mít vliv na výskyt schizofrenie a bipolární afektivní poruchy. Tyto studie jsou však dle jeho názoru kuriózní a neprokázané (Uzel, 2007).

Simonová, klinická psychologička, zkoumala 110 žen po umělém potratu. Zjistila, že více než polovina z nich se po umělém potratu necítila lépe a ani svobodněji. Naopak se ukázalo, že jsou bezprostředně po potratu nervóznější, nevyrovnané a nejsou schopny ani v budoucnu nalézt vnitřní klid a stabilitu. Dle její studie vyšlo, že ženy, které jsou věřící, trpí postabortivním syndromem, i když se vyzpovídaly (Simonová, 2000, podle Madre, 2007). Konkrétně Simonová (2000, podle Madre, 2007s. 104) píše: „*Katoličky, které přistupovaly k pracovníkům průzkumu s obzvláštní důvěrou, řekly, že se z potratu už mnohokrát zpovídaly, ale necítí žádné psychické uvolnění. V této souvislosti je třeba ještě jednou zdůraznit, že psychické následky po potratu jsou primárně duševního původu, a ne indukované (zapříčiněny) církevně – konfesijně. Jinak by musela zpověď, přinejmenším u katolíček, přinést uvolnění svědomí a tím i psychickou úlevu.*“

Výše zmíněný Uzluv příspěvek (2007) a názory Organizace Planned Parenthood Federation of America vyvrací Fergusson, který je sám je stoupencem „pro-choice“, to znamená, že souhlasí s interrupcemi a je i ateista. Fergusson se svým týmem vytvořil longituální studii, kde po dobu 25 let pozoroval ženy po potratu. Zde zjistili vztah mezi potratem a vznikem duševních potíží (sebevražedné chování, deprese, zneužívání návykových látek, úzkost a další psychické problémy), a to signifikantně. Jelikož Fergusson je stoupencem „pro-choice“, zároveň je ateista, tím se ovlivňuje vnímání, že i proto nelze výsledky této studie obvinít z předpojatosti (APA Briefing Paper on the Impact of Abortion on Women, 2005, podle Diallo a Lhotová, 2015. s. 60 - 61).

Pro lepší pochopení dané problematiky je následující odstavec věnován výsledkům uveřejněným v článku *Abortion Among Young Women And Subsequent Life Outcomes* od autorů Fergusson, Boden a Horwood (2007).

Mladé ženy uvádí jako důvody pro podstoupení umělého ukončení těhotenství obavy o další průběh svého života ve vztahu ke vzdělávání, zaměstnanosti a vlivu na budoucí vztahy. Fergusson, Boden a Horwood se zaměřili na to, zda potrat má očekávaný pozitivní vliv na dosažené vzdělání, na příjmy, na zamezení závislosti na sociálním systému a partnerské vztahy. Pro zjištění výsledků vedli 25letou longituální studii, které se zúčastnilo 492 žen. Porovnávaly se výstupy u žen, které před 21. rokem podstoupily ukončení těhotenství, které porodily a které těhotné nebyly. Na první pohled výsledky naznačovaly přínosy potratu podle většiny ukazatelů – dosažené vzdělání, příjmy, zamezení závislosti na sociálním systému a pozitivní vliv na partnerské vztahy. Autoři se následně zaměřili na možná zkreslení pomocí vývojové sekvence. Po úpravě faktorů došli k novým poznatkům. Opět se potvrdilo, že podstoupení potratu má pozitivní vliv na dosažené vzdělání v porovnání

se ženami, které porodily, a také i v porovnání s ženami, které těhotné nebyly. Další očekávané výhody ekonomické a očekávané lepší partnerské vztahy se u žen nepotvrdily. Proto je žádoucí další zkoumání žen po potratu a jeho dopadů na jejich ekonomický a sociální život. Výsledky studie významně nepodporují názor Pro life (podstoupení potratu má málo výhod a mnoho nevýhod) a ani názor Pro choice (podstoupení potratu má mnoho výhod a málo nevýhod). Autoři vnímají, že poznatky ze studie a práce s ní související vedou k závěrům, které jsou uprostřed mezi těmito dvěma krajními pohledy na dopady na život žen po umělém ukončení těhotenství. Autoři dodávají, že potrat má mírné zvýšení rizika na následné psychické problémy. K tomuto výstupu dodávají, že lze přihlídnout k možným zkreslujícím faktorům (Fergusson, Boden a Horwood, 2007).

Již výše bylo uvedeno, že hypotetický postabortivní syndrom není lékařsky uznán jako diagnóza a není uvedený v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize (dále jen MKN 10) ani v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch 5. revize (dále jen DSM 5), proto sociální pracovník nemá povinnost mít o něm znalost.

Následný text se věnuje historii odborné diskuze o existenci dopadů potratu.

Veřejnou debatu o dopadech potratu na duševní zdraví lze vysledovat od roku 1987, kdy tehdejší prezident Ronald Reagan zadal generálu C. Everett Koopovi úkol, aby připravil zprávu o dopadech potratu na veřejné zdraví (na psychické a fyzické). Po provedení obsáhlého přezkumu vědecké literatury Koop odmítl vydat oficiální zprávu. Místo toho poslal dopis prezidentovi Reaganovi datovaný k 9. lednu 1989 (Major a kol., 2009). Napsal v něm (1989a, podle Major a kol., 2009, s. 863), že došel k závěru, že dosažený výsledek byl nedostačující pro podpoření jakýchkoliv vědeckých zjištění o psychických dopadech způsobených potratem. V následném projevu před Kongresem Koop říkal, že jeho dopis se nezaměřoval na fyzická zdravotní rizika potratu z toho důvodu, že porodníci a gynekologové již dávno došli k závěru, že fyzické následky potratu u žen se neliší od těch, které se objevují u žen, které porodily, nebo od těch, které nikdy nebyly těhotné. Koop také říkal, že i když psychické reakce po potratu může být pro daného jedince zdrcující, psychická rizika po potratu z hlediska veřejného zdraví jsou nepatrná (Koop, 1989b, podle Major a kol., 2009, s. 863 – 864).

Aby se zajistilo vědecké informované posouzení výzkumu vztahující se k této důležité otázce, svolala v únoru 1989 Americká psychologická asociace (dále jen APA) diskusní panel vědeckých odborníků, aby přezkoumal vědeckou literaturu o psychologických reakcích na potrat. Panel se zaměřil na empirické studie s přísnými výzkumnými designy, vykazujícími poznatky o psychickém stavu žen, které podstoupily legální potraty v prvním trimestru

ve Spojených státech. Na základě přezkumu této literatury v roce 1989 dospěla pracovní skupina k závěru, že většina studií ukázala, že závažné negativní reakce po legálním, dobrovolném a v prvním trimestru provedeném potratu jsou vzácné a mohou být nejlépe pochopeny v rámci vyrovnaní se s normálním životním napětím. Pracovní skupina uznala, že některé ženy mají těžkou úzkost nebo trpí jinou psychopatologií po potratu, ale také poznamenala, že není jasné, zda tyto příznaky jsou kauzálně spojeny s potratem (Adler a kol., 1990, podle Major a kol., 2009, s. 864; Adler a kol., 1992, podle Major a kol., 2009, s. 864).

Po zveřejnění Koopova dopisu (1989a, podle Major a kol., 2009, s. 864) a jeho neoficiálního návrhu zprávy (1989b, podle Major a kol., 2009, s. 864) a výsledné zprávy z roku 1989 (Adler a kol., 1990, podle Major a kol., 2009, s. 864 a Adler a kol., 1992, podle Major a kol., 2009, s. 864), vznikla řada nových studií, které byly publikovány v recenzovaných časopisech řešících vztah mezi interrupcí a duševním zdravím žen. Některé z nich podpořily závěry zprávy, zatímco jiné je vyvracely. Recenzenti dosáhli rozdílných závěrů (Major a kol., 2009, s. 864). Na základě přezkumu literatury vzniklé po roce 1990 například Bradshaw a Slade (2003, podle Major a kol., 2009, s. 864) uvádí, že u žen, které podstupují potraty, nevznikají horší psychické změny v porovnání se ženami, které porodily chtěné a nechtěné děti.

Existují ale i studie vykazující jiné závěry. Například na podporu zákona, který by zakázal všechny potraty v Jižní Dakotě s výjimkou těch, které by ohrožovaly život matky, byla předložena studie od Priscilly Coleman (2006b, podle Major a kol., 2009, s. 864), která dospěla k závěru, že vědecké důkazy ukazují, že potrat způsobuje významné riziko pro duševní zdraví žen a nese větší riziko citové újmy než po porodu.

Pro potřebu kritického zhodnocení současné literatury založila v roce 2006 Rada reprezentantů APA novou *Pracovní skupinu pro duševní zdraví a potrat* složenou z vědeckých odborníků v oblasti stigmatu, stresu a zvládání, mezilidského násilí, metodologie, ženského zdraví a reprodukčního zdraví. Věnuje se sběru a zkoumání údajů pro shrnující vědecký výzkum zaměřený na faktory duševního zdraví, které jsou spojené s potraty, včetně psychologické reakce po potratu, přičemž jejím posláním je produkovat zprávy založené na přezkoumání nejnovějších výzkumů (Major a kol., 2009).

Fergussonova longituální studie (Fergusson a ko, 2006, podle Diallo a Lhotová, 2015, s. 61) ovlivnila vyjádření APA z roku 2005. APA nejprve prohlásila, že není spojitost mezi potratem a následně vzniklým psychickým traumatem. Fergusson se svým týmem vznesl námitku. Námitka byla uznána, APA prohlášení změnila s tím, že je nutné provést další studie (Diallo a Lhotová, 2015). Prohlášení zní následovně: „*Most adult women who terminate*

a pregnancy do not experience mental health problems. Some women do, however. It is important that women's varied experiences of abortion be recognized, validated, and understood“ (Major a kol., 2009, s. 863).

Přesto, že tento hypotetický syndrom nebyl uznán, někteří odborníci ho používají. Jedná se například o Freedovou a Salazarovou (2008), které tento termín vložily do názvu knihy *Čas k uzdravení: Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. Tento termín je použitý také v názvu sborníku *Proč pláčeš, Miriam, Utrpení žen po umělém potratu, „Postabortivní syndrom“ (Svědectví postižených žen a informace lékařů o psychických následcích umělého potratu)*. Tento termín se objevuje i v názvu některých diplomových prací v České republice. Jedná se o *Postabortivní syndrom* (Macková, 2010), *Místo svědomí v postabortivním syndromu* (Bicanová, 2015), *Výskyt postabortivního syndromu u žen s předčasně ukončenou graviditou* (Tomečková, 2008). Odborné články často termín hypotetický postabortivní syndrom nepoužívají, protože není zatím uznán. Přesto odborné články s tímto termínem lze vyhledat, například článek *Postabortivny syndrom v svislosti s interrupciou v II. trimestri tehotenstva* od Urbanové (2004), *Post abortion syndrome* od Rankin (1988), *Diagnostic categorization of post-abortion syndrome* od Gomez a Zapata (2004) a podobně. Přesto místo tohoto termínu bývají v člancích upřednostňována spojení jako potrat a duševní zdraví a jim podobná v různých jazycích.

O možných psycho-sociálních problémech po potratu v České republice hovoří například psychiatrička MUDr. Ilona Burdová, gynekoložka MUDr. Ludmila Lázníčková, psychologička PhDr. Ilona Špaňhelová a prezident Hnutí pro život Radim Ucháč. Známým odpůrcem tvrzení o možných vzniklých potížích po potratu je gynekolog a sexuolog doc. MUDr. Radim Uzel, CSc.

2.1.1 Psychické dopady

O potratu a jeho významném vlivu na duševní zdraví píše Priscilla Coleman, (2011) která vytvořila kvantitativní analýzu *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009*. Tato studie zkoumala 877 181 žen, u 163 831 byl zaznamenán potrat. Při zkoumání byly brány v úvahy i psychické potíže probandů před potratem. Tato studie zjistila, že ženy, které podstoupily potrat, mají 81% zvýšené riziko problémů spojených s duševním zdravím. Rovněž zjistila, že téměř u 10 % žen jsou všechny problémy s duševním zdravím přímo spojeny s potratem. Studie byla publikována v *British Journal of Psychiatry*. Výzkum byl proveden ve snaze o vytvoření nezaujaté kvantitativní analýzy nejlepších dostupných důkazů zabývajících se tím, že potrat je

rizikový faktor mezi mnoha jinými, které mohou zvýšit pravděpodobnost psychických problémů. Kompozitní uvedené výsledky ukazují, že potrat je statisticky ověřeným rizikovým faktorem pro vývoj různých psychických poruch (Coleman, 2011).

Autorka konkrétně poukazuje na korelaci zkušenosti s potratem a zvýšeným rizikem zneužívání návykových látek - zneužívání alkoholu, alkoholové závislosti, zneužívání drog, drogové závislosti a užívání jakýchkoliv návykových látek. Zvýšená rizika vymezuje na 261 %, 142 %, 313 %, 287 % a 280 % v daném pořadí. Populační atributivní rizika (dále jen zkratka PAR)³ v procentech byla rovněž podobná, a to v rozmezí od 5,8 % do 24,7 %.

Autorka dále zmiňuje, že po potratu se zvyšuje riziko sebevražedných myšlenek na 59 % vzrůstem rizika vzniku sociální fobie na 61 % (Coleman 2011).

Pro doplnění vkládám tabulku č. 2 od Coleman (2011) s přehledem rizik duševních potíží vzniklých po potratu.

Tabulka č. 2: Rizika duševních potíží vzniklých po potratu

Rizika duševních potíží vzniklých po potratu	
Výsledek	PAR%
Úzkost	8,1
Deprese	8,5
Užívání alkoholu	10,7
Užívání marihuany	26,5
Veškeré sebevražedné chování	20,9
Sebevražda	34,9
Vše	9,9

Zdroj: Coleman, 2011, s. 183

³ Odhad PAR% udává podíl nemocných, kteří v celé cílové populaci onemocněli v důsledku sledovaného faktoru.

Další významná metaanalýza je od autorky Casey (2010), která se zaměřuje na vztah mezi potraty a psychickými potížemi (prevalence mezi psychiatrickými potížemi). Autorka srovnává různé studie a píše, že podstoupení potratu ženu ovlivňuje a žena má 30% vyšší riziko pro jakoukoli duševní poruchu kromě psychózy.

Po zážitku z potratu může vzniknout posttraumatická stresová porucha. Casey (2010) píše, že je překvapivé, že posttraumatická stresová porucha nebyla předmětem dalších studií, neboť traumatická povaha potratů u některých žen je uznána. Výzkum od autorů Major a kol. (2000 podle Casey, 2010, s. 7), při němž proběhlo dvouleté sledování žen po zkušenosti s potratem, vyplynulo, že u 1 % žen, které podstoupily potrat v prvním trimestru, vznikla posttraumatická stresová porucha. Naopak studie od autorů Coleman a kol. (2009 podle Casey 2010) naopak identifikují, že 19,8 % žen splňuje kritéria pro vznik onemocnění posttraumatické stresové poruchy.

Dále se Casey (2010) věnuje problematice zneužívání návykových látek v souvislosti s potratem. Autorka uvádí, že klinická souvislost mezi potraty a zneužíváním návykových látek je věrohodná, protože spojená tíseň by mohla vést ke zneužívání a později závislosti na látce (Casey, 2010). Zjistilo se (David a kol., 1981, podle Casey, 2010, s. 7). U norských žen, které byly mladší 25 let a měly zkušenost s potratem, byla zaznamenána vyšší míra zneužívání alkoholu, konopí, nikotinu a jiných nedovolených látek ve srovnání s mladými ženami po porodu nebo ženami, které těhotné nebyly. Podobné výsledky se objevují i v jiné studii (Dingle a kol. 2008, podle Casey, 2010, s. 7), kde identifikují vyšší riziko závislosti žen na tabáku a zneužívání návykových látek (kromě konopí) po potratu (umělém a spontánním) oproti ženám, které porodily dítě, nebo nikdy nebyly těhotné. Zneužívání alkoholu bylo prokázáno u žen, které mají za sebou zkušenost umělého potratu, ne u žen po spontánním potratu (Dingle a kol. 2008, podle Casey, 2010, s. 7). Podobné výsledky (Coleman a kol., 2009, podle Casey, 2010, s. 7) byly získány i ve Spojených státech amerických, kde je prevalence alkoholové závislosti u žen po potratu 23,4 % a závislosti na ilegálních návykových drogách je 16,7 %, přičemž lze připsat PAR v důsledku potratu ve výši 13,2% a 12,2%.

Další významná korelace vzniká ve spojení potratu a sebevražděného chování. Sebevražděné chování zahrnuje úmyslné sebepoškození, sebevražděné představy a sebevraždy, což se stalo předmětem různých studií ve vztahu k potratu. Studie od autorů Gilchrist a kol. (1995, podle Casey 2010, s. 8) se věnuje souvislosti potratu a úmyslného sebepoškození a autoři spekulují, zda úmyslné sebepoškození není ovlivněno spíše nepříznivou sociální situací než potratem samotným. Sebevražděné myšlenky byly také

popsány ve spojení s potratem, a to ve statisticky významné souvislosti. Sebevražda má vysoký výskyt u žen, které mají za sebou zkušenost potratu (Coleman, 2002, podle Casey 2010, s. 8). Ve studii od autorů Gissler a kol. (1996, podle Casey 2010, s. 8) jsou popsány následující údaje. 34,7/100,000 žen po potratu spáchaly sebevraždu ve srovnání s 5,9/100,000, které porodily. Národní průměrný údaj sebevražd u žen je 11,3/100,000. Tyto studie nemohou prokázat, že potrat je příčinou sebevraždy, i když samozřejmě je to jedna z možností. Dalším důvodem je, že zde mohou být společné faktory s vyhledáním možnosti podstoupit potrat a sebevraždou, jako jsou impulzivita nebo již existující duševní nemoci.

Další významnou problematikou je vztah depresivní poruchy a potratu. Častým spouštěčem depresivní poruchy je ztráta jakéhokoliv typu, proto je tato porucha často spojována s potratem. Ve studii od autorů Schmiedege and Russo (2005, podle Casey 2010, s. 8) 22 % žen po potratu splnilo kritéria deprese. Autoři této studie poznamenali, že tato míra deprese je podobná celkové věkové skupině u národa, kde byly ženy zkoumány. Tato studie neměla kontrolní skupinu. V sérii studií je hlášeno nižší riziko deprese u žen, které nebyly těhotné (o 65 % nižší riziko), a u žen, které byly těhotné, ale potrat nepodstoupily (o 52 % nižší riziko) ve srovnání se ženami, které podstoupily potrat. Studie od autorů Reardon and Cogle (2002, podle Casey, 2010, s. 8) se věnuje vzniku depresí po potratu, které může ovlivnit i sociální status. Vdané ženy, které se rozhodly podstoupit potrat, mají zjištěno vyšší riziko vzniku depresí než u vdaných žen, které nechtěně dítě porodily. Ve studii nebyly zjištěny rozdíly u svobodných žen.

Úzkostné poruchy jsou rovněž spojeny s potraty. Studie od autorů Coleman a kol. (2009, podle Casey, 2010, s. 8) identifikovala panické poruchy u 11 % žen po potratu a agorafobie u 18 % žen po potratu. Tyto údaje jsou podstatně vyšší u žen po podstoupení potratu než u těch, které potrat nepodstoupily.

Potrat lze propojit i s dalšími psychickými poruchami. Existuje předpoklad, že nevysvětlitelné fyzické příznaky jsou spojené s anamnézou potratu. Jedná se o studii od autorů Fertl a kol. (2009, podle Casey, 2010, s. 8). Vzorek může být zkreslený, protože studie byla provedena spíše ve speciálním patientském prostředí než v obecné populaci. Je možné, že potrat má vliv na bipolární poruchu. Ostatní psychotické poruchy nebyly v nedávné době přezkoumány, ačkoli badatelé studie od autorů Gilchrest a kol. (1995, podle Casey, 2010, s. 9) zjistili, že u pacientů bez předchozí psychiatrické anamnézy je vyšší riziko vzniku psychózy po porodu než po potratu, i když nutnost hospitalizace žen po potratu a po porodu byly podobné. Ze studie od autorů David, Rasmussen a Holst (1981, podle Casey, 2010, s. 8) bylo

zjištěno, že psychotické reakce byly častější u žen, které potratily (18,4/10,000), při srovnání s ženami po porodu (12/10,000).

Casey (2010) dále píše o specifických příznacích po ztrátě těhotenství, ať už umělým potratem, nebo přerušením těhotenství. Některé již byly zmíněny, přesto jsou zopakovány. Specifické příznaky bývají spojovány s významným nárůstem úzkostí, ačkoliv přesná data se liší. Zatímco úleva je nejprve nápadná po potratu, mísí se s negativními emocemi. Studie poukazují na vinu, hanbu s nápadnými vyhýbavými myšlenkami a pocity o potratu ještě dva roky po události. Obvyklé příznaky deprese nebo úzkosti jsou popsány s traumatem po potratu a mezi ně patří špatná nálada, úzkost a záchvaty paniky. Kromě toho ztráta potěšení ze života (anedonie), plačtivost, znepokojení, snížení zájmu, ztráta hmotnosti, špatné soustředění a nespavost mohou představovat rovněž problémy po potratu. Nepodložená a populární literatura popisuje také mnoho těchto příznaků včetně zaměření se na dítě, obavy z možné neplodnosti v budoucnosti, hněv zaměřený na ty, kdo ženu povzbudili k podstoupení potratu, přemítání o dítěti, které se nenarodilo, jak by mohlo vypadat a komu by se podobalo osobnostně (Casey, 2010).

Významná data o spojení sebevražedného jednání s potratem uvádí Gissler (2014). Autor píše, že ženy s nedávnou interrupcí mají trojnásobné riziko spáchání sebevraždy ve srovnání s ženami, které nebyly těhotné. Studie je zaměřená na sebevražedné tendence po interrupci v letech 1987 - 2012 ve Finsku, které poklesly o 24 %, z 32,4/100,000 v letech 1987 - 1996, na 24,3/100,000 v letech 1997 - 2001, kdy začala ve Finsku léčba po potratu, ale zatím dle neoficiálních pokynů. Poté se míra snížila 24,8/100,000 v roce 2002 - 2012, kdy ve Finsku začala léčba po potratu podle pokynů *Aktuální péče*. Míra sebevražd žen ve věku 15 - 49 let se snížila o 13 %; z 11,4/100,000 na 10,4/100,000 a 9,9/100,000. Po umělých potratech se počet sebevražd zvýšil o 30 % mezi teenagery (25/100,000), míra stagnovala u žen ve věku 20 až 24 let (kolem 32/100,000), ale poklesla o 43 % (na 21/100,000) u žen ve věku 25 - 49. Z toho vyplývá, že zvýšené riziko sebevraždy po indukovaném potratu se snížilo, ale tato změna nebyla statisticky významná. Ženy s nedávnou interrupcí mají ještě dvojnásobné riziko spáchání sebevraždy (Gissler, 2014).

Ney a Peetersová (2000) uvádí 19 příznaků postabortivního syndromu. Podle vlastního dělení jsem je vymežila na psychické, sociální, biologické a spirituální. Mezi psychické příznaky jsem zařadila následující: žal a duševní bolest, strach, dopady, zda dítě bylo chtěné, nebo nechtěné, hněv, reakce v den výročí, nedůvěra, poruchy spánku, nevyřešené krizové situace na základě strachu z přizpůsobování se a z navazování vztahů, nová inscenace tragédie, psychosomatické nemoci a deprese.

2.1.2 Sociální dopady

Volba pro potrat ovlivňuje sociální potřeby ženy. Ženy často jmenují vzdělávací, vztahové a finanční aspekty jako nejčastější důvody k rozhodnutí vedoucímu k podstoupení potratu (Sihvo a kol., 2003, podle Casey, 2010, s. 10). Běžná literatura (Font-Ribera a kol., 2008, podle Casey, 2010, s. 10) propojuje mateřství u dospívajících s celou řadou sociálních znevýhodnění, jako jsou nedostatečné vzdělání a chudoba, proto by mohly být očekávány sociální výhody, které vzešly z ukončení těhotenství. Přesto může potrat i negativně ovlivnit sociální charakter života. Několik studií (Zabin a kol., 1989, podle Casey, 2010, s. 10; Bailey a kol., 2001, podle Casey, 2010, s. 10), které zkoumaly tuto problematiku, poukazuje na lepší zaměstnání a vzdělání u žen po potratu než u těch, které dítě porodily (Zabin a kol., 1989, podle Casey, 2010, s. 10; Bailey a kol., 2001, podle Casey, 2010, s. 10). Studie (Bailey a kol., 2001, podle Casey, 2010, s. 10) dále poukazuje na nižší sebevědomí u žen po potratu než u žen, které porodily. Tato studie vymezuje, že vztahy se časem zhoršují v obou skupinách (Bailey a kol., 2001, podle Casey, 2010, s. 10). Nedávná studie (Fergusson a kol., 2007, podle Casey, 2010, s. 10) poukázala na výhody dosaženého vzdělání a zároveň vyšší závislosti na sociálních dávkách, nižší míře zaměstnanosti a vzniklých obtížích ve vztazích ve skupině žen, kde byl v porovnání s dalšími skupinami v anamnéze potrat.

Potrat ovlivňuje i partnera ženy a jejich psychosexuální vztahy. Většina zaměření dopadů potratu u žen je o vzniku psychiatrických poruch. Mnohem méně je zkoumána problematika dopadu potratu na partnera, vztahy nebo sexuální dysfunkci (Casey 2010). Negativní sexuální dopady byly identifikovány u 10 - 20 % žen po interrupci, a to až tři roky po prožití ukončení těhotenství (Bradshaw, 2003, podle Casey 2010, s. 11). Zajímavé jsou výsledky pozorování (Coleman 2009, podle Casey 2010, s. 11), že muži stejně jako ženy hlásí negativní reakce. U těch, kteří zažili potrat v aktuálním vztahu, existuje zvýšené riziko žárlivosti, objevují se potíže s drogami, zatímco u žen vznikají hádky týkající se problematiky peněz, příbuzných partnera a jejich záležitostí. Tito muži a ženy mají zvýšené riziko dohadovat se o dětech v porovnání s muži a ženami, kteří nezažili potrat. Kromě toho bylo zjištěno, že ženy mají zvýšené riziko vzniku různých forem psychosexuálních dysfunkcí (Coleman a kol., 2009, podle Casey 2010, s. 11).

Ney a Peetersová (2000) zmiňují mezi sociálními dopady potratu odplatu. Ženy mají potřebu se pomstít lidem, kteří je k zákroku přemluvili, a také mužům, s kterými počali dítě.

U žen také vznikají problémy s rodičovstvím u již narozených dětí nebo u dětí později narozených. Tyto děti mohou být i zneužívány a zanedbávány (Ney a Peetersová, 2000).

2.1.3 Zdravotní (biologické) dopady

Zdravotní dopady po potratu jsou dnes známé a uznané. V této kapitole se opět dotkneme tématu smrti ženy, protože Reardon (2012) se o ní zmiňuje jako o zdravotním dopadu a myšlenku rozšiřuje o rizikové jednání, které následně končí smrtí.

Reardon (2012) píše o závažných fyzických komplikacích umělého potratu. Přibližně 10 % žen po umělém potratu trpí akutními problémy a u 2 % žen jsou zdravotní potíže závažné. Některé komplikace se mohou objevit až za několik dní, měsíců a někdy až za několik let.

Nejzávažnější problematikou je smrt ženy. Ženy po umělém potratu jsou dle statistiky v následujícím roce až z 60 % ohroženy přirozenou smrtí oproti ženám, které porodily dítě. Taktéž je zde sedmkrát vyšší pravděpodobnost, že spáchají sebevraždu, čtyřikrát vyšší pravděpodobnost, že zemřou na následky zranění způsobené nehodou, a čtrnáctkrát vyšší pravděpodobnost, že budou zavražděny. Smrt po nehodě a způsobenou vraždou si odborníci vysvětlují tím, že žena má po potratu riskantnější a sebevražedné chování (Reardon, 2012).

Následnou komplikací po umělém potratu je zhoubný nádor hrdla děložního, vaječníku a jater; perforace dělohy; lacerace hrdla; vcestné lůžko; následné předčasné porody a další komplikace po porodu; postižení novorozenci v dalších těhotenstvích; mimoděložní těhotenství; pánevní záněty; zánět děložní sliznice; akutní komplikace; zvýšené riziko žen, které podstoupí více potratů; zhoršení zdraví obecně; zvýšená rizika dalších rizikových faktorů a zvýšená rizika pro teenagery (Reardon, 2012).

Ney a Peetersová (2000) mezi zdravotními dopady po potratu zmiňují náhlé přerušení hormonálního cyklu, které může způsobit rakovinu prsu.

2.1.4 Spirituální dopady

Diallo a Lhotová (2015) uvádí, že postoupení umělého potrat může u ženy způsobit negativní dopady nejen v životě psychickém, ale také zdravotním a sociálním. Autorky dodávají, že potrat může ovlivnit i duchovní život ženy (Diallo a Lhotová, 2015).

Ney a Peetersová (2000) uvádí příznaky postabortivního syndromu - pocit viny, který je častým spouštěčem depresí a sebevražedného jednání. K zamezení vnímání pocitu viny jsou ženami někdy využity obranné mechanismy popření a projekce (vlastní vnímání, že

zastánci „pro life“ způsobují pocity viny). Dále ženy často pociťují ztrátu smyslu života, strach z rodičovství, ztracenou nevinu a krizi vlastní identity (Ney a Peetersová, 2000).

Freedová a Salazarová (2008) se setkávají s hněvem na Boha samotného, že dopustil podstoupení potratu a nic neudělal, aby jim v tom zabránil. Podle autorek ženy často trpí pocity viny a studu, jak již bylo zmíněno výše (Freedová a Salazarová, 2008).

2.2 Vlivy, které prohlubují negativní vnímání důsledků potratu

V této kapitole se věnuji vlivům, které mohou prohloubit vnímání negativních dopadů po potratu, které definovala ve své práci Casey (2010). Mezi ně jsem zařadila i vliv nevhodného jednání zdravotnického personálu, které se v českém zdravotnictví objevuje poměrně často. Z vlastní zkušenosti z *Poradny pro ženy a dívky* vím, že některé ženy dokonce slýchávají věty typu, *však můžete mít další dítě*. Tato věta je pro ženu (ale i muže), která právě ztratila dítě, velmi neempatická a zraňující. Žena totiž nechce jiné dítě, ale chce to dítě, o které právě přišla. Tímto jednáním zdravotnický personál nejen porušuje práva pacientky⁴, ale může prohloubit emoční distres. Této problematice se věnují například autoři Dohnalová a Pavlíková (2011), Kohner a Henley (2013) a Ratislavová, Beran a Kašová (2012).

Casey (2010) píše, že existuje shoda, že psychické problémy lze prokázat po umělém potratu, ale mezi odborníky nepanuje shoda o tomto vztahu. Množství různých vysvětlení jde představit takto:

- a) Potrat je spouštěčem nežádoucích reakcí. Bez zkušenosti potratu by se u ženy nevyvinula psychiatrická porucha. V tomto názoru převládá, že reakce na potrat není závislá na faktorech zranitelnosti. Proto si lze položit otázku typu, která žena po potratu je v bezpečí? Toto pojetí je vnímáno jako nespornější oproti následujícím tvrzením.
- b) U některých se vyskytují rizikové faktory (viz tabulka č. 3), které zvyšují riziko psychiatrické poruchy po potratu. Tyto rizikové faktory lze rozdělit do tří kategorií:
 - osobní zranitelnost - například věk, anamnéza, nátlak;
 - kontextová zranitelnost - například pozdní potrat, kulturní postoje;

⁴ „Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo a) na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb“ (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2016).

- inter-osobní zranitelnost - například sociální podpora, domácí násilí od partnera.
- c) Na ženu působí faktory vedoucí k podstoupení ukončení těhotenství, které samy o sobě způsobují psychické problémy. Jedná se například o domácí násilí mezi partnery, které vedlo k podstoupení ukončení těhotenství. Když u ženy nastanou psychické potíže, jedná se o potíže, které jsou vztažené k faktorům vedoucím ženu k rozhodnutí ukončit těhotenství, a ne k potratu samotnému.

Tabulka č. 3: Rizikové faktory uznané ve spojitosti s nežádoucími účinky potratu

Rizikové faktory uznané ve spojitosti s nežádoucími účinky potratu
Předchozí psychiatrické potíže
Špatná sociální opora
Pozdní potrat
Potrat z důvodu fetální anomálie
Ti, kteří jsou ideologicky / nábožensky proti potratům
Rozpolcenost ve věci hodnocení potratů
Donucení k potratu
Silné mateřské instinkty
Potrat ve velmi mladém věku
Partnerské násilí

Zdroj: Casey, 2010, s. 493

Následující text se věnuje vlivu jednání zdravotnického personálu na rozvoj negativních dopadů po potratu.

Roztočil (2008) píše, že u ženy, která má zkušenost spontánního potratu, může vzniknout posttraumatická stresová porucha. Baštecká v pořadu *DVTV* 31. 3. 2015 uvádí, že rozvoj nemoci posttraumatické stresové poruchy ovlivňuje více reakce okolí než psychická odolnost postiženého jedince traumatem. Na vznik posttraumatické stresové poruchy má přímý vliv pocit zahanbení. Pokud jsou tyto pocity posilované okolím, může posttraumatická

stresová porucha vzniknout. Pokud jedince postiženého traumatem naopak dokáže jiný člověk ocenit, je naopak možné, že tato porucha nevznikne (DVTV, 2015).

O podstatném vlivu sekundární viktimizace na rozvoj posttraumatické stresové poruchy píše také Sejbalová a Reguli (2011). Článek je sice věnovaný problematice znásilnění a rozvoji posttraumatické stresové poruchy po tomto násilném aktu, přesto poukazuje na podstatný vliv druhých pro rozvoj nemoci.

Z výše uvedeného je zřejmé, že velký vliv na rozvoj hypotetického postabortivního syndromu má nejen jednání blízkého okolí ženy, ale i jednání a přístup personálu ve zdravotnictví.

Podstatné pro vyrovnání se se ztrátou perinatálního dítěte je přístup zdravotníků a možné rozloučení s dítětem. Většina matek se nerozloučí s mrtvě narozeným dítětem, to znamená, že ho ani neuvidí a nemůže ho pochovat v náručí. Této skutečnosti ženy později velmi litují. Základní rozloučení není matkám většinou ani nabízeno. Zdravotnický přístup je popisován jako paternalistický. Žena odchází s velkým a nepochopeným smutkem, a to se jedná o ztrátu perinatálního dítěte, které umírá při porodu (Ratislavová, Beran a Kašová, 2012). Bolest po ztrátě perinatálního dítěte, které není porozeno, ale dle legislativy potraceno, je často zdravotnickým personálem nepřijímaná. Pokud bývá přijímaná, je vnímaná jako menší. Přitom zármutek po ztrátě dítěte není větší či menší, ať už perinatální dítě bylo potraceno, nebo mrtvě narozeno. Některé ženy se mohou setkat s úplnou devalvací vlastní emoční bolesti od zdravotníků. Jedna žena podle své výpovědi dokonce slyšela od lékaře po prožitém potratu, aby se procházela a nedělala ostudu (Kohner a Henley, 2013).

Problematice nevhodného přístupu českého zdravotnického personálu po perinatální ztrátě a možnosti jeho zlepšení se věnuje odborný článek *Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence* (Dohnalová, Pavlíková, 2011) a také článek *Když na začátku přijde konec...* od Ratislavové (2013) v časopisu *Psychologie dnes*, který je sice určen pro širokou veřejnost, ale je také oblíbený v odborných kruzích.

3 Psychiatrie a psychoterapie zaměřená na péči o klienta s negativními dopady potratu

Tato kapitola se věnuje problematice psychiatrické a psychoterapeutické péče o klienta, který pociťuje negativní dopady po zkušenosti potratu. Názory na vypracovanou či nevypracovanou metodiku pro práci s klientem se podle autorů liší. Tyto informace jsou podle mě zapříčiněny postupným časovým vývojem (články jsou psané v letech 2010, 2012 a 2014) a také i možnostmi, že autoři se zaměřují na podmínky péče o ženu po potratu v rámci svého státu (Irsko, Finsko a Polsko).

3.1 Psychiatrická a psychoterapeutická péče o klienta s negativními dopady potratu

Casey (2010) píše, že zatím nejsou klinické a empirické pokyny, jak pracovat se ženou, která prodělala potrat, aby překonala distres a emoční nerovnováhu. Proto je práce lékaře založena více na jeho vlastních klinických postřezích než na vypracované metodice, jak se ženou pracovat (Casey, 2010).

Je důležité, aby žena po potratu byla alespoň 6 týdnů sledována, zda se u ní nezačíná vyskytovat psychiatrická porucha, a následky hned v počátku začít zmírňovat. Rovněž nejsou ještě vypracované studie, jestli je vhodné, aby byly intervence psychologické, farmakologické nebo kombinované, aby péče o ženu byla co nejvíce efektivní. Není také uvedeno, zda je pro ženu vhodnější péče psychiatra, psychologa nebo sociálního pracovníka. Důležité však je, aby pomáhající pracovník vnímané emoce ženy uznal a nesnažil se její smutek minimalizovat typem vět „Těhotenství bylo teprve na začátku...“. Přes dobře míněný přístup mohou tyto věty u žen vyvolat ještě větší úzkost (Casey, 2010).

Je velmi málo vypracovaných intervencí, jak s ženou, která má příznaky hypotetického postabortivního syndromu, pracovat. Také stále není empiricky dokázáno, zda potíže u ženy jsou způsobeny potratem nebo souvisejícím faktorem. Pokud přístup vypracovaný je, často vychází z církevních organizací a charit, které by mohly být vědecky zkoumány. Výjimkou je studie léčby potíží po potratu vedené duchovním přístupem. Tahle studie ale neměla kontrolní skupinu, proto není jisté, zda problémy odezněly díky duchovnímu přístupu, nebo díky uplynutí času (Casey, 2010).

Autorka doporučuje, aby ženy, které v nedávné době podstoupily potrat, byly vyšetřeny, zda nejsou zatížené distressem. Pokud se distres u nich potvrdí, měly by být pod

odborným dohledem, aby bylo možné zjistit, zda se jedná o přechodný distress, nebo o počátek psychiatrické poruchy. Ženy, které jsou zranitelnější například tam, kde je slabá podpora ze strany rodiny, musí být sledovány pečlivěji. Pokud se výsledky sledování ukážou abnormální, a to v intenzitě nebo v délce trvání, je vhodné, aby žena začala spolupracovat s psychologem nebo psychiatrem. Podstatné je také zjistit, jaký má nyní žena vztah ke svému partnerovi (Casey, 2010).

V průběhu poradenství by se měla věnovat zvýšená pozornost tomu, jak se vyhnout dalšímu neplánovanému těhotenství. Dále by se měla věnovat zvýšená péče ženám, které mají po potratu emoční problémy, které trpí depresí a které začnou mít potíže v intimním vztahu. Ženy, u kterých proběhlo více potratů, by měly být odeslány na vyšetření na psychiatrii, zda u nich nevznikly psychiatrické poruchy a zda nemají problémy ve vztazích (Casey, 2010).

Gissler (2014), o kterém jsem se zmiňovala již výše v souvislosti se sledováním sebevraždného jednání žen po potratu ve Finsku, píše, že statisticky se sebevraždné jednání snižuje při povinné lékařské prohlídce po zákroku do 2 až 3 týdnů v rámci lékařské péče po potratu. Tato povinná lékařská prohlídka může riziko vykonání sebevraždy snížit (Gissler, 2014).

3.2 Psychoterapie podle směru *The New Experience for Survivors of Trauma*

The New Experience for Survivors of Trauma (NEST) je skupinová psychoterapeutická intervence pro klienty traumatizované v důsledku zneužívání, zanedbávání a ztráty těhotenství. Klinická pozorování ukazují, že zneužívání, zanedbávání a ztráta těhotenství se mohou odehrát v životě jednoho člověka. Proto NEST podporuje součinnou spolupráci například při partnerském týrání, sexuálním zneužívání nebo slovním a fyzickým týrání a zanedbávání v dětství. Bylo zjištěno, že u těchto faktorů je zvýšená pravděpodobnost ztráty v těhotenství, a to především umělými, ale i spontánními potraty. Na druhé straně tyto dva typy ztráty těhotenství mohou být uznány jako prediktory zneužívání a zanedbávání dětí dospělými nebo týrání partnera. Těhotenská ztráta je obvykle definována jako spontánní potrat, indukovaný potrat, smrt novorozence, porod mrtvého dítěte, mimoděložní těhotenství nebo poskytnutí dítěte k adopci (Witold a Sliwka, 2012).

Program NEST je časově omezený, má etapy terapie, které jsou orientované na model skupinové terapie pro dospělé obou pohlaví, kteří zažili několik typů zneužívání, zanedbávání nebo ztrátu těhotenství. Léčba NEST se uskutečňuje po dobu 8 až 10 měsíců po dvou hodinových sezeních týdně. Tři navazující sezení se konají v 3., 6. a 12. měsíci po ukončení

lěčby. Skupiny jsou uzavřené a obvykle se skládají z 6-10 klientů, kruh vede jeden terapeut a jeden koterapeut. Hlavním terapeutickým cílem je překonat intrapersonální konflikt a relační složité problémy spojené s traumatickými zkušenostmi. Jednotlivé fáze programu zahrnují: poskytnutí informovaného souhlasu, rozvíjení pracovní aliance a analýza genogramů (rodokmenů) spojující potlačené traumatické události s přítomnými složitými obtížemi, vyjadřování a manipulace rušivých pocitů, rozpoznávání částečného podílu na vlastním traumatu, zjišťování obranných mechanismů, analyzování spouštěčů, poskytování kurzů asertivity, řešení přežití viny, rozlišování viny od zodpovědnosti a obviňování, postupné uznání vlastního já, prožití truchlení za to, co se stalo nebo co se nikdy neobjevilo, zvládnání následků ztráty těhotenství, zpracování aktivního odpuštění a smíření, nové vymezování vztahů, pracování na relační rehabilitaci, zmírnění dopadů nevyhovující minulosti a dosažení představy o bydlení, plánování do budoucna, slavení a rozloučení (Witold a Sliwka, 2012).

Program NEST není striktně lineární proces. Spíše jsou to fáze střídající se podle individuálního načasování stejně jako ve skupinovém procesu. Klienti se často vrací k tématu předchozí relace a někdy rozhodnou, že se zapojí do volného tématu. Například v sedmé fázi se obvykle účastní pouze část klientů, a to jsou ti, kteří zažili nějakou ztrátou těhotenství, ať už sami, nebo ve své původní rodině. Takový přístup může být použit pouze v případě, že terapeut dobře chápe potřeby členů skupiny a protokol používá spíše jako vodítko užitečných návrhů než rigidní seznamu příkazů (Witold a Sliwka, 2012).

Model NEST kombinuje koncepty z teorie psychodynamické teorie objektivních vztahů, vývojový model podle Eriksona, kognitivně-behaviorální restrukturalizaci, transakční analýzu, existenciální reflexe, přístup zaměřený na klienta a systémovou analýzu. Takový integrativní přístup je považován za typický pro léčbu složitých traumatických poruch, protože umožňuje terapeutovi přizpůsobit techniky potřebám konkrétního jedince a v důsledku toho komplexní traumatický zážitek precizně zpracovat. Unikátní chápání psychopatologie traumatizovaných klientů v modelu NEST vychází z následujících předpokladů: role obětí, pachatelů a pozorovatelů se může otáčet; dlouhodobé účinky zneužívání v dětství a zanedbávání často přispívají k následné ztrátě těhotenství a naopak, týrání a zanedbávání jsou komplexní jevy a obvykle se objeví během života jednotlivce více než jeden typ týrání se (Witold a Sliwka, 2012).

Pro doplnění informací dodávám, že tento terapeutický směr není v České republice akreditovaný.

4 Sociální práce zaměřená na péči o klienta s negativními dopady potratu

Tato kapitola se věnuje vymezení sociální práce a také představuje sociální práci v kontextu práce s lidmi s duševním onemocněním. Kromě toho se tato kapitola věnuje také možné pomoci lidem s negativními dopady potratu z oblasti sociální práce.

4.1 Sociální práce a její vymezení

Dle Navrátila (2001, s. 10 – 11): „*Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí (sociálního fungování).*“

Navrátil (2001, s. 14 – 17) píše, že v roce 1970 Payne vymezil pro sociální práci 3 malá paradigmatata, která vycházejí z podstatně rozdílných přístupů k sociální práci. Sociální práce je natolik rozmanitá, že nemá jedno velké paradigma. Proto jsou rozdělena na 3 malá - paradigma terapeutické, reformní a poradenské (Navrátil, 2001).

Terapeutické paradigma dává důraz na duševní zdraví a pohodu člověka. Cílem sociální práce naplňování terapeutickým paradigmatem je získávání psychické a sociální pohody klienta jako jednotlivce nebo skupiny a také komunity. Během výkonu sociální práce je dán důraz na komunikaci a vztah. Pokud sociální pracovník využívá ve své práci terapeutické paradigma, je nezbytné, aby měl znalosti z oboru psychologie, a je také vhodné, aby měl terapeutický výcvik (Navrátil, 2001).

Reformní paradigma Navrátil (2001, s. 15) označuje jako „*úsilí o reformu společenského prostředí*“. Zde je sociální fungování spojeno se snahou docílit „*společenské rovnosti v různých dimenzích společenského života*“ (Navrátil, 2001, s. 15). Navrátil následně pokračuje, že sociální práce pomocí solidarity určitých skupin pomáhá znevýhodněným skupinám získat vliv nad vlastními životy. Sociální pracovníci vedou znevýhodněné klienty ke zmocňování, což má za následek, že klienti jsou schopni autenticky se podílet na vytváření a transformaci institucí, které mají na jejich životy vliv. Teoretické zázemí pro sociálního pracovníka pro vykonávání reformního paradigmatu představují obory jako sociologie, politologie a sociální filozofie. Tyto obory se dotýkají dění, které sociální pracovník potřebuje znát, aby byl schopný adekvátně a pružně reagovat při svém výkonu práce (Navrátil, 2001).

Poradenské paradigma ve vykonávání sociální práce je sociálně právní pomoc pro klienta. Sociální fungování v tomto paradigmatu je pojato na „*schopnosti zvládat problémy a k přístupu k odpovídajícím informacím a službám*“ (Navrátil 2001, s. 16). Navrátil pokračuje,

že pro výkon sociální práce v tomto malém paradigmatu sociální pracovník pomáhá klientům skrze poskytnutí informací, poradenství, klientovi umožňuje se dostat k potřebným zdrojům a zprostředkovává další nutnou pomoc a služby. Pokud sociální pracovník používá poradenské paradigma, je nezbytné mít znalosti z psychologie, sociologie a práva (Navrátil, 2001).

Navrátil píše, že znalost teorie svého oboru je pro sociálního pracovníka podstatná. Teoretické zázemí rovněž definuje jako konceptuální výbavu (Navrátil, 2007, s. 193), která „je jedním ze zdrojů identity sociálních pracovníků i jednou z podmínek jejich vzájemné komunikace“ (Navrátil, 2007, s. 193). Následně Navrátil pokračuje, že pokud sociální pracovník má znalost teorie, tak ví, jak a proč má svoji práci vykonávat. Výkon sociální práce, pokud je vykonávána na základě intuice a pocitů sociálního pracovníka, se liší od práce, jejíž východisko je v uceleném teoretickém rámci. Pokud sociální pracovník exaktně nezná klientovy problémy a nerozumí jim, nemá znalosti metodických postupů, jeho práce je pro klienta ohrožující. Pokud se týká jeho práce větších projektů, následně může mít negativní dopad na celou společnost (Navrátil, 2007, s. 193).

V sociální práci se využívají teorie, které vychází z teorií jiných oborů, jež jsou modifikovány s důrazem na sociální fungování klienta tak, že řeší jeho potíže. V sociální práci je vnímán klient jako celistvá bytost začleněná v prostředí. Sociální práce je způsobilá sjednocovat, používat a obměňovat rozdílné znalosti z důvodu pomoci klientům při obnovování jejich sociálního fungování (Navrátil, 2007, s. 193).

Navrátil píše, že sociální fungování v sociální práci propagovala Bartlettová. Této problematice se věnuje ve své knize *The common base of social work practice* z roku 1970. Navrátil zkráceně definuje sociální fungování jako vzájemná působení, která probíhají mezi nároky a přáními osob a jejich prostředím (Navrátil, 2001, s. 12).

4.2 Sociální práce s osobami s duševně nemocnými⁵

V předchozích kapitolách bylo uvedeno, že mezi odborníky se vede seriózní diskuze o nežádoucích následcích nebo přinejmenším rizicích psychických problémů po potratu. Je tudíž na místě se podívat, jak vypadá sociální práce s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním.

Pryce, Kelly, Reiland a Wilk (2010) píší, že v Americe se sociální práce odklonila od pomoci nejbližším a nyní dominuje práce s klienty, kteří mají klinické duševní onemocnění.

⁵ Následující kapitola čerpá z mé absolventské práce Lázníčková (2014, s. 41 – 43)

Péče o duševně nemocné převyšuje polovinu péče nad ostatními rizikovými skupinami (Pryce, Kelly, Reiland a Wilk, 2010).

Mahrová (2008) píše, že na klienta s duševním onemocněním je třeba nahlížet především jako na člověka, nevidět „problém“ nebo „diagnózu“. Osoba s duševním onemocněním má specifické potřeby, které je třeba uspokojit. Potíže, které má, vyplývají z oblastí psychických funkcí. Tyto potíže mají na klienta negativní dopad, proto se může následně dostat až do stavu, kdy onemocní. V této chvíli má klient k dispozici využití sociální a zdravotnické služby, které se mu snaží pomoci jeho potíže odstranit nebo alespoň zmírnit (Mahrová a kol., 2008, s. 28).

Matoušek a kolektiv (2005, s. 259) píše, že pro výkon sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je potřebné, aby měl pracovník znalosti o duševních onemocněních z *Diagnostic and Statistical Manual čtvrtá revize*, známé také pod zkratkou DSM – IV, a to kapitoly *Klinické syndromy* a *Osobnostní a vývojové poruchy*. Také je důležité, aby znal *Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize*, známé pod zkratkou MKN 10, a to oddíly věnující se duševním poruchám a poruchám chování (Matoušek a kol., 2005, s. 259).

Matoušek (2008, s. 60) píše, že *Mezinárodní klasifikaci nemocí* vydává *Světová zdravotní organizace* a *Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí* je vydáván *Americkou psychiatrickou asociací*.

Matoušek (2008, s. 60) definuje duševní nemoc jako „*nemoc projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů*“. Duševní nemoc může být individuální, nebo může spadat do skupiny příbuzných nemocí (Matoušek, 2008).

Matoušek (2008, s. 60) pokračuje, že péče a podpora osob s duševní nemocí by neměla být péče zdravotnických, konkrétně psychiatrických služeb, ale tyto osoby by měly být podporovány ve snaze uplatnit se ve společnosti. Velmi důležité je chránit jejich práva.

Sociální práce s duševně nemocnými obecně nemá jednotnou strukturu. Péče o duševní zdraví závisí na cíli a rozsahu služby. Může se jednat o poradenství, kde probíhá krizová intervence s cílem obnovení stavu duševní rovnováhy, anebo se může jednat o výkony sociální práce, která přispívá k dlouhodobému léčení duševních poruch. Osoby s duševním onemocněním jsou často společností stigmatizovány. Stigmatizace se také nevyhýbá profesionálům, kteří pracují s cílovou skupinou. Často je nezbytný výkon sociální práce ze strany sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, v některých případech i primární.

Mnoho lidí s psychickými potížemi potřebuje od sociálních pracovníků pomoc např. při zjišťování informací z oblasti sociálního zabezpečení, informací z občanského, pracovního

a rodinného práva. Je důležité, aby sociální pracovník byl schopen pomoci s problémy v těchto sférách, aby měl také znalosti a schopnosti vykonávat rodinnou intervenci. Lidé s psychickými problémy se mohou na sociálního pracovníka obrátit s potřebou poradenství a rodinné psychoterapie, což spadá do specifických intervencí.

Především dlouhodobě duševně nemocní potřebují komplexní zdravotně - sociální péči. Tuto péči mohou poskytnout schopní profesionálové ve spolupráci se složkami péče o klienta na různých úrovních, jako jsou tým, zařízení, region a stát (Matoušek a kol., 2005, s. 133).

Vander (2013, s. 400) píše, že duševní onemocnění „*je nemoc, která zasahuje psychiku člověka, psychické procesy – jeho vnímání, myšlení, emoce, motivaci, vůli a nejen psychiku a psychické procesy, ale také vnímání vlastního těla, sociální fungování a duchovní rozměr člověka (což není pouze víra, jak se často uvádí, ale též hodnoty, priority, smysl života)*“. Vander pokračuje, že je důležité, jak o lidech s duševní nemocí hovoříme, protože to může určitým způsobem naznačovat, jak s nimi budeme následně pracovat. Pokud hovoříme o ženě s depresí, že je „*depresantka*“ či použijeme výrok *léčba deprese místo léčba ženy s depresí*, degradujeme osobnost ženy. Také tím ženu stigmatizujeme. Tímto nevhodným způsobem vyjadřování dáváme najevo, že osobu ztotožňujeme s nemocí. Je vhodné se v sociální práci inspirovat rogerianským přístupem, což je „*na klienta orientovaný přístup*“, který klade důraz na hodnotu a důstojnost člověka. Osoba není nemocí, ale nemoc je součástí osoby, stejně jako potenciál a zdroje, které mohou klienta podporovat v jeho psychické integritě a sociálním fungování (Vander a kol., 2013).

4.3 Sociální práce s osobami s negativními dopady potratu

Vander (2013) uvádí, že psychické trauma může způsobit i smrt dítěte. Tohle psychické trauma se může projevit špatnou adaptací, která je následně charakterizována jako posttraumatická stresová porucha se zkratkou „PTSD“ a v MKN 10 je pod značkou F. 43, kam spadají reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení. Pro sociální práci s traumatizovanými lidmi je podle autora vhodné použít tyto přístupy: krizová intervence, psychodynamický přístup a postupy opírající se o práci s tělem (Vander, 2013). V kapitole jsou tyto přístupy rozvedeny. Do psychodynamického přístupu je zakomponovaný pohled hlubinné psychologie podle autorky C. P. Estés (1999), to, jak žena může vnímat zkušenost potratu, jak toto vnímání ovlivňuje její jednání a následně, jak pomáhající může být ženě s tímto prožitkem nápomocný. Do této kapitoly je také vložena podkapitola „Kroky

k uzdravení“. Jedná se o jakýsi návod, který vypracovaly autorky L. Freedová a P. Y. Salazarová (2008) na pomoc ženám po umělém potratu.

Před vymezením již zmíněných přístupů uvádím tvrzení Matouška (2008, s. 248) ze *Slovníku sociální práce*, kde tvrdí (a zároveň nabízí možné řešení), že provedení umělého přerušení těhotenství „vyvolává u některých žen vážné – i velmi dlouhodobé – psychické reakce, při nichž je namístě poskytnutí přiměřené odborné nebo jiné pomoci. Některé církevní organizace (působící i v ČR) umožňují ženám nechtěné dítě donosit a zařídít dítěti pak osvojení nebo jinou formu náhradní rodinné péče.“

4.3.1 Krizová intervence

Z psychosociálního pohledu lze krizi vnímat jako situaci vzniklou ze střetu s překážkou, kterou jedinec při použití vlastních sil a případně za pomoci blízkého okolí není schopný zvládnout v přiměřeném čase běžným způsobem. Tím je narušena nebo také ztracena duševní rovnováha (Vymětal, 1987).

Při řešení krize dotyčný většinou používá vlastní copingové strategie, snaží se pomoci sám sobě, obrátí se s žádostí o pomoc na rodinu nebo laiky. Další možností při řešení krize je využití odborné pomoci (Vodáčková, 2012). Jednou z jejích forem při krizi je krizová intervence, která je definována jako (Knoppová, 1994, s. 40, podle Hanuš a Hellebrandová, 2006, s. 12) „odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Cílem je ohraničit akutní krizový stav a snížit jeho intenzitu, aby nedošlo ke zhoršení, případně k tragickým následkům.“ Navrátil (2001) doporučuje tento přístup využít při krizové životní situaci klienta v oboru sociální práce.

Havránková (2012, s. 225) píše, že spontánní a umělý potrat se může stát krizovou situací v životě ženy. Jako další krizové situace uvádí například menstruaci, premenstruační syndrom, těhotenství, potíže s menstruačním cyklem a klimakterium. Ženy snášejí tyto krizové situace častěji hůře psychicky než fyzicky.

Dále Havránková (2012) píše, že psychické dopady umělého potratu jsou spíše záležitostí psychoterapie než krizové intervence. Hluboký psychický propad z pohody na depresivní stavy, vnímání pocitu zoufalství, vnímání krize s možným sebevražedným vývojem se nejčastěji objevuje v předpokládaném termínu porodu nenarozeného dítěte. To, že nastane psychický propad ve spojitosti s ukončeným těhotenstvím, si prvně ani sama žena nemusí na vědomé bázi uvědomovat. Proto je vhodné se citlivým dotazováním doptat, zda v době silné psychické nepohody se nejedná o časový termín, kdy bylo prvně očekáváno narození dítěte. Propojení psychické nepohody s podstoupením umělého potratu je důležitým

začátkem krizové intervence. Následně se pak postupuje podle potřeb klientky a také podle toho, co jí pomáhající může nabídnout. Pomáhající může nabídnout ženě mnohé, ale zároveň jí nesmí žádnou variantu vnucovat. Psychický propad se také může projevit po roce, kdy proběhl potrat. Žena vnímá, jak vše vypadá a voní jako v době podstoupení interrupce, a tím se otvírá prostor pro emoce spojené s potratem (Havránková, 2012).

Spontánní potrat většinou provází pocit smutku a zklamání. Po něm se mohou u ženy objevit i úzkosti a obavy, zda je schopna donosit dítě v dalším těhotenství. Pokud žena spontánně potratí při svém prvním těhotenství, většinou hůře zpracovává tuto zkušenost. Může se u ní objevit i tendence k sebenaplňujícímu proroctví⁶. U ženy, kde má prožitek spontánního potratu traumatickou povahu, kde se vzpomínky opakovaně objevují a jsou přítomné obavy z dalšího těhotenství, je potřebné jí nabídnout maximální podporu, pozornost a péči. U ženy po spontánním potratu a při rozvinutí postabortivního syndromu se může objevit pocit viny, který může způsobit jakákoliv situace. Jako příklad lze uvést výčitky ženy, že zvedla těžší krabici, a že kdyby ji nezvedla, nepotratila by. Touto myšlenkou se poté žena trápí. Proto je také dobré při krizové intervenci posílit informovanost ženy o frekvenci spontánních potratů, a sice že kolem 15 % prokázaných těhotenství samovolně skončí do 12. týdne těhotenství. Často bylo dítě počato z poškozených zárodečných buněk, a proto těhotenství skončí. Nejčastěji k samovolnému potratu dochází během prvních 20 dnů od početí dítěte, kdy se embryo odloučí během silného krvácení (Havránková 2012, s. 230 - 231).

Krizová intervence u klienta po prožití traumatu má jistá vymezení, která vychází ze zjištění, že osoba po tomto prožitku ztrácí pocit moci a vlivu. Proto je u takového klienta vhodné hned na začátku krizové intervence navodit základní pocit bezpečí. Jestli je v popředí emoční reakce, například pláč, zlobné afekty a další, je doporučeno tuto reakci podpořit reflektujícími slovy (jedná se o potvrzení emocí) a technikou zrcadlení. Tím klient získá potřebný prostor pro prožití emoční reakce a následného uvolnění napětí. Pokud by se sociální pracovník pokusil emoci potlačit, u klienta se vztek a bezmoc prohloubí. Proto potlačování emocí není doporučováno (Lucká a Koblí, 2012).

V rámci krizové intervence u osob po prožití traumatu je doporučován „grounding“ (uzemnění). Jedná se o techniku, kdy je klientovi doporučeno dát obě šlapky na zem a pevně se o ně opřít. Také se může opřít zády o zeď či si sednout na zem. Klientovi, který zrovna

⁶ Tento jev byl poprvé popsán R. Mertonem (1948, podle Labohého a Binka, 2013, s. 3), který ho definoval jako: „Vnímání situace veřejností (předpovědi či proroctví) se stává integrální součástí situace a tím ovlivňuje její následný vývoj.“

prožívá regresivní reakci, může pomoci uklidňující dotyk pracovníka (například stisknutí ruky a další). Tímto opět velmi často dochází k projevení emocí a následnému zklidnění. Při „groundingu“ se doporučuje „centering“ (prohloubení pocitu vlastního středu), a to pomoci klientovi zaměřit se na vlastní dech a dýchat cíleně do hrudi nebo břicha (Lucká a Kobrle, 2012).

Další doporučení se týká toho, aby si klient sám vybral místo, kde chce sedět, dále pracovního vymezení svého postavení a organizace, v které se klient nachází a omezit jakékoliv prudké pohyby a hluk. V průběhu krizové intervence je nutné, aby sociální pracovník uváženě používal svoji neverbální komunikaci, například nedělal již zmíněné prudké pohyby – na které by klient měl zvýšenou citlivost (Lucká a Kobrle, 2012).

4.3.2 Psychodynamický přístup

Psychodynamický přístup se zaměřuje na psychiku osoby, konkrétně na její vnitřní svět. Zakladatelem psychodynamického přístupu věnujícímu se traumatu je zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud. Po traumatu se u jedince může vyskytnout částečná nebo celková amnézie na traumatické vzpomínky. Dle psychodynamického přístupu se negativní vzpomínky s emocemi vytěsňují do nevědomí osoby. Tím se psychika chrání, aby byla zachována její stabilita. Následně začne takzvané „štěpení psychických obsahů“, jak se podle Junga nazývají celkově komplexy. Dnes jsou tyto komplexy známé pod slovem disociace. Tyto disociace ale následně z nevědomí negativně ovlivňují svými symptomy život osoby a brání jí žít dál běžný život. Proto se psychodynamický přístup snaží disociace vrátit na vědomou úroveň (Vander, 2013).

4.3.2.1 Léčivá síla imaginace

Reddemannová vyvinula specifický program pro léčbu traumatizovaných dospělých, v němž se snaží klienta povzbudit, aby vnímal nejen negativní ohrožující obrazy, ale i obrazy takzvaně dobré (Reddemannová, 2009, podle Vander, 2013, s. 378). Další součástí konceptu Reddemannové je bezmoc traumatizovaného kterou vnímá po traumatu. Během zpracovávání traumatu ho klient znovu prožívá a objevují se často negativní emoce, jako jsou vztek, hněv, pocity intenzivní úzkosti a panické strachy. Z tohoto důvodu je důležité, aby měl klient již znalosti o svých vnitřních zdrojích, čímž následně zvládne tyto negativní emoce. Pokud si klient dokáže udržet „dobré obrazy“, již se nevnímá jako oběť své bezmocnosti. Psychická rovnováha klienta je udržována například ohodnocením přítomných zdrojů, což znamená, že

klient ví, co umí a na co se může spolehnout. Dále je to také soupis toho, co klientovi pomůže, když se dostane do krizové situace. Podobně působí vnitřní imaginace, kde si klient ve své psychice představí bezpečný prostor, kam se nemohou dostat traumata a lidé a při naléhavé situaci se do bezpečného místa může uchýlit. Někteří lidé si mohou nalézt vnitřního průvodce, což je archetypální obraz dobré bytosti, která klientovi pomáhá. Často tyto archetypální bytosti bývají kouzelné víly a kouzelníci. Tyto přístupy pomáhají klientovi zpracovat trauma a přitom nemají negativní vliv na jeho běžný život (Reddemannová, 2009, podle Vander, 2013, s. 378).

4.3.2.2 Potrat jako „tíživé tajemství“

V předchozích kapitolách bylo zmíněno, že potrat u ženy může způsobit pocity viny a studu (Freedová a Salazarová, 2008). Je přirozené, že tento prožitek potom žena před druhými skrývá, stává se tajemstvím, které ji tíží a izoluje od druhých. Tajemství může žena v sobě držet i celý život. Důvodem je pro ženu strach, že bude vyloučena ze svého sociálního okolí a bude považována za špatného člověka. Obává se, že po vyřčení tajemství by byly ukončeny kontakty s lidmi, kteří jsou pro ni důležití, a někdy se bojí také i o své zdraví. Proto mlčí, trápí se a snaží se v sobě ničivé tajemství udusit. Obava z prozrazení (strach z ostudy) je tak velká, že žena nedokáže být veselá a svobodná (Estés, 1999).

Některá temná tajemství žen jsou založena na skutku, že někomu něco udělaly. Avšak většina těchto ochromujících tajemství vychází z vnímání, že žena nejednala v souladu s morálním nebo společenským zákonem společnosti, ve které se nachází, s vírou, kterou je obklopena, nebo vnímá, že jednala přímo proti svým vlastním hodnotám (Estés, 1999).

V případě potratu žena cítí, že selhala ve svém poslání být matkou. Často ji trápí pocity viny, a to i v případě spontánního potratu. Je přirozené, že zjištění, že je těhotná, není provázeno jen čistou radostí. Obvykle ženu trápí i pochybnosti, strach, myšlenky, jestli zrovna v tuto situaci je dítě vítané. V případě, že jde o ženino první dítě, se k tomu často přidává i úzkost ze změny své životní role a smutek ze ztráty svobody z doby bezdětnosti. Tyto „negativní“ pocity se mohou stát právě zdrojem pocitů viny ve chvíli, kdy žena o dítě přijde.

V současnosti naše společnost – nejen lékaři, ale i blízcí lidé - obvykle prožitek potratu bagatelizují. Nevnímáme plod jako plnohodnotného tvora, a tudíž nevnímáme přirozenou potřebu truchlit. S matkou o její zkušenosti obvykle nikdo nechce mluvit, při truchlení ji doprovázet. Pokud jde o spontánní potrat, okolí vysílá přesvědčení, že „příště se to podaří“, pokud jde o ženinu volbu, tím méně se jí dostane útěchy a porozumění.

„Tíživé tajemství“ pohledem hlubinné psychologie

V rámci sociální práce se ženou s prožitkem potratu se lze inspirovat (porozumět zkušenosti a nalézt další možné metody při sociální intervenci) přístupem hlubinné psychologie, konkrétně knihou doktorky C. P. Estés, *Ženy, které běhaly s vlky*. V její práci nacházíme cesty, jak povzbudit ženu ke sdílení svých tíživých tajemství v bezpečném prostředí. Toto sdílení pak ženu osvobodí, prolomí kruh izolace a výčitek svědomí.

Archetyp „divoké ženy, divošky“

Ústředním tématem zmíněné knihy je archetyp „divošky“, který představuje instinktivní ženskou povahu. Pokud žena spojení se svou instinktivní povahou, „divoškou“ či „vlčicí“ ztrácí, potom „...ženy nemají uši, aby zaslechly její duševní mluvu, aby zaregistrovaly znění svých vlastních vnitřních rytmů. ... a větší část jejich dnů je prožita v částečně paralyzovaném stádiu nudy nebo v planých nadějích. Bez ní ženy ztrácejí jistotu svého duševního základu, zapomínají, proč jsou zde, lnou k něčemu, co by bylo lépe opustit. Bez ní přijímají buď příliš moc, příliš málo, nebo vůbec nic. Bez ní jsou zamklé, i když ve skutečnosti hoří plamenem. Divoká žena jejich regulátor, jejich duševní srdce, stejně jako lidské srdce reguluje fyzické tělo“ (Estés, 1999, s. 20).

Současně je spojení s touto oblastí duše zdrojem uzdravení, a to bez ohledu na utrpení či ponížení, které žena prožila, pomáhá, aby žena našla sílu vymanit se ze situace, která je pro ni nepříznivá, a aby našla svou vnitřní svobodu (Estés, 1999).

Pro navázání kontaktu s tímto archetypem jsou používána (v souladu s hlubinnou psychologií C. G. Junga) vyprávění pohádek a mýtů, ale také sdílení v ženském kruhu, tvořivé práce, rituální postupy (Estés, 1999).

Autorka pro opětovné nalezení vnitřní divošky využívá ve své knize vyprávění mýtů a příběhů a poukazuje na archetypy žen, které ženu ovlivňují. Tímto porozuměním žena získává prostor pro porozumění sama sobě, co ji kam vede, a co ji pomáhá nalézt cestu k pravému instinktivnímu já (Estés, 1999).

Sociální práce v rámci terapeutického paradigmatu s „tíživým tajemstvím“

Z pohledu hlubinné psychologie je tíživé tajemství zdrojem další zátěže. Člověk se kvůli němu odřízne od svého nevědomí a takto v něm vzniká tzv. „mrtvá zóna“ (viz Estés, 1999, s. 320). „Mrtvá zóna“ je místo, kde žena necítí své (a svého okolí) emocionální životní události nebo na ně špatně reaguje. Současně se ale objevují reakce, které nevědomě na

trauma poukazují. Dle Estés je za tímto právě práce „divošky“, která chce, aby bylo tajemství odhaleno. Začne se tedy projevovat jiným způsobem – žena se může náhle stát melancholickou, může mít záchvěvy zlosti, projevuje se různým ošíváním a bolestmi, některé hovory jsou ukončeny v jejich průběhu, žena má zvláštní reakce na některé filmy či reklamy a podobně. Pokud tajemství není řečeno slovy, je projevováno somaticky. Avšak proti vyjevení tajemství vystupují další a další psychické obrany a v důsledku toho je žena stále více vyčerpaná a oddělená od svých prožitků (Estés, 1999).

Současně je důležité pochopit, že ačkoli dostáváme poselství, že některé události, volby a okolnosti (týkající se například sexu, peněz, násilí...) jsou extrémně ostudné, a tedy i neodpuštělné, není to pravda. Vše je pochopitelné a odpustitelné. A zdroj odpuštění je také v hloubi naší duše a povaha „divošky“ je soucitná (Estés, 1999).

Příběh „Žena s vlasy ze zlata“

Tento příběh předkládá Clarissa P. Estés (1999) jako příznivý pro práci s tajemstvím.

Ústřední postavou je krásná žena s dlouhými zlatými vlasy, která osaměle žije hluboko v lesích, kde tká. Začne po ní toužit násilnický syn uhlíře, který se jí snaží přinutit k sňatku. Žena jej odmítá, nechce se vdát. Věnuje mu však pár svých zlatých vlasů. Muž se snaží je zpeněžit, nevnímá je jako duchovní hodnotu. Lidé se mu však vysmějí. Ve vzteku se k ženě vrátí, zabije ji a tajně pohřbí. Žena nikomu nechybí, nikdo ji nehledá. Její vlasy ale i po její smrti žily dál, zvolna rostly vzhůru, našly si svou cestu na světlo a staly se zlatými rákosy. Ten rákos našli ovčáci a udělali si z něj píšťalky, které pak vyzpívaly, že krásná žena se zlatými vlasy byla zabita synem uhlíře, protože si přála žít podle své volby. Tajemství bylo vyjeveno a syn uhlíře byl postaven před spravedlnost a lidé žijící v lesích byli opět v bezpečí (Estés, 1999).

Výklad příběhu a jeho poselství

Tento příběh ukazuje, že je potřebné tajemství projevovat. Je nutné, aby tajemství bylo důvěrně vyslechnuto, a nesmí být však nijak znevažováno. Ačkoliv se posluchač může při naslouchání trást, vnímat přitom sám somatické bolesti a zranění ve svém srdci, je nutné tajemství vyslechnout. Tím se ženina duše začíná léčit od pocíťované hanby a teprve nyní se otvírá k využití potřebné pomoci a péči o psychickou ránu (Estés, 1999).

Hlubinný přístup sleduje i projevy našeho nevědomí skrze sny. Běžné sny ženy držící své tajemství obsahují motivy blikajících a zhasínajících světél, jídla, které žena snědla,

a následně po něm onemocní, nemožnost se pohnout při pocitu nebezpečí a nemoci říci to, co snící ego potřebuje vyslovit. Sen usiluje o uvolnění zakázaného pláče, chce mu umožnit vytrysknout z bolavého nitra. Při vytrysknutí pláče dochází ke katarzi (Estés, 1999).

Pro práci s tíživým tajemstvím je příznivá **skupinová intervence**, kdy ženy sdílí nejen svá tajemství, ale společně prožívají i tíži a hanbu, kterou pociťuje každá zvlášť. Práce v kruhu žen navíc povzbuzuje přirozenou hojivou sílu a kontakt s vlastní instinktivní ženskou povahou (Estés, 1999).

Při zpracovávání tajemství, psychického zranění, musíme mít na vědomí, že „hojíme otevřenou ránu“. Po zhojení ženě zůstane psychická jizva, která je povahou pravé bolesti ze zranění. Potrat a ztráta dítěte jakéhokoliv věku vytváří ženě v duši jizvu, která zůstává po celý život, ale není již obklopena „mrtvou zónou“, je dostupná našemu uvědomění a prožívání. Ztráta dítěte (jakéhokoli věku) představuje jednu z nejhorších bolestí a nevztahují se na ni obecná poučení o procesu truchlení (např. očekávání, že je tento proces ukončen v průběhu 1-2 let) (Estés, 1999).

Dlouhodobý žal je v pořádku a je důležité o bolesti mluvit. Při odhalování tajemství u ženy může nastat hlubší porozumění sobě samotné a nalezení pocitu opětovného naplnění života. Žena pozná, že archetyp divošky stojí při ní stále. Při pláči ji konejší, přikládá jí léky na ta nejzraněnější místa (Estés, 1999).

Jako další možnou techniku uvádí Clarissa Pinkola Estés tzv. **obětní plášť** (viz Estés, 1999, s. 326). Jde o plášť, který si žena vyrobí a symbolicky na něm znázorní všechna svá zranění, ponížení, nadávky, všechna traumata a zkušenosti, které ji poznamenaly. Jde o ztvárnění všech jejích jizev. Poté je možné tento plášť spálit, symbolicky zničit temnou minulost, ale je možné jej uchovat a vnímat jako důkaz své statečnosti a vnitřní síly (Estés, 1999).

V souvislosti s tímto je i možné počítat svůj věk nikoli na roky, ale na tyto jizvy a také cítit sounáležitost se všemi „zjizvenými“, být „členem klanu jizev“ (Estés, 1999).

4.3.3 Postupy opírající se o práci s tělem

Vander (2013) píše, že další podstatné postupy jak pracovat s traumatem představují využití technik, metod a principů ze směrů a konkrétních přístupů, které pracují s tělem. Mohou to být satiterapie, bioenergetika a biosyntéza. Nápomocné mohou být také expresivní techniky, jako je arteterapie, psychodrama, psychogymnastika, taneční terapie a podobně (Kratochvíl, 2001, podle Vander, 2013, s. 378 – 379). Tyto metody jsou používány proto, že klient má problém vnímat své tělo jako integrální součást. Tato situace nastává proto, že

u traumatizovaného je vyvolán obranný mechanismus proti pocitům bolesti a ponížení. Následně přijetí traumatu pomáhá naučení psychohygieny, relaxace na zmírnění tenze, dodržování zdravé životosprávy, dodržování zásad time-managementu, dodržování rituálů a reflexe tří hodnot z logoterapie. Reflektují se s klientem hodnoty tvůrčí, prožitkové a postojové (Kratochvíl, 2001, podle Vander, 2013).

4.3.4 „Kroky k uzdravení“

Freedová a Salazarová (2008) společně napsaly knihu, která může být ženám po potratu návodem, jak se smířit s jejich ztrátou.

Spoluautorka Salazarová je klinická sociální pracovníce, spoluautorka Freedová je klinická psychologka. Jelikož autorka Salazarová má vzdělání v oboru sociální práce, předpokládám, že knihu *Čas k uzdravení: Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu* lze zakomponovat do odborného sociálního poradenství, kde cílovou skupinou jsou ženy po potratu. Knihu lze každé klientce doporučit k přečtení a ubezpečit ji o poskytnutí prostoru pro vlastní zpracování smutku. Také je možné jí nabídnout, že si doporučené postupy bude sama zpracovávat a následně může docházet na individuální intervence, kde klientka se sociálním pracovníkem bude reflektovat průběh doporučeného postupu. Také se zde naskytuje varianta klientku doprovázet v její bolesti a postupně s ní procházet „kroky k uzdravení“.

Autorky pojmenovaly jednotlivé části poradenského procesu „kroky uzdravení“ a rozdělily je do osmi fází, přičemž každá z nich má vlastní specifika. Během procesu truchlení se může stát, že se některé fáze budou překrývat. Autorky nazvaly kroky k uzdravení následovně: „Vystoupit z temnot; Poznat své skutečné pocity a skutečné ztráty; Přestat s neúčelným jednáním; Odemknout dveře viny a studu; Sundat pokličku; Nepodlehnout depresi, ale naučit se s ní zacházet; Najít svobodu v odpuštění a Smířit se.“ Autorky píší, že proces uzdravení neprobíhá přímočaře, klientky je dobré upozornit na emoční výkyvy. Pokud žena trpí poruchou příjmu potravy nebo má problémy s užíváním alkoholu a drog, je vhodné, aby začala tyto potíže řešit, protože mají negativní dopad na průběh poradenského procesu. Autorky také varují před suicidálními myšlenkami. Pokud tyto myšlenky žena má, rozhodně by se s nimi neměla vyrovnávat sama (Freedová a Salazarová, 2008).

4.3.4.1 První fáze „Vystoupit z temnot“

V této fázi je pro ženu důležité, aby přestala popírat své pocity. Popírání má psychologický význam. Žena popírá možné zranění, které vzniklo jako následek potratu. Je to přizpůsobivý mechanismus. U mnoha žen po uměle přerušném těhotenství nastává pocit úlevy z toho důvodu, že se již nemusí rozhodovat. Následně pak ale velmi často přichází fáze popírání sloužící jako obrana proti negativním pocitům. Popírání by mělo trvat ale jen tak dlouho, dokud se žena nepřipraví se vyrovnat se svou bolestí. Jak jsem psala výše, je potřeba přestat popírat, což lze prostřednictvím zjištění, které faktory měly vliv na potrat. Je důležité, aby se klientka vrátila v čase zpět k rozhodnutí podstoupit umělý potrat. Na rozhodnutí se podílela situace, v jaké se klientka nacházela, jaké měla zdroje, jaké emoce prožívala a jaké poselství od svého okolí získávala. Do okruhu situace s klientkou se proberou její rodinné poměry, její příjem, jaké měla zázemí v zaměstnání případně ve škole, její věk a zdraví během těhotenství a jaký byl její vztah k otci dítěte. Do okruhu zdrojů patří zkoumání, zda měla žena zdravotní pojištění, jaké bylo uspořádání jejího života, jaká se nabízela kvalita péče o dítě a podobně. Následně se práce s klientkou věnuje jejím emocím, které zažívala. Ty byly ovlivněny působením hormonálních změn, které jsou součástí těhotenství. V posledním okruhu poselství klientka zjišťuje, jak její okolí verbálně a neverbálně jednalo při zjištění těhotenství, jak se k ní stavěli nejen nejbližší, ale i společnost, také co jí říkal její vnitřní hlas (Freedová a Salazarová, 2008, s. 70 - 81).

4.3.4.2 Druhá fáze „Poznat své skutečné pocity a skutečné ztráty“

Po potratu mnoho žen nevyjadřuje své emoce a někdy si ani nepřizná, co opravdu cítí. Proto by se klientka měla věnovat emocím, které cítí dnes, jaké cítila v den potratu a v následujících dnech, jaké pocity byly a jsou k otci dítěte, k zdravotnickému personálu, který provedl potrat, k okolí, které ji povzbuzovalo, aby interrupci podstoupila. Jaké má klientka emoce k lidem, od kterých očekávala podporu, kterou nedostala. A jaké má pocity k sobě samé (Freedová a Salazarová, 2008).

Procesu truchlení pomáhá pojmenovat ztráty, které proběhly v době potratu a po něm. Klientka by se měla pokusit své ztráty identifikovat. K tomu jí může pomoci následující soupis. Do primárních ztrát může patřit: „vlastní já; dítě; tělesné zdraví; změna ve vztahu s otcem dítěte, rodičem, Bohem a dalšími“. Sekundární ztráty mohou být „obraz sebe sama; naděje a sny; svoboda rozhodovat se bez nátlaku; cíle; nevinnost; klid mysli, radost, štěstí; schopnost důvěřovat; bezpečí neboli pocit jistoty; přesvědčení o sobě samé, o ostatních,

o životě; jiné a také ztráty, které vznikly následkem přizpůsobivého chování, jimiž mohou být „Pití; drogy; poruchy příjmu potravy; zlost; deprese; jiné“. (Freedová a Salazarová, 2008, s. 82 - 88)

4.3.4.3 Třetí fáze „Přestat s neúčelným jednáním“

Ženy po potratu často používají obranný mechanismus smlouvání. Dalším krokem je tedy zjistit, jakým způsobem ve svém životě toto smlouvání používá. Jeho odhalení napomůže jeho odstranění a zjištění, proč smlouvání nepomáhá a stále selhává v životě klientky. Smlouvání má tři pilíře, a to pilíř strachu, náhody a iluze. Pilíř strachu má přání necítit bolest, zlost a smutek. Druhý pilíř náhody je spoléhání se na štěstí, které nemusí vyjít, a proto je velmi riskantní se na náhodu spoléhat. Posledním pilířem je iluze. Iluze znamená přesvědčení, že emoce zmizí nebo že potratem klientka nic neztratila. Problematika iluze je postavena na tom, že je třeba realisticky prozkoumat život klientky. Některé dohody jsou pro klientku naopak potřebné, to jsou ty dohody, které jsou podepřeny pilířem pravdy. Například uvědomění si, že potrat je bolestivá zkušenost, pro kterou je potřeba truchlit (Freedová a Salazarová, 2008, s. 89 - 96).

4.3.4.4 Čtvrtá fáze „Odemknout dveře viny a studu“

Pocity viny a studu jsou odlišné. Je rozdíl ve vnímání viny, kdy klientka si je vědoma, že udělala chybu a má zodpovědnost za svoji část chyby, oproti studu. Stud se projevuje tím, že klientka nevnímá „udělala jsem chybu“, ale vnímá „jsem chyba“. Stud vzniká podmíněnou láskou a špatným zacházením od svého okolí. Pocity studu jsou často doprovázeny negativními pocity o sobě samé, obavami z okolí a nedůvěrou. S klientkou je důležité probrat její pocity studu, které má nyní v přítomnosti a které měla během potratu a před ním, když řešila otázku, zda má umělé ukončení těhotenství podstoupit. Také je vhodné, aby si klientka následující týden psala deník, kam si bude zaznamenávat, co si o sobě myslí. Následně po týdnu by měla vyhodnotit, co je pravda, co ne. Klientka by si také měla zrekapitulovat chování a doprovázející emoce, kdy byla v situaci, kde u ní převládala emoce studu (Freedová a Salazarová, 2008, s. 97 - 109).

4.3.4.5 Pátá fáze „Sundat pokličku“

Tato fáze se věnuje hněvu. Je vhodné s klientkou projít, jaký dostávala vzor od rodičů, jak může projevovat hněv. Hněv může být vyjádřen agresivním, nebo pasivním způsobem.

Pro klientku je podstatné, aby si zodpověděla, zda má zlost na otce dítěte, na sebe, na rodiče, na Boha nebo i na ostatní. Klientka by měla zjistit, jak se její hněv projevuje. Je rovněž dobré doporučit, aby si své pocity hněvu psala do deníku, může také psát například básně, kterými emoce ventiluje. Vhodnou formou, jak pracovat s hněvem, je psát konkrétní dopisy osobě, na kterou má klientka zlost. Dopis nemusí poslat. Během jeho psaní by se klientka měla snažit být co nejvíce konkrétní. Dalším možným užitečným způsobem vyjádření hněvu je mluvit o emocích s osobou, které klientka důvěřuje, nebo lze imaginovat, že na židli jsou lidé, na které se zlobí, a nyní jim to může říct. Vhodná je také technika bouchání do polštáře, bouchání plastovou láhví do gauče, věnování se běhu. Při těchto aktivitách klientka uvolňuje potlačenou energii. Je dobré, aby si přitom uvědomovala, jak je naštvaná. Podstatné je, aby se dostala se zpracováním hněvu až k pláči, který jí uvolní její pocity bolesti (Freedová a Salazarová, 2008, s. 110 - 123).

4.3.4.6 Šestá fáze „Nepodlehout depresi, ale naučit se s ní zacházet“

Mnoho žen, které prodělaly potrat, zažívá stavy deprese, jež může mít lehčí nebo hlubokou formu. Pokud má klientka formu klinické deprese, je nutné, aby vyhledala psychiatra. Deprese se často zhoršují v den výročí potratu nebo v den, kdy se dítě mělo narodit. Na některé ženy má také vliv střídání ročních období. Je vhodné si deprese zaznamenávat. Ze záznamů lze potom zjistit, zda se cyklicky opakují. Klientce je vhodné doporučit, aby se ze svých pocitů vypsala do deníku (Freedová a Salazarová, 2008, s. 124 - 135).

4.3.4.7 Sedmá fáze „Najít svobodu v odpuštění“

Odpuštění má pro klientku značný význam. Pokud dojde k odpuštění, je schopna přestat sebe samu obviňovat a obviňovat i druhé. Proces odpuštění není příjemnou záležitostí, během něj klientek cítí vnitřní bolest. Odpuštění není omlouvání druhých, ale klientka si musí vymezit, komu a co přesně odpouští. Odpustit také neznamena zapomenout na to, co se stalo, ale pamatovat si to, aby klientka zabránila špatnému zacházení vůči sobě samé. Další překážkou pro odpuštění je to, že klientka potřebuje odpustit někomu, kdo o odpuštění nestojí. Odpuštění je důležité pro ni, ale ne pro ostatní. Některé klientky si mohou myslet, že odpuštění si musí zasloužit. Na odpuštění nemá vliv chování z minulosti. Některé klientky se zlobí na Boha, jak to mohl dopustit. Je důležité se klientkám věnovat a ujistit je, že mnoho žen má podobné pocity. Je rovněž dobré doporučit, aby si napsaly seznam, komu a co chtějí

odpustit. Tento seznam si mohou klientky nahlas číst. Odpuštění je individuální proces a u každé ženy trvá jinak dlouho (Freedová a Salazarová, 2008, s. 136 - 150).

4.3.4.8 Osmá fáze „Smířit se“

V této fázi je vhodné pojmenovat nenarozené dítě, představovat si, jaké by bylo, zda by to byla dívka nebo chlapec, jaké by dítě mělo zájmy, co by mělo, nebo nemělo rádo. Vzpomínky na potrat a události po něm jsou často jen negativní. Nyní je potřeba si vytvořit i pozitivní zpětnou vazbu. Ženy také mohou použít imaginace, kdy si představí, jak své dítě drží v náručí a vše, co mu chtějí říct, mu mohou povědět. Následně by žena měla přijít k podstatnému kroku a svému dítěti postavit symbolický pomník. Tato symbolika je jedním z posledních důležitých kroků vyrovnání se se smrtí dítěte. Pro ženu má tento krok významnou terapeutickou hodnotu. Pomník je pro ni symbolem, že dítě a jeho smrt přijímá. Díky tomu, že se se smrtí dítěte vyrovná, dokáže obnovit své sociální fungování (Freedová a Salazarová, 2008, s. 151 – 156).

Podle přístupu orientovaného na klienta, jehož zakladatelem je C. R. Rogers, má pomáhající pracovník v rámci intervence poskytovat klientovi opravdovost, bezpodmínečné přijetí klienta a empatické porozumění. Pokud se tyto 3 základní pilíře stanou součástí vztahu mezi terapeutem a klientem, jejich vliv podporuje jejich mezilidský vztah, který výrazně ovlivňuje následný vývoj klienta (Rogers, 1961, podle Hytych, 2003, s. 98; Rogers, 1998, podle Hytych, 2003, s. 98). Freedová a Salazarová (2008) píší, že žena po potratu potřebuje v rámci mezilidských vztahů vnímat především lásku a bezpodmínečné přijetí, které pozitivně ovlivní celkové zvládnutí traumatické události. Vycházím z toho, že pro ženu po potratu je vhodné, aby sociální pracovník v rámci intervence využíval také přístup orientovaný na člověka.

5 Organizace, zařízení a služby, které pracují s dopady potratu v České republice

Tato kapitola je zaměřena na služby, zařízení a organizace, které se věnují klientům s negativními dopady potratu.

Pro jejich zjištění jsem využila dvojí postupu, a to vždy s využitím e-prostoru. Prvně jsem se zaměřila na vyhledání jejich odkazů na internetu. Na stránkách *Seznam* jsem zadala kombinaci slov „postabortivní syndrom“ a „pomoc“. Při automatickém vyhledání různých odkazů jsem některé stránky negovala, jiné jsem otevřela a v odkazu hledala další informace o možnosti pomoci lidem s negativními dopady potratu. Tyto odkazy mě často směřovaly na další.

Druhý postup pro zjištění, které organizace, zařízení a služby poskytují pomoc lidem po potratu v rámci sociálních služeb, byl následující. Obeslala jsem konkrétní organizace, zařízení a služby s žádostí o upřesnění, zda poskytují podporu sociálního fungování v souvislosti s potížemi po potratu. Klíčem k jejich výběru byla vnitřní databáze Centra naděje a pomoci, složka kontaktů „poradny pro ženy“. Nalezené odpovědi mě nejen informovaly, které organizace, zařízení a služby poskytují podporu sociálního fungování při potížích vzniklých potratem, ale získala jsem nové kontakty na další služby. Jelikož se jednalo o cílené oslovení, je možné, že některé organizace, zařízení a služby nebyly osloveny, a pokud nebyly nalezeny v e-prostou, nejsou v kapitole uvedeny.

Oblasti prenatalní, perinatální a postnatální ztráty dítěte se hluboce protínají. Je vysoce pravděpodobné, že se ženy obrací na organizace, zařízení a služby v rámci prenatalní ztráty, ačkoliv je možné, že se organizace věnuje perinatální a postnatální ztrátě. Proto uvádím nejen organizace, zařízení a služby, které se věnují klientům při pocíťovaných dopadech potratu, ale také organizace, zařízení a služby reagující na potíže vycházející z perinatální a postnatální ztráty dítěte.

Prvně uvádím organizace a zařízení, které se na svých webových stránkách profesionálně věnují klientům s dopady prenatalní, perinatální a postnatální ztráty. Následně v kapitole uvádím pomáhající pracovníky, kteří v rámci svých služeb (s charakterem takzvaných „soukromých praxí“) poskytují pomoc lidem s prenatalní, perinatální a postnatální ztrátou. Výčet organizací, zařízení a následně služeb je řazen abecedně.

K organizacím, zařízením a službám někdy dodávám informace, které nejsou odcitované. Jedná se o informace z e-mailové komunikace či vycházím z vlastního přehledu.

5.1 Organizace a zařízení

Aqua vitae - poradna pro ženy v tísní

Bezplatná internetová, telefonická a terapeutická poradna, která v rámci své činnosti nabízí odbornou psychoterapeutickou pomoc ženám, které se vyrovnávají s traumaty po potratu (Linka pomoci, 2010). Tato organizace není zaregistrována jako sociální služba. Přesto organizace pracuje na vysoké profesionální úrovni a podporuje sociální fungování klientů při vzniklých potížích po potratu.

Centrum naděje a pomoci (CENAP)

Nestátní nezisková organizace, která poskytuje odborné sociální poradenství i pro ženy, které trpí dopady potratu (Centrum naděje a pomoci, 2015).

Charita Opava

V rámci poskytování sociálních služeb v *Charitě Opava* se klientům věnuje Ing. Bc. Sližová Dagmar (Charita Opava, 2010). Ing. Bc. Sližová Dagmar je sociální pracovnící a terapeutkou ve směru *The New Experience for Survivors of Trauma*, která se věnuje i ženám, které trpí dopady potratu (DueDil, 2015).

Manželská a rodinná poradna Bethesda

Pracovníci této poradny pomáhají klientům posílit jejich psychický stav a nabýt vnitřní stability (Centrum sociálních služeb, 2007). Ačkoliv to na webových stránkách není konkrétně uvedeno, pracovníci této poradny se věnují i ženám, které trpí dopady potratu.

Na počátku o. p. s.

Nestátní nezisková organizace, která se věnuje ženám při nečekaném těhotenství v rámci sociálních služeb. Klientky informuje o právu podstoupení interrupce a sociálních právech při jejich rozhodování. V rámci intervence pracovníci informují klientku o negativních dopadech, které mohou vzniknout po interrupci (Na počátku, 2015).

Národní iniciativa pro život, o.p.s.

Organizace poskytuje především preventivní programy pro dospívající, zaměřené na oblast neplánovaného rodičovství a interrupcí. V rámci svých služeb se také věnují problematice postabortivního syndromu (Národní iniciativa pro život, 2015).

Obecně prospěšná společnost Dlač životu (Azylový dům pro těhotné ženy v tísní)

Do této organizace přichází ženy, které se ocitly po zjištění těhotenství v tísní (Dlač životu, 2015). Pracovníci přímou práci s klientkami, které vykazují znaky hypotetického postabortivního syndromu, zatím neposkytují. O hypotetickém postabortivním syndromu jsou informováni a jsou schopni podpořit sociální fungování žen s negativními dopady potratu.

Perinatální hospic

Organizace, která podporuje rodiče, kteří čekají dítě, jež pravděpodobně umře v perinatálním nebo v postnatálním období. Jejich péče pomáhá rodičům zvládnout dopady po smrti dítěte. Jejich pomoc je více zaměřená na rodiče dětí ve věku od 28. týdne těhotenství (Perinatální hospic, 2015).

Poradna RUTH Třebíč

Poradna RUTH Třebíč spadá pod *Charitu Třebíč*, kde pomáhají párům, manželům a rodinám. V rámci jejich poslání je ochrana nenarozeného života (Poradna RUTH Třebíč, 2015). V této organizaci pracuje psychoterapeutka a sociální pracovnice Ing. Bc. Marcela Blažková, DiS., která se také věnuje lidem trpícím dopady potratu.

Poradna pro ženy a dívky Olomouc (a detašované pracoviště Šumperk)

V této poradně (mimo jiné) podporují sociální fungování klientů při negativních dopadech potratu (Poradny pro ženy a dívky Olomouc, 2010).

Prázdná kolébka

Tento projekt podporuje rodiče (a blízké příbuzné), kterým zemřelo dítě před porodem nebo krátce po porodu, a pomáhá jim. Jedná se o projekt, který spadá pod nestátní neziskovou organizaci *Dlouhá cesta* (Prázdná kolébka, 2015).

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno Bohunice a na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity

Na *Psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice a Lékařské fakultě Masarykovy univerzity* poskytuje své služby psychiatrická a psychoterapeutka MUDr. Ilona Burdová (Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU, 2015). MUDr. Burdová v rámci svých projevů, které jsou dostupné v e-prostoru, informuje o dopadech potratu a také poskytuje pomoc lidem trpícím dopady potratu v rámci psychiatrických a psychoterapeutických služeb (Česká televize, 2013).

Vira.cz

Jedná se o server, který čtenářům nabízí různé pohledy na křesťanskou víru. Poskytovatelem je *Arcibiskupství pražské – Pastorační středisko*. Server poskytuje linku důvěry, která je zaměřená i na oblasti křesťanství a smyslu života (Vira.cz, 2015). Při poskytování služeb se poradci setkávají také s dotazy týkajícími se prožitku potratu. Dotazy jsou směřovány na nalezení podpory při naplňování spirituálních potřeb.

5.2 Služby

Ing. Klíčová Vlasta

Terapeutka ve směru *The New Experience for Survivors of Trauma*, která se věnuje i ženám, které trpí dopady potratu (NEST „Terapie smíření“, 2013).

Mgr. Mrowetz Michaela

Klinická psycholožka a psychoterapeutka, která se specializuje na pomoc ženám při reprodukčních problémech. (Klinická psycholožka, 2015).

PhDr. Lebdušková Lucie

Klinická psycholožka, která se věnuje i ženám, které trpí dopady potratu (Čekala jsem miminko, 2014).

Liberdová Ludmila

Terapeutka, která informuje veřejnost o dopadech potratu (Hnutí pro život ČR, 2014). Liberdová poskytuje pomoc také lidem trpícím dopady potratu.

Ivana Švábková

Poradkyně, která se věnuje i ženám, které trpí dopady potratu (Cepona, 2015).

Na území České republiky se snaží pomoci ženám, které trpí dopady traumatu, i lidé bez vzdělání, s vlastním vypracovaným stylem. Jedná se o směry založené na vlastní intuici. Ačkoliv to nejsou odborné směry, přesto jsou tyto formy pomoci mnohými ženami vyhledávány. Jedná se například o služby Terezy Kramerové (Tereza Kramerová, 2015). Nelze říci, že tyto směry nepomáhají ženám při ztrátě dítěte (ženám se dostává potřebné bezpodmínečné podpory). Je však nutné z pozice sociálního pracovníka zvážit, zda ženě referovat o daných službách, které nejsou podloženy odborností.

6 Výzkumná část

7 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo **zjištění informovanosti sociálních pracovníků o problematice postabortivního syndromu** a také toho, zda na tuto informovanost má vliv délka jejich praxe a stupeň jejich vzdělání. Tento cíl je hlavní.

Definice hlavního cíle vychází z výsledku výzkumu diplomové práce Mackové (2010), která píše, že jen někteří psychologové, psychiatři a sociální pracovníci znají hypotetický postabortivní syndrom. Konkrétně píše: „*Není jich sice mnoho, mně se podařilo ve Zlínském kraji najít pouze tři odborníky, ale i tak se potvrdilo, že „něco“ jako postabortivní syndrom existuje*“ (Macková, 2010, str. 62). Také se v závěru zmiňuje, že psychické dopady potratů představují neprobádanou problematiku (Macková, 2010). Na základě toho mohu předpokládat, že míra informovanosti o postabortivním syndromu u sociálních pracovníků bude nízká.

Pro pochopení celé problematiky jsem se v teoretické části věnovala otázce hypotetického postabortivního syndromu.

Sociální práce s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem spadá do odborného sociálního poradenství. Z tohoto důvodu jsem prostudovala *zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách* a vyhlášku vztahující se k tomuto zákonu, a to *505/2006 Sb. vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách*.

Pro doplnění bych ráda uvedla, že jsem se rozhodla zkoumat informovanost subjektivní, ne reálnou. Je to z důvodu, že postabortivní syndrom nespadá do mezinárodní klasifikace nemocí, a proto ho sociální pracovníci nemusí znát. Zaměřuji se tedy na jejich subjektivní informovanost o této problematice. Ve výzkumné části se nejdříve zaměřuji na širší informovanost sociálních pracovníků a následně i na užší. Mým záměrem bylo získat co nejobjektivnější data o jejich informovanosti, na druhou stranu jsem nebyla schopna všechny parametry otestovat. Zajímá mě subjektivní informovanost o fenoménu postabortivního syndromu a také informovanost v užším pojetí, tedy znalost služeb, zařízení a organizací věnujících se dané problematice a znalost metod a technik, které se používají při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem.

Pro naplnění hlavního cíle jsem stanovila následujících 6 dílčích výzkumných cílů.

- Cíl 1: Zjistit míru informovanosti o hypotetickém postabortivním syndromu mezi sociálními pracovníky ve městě Brno.
- Cíl 2: Zjistit, zda sociální pracovníci ve městě Brno vědí, které služby, zařízení a organizace se věnují problematice hypotetického postabortivního syndromu.
- Cíl 3: Zjistit, jaká je míra zkušeností sociálních pracovníků ve městě Brno s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost hypotetického postabortivního syndromu.
- Cíl 4: Zjistit subjektivní míru profesní připravenosti u sociálních pracovníků ve městě Brno k práci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem.
- Cíl 5: Zjistit, jestli sociální pracovníci vědí, jaké metody a techniky lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem.
- Cíl 6: Zjistit, zdali má na údaje zjišťované v cílech 1, 3, a 5 vliv délka praxe a stupeň vzdělání.

8 Design výzkumu

V sociologických výzkumech bývají nejčastěji využívány dva typy výzkumu, a to výzkum kvantitativního typu a výzkum kvalitativního typu. Pro tuto práci jsem zvolila kvantitativní přístup, který bych ráda představila. Kvantitativní design výzkumu je zvolen z důvodu jeho vhodnosti pro naplnění cíle. Následně pro přehled vymezuji i kvalitativní přístup.

V kvantitativním výzkumu výzkumník měří předem určené charakteristiky, zkoumá, v jakém jsou vzájemném vztahu, a testuje hypotézy. Vychází z předem daného problému, který je zakotven v teorii či sociální realitě. Následně jsou před aplikací výzkumu vytvořeny hypotézy, které vychází z problematiky výzkumu. Po sběru dat se tyto hypotézy testují a mohou být potvrzeny, nebo zamítnuty. Logika tohoto výzkumu má deduktivní charakter (Disman, 2011). Kvantitativní výzkum vychází z filozofického směru nazývaného „pozitivismus“, který vede výzkumníka ke kvantifikaci a manipulaci s předmětem daného zkoumání. V tomto typu výzkumu se vyskytuje reduktivní zkoumání, a to z důvodu, že badatel si je vědom, že není schopen zachytit komplexně a přesně mnohorozměrnost objektu. Proto si zvolí jen některé rozměry pro zkoumání, kterým se následně důkladně věnuje (Ferjenčík, 2010). Disman také zmiňuje, že v tomto výzkumu je žádána silná standardizace, aby bylo dosaženo vysoké reliability, ale ani ta nezaručuje vysokou validitu. Pokud totiž respondent volí jednu z redukcujících odpovědí, nemusí tato odpověď přesně vystihovat jeho mínění, protože si volí jemu nejbližší možnou položku z malého souboru možných odpovědí (Disman, 2011).

Kvalitativní výzkum netestuje danou teorii, jak je ve výzkumu kvantitativním typické. Pomocí kvalitativního výzkumu badatel naopak vytváří teorii novou. Na začátku výzkumu badatel sbírá data, která následně vyhodnocuje. Výstupem analýzy dat může být nová teorie, o které jsem se již zmínila, nebo nově formulované hypotézy. Logika tohoto výzkumu je induktivní (Disman, 2011). Ferjenčík se zmiňuje, že filozofický proud, z něhož vychází kvalitativní přístup, je fenomenologie, která badatele vyzývá k důkladnému prozkoumání dané problematiky. Povaha výzkumu je holistická. Proto jsou také rozměry problematiky vnímány integrovaně (Ferjenčík, 2010). Disman pokračuje, že v tomto typu výzkumu je standardizace slabá, a proto má nízkou reliabilitu. Při rozsáhlých odpovědí potencionálně může ve výzkumu nastat vysoká validita (Disman, 2011). Kromě kvalitativního a kvantitativního typu výzkumu existuje i smíšený výzkum, který kombinuje oba metodologické přístupy, případně dvě a více metod pro sběr dat ve výzkumu (Ferjenčík,

2010). Pro přehled následně přepisuji tabulku, která vymezuje hlavní výhody kvalitativního a kvantitativního šetření.

Tabulka č. 4: Kvalitativní a kvantitativní šetření

Výhody kvantitativního a kvalitativního šetření	
Kvantitativní šetření:	Kvalitativní šetření:
zkoumání skupin	zaměření na jedince
silná standardizace	získání mnoha informací od mála respondentů,
snadná generalizace	slabá standardizace
měřitelná validita	problematická generalizace

Zdroj: Punch, 2008, podle Staňková, 2011, s. 64

9 Výzkumný nástroj

Volba metody dotazníku vychází z potřeby vhodné kvantifikace dat. O vhodnosti dotazníku pro lepší kvantifikaci oproti interview se zmiňuje Ferjenčík (2010). Autor pokračuje, že tuto metodu je vhodné použít, když výzkumník předkládá tutéž sadu otázek většímu počtu respondentů. Jeho nespornou výhodou je úspora času a finančních nákladů (Ferjenčík, 2010). Disman (2011) k dotazníku dodává, že se jedná o velice efektivní metodu – vysoký počet respondentů s minimálním využitím času a financí. Další výhodou je anonymita respondentů. „Interview bias“⁷ je prakticky eliminováno (Disman, 2011).

Nevýhody dotazníku spočívají v tom, že badatel klade vysoké nároky na ochotu respondenta, protože chce, aby odpověděl na všechny otázky. Také se může stát, že dotazník vyplní jiný člen rodiny respondenta místo něho samotného. Další nevýhodou je jeho návratnost. Pokud je totiž nízká, může se stát, že reprezentativnost vzorku je zmařena. Pro podporu návratnosti dotazníku se využívá „*frankovaná obálka, slušná kvalita papíru, dostatek místa pro odpověď*“ (Disman, 2011, s. 143). Autor pokračuje, že vliv na návratnost dotazníku má jeho délka. Čím delší dotazník, tím horší je jeho návratnost. Přesto je vhodné podotknout, že dotazníky, které se vyskytují na deseti a více stránkách, mají již stejnou návratnost. Další vliv na návratnost může mít prestiž sponzora, který zaštiťuje dotazník. Zase se ale může stát, že jména některých zaštiťujících institucí mohou způsobit systematické zkreslení. Autor udává příklad, že organizace, která je známá tím, že u etické otázky postoje k potratům je hodnotově zaměřená „pro life“, na dotazník organizace budou více odpovídat respondenti se stejným názorem než respondenti, kteří jsou „pro choice“. Další prostředkem pro vyšší návratnost dotazníku je doprovodný dopis vysvětlující nejen účel dotazníku, ale i další aspekty, jako je zajištění anonymity respondenta. Efektivní nástroj pro návratnost dotazníku představuje jeho vyplnění za finanční odměnu. Nejúčinnějším nástrojem pro zvýšení návratnosti dotazníku je posílání takzvané „upomínky“ respondentům, kteří neodpověděli na zasláný dotazník. Autor poukazuje na studii z USA, která před upomínkami měla návratnost dotazníků jen 23,8 % a po zaslání konkrétních upomínek se zvýšila až na 72,4 % (Disman, 2011).

Pro rozeslání dotazníků jsem zvolila internetovou formu z toho důvodu, že již dlouhodobě výzkumníci uznávají výhody průzkumů založených na internetu, z nichž

⁷ respondent se snaží zapůsobit na osobnost výzkumníka (Disman, 2011)

nejvýznamnější jsou nižší náklady a rychleji získané odpovědi od respondentů oproti tradičním průzkumům prováděným prostřednictvím pošty (Deutskens, 2004).

10 Výzkumné otázky

V této kapitole jsou vymezeny výzkumné otázky, které vychází z definovaných cílů uvedených v kapitole 6 *Cíl výzkumu*.

- Výzkumná otázka číslo 1: Jaká je míra informovanosti u sociálních pracovníků ve městě Brno o hypotetickém postabortivním syndromu?
- Výzkumná otázka číslo 2: Vědí sociální pracovníci ve městě Brno, které služby, zařízení a organizace se věnují problematice hypotetického postabortivního syndromu?
- Výzkumná otázka číslo 3: V jaké míře sociální pracovníci ve městě Brno mají zkušenosti s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost hypotetického postabortivního syndromu?
- Výzkumná otázka číslo 4: Na kolik se sociální pracovníci ve městě Brno subjektivně cítí profesně připraveni na práci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem?
- Výzkumná otázka číslo 5: Vědí sociální pracovníci ve městě Brno, jaké metody a techniky lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem?

11 Hypotézy

Hypotézy jsem operacionalizovala pomocí otázek z dotazníku a operacionalizace vychází z napsání odpovědí v dotazníku v souladu s teoretickou částí. Nejdříve volím 5 existenčních hypotéz a poté 6 vztahových.

H1: Sociální pracovníci ve městě Brno mají nízkou míru informovanosti o problematice hypotetického postabortivního syndromu.

Operacionalizace: Zde vycházím z Mackové (2010), o které jsem se zmiňovala v kapitole Cíle výzkumu. Předpokládám nízkou míru informovanosti. Hypotéza se potvrdí, jestliže více než 50 % respondentů v součtu odpoví na otázku číslo 5 v dotazníku možností b), také když na otázku číslo 5 odpoví možností a) a přitom nenapíše ani 1 položku v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části, rovněž když odpoví na otázku číslo 6 možnostmi d) nebo e).

H2: Sociální pracovníci ve městě Brno nedostatečně znají služby, zařízení a organizace věnující se problematice hypotetického postabortivního syndromu.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, jestliže více než 50 % respondentů v součtu odpoví na otázku číslo 7 v dotazníku možností b), také když na otázku číslo 7 odpoví možností a) a přitom nenapíše ani 1 položku v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části.

H3: Sociální pracovníci ve městě Brno mají nepatrné zkušenosti s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost hypotetického postabortivního syndromu.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, jestliže více než 50 % respondentů v součtu odpoví na otázku číslo 8 v dotazníku možnostmi d), nebo e).

H4: Sociální pracovníci ve městě Brno subjektivně cítí malou profesní připravenost k práci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, jestliže více než 50 % respondentů v součtu odpoví na otázku číslo 9 v dotazníku možnostmi d), nebo e).

H5: Sociální pracovníci ve městě Brno neznají dostatečně metody a techniky, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, jestliže více než 50 % respondentů v součtu odpoví na otázku číslo 10 v dotazníku možností b), také když na otázku číslo 10 odpoví možností a) a přitom nenapíše ani 1 položku v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části.

H6: Sociální pracovníci ve městě Brno s delší délkou praxe mají vyšší informovanost o pojmu postabortivní syndrom než sociální pracovníci ve městě Brno s kratší délkou praxe.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „délku praxe“ a vychází z odpovědi na otázku číslo 5 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku číslo 5 z dotazníku a „Ano“ je v souladu s teoretickou částí. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

H7: Sociální pracovníci ve městě Brno s vysokoškolským stupněm vzdělání mají vyšší informovanost o pojmu postabortivní syndrom než sociální pracovníci ve městě Brno s maturitním vzděláním nebo vyšším odborným vzděláním.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „stupeň vzdělání“ a vychází z odpovědi na otázku číslo 4 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku číslo 3 z dotazníku a „Ano“ je v souladu s teoretickou částí. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

H8: Sociální pracovníci ve městě Brno s delší délkou praxe mají vyšší informovanost o zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu než sociální pracovníci ve městě Brno s kratší délkou praxe.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „délku praxe“ a vychází z odpovědi na otázku číslo 3 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku číslo 7 z dotazníku a „Ano“ je v souladu s teoretickou částí. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

H9: Sociální pracovníci ve městě Brno s vysokoškolským stupněm vzdělání mají vyšší informovanost o zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu než sociální pracovníci ve městě Brno s maturitním vzděláním nebo vyšším odborným vzděláním.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „stupeň vzdělání“ a vychází z odpovědi na otázku číslo 4 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku číslo 7 z dotazníku a „Ano“ je

v souladu s teoretickou částí. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

H10: Sociální pracovníci ve městě Brno s delší délkou praxe mají vyšší informovanost o metodách a technikách, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem než sociální pracovníci ve městě Brno s kratší délkou praxe.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „délku praxe“ a vychází z odpovědi na otázku číslo 3 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku číslo 10 z dotazníku a „Ano“ je v souladu s teoretickou částí. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

H11: Sociální pracovníci ve městě Brno s vysokoškolským stupněm vzdělání mají vyšší informovanost o zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu než sociální pracovníci ve městě Brno s maturitním vzděláním nebo vyšším odborným vzděláním.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „stupeň vzdělání“ a vychází z odpovědi na otázku číslo 4 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku číslo 10 z dotazníku a „Ano“ je v souladu s teoretickou částí. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

12 Tvorba dotazníku

Jelikož jsem nenalezla vhodný standardizovaný dotazník zaměřený na informovanost k dané problematice, rozhodla jsem se ho vytvořit sama. Ještě před sběrem dat jsem využila možnost pretestu, kterého se zúčastnily 2 sociální pracovnice z města Brno.

V rámci pretestu jedna z respondentek projevovala u otázky číslo 5 v doplňující odpovědi „Pokud jste odpověděl/a ano, prosím napište, jaké příznaky vykazuje postabortivní syndrom:“ nekomfort při setkání se s pojmem „příznak“. Proto bylo toto slovo nahrazeno pojmem „projev“.

V následujícím textu vysvětlím položky v dotazníku.

První dvě otázky v dotazníku se zabývají pohlavím a věkem respondentů. Tyto informace nejsou podstatné pro potvrzení, nebo zamítnutí hypotéz. Přesto byly do dotazníku vloženy z důvodu případné potřeby zjištění pohlaví a věku respondentů pro dokreslení představy o respondentech. Otázka týkající se pohlaví je rozdělena dle Vágnerové (2000) na ženy a muže. Otázka věnující se zjištění věkové skupiny je opět dle Vágnerové (2000) rozdělena na mladou, střední a starší dospělost, a to podle let.

Následující otázky jsou vztažené přímo k hypotézám.

U otázky číslo 3 věnující se délce praxe jsem využila pro rozdělení položek jako předlohu diplomovou práci Nevařilové (2007), která délku praxe dělí na 5 skupin.

Položky otázky číslo 4, které jsou zaměřeny na zjištění nejvyššího stupně vzdělání respondenta, vychází ze *zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* podle odborné způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka (zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách) a také jsou v souladu s českou strukturou vzdělání (zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání; zákon 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů).

U odpovědí respondentů na otázky 5, 7 a 10 jsem záměrně využila možnost prověření jejich informovanosti, a to pouze u respondentů, kteří sami sebe vnímají tak, že jsou informováni. Je to z důvodu, že *Velký sociologický slovník* (Petrušek a Vodáková, 1996) udává o informovanosti (definice je mnohem delší), že její užší pojetí je jen suma prověřených skutečností odpovídajících dané informaci.

Otázky 6, 8 a 9 se věnují subjektivní míře informovanosti respondenta. Rod (2012) doporučuje použít pro kvantifikaci subjektivní míry Likertovu škálu. Doporučuje také využít v odpovědi lichý počet položek místo sudého (Rod, 2012). Proto volím pro tyto otázky tento model.

13 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládá ze sociálních pracovníků města Brno, kteří se na svém pracovišti věnují ženám a ve zdravotnictví, které jsem následně ještě vymezila na nemocniční zařízení a zařízení duševního zdraví. Pro vyhledání kontaktů jsem použila *Adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji*, který vydal *Jihomoravský kraj, Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Jihomoravského kraje* v lednu 2015. Organizace, které jsem oslovila, jsou následující (řazeny abecedně): *Anabell, Asociace pomáhající lidem s autismem, Azylový dům pro mladé dospělé, Azylový dům pro mládež, Centrum naděje a pomoci, Centrum pro rodinu a sociální péči, Domov pro matky s dětmi – Společná cesta, Domov pro matky s dětmi – ZVONEK, Domov sv. Markéty – azylové domy Brno, Magdalenium, Manželská a rodinná poradna (Bratislavská), Manželská a rodinná poradna (Buzkova), Manželská a rodinná poradna (Táborská), Manželská a rodinná poradna Bethesda, Modrá linka, Na počátku, Nízkoprahový klub Likusák, Sdružení Práh, Spondea, Triada – Poradenské centrum*. Těmto organizacím jsem poslala e-mail s žádostí o vyplnění dotazníku a také jsem jim volala s prosbou o jeho vyplnění. Ne všechny organizace byly dostupné na telefonu i přes opakované pokusy, proto u některých kontakt proběhl jen e-mailem.

Dále jsem dle informací dostupných z internetu našla sociální pracovníky v nemocnicích v městě Brno, které jsem následně také oslovila. Proto jsem kontaktovala sociálně-zdravotní oddělení v nemocnicích *a Fakultní nemocnice U Svaté Anny a Nemocnice milosrdných bratří*. I když jsem kontaktovala *Fakultní nemocnici Brno*, následně jsem se nedomluvila na spolupráci při vyplnění dotazníku.

Omylem jsem kontaktovala organizaci *Asociace pomáhající lidem s autismem*. Jsem si vědoma, že poruchy autistického spektra spadají do pervazivních vývojových poruch, ne prvotně do duševního onemocnění.

Výsledně mi odpovědělo 40 sociálních pracovníků. I přestože se jednalo o účelový výběr, nejsem schopna uvést úspěšnost návratnosti rozeslaných dotazníků, které byly poslány 20 organizacím a 2 nemocnicím. Kolik sociálních pracovníků pracuje v těchto organizacích a nemocnicích, mi není známo.

Výsledný soubor tvořilo 40 respondentů. Z tohoto souboru je 35 žen (87,5 %) a 5 mužů (12,5 %). Nejvíce respondentů je v období mladé dospělosti (18 – 34 let), jejich počet je 23 a procentuální rozložení z celkového vzorku 57,5 %. Menší skupina respondentů se nachází ve střední dospělosti, jejich počet je 11 a procentuální rozložení je 7,5 %. V pozdní dospělosti se nachází 6 respondentů a z celkového rozložení je to 15 %. Délka praxe

u respondentů má také sestupný charakter. Funkci sociálního pracovníka do 3 let vykonává 17 respondentů, což je 42,5 %. 3-5 let vykonává toto povolání 9 respondentů, což je 22,5 % z celkového počtu respondentů. Následující kategorií pro délku výkonu povolání je 6 – 10 let, což je z celkového souboru 17,5 %. Své povolání vykonává 10 – 15 let celkem 5 respondentů, to je 12,5 %. Do poslední kategorie s délkou praxe více než 15 let se přihlásili 2 respondenti, což je 5 % výsledného souboru. Dosažené vzdělání respondentů má vzestupný charakter. Kategorii „střední škola s maturitou/gymnázium“ nevolil ani jeden respondent. Vyšší odbornou školu má vystudováno 5 respondentů, to je 12,5 %. Vysokou školu – bakalářské studium absolvovalo 7 respondentů, to je 17,5 %. Vysokou školu – magisterské studium označilo 28 respondentů, to je 70 %.

Ne na všechny položky v dotazníku odpovědělo všech 40 respondentů. Pod zněním otázky číslo 5: „Setkal/a jste se někdy s pojmem postabortivní syndrom?“ byl dán pokyn „Pokud jste odpověděl/a ne, prosím, již nepokračujte v odpovídání na následující otázky“. Od otázky číslo 6 mělo odpovídat 15 respondentů podle daného pokynu. Na následující otázky 6 – 9 odpovědělo 19 respondentů. Na otázku číslo 10 odpovědělo 20 respondentů.

Rozložení pohlaví, věku, délky praxe a nejvyššího dosaženého vzdělání všech 40 respondentů pro vyšší přehled uvádím v tabulce č. 5: Pohlaví, v grafu č. 1: Pohlaví, v tabulce č. 6: Věkové rozložení, graf č. 2: Věkové rozložení, v tabulce č. 7: Délka praxe, v grafu č. 3: Délka praxe, v tabulce č. 8: Nejvyšší dosažené vzdělání a v grafu č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání.

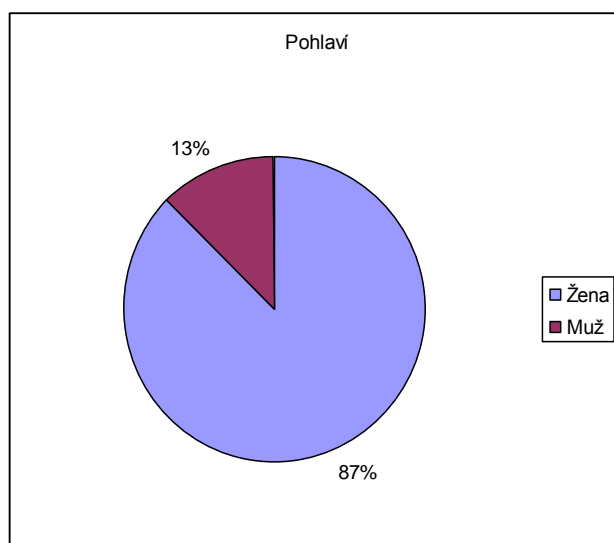
Pohlaví

Tabulka č. 5: Pohlaví

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Žena	35	87,5 %
Muž	5	12,5 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 1: Pohlaví



Zdroj: Vlastní zpracování

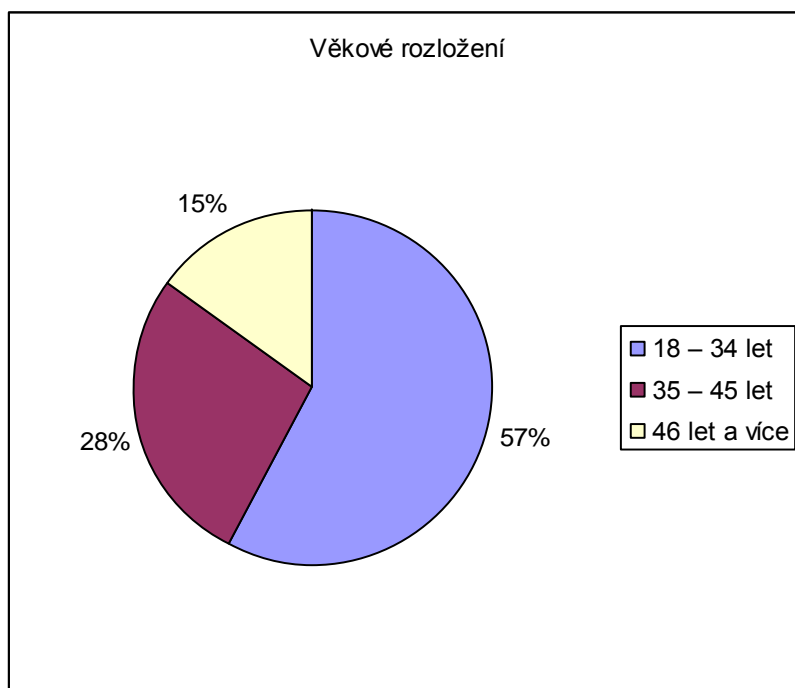
Věkové rozložení

Tabulka č. 6: Věkové rozložení

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
18 – 34 let	23	57,5 %
35 – 45 let	11	27,5 %
46 let a více	6	15 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 2: Věkové rozložení



Zdroj: Vlastní zpracování

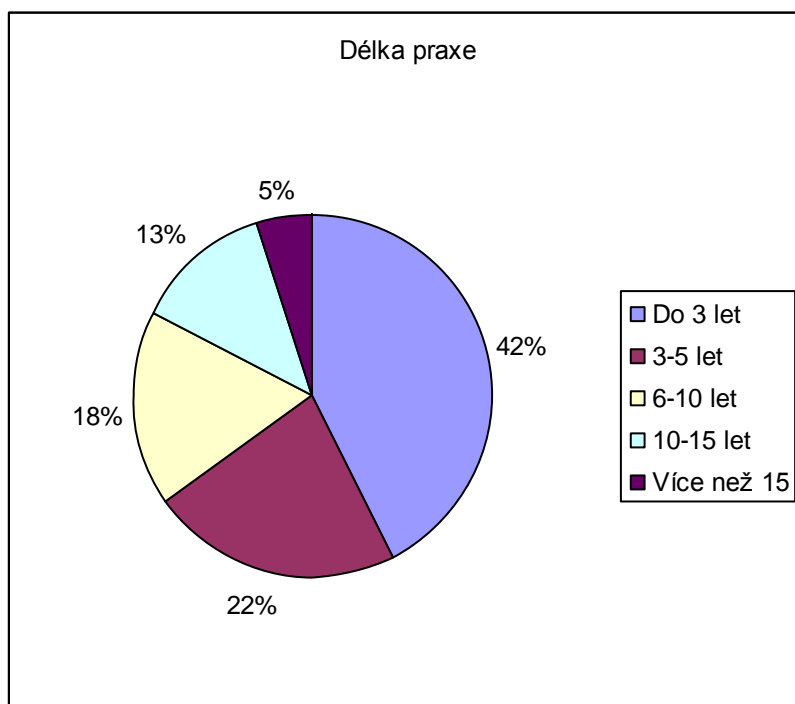
Délka praxe

Tabulka č. 7: Délka praxe

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
do 3 let	17	42,5 %
3-5 let	9	22,5 %
6-10 let	7	17,5 %
10-15 let	5	12,5 %
více než 15	2	5 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 3: Délka praxe



Zdroj: Vlastní zpracování

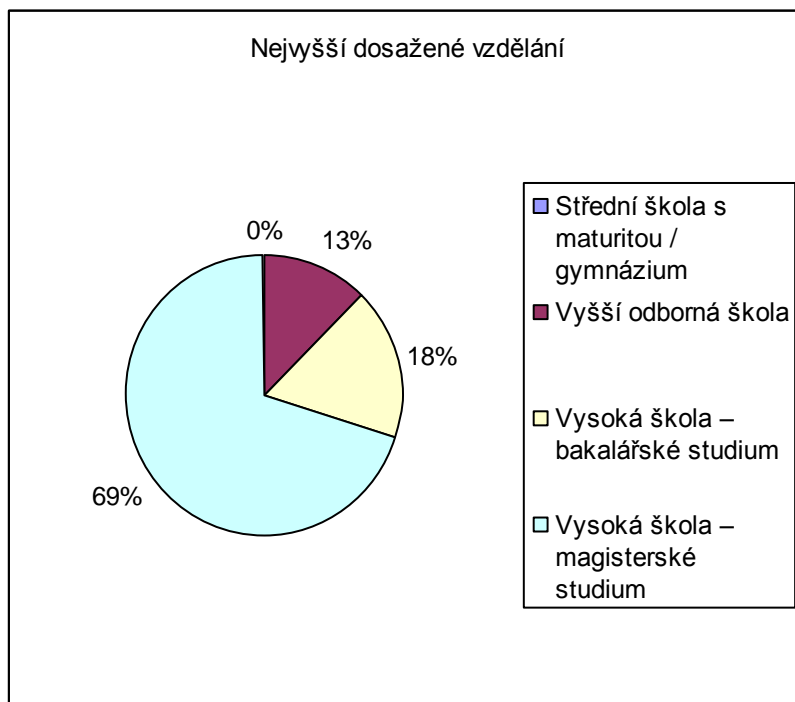
Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 8: Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Střední škola s maturitou / gymnázium	0	0 %
Vyšší odborná škola	5	12,5 %
Vysoká škola – bakalářské studium	7	17,5 %
Vysoká škola – magisterské studium	28	70 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní zpracování

14 Výsledky

V této kapitole představuji výsledky výzkumu.

Pro zpracování výsledků jsem vycházela z odpovědí z dotazníků. Odpovědi se ukládaly na webové stránce *Survio* (Survio, 2015). Následně jsem je zpracovala pomocí datové matice v programu *Microsoft Office Excel 2003*. U polootevřených otázek, kde respondenti odpovídali dle svých znalostí, jsem vyřadila ty odpovědi, u kterých nebyla ani jedna položka v souladu s teoretickou částí. Uzané odpovědi následně předkládám již jen v bodech, a to v přesném opisu od sepsaných odpovědí respondentů.

Následující výsledky jsou uváděny pro potvrzení, nebo vyvrácení hypotéz. Proto nejdříve uvádím znění hypotézy, jak lze hypotézu potvrdit, či vyvrátit, rozložení odpovědí z dotazníku. Pro hypotézy 1 – 5 uvádím odpovědi z dotazníku pro vyšší přehlednost pomocí tabulky a grafu. V tabulce je zaznamenána absolutní a relativní četnost odpovědí. Odpovědi jsou znázorněny i pomocí grafu relativního rozdělení. Relativní četnost je vždy zaokrouhlena na celá čísla. Pro potvrzení hypotéz 6 – 11 jsou grafy typu XY. Poté uvádím, zda hypotéza byla potvrzena, nebo zamítnuta.

H1: Sociální pracovníci ve městě Brno mají nízkou míru informovanosti o problematice hypotetického postabortivního syndromu.

Operacionalizace: Zde vycházím z Mackové (2010), o které jsem se zmiňovala v kapitole cíle výzkumu. Předpokládám nízkou míru informovanosti. Hypotéza se potvrdí, jestliže více než 50% respondentů v součtu odpoví na otázku číslo 5 v dotazníku možnostmi b), také když na otázku číslo 5 odpoví možnostmi a) a přitom nenapíše ani 1 položku v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části, a také když odpoví na otázku číslo 6 možnostmi d) nebo e).

Na otázku č. 5. „Setkal/a jste se někdy s pojmem postabortivní syndrom?“ odpovědělo 40 respondentů. Odpověď „Ne“ označilo 25 respondentů, odpověď „Ano“ 15 respondentů. Respondenti, kteří vybrali odpověď „Ano“, měli napsat, jaké projevy vykazuje postabortivní syndrom. Tuto odpověď zaznamenalo 11 respondentů a všechny odpovědi jsou v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části.

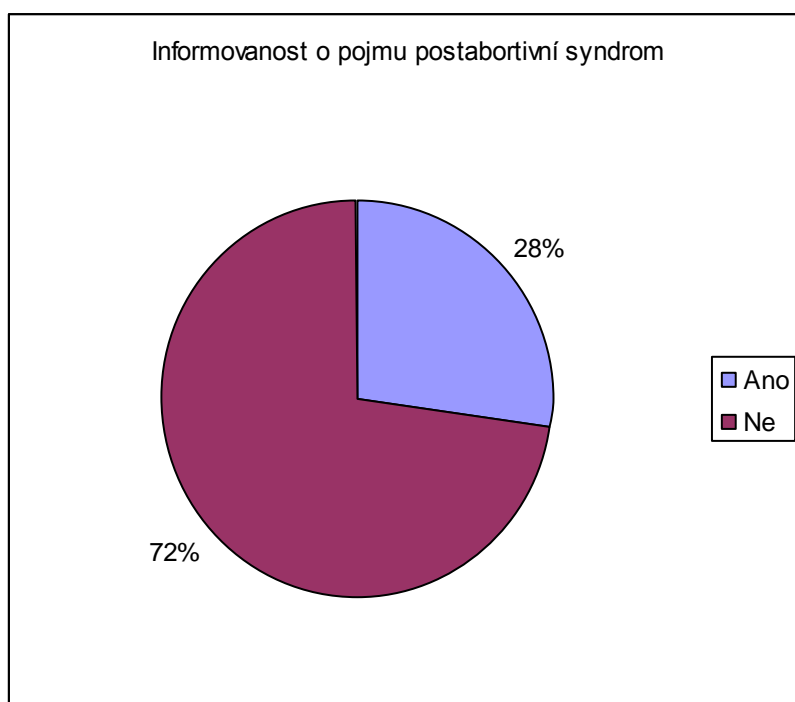
Na otázku č. 6 odpovědělo 19 respondentů.

Tabulka č. 9: Informovanost o pojmu postabortivní syndrom

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Ano	11	28 %
Ne	29	72 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 5: Informovanost o pojmu postabortivní syndrom



Zdroj: Vlastní zpracování

Opis odpovědí, kde je alespoň 1 položka v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části:

- psychické problémy, nespavost, plačtivost, nespokojenost sama se sebou až deprese, somatické potíže;
- psychické poruchy, poruchy v oblasti sexuální, vyhýbání se těhotným ženám, dětem, touha znovu otěhotnět;
- výkyvy nálad, úzkosti, deprese, sociální fobie, noční můry, přehnaná snaha znovu otěhotnět, vyhýbání;
- psychické problémy (výčitky svědomí, noční můry, depresivní a úzkostné stavy, poruchy spánku);

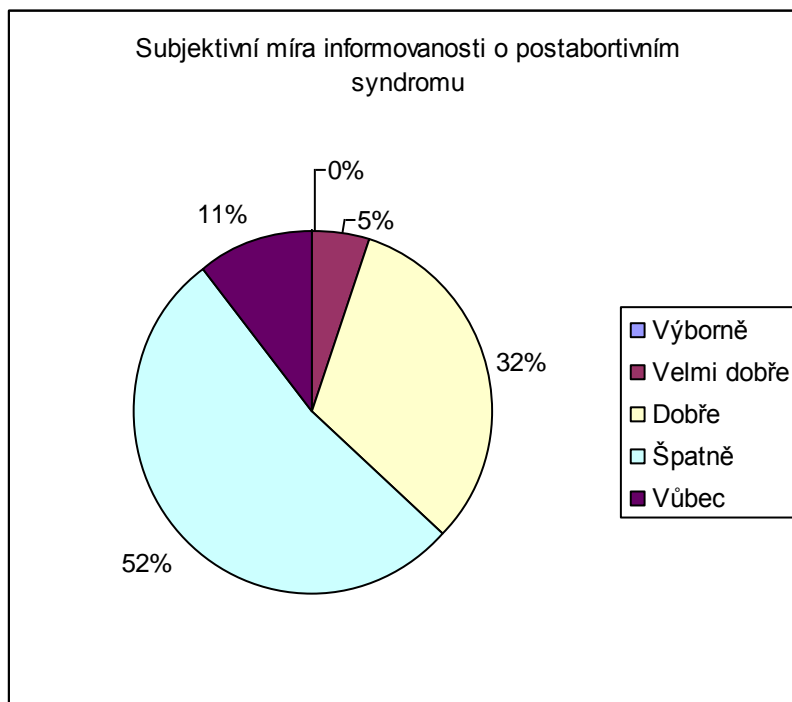
- deprese, smutek, vzpomínání na potracené dítě (např. když vidí nějaké jiné dítě podobného věku);
- depresivní příznaky, nespavost, ztráta chuti žít, pocity viny, studu;
- pocit viny, smutek, úzkost, přehnaná starost o přeživší děti;
- deprese, obviňování se, neschopnost smířit se s potratem;
- deprese, smutek, únava, fyziologické potíže;
- úzkost, lítost, alkohol, drogy.

Tabulka č. 10: Subjektivní míra informovanosti o postabortivním syndromu

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Výborně	0	0 %
Velmi dobře	1	5 %
Dobře	6	32 %
Špatně	10	52 %
Vůbec	2	11 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 6: Subjektivní míra informovanosti o postabortivním syndromu



Zdroj: Vlastní zpracování

Více než 50 % respondentů odpovědělo na otázku č. 5 možností b) a také více než 50 % respondentů zvolilo na otázku č. 6 možnosti odpovědí d) a e).

Sociální pracovníci ve městě Brno mají nízkou míru informovanosti o problematice hypotetického postabortivního syndromu. Hypotéza je potvrzena.

H2: Sociální pracovníci ve městě Brno nedostatečně znají služby, zařízení a organizace věnující se problematice hypotetického postabortivního syndromu.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, jestliže více než 50 % respondentů v součtu odpoví na otázku číslo 7 v dotazníku možností b), také když na otázku číslo 7 odpoví možností a) a přitom nenapíše ani 1 položku v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části.

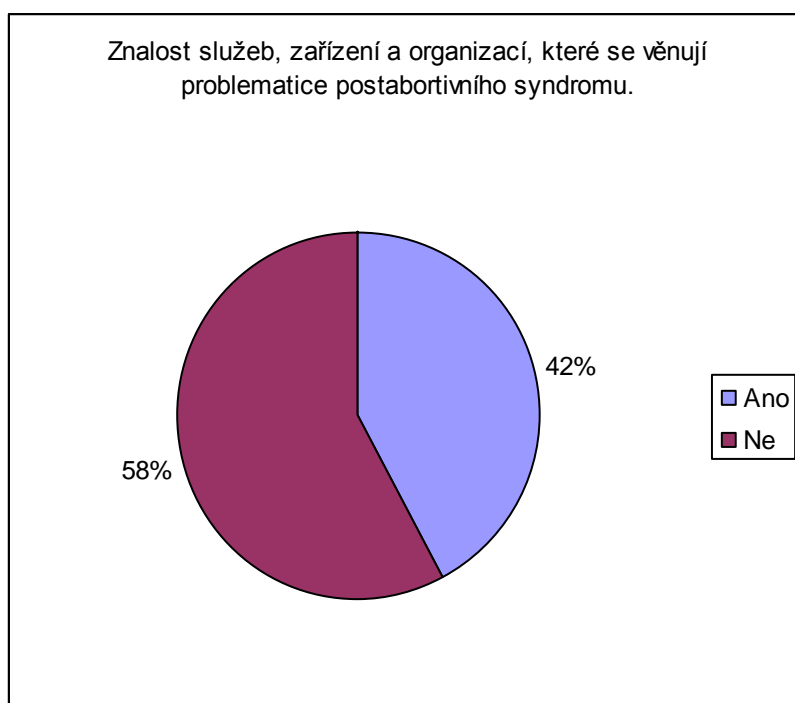
Na otázku č. 7 odpovědělo 19 respondentů. Z toho možnost „Ano“ označilo 11 respondentů, odpověď „Ne“ označilo 8 respondentů. Respondenti, kteří vybrali odpověď „Ano“, měli napsat, které služby, zařízení a organizace se věnují této problematice. Tuto odpověď zaznamenalo 9 respondentů. Z těchto 9 odpovědí je v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části 8 odpovědí.

Tabulka č. 11: Znalost služeb, zařízení a organizací, které se věnují problematice postabortivního syndromu

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Ano	8	42,1 %
Ne	11	57,9 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 7: Znalost služeb, zařízení a organizací, které se věnují problematice postabortivního syndromu



Zdroj: Vlastní zpracování

Opis odpovědí, kde je alespoň 1 položka v souladu s teoretickou částí:

- soukromá terapeutická praxe, psycholog při porodním odd. nemocnice, Aqua vitae, Hnutí pro život;
- Centrum naděje a pomoci - CENAP, Hnutí pro život, jejich poradna Aqua vitae;
- Na počátku, o.p.s., Aqua Vitae, Hnutí pro život;
- CENAP, Na počátku, Poradna Aqua vitae;
- Poradna Na počátku Brno;

- CENAP Brno, psychologové;
- Na počátku, Brno;
- CENAP, Bethesda.

Více než 50 % respondentů odpovědělo v otázce č. 5 možností b).

Sociální pracovníci ve městě Brno nedostatečně znají služby, zařízení a organizace věnující se problematice hypotetického postabortivního syndromu. Hypotéza je potvrzena.

H3: Sociální pracovníci ve městě Brno mají nepatrné zkušenosti s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost hypotetického postabortivního syndromu.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, jestliže více než 50 % respondentů v součtu odpoví na otázku č. 8 v dotazníku možnostmi d) nebo e).

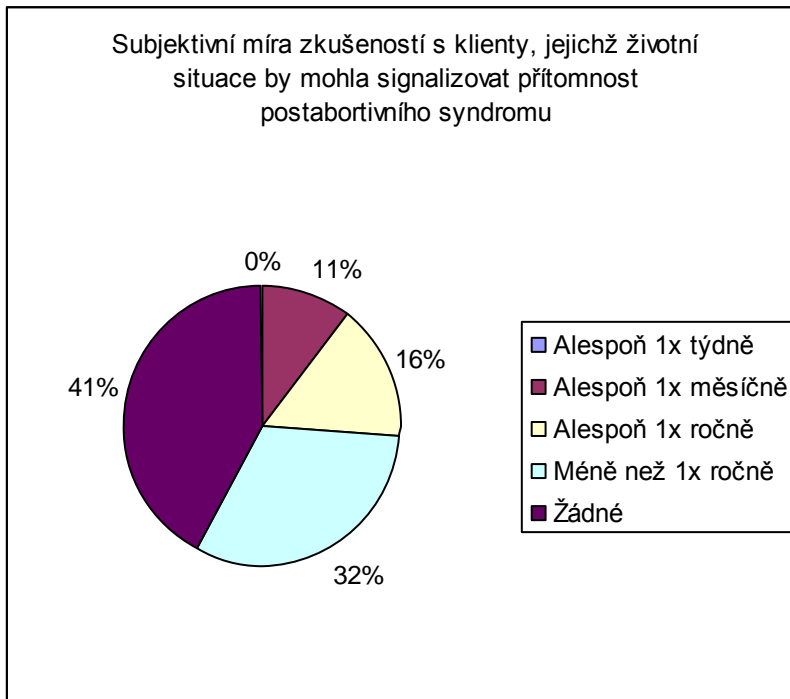
Na otázku č. 8 odpovědělo 19 respondentů.

Tabulka č. 12: Subjektivní míra zkušeností s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost postabortivního syndromu

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Alespoň 1x týdně	0	0 %
Alespoň 1x měsíčně	2	10,5 %
Alespoň 1x ročně	3	15,8 %
Méně než 1x ročně	6	31,6 %
Žádné	8	42,1%

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 8: Subjektivní míra zkušeností s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost postabortivního syndromu



Zdroj: Vlastní zpracování

Více než 50 % respondentů v součtu odpovědělo na otázku číslo 8 v dotazníku na otázku číslo 8 možnostmi d) nebo e). Sociální pracovníci ve městě Brno mají nepatrné zkušenosti s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost hypotetického postabortivního syndromu. Hypotéza se potvrdila.

H4: Sociální pracovníci ve městě Brno subjektivně cítí malou profesní připravenost k práci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem.

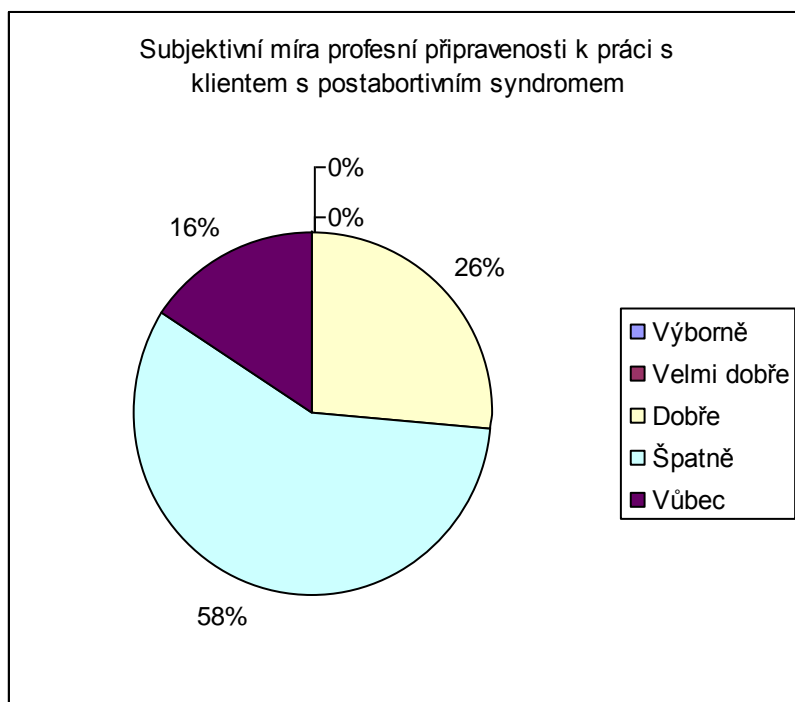
Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, jestliže více než 50 % respondentů v součtu odpoví v dotazníku na otázku č. 9 možnostmi d) nebo e).

Tabulka č. 13: Subjektivní míra profesní připravenosti k práci s klientem s postabortivním syndromem

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Výborně	0	0 %
Velmi dobře	0	0 %
Dobře	5	26 %
Špatně	11	57 %
Vůbec	3	16 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 9: Subjektivní míra profesní připravenosti k práci s klientem s postabortivním syndromem



Zdroj: Vlastní zpracování

Více než 50 % respondentů v součtu odpovědělo na otázku č. 9 v dotazníku možnostmi d) nebo e).

Sociální pracovníci ve městě Brno subjektivně cítí malou profesní připravenost k práci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem. Hypotéza se potvrdila.

H5: Sociální pracovníci ve městě Brno neznají dostatečně metody a techniky, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, jestliže více než 50 % respondentů v součtu odpoví na otázku číslo 10 v dotazníku možností b), také když na otázku číslo 10 odpoví možností a) a přitom nenapíše ani 1 položku v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části.

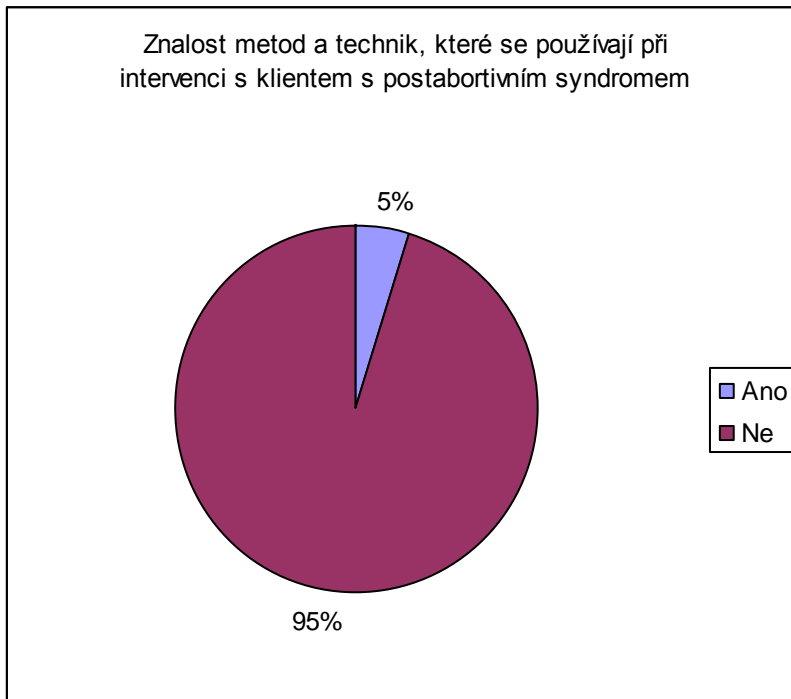
Na otázku č. 10 odpovědělo 20 respondentů. Z toho možnost „Ano“ označili 4 respondenti, odpověď „Ne“ označilo 16 respondentů. Respondenti, kteří vybrali odpověď „Ano“, měli napsat metody a techniky, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem. Tuto odpověď zaznamenali 4 respondenti. Z těchto 4 odpovědí je v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části pouze 1.

Tabulka č. 14: Znalost metod a technik, které se používají při intervenci s klientem s postabortivním syndromem

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Ano	1	5 %
Ne	19	95 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 10: Znalost metod a technik, které se používají při intervenci s klientem s postabortivním syndromem



Zdroj: Vlastní zpracování

Opis odpovědi, kde je alespoň 1 položka v souladu s teoretickou částí:

- pojmenování dítěte, rozloučení s dítětem, vizualizace, procentuální podíl viny, práce s hněvem.

Více než 50 % respondentů v součtu odpovědělo v dotazníku na otázku č. 10 možností b).

Sociální pracovníci ve městě Brno neznají dostatečně metody a techniky, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem. Hypotéza se potvrdila.

H6: Sociální pracovníci ve městě Brno s delší délkou praxe mají vyšší informovanost o pojmu postabortivní syndrom než sociální pracovníci ve městě Brno s kratší délkou praxe.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „délku praxe“ a vychází z odpovědi na otázku č. 5 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku č. 5 z dotazníku a „Ano“ je v souladu

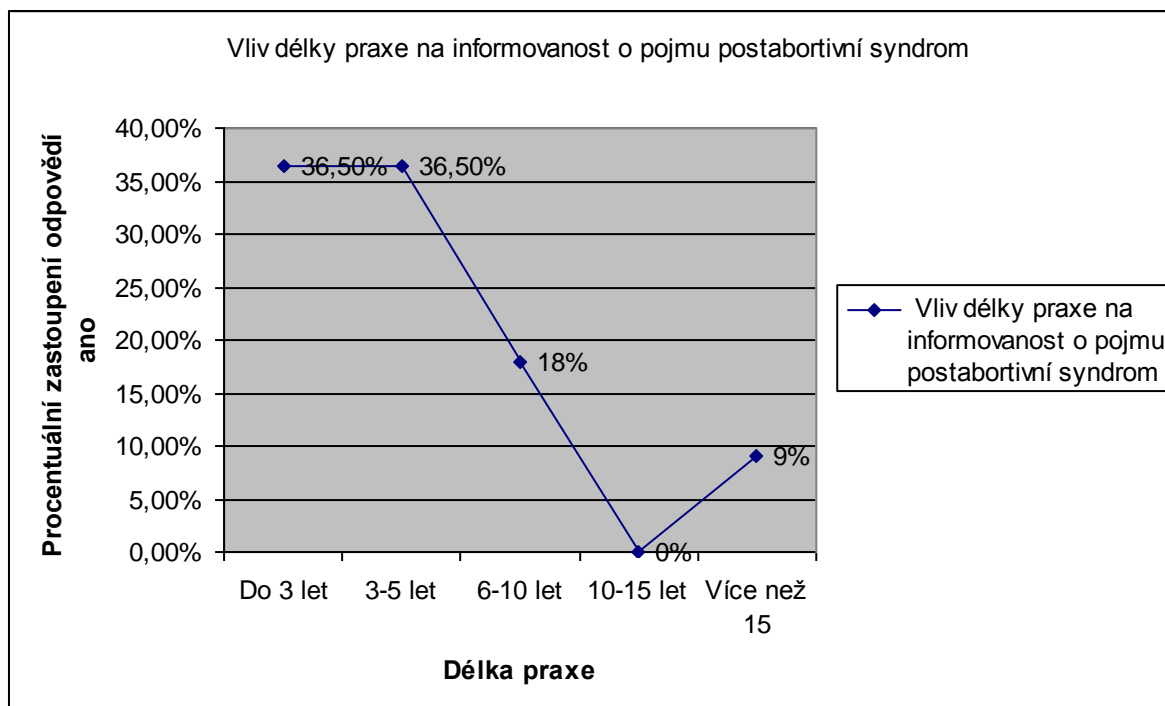
s uvedenými poznatky v teoretické části. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

Tabulka č. 15: Zastoupení odpovědí „Ano“ pro informovanost o pojmu postabortivní syndrom vzhledem k délce praxe

Zastoupení odpovědi ano	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Do 3 let	4	36,5 %
3-5 let	4	36,5 %
6-10 let	2	18 %
10-15 let	0	0 %
Více než 15	1	9 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 11: Vliv délky praxe na informovanost o pojmu postabortivní syndrom



Zdroj: Vlastní zpracování

Sociální pracovníci ve městě Brno s delší délkou praxe nemají vyšší informovanost o pojmu postabortivní syndrom než sociální pracovníci ve městě Brno s kratší délkou praxe. Hypotéza je zamítnuta.

H7: Sociální pracovníci ve městě Brno s vysokoškolským stupněm vzdělání mají vyšší informovanost o pojmu postabortivní syndrom než sociální pracovníci ve městě Brno s maturitním vzděláním nebo vyšším odborným vzděláním.

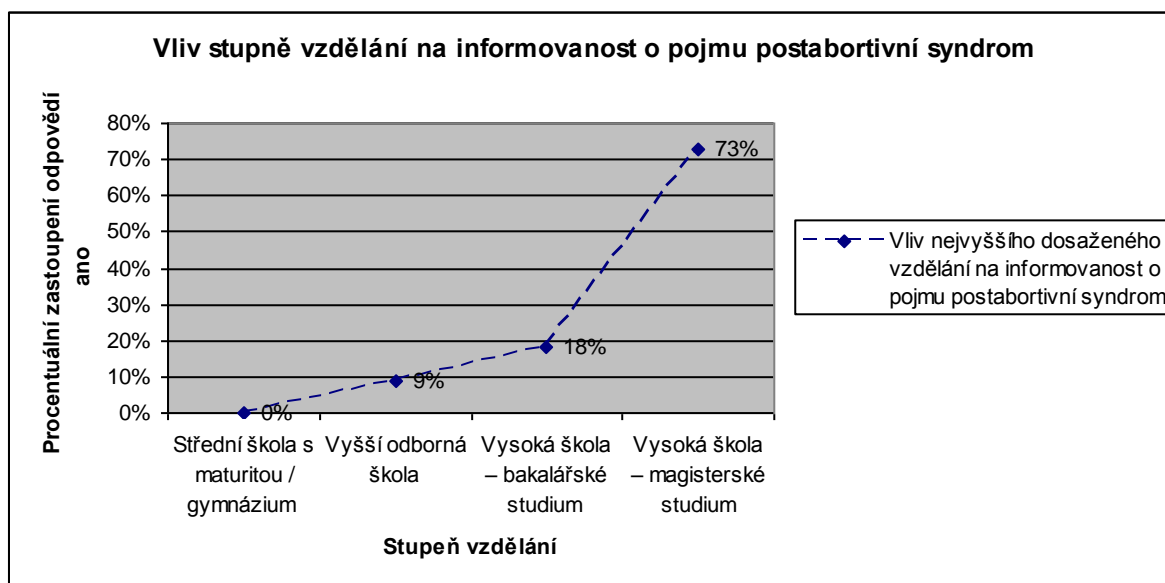
Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „stupeň vzdělání“ a vychází z odpovědi na otázku č. 4 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku číslo 3 z dotazníku a „Ano“ je v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

Tabulka č. 16: Zastoupení odpovědi „Ano“ pro informovanost o pojmu postabortivní syndromu k stupni vzdělání

Zastoupení odpovědi ano	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Střední škola s maturitou / gymnázium	0	0 %
Vyšší odborná škola	1	9 %
Vysoká škola – bakalářské studium	2	18 %
Vysoká škola – magisterské studium	8	73 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 12: Vliv stupně vzdělání na informovanost o pojmu postabortivní syndrom



Zdroj: Vlastní zpracování

Sociální pracovníci ve městě Brno s vysokoškolským stupněm vzdělání mají vyšší informovanost o pojmu postabortivní syndrom než sociální pracovníci ve městě Brno s maturitním vzděláním nebo vyšším odborným vzděláním. Hypotéza je potvrzena.

H8: Sociální pracovníci ve městě Brno s delší délkou praxe mají vyšší informovanost o službách, zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu než sociální pracovníci ve městě Brno s kratší délkou praxe.

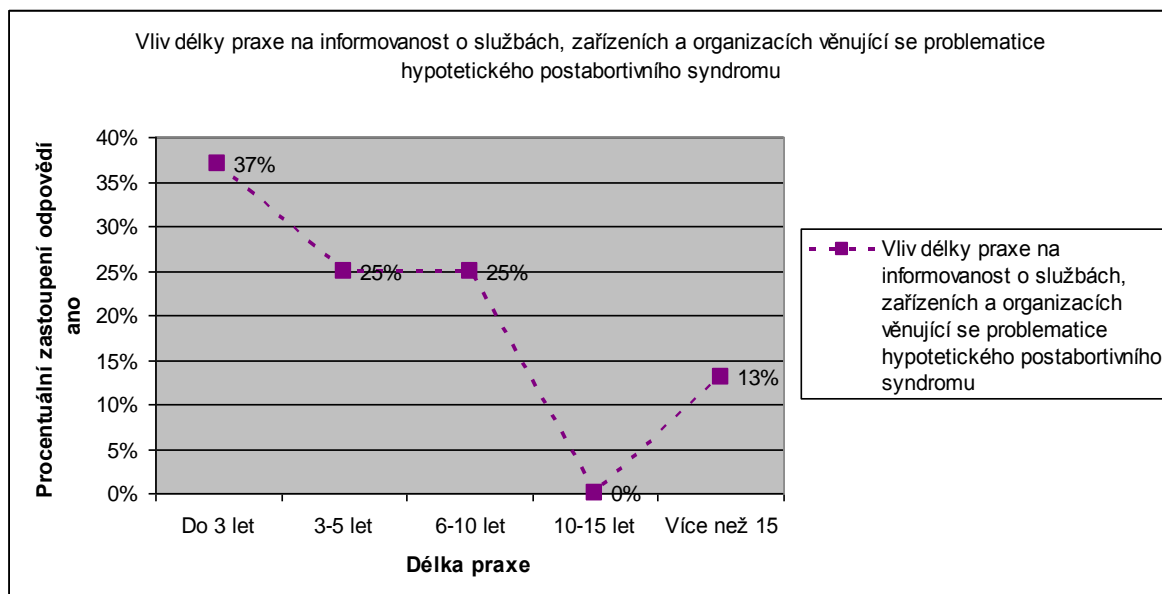
Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „détku praxe“ a vychází z odpovědi na otázku č. 3 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku č. 7 z dotazníku a „Ano“ je v souladu s teoretickou částí. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

Tabulka č. 17: Zastoupení odpovědi „Ano“ pro informovanost o službách, zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu vzhledem k délce praxe

Zastoupení odpovědi ano	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
do 3 let	3	37 %
3-5 let	2	25 %
6-10 let	2	25 %
10-15 let	0	0 %
více než 15	1	13 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 13: Vliv délky praxe na informovanost o službách, zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu



Zdroj: Vlastní zpracování

Sociální pracovníci ve městě Brno s delší délkou praxe nemají vyšší informovanost o službách, zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického

postabortivního syndromu než sociální pracovníci ve městě Brno s kratší délkou praxe. Hypotéza je zamítnuta.

H9: Sociální pracovníci ve městě Brno s vysokoškolským stupněm vzdělání mají vyšší informovanost o zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu než sociální pracovníci ve městě Brno s maturitním vzděláním nebo vyšším odborným vzděláním.

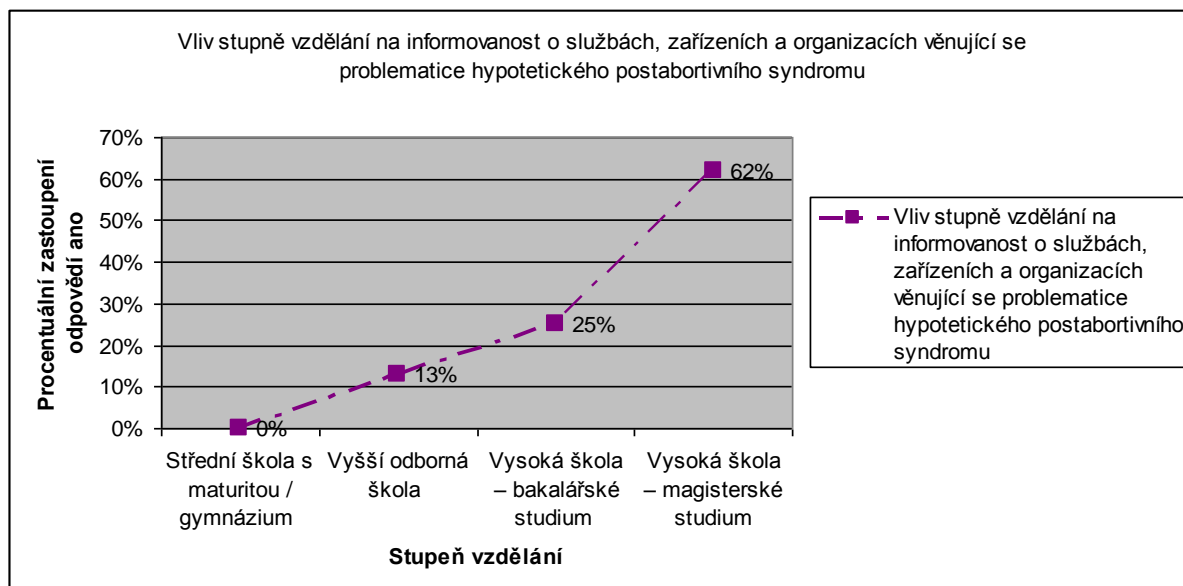
Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje stupeň vzdělání a vychází z odpovědi na otázku č. 4 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku číslo 7 z dotazníku a „Ano“ je v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

Tabulka č. 18: Zastoupení odpovědi „Ano“ pro informovanost o službách, zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu vzhledem k stupni vzdělání

Zastoupení odpovědi ano	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Střední škola s maturitou / gymnázium	0	0 %
Vyšší odborná škola	1	13 %
Vysoká škola – bakalářské studium	2	25 %
Vysoká škola – magisterské studium	5	62 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 14: Vliv stupně vzdělání na informovanost o službách, zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu



Zdroj: Vlastní zpracování

Sociální pracovníci ve městě Brno s vysokoškolským stupněm vzdělání mají vyšší informovanost o zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu než sociální pracovníci ve městě Brno s maturitním vzděláním nebo vyšším odborným vzděláním. Hypotéza je potvrzena.

H10: Sociální pracovníci ve městě Brno s delší délkou praxe mají vyšší informovanost o metodách a technikách, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem než sociální pracovníci ve městě Brno s kratší délkou praxe.

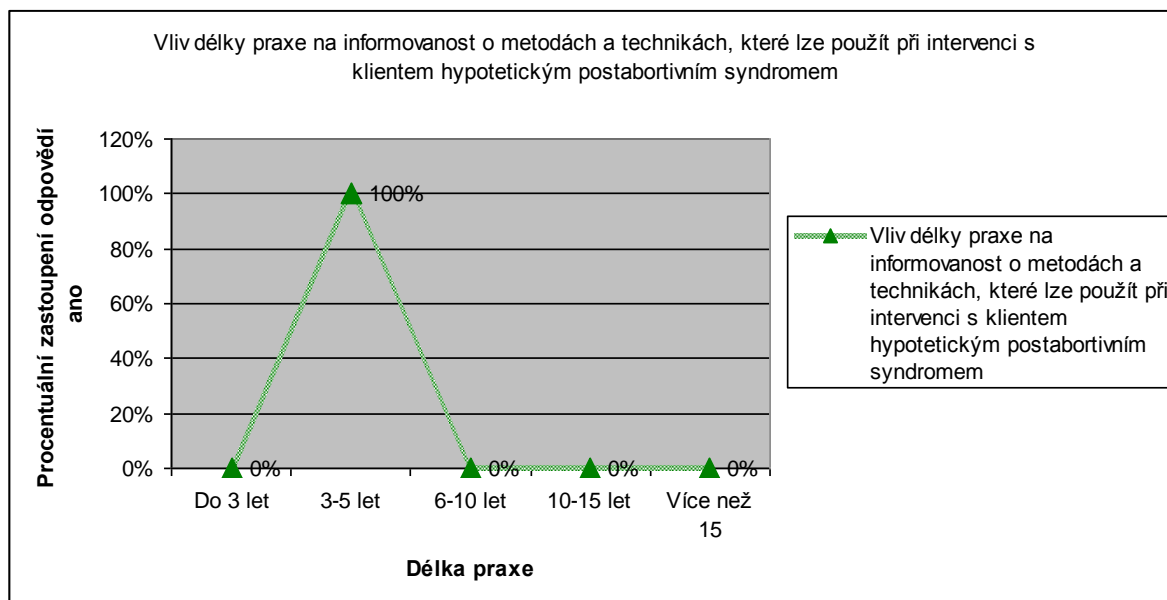
Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „délku praxe“ a vychází z odpovědi na otázku číslo 3 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku číslo 10 z dotazníku a „Ano“ je v souladu s uvedenými poznatky v teoretické části. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

Tabulka č. 19: Zastoupení odpovědi „Ano“ pro informovanost o metodách a technikách, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem vzhledem k délce praxe

Zastoupení odpovědi ano	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Do 3 let	0	0 %
3-5 let	1	100 %
6-10 let	0	0 %
10-15 let	0	0 %
Více než 15	0	0 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 15: Vliv délky praxe na informovanost o metodách a technikách, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem



Zdroj: Vlastní zpracování

Sociální pracovníci ve městě Brno s delší délkou praxe mají vyšší informovanost o metodách a technikách, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým

postabortivním syndromem, než sociální pracovníci ve městě Brno s kratší délkou praxe. Hypotéza se nepotvrdila.

H11: Sociální pracovníci ve městě Brno s vysokoškolským stupněm vzdělání mají vyšší informovanost o zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu než sociální pracovníci ve městě Brno s maturitním vzděláním nebo vyšším odborným vzděláním.

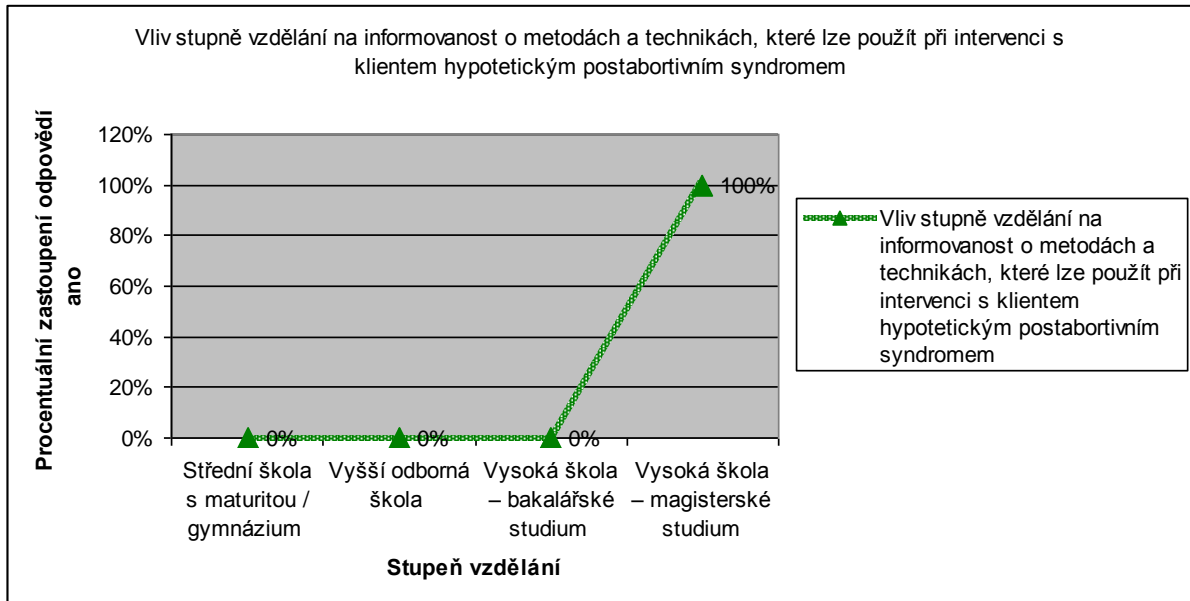
Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí, pokud na grafu typu XY bude stoupat lineární křivka. Podmínky grafu jsou následující. Osa X představuje „stupeň vzdělání“ a vychází z odpovědi na otázku číslo 4 z dotazníku. Osa Y představuje procentuální zastoupení odpovědi „Ano“. Tato osa vychází z odpovědi na otázku číslo 10 z dotazníku a „Ano“ je v souladu s teoretickou částí. Pokud křivka bude klesat, nebo bude vodorovná, hypotéza se zamítne.

Tabulka č. 20: Zastoupení odpovědi „Ano“ pro informovanost o metodách a technikách, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem vzhledem ke stupni vzdělání

Zastoupení odpovědi ano	Četnost	
	Absolutní	Relativní %
Střední škola s maturitou / gymnázium	0	0
Vyšší odborná škola	0	0
Vysoká škola – bakalářské studium	0	0
Vysoká škola – magisterské studium	1	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 16: Vliv stupně vzdělání na informovanost o metodách a technikách, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem



Zdroj: Vlastní zpracování

Sociální pracovníci ve městě Brno s vysokoškolským stupněm vzdělání mají vyšší informovanost o zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu než sociální pracovníci ve městě Brno s maturitním vzděláním nebo vyšším odborným vzděláním. Hypotéza je potvrzena.

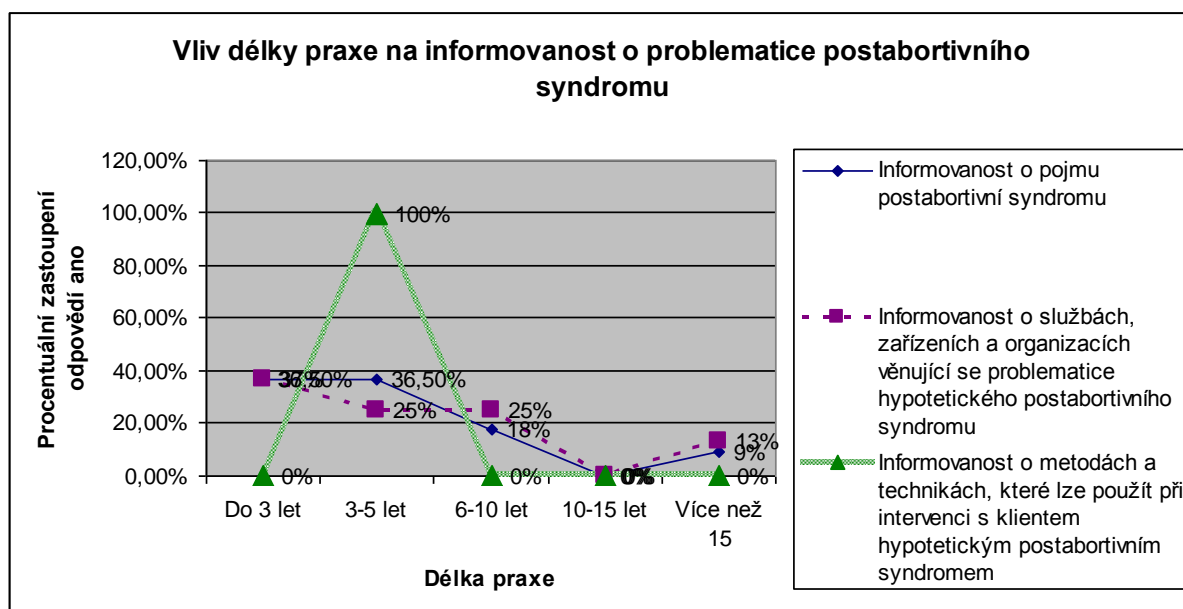
15 Diskuze a implikace pro sociální práci

Cílem výzkumu bylo **zjištění informovanosti sociálních pracovníků o problematice postabortivního syndromu** a to, zda na tuto informovanost má vliv délka jejich praxe a stupeň jejich vzdělání.

Z výsledků vyplývá, že míra informovanosti sociálních pracovníků je nízká, čímž se potvrzuje i předpoklad Mackové (2010).

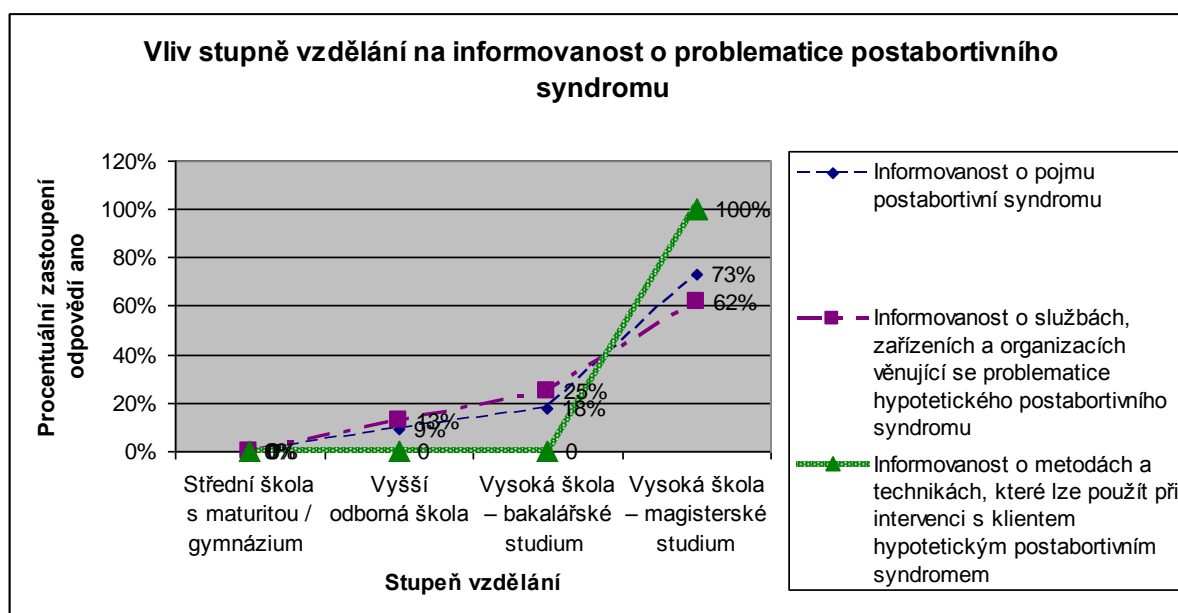
Vliv délky praxe a stupně vzdělání na informovanost sociálních pracovníků o problematice hypotetického postabortivního syndromu znázorňují v následujících grafech.

Graf č. 17: Vliv délky praxe na informovanost o problematice postabortivního syndromu



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 18: Vliv stupně vzdělání na informovanost o problematice postabortivního syndromu



Zdroj: Vlastní zpracování

Následující text se věnuje porovnání získaných výsledků a jejich zhodnocení pomocí obširnějšího zodpovězení výzkumných otázek. Poté se věnují problematice nízké informovanosti o postabortivním syndromu.

Výzkumná otázka číslo 1: Jaká je míra informovanosti u sociálních pracovníků ve městě Brno o hypotetickém postabortivním syndromu?

Z dotazníkového šetření se prokázala nízká informovanost o hypotetickém postabortivním syndromu. I přesto se ale prokázalo, že informovanost o této problematice roste se stupněm vzdělání. Čím je stupeň vzdělání u sociálních pracovníků vyšší, tím vyšší je i míra informovanosti. Naopak se neprokázalo, že by její míru ovlivňovala délka praxe.

Výzkumná otázka číslo 2: Vědí sociální pracovníci ve městě Brno, které služby, zařízení a organizace se věnují problematice hypotetického postabortivního syndromu?

Z dotazníkového šetření se prokázalo, že sociální pracovníci dostatečně neznají služby, zařízení a organizace věnující se problematice hypotetického postabortivního syndromu. Nejčastěji byly udávány organizace, které se věnují problematice při potížích po potratu, např. *Aqua Vitae* a *Centrum naděje a pomoci (CENAP)*. Stupeň vzdělání má ale prokazatelně vliv na tuto informovanost. Mezi délkou praxe a informovaností o službách, zařízeních a organizacích věnujících se problematice hypotetického postabortivního syndromu se neprokázala souvislost.

Výzkumná otázka číslo 3: V jaké míře sociální pracovníci ve městě Brno mají zkušenosti s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost hypotetického postabortivního syndromu?

Sociální pracovníci ve městě Brno mají nepatrné zkušenosti s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost hypotetického postabortivního syndromu. 41 % respondentů uvedlo, že nemá žádné zkušenosti s těmito klienty. 59 % respondentů se s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost hypotetického postabortivního syndromu, setkávají v různých časových etapách. Bylo by zajímavé zjistit, jaká je tedy reálná míra informovanosti o postabortivním syndromu u těchto 59 % respondentů, kteří se setkávají s těmito klienty, a vyhodnotit jejich možnosti poskytování sociální služby vycházející z jejich subjektivní míry informovanosti.

Výzkumná otázka číslo 4: Na kolik se sociální pracovníci ve městě Brno subjektivně cítí profesně připraveni k práci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem?

Sociální pracovníci ve městě Brno subjektivně cítí malou profesní připravenost k práci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem. Při rozlišení míry subjektivní profesní připravenosti cítí 56 % sociálních pracovníků, že jsou špatně profesně připraveni. Tento výsledek je podle mě ovlivněn tím, že postabortivní syndrom je hypotetická diagnóza a během vzdělávání nemusí být dán prostor pro možná řešení této problematiky.

Výzkumná otázka číslo 5: Vědí sociální pracovníci ve městě Brno, jaké metody a techniky lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem?

Sociální pracovníci ve městě Brno neznají dostatečně metody a techniky, které lze použít při intervenci s klientem s hypotetickým postabortivním syndromem. Jen 1 respondentovi (který představuje 5 % ze vzorku) byla uznána znalost metod a technik v souladu s teoretickou částí. Tento respondent má magisterské vzdělání a délka jeho praxe spadá do rozmezí 3 – 5 let.

Na výsledky výzkumu má dle mého názoru největší vliv, že diagnóza postabortivního syndromu je hypotetická a není uznána a zavedena v mezinárodní klasifikaci nemocí. Domnívám se, že pokud nastane situace, že tato diagnóza bude uznána odbornou veřejností, výrazně se tím změní informovanost nejen u sociálních pracovníků, ale u populace obecně, a to vzestupně. Když dnes ženy žádají o interrupci, před výkonem podepisují souhlas, že vědí o možných zdravotních potížích, které mohou vzniknout po jejím provedení. Pokud by ženy byly informované o možném vzniku postabortivního syndromu, vznikla by i oficiální zakázka

tento projev zmírňovat pomocí péče lékařů, psychoterapeutů, poradců, sociálních pracovníků a dalších. Proto by se sociální pracovníci učili nejen o jeho možných projevech, ale také to, jak ženě po interrupci co nejlépe pomoci.

Na výsledky výzkumu má podle mého názoru vliv i to, že na oblast sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a na její potřebnost se začíná důrazněji upozorňovat až nyní. Například jedno z nejnovějších čísel časopisu *Sociální práce/Sociálna práca* je zaměřeno právě na tuto oblast, téma je *Klinická sociální práce* (Sociální práce/Sociálna práca, 2015). Podobně zaměřené číslo časopisu bylo vydáno před 7 lety s tématem Sociální práce s lidmi s duševní nemocí (Sociální práce/Sociálna práca, 2008). Lze si povšimnout, že i strukturální a investiční fondy EU pokládají za potřebné podpořit rozvoj této oblasti. Proto také vypsalý na období 2014 – 2020 pro oblast *přístup ke zdravotní péči, řešení nerovností v oblasti zdraví, duševní zdraví* možnost zažádat o příspěvek, což se vztahuje i na nevládní organizace (Evropská komise, 2016). Zde vnímám velký potenciál pro rozšíření služby pro ženy a jejich partnery trpícími negativními psychickými dopady potratu.

Na nízkou informovanost může mít rovněž vliv i dostupnost literatury k tématu a její propagace. K 16. 11. 2015 vyšla kniha *Prázdná kolébka: Jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm* od Špaňhelové (2015). Na tuto knihu je výrazná reklama na webových stránkách časopisu *Sociální práce/Sociálna práca*. Jelikož kniha byla vydaná několik dnů po ukončení sběru dat z dotazníku, je možné, že nyní se informovanost sociálních pracovníků výrazněji změní a bude posílena.⁸

Jako výhodu této práce vnímám, že podává objektivní zprávu o nízké informovanosti sociálních pracovníků o hypotetickém syndromu. Na základě toho lze legitimizovat nezbytnost vzdělávání (nejen) sociálních pracovníků, týkajícího se získání znalostí i dovedností cílených na podporu sociálního fungování klienta s negativními dopady potratu.

Další předností této práce je, že jsou zde uvedeny některé možné metody a techniky zaměřené na pomoc klientům při překonávání psychických potíží po potratu. Volba jejich výběru vycházela z předem daných podmínek, a to proto, aby metody a techniky byly zaznamenány v tištěné české literatuře v knižní podobě a aby tato literatura byla vydána do ukončení sběru dat v dotazníku. Samozřejmě zde nejsou uvedeny všechny metody a techniky. Proto při péči o klienta vykazujícího znaky hypotetického postabortivního syndromu lze nalézt i další různá doporučení v literatuře jiného typu či v cizojazyčných pramenech.

⁸ Zde dodávám, že ze stejného důvodu - vydání knihy po sběru dat - informace z knihy nebyly použity v teoretické části. Čtenáři rozvíjejícímu kompetence, jak pracovat s osobami po ztrátě dítěte, lze tuto knihu doporučit.

Inspiraci pro využití dalších metod a technik lze například nalézt také v diplomové práci *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou*, jejichž autorkou je Borůvková (2012). Znalosti pomáhajícího o realizaci účinných metod a technik průběh intervence výrazně ovlivňují. To, jak intervence probíhá, vychází totiž nejen z potřeb klienta, ale i z nabídky pomáhajícího (Havránková, 2012).

Přesto nevnímám jako nejpodstatnější znalost speciálních metod a technik, ale pochopení zranitelnosti žen, které prošly potratem. Z toho plyne, že je nutné s ženami v bolestné chvíli být a naslouchat jim, jak je uvedeno v kapitole *Potrat jako „tíživé tajemství“*.

Myslím, že je velmi závažné zjištění, že sociální pracovníci mají nízkou informovanost o hypotetickém postabortivním syndromu (dle mého názoru stále vysokého) v souvislosti s počtem potratů.

Pokud uznáme, že se u žen po potratu mohou objevovat kromě zdravotních obtíží i psychosociální a spirituální dopady, je jen za rok 2013 ohroženo více než 37 687 žen (viz tabulka č. 1). Nejsou v ní uvedena data týkající se mrtvě narozených dětí a počet samovolných potratů, při kterých žena nevyužila zdravotní péči (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015). Hypotetickým postabortivním syndromem jsou ohroženi ale i partneři žen a další skupiny, jako například děti v rodinách, kde proběhl potrat, nebo i zdravotníci, kteří vykonávají interrupce nebo při jejich výkonu asistují (Stössel, 2000, s. 9). Proto je ohrožených jedinců mnohem více. U této rizikové skupiny může nastat ohrožení sociálního fungování jednotlivce a původně funkční rodina⁹ se může stát nefunkční. Při těchto dvou ohroženích vzniká zakázka pro sociálního pracovníka na podporu sociálního fungování a na podporu idey funkční rodiny pomocí poradenského procesu, a to s využitím metod individuální sociální práce a sociální práce s rodinou.¹⁰

Pro posílení informovanosti sociálních pracovníků o hypotetickém postabortivním syndromu je vhodné na různých seminářích věnujících se reprodukčnímu zdraví a krizovým situacím zmiňovat možný vznik bio-psycho-soci a spirituálních potíží po potratu. Poté lze nabízet možná řešení na podporu sociálního fungování, jak bylo uvedeno v teoretické části (kapitola 4 Sociální práce zaměřená na péči o klienta s negativními dopady potratu).

⁹ Idea funkční rodiny je zaznamenána a vysvětlena Matouškem a Hadincem (1993).

¹⁰ Někteří autoři (Charvátová, 1990; Matoušek, 2003) uvádí tři metody sociální práce, a to individuální sociální práci, skupinovou sociální práci a komunitní sociální práci. Navrátil (1999) reflektuje, že při vývoji sociální práce se vymezila další metoda, a to sociální práce s rodinou.

Ačkoliv již někteří odborníci vnímají, že po potratu může vzniknout posttraumatická stresová porucha, myslím, že by bylo přínosnější uznat odbornou veřejností diagnózu postabortivního syndromu tím, že bude zařazena do Mezinárodní klasifikace nemocí a do Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch. Po uznání této diagnózy by jistě byla podporována lepší návazná péče (tedy i sociální práce) o ženy a další osoby trpící dopady potratu či interrupce.

Nejlepší prevencí postabortivního syndromu je samozřejmě nepodstupovat interrupce (Macková, 2010) a preventivně dodržovat zdravý životní styl, aby bylo co nejvíce eliminováno riziko spontánních potratů. (Bohužel těm nejde vždy zabránit, i když dítě je vítané.) K dosažení tohoto stavu vede podle mého názoru dlouhá cesta, která začíná u vzoru rodičů, pokračuje vhodnou sexuální výchovou dospívajících, následuje zodpovědné rozhodování při případném nečekaném těhotenství, jako je zjištění dalších možností (například využití sociálních práv) kromě podstoupení interrupce a podobně.

Pro ženu po potratu může být velmi přínosné pojmenování nenarozeného dítěte a následné rituální rozloučení (Freedová a Salazarová, 2008). Symbolické rozloučení s nenarozeným dítětem může ovlivnit přijetí této ztráty a může preventivně působit na zamezení rozvoje postabortivního syndromu.

Nyní bych se ráda zastavila u vhodnosti posilování co největší informovanosti žen a jejich partnerů o právu na podstoupení interrupce a jejich možných dopadů. Havránková (2012) v rámci krizové intervence u ženy při zjištění neplánovaného těhotenství důrazně nedoporučuje ženu jakkoliv informovat o možném vzniku hypotetického postabortivního syndromu. S tím nemohu souhlasit. Myslím si, že posláním sociálního pracovníka v této situaci je ženu citlivě informovat o možných dopadech, které mohou nastat po interrupci. Proto se přikláním k názoru autorů Fergusson, Boden a Horwood (2007), že by ženy měly být plně informovány o dopadech ukončení nechtěného těhotenství (dodávám, že to autoři píší v kontextu nutnosti dalších potřebných studií o dopadech potratu).

Pomáhající by měli vnímat traumatickou povahu potratu a z tohoto důvodu dbát na doporučení Lucké a Koblého (2012). Autoři píší, že pomáhající, kteří se často věnují traumatizovaným klientům, jsou výrazně ohroženou skupinou pro vyhoření, dokonce u nich může nastat i samotná traumatizace. Proto doporučují pomáhajícímu dbát o své tělo a duši, využívat možnosti supervize, průběžně se vzdělávat a mít znalosti o prevenci a práci se syndromem vyhoření (Lucká a Koblé, 2012). Havránková dodává, že pomáhající by měl mít znalost zranitelných míst a dovednost využít ji v rámci svého osobního růstu (Havránková, 2012).

Závěr

Cílem výzkumu bylo **zjištění informovanosti sociálních pracovníků o problematice postabortivního syndromu** a to, zda na tuto informovanost má vliv délka jejich praxe a stupeň jejich vzdělání. Zjistila jsem, že informovanost je nízká. Stupeň vzdělání posiluje informovanost sociálních pracovníků. Délka praxe však na ni vliv nemá.

Napsání této práce mě ovlivnilo při intervencích s klientkami, které trpí dopady potratu. Díky ní u sebe vnímám větší jistotu při posilování jejich sociálního fungování. Tím byla má vnitřní motivace naplněna. Jsem si však vědoma dalšího nutného vzdělávání se v této oblasti.

Vytvořením této práce se naplnila i má vnější motivace, která byla založena na napsání odborné práce v oboru sociální práce o problematice hypotetického postabortivního syndromu.

Samotná bakalářská práce si prošla vlastním vývojem. Například její název byl během psaní změněn. Bakalářská práce měla původně název *Sociální práce s klientem s postabortivním syndromem*. Při zhodnocení napsané práce bylo ale zjištěno, že vhodnější název pro bakalářskou práci je *Informovanost sociálních pracovníků o hypotetickém postabortivním syndromu*. Také byl mírně rozšířen cíl práce, kterým bylo původně **zjištění informovanosti sociálních pracovníků o problematice postabortivního syndromu**. Tento hlavní cíl byl rozšířen o následující text „a to, zda na tuto informovanost má vliv délka jejich praxe a stupeň jejich vzdělání“.

Jako výraznou nevýhodu této práce vnímám, že kapitoly nejsou stejně dlouhé. Této nerovnoměrnosti si lze povšimnout především při porovnání podkapitol *Psychické dopady* a *Spirituální dopady*. Je to z důvodu nenalezené další odborné literatury k tématu.

Práce může posloužit nejen sociálním pracovníkům, kteří se setkávají se ženami trpící dopady potratu, při posilování jejich sociálního fungování, ale i dalším pracujícím a dobrovolníkům v pomáhajících profesích, například psychoterapeutům, psychologům a psychiatrům. Zde bych ráda znovu podotkla, že ženy po potratu potřebují od pomáhajícího především vnímat bezpodmínečné přijetí, podporu a bezpečný prostor. Tento názor vychází především z poznatků Freedové a Salazarové (2008) a Estés (1999). To je základem pro opravdovou podporu sociálního fungování u žen, které si nesou vnitřní zranění vycházející ze zkušenosti potratu.

Tato bakalářská práce může být podnětem k napsání další práce věnující se oblasti sociální práce s klientem s postabortivním syndromem. Jejím cílem by mohlo být

„zmapování“ metod, technik a přístupů, které sociální pracovníci používají v rámci intervence s klientem s tímto syndromem. Výzkumník by mohl vést rozhovory se sociálními pracovníky a pomocí analýzy dat zjistit, které metody a techniky při práci s klientem s negativními dopady potratu jsou přínosné pro podporu jeho sociálního fungování.

Seznam literatury

After abortion (1998). *What is PASS?*. [online]. Dostupné 21. 1. 2014 z: http://www.afterabortion.com/pass_details.html.

Aktuálně TV (2015). *Psycholožka: Zemanova slova o hlouposti? Je to nesolidární.* [videorozhovor]. In: DVTV. 31. 3. 2015. Dostupné 20. 4. 2015 z: <http://video.aktualne.cz/dvtv/psycholozka-zemanova-slova-o-hlouposti-je-to-nesolidarni/r~0e97d918d7b411e496f2002590604f2e/>.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

American Psychological Association. (2008). *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington: APA., dostupné také 19. 1. 2016 na: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>.

Balabánová, S. (2013). *Životní situace neplodných žen* (bakalářská práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Bicanová, L. (2015). *Místo svědomí v postabortivním syndromu* (diplomová práce). České Budějovice: Jihočeská univerzita.

Borůvková, K. (2012). *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou* (diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova v Praze.

Casey, P. R. (2010). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, č. 24.4: s. 491-502.

Cenpona (2015). *Centrum povídej naslouchám* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://www.cepona.cz/o-mne/>.

Centrum naděje a pomoci: CENAP (2015). *Poradna pro ženy a dívky* [online]. Dostupné 14. 8. 2015 z: <http://cenap.cz/pzd-porad.php>.

Centrum sociálních služeb (2014). *Manželská a rodinná poradna Bethesda* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://www.css.brno.cz/index.php?nav01=7925&nav02=8403&nav03=8415&nav04=8460>.

Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*, č. 199.3: s. 180-186.

Čekala jsem miminko (2015). *Lucie Lebdušková* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://cekalajsemmiminko.lucielebduskova.cz/>.

Česká televize (2013). *Potratová pilulka – vražda dětí?* [televizní pořad]. In: Máte slovo s M. Jílkovou. 5. 9. 2013 Dostupné z 15. 10. 2015 z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10175540660-mate-slovo-s-m-jilkovou/213411030520018/>.

Deutskens, E., De Ruyter, K., Wetzels, M., Oosterveld, P. (2004). Response rate and response quality of internet-based surveys: An experimental study. *Marketing letters*, č. 15(1), s. 21-36.

Diallo, K., Lhotová, M. (2015). Postinterrupční syndrom. *Caritas et veritas: České Budějovice: Teologická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*, č. 1, s. 60 - 65

Disman, M. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Karolinum Press.

Dlaň životu (2010). *O nás* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: http://www.dlanzivotu.cz/o_nas.

Dohnalová, Z. (2010). Se smrtí dítěte se nelze smířit, ale je možné se i s touto bolestí naučit žít. *Sociální práce/Sociálna práca: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci: Sociální práce s umírajícími*. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, č. 2, s. 32 -34. ISSN 1213-6204.

Dohnalová, Z., Pavlíková, E.(2011). Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence. *Florence. Magazín moderního ošetrovatelství*, Praha: Ambit Media, č. VII., 1., s. 21 - 27. ISSN 1801-464X

DueDil (2015). *Ms Dagmar Slizova* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <https://www.duedil.com/director/918276498/dagmar-slizova>.

Estés, C. P. (1999). Ženy, které běhaly s vlky. *Pragma, Praha*.

Evropská komise: Veřejné zdraví (2016). *Zdraví a strukturální fondy* [online]. Dostupné 2. 2. 2016 z: http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/used_for_health/index_cs.htm.

Fakultní nemocnice Brno (2015). *Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://psychiatrie.med.muni.cz/index.php?pg=zamestnanci--kdo-u-nas-pracuje&pid=63>.

Fedor-Freybergh, P. G. (2013). Psychosomatické charakteristiky prenatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa. [(Psychosomatic Characteristics of Prenatal and Perinatal Period as the Environment of Infant.) (In Slovak.)] Trenčín: Vydavateľstvo F. *Vydavateľstvo F-*.

Fergusson, D. M., Boden, J. M. a Horwood, L. J. (2007). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 39(1), 6-12.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Portál.

Freedová, L., Salazová P. Y. (2008). *Čas k uzdravení: Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. 1. vyd. Praha: Paulínky, ISBN 978-80-86949

Gomez, L. C.; Zapata, G. R. (2004). Diagnostic categorization of post-abortion syndrome. *Actas espanolas de psiquiatria*, č. 33.4: s. 267-272

Hanuš, P. a Hellebrandová, K. (2006). *Krizová intervence*. Praha: Vzdělávací Institut ochrany dětí.

Havránková, O. (2012). Krizové situace v životě ženy. Vodáčková, D. a kol., *Krizová intervence*, (s. 225-240). Praha, Portál.

Hnutí pro život ČR (2014). *V Brně se chystá konference o ženách* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://hnutiprozivot.cz/?a=72&id=2394>.

<http://www.olomouc.poradnaprozeny.net/sluzby/poradenstvi/>

Hytych, R. (2003). Vztah slovo-skutečnost v souvislosti se změnou osoby. *Konfrontace: časopis pro psychoterapii*, 14(2), 98-103.

Charita Opava (2010). *Kontaktní informace* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://www.charitaopava.cz/?page=kontakt>.

Charvátová, D. (1990). *Metody sociální práce I*. Praha: SPN.

Janečková, P. (2011). Pohledy na interrupci a jejich reflexe v kontextu sociální práce (bakalářská práce). Olomouc: Univerzita Palackého Olomouci.

Jankovský, J. (2003). *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton.

Klemetti, R., Gissler, M., Sainio, S., Hemminki, E. (2014). Associations of maternal age with maternity care use and birth outcomes in primiparous women: a comparison of results in 1991 and 2008 in Finland. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, č. 121(3), s. 356-362.

Klinická psycholožka (2015). *Michaela Mrowetz* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://www.klinickapsycholozka.cz/>.

Klinická sociální práce (2015). *Sociální práce/Sociálna práca: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2015(4).

Kohner, N. a Henley, A. (2013). *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stádiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtí novorozence*. Praha Triton.

Koukolová, T. (2013) *Možnosti sociální pomoci ženám při nechtěném těhotenství* (Absolventská práce). Olomouc: CARITAS - Vyšší odborná škola sociální Olomouc.

Kratochvíl, M. a Lázničková, L. (2012). Potraty ze zdravotních důvodů. In: *Nejmenší z nás 2012: Sborník příspěvků interdisciplinární konference o právní ochraně osob před narozením: 18. 10. 2012*. Brno. Moravská Ostrava: Bios – společnost pro bioetiku, s. 179-194. ISBN 978-80-260-3195-6.

Labohý, J., & Binka, B. (2013). Vliv vnímání budoucnosti na budoucnost. *Envigogika*, č. 8(1).

Lázničková, M. (2014). *Sociální práce s klientem s posttraumatickou stresovou poruchou* (absolventská práce). Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc

Linka pomoci (2010). *Aqua vitae: Linka pomoci* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://linkapomoci.cz/poskytujeme>.

Lucká, Y. A Koblíček, L. (2012). Srážka s překážkou. Vodáčková, D. a kol.: *Krizová intervence*.(s, 366 – 369). Praha, Portál.

- Macková, Š. (2010). *Postabortivní syndrom* (diplomová práce). Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- Macková, Š., (2010). *Postabortivní syndrom* (diplomová práce). Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- Madre, P. (2007). *Když je život zraněn*. Praha: Paulínky. ISBN 80-86949-15-X.
- Mahrová, G. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada Publishing as.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., a West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist Association*, 64(9), 863.
- Mareš, J. (2012) *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Matoušek, O. (2003). *Metody a řízení sociální práce*, Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- Matoušek, O. a Hadinec, M. (1993). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon - Sociologické nakladatelství.
- Matoušek, O., Kodymová, P., Kovařík, J., Macek Z., Musil, L., Navrátil, P., ... Tomeš, I. (2007). *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.
- Matoušek, O., Kodymová, P., & Kolářková, J. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha. Portál.
- Na počátku (2015). *Poradna Na počátku* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: http://napocatku.cz/?page_id=34.
- Národní iniciativa pro život (2015). *Poradna pro život* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://www.niz.cz/poradna-pro-zivot>.
- Navrátil P. (1999) *Úvod do teorií a metod sociální práce*. Brno: Národní centrum pro rodinu.
- Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Zeman. ISBN 80-903070-0-0.

NEST „Terapie smíření“, (2015). *Terapie NEST* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://nest97.webnode.cz/news/co-je-terapie-smirenim-co-je-terapie-nest/>.

Nevařilová, M., (2007). *Copingové strategie zdravotních sester v závislosti na délce praxe* (diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.

Ney, P., Peetersová M. (2000). Příčiny a následky traumatu. In *Proč pláčeš, Miriam: Utrpení žen po potratu „Postabortivní syndrom“: Svědectví postižených žen a informace lékařů o psychických následcích potratu* (Stössel, P. a kol.) Vyd. 1. Praha: Hnutí pro život ČR.

Oblastní Charita Třebíč (2015). *Poradna RUTH Třebíč* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://trebic.charita.cz/nase-sluzby/poradna-ruth-trebic/>.

Perinatální hospic (2015). *Perinatální hospicová a paliativní péče* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://perinatálníchospic.cz/>.

Petrusek, M. Vodáková, A. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.

Pištorová, K. (2012). *Postinterupční, postabortivní syndrom PAS - příznaky, projevy, symptomy* [online]. Dostupné 21. 1. 2014 z: <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/postinterupcni-postabortivni-syndrom-pas-priznaky-projevy-symptomy>.

Poradna pro ženy a dívky Olomouc (2010). *Poradenství* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://www.olomouc.poradnaprozeny.net/sluzby/poradenstvi-/>.

Prázdná kolébka (2015). *Dlouhá cesta* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://www.dlouhacesta.cz/prazdna-kolebka/>.

Pryce, J., Kelly, M., Reiland, M., & Wilk, E. (2010). Do Catholic Social Work Programs "Prefer" the Poor? Results from a Content Analysis of MSW Program Syllabi. *Social Work and Christianity*, 37(4), 407.

Rankin, A. (1988). Post abortion syndrome. *Health matrix*, č. 7.2: s. 45-47.

Rastislavová, K. (2013). Když na začátku přijde konec.... *Psychologie dnes*. Praha: Portál, č. 4, 1s. 1-23.

Rastislavová, K., Beran, J., Kašová, L., (2012). Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *General Practitioner/Praktický Lékař*, č. 92.9

Ratislavová, K. (2015) *Psycho-socio-spirituální péče o porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě* (disertační práce). České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Reardon, D. (2012). Seznam vážných fyzických komplikací umělého potratu. In: *Nejmenší z nás 2012: Sborník příspěvků interdisciplinární konference o právní ochraně osob před narozením: 18. 10. 2012. Brno. Moravská Ostrava: Bios – společnost pro bioetiku*, s. 179-194. ISBN 978-80-260-3195-6.

Rod, A., (2012). Likertovo škálování. *E-LOGOS electronic journal for philosophy*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze.

Roztočil, A. (2008). *Moderní porodnictví. Praha: Grada*. ISBN 978-80-247-1941-2.

Sehnalová, P., Reguli, H., (2011). Specifičnost viktimizace obětí znásilnění. In: *Psychiatrie pro praxi.*, č. 12/1, s. 19-21. Dostupné 5. 5. 2015 z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/01/04.pdf>.

Simon, W.; Sliwka P. (2012). Effectiveness of group psychotherapy for adult outpatients traumatized by abuse, neglect, and/or pregnancy loss: A multiple-site, pre-post-follow-up, naturalistic study. *International journal of group psychotherapy*, č. 62.2: s. 283-308.

Sociální práce s lidmi s duševní nemocí (2008). *Sociální práce/Sociálna práca: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2008(1).

Staňková, J. (2011). *Alzheimerova choroba a míra informovanosti laické veřejnosti k problematice této nemoci* (diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Stössel, P. (2000), *Proč pláčeš, Miriam: Utrpení žen po potratu „Postabortivní syndrom“: Svědectví postižených žen a informace lékařů o psychických následcích potratu*, 1. vyd. Praha: Hnutí pro život ČR.

Survio [online]. 2015 [cit. 2015-10-15]. Dostupné z: <http://www.survio.com/cs/>

Špaňhelová, I. (2015). *Prázdňá kolébka: Jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0942-3.

Tereza Kramerová (2015). *Vyrovnaní se se ztrátou miminka*. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://terezakramerova.cz/moje-sluzby/vyrovnani-se-se-ztratou-miminka/>.

Tomečková, M. (2008). *Výskyt postabortivního syndromu u žen s předčasně ukončenou graviditou* (bakalářská práce). Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Turčiny.

Urbanová, E., (2004). Postabortivní syndróm v súvislosti s interrupciou v II. trimestru tehotenstva. *Trendy v ošetrovatelství III*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, s. 180-187.

Uzel, R. (2007) Komplikace interrupce. *Sestra*. č. 3 [online]. Dostupné také 21.1.2014 z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komplikace-interrupce-295951>.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.

Vander, J. (2013). Psychické trauma u dospělých. In Matoušek, O., Musil, L., Navrátil, P., Tomeš, I., Smutek, M., Křišťan, A., ... Janečková, H., *Encyklopedie sociální práce* (s. 377 – 389). 1. vyd. Praha: Portál.

Vira.cz (2015). *Víra na internetu* [online]. Dostupné 15. 10. 2015 z: <http://www.vira.cz/O-webu/Info-o-Viracz/>.

Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách. Vyhláška 505/2006 Sb. v účinném znění 1. 1. 2007.

Vymětal, J. (1987). *Psychoterapie: Pomoc psychologickými prostředky*. Praha: Horizont.

World Health Organization. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Zákon České národní rady o umělém přerušení těhotenství. zákon č. 66/1986 Sb.. v účinném znění 1. 1. 1987.

Zákon o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). zákon č. 561/2004 Sb., v účinném znění 1. 1. 2005.

Zákon o sociálních službách. zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění 1. 1. 2007.

Zákon o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách).
Zákon č. 111/1998 Sb., v účinném znění 1. 7. 1998.

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Zákon č. 372/2011 Sb. v účinném znění 1. 4. 2012.

Zdravotnická statistika.(2015). *Potraty 2013: Abortions 2013* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné 15. 7. 2015 z: <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2013>.

Příloha

Dotazník pro sociální pracovníky

1. Prosím, označte své pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

2. Prosím, označte, v jaké věkové skupině se nacházíte

- a) 18 – 34 let
- b) 35 – 45 let
- c) 46 let a více

3. Prosím, uveďte, kolik let vykonáváte povolání sociálního pracovníka

- a) Do 3 let
- b) 3-5 let
- c) 6-10 let
- d) 10-15 let
- e) více než 15

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) Střední škola s maturitou / gymnázium
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysoká škola – bakalářské studium
- d) Vysoká škola – magisterské studium

5. Setkal/a jste se někdy s pojmem postabortivní syndrom?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděl/a ano, prosím napište, jaké projevy vykazuje postabortivní syndrom:

.....

Pokud jste odpověděl/a ne, prosím, již nepokračujte v odpovídání na následující otázky.

6. V jaké míře si myslíte, že jste informován/a o problematice postabortivního syndromu?

a) 1. výborně

b) 2. velmi dobře

c) 3. dobře

d) 4. špatně

e) 5. vůbec

7. Znáte služby, zařízení a organizace, které se věnují problematice postabortivního syndromu?

a) ano

b) ne

Pokud jste uvedla ano, prosím napište, které:

8. V jaké míře si myslíte, že máte zkušenosti s klienty, jejichž životní situace by mohla signalizovat přítomnost postabortivního syndromu?

a) 1. alespoň 1x týdně

- b) 2. alespoň 1x měsíčně
- c) 3. alespoň 1x ročně
- d) 4. méně než 1x ročně
- e) 5. žádné

9. Na kolik se subjektivně cítíte profesně připraveni k práci s klientem s postabortivním syndromem?

- a) 1. výborně
- b) 2. velmi dobře
- c) 3. dobře
- d) 4. špatně
- e) 5. vůbec

10. Znáte metody a techniky, které se používají při intervenci s klientem s postabortivním syndromem?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste uvedl/a ano, prosím, napište alespoň jednu specifickou techniku nebo metodu:

.....