

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PSYCHICKÉ ASPEKTY
ZAMLKLÉHO TĚHOTENSTVÍ
V SOUVISLOSTI S PROŽÍVANOU
ZTRÁTOU

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF A MISSED ABORTION IN
CONNECTION WITH EXPERIENCED LOSS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Natálie Tylšarová**

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

Olomouc

2023

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce, PhDr. Veronice Šmahajové, Ph.D., za laskavý přístup a odborné vedení. Další poděkování patří všem participantkám za jejich odvahu sdílet se mnou své, častokrát velmi bolavé, příběhy. Zvláštní poděkování pak patří mojí spolužačce Lucii, jež mi byla oporou při všech těžkostech, které s sebou studium přinášelo. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým nejbližším, za jejich podporu a toleranci během celého studia.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Psychické aspekty zamklého těhotenství v souvislosti s prožívanou ztrátou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 17.3.2023

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1	Těhotenství	7
	1.1 První trimestr	7
	1.1.1 Zárodečné období.....	7
	1.1.2 Fetální období	8
	1.1.3 Působení teratogenních vlivů během prvního trimestru.....	9
	1.1.4 Psychické změny v průběhu prvního trimestru těhotenství.....	9
	1.2 Diagnostika těhotenství	10
2	Potrat	12
	2.1 Klasifikace potratu	12
	2.2 Spontánní potrat.....	13
	2.2.1 Klasifikace spontánního potratu	14
	2.2.2 Etiologie spontánního potratu.....	15
	2.3 Zamlklý potrat.....	17
	2.3.1 Diagnostika zamlklého potratu	17
	2.3.2 Možnosti ukončení zamlklého těhotenství	18
3	Psychické dopady ztráty	23
	3.1 Vývoj tématu časné ztráty v těhotenství	23
	3.2 Spontánní potrat jako forma intrapsychické ztráty	24
	3.3 Subjektivní prožívání časné ztráty v těhotenství	25
	3.3.1 Psychické vyrovnávání se s časnou ztrátou v těhotenství	25
	3.3.2 Dopady časné ztráty v těhotenství na psychické zdraví žen.....	27
	3.3.3 Okolnosti ztráty související s jejím prožíváním	28
	3.3.4 Potřeby žen související s prožíváním časné ztráty v těhotenství	29
	3.3.5 Prožívání nového těhotenství v souvislosti s prožitou časnou ztrátou v těhotenství.....	29
	3.4 Interpersonální aspekt prožívání časné ztráty v těhotenství.....	31
	3.4.1 Psychosociální aspekty okolí	31
	3.4.2 Role partnera a jeho prožívání časné ztráty v těhotenství	33
	3.4.3 Role zdravotnického personálu v prožívání časné ztráty v těhotenství	35
	3.5 Způsoby rozloučení v kontextu časné ztráty v těhotenství.....	37
	3.6 Aktuální zdroje zabývající se časnou ztrátou v těhotenství.....	40

VÝZKUMNÁ ČÁST	43
4 Výzkumný problém.....	44
4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	45
5 Metodologie výzkumu	46
5.1 Typ výzkumu	46
5.2 Metoda získávání dat a výběru souboru.....	47
5.2.1 Kritéria výběru souboru.....	47
5.2.2 Metoda získávání dat.....	48
5.2.3 Metoda výběru výzkumného souboru.....	48
5.2.4 Průběh sběru dat.....	49
5.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	50
5.4 Metoda analýzy dat	52
5.5 Etické hledisko a ochrana soukromí	53
6 Práce s daty a její výsledky	55
6.1 Práce s daty	55
6.2 Výsledky práce	57
6.2.1 Zjištění zamklého těhotenství	57
6.2.2 Okolnosti ukončení zamklého těhotenství	59
6.2.3 Prožívání zamklého těhotenství	61
6.2.4 Potřeby žen	61
6.2.5 Způsoby vyrovnávání se se ztrátou.....	63
6.2.6 Sociální vlivy	66
6.2.7 Život po prožité ztrátě	69
6.3 Doporučení pro ženy procházející časnou ztrátou těhotenství plynoucí ze závěrů výzkumu a zkušeností žen.....	72
7 Zodpovězení výzkumných otázek	76
8 Diskuze.....	80
8.1 Diskuze výsledků	80
8.1.1 Období do ukončení těhotenství	81
8.1.2 Období po prožité ztrátě	81
8.1.3 Význam sociálních vlivů na pozadí prožívané ztráty	84
8.2 Limity výzkumu.....	85
8.3 Přínosy a náměty pro další studie	87
9 Závěr	88
Souhrn.....	90
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	93
PŘÍLOHY.....	106

ÚVOD

„Asi bych jim vzkázala, že vím, jak je to hrozný, že vím, jak to strašně bolí, že je to nefér, a vím, jak strašně ublížený jsou, a že teďka to bude asi chvilku hodně bolet, časem to nepřestane, ale časem se to otupí.“ (5.participantka)

Těhotenství pro mnoho žen znamená naplnění jejich životního snu – být matkou. Již při samotném zjištění početí se ženy začínají na své dítě těšit. Snaží se svůj život blížícímu milníku postupně přizpůsobovat. Co se však stane v momentě, kdy se embryo/plod v děloze přestane vyvíjet? Když mu přestane tlouct srdíčko? Tento stav se nazývá tzv. **zamlklé těhotenství**. Tělo jej však zpravidla nedokáže zpočátku rozpoznat a nadále se chová jako by bylo stále těhotné. Ženy tak do poslední chvíle nemusí mít ani sebemenší tušení, že by s jejich těhotenstvím nemuselo být něco v pořádku. Častokrát k tomuto zjištění dojde až při pravidelné kontrole, kdy jim gynekolog tuto bolavou zprávu oznámí. Někdy volí slova citlivě, empaticky, naopak jindy tuto zprávu pronáší „jako by se nic nestalo“. Bolest. Právě tu ženy v této chvíli nejvíce pociťují. Bolest z toho, že ztratily něco ještě dříve, než si na novou životní etapu stihly zvyknout. Jejich očekávání se pomalu, ale jistě rozplývá. Jsou hozené do situace, kterou nemohou zvrátit. Musí se s dítětem rozloučit. Buď spontánně, nebo operativně, ale musí. To jediné si v tuto chvíli častokrát dokážou uvědomit, ačkoli si to nechtějí připustit.

Většina žen se s pojmem zamlklé těhotenství potká až ve chvíli, kdy této náročné situaci sama čelí. Jedná se o problematiku, která je ve společnosti velmi tabuizovaná. Ženy tak často žijí v domněnku, že jsou jediné, které tato zkušenost potkala. Literatura, jak tuzemská, tak zahraniční, se zabývá tématem spontánních potratů obecně. Z našeho pohledu je však svojí nenápadností zamlklé těhotenství přece jenom v něčem specifické. Rozhodli jsme se proto věnovat výlučně této problematice. Nechali jsme se do ní vtáhnout prostřednictvím samotných žen, které tuto náročnou zkušenost v životě prožily. Díky jejich příběhům se v naší práci pokusíme odpovědět na následující otázky: Jak ženy tyto náročné chvíle prožívají? Jaká je role partnera v průběhu ztráty? Jaký význam v ní hraje blízké okolí ženy a přístup zdravotníků? Zejména způsobům rozloučení se v případě časně ztráty nedostávalo patřičné pozornosti. U časně ztráty je situace poněkud specifická, protože mnoho žen nemá možnost se s potraceným embryem/plodem rozloučit fyzicky. V naší práci se tak zaměříme i na tuto problematiku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství neboli gravidita je období, ve kterém dochází v organismu ženy k vývoji plodu (Slezáková et al., 2017). Vzniká splynutím ženské a mužské pohlavní buňky – vajíčka a spermie. V těle ženy od této chvíle dochází k řadě změnám, jejichž cílem je zajistit vývoj a příchod dítěte na svět (Gregora & Velemínský, 2020; Procházka & Pilka, 2018). Zejména první těhotenství je považováno za velmi významný milník v životě ženy. Žena v něm čelí zcela nové situaci, a zároveň vstupuje do období, které je pro ni klíčové z hlediska vývoje nové životní role – matky (Bjelica et al., 2018). Těhotenství je považováno za jednu z vývojových krizí, která pramení právě z přivyknání si na novou roli. Z balancování mezi tím, čím žena byla, a čím by se měla stát (Roztočil, 2017).

Prenatální období členíme na deset lunárních měsíců, přičemž každý měsíc čítá 28 dní. Zpravidla jej rozdělujeme do tří časových období nazývaných trimestr (Kopecký et al., 2014).

Často se setkáme s termínem gestační stáří. Tento termín vyjadřuje stáří těhotenství podle prvního dne od poslední menstruace. Nejčastěji se uvádí v ukončených týdnech a dnech (Gregora & Velemínský, 2020; Procházka & Pilka, 2018).

1.1 První trimestr

Naše práce se soustředí na zamlklé těhotenství, ke kterému dochází nejčastěji v prvním trimestru těhotenství. Z toho důvodu jsme se rozhodli přiblížit základní charakteristiku tohoto období. První trimestr datujeme od oplození po zhruba 13. týden (Gregora & Velemínský, 2020).

Vývoj plodu probíhá postupně. Prenatální období dělíme na zárodečné a plodové. První trimestr zasahuje do obou těchto etap, proto si je v následujících řádcích v krátkosti popíšeme.

1.1.1 Zárodečné období

Zárodečné (embryonální) období začíná oplozením a trvá po dobu 2 měsíců (Kopecký et al., 2014). První tři týdny nazýváme **blastogenezí**. V této době dochází

k samotnému oplození, migraci oplozeného vajíčka z vejcovodu do dělohy a uhníždění vajíčka do sliznice děložní dutiny (Binder, 2015; Gregora & Velemínský, 2020). Po zahníždění vajíčka v děloze se začíná vyvíjet zárodek, který na počátku nazýváme embryo (Černá, 2004). Pařízek (2015) považuje uhníždění vajíčka za skutečný počátek těhotenství, jelikož se v této době utváří významná bílkovina zvaná lidský choriový gonadotropin (dále jen hCG). Pokud by došlo k uhníždění vajíčka mimo dělohu, pak se jedná o tzv. mimoděložní těhotenství (Skutilová, 2016).

Období mezi 3.-8. týdnem pak nazýváme **vlastní embryogeneze**. Ve 3. týdnu vzniká gestační váček jakožto podklad budoucí placenty. Ze zárodečných listů se utváří specializované tkáně, ze kterých se vyvíjí všechny další buňky. Později tvoří základ všech tkání a orgánů. Začíná vznikat vlastní nutritivní systém, základ mozku a srdce (Binder, 2015; Pařízek, 2015; Procházka & Pilka, 2018; Skutilová, 2016). Na konci 6. týdne má embryo nedokonale vyvinuté končetiny. Dále dochází k základní diferenciaci oblastí obličeje a zevních genitálií. Pohlaví embrya však ještě není zjištěné. Lze již rozlišit všechny vnitřní orgány a v kostře embrya se utváří osifikační jádra (Hájek et al., 2014). Celé toto období je nesmírně důležité pro zdravý vývoj plodu, jelikož je rizikové z hlediska vzniku vrozených vad (Hanáková et al., 2015). Konec vlastní embryogeneze je charakterizován ukončením organogeneze a zevní podobou plodu (Roztočil, 2017).

1.1.2 Fetální období

Od 9. týdne přestáváme mluvit o embryu a nahrazujeme jej plodem. Plodové neboli fetální období trvá až do porodu (Kopecký et al., 2014).

V **raném fetálním období**, od 9. do 26. týdne, dochází k dalšímu rozvoji, zrání a diferenciaci orgánových systémů. Zevní orgány jsou již diferencovány a hlava tvoří zhruba polovinu těla. V následujících týdnech, od 13.-16. týdne, dochází k rychlému růstu plodu. Plod je po celém těle, zejména v oblasti hlavy, pokryt fetálním ochlupením, tzv. lanugem. Střevní trakt začíná produkovat mekonium. Pohyby jsou již častější, avšak matkou ještě zpravidla nejsou rozpoznatelné (Procházka & Pilka, 2018; Slezáková et al., 2017).

Následuje **pozdní fetální období**, které počíná 27. týdnem. Plod nabývá schopnosti, které jsou důležité pro adaptování se na vnější podmínky (Binder, 2015). Ve většině případů je již schopný extrauterinního života (Roztočil, 2017).

1.1.3 Působení teratogenních vlivů během prvního trimestru

První trimestr, zejména embryonální období, se považuje za nejcitlivější etapu těhotenství vůči působení chemických a fyzikálních vlivů tzv. teratogenů (Binder, 2015; Procházka, 2020; Vacek, 2006; Wilhelmová et al., 2021). Mezi teratogeny řadíme například návykové látky, některá farmaka, záření či těžké kovy (Gregor, 2001; Wilhelmová et al., 2021).

Orgánové soustavy jsou v průběhu těhotenství vystaveny tzv. kritickým periodám, ve kterých jsou vůči působení teratogenů nejzranitelnější (Procházka, 2020; Vacek, 2006). Tyto periody nastávají v době, ve které dochází k intenzivní diferenciaci orgánů. Je důležité podotknout, že kritické období se pro jednotlivé orgány liší (Vacek, 2006). Pro mozek a srdce je v tomto kontextu situace zcela specifická, jelikož k jejich diferenciaci a vývoji dochází během celého těhotenství i porodu (Wilhelmová et al., 2021). Teratogeny mohou způsobit narušení vývoje a následně mohou vést ke vzniku vývojových vad (Vacek, 2006). Mezi 3.-9. týdnem těhotenství způsobují zejména velké morfologické vady (Gregor, 2001; Procházka, 2020). Po tomto období vznikají spíše drobné morfologické malformace a funkční defekty (Procházka, 2020). Zásadní poškození plodu může způsobit časný, či pozdní potrat. V následujících obdobích pak může vést k předčasnému porodu (Wilhelmová et al., 2021). Vrozenou vadu může mimo jiné způsobit i nedostatek určité látky v těhotenství, jako je jód či kyselina listová (Gregor, 2001). V České republice se s vývojovými vadami rodí zhruba 2-3 % dětí (Procházka, 2020).

1.1.4 Psychické změny v průběhu prvního trimestru těhotenství

Je důležité neopomíjet ani duševní prožívání ženy, jelikož i zde dochází během gravidity k významným změnám. Dle Hájka et al. (2015) jsou psychické obtíže přímo úměrné kvalitě partnerského vztahu a plánovanosti těhotenství.

Zejména počátek těhotenství může být ženou prožíván velmi intenzivně. Do popředí se často dostávají obavy týkající se neúspěšného ukončení těhotenství (Gregora & Velemínský, 2020). Tyto obavy mohou přerůst až k nepřiměřenému strachu z potratu, a to zejména u žen, které již ztrátu prožily, a u žen, které podstoupily léčbu neplodnosti (Hájek et al., 2014). Povědomí o vyšším riziku spontánního potratu v prvním trimestru je častým důvodem, proč si ženy tuto novou skutečnost ponechávají pouze pro sebe s partnerem, případně s ní obeznamují jen své nejbližší okolí. Tím se snaží chránit, aby

v případě časně ztráty, nemusely tuto zraňující zkušenost vysvětlovat druhým (Lou et al., 2017).

Příchod dítěte pro ženu znamená velkou proměnu dosavadního způsobu života (Špaňhelová, 2015). Dle Roztočila (2017) je úkolem ženy v prvním trimestru přijetí těhotenství. Špaňhelová (2015) zmiňuje, že je zapotřebí, aby žena nejprve přijala novou situaci sama v sobě a až následně s ní obeznámila své okolí. Žena je v tomto období více zaměřena na sebe a stává se více introvertní. Z hlediska emocionality je zde typická rozladěnost, emoční ambivalence, náladovost a nejistota (Bjelica et al., 2018; Pařízek, 2015). Ambivalentní pocity jsou během tohoto období zcela běžné. Žena si je vědoma, že má na některé věci omezený čas, jelikož je těhotenství jasně ohraničené. Své myšlenky tak již od počátku směřuje k tomu, aby zajistila pro dítě co nejvhodnější podmínky (Špaňhelová, 2015). Dále se žena může potýkat s poruchami spánku, plačtivostí i zvýšenou agresivitou. Dle Hájka et al. (2015) tyto stavy zhoršují i některé somatické obtíže, jako je zvracení, bolest zad, pálení žáhy atd. Dle Kobilkové (2005) se žena s novými změnami v prožívání vypořádává do konce prvního trimestru.

1.2 Diagnostika těhotenství

V současné době se diagnostika potvrzující těhotenství opírá o jisté známky těhotenství. Patří mezi ně detekce hormonu hCG, průkaz srdeční činnosti, pohyby či vyšetření pohmatem. K jejich zjištění dochází pomocí laboratorních testů a ultrazvukového vyšetření (Čepický, 2021; Gregora & Velemínský, 2020; Hanáková et al., 2015; Kobilková, 2005; Roztočil, 2017).

V rámci laboratorního průkazu těhotenství dochází k vyšetření specifického těhotenského hormonu hCG. Ten je možný vyšetřit z moči, přesněji pak z krve. Za pozitivní hodnotu nalezenou v krvi považujeme hladinu hCG alespoň 20 IU/l. Tato hladina odpovídá zhruba 14. dni po oplození a je na ni nastavena i citlivost těhotenských testů z moči (Čepický, 2021; Gregora & Velemínský, 2020; Hájek et al., 2014; Šálková, 2021). Slezáková et al. (2017) upozorňuje, že pozitivní výsledek testu nepodává informaci o umístění těhotenství (v případě mimoděložního), ani o jeho prosperitě (v případě zamlklého těhotenství dochází k zástavě vývinu). Nárůst hladiny hCG má mimo jiné za následek ranní nevolnosti a zvracení (Hanáková et al., 2015).

Gestační váček je v děloze pomocí vaginálního ultrazvukové sondy patrný přibližně v 5. gestačním týdnu. Nejpozději za další týden je již znatelná jeho první struktura, a tím je žloutkový váček. Od 6. týdne, nejpozději pak v 7. týdnu, je možné detekovat srdeční akci embrya. Jeho obraz pak od 7. týdne (Čepický, 2021; Gregora & Velemínský, 2020; Krofta, 2017; Slezáková et al., 2017). Od 9. týdne jsou viditelné pohyby plodu (Procházka & Pilka, 2018).

Těhotenství se dále vyznačuje nejistými známkami a příznaky těhotenství a pravděpodobnými známkami těhotenství. Znamky odkazují na objektivně prokazatelné změny v organismu ženy. Příznaky se pak opírají o subjektivní prožívání těhotné ženy (Roztočil, 2017). Dle Čepického (2021) toto dělení v současné době ztratilo význam, i přesto však některé příklady uvedeme.

Do nejistých příznaků řadíme ranní zvracení, změny nálad, nevolnost, zvýšenou únavu, změnu chuti na jídlo, bušení srdce atd. S podobnými symptomy se však můžeme potkat i mimo těhotenství (Gregora & Velemínský, 2020; Kobilková, 2005; Šálková 2021; Roztočil, 2017). Mezi nejisté známky patří vynechání menstruace, zvýšená citlivost prsou, změna barvy poševní sliznice a strie v oblasti břicha či prsou (Roztočil, 2017). Kobilková (2005) společně s Čepickým (2021) a Šálkovou (2021) vynechání menstruace řadí do pravděpodobných známek těhotenství. Další stěžejní pravděpodobnou známkou je pak změna v růstu, tvaru a konzistenci dělohy (Procházka, 2020).

2 POTRAT

Než přejdeme k samotné definici pojmu, považujeme za důležité vymezit terminologii tohoto termínu. V České republice je termín *potrat* vcelku nejednoznačný, jelikož z něj není patrné, o jaký druh potratu se jedná. V cizojazyčné literatuře pro něj najdeme dvojí základní pojmenování *abortion* a *miscarriage*. Termín *abortion* bývá zpravidla spojován s umělým ukončením těhotenství, tedy tam, kde má žena možnost volby. Pro skupinu spontánních potratů se v literatuře setkáme s označením *miscarriage*, který odkazuje na nedobrovolný, nečekaný a zcela spontánní druh potratu (Griebel et al., 2005).

V České republice je definice potratu ustanovena Zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb., který zní následovně: „plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Biologickými zbytky potratu se především rozumí placenta a těhotenská sliznice.“

Potrat je považován za největší komplikaci v období těhotenství, a to zejména v jeho časných fázích (Helle et al., 2022; Jurkovic et al., 2013). Penka et al. (2014) ve své knize stanovují incidenci potratů u klinicky diagnostikovaných těhotenství okolo 15 až 20 %. To je v souladu s údaji *The Miscarriage Association*. Ta ve své příručce *Why me?* (2022) uvádí, že ačkoli nemůžeme stanovit přesný počet potratů, dle odborníků se jedná zhruba o každé páté těhotenství.

U takzvaného chemického těhotenství dochází k potratu až v 60 %. Většina těchto těhotenství není ženami ani rozpoznána, jelikož dojde k jejich ukončení ještě před tím, než si všimnou některého ze subjektivních příznaků těhotenství (Annan et al., 2013; Binder, 2015; Penka et al., 2014; Rai & Regan 2006). Jedná se o těhotenství, při kterém se hladiny hormonu hCG přechodně zvýší natolik, aby vyvolaly pozitivní výsledek těhotenského stavu. Nedochází však k vývoji embrya ani gestačního váčku (Annan et al., 2013).

2.1 Klasifikace potratu

Pařízek (2015) rozděluje potraty podle příčiny jejich vyvolání na **samovolné** neboli spontánní a **umělé** neboli indukované.

Pokud není potrat vyvolán zevními příčinami, tak jej označujeme termínem spontánní. Umělý potrat Pařízek (2015) dále dělí na lékařský, který je prováděn v souladu se zákonem České republiky, a kriminální, který se provádí nezákonně. Umělý potrat je hrazen samotnou pacientkou a provádí se pouze do 12. týdne těhotenství. Aby jej žena mohla podstoupit, musí podepsat souhlas se zákrokem. Ukončení těhotenství bez souhlasu ženy je možné pouze tehdy, pokud je jeho provedení nezbytné k záchraně jejího života (Pilka, 2017). Do 16 let je tento zákrok možný pouze se souhlasem zákonného zástupce. Pokud podstoupí zákrok žena mezi 16-18 lety, vykonávající zařízení je povinné informovat o této skutečnosti zákonného zástupce ženy (Dubová & Zikán, 2022). Po uplynutí 12. týdne je potrat možný pouze v případě ohrožení života ženy nebo při zjištění těžkého poškození plodu genetickým onemocněním (Dubová & Zikán, 2022; Lajtman & Dvořáková, 2019; Slezáková et al., 2017). Tento zákrok je rovněž prováděn pouze se souhlasem ženy a je hrazen pojišťovnou. Uměle přerušené těhotenství po 22. týdnu je již považováno za předčasně vyvolaný porod, nikoli za potrat (Dubová & Zikán, 2022).

Jelikož je téma potratů velice obsáhlé, rozhodli jsme se dále věnovat pouze oblasti spontánních potratů, na kterou se práce zaměřuje.

2.2 Spontánní potrat

Definice spontánního potratu se v jednotlivých zemích liší. Společně však dochází k tomu, že se jedná o ztrátu intrauterinního těhotenství před dovršením životaschopnosti plodu. Hranici životaschopnosti můžeme posuzovat dle gestačního věku a hmotnosti plodu. Gestační rozmezí životaschopnosti se pohybuje mezi 20-28 týdny v závislosti na konkrétní zemi (Quenby et al., 2021). V České republice je spontánní potrat definován jako: „spontánní vypuzení plodu z dělohy před ukončením 22. týdne těhotenství“ (ÚZIS ČR, 2022, s. 6).

Dle Roztočila (2015) jsou spontánní potraty stejně častým problémem v zemích rozvojových jako v rozvinutém světě. Tato ztráta postihuje okolo 15 % všech rozpoznávaných těhotenství (Kersting & Wagner, 2012; Mardešić, 2013; Quenby et al., 2021). Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2022) vydal publikaci „Potraty 2020“. Jsou v ní shrnuty dostupné údaje týkající se potratů za rok 2020 na našem území. V tomto roce bylo evidováno celkem 28 756 potratů, z nichž 11 494 bylo spontánních.

K většině spontánních potratů dochází v prvním trimestru těhotenství, tedy do 12. týdne gravidity. V tomto případě je označujeme za potraty časné. Mnohé z nich však nejsou ženami ani rozpoznány, protože jsou považovány za opožděnou menstruaci. Pokud dojde k potracení mezi 12.-20. týdnem, označujeme je za potraty pozdní (Slezáková et al., 2017; Topping & Farquarson, 2008; Zwinger, 2004). Časný potrat se zpravidla vyznačuje krvácením a bolestí vzniklou ze stahů dělohy. Pozdní potrat pak obvykle začíná bolestí a následným odtokem plodové vody (Skutilová, 2016). Obecně platí, že pravděpodobnost výskytu spontánního potratu je závislá na stáří těhotenství. Čím mladší těhotenství, tím je vyšší riziko časně ztráty (Quenby et al., 2021).

2.2.1 Klasifikace spontánního potratu

Do této skupiny spadá několik typů potratů, které se od sebe navzájem odlišují klinickým obrazem. V následující kapitole si je v krátkosti popíšeme. Dělení spontánních potratů se napříč publikacemi liší. Z toho důvodu jsme se rozhodli držet jejich klasifikace dle Roztočila (2011).

Hrozící potrat (*abortus imminens*) zpravidla doprovází slabé krvácení z dělohy, špinění, pobolívání v oblasti podbřiška a zad. Tento typ potratu se vyskytuje zhruba u 15 % všech těhotenství, avšak pouze u 16-18 % z nich dojde k jeho potracení. Krvácení by mělo spontánně ustát kolem 12. gestačního týdne (Binder, 2015; Kobilková, 2005; Penka et al., 2014; Roztočil, 2011; Šálková, 2021).

U potratu v běhu neboli také **probíhajícím potratu** (*abortus in cursu*) jsou bolesti i intenzita krvácení silnější. Dochází k vypuzování částí plodového vejce z dělohy pravidelnou činností dělohy. Tento stav je pro ženu zpravidla velmi bolestivý. Lékařská intervence spočívá v urychlení potratu podáním infuze s oxytocinem a následnou revizí dělohy tupou kyretou. V tomto případě plod bohužel nelze zachránit (Binder, 2015; Penka et al., 2014; Šálková, 2021).

Při **úplném potratu** (*abortus completus*) dochází k vypuzení veškerého obsahu z dělohy. Je důležité se ultrazvukem přesvědčit, zda je dutina opravdu prázdná. Pokud by obsahovala patologický obsah, jednalo by se o **potrat neúplný** (*incompletus*). Zbytky, které v dutině děložní zůstaly, je zapotřebí odstranit v celkové anestezii tupou kyretou nebo odsátím plodového vejce tzv. vakuumexhaucí (Binder, 2015; Kobilková, 2005; Penka et al., 2014; Šálková, 2021; Zwinger, 2004).

Septický potrat (*abortus septicus*) je komplikován infekcí plodového vejce. Ta může být jak primární, tak sekundární. Významným symptomem je zde vysoká horečka. Jedná se o velmi závažnou komplikaci, jelikož tento stav může vyústit až k celkové sepsi organismu. Nejprve jsou podávána antibiotika, později dochází v celkové anestezii k revizi děložní dutiny (Penka et al., 2014, Roztočil, 2011; Zwinger, 2004). Čepický (2021) dodává, že septický potrat je nejčastějším důsledkem potratu kriminálního.

Speciální kategorii označuje potrat **habituální** (*abortus habitualis*). Jedná se o stav, kdy žena prožije ztrátu nejméně třikrát za sebou (Binder, 2015; Hájek et al., 2014; Kobilková, 2005). Dle Roztočila (2011) se tento typ potracení vyskytuje zhruba jedenkrát za 300 těhotenství. Nejmenší riziko opakované ztráty je mezi 20-35 let. Naopak nejvyšší riziko vzniká po 40. roce života ženy (Marešová, 2021). Duckitt a Qureshi (2011) zmiňují, že tato ztráta se týká asi 1-2 % žen, přičemž u poloviny potratů nelze odhalit jejich příčinu.

Poslední skupinu tvoří **zamlklý potrat** (*missed abortion*). Právě tento druh potratu je středem zájmu naší práce. Z toho důvodu mu bude zasvěcena celá kapitola.

2.2.2 Etiologie spontánního potratu

Samotnou příčinu nelze v mnoha případech spontánních potratů jasně prokázat. Vlašín a Grochová (2018) se domnívají, že nejspíše existuje nějaká predispozice, specifický gen, který by tuto ztrátu předurčoval. Doposud však žádné takové zjištění nebylo potvrzeno.

Za významný zdroj v této oblasti považujeme literární přehled (tzv. *comprehensive literature search*) prezentovaný v publikaci *Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss*. Autoři v něm shrnují výsledky výzkumů, které se zaměřují na příčiny spontánních potratů, a to do května 2020. Zabývají se příčinami demografickými, klinickými, environmentálními a oblastí životního stylu (Quenby et al., 2021). Následující text se tak opírá zejména o tuto studii a je obohacován zdroji, které v ní nejsou zahrnuty.

Za nejčastější příčiny jsou považovány chromozomální aberace plodu (Kobilková, 2005; Slezáková et al., 2017; Quenby et al., 2021). Uvádí se, že jsou příčinou až 60 % potracení (Hájek et al., 2014; Quenby et al., 2021). Friedová et al. (2019) publikovali studii, ve které potvrdili chromozomální aberace jako jednu z významných příčin. Prezentovali v ní výsledky analýzy tkáně potraceného plodu u spontánních a zamlklých potratů. Jejich výsledný vzorek čítal 212 případů. V 52 případech byly nalezeny

chromozomální aberace, jako jsou trizomie chromozomu 21, triploidie, monozomie chromozomu X a další. Byla potvrzena rostoucí četnost chromozomálních aberací v závislosti na věku matky a týdnu těhotenství.

Dalšími příčinami jsou pak infekce během těhotenství, hormonální příčiny, onemocnění matky (například diabetes mellitus či onemocnění štítné žlázy) či akutní hořčnatá onemocnění. V pozadí příčin může být dále endometritida a děložní myomy, které zabraňují uhníždění vajíčka (Kobilková, 2005; Slezáková et al., 2017; Roztočil, 2011; Quenby et al., 2021).

Za nejsilnější prediktor spontánních potratů je považován věk matky (Fossé et al., 2020; Jiang et al., 2022; Kouk et al., 2013; Mardešić, 2013; Quenby et al., 2021; Zikán & Dubová, 2022). Kolem 45. roku se pravděpodobnost výskytu spontánního potratu uvádí až 50 % (Čepický, 2021; Magnus et al., 2019). V pozadí příčin stojí zejména snižování kvality a počtu vajíček ve vaječnicích (Gregora & Velemínský, 2020; Vlašín & Grochová, 2018). Gregora a Velemínský (2020) ve své knize uvádí, že po 40. roce života rovněž klesá pravděpodobnost spontánního početí, a to na pouhých 5 %. Studie realizovaná na norském vzorku zmiňuje, že s nejnižším rizikem výskytu spontánního potratu je spojen věk 27 (Magnus et al., 2019). Roztočil (2011) považuje i věk nižší než 19 za rizikový. Ani věk partnera není zanedbatelný. Za rizikový je považován vyšší než 35 (Rochebrochard et al., 2002; Kouk et al., 2013; Quenby et al., 2021). Stejně jako u věku matky zde obecně platí, že čím starší partner je, tím vyšší pravděpodobnost výskytu spontánního potratu hrozí. Věk obou partnerů je tak významným prediktorem potracení během prvního trimestru těhotenství (Rochebrochard et al., 2002).

V některých publikacích byla i obezita odhalena jakožto významný prediktor spontánních potratů (Cozzolino et al., 2021; Jiang et al., 2022; Metwally et al., 2008; Vlašín & Grochová, 2018; Quenby et al., 2021).

Riziko ztráty dále souvisí i s porodnickou anamnézou těhotné. Ukazuje se, že zkušenost s dřívější ztrátou zvyšuje riziko výskytu ztráty další (Quenby et al., 2021; Zwinger, 2004). Opětovné riziko spontánního potratu po jedné ztrátě autoři uvádí 20 %, po dvou ztrátách až 28 % (Magnus et al., 2019). Pokud žena prožívá ztrátu opakovaně, je důležité, aby podstoupila vyšetření, která by mohla vést k odhalení příčiny potracení. Jejich součástí je i imunologické vyšetření obou partnerů (Skutilová, 2016).

Za rizikový faktor je dále považován chronický stres a první těhotenství ženy (Gong et al., 2021; Hussein, 2019; Quenby et al., 2021). K vnějším vlivům pak patří kouření, alkoholismus či toxikomanie (Quenby et al., 2021; Slezáková et al., 2017). Z enviromentálního hlediska se rizikovým ukazuje zejména znečištěné ovzduší (Quenby et al., 2021).

2.3 Zamlklý potrat

Hájek et al. (2014) zamlklé těhotenství neboli *missed abortion* popisují jako stav, při kterém dochází k odumření či odloučení plodového vejce, nikoli však k jeho vypuzení dělohou. Velikost dělohy neodpovídá délce těhotenství, jelikož se její růst zastavil v době, kdy došlo k úmrtí plodu (Binder, 2015; Kobilková, 2005). Zegers-Hochschild et al. (2017) zamlklé těhotenství popisují jako spontánní ztrátu klinického těhotenství před dokončením 22. týdne gestačního věku, při které jsou embryo nebo plod neživotoschopné a nejsou spontánně absorbovány nebo vyloučeny z dělohy. Pokud nedochází k vypuzení plodového vejce, může dojít k nepravidelnému krvácení a infekci (Šálková, 2021).

Čepický (2021) považuje za důležité rozlišit diagnózu zamlklého potratu od afetálního plodového vejce. V tomto případě nedochází k vývoji žloutkového váčku, tedy ani k vývoji embrya. Tím se tento stav odlišuje od zamlklého potratu, při kterém k rozvoji embrya dochází, avšak jeho vývoj se zastavuje.

V zahraniční literatuře často narazíme na pojmenování *silent miscarriage*, které odkazuje na zrádnost zamlklého potratu. Žena totiž nemusí pociťovat žádné obtíže, které by nasvědčovaly tomu, že něco není v pořádku. Může se cítit těhotná a mít stále pozitivní těhotenský test (Hájek et al., 2014; Roztočil, 2011; Missscarriage Association, 2022; Šálková, 2021). Tělo se tedy nadále může chovat tak, jako by v něm plod stále žil. Z toho důvodu bývá zamlklé těhotenství často zjištěno až při ultrazvukovém vyšetření na rutinní kontrole (Skutilová, 2016). V opačném případě se může vyskytnout slabé krvácení nebo může dojít k vymizení některých těhotenských příznaků, jako je napětí v prsou nebo ranní nevolnosti (Pařízek, 2015; Penka et al., 2014; Roztočil, 2011).

2.3.1 Diagnostika zamlklého potratu

Jedním ze způsobů diagnostiky zamlklého těhotenství je sledování dynamiky růstu hodnot hCG. Jedná se o hormon, který je stěžejní pro úspěšné těhotenství. V jeho časně fázi

totiž podporuje produkci progesteronu ve žlutém tělísku, a to do doby, než tuto funkci převezme placenta (Knöfler, 1999). Hladiny hormonu hCG až do 90. dne těhotenství pravidelně a strmě rostou. Při prosperujícím těhotenství se hladina hormonu během 48 hodin zdvojnásobuje (Slezáková et al., 2017; Šálková, 2021). Svého vrcholu dosahuje mezi 9. a 10. týdnem gravidity. Po tomto období dochází ke snížení jeho hladiny. Ta se stabilně udržuje až do konce těhotenství. Pokles hodnot hCG v průběhu těhotenství je považován za prognosticky nepříznivý znak a může být signálem rozvíjejícího samovolného potratu či mimoděložního těhotenství (Hájek et al., 2014; Knöfler, 1999; Roztočil, 2011; Skutilová, 2016; Zwinger, 2004).

K definitivnímu potvrzení zamlklého těhotenství dochází až při vyšetření ultrazvukem, při kterém již nelze detekovat srdeční akci plodu (Čepický, 2021; Griebel et al., 2005; Pařízek, 2015; Penka et al., 2014, Procházka & Pilka, 2018; Shankar et al., 2007). Ta by měla být znatelná nejpozději 7. týden po poslední menstruaci (Čepický, 2021; Gregora & Velemínský, 2020; Marešová, 2021; Slezáková et al., 2017; Krofta, 2017).

Podle Filipové (2022) může dojít k nepřesnému vypočítání délky těhotenství. To může nastat v případě, kdy se délka těhotenství počítá podle poslední menstruace ženy. Tento výpočet však předpokládá, že k ovulaci dochází uprostřed cyklu, což není pravidlem u všech žen. Z toho důvodu při zjištění zamlklého těhotenství doporučuje vyčkat několik dní. Následně se opakovaným vyšetřením ujistit o správnosti přidělené diagnózy. To je v souladu s Marešovou (2021), která ve své knize potvrzuje, že výpočet délky těhotenství podle poslední menstruace není spolehlivý, s výjimkou asistované reprodukce. Stejného názoru je i Pařízek (2015), který upozorňuje na skutečnost, že ženy často mohou menstruaci zaměňovat za pouhé „špinění“, při kterém již dochází k uhnízdění oplozeného vajíčka v děloze. Calda et al. (2013) ve své studii doporučují, aby diagnózu neprosperujícího těhotenství vždy potvrdil i druhý, nezávislý sonografista.

2.3.2 Možnosti ukončení zamlklého těhotenství

Jak uvádí ve své příručce *The Miscarriage Association* (2022) žena by měla být o možnostech ukončení vždy dobře informovaná. Pokud to její stav umožňuje, měla by si sama zvolit, jakým způsobem chce své těhotenství ukončit. Vždy je však důležité ošetřit ženu takovým způsobem, aby byla zachována její další plodnost (Roztočil, 2011).

Při stanovení diagnózy zamlklého těhotenství se nabízí postup vyčkávací a aktivní (Čepický, 2021; Helle et al., 2022). Kilshaw a Borg (2020) ve své knize uvádí, že historicky

byl v rámci spontánních potratů upřednostňován zejména chirurgický přístup. K tomu docházelo zejména kvůli potenciálním rizikům vznikajících následkem zadržení tkáně. Ve Velké Británii však došlo zhruba od roku 2012 k upozaďování této možnosti. První volbou ukončení těhotenství v případě spontánních potratů se stalo vyčkávání na přirozený potrat. Skutilová (2016) uvádí, že pokud dojde ke zjištění zamklého těhotenství v raných fázích, je možné vyčkávat na spontánní příchod krvácení. Pokud však ke zjištění dojde později, žena by měla podstoupit vyčištění dělohy.

Vyčkávací postup

Při zvolení tohoto způsobu ukončení žena čeká na samovolný potrat plodového vejce. Potrat je pro ženu takovým „malým porodem“. Jeho průběh se zpravidla liší v závislosti na stáří těhotenství. Lékaři tuto možnost doporučují zhruba do 9. týdne těhotenství (Miscarriage Association, 2022).

Vyčkávací přístup ukončení těhotenství je využíván zejména v zahraničí. Důkazem je řada realizovaných studií. Společně dochází k závěru, že se jedná o efektivní a bezpečnou metodu ukončení těhotenství (Al-Ma'ani et al., 2014; Blohm et al., 2003; Hammadeh et al., 2014; Wijesinghe et al., 2011). V České republice nenalezneme ve vědeckých publikacích téměř žádné zmínky o této možnosti. V posledních letech však tato možnost bývá zmíněna v některých brožurách, jejichž cílem je zvyšování informovanosti týkající se ukončení těhotenství v případě časně ztráty.

Potrat obvykle začíná bolestmi a krvácením jako při menstruaci. Krvácení může přetrvávat po dobu dvou až tří týdnů. Pokud je těhotenství teprve na počátku, může dojít ke vstřebání obsahu dělohy. V tomto případě může být vnější krvácení minimální (Pazdera, 2021). V dalších týdnech se žena může setkat s výskytem krevních sraženin a může spatřit i samotný gestační váček se zárodkem (Filipová, 2022; Miscarriage Association, 2022).

Britský Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu (NICE) ve své směrnici uvádí možnost vyčkávání za metodu první volby. Ve svém doporučení dále dodávají, že by žena měla být dobře informována o průběhu potratu. Měly by jí být poskytnuty rady, jak si může ulevit od bolesti a kam se obrátit v případě potíží. Ačkoli je tato metoda v jejich doporučeních upřednostňována, je v ní rovněž zdůrazněno, že by žena měla být seznámena se všemi možnostmi ukončení. K tomu by mělo dojít jak ústní, tak písemnou formou. NICE (2021) dobu vyčkávání ustanovuje na 7 až 14 dní. Tuto skutečnost potvrzují Wijesinghe et

al. (2011), kteří ve své studii uvádí, že u žen, které se rozhodly vyčkávat po dobu 14 dní, došlo k spontánnímu potratu v 95 %.

Žena by měla být předem informována i o dalším postupu v případě nekompletního potratu. Zde mohou být následně indikované jak přístupy chirurgické, tak farmakologické (Musik et al., 2021). Úspěšnost kompletního potratu při metodě vyčkávání se uvádí kolem 80 % (Blohm et al., 2003; Luise et al., 2002.; Musik, et al., 2021). V roce 2019 byla publikována rozsáhlá metaanalýza zahrnující 49 studií a 9250 žen. Autoři v ní srovnávali úspěšnost kompletního potratu v rámci vyčkávacího, farmakologického a chirurgického způsobu ukončení těhotenství. Vyčkávání bylo označeno za nejméně úspěšné. Naproti tomu farmakologické a chirurgické metody byly považovány za stejně kvalitní (Wattar et al., 2019).

Mezi nejčastější komplikace u vyčkávacího přístupu řadíme silné krvácení, infekce a vznik reziduí (Miscarriage Association, 2022; Musik et al., 2021). Nevýhodou této metody je fakt, že potrat může přijít kdykoliv. Může to být v rozmezí dnů až týdnů. Ženy tuto cestu zpravidla preferují, aby se vyhnuly operačním zásahům, a tím i případným pooperačním komplikacím. Výhodou vyčkávání je pak skutečnost, že si žena ukončení sama prožije, což může mít následně pozitivní vliv na smířování se se ztrátou (Filipová, 2022; Pazdera, 2021).

Chirurgický přístup

Pokud se žena rozhodne pro aktivní přístup, pak dochází k vyprázdnění dutiny děložní (Čepický, 2021). Možnosti tohoto přístupu jsou obdobné jako při umělém ukončení těhotenství (Kobilková, 2005).

Jsou zde využívány zejména dvě metody, jejichž užití závisí na stáří těhotenství. Oba zákroky jsou prováděny v celkové anestezii. Z tohoto důvodu samotnému výkonu předchází předoperační vyšetření. Jedná se o celkové posouzení aktuálního zdravotního stavu pacientky (PT MEDICA, n.d.).

Šetrnější metodou je odsátí děložní sliznice tzv. vakuumaspirace. Tento výkon se využívá při miniinterrupcích (NZIP, 2022). Dle Pilky (2017) se jedná o nejefektivnější metodu chirurgického ukončení těhotenství, která se pojí s nízkým výskytem komplikací. Z tohoto důvodu je přístup preferovaný ve většině zemí. Zárok je možný do 6. týdne těhotenství u prvorodiček, a do 8. týdne u žen, které již mají zkušenost s potratem vaginální cestou. Pokud nedojde k výskytu komplikací, žena tentýž den odchází domů (Kovář, n.d.).

Od ukončeného 8. týdne těhotenství až do 12. je prováděna vakuumaspirace s kombinací revize dutiny děložní. Při revizi dochází k rozšíření děložního čípku a seškrábnutí vnitřní vrstvy děložní sliznice použitím kyrety. Pilka (2017) dále dodává, že v některých případech je nezbytné k odstranění plodu využít i klasické potratové nůžky. Pokud nedochází po zákroku ke komplikacím, žena odchází domů (Kovář, n.d.; Roztočil, 2011).

Po zákroku je nutné, aby žena dodržovala několik doporučení, která napomáhají zabránit rozvoji krvácení a infekci. Důraz je kladen zejména na zvýšenou hygienu v podobě častějšího sprchování. Žena by se dále měla vyhnout zvýšené fyzické námaze a dodržet sexuální zdrženlivost po dobu 2-3 týdnů (PT MEDICA, n.d.).

Výskyt komplikací při chirurgickém ukončení těhotenství se odhaduje na 0,5 – 0,9 % (Dvořák & Lůbušský, 2019). Hlavním rizikem je poškození dělohy, které by pro ženu mohlo být závažné z hlediska plodnosti. Obávanou komplikací je konkrétně Ashermanův syndrom, jenž je následkem poškození děložní sliznice (Roztočil, 2011). Způsobuje například bolestivou a nepravidelnou menstruaci, neschopnost uhnízdění oplozeného vajíčka v děložní sliznici a další potenciální těhotenské ztráty (Trávník, 2015).

Za výhodu tohoto přístupu můžeme považovat zejména rychlost ukončení, jelikož zákrok zpravidla trvá v řádech minut (PT MEDICA, n.d.; Shuaib & Alharazi, 2013). Al-Ma'ani et al. (2014) ve srovnání s dalšími možnostmi ukončení těhotenství dále vyzdvihuje jako výhody vysokou úspěšnost kompletního potratu, nižší intenzitu bolesti a méně krvácení.

Žena při tomto způsobu potratu nepříjde do kontaktu s vypuzeným plodem. To pro některé ženy může být výhodou. Na druhé straně však tato cesta může vést k obtížnějšímu smíření se se ztrátou (Filipová, 2022).

Farmakologický přístup

Další možností je farmakologické ukončení těhotenství. Tento přístup můžeme považovat za pomyslný kompromis předchozích variant. Žena díky užití medikamentů přibližně ví, kdy může potrat očekávat. Může se tak na něj připravit a pociťovat více kontroly nad danou situací. Oproti chirurgickému zákroku je při vědomí a může si potrat plně prožít (Miscarriage Association, 2022; Pazdera, 2021).

Pokud se žena může rozhodnout mezi chirurgickým zákrokem a medikamenty, zpravidla volí farmakologickou cestu ukončení. Honkanen et al. (2002) ve své studii popsal

důvody, které ženy při volbě farmakologické cesty zmiňovaly. Patří mezi ně vyhnutí se chirurgickému zákroku a celkové anestezii. Dále pak preference přirozenějšího a bezpečnějšího způsobu ukončení.

Nejosvědčenějšími léčivy v této oblasti jsou mifepriston, misoprostol a jejich kombinace. Tato metoda je využívána zejména v zahraničí. V České republice bylo užití medikamentů schváleno až v roce 2014. Ukončit těhotenství prostřednictvím medikamentů je možné do 49. dne od poslední menstruace (Sehnal & Lubušský, 2019). Medikamenty vyvolávají kontrakce, které následně vedou k vypuzení obsahu děložní dutiny. Ukončené těhotenství je nezbytné následně potvrdit ultrazvukovým vyšetřením dělohy, a tím se přesvědčit, že došlo k úplnému vypuzení embrya (Hájek et al., 2014; Trávník, 2015). Riziko selhání metody se vyskytuje zhruba v 1-2 % případů (Sehnal & Lubušský, 2019). Pilka (2017) rozmezí rozšiřuje na 2-10 %. Mezi nežádoucí symptomy řadíme nevolnost, zvracení a bolest v podbříšku (Pilka, 2017).

Výhodou medikamentózního způsobu ukončení je skutečnost, že nemá vliv na plodnost pacientky. Po potratu dochází k jejímu okamžitému obnovení (Trávník, 2015). Závažné vedlejší účinky jsou v tomto případě spíše ojedinělé (Sehnal & Lubušský, 2019).

Swati et al. (2020) ve své studii ověřovali účinnost Misoprostolu ve srovnání s instrumentálními metodami. Dospěli k závěru, že úspěšnost kompletního potratu je u obou metod stejná. Závěr je shodný s již zmíněnou studií realizovanou Wattarem et al. (2019).

Farmakologické ukončení těhotenství u nekomplikovaného zamlklého potratu je tedy považováno za velmi efektivní a bezpečnou metodu (Alharazi et al., 2013; Sehnal & Lubušský, 2019; Shuaib & Alharazi, 2013).

3 PSYCHICKÉ DOPADY ZTRÁTY

Ačkoli se naše práce zaměřuje na oblast zamlklého potratu, následující kapitoly budou syceny poznatky, které vychází z výzkumů týkajících se spontánních potratů obecně. Většina publikací, jak tuzemských, tak cizojazyčných, se zpravidla zaměřuje na časnou ztrátu v těhotenství. Nedochozí tak k jejímu rozlišování na jednotlivé typy spontánních potratů. Práce nalezneme pod klíčovými hesly *miscarriage* a *early pregnancy loss*. V České republice pak pod *spontánními potraty*. Někteří autoři zmiňují, že emoce, které ženy prožívají, jsou zpravidla dost podobné napříč ztrátou během celého těhotenství. Odlišnosti spíše nalézají v intenzitě jejich prožívání a v délce vypořádávání se se ztrátou (Cassaday, 2018; Špaňhelová, 2015).

Třetí část naší práce pojednává o psychických dopadech prožité ztráty na ženu, o významu interpersonálních vztahů při prožívání ztráty a v neposlední řadě o způsobech rozloučení. V prvních podkapitolách zmíníme v krátkosti vývoj tématu časné ztráty v těhotenství a vymezíme pojem ztráta. Závěrečná podkapitola pak shrnuje aktuální zdroje týkající se časné ztráty, které vznikly na našem území. Potrat bude v následujících řádcích označovat pouze potraty spontánní.

3.1 Vývoj tématu časné ztráty v těhotenství

Moulder (2016) ve své knize *Miscarriage: Women's experiences and needs* popisuje vývoj tématu spontánního potratu od roku 1995 do roku 2016. Podle něj toto téma není již natolik tabuizované ve společnosti, jako tomu bylo dříve. Potrat je stále více uznáván jako významná událost v životě ženy a společnost je více otevřená otázkám týkajícím se této problematiky. Také ženy začaly o svých příbězích ve společnosti více hovořit. Zájem o téma časné ztráty v těhotenství v posledních letech na poli sociálních a medicínských věd významně vzrostl, o čemž svědčí rostoucí počet nejenom akademických knih a článků, ale i populárně mediální pokrytí této tematiky (McIntyre et al., 2022). Aktivními jsou v této oblasti především Velká Británie, Spojené státy americké, Španělsko, Nizozemsko, Švédsko a Norsko. K bourání stigmatu napomáhají i různé organizace. Například *The Miscarriage Association* významně podporuje téma časné ztráty jakožto záležitosti veřejného zájmu.

Nabízí pomoc jak samotným ženám, tak i zdravotníkům v podobě poskytování informací. Mezi aktuální témata zkoumání v zahraničí patří role partnera a jeho prožívání časně ztráty v těhotenství, význam zdravotnického personálu na formování zkušenosti ztráty, možnosti rozloučení v kontextu časně ztráty v těhotenství a prožívání žen po opakovaných těhotenských ztrátách. Studií, které by se zaměřovaly výlučně na problematiku zamlklého potratu, je podstatně méně, pokud jsou realizovány, tak se zpravidla dotýkají způsobů jejich ukončení.

V České republice se tématice časně ztráty těhotenství začalo dostávat pozornosti až o něco později. Dlouhou dobu se u nás zaměřovalo pouze na perinatální ztrátu. K největší iniciativě v rámci tématu časně ztráty došlo v roce 2022. V důsledku nedostatku literatury v této oblasti vzniklo několik diplomových prací a brožur, které budou představeny v poslední podkapitole 3.6 s názvem *Aktuální zdroje zabývající se časnou ztrátou v těhotenství v České republice*.

3.2 Spontánní potrat jako forma intrapsychické ztráty

Na počátku třetí kapitoly považujeme za důležité vymezit samotný pojem ztráta, který nás celou prací provází. Ratislavová a Hrušková (2020, s. 26) jej definují jako: „oddělení od někoho (něčeho) nebo přerušeni vazby k někomu (něčemu).“ Špatenková (2011) dále zdůrazňuje, že se jedná o odloučení/přerušeni, které je ireverzibilní, a na jehož následné prožívání má významný vliv emocionální vazba, kterou dotyčný ke ztracenému objektu měl.

V publikacích zabývajících se ztrátou se nejčastěji zmiňuje tzv. perinatální ztráta. Ta odkazuje na ztrátu těhotenství v období od dovršení životaschopnosti plodu po dobu sedmi dnů od narození dítěte (Ratislavová, 2016). V zahraničí však pod pojem perinatální ztráta autoři zařazují i potraty, ke kterým dochází po celou dobu těhotenství (Cassaday, 2018).

V případě časně ztráty můžeme hovořit o ztrátě očekávání. Partneři si zpravidla již od samotného zjištění těhotenství začínají s dítětem společnou budoucnost plánovat. Při odhalení neprosperujícího těhotenství dochází k rozplynutí těchto plánů (Gerber-Epstein et al., 2008; Ockhuijsen et al., 2014; Van den Akker, 2011). Tématice ztráty očekávání je věnována kapitola v publikaci *Krizová intervence pro praxi* (Špatenková, 2011), kterou zpracovala Irena Sobotková. Ztrátu očekávání autorka řadí mezi intrapsychické ztráty, u kterých dále popisuje, že jedinec často ztrácí to, co bylo jeho niterním přáním či nadějí.

Jedná se o ztráty, které jsou často skryté a o kterých se tak nemusí dozvědět nikdo další. Tak tomu může být právě i v případě časných ztrát těhotenství. Mnoho žen si jejich prožití ponechává pouze pro sebe. Neobeznamují s ní svoji rodinu, blízké kamarády a často ani samotného partnera (Quenby et al., 2021).

3.3 Subjektivní prožívání časných ztrát v těhotenství

Časná ztráta těhotenství je považována za těžký a bolestivý okamžik v životě ženy (Farren et al., 2018). Ze studií vyplývá, že nezáleží na tom, zda je těhotenství plánované či neplánované, chtěné, či nechtěné, potrat je pro ženu vždy nesmírnou emoční zátěží (Gerber-Epstein et al., 2008; McWilliams et al., 2016). Prožívání ztráty nekončí samotným ukončením těhotenství, ale trvá daleko déle (Gerber-Epstein et al., 2008). Ať už je žena v jakémkoliv týdnu či dnu těhotenství, zpravidla o embryu/plodu hovoří jako o dítěti (Ratislavová, 2016; Špaňhelová, 2015). V následujícím textu se i my budeme držet tohoto označení.

3.3.1 Psychické vyrovnávání se s časnou ztrátou v těhotenství

Vztah dítěte a matky je jedinečný. Matka si k dítěti vytváří pouto již od časných fází těhotenství. Velmi brzy začne dítě považovat za součást sebe samé (Cassaday, 2018). Výrazné emoce se mohou dostavit již při rozhodovacím procesu o způsobu ukončení těhotenství. Na ženu je často vyvíjen tlak, aby se rozhodla co nejdříve. Zpravidla již po samotném zjištění, že se plod nadále nevyvíjí. Rozhodování v tomto okamžiku bývá pro ženy velmi náročné, jelikož jsou ztrátou zaskočeny. Ve studii Linnet Olesen a Graungaard (2015) ženy popisují, že informace, které jim byly po zjištění neprospívajícího těhotenství předávány, sice poslouchaly, ale měly problém s jejich zpracováním. Psychické prožívání žen po zjištění nutnosti potratu významně ovlivňuje jejich schopnost zpracovávat a zapamatovat si poskytnuté informace. Psychologický kontext rozhodování je ovlivněn prožívajícími emocemi jako je šok, úzkost či pocity viny. Žena se tak spíše řídí doporučením lékaře, jelikož není schopna samostatného, racionálního rozhodování. Pokud se však rozhodne o způsobu ukončení sama, často se tak děje na základě nevyřčeného emocionálního uvažování.

Již před samotným zjištěním diagnózy se může objevovat obava z toho, že by „něco nemuselo být v pořádku“ (Vaňková, 2022). Prvotními reakcemi na ztrátu plodu bývá šok, odštěpení emocí a otupělost. Může docházet k popírání skutečnosti ztráty. Jakmile šok začne

opadávat, bývá zpravidla nahrazen bolestí (Cassaday, 2018). Ženy prožívají po potratu směsici negativních pocitů, ve kterých pro ně může být náročné se orientovat (Špaňhelová, 2015). Jak jsme již zmínili v předchozí podkapitole, pocity, které žena prožívá se netýkají pouze bezprostřední ztráty jako takové. Společně se ztrátou těhotenství mohou prožívat i ztrátu části sebe sama, svého snu, fantazií a očekávané budoucnosti, kterou si s dítětem představovaly. Dochází ke ztrátě příležitosti stát se rodičem, vyvíjet identitu a roli rodiče (Gerber-Epstein et al., 2008; Ockhuijsen et al., 2014; Van den Akker, 2011). Se ztrátou odchází i pocity štěstí, novosti a euforie, které žena během těhotenství prožívala. Tyto pocity střídají emoce, které zahrnují smutek, pocity prázdnoty, popírání, lítost, vinu, pocity nespravedlnosti, úzkost, strach, šok, bezmoc, hněv, zoufalství či osamělost (Emond et al., 2019; Gerber-Epstein et al., 2008; Špaňhelová, 2015; Ockhuijsen et al., 2014; Ratislavová & Hrušková, 2020; Robinson, 2014; Vaňková, 2022; Volgsten et al., 2018). Ženy často mohou mít pocit, že jim nikdo nerozumí. Mohou se tak stahovat do sebe a svého zármutku (Špaňhelová, 2015).

Časté jsou pocity selhání. Žena může přemýšlet nad tím, zda je vůbec schopna donosit dítě, zda dokáže být biologickou matkou dítěte. Může nabývat pocitů, že nedokáže naplnit podstatu ženství. Pocity selhání bývají obvyklé i vůči partnerovi. Žena může cítit, že selhala jako partnerka (Gerber-Epstein et al., 2008; Špaňhelová, 2015). Velkým tématem při prožívání ztráty jsou výčitky. Ty žena může směřovat jak vůči sobě samé, tak vůči ostatním (Špaňhelová, 2015). Příčinu potracení hledá v činnostech, které během těhotenství udělala, ale i v těch, které neudělala (Cassaday, 2018). Žena může prožívat výrazné pocity viny z důvodu, že si je vědoma svého přímého spojení s plodem. Může tak nabývat pocitu, že právě ona plod svými zvyklostmi ovlivňuje nejvíce, a právě proto nese největší podíl viny za ztrátu (Volgsten et al., 2018). Ve studii Ockhuijsen et al. (2014) nebyla u žádné z participantek nalezena zdravotní příčina potratu. Tato skutečnost jim sice přinesla úlevu, avšak dále vedla k tomu, že se ženy snažily nalézt vlastní vysvětlení ztráty. Nejčastěji jej hledaly v oblasti životního stylu. Často za příčinu potracení považovaly pracovní vytížení či nadměrný stres. Některé ženy hledají příčinu ztráty také ve svém myšlení a v jejich přístupu k těhotenství. Ztrátu mohou vnímat jako potrestání za to, že si nebyly těhotenstvím příliš jisté, že prožívaly smíšené pocity a přemýšlely nad tím, zda dítě vůbec zvládnou (Lišková, 2022). Podle Hruškové a Ratislavové (2020) se žena snaží nalézt příčinu ztráty proto, aby získala kontrolu nad zkušeností a mohla tak předejít jejímu opakování. Bardos et al. (2015) ve svém výzkumu zjistili, že na hledání příčiny ztráty má vliv i vzdělání žen. Ženy

s ukončeným vysokoškolským stupněm vzdělání příčinu potratu nacházely zejména v medicínském vysvětlení. Ženy s nižším vzděláním pak dvakrát častěji hledaly vysvětlení ztráty v rámci jejich životního stylu. Pokud se ženě nedaří příčinu potracení nalézt, je obvyklé, že dochází k různým falešným a sebeobviňujícím odpovědím. Kromě toho, že má tendenci obviňovat sebe sama, často může svalovat vinu i na svého partnera. Ten se tak může stávat terčem jejího vzteku. Žena svému partnerovi může vyčítat, že neprožívá stejné pocity jako ona, nebo je alespoň u něj nevidí. Partner se po ztrátě může cítit bezmocný a jeho potřeba zůstat silným a být oporou pro svoji partnerku může být ženou často mylně interpretována jako nezájem (Worden, 2009). Lišková (2022) došla ve svém výzkumu k zajímavému zjištění. Pouze ženy, které měly dobré povědomí o častém výskytu spontánního potratu ve společnosti, necítily za ztrátu odpovědnost a pocit viny.

Ženy nepřemýšlí pouze o příčinách ztráty, ale rovněž i o tom, jaký smysl pro ně ztráta měla. Významnou roli v truchlení a přijmutí ztráty může mít spirituální a náboženské přesvědčení žen, které jim může přinést útěchu. Naopak jiné vysvětlení ztráty v podobě „Boží vůle“ odmítají, jelikož nedokážou pochopit, proč by jim nebo jejich dítěti chtěl Bůh ublížit (Carolan & Wright, 2017; Kalu, 2019). Pro některé ženy může být nápomocné uvědomění, že by se dítě narodilo nemocné, kdyby k potratu nedošlo. Pokud ženy nachází smysl ztráty, zpravidla se s ní následně lépe vyrovnávají (Lišková, 2022).

Ockhuijsen et al. (2014) ve své studii zmiňuje, že žena po potratu může prožívat pocit ztráty kontroly nad svým snem – mít dítě. Mnoho žen má tento významný milník dobře naplánovaný, např. v podobě plánu mít děti do 30. narozenin nebo mít děti věkově blízko u sebe. Potrat může vést ke ztrátě kontroly nad vysněnými plány. Žena je tak nucena od svých plánů upouštět.

3.3.2 Dopady časně ztráty v těhotenství na psychické zdraví žen

Potrat pro ženu znamená devastující událost vedoucí jak ke krátkodobému, tak i dlouhodobému emocionálnímu distresu. Tiwari et al. (2022) zrealizovali průřezovou studii, které se zúčastnilo 204 žen s diagnózou zamklého potratu, jenž jim byl diagnostikován mezi 10.-14. týdnem těhotenství. Zjistilo se, že klinické symptomy úzkosti a deprese vykazovalo 45 % postižených žen. Klinickými příznaky úzkosti a deprese po časně ztrátě se zaobíral i Farren et al. (2018). Zjistili, že zhruba 8-20 % žen měsíc po ztrátě vykazuje symptomy typické středně těžké depresi. Úzkost byla přítomná asi u 18-32 % účastnic. Tyto obtíže ustoupily do jednoho roku. Ve studii Kulathilaka et al. (2016) zkoumali prožívání žen

v časovém horizontu 6-10 týdnů po potratu. Autoři dospěli ke zjištění, že 19 % žen v této době splňovalo kritéria pro depresi a 54 % naplňovalo kritéria pro komplikované truchlení.

Ukazuje se, že po potratu se mohou u žen objevit i ojedinělé pozitivní emoce, a to zejména u těch, které prožijí ztrátu v domácím prostředí. V tomto případě ženy nejvíce oceňují možnost přítomnosti jejich partnera a „opravdové“ prožití ztráty (Vaňková, 2022).

3.3.3 Okolnosti ztráty související s jejím prožíváním

Je důležité podotknout, že k reakcím na ztrátu nedochází nějak univerzálně. Každý ji prožívá jinak, jiným způsobem. Potřeba truchlení je rovněž zcela individuální (Cassaday, 2018). Prožívání ztráty se liší v závislosti na individuálních rozdílech a na osobním významu ztráty pro dotyčnou osobu. Význam potratu je ovlivněn nejenom osobnostním laděním dotyčné osoby, ale i společností a kulturou, ve které žije (Van den Akker, 2011).

Bylo zjištěno, že na prožívání ztráty má vliv několik dalších okolností, jako bezdětnost, věk ženy, podstoupení interrupce v minulosti, nedostatek podpory partnera, předchozí zkušenost se ztrátou a neplodnost (Adolfsson, 2011; DeMontigny et al., 2017; Meaney et al., 2017; Ockhuijsen et al., 2013; Van den Akker, 2011; Volgsten et al., 2018). Ve studii Meaney et al. (2017) dospěli k závěru, že na délku a intenzitu prožívaného smutku má vliv věk ženy v souvislosti s počtem prožitých ztrát. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky Ockhuijsen et al. (2013), kteří ve své studii porovnávali ženy, jež prožily jednu ztrátu, s těmi, které jí musely čelit vícekrát. Ženy, které potratily jedenkrát, si udržovaly naději do budoucna. U těch, které prožily ztrátu vícekrát, se objevovaly obavy, zda se jim znovu podaří otěhotnět a zda budou schopné být biologickou matkou dítěte.

Méně se však mluví o tom, jak typ, léčba a diagnostika potratu ovlivňuje emoční prožitky žen po ztrátě. Volgsten et al. (2018) srovnávali odlišnosti žen po prožití spontánního potratu a zamlklého potratu. Autoři nenalezli významné rozdíly. Výsledky tak naznačují, že psychické prožívání se neliší v závislosti na diagnóze spontánního potratu. Ke snižování intenzity negativních emocí docházelo v obou případech obdobně. K výraznému poklesu depresivních symptomů došlo po 4 měsících v obou skupinách. Tato zjištění jsou však v rozporu se studií Adolfsson (2011), ve které zjistili, že ženy, jež potratily z důvodu zamlklého těhotenství dosahovaly na Škále perinatálního zármutku (v originále *Perinatal Grief Scale*), v subškále Aktivní zármutek, vyšších hodnot ve srovnání s jinými druhy časného potratu.

Fernlund et al. (2021) dále zjišťovali, zda má na prožívání ztráty vliv způsob ukončení těhotenství. Porovnávali farmakologické ukončení těhotenství a vyčkávání ukončené spontánním potratem. Dospěli k závěru, že emocionální reakce žen se příliš nelišily. Tato zjištění potvrzují výsledky starší studie, která byla realizována Nielsen et al. (1997).

Pokud již má žena v době potratu děti, má to pozitivní efekt na prožívání ztráty. Volgsten et al. (2018) zjistili, že ženy, které v době potracení neměly děti, vykazovaly vyšší míru aktivního zármutku ve srovnání s ženami, které již děti měly.

3.3.4 Potřeby žen související s prožíváním časné ztráty v těhotenství

V průběhu ztráty ženy čelí nejrůznějším emocím. Volí různé způsoby, jak se s nimi vyrovnat. Ze studie Sejourne et al. (2010) vyplývá, že většina žen (95 %) po ztrátě vyžaduje nějakou formu podpory.

Ženám po potratu nejvíce pomáhá vyhledávání informací týkajících se ztráty, sdílení zkušenosti se svými blízkými, zapojování se do internetových diskuzí s danou problematikou, pozitivní přerámování dané situace, hledání rozptýlení, jež napomáhá na ztrátu nemyslet, a sdílení zkušenosti s druhými, které si prožily podobný příběh. Zejména ženám, které již děti měly, pomáhalo při vyrovnávání se se ztrátou zaměření na povinnosti, jako je právě péče o děti (Lišková, 2022; Meaney et al., 2017). Mateřství se v době ztráty ukazuje jako významný podpůrný faktor. Vědomí, že žena zvládla donosit zdravé dítě, může vést ke zmírnění katastrofických scénářů týkajících se budoucnosti a dalšího těhotenství (Lišková, 2022; Meaney et al., 2017; Volgsten et al., 2018).

Ženám kromě mluvení o ztrátě pomáhá dále čas. Participantky ve studii Vaňkové (2022) zmiňovaly, že bolest sice prožívají dále, ale časem se s ní naučily žít. Tato zjištění podporuje Lišková (2022). S odstupem času dochází ke změně vnímání situace a získání nadhledu na danou zkušenost. Některé ženy s odstupem času mohou v prožité ztrátě nacházet smysl. Menší část žen pak využívá i odborné pomoci v podobě psychologů, psychoterapeutů či psychiatrů (Lišková, 2022; Sejourne et al., 2010).

3.3.5 Prožívání nového těhotenství v souvislosti s prožitou časnou ztrátou v těhotenství

Prožitá ztráta v ženách může zanechat pocity nejistoty týkající se dalšího těhotenství a jejich reprodukční schopnosti jako takové (Bergner et al., 2008). Ženy mohou čelit strachu,

že nebudou schopné přivést na svět (dalšího) potomka (Fertl et al., 2007). Prodělání časné ztráty nemá zpravidla negativní vliv na fyzickou stránku dalšího těhotenství. Může však významně ovlivňovat psychické prožívání ženy (Pazdera, 2021).

Ockhuijsen et al. (2014) se ve studii zaměřovali na prožívání žen v době čekání na početí a během dalšího těhotenství. Výraznou emoci, kterou ženy pociťovaly v průběhu doby čekání na početí, byla žárlivost vůči jiným ženám. Popisovaly, že pro ně byly velmi náročné konfrontace s těhotnými ženami a dětmi. Některé z nich se donutily účastnit se událostí, jako jsou rodinné oslavy, kde věděly, že se s dětmi budou potkávat. Jiné se těmto událostem naopak snažily vyhýbat. Zejména ženy, které si prošly ztrátou opakovaně, toto období prožívají ve velké emoční nejistotě. Často během této periody čelí konfliktu mezi nadějí a zoufalstvím. Ačkoli doufají v to nejlepší, zároveň již očekávají to nejhorší (Bailey et al., 2019).

Ockhuijsen et al. (2014) dále zmiňuje, že emoce, které jsou ženou na počátku těhotenství prožívány, se mění v závislosti na počtu potratů. Ženy na začátku těhotenství zpravidla prožívají pozitivní emoce, ty se však postupně střídají s negativními, které ústí do nejistoty. S počtem potratů dochází ke snižování pozitivních emocí a převyšování těch negativních. Ze studie Ockhuijsen et al. (2014) vyplývá, že ženy, které měly se ztrátou zkušenost více než třikrát, neprožívaly na počátku těhotenství žádné pozitivní emoce. Počáteční nadšení spojené s pozitivním těhotenským testem je rychle překonáno obavami a strachem z dalšího potenciálního potracení (Bailey et al., 2019). Tato zjištění podporuje dále studie Andersson et al. (2012), ve které se část žen záměrně snažila distancovat od nového těhotenství. Nepřipouštěly si pocity štěstí ani skutečnost, že v sobě nosí dítě. Tím se snažily chránit před tím, aby neprožívaly hluboké zklamání v případě, že by se ztráta opakovala.

Ženy mohou během dalšího těhotenství prožívat vyšší úzkostlivost, neklid, obavy a strach z toho, že by se těhotenství nemuselo opět vydařit (Bergner et al., 2008; Špaňhelová, 2015). Ženy zpravidla uklidňuje, pokud na sobě zaznamenávají těhotenské příznaky, které jim naznačují, že je jejich stav v pořádku (Andersson et al., 2012). Woods-Giscombé et al. (2010) ve studii srovnávali prožívání žen během těhotenství. V jedné skupině byly ženy s předchozí zkušeností s potratem, ve druhé pak ty, které ztrátu neprožily. Určitá míra stresu a úzkosti byla přítomná v rámci prvního trimestru v obou skupinách. Autoři však zjistili, že u žen s předchozí ztrátou je toto prožívání přítomné i v následujících trimestrech. Naopak u žen, které ztráta nepotkala, docházelo ke snížení těchto emocí.

Během nového těhotenství se žena může více pozorovat. Seběmenší náznak, že by něco nemuselo být s těhotenstvím v pořádku, ji může rozhodit. Tyto emoce jsou po prožité zkušenosti zcela přirozené. Je však důležité, aby žena o svých obavách mluvila se svými nejbližšími. Pokud na sobě pozoruje nějakou jinakost, jež ji znepokojuje, měla by svůj stav probrat s kompetentní osobou, která jí jej může osvětlit (Špaňhelová, 2015). Významnost sdílení potvrzuje i studie Andersson et al. (2012), ve které ženy vyjadřovaly potřebu mít někoho, s kým by mohly o své úzkosti a obavách, týkajících se nového těhotenství, hovořit.

Těhotné ženy se mohou až příliš soustředit na překonávání jednotlivých gestačních týdnů, zejména pak na překročení týdne, ve kterém došlo ke ztrátě. Tyto aktivity jim mohou zabraňovat prožívání pozitivních emocí během těhotenství (Meaney et al., 2017). Významným milníkem v průběhu nového těhotenství bývá pro ženy zejména ultrazvukové vyšetření. Velká část žen se právě při něm v předešlém těhotenství dozvěděla, že se vývoj jejich dítěte zastavil a že budou muset podstoupit potrat. Ultrazvukové vyšetření tak pro ně bývá velmi emočně náročné. Avšak potvrzení, že je jejich dítě v pořádku a jeví známky života, jim dodává pocit sebevědomí a vnitřní klid. Právě od tohoto okamžiku zpravidla své těhotenství začínají sdílet s ostatními a začínají si budoucnost s dítětem připouštět (Andersson et al., 2012).

3.4 Interpersonální aspekt prožívání časně ztráty v těhotenství

V následujících kapitolách se více zaměříme na interpersonální aspekt ztráty, budeme se soustředit na význam sociálního okolí včetně partnera a na přístup zdravotnického personálu.

3.4.1 Psychosociální aspekty okolí

Pro ženy bývá zpravidla velmi důležité, aby jim druzí naslouchali a poskytli jim dostatek prostoru pro truchlení (Bellhouse et al., 2018). Podporu nejčastěji nalézají u svých partnerů, členů rodiny a blízkých přátel (Gerber-Epstein et al., 2008; Ockhuijsen et al., 2014).

Dostatek sociální podpory má pozitivní dopad na prožívání ženy po ztrátě. Žena se díky podpoře blízkých může snáze vyrovnat s negativními emocemi, které jsou se ztrátou často spojené (Karaca & Oskay, 2021). Podle Špaňhelové (2015) zkušenost, jako je ztráta

v průběhu těhotenství, vede k selekci vztahů, jelikož se ukáže, zda jsou vztahy doopravdy silné.

Bellhouse et al. (2018) zrealizovali kvantitativní výzkum, ve kterém se zaměřovali na psychosociální aspekt časné ztráty. Ženy se většinou setkaly s pozitivními reakcemi od své rodiny a přátel. Dostalo se jim z jejich strany empatie, vyslechnutí a uznání jejich zármutku. Zejména uznání ztráty bylo považováno za významnou součást podpory. Tato zjištění potvrzuje i Lišková (2022). Pokud byl ženám blízkými poskytnut dostatečný prostor pro sdílení, necítily se tolik osaměle.

Očekávání, že blízké okolí poskytne bezpodmínečnou podporu, však nemusí být vždy naplněno. Ukazuje se, že v případě časné ztráty ženy zažívají spíše menší podporu a pochopení jejich zármutku ze strany blízkých (Hutti et al., 2011). Pokud se blízcí necítí příliš komfortně o tématu zármutku a ztráty hovořit, mohou se těmto tématům snažit vyhýbat. Toto chování však pro ženy bývá velmi zraňující (Bellhouse et al., 2018). Rowlands a Lee (2010) ve své studii dospěli k závěru, že nedostatek empatie a neuznání ztráty druhými může mít významný negativní dopad na proces truchlení ženy. Ve studii Bellhouse et al. (2018) více než polovina žen uvedla, že jejich okolí nedokázalo zcela porozumět jejich ztrátě, což vedlo k tomu, že jim nedokázali poskytnout požadovanou empatii a podporu. Pokud ženy měly dojem, že druzí nedokážou porozumět jejich ztrátě, cítily se velice osamělé.

Nedostatek podpory ženy vnímaly zejména u těch, kteří reagovali necitlivými, bagatelizujícími větami jako: „příště se to povede“, „alespoň víš, že můžeš otěhotnět“, „zkusíte to znovu“ nebo „prostě to tak mělo být“ (Bellhouse et al., 2018; Ockhuijsen, 2014; Rowlands & Lee, 2010; Špaňhelová, 2015; Vaňková, 2022). Ženy se dále mohou setkávat s ujištěním, že spontánní potrat je ve společnosti velmi častým jevem. Lišková (2022) a Freeman et al. (2021) zde poukazují na rozdílnost ve vnímání žen. Některé toto ujištění vnímají jako podpurné. Cítí, že nejsou jediné, které ztráta potkala. Naopak druhá skupina žen vnímá poznámky ohledně četnosti potratů spíše negativně. Nabývá dojmu, že ze stran blízkých nedochází k uznání ztráty, ale naopak k jejímu bagatelizování. Velmi zraňující pro ženu bývají také náznaky, že si za potrat může vlastním přičiněním. Žena tak může dostávat spoustu nevyžádaných rad (Bellhouse et al., 2018; Lišková, 2022).

Jak se ukazuje, sdílení ztráty je pro ženy nesmírně důležité. Ztráta v prvním trimestru je specifická v tom, že o těhotenství ženy zpravidla v této době ví pouze úzký okruh lidí. Pro

ženy může být těžké sdílení ztráty s těmi, kteří neměli o jejich těhotenství do té doby ponětí. Ve studii Bellhouse et al. (2018) ženy popisovaly, že pokud jejich blízcí o těhotenství věděli od začátku, dokázali jim po ztrátě poskytnout větší podporu (Bellhouse et al., 2018).

Ze studií vyplývá, že pro ženy je nesmírně významné sdílení své zkušenosti s dalšími ženami, které prožily podobný příběh jako ony. Ženy u nich zpravidla nachází hluboké pochopení a podporu. Zároveň pro ně bývá komfortní s nimi svoji zkušenost sdílet (Bellhouse et al., 2018; Hiefner, 2020; Ockhuijsen, 2014; Sejourne et al., 2010). Významná se jeví i praktická pomoc od blízkých, jako je pomoc v domácnosti. Žena díky ní má více prostoru na zpracování svých pocitů (Bellhouse et al., 2018).

3.4.2 Role partnera a jeho prožívání časně ztráty v těhotenství

Klíčovou roli v prožívání ztráty má zpravidla partner ženy. Často je to právě jeho podpora, kterou ženy vyžadují v průběhu ztráty nejvíce. Ženy vyjadřují potřebu sdílení svých emocí s partnerem, zvláště pokud je nemohou komunikovat se zdravotnickým personálem (Emond et al., 2019).

Zkušenost s časnou ztrátou může páry ovlivnit dvojím způsobem. Může stimulovat růst v partnerském vztahu nebo naopak může dojít ke zjištění, že při prožívání těžkých okamžiků si partneři nedokážou poskytnout dostatečnou podporu. Pokud ženy od svých partnerů vnímají podporu v podobě vzájemného sdílení pocitů a zkušeností, zpravidla to má pozitivní dopad na partnerský vztah. Vztah se stává silnějším a partneři jsou si bližší (Hiefner, 2021; Swanson et al., 2003). Tato tvrzení podporuje McGarva-Collins et al. (2022), kteří se ve svém výzkumu soustředili pouze na prožívání mužů během ztráty. Všichni participanti se snažili během tohoto období být pro své partnerky oporou. Následně popisovali, že je tato zkušenost sblížila a vztah více upevnila. Pokud však ženy necítí dostatečnou podporu ve svém partnerovi, může to vést ke vzdálení se sobě navzájem (Swanson et al., 2003). To je v souladu se zjištěním Seroujne et al. (2010), kteří zjistili, že ženy, které necítily dostatečnou podporu od svých partnerů, vykazovaly nižší partnerskou spokojenost ve srovnání s těmi, kterým se podpory dostávalo.

Pro partnera je vztah k dítěti více duševní. Zármutek matky je jedinečný v tom, že truchlí i nad ztrátou části sebe sama. Naopak u mužů je vazba k dítěti od počátku jiná (Cassaday, 2018). K potratu dochází v těle ženy, mnoho mužů tak vnímá, že se ztráta týká zejména jejich partnerek. Tyto pocity pramení i z toho, že žena si ztrátu ve svém těle prožije i po fyzické stránce. Muži si tyto pocity mohou pouze domýšlet z vyprávění svých partnerek.

Mohou tak nabývat přesvědčení, že nemají nárok na věnování se vlastnímu prožívání ztráty (Williams et al., 2020).

Ve studii Bellhouse et al. (2018) většina žen popisovala pozitivní zkušenost s podporou jejich mužů. Ženy své partnery vnímaly jako klíčové osoby, které je podporovaly během celého období ztráty. Většina žen popsala, že během této zkušenosti jim byli jejich partneři stejnou oporou, jako tomu bylo i u jiného těhotenství.

Zatímco většina žen uvedla pozitivní zkušenosti s podporou svých partnerů, několik žen mělo pocit, že jejich partneři nedokázali zcela porozumět tomu, jaký dopad na ně ztráta měla (Bellhouse et al., 2018). To je v souladu se studií Gerber-Epstein et al. (2008), ve které ženy popisovaly nedostatek podpory od svých partnerů. Často měly pocit, jakoby s nimi jejich ztrátu ani nesdíleli. Muž se může snažit svoji partnerku podpořit větami jako „neboj se, budeme mít další miminko“. Ty však vedou k bagatelizování dané zkušenosti a mohou být pro ženu naopak zraňující (Špaňhelová, 2015).

Ve studii Gerber-Epstein et al. (2008) participantky připouští, že je možné, že bolest, kterou prožívaly, mohla bránit vnímání pohledu jejich partnerů. Tím, že mluvily zejména o svých emocích a zármutku, mohly upozadovat prožívání svých partnerů. Těm se tak nedostávalo příliš prostoru, aby své prožívání mohli sdílet i oni (Bellhouse et al., 2018). Ze studií vyplývá, že muži nesdílejí své pocity s ženami, jelikož se domnívají, že by jim tím mohli ublížit ještě víc. Často tak mohou během tohoto období své emoce potlačovat a zaujímat spíše podpůrné role (Bellhouse et al., 2019; Due et al., 2017; Gerber-Epstein et al., 2008; McGarva-Collins et al., 2022). Studie naznačují, že muži prožívají velmi podobné emoce jako ženy, avšak jejich trvání je podstatně kratší (Abboud & Liamputtong, 2002; Cassaday, 2018; Cumming et al., 2007; Serrano & Lima, 2006). Například ve studii McGarva-Collins et al. (2022) muži vyjadřovali obavy týkající se dalšího možného neúspěšného ukončení těhotenství. Obávali se, že budou muset případně zvažovat i jiné cesty k rodičovství, jako je například adopce. Tato nejistota ohledně reprodukční budoucnosti je tak stejná jako u žen.

Prožívání mužů z velké části ovlivňuje i genderové očekávání. U mužů se obecně předpokládá, že jsou méně emocionální. Z toho důvodu u nich může docházet k zakrývání skutečných emocí, jelikož se považují za ty, kteří by měli být schopni své emoce zvládat a upřednostňovat prožívání své partnerky (Chavez et al., 2019; McGarva-Collins et al., 2022; Williams et al., 2020). Někteří muži ve studii Williams et al. (2020) reflektovali svůj odpor vůči tomuto společenskému nastavení, jelikož nedokázali sladit očekávané mužské

ideály se skutečným vnitřním prožíváním pramenícím ze ztráty a nejistoty rodičovské identity. Tato zjištění jsou v souladu se studií Chavez et al. (2019), ve které muži popisovali konflikt, kterému po ztrátě čelili. Na jedné straně se snažili být pro své partnerky oporou, ale zároveň i oni se potřebovali se svým zármutkem vyrovnat. Zmiňované stereotypy dále popisovali participanti ve studii McGarva-Collins et al. (2022). Dodávali, že ve společnosti je mylně zakořeněná představa, že potrat má dopad pouze na ženy. Společnost by dle nich měla uznat, že časná ztráta je stejně významná jako kterákoliv jiná a že má dopad i na partnery žen.

3.4.3 Role zdravotnického personálu v prožívání časně ztráty v těhotenství

Zdravotnický personál, se kterým žena během ztráty přijde do kontaktu, má významný podíl na formování zkušenosti ztráty a na následném psychologickém dopadu (Bellhouse et al., 2019). Navzdory těmto skutečnostem zdravotníci často podceňují psychologický dopad potratu. Vnímají, že emocionální potřeby žen po časně ztrátě jsou méně významné ve srovnání s těmi, které prožily narození mrtvého dítěte či neonatální ztrátu (MacWilliams et al., 2016).

Významnou potřebou žen při zjištění ztráty a po potracení je informovanost (Bellhouse et al., 2019; Emond et al., 2019; Sejourne et al., 2010). Poskytnuté informace by se měly týkat celkového průběhu potratu, možných příčin ztráty a dalšího těhotenství (Geller et al., 2010). Získávání informací o spontánních potratech napomáhá ženám normalizovat jejich prožívání. Dostatek informací může vést ke snižování pocitů viny, méněcennosti a selhání. Žena díky nim může získat naději v nové, úspěšné dokončení těhotenství (Lišková, 2022). Pokud žena není dostatečně informovaná, zpravidla se necítí připravena na to, co by se během potratu a po něm mohlo stát (Bellhouse et al., 2019).

Po zjištění ztráty ženám často jejich emocionální stav znemožňuje zapamatování si podávaných informací. Informace by tak měly být podávány nejenom ústní formou, ale i písemnou. Potřeba hledání odpovědí se zpravidla objevuje až později. Informace v písemné formě by tak mohly ženy ušetřit následnému dohledávání svých odpovědí na internetu (Emond et al., 2019). Ve studii Sejourne et al. (2010) ženy zmiňovaly přání dostat brožurku týkající se dané problematiky.

Ženy, které mají pozitivní zkušenost s lékařským personálem, se nejčastěji setkaly s jasnou komunikací, byly jim podány adekvátní informace a dostatečná emocionální

podpora (Baird et al., 2018). Ženy ve studii Emond et al. (2019) oceňovaly, pokud si jejich lékař vymezil dostatek prostoru, aby jim vysvětlil okolnosti ztráty. Ve studii Meaney et al. (2017) dále ženy vyzdvihovaly zejména porozumění a soucit ze strany zdravotníků. Jako významná se dále jeví kongruence ve vnímání závažnosti události mezi zdravotnickým personálem a ženou (Freeman et al., 2021; Geller et al., 2010). Ke zkvalitnění péče by tak mohlo být nápomocné volit individualizovaný přístup, který by reagoval na rozmanitost potřeb, které ženy pociťují. Je však otázkou, do jaké míry by mohl být v běžné praxi uplatňován (Freeman et al., 2021).

Negativně ženy hodnotí zejména nedostatek poskytovaných informací, empatie a následné péče včetně doporučení na podpůrné služby. Dále pak necitlivé komentáře ze stran zdravotníků a používání lékařské terminologie, ve které se často nedokážou orientovat (Bellhouse et al., 2019; Freeman et al., 2021; Rowlands & Lee, 2010). Ve studii Meaney et al. (2017) ženy popisovaly, že pro ně bylo náročné vyčkávat na lékařské ošetření v čekárně, ve které byly společně s dalšími těhotnými ženami. Cítily, že zde nemohou vyjádřit emoce, které v souvislosti se ztrátou prožívaly, protože jimi nechtěly stresovat další těhotné ženy. Pokud to zařízení umožňuje, mělo by se ženám dostávat co možná největšího soukromí. Minimálně by zdravotníci měli dbát na to, aby ženy nebyly umísťované do místností společně s dalšími těhotnými (Zemánková & Michalová, 2021). Ženy, které musely potrat podstoupit na pohotovosti, často docházely k tomu, že jejich stav byl vnímán pouze jako nemoc. Scházelo jim uznání jejich ztráty ze stran zdravotníků. Dle žen k tomu docházelo z toho důvodu, že zdravotníci se nejčastěji na pohotovostním oddělení setkávají s hmatatelnou ztrátou, kde je přítomné tělo zesnulého. V případě časně ztráty však dítě nenabývá lidské podoby, což může vést k tomu, že je pro ně náročnější tuto ztrátu uchopit. Jedna žena ve studii MacWilliams (2016) popisovala významný rozdíl v péči, která se jí dostala po prožití narození mrtvého dítěte a po prožití časně ztráty. První ztrátu zdravotníci vnímali jako významnou, spontánnímu potratu pak přiřkládali mnohem menší význam.

Vaňková (2022) zjišťovala, co by ženy v době ztráty od pečujícího personálu nejvíce potřebovaly. Nejčastěji se objevovala potřeba po empatickém, citlivém a tolerantním přístupu. Dále potřeba uznání jejich ztráty, ať už k ní došlo v jakémkoliv týdnu těhotenství. Ve studii Emond et al. (2019) ženy dále zmiňovaly potřebu poskytnutí informací týkajících se emocionálních důsledků ztráty, díky kterým by žena mohla lépe předvídat a připravit se na prožívání. Ve studii Sejourne et al. (2010) ženy zmiňovaly, že by nejvíce ocenily hloubkový rozhovor se svým lékařem, možnost kdykoliv kontaktovat zdravotnický personál,

následnou lékařskou péčí po potratu a nabídnutí možnosti skupinové terapie, ve které by mohly svoji zkušenost sdílet s dalšími ženami.

Zemánková a Michalová (2021) ve své příručce *Komunikace s rodiči v situaci perinatální ztráty* nastiňují několik doporučení pro zdravotníky. V případě časně ztráty, včetně zamlklého těhotenství, by měli podávat zejména stručné, nejlépe vytištěné informace. Autorky zde zdůrazňují informovanost ohledně možných způsobů ukončení. Ženě by měl být poskytnut dostatek času, aby mohla dospět k informovanému rozhodnutí. Zdravotníci by jí měli dopřát dostatek prostoru na vyjádření emocí a na kladení otázek. Následně by jí měli předat kontakty na další pomoc jako jsou svépomocné skupiny či psychologové. Autorky shledávají jako významné vyjádření soucitu.

DeMontigny et al. (2017) ve své studii potvrdili, že kvalita zdravotnické péče má významný vliv na psychické prožívání ženy po potratu, a to v následujících měsících až letech. Ze studie vyplývá, že smutek a deprese mohou přetrvávat dlouhou dobu po ztrátě. Výsledky odhalily, že ke snížení těchto negativních emocí došlo pouze u žen, které již měly děti, a u žen, které byly spokojené s poskytovanou zdravotnickou péčí. Naopak u bezdětných žen a u žen, které nebyly spokojené se zdravotnickou péčí, nedocházelo ke snížení jejich negativních symptomů ani po 2 letech po prožití ztrátě. Tato studie zdůrazňuje nezbytnost poskytování optimální zdravotnické péče ženám před, během a po potratu. Zdravotníci by si měli být vědomi jejich dopadu na prožívání ženy. Žena prožívající ztrátu je zpravidla citlivá na každý komentář a reakci od zdravotnického personálu. Laskavé komentáře mohou být pro ženu léčivé. Bezcitnost a lhostejnost, které mohou být často i nevědomé, mohou naopak truchlení zkomplikovat. Ať jsou zkušenosti se zdravotnickým personálem pro ženu jakékoliv, jsou uloženy v její paměti a mají významný vliv na zkušenost se ztrátou a na to, jak se se ztrátou žena dále vyrovná (Cassaday, 2018).

3.5 Způsoby rozloučení v kontextu časně ztráty v těhotenství

Časná ztráta představuje ztíženou možnost pro rozloučení se s dítětem. Dítě v prvním trimestru není ještě dostatečně velké, ani nemá lidskou podobu (Kersting & Wagner, 2012; Zemánková & Michalová, 2021). Až ke konci tohoto období nabývá podoby miminka se všemi detaily (Pazdera, 2021). Do nedávné doby se o možnostech rozloučení při ztrátě v prvním trimestru příliš nemluvilo. Zpravidla se v těchto případech nekonalý smuteční rituály, kde by se žena, a případně její blízké okolí, mohla s potraceným plodem rozloučit.

Plod je však pro ženu v jakémkoliv týdnu jejím dítětem. Rozloučení je tak důležitou součástí vyrovnávání se se ztrátou a má pozitivní dopad na proces truchlení (Kersting & Wagner, 2012). Potřebu rozloučení dokládá také španělská studie, do které byly zapojeny ženy se ztrátou těhotenství v rozmezí mezi 6-34 týdny. Všechny ženy, které se studie zúčastnily, využily alespoň nějaké podoby rozloučení, přestože náborové materiály tento požadavek nezmiňovaly. Autoři tak dospěli k názoru, že ať už žena své těhotenství ztratí v jakémkoliv týdnu, svoji ztrátě potřebuje čelit a následně si ji v sobě potřebuje zpracovat (McIntyre et al., 2022).

V posledních letech se možnostem rozloučení v kontextu časně ztráty začalo dostávat větší pozornosti. Následující text bude shrnovat poznatky, které jsme v této oblasti nabyli.

Žena nemusí mít vždy možnost v případě časně ztráty své dítě spatřit. Buď bylo tak maličké, že jej nedokázala v odcházející krvi při potratu rozpoznat, nebo podstoupila chirurgické ukončení těhotenství. Také pokud se pozůstatky zasílají k následnému vyšetření, například histopatologickému či genetickému, nemusí z nich zůstat tkáň na pohřbení. V těchto případech pro ženy bývá přijetí ztráty podstatně náročnějším procesem. Pokud se žena rozhodne pro vyčkávací přístup, může v potracené tkáni spatřit gestační váček, který může, ale ani nemusí obsahovat zárodek. Právě tato skutečnost může být i hlavním důvodem pro zvolení vyčkávacího přístupu. Některé ženy jej vnímají jako příležitost, jak se s dítětem rozloučit (Filipová, 2022; Pazdera 2021; Zemánková & Kupšovská, 2021).

Uzavření ztráty formou fyzického rituálu je nesmírně důležité pro její uznání. Rituál je jakýmsi zhmotněním skutečnosti ztráty. Napomáhá k jejímu přijetí a k uzavření této bolestivé zkušenosti. Rituál pro ženu může znamenat pomyslný most spojující minulost, přítomnost a budoucnost. Může jí napomoci ztrátu uzavřít a posunout se v životě zase dál. Neexistuje žádný postup na to, kdy je nejlepší chvíle na rituál. Ženy jej mohou uspořádat hned po potratu, jiné čekají do doby po šestinedělí. Některé jej mohou podstoupit až po delší době, až cítí, že jsou připravené se s dítětem rozloučit (Filipová, 2022).

V roce 2017 došlo ke změně zákona o pohřebnictví. Jeho novelizace umožňuje pohřbit potracený plod v kterémkoliv týdnu potracení. Dle zákona mají rodiče čtyři dny na rozhodnutí, zda budou chtít dítě pohřbit. Zákon neumožňuje předání vlastních ostatků. Pokud se rozhodnou pro pohřeb, mohou si popel vyzvednout v krematoriu. Jestliže rodiče nechtějí dítě sami pohřbit, jeho ostatky jsou předány pohřební službě ke kremaci a následně

jsou uloženy do společného hrobu. Místo společného hrobu je možné dohledat na adrese: dohledavani@ditevsrdci.cz (Jelínková, 2021; Pazdera, 2021).

Pokud žena nemá hmatatelnou vzpomínku po dítěti, může k rituálu využít zástupné předměty, jako jsou kamínky, panenky, sošky a další. Někteří se mohou rozhodnout i pro vymodelování dítěte voskem či keramickou hlinou (Filipová, 2022; Pazdera, 2021). Rituálu se může účastnit pouze žena s partnerem nebo k němu mohou být přizváni i další blízcí. Může mít podobu pohřbu, kdy dojde k pohřbení ostatků dítěte nebo zvolených zástupných předmětů. Ženy si zpravidla volí místo, kde nachází klid a kam se mohou kdykoliv vrátet. I na hřbitovech existují pietní místa, která jsou věnovaná nenarozeným dětem (Filipová, 2022).

Pokud se ženy nechtějí s dítětem rozloučit formou pohřbu, mohou zvolit jiné způsoby. Dítěti mohou napsat dopis na rozloučenou, vypustit balónek se vzkazem, nakreslit obrázek, zasadit kytku nebo třeba poslat loďku po vodě (Filipová, 2022; Pazdera, 2021; McIntyre et al., 2022). Ve studii McIntyre et al. (2022) několik žen popsalo, že jim jejich ztracené těhotenství symbolizují šperky (náhrdelníky/náramky), které při sobě nosí. Jiné ženy zvolily i trvalou památku na ztrátu těhotenství v podobě tetování. Další možností je vzpomínková krabice. Žena do ní může uložit věci, které jí dítě připomínají, např. pozitivní těhotenský test či fotka z ultrazvuku (Filipová, 2022; Pazdera, 2021). Vzpomínkovými balíčky se v České republice zabývá i organizace Perinatální hospic. Jejich cílem je napomoci rodičům vytvořit si a uchovat na potracené dítě vzpomínky. Po ztrátě během trimestru poskytují tzv. Malý balíček. Jeho součástí jsou dva malé, ručně šité medvídci, svíčka, bezinkoustová sada na otisky nožiček, brožura „*Když zemře miminko*“, malá květina na památku a vzpomínkový list v obálce. Do vzpomínkového listu si rodiče mohou zaznamenat svá jména, týden, ve kterém dítě odešlo, místo potratu a jméno zdravotníka, který o ně v době ztráty pečoval (Perinatální hospic, n.d.).

Vaňková (2022) se ve výzkumu zabývala způsoby rozloučení po ztrátě v prvním trimestru. Na základě výpovědí žen je rozdělila do tří skupin. Část žen se rozloučila formou pohřbu. Ostatky dítěte pohřbila na vybraném místě. Některé ženy pak volily vlastní způsob rozloučení, a to formou meditace, rozhovoru s partnerem, sepsání dopisu či zapálení svíčky za nenarozené dítě. Třetí skupinu tvořily ženy, které se s dítětem rozloučily samy v sobě. Ve studii Liškové (2022) se většina žen s dítětem formou rituálu nerozloučila. Zmínily však, že by jim tento způsob rozloučení pravděpodobně pomohl. Význam rituálů potvrdily i participantky ve studii Meaney et al. (2017). Rituál jim napomohl uznání významnosti

jejich ztráty. Ženy se se ztrátou loučily psaním deníku, skládáním básní, písní a organizací pohřbu či jiných rituálů rozloučení.

3.6 Aktuální zdroje zabývající se časnou ztrátou v těhotenství

Pokud ženu potká časná ztráta, často se snaží informace dohledávat prostřednictvím internetu (Sejourne et al., 2010). V České republice za posledních pár let vzniklo několik publikací zabývajících se časnou ztrátou v těhotenství, které bychom zde rádi zmínili. Jedná se převážně o zdroje, které vyplývají z praxe. Jejich autorkami jsou ženy, které si samy ztrátou těhotenství prošly, psychologičky či porodní asistentky. Za cíl si kladou přinášet do společnosti osvětu, a tím zvyšovat větší povědomí žen o možnostech ukončení těhotenství, které jim ze strany lékařů častokrát nejsou nabízeny.

Na podkladě empirických výzkumů jsou publikace v českém prostředí spíše ojedinělé. Nejčastěji vznikají formou diplomových prací zabývajících se spontánními potraty obecně. První z nich je diplomová práce od Liškové (2022) s názvem *Zkušenosti žen se spontánním potratem v prvním trimestru těhotenství*, ve které byl výzkum realizován kvalitativně, a to analyzováním písemných výpovědí postižených žen. Druhým významným zdrojem je pak bakalářská práce od Vaňkové (2022) s názvem *Těhotenská ztráta v prvním trimestru očima žen*. Poznatky této práce byly využity při psaní brožury *Když děťátku narostou křídla* (2022). Mezi další pak patří: *Vyrovňování se s možnými následky spontánního potratu* (Míková, 2019) a *Prožívání a vnímání spontánního potratu v prvním trimestru těhotenství* (Haasová, 2014). Mimo diplomové práce pak vznikly následující brožury:

1. Když děťátku narostou křídla

Brožura pojednává o ztrátě během těhotenství. Byla zveřejněna v roce 2022. Celý text je psán velmi čtivou formou a jazykem srozumitelným pro širokou veřejnost. Sama autorka, Pavla Filipová, si ztrátou prošla na vlastní kůži.

Hned druhá kapitola, *Miminku nebije srdíčko*, je věnována tématice zamlklého těhotenství. V publikaci jsou představeny možnosti ukončení těhotenství, včetně přirozeného potratu. Informace jsou podány velmi komplexně tak, aby žena mohla dospět k informovanému rozhodnutí. Brožura je takovým průvodcem ženy. Provází ji od začátku její cesty až po rozloučení se s dítětem.

2. Ztráta miminka v prvním trimestru těhotenství

Druhým textem, který bychom neměli opomenout zmínit, je *Ztráta miminka v prvním trimestru těhotenství* (Zemánková & Kupšovská, 2021). Vznikl překladem z anglického originálu *Miscarriage management*. Jeho cílem je ženu podpořit ve svobodné volbě ukončení těhotenství.

Jsou v něm shrnuty kompletní informace týkající se způsobů ukončení neprosperujícího těhotenství. Žena se zde seznámí s možnými klady a zápory jednotlivých cest ukončení i s tím, co během nich může očekávat. Mimo jiné v něm ženy naleznou vysvětlení některých medicínských pojmů, které jsou zdravotníky často užívány. I přesto, že se jedná o překlad příručky, která byla sepsána pro britskou společnost, autorky v publikaci nezapomínají reflektovat situaci u nás. Vše je tak přizpůsobeno českým čtenářům.

3. Když zemře miminko

Tato brožura má od roku 2021 nové vydání. Nová verze je rozšířena o časnou ztrátu v průběhu těhotenství. První kapitola je opět věnována zamlklému těhotenství v 1. trimestru těhotenství. I tato brožura se snaží přiblížit jednotlivé cesty ukončení a tím vést ženu ke svobodnému rozhodnutí. Žena v ní může nalézt odpovědi na často kladené otázky. Část díla je věnována způsobům rozloučení.

4. Komunikace s rodiči v situaci perinatální ztráty

Tato brožura je vodítkem pro zdravotníky, kteří se ve své práci setkávají se ztrátou. První část je věnována spontánnímu potratu. Autorky reagují na zjištění, že kvalita lékařské péče, se kterou se ženy setkají, má významný vliv na formování zkušenosti ztráty. Brožura se tak snaží o přiblížení dobré praxe. O to, jak poskytovat dobrou péči v takhle bolestivé situaci.

Text je psán velmi prakticky. Je rozřazen do několika částí: co prožívají rodiče, co prožívají zdravotníci, co pomáhá, co naopak nepomáhá a jak se postarat o sebe. Zdravotníci zde naleznou i příklady vět, které jsou v dané situaci vhodné a které by naopak mohly být pro ženu zraňující.

5. Facebooková skupina

Jak z některých studií vyplývá, pro ženy je často nejvíce nápomocné sdílet svůj příběh s ostatními ženami, které si ztrátou prošly. Právě z tohoto důvodu

bychom zde rádi doporučili skupinu *Zamlklé těhotenství, přirozený potrat – rady, příběhy, psychická podpora*, která je umístěna na platformě Facebook.

Jedná se o zcela neformální skupinu, která vznikla iniciativou žen, které měly potřebu sdílet svoji zkušenost dál. Ženy zde sdílí své příběhy, prožívání i možné rady, co jim v konkrétních situacích pomáhalo. Ženy se v ní vzájemně podporují a jsou si oporou v těžkých chvílích. V rámci pravidel skupiny stojí, že člen skupiny nemůže veřejně propagovat chirurgickou cestu ukončení těhotenství. I přesto, si však spousta žen tuto cestu vybírá. Příběhy, které v ní ženy sdílí, se tak týkají všech možných způsobů ukončení.

V neposlední řadě se žena může obrátit na několik webových stránek, jako jsou: <https://ditevsrdci.cz/cz>, <https://perinatalnihospic.cz/> či <https://www.perinatalniztrata.cz/>.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Naše práce je věnována psychologickým aspektům časné ztráty v těhotenství, a to konkrétně **zamlklému těhotenství**. Z realizovaných výzkumů vyplývá, že časnou ztrátu v těhotenství prožije zhruba každá pátá žena (Kersting & Wagner, 2012; Mardešić, 2013; The Miscarriage Association; Quenby et al., 2021). Statistiku, která by se týkala pouze zamlklého těhotenství, se nám bohužel dohledat nepodařilo. Avšak na základě studia příslušné literatury a rozhovorů s ženami, jsme dospěli k názoru, že se jedná o téma, kterému se ve společnosti ani na akademické půdě nedostává patřičné pozornosti. A to i přesto, že zahraniční výzkumy dokládají, že se jedná o zkušenost, která je pro ženy velice náročným, bolestivým milníkem v jejich životě (Gerber-Epstein et al., 2008; Farren et al., 2018; McWilliams et al., 2016). Z předchozích kapitol jsme si rovněž mohli povšimnout, že na zkušenost ženy s časnou ztrátou má vliv hned několik dalších aspektů, jako je role partnera v procesu ztráty, přístup blízkého okolí ženy, zkušenost se zdravotnickým personálem i způsoby vyrovnávání se se ztrátou. Zejména možnostem rozloučení se doposud nevěnovalo příliš prostoru. Důvodem může být skutečnost, že v časných fázích těhotenství embryo/plod nenabývá lidské podoby, což může některé způsoby rozloučení významně omezovat (Kersting & Wagner, 2012; Zemánková & Michalová, 2021).

Jak zmiňují ve svém výzkumu McIntyre et al. (2022), v posledních letech došlo k nárůstu zájmu o tematiku časné ztráty v těhotenství a souvislostí s ní spojených. Na našem území poměrně dlouhou dobu docházelo k upozadování daného tématu, avšak v posledních dvou letech evidujeme větší zájem a snahu o uchopení této problematiky. Jak jsme nastínili v poslední kapitole teoretické části, **většina zdrojů vzniká na základě praxe, nikoli na základě empirických dat**. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli prozkoumat danou oblast očima žen, které si touto zkušeností samy prošly. V praktické části jsme se rozhodli věnovat výlučně problematice zamlklého těhotenství, jelikož vnímáme, že se jedná o specifické téma, které i přesto, že se s ním v životě setká mnoho žen, je velmi opomíjené. Záměrem naší práce je tak přispět k rozvoji této problematiky a přiblížit, co ženy během těchto náročných chvil prožívají. Práce tak může posloužit jako významný zdroj informací pro samotné ženy, tak i pro další osoby, které do průběhu ztráty vstupují, jako jsou blízké osoby, zdravotnický personál či osoby poskytující psychologickou péči.

4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem praktické části je prozkoumat zkušenost se zamlklým těhotenstvím očima žen, které si jím samy prošly. Naším cílem je popsat prožívání ženy při samotném zjištění zamlklého těhotenství, i po jeho ukončení. Zmapovat, jakými způsoby se žena se ztrátou snažila vyrovnat, a jaké aspekty jí k tomu napomáhaly. Dále pak prozkoumat, jaký dopad měla prožitá ztráta na partnerský vztah a na prožívání dalšího těhotenství. V neposlední řadě se zaměřit také na interpersonální aspekt ztráty, na roli partnera, blízkého okolí ženy i význam zdravotnického personálu. Hlavní cíl jsme rozdělili do tří dílčích, ke kterým jsme stanovili příslušné otázky.

Prvním výzkumným cílem je **prozkoumat období od zjištění diagnózy do ukončení těhotenství**. Příslušné výzkumné otázky tedy zní:

- **VO1:** Jaké byly okolnosti zjištění zamlklého těhotenství?
- **VO2:** Jak žena prožívala období do ukončení těhotenství?

Druhým výzkumným cílem je pak **prozkoumat prožívanou ztrátu po potratu**. K tomuto cíli jsme si stanovili následující výzkumné otázky:

- **VO3:** Jaký dopad měla ztráta na psychiku ženy?
- **VO4:** Jaký dopad měla ztráta na partnerský vztah?
- **VO5:** Jakými způsoby se žena se ztrátou vyrovnávala?
- **VO6:** Jaký dopad měla ztráta na prožívání dalšího těhotenství?

Významným aspektem při prožívání zamlklého těhotenství se dále jeví také **sociální vlivy**, konkrétně role partnera, přístup blízkých a zdravotníků. Třetím výzkumným cílem tedy je, prozkoumat jejich význam v průběhu prožívané ztráty. Výzkumné otázky tedy zní:

- **VO7:** Jaká je role partnera ve zvládnutí ztráty?
- **VO8:** Jaký dopad má přístup blízkého okolí ženy na její zvládnutí ztráty?
- **VO9:** Jaký význam má přístup zdravotníků na zvládnutí ztráty?

V rámci rozhovoru jsme se žen dále dotazovali, zdali by chtěly **předat nějaké poslání** ženám, které se ocitnout v podobné situaci jako ony. Překvapilo nás, jaký prostor této otázce ženy věnovaly. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli přidat ještě jednu doplňkovou výzkumnou otázku, a tou je:

- **V10:** Jaké poslání ženy předávají dalším ženám, které se ocitnou v podobné situaci?

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pátá kapitola je zasvěcena metodologii výzkumu. Nejprve popíšeme zvolený typ výzkumu. Dále se budeme zabývat výzkumným souborem. Popíšeme, jaké jsme si stanovili pro výběr participantů podmínky a jakým způsobem sběr dat probíhal. Následně si představíme charakteristiku výběrového souboru a metodu analýzy dat. V závěru kapitoly se pak budeme zabírat etikou, která tvoří vzhledem k citlivosti tématu, neopomenutelnou část naší práce.

5.1 Typ výzkumu

Již při samotné volbě tématu naší diplomové práce jsme předpokládali, že se bude jednat o **kvalitativní typ výzkumu**, jelikož je problematika zamlklého těhotenství málo zmapovaná. Snažili jsme se proniknout do zkoumaného tématu prostřednictvím autentických prožitků žen se zkušeností se zamlklým těhotenstvím, a díky tomu zachytit psychologické aspekty, které se s touto problematikou pojí.

Cílem kvalitativního výzkumu je zachycení detailních a komplexních informací o zkoumaném fenoménu (Švaříček & Šedřová, 2007). Úkolem výzkumníka je porozumět všem jeho rozměrům i jejich vzájemným souvislostem (Ferjenčík, 2010). Jedná se o tzv. pružný typ výzkumu, jelikož se stanovené výzkumné otázky mohou v průběhu jednotlivých fází výzkumu měnit či doplňovat (Hendl, 2005). Výzkumník se během kvalitativního přístupu dostává do delšího, intenzivnějšího kontaktu se zkoumaným terénem či situací jedince. Následně se snaží vytvořit podrobný popis toho, co během výzkumu pozoroval a zaznamenal. Neměl by opomíjet nic, co by mohlo pomoci k objasnění zkoumaného fenoménu (Hendl, 2005). K základním principům kvalitativního přístupu Miovský (2006) řadí jedinečnost, neopakovatelnost, kontextuálnost, procesuálnost a dynamiku. Za další významnou charakteristiku autor považuje reflexivitu, která se týká skutečnosti, že výzkumník přímo či nepřímo ovlivňuje procesy, které zkoumá. Corbinová a Strauss (1999) za rozhodující kritérium typu výzkumu považují metody, které byly využity k analyzování získaných dat. Dle jejich tvrzení tedy můžeme za kvalitativní označit jakýkoli výzkum, v jehož průběhu nedocházelo ke kvantifikaci ani ke statistickému zpracování.

5.2 Metoda získávání dat a výběru souboru

Jak zmiňuje ve své knize Miovský (2006), u kvalitativního přístupu volíme tzv. nepravděpodobnostní metody výběru. V následujících řádcích si popíšeme, jaké metody jsme z nich zvolili a jak průběh sběru dat probíhal.

5.2.1 Kritéria výběru souboru

Před započítím výzkumu bylo důležité stanovení podmínek, za jakých může být participant do výzkumu zařazen. Jejich zvolení jsme poměrně dlouho promýšleli, jelikož jsme pamatovali na to, že chceme postihnout zkoumaný jev v co možná největší šíři. Z toho důvodu jsme se rozhodli, že do výzkumu budou zařazeny ženy, které:

- 1) **mají zkušenost se zamlklým těhotenstvím**
- 2) **se v období ztráty nacházely v partnerském vztahu**

Dále jsme se zabývali časovým ohraničením ztráty. Původně jsme se rozhodli pro následující kritéria:

- 3) **doba, která uplynula od ztráty, musela být minimálně 12 měsíců**
- 4) **doba, která uplynula od zamlklého potratu, nemohla přesáhnout 5 let**

Rok od uplynutí ztráty jsme se rozhodli stanovit na základě domněnky, že po této době budou mít ženy svoji ztrátu v sobě již lépe zpracovanou a bude tak pro ně snazší o svých zkušenostech hovořit. Také jsme se při stanovení této hranice opírali o zjištění Farren et al. (2018), kteří se ve své studii zabývali psychickými obtížemi po časné ztrátě u 2500 žen. Zjistili, že všechny potíže odezněly právě do jednoho roku. Tuto podmínku jsme však změnili již při samotném zveřejnění inzerátu (viz Příloha č. 6), do Facebookové skupiny sdružující ženy se zkušeností se zamlklým potratem. Důvodem byl zájem žen sdílet svůj příběh i dříve než před stanovenou dobou. Rozhodnutí opustit tuto hranici zpětně považujeme za správné, jelikož jsme z vlastní zkušenosti zjistili, že nezáleží na době, která od ztráty uplynula. Každá žena si ztrátu zpracovává svým vlastním tempem. Některé o ní dokáží hovořit měsíc po ztrátě, naopak pro jiné je obtížné svoji zkušenost sdílet i po letech. Často mají na dobu vyrovnání se se ztrátou významnější vliv jiné aspekty než čas. Tím, že je náš výzkum založen na principu dobrovolnosti, jsme si tedy dovolili žádnou dolní hranici nestanovovat. Horní hranici jsme se rozhodli ponechat zejména z praktických důvodů. Chtěli jsme, aby si žena byla schopná svoji zkušenost vybavit co možná nejvíce autenticky.

5.2.2 Metoda získávání dat

Jako metodu získávání dat jsme zvolili **polostrukturovaný rozhovor**, který Miovský (2006) považuje za nejrozšířenější typ rozhovoru při kvalitativním výzkumu. Výzkumník si při volbě této metody na počátku stanovuje okruhy otázek, na které se bude participantů dotazovat. Při polostrukturovaném rozhovoru je vhodné využívat inquiry, tedy dotazování účastníků na to, jak danou věc mysleli. Tímto způsobem si výzkumník může ověřit, zda získané odpovědi pochopil a interpretoval správně. Základ rozhovoru tvoří jádro, které obsahuje soubor témat a otázek, které musí výzkumník probrat. Jejich pořadí a znění si však může přizpůsobovat dle potřeby.

Samotnému získávání dat předcházela **tvorba polostrukturovaného rozhovoru** (viz Příloha č. 4). Jelikož jsme v rozhovoru chtěli postihnout všechny významné aspekty, nejprve jsme se věnovali rešerši literatury. Pročítali jsme jak tuzemské, tak zahraniční zdroje týkající se zkoumané problematiky. Do rozhovoru jsme se následně snažili zařadit i témata, která byla v předchozích výzkumech upozaděna. K jejich identifikaci nám posloužily doporučené náměty pro další studie, které byly popsány v jednotlivých výzkumech. Výsledné jádro rozhovoru odpovídá jednotlivým výzkumným cílům. K ověření, zda jsou jednotlivé otázky dostatečně srozumitelné, jsme využili **pilotní studii**. Zhotovený dotazník jsme předložili čtyřem osobám, jejichž poznámky jsme následně zakomponovali do finální verze rozhovoru. Pro zjišťování sociodemografických údajů byl dále vytvořen **dotazník** (viz Příloha č. 5).

5.2.3 Metoda výběru výzkumného souboru

V našem případě jsme využili **metodu samovýběru**, která je založena na aktivním projevení zájmu o zapojení se do realizovaného výzkumu. Na počátku této metody stojí nabídnutí účasti ve výzkumu potenciálním participantům, kteří se sami rozhodnou, zda se jej chtějí účastnit či nikoli (Mioviský, 2006).

Tuto metodu jsme realizovali umístěním plakátu do Facebookové skupiny, která sdružovala ženy se zkušeností se zamklým těhotenstvím. Námi vytvořený plakát obsahoval představení výzkumu, informace týkající se jeho účelu, požadované podmínky pro zapojení do výzkumu a v neposlední řadě kontaktní údaje na autorku práce. Na inzerát se nám ozvalo hned několik žen. Touto cestou jsme nakonec získali 11 participantek. Poslední

participantkou byla blízká osoba autorky, které byla možnost účasti ve výzkumu nabídnuta při osobním kontaktu.

5.2.4 Průběh sběru dat

Nyní si stručně popíšeme, jak průběh sběru dat probíhal. Naším prvotním záměrem bylo osobní setkání se všemi participantkami. Avšak již při domlouvání prvních rozhovorů jsme zjistili, že většina žen preferuje online setkání. Na základě tohoto zjištění jsme posléze všem ženám, které se na inzerovaný plakát ozvaly, nabízeli obě možnosti setkání, tedy jak osobní schůzku, tak online setkání. Naší podmínkou však bylo, aby ženy měly při online setkání zapnutou kameru. Tím jsme se snažili minimalizovat rozdíly mezi nabízenými variantami a nepřicházet o vizuální kontakt.

Ženy se ozývaly na základě zveřejněného plakátu autorce samy. Autorka jim vždy sdělila vše podstatné a zodpověděla jim případné dotazy. Na základě sdělování bližších informací se některé ženy nakonec rozhodly výzkumu nezúčastnit, protože si uvědomily, že nejsou ještě natolik se ztrátou vyrovnané, aby o ní dokázaly hovořit se všemi detaily. Ženám, které se rozhodly výzkumu zúčastnit, byl zaslán informovaný souhlas (viz Příloha č. 3), který si měly do stanoveného setkání pročit. Jak jsme již zmínili výše, pro zjišťování sociodemografických údajů byl vytvořen dotazník, který měly ženy původně vyplňovat před započetím rozhovoru. Nakonec jej však, na žádost žen, autorka zahrnuje jako součást rozhovoru. Údaje pak do dotazníků zaznamenávala zpětně, společně s přepisem rozhovoru. Toto rozhodnutí nám zpětně připadá logické. Tím, že se jednalo o otázky, které se ještě netýkaly zkoumané problematiky, se ženy mohly uvolnit a adaptovat se na výzkumnou situaci. Na začátku rozhovoru se autorka ženám vždy představila, v krátkosti shrnula, jak bude rozhovor probíhat, a získala informovaný souhlas. Ke konci rozhovoru byl vždy ponechán prostor pro případné dotazy.

Všechny rozhovory byly zaznamenávány na diktafon v autorčině mobilním telefonu. Jejich získávání probíhalo od září do listopadu 2022. Rozhovory byly průběžně přepisovány. Následná práce s daty bude popsána v kapitole 6.1. Pro zachování anonymity byly participantky vedeny pod čísly, pod kterými budou představeny i v naší práci. Výsledný soubor tvořilo **12 participantek**, přičemž všechny ženy, až na dvě výjimky, volily formu online rozhovoru. Průměrný rozhovor trval 43 minut.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Jak jsme již uvedli výše, **výsledný soubor tvořilo 12 žen**, které splňovaly námi stanovené podmínky. V následujících řádcích si naše participantky představíme.

Většina žen pocházela z **jednotlivých krajů** České republiky: Olomouckého (n=3), Jihomoravského (n=2), Prahy (n=2), Plzeňského (n=1), Zlínského (n=1) a Moravskoslezského (n=1). Výběrový soubor byl dále obohacen Slovenkou a Češkou žijící v Sasku.

Věkové rozpětí participantek bylo od 22 let do 37 let, průměr byl 30 let. Polovina participantek má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, druhá polovina pak středoškolské. Dále jsme se zabývali **rodinným statusem** participantek. Zjistili jsme, že sedm žen je vdaných, čtyři svobodné a jedna rozvedená. **Socioekonomický status** žen byl poměrně rozmanitý: osm žen bylo v době výzkumu zaměstnaných, z nichž dvě k tomu byly na mateřské dovolené a další dvě studovaly. Na mateřské dovolené byly dále dvě ženy, jedna v době výzkumu byla nezaměstnaná a jedna studovala. **Věřících** bylo v našem souboru pět žen. Pro lepší přehlednost přikládáme tabulku (Tabulka č. 1), ve které jsou jednotlivé údaje participantek popsány.

Tabulka č. 1: Základní údaje participantek

	věk	vzdělání	rodinný stav	socioekonomický status	věřící
P1	26	VŠ	rozvedená	zaměstnaná + student	ano
P2	33	VŠ	svobodná	na mateřské dovolené + zaměstnaná	ne
P3	37	SŠ	vdaná	na mateřské dovolené + zaměstnaná	ano
P4	36	VŠ	vdaná	zaměstnaná	ano
P5	22	SŠ	svobodná	zaměstnaná	ne
P6	23	VŠ	vdaná	na mateřské dovolené	ne
P7	35	SŠ	vdaná	zaměstnaná	ne
P8	23	VŠ	svobodná	student	ne
P9	27	SŠ	vdaná	na mateřské dovolené	ano
P10	41	SŠ	vdaná	zaměstnaná	ne
P11	28	SŠ	svobodná	zaměstnaná + student	ano
P12	27	VŠ	vdaná	nezaměstnaná	ne

Dále jsme se žen dotazovali na **oblast partnerského vztahu**. V době výzkumu se v něm nacházelo 11 žen. Všechny ženy se svými partnery sdílely společnou domácnost. Délka partnerského vztahu byla od 2, 5 roku po 10 let. Průměrný vztah trval 7 let a 5 měsíců.

Všechny ženy, které se nacházely v partnerském vztahu, stále žily s partnery, se kterými prožily ztrátu.

V závěru charakteristiky výzkumného souboru se budeme zabývat **údaji, které přímo souvisejí se zamlklým těhotenstvím**. Většina těhotenství (n=10) byla plánovaná, dvě participantky zmínily, že ačkoli bylo těhotenství neplánované, dítě se rozhodly nechat a těšily se na něj. Většina početí (n=11) byla přirozenou cestou, v jednom případě pak cestou umělého oplodnění.

Ženy prožily ztrátu v následujících letech 2022 (n=5), 2021 (n=2), 2020 (n=4) a 2019 (n=1). Nejkratší doba od uplynuté ztráty byla jeden měsíc, nejdelší pak dva roky a devět měsíců. V době ztráty mělo dítě pět žen. V době rozhovoru mělo dítě sedm žen. Všechny participantky, až na jednu, měly zkušenost se zamlklým těhotenstvím pouze jedenkrát. Dále jsme zjišťovali, v jakém týdnu zamlklé těhotenství zjistily. Výsledek je následující: v 9. týdnu (n=5), v 7. týdnu (n=1), v 8. týdnu (n=2), v 10. týdnu (n=1), v 11. týdnu (n=2), v 13. týdnu (n=1). Žen jsme se dále dotazovali, zda mají zkušenost i s jinou ztrátou. Mimo zamlklé těhotenství ženy prožily umělé ukončení těhotenství (n=1), biochemické těhotenství (n=1) a spontánní potrat (n=1). Jako poslední údaj byl zjišťován způsob ukončení těhotenství. Většina žen (n=8) podstoupila chirurgické ukončení těhotenství, čtyři ženy pak prožily samovolný potrat, z nichž jedna musela z důvodu reziduí podstoupit ještě následnou revizi dutiny děložní. Pro lepší orientaci čtenáře přidáváme tabulku (Tabulka č. 2), která zmíněné údaje shrnuje. Zamlklé těhotenství v ní bude označeno zkratkou ZT.

Tabulka č. 2: Údaje týkající se ztráty

	rok ztráty	počet dětí před ZT	počet dětí po nyní	týden zjištění ZT	způsob ukončení ZT	jiná ztráta
P1	2020	0	0	9.	spontánní potrat	ne
P2	2019	1	1	8.	spontánní potrat	ne
P3	2022	1	1	9.	chirurgický zákrok	ano
P4	2020	3	3	9.	spontánní potrat	ne
P5	2022	0	0	11.	chirurgický zákrok	ne
P6	2020	0	1	8.	chirurgický zákrok	ne
P7	2022	1	1	9.	spontánní potrat	ano
P8	2022	0	0	13.	chirurgický zákrok	ne
P9	2021	0	1	9.	chirurgický zákrok	ne
P10	2020	3	4	11.	chirurgický zákrok	ano
P11	2021	0	0	10.	chirurgický zákrok	ne
P12	2022	0	0	7.	chirurgický zákrok	ne

5.4 Metoda analýzy dat

Data jsme zpracovávali a analyzovali pomocí metody **Zakotvené teorie**. V následujících řádcích se s vybranou metodou v krátkosti seznámíme.

Vznik metody je datován do 60. let 20. století. Od té doby však metoda prošla mnohými proměnami a v současné době se vyznačuje několika variantami. Její zakladatelé, Glaser a Strauss, se snažili neomezovat kvalitativní analýzu pouze na deskripci zkoumaných jevů. Mezi její stěžejní princip patří tvorba nové teorie. K té dochází na základně precizní analýzy získaných dat (Švaříček & Šedřová, 2007). Mezi jeden z klíčových pojmů této metody patří tzv. **teoretická citlivost**. Dle Miovského (2006, s. 227) se jedná o „schopnost dát údajům význam, oddělit související od nesouvisejícího, podstatné od nepodstatného a porozumět tomu. Je to schopnost rozpoznat, co je v získaných údajích důležitého, a umět v údajích nacházet smysl.“ Dle Švaříčka a Šedřové (2007) je úkolem badatele, aby nepředjímal a nahlížel na analyzované údaje otevřenou myslí.

Nejvýznamnějším termínem v rámci zakotvené teorie je tzv. **kódování**. Jedná se o soubor operací, pomocí kterých zjištěné údaje analyzujeme, konceptualizujeme a následně je opětovně uspořádáváme do nových celků. Postup práce se vyznačuje neustálou komparací

dat, jejím cílem je odhalit, co mají jednotlivé koncepty společného a čím se naopak odlišují od ostatních skupin (Švaříček & Šedřová, 2007). Kódování dělíme do tří fází, tzv. otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Na počátku otevřeného kódování stojí nalézání významových jednotek. Jedná se o úseky, které v sobě nesou významnou informaci. Tyto úseky v analyzovaném textu vyznačíme a pojmenujeme – „okódujeme“. Vytvořené kódy by měly výstižně vyjadřovat podstatu daných významových jednotek. Kódy můžeme pojmenovávat vlastními názvy nebo je přímo nazvat slovy participantů (tzv. „in vivo kódy“), čímž zachováme větší autenticitu analyzovaných dat (Řiháček et al., 2013). Následně dochází k jejich uspořádání do vyššího řádu, tzv. kategorií. K tomu dochází na základě spojování podle společných rysů (Miovský, 2006; Řiháček et al., 2013). Ke kategoriím dále přiřazujeme určité vlastnosti a dimenze. Vlastnosti se týkají určitých znaků či charakteristik dané kategorie. Dimenze pak vyjadřují umístění daných vlastností na určité škále (Miovský, 2006). V rámci axiálního kódování dochází ke zpřesňování povahy zvolených kategorií a k nalézání vzájemných vztahů (Hendl, 2005). Selektivní kódování se pak týká výběru centrální kategorie a popisu vztahů, které k ní kategorie zaujímají (Miovský, 2006). Centrální kategorie se stává hlavním tématem výsledné analýzy (Řiháček et al., 2013).

Miovský (2006) dále dodává, že hranice mezi dílčími typy kódování má zejména didaktický účel. V praxi tak dochází k přecházení z jednoho typu kódování do druhého a naopak. Řiháček et al. (2013) za nejdůležitější zdroje dat u této metody považují zejména polostrukturovaný rozhovor a pozorování.

5.5 Etické hledisko a ochrana soukromí

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky jsme vnímali velkou zodpovědnost za dodržení etického hlediska v našem výzkumu. Drželi jsme se přitom zásad, které jsou popsány v Manuálu pro psaní kvalifikačních prací (Dostál & Dominik, 2021). V této podkapitole popíšeme, jakým způsobem jsme etické standardy v naší studii dodržovali.

Jak zmiňují autoři manuálu (2021), nejdůležitější zásadou, kterou je potřeba mít na mysli po celou dobu realizování výzkumu, je, aby participantům nepřinášela účast v něm jakoukoli újmu. Již při samotném odpovídání na zprávy potenciálních účastnic výzkumu jsme ženám popisovali, na jaká témata se jich budeme zhruba ptát. Následně jsme jim vždy ponechali prostor, aby si samy zvážily, zda mají svoji ztrátu v sobě natolik zpracovanou, aby ji dokázaly sdílet s cizí osobou. Ženy byly dále upozorněny na to, že je autorka výzkumu

studentkou psychologie, nikoli vystudovaným psychologem. Nápomocné pro vedení rozhovoru byly však autorčiny zkušenosti z kurzu krizové intervence, ve kterém byla během sběru dat frekventantkou. Napříč celým výzkumem jsme vyzdvihovali **princip dobrovolnosti**.

Ženám byl před rozhovorem zaslán **informovaný souhlas**, aby se s ním mohly dopředu seznámit. Při zahájení rozhovoru byly jeho nejdůležitější zásady zopakovány, konkrétně právo kdykoliv z výzkumu odejít a právo neodpovídat na otázky, které by pro ženy byly v nějakém směru nepříjemné. Během celého výzkumu bylo také dbáno na **dodržování anonymity**. Ženám bylo po rozhovoru vždy přiřazeno číslo od 1-12, pod kterými jsou vedeny i v naší práci. Autorka nabízela ženám dvě možnosti setkání. V obou případech se autorka přizpůsobila preferencím jednotlivých participantek. Osobní setkání vždy probíhalo v klidném prostředí, v jednom případě u participantky doma, v druhém pak na domluveném místě v přírodě. Rovněž i online setkání probíhalo v soukromí. Participantky pro jeho realizování nejčastěji vybíraly dobu, ve které měly absolutní soukromí. Během rozhovoru autorka respektovala aktuální psychický stav respondentek. Vzhledem k tématice rozhovoru se dalo očekávat, že se v jeho průběhu budou vynořovat vzpomínky, které pro participantky mohou být bolavé. Nebylo tak výjimkou, že během sdílení příběhů docházelo ze stran žen k uvolňování emocí. V těchto případech se autorka snažila na ženy reagovat citlivě. Docházelo k vyjádření podpory a pochopení. Ve dvou případech se autorka rozhodla téma rozhovoru zcela odklonit, jelikož vnímala, že pro participantky bylo jeho probírání příliš náročné. V jednom případě autorka vyjádřila i podporu pro rozhodnutí vyhledání odborné pomoci. Zajímavostí může být, že se jednalo o ženu, která ztrátu prožila 14 měsíců před rozhovorem.

S dodržováním anonymity souviselo také sbírání dat. Všechny rozhovory a jejich následný přepis realizovala autorka sama. Rozhovory byly postupně po jejich přepisu z telefonu vymazány.

6 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Šestá kapitola tvoří nejbohatší část naší práce. V první podkapitole si představíme samotnou práci s daty, ve druhé se pak budeme věnovat jednotlivým výsledkům analýzy a jejich interpretaci.

6.1 Práce s daty

Ve chvíli, kdy jsme měli všechny rozhovory v Microsoft Word přeepsané, došlo k jejich úpravě. Pro práci s daty jsme zvolili **metodu tužka-papír**. Z toho důvodu jsme si rozhovory upravili do řádkování 2,5, abychom si zajistili mezi jednotlivými řádky dostatečný prostor pro zaznamenávání kódů. Upravené přepisy rozhovorů jsme následně vytiskli a pracovali jsme s nimi dle postupů **Zakotvené teorie** (viz kapitola 5.4).

Nejprve jsme se pustili do fáze **otevřeného kódování**. V jednotlivých rozhovorech jsme hledali úseky, které obsahovaly nosné informace. Následně došlo k jejich „okódování“. Hojně jsme při tom využívali in vivo kódů (Řiháček et al., 2013). Docílili jsme tak 870 kódů. Jelikož jsme s daty pracovali metodou tužka-papír, bylo nevyhnutelné zjistit jednotlivé četnosti kódů napříč texty. Po této první redukci jsme zjistili skutečný počet kódů, kterých bylo 278. Následovala další redukce, jejímž úkolem bylo sloučení kódů, které ačkoli měly jiné pojmenování, jejich význam byl stejný. Tato komparace nám přinesla výsledných **243** kódů. Tyto kódy jsme na základě společných prvků slučovali do prvotních subkategorií, které jsme následně spojovali do vyšších, obecnějších úrovní. Tímto způsobem nám vzniklo několik kategorií. V této chvíli jsme přešli do fáze **axiálního kódování** a mezi jednotlivými kategoriemi jsme se snažili nalézat vztahy. Zjistili jsme však, že mezi stanovenými kategoriemi bylo hledání vztahů příliš obtížné. Znovu tak došlo k návratu do předchozí fáze a k přetváření původních subkategorií a kategorií. Tento proces jsme opakovali až do chvíle, kdy vytvořené kategorie a jejich vzájemné vztahy, tvořily smysluplný celek. Během celé práce jsme využívali metodu neustálé komparace, která je pro zakotvenou teorii stěžejní (Řiháček et al., 2013).

Při analýze jsme si dále vedli **poznámky**, do kterých jsme si zaznamenávali vše, co nám přišlo důležité. Nejčastěji se týkaly našich postřehů o možných souvislostech mezi

jednotlivými subkategoriemi a kategoriemi. Využití našly zejména při interpretování výsledků. V tabulce č. 3 představujeme příklad postupné kategorizace.

Tabulka č. 3: Ukázka kategorizace dat

kategorie	subkategorie	kód
Způsoby vyrovnávání se se ztrátou	Způsoby rozloučení	Zapálení svíčky
Sociální vlivy	Přístup partnera	Počáteční podpora
Život po prožité ztrátě	Dopad na prožívání dalšího těhotenství	Obava z opakování ZT

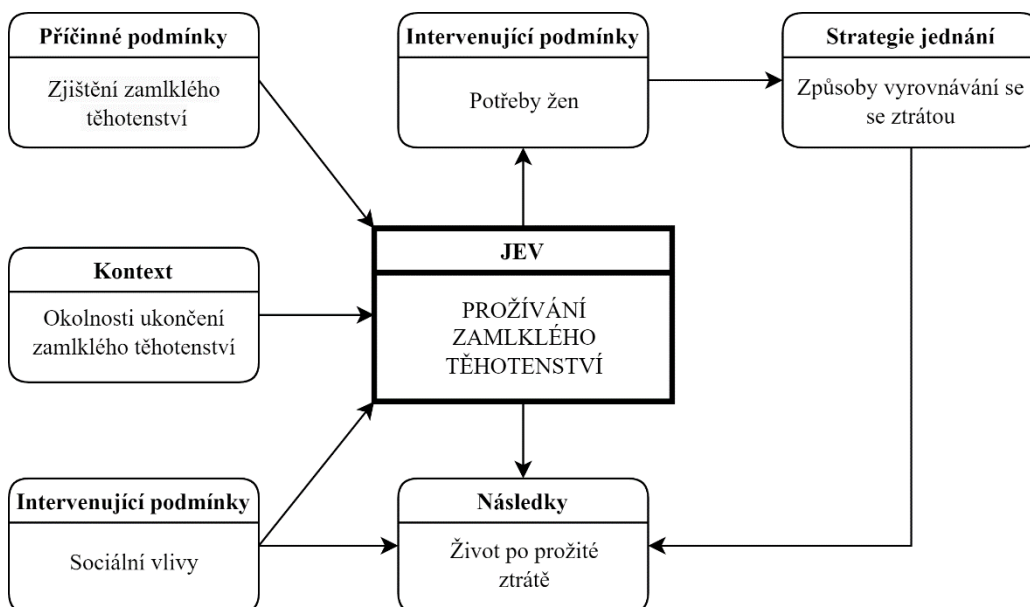
Při tvorbě výsledného modelu jsme se drželi paradigmatického modelu zakotvené teorie, který je popsán v Miovském (2006) následovně: Příčinné podmínky (A) → Jev (B) → Kontext (C) → Intervenující podmínky (D) → Strategie jednání a interakce (E) → Následky (F). V našem případě jsme vytvořili **17 subkategorií a sedm kategorií hlavních**, kterými jsou: Zjištění zamlklého těhotenství, Okolnosti ukončení těhotenství, Prožívání zamlklého těhotenství, Potřeby žen, Způsoby vyrovnávání se se ztrátou, Sociální vlivy a Život po prožité ztrátě. Prožívání zamlklého těhotenství jsme přitom zvolili za **centrální kategorii**, jelikož se se všemi kategoriemi snadno propojuje. Námi vytvořený model jsme shrnuli do Tabulky č. 4.

Tabulka č. 4: Paradigmatický model Prožívání zamlklého těhotenství

příčinné podmínky	jev	kontext	intervenující podmínky	strategie jednání a interakce	následky
Zjištění ZT	Prožívání ZT	Okolnosti ukončení ZT	Sociální vlivy Potřeby žen	Způsoby vyrovnávání se se ztrátou	Život po prožité ztrátě

Jak jsme již zmínili, postupy zakotvené teorie jsme dospěli k sedmi kategoriím, jejichž vzájemné vztahy tvoří komplexní model naší teorie. Zkonstruovaný model nám napomohl docílit většího vhledu do zkoumané problematiky. Schéma včetně vzájemných vztahů můžeme vidět níže (viz Schéma č.1).

Schéma č. 1: Výsledné schéma zkonstruované teorie



6.2 Výsledky práce

Nyní si představíme výsledky analýzy. Každé kategorii bude věnována samostatná podkapitola. Než přejdeme k interpretaci výsledků, ukážeme si, jaké formátování bude pro dílčí koncepty v následujícím textu použito.

Pro lepší orientaci v textu jsme se rozhodli subkategorie označovat velkým, tučným písmenem s podtržením (např. **POROZUMĚNÍ ZTRÁTĚ**). Subkategorie nižší úrovně budou psány podobně, s rozdílem malého písma s kurzívou (např. *radostné období*), jednotlivé významné kódy pak tučným písmenem (např. **pohotovost**). Z důvodu přehlednosti textu však nebudou zvýrazňovány všechny kódy. Citované výroky žen budou označeny kurzívou. Ve výpovědích žen jsme odstranili pouze výplňková slova, která by text zbytečně natahovala. Pro zamlklé těhotenství bude dále používaná zkratka ZT. Rozhovor č. 11 byl přepsán ze slovenštiny do českého jazyka.

6.2.1 Zjištění zamlklého těhotenství

Zjištění zamlklého těhotenství tvoří v našem paradigmatickém modelu **příčinnou podmínku**. Dále ji rozdělujeme na dvě dílčí subkategorie, které si níže představíme.

POČÁTEK TĚHOTENSTVÍ: Všechny ženy (N=12) počátek těhotenství vnímaly jako **radostné období**. Ačkoli u dvou žen nebyla těhotenství zcela plánovaná, bez váhání si v něm **přály pokračovat**. Participantky se na dítě těšily a začaly si s ním plánovat společnou budoucnost. Dvě ženy při kontrole dále zjistily, že čekají **dvojčata**. Významným aspektem bylo, pokud na sobě participantky spatřovaly **viditelné příznaky těhotenství** (zejména rostoucí břicho), což jejich těhotenství dodalo realističtější rovinu a následné rozloučení s ním pak bylo o to náročnější. P8: „*Asi by to bylo zdrcující, i kdybych to měla dřív, ale přece jenom ten třináctý týden jsem už i trošku na sobě břicho viděla.*“

ZPŮSOB ZJIŠTĚNÍ ZAMLKLÉHO TĚHOTENSTVÍ: U většiny (n=8) participantek došlo ke zjištění zamlklého těhotenství při **pravidelné kontrole**. Další tři participantky se na základě **divného pocitu** či **netypických příznaků** (divná bolest, špinění, křeče) samy na kontrolu objednaly nebo navštívily **pohotovost**. Jedna participantka se o diagnóze dozvěděla při návštěvě genetiky. U žen, u kterých došlo ke zjištění ZT v **pozdějším týdnu těhotenství**, bylo jejich prožívání zpravidla náročnější, ale nebylo to zcela pravidlem, což dokládá tato výpověď: „...*i když je mi to hrozně líto, samozřejmě, že se to stalo, tak si říkám, že když se to stane v pozdější fázi těhotenství, tak si říkám, že ty ženy měly alespoň nějaký čas s tím miminkem, o dost delší, my jsme ani nestihli zjistit, jestli to byla opravdu holčička.*“ Dvě participantky si lékaři pozvali ještě na jednu kontrolu, kde došlo k definitivnímu potvrzení ZT. Jedna participantka si, díky dobrému povědomí o ZT, další kontrolu vyžádala sama. Tato možnost ponechala participantkám v sobě **kousek naděje**. Jejich prožívání se však po následném potvrzení ZT od ostatních žen nelišilo.

Tím, že se jedná o velice **tabuizované téma** ve společnosti, neměla téměř většina participantek (n=8) **žádné povědomí o zamlklém těhotenství**. Participantka č.5 uvedla: „*Já do té doby ani nevěděla, že se něco takového může stát, já jsem prostě počítala, že otěhotním, budu těhotná a bude to všechno v pořádku, budu mít miminko.*“

Všechny ženy (N=12) při zjištění ZT prožívaly celé spektrum **negativních emocí**. Participantky popisovaly, že v daný moment prožívaly šok, úzkost, zmatek, smutek, beznaděj, osamělost či pocity zhroucení. Emoce byly navenek projevené **pláčem**. Polovina žen (n=6) v sobě **emoce potlačovala** a dala jim samovolný průchod až v soukromí. Některé ženy (n=5) po sdělení ZT nebyly **schopné vnímat situaci**, ani informace, které jim byly podávány. Objevovala se také **neschopnost uvěřit situaci**, která se projevovala jejím popíráním. Část žen (n=3) uvedla, že v momentě sdělení ZT, měly pocit, že se **čas úplně zastavil**. Nyní si ukážeme několik výpovědí: P1: „*Byla to obrovská propast, prostě, hlubina*

toho, takové té beznaděje, že člověk se na něco těšil, připravoval a najednou nic.“ P8: „Cítla jsem neskutečnou bolest, nevěděla jsem vůbec, jak mám reagovat, reagovala jsem samozřejmě brekem, naprostým, nedokázali mě až skoro uklidnit.“ P4: „Já jsem tomu vůbec nemohla uvěřit, já jsem to vůbec nechtěla přijmout, co říkal a najednou si pamatuju, že jsem nebyla schopná nic říct, já jsem se tam oblíkala a měla jsem hrozně divný pocit toho, že pravděpodobně mám v sobě mrtvé miminko, to bylo hrozné.“

Při dotazování žen na období zjištění ZT bylo vidět, že vzpomínky, které na tyto chvíle mají, jsou významně ovlivněny **přístupem jejich lékaře**. Detailněji se na něj zaměříme v kapitole 6.2.6. Bezprostřední prožívání participantek po sdělení ZT se však v závislosti na přístupu lékaře příliš nelišilo.

6.2.2 Okolnosti ukončení zamlklého těhotenství

Okolnosti ukončení těhotenství zaujímají v našem schématu místo **kontextu**, jelikož tvoří pomyslné pozadí námi zkoumané problematiky. Kategorii jsme rozdělili do čtyř dílčích subkategorií.

MOŽNOST VOLBY: Možnost volby vyjadřuje, zda byly participantkám ze strany lékaře nabídnuty možnosti ukončení ZT. Osmi ženám **možnosti ukončení ZT** nebyly představeny vůbec a rovnou byly odkázány na chirurgický zákrok. P6: *„Možnosti mi právě nenabídnul, já vím, že když jsem se ho na to ptala, tak mi řekl, že v tom zařízení to dělají prostě takhle a že není jiná možnost.“* U dvou žen lékaři dokonce přímo volali do nemocnice s žádostí o provedení zákroku. Dvě participantky však díky dobrému povědomí věděly o možnosti samovolného potratu a také se pro ni rozhodly. Z provedené analýzy vyplynulo, že u části žen (n=3) byla zpětně **nemožnost výběru** jedním ze zdrojů negativních emocí vůči lékaři. Čtyřem participantkám byly nabídnuty obě zmíněné možnosti. U dvou žen se, z důvodu neschopnosti vnímat situaci, objevovala **touha přenechat** rozhodnutí za způsob potratu na lékaři.

OBDOBÍ DO POTRATU: Během rozhovorů vystalo jako důležité téma období do potratu, které bylo negativně prožíváno pouze ženami (n=8), které měly podstoupit chirurgické ukončení těhotenství. Často jimi bylo popisováno jako **nekonečné období**. Objevovala se touha **mít to co nejrychleji za sebou**. Nejnáročnější pro participantky bylo uvědomění, že v sobě **nosí mrtvé dítě**. Čtvrtá participantka uvedla: *„To čekání na zákrok pro mě bylo nepříjemný hodně, jako kdyby to bylo druhý den, ale ten třetí, čtvrtý, to už bylo nepříjemný, prostě víš, že v sobě máš nežijící zárodek a je to nepříjemný, už jsem to chtěla*

*mít za sebou, i když to bylo kousek od toho, tak mi ty dny zároveň přišly nekonečný.“ Při analýze jsme dále odhalili **významný rozdíl** mezi ženami, které měly podstoupit chirurgický zákrok (n=8) a mezi ženami (n=4), které čekaly na spontánní potrat. U žen, které měly podstoupit zákrok, se objevovaly nejrůznější **obavy**, jako strach z anestezie či následných zdravotních komplikací. Ženy, které vyčkávaly na samovolný potrat, toto období zpravidla nepříjemně nevnímaly. Spíše se zaměřovaly na **podporu potratu**, např. pitím maliníku. Sedmá participantka dále zmiňovala prožívání negativních emocí v tomto období vůči svému partnerovi: „*Pociťovala jsem, že jsem na to sama, že já to musím prožívat, protože vlastně já musela na zákrok, na to oplodnění, že já zas musím vyřešit ten spontánní potrat, že všechny ty fyzický věci jsou jenom na mě, trošku jsem to i dávala za vinu manželovi.“**

PROŽÍVÁNÍ SAMOVOLNÉHO POTRATU: Všechny ženy (n=4), které se rozhodly vyčkávat na samovolný odchod embrya/plodu, jej vnímaly jako nějaké pomyslné **uzavření kruhu**. Ženy zde popisovaly zejména **pozitivní emoce**, jako jsou pocity úlevy, štěstí, radost či pocit zvládnutí. Důležitým aspektem byla zejména možnost **prožití ztráty**. U všech žen, které si prošly samovolným potratem, bylo viditelné **smíření se se ztrátou**. Významným aspektem byla také **přítomnost partnera** během potratu, která ženám během potratu přinášela klid a vědomí, že na to nejsou samy. Nyní si uvedeme příklady jednotlivých výpovědí. P4: „*Jak to proběhlo vlastně, tak opravdu to pro mě bylo jedno z nejkrásnějších chvílí, prostě nás to s mužem hrozně sblížilo, on tam fakt byl se mnou a byla to noc, my jsme si povídali o věcech z dětství, třeba o věcech, na které člověk nemá běžně čas...“* P7: „*Už jsem cítila takové pocity smíření, věděla jsem, že už se to urychluje, že se to už uzavírá.“*

PROŽÍVÁNÍ CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU: Společnou emocí, kterou ženy prožívaly nezávisle na způsobu ukončení ZT, byla **úleva**. V rozhovoru ji zmínilo sedm participantek. Po zákroku ženy (n=4) vnímaly zejména **fyzickou bolest**, která jim na chvíli napomáhala stírat tu psychickou. P5: „*Když už jsem byla doma, tak jsem to vlastně prospala, ještě jsem byla pod vlivem těch léků, takže jsem moc nevnímala, ale pak to došlo až zpětně.“* Z psychického prožívání ženy popisovaly smutek, pocity prázdnoty, apatii, pocity selhání či přítomnost výčitek. Participantka 11 popsala prožívání po potratu následovně: „*Bylo to těžké, cítila jsem se strašně, jako kdybych selhala jako žena, psychicky to bylo velmi těžké...“* P12 pak takto: „*Když jsem se probudila, tak jsem byla mimo, a ten pocit prázdného břicha byl nejhorší, to jsem hodně, hodně plakala.“* P8: „*Pak jsem se asi za dvě hodiny probudila a měla jsem teda ještě větší bolesti než před tím, to byly opravdu neskutečný bolesti, jsem se probudila tím, jak brečím, protože mě to strašně bolí...“* Dvě participantky také zmiňovaly

neschopnost zvrátit situaci. P3: „*Tady za tímhlectím nic krásnýho prostě není a nemáte na výběr, jste hozena do situace, kdy to prostě musíte udělat, člověk má v sobě mrtvý miminko, nemá na výběr, musí se s ním rozloučit.*“

I na tomto místě měl stěžejní význam **přístup zdravotnického personálu a podíl informovanosti** o průběhu zákroku. P11: „*Nebyla jsem nikdy v anestezii, věděla jsem, že tam budu někde sama ležet a nevěděla jsem, co to úplně obnáší, věděla jsem, že to není žádný velký zákrok, ale i tak jsem prostě nevěděla, do čeho jdu*“. Pokud byly ženy dostatečně informovány, zpravidla u nich odpadnul **strach z toho, co bude.**

6.2.3 Prožívání zamlklého těhotenství

Prožívání zamlklého těhotenství zaujímá v našem modelu pozici jevu a je zároveň naší **centrální kategorií**. Tato kategorie je nadřazená nad všemi ostatními, vzájemně je spojuje a napomáhá utvářet komplexní model. Pro lepší orientaci čtenáře jsme však její subkategorie začlenili pod kategorie dílčí, na které smysluplně navazují.

6.2.4 Potřeby žen

Potřeby žen jsme se rozhodli vyčlenit jako samostatnou kategorii, protože je přímo závislá na prožíváním ZT a zároveň z ní vyplývá kategorie Způsoby vyrovnávání se se ztrátou, zaujímají v našem modelu místo **intervenujících podmínek**. To, jak byly potřeby žen naplněny, má významný dopad na vnímání celé zkušenosti ZT. Některé potřeby se prolínají napříč celou zkušeností se ZT, naopak jiné jsou vázány na konkrétní fázi.

POTŘEBY ŽEN DO POTRATU: Po zjištění ZT se část žen (n=4) potřebovala něčím **zabavit**, aby dokázala alespoň na chvíli své myšlenky odklonit. Jedna participantka zmiňovala potřebu mít potracené embryo po potratu fyzicky: „*Hlavně o co mi šlo, já jsem to mimčo chtěla vidět, já jsem si ho chtěla pochovat, chtěla jsem si s ním prostě udělat rituál i s dětma a manželem, že si ho pohřbíme, rozloučíme se fyzicky opravdu s tím miminkem.*“ Jak jsme již zmínili v minulé kapitole, další významnou potřebou bylo, **mít zákrok co nejrychleji za sebou** (n=8). U většiny žen se dále objevovala **potřeba porozumět příčině ztráty** (n=5). Ženy (n=4), které se rozhodly pro samovolný potrat, spojovala **potřeba prožití ztráty**.

Napříč celou zkušeností se ztrátou se objevovala **potřeba podpory** od blízkých. Pokud jí participantky (n=3) nedostávaly, bylo pro ně zvládnání tohoto období podstatně

náročnější. Další potřebou, která se promítala napříč celou zkušeností byla, **potřeba informovanosti** (n=6), jak o příčinách ZT, o průběhu zákroku, tak i o potenciálních následcích či dopadech na další těhotenství.

POTŘEBY ŽEN PO POTRATU: Po potratu řada žen (n=4) zmiňovala potřebu **opečovat své tělo, uzdravit jej**. P3: *„Potřebovala jsem se v tudlencu chvíli soustředit hlavně sama na sebe, uzdravit své tělo a připravit se na další těhotenství.“* Bezprostředně po chirurgickém zákroku pociťovalo mnoho žen (n=4) **výraznou potřebu spánku**. Další významnou potřebou bylo **trávit čas o samotě** (n=5). Dvě participantky dále popisovaly **touhu utéct** od toho, co prožily. Zhruba u poloviny participantek (n=7) se objevovala **potřeba nahrazení ztráty**. P10: *„Asi v tu chvíli jediná myšlenka byla, že chci prostě ještě miminko. Jako člověk by si chtěl nahradit, já prostě vím, že to není náhrada, ale v tu chvíli jako by chtěl zapomenout tím, že bude mít to další miminko.“* P8: *„Další dítě bude náplast na tuhle ránu, ať si to chceme tak brát nebo nechceme, tak stejně to tak bude, je to jediný, co tohle zahojí.“* Některé ženy (n=3) toužily po novém početí natolik, že se častokrát soustředili pouze na to jediné. Jedna participantka zmiňovala, že právě tato skutečnost vedla **k omezení sexuálního života** s partnerem pouze na dny ovulace. P1: *„Náš sexuální život se vztáhl na to, že panebože zítra ovuluju, takže prostě musíme honem do postele a snažit se o miminko.“* Další významnou potřebou bylo **hovoření o ztrátě** (n=11). Pokud participantky neměly možnost své trápení s někým sdílet, ukazovalo se, že se se ztrátou vypořádávaly podstatně déle. Potřeba sdílení se u jedné participantky stala zároveň motivací k účasti ve výzkumu: *„Už jsem se cítila, že to potřebuju někomu povědět, někomu, kdo to asi chápe, když se věnujete tady tomu tématu, asi nejsem první žena, která vám o tom povídá, a vidět takový ten pohled, že je to okay, že jsem smutná, že jsem našťvaná...“* Mnoho žen (n=10) také popisovalo **potřebu uzavření své ztráty**, která vedla k rozmanitým způsobům rozloučení. Další významnou potřebou se také jevila **potřeba vrátit se ke svému běžnému životu** (n=3). P8: *„...a prostě musím začít žít, tak jak jsem žila před tím, a že to vlastně i jako chci, chci zase chodit cvičit, abych si vyčistila hlavu, chci se vidat s kamarádama...“* Potřeba, která byla ve vztahu k druhým, se týkala přání **uznání ztráty** (n=8). P4: *„Tak mě to vlastně hrozně zraňovalo, že se dělalo, jakože nic, ale jak jakože nic dopřic, chtěla jsem být vyslyšena...“* Pokud ženy prožily samovolný potrat, objevovala se potřeba **nakládat s ostatky důstojně** (n=3).

Napříč všemi rozhovory (N=12) se objevovala potřeba **osvěty**, kterou zmínily úplně všechny participantky. Právě tento aspekt byl i důležitou složkou samotné motivace účasti

ve výzkumu. P7: „Vnímám, že je hodně důležitý tady ty témata, co se o nich právě nemluví, dostávat víc do podvědomí nejenom žen, ale i mužů a hlavně asi i lidí, kteří s těmi ženami pracují, ať už je to zdravotnický personál nebo jiný, tak by se aspoň měli snažit pochopit, co ta žena prožívá a tomu se přizpůsobit, nejde o tu lítost, ale spíš o to, že je tam to pochopení, ono to stačí...“ P8: „Chtěla jsem si jít o tom takhle popovídat, chtěla jsem, ať je to někde takhle napsaný, že když to někoho nedejbože potká, tak ať ví, že v tom není sám, protože já kdybych nečetla tu bakalářku, kde se o tom mluvilo, tak jsem na tom stokrát hůř.“

6.2.5 Způsoby vyrovnávání se se ztrátou

Jak jsme již nastínili, na předchozí kategorii navazuje kategorie Způsoby vyrovnávání se se ztrátou, které v modelu řadíme na místo **strategií jednání**. Potřeby žen výrazně ovlivňují jejich následné chování, včetně možností rozloučení se se ztrátou. Tato kategorie je dále sycena **VO10: Jaké poslání ženy předávají dalším ženám, které se ocitnou v podobné situaci.**

ZPŮSOBY ROZLOUČENÍ: Všechny participantky, až na jednu výjimku, se se ztrátou nějakou formou rozloučily. Mohli bychom hovořit o rituálech, avšak tím bychom si tuto subkategorii zbytečně zúžili. Rozhodli jsme se ji tak pojmout více ze široka a zařadit do ní i další způsoby, které ženám napomáhaly. Participantky nevolily pouze jediný způsob rozloučení, zpravidla jich využily hned několik. Často je také opakovaly několikrát, po delší dobu, až do chvíle, kdy byly připravené svoji ztrátu definitivně uzavřít. Některé ženy (n=3) se začaly s dítětem loučit již před potratem, nejčastěji formou **vnitřního loučení**. P6: „Pamatuju si ten moment, když jsem ležela a úplně jsem se tak vnitřně loučila, věděla jsem, že jakmile se probudím, bude všechno jinak.“

Téměř všechny ženy (n=10) **zapálily svíčku** za nenarozené dítě a **napsaly dopis na rozloučenou**. Některé participantky (n=4) uvedly, že se rozhodly **své nenarozené dítě pojmenovat**. Část žen (n=4) se rozloučila formou **pohřbu**, do kterého nejčastěji zapojily i svého partnera a děti, pokud je již v době ztráty měly. P4: „Ten rituálek jsme udělali vlastně tak, že jsme s dětmi vyrobili takovou krabičku a vlastně si ji různě vyzdobili a bylo vlastně fajn do toho celého procesu rozloučení zapojit děti, plůdek jsme pojmenovali, takže jsme tam napsali i jméno toho miminka, no a pak jsme vlastně šli společně to miminko pohřbít.“ P1: „Plůdek jsem si dala do malé krabičky a tu jsem zakopala na zahradě. Napsala jsem mu dopis, takže to byl pro mě takový rozlučkový rituál.“ Některé ženy (n=3) si také pořídily **šperk na památku**, který jim jejich ztrátu připomínal. Jedna participantka však uvedla, že

si k němu vytvořila až nezdravé pouto. Tři participantky se dále rozhodly zvěčnit svoji ztrátu napořád, a to formou **tetování**. P11: „...až nezdravě jsem se upnula na náramek, který dodneška nedám vůbec z ruky, tak jsem si nechala udělat tetování, řekla jsem si, že stále bude se mnou, a hlavně při mně, dala jsem si jej vlastně nad žebra, blíž k srdci, dala jsem si tam *E s takovými křídly*.“ Tři participantky si dále vytvořily **vzpomínkovou krabici**, do které vložily například těhotenský test, fotografii z ultrazvuku či těhotenskou průkazku. Jedna participantka si v průběhu těhotenství namalovala květináč, do kterého si po ztrátě zasadila květinu: „*Na tom festivale jsem malovala takovej květináč, kde jsem myslela na to dítě, tak do toho květináče jsem si koupila kytičku a zasadila jí*.“ Dalším způsobem bylo také **psaní si deníku** (n=3). Část žen (n=4) dále zmiňovala jako významný mezník **první menstruaci od prožité ztráty**, která pro ně znamenala pomyslné zakončení tohoto období.

POROZUMĚNÍ ZTRÁTĚ: Na počátku se u většiny žen (n=8) objevovalo **sebeobviňování**. Více žen (n=4) zmiňovalo zejména **stres**, ve kterém setrvaly a kterému následně připisovaly významný podíl viny. P10: „*Stres, furt si jako vyčítám, že jsem chodila do té práce, možná jsem měla zůstat doma...*“ Často si vyčítaly i **sebemensií aktivity**, které by mohly být potenciální příčinou ztráty, jako např. návštěva koncertu, nemoc či sezení na studené zemi. Jedna participantka si také vyčítala, že si původně přála opačné pohlaví dítěte: „*Ted'ka si trošičku vyčítám, že jestli jsem se nerouhala, že jsem jako o tom klukovi ani nepřemejšlela...*“

Významným aspektem se jevilo **sejmutí pocitu viny** ze stran zdravotníků. Třetí participantka vzpomínala na slova lékaře takto: „*Řekl mi, že to není moje vina, že to není ničí vina, ať se nezlobím na sousedku, na nikoho, že v momentě, kdy se spojí vajíčko se spermií, tak je rozhodnuto*.“ Pokud ze stran zdravotníků došlo k vyslovení podobných vět, participantky (n=3) snáze přijímaly **biologickou příčinu ztráty**.

Jelikož v našem výběrovém vzorku bylo pět žen **věřících**, předpokládali jsme, že i tento aspekt může v porozumění ztráty hrát významnou roli. Pouze jedna participantka však při dotazech na možné příčiny ztráty víru zmínila, a to následovně: „*A takovéto, že Bůh ví, proč to dělá, ale já chci vědět, proč to dělá a nevím, jestli má nějaký Bůh právo o tom rozhodovat, jak může nějaký Bůh dovolit takovouto bolest, velmi mě to v tom změnilo...*“

Některé participantky (n=3) přemýšlely také nad tím, že ztráta mohla být signálem, že si s **partnerem nejsou souzeni**. P6: „*Pak člověk už přemýšlí nad tím, jestli vůbec ten vztah má být, v jeden moment si říkáš, tak když spolu nemůžeme mít děti, tak jestli to není*

nějaké znamení z hůry...“ P1: „Možná s manželem to hezký, co jsme si měli dát, už jsme si dali a možná proto to nevyšlo, protože někdo nahoře věděl, že spolu nezůstaneme nebo že spolu nemáme být, tak nám to miminko ani nedopřál.“ Až na jednu z nich však od těchto pochybností po nějaké době upustily.

Pět participantek přisuzovalo svojí ztrátě pouze **biologickou příčinu**. P7: *„Tohle je podle mě něco, co my lidi nemůžeme pochopit nebo takhle, myslím si, že je to něco, co patří jenom přírodě.“* Další dvě pak popisovaly, že ztrátu vnímaly jako osud, že **„to tak asi mělo být“**.

NÁPOMOCNÉ ASPEKTY ZVLÁDÁNÍ: Do nápomocných aspektů řadíme několik podpurných faktorů, které se v období ztráty jeví jako významné.

Významným aspektem se z rozhovorů ukázala **přítomnost dítěte v rodině**. Pokud ženy v době ztráty již dítě měly, jednoznačně to mělo pozitivní vliv na jejich prožívání. Řada participantek (n=3) popisovala velkou **vnímavost dětí** vůči jejich prožívání. P7: *„...on (syn) mi v tom všem pomohl jako moc, ta dětská dušička je velmi citlivá a vnímavá a bez jakýchkoliv slov, všeho, on věděl a cítil, že potřebuju podporu.“* Další participantka popisovala přítomnost dcery takto: *„Byla takovej ten hnací motor, že člověk musí nějak fungovat a snažit se s tím nějak vyrovnat.“* P3: *„Říkám si, že to musí být hrozný pro ženy, který ty děti doma ještě nemaj, že to pro ně musí bejt jako strašný a je mi to hrozně líto, že se pak vracěj domů s tím, že tam na ně to děťátko nečeká...“* Ke zvládnutí tohoto období participantkám (n=3) dále napomáhalo uvědomění, že se jim dítě již jednou/vícekrát **donosit podařilo**. Do výzkumu se zapojily dále ženy (n=2), které v době ztráty dítě neměly, ale v době rozhovoru již ano. I v tomto případě zmiňovaly, že až narození dítěte jim ztrátu **zcela zahojilo**.

Asi nejvýznamnějším aspektem bylo **uvědomění, že si ženy ztrátou neprochází samy** (n=9). Participantkám (n=5) dále pomáhalo setkávání se s ženami, které si ztrátu samy prožily. Nacházely u nich výraznou podporu a pochopení. P6: *„Mně teda ještě hodně pomáhalo, že jedna kamarádka, my jsme byly těhotný stejně a jí se to taky stalo, takže jsme to prožívaly tak nějak spolu.“* Více participantek (n=5) zmínilo, že až v době, kdy se svěřily blízkým osobám, zjistily, kolik dalších žen si prošlo podobnou zkušeností. P5: *„Mně hodně pomáhalo, když jsem si četla, že v tom nejsem sama, že se to stává, že je to více než běžný, i když se o tom fakt moc nemluví, málokdo to řekne, já jsem pak zjistila, že v mém okolí se to stalo tolika lidem, ale dokud se člověk třeba nezeptá nebo na to nenavede řeč, tak nikdo*

nepřijde a nezačne o tom mluvit...“ Jako významné se dále jevílo pročitání nejrůznějších článků či příspěvků v **online prostředí** (N=12). Dvě ženy také jako nápomocné zmínily **pročítání si brožur zabývajících se ztrátou**, které byly zmíněny v poslední podkapitole teoretické části. Obecně můžeme říct, že pokud participantky (n=9) měly s **kým svoji ztrátu sdílet**, zvládaly ji lépe ve srovnání s participantkami (n=3), které tuto možnost neměly. Dvě ženy také využily **odbornou pomoc**, v jednom případě psychoterapeutku, v druhém pak klinickou psycholožku. P1: *„A navíc jsem teda znovu začala chodit ke klinické psycholožce, sice jednou za dva, za tři týdny, ale mohla jsem o tom mluvit.“* Jedna participantka dále uvedla, že jí velmi pomohla **změna prostředí**.

6.2.6 Sociální vlivy

Sociální vlivy tvoří velmi širokou kategorii. V našem modelu zaujímají místo **intervenujících podmínek**. Můžeme zde nalézt dimenze: citlivý a necitlivý přístup, které se prolínají všemi jejími subkategoriemi. Ukázalo se, že celkový přístup a reakce okolí měly výrazný dopad na celkový prožitek ztráty a na Život po prožité ztrátě.

PŘÍSTUP PARTNERA: Většina participantek (n=7) vnímala podporu partnera jako zcela **nejvýznamnější**. Polovina partnerů byla pro participantky oporou po celou dobu ZT. Všechny ženy (N=12) se dále setkaly s **praktickou podporou** jejich partnerů, která zahrnovala odvoz na zákrok a z něj domů. Několik žen (n=6) zmiňovalo, že jim jejich partneři dokázali poskytnout pouze **počáteční podporu**, která byla vázaná na přímé období ztráty. Ta mohla být způsobena zejména **odlišným pohledem partnera** na ztrátu. Participantky vnímaly, že počátek těhotenství je pro muže **příliš abstraktní**, jelikož ještě nedosahuje žádné realistické roviny. Mohlo tak být pro ně náročnější pochopit, co ztráta pro ženy skutečně znamenala. P6: *„U toho chlapa je to furt takový abstraktní, tím, že nevidí to rostoucí břicho, necítí to miminko kopat...“* Třetí participantka také zmiňovala **nesoulad mezi partnerskými potřebami**: *„Muž potřebuje intimitu, ale já mu ji v tuto chvíli nejsem úplně schopná dát, chce pohlazení, chce obejmutí, ale já chci být teď sama.“* Tři participantky si všimly, že jejich partneři ztrátu sice prožívali, ale své **emoce se snažili potlačovat**. P5: *„Říkal, že ho to nijak neovlivnilo, že se k tomu ještě nijak nepřipoutal, ale všimla jsem si, že mi v tomhle trošku lhal, aby mě asi jako podpořil, aby ty emoce jen přijímal, aby do něj další ještě nepřidával, ale všimla jsem si, že ho to taky trošku zranilo.“* Pokud byli partneři (n=3) přítomní u samovolného potratu, ženy popisovaly, že je tento moment velice **sblížil**.

Tři participantky měly zkušenost s **necitlivým přístupem partnera**, která pro ně byla velmi zraňující. P11: „*Přítel byl v tomhle jakože okay, řekl, že se stalo, řekl mi, že mi dává dva dny, abych se vyplakala, potom, že mě plakat už vidět nechce.*“ P12: „*Čekala jsem, že když přijde z práce, tak se mě zeptá, jak se mám, jak se cejtím, a jestli pro mě může něco udělat, tak to tam nebylo, a to se mě dotklo.*“ U jedné z participantek neempatický přístup partnera vedl k tomu, že své emoce před ním začala skrývat a přestala se mu zcela svěřovat.

PŘÍSTUP ZDRAVOTNÍKŮ: Jak jsme již zmínili v předchozích podkapitolách, přístup zdravotníků má neopomenutelný význam na formování zážitku ztráty.

Při zjištění ZT se devět participantek setkala s **citlivým přístupem jejich gynekologa**. Participantky zpětně oceňovaly, pokud z jeho strany došlo k vyjádření **lítosti a uznání ztráty**. P10: „*On mě chytl za ruku, za paži, jak jsem ležela na tom lůžku, dal mi ruku na předloktí a říkal, že bohužel, že ho to moc mrzí, ale že tam nevidí srdeční akce, jako fakt byl úžasný, to zase nemůžu říct...*“ Dále oceňovaly zejména **poskytnutí informací** o dalším postupu a ponechání prostoru pro **případné dotazy**. Významným aspektem bylo také **sejmutí pocitu viny**, kterým jsme se zabývali v podkapitole 6.2.5. Tři ženy se pak setkaly s **neempatickým přístupem svého gynekologa**. P6: „*Já chápu, že pro ně je to jenom informace, a jako denní chleba v podstatě, on tohle zažívá několikrát týdně, takže už je tam trošku odosobněnej, ale nebylo tam takový to vřelý ujištění nebo tak, připadala jsem si na to jako úplně sama v ten moment.*“

U tří žen došlo také k **normalizaci četnosti ZT** ze strany gynekologa. Velmi však záviselo na tom, jak byla tato informace podána. Pokud byla sdělena citlivě, měla na prožívání ženy pozitivní dopad. Dvě participantky se však setkaly s neempatickým sdělením této informace, což je velmi zranilo. P5: „*...a tak mi to sdělil a pak mi řekl, ať vlastně nebrečím, že se to stává každý druhý ženě, že to je úplně normální, já přitom do té doby ani nevěděla, že se něco takového může stát.*“ Tři participantky se také setkaly s **přizváním dalšího lékaře**, aby potvrdil ZT. P7: „*A potvrzoval nám to vlastně ještě další doktor, že tam ta srdeční akce není, což oni dělají, aby se vlastně vyhli nějaké chybovosti...*“ Dvěma participantkám, jejichž gynekologové nepřizvali dalšího lékaře pro potvrzení, toto ujištění **chybělo**, tak si samy vyhledaly ještě druhého, nezávislého lékaře. Obecně můžeme říct, že participantky, kterým se **potvrzení ZT dostalo z více stran**, o jeho pravdivosti nepochybovaly. Pátá participantka pak před zákrokem prosila o **kontrolní ultrazvuk**. Bohužel se však nesetkala s empatickým přístupem: „*Prosila jsem je, ať udělají ještě kontrolní ultrazvuk, jestli se fakt nespletl, tak ona mi udělala ten ultrazvuk, otočila na mě tu*

obrazovku, vidíte, krev tam nejde, on se prostě nespletl, už to dítě není, musíte se s tím smířit, to se prostě stává každý druhý.“

Význam zdravotnického personálu byl patrný také v případě, pokud participantky podstoupily chirurgický zákrok. Tři z nich se setkaly s citlivým, empatickým přístupem ze strany zdravotníků. P3: „*Nikdo tam nezmenšoval moji bolest, nezmenšoval tam nikdo moje utrpení, nezlehčoval to nikdo, opravdu se chovali s úctou a respektem k tomu, co prožívám.*“ Pro všechny participantky (n=8) však byla **nepříjemná doba do zákroku** v nemocnici či jiném zařízení, kde k němu mělo dojít. P3: „*Měla jsem pak čekat v hale a pak si nás přišli vyzvednout a odvést na to oddělení, což taky nebylo příjemný, protože jsem měla pocit, že jdu jak prase na porážku, tak jsem se v tu chvíli cítila.*“ Ze stran zdravotníků **nedocházelo k rozdělování těhotných od ostatních žen**, což participantky považovaly za velice neprofesionální. Dvě ženy byly přímo na pokoji umístěné s těhotnými ženami, což je velmi zraňovalo. P11: „*Vzbudila jsem se na pokoji, kde si další dvě maminky povídaly o tom, jaké miminka se jim narodila, takže jsem se samozřejmě rozplakala, na což sestřička reagovala dost nepříjemně.*“ Další participantka vzpomíná na **nečitlivou poznámku** zdravotní sestry: „*Potkala jsem se tam s dost nepříjemnou sestřičkou, která měla na úvod dost uštěpačnou poznámku, jestli i já jsem těhotná, tak jsem se na ni podívala a řekla, že už ne.*“

PŘÍSTUP BLÍZKÉHO OKOLÍ: Pokud se participantky svěřily se svojí ztrátou blízkému okolí, setkávaly se s rozmanitými reakcemi. Některým se dostávalo větší podpory a přijetí jejich ztráty, naopak jiné se s citlivým přístupem příliš nesetkaly. Největší podpory se participantkám dostávalo zejména od **rodiny**. P8: „*No, od té nejbližší rodiny jsem měla největší podporu, tam vlastně týden po ztrátě a týden po operaci si mě tak rodina předávala, když přítel jel na trénink, tak mě zavezl k ségře, abych nebyla sama doma, pak mě vyzvedl nebo jsem byla s rodiči.*“ Při rozhovorech participantky (n=6) zmiňovaly **náročnost sdělování ZT** blízkým: „*Ted' všichni v práci to věděli, děti to věděly, můj táta to věděl, manželovi rodiče to věděli, na mně už to bylo i vidět, nevím, všem to vysvětlovat, takový nepříjemný...*“

Téměř všechny ženy (n=8) zmínily, že jejich okolí často nevědělo, jak **má ztrátu uchopit, jak na ni má reagovat**. P9: „*Málokdo věděl, jak se zachovat, co říct, aby neublížil ještě víc...*“ P7: „*Hodně lidí neví, jak to má uchopit, když se jim s tím někdo svěří a většinou ne úplně hezky reaguje, ale protože neví, není to jejich chyba, protože se s tím nesetkali, ale stačilo by to pochopení.*“ Častokrát se tak ženy (n=4) setkaly s tím, že ačkoliv jejich okolí o ztrátě vědělo, snažilo se tomuto tématu **vyhýbat**. Tento přístup však participantky

zraňoval, protože jim přišlo, že je pro jejich blízké prožitá ztráta absolutně nevýznamná. P4: „*Já to potřebuju probrat, mně přijde teď jako by to vlastně nebylo, že jsme to tady zametli pod koberec, ať se třeba nerozbrečím, ale mě to vlastně hrozně zraňuje.*“ Pokud se ženy ze strany blízkých setkaly s **necitlivými, bagatelizujícími větami**, zpravidla si je i po uplynuté době dokázaly z paměti velmi živě vybavit. P6: „*Tchýně mi v podstatě řekla, ať už nad tím nepřemýšlím, že musím jít dál, že musím v podstatě potlačit ty emoce, a to mě hodně zraňovalo...*“ P5: „*...a když jsem jí volala, že se stalo toto, a že v té době, kdy má přijet, budu na nemocenské, že se budu vzpomínat z toho zákroku, tak ona prostě říkala, no tak to vlastně už jezdit nemusím, to není potřeba.*“ P3: „*Nejhorší je to, že člověk občas slyší takové to, podívej se, kdyby se to stalo ve 12. týdnu, kdyby se to stalo ve 20., kdyby se to stalo u porodu, bylo by to mnohem horší, bylo by to horší, ale já si v tuto chvíli říkám, že i tohle je pro mě strašně náročný.*“ U tří participantek necitlivý přístup od blízkých vedl dokonce **ke změně jejich vztahu k blízké osobě**. P11: „*Nejvíce mě zranila ale odpověď mámy, od té doby máme i takový odtažitý vztah, pověděla mi, že se stává i horší...od té doby jsme se o tom nebavily a ani jsem jí neříkala o dalších zdravotních komplikacích.*“

6.2.7 Život po prožité ztrátě

Kategorie Život po prožité ztrátě v paradigmatickém modelu zaujímají pozici **následků**. V následujících řádcích si tak představíme tři dílčí subkategorie, které se nám při analyzování této oblasti vynořily.

DOPAD NA ŽIVOT ŽENY: Nyní si popíšeme dopady ztráty, které ženy zmiňovaly a které se nám nepodařilo začlenit do jiných subkategorií. Většina participantek zmiňovala (n=8), že pro ně bylo po ztrátě **citlivé vše, co se týkalo tématu těhotenství** – zraňoval je pohled na těhotné ženy, na maminky s kočárky či poslouchání rozhovorů žen o těhotenství. P6: „*Zraňovaly mě hodně děti, že jdeš po ulici a tam vidíš kočárek, anebo těhotný ženský. Pamatuju si, že jsem šla za nějaký dva týdny na kontrolu k doktorovi a ta čekárna pro mě byla jako strašně nepříjemná, protože tam zrovna sedělo asi tak pět těhotných ženských. To mě zraňovalo v ten moment nejvíce, vidět štěstí druhých. Ještě mě strašně zraňovalo, když jsem třeba viděla, že někdo na Instagramu oznámil těhotenství nebo tak, fakt jako téma děti.*“ P10: „*Když jsem viděla těhotnou, tak jsem ji vyloženě nenáviděla, protože prostě byla těhotná...*“ Ačkoli jsme se při rozhovoru neptali na dopad ztráty na tělesnou stránku, participantky (n=5) spontánně zmiňovaly zejména **rozházenou menstruaci**. P5: „*Překvapilo mě, jak hrozně se potom rozhází cyklus, já jsem si to představovala, že mě*

vyčistí, když to tak řeknu, a že pak ta menstruace přijde úplně normálně, ale ta se pohybovala v rozmezí 35 dnů a pořád se to tak střídalo, srovnalo se mi to až teď, a to je tak půl roku asi.“ Druhá participantka, fyzioterapeutka, pak zmiňovala **zhoršení pánevního dna po potratu**: „Zhoršilo se mi potom pánevní dno, já jsem i potom chodila na rehabilitace, i v průběhu toho druhého potratu jsem byla předtím i potom, a po tom potratu jsem nebyla vůbec schopná to pánevní dno zaktivovat tak, jak bych měla.“ Pokud participantky v době rozhovoru dítě ještě neměly, objevovala se dále **obava o fyzickou stránku těla** a o to, zda budou někdy schopné dítě donosit.

Náš výběrový soubor tvořily i studentky porodní asistence a dula. Dvě z nich zmiňovaly, že měly po ztrátě velký **problém vykonávat svoji práci**, jelikož pro ně tato témata byla příliš citlivá a nedokázaly tak ženám poskytnout upřímnou podporu. P3: „Začala jsem zažívat obrovskou nechuť dělat svoji práci, jak já hlavně v tuhle chvíli mám doprovodit ženu k porodu, jak mám teďka jet za ženou na laktační poradenství...“

Dvě participantky, které se setkaly s necitlivým přístupem jejich gynekologa, přešly po ztrátě **k jinému**. Dvě participantky pak dále zmiňovaly **větší strach o své děti**. P10: „A dopad to mělo určitě, já doteď mám šílený strach o tu malou, a i o tu čtyřletou jsem začala mít takovej divnej strach, jako jsem nikdy neměla. Takovej jako, že si člověk uvědomí, že je to třeba otázka minuty a vlastně to dítě nemusí žít...“

DOPAD NA PARTNERSKÝ VZTAH: Devět participantek zmínilo, že prožitá ztráta ovlivnila jejich partnerský vztah, a to buď v pozitivním, nebo negativním směru. P7: „...bylo to něco, co člověk běžně nezažívá, jakože jak narození, tak úmrtí a takový ty významnější události, takže to vždycky podle mě umí buď lidi spojit, nebo možná naopak je to od sebe nějak dostane.“

Sedm participantek uvedlo, že ztráta měla **pozitivní dopad** na jejich vztah. Pokud pociťovaly dostatek podpory od svých partnerů, tak to zpravidla jejich vztah **posílilo** a společné prožití náročných chvil **partnery sblížilo**. P9: „Byl mi velkou oporou, paradoxně to prožíval celé se mnou, přijde mi, že jsme si blíž.“ Významným aspektem byla již zmíněná **přítomnost partnera u samovolného potratu**. P4: „Manžel mě držel za ruku a říkal, že to zvládneš, neboj, to zvládneš, já jsem tady s tebou a všechno bude v pohodě, a že mě fakt jako povzbudil, a to mě hrozně příjemně překvapilo.“ Prožitek ztráty vedl také k **větší empatii partnerů** vůči jiným párům, které si prochází náročnou situací týkající se těhotenství.

Ve čtyřech případech vedla ztráta ke **vzájemnému odcizení** partnerů. Pouze v jednom případě se však partneři rozhodli pro **definitivní ukončení vztahu**. Za příčinu odcizení participantky považovaly nedostatečnou podporu od partnera, nepřítomnost partnera v době potřeby či nezájem partnera o prožívání ženy. P1: „*Všechno se mezi námi vytratilo, ta intimita a celkově i ten partnerský vztah jako takový, potom jsme vedle sebe žili spíše jako kamarádi, kteří se spolu jako dvakrát, třikrát do měsíce vyspí, ale moc času jsme spolu netrávili no...letos v dubnu jsem se od manžela odstěhovala a teď se rozvádíme.*“ Další participantka nad ukončením vztahu přemýšlí: „*Cítím vůči němu takový hněv, několikrát jsem chtěla i kvůli tomu vztah ukončit, protože je to věc, která je podle mě zásadní, ale tak nevím.*“ Desátá participantka popsala, že jí byl partner v období ztráty **nevěrný**. Přestože nevěru ve vztahu překonali, participantka zmínila, že mu ji nikdy neodpustí. P10: „*Nějak jsme to překonali, já jsem to zjistila až ve chvíli, kdy už jsem byla těhotná s tou malou a pak jsme to nechali, ale prostě ve mně to zůstalo a říkám, že ve mně to už zůstane napořád.*“

DOPAD NA PROŽÍVÁNÍ DALŠÍHO TĚHOTENSTVÍ: Ačkoli se tato kategorie nazývá prožívání dalšího těhotenství, vyjadřovaly se k ní i tři participantky, kterým se od prožití ztráty otěhotnět nepodařilo. Popisovaly **období snažení se o opětovné početí** a to, jak si myslí, že budou těhotenství následně prožívat. P5: „*Snažíme se, ale nějak to nejde, ale tuším, že až tam zase ty dvě čárky najdu, až budu zase těhotná, tak vím, že to bude hrozně velký strach z těch kontrol, protože před tím jsem si to ani nějak nepřipouštěla, ale teď vím, že když vím, že se může stát něco takového, tak vím, že budu mít hrozně velký strach, protože na to se člověk nedá připravit.*“ Osmá participantka pak zmiňovala **přání častějších gynekologických kontrol** při novém početí: „*Jsem zvědavá, jestli budu už mít třeba častěji ty prohlídky, což bych jako určitě chtěla a myslím si, že by na to měly mít nárok po tomhle, aby byly třeba klidnější...*“ Dvě participantky zmínily, že se s partnerem rozhodli **početí na nějakou dobu odložit**. V obou případech toto rozhodnutí inicioval právě partner. P8: „*Když mi poprvé řekl, že se nechce snažit hned, tak to pro mě bylo bolestivé, byl to takový první moment, kdy mi ukázal, že tomu musíme dát oba čas, vlastně ani já se necítím na to se do něčeho hrnout, nemám to vyřešený v hlavě, a proto je to nejlepší varianta, nijak neplánovat a zase nechat volný průběh.*“ Ostatní participantky **si přály další početí co nejrychleji**, častokrát ani nerespektovaly doporučení lékaře, např. začít se snažit o početí až po vícero proběhlých cyklech. Také se často objevovala **snaha minimalizovat** (n=4) pravděpodobnost opakování ZT. Dvě participantky například užívají dražší vitamíny pro těhotné.

Participantky (n=3), kterým se od prožití ztráty podařilo dítě donosit, nebo které byly v době rozhovoru znovu těhotné, popisovaly, že je ztráta v prožívání dalšího těhotenství **velmi ovlivnila**. Nejvíce zmiňovaly **strach** z opakování ZT. P2: „*Pokaždý, když jdu na záchod, tak se prostě koukám, jestli náhodou nekrvácím, přitom mi vůbec nic není, ale oproti tomu prvnímu těhotenství je to prostě jiný, člověk se bojí víc.*“ Nejvíce se **obávaly pravidelných kontrol na gynekologii**, které měly s prožitou ztrátou spojené. Šestá participantka zmínila, že si přála na kontrolu přijít až na poslední možný termín: „*Mělo to obrovské dopad v tom, že já jsem to nejdříve nemohla přijmout a takhle, protože jsem si nechtěla dělat umělý naděje, kdyby se to znovu stalo a tak, takže jsem volala doktorovi a řekla jsem mu, že chci přijít až úplně na ten nejzazší termín.*“ Participantky (n=3) dále zmiňovaly, že **si nebyly schopné počátek těhotenství užívat**. Strach opadal až v momentě, kdy začaly vnímat pohyby dítěte. P6: „*Samozřejmě, čím víc jsem byla těhotná, tím víc ten strach opadal.*“ P9: „*Upřímně až do 20. týdne jsem nebyla schopná si to těhotenství užívat, byl tam neustálý strach, jestli na té kontrole bude miminko v pořádku, jestli tam bude srdíčko a pak až vlastně s tím, že jsem cítila pohyby, tak jsem to trochu obrátila a bylo to lepší.*“ P4: „*Hodně mě to ovlivnilo, měla jsem fakt strach, jakože před každou kontrolou jsem vždycky seděla v té čekárně, cítila jsem, jak mi bouchá srdce, byla jsem z toho opravdu nervózní, hlavně do doby, než jsem cítila, že se to miminko opravdu hýbe, jako když jsem cítila ty pohyby.*“ Dvě participantky také **vyčkaly delší dobu**, než s novým těhotenstvím obeznámily své nejbližší. Další participantka je rozhodnutá, že až bude znovu těhotná, ponechá si tuto zprávu na počátku pouze pro sebe. P11: „*Ted' kdybych byla těhotná, tak bych to nikomu neřekla, nikomu, jenom příteli, až do nevím, kdy už je bezpečné, že se nemůže nic stát...*“

6.3 Doporučení pro ženy procházející časnou ztrátou těhotenství plynoucí ze závěrů výzkumu a zkušeností žen

V této podkapitole shrneme nejdůležitější aspekty, které ženám napomáhají při zvládnutí jejich ztráty. Budeme se opírat o výsledky zhotovené analýzy, které obohatíme o vyřčená posláná participantek.

Potvrzení ZT: Při zjištění zamlklého těhotenství žena nemusí být schopná vnímat informace ani samotnou situaci, ve které se ocitla. Může pro ni být velmi náročné si uvědomit, že její těhotenství skončilo. Zvláště v momentě, kdy na sobě stále pocítuje těhotenské příznaky. Pro ženu tak může být nápomocné, když dojde k **potvrzení ZT**

i dalším odborníkem (možnost přizvání kolegy lékaře či navštívení jiného gynekologa). Může jí to pomoci zbavit se potenciálních pochybností o pravdivosti ZT.

Dostatečná informovanost: Bohužel se stává, že někteří gynekologové uznávají pouze jedinou cestu ukončení těhotenství, a to chirurgický zákrok. Lékaři často neberou v potaz skutečnost, že každá žena je jiná, a každé tak může vyhovovat jiný způsob ukončení jejího těhotenství. Pokud se ženě dostatečné informovanosti nedostane od zdravotníků, je důležité, aby si je vyhledala sama. Zjistila si, jaká jsou rizika a výhody obou způsobů ukončení a dospěla tak **k vědomému, informovanému rozhodnutí**. Významným zdrojem informací jsou vzniklé brožury či diplomové práce, které se danou problematikou zabývají. Jsou shrnuté v podkapitole 3.6 *Aktuální zdroje zabývající se časnou ztrátou v těhotenství*. Zejména diplomové práce mohou být velmi cenné, jelikož jejich praktické části zpravidla obsahují přímé výroky participantek, které textu dodají větší autenticitu, a čtenářky se s nimi mohou lépe ztotožnit. Dostatečná informovanost může ženě napomoci zvládnout samotný průběh ztráty, ale i období po ní. Dvanáctá participantka vzkázala ženám následující: *„Tak určitě, aby se informovaly o všech možnostech, který jsou možný, pro mě bylo velký zjištění, o kterým jsem tolik neslyšela, byl ten zákrok savkou, který je o hodně mírnější, a jako když to jde, tak by rozhodně měly vyhledávat místa, kde to dělaj, a ne jít do velký, anonymní nemocnice na kyretáž. A hledání inřormací a aby si našly porodní asistentku, protože i v týhle době jim může porodní asistentka pomoct, může jim právě podat tyhle informace, poradit v okolí, kterej gynekolog je na to dobrej a zároveň poskytnou informace, co dělat, aby to šlo spontánně.“*

Dostatek podpory: Na tomto místě bychom chtěli vyzdvihnout, že to, jak žena celou zkušenost zvládne, je významně ovlivněno přístupem jejího okolí. Z analýzy jednoznačně vyplývá, že období ztráty žena zvládá mnohem lépe, pokud se má o koho opřít a **nemusí si zkušeností procházet sama**. Ať už to je podpora partnera, blízké rodiny či kamarádů. Každá z nich je nesmírně důležitá. Ženy si nejvíce váží citlivého přístupu, uznání ztráty a pochopení od druhých. K dalšímu významnému aspektu patří hovoření o ztrátě. Tím, že mohou o ztrátě s druhými hovořit, si ji v sobě postupně zpracovávají. Velmi významnou podporu si ženy mohou poskytnout i mezi sebou v podobě sdílení svých příběhů a zkušeností. Mohou si díky nim uvědomit, že **nejsou jediné, které tato zkušenost potkala**. Význam podpory krásně popsala sedmá participantka: *„Když je člověk šťastný nebo smutný a sdílí to mezi vícero lidmi, tak o to se ta radost násobí, ale i smutek si mezi sebou mohou lidi rozdělit a člověk to nemusí prožívat sám, protože na jednoho je toho docela dost.“* Pokud žena nemá, s kým

svoji ztrátu sdílet, může **využít odborné pomoci**. Jako významné se dále jeví **skupiny** sdružující ženy se zkušeností se ztrátou (např. skupina Zamklé těhotenství, přirozený potrat – rady, příběhy, psychická podpora). P9: „*Určitě bych jim chtěla říct, aby se o tom nebály mluvit, aby se nebály si vyhledat skupinu žen, která si prošla něčím podobným a vypovídat se z toho, hodně to pomáhá.*“

Rozloučení: Rozloučení je důležitou součástí uzavření ztráty. Je to milník, který nám napomáhá uvědomit si skutečnost ztráty a zároveň nám ji může napomoci nechat odejít. A není tomu jinak ani v případě časně ztráty. I přesto, že v některých případech žena nemá potracené embryo/plod fyzicky, měla by se s ním rozloučit způsobem, který je jí nejbližší. Může to být formou vnitřního rozloučení, pohřbu, zapálení svíčky, napsání dopisu atd. Žena si sama může vymyslet svůj způsob rozloučení. Žádný z nich není lepší nebo horší, účinnější nebo méně účinný. Pokud se ztráta odehrává v rodině, ukazuje se, že může být velmi nápomocné do procesu rozloučení **zapojit i partnera s dětmi**. P4: „*Udělat si ten rituál, i když nemá to miminko, tak alespoň si dát do krabičky ten kamínek, prostě něco, nějaký symbol, ale fakt ten rituál udělat, cokoliv, třeba poslat po vodě, cokoliv, co ta žena chce a cítí, to je důležité, protože je to ten mezník, co to ukončí, a pak už to není.*“

Následování svých potřeb: Ženy v době ztráty mohou mít různé potřeby, ať už je to již zmíněná potřeba informovanosti, podpory, rozloučení či další, které jsme zmínili v předchozích podkapitolách. Je důležité, aby je v sobě nepotlačovala, ale naopak se je snažila naplnit. Důležité se jeví zejména **prožití ztráty**. Žena by si měla dovolit truchlit, prožít emoce, které cítí. Potlačované emoce by mohly značně ztěžovat vyrovnávání se se ztrátou. Opět přidáváme dva výroky žen. Čtvrtá participantka řekla následující: „*V podstatě je to právě to, dovolit si cokoliv, být v tu dobu, v tom období, kdy to žena pouští a prožívá, podle mě je hodně důležitý ten zlom a být k sobě velmi laskavá a prostě poslouchat se, naslouchat sobě, dopřát si čas, netlačit na sebe, nesrovnávat se, nechat si to prožít, tak jak zrovna potřebuju, a říct si o pomoc, říct si, když potřebuju obejmout, a dát si i lásky sobě.*“ Šestá participantka pak ve svém poslání zmiňovala: „*Mít i čas, trošku si to odtrpět, vybrečet, klidně rvát, prožít si to, hlavně si to v sobě nějak nedusit, protože mi přijde, že to stejně nějak doběhne, takže možná, čím dřív si to v sobě nějak uzavřít, takže tím líp.*“

Pro větší přehlednost přikládáme Tabulku č. 5, která shrnuje aspekty, které participantkám napomáhaly při zvládnání ztráty

Tabulka č. 5: Nápomocné aspekty při zvládnání ztráty

nápomocné aspekty při zvládnání ztráty	
dostatečná informovanost	citlivý přístup zdravotníků
rozloučení se se ztrátou	hovoření o ztrátě
přítomnost dítěte	prožití ztráty
sejmutí viny ze strany zdravotníků	uvědomění, že nejsou samy
podpora blízkých	uznání ztráty a projevení lítosti
podpora partnera	pročítání si brožur o ztrátě
skupiny sdružující ženy se ztrátou	setkávání se s dalšími ženami, které prožily ztrátu

Při analýze se nám podařilo odhalit i několik aspektů, které naopak vyrovnávání se se ztrátou komplikovaly. Jsou představeny níže, v Tabulce č. 6.

Tabulka č. 6: Aspekty komplikující zvládnání ztráty

aspekty komplikující zvládnání ztráty	
nedostatečná informovanost	potlačování emocí
necitlivý přístup zdravotníků	kontakt s těhotnými ženami při zákroku
necitlivé, bagatelizující věty	bezdětnost
neuznání ztráty druhými	osamělost
nedostatečná podpora blízkých	kontakt s těhotnými ženami po ztrátě
nedostatečná podpora partnera	vyhýbání se tématu ztráty
témata týkající se těhotenství	nedostatečné rozloučení se se ztrátou

7 ZODPOVĚZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

V sedmé kapitole se budeme zabývat zodpovězením dílčích výzkumných otázek. Cílem této kapitoly je vyzdvihnout nejdůležitější poznatky z analýzy jednoduchou a srozumitelnou formou.

VO1: Jaké byly okolnosti zjištění zamlklého těhotenství?

Všechny ženy prožívaly počátek těhotenství jako radostné období. Ke zjištění ZT docházelo u jednotlivých žen v různých týdnech. Zpravidla se ukazovalo, že čím starší těhotenství, tím náročnější pro ženy bylo následné zvládnutí jejich ztráty. Většině žen bylo ZT oznámeno na pravidelné kontrole. Některé se setkaly s potvrzením ještě druhého lékaře. Více než polovina žen neměla o zamlklém těhotenství povědomí. Při zjištění ZT participantky prožívaly celou škálu negativních emocí (šok, úzkost, zmatek, bezmoc...). Část žen ponechala průchod emocím až v soukromí. Participantky dále uváděly, že nebyly schopné vnímat situaci ani sdělované informace. Pouze některým ženám byly ze strany lékaře nabídnuty obě možnosti ukončení ZT.

VO2: Jak žena prožívala období do ukončení těhotenství?

Zajímavým zjištěním naší analýzy byla skutečnost, že pouze ženy, které měly podstoupit chirurgický zákrok, prožívaly toto období negativně. Nejnáročnější pro ně bylo uvědomění, že v sobě nosí mrtvé dítě. Toto období vnímaly jako nekonečné a přály si jej mít co nejdříve za sebou. Naopak ženy, které se rozhodly vyčkávat na samovolný potrat, neprožívaly tuto dobu negativně, spíše se soustředily na podporu potratu, např. pitím maliníku.

VO3: Jaký dopad měla ztráta na psychiku ženy?

Bezprostřední prožívání žen po potratu bylo velmi závislé na způsobu ukončení ZT. Participantky, které se rozhodly pro samovolný potrat, jej vnímaly jako pomyslné uzavření kruhu. Významná pro ně byla zejména možnost prožít si ukončení ztráty. Po ukončení těhotenství ženy popisovaly řadu pozitivních emocí, jako úlevu, štěstí, radost či pocit zvládnutí. Významná pro ně byla přítomnost manžela v době potratu.

Participantky, které podstoupily chirurgický zákrok, po probuzení z anestezie prožívaly hlavně negativní emoce, jako smutek, pocity prázdnoty či apatii. Ženy dále zmiňovaly fyzickou bolest, která u některých byla tak intenzivní, že jim na chvíli pomohla potlačit psychické prožívání.

Participantky dále uváděly, že po ztrátě pro ně bylo náročné být v kontaktu s těhotnými ženami a jakákoliv témata týkající se těhotenství. Ženy, které pracovaly v oblasti porodnictví, zmiňovaly potíže s vykonáváním profese. U některých se dále objevovaly obavy o fyzickou stránku těla a o to, zda budou schopné někdy dítě donosit. Ženy, které již děti měly, se svěřily, že o ně mají od ztráty větší strach.

VO4: Jaký dopad měla ztráta na partnerský vztah?

Většina participantek uvedla, že zkušenost se ztrátou měla na jejich partnerský vztah dopad, a to buď pozitivní, nebo negativní. Pokud žena od svého partnera cítila dostatek podpory, zpravidla to vedlo ke vzájemnému sblížení a k celkovému posílení vztahu. V případě samovolného potratu ke vzájemnému sblížení napomohla přítomnost partnera.

Některé ženy však zmiňovaly, že se s partnerem po prožité ztrátě vzdálili. Za příčinu považovaly zejména nedostatek poskytnuté podpory, nepřítomnost partnera v době potřeby a nezájem partnera o jejich prožívání. V jednom případě ztráta vedla k definitivnímu ukončení vztahu.

VO5: Jakými způsoby se žena se ztrátou vyrovnávala?

Většina žen se se svojí ztrátou nějakým způsobem rozloučila. U některých participantek loučení probíhalo delší dobu, jiné naopak zvolily jediný milník ukončení jejich ztráty. Každá žena se se ztrátou začala loučit v jiné fázi (před porodem, během potratu, po potratu nebo až s odstupem času). Rozloučení probíhalo formou zapálení svíčky, pohřbení embrya/plodu, vytvoření vzpomínkové krabice, napsání dopisu, psaní si deníku či zasazení květiny. Část žen si svoji ztrátu zvěčnila formou tetování.

Významná se jevila dostatečná informovanost participantek a podpora od blízkých. Nápomocné bylo také sejmutí viny ze strany lékaře a přijetí biologické příčiny ztráty. Participantky, které v době ztráty již dítě měly, uváděly, že jeho přítomnost a vnímavost měla jednoznačně pozitivní dopad na jejich prožívání a zvládání náročných okamžiků. Již samotné vědomí, že byly schopné dítě donosit, jim dodávalo naději na další početí. Za důležitý aspekt ženy dále považovaly uvědomění, že nejsou jediné, které ztráta potkala.

Významné pro ně bylo setkávání se s dalšími ženami, které ztrátu prožily, nebo čtení si podobných příběhů v online prostředí.

VO6: Jaký dopad měla ztráta na prožívání dalšího těhotenství?

Polovina participantek uvedla, že se u nich objevovala touha o nahrazení ztráty novým těhotenstvím. Všechny participantky, kterým se od ztráty podařilo donosit dítě nebo které byly v době rozhovoru těhotné, zmiňovaly zejména strach z opakování ZT. Nepříjemné pro ně byly pravidelné kontroly na gynekologii, jelikož se jim pojily se zjištěním ZT. Participantky dále zmiňovaly, že nebyly schopné si počátek těhotenství užívat. Radost začaly prožívat až při vnímání pohybů dítěte. Část žen vyčkala i delší dobu, než s novým těhotenstvím obeznámila své blízké. Snažila se tak vyhnout případnému opětovnému sdělování ztráty. Objevovalo se také přání častějších gynekologických kontrol. Dvě participantky se dále rozhodly na nějakou dobu odložit snažení se o početí.

VO7: Jaká je role partnera ve zvládnutí ztráty?

Role partnera je v období ztráty stěžejní. Většina participantek ji považovala za zcela nejvýznamnější. Někteří partneři svým ženám dokázali poskytnout pouze počáteční podporu, která byla vázaná na přímé období ztráty. Důvodem může být skutečnost, že první trimestr těhotenství je pro muže příliš abstraktní, jelikož ještě nespátřují fyzické známky těhotenství ani pohyby dítěte. Pokud má žena v partnerovi oporu v době ztráty, je pro ni její zvládnutí podstatně snazší. Naopak necitlivý přístup partnera může ženu velmi zraňovat a vést k nedůvěře ve vztahu a ke skrývání prožívaných emocí.

VO8: Jaký dopad má přístup blízkého okolí ženy na její zvládnutí ztráty?

Stejně jako role partnera i přístup blízkých má na formování zkušenosti ztráty významný dopad. Pokud žena má, s kým svoji ztrátu sdílet a cítí dostatek podpory od druhých, snáze se se svojí ztrátou vyrovnává.

Participantky se setkávaly s rozmanitými reakcemi z jejich blízkého okolí. Některé se setkaly s citlivým přístupem a dostatkem nabídnuté podpory. Ženy oceňovaly zejména uznání jejich ztráty, projevení lítosti a možnost hovoření o ztrátě s druhými. Zraňující pro ně byly naopak necitlivé, bagatelizující věty a vyhýbání se tématu ztráty. U některých žen necitlivý přístup druhých vedl dokonce ke změně jejich vztahu k dotyčné osobě. Téměř všechny ženy v rozhovoru poukázaly na skutečnost, že okolí častokrát nevědělo, jak se ke ztrátě postavit, jak ji uchopit. Mnohdy pak pro ně bylo jednodušší dělat, jako by se nic nestalo, což však ženy vnímaly jako popření významnosti jejich ztráty.

VO9: Jaký význam má přístup zdravotníků na zvládnání ztráty?

Význam zdravotníků je rovněž neopomenutelný. Jsou to právě oni, kteří ženě sdělují, že její těhotenství nemůže nadále pokračovat. Část žen se s nimi setkává i při ukončení ZT. Z toho důvodu přístup, který k ženě zaujmou, hraje při celkovém prožitku zásadní roli.

Pokud se žena setká s citlivým přístupem zdravotnického personálu, zpravidla je pro ni zvládnání ztráty snazší, protože se může soustředit pouze na sebe a své prožívání. Participantky u zdravotnického personálu oceňovaly zejména vyjádření lítosti, uznání jejich ztráty, poskytnutí dostatek informací a sejmutí pocitu viny za vznik ZT. Pokud ze strany zdravotníků došlo k vyjádření normalizace četnosti ZT, velmi záviselo na tom, jak tato informace byla podána. Ženy dále oceňovaly i přizvání dalšího lékaře k definitivnímu potvrzení ZT.

Zraňující pro participantky bylo, pokud jim gynekolog ZT oznámil necitlivým způsobem. Velmi negativně ženy vnímaly zejména dobu do zákroku a po něm. Toto období pro ně bylo náročné už z podstaty ukončení těhotenství. Pro některé ženy však tato zkušenost byla ještě více zraňující, protože se v zařízení, kde k zákroku došlo, setkávaly s těhotnými ženami. Dvě participantky s nimi dokonce sdílely pokoj.

V10: Jaké poslání ženy předávají dalším ženám, které se ocitnou v podobné situaci?

Desátá otázka je naší doplňkovou výzkumnou otázkou. Všechny participantky vzkázaly nějakou zprávu ženám, které se ocitnou v podobné situaci jako ony. Nejčastěji se týkaly vyjádření, že nejsou jediné, které ztrátu prožily. Nejsou v tom samy. Dále doporučovaly zejména zjišťování si informací týkající se ZT, pročítání si dalších příběhů žen či setkávání se s ženami, které ztráta také potkala. Význam dále spatřovaly v rozloučení se s potraceným embryem/plodem a následování svých potřeb. Participantky zmiňovaly, že je důležité si svoji ztrátu prožít, rozloučit se s ní, hovořit o ní s druhými a nepotlačovat své emoce. Některé participantky dále doporučovaly navštívení odborné pomoci či využití podpory porodní asistentky v procesu ztráty.

8 DISKUZE

V osmé kapitole si znovu popíšeme jednotlivé výsledky práce, tentokrát je však budeme dávat do souvislostí s výzkumy, které byly představeny v teoretické části. Budeme nacházet vzájemné spojitosti, i aspekty, ve kterých se naše práce s ostatními výzkumy rozchází. Pro lepší orientaci bude text rozdělen do kapitol dle tří výzkumných cílů. V závěru Diskuze se budeme zabývat možnými limity našeho výzkumu, jeho přínosy a potenciálními náměty pro další studie.

8.1 Diskuze výsledků

V naší praktické části jsme se zabývali **zkušeností se zamlklým potratem a jeho psychologickými aspekty**. Naši teoretickou část sytily zejména výzkumy týkající se veškerých spontánních potratů obecně. Na základě srovnávání našich zjištění s výsledky předchozích výzkumů jsme však dospěli k názoru, že mezi nimi nenacházíme významné rozdíly, čímž potvrzujeme názor Cassaday (2018) a Špaňhelové (2015).

Zjištění naší studie dokládají, že ztráta těhotenství během prvního trimestru je pro ženy bolestivým milníkem v jejich životech (Farren et al., 2018). Je tak žádoucí, aby nedocházelo k opomíjení této oblasti, ba naopak by se mělo více zaměřit na její nejvýznamnější aspekty, které by mohly postiženým ženám napomáhat při zvládnání jejich ztráty. Všechny participantky při rozhovoru zmiňovaly nedostatek osvěty o daném tématu ve společnosti. Právě tato skutečnost se stala jejich stěžejní motivací k účasti ve výzkumu. Naším výzkumem jsme se začali zabývat na přelomu roku 2021/2022, toto období považujeme za zlomové v dané problematice. Na nedostatek literatury v této oblasti zareagoval vznik několika příruček, které se vyvíjely zejména na základě praxe. Jejich cílem bylo zvyšovat povědomí o daném tématu a poskytovat tak postiženým ženám potřebné informace. K prozkoumání dané oblasti přispělo také několik diplomových prací. Naš výzkum tak považujeme za další cenný zdroj. Zamlklé těhotenství jsme se snažili prozkoumat v celé jeho šíři, co možná nejvíce autenticky, a to prostřednictvím jednotlivých příběhů žen, které si ztrátu prožily.

8.1.1 Období do ukončení těhotenství

Stejně jako uvádějí Gerber-Epstein et al. (2008), prožívání ztráty nekončilo v momentě jeho ukončení, ale participantky se se svojí ztrátou vyrovnávaly podstatně delší období. I v našem výzkumu ženy o embryu/plodu hovořily jako o dítěti (Ratislavová, 2016; Špaňhelová, 2015). Výjimku tvořily ženy, které se v oblasti porodnictví pohybují (porodní asistentky, dula). Podobně jako ve výzkumu Cassaday (2018) participantky při zjištění prožívaly šok a další škálu negativních emocí. V naší studii dále popisovaly neschopnost vnímat poskytnuté informace ani samotnou situaci při zjištění ZT, čímž podporujeme výsledky Linnet Olesen a Graungaard (2015).

Při analyzování dat jsme identifikovali jako významné téma **období do potratu**, na které jsme při rešerši literatury nenarazili. Negativně bylo prožíváno pouze ženami, které měly podstoupit chirurgické ukončení ZT. Nejnáročnější pro ně bylo zejména uvědomění, že v sobě nosí mrtvé dítě. Ženy si tak přály, aby zákrok proběhl co možná nejdříve. Participantky, které se rozhodly pro spontánní potrat, toto období vnímaly jako pomyslné uzavření kruhu a negativní emoce příliš neprožívaly. Tato skutečnost může být způsobena rozdílným pohledem žen na dané období. Dle našeho mínění může být jeho příčinou pocíťovaná kontrola nad potratem. Participantky, které čekaly na chirurgický zákrok se na něj nijak nepřipravovaly a dobu do zákroku prožívaly pasivně. Naopak ženy, které vyčkaly na spontánní potrat, se během tohoto období na ztrátu připravovaly a potrat se snažily podpořit různými činnostmi, čímž za jeho průběh přebíraly pomyslnou kontrolu.

8.1.2 Období po prožité ztrátě

Dalším významným zjištěním bylo, že **prožívání po potratu** bylo rovněž velmi závislé na způsobu ukončení. V případě chirurgického zákroku participantky prožívaly smutek, pocity prázdnoty, apatii či bezmoc. Toto zjištění je v souladu s předchozími výzkumy (Emond et al., 2019; Gerber-Epstein et al., 2008; Špaňhelová, 2015; Ockhuijsen et al., 2014; Ratislavová & Hrušková, 2020; Robinson, 2014; Vaňková, 2022; Volgsten et al., 2018). Participantky, které se rozhodly pro vyčkávání formou spontánního potratu, naopak prožívaly směsici pozitivních emocí, jako je radost, pocit štěstí či pocit zvládnutí. Toto zjištění potvrzuje také výzkum Vaňkové (2022). U žen, které prožily spontánní potrat, bylo patrné i snazší vypořádání se se ztrátou. Dle našeho mínění je tato skutečnost způsobena zejména tím, že spontánní potrat ženě umožňuje si potrat plně prožít a díky tomu si ztrátu lépe uvědomit. Podobná zjištění zmiňuje kupříkladu Pazderová (2021). Naopak ženy, které

podstupují chirurgický zákrok, jsou v jeho průběhu v celkové anestezii. Může tak pro ně být mnohem náročnější si skutečnost ztráty uvědomit, protože přichází o pomyslný přechod mezi těhotenstvím a ztrátou. Naše zjištění odporují studii Al-Ma'ani et al. (2014), kteří označili chirurgický zákrok za méně bolestivý ve srovnání s farmakologickým a vyčkávacím způsobem ukončení ZT. V našem výzkumu však zejména participantky, které podstoupily chirurgický zákrok, zmiňovaly prožívanou fyzickou bolest.

Jednu z nejvýznamnějších kategorií v naší analýze tvořily **potřeby žen**, jejichž míra naplnění významně ovlivňovala celkové prožívání ztráty. Většinu zmiňovaných potřeb žen v předchozích výzkumech (Lišková, 2022; Meaney et al., 2017; Sejourne et al., 2010), se nám podařilo potvrdit, a to konkrétně dostatek podpory od druhých, informovanost, sdílení ztráty s dalšími ženami, které ji také prožily, využití odborné pomoci či zaměstnávání se jinými aktivitami. V naší studii jsme potřeby dále rozlišili podle toho, zda se objevovaly před potratem, nebo po něm. K dalším zjištěným potřebám patřilo: mít zákrok co nejrychleji za sebou, potřeba porozumění ztrátě, potřeba trávit čas o samotě, potřeba nahrazení ztráty dalším těhotenstvím či potřeba uzavření ztráty.

V teoretické části jsme zmínili několik výzkumů, které se zabývaly **okolnostmi ovlivňujícími prožívání ztráty**. V našem výzkumu jsme za významné aspekty ztěžující prožívání ztráty odhalili bezdětnost a nedostatek podpory od partnera, čímž se nám podařilo podpořit zjištění Adolfsson (2011), DeMontigny et al. (2017), Meaney et al. (2017), Ockhuijsen et al. (2014), Van den Akker (2011) a Volgsten et al. (2018). Naše zjištění však odporují studii Meaney et al. (2017), ve které autoři našli souvislost mezi věkem ženy a prožíváním její ztráty. V našem výzkumu věk žen v daném kontextu nebyl příliš významný, největší roli zastával již zmíněný aspekt bezdětnosti. Patrné bylo také náročnější prožívání ztráty u žen, které potratily v pozdějších týdnech těhotenství.

Způsobům rozloučení se v kontextu časně ztráty příliš výzkumů nevěnovalo. K iniciativě prozkoumávání této oblasti tak dochází až v posledních pár letech. V souladu se zjištěním McIntyre et al. (2022) jsme u žen odhalili významnou potřebu rozloučení. Z 12 participantek se nějakou formou se ztrátou rozloučilo 11 z nich. Stejně jako zmiňuje Filipová (2022), participantky vnímaly rozloučení jako příležitost uzavření ztráty. Zvláště pro ženy, které podstoupily chirurgický zákrok, může být rozloučení významným milníkem, při kterém si skutečnost jejich ztráty uvědomí. Některé participantky dokonce využily způsobů rozloučení hned několik nebo je opakovaly do té doby, než si v sobě ztrátu dokázaly zpracovat. Participantky se se ztrátou loučily formou napsání dopisu, pohřbu, zasazení kytice

či zapálení svíčky (Filipová, 2022; Pazdera, 2021; Vaňková, 2022). Některé si dále vytvořily vzpomínkovou krabici. Stejně jako ve výzkumu McIntyre et al. (2022) i v našem výzkumu si některé z žen nechaly ztrátu zvěčnit formou tetování nebo si pořídily šperk, který jim jejich ztrátu symbolizoval. Významným aspektem v naší studii bylo zejména zapojení partnera s dětmi do procesu rozloučení se se ztrátou. Nápomocná při zvládání ztráty byla dále přítomnost dítěte, což je v souladu s Volgsten et al. (2018). Ženy nacházely útěchu ve vědomí, že se jim již dítě podařilo donosit, což jim dodávalo naději v další početí (Lišková, 2022; Meaney et al., 2017; Volgsten et al., 2018). Při vyrovnávání se se ztrátou ženám výrazně napomáhala dostatečná informovanost, sdílení zkušeností s dalšími ženami, hovoření o ztrátě s druhými, čímž potvrzujeme zjištění Bellhouse et al. (2018), Hiefner (2020), Ockhuijsen et al. (2014), Sejourne et al. (2010).

Významným tématem při zvládání ztráty se ukázalo její **porozumění**. Podobně jako ve výzkumu Cassaday (2018) a Liškové (2022) se u některých žen na počátku objevovaly výčitky za věci, které by mohly mít potenciální souvislost se ztrátou. Zajímavým zjištěním by mohlo být, že sebeobviňování bylo přítomné pouze u žen, které podstoupily chirurgický zákrok. Úlevu, stejně jako ve výzkumu Liškové (2022), ženy nacházely zejména v biologickém vysvětlení. Významným aspektem se dále ukázalo sejmutí viny ze strany zdravotníků. Bardos et al. (2015) zjistili, že na hledání příčiny ztráty má vliv vzdělání žen. V naší studii jsme však tuto zákonitost neobjevili. Nepodařilo se nám potvrdit ani výsledky Liškové (2022), která zjistila, že ženy, které měly dobré povědomí o četnosti výskytu spontánních potratů, za ztrátu necítily pocit viny a odpovědnost. V našem výzkumu, v daném kontextu, povědomí o výskytu ZT nehrálo důležitou roli. Spíše se ukazovalo, že některé ženy, které o ZT neměly sebemenší povědomí, ztrátu prožívaly hůře. Nenalezli jsme ani význam víry při zvládání ztráty. Ačkoli pět participantek bylo věřících, víru zmínila během rozhovoru pouze jedna z nich. Zkušenost se ztrátou ji od Boha vzdálila. Stejně jako ve výzkumu Carolan a Wright (2017) odmítala vysvětlení v podobě Boží vůle.

Významným tématem v naší studii bylo také **prožívání dalšího těhotenství na pozadí prožité ztráty**. Naše zjištění potvrzují výzkum Ockhuijsen et al. (2014). Pro ženy byla po ztrátě velmi náročná konfrontace s těhotnými ženami a obecně s tématy týkajícími se těhotenství. Jak poukázali ve své studii i Bailey et al. (2019), ženy si počátek nového těhotenství nedokázaly zcela užívat, jelikož je neustále provázely obavy a strach z opakování ztráty. Intenzivní strach participantky zmiňovaly zejména při pravidelných kontrolách. Ženy uklidňovalo, pokud na sobě začaly pozorovat těhotenské příznaky, čímž podporujeme

zjištění Andersson et al. (2012). V naší studii participantky za významný milník považovaly vnímání pohybů dítěte. Některé participantky se po ztrátě dále rozhodly další těhotenství svému okolí oznamovat až po delší době. Snažily se tak vyhnout případnému sdělování opětovné ztráty.

Mimo jiné jsme se také zabývali **dopady prožité ztráty** na život ženy. Několik žen poukazovalo na rozházený cyklus menstruace a obavy týkající se fyzické stránky těla.

8.1.3 Význam sociálních vlivů na pozadí prožívané ztráty

Na formování zkušenosti se ztrátou mělo významný vliv **okolí ženy**, zejména partner, její blízké okolí a zkušenosti se zdravotnickým personálem. Toto zjištění se shoduje s předchozími výzkumy (Bellhouse et al., 2018; Karaca & Oskay, 2021; Lišková, 2022). Náš výzkum potvrzuje názor Špaňhelové (2015), Hiefnera (2021) a Swanson et al. (2003), kteří zmiňují, že zkušenost, jako je ztráta těhotenství prokáže, jak jsou vztahy doopravdy silné. To, jaký přístup okolí k ženě zaujalo, významně ovlivnilo život po ztrátě a kvalitu vzájemných vztahů.

Prožitek ztráty vedl jak k odcizení, tak k většímu sblížení ve vztahu (Hiefner, 2021; Swanson et al., 2003). Patrný byl tento aspekt zejména v kontextu **partnerského vztahu**. Ke sblížení, vedle poskytované podpory, dále napomáhala partnerova přítomnost u spontánního potratu v domácím prostředí. Naopak nedostatek podpory a nezájem ze strany partnera vedl participantky k pochybnostem o vztahu, nedůvěře k partnerovi, v jednom případě pak k celkovému ukončení vztahu. Dvě participantky dále zmínily, že jejich partneři ztrátu sice prožívali, ale nedávali své emoce najevo. Partneři, podobně jako ve výzkumech Chavez et al. (2019), McGarva-Collins et al. (2022), Williams et al. (2020), mohli nabývat pocitu, že nemají na prožívání emocí nárok, jelikož se jich ztráta týkala méně než jejich partnerek. V našem výzkumu některé participantky zmiňovaly pouze počáteční podporu jejich partnerů. Ta mohla být způsobena skutečností, že v prvním trimestru je pro muže těhotenství příliš abstraktní. Je však možné, že ženy prožívání ztráty jejich partnerů mohly přehlížet, jelikož se příliš zabývaly svými pocity, jak ve studii poukazují Gerber-Epstein et al. (2008).

Podobně jako v předchozích výzkumech (Bellhouse et al., 2018; Lišková, 2022), participantky nejvíce oceňovaly uznání ztráty, pochopení a možnost sdílení jejich ztráty s druhými. Pokud se žena setkala s necitlivým přístupem od svých **blízkých**, ukázalo se, že to mělo na jejich vztah negativní dopad. Velmi zraňující pro participantky byly zejména

bagatelizující věty pronesené druhými (Bellhouse et al., 2018; Ockhuijsen, 2014; Rowlands & Lee, 2010; Špaňhelová, 2015; Vaňková, 2022). Tyto věty u některých participantek vedly ke změně vztahu s danou osobou. Náš výzkum potvrzuje také tvrzení Bellhouse et al. (2018). Participantky zmiňovaly, že blízcí často nevěděli, jak se ke ztrátě postavit, což následně mohlo vést k tomu, že se danému tématu snažili vyhýbat. Toto chování však pro ženy bylo velmi zraňující. V souladu se zjištěním Liškové (2022) a Freeman et al. (2021), participantky vnímaly normalizování četnosti ZT různě. Zjistili jsme, že velmi záleželo na tom, jak jim tato informace byla podána. Pokud jim byla sdělena empaticky, přinesla participantkám úlevu, jestliže však byla pronesena necitlivě, ženy ji spíše vnímaly jako neuznání a zlehčování jejich ztráty.

Jak zmiňují MacWilliams et al. (2016) **zdravotníci** častokrát nevnímají časnou ztrátu v těhotenství jako příliš významnou. Naše zjištění dokládají, že jejich přístup k ženě má významný dopad na celkovou zkušenost se ztrátou (Cassaday, 2018). V naší studii se většina participantek setkala s citlivým přístupem zdravotníků, oceňovaly zejména dostatečnou informovanost, uznání ztráty, sejmutí viny a vyjádření soucitu z jejich strany. Tato zjištění podporují výzkumy Baird et al. (2018) a Meaney et al. (2017). Významné pro ženy bylo také potvrzení ZT dalším lékařem, které jim napomohlo zbavit se potenciálních pochybností o stanovené diagnóze. Zraňující pro ženy bylo, pokud se v zařízení, kde došlo k chirurgickému zákroku, setkávaly s těhotnými ženami. Na tento aspekt poukazují ve svých doporučeních pro zdravotníky také Zemánková a Michalová (2021). Dle nich by nemělo docházet k umístování žen procházejících ztrátou do stejných místností s těhotnými.

8.2 Limity výzkumu

Jelikož jsme se v naší práci rozhodli zabývat problematikou zamklého těhotenství komplexně, je možné, že jsme **u některých témat analýzy nepostihli celou jejich šíři**. Snažili jsme se však neopomenout žádné z důležitých témat, které by mohlo prožívání časné ztráty v těhotenství ovlivňovat.

Další nedostatky jsme si uvědomovali **v průběhu naší analýzy**. Vzhledem k choulostivosti zkoumané problematiky nám přišlo důležité respektovat princip dobrovolnosti. Vážili jsme si všech žen, které se chtěly do našeho výzkumu zapojit. Již v průběhu sběru dat se jako významné aspekty ovlivňující prožívání ztráty ukázaly bezdětnost a způsob ukončení ZT. Rozhodli jsme se však neselektovat participantky na základě zmíněných okolností. Pokud bychom se totiž rozhodli změnit podmínky zapojení do

výzkumu, museli bychom se žen předem dotázat, jakou formou své těhotenství ukončily, což nám přišlo velice neetické. Participantky se nám také ozývaly během jednoho časového rozhraní – když byl plakát na skupině nejvíce aktuální. Termíny setkání tak byly předem dané dlouho dopředu. Obávali jsme se, že kdybychom ženám účast ve výzkumu zrušili, mohly by se cítit odmítnuté. Vzhledem k uvědomění možnosti již prožitého pocitu odmítnutí v průběhu ztráty jsme se rozhodli tento pocit dále neprohlubovat. Je však důležité na tomto místě podotknout, že náš výběrový soubor tvořilo osm žen, které podstoupily chirurgický zákrok, a pouze čtyři participantky, které své těhotenství ukončily formou spontánního potratu. Z hlediska aspektu bezdětnosti náš výběrový soubor tvoří pouze čtyři ženy, které byly v době rozhovoru bezdětné. Věříme, že pokud bychom v tomto ohledu měli výběrový soubor vyvážený, závěry analýzy by byly o něco přesnější a přenositelnější.

Nejprve jsme se obávali, zda nebude v našem výzkumu hrát významnou roli **doba, která od ztráty uplynula**. Zpočátku jsme si tak stanovili podmínku, že pro zařazení do výzkumu muselo od prožité ztráty uplynout 12 měsíců. Opírali jsme se při tom o výsledky Farren et al. (2018), kteří dospěli ke zjištění, že do roka u všech žen pominuly psychické obtíže. V naší studii jsme však nenalezli vztah mezi uplynutou dobou od ztráty a mírou vyrovnání se s ní. Na zpracování ztráty měly vliv spíše jiné aspekty než čas, a to zejména přístup druhých a dostatek nápomocných aspektů v jejím průběhu. Jedinou nevýhodu spatřujeme v množství zapamatovaných momentů týkajících se období ztráty v závislosti na uplynulé době. Ženy, které si ztrátu prožily nedávno, ji přirozeně popisovaly s větším množstvím detailů. Dále je důležité poukázat na skutečnost, že ke ztrátě docházelo **v různých týdnech těhotenství** (od 7. do 13.), což mohlo významně ovlivňovat prožívání dotyčných žen a celkovou zkušenost se ZT. Některé ženy již na sobě začaly spatřovat viditelné příznaky těhotenství, zatímco jiné ZT zjistili téměř na počátku.

Dalším limitem je zajisté také míra **subjektivity autorky práce**, která mohla ovlivňovat všechny fáze výzkumu. Jak jsme zmínili v podkapitole zabývající se etikou, autorka se snažila přizpůsobovat aktuálnímu psychickému prožívání participantek. V průběhu rozhovorů tak z její strany docházelo k vyjádření podpory a pochopení. V každém rozhovoru však k tomu docházelo v jiné fázi. Respektováním individuálních potřeb a tempa každé respondentky také docházelo k drobným změnám v pokládaných otázkách. I tato skutečnost tak mohla ovlivňovat množství a povahu získaných dat. Ve dvou případech se autorka práce rozhodla zcela odklonit probírající téma, protože bylo pro ženy příliš zraňující. Toto rozhodnutí bylo na úkor zjištění potenciálních detailů týkajících se dané

okolnosti, avšak snažili jsme se neohrozit dané participantky psychickou újmou, která by mohla v případě pokračování nastat.

8.3 Přínosy a náměty pro další studie

Jak jsme zmiňovali výše, všechny participantky popisovaly, že je zamlklé těhotenství velmi tabuizovaným tématem ve společnosti. Rádi bychom tak naší prací přispěli k větší osvětě ve společnosti, jelikož v ní spatřujeme velký potenciál v **přesahu do praxe**. Jako významné dále považujeme, že se naše práce, jako jediná, zaměřovala konkrétně na jeden typ spontánního potratu – **zamlklé těhotenství**. Náš výzkum tak může sloužit jako významný zdroj informací pro samotné ženy, které si ztrátou prochází, tak i pro blízké okolí ženy, zdravotnický personál či psychology, kteří se ve své praxi s postiženými ženami setkávají. Naším cílem je dále vytvořit výstup shrnující výsledky analýzy, který by mohl posloužit jako průvodce pro ženy procházející zamlklým těhotenstvím. Jeho podobu však stále promýšlíme.

Za největší přínos naší práce považujeme zejména **komplexnost**, se kterou jsme zamlklé těhotenství prozkoumali. Naše participantky, ačkoli všechny prožily zkušenost se zamlklým těhotenstvím, tvořily poměrně rozdílnou skupinu. Bylo tak zajímavé pozorovat, jak určité okolnosti, týkající se ztráty, měly vliv na celkové prožívání dané zkušenosti. Za důležité téma analýzy považujeme zejména **zmapování způsobů rozloučení se se ztrátou**, kterému doposud nebylo, jak u nás, tak v zahraničí, věnováno dostatek pozornosti. Dále pak prozkoumání významu interpersonálního aspektu ženy a prožívání dalšího těhotenství. Jako významné téma se také vynořilo **období do potratu**, jehož aspekty jsme mohli prozkoumat. Náš výzkum tak může být odrazovým můstkem pro další studie, které by se rozhodly jednotlivá témata probádat hlouběji.

Další autoři by se také mohli pokusit o **větší reprezentativnost** výběrového vzorku, konkrétně ve způsobech ukončení ZT (spontánní vs. chirurgický) a bezdětnosti. Mohli by se tak pokusit ověřit rozdíly zjištěné v naší studii na vyváženějším vzorku. Zajímavé by bylo také prozkoumání **role partnera v průběhu ztráty jeho očima**, jelikož se touto problematikou zabývalo prozatím pouze pár výzkumů v zahraničí. Další významná zjištění by dále mohla přinést rozhovory s oběma partnery, ve kterých by docházelo ke konfrontaci jejich náhledů na prožitou ztrátu.

9 ZÁVĚR

V naší práci jsme se rozhodli prozkoumat psychologické aspekty zamlklého těhotenství. Soustředili jsme se zejména na to, jak dané období žena prožívá. Dále jsme se zabývali aspekty, které ženě napomáhají při zvládnání její ztráty. Neopomenuli jsme ani interpersonální aspekt, ve kterém jsme se snažili probádat, jaký význam má přístup partnera, okolí ženy a zdravotníků na formování zkušenosti ztráty. V neposlední řadě jsme se také zaměřili na dopad ztráty na jednotlivé oblasti života ženy.

Pro všechny participantky byla ztráta bolestivou zkušeností v jejich životě. Při zjištění ZT prožívaly celou škálu negativních emocí. Některé ženy se samy mohly rozhodnout o způsobu potratu, jiným nebyly možnosti ani nabídnuty. Jako významné se ukázalo potvrzení ZT dalším lékařem. Prožívání žen se lišilo v závislosti na způsobu potratu. Participantky, které podstoupily chirurgický zákrok, prožívaly zejména negativní emoce, jak do zákroku, tak bezprostředně po něm. Naopak participantky, které se rozhodly pro spontánní potrat, se na něj postupně připravovaly a vnímaly období do potratu jako pomyslné uzavření jejich ztráty. Po něm prožívaly spíše směsici pozitivních emocí. Důležitými aspekty ovlivňujícími prožívání ztráty byla také skutečnost, zda žena již dítě měla, či nikoli a týden, ve kterém došlo k potracení.

Ženy v průběhu ztráty pociťovaly také různé potřeby, jejichž míra naplnění ovlivňovala jejich celkové prožívání. Mimo potřeby, které byly odhaleny v předchozích výzkumech, jsme dále objevili významnou potřebu mít zákrok, co nejrychleji za sebou, potřebu být sama či potřebu nahrazení ztráty dalším těhotenstvím. Ačkoli se literatura doposud příliš nezabývala možnostmi rozloučení v případě časně ztráty, naše studie dokládá, že tato potřeba je jedna z nejsilnějších a má zásadní vliv na vyrovnávání se se ztrátou. Participantky se se ztrátou loučily různými způsoby, které jim napomáhaly si ji v sobě uzavřít. Některé z nich volily způsobů rozloučení hned několik, které opakovaly po delší dobu. K nápomocným aspektům, které ženy popisovaly v období ztráty, dále patřila přítomnost dítěte, vědomí, že nejsou jediné, které si ztrátou prochází, dostatečná informovanost, pročitání si podobných příběhů, průvodců ztráty či setkávání se s dalšími ženami, které si ztrátu prožily. V kontextu porozumění ztráty ženy úlevu nacházely zejména v přijetí biologické příčiny.

Celkový prožitek ztráty zásadně ovlivňovalo okolí ženy. Nejvýznamnější byla role partnera, jehož celkový přístup ke ztrátě měl dopad na následnou kvalitu partnerského vztahu. Partneři ztráta buď sblížila, nebo naopak vedla k jejich vzájemnému odcizení. Partneři často ženě dokázali poskytnout pouze počáteční podporu, což může být způsobeno skutečností, že pro muže je počátek těhotenství ještě příliš abstraktní. Ženy od blízkých nejvíce oceňovaly podporu, uznání jejich ztráty, možnost s nimi o ztrátě hovořit a vyjádření soucitu. Naopak je zraňovalo, pokud z jejich strany docházelo k vyhýbání se danému tématu nebo k vyjadřování bagatelizujících vět. Téměř všechny participantky poukázaly na to, že okolí zpravidla neví, jak se ke ztrátě postavit, jak o ní hovořit. U některých žen necitlivý přístup od druhých vedl k celkové změně vztahu k dané osobě či k jeho ukončení. Významnou roli v procesu ztráty zastával i přístup zdravotníků. Ženy u nich oceňovaly zejména citlivý přístup, dostatečnou informovanost, vyjádření soucitu a sejmutí viny. Zraňující pro ně naopak bylo, pokud jim lékař ztrátu sděloval necitlivě. Za neprofesionální ženy považovaly, pokud v zařízení, kde došlo k zákroku, byly umísťovány do stejných místností s těhotnými.

Dopad ztráty na jednotlivé oblasti života ženy je z výsledků analýzy patrný. Významným tématem se ukázalo zejména prožívání dalšího těhotenství na pozadí prožité ztráty. Ženy popisovaly, že počátek jejich těhotenství doprovázely neustálé obavy a strach z možného opakování ztráty. Prožívání intenzivního strachu popisovaly při pravidelných kontrolách, kde v předchozím těhotenství došlo ke zjištění ZT. Participantky se dále svěřily, že si nedokázaly počátek těhotenství užívat. Radostné pocity začaly zpravidla prožívat až při pocíťování pohybů plodu. Ženy dále zmiňovaly větší strach o své děti a byly překvapené nepravidelnou menstruací po prožité ztrátě.

Náš výzkum je jeden z ojedinělých, který se zabývá zamklým těhotenstvím. Z hlediska zkoumání psychologických aspektů si tróufneme říct, že zcela první, a to jak u nás, tak v zahraniční literatuře. Závěry naší práce jsou velmi podobné předchozím výzkumům, které se zabývaly časnou ztrátou těhotenství obecně. Náš výzkum tak společně s nimi dokládá, že ztráta embrya/plodu je pro ženu velmi bolestivým milníkem v jejím životě. Je tak žádoucí tuto problematiku neopomíjet jako „méně významnou“.

SOUHRN

V naší diplomové práci se zabýváme psychologickými aspekty zamlklého těhotenství. Zaměřujeme se na prožívání ženy v průběhu ztráty a na to, jaké aspekty jí napomáhají při jejím zvládnutí. Dále jsme se zaměřili na interpersonální aspekt, konkrétně na partnera ženy, její blízké okolí a zdravotníky. Snažili jsme se prozkoumat, jak přístup, který k ženě v daném období zaujali, ovlivňoval celkovou zkušenost se ztrátou.

Práce je tradičně dělena na část teoretickou a část praktickou. V následujících řádcích si jednotlivé kapitoly v krátkosti popíšeme.

První kapitola představuje období prvního trimestru, na které se v naší práci zaměřujeme. Popisujeme v ní samotný vývoj embrya. Zabýváme se i vlivem teratogenů, jelikož právě první trimestr je považován za nejcitlivější vůči jejich působení (Binder, 2015; Procházka et al., 2020; Vacek, 2006; Wilhelmová et al., 2021). Dále se zabýváme psychickými změnami, ke kterým v daném období u žen dochází. Zmiňujeme také diagnostiku těhotenství, která se opírá o jisté známky těhotenství, mezi které zejména řadíme detekci hormonu hCG, srdeční činnost a pohyby embrya/plodu (Čepický, 2021; Gregora & Velemínský, 2020; Hanáková, 2015; Kubilková, 2005; Roztočil, 2017).

Ve druhé kapitole pak začínáme téma potratů. Nejprve je rozdělujeme na spontánní a indukované. Dále se zaměřujeme pouze na první kategorii, jelikož právě ta je ústředním tématem naší práce. Zmiňujeme také dostupné statistiky týkající se jejich výskytu. Jak zmiňuje ve svém výzkumu Quenby et al. (2021), čím je těhotenství mladší, tím vyšší riziko časně ztráty hrozí. Následně představujeme klasifikaci spontánního potratu a jeho možné příčiny. Kapitulu uzavíráme tématem zamlklého těhotenství. Zabýváme se jeho diagnostikou a možnostmi jeho ukončení, které dělíme na aktivní (chirurgický, farmakologický) a vyčkávací přístup (Čepický, 2021; Helle et al., 2022). Vyčkávání formou spontánního potratu u nás není příliš rozšířeno, ačkoli řada zahraničních výzkumů dokládá, že se jedná o efektivní a bezpečnou metodu ukončení (Al-Ma'ani et al., 2014; Blohm et al., 2003; Hammadeh et al., 2014; Wijesinghe et al., 2011). V závěru jednotlivé způsoby ukončení těhotenství popisujeme včetně jejich výhod a možných komplikací.

Třetí kapitola tvoří nejbohatší část teoretické části. Představujeme v ní velké množství, zejména zahraničních, výzkumů. Jelikož se výlučně zamlklým těhotenstvím příliš

výzkumů nezabývá, zmiňujeme zde výzkumy týkající se veškerých spontánních potratů. Na počátku se zabýváme vývojem tématu časné ztráty. Poukážeme na skutečnost, že se danému tématu doposud nevěnovalo dostatečné množství pozornosti (McIntyre et al., 2022). Dále vymezujeme spontánní potrat jako formu intrapsychické ztráty (Špatenková, 2011). Následně popisujeme, jak žena období ztráty prožívá. Zabýváme se tématem výčitek, hledáním příčin ztráty a okolnostmi, které mohou prožívanou ztrátu ztěžovat. Následně se zabýváme tím, jaké potřeby ženy během ztráty pocítují a prožíváním nového těhotenství na pozadí ztráty. Zaměřujeme se také na interpersonální aspekt, konkrétně na roli partnera, přístup blízkých a zdravotníků. Jak zmiňují Karaca a Oskay (2021), podpora druhých může ženě napomoci se vyrovnat s negativními emocemi, které jsou se ztrátou často spojené. Významný podíl na formování zkušenosti ztráty má dále zdravotnický personál, se kterým žena v daném období přijde do kontaktu (Bellhouse et al., 2019; DeMontigny et al. 2017). Zabýváme se tím, co ženy z jejich strany nejvíce oceňovaly a co je naopak zraňovalo. Následně čtenáře seznamujeme s možnostmi rozloučení v kontextu časné ztráty v těhotenství, kterým se začalo dostávat větší pozornosti až v posledních pár letech. Jak však zdůrazňují Kersting a Wagner (2012), rozloučení je neopomenutelnou součástí vyrovnávání se se ztrátou. Kapitulu zakončujeme představením aktuálních zdrojů, které se problematikou časné ztráty v těhotenství zabývají. Poukážeme na skutečnost, že většina zdrojů vzniká na základě praxe, nikoli na podkladě empirických dat.

Na začátku praktické části představujeme výzkumný problém a k němu se vztahujících devět výzkumných otázek a jednu doplňkovou. Jak jsme zmínili, v naší práci se zabýváme konkrétně zamlklým těhotenstvím. Snažili jsme se jej prozkoumat v celé jeho komplexnosti, a to prostřednictvím jednotlivých zkušeností žen, které si ztrátu prožily. Pro náš výzkum jsme zvolili kvalitativní přístup, konkrétně metodu zakotvené teorie.

Následně čtenáře seznamujeme s podmínkami, které participantky musely pro zařazení do výzkumu splňovat. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který byl před samotnou realizací výzkumu ověřen pilotní studií. Pro výběr výzkumného souboru jsme zvolili metodu samovýběru, kterou jsme realizovali formou umístění námi zhotoveného plakátu do facebookové skupiny sdružující ženy se zkušeností se zamlklým těhotenstvím. Výsledný soubor tvořilo 12 participantek. Dále jsme se zabývali představením nejdůležitějších charakteristik týkajících se našich participantek, a to sociodemografickými údaji a údaji týkajících se prožité ztráty. Neopomenuli jsme ani etické hledisko naší práce.

V šesté kapitole jsme čtenáři nastínili, jak jsme s daty postupně pracovali. Dle postupů zakotvené teorie jsme dospěli k 17 subkategoriím a sedmi kategoriím hlavním. Za centrální kategorii jsme označili *Prožívání zamlklého těhotenství*. Jednotlivé kategorie jsme následně popsali. K nejvýznamnějším zjištěním patřilo zejména rozdílné vnímání žen v závislosti na způsobu potratu. U participantek, které podstoupily chirurgický zákrok, jsme spatřovali zejména negativní emoce, zatímco u žen, které se rozhodly vyčkávat na spontánní potrat, jsme se setkávali spíše s pozitivními emocemi. Jako významné se dále ukázalo období do potratu. Potřeby žen jsme rozlišili podle toho, v jakém období je pociťovaly. Významným tématem se ukázaly způsoby vyrovnávání se se ztrátou, které ženám napomáhaly ji uzavřít. I náš výzkum dokládá význam sociálních vlivů na zkušenost se ztrátou. To, jaký přístup k ženě její okolí zaujme, má významný dopad na život po ztrátě a na kvalitu vzájemných vztahů. Prožitá ztráta tak vztahy buď utužila, nebo naopak vedla k jejich ochladnutí. I zkušenosti se zdravotníky hrají významnou roli ve formování prožitku ztráty. Jako významné se například ukázalo sejmutí viny a potvrzení ZT další osobou. Za neprofesionální participantky považovaly umístění žen procházejících ztrátou do stejných místností s těhotnými. Všechny participantky dále zmínily, že zkušenost se ztrátou měla dopad na prožívání dalšího těhotenství. Pociťovaly strach a obavy z potenciálního opakování ZT. Svá těhotenství si zpočátku ani nedokázaly naplno užívat.

V Diskuzi jsme naše výsledky propojovali se zjištěním předchozích výzkumů. Zajímavostí by mohlo být, že ačkoli jsme se v našem výzkumu soustředili výhradně na zamlklé těhotenství, naše zjištění se shodují s výzkumy zabývajícími se časnou ztrátou v těhotenství obecně. Ve výsledku můžeme říct, že jakákoliv ztráta v těhotenství je pro ženu nesmírnou emocionální zátěží a může mít významný dopad na její život. Je tak žádoucí se danou problematikou nadále zabývat a hlavně uplatňovat nabyté informace v praxi. Mimoto jsme popsali uvědomované limity výzkumu, možné přínosy a několik námětů pro budoucí výzkumy.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- Abboud, L. N., & Liamputtong, P. (2002). Pregnancy loss: What it means to women who miscarry and their partners. *Social Work in Health Care, 36*(3), 37-62. doi: 10.1300/J010v36n03_03
- Adolfsson, A. (2011). Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management, 4*, 29-39. doi: 10.2147/PRBM.S17330
- Al-Ma'ani, W., Solomayer, E. F., & Hammadeh, M. (2014). Expectant versus surgical management of first-trimester miscarriage: a randomised controlled study. *Archives of gynecology and obstetrics, 289*(5), 1011-1015. doi: 10.1007/s00404-013-3088-1
- Andersson, I. M., Nilsson, S., & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again—a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences, 26*(2), 262-270. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00927.x
- Annan, J. J. K., Gudi, A., Bhide, P., Shah, A., & Homburg, R. (2013). Biochemical pregnancy during assisted conception: a little bit pregnant. *Journal of clinical medicine research, 5*(4), 269. doi: 10.4021/jocmr1008w
- Bailey, S. L., Boivin, J., Cheong, Y. C., Kitson-Reynolds, E., Bailey, C., & Macklon, N. (2019). Hope for the best... but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy. *BMJ open, 9*(5), Článek e029354. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029354
- Baird, S., Gagnon, M. D., deFiebre, G., Briglia, E., Crowder, R., & Prine, L. (2018). Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare, 16*, 113-117. doi: 10.1016/j.srhc.2018.03.001
- Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S. A., & Williams, Z. (2015). A national survey on public perceptions of miscarriage. *Obstetrics and gynecology, 125*(6), 1313. doi: 10.1097/AOG.0000000000000859

- Bellhouse, C., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2018). “It’s just one of those things people don’t seem to talk about...” women’s experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC women's health*, 18(1), 1-9. doi: 10.1186/s12905-018-0672-3
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). “The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage. *Women and Birth*, 32(2), 137-146. doi: 10.1016/j.wombi.2018.06.006
- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 105-113. doi: 10.1080/01674820701687521
- Binder, T. (2015). *Porodnictví*. Karolinum.
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninić-Pjević, A., & Mladenović-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy—A psychological view. *Ginekologia polska*, 89(2), 102-106. doi: 10.5603/GP.a2018.0017
- Blohm, F., Fridén, B., Platz-Christensen, J. J., Milsom, I., & Nielsen, S. (2003). Expectant management of first-trimester miscarriage in clinical practice. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 82(7), 654-658. doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.00192.x
- Calda, P., Břešťák, M., & Fischerová, D. (2013). Doporučení k posouzení komplikací vývoje plodu v I. trimestru (zamlklý potrat, ektopická gravidita, těhotenství neznámé lokalizace). *Actual Gyn*, 5, 78-80.
- Carolan, M., & Wright, R. J. (2017). Miscarriage at advanced maternal age and the search for meaning. *Death studies*, 41(3), 144-153. doi: 10.1080/07481187.2016.1233143
- Cassaday, T. M. (2018). Impact of pregnancy loss on psychological functioning and grief outcomes. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 45(3), 525-533. doi: 10.1016/j.ogc.2018.04.004
- Cozzolino, M., García-Velasco, J. A., Meseguer, M., Pellicer, A., & Bellver, J. (2021). Female obesity increases the risk of miscarriage of euploid embryos. *Fertility and Sterility*, 115(6), 1495-1502. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.09.139

- Cumming, G. P., Klein, S., Bolsover, D., Lee, A. J., Alexander, D. A., Maclean, M., & Jurgens, J. D. (2007). The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *114*(9), 1138-1145. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01452.x
- Čepický, P. (2021). *Gynekologické minimum pro praxi*. Grada Publishing.
- Černá, R. (2004). *Kniha o těhotenství a porodu*. Anthea.
- De La Rochebrochard, E., & Thonneau, P. (2002). Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study. *Human reproduction*, *17*(6), 1649-1656. doi: 10.1093/humrep/17.6.1649
- DeMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., & Dubeau, D. (2017). Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Archives of women's mental health*, *20*(5), 655-662. doi: 10.1007/s00737-017-0742-9
- Dítě v srdci. <https://ditevsrdci.cz/cz>
- Dostál, D., & Dominik, T. (2021). *Manuál pro psaní kvalifikačních prací na Katedře psychologie FF UP* (6.vyd.). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Du Fossé, N. A., Van der Hoorn, M. L. P., van Lith, J. M., le Cessie, S., & Lashley, E. E. (2020). Advanced paternal age is associated with an increased risk of spontaneous miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*, *26*(5), 650-669. doi: 10.1093/humupd/dmaa010
- Dubová, O., & Zikán, M. ([2022]). *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium* (2. vydání). Maxdorf.
- Duckitt, K., & Qureshi, A. (2011). Recurrent miscarriage. *BMJ clinical evidence*, *2011*, 1409. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275302/>
- Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D. W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, *17*(1), 1-13. doi: 10.1186/s12884-017-1560-9

- Dvořák jr, V., & Lubušký, M. (2019) Využití misoprostolu (prostaglandinu E1) při chirurgickém ukončení těhotenství v I. trimestru a v gynekologii. *Gynekologie a porodnictví*, 3(5), 300-302. <https://www.lubusky.com/clanky/128.pdf>
- Emond, T., de Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1952-1965. doi: 10.1111/jocn.14780
- Facebook. <https://www.facebook.com/groups/189452461759300>
- Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human reproduction update*, 24(6), 731-749. doi: 10.1093/humupd/dmy025
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Portál.
- Fernlund, A., Jokubkiene, L., Sladkevicius, P., Valentin, L., & Sjöström, K. (2021). Psychological impact of early miscarriage and client satisfaction with treatment: comparison between expectant management and misoprostol treatment in a randomized controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 58(5), 757-765. doi: 10.1002/uog.23641
- Filipová, P. (2022). *Když děťátku narostou křídla*. Perinatální ztráta. <https://www.perinatalniztrata.cz/kniha/kdyz-detatku-narostou-kridla>
- Freeman, A., Neiterman, E., & Varathasundaram, S. (2021). Women's experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: A scoping review. *Women and birth*, 34(4), 316-324. doi: 10.1016/j.wombi.2020.07.012
- Friedová, N., Mihalová, R., Hřčková, L., Kučerová, H., Kaspříková, N., Janashia, M., ... & Šípek jr, A. (2019) Chromozomové aberace jako příčina časných reprodukčních ztrát: zhodnocení 233 případů. *Aktuální gynekologie a porodnictví*, 11, 23-26. https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2019_227.pdf
- Geller, P. A., Psaros, C., & Kornfield, S. L. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want?. *Archives of women's mental health*, 13(2), 111-124. doi: 10.1007/s00737-010-0147-5

- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R. D., & Benyamini, Y. (2008). The Experience of Miscarriage in First Pregnancy: The Women's Voices. *Death studies*, 33(1), 1-29. doi: 10.1080/07481180802494032
- Gong, G., Yin, C., Huang, Y., Yang, Y., Hu, T., Zhu, Z., ... & Lin, Y. (2021). A survey of influencing factors of missed abortion during the two-child peak period. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 41(6), 977-980. doi: 10.1080/01443615.2020.1821616
- Gregora, M., & Velemínský, M. (2020). *Čekáme děťátko* (3., aktualizované vydání). Grada.
- Gregor, V. (2001). *Teratogenní rizika v graviditě*. Praktická gynekologie.
- Griebel, C. P., Halvorsen, J., Golemon, T. B., & Day, A. A. (2005). Management of spontaneous abortion. *American family physician*, 72(7), 1243-1250. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2005/1001/p1243.html>
- Haasová, I. (2014). *Prožívání a vnímání spontánního potratu v prvním trimestru těhotenství* [Magisterská diplomová práce, Pražská vysoká škola psychosociálních studií Informační systém Pražské vysoké školy psychosociálních studií. https://www.pvpsps.cz/data/2017/04/10/15/haasova_ilona.pdf
- Hájek, Z., Čech, E., & Maršál, K. (2014). *Porodnictví* (3., zcela přepracované a doplněné vydání). Grada Publishing.
- Hanáková, T., Chvilová-Weberová, M., & Volná, P. (2015). *Velká česká kniha o matce a dítěti* (2. aktualizované vydání). CPress.
- H. Al Wattar, B., Murugesu, N., Tobias, A., Zamora, J., & Khan, K. S. (2019). Management of first-trimester miscarriage: a systematic review and network meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 25(3), 362-374. doi: 10.1093/humupd/dmz002
- Helle, N., Niinimäki, M., Linnakaari, R., But, A., Gissler, M., Heikinheimo, O., & Mentula, M. (2022). National register data are of value in studies on miscarriage—Validation of the healthcare register data in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101(11), 1245-1252. doi: 10.1111/aogs.14445
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
- Hiefner, A. R. (2020). “A silent battle”: Using a feminist approach to support couples after miscarriage. *Journal of Feminist Family Therapy*, 32(1-2), 57-75. doi: 10.1080/08952833.2020.1793563

- Hiefner, A. R. (2021). Dyadic coping and couple resilience after miscarriage. *Family Relations*, 70(1), 59-76. doi: 10.1111/fare.12475
- Honkanen, H., & von Hertzen, H. (2002). Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 65(6), 419-423. doi: 10.1016/S0010-7824(02)00295-0
- Hussein, K. S. (2019). The role of maternal stress, cortisol and IL-12 in cases of missed abortion in the first trimester of pregnancy in Saudi women. *Med Sci*, 23(98), 462-469. http://www.discoveryjournals.org/medicalscience/current_issue/v23/n98/A6.pdf
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., & Myers, J. (2011). Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(2), 104-111. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182057335
- Jiang, W. Z., Yang, X. L., & Luo, J. R. (2022). Risk factors for missed abortion: retrospective analysis of a single institution's experience. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 20(1), 1-6. doi: 10.1186/s12958-022-00987-2
- Jurkovic, D., Overton, C., & Bender-Atik, R. (2013). Diagnosis and management of first trimester miscarriage. *Bmj*, 346. doi: 10.1136/bmj.f3676
- Kalu, F. A. (2019). Women's experiences of utilizing religious and spiritual beliefs as coping resources after miscarriage. *Religions*, 10(3), 185. doi: 10.3390/rel10030185
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 187-194. doi: 10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting
- Kilshaw, S., & Borg, K. (Eds.). (2020). *Navigating Miscarriage: Social, Medical and Conceptual Perspectives* (Vol. 45). Berghahn Books.
- Knöfler, M. (1999). What factors regulate HCG production in Down's syndrome pregnancies? Regulation of HCG during normal gestation and in pregnancies affected by Down's syndrome. *Molecular human reproduction*, 5(10), 895-897. doi: 10.1093/molehr/5.10.895
- Kobilková, J. (2005). *Základy gynekologie a porodnictví*. Galén.
- Kopecký, M., Tomanová, J., & Kikalová, K. (2014). *Základní charakteristiky ontogenetického vývoje*. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Kouk, L. J., Neo, G. H., Malhotra, R., Allen, J. C., Beh, S. T., Tan, T. C., & Ostbye, T. (2013). A prospective study of risk factors for first trimester miscarriage in Asian women with threatened miscarriage. *Singapore Med J*, 54(8), 425-31. doi: 10.11622/smedj.2013148
- Kovář, P. (n.d.). *Potrat a potracení*. Gynprenatal. <https://www.gynprenatal.cz/potrat-a-potraceni>
- Krofta, L. (2017). *Ultrazvuk prvního trimestru*. Maxdorf.
- Kulathilaka, S., Hanwella, R., & de Silva, V. A. (2016). Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-6. doi: 10.1186/s12888-016-0812-y
- Lajtman, E., & Dvořáková, V. (2019). *Akutní stavy v porodnictví a gynekologii*. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
- Linnet Olesen, M., Graungaard, A. H., & Husted, G. R. (2015). Deciding treatment for miscarriage—experiences of women and healthcare professionals. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(2), 386-394. doi: 10.1111/scs.12175
- Lišková, T. (2022). *Zkušenosti žen se spontánním potratem v prvním trimestru těhotenství* [Magisterská diplomová práce, Univerzita Karlova]. Informační systém Karlovy Univerzity. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/172807>
- Lou, S., Frumer, M., Schlütter, M. M., Petersen, O. B., Vogel, I., & Nielsen, C. P. (2017). Experiences and expectations in the first trimester of pregnancy: a qualitative study. *Health Expectations*, 20(6), 1320-1329. doi: 10.1111/hex.12572
- Luisse, C., Jermy, K., May, C., Costello, G., Collins, W. P., & Bourne, T. H. (2002). Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. *BMJ*, 324(7342), 873-875. doi: 10.1136/bmj.324.7342.873
- MacWilliams, K., Hughes, J., Aston, M., Field, S., & Moffatt, F. W. (2016). Understanding the experience of miscarriage in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 42(6), 504-512. doi: 10.1016/j.jen.2016.05.011
- Magnus, M. C., Wilcox, A. J., Morken, N. H., Weinberg, C. R., & Håberg, S. E. (2019). Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *bmj*, 364. doi: 10.1136/bmj.l869

- Mardešić, T. (2013). *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Grada.
- Marešová, P. (2021). *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví* (3., přepracované a doplněné vydání). Maxdorf.
- McGarva-Collins, S., Summers, S. J., & Caygill, L. (2022). Breaking the Silence: Men's Experience of Miscarriage. An Interpretative Phenomenological Analysis. *Illness, Crisis & Loss*, Článek 10541373221133003. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011382
- McIntyre, L., Alvarez, B., & Marre, D. (2022). "I Want to Bury It, Will You Join Me?": The Use of Ritual in Prenatal Loss among Women in Catalonia, Spain in the Early 21st Century. *Religions. MDPI*, 13(4), 336. doi: 10.3390/rel13040336
- Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ open*, 7(3), e011382. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011382
- Metwally, M., Ong, K. J., Ledger, W. L., & Li, T. C. (2008). Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertility and sterility*, 90(3), 714-726. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.07.1290
- Míková, G. (2019). *Vyrovňávání se s možnými následky spontánního potratu* [Magisterská diplomová práce, Univerzita Karlova]. Informační systém Karlovy Univerzity. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/110468>
- Miscarriage Association. (2022). *WHY ME?*. <https://www.miscarriageassociation.org.uk/wp-content/uploads/2016/10/Why-me-Aug-2022-L.pdf>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Moulder, C. (2016). *Miscarriage: Women's experiences and needs*. Routledge.
- Musik, T., Grimm, J., Juhasz-Böss, I., & Bäß, E. (2021). Treatment Options After a Diagnosis of Early Miscarriage: Expectant, Medical, and Surgical. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(46), 789. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0346

- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management* [NICE Guideline NG126]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/chapter/Recommendations#management-of-miscarriage>
- Nielsen, S., Hahlin, M., & PtetZrChristensen, J. J. (1997). Unsuccessful treatment of missed abortion with a combination of an antiprogesterone and a prostaglandin E1 analogue. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *104*(9), 1094-1096. doi: 10.1080/01443610310001620332
- Palas Karaca, P., & Oskay, Ü. Y. (2021). Effect of supportive care on the psychosocial health status of women who had a miscarriage. *Perspectives in psychiatric care*, *57*(1), 179-188. doi: 10.1111/ppc.12540
- Pařízek, A. (2015). *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti* (5. vydání). Galén.
- Pazdera, L. (2021). *Když zemře miminko*. <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2021/05/brozurasazba-export-02.pdf>
- Penka, M., Penka, I., & Gumulec, J. (2014). *Krvácení*. Grada Publishing.
- Perinatální hospic. (n.d.). *Vzpomínkové balíčky*. <https://perinatálníchospic.cz/vzpominkove-balicky>
- Perinatální ztráta. <https://www.perinatálníchztrata.cz/>
- Pilka, R. (2017). *Gynekologie*. Maxdorf.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2012). Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and sterility*, *98*(5), 1103-1111. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.06.048
- Procházka, M. (2020). *Porodní asistence*. Maxdorf.
- Procházka, M., & Pilka, R. (2018). *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence* (2. přepracované vydání). Univerzita Palackého v Olomouci.
- PT MEDICA. (n.d.). *Miniinterupce*. <https://www.ptmedica.cz/inpage/miniinterupce/>

- Ockhuijsen, H. D., Boivin, J., van den Hoogen, A., & Macklon, N. S. (2013). Coping after recurrent miscarriage: uncertainty and bracing for the worst. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 39(4), 250-256. doi: 10.1136/jfprhc-2012-100346
- Ockhuijsen, H. D., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S., & de Boer, F. (2014). Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control. *Research in nursing & health*, 37(4), 267-275. doi: 10.1002/nur.21610
- Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podsek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., ... & Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658-1667. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00682-6
- Rai, R., & Regan, L. (2006). Recurrent miscarriage. *The lancet*, 368(9535), 601-611. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69204-0
- Ratislavová, K. (2016). *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Grada.
- Ratislavová, K., & Hrušková, Z. (2020). *Psychosociální podpora při úmrtí miminka: průvodce pro učitele pomáhajících profesí*. Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP.
- Robinson, J. (2014). Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage. *British Journal of Midwifery*, 22(3), 175-180. doi: 10.12968/bjom.2014.22.3.175
- Rowlands, I. J., & Lee, C. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 274-286. doi: 10.1080/02646831003587346
- Roztočil, A. (2011). *Moderní gynekologie*. Grada Publishing.
- Roztočil, A. (2017). *Moderní porodnictví* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada Publishing.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

- Sejourne, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4), 403-411. doi: 10.1080/02646830903487375
- Serrano, F., & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 585-594. doi: 10.1348/147608306x96992
- Shankar, M., Economides, D. L., Sabin, C. A., Tan, B., & Kadir, R. A. (2007). Outpatient medical management of missed miscarriage using misoprostol. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(3), 283-286. doi: 10.1080/01443610701213927
- Shuaib, A. A., & Alharazi, A. H. (2013). Medical versus surgical termination of the first trimester missed miscarriage. *Alexandria Journal of Medicine*, 49(1), 13-16. doi: 10.1016/j.ajme.2012.08.004
- Skutilová, V. (2016). *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Grada Publishing.
- Slezáková, L., Andréssová, M., Kaduchová, P., Roučová, M., & Starošítková, E. (2017). *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví (2., přepracované a doplněné vydání)*. Grada Publishing.
- Story Chavez, M., Handley, V., Lucero Jones, R., Eddy, B., & Poll, V. (2019). Men's experiences of miscarriage: A passive phenomenological analysis of online data. *Journal of Loss and Trauma*, 24(7), 664-677. doi: 10.1080/23802359.2019.1611230
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce.
- Swanson, K. M., Karmali, Z. A., Powell, S. H., & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 902-910. doi: 10.1097/01.psy.0000079381.58810.84.
- Swati, B., Sonali, D., Shrinivas, G., & Mohini, P. (2020). Safety and efficacy of misoprostol versus manual vacuum aspiration in missed abortion up to 12 weeks. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 15(2). doi: 10.3126/njog.v15i2.329
- Šálková, J. (2021). *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Grada Publishing.

- Špaňhelová, I. (2015). *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Portál.
- Špatenková, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi* (2., aktualiz. a dopl. vyd). Grada.
- Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
- Tiwari, A. (2022) Impact of missed abortion & early pregnancy loss on mental health of women: A thematic narrative review. *International Journal of Obstetrics and Gynaecological Nursing*, 4(3), 20-22. doi: 10.33545/26642298.2022.v4.i2a.90
- Topping, J., & Farquarson, R. G. (2008). *Spontaneous miscarriage*. Dewhurst's textbook of obstetrics & gynaecology.
- Trávník, P. (2015). Principy farmakologického ukončení těhotenství a evakuace děložní dutiny. *Praktické lékárenství*, 11(1), 6-7. <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2015/01/02.pdf>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2022). *Potraty 2020*. <https://www.uzis.cz/res/f/008377/potraty2020.pdf>
- Vacek, Z. (2006). *Embryologie: Učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. Grada.
- Van den Akker, O. B. (2011). The psychological and social consequences of miscarriage. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(3), 295-304. doi: 10.1586/eog.11.14
- Vaňková, M. (2022). *Těhotenská ztráta v prvním trimestru očima žen* [Bakalářská diplomová práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. <https://is.muni.cz/th/xbaug/>
- Volgsten, H., Jansson, C., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(12), 1491-1498. doi: 10.1111/aogs.13432
- Volgsten, H., Jansson, C., Svanberg, A. S., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery*, 64, 23-28. doi: 10.1016/j.midw.2018.05.003

- Wijesinghe, P. S., Padumadasa, G. S., Palihawadana, T. S., & Marleen, F. S. (2011). A trial of expectant management in incomplete miscarriage. *Ceylon Medical Journal*, 56(1). doi: 10.4038/cmj.v56i1.2888
- Wilhelmová, P. R., Doubek, M. R., Greiffeneggová, M. L., Kašová, M. L., & Sedlická, M. N. (2021). *Vybrané kapitoly porodní asistence I*. https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/porodni_asistence/web/pages/5.html?lang=en;verze=2017
- Woods-Giscombé, C. L., Lobel, M., & Crandell, J. L. (2010). The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Research in nursing & health*, 33(4), 316-328. doi: 10.1002/nur.20389
- Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Česká republika.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., ... & Van Der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Human reproduction*, 32(9), 1786-1801. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005
- Zemánková, K. & Kupšovská, E. (2021). *Ztráta miminka v prvním trimestru těhotenství*. <https://www.perinatalniztrata.cz/kniha/bylo-tu-neni-tu-ztrata-miminka-v-prvnim-trimestru-tehotenstvi/>
- Zemánková, K., & Michalová, P. (2021). *Komunikace s rodiči v situaci perinatální ztráty*. Unie porodních asistentek, z. s.
- Zwinger, A. (2004). *Porodnictví* (ilustroval Martin ŠKARDA). Galén

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas
4. Polostrukturovaný rozhovor
5. Sociodemografický dotazník
6. Inzerovaný plakát

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Psychické aspekty zamlklého těhotenství v souvislosti s prožívanou ztrátou

Autor práce: Bc. Natálie Tylšarová

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

Počet stran a znaků: 105 stran, 204 523 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 146

Abstrakt: Diplomová práce se zabývá psychologickými aspekty zamlklého těhotenství. Jejím cílem bylo prozkoumat psychické prožívání žen v daném období. Dále pak význam sociálních vlivů na prožívání ztráty a dopad prožité ztráty na jednotlivé oblasti života ženy. Teoretická část shrnuje základní informace a dosavadní výzkumy týkající se dané problematiky. Pro výzkum jsme zvolili kvalitativní design. Data byla získávána polostrukturovaným rozhovorem. K jejich analýze a následné interpretaci jsme zvolili zakotvenou teorii. Výzkumný soubor tvořilo 12 participantek, které byly vybrány metodou samovýběru. Náš výzkum dokládá, že je časná ztráta v těhotenství pro ženu nesmírnou emocionální zátěží, která může mít významný dopad na její život. Na formování zkušenosti ztráty má zásadní vliv partner ženy, její blízké okolí a zkušenosti se zdravotnickým personálem. Významný rozdíl v prožívání ztráty jsme odhalili v závislosti na tom, zda žena podstoupila chirurgický zákrok nebo vyčkala na spontánní potrat. Podstatným aspektem se dále ukázalo rozloučení se se ztrátou, které ženám napomáhalo si ji uzavřít. Negativní dopad měla prožitá ztráta na prožívání dalšího těhotenství.

Klíčová slova: spontánní potrat, zamlklé těhotenství, časná ztráta v těhotenství, vyrovnávání se se ztrátou, kvalita života

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Psychological aspects of a missed abortion in connection with experienced loss

Author: Bc. Natálie Tylšarová

Supervisor: PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

Number of pages and characters: 105 pages, 204 523 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 146

Abstract: This thesis deals with psychological aspects of missed abortion. Its aim was to explore the psychological experiences of women during the period. It also deals with the importance of social influences on the loss experience and its effect on particular parts of woman's life. The theoretical part summarizes background information and previous research on the issue. We have chosen a qualitative design for the research. Data collection was done by semi-structured interviews. For their analysis and subsequent interpretation we chose Grounded Theory. Our research sample was formed by 12 participants who were selected by self-selection method. The research proves that early pregnancy loss is enormous emotional stress for the woman and it can have a significant impact on her life. Forming of the loss experience is highly influenced by a woman's partner, her close surroundings and healthcare professionals. We found a significant difference in the experience of loss depending on whether the woman underwent surgery or waited for a spontaneous abortion. Farewell to loss showed to be another important aspect which helps women to accept the situation. The experience of loss had negative impact on following pregnancy.

Key words: miscarriage, missed abortion, early loss in pregnancy, coping with the loss, quality of life

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená účastnice výzkumu,

v první řadě bych Vám chtěla poděkovat za Váš čas a ochotu sdílet se mnou citlivou zkušenost z Vašeho života. Jmenuji se Natálie Tylšarová a jsem studentkou pátého ročníku psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ve své diplomové práci se zabývám tématem zamlklého těhotenství. Mým cílem je popsat prožívání a zkušenosti žen, které tato zkušenost potkala. Vnímám, že je to téma, které není dostatečně probádáno a nedostává se mu potřebné pozornosti. Z toho důvodu, bych byla ráda, kdyby tato práce přispěla k většímu porozumění dané problematice a napomohla ke zkvalitnění péče o ženy, které prožijí podobnou zkušenost.

Podpisem potvrzujete, že je Vaše účast na výzkumu dobrovolná. Souhlasíte s tím, že náš společný rozhovor bude nahráván a získané údaje z něj poslouží k sepsání diplomové práce. Pořízený audiozáznam bude po přepisu rozhovoru vymazán. Se získanými daty bude zacházeno v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. V konečné práci bude Vaše identita skryta pod jiným jménem. Z výzkumu můžete kdykoliv odstoupit. Pokud se v rozhovoru objeví otázky, které jsou pro Vás v nějakém směru nepříjemné, nemusíte na ně odpovídat.

Jestli je pro Vás ohledně výzkumu něco nejasné či nesrozumitelné, ráda Vám Vaše dotazy zodpovím. V případě jakýchkoliv dalších otázek po skončení rozhovoru se na mě můžete obrátit prostřednictvím e-mailu: natalie.tylsarova@seznam.cz nebo na telefonním čísle: 722 622 073. Pokud byste měla zájem o výsledky výzkumu, zhotovenou práci Vám mohu po dopsání zaslat na Vaši e-mailovou adresu (dopíše níže).

Datum:

Jméno:

Podpis:

E-mail:

Katedra psychologie

Vodární 6

779 00 Olomouc

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

veronika.smahajova@upol.cz

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Zmapování kontextu zamklého těhotenství:

- Jaké byly okolnosti Vašeho těhotenství?
- Kolikáté těhotenství skončilo zamklým těhotenstvím?
- Měla jste v době ztráty již nějaké děti?
- Bylo těhotenství plánované či nikoli?
- Jakým způsobem došlo k otěhotnění (přirozenou cestou, umělé oplodnění...)?
- V jakém týdnu těhotenství došlo k jeho přerušení?
- Jaká doba od této zkušenosti uplynula?
- Měla jste již předchozí zkušenost s dg zamklého těhotenství či jinou ztrátou v době těhotenství? Jakou?

Jádro rozhovoru

1. Zmapování okolnosti zjištění diagnózy zamklého těhotenství a přijetí skutečnosti ztráty

- Jak jste počátek těhotenství prožívala, než jste se dozvěděla o zamklém těhotenství?
- Jakým způsobem jste se dozvěděla o diagnóze zamklého těhotenství?
- Jaké pocity jste při zjištění této skutečnosti prožívala?
- Jaký byl přístup Vašeho lékaře?
- Co jste ocenila a co Vám od něj naopak scházelo (empatický přístup, dostatek informací...)?
- Jaké možnosti ukončení těhotenství Vám byly nabídnuty?

2. Zmapování prožívané ztráty po potratu

- Po jaké době od zjištění ZT došlo k potratu?
- Jakou formu přerušení těhotenství jste nakonec podstoupila?
- Jaké pocity jste prožívala bezprostředně po potratu?
- Jaký byl přístup zdravotnického personálu?
- Jak byste popsala následující měsíce po potratu? Dokázala byste pojmenovat, jaké pocity jste prožívala?
- Co Vám v tomto období nejvíce pomáhalo nebo naopak scházelo?
- Jak se k Vaší ztrátě stavělo Vaše blízké okolí? (Měla jste v něm oporu? Setkala jste se naopak s něčím, co pro Vás bylo z jejich strany zraňující?)
- Jakou příčinu jste prisuzovala zamklému těhotenství?
- Prožívala jste v tomto období ještě nějaké zatěžující situace, které by mohly mít vliv na Vaši prožívanou ztrátu?

3. Zmapování způsobu rozloučení

- Jaká doporučení ohledně vyrovnávání se se ztrátou jste dostala od zdravotnického personálu?
- Jak jste se se ztrátou vyrovnávala (osobní rituál, odborná pomoc)?
- Je naopak něco, co Vám znesnadňovalo vyrovnávání se se ztrátou?

4. Zmapování dopadu prožívané ztráty na partnerský vztah

- Jak se Váš partner dozvěděl o zamklém těhotenství?
- Jaký dopad toto zjištění mělo na partnera? Vnímala jste v něm oporu?
- Je něco, co Vám od něj v tomto období scházelo?
- Jaký měla tato zkušenost dopad na Váš vztah?
- Tvoříte stále pár?

5. Zmapování dopadu ztráty na plánování dalšího těhotenství a jeho prožívání

- Po jaké době jste usilovala (/i - v případě, pokud by s partnerem byli stále spolu) pro opětovné početí?
- Jaký dopad měla zkušenost zamklého těhotenství na prožívání dalšího těhotenství?

6. Závěr

- Jak se na prožívanou ztrátu díváte s odstupem času?
- Co v našem rozhovoru nezaznělo a ráda byste to doplnila?
- Jaké poslání či zprávu byste předala ženám, které prožívají podobnou zkušenost?
- Jak se po našem rozhovoru cítíte?

Příloha č. 5: Sociodemografický dotazník

SOCIODEMOGRAFICKÝ DOTAZNÍK

Nyní Vás požádám o vyplnění základních údajů. Svě odpovědi prosím buď zakroužkujete nebo v případě otevřené odpovědi ji vypište.

1. Věk:

2. Bydliště:

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

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- ZŠ
- SŠ s výučním listem
- SŠ s maturitou
- VOŠ
- VŠ

4. Rodinný stav:

- Svobodná
- Vdaná
- Rozvedená
- Vdova

5. V současné době jste:

- Studentka
- Zaměstnaná
- Na mateřské dovolené
- Nezaměstnaná

6. Kolik máte dětí?

7. Jste věřící?

- Ano
- Ne

8. Nacházíte se aktuálně v partnerském (či manželském) vztahu?

- Ano
- Ne

9. Jak dlouho trvá Váš partnerský vztah?

10. Žijete s partnerem ve společné domácnosti?

- Ano
- Ne

11. Počet zamlklých těhotenství:


12. V jakém roce jste prožila poslední zamlklé těhotenství?

13. Skončilo i nějaké Vaše další těhotenství ztrátou? Jakou?

ZAMKLÉ TĚHOTENSTVÍ

Ve své diplomové práci se zabývám tématem **zamklého těhotenství**. Víím, že se jedná o téma velmi citlivé, intimní...proto hledám ženy, které najdou odvahu svoji zkušenost sdílet. Právě tím mi mohou pomoci, aby tato práce přispěla k většímu porozumění dané problematice a napomohla ke zkvalitnění péče o ženy, které prožijí podobnou zkušenost.

Pokud Vás tato diagnóza potkala během **partnerského vztahu** v uplynulých **5 letech**, budu ráda, pokud se na mě obrátíte. Naše setkání by probíhalo formou rozhovoru.



Fb: Natali Tylšarová
e-mail: tylsna00@upol.cz

Výzkum je realizován pod záštitkou Univerzity Palackého v Olomouci
Pod odborným vedením PhDr. Veroniky Šmahajové Ph. D.
veronika.smahajova@upol.cz