

Postabortivní syndrom

Bc. Šárka Macková

Diplomová práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Šárka MACKOVÁ**

Studijní program: **N 7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Postabortivní syndrom**

Zásady pro vypracování:

Prostudování literatury k dané problematice

Vymezení základních pojmů pro potřeby práce

Vypracování teoretické části práce

Příprava a realizace kvalitativního výzkumu

Zpracování výsledků výzkumu

Vyhodnocení výsledků výzkumu a přijetí odpovídajících závěrů

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FREDOVÁ, L. Čas k uzdravení. Praha : Paulínky, 2008. ISBN 978-80-86949-44-4.

KENNERLEY, H., KRATOCHVÍL, S. Jak zvládat úzkostné stavy. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-266-1.

LAMPLMAIROVÁ, K. Dala jsem jí jméno Nadine: k problematice před potratem a po něm. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2005. ISBN 80-7192-903-4.

PRAŠKO, J. Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.

UCHÁČOVÁ, K. Proč pláčeš, Miriam? Jihlava : Hnutí pro život ČR, 2007. ISBN 80-239-7524-2.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jarmila Šťastná**
Ústav pedagogických věd

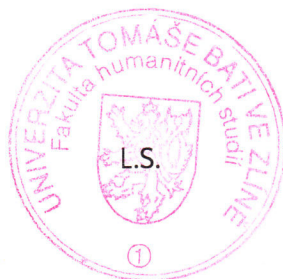
Datum zadání diplomové práce: **14. ledna 2010**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2010**

Ve Zlíně dne 14. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

19.4.2010



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Hlavní téma mé diplomové práce je postabortivní syndrom jako důsledek interrupce. Teoretická část podává informace o interrupci, tedy o metodách provádění interrupce, statistice potratovosti v ČR, právní úpravě umělého přerušení těhotenství a o současné péči o ženy při interrupci, včetně důvodů pro interrupci a jejích důsledků. Dále se věnuje postabortivnímu syndromu, kde popisují symptomy, fáze PAS a možnosti pomoci. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum mapující tuto problematiku v praxi. Diplomová práce by měla sloužit zejména ke zvýšení informovanosti o problematice postabortivního syndromu a nastínit možnosti pomoci ženám s PAS. Práce je určena nejen kolegům-odborníkům, ale i široké veřejnosti, neboť se to může týkat kohokoli z nás.

Klíčová slova:

Interrupce, potrat, metody interrupce, potratovost, umělé přerušení těhotenství, důvody pro interrupci, důsledky interrupce, postabortivní syndrom, psychické problémy, léčba PAS, kvalitativní výzkum

ABSTRACT

The main topic of my graduation thesis is a postabortion syndrome as a consequence of interruption. The theoretical part gives information about an interruption, about procedures of interruption, statistics of abortions in Czech Republic, legal regulations of interruption and about contemporary care of women during the interruption including reasons and consequences. Next topic is a postabortion syndrome, where are described symptoms, phases PAS and possibilities of help. The practical part contains the qualitative research focused on the problems in practice. This graduation thesis should serve especially to increasing knowing about problems of a postabortion syndrome and outline possibilities of help aim at women with PAS. The thesis is intended not only for colleagues-specialists but also for general public, because it may be related to whosoever of us.

Keywords:

Interruption, abort, procedures of interruption, intentional abortion, reasons of interruption, consequences of interruption, postabortion syndrome, psychological problems, therapy of PAS, quantitative research

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Jarmile Šťastné za odborné vedení, trpělivost a poskytnutí cenných rad při zpracování mé diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem třem respondentkám, které souhlasily s rozhovorem a poskytly mi klíčové informace.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 VYMEZENÍ POJMŮ A POČÁTKU LIDSKÉHO ŽIVOTA	14
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ INTERRUPTCE, POTRAT, EMBRYO A PLOD	14
1.2 POČÁTEK LIDSKÉHO ŽIVOTA	16
1.2.1 Náboženský přístup	17
1.2.2 Filozofický přístup	17
1.2.3 Biologický přístup	17
1.3 PRÁVO MATKY VERSUS PRÁVO NENAROZENÉHO DÍTĚTE.....	18
2 METODY PROVÁDĚNÍ UMĚLÉHO PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ	21
2.1.1 Lék RU-486.....	21
2.1.2 Miniinterruptce (vakuumaspirace a kyretáž) – do 8. týdne těhotenství.....	22
2.1.3 Interruptce (kyretáž) – od 8. do 12. týdne těhotenství.....	22
2.1.4 Indukce – od 12. do 24. týdne těhotenství.....	23
3 ZÁKLADNÍ STATISTICKÁ DATA POTRATOVOSTI V ČR	24
3.1 POTRATOVOST V ROCE 2008	25
4 PRÁVNÍ ÚPRAVA UMĚLÉHO PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ	26
4.1 HISTORICKÝ VÝVOJ PRÁVNÍ ÚPRAVY PO SOUČASNOST	26
5 KLASIFIKACE DŮVODŮ PRO INTERRUPTCI	29
6 SYSTÉM PÉČE O ŽENU PŘI INTERRUPTCI A JEJÍ DŮSLEDKY	32
6.1 DŮSLEDKY INTERRUPTCE	33
7 POSTABORTIVNÍ SYNDROM	35
7.1 SYMPTOMY.....	35
7.2 NEJRIZIKOVĚJŠÍ SKUPINA ŽEN.....	38
7.3 FÁZE PAS	39
7.4 POMOC PŘI PAS	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	47
8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	48
8.1 CÍL VÝZKUMU	48
8.2 VÝZKUMNÝ VZOREK	49
8.3 METODY VÝZKUMU.....	49
9 REALIZACE VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ DAT	50

9.1	REALIZACE VÝZKUMU	50
9.2	ZPRACOVÁNÍ DAT	51
9.3	PREZENTACE VZNIKLÝCH KÓDŮ UTRŘIDĚNÍM DO KATEGORIÍ.....	51
10	HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE.....	53
10.1	ZKUŠENOSTI ODBORNÍKA S POSTABORTIVNÍM SYNDROMEM V PRAXI	53
10.2	POSTABORTIVNÍ SYNDROM Z POHLEDU ODBORNÍKA	54
10.3	POMOC A LÉČBA POSTABORTIVNÍHO SYNDROMU	57
10.4	PREVENCE	61
10.5	SHRnutí VÝSLEDKŮ	62
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	70
	SEZNAM TABULEK.....	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	72

ÚVOD

Naše společnost dává ženám v otázce mateřství možnost volby. Pokud dojde ke komplikacím nebo si žena nepřeje stát se matkou, může se rozhodnout pro umělé přerušování těhotenství. Zákrok je to s ohledem na rizika bezpečný a provádí ho specializovaní lékaři, ale jeden z možných problémů tu je, tzv. postinterrupční syndrom. Bohužel ani dnes této problematice není věnována dostatečná pozornost, a chybí tak informovanost o psychologických následcích umělého potratu.

I poté, co bylo umělé přerušování těhotenství zlegalizováno a začalo být prováděno vyškolenými zdravotníky, se stále o možných psychologických problémech po potratu nevědělo. Příčin nedostatku informací a nevědomosti je zde několik. První příčina je, že ženy po interrupci netrpí jen jedním, ale různými psychologickými problémy, které se často nedávají do souvislosti s dříve prodělanou interrupcí. Druhou příčinou je fakt, že vnitřní napětí ženy může být dlouho skryté a potlačované, takže se navenek projeví po různě dlouhé době od samotného výkonu. U některých žen se jedná o dny či týdny, u jiných se symptomy projeví i po několika letech či dokonce desetiletích. Spouštěcím mechanismem je často jiná životní krize ženy, jako například rozchod s partnerem, začátek menopauzy, odchod posledního dítěte z domu či smrt dítěte. Velmi často se projevy psychologické poruchy zhorší v dnech výročí potratu anebo vypočítaného termínu porodu dítěte. Další příčinou, proč se o psychologických následcích potratu neví, je skutečnost, že mnohé ženy o nich nechtějí mluvit. Nastává i opačná situace, kdy mluvit chtějí, ale nemají s kým. Většina lidí se k nim totiž staví tak, že žena dosáhla, čeho chtěla a interrupcí se měl její problém vyřešit. Avšak ženu, která potratila samovolně, nebo jí dítě zemřelo, lidé z jejího okolí litují. Chápejí, že je to pro ni těžké, nediví se jejímu smutku a pláči a snaží se jí co nejvíce podpořit. Ženu, která se dobrovolně rozhodla pro umělý potrat, téměř nikdo nelituje. I když často trpí stejně jako ženy, které ztratily dítě proti své vůli. A možno ještě víc, právě proto, že si uvědomují svůj vlastní podíl zodpovědnosti za tuto ztrátu.

Každá žena je jedinečná, a každá proto prožívá zkušenost interrupce svým způsobem. Samozřejmě, že je veliké procento žen, kterým se pak uleví a žijí dál spokojeným životem, ale i přesto bychom neměli zapomínat na skupinu žen, kterou prodělaná interrupce velmi poznamenala. Měli bychom se snažit je pochopit a pomoci jim, byť jen tím, že je vyslechneme a předem neodsoudíme.

Téma diplomové práce jsem si zvolila s ohledem na jeho aktuálnost. Statistiky hovoří za sebe, neboť ukazují, že v posledních třech letech bylo v ČR provedeno kolem 25 tisíc interrupcí. Počet je to stále vysoký, avšak z dlouhodobého hlediska klesá a celosvětově je průměrný. Některé země mají velmi nízkou potratovost, jako například Belgie a Nizozemí, zatímco jiné, např. Rusko nebo Vietnam, velmi vysokou.

Riziková skupina žen je tedy stále obrovská, a proto by se problematika postinterrupčního syndromu a nejen jeho, měla co nejdříve dostat do povědomí celé společnosti. Práce by měla přinést komplexní pohled na tuto problematiku, od metod provádění umělého přerušování těhotenství přes symptomy, kterými je postinterrupční syndrom charakterizován, až po možnosti pomoci.

Text je rozčleněn celkem do desíti kapitol, které se dále dělí na jednotlivé podkapitoly. První až sedmá kapitola je zaměřena na teoretickou stránku problematiky. Zbytek práce nabízí nahlédnutí do praktické části zahrnující kvalitativní výzkum.

Do úvodní kapitoly jsem zahrnula obecné informace, kde vymezuji jednotlivé pojmy jako interrupce, potrat, embryo a plod. Dále se věnuji otázce počátku lidského života a konfliktu práva na život a svobodné volby mezi nenarozeným dítětem, matkou, ale i otcem.

Druhá kapitola popisuje jednotlivé metody provádění umělého přerušování těhotenství a za jakých podmínek je možné interrupci provést.

Třetí kapitola informuje o statistických datech potratovosti v ČR, zejména pak o nejnovější statistice pro rok 2008.

Následující kapitola navazuje právní úpravou umělého přerušování těhotenství. Zde jsem se věnovala jak historickému vývoji, tak i současným platným právním normám.

V páté kapitole jsou klasifikovány důvody žen, které se pro interrupci rozhodují.

Dále pokračuji šestou kapitolou, kde je popsán systém péče o ženu při interrupci a také pak samotné důsledky tohoto výkonu.

Poslední kapitola v teoretické části je věnována postabortivnímu syndromu. Obsahuje symptomy PAS, jednotlivé fáze PAS, také zde popisují rizikovější skupinu žen a v poslední řadě možnosti pomoci při překonávání postinterrupčního syndromu.

Praktická část práce se zabývá zmapováním zkušeností odborníků se ženami trpícími psychickými problémy v důsledku prodělané interrupce. Zabývá se také tím, jaké jsou

symptomy u těchto žen a jak PAS ovlivnil jejich život. Dále se zabývá zmapováním způsobů pomoci, které odborníci v praxi používají a jak hodnotí svou úspěšnost. Důležitá je také otázka prevence.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMŮ A POČÁTKU LIDSKÉHO ŽIVOTA

Interrupce patří mezi metody používané k regulaci lidské plodnosti. Od okamžiku jejich legalizace až dosud pocítují gynekologové, na nichž spočívá povinnost ženě interrupci umožnit provést, rozporuplnost svého postavení. Na jedné straně stojí porodník, který svou péčí zachraňuje děti v podstatě nezachranitelné, na druhé straně vidíme téhož porodníka, provádějícího interrupci.

1.1 Vymezení pojmů interrupce, potrat, embryo a plod

Pojem **interrupce** je odvozen z latinského slova *interrumpere* (tzn. přerušit) a znamená záměrné ukončení těhotenství prostřednictvím chemické látky nebo chirurgického zákroku (Rob, 2008). Bývá též nazývána prostě *potrat*, toto slovo ovšem v původním významu znamená samovolné (nezamýšlené) předčasné vypuzení plodu neschopného života, přesná definice potratu je dána legislativou.

„Potratem (z lat. abortus od aborire - hynouti) rozumíme umělé ukončení těhotenství provedené podle zákona 66/1986 Sb. a dále předčasně a samovolně ukončená těhotenství, kdy plod nemůže být považován za dítě“ (Vokurka, Hugo, 2002, s. 670).

Definici potratu je možné taktéž najít ve vyhlášce č. 11/1988 Sb. §4, která říká:
„Potratem se rozumí ukončení těhotenství ženy, při něm:

a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů,

b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu,

c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice

Potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů.“

Mezinárodní klasifikace nemocí dělí potraty na (Čech, 1999):

1. Potrat samovolný, spontánní

2. Potrat indukovaný, legální, terapeutický:

- umělé přerušování těhotenství na žádost pacientky,
- zdravotní indikace ze strany matky (závažná celková onemocnění matky, choroby psychiatrické, maligní tumory, kardiovaskulární onemocnění),
- zdravotní indikace ze strany plodu (objektivně prokázané postižení plodu genetickým onemocněním nebo infekcí).

Umělé přerušování těhotenství lze dělit také na legální a kriminální. Případy kriminálních abortů jsou v České republice spíše ojedinělé. Ve větší míře se provádí v zemích, kde umělé potraty uzákoněny nemají (více viz kapitola 4. Právní úprava umělého přerušování těhotenství).

Umělému potratu se v našem zákonu říká „umělé přerušování těhotenství“. Proti slovu „přerušování“ se začátkem 90. let ozvaly kritické hlasy, které správně poukázaly, že se jedná vlastně o umělé „ukončení“. Umělým ukončením těhotenství můžeme však nazvat také porod císařským řezem v řádném porodním termínu, zatímco ve slově „přerušování“ nacházíme v mnoha případech také konec určité činnosti nebo stavu (Uzel, 2000). Například právní předpisy jako vyhláška č. 11/1988 Sb. hovoří o umělém ukončení těhotenství, avšak současný platný zákon č. 66/1986 Sb. či vyhláška 78/1986 Sb. uvádí umělé přerušování těhotenství. Myslím si, že správné je používat oba dva termíny, protože to, jak budeme umělý potrat nazývat, na jeho podstatě nic nezmění. Pro lepší přehlednost a jasnost ve své práci používám pro označení interrupce „umělé přerušování těhotenství“, neboť je to tak stanoveno v již zmíněném zákoně č. 66/1986 Sb.

Embryo je popisováno jako zárodek jedince vzniklý oplodněním a vyvíjející se v děloze. Za embryo člověka se považuje vývojové stádium do 8 týdnů, během něhož se vyvinuly základy všech orgánů. Od osmi týdnů se hovoří o plodu (fetu) (Vokurka, Hugo, 1995).

Fetus neboli lidský plod je popisován jako lidský organismus od začátku 3. měsíce po oplození až do porodu (Vokurka, Hugo, 1995).

Termíny embryo a fetus jsou popisovány z lékařského hlediska. Avšak ne všichni s tímto rozdělením souhlasí. Zejména pak zastánci Hnutí Pro-life, kteří jsou zarytými odpůrci interrupcí. Rozpory jsou také v otázce počátku lidského života.

1.2 Počátek lidského života

Existence každého z nás má svůj počátek i svůj konec. Zatímco konec lidského života je zcela přesně určen a podmíněn biologickou smrtí, na počátek lidského života existují mnohdy velmi odlišné názory. Přesně stanovený počátek lidského života, pokud jej lze vůbec stanovit, by jistě vyřešil mnohé konfliktní situace a pro zákonodárce by znamenal jasně vymezený fakt. Jde totiž o otázku života a smrti. Celá kontroverzní diskuse v sobě skrývá i spoustu dalších nevyjasněných teorií o tom, zda je nebo není embryo lidským jedincem.

Především je lidskému plodu upírán status lidské bytosti a jeho život není považován za individuální lidský život. To má své kořeny v dávných představách o vzniku člověka, v neznalosti embryologie. O vzniku nové lidské bytosti panovaly historicky různé představy, které lze shrnout do dvou skupin (Pohunková, 1991, s. 8-9):

1. *preformační teorie* - ve vajíčku nebo ve spermii je uložen hotový miniaturní zárodek, který dále pouze roste – podle nejstarší podoby této teorie byl hotový zárodek, človíček, obsažen v semenu muže a děloha ženy byla pouze schránkou, která vytváří pro jeho vývoj vhodné prostředí a poskytuje mu výživu,
2. *epigenetická teorie* – jedinec se vyvíjí z neorganizované živé hmoty a jeho vývoj probíhá postupně od jednoduchých struktur ke složitějším. Tato teorie vznikla v 18. století a v polovině 19. století formuloval Haeckel svůj biogenetický zákon, podle něhož je vývoj jedince opakováním vývoje druhu.

Tyto teorie ponechávaly prostor úvahám o tom, kdy se lidský zárodek stává lidským, kdy do něj vstupuje duše.

Budeme-li se snažit nalézt přístup, který by na otázku o počátku lidského života zodpověděl co nejpřesněji, musíme nahlédnout do náboženství, filozofie ale i vědy.

1.2.1 Náboženský přístup

Z náboženského pojetí se za počátek lidského života považuje stvoření duše. Především křesťanská morálka jasně určuje způsob chápání lidské důstojnosti a hodnoty života. Podle křesťanského učení je rozhodujícím momentem okamžik, kdy je vajíčko oplodněno. V okamžiku početí se stanovuje počátek lidského jedince. Od této první chvíle je vytvořena jeho biologická totožnost, a stanoven tak program toho, že bude člověkem a mít i své charakteristické rysy (Willke, 1993).

„Křesťanská filozofie zastává názor, že právo na život a jeho cena spočívají v životě samém a nikoli na nějakých hodnotách, pocitech či vykonstruovaných úvahách“ (Salajka, 2000, s. 93). Lidský život musí být absolutně respektován a chráněn již od okamžiku početí. Od první chvíle existence mají být lidské bytosti přiznána práva osoby, mezi nimiž je nezcizitelné právo každé nevinné osoby na život (Pohunková, 1991).

1.2.2 Filozofický přístup

Některé filozofické teorie, jako například různé formy empirického funkcionalismu považují za počátek lidského života porod, dosažení určité úrovně vědomí, dosažení životaschopnosti, soběstačnosti, rozumovou dokonalost nebo skutečnost, že jde o život chtěný a milovaný. Určitým úskalím filozofického výkladu je jeho značná nejednotnost a vědecká neprokazatelnost. Každý jedinec má možnost volby, k jakému názoru a filozofickému přesvědčení se přikloní (Lajkep, 2003).

1.2.3 Biologický přístup

Biologický přístup jasně definuje počátek lidského života, protože biologie jako přírodní věda poskytuje ověřená fakta. To je zásadní rozdíl, kterým se liší od předchozích dvou přístupů. Biologie poskytuje detaily lidského života od prenatálního vývoje až po smrt. Na otázku, kdy začíná lidský život, odpovídá zcela přesně – začíná okamžikem oplození, kdy je také dána lidská individualita (Willke, 1993).

„Věda podala důkaz o tom, že individuum se nevyvíjí po stupních, že lidský zárodek neprochází neformovaným obdobím vývoje nebo vývojovým obdobím s jinými než lidskými charakteristikami, že není možné během vývoje cokoli přidat nebo ubrat, zkrátka, že život i individualita začíná okamžikem početí“ (Kořenek, 2002, s. 121).

Dle Blechschmidta (in Pohunková, 1991, s. 25) se člověk člověkem nestává, nýbrž je člověkem, a to v každé fázi svého vývoje, tudíž embryo je plně funkčně zdatným ranným člověkem.

Dnešní embryologie učí, že z genetického hlediska se vývoj uskutečňuje podle principů determinace. Zárodek je od oplození příslušníkem lidského druhu a v jeho buněčném jádře je zakódován soubor informací, podle něhož se bude vyvíjet. V každé buňce máme jako jediný druh 46 chromozomů. Z embryologického hlediska není možno ve vývoji zárodku určit fázi, kdy by ještě nebyl lidským a kdy by se lidským stával, a biologie nahlíží na celý vývoj jako na plynulý proces od početí do smrti. Za určitý předěl bývá považována „životaschopnost“, tedy fáze, od kdy je zárodek schopen existence mimo mateřský organismus (Pohunková, 1991).

Lékaři, podobně jako lidé jiných odborností, mají na interrupce různé názory dle země působení, svého odborného a pracovního zařazení, osobních zkušeností a názorů nebo náboženského vyznání. Podle zákonů mnoha zemí (včetně ČR) nesmějí být lékaři nuceni tyto zákroky vykonávat, je-li to v rozporu s jejich svědomím (výhrada svědomí). Gynekolog vázaný pracovní smlouvou se však může dostat do obtížně řešitelné situace, protože požadavky jeho zaměstnavatele obvykle požadují provádění potratů. Lékaři na jedné straně přicházejí bezprostředně do styku s odstraňovaným plodem a s jeho projevy počínajícího života, na druhé straně vidí následky nelegálního potratu, případně i nechtěného narození, a snaží se jim zabránit. Původní podoba Hippokratovy přísahy umělé potraty lékařům provádět zakazuje, v současné variantě lékařského slibu používaného v ČR již žádný takový zákaz není (Pavlíček, 2006).

1.3 Právo matky versus právo nenarozeného dítěte

Stěžejní otázkou v potratové problematice, a tedy hlavně mezi odpůrci a zastánci interrupce, je otázka z hlediska práva. Jde vlastně o konflikt práva ženy svobodně se rozhodnout o osudu svého těhotenství a práva nenarozeného dítěte na život. Diskuse se týká sporu, kde na jedné straně stojí lidský zárodek, který nevlastní žádnou biologickou strukturu charakterizující lidství, a na straně druhé je matka jako plnoprávná a vyvinutá lidská bytost. Výchozím problémem provádění potratů je právo na život, které je nezpochybnitelné. Obě strany s tímto souhlasí, ovšem rozchází se v podstatné věci – zda má právo na život i plod. Zastánci práva nenarozeného dítěte na život vyzdvihují biologické kvality plodu a tvrdí, že

lidský život je přítomen již od početí, má svoji genetickou výbavu určující jeho lidství a tudíž i právo na život. Naproti tomu zastánci práva matky na volbu udávají, že plod je tvorem iracionálním a nespolečenským, tudíž právo na život nemá. Dávají do popředí kvality psychologické, které lidskému zárodku schází. Embryologové se snaží do diskusí o počátku lidského života zařadit také fakta o vývoji šedé mozkové kůry, která lidskou populaci odlišuje od všech ostatních živočichů. Šedá mozková kůra nabývá na funkčnosti mezi 24.–32. týdnem těhotenství. Do této doby se lidské embryo prakticky od ostatních živých bytostí ničím neliší (Uzel, 2000).

Pokud se nad touto problematikou zamyslíme ještě hlouběji, vyvstane další důležitá otázka: A co právo otce? Zde panují opět rozdílné názory, které vychází z postojů samotných mužů k těhotenství. Jedni zastávají názor, že i když sehráli svou důležitou roli při pohlavním styku, tak už nemají právo se k čemukoli vyjadřovat. Jiní se dokonce tohoto práva úmyslně, a podle mého názoru i nezodpovědně, zříkají. Nechají veškerá rozhodnutí na ženě, která si však sama mnohdy neví rady a jejich pomoc by ocenila. Zbylou skupinu tvoří muži, kteří si myslí, že se mohou nebo musí k těhotenství partnerky vyjádřit a žena se podle toho může nebo nemusí řídit. I když jde o tělo a zdraví ženy, myslím si, že vyjádření otce je velmi důležité. Může mít totiž zájem se o dítě sám postarat a zůstat třeba na rodičovské dovolené. Často se zapomíná na to, že otec by se měl také k celé záležitosti vyjádřit, a kdo ví, možná to ženu přivede na jinou možnost, kterou si do té chvíle ani neuvědomovala. Avšak náš právní systém se k otcům staví zády, neboť k provedení interrupce je nutný pouze souhlas ženy.

Podobně jako v jiných problematických tématech, ani zde není dobré se přiklonit k nějakému extrému. Pro příklad uvádím případy z obou stran. Prvním extrémem je zákaz potratů, který vede ženy k mnohdy zoufalým činům. Jedním z příkladů je „drátková metoda“. U tohoto postupu se drát zasunoval přes čípek do dělohy v naději, že vyvolá děložní kontrakce, krvácení a potrat. Naneštěstí drát většinou protrhl dělohu, nebyl sterilní a někdy ohrozil životně důležité orgány. Pacientky si také prováděly různé výplachy, při nichž se mohly dostat do krevního oběhu nečistoty či infekce.

Touha a odhodlanost žen, které nechtějí či nesmějí být těhotné a za žádnou cenu také těhotné nebudou, je obrovská. Postavení potratů mimo zákon tyto výkony nezastaví, pouze

je odsune do ilegality, což povede k mnoha zdravotním rizikům. Ne každá žena si v problematické situaci vybere potrat. Ale nikdo by neměl učinit takovou osobní a trvalou volbu za ni.

Druhým extrémem je použití interrupce namísto antikoncepce. Mnoho mladých žen se v současné liberální společnosti, a zejména té výrazně ateistické, možnými důsledky potratu vůbec nezabývá. Potrat by ale neměl sloužit jako opakovaná náhrada nedostatečného chránění styku před početím. Prevence nežádoucího otěhotnění je v současné době při využití možností hormonální antikoncepce a jiných antikoncepčních prostředků výrazně jednodušší.

Myslím si, že ženy v ČR správně využily možnosti antikoncepce, a proto počet potratů za posledních 20 let rapidně klesl.

2 METODY PROVÁDĚNÍ UMĚLÉHO PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ

Pro objektivní posouzení intenzity zásahu do těla matky při provádění umělého potratu je velmi důležité znát jednotlivé metody.

Interrupce podléhá povinnému hlášení a i samotný výkon je stanoven a omezen zákonem č. 66/1986 Sb. Výkon se provádí ve zdravotnických zařízeních, ve většině případů se jedná o krátkodobou hospitalizaci. Je vypracováno několik různých způsobů umělého přerušování těhotenství, jejichž výběr záleží především na délce trvání těhotenství a celkovému zdravotnímu stavu. Předpokladem toho je gynekologické vyšetření. Do seznamu potřebných opatření patří průkaz těhotenství a upřesnění jeho velikosti, vyloučení zánětu pochvy, vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru, vyšetření krevního obrazu, EKG a v neposlední řadě i vyšetření imunologické reakce na syfilis, žloutenku a HIV (Baran, 1994).

Provedení výkonu s použitím anestezie je zpravidla nutné a šetrné už s ohledem na pacientku. Současně ale také zajišťuje určitý klid a komfort pro operátora – podmínky nezbytné k bezpečnému, nekomplikovanému a bezchybnému provedení samotného výkonu.

V ČR lze potrat absolvovat jednou za 6 měsíců. Žena je při podpisu žádosti poučena o možných rizicích výkonu i jeho možných pozdních následcích. U žen do 16 let a u žen zbavených právní způsobilosti musí žádost, respektive souhlas, vyjádřit zákonný zástupce. Od 16 do 18 let si může žena sama požádat, ale lékař je povinen o interrupci informovat rodiče nebo zákonné zástupce. Většina umělých potratů se provádí v prvních 12 týdnech těhotenství, ale lze je podle našich platných právních předpisů ukončit i po 12. týdnu. Mezi hlavní indikace patří ohrožení života matky, či zjištění neschopnosti života plodu (Rob, 2008).

2.1.1 Lék RU-486

Lék RU-486 je známý jako tzv. „potratová pilulka“. Jedná se o chemický prostředek, který blokuje tvorbu progesteronu, hormonu potřebného pro výživu zárodku a tedy nezbytného k udržení těhotenství. Užití tohoto přípravku způsobí odumírání a odpadání zárodku. V České republice tento přípravek není registrován. Jeho použití je povoleno ve Francii, Velké Británii, Švédsku, Německu a ve většině ostatních západoevropských států (Connell, 1997).

Jako možná náhrada je u nás k dostání Postinor, který je ovšem pouze na lékařský předpis. Lze ho ale koupit i na pohotovostní lékárně, pokud opravdu vystrašený pár „přesvědčí“ lékárníka. Postinor je postkoitální pohotovostní antikoncepce, kterou je nutné použít do 72 hodin po nechráněném pohlavním styku anebo po selhání jiné antikoncepční metody. Rozhodně však neslouží jako pravidelná antikoncepce. Podle příbalového letáku by se nouzové tablety neměly polykat častěji než dvakrát za jeden cyklus. Postinor není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění a cena se pohybuje od 500 Kč do 600 Kč.

2.1.2 Miniinterrupce (vakuumaspirace a kyretáž) – do 8. týdne těhotenství

Gynekolog Pavel Baran (1994) z porodnicko-gynekologického oddělení Baťovy nemocnice ve Zlíně vysvětluje postoje veřejnosti k miniinterrupci z hlediska praxe. Jeho zkušenost je taková, že ženy dělají rozdíl mezi miniinterrupcí a interrupcí. Rozdíl je však pouze ve velikosti přerušovaného těhotenství. To znamená, že ze všech ostatních hledisek (etického, filozofického, právního, biologického, medicínského a dokonce i z vlastní techniky provedení) jde v obou případech o stejný výkon.

Miniinterrupce se provádí semiambulantně v krátkodobé celkové anestezii, klientka zaujímá gynekologickou polohu. Po dezinfekci se děložní hrdlo fixuje kleštěmi. Po sondáži děložní dutiny vykoná lékař dilataci děložního hrdla kovovými dilatátory většinou o 1 mm větší než je průměr plastové vakuumaspirační kanyly. Pak se systematicky odsává plodové vejce pod tlakem $-0,3-0,5 \text{ kg/cm}^2$. Potřebný podtlak se získává elektrickou vakuovou pumpou. Po dokončení odsávání se obvykle provádí revize dutiny děložní malou tupou kyretou (Rob, 2008).

2.1.3 Interrupce (kyretáž) – od 8. do 12. týdne těhotenství

Tento výkon se provádí v krátkodobé hospitalizaci žen v celkové anestezii. Přípravná fáze je obdobná jako u miniinterrupce, pouze dilatace děložního hrdla je větší úměrně velikosti těhotenství. Pak se systematicky vyprazdňuje děložní obsah tupou kyretou. Při větším těhotenství nad 10 týdnů se někdy používají vedle kyrety ještě potratové kleště k vybavení větších uvolněných částí plodového vejce. Pro zlepšení děložní kontrakce a snížení krevní ztráty se následně po výkonu aplikují uterotonika (Čech, 1999).

2.1.4 Indukce – od 12. do 24. týdne těhotenství

Potrat se indukuje po předchozí přípravě děložního hrdla vaginální aplikací prostaglandinu. To může být ve formě gelu nebo intraovulární instalací. Již se nepoužívá riziková aplikace různých roztoků (např. rivanol, hypertonický roztok NaCl intraovulárně, hypertonická glukóza extraovulárně aj.). Děloha matky se začne stahovat jako při porodu, avšak tyto stahy jsou mnohem silnější. Dítě při nich často umírá a matka ho porodí již mrtvé. Po ukončeném potratu je nutno vždy provést instrumentální revizi děložní dutiny větší tupou kyretou (Rob, 2008).

Jestliže je ale dítě příliš velké, provádí se tzv. hysterotomie (Vokurka, Hugo, 2002). Jedná se v podstatě o císařský řez, děloha těhotné ženy se otevírá břišním řezem a dítě je téměř vždy vyjmuto živé. Zde pak nastává veliký problém, jak dítě nechat zemřít. Naštěstí v praxi tyto případy nejsou tak časté.

Po umělém přerušení těhotenství je nutné dodržovat režim šestinedělí, tedy období, kdy se těhotenstvím hormonálně nastartovaný organismus ženy vrací do stavu před otěhotněním. Jde hlavně o sexuální abstinenci a hygienické zásady. Samozřejmě se doporučuje odpočinek a šetrící režim. Podle lékařů jsou metody interrupce šetrné a bezpečné, ale bezprostřední komplikace ani budoucí neplodnost nelze stoprocentně vyloučit.

3 ZÁKLADNÍ STATISTICKÁ DATA POTRATOVOSTI V ČR

Vývoj potratovosti v tehdejším Československu a v České republice souvisel s vývojem populačního klimatu, změnami legislativních úprav a rozšiřováním moderních antikoncepčních metod. Zákon č. 68/1957 Sb. o umělém přerušení těhotenství, velmi usnadnil přístup k ukončení nechtěných těhotenství. Regulátorem počtu potratů měly být „interrupční komise“, posuzující jednotlivé žádosti o umělé přerušení těhotenství. Existence komisí a z ní plynoucí nutnost pokořujícího veřejného projednávání osobních problémů odrazovala mnoho mladých žen už od podání samotné žádosti. Přitom však činnost těchto komisí byla stále více pouhou formalitou a naprostá většina žádostí byla schválena. Celkový počet potratů nikdy nepřevýšil počet porodů. V porovnání s počtem porodů dosáhl počet potratů v ČR maxima v letech 1988 (97,1 potratů na 100 porodů), 1989 (98,2 potratů na 100 porodů) a 1990 (96,2 potratů na 100 porodů). V době 2. pol. 80. let značně zesláblo pronatalitní populační klima, příznačné pro 70. léta 20. století. Metody antikoncepce přitom stagnovaly a interrupce se tak staly rozšířeným prostředkem obrany před nechtěnými porody. Po roce 1990 však nastal výrazný úbytek potratů, který stále pokračuje. K zásadnímu růstu počtu umělých přerušení těhotenství ve druhé polovině osmdesátých let výrazně přispělo přijetí vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 75/1986 Sb., která mj. blíže upravovala podmínky, za nichž bylo možné přerušit těhotenství ze zdravotních důvodů. V roce 1986 bylo interrupcí přerušeno 83 564 těhotenství, v roce 1987 však již 109 626 a v roce 1988 bylo provedeno 113 730 interrupcí – což zůstalo nejvyšším ročním počtem interrupcí v České republice (Základní data o vývoji potratovosti, 2004).

Počet interrupcí v letech 1958–2005 je znázorněn v grafu Interrupce v ČR (1958–2005) v příloze P I.

Mezi důvody vedoucí k úbytku umělých přerušení těhotenství patří samozřejmě i změna celkového populačního klimatu v České republice spojená mj. se značným rozšířením hormonální antikoncepce. Od sedmdesátých let 20. století statisticky sleduje ÚZIS rozšíření antikoncepce předepsané lékařem v České republice. Podle zjištění ÚZIS po roce 1970 používalo antikoncepci jen něco přes 100 000 žen a z nich zhruba dvě třetiny používaly antikoncepci nitroděložní. Postupem času sice přibývalo stále více uživatelů antikoncepce hormonální, ale až do začátku devadesátých let nitroděložní antikoncepce převažovala. Poté však následovalo zásadní rozšíření antikoncepce hormonální. Od roku 2000 používá v České republice některou z moderních antikoncepčních metod, předepsanou lékařem, více

než milion žen, z nichž více než 900 tisíc volí antikoncepci hormonální a jen asi 100 tisíc antikoncepci nitroděložní. V přepočtu na 1000 žen v plodném věku používá antikoncepci přibližně 420 žen, z nichž 350 antikoncepci hormonální (Základní data o vývoji potratovosti, 2004).

3.1 Potratovost v roce 2008

Velmi přesná data o potratovosti je možno najít na internetových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, odkud jsem čerpala aktuální a nejnovější informace (www.uzis.cz).

Celkový počet potratů se v roce 2008 oproti roku 2007 zvýšil o 529 případů a dosáhl hodnoty 41 446. Došlo k zastavení dlouhodobého trendu snižování potratů, který byl v ČR pozorován od počátku 90. let. Důvodem není jen vyšší počet provedených interrupcí, ale i vyšší počet samovolných potratů. Interrupce tvořily 62,15 % (25 760) a samovolné potraty 34,44 % (14 273). Zbývající více než tři procenta tvořila mimoděložní těhotenství. Trend zvyšování počtu samovolných potratů lze dát do souvislosti s nárůstem počtu těhotenství vůbec. V současném období se pro rozšíření rodiny rozhoduje velmi početná skupina žen narozených v populační vlně poloviny sedmdesátých let. Tyto ženy, kterým je nyní okolo 30 let, často odsouvaly mateřství až na dobu po uspokojení svých dalších potřeb a možností (ukončení studia, vybudování kariéry, bytové zabezpečení, cestování, atd.). Většina gynekologů se shoduje na tom, že ideální biologické podmínky pro bezproblémový průběh těhotenství nastávají u žen o několik let dříve. Proto je možné za rostoucím trendem v počtu samovolných potratů hledat poněkud zvýšená rizika způsobená vyšším věkem těhotných žen. S přibývajícím počtem nesezdaných soužití a zvyšujícím se podílem dětí narozených mimo manželství roste zastoupení svobodných žen s potratem. I nadále je ale nejvíce potratů evidováno mezi ženami vdanými (46 %). Nejčastějšími žadatelkami o umělé přerušování těhotenství jsou ženy se dvěma dětmi (32,5 %). Následují ženy bezdětné (28,9 %) a ženy s jedním dítětem (25,8 %). Jiné je rozložení u samovolných potratů. Zde je nejvíce žen bezdětných (41,7 %), následují ženy s jedním dítětem (35,1 %) a dále ženy se dvěma dětmi (16,9 %). Od roku 2005 zpracovává a publikuje ÚZIS ČR také data o potratech cizinek s trvalým a dlouhodobým pobytem v ČR. V roce 2008 bylo v ČR evidováno 3 252 potratů cizinek, což představuje 7,8 % všech potratů. Větší část (téměř 78 %) u nich zastupují právě interrupce (Wiesnerová, 2009).

4 PRÁVNÍ ÚPRAVA UMĚLÉHO PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ

Česká republika se řadí ke státům s liberální právní úpravou, neboť je zákonem dána ženě možnost se samostatně rozhodnout a podstoupit umělé přerušování těhotenství. Tato volnost však není absolutní. Zákon především určuje, v jak vysokém stádiu a za jakých podmínek lze umělé přerušování těhotenství provádět. Současná právní úprava v České republice prošla v historii mnohými významnými změnami. První právní úpravy týkající se umělého přerušování těhotenství byly stanoveny v trestněprávní oblasti. Provedení interrupce podle trestního zákoníku bylo vnímáno jako vražda s velmi přísnými následky.

K umělému přerušování těhotenství se řada historicky známých společností stavěla negativně a v zemích se silným katolickým vlivem byla tato činnost přísně trestána. V současné době je stále v mnoha zemích světa interrupce ilegální či velmi problematická. Stejně jako v minulosti je to zejména v zemích, kde má náboženství svůj zásadní vliv. V těchto zemích hraje spor o interrupce také důležitou politickou roli. V Evropě je interrupce ilegální v Polsku, Irsku a na Maltě (Uzel, 2000).

Neoficiální primát „potratové metropole Evropy“ má Londýn, který je oblíbeným cílem Polek. Podle neoficiálních údajů podstoupí interrupci v zahraničí ročně 32 000 Polek, z toho většina ve Velké Británii a část v podobně liberálním, ale dražším Švédsku či Nizozemí (Palata, 2009). Daný jev se nazývá tzv. *potratová turistika*. V Česku není potrat cizinkám povolen, avšak v Polsku se objevily zprávy, že interrupce, v rozporu s českým právem, podstupují Polky i v našem pohraničí.

4.1 Historický vývoj právní úpravy po současnost

V našich zemích platil až do roku 1950 trestní zákon č. 117/1852 ř. z. „O vyhnání plo-du“. Ženě hrozilo za pokus o potrat vězení v délce trvání od šesti do dvanácti měsíců, avšak za dokonání čin pak odnětí svobody od jednoho do pěti let. Zákon také trestal vykonavatele samotného potratu, popřípadě i otce při jeho prokázané spoluvině. Výjimka mohla být stanovena pouze v případě ohrožení života ženy nebo krajní nouze (Uzel, 2000).

Nový trestní zákon č. 86/1950 Sb. umožnil lékaři výjimečně provést interrupci, ovšem jen se souhlasem ženy z důvodu těžké újmy na zdraví v případě pokračujícího těhotenství. Důvodem mohly být také těžké dědičné nemoci některého z rodičů nebo otěhotnění následkem znásilnění. Následkem tohoto zákona byl velký počet ilegálních potratů, které

s sebou nesly i své negativní důsledky v podobě různých nemocí, sterility, případně i úmrtí žen.

Důležitým mezníkem ve vývoji interrupční legislativy byl zákon č. 68/1957 Sb. o umělém přerušení těhotenství. Interrupce se stala přípustnou nejen ze zdravotních důvodů, ale také z důvodů „zvláštního zřetele hodných“ a bylo ji možné provést do ukončeného 3 měsíce těhotenství. Pouhá žádost ženy však nestačila, povolení bylo vázáno na činnost již zmíněných interrupčních komisí. Rozhodování těchto komisí bylo administrativně i časově náročné a nezdá se, že délka těhotenství překročila povolenou hranici.

Pokračující společenské změny, liberalizace v interrupčním zákonodárství ve světě i rozvoj vědy a medicíny vedly k tomu, že byl dosavadní zákon zcela nahrazen novým zákonem č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství. Ten je společně s prováděcí vyhláškou č. 75/1986 Sb. základem současné právní úpravy interrupcí. Nová právní úprava zrušila činnost interrupčních komisí a umožňuje ženám svobodně se rozhodnout, zda své těhotenství ukončí porodem, nebo podstoupí interrupci. Základní podmínkou je písemná žádost o provedení interrupce. Interrupce může být provedena, pokud těhotenství nepřesahuje 12 týdnů a nebrání-li tomu zdravotní důvody. V případě těhotenství staršího 12 týdnů je možno výkon provést ze zdravotních důvodů. V takovém případě může být interrupce opodstatněna pouze ohrožením života ženy, těžkým poškozením plodu nebo neschopností plodu žít. Lékař má povinnost poučit ženu o možných zdravotních důsledcích umělého přerušení těhotenství i o způsobech používání antikoncepčních metod a prostředků. Tento zákon nebyl dodnes novelizován, byly k němu vydány pouze tři vyhlášky. Zásadnější změna byla provedena v roce 1992, kdy byla přijata vyhláška stanovující platbu za tento zákrok. Ze zdravotního pojištění je hrazen pouze v případě, že je výkon zdravotně indikovaný (z. č. 66/1986 Sb.).

V březnu 2003 byl projednáván návrh zákona na ochranu lidského života. Ten ruší zákon č. 66/1986 Sb. a upravuje trestní zákon tak, aby ten, kdo umělý potrat provede kromě případu znásilnění a incestu, byl trestně odpovědný. V roce 2004 byl tento návrh zamítnut. Jednalo se v historii o vůbec první podání návrhu zákona, který by zpříšňoval provádění potratů. Nejnovějším a posledním pokusem byl návrh novely v roce 2008, který byl součástí návrhu zákona o sociálních službách. Byl však opět neúspěšný.

Shrneme-li poznatky o platné právní úpravě, můžeme konstatovat, že hlavní prioritou současného zákona je předcházet nežádoucímu těhotenství výchovou k plánovanému a odpovědnému rodičovství. Zákon sice respektuje právo ženy svobodně se rozhodovat o trvání nebo ukončení jejího těhotenství, avšak ochrana nenarozeného života a projevy úcty k němu zde nejsou zmíněny.

Myslím si, že zákon by se měl kromě prevence zaměřit především na pomoc ženám, které se rozhodují, zda si dítě ponechají nebo ne. Pomoc by měla spočívat v možnosti konzultace se sociální pracovníci, psychologem či jinými odborníky, kteří by ženě poskytli jiné alternativní řešení její situace. Jelikož nyní konzultace zatím nejsou možné, dala bych apel na prevenci. Ta by měla spočívat ve zvyšování informovanosti pomocí přednášek na téma sexualita, antikoncepce, těhotenství apod. a začínat by se s nimi mělo již na základních školách. Prevence u mladé generace je vždy to nejdůležitější. Když už se žena rozhoduje, zda si dítě nechat či ne, tak je již něco „špatně“. Měl by být vytvořen jakýsi komplexní soubor flexibilních opatření, která by poskytovala ženě potřebnou pomoc a podporu.

5 KLASIFIKACE DŮVODŮ PRO INTERRUPCI

Téměř každá žena v naší společnosti se chce stát matkou, avšak těhotenství nemusí vždy přijít ve správnou chvíli. Vliv na konečné rozhodnutí, zda si dítě ponechat nebo ne, má jak samotná žena, tak i vnější okolnosti. V žádném případě se nedá říci, že ženě potrat samotný přináší uspokojení a potěšení. Vždy se jedná o zásah do jejího těla spojený s možnými komplikacemi či následky.

Žena, která se pro potrat rozhodne, se tímto činem snaží vyhnout něčemu, co si nepřeje. Má smíšené pocity, neboť na jedné straně si začíná uvědomovat pozitivní vztah k dítěti, které je její součástí, ale na straně druhé má nepřekonatelný strach z budoucnosti a své těhotenství považuje za jakési zlo. Často ji k potratu donutí rodina (rodiče, manžel, partner, finanční situace). Potrat žena vidí jako jediný způsob, jak zničit následek aktu, ke kterému nemělo dojít. To, že vzniklo nechtěné těhotenství, je ovlivněno mnoha faktory, jako například nedostatkem odpovědnosti a sebeovládání u partnerů, nezkušeností, neinformovaností nebo přímo bezohledností muže.

Důvody, proč jdou ženy na potrat, se zabývá například Ucháčová (2007). Podle ní jeden z důvodů spočívá v tom, že se cítí opuštěny bez možnosti se o někoho opřít. Myslím si, že muži se pro potrat rozhodují snadněji, protože v konečném důsledku se nejedná o jejich tělo a také na sebe nechtějí převzít odpovědnost. Muž, který nemá o své dítě zájem, se častěji a jednodušeji rozhodne pro potrat. I když se žena s reakcí muže neztotožňuje, ve většině případů potrat na jeho přání podstoupí. Muž jí na oplátku jako útěchu slibuje dítě později. Avšak velmi často se stane, že se partnerské soužití stejně brzo po ukončení těhotenství rozpadne.

V literatuře se objevuje také názor, že počet interrupcí souvisí s tím, kdy dnešní mladá generace začíná s pohlavním životem. Obecně panuje názor, že v současné „uspěchané“ době se snížila také věková hranice prvního pohlavního styku a tím pádem je i větší procento umělých potratů mezi velmi mladými dívkami právě z důvodu nízkého věku. Ankety mezi mladými lidmi však prokázaly, že hranice prvního styku se dlouhodobě udržuje kolem 18. roku života. Počet interrupcí se však za posledních 30 let velmi liší. Tím bylo dokázáno, že tato souvislost zde není.

Existují nejrůznější důvody, proč ženy podstupují interrupci. Wichterlová (2002) uvádí sedm různých kategorií důvodů:

1. **Nemít více dětí** – jedná se o ženy, které už mají několik dětí a další si už nepřejí. Patří sem také ženy, které se rozhodly být bezdětné a také ty, u kterých selhala antikoncepční metoda.
2. **Odložení těhotenství na pozdější dobu** – poslední narozené dítě je ještě příliš malé a žena se obává, zda by výchovu zvládla. Chce proto počkat několik let, než bude mít další. Totéž se týká odložení prvního dítěte na vhodnější a příznivější dobu.
3. **Socioekonomické důvody** – jsou nejčastější a mluvíme zde o finančních možnostech ženy (rodiny) nebo bytových podmínkách. Žena volí potrat, protože si dítě jednoduše nemůže dovolit. Musí chodit do zaměstnání a pracovat naplno, aby tak uživila nejen sebe, ale i případně další členy rodiny. Patří sem ale také otázka vzdělání, kdy ženy upřednostňují nejprve jeho dokončení. Pokud se žena rozhodne pro umělé přerušování právě ze socioekonomického důvodu, musíme tuto skutečnost dávat za vinu také společnosti, která by měla vytvářet podmínky vhodné pro podporu rodiny, nikoli dohnat ženu k tomuto nouzovému řešení.
4. **Problémy v partnerském vztahu** – tykají se vztahů, které prochází krizí a žena nechce do stresem vypjatého prostředí přivést ještě i dítě. Osamělá žena naopak nechce vychovávat dítě sama a raději se rozhodne odsunout těhotenství na dobu, kdy si bude jistá pomocí ze strany otce. Některé svobodné ženy jsou přesvědčeny, že dítě má přijít až po svatbě a proto volí raději potrat, než mít ne-manželské dítě.
5. **Věk** - tento důvod uvádí zejména mladé ženy a dívky, které se ještě necítí být na roli matky připraveny a své první dítě chtějí o něco později. Váhají, zda budou dobrými matkami. Zahrnout sem můžeme také nátlak rodičů na „náctileté“ budoucí matky, kteří si myslí, že jejich dcera je sama ještě dítě. Stává se pak velmi často, že tyto velmi mladé dívky své těhotenství a následnou interrupci tají do poslední možné chvíle. Opačným případem jsou pak matky ve zralém věku, které se cítí příliš staré na to, aby měly dítě.

6. **Zdraví** – interrupci ze zdravotních důvodů podstupují ženy, u kterých by těhotenství mohlo ohrozit jejich zdraví, ale také zdraví plodu. Příkladem jsou ženy s chronickým onemocněním. Pro interrupci se někdy rozhodnou ženy, u kterých je podezření, že plod je poškozen či bude trpět nějakou vrozenou vadou či poruchou. Obzvláště tato situace je pro matku (partnery) složitá a stresující a rozhodování velmi těžké. Zde je důležité i doporučení a názor lékaře. Ukončení těhotenství volí také ženy, které jsou HIV pozitivní.
7. **Z donucení** – sem můžeme zahrnout těhotenství a následný umělý potrat v důsledku znásilnění či incestu, kdy je žena těhotná s otcem, bratrem nebo s nějakým jiným mužem z příbuzenstva. Pokud matka nemůže z psychických důvodů dítě přijmout, vidí v interrupci jediné řešení. Často právě také manžel nebo partner trvá na tom, že žena musí na potrat, protože sám si dítě nepřeje.

Na celém světě jsou důvody, proč se ženy rozhodnou k interrupci podobné. Tyto důvody nejsou lehkovážné nebo neuvážené. Spíše demonstrují obtíže, se kterými se ženy musí ve svých životech potýkat.

6 SYSTÉM PÉČE O ŽENU PŘI INTERRUPCI A JEJÍ DŮSLEDKY

Samotný zákon stanovuje, že umělé přerušení těhotenství lze provést pouze ve zdravotnickém zařízení. Ve většině případů se jedná o ambulantní zákrok, kdy je žena hospitalizována pouze jeden den. Pokud se jedná o interrupci ve vyšším stupni těhotenství, může být pacientka hospitalizována po dobu 2–3 dnů.

V první řadě je nutné o interrupci požádat svého ošetřujícího gynekologa. Po sepsání žádosti gynekolog pošle ženu k praktickému lékaři nebo internistovi na předoperační vyšetření. I když interrupce patří mezi tzv. malé operační výkony v gynekologii, klade, stejně jako ostatní operace, určité nároky na předoperační přípravu ženy a její vyšetření. Vyžaduje si to nejen sám operační výkon, ale také skutečnost, že valná většina interrupcí se provádí v celkové anestezii. Cílem předoperačního vyšetření a přípravy je snížit riziko výskytu komplikací na minimum (Baran, 1994).

Po absolvování vyšetření je potřeba dohodnout termín zákroku v samotné nemocnici nebo na soukromé porodnicko-gynekologické klinice. Cena zákroku se liší v závislosti na zařízení, době těhotenství a délce hospitalizace. Nejnižší se pohybuje kolem 1500–4000 Kč.

Samotný výkon a potřebnou lékařskou péči poskytuje gynekolog-porodník a porodní asistentka, která obstarává ošetrovatelskou péči. Metoda a postup jsou individuální a jak již bylo řečeno, výkon se provádí v celkové anestezii. Žena při odchodu domů dostane neschopenku, avšak bez konkrétních informací.

Ihned po výkonu přijme klientku sestra a lůžko opatří pomůckami proti potřísnění. Žena je uložena do polohy na zádech, případně na boku, aby se zabránilo komplikacím v případě zvracení. Sestra zajišťuje dohled nad lůžkem až do doby, než žena nabude vědomí. Po odeznění anestezie se žena obstarává sama a dostane také pokyny, jak správně provádět hygienu. Pokud nenastanou komplikace, má žena volný pohyb po oddělení, případně odchází domů. Před odchodem domů dostává žena propouštěcí zprávu pro svého obvodního gynekologa a poučení o dalším způsobu pohlavního života a ochrany před nechtěným těhotenstvím (Jelenová, 2007).

6.1 Důsledky interrupce

Umělé přerušování těhotenství vždy znamená jakýsi zásah nejen do tělesného, ale především i do duševního zdraví ženy. Proto by žena měla zvážit veškeré okolnosti, které úzce souvisí s možnými následky. Přestože je medicína v současné době na velmi vysoké úrovni, ani interrupce se neobejde bez určitých rizik. Při daném výkonu nebo bezprostředně po něm, může dojít k celé řadě akutních komplikací, další se pak mohou projevit později, jako následek umělého přerušování těhotenství (Čech, 2006). Na výskyt zdravotních komplikací mají vliv zejména délka těhotenství, metoda interrupce, zkušenost a zručnost operátora a samozřejmě celkový zdravotní stav ženy.

Z hlediska časového vztahu k provedené interrupci můžeme komplikace a následky dělit na (Baran, 1994):

- **Bezprostřední komplikace** – zde můžeme zahrnout komplikace z anestezie, embolii, poranění děložního hrdla při sondáži nebo dilataci, perforaci (proděravění) děložního hrdla či těla a také velkou krevní ztrátu.
- **Časné komplikace** – jsou definovány jako komplikace vyskytující se v průběhu prvních šesti týdnů po provedení výkonu. Patří sem selhání interrupce (kdy i po výkonu těhotenství dál pokračuje), nepoznané mimoděložní těhotenství (kdy u ženy jdoucí na interrupci je mimoděložní těhotenství, ale lékař jej nerozpozná a provede „klasické“ umělé přerušování těhotenství), zbytky (residua) po interrupci zapříčínující následné krvácení z dělohy nebo zánětlivé komplikace. Další zánětlivé komplikace (sliznice dutiny děložní, její svaloviny, vaziva v okolí dělohy, vejcovodů i pobřišnice) se vyskytují asi u 5–10 % žen.
- **Pozdní následky** – vyskytující se převážně v pozdější době (po sedmi a více týdnech). Jejich přímá souvislost s provedením interrupce se proto někdy obtížněji prokazuje a nezřídka bývá i zpochybňována. Do těchto následků můžeme zahrnout zánětlivé komplikace, poruchy cyklu, poruchy schopnosti otěhotnět a těhotenství donosit, zvýšené riziko velkých potratů a předčasného porodu u dalšího dítěte, zvýšená frekvence mimoděložního těhotenství, dokonce i sterilita. Pozdním následkem jsou také psychické poruchy a sexuální poruchy, kterým je však věnována pouze minimální pozornost. Přitom se jedná o následky výrazně ovlivňující kvalitu partnerského soužití a kvalitu života ženy vůbec.

Mnohem menší zřetel, než na somatické následky interrupce, se bohužel bere na **následky psychické**. Souhlasím s názorem Ucháčové (2007), že potrat bez rizika neexistuje. Těhotná žena v podstatě dá souhlas k vykonání zákroku, který se diametrálně rozchází s její ženskou bytostí a možným naplněním její ženské role. Nastává krize identity ženy, protože potrat znamená zásah do její mateřské přirozenosti, ke které patří život dávat, poskytovat výživu, starat se o druhé, chránit a pečovat.

Myslím si, že potrat je zážitkem plným smutku a bolesti pro každou ženu. Také je přirozené, že žena po spontánním potratu cítí velkou ztrátu. Proto je velmi důležité upozornit ženy před umělým potratem na to, že je pravděpodobně čeká podobné utrpení. Stejný smutek ze stejné ztráty jako po spontánním potratu, ale o to horší, protože se pro potrat rozhodly samy.

Nevědomost bohužel ženu nechrání před možnými psychickými následky, jako jsou pocity lítosti a viny, výčitky svědomí, kolísání nálad a deprese, nemotivovaný pláč, stavy strachu a úzkostné sny. Souhrnně se tyto následky dají označit za tzv. **postinterrupční (postabortivní) syndrom**. Toto označení však není žádná oficiální diagnóza. „*Ze studie postabortivních pacientek, která byla provedena pouze osm týdnů po potratu, se zjistilo, že 44 % žen si stěžovalo na nervozitu, 36 % mělo potíže se spánkem, 31 % litovalo svého rozhodnutí a 11 % dostalo od svého obvodového lékaře recept na psychotropní lék*“ (Rue, 2010).

Řešení případných fyzických komplikací po potratu je v ČR samozřejmostí. V případě psychických následků po interrupci by měla být k dispozici poradenská služba s odborně vyškoleným pracovníkem, kde je ženě ochotně nasloucháno a jsou jí poskytovány informace. Příkladem může být Velká Británie, kde jsou tyto poradny samozřejmostí a jsou součástí služeb každého zdravotnického zařízení, kde se umělé přerušování těhotenství provádí. Bohužel v České republice se na tuto problematiku vůbec nemyslí. Vinu je však možné připočítat také faktu, že nemáme dostatek kvalifikovaných pracovníků na těch správných místech. Roli hraje asi i finanční stránka věci. Na druhé straně ženy, které jsou úzkostné, trpí nespavostí, depresemi a všeobecně neprospívají, určitě nepřispívají k celkovému psychosociálnímu zdraví a prospěchu celé společnosti (Jelenová, 2007).

7 POSTABORTIVNÍ SYNDROM

„*Postabortivní syndrom (PAS) je stresová reakce, kterou některé ženy prožívají po potratu. Tento syndrom je specifickou formou širší diagnózy známé jako „posttraumatická stresová porucha (PTSP)“* (Freedová, Salazarová, 2008, s. 17). Nástup této reakce může nastat kdykoli od okamžiku zákroku až do několika dalších let. PAS je způsoben neschopností ženy vyjadřovat své pocity, které se vážou k jejímu těhotenství a potratu. Žena se navíc není schopna vyrovnat se svou ztrátou. Odsunuje své emoce a vytváří si jiné mechanismy ke zvládnání každodenního života. PAS by měl být léčen, aby mohl nastat proces uzdravování a žena se tak dostala z bludného kruhu potíží. Potíže se totiž mohou časem stupňovat, a narušit tak běžné fungování ve vztazích, v rodině i v práci.

PAS nemusí postihnout pouze ženy, které prodělaly umělý nebo spontánní potrat. Symptomy se mohou objevit i u jejich partnerů, a dokonce i u zdravotníků, kteří se na interrupci podílí (Urbanová, 2010).

Ne každá žena je postabortivním syndromem postižena. Velké procento žen se bez problémů rozhodne pro interrupci, poté se jim velmi uleví a dál žijí svůj život, aniž by litovaly.

Existují také názory, že interrupce nepůsobí ženám žádné psychické problémy či PAS. Interrupce jsou žhavým politickým tématem ve Spojených státech, a proto se Američtí vědci snažili provést kvalitní výzkum týkající se PAS. Tým odborníků prověřil několik desítek studií, jichž se v letech 1989 až 2008 zúčastnilo celkem 150 000 žen. Vědci přitom zjistili, že kvalitní výzkum neukazuje významnější rozdíl v dlouhodobém duševním zdraví žen, které se rozhodly pro předčasné ukončení těhotenství, a ostatními. Jsou to sice vědecké výsledky, ale odborníci, kteří jsou ve svých poradnách a ordinacích žádáni o pomoc ze strany žen s PAS, jsou názoru opačného (Teorie, že interrupce působí depresi, je prý nesmysl, 2008).

7.1 Symptomy

Jak bylo výše řečeno, PAS je ve své podstatě posttraumatická stresová porucha. Vznik PTSP souvisí s uzavřením bludného kruhu potíží. Na jeho udržování se podílejí zejména vzpomínky a myšlenky připomínající traumatickou událost. Ty vedou k rozvoji napětí či strachu. Úzkostné emoce bývají doprovázeny tělesnými příznaky, reakcemi a úzkostným

chováním: těkáním, pobíháním, vyhýbáním se, ujišťováním – to vše se navzájem ovlivňuje a posiluje. Aby se žena uzdravila, je nutné dostat pod kontrolu zejména příznaky jako traumatické kognice (traumatické vzpomínky, obavy, starosti, sebeobvinění), negativní emoce, tělesné příznaky úzkosti a úzkostné, vyhýbavé a zabezpečovací chování (Praško a kol., 2003).

Každá nemoc je doprovázena svými specifickými symptomy a nezáleží na tom, zda je fyzického či psychického původu. Jakmile odborníci rozpoznají symptomy, mohou nemoc diagnostikovat a začít ji léčit. PAS se vyznačuje velkým množstvím příznaků, ale ne u všech žen se objeví všechny. Některé trpěly jen několika, jiné se ztotožňovaly s mnoha. Také jejich intenzita je různá. Nástup symptomů může být okamžitý, jindy až po několika letech. Zde uvádím jak výčet obecných symptomů, které se vyskytují u PTST, tak i specifických pro PAS (Freedová, Salazarová, 2008, s. 19-20):

- zneužívání alkoholu, léků nebo drog (obvykle proto, aby člověk utlumil bolestné emoce nebo unikl z reality),
- zlost (často zevšeobecněná nebo konkrétně zaměřená na ty, kteří byli do události nějak zapojeni),
- úzkost (většinou nespecifická, nebo ve formě záchvatů paniky),
- krátké psychotické příhody (ztráta kontaktu s realitou trvající i několik dní),
- popření/ potlačení (odsunutí nežádoucích emocí),
- deprese,
- negativní pojetí sebe sama (vlastní hodnoty, obrazu, který si člověk o sobě vytváří),
- narušení vztahů (vzrůstající neschopnost být v osobních nebo společenských vztazích a přáteli a rodinou),
- pocit bezradnosti a bezmoci, pocity prázdnoty a ztráty,
- zármutek (konkrétní nebo určitý),
- vina,
- izolace (pobývání o samotě více než obvykle),

- noční můry, poruchy spánku, záblesky minulosti (tyto noční můry obvykle zahrnují témata ztracených, roztrhaných, nebo plačících dětí),
- panika (nebo pocit, že nemám něco pod kontrolou),
- psychická otupělost (snížená schopnost prožívat jakoukoli emoci),
- lítost,
- výčitky svědomí,
- sebevražedné myšlenky nebo činy.

Specifické symptomy PAS:

- výroční syndrom (nárůst symptomů kolem výročí potratu nebo očekávaného data porodu),
- strach z neplodnosti,
- vyhýbavé chování (vyhýbání se osobám nebo situacím – těhotným známým, malým dětem, lékařům/gynekologům – které mohou spustit emoce spojené s potratem),
- poruchy příjmu potravy (tloustnutí nebo naopak extrémní hubnutí, což „ochrání“ před možným budoucím těhotenstvím; vyjádření nenávisti k sobě samé),
- neschopnost vytvořit pouta k vlastním dětem,
- přílišné zaujetí myšlenkou na nové otěhotnění (pokus nahradit potracené dítě),
- psychosexuální poruchy (neschopnost být sexuálně aktivní, předstírání v sexu),
- náhlý nekontrolovatelný pláč.

Ke specifickým symptomům Ucháčová (2007) dále řadí také:

- problémy s koncentrací,
- přehnaná aktivita,
- nutkavé znovuprožívání potratu,
- agresivita vůči otci dítěte, vůči lékaři, který potrat provedl, vůči všem mužům, vůči sobě samé,
- snaha ospravedlnit sebe samu jednáním proti potratu – ale i nucením k potratu,

- opakované potraty,
- extrémní promiskuita (nebo naopak frigidita).

Někdy se stane, že určitý člověk nebo situace PAS spustí. Nejběžnějšími spouštěči jsou lidé nebo věci, které ženě tuto událost připomenou, například novinový článek na toto téma, výročí početí dítěte, data potratu nebo data, kdy by se dítě mělo narodit, těhotné ženy a miminka. Náhle ženě otázka potratu znovu vyvstane v mysli a tím se jí přitíží.

7.2 Nejrizikovější skupina žen

Každá žena, která prodělala potrat, je teoreticky ohrožena PAS. Za vznik postabortivního syndromu ale zřejmě nemůže jen samotný lékařský zákrok. „*Emoční stres mohou vyvolat i jiné faktory, než je samotná interrupce. Je to obtížnost kroků, které žena musela podniknout, aby dosáhla interrupce, postoj těch, s nimiž musela jednat, celkový postoj společnosti a tak dále*“ (Fukalová, In Kavenská, 2009). Existuje však určitá skupina žen, které jsou k postinterrupčnímu syndromu náchylnější.

První ohroženou skupinou jsou ženy, které podstoupily interrupci ve velmi mladém věku. Jednalo se o jejich první dítě. Mladé dívky často není umožněno, aby hluboce zkoumala význam potratu a jeho budoucí důsledky (Freedová, Salazarová, 2008). Většinou podlelehne nátlaku rodičů, kteří vidí v potratu nejlepší řešení. Během svých školních i mimoškolních povinností na tuto smutnou zkušenost zapomenou, ale je zde velké riziko, že se otázkou potratu začne zabývat v pozdějším věku a začne své rozhodnutí zpochybňovat.

Druhou ohroženou skupinu představují ženy, které už měly děti, a tedy zažily, jaké je to být matkou. Pohled na jejich potomky jim může připomínat dítě, o které přišly, a opakovaně jim tak vyvolávat pocity úzkosti nebo deprese (Kavenská, 2009). Jako většina matek, i tyto ženy své děti milují, starají se o ně, chrání je a obětují se pro ně. Tento přirozený instinkt je ale pro matky, které jdou na potrat, bolavým ostnem.

Třetí skupinou ohroženou rozvinutím PAS jsou ženy, které odložily potrat až do druhé nebo třetí třetiny těhotenství. Totéž platí i pro potraty provedené z lékařských důvodů nebo pro abnormality plodu (Freedová, Salazarová, 2008).

Vyrovnání se s přerušným těhotenstvím také zhoršuje, pokud byla žena k interrupci donucena svým okolím. Ženy v době provedení výkonu nebyly pevně rozhodnuty, že chtějí interrupci podstoupit, cítily se pod tlakem a v pasti. Byly najednou v pozici, která byla

v rozporu s jejich vlastním přáním. Potrat pod tlakem s sebou kromě ztráty přináší také utrpení, jež souvisí s rozhodováním o sobě samé a převzetím kontroly nad vlastním životem (Kavenská, 2009).

Pátou skupinou jsou ženy, které zažívají hodnotový konflikt. Svůj hodnotový systém přejímají z různých zdrojů, jako je rodina, prostředí, ve kterém žijeme, nebo víra. Rozhodnutí pro potrat je u některých žen v ostrém rozporu s jejich pevně danou životní morálkou.

Myslím si, že PAS opravdu existuje a že ženy, které prošly touto zkušeností, potřebují vědět, že nejsou samy. Potrat ovlivňuje životy žen. Samo uznání tohoto faktu, může být prvním krokem na cestě k uzdravení, k získání nové naděje.

7.3 Fáze PAS

Stejně tak jako člověk postižený posttraumatickou stresovou poruchou, i žena trpící postabortivním syndromem prochází určitými fázemi vývoje. Žena je bytost individuální, a proto ne každá musí zákonitě projít všemi fázemi a se stejnou intenzitou. Také následky se projevují různými způsoby, protože každý z nás je utvářen několika samostatnými, přesto však vzájemně propojenými vlákny: psychickými, emocionálními, fyzickými, duchovními, vztahovými a sexuálními.

V české literatuře jsem zmínku o jednotlivých fázích PAS nenalezla, proto jsem informace čerpala ze zahraniční literatury (Symptoms and Frequently Asked Questions About Post Abortion Stress Syndrome, 2010).

Fáze 1 – popření, otupělost, apatie – může nastat ještě před vykonáním samotného potratu. Mnoho žen poté, co dospěly k extrémně obtížnému rozhodnutí ukončit těhotenství, udávají pocity ve smyslu „odosobnění“ s plány potratu. Žena si potrat nepřipouští a stále si opakuje, že jí se nic takového nestalo. Nikomu o svém prožitku nic neřekne, lže tak i svému ošetřujícímu lékaři či gynekologovi. Vše se odráží v jejím běžném životě i v samotném zdravotním stavu. Zlom může nastat za několik týdnů, ale i let.

Fáze 2 – počáteční uvědomění – žena se cítí trochu smutně nebo nepříjemně, když myslí na potrat. Tato fáze je charakterizována vyhýbáním se nemluvnatům, těhotným ženám, dětským obchodům a diskusím na téma potratů. Žena si důvody vyhýbání zcela plně neuvědomuje, ale ví, že ji tyto věci obtěžují, a proto se jim za každou cenu snaží vyhnout.

Fáze 3 – plné uvědomění si – žena je velmi naštvaná ohledně svého potratu, ale stále si vědomě nepřizná potrat jako původ svých problémů. Tato fáze začíná tím, že si uvědomí fakt, že prodělala potrat. To je doprovázeno extrémním smutkem, depresí a zármutkem. Přemýšlí nad tím, jak velkou bolest musel plod při provádění potratu cítit. Vidí samu sebe jako vraha a trestá se zneužíváním alkoholu, léků, drog, hladověním nebo přejídáním. Tato fáze je velmi intenzivní. Mohou se objevit také děsivé noční můry či záblesky minulosti během dne. Ženy nacházející se v této fázi mohou pocítit jakýkoli z již zmíněných symptomů v kapitole 7.1.

Fáze 4 – počínající hněv – vůči partnerovi či zúčastněným lidem. V této fázi žena stále trpí symptomy a chováním popsaným ve 3. fázi, ale je si stále více vědoma svého hněvu. Velmi citlivě reaguje během konfliktů s lidmi, kterým připisuje odpovědnost za potrat. Nenávist se může otočit také směrem k ženě samotné a projevit se jako sebedestruktivní chování.

Fáze 5 – hněv nebo hluboké deprese – můžou vyústit až v sebedestrukci. To může zahrnovat zneužívání alkoholu, drog, náhodné známosti, lehkomyšlnost ke všemu, emocionální odloučení od rodiny, poruchy příjmu potravy i sebepoškození. Žena je ze všeho unavená, ale není schopná si sama pomoci a své chování zastavit. Může upadnout až do hluboké deprese, kdy není schopna vstát z postele, vykonat každodenní starost o sebe, cítí se beznadějná, chce umřít, a připojit se tak k dítěti. Nevidí před sebou žádnou budoucnost. Je důležité, aby ženy s těmito symptomy ihned vyhledaly profesionální pomoc, aby se předešlo sebevražedným myšlenkám.

Fáze 6 – počínající řešení – žena začne čelit tomu, co se stalo a jak se v minulosti rozhodla. Žena si konečně uvědomí, že potřebuje pomoc a že příčinou všech jejích problémů je prodělaná interrupce. Hledá profesionálního poradce, psychiatra nebo podpůrnou skupinu žen po potratu. Nachází konečně alespoň malou naději.

Fáze 7 – odpuštění – žena nalezne cestu, jak odpustit nejen sobě, ale i lidem, na které se hněvala. Žena začne navštěvovat terapii soukromě nebo se přidá k podpůrné skupině žen po potratu, začne jednat se všemi svými pocity a problémy. Zkoumá, co se s ní po celou dobu dělo a jak to ovlivnilo její život. Součástí je také pojmenování dítěte a požádání ho o odpuštění.

Fáze 8 – začátek vnitřního klidu – žena se začíná smiřovat se všemi pocity a ztrátami, což se děje skrze prožitý smutek. Začne se cítit lépe a pomalu se vyrovnává se svou situací. Ztráta potenciálního dítěte je však stále ještě bolestivá, ale ne tak intenzivní jako předtím. Hněv se zmenšuje. Žena nachází opět důvod k tomu, aby žila, a vidí nějakou budoucnost.

Fáze 9 – úplné vyrovnání – je spojeno s naprostým odpuštěním sobě samé i ostatním, kteří se potratu nějakým způsobem účastnili. Ženy jsou klidné a vyrovnané i se ztrátou svého dítěte. Jsou schopné poslouchat diskutovat o problematice potratů bez výrazných emocí. Veškeré symptomy PAS odezněly a ony se vrací do běžného života. Žena si vytvoří vlastní názor na interrupce.

Čas, jak dlouho by žena měla procházet každou fází, není jasně vymezen. Některé fáze mohou trvat několik dní, týdnů a některé i několik let. Celý tento proces by měl být veden zkušeným odborníkem, který by ženě poskytoval rady a psychickou podporu.

7.4 Pomoc při PAS

Vyrovnat se s postinterrupčním syndromem nebo i s interrupcí samotnou není rozhodně nic jednoduchého. Nejdůležitější během celého procesu je upřímné nahlédnutí do svého nitra. Svě zásadní místo zde má i osoba, které se žena může svěřit. Je jedno, jestli je tou osobou manžel, rodiče, přítelkyně nebo psycholog, důležité je, aby žena měla možnost říct někomu o svých pocitech, problémech a trápeních (Lamplmairová a kol., 2004).

Žena často podstupuje potrat v utajení anebo se o svém úmyslu radí pouze s jedinou osobou, nejčastěji s fyzickým otcem dítěte. Ten viděl v potratu jediné schůdné řešení nebo byl k dítěti lhostejný. Žena tak zůstává se svým tajemstvím sama, opuštěná a bez pomoci. První pomoc je založena na trpělivém a upřímném vyslechnutí terapeuta, který projeví soucit. Pouhé popovídání si s druhou osobou a přesné vyličení prožité události má na tyto ženy terapeutický účinek, který jim přináší velkou úlevu. Předpokladem prvotního impulsu navštívit odborníka je také to, že si žena své pocity připustí, ať už jsou jakékoli. Žádná emoce není nepřirozená a je potřeba s ní pracovat (Oberederová, In Kavenská, 2009).

Farmakoterapie

Pokud se terapeut rozhodne použít i léky, volí nejčastěji antidepresiva. Ty jsou pro dlouhodobější léčbu nejvhodnější, protože na ně nevzniká tolerance či závislost. Antide-

presiva a některá anxiolytika jsou účinná hlavně ve zmírňování příznaků úzkosti. Částečně se jimi dají ovlivnit také vtíravé vzpomínky a flashbacky, nesoustředěnost a emoční odpoutanost. Efekt těchto léků není okamžitý, ale objeví se zpravidla po třech až šesti týdnech užívání. Léčba tak může trvat i měsíce, nejčastěji jeden rok, pokud jde vše dobře. Ústup potíží je pomalý a probíhá dlouhou dobu. Předčasné vysazení antidepresiv je spojeno s rizikem zhoršení nebo návratu příznaků. Při náhlém vzplanutí příznaků úzkosti, při záchvatech paniky a potuchách spánku je vhodnější a osvědčenější podávat anxiolytika. Doporučují se však pouze ke krátkodobé léčbě (maximálně čtyři měsíce), protože na ně snadno vzniká závislost (Praško a kol., 2003).

Psychoterapie

Pro ženu není jednoduché, aby se sama zbavila svých obtíží po potratu. Nejdůležitějším prostředkem léčby je psychoterapie. Akutní intenzivní psychoterapie trvá 6–12 týdnů, záleží na frekvenci setkávání. Psychoterapie pomáhá ženě trpící PAS hlouběji porozumět, co se v ní děje. Učí ji, jakými způsoby má zacházet s příznaky a s problémy v životě, a posléze trénuje dovednosti, které umožňují předcházet problémům novým. Ženě je dán prostor pro to, aby vyjádřila vše, co ji trápí. Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svými emocemi, myšlenkami a chováním. Snaží se také zmírnit pocit viny, trapnosti, nejistoty, studu, strachu i úzkosti. Jedním z hlavních úkolů psychoterapie je také pomoci ženě překonat současné životní problémy. Protože terapeut bývá velmi často prvním člověkem, kterému se s řadou věcí žena svěřuje, je důležité, aby k němu cítila důvěru (Praško a kol., 2003).

Myslím si, že žena trpící PAS spíše vyhledává pomoc u jiné ženy-terapeutky. V ní hledá zejména emoční podporu. Mužům-terapeutům v této chvíli příliš nedůvěřuje, neboť v nich vidí svého partnera (který ji k potratu přinutil) či lékaře (který potrat provedl). Terapeut by měl být dostatečně trpělivý a netlačit ženu předčasně k přílišným detailům. Je důležité, aby si žena „odžila“ veškeré emoce spojené se ztrátou dítěte, terapeut by je proto neměl tlumit, ale naopak je podporovat.

Postup psychoterapie vychází z jednotlivých fází PAS a je s nimi úzce spjat. Pro ženu je důležitá jak psychoterapie individuální, tak i skupinová. Ženě totiž velmi často pomůže právě zjištění, že není sama, kdo má tyto problémy a lépe překoná případný stud.

Proces léčby PAS zahrnuje podle Fredové a Salazarové (2008) v první řadě truchlení nad dlouho popíranou ztrátou dítěte. Nevyřešený smutek ovlivňuje mnohé oblasti ženina života a blokuje její schopnost vstoupit naplno do zdravého vztahu. Truchlení je tedy prožívání emočního utrpení, které následuje, když někoho nebo něco ztratíme a způsobuje hluboký zármutek. Truchlení doprovází mnoho nejrůznějších pocitů, které jsem zmínila již mezi symptomy a pro každého člověka je to dlouhá osobní zkušenost. Bolest bývá bohužel také doprovázena požíváním alkoholu nebo drog, což způsobuje ještě větší obtíže.

Žena by měla během své léčby následovat jednotlivé kroky. Freedová a Salazarová (2008) uvádí a popisuje osm kroků k uzdravení.

1. **Vystoupit z temnot.** Žena musí přestat popírat událost potratu a připustit si, že ji ovlivnila. Musí se začít potýkat s realitou, a to co nejdříve. Je-li popírání používáno k potlačení specifické bolesti moc dlouho, stane se zaběhnutým způsobem jak jednat i s jinými bolestivými událostmi. Některé ženy si vytváří „ochrannou kuklu“ v bezpečí rušného života, jiné se naopak izolují. Přestat s popíráním je pro uzdravování stěžejní.
2. **Poznat své skutečné pocity a ztráty.** Žena začne truchlit a vyjmenuje ztráty, které v důsledku potratu utrpěla. Naučí se vyjadřovat své emoce a pocity vztahující se k potratu, k dítěti a ke vztahu s otcem dítěte. Musí však být upřímná, zejména pak k sobě samé.
3. **Přestat s neúčelným jednáním.** Žena musí přestat s neúčelným jednáním, které dělá, aby potlačila bolest. Musí se ho naučit rozpoznat a přestat jej používat. Jedním z obranných mechanismů je smlouvání používané k tomu, aby se člověk zaštitil před bolestí, aby získal zpět pocit vlastní síly, aby odčinil nějaké jednání nebo nahradil ztrátu. Další běžně používané obranné mechanismy jsou popírání, kompenzace, racionalizace, popření, projekce či reaktivní formování.
4. **Odemknout dveře viny a studu.** Je potřeba, aby žena pochopila, že stud je nezdravá emoce, která snižuje hodnotu člověka. Vina je naopak zdravá emoce, která upozorňuje na to, kdy člověk překročí své vlastní hranice. Žena si musí uvědomit, že udělala chybu a je za ni zodpovědná. Vina i stud jsou velkými motivačními faktory lidského chování. Často jsou tyto pocity nejasné, a proto je důležité připustit si omyl a uvědomit si, že chyby dělá každý. Díky autentic-

kému pocitu viny chce žena sama svobodně nahradit škodu a smířit se se sebou i s ostatními.

5. **Sundat pokličku.** Žena se naučí vyjadřovat svůj hněv konstruktivně. Hněv často překrývá všechny ostatní emoce a dodává ženě pocit moci. Hněv se projevuje jako zlost na sebe sama nebo na ostatní. Je však důležité naučit se hněv vyjadřovat otevřeně, spontánně a vhodně. Hněv může být vyjádřen agresivním chováním nebo pasivně agresivním chováním. Výsledek je však stejný a působí jen na chvíli. Když se s hněvem nepracuje, vyrostle z něj zahořklost, rozmrzelost, nepřejícnost apod. Žena si musí dovolit hněv vnímat a naložit s ním vhodným způsobem. Tím může být psaní o hněvu do deníku, psaní dopisů nebo básní. U psaní je důležité zaměřit se na dvě základní otázky. Na co je žena naštvaná a jaké další pocity v onom okamžiku má. Nesmí se bát o hněvu i mluvit. Cílem je také naučit se rozpoznávat témata, která ženu do stavu hněvu dokáží kdykoli přivést.
6. **Nepodlehout depresi, ale naučit se s ní zacházet.** Dlouhodobá postabortivní deprese ženu okrádá o schopnost žít zdravým, produktivním životem. Deprese spotřebovává veškerou energii tím, že tlak je obrácený směrem dovnitř, a bolest se tak prohlubuje. U PAS se často jedná již o klinickou depresi, která ovlivňuje ženu fyziologicky a je velmi komplikovaná a obtížná. Žena do deprese může upadnout hned po potratu, anebo i mnohem později, avšak s různou intenzitou. Sdílení utrpení, myšlenek a pocitů je tím nejefektivnějším způsobem, jak depresi nepodlehout. Nezáleží na tom, jestli mluvením nebo psáním.
7. **Najít svobodu v odpuštění.** Žena se musí naučit, jak odpustit sobě i ostatním, aby se tam vypořádala s minulostí. Je to podstatný krok k novému začátku. Odpuštění uvolňuje emoce a znamená přestat sebe i jiné obviňovat za své jednání. Věřící ženy samozřejmě prosí o odpuštění i Boha.
8. **Smířit se.** Je to poslední krok, kdy žena oplakala ztráty, které se vážou k interrupci a opět získala kontrolu nad svým životem. Konečně teď může svou pozornost zaměřit na budoucnost. První částí uzavření této životní etapy je smíření se se svým dítětem. Tento krok začíná jménem a identitou. V praxi bylo zjištěno, že ženám velmi pomůže, když své ztracené dítě pojmenují a také,

když si představují, jakým člověkem by bylo. Druhým krokem smíření je rozloučení s dítětem. Posledním je pak stavba jakéhosi pomníku. Ten může být materiální, ale pro některé ženy je to místo v srdci. Součástí smíření je také usmíření s druhými.

Jak jsem již zmínila, uzdravování je proces a každá žena při něm postupuje svým tempem. Musí si důvěřovat a být k sobě plně upřímná. Musí znát a zkoumat své pocity a emoce. Je velmi důležité, aby našla někoho, kdo pochopí a ocení její úsilí v procesu truchlení. Může to být jednotlivec nebo skupina, která jí rozumí a která ji podpoří.

Terapie NEST (New Experience for Survivors of Trauma)

Během své praxe v Poradně pro ženy a dívky ve Zlíně jsem se seznámila ještě s dalším možným typem terapie, a to s terapií smíření – NEST. Je určena pro klienty s těžkými životními příběhy, kteří jsou tíženi pocity viny, neřešenými konflikty s nejbližšími a neschopností přijmout vlastní život. Vlivem prožitých traumat mají silně narušené vědomí vlastní ceny a jedinečnosti a neustále se opakují jejich ztroskotávání ve vztazích.

Tuto terapii nejčastěji provádí pracovníci poraden, sociální pracovníci či duchovní, kteří prošli několikaletým výcvikem. Cílem výcviku je vyškolit poradce, kteří umí provázet lidi trpící prožitými traumaty. Zejména se jedná o ztrátu těhotenství, zneužívání a zanedbávání. Poradci jsou schopni jim doporučit také další odbornou (psychologickou, psychoterapeutickou, duchovní) pomoc a případně je v době terapie provázet ve spolupráci s odborníkem (duchovním, lékařem apod.).

Cílem pro klienty je svoboda v soužití, ve vztazích dokázat dorůst do nové zralosti lidství, která předpokládá umění zodpovědného života spojeného s ochotou brát na sebe závazky. Nejdůležitějším prvkem této terapie je přijetí vlastní hodnoty, odpuštění a smíření se sebou, blízkými lidmi a Bohem a naučit se žít v konkrétní realitě. Na klienta jsou přitom kladeny velké požadavky a nutná je tvrdá práce na sobě samém. Terapie má tři části: poznání sama sebe, odpuštění a smíření a v poslední části nastává osvojení si nových schémat, jak „přežít“, chování v obtížných situacích a asertivita.

Závěrem bych problematiku pomoci shrnula tvrzením, že ženy trpící PAS pomoc potřebují. Pokud však svoji situaci nepocítují jako kritickou, vyhýbají se jakékoli psychologické či psychiatrické pomoci. Stále je totiž v naší společnosti žádost o pomoc odborníka brána jako jakési vlastní selhaní. Ženy proto pomoc hledají spíše v oblasti poraden pro ženy nebo telefonických linek, kde se cítí bezpečněji a mohou vystupovat anonymně. Také na internetu je možnost se s někým poradit, a to za pomoci internetového poradenství anebo přímo blogů s touto tematikou. Několik blogů jsem navštívila (viz seznam blogů v příloze P IV) a zjistila, že opravdu existuje velké množství žen, které se chtějí o svou zkušenost podělit. Pomáhá jim touto cestou už to, že se mohou anonymně svěřit a cítí zde také podporu ze strany ostatních žen se stejným údělem. Ženy si v příspěvcích také často stěžují, že je nikdo na možné psychické problémy neupozornil. Z toho tedy pravděpodobně vyplývá, že u nás chybí jakákoli osvěta v rámci prevence vzniku PAS. Lékaři by každou ženu měli upozornit na to, že interrupce představuje také zvýšenou psychickou zátěž.

Po získání veškerých potřebných informací, by si žena měla vzít dostatek času na rozmyšlenou, aby zhodnotila veškeré okolnosti týkající se těhotenství a popřípadě i umělého potratu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Před začátkem každého výzkumu je nejdůležitější zvolit takovou výzkumnou metodu, která umožní výzkumný problém dobře uchopit a současně umožní i vhodný sběr potřebných dat a informací.

Problematika postabortivního syndromu je stále ještě posouvána do pozadí. Odborníci se shodují, že se jedná o vzácné případy, ale i tak si myslím, že by o postabortivním syndromu měla být obeznámena celá společnost. Proto jsem se rozhodla hlouběji prozkoumat tuto problematiku. V rámci svého výzkumu se pokusím zjistit odpověď na výzkumný problém, který jsem stanovila následovně: „*Jaké jsou zkušenosti odborníků s ženami trpícími PAS a jaký volí způsob pomoci?*“ Chci tedy především zjistit, zda se odborníci ve své praxi s ženami s PAS setkávají a jak těmto klientkám pomáhají vyrovnat se s psychickými problémy po interrupci.

Vzhledem k povaze zamýšleného výzkumu, u kterého hodlám jít do hloubky a získat co nejpodrobnější informace, jsem pro svou práci zvolila výzkum kvalitativní.

8.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit zkušenosti odborníků s ženami trpícími psychickými problémy v důsledku interrupce a jaký způsob pomoci volí. Abych cíle dosáhla, zjišťovala jsem potřebné informace přímo od samotných odborníků, kteří měli možnost se za dobu své praxe setkat s ženami s PAS. Výzkum má za úkol přinést poznatky o postojích odborníků k termínu PAS, o jejich zkušenostech s ženami s PAS a o konkrétních možnostech pomoci. Také se snaží přinést poznatky přímo o ženách s PAS, to znamená, jakými symptomy trpěly, jak PAS ovlivnil kvalitu jejich života či jaké důvody je vedly k tomu, že interrupci podstoupily.

Abych mohla hlavní výzkumný cíl a výzkumný problém zodpovědět, zvolila jsem si i následující dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké jsou postoje odborníků k termínu postabortivní syndrom?
2. Jak by odborníci popsali rizikovou skupinu žen, které jsou k PAS náchylnější?
3. Jakými symptomy se ženy s PAS projevovaly?
4. Jaké jsou podle odborníků možnosti pomoci ženám s PAS?
5. Jaké konkrétní postupy používají odborníci při léčbě PAS?

6. Jak odborníci hodnotí úspěšnost léčby PAS?
7. Jaký druh prevence pře vznikem PAS je podle odborníků nejvhodnější?

8.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek je složen z odborníků, kteří měli mezi svými klienty ženy s PAS a kteří působí ve Zlínském kraji. Výzkumný vzorek byl tedy vybrán záměrně, protože předem musel splňovat určitá specifika. Výsledný výzkumný vzorek je tvořen 3 ženami, a to dvěma psychiatrickami a jednou sociální pracovnící. Jedná se o ženy, které za sebou mají dlouholetou praxi. Základní údaje jsou uvedeny v následující tabulce, je však zachována anonymita, a proto jsou jména změněná a smyšlená.

Tab. 1. Charakteristika respondentek

jméno	pozice	věk
paní Eva	psychiatr	35
paní Jitka	psychiatr	66
paní Hana	sociální pracovnice	54

8.3 Metody výzkumu

Nejdůležitější operací samotného výzkumu je sběr dat. Jejich kvalita je závislá na použití metody výzkumu.

Pro sběr dat jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Vytvořila jsem si schéma 16 otázek (viz příloha P II), podle kterého jsem postupovala. Tyto otázky byly pro všechny odborníky stejné. Pokud to situace vyžadovala a nějaké téma bylo nutné prozkoumat hlouběji, rychle jsem reagovala a utvořila další otázky až během rozhovoru. Právě z tohoto důvodu jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor, protože mi umožňoval otázky upravovat, doplňovat a zpřesňovat při jakékoli nejasnosti. Tím jsem zajistila co největší hloubku a výtěžnost rozhovoru.

Z časového hlediska se délka rozhovorů pohybovala od 30 minut až po 60 minut. Fixace získaných dat byla provedena za pomoci diktafonu, který vytvořil audiozáznam. Odborníci s rozhovorem souhlasili a také jsem je ujistila, že v mé práci budou vystupovat anonymně a že veškeré informace budou použity výhradně pro potřeby mé diplomové práce.

9 REALIZACE VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ DAT

Realizace výzkumu zachycuje přesný postup, jak výzkum probíhal a jaká byla případná úskalí, protože často se stane, že ne vždy jde vše podle předem stanoveného plánu. V druhé podkapitole popisují, jak byla získaná data z rozhovoru dále zpracována.

9.1 Realizace výzkumu

Zrealizovat výzkum pro mě znamenalo najít odborníky, kteří mají zkušenost s ženami trpícími PAS. To znamená, že ženu měli po nějakou dobu ve své péči a určitým způsobem se snažili pomoci odbourat její psychické potíže v důsledku prodělané interrupce. Jak se pak ale ukázalo, dala jsem si celkem náročný úkol. Stanovila jsem si, že se zaměřím pouze na Zlínský kraj. Odborníky jsem kontaktovala především z větších měst, jako je Zlín, Vsetín, Uherské Hradiště, Uherský Brod či Staré Město. Využila jsem proto internet, kde jsem našla kontakty na tyto odborníky a často i jejich specializaci (děti, dospělí). Nejprve jsem je kontaktovala pomocí internetu, to znamená za pomoci emailu, ale často se stalo, že odborníci žádný e-mail neměli, a proto jsem musela využít i telefon. Na e-mail mi odpověděla pouze asi třetina dotázaných, na telefonát samozřejmě všichni.

Pro potřeby kvalitativního výzkumu jsem si jako optimální počet zvolila 3 až 5 respondentů. Ne všechny odpovědi z řad odborníků byly kladné, téměř vždy to bylo z důvodu, že takové klientky ve své péči neměli. Nakonec se mi podařilo najít 3 odborníky – ženy, které byly ochotné se o své zkušenosti se mnou podělit.

Schůzky s respondentkami jsem se snažila domluvit na co nejbližší termín, ale menší komplikace nastaly právě z důvodu jejich zaneprázdněnosti. Někdy jsem musela na rozhovor čekat i měsíc, což celou mou práci trochu zbrzdilo. Rozhovory probíhaly vždy v místě jejich pracoviště. Odborníky jsem začala kontaktovat v únoru 2010, rozhovory proběhly v březnu a dubnu 2010. Se všemi jsem provedla polostrukturovaný rozhovor, a získala tak potřebné informace.

Při hledání kontaktů jsem také zjistila, že neexistuje žádná organizace, která by se specializovala pouze na pomoc ženám a PAS. Avšak některé organizace měly na svých internetových stránkách informace o této problematice a pomoc klientkám s PAS nabízely jako jednu z mnoha svých služeb.

9.2 Zpracování dat

Rozhovory s jednotlivými odborníky jsem ze všeho nejdříve pečlivě přepsala, abych získala materiál, který je vhodný k podrobení kvalitativní analýze. I samotný přepis nahrávek je však celkem namáhavá práce, neboť vyžaduje neustálou pozornost a hodně času. Každá věta se musela poslouchat i několikrát, a pokud byla nahrávka horší kvality a hlas byl špatně slyšet, o to víc jsem se musela soustředit. Způsob analýzy kvalitativních dat, který jsem si zvolila, se nazývá **otevřené kódování**.

„Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 43).

Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky. Jednotkou může být slovo, sekvence slov, věta či odstavec. Každé takto vzniklé jednotce přidělíme nějaký **kód**, tedy jméno nebo označení. Při volbě kódu si klademe otázku, o čem daná sekvence vypovídá, jaký jev či téma reprezentuje. Kód by neměl být příliš obecný, ale na druhou stranu ani příliš detailní (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Jakmile jsem v údajích identifikovala jednotlivé kódy, seskupila jsem je a systematizovala do **kategorií**, a to podle významu, podobnosti či jiné vnitřní souvislosti.

Na základě vzniklých kategorií jsem získaná data prezentovala prostřednictvím analytického příběhu. Analytický příběh byl koncipován na základě techniky „**vyložení karet**“.

Technika „vyložení karet“ je nadstavbou nad otevřené kódování. Výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů a kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějaké linky či obrazce. Na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií a obsahuje podrobnou deskripci a interpretaci kódů (Švaříček, Šed'ová, 2007).

9.3 Prezentace vzniklých kódů utříděním do kategorií

Po analýze přepsaných rozhovorů za použití techniky otevřeného kódování jsem získala relativně velký počet kódů. Kódy byly nejčastěji tvořeny větami či celými souvětími. Jelikož jsem nikdy předtím kvalitativní výzkum a ani techniku kódování neprováděla, práce mi ze začátku šla pomalu. Podařilo se mi však kódy vytvořit a byla jsem pak schopna je

roztřídit do kategorií, které jsou čtyři. Jejich jednotlivé názvy budou tvořit také názvy následujících kapitol. Nyní následuje výpis jednotlivých kategorií i s přiřazenými kódy.

A. ZKUŠENOSTI ODBORNÍKA S POSTABORTIVNÍM SYNDROMEM V PRAXI

zkušenost s PAS, znalost termínu PAS, přijatelnost termínu PAS, hodnocení přijatelnosti PAS, počet klientek s PAS, hodnocení PAS, reakce žen po prodělané interrupci

B. POSTABORTIVNÍ SYNDROM Z POHLEDU ODBORNÍKA

vznik psychických problémů, riziková skupina žen, důvody žen s PAS pro interrupci, příčiny vzniku PAS, okolnosti napomáhající ke vzniku PAS, projevy PAS, spouštěče, důsledky PAS

C. POMOC A LÉČBA POSTABORTIVNÍHO SYNDROMU

hodnocení postojů žen k odborné pomoci z pohledu odborníka, důvody žen pro vyhledání odborné pomoci, doba do vyhledání pomoci, první kontakt, formy pomoci, postup léčby, léčba TPSP, doba poskytované pomoci, ideální léčba, vhodný způsob pomoci, hodnocení úspěšnosti léčby

D. PREVENCE

současný stav na gynekologicko-porodnickém oddělení, současná prevence, stav současné společnosti, prevence PAS, prevence nechtěného těhotenství

10 HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

Po pečlivé analýze veškerých dat, které se mi podařilo získat od tří odborníků, mohu přejít k hodnocení a interpretaci výsledků výzkumu. Názory odborníků se na problematiku postabortivního syndromu ve větší míře shodovaly, avšak na některá témata měli názory zcela odlišné. Vše tedy bude zhodnoceno v následujících kapitolách, které odpovídají jednotlivým kategoriím.

10.1 Zkušenosti odborníka s postabortivním syndromem v praxi

I když kritérium zkušenosti odborníka s PAS v praxi bylo použito již při výběru výzkumného vzorku, tedy při vyhledávání a kontaktování odborníka, přesto jsem tuto otázku položila ještě jednou. Mým hlavním cílem bylo zjistit, zda jsme si s odborníkem opravdu dobře porozuměli a zda náhodou nedošlo k nějakému omylu. Všichni tři odborníci mi odpověděli kladně a také se shodli na tom, že se jedná spíše o ojedinělé případy. Klientkami byly jak ženy po spontánním potratu, které však tvořily malé procento, tak i ženy po prodělané interrupci. Mne však zajímaly právě ženy po interrupci, a proto jsem veškeré další otázky směřovala tímto směrem.

Znalost termínu postabortivní syndrom byla rozdílná. Paní Eva se mi přiznala, že tento termín ode mne slyšela poprvé, ale v praxi by ho nepoužila. *„Když do dokumentace napíšete posttraumatická stresová porucha, je tato diagnóza více přijatelná. Není to takhle značující. Když napíšete postabortivní syndrom, je jasné, že tím žena prošla. Nemyslím si, že je k tomu společnost hodně tolerantní,“* komentovala přijatelnost termínu PAS a pro diagnózu volí raději označení posttraumatická stresová porucha. Paní Jitka o tomto termínu slyšela, tedy ví, že existuje. Nepoužívá ho ale, neboť se nejedná o ustálený termín pro diagnózu a není uveden v odborných knihách ani v mezinárodní klasifikaci nemocí. PAS přiřazuje spíše k poruchám, které jsou spojené se šestinedělím. Jediná paní Hana tento termín uznává a používá a to i v podobě jako popotratový syndrom. Je názoru, že odpovídá pocíťovaným problémům v důsledku interrupce.

Jelikož se jedná spíše o vzácnou problematiku, respondentky měly samy problém vzpomenout si, s kolika ženami se během své praxe vlastně setkaly. Všechny se však shodly na tom, že měly minimálně tři, se kterými následně pracovaly. To však může svěd-

čít o více věcech, buď že je těchto žen s PAS opravdu velmi málo anebo to může svědčit o tom, že k odborníkům nemají důvěru a snaží se se vším vyrovnat samy. K tomu se ale podrobněji dostanu později.

Když se odborníci měli zamyslet nad samotnou interrupcí a reakcemi žen po jejím výkonu, shodli se na tom, že je to často velmi traumatizující zkušenost. Následné reakce jsou rozdílné a hlavně individuální. Vše pak záleží na obranných mechanismech ženy a na tom, zda dojde k potlačení či vytěsnění této skutečnosti. Jak řekla paní Jitka: *„Ne každá žena, která se podrobí interrupci, má nějaké psychické problémy.“* Oponovala jí však paní Hana, která je ze své zkušenosti přesvědčena, že žena po prodělané interrupci má vždy nějaké následné problémy. Dodala také: *„V podstatě každá žena má v sobě to svědomí, každá žena cítí a vnímá, že je to špatně.“* Zkušenost umělého potratu je pro ženy často stresující, obzvláště v případě, kdy ona sama s potratem nesouhlasila, ale donutily ji okolnosti. Žena s tímto vědomím musí žít, je to pro ni těžké, a proto se snaží vše spojené s interrupcí vytěsnit a vytvořit si jakési hradby, aby se vyhnula situacím, které by jí interrupci připomněly. To vyžaduje mnoho energie. Paní Hana to dokonce přirovnala k žití jako na minovém poli.

Také se někdy stává, že žena, která prodělala umělé přerušování těhotenství, už nemůže k této problematice zůstat lhostejná, tvrdila paní Hana. Žena se razantně přikloní buď na stranu Pro-choice, aby svůj čin před sebou omluvila anebo na stranu Pro-life, aby napomáhala k zakázání interrupcí vůbec.

10.2 Postabortivní syndrom z pohledu odborníka

Co se týče vzniku psychických problémů obecně, paní Jitka z pozice psychiatra konstatovala, že psychické problémy jsou dány biologicky. Proto by rizikovou skupinu žen náchylnější k PAS nijak speciálně nevyčleňovala. Podotkla, že existuje pouze riziková skupina osobnostní – jedná o jedince, kteří jsou více senzitivní a hůř se vyrovnávají se závažným stresem. Podobný názor měla i paní Eva, která je taktéž psychiatr. *„Myslím si, že rizikovou skupinou je skupina, která je obecně náchylnější k jakémukoli psychickému onemocnění“* a dodala, že zkušenost s umělým potratem je trauma jako každé jiné a že by ho brala jako nespécifický traumatizující faktor. Potvrdila však, že roli zde může hrát věk, který podmiňuje stabilitu osobnosti. Čím je člověk starší, tím má pevnější strukturu osobnosti a lépe se vyrovnává se stresem. Roli zde hrají i vnitřní dispozice, duševní poruchy nebo temperament, například kdo je více temperamentní, má bouřlivější emoce. Závěrem

také poznamenala: „*Další věc je výchova, ranný vývoj, stabilita v rodině či víra. Paradoxně si však myslím, že když hodně věřící člověk k něčemu takovému dojde, obzvláště když k tomu byla žena jakoby donucena, tak to může být více traumatizující, protože je zde to trestající "nadjá."* Jiného názoru je však paní Hana z pozice sociální pracovníce, protože je přesvědčená, že určité riziko je u všech žen. Pro každou ženu je podle paní Hany podstoupení umělého potratu natolik závažná skutečnost, že to s ní opravdu otřese. Jako více rizikovou však označila skupinu žen, u kterých je špatné rodinné zázemí.

Důvody, proč jejich klientky podstoupily interrupci, uvedli odborníci podobné. Jedním z nich, na kterém se shodli, byly ekonomické problémy, kdy žena neměla stabilního partnera a byla přesvědčena, že dítě by sama „finančně nezvládla“. Paní Hana uvedla jako nejčastější důvod nepodporu partnera či dokonce nezáměrem až odmítnutí. Stává se také, že partner přenechá rozhodnutí pouze na ženě, což také není správné. Někdy byl tím důvodem pro interrupci větší počet dětí ženy či její věk v těhotenství. Starší ženy se bály, že by dítě nevychovaly, že by neměly dost sil a mladé se zase necítily být na roli matky připraveny nebo měly strach z rodičů. Jedna klientka paní Hany uvedla jako důvod to, že dítěti našli v 6. měsíci genetickou vadu, a i když ona sama na potrat jít nechtěla, tak celé její okolí včetně partnera bylo opačného názoru. Jak řekla paní Hana: „*Myslím si, že naprostá většina žen zvolí potrat, protože se cítí tísněna, ať už nepřijetím od partnera nebo okolím, a proto jdou do toho, ale dost často vnímám, že je to zkratové.*“

Paní Hana i paní Jitka se shodly na příčině vzniku PAS, neboť obě vidí příčinu v hormonální nerovnováze po umělém potratu. Vysvětlily to následovně. Těhotenství je přirozený proces, který je dobře obhospodařen hormony a přispívá k tomu, že se žena cítí relativně dobře. Pokud dojde k potratu, obzvláště k umělému potratu, dochází tak k náhlému a nečekanému zvratu. U spontánního potratu je to jiné, neboť tělo se na to předem chystá, je to přirozené, i když to tu ženu také bolí a je smutná. Paní Hana dodává: „*Podle mého je to naprosto logické, protože máme v sobě svědomí a to svědomí prostě něco říká. Myslím si, že vznik PAS nastupuje tak nějak automaticky.*“ Paní Jitka své vysvětlení doplnila ještě tím, že když je žena těhotná, jedná se o stav reaktivní a je psychicky připravená na těhotenství, takže pokud dojde k přerušení, odrazí se to zákonitě na její psychice. Jako odborník ví, že k podobným hormonálním výkyvům dochází také například po porodu či v klimakteriu a právě tyto výkyvy podporují vznik depresí. Celá tato příčina vzniku PAS by se tedy dala označit za psychologicko-biologickou.

Na okolnosti napomáhající vzniku PAS měli odborníci velmi podobný názor. Jako první problém hned uvedli to, že pokud žena nemá dostatečně podpůrnou síť, vyrovnává se s traumatem jinak, respektive hůř, než ta, co jí má. Roli zde hraje právě to, jestli se jí dostane nějaké pomoci ze strany blízkých, podotkla paní Hana, jestli má „*nějaké to ochotné rameno, ochotné ucho*.“ Pro ženu je těžké, když rodina s jejím těhotenstvím nesouhlasí a ona sama pak žije ve strachu „*hlavně nebýt svobodnou matkou*.“ Napomáhajícím faktorem je i skutečnost, kdy ženu po interrupci její okolí odsoudí. Paní Eva okolnosti napomáhající vzniku PAS obecně přirovnala k posttraumatické stresové poruše: „*Hraje zde roli zázemí, pevná sociální síť, víra, hodnoty, filozofické aspekty, vztah k sama sobě, zralost osobnosti, jak moc je schopna pracovat s traumaty, jak moc je to traumatizující*.“ Za stěžejní paní Eva označila také vulnerabilitu člověka, která je dána strukturou osobnosti, repertoárem obranných mechanismů a zralostí osobnosti.

Důležitou informací pro mne byly projevy postabortivního syndromu a s tím velmi úzce spojené důsledky. V literatuře je jich popisováno mnoho, a proto mne zajímala zkušenost samotných odborníků. Tato zkušenost se obecně lišila u sociální pracovnice a u obou psychiatrů. Je to částečně dáno i jejich pozicí a specializací. Paní Jitka v pozici psychiatra měla podobnou zkušenost jako paní Eva. Obě se setkaly se ženami, které trpěly úzkostnými depresemi, měly velké pocity viny. Ostatní projevy pak úzce souvisely právě s depresemi, to znamená, že se u nich objevovaly poruchy spánku, nechutenství, vyčerpanost, zklamání, nutkání se trestat či dokonce zneužívání alkoholu. Velmi podrobné projevy PAS popsala paní Hana, která při rozhovoru čerpala i ze svých poznámek a z kasuistik svých klientek: „*...zcela určitě je tam nízká sebeúcta...obrovský pocit prázdnoty, obrovský pocit viny, výčitky svědomí, pocit, že si nezaslouží žít...často také pláč, smutek a touha vše vrátit zpět. Žena se cítí opuštěná, cítí se zlá, nedokáže pochopit, že něco takového mohla udělat. Častá je agrese vůči sobě, sebepoškozování...izolace, nenávisť k lidem kolem ní, kteří zapříčinili potrat*.“ Paní Hana dokonce zmínila i halucinace, kdy žena cítí tlukot srdce dítěte kolem pupku. Ženy také sužovaly vracející se vzpomínky na těhotenství, snažily se proto vyhýbat rozhovoru o potratu a začaly být přehnaně ochránářské vůči svým ostatním dětem.

Jako jediná paní Hana zmínila tzv. spouštěče, které jsou s projevy a důsledky propojeny. Spouštěčem mohou být věci, lidé či situace, které prožité trauma okamžitě připomenou a vyvolají či zhorší pociťované obtíže. V případě PAS spouštěčem může být setkání s malými dětmi, těhotnými ženami či s dětským oblečením. Dále se žena například rozhněvá na

člověka (lékaře, kamarádku), který jí událost interrupce připomene. „Žena je kolikrát naštvaná a ani neví proč. Na malý podnět reaguje nečekaně a velmi silně. To je vlastně to přemostění, kdy se vrací myšlenkami opět k potratu.“ Jedna klientka dokonce uvedla jako spouštěč dlouhou chodbu, chlad či vůni chlóru. Významným spouštěčem je výroční den, jak potratu, tak i toho, kdy by se dítě mělo původně narodit.

Důsledky postabortivního syndromu na život ženy paní Eva shrnula do tří slov „*snížená kvalita života*.“ Vysvětlovala to tím, že: „*Když prožíváte jinou náladu, tak ten svět je úplně jiný...když máte úzkosti, celkově ta kvalita života je úplně jiná. Vliv to má i na život v rodině...rozpady ve vztazích...opakované konflikty...nevyřešené výčitky...neschopnost partnera opustit*.“ Ženy se izolují, omezují se společensky, nemají tolik radosti ze života, kreativity. Paní Jitka spatřovala u svých klientek důsledky v citových vztazích, kde došlo k určitému ochlazení, konfliktům v manželství, což několikrát vyústilo v již zmíněnou závislost na alkoholu. Podobně na tom byly i klientky paní Hany. Taktéž u nich byly dlouhodobé problémy ve vztazích. Často je to tak, že žena se pro vztah obětuje, jde na umělé přerušování těhotenství, ale vztah stejně nevydrží a rozpadá se. Ženy pak také často mají strach znovu otěhotnět, obávají se budoucího těhotenství a v důsledku toho u nich dojde k sexuálnímu ochlazení. Důsledkem PAS u ženy bývá i ztráta sebedůvěry, strach z lidí, strach, že se neuplatní, někdy se objeví i domácí násilí, ale naopak i potřeba vyhledat pomoc k vyrovnání se se ztrátou. „*Ten život se stává takovým utrpením, těžko se navazují vztahy a těžko může ta žena uvěřit tomu, že je vůbec hodna toho, aby si jí druzí všimli*“, dodala v závěru paní Hana.

10.3 Pomoc a léčba postabortivního syndromu

Odborníci se při rozhovoru zamysleli nad tím, jaké jsou postoje žen právě k odborné pomoci. Paní Eva si myslí, že asi málokterou ženu napadne s psychickými problémy v důsledku interrupce někam jít. Většinou to podle ní „*nechávací být*“, ale ono to potom v životě hraje velkou roli. Je názoru, že lidé nejsou zvyklí ohledně těchto problémů, někoho požádat o pomoc, takže případů bude celkově podstatně víc, než se v praxi objeví. Také si myslí, že se s těmito ženami častěji setkávají spíše psychologové či praktičtí lékaři. Stejněho názoru byla i paní Jitka, která poznamenala, že k psychiatrům tyto ženy přijdou, až když mají nějaký závažný problém.

Tím se dostávám k důvodům žen pro vyhledání odborné pomoci. Jako jediná měla paní Hana ve své péči klientku, která přišla kvůli problémům po prodělané interrupci. Což znamená, že znala původ svých potíží, uvědomila si závažnost a pomoc vyhledala. To je však pouze ojedinělý případ. Všichni odborníci se shodli, že klientky za nimi přijdou nejprve z úplně jiného důvodu a až po nějakém čase se odkryje zkušenost s interrupcí a klientka si pak přizná, že je to jedna z příčin jejích potíží. Vracejí se k tomu, jako k jednomu z traumat. Paní Eva má zkušenost s tím, že klientka byla závislá na alkoholu, což byl důvod, proč za ní přišla, dále pak měla klientku s poruchou neurotického spektra a klientku s poruchou nálady. Všechny tři tedy přišly z jiného důvodu, ale později se objevila skutečnost, že od doby, kdy prodělaly interrupci, trpí problémy.

Doba do vyhledání pomoci je různá a nelze ji paušalizovat. Paní Jitka má zkušenost s klientkou, která přišla po asi šesti měsících od interrupce. K paní Evě přišla klientka po několika letech. Zato paní Hana má zkušenost s ženami, které za ní přišly až po 30 či 40 letech. Vše to také závisí na tom, kdy začnou ženy pociťovat psychické problémy. Ty mohou nastat ihned po interrupci, ale mohou se objevit i po mnoha letech, kdy například žena prožije nějaké jiné trauma, které jí vzpomínku na potrat připomene.

První kontakt je zcela v rukou samotných žen. Na psychiatrii může být doporučena buďto odborným lékařem (gynekologem) nebo praktickým lékařem, může však přijít i bez tohoto doporučení. Paní Hanu si ženy s PAS vyhledaly samy. Zvláštní případ jsou potom ženy, které jsou již hospitalizovány na psychiatrickém oddělení. Je to tedy hodně individuální, ale odborníci se shodli na tom, že kontakt je ze začátku minimální, rezervovaný, klientky pociťují bolest, jsou smutné a nejsou schopny dlouho udržet pozornost.

Formy pomoci se odvíjí od vzdělání a specializace konkrétního odborníka. Jsou zde velké rozdíly v kompetencích mezi psychiatrem a sociální pracovnící. Oba dva odborníci-psychiatři se shodli na tom, že jejich pomoc byla nejprve směřována na klinické symptomy. Samozřejmě volili rozdílnou pomoc u klientky se závislostí na alkoholu a u klientky s úzkostnou depresí. U klientek s depresí byla vždy zvolena léčba psychofarmaky, tzn. antidepresivy a pak následovala psychoterapie. Psychofarmaka jsou pouze podpůrná, mohou ovlivňovat pouze impulzivní chování, prožívání a nálady, ale trauma neodstraní. Paní Hana pracuje s psychoterapií, ale k formám pomoci ještě přiřadila i tzv. biblické poradenství či pomoc ženám dostat se zpět k víře. Těch možností je tedy hodně, záleží na tom, co terapeut umí, na co je zaměřený a co ženě samotné vyhovuje.

Nyní jsme se s respondentkami dostaly k samotnému postupu léčby. Ten se odvíjí od symptomů, které klientka má. Paní Eva u jedné své klientky nejprve řešila to, co ji bezprostředně ohrožovalo na životě, což znamená akutní odvykací stav na alkoholu. Snažila se ji nějakým způsobem motivovat k léčbě alkoholismu, protože pokud člověk není zbaven látek, jako jsou drogy a alkohol, není schopen psychoterapie. Paní Jitka volila spíše kratší psychoterapeutické pohovory, které slouží k vyrovnání se s psychotraumatem: „*U žen s PAS jde hlavně o to, aby se naučily žít s tímto problémem bez pocitu viny.*“ Žena se musí ujistit, že neudělala nic špatného.

Paní Hana používá postup léčby zcela jiný. Používá konkrétní metodiku vypracovanou a získanou z USA, která je popsána v příručce Postaborční syndrom - Model terapie pro zásah v krizi. Tato technika obsahuje 10 sezení, jsou určeny 4 cíle a celá terapie obsahuje 9 kroků, kterými žena musí projít. Součástí této metodiky je také dotazník, který uvádím v Příloze P III. Nyní bych popsala postup léčby, jak jej vysvětlila paní Hana. Žena nejprve povídá o tom, jaká byla před umělým potratem, jaká byla jako dívka a může přinést i své fotografie. Potom mluví o tom, jaká byla po interrupci, společně se probírá období interrupce, co vlastně cítila. Pak spolu hledají již zmíněné spouštěče, nepřátele, vůči kterým cítí nenávisť. Zranění ženy se pojmenuje a žena nepřátelům řekne, že ji zranili. Vhodný způsob vyjádření je dopis. Dále se pracuje s odpuštěním, s vinou, se smutkem. Jeden z velkých problémů je, že žena neměla doposud možnost ukončit období smutku a neměla možnost se s dítětem rozloučit. Další postup je tedy takový, že žena vytvoří dítěti balíček. V balíčku je jakési přivítání dítěte na svět, nějaká pohlednice či přání, nějaká hračka pro dítě, symbolická fotografie či obrázek dítěte a pak by zde mělo být něco na rozloučenou, nějaká kondolence. Žena balíček odevzdá do rukou paní Hany a ona si vše pečlivě schová. Tím se tato terapie uzavře, dojde k rozloučení se a žena by měla být se svou ztrátou smířená. Do léčby samozřejmě patří i povídání, vypracovávání různých cvičení a domácích úkolů, čímž se žena připravuje na každé další sezení. Dále se s ženou také rozebírá, jak se má chovat a co má dál dělat ve svém životě. Může o tomto tématu napsat něco do novin či pomáhat ženám, které se teprve rozhodují.

Paní Hana doporučuje, pokud se jedná o ženu věřící, aby dítě svěřila Bohu a nechala za dítě udělat mši svatou.

Paní Eva k postupu léčby dodala, že u některých lidí „*stačí opravdu strašně málo*“, aby se vyléčili. Tito lidé v sobě mají dostatečný potenciál a pouze potřebují, aby se jim

někdo věnoval, aby věděli, že na to nejsou sami. „*Pro někoho je to práce titěrná, nadlouho, že se musí hodně zastupovat ta mateřská role, vytvářet nový vztah, novou emoční zkušenost...jde o to, jak moc je klient nezralý a zda je opravdu nemocný.*“

Doba poskytované pomoci je opět individuální a vše závisí na tom, jakým tempem klient postupuje. Paní Jitka konstatovala, že pod jejím vedením se vždy jednalo o krátkodobou psychoterapeutickou léčbu v trvání asi tří měsíců. Nemá zkušenost s tím, že by žena své problémy do této doby nezvládla. Léčbu PAS přirovnala k léčbě po ztrátě blízké osoby.

Ideální léčbu paní Hana navrhla jako individuální a později skupinovou, kterou vidí jako nedocenitelnou. Paní Eva navrhla ideální léčbu opět s ohledem na individuální dispozice klientky. Někomu mohou vyhovovat přístupy orientované na problém, kognitivně-behaviorální terapie či dynamická terapie, kterou pokládá při léčbě PAS za významnou. Dynamická terapie se zaměřuje na řešení vnitřního konfliktu a na vztah s terapeutem.

Pokud se však žena nachází v situaci, že potrat již prodělala, paní Jitka navrhuje, že spíše gynekolog, který svou pacientku zná lépe, by měl odhadnout riziko PAS a eventuálně jí poradit návštěvu psychologa či psychiatra. Za vhodný způsob pomoci paní Eva pokládá pomoc, která je nízkoprahová, kde není potřeba žádné doporučení praktického lékaře a kde se žena nemusí svěřovat velkému počtu lidí. Obecně, aby ženy věděly, že nějaká pomoc existuje. „*Myslím si, že správná cesta jsou Poradny pro ženy, a až poté, když pracovnice budou mít pocit, že to nezvládnou, mohou klientku poslat k psychologovi nebo psychiatrovi, který už rozpozná, co a jak.*“

Všichni tři odborníci úspěšnost léčby PAS ohodnotili jako velmi dobrou. Stav klientek se po jejich návštěvě vždy zlepšil. Jak řekla paní Hana: „*...to, že jsme spolu začaly něco dělat, to byla její záchrana.*“ I když po prodělané terapii symptomy odezní, je nutné během ní jít velmi do hloubky, což bylo pro některé klientky bolestivé a těžké. Paní Hana také dodala, že žena, která si touto zkušeností projde, nebude stejná, jako před umělým potratem, ale nebude to žena, kterou zraňuje samotný pohled na děti. Dokáže už o interrupci mluvit a postavit se životu tváří v tvář. Důležité je se s dítětem rozloučit a žít dál. Žena se během terapie musí naučit přijmout samu sebe a mít se ráda, protože to je to první, co ztrácí.

10.4 Prevence

Jak je to v současné době s psychologickou pomocí na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnicích, komentovala paní Eva, neboť sama na jednom nyní pracuje. Do té doby, než se do této funkce dostala, zde nikdo nebyl. Současnou prevenci odborníci hodnotili jako nedostačující, či téměř nulovou.

Odborníci v souvislosti s prevencí viděli také velký problém ve stavu současné společnosti, která prochází složitým obdobím. Problém vidí v rozpadu hodnot, rozpadu rodin, kdy děti vyrůstají v rozvrácených rodinách. Paní Hana zmínila také obrovský vliv médií, která mládež doslova bombardují a současnou společnost ohodnotila jako „*společnost nezodpovědných mužů*.“

Otázka prevence byla pro odborníky složitá. Často kombinovali prevenci PAS s prevencí nechtěného těhotenství. Což jsou dvě rozdílné, ale i úzce spojené problematiky. Paní Jitka okamžitě po položení mé otázky rázně reagovala slovy: „*Aby na tu interrupci nechodily!*“ V tom spatřuje nejlepší prevenci, ale také dodala, že na možné psychické problémy by ženy měl upozornit gynekolog. Stejný názor má i paní Eva, která si myslí, že ženy by měly být informovány již během zákroku. Měly by vědět, že pokud nastanou tyto problémy, mají se na koho obrátit. Důležité je zvýšit informovanost a povzbudit tyto ženy k vyhledání odborné pomoci. Paní Hana zmínila zvýšení informovanosti a osvěty celkově. Ze své zkušenosti je paní Hana přesvědčena, že pokud má těhotná žena dostatek času na rozmyšlenou a pokud má vedle sebe alespoň jednoho člověka, který jí řekne, že jí s dítětem pomůže a že jí v tom nenechá, tak se pro interrupci nerozhodne. Jako prevenci PAS paní Eva označila také cílené vytváření pevných vztahů a následné zakládání fungujících rodin. Ve vztazích by neměla chybět zodpovědnost.

V neposlední řadě se odborníci vyjádřili k prevenci nechtěného těhotenství, kterou pokládají opět za velmi důležitou. Doporučovali zejména sexuální výchovu, správné používání antikoncepce či přirozené plánované rodičovství. Pokud nebude docházet k nechtěným těhotenstvím, ženy nebudou muset chodit na interrupce a tudíž nebudou ohroženy postabortivním syndromem. To se však netýká žen po spontánním potratu, u kterých, jak již bylo řečeno, PAS může vzniknout též.

10.5 Shrnutí výsledků

V této podkapitole se pokusím stanovit závěry, které odpovídají na můj výzkumný cíl a vůbec na výzkumný problém celkově.

Výzkum jasně ukázal, že někteří odborníci z řad psychologů, psychiatrů a sociálních pracovníků mají ze své praxe zkušenost s ženami, které trpěly psychickými problémy v důsledku prodělané interrupce. Není jich sice mnoho, mně se podařilo ve zlínském kraji najít pouze tři odborníky, ale i tak se tím potvrdilo, že „něco“ jako postabortivní syndrom opravdu existuje. Termín postabortivní syndrom není prozatím uznán jako lékařská diagnóza, a proto jej dva ze tří odborníků nepoužívají a ani postoje k tomuto termínu nebyly příliš kladné.

Počet klientek, které u jednotlivých odborníků podstoupily léčbu spojenou s PAS byl velmi nízký. Každý odborník si vzpomenu maximálně na tři klientky. Nízký počet může být vysvětlován několika důvody. Buď že žen s psychickými problémy po interrupci je v globále opravdu velmi málo, což by znamenalo, že se jedná o vzácné případy. Může to však také znamenat, že ženy nemají dostatečnou důvěru k odborníkům a raději se snaží své problémy řešit jinak, často nevhodně. Třetí vysvětlení může být takové, že i když ženy mají následné psychické potíže, nejsou příliš závažné a žena se sama s touto zkušeností časem vyrovná.

Žena může po interrupci reagovat různě a záleží pouze na jejích obranných mechanismech, jak se s traumatizující zkušeností vyrovná. Každá žena je individuální a odborníci se shodli na tom, že obrovské procento žen, žije po interrupci spokojený a plnohodnotný život a touto skutečností se již nezabývají.

Názor na rizikovou skupinu žen se lišil mezi dvojicí psychiatrů a sociální pracovnící. Proto je pro mne nyní velmi těžké sjednotit jejich názory tak, abych mohla stanovit jakoukoli charakteristiku rizikové skupiny. Oba psychiatři potvrdili, že vznik psychických problémů, a tedy i vznik PAS, je dán biologicky. Vše totiž závisí na osobnosti ženy a na její schopnosti vyrovnat se se zátěžovým stresem. Malou roli přiřadili věku, který ovlivňuje stabilitu osobnosti. Teorii rizikovější skupiny žen náchylnější k PAS úplně vyvrátila sociální pracovníce, která si myslí, že riziko je vlastně u všech žen, které interrupci podstupují, neboť každá žena má svědomí a pro každou je tato skutečnost traumatizující.

Klientky své důvody pro interrupci příliš s terapeuty nerozebíraly, no i tak při léčbě vyplynulo, že pro interrupci se rozhodly nejčastěji z ekonomických důvodů či z důvodu genetické vady. Obrovskou roli při rozhodování zastávali muži-partneři. Ti ženě během rozhodování neposkytli oporu či dokonce ji k umělému přerušení těhotenství nutili. Což ženu ještě více rozruší a sama se dostává do konfliktu, zda vyhovět svému přání dítě si nechat anebo vyhovět partnerovi.

Příčina vzniku PAS mi byla vysvětlena vcelku jasně. Příčinou je hormonální nerovnováha v důsledku náhlého přerušení těhotenství. Ženské tělo se připravuje na těhotenství, mění se skladba a množství vyplavovaných hormonů, ale jakmile dojde k interrupci, tělo je náhle „zmatené“ a nastane již zmíněná hormonální nerovnováha. Ta má za následek výkyvy nálady, které podporují vznik depresí. Celá tato příčina vzniku PAS by se tedy dala označit za psychologicko-biologickou. Ovšem toto vysvětlení se týká pouze žen, u kterých PAS nastoupí ihned po zákroku. Zcela jiné je, když psychické problémy nastanou až po několika letech či desetiletích. V těchto případech to probíhá tak, že žena špatné vzpomínky na interrupci vytěsňuje a na vše zapomene. Zlom pak může nastat v době, kdy zažije jiné závažné trauma a vytěsňené vzpomínky se jí vrátí. Žena začne nad interrupcí opět přemýšlet a v důsledku toho se projeví některé symptomy PAS.

Zda se u ženy PAS projeví nebo ne, závisí i na vlivu okolního prostředí. Zejména jsou ohroženy ženy, které nemají dostatečnou podpůrnou síť ze strany blízkých. Na ženu velmi působí, když ji její okolí odsoudí se slovy: „Však máš, co jsi chtěla.“ Jenže často se stává, že ona sama s potratem nesouhlasila a právě nepříznivé prostředí ji k potratu přinutilo. V ženě pak vzniká obrovský konflikt, se kterým si neví rady.

Postabortivní syndrom má mnoho podob a tedy i projevů. Odborníci většinou začali léčit akutní symptomy a až později se ukázalo, že se jedná o PAS. Projevy byly u každé klientky různé, různě intenzivní, ale některé měly přece jen společné. Jednalo se zejména o obrovský pocit viny, smutku, prázdnoty a výčitky svědomí. K dalším symptomům ze své zkušenosti odborníci přiřadili úzkostné deprese, agrese vůči sobě i ostatním, izolaci, touhu vše vrátit zpět, vyhýbání se tématu potratu anebo například sexuální ochlazení.

S projevy jsou úzce propojené i tzv. spouštěče, které výše zmíněné symptomy spustí nebo více prohloubí. Klientky za spouštěče označovaly například setkání s malými dětmi či těhotnou ženou, s lékařem či kamarádkou. Spouštěčem může být v podstatě cokoli, co ženě

trauma z interrupce připomene. Významným spouštěčem je jak den výročí umělého potratu, tak i den, kdy se dítě mělo původně narodit.

PAS se postupně začne projevovat ve všech oblastech ženina života a je podstatně snížena jeho kvalita. Důsledky se projeví ve zhoršení partnerského vztahu a v opakovaných konfliktech. Ženy ztrácí sebedůvěru a často se izolují, jak od rodiny, tak i od okolního světa. Mají také strach znovu otěhotnět. Závažným důsledkem je zneužívání drog a alkoholu či myšlenky na sebevraždu.

Kdy ženy odbornou pomoc vyhledají souvisí s tím, kdy se u nich projeví symptomy PAS a kdy se svou situací rozhodnou řešit právě touto cestou. Může se proto jednat o měsíce, ale i o dlouhé roky. Velmi často odborníci ve své praxi pozorují, že ženy přijdou s jinými potížemi a až během léčby se ukáže, že žena prožila interrupci a označí ji jako hlavní důvod svých potíží či jako jeden z mnoha důvodů. Pro samotného odborníka je poté těžké rozpoznat, jak velkou roli hraje právě zkušenost interrupce.

Formy následné pomoci se odvíjí od pozice, vzdělání a specializace konkrétního odborníka. Psychiatři mají zkušenost spíše se ženami, u kterých jsou potíže závažnějšího charakteru, jako například úzkostné deprese či závislost na alkoholu. Tam je pomoc směřována na symptomy, které klientku akutně ohrožují. Poté klientka podstoupí léčbu psychoterapií, někdy za podpory antidepresiv. Velmi dobrá při léčbě PAS je dynamická psychoterapie, která je zaměřena na řešení vnitřního konfliktu a na vztah s terapeutem. Psychoterapie byla vždy krátkodobá, ve formě terapeutických pohovorů.

Jinou formu a postup u klientek s PAS volí sociální pracovníci. Ta používá speciální techniku, která je zaměřená na osobnost klientky. Klientka prochází díky této metodice určitými fázemi, přičemž každá fáze je zaměřena na jinou oblast problému. Hlavním cílem je smíření se se ztrátou, rozloučení se s dítětem a zpětné získání sebedůvěry a úcty k sobě.

Každá žena je individuální a má tedy jiné potřeby. Není možné ihned přesně navrhnout způsob a dobu léčby. Vše závisí na osobnostních vlastnostech ženy a na její vulnerabilitě.

Úspěšnost léčby PAS odborníci hodnotili velmi pozitivně, i když to pro klientky bylo velmi těžké a citlivé období.

Otázka prevence byla i pro samotné odborníky trochu záludná. Za vhodný způsob prevence považují zvýšení informovanosti o problematice interrupce a jejích možných psychologických následcích. O to by se měli postarat zejména gynekologové. Měla by se také za-

bezpečit psychologická podpora už před samým zákrokem, během něj a i po něm. Ženy by měly vědět, že pokud pocítují jakékoli psychické problémy v důsledku interrupce, není to nic „nenormálního“. Pomoc by také měla být nízkoprahová, kde není potřeba doporučení praktického lékaře. Velmi dobrou cestou jsou proto Poradny pro ženy. Dále jako prevence slouží i to, že lidé už od mládí by měli být vedeni k vytváření pevných vztahů a fungujících rodin, kde by neměla chybět zodpovědnost.

Výzkum tedy prokázal, že postabortivní syndrom skutečně existuje a že někteří odborníci se s ženami s PAS ve své praxi setkali. Zkušenost interrupce je pro některé ženy velmi traumatizující a je pro ně těžké se se svou ztrátou vyrovnat. Bohužel však ne vždy najdou odvahu se svěřit do rukou experta a zbytečně trpí po mnoho měsíců či let. Snaží se vzpomínku na interrupci vytěsnit, avšak neúspěšně. Proto by se povědomí o postabortivním syndromu mělo rozšířit mezi širokou veřejnost. Nejen ženy by si měly uvědomit, že jejich problém má název, ale měly by vědět, že pomoc existuje. Výzkum prokázal i konkrétní postupy při léčbě PAS, zejména pak speciální metodiku podle příručky Postabortivní syndrom – Model terapie pro zásah v krizi, která není v České republice příliš známá. Byla však v praxi vyzkoušena a to velmi úspěšně.

To je výsledek, ke kterému mě kvalitativní analýza dovedla a zároveň odpověděla na můj výzkumný problém i cíl. Kromě toho, co jsem zjistila, však daný výzkum nastínil další témata vhodná k probádání. Za hlubší pozornost by stálo zjistit, proč se ženy s psychickými problémy v důsledku interrupce stále bojí o těchto svých potížích mluvit. To je však spíše sociologická otázka. Při terapii je důležitá právě doba, kdy ženy začnou pocítovat symptomy PAS a doba, kdy odbornou pomoc vyhledají. Je prokázáno, že čím dříve se s traumatem začne pracovat, tím dříve a lépe dojde k uzdravení.

Co dál by se dalo ještě zkoumat, jsou pocity a postoje partnerů žen, které trpí či trpěly PAS. Muž a jeho názory hrají velkou roli již před výkonem interrupce, a zejména pak po něm. Jde o to, jak se muž k tomuto „problému“ své partnerky postaví a zda jí poskytne oporu. Ve svém výzkumu jsem na toto téma několikrát narazila a i samy odborníci zdůrazňovali, že muž-partner má v problematice postabortivního syndromu také své místo.

ZÁVĚR

Postabortivní syndrom jde ruku v ruce s interrupcí již od doby, co se provádí. Je to však důsledek, o kterém se nikdy příliš nemluvalo. Byl spíše odsouván do pozadí. I když se v dnešní době začaly v literatuře objevovat články o psychických potížích v důsledku interrupce, stále je to neprobádaná a málo známá problematika. Dnešní medicína klade větší důraz na fyzické následky, avšak na psychické se tak trochu zapomíná. Přitom právě psychické poruchy mohou mít na život ženy obrovský dopad.

Žena si často ani sama neuvědomuje, že její problémy vycházejí z prožité interrupce. Až později přijde na to, jakou souvislost má interrupce s psychickými problémy. Záleží pak na ní, zda odbornou pomoc vyhledá či nikoli a zda se jí podaří najít odborníka, který ji nebude předem odsuzovat a její problém bagatelizovat.

Problematikou postabortivního syndromu se u nás nejvíce zabývá Občanské sdružení ONŽ, které zřizuje Poradny pro ženy a dívky či sdružení Hnutí pro život ČR.

V teoretické části jsem se dotkla problematiky interrupcí a s tím spojeného etického problému. Dále jsem se zabývala právní stránkou interrupcí, statistikami potratovosti v ČR i systémem péče o ženu během výkonu umělého přerušování těhotenství. Velkou část pak tvoří problematika postabortivního syndromu, kde popisují zejména symptomy a možnosti pomoci.

V praktické části jsem hledala odpověď na výzkumný problém, který zní: Jaké jsou zkušenosti odborníků s ženami trpícími PAS a jaký volí způsob pomoci? Výzkum prokázal, že některé ženy opravdu mohou po prodělané interrupci trpět závažnými psychickými problémy a v důsledku toho vyhledávají odbornou pomoc. Výzkum také zjistil, jaký způsob pomoci odborníci volí a jaké jsou konkrétní postupy. Zároveň z výzkumu vyplynuly další otázky, a nabízí se tak jako inspirace pro další bádání v této problematice.

Přínos své práce spatřuji v tom, že potvrdila nejen samotnou existenci postabortivního syndromu, ale informuje také o konkrétních možnostech pomoci a léčby. Práce nastiňuje i otázku prevence, která je v jakékoli problematice velmi důležitá a nezbytná. Má práce poskytuje ucelené informace o interrupci a postabortivním syndromu a ukazuje hlubší pohled do této problematiky, což může sloužit ke zvýšení povědomí jak mezi mými kolegy – odborníky, tak i mezi laickou veřejností.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARAN, P. *Interrupce*. Zlín: B.m., 2000.
- [2] CONNELL, E. B. *Antikoncepce a potrat*. In.: CHRISTMAS, J. J. a kol. *Encyklopedie zdravé ženy*. Praha: Pragma, 1997.
- [3] ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada publishing, 1999.
ISBN 80-719-355-3.
- [4] ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2.vydání. Praha: Grada publishing, 2006.
ISBN 80-247-1303-9.
- [5] FREEDOVÁ, L., SALAZAROVÁ, P. *Čas k uzdravení*. Praha: Paulínky, 2008. ISBN 978-80-86949-44-4.
- [6] JELENOVÁ, E. *Péče o ženu po potratu* [online]. Brno: MU LK KPA, 2007, 76 s. Bakalářská práce [cit. 3.3.2010]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/142520/lf_b/?info=1> .
- [7] KAVENSKÁ, V. Postinterrupční syndrom. *Moje psychologie*, duben 2009, roč.4 , č.4 , s. 28-31.
- [8] KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002.
ISBN 80-7254-235-4.
- [9] LAMPLMAIROVÁ, K. a kol. *Dala jsem jí jméno Nadine*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005, ISBN 80-7192-903-4
- [10] LAJKEP, T. *Status lidského embrya z hlediska filozofické antropologie* [online]. c2003 [cit. 5.4.2010]. Dostupné z: <bioetika.cz/clanky/2003-4-prace.pdf>.
- [11] PALATA, L. Češi budou zabíjet polské děti. *Lidové noviny* [online]. červen 2008 [cit. 5.3.2010]. Dostupné z: <http://www.lidovky.cz/cesi-budou-zabijet-polske-deti-der-/ln_zahranici.asp?c=A080602_212059_ln_zahranici_ter>.
- [12] PAVLÍČEK, M. *Hippokratova přísaha* [online]. říjen 2006 [cit. 5.4.2010]. Dostupné z: <<http://www.euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>>.
- [13] PEKÁRKOVÁ, M., PRIMUSOVÁ, H., UZEL, R., SALAJKA, M. *Potrat ANO - NE aneb Na pokraji života*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-922-5.

- [14] POHUNKOVÁ, D. (edit.). *Úcta k životu – I. Život nenarozený*. Praha: Zvon, 1991. ISBN 80-7113-010-9.
- [15] PRAŠKO, J. a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.
- [16] ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
- [17] RUE, V. *Psychologické aspekty potratu* [online]. [cit. 6.3.2010]. Dostupné z: <<http://www.novotni.eu/documents/Psychol.htm>>.
- [18] STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- [19] *Symptoms and Frequently Asked Questions About Post Abortion Stress Syndrome* [online]. [cit. 15.3.2010]. Dostupné z: <<http://afterabortion.com/faq.html#2>>.
- [20] ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [21] *Teorie, že interrupce působí depresi, je prý nesmysl* [online]. prosinec 2008 [cit. 10.3.2010]. Dostupné z: <http://zdravi.idnes.cz/teorie-ze-interrupce-pusobi-depresi-je-pry-nesmysl-fxq-tehotenstvi.asp?c=A081204_122028_tehotenstvi_bad>.
- [22] UCHÁČOVÁ, K. *Proč pláčes, Miriam?* Jihlava: Hnutí pro život ČR, 2007. ISBN 978-80-239-7524-6.
- [23] VOKURKA, M. HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 4.vydání. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-28-4.
- [24] VOKURKA, M. HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-43-0.
- [25] WIESNEROVÁ, J. *Potraty v roce 2008* [online]. březen 2009 [cit. 10.3.2010]. dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=potrat®ion=100&kind=21&mnu_id=6200>.

- [26] WICHTERLOVÁ, L. *Proč ženy volí interrupci?* [online]. červen 2006 [cit. 12.3.2010]. Dostupné z: <<http://www.feminismus.cz/index.shtml?x=115223>>.
- [27] WILLKE, J. C. *Člověkem od početí: Být či nebýt*. Český Těšín: Cor Jesu, 1993.
- [28] *Základní data o vývoji potratovosti* [online]. c2004 [cit. 10.3.2010]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/E500444C07/\\$File/1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/E500444C07/$File/1.pdf)>.

Zákony a vyhlášky

Vyhláška č. 11/1988 Sb. [cit. 9.3.2010] Dostupné z:

<<http://www.naseporodnice.cz/potrat-ukonceni-tehotenstvi.php>>.

Vyhláška č. 75/1986 Sb. [cit. 9.3.2010] Dostupné z:

<<http://www.mvcr.cz/sbirka/1986/sb24-86.pdf>>.

Zákon č. 66/1986 Sb. [cit. 9.3.2010] Dostupné z:

<<http://www.mvcr.cz/sbirka/1986/sb22-86.pdf>>.

Zákon č. 68/1957 Sb. [cit. 9.3.2010] Dostupné z: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?getALL=1957,zakon>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika
ČSR	Československá republika
PAS	postabortivní syndrom
PSTP	posttraumatická stresová porucha
tab.	tabulka
č.	číslo
z.	zákon
tzn.	to znamená
např.	například
lat.	latina
Sb.	sbírka
EKG	elektrokardiogram
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
aj.	a jiné
mj.	mimo jiné
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
pol.	polovina
atd.	a tak dále
ř. z.	říšský zákoník
apod.	a podobně

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Charakteristika respondentek

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I : Interrupce v ČR (1958 – 2005)

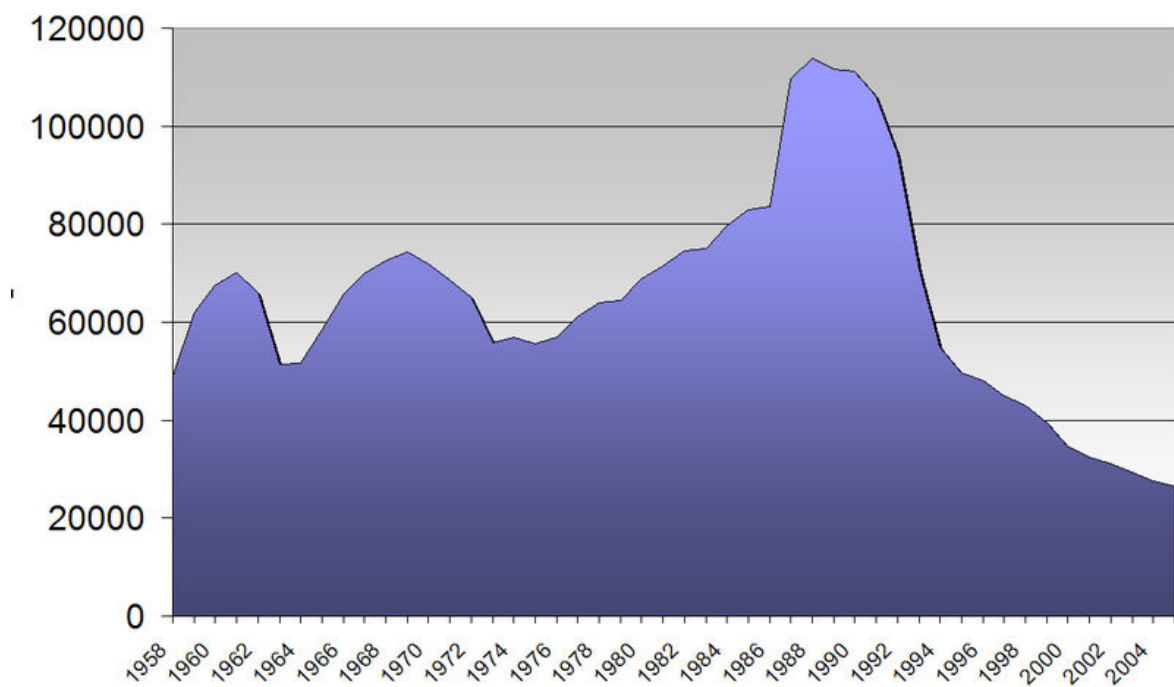
Příloha P II: Otázky pro rozhovor

Příloha P III: Mezinárodní dotazník ztráty těhotenství

Příloha P IV: Seznam blogů

PŘÍLOHA P I

Interrupce v ČR (1958-2005)



PŘÍLOHA P II

Otázky pro rozhovor:

1. Setkala jste se během své práce se ženami, které trpěly psychickými problémy po interrupci?
2. Používáte pro označení těchto psychických problémů termín postabortivní syndrom?
3. Uznáváte termín PAS nebo je podle Vás pro diagnózu nevhodný? Proč?
4. S kolika ženami trpícími PAS jste doposud pracovala?
5. Jak byste popsala rizikovou skupinu žen, které jsou k PAS náchylnější?
6. Jaké byly nejčastější důvody žen s PAS pro interrupci?
7. Jaké jsou příčiny vzniku PAS? Jaké okolnosti napomáhají ke vzniku PAS?
8. Jak jsou projevy PAS? Uveďte příklad
9. Jaké důsledky má vznik PAS na život ženy?
10. Jak probíhá první kontakt s klientkou?
11. Po jaké době za Vámi ženy přijdou požádat o pomoc? Jak dlouho pocítují psychické problémy?
12. Jaké jsou možnosti pomoci?
13. Jaký druh psychoterapie je podle Vás nejvhodnější k léčbě PAS?
14. Jaké jsou konkrétní postupy při léčbě PAS?
15. Jak byste ohodnotila úspěšnost léčby?
16. Jaký druh prevence před vznikem PAS pokládáte za nejvhodnější?

PŘÍLOHA P III

Czech translation

MEZINÁRODNÍ DOTAZNÍK ZTRÁTY TĚHOTENSTVÍ

ÚVOD: Pokud jste zažila (Vaše partnerka zažila) ztrátu těhotenství (samovolným nebo umělým potratem narozením mrtvého dítěte nebo adopcí), byli bychom Vám vděční, kdybyste obětoval(-a) 15 minut svého času na vyplnění tohoto dotazníku. Potřebujete-li víc místa, použijte zadní stranu příslušného listu. Vaše odpovědi zůstanou anonymní. Děkujeme Vám.

- < 1 > Váš věk? _____
- < 2 > Vaše pohlaví? ženské ____ mužské? ____
- < 3 > Vaše národnost / etnický původ? _____
- < 4 > Máte zaměstnání? plný úvazek ____ částečný úvazek ____ bez zaměstnání ____
- < 5 > Vaše povolání? _____
- < 6 > Kolik let školní docházky? _____
- < 7 > Vdaná/ženatý? ano ____ ne ____
- < 8 > Máte vlastní děti? ano ____ ne ____
- < 9 > Když ano, kolik? _____
- < 10 > Rozvedl(-a) jste se někdy nebo ovdověl(-a)? ano ____ ne ____
- < 11 > V kterém městě a zemi žijete? _____
- < 12 > Máte nějaké náboženské přesvědčení? ano ____ ne ____
- < 13 > KDYŽ ANO, jak důležitou roli hraje ve Vašem životě?
velmi důležitou ____ důležitou ____ bezvýznamnou ____ velmi bezvýznamnou ____
- < 14 > Jak byste popsal(-a) své dětství?
velmi šťastné ____ šťastné ____ nevím ____ nešťastné ____ velmi nešťastné ____
- < 15 > Jak byste popsal(-a) své dospívání?
velmi šťastné ____ šťastné ____ nevím ____ nešťastné ____ velmi nešťastné ____
- < 16 > Jak byste popsal(-a) svůj současný život?
velmi šťastný ____ šťastný ____ nevím ____ nešťastný ____ velmi nešťastný ____
- < 17 > Uveďte laskavě všechny své ztráty těhotenství:
- samovolný potrat: kolik? ____ v kterém roce (letech)? _____ v kterém týdnu těhotenství? _____
- umělý potrat: kolik? ____ v kterém roce (letech)? _____ v kterém týdnu těhotenství? _____
- narození mrtvého dítěte: kolik? ____ v kterém roce (letech)? _____ v kterém týdnu těhotenství? _____
- adopce: kolik? ____ v kterém roce (letech)? _____
- < 18 > Zakroužkujte laskavě v odpovědi na otázku č. 17 každou ztrátu těhotenství, kterou byste označil(-a) jako velmi stresovou.

OBRAŤTE NA DALŠÍ STRANU.

< 19 > Která ze shora uvedených ztrát těhotenství byla **nejstresovější**? Označte rok a týden těhotenství.
samovolný potrat _____ *umělý potrat* _____ *narození mrtvého dítěte* _____ *adopce* _____

< 20 > Zakroužkujte laskavě na níže uvedené škále číslo, které nejlépe popisuje Vaši zkušenost, pokud jde o tuto ztrátu těhotenství:

slabý stres *střední stres* *velký stres* *zdrucující*
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

< 21 > Popište laskavě co bylo pro Vás na této ztrátě těhotenství největším problémem:

< 22 > Přál(-a) jste si toto těhotenství? *ano* _____ *ne* _____ *nevím* _____

< 23 > Přál(-a) si toto těhotenství Váš(-e) partner(-ka)? *ano* _____ *ne* _____ *nevím* _____

< 24 > Jak citově blízko/vázaná(-ý) jste se cítil(-a) k tomuto těhotenství/dítěti?
velmi blízko _____ *dost blízko* _____ *nevím* _____ *trochu vzdáleně* _____ *velmi vzdáleně* _____

< 25 > Mluvil(-a) jste po této ztrátě těhotenství s lékařem, nebo vyhledal(-a) pomoc psychologa s nějakým problémem týkajícím se zážitků z tohoto těhotenství? *ano* _____ *ne* _____

< 26 > KDYŽ ANO, jak Vám pomohl? *hodně* _____ *částečně* _____ *velmi málo* _____ *vůbec ne* _____

KDYŽ nebyl Vaší nejstresovější ztrátou těhotenství umělý potrat nebo adopce, PŘEJDETE K OTÁZCE Č. 42.

POKUD byl Vaší nejstresovější ztrátou těhotenství potrat nebo adopce, prosíme označte **všechny** hodící se odpovědi k následujícím otázkám:

	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
< 27 > měl(-a) jste předtím možnost se odborně poradit	_____	_____	_____
< 28 > potřeboval(-a) jste víc času na rozmyšlení	_____	_____	_____
< 29 > poradili Vám alternativní řešení	_____	_____	_____
< 30 > cítil(-a) jste se pod tlakem ze strany lidí pro Vás důležitých	_____	_____	_____
< 31 > cítil(-a) jste, že je potrat nemorální	_____	_____	_____
< 32 > měl(-a) jste potom zdravotní potíže	_____	_____	_____
< 33 > věřil(-a) jste v právo ženy na potrat	_____	_____	_____
< 34 > dostalo se Vám předem dostatečné odborné rady	_____	_____	_____
< 35 > partner(-ka) Vás podporoval(-a)	_____	_____	_____
< 36 > bylo rozhodnutí ovlivněno Vašimi rodiči(-em)	_____	_____	_____
< 37 > rodič(-e) pomáhal(-i)	_____	_____	_____

OBRAŤTE NA DALŠÍ STRANU.

- < 38 > byl(-a) jste v té době nejistý/á svým rozhodnutím ano ne nevím
- < 39 > poradil(-a) jste se potom odborně
- < 40 > KDYŽ byl Vaší nejstresovější ztrátou těhotenství umělý potrat, zaškrtněte laskavě všechno, co se hodí:
nikdy nikomu neřekl(-a) legální nelegální rozhodl(-a) se k potratu protože byl plod postižený
- < 41 > KDYŽ byla Vaší nejstresovější ztrátou těhotenství adopce, zaškrtněte laskavě co se hodí:
nikdy nikomu neřekl(-a) vybral(-a) adoptivní rodiče mám kontakt s adoptivní rodinou
- < 42 > Byly ve Vašem životě nějaké vysoce stresové události po té/těch nejstresovější(-ích) ztrátě(-ách) těhotenství? ano ne nepamatuji se
- < 43 > KDYŽ ANO, jaké? _____

V této části označte laskavě, zda jste zažil(-a) některé z následujících potíží, buď před nejstresovější ztrátou těhotenství, nebo šest měsíců, nebo déle než šest měsíců po ní. U každého bodu označte v každém sloupci všechny hodící se odpovědi. Nehodící se, nechte neoznačeno.

Vyskytly se následující potíže před nebo po nejstresovější ztrátě těhotenství?

	výskyt před ztrátou těhotenství	výskyt 0 - 6 měsíců potom	výskyt po 6 měsících nebo později
< 44 > potíže s pamětí	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 45 > noční můry	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 46 > potíže s koncentrací	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 47 > vracející se vzpomínky na ztrátu těhotenství	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 48 > pohrdání sám/sama sebou	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 49 > nespavost	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 50 > zlepšení vztahu k partner(ce/ovi)	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 51 > pocit emocionální otupělosti	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 52 > sebevražedné myšlenky	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 53 > vyhýbal(-a) se rozhovoru o ztrátě těhotenství	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 54 > vzdalování se od přátel a rodiny	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 55 > zlepšení pohledu na sebe sama	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
< 56 > potíže v zaměstnání	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

OBRAŤTE NA DALŠÍ STRANU.

	výskyt před ztrátou těhotenství	výskyt 0 - 6 měsíců potom	výskyt po 6 měsících nebo později
< 57 > pocit úlevy	_____	_____	_____
< 58 > zvýšená spotřeba alkoholu nebo drog	_____	_____	_____
< 59 > ztráta zájmu nebo energie	_____	_____	_____
< 60 > špatné svědomí	_____	_____	_____
< 61 > přehnaná ostražitost	_____	_____	_____
< 62 > obavy ohledně budoucího těhotenství a rodičovství	_____	_____	_____
< 63 > pocit ztráty a smutku	_____	_____	_____
< 64 > pocit, že vládnu víc nad svým životem	_____	_____	_____
< 65 > potíže být blízko malých dětí	_____	_____	_____
< 66 > sexuální problémy	_____	_____	_____
< 67 > pocit zdeptání	_____	_____	_____
< 68 > potíže kontrolovat hněv	_____	_____	_____
< 69 > přehnaně ochránářská(-ý) vůči vlastním(-u) dítěti/dětem	_____	_____	_____
< 70 > potřeba hledat pomoc k vyrovnání se se ztrátou	_____	_____	_____
< 71 > problémy ve vztazích	_____	_____	_____
< 72 > neschopná(-ý) myslet na jiné věci kromě ztráty těhotenství	_____	_____	_____
< 73 > marné odhánění vzpomínek na ztrátu	_____	_____	_____
< 74 > cítil(-a) jsem, že část mne zemřela	_____	_____	_____
< 75 > smutek o výročí ztráty	_____	_____	_____
< 76 > neschopnost odpustit sám(-a) sobě	_____	_____	_____
< 77 > ukončení vztahu k partner(ovi/ce)	_____	_____	_____
< 78 > pobyt v psychiatrické léčebně	_____	_____	_____
< 79 > Vraťte se laskavě k bodům 44-78 a <u>zakroužkujte</u> z nich ty, které podle Vašeho názoru byly zaviněny Vaší nejstresovější ztrátou těhotenství.			

Pokud jste zažil(-a) před Vaší nejstresovější ztrátou těhotenství některou z následujících událostí, laskavě je označte.

- | | <i>ano</i> | <i>ne</i> | <i>nejistý(-á)</i> |
|---|------------|-----------|--------------------|
| < 80 > v dětství tvrdě trestán(-a) | _____ | _____ | _____ |
| < 81 > fyzicky a/nebo sexuálně zneužit(-a) ve věku mladším než 18 let | _____ | _____ | _____ |
| < 82 > jeden z rodičů zemřel než mi bylo 18 | _____ | _____ | _____ |
| < 83 > rodiče se rozvedli než mi bylo 18 | _____ | _____ | _____ |
| < 84 > sexuální kontakt proti své vůli dřív než mi bylo 18 | _____ | _____ | _____ |
| < 85 > sexuální zneužití příbuzným dřív než mi bylo 18 | _____ | _____ | _____ |
| < 86 > znásilnění po dovršení 18 let | _____ | _____ | _____ |
| < 87 > fyzické nebo citové zneužívání po dovršení věku 18 | _____ | _____ | _____ |
| < 88 > Popište všechny další vysoce stresové události ve Vašem životě <u>předcházející</u> nejstresovější ztrátě těhotenství? | | | |

Závěrem napište laskavě vedle každé z následujících vět číslo, které podle níže uvedené škály nejlépe odpovídá tomu jak vidíte sám(-a) sebe ve vztahu k Vašemu okolí. Neexistují správné nebo špatné odpovědi. Snažte se laskavě vyplnit všechny rubriky.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---------------|---|-------------|-------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| | naprosto
nesouhlasím | nesouhlasím | částečně
nesouhlasím | částečně
souhlasím | souhlasím | naprosto
souhlasím |
| _____ < 89 > | Zásadně se cítím v bezpečí. | | | | | |
| _____ < 90 > | Lidé jsou skvělí. | | | | | |
| _____ < 91 > | Přál(-a) bych si, aby lidé, které nejlépe znám, byli otevřenější. | | | | | |
| _____ < 92 > | Mohu se sám(-a) potěšit, když mám bolest. | | | | | |
| _____ < 93 > | Často se bojím o svou bezpečnost. | | | | | |
| _____ < 94 > | Nemyslím, že si zasloužím moc dobrého. | | | | | |
| _____ < 95 > | Obvykle se mohu spolehnout na vlastní úsudek. | | | | | |
| _____ < 96 > | Když jsem sám(-a), cítím se prázdná(-ý). | | | | | |
| _____ < 97 > | Mám o sobě špatné mínění. | | | | | |
| _____ < 98 > | Nedělám si velké starosti o bezpečí lidí, na kterých mi záleží. | | | | | |
| _____ < 99 > | Většina lidí zničí, co sami postavili. | | | | | |
| _____ < 100 > | Je mi zatěžko chovat se přirozeně ve společnosti druhých lidí. | | | | | |

OBRAŤTE NA DALŠÍ STRANU.

Czech translation

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| naprosto
nesouhlasím | nesouhlasím | částečně
nesouhlasím | částečně
souhlasím | souhlasím | naprosto
souhlasím |
- _____ < 101 > I když dělají druzí hlouposti, nemyslím si o nich nic špatného.
 _____ < 102 > Mám rád(-a) svou vlastní společnost.
 _____ < 103 > Nedůvěřuji vlastním instinktům.
 _____ < 104 > Často si myslím o jiných ošklivé věci.
 _____ < 105 > Věřím, že se dokážu ubránit, když na mne dolehnou myšlenky na sebezničení.
 _____ < 106 > Nikomu se nedá věřit.
 _____ < 107 > Nemám rád(-a), když někdo jiný vede mou skupinu.
 _____ < 108 > Většinou jsem sám(-a) se sebou spokojený(-á).
 _____ < 109 > Někdy si myslím, že si dělám větší starosti o bezpečí druhých, než oni sami.
 _____ < 110 > Jiní lidé nejsou dobří.
 _____ < 111 > Někdy se mezi lidmi cítím izolovaná(-ý).
 _____ < 112 > Lidé by neměli příliš spoléhat na své přátele.
 _____ < 113 > Většinou necítím, že bych za moc stál(-a).
 _____ < 114 > Nemám velkou kontrolu ve svých vztazích.
 _____ < 115 > Moje schopnost ubližovat sám(-a) sobě mne někdy děsí.
 _____ < 116 > Většinou mám jiné lidi rád(-a).
 _____ < 117 > Zasloužím, aby mi v životě bylo dobře.
 _____ < 118 > Když jsem sám(-a), cítím se většinou bezpečně.
 _____ < 119 > Když je opravdu potřebuji, lidé jsou ochotní.
 _____ < 120 > Nesnesu samotu.
 _____ < 121 > Svět je plný emocionálně postižených lidí.
 _____ < 122 > Jsem v podstatě dobrý člověk.
 _____ < 123 > Většinou mohu sám(-a) sebe ochránit před ublížením.
 _____ < 124 > Všechno jde nejlépe, když dohlížím na druhé já.
 _____ < 125 > Zlé věci se mi stávají proto, že jsem zlá(-ý).
 _____ < 126 > Když jim dáte možnost, většina lidí je slušná.
 _____ < 127 > Za některé z mých nejšťastnějších zážitků vděčím druhým lidem.
 _____ < 128 > Lidé mají právo na vlastní názor.
 _____ < 129 > Je mnoho lidí, ke kterým mám blízko, a patříme k sobě.
 _____ < 130 > Někdy se bojím, že si něco udělám.
 _____ < 131 > Často se s jinými dostávám do sporu.
 _____ < 132 > Často se cítím odříznutá(-ý) a daleko od ostatních lidí.
 _____ < 133 > Dělám si často starosti o mé nejdražší.
 _____ < 134 > Když kritizuji jiné lidi, snažím se neranit jejich sebeúctu.
 _____ < 135 > Necítím, že by mne měl někdo moc rád.
 _____ < 136 > Jsem osamělá(-ý) i ve společnosti jiných lidí.
 _____ < 137 > Mám v sobě nějakou zlou sílu.
 _____ < 138 > Nejsem jistá(-ý), zda se umím rozhodovat.
 _____ < 139 > Lidé by se neměli poddávat svým citům.
 _____ < 140 > Moji nadřízení mají většinou menší znalosti než já.
 _____ < 141 > Když jsem sám(-a), necítím se bezpečně.
 _____ < 142 > Když jsem sám(-a), jako by nikdo jiný neexistoval.
 _____ < 143 > Když potřebuji pomoc, mohu se spolehnout na své přátele.
 _____ < 144 > Někdy mám pocit, že ztrácím nad sebou kontrolu.

Czech translation

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|-------------|-------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| naprosto
nesouhlasím | nesouhlasím | částečně
nesouhlasím | částečně
souhlasím | souhlasím | naprosto
souhlasím |
| ___ < 145 > Cítím, že nemám k lidem vztah. | | | | | |
| ___ < 146 > Většina lidí má zásadně dobré srdce. | | | | | |
| ___ < 147 > Někdy si přeji, abych nic necítil(-a). | | | | | |
| ___ < 148 > Často se bojím, že si něco udělám. | | | | | |
| ___ < 149 > Jsem sám(-a) sobě nejlepším přítelem. | | | | | |
| ___ < 150 > Cítím, že dokážu kontrolovat, jestli někomu ublížím. | | | | | |
| ___ < 151 > Cítím se často ve vztahu k jiným bezmocná(-ý). | | | | | |
| ___ < 152 > Svých nejbližších si příliš nevážím. | | | | | |
| ___ < 153 > Rád(-a) cítím, že patřím ke svému společenství. | | | | | |
| ___ < 154 > Těším se na chvíle samoty. | | | | | |
| ___ < 155 > Často mám dojem, že chtějí druzí určovat, co mám dělat. | | | | | |
| ___ < 156 > Závidím lidem, kteří vždy vědí, co dělají. | | | | | |
| ___ < 157 > Lidem, kteří pro mne mnoho znamenají, nehrozí celkem žádné nebezpečí. | | | | | |
| ___ < 158 > Nejvíce mi vadí, když se neovládnu. | | | | | |
| ___ < 159 > Kdyby mne lidé opravdu znali, neměli by mne rádi. | | | | | |
| ___ < 160 > Většina lidí nedodrží své sliby. | | | | | |
| ___ < 161 > Silní lidé nepotřebují žádat druhé o pomoc. | | | | | |
| ___ < 162 > Důvěřovat jiným není většinou příliš chytré. | | | | | |
| ___ < 163 > Bojím se své schopnosti ubližovat druhým. | | | | | |
| ___ < 164 > Lidé jsou někdy velmi krutí. | | | | | |
| ___ < 165 > Mám na sebe zlost, když potřebuji něčí pomoc. | | | | | |
| ___ < 166 > Abych se cítil(-a) volně, musím udílet rozkazy. | | | | | |
| ___ < 167 > Mám dobrý úsudek. | | | | | |
| ___ < 168 > Příliš důvěřiví lidé jsou hlupáci. | | | | | |
| ___ < 169 > Když nejsou moji nejbližší se mnou, bojím se, že by jim mohlo hrozit nebezpečí. | | | | | |
| ___ < 170 > Někdy uvádí mé jednání jiné do nebezpečí. | | | | | |
| ___ < 171 > Jsem si jist(-a) svou schopností samostatně rozhodovat. | | | | | |
| ___ < 172 > Nemohu jednat efektivně, pokud nemám vedoucí postavení. | | | | | |
| ___ < 173 > Lidé ztěžují život. | | | | | |
| ___ < 174 > Často pochybuji sám(-a) o sobě. | | | | | |
| ___ < 175 > Obvykle mohu dost dobře odhadnout situaci. | | | | | |
| ___ < 176 > Většinou nevěřím tomu, co mi lidé říkají. | | | | | |
| ___ < 177 > Někdy mám opravdu chuť někomu ublížit. | | | | | |
| ___ < 178 > Když někdo navrhne, abych se uklidnil(-a), dostanu strach. | | | | | |

Přejete-li si s někým mluvit o své ztrátě těhotenství, spojte se s některým z pracovníků tohoto výzkumu. Děkujeme Vám za Vaši spolupráci.

PŘÍLOHA P IV

Seznam blogů

<http://diskuse.doktorka.cz/postabortivni-syndrom/>

http://zdravi.idnes.cz/diskuse.asp?iddiskuse=A070807_162058_zdravi_bad

http://zdravi.idnes.cz/diskuse.asp?iddiskuse=A081003_114158_sexualita_bad

<http://www.sexus.cz/potrat-interruptce-a-nezadouci-tehotenstvi>

<http://rodina.dama.cz/clanek.php?d=5675>