

## PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ<sup>1</sup>

Hana Sotáková, Klára Podrápská

### Abstrakt

Studie se věnuje psychologickým aspektům rozhodnutí o ukončení těhotenství. V úvodu jsou rozvedeny některé vlivy, které na rozhodování mohou působit, jako je představa ženy o mateřství, přístup k těhotenství, krize nebo stres. Empirická část stojí na rozhovorech se ženami, které mají zkušenost s rozhodováním o ukončení těhotenství. Jako doplňující materiál k těmto rozhovorům pak slouží anamnestický dotazník. Hlavním cílem tohoto výzkumu je přiblížit jedinečnou zkušenost žen, které se rozhodovaly o ukončení těhotenství. Podrobněji se práce věnuje identifikaci faktorů, které ženám pomohly v procesu rozhodování. Rozlišujeme vnitřní a vnější faktory ovlivňující rozhodnutí žen. Prostřednictvím metody IPA (interpretativní fenomenologická analýza), byly identifikovány jako hlavní faktory podpora ze strany partnera a odolnost vůči zátěži. Neméně důležitá byla také výchozí pozice ženy, se kterou do rozhodování vstupovala, její postoj k těhotenství a mateřství, její předchozí zkušenost s mateřstvím, péčí o dítě, nebo zkušenost s dětmi s postižením, podpora ze strany zdravotnického personálu a vnímaná dostupnost služeb. Respondentky významně reflektovaly konflikt mezi emocionální a racionální složkou rozhodování. Ač je ženami popsána zkušenost v mnoha aspektech rozdílná, domníváme se, že se jedná o téma, které je nutné otevírat. V závěru jsou diskutovány faktory, které ženy zařazené do výzkumného šetření považovaly za významné pro své rozhodnutí.

**Klíčová slova:** proces rozhodování; interrupce; ukončení těhotenství; mateřství; interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

## **PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE DECISION TO TERMINATE PREGNANCY**

### Abstract

*The study looks at the psychological aspects of the decision to terminate a pregnancy. The introduction discusses some of the influences that may affect the decision, such as a woman's perception of motherhood, attitude to pregnancy, crisis, or stress. The empirical part is based on interviews with women who have experienced the decision to terminate a pregnancy. An anamnestic questionnaire will be used as supplementary material to these interviews. The main aim of this research is to shed light on the unique experiences of women who have decided to terminate a pregnancy. More specifically, the research will focus on identifying the factors that helped women in their decision-making process. A distinction will be made between internal and external factors influencing women's decisions. Using IPA (Interpretative Phenomenological Analysis), partner support and stress resilience were identified as the main factors. Equally important were the woman's starting position in the decision-making process, her attitudes towards pregnancy and motherhood, her previous experience of motherhood, childcare or experience with children with disabilities, support from health professionals and perceived availability of services. Respondents strongly reflected the conflict between the emotional and rational components of decision-making. Although the experiences described by women vary in many aspects, we believe that this is an issue that needs to be addressed. In the conclusion, the factors that women in the research survey considered important in their decision are discussed.*

**Keywords:** decision-making process; termination of pregnancy; induced abortion; motherhood; interpretative phenomenological analysis (IPA)

---

Došlo do redakce: 1. 5. 2023

Schváleno k publikaci: 11. 12. 2023

---

<sup>1</sup> Příspěvek vychází z kvalifikační práce Podrápská, K. (2022). *Psychologické aspekty rozhodnutí o ukončení těhotenství*. [Bakalářská práce]. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.

## Úvod

V úvodu naší studie představíme témata související se situací žen rozhodujících se o ukončení těhotenství a nezbytná pro pochopení toho, čím ženy v daném procesu procházejí, jaké faktory do rozhodnutí vstupují a jaké nástroje či mechanismy jim pomáhají situaci zvládnout. I když se nejedná o nic, co by bylo v naší společnosti nové, domníváme se, že v celosvětovém měřítku jde o stále rezonující téma a v dnešním globalizovaném světě může silící protipotratová politika některých států Evropy a USA probouzet diskusi o interrupcích i v České republice<sup>2</sup>.

## Rozhodnutí o ukončení těhotenství

Rozhodnutí o ukončení těhotenství je pro nastávající matku bezesporu náročnou životní situací. Žena se vyrovnává s hormonálními a fyziologickými změnami, je konfrontována se svou představou o mateřství, ovlivňuje ji její aktuální životní situace, doporučení lékařů, ale také přístup nejbližšího okolí a partnera.

Interrupce neboli umělé přerušování těhotenství se podle Závazných pokynů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) dělí na *miniinterrupce*, provedené do 8. týdne těhotenství a *interrupce* po 8. týdnu těhotenství, do 12. týdne na žádost ženy a do 24. týdne ze zdravotních důvodů. Zdravotními důvody se rozumí ohrožení života ženy, těžké poškození plodu nebo stav, kdy je plod neschopen života (ÚZIS, 2022). V České republice bylo v roce 2020 podle zdravotnické statistiky ÚZIS ČR 2022 Potraty 2020 provedeno 16 886 umělých přerušování těhotenství (UPT), z čehož téměř 69 % tvořily miniinterrupce a 19,5 % bylo ze zdravotních důvodů. Potrat jako formu traumatu popisuje odborná i populární literatura v souvislosti s tzv. postabortivním syndromem (nebo také postinterrupčním syndromem), který bývá definován jako typ posttraumatické stresové poruchy (PTSD) projevující se příznaky jako je deprese, znovuprožívání traumatu, aktivování obranných mechanismů nebo problém s navazováním sociálních kontaktů (Stotland, 1992; Speckhard & Rue, 1992; Zaręba et al., 2020).

Přestože někteří autoři existenci tohoto syndromu potvrzují (Speckhard & Rue, 1992), většina současných studií neprokázala přítomnost zmíněného fenoménu. Zároveň není uznáván žádnou odbornou asociací jako lékařský nebo psychiatrický stav (Adair & Lozano, 2022). Ukazuje se, že výše zmíněné příznaky prožívá po absolvování potratu menšina žen (Robinson et al. 2009). Riziko psychických problémů u žen, které mají zkušenosti s interrupcí nechtěného těhotenství, není vyšší než u žen, které nechtěné těhotenství dokončily. Ženy, které podstoupily potrat ze zdravotních důvodů, jsou vystaveny podobnému riziku psychických potíží jako ženy, které prožily spontánní potrat, nebo se jim narodilo mrtvé dítě (Major et al., 2009).

Potrat je nicméně individuální zkušenost každé ženy a stejně tak psychické následky mohou být různé. Existují určité rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost psychických problémů po interrupci (Zaręba et al. 2020; Major et al. 2009; Ratislavová, 2008), např. předchozí psychiatrické onemocnění, neplánované nebo nechtěné těhotenství, tlak z okolí, absence sociální opory atd.

Neplánované nebo nechtěné těhotenství bývá označováno za faktor, který negativně ovlivňuje těhotenství a plod. V případě, že žena v nechtěném těhotenství pokračuje, může zažívat ambivalentní nebo negativní emoce, stres a úzkost. Různá škála pocitů se může vztahovat k ní samé a obavě o budoucnost, její rodině a partnerovi, ale i k nenarozenému dítěti (Ratislavová, 2008).

---

<sup>2</sup> V posledních dvou letech proběhlo několik demonstrací a pochodů na podporu zachování legální a dostupné interrupce i odpůrců možnosti podstoupit potrat (např. Amnesty International, 2022).

Do kategorie těžké ekonomické nebo sociální situace mohou spadat ženy, které nejsou finančně dostatečně zabezpečené, ženy s nízkou sociální podporou, nebo například ženy svobodné. Poslední zmíněné tvořily téměř 60 % ze všech žen, které v roce 2020 podstoupily umělé přerušování těhotenství (ÚZIS, 2022).

Také samotné rozhodování o potratu je proces, který prožívá každá žena individuálně a odlišně. Některé ženy se rozhodnou bez větších obtíží a nevnímají situaci jako traumatizující. Pro jiné je celý proces naopak velmi obtížný (Kumar et al., 2004). Podle Rastislavové (2008) dokonce většina žen dojde k rozhodnutí, aniž by pociťovala vnitřní konflikt, a i po uplynulém čase si za svým rozhodnutím stojí a hodnotí ho jako správné. Pokud se však žena rozhoduje o ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů, bývá pro ni rozhodování podobně stresujícím zážitkem, jako je perinatální úmrtí plodu.

Lokubal a kol. a základě metaanalýzy definoval devět fází rozhodování o interrupci, kterými může žena procházet v proměnlivém pořadí. Jsou jimi: uvědomění si těhotenství, sebereflexe, zvažování potratu nebo prvotní rozhodnutí, odhalení a hledání podpory, vyjednávání, konečné rozhodnutí, přístup k potratovým službám a hledání informací, potratový zákrok, zkušenost s interrupcí a péče po potratu (Lokubal et al., 2022).

### **Faktory rozhodnutí o ukončení těhotenství**

To, jak žena vnímá těhotenství a potrat, je významný faktor, který určuje, jak obtížný pro ni proces rozhodování bude. Plod může od okamžiku potvrzení těhotenství považovat za dítě a vztahovat se k němu odpovídajícím způsobem. Nebo ho vnímat jako součást svého těla (Pines, 1972). Pokud již má vytvořenou představu o dítěti, může pro ni potrat znamenat ztrátu snů, očekávání a nadějí. Zároveň čím více je těhotenství chtěné a plánované, tím je rozhodování o jeho ukončení pro ženu obtížnější (Rastislavová, 2008).

Podle Choiové a kol. (2012) lze faktory, které se podílí na rozhodnutí o ukončení těhotenství, rozdělit do dvou skupin. Demografické faktory, do kterých spadá socioekonomická situace, náboženství, věk matky, gestační věk plodu, již narozené děti a předchozí zkušenost s potratem. Mezi psychosociální faktory poté řadí míru podpory okolí, vnímanou rodičovskou zátěž, vnímanou kvalitu života dítěte se zdravotním postižením a celkový postoj k jedincům s postižením. Vliv náboženství je mnohdy nepřímý a na ženu působí prostřednictvím skupinových norem a tlaku společnosti (Williams, 1982). Ukazuje se, že pokud rodiče pociťují podporu ze společnosti, je nižší pravděpodobnost, že se rozhodnou pro ukončení těhotenství v momentě, kdy čekají dítě se závažnou diagnózou. Také informovanost o dostupných sociálních službách, které by jim mohly péči o dítě ulehčit, může být pro proces rozhodování důležitější než znalost samotné diagnózy (Lawson, 2006; Roberts et al., 2002).

V průběhu těhotenství může žena pociťovat v různých momentech stres a úzkost. Těhotenství samo o sobě může být stresorem. V kontextu tohoto výzkumu je možné zmínit moment, kdy je ženě sdělena diagnóza dítěte, jako příklad stresové a traumatizující události (Skutilová, 2013) nebo krize.

„Krise představuje přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení“ (Špatenková, 2004). Vodáčková dále specifikuje některé precipitory, které mohou vyvolat situační krizi. Jde především o vnější spouštěče, jako je *ztráta a její hrozba, změna a její anticipace* nebo *volba* (Vodáčková, 2020, s. 34). Všechny tyto zdroje krize můžeme vztáhnout na stav, kdy je žena postavena před nepředvídanou situací spojenou s těhotenstvím, na jejímž základě se poté může rozhodovat o jeho ukončení.

Nepříznivá diagnóza nenarozeného dítěte (nebo i dítěte již narozeného), představuje pro ženu, po-  
tažmo rodiče zátěžovou situací. Někteří autoři mluví dokonce o *dvojitém traumatu*. Rodičům se  
zhroutlá představa, kterou si vytvořili o budoucnosti zdravého potomka, a k tomu je děsí nejistá a  
neznámá podoba budoucnosti s dítětem s postižením (Vágnerová et al., 2009). Právě nejistota, ab-  
sence informací a neurčitá představa o tom, co postižení obnáší nebo jaká je jeho prognóza, je podle  
Vágnerové a kol. tak velkou zátěží zejména proto, že vyvolává pocit ztráty kontroly, bezmoci a ne-  
možnost jakkoliv v dané situaci konat (Vágnerová et al., 2009).

### **Copingové mechanismy při rozhodování o ukončení těhotenství**

Existují nástroje, které napomáhají překonat zátěžovou situací. Mezi tzv. kompenzační mechanismy  
patří *sociální opora, využití vhodných copingových strategií a psychická odolnost*. Sociální opora je  
silně spojena s mírou subjektivní pohody během těhotenství a naopak její nedostatek je prediktorem  
depresivní nálady (Rudnicki et al., 2001). Pokud žena vnímá podporu od svého okolí nižší, než očē-  
kávala, může prožívat pocity zklamání (Cecil, 1994).

Copingové strategie jsou zobecněné způsoby, jakými se lidé vyrovnávají se zátěžovou životní situací  
(Vymětal, 2003). Na výzkum copingových strategií, kterých využívají ženy během těhotenství, se  
zaměřili např. Rudnickiová a kol. (2001), Abboudová a Liamputtongová (2005) nebo Hamilton a  
Lobel (2008).

V průběhu těhotenství jsou nejčastěji využívány 3 typy copingových mechanismů: *plánování a pří-  
prava, vyhýbání se a spirituální a pozitivní myšlení*. Poslední zmíněný mezi těhotnými ženami pře-  
vládá. Autoři také konstatují, že se dominantní copingová strategie v průběhu těhotenství proměňuje.  
Spirituální myšlení převládá na počátku a v polovině těhotenství, případně při výskytu komplikací a  
nepředvídaných situací. S postupem těhotenství se také snižuje využívání strategie vyhýbání (popí-  
rání), vzhledem k tomu, že je čím dál tím složitější svůj stav ignorovat. Příprava a plánování bývá  
přítomno v průběhu celého těhotenství (Hamilton & Lobel, 2008). Rudnickiová a kol. (2001) nachá-  
zejí souvislost mezi nízkou sociální oporou a mírou využití vyhýbavé strategie a zároveň subjektivně  
prožívanou depresivní náladou těhotných žen.

*Odolnost* (resilienci) lze podle Paulíka (2010) vnímat jako „...schopnost nenechat se výrazněji vy-  
vést z míry, rychle po odeznění zátěže obnovit původní stav akceschopnosti i kreativně využít po-  
znatky z již zvládnuté zátěže...“ (Paulík, 2010, s. 102). S resiliencí mohou souviset další faktory (tzv.  
protektivní faktory), jako je například smysl pro humor, dobré vztahy s dalšími lidmi, locus of control  
nebo víra v osobní účinnost (self-efficacy) (Paulík, 2010). Důležitou roli v těhotenství hraje sebehod-  
nocení, ať už ve smyslu hodnocení sebe v kontextu kulturně přijímaných ideálů mateřství (jak bylo  
zmíněno výše), víry v osobní účinnost nebo sebeúcta. Všechny tyto zmíněné faktory mohou zvýšit  
psychickou odolnost ženy během těhotenství, která jí později pomůže při překonávání náročných  
situací (Mihelic et al., 2016; Masopustová et al., 2018, Ratislavová, 2008).

### **Cíl výzkumu**

Náš výzkum měl explorační charakter a kladl si za cíl *zachytit jedinečnou a neopakovatelnou zkuše-  
nost žen, které se ve svém životě rozhodovaly o ukončení těhotenství*. A dále analyticky prozkoumat  
některé psychologické aspekty rozhodnutí o ukončení těhotenství, přiblížit je prostřednictvím vyprá-  
vené zkušenosti několika respondentek. Z uvedených cílů je možné formulovat hlavní výzkumnou  
otázku: *Jaká je zkušenost žen, které se rozhodovaly o ukončení těhotenství? S dílčí podotázkou: Jaké  
byly vnější a vnitřní faktory, které měly vliv na rozhodování?*

## Výzkumný soubor a použité metody

Pro výzkum byl zvolen kvalitativní design, výzkumný soubor tvořily 3 ženy, které v minulosti prošly rozhodováním o přerušení těhotenství, šlo tedy o záměrný (účelový) výběr respondentek (Miovský, 2006, s. 135-136). Data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů (viz příloha), kterému předcházela anamnestický dotazník, týkající se konkrétních aspektů a okolností těhotenství a situace rozhodování o jeho ukončení. Pro analýzu získaných dat byla zvolena metoda interpretativní fenomenologické analýzy (interpretative phenomenological analysis, IPA), jejíž cílem je popsat a analyzovat jedinečnou zkušenost jedince s konkrétním fenoménem (Hendl, 2008, s. 128). Tato metoda umožňuje výzkumníkovi nahlédnout, jaký jedinec dává své zkušenosti smysl a jak jí rozumí (Smith et al., 2009, s. 11). Protože nás zajímá proces rozhodování, nikoliv jeho důsledek, tvoří vzorek dvě ženy, které interrupci podstoupily, a jedna, která se rozhodla v těhotenství pokračovat.

Sociální a demografické charakteristiky respondentek, získané prostřednictvím anamnestického dotazníku, jsou shrnuty v tabulce 1 (viz příloha). Respondentky spojuje kromě zkušenosti s rozhodováním o ukončení těhotenství také střední věk, počet dětí, které každá respondentka vychovává/vychovávala, a skutečnost, že jsou všechny v současné době v dlouhodobém partnerském vztahu.

Vzhledem k citlivosti tématu a s tím spojeným etickým aspektům nebyly do výzkumného souboru vybrány ženy s nedávnou zkušeností s interrupcí. Uvědomujeme si tedy, že významy, které ženy své zkušenosti přikládají, se mění v závislosti na životních okolnostech, a proto je třeba vnímat jejich výpovědi v kontextu jejich životní fáze (Astbury-Ward et al., 2012).

## Analýza

Bylo postupováno podle analytického procesu tak, jak jej uvádí Smith (2009, s. 82-103) nebo Kostínková a Čermák (in Řiháček et al., 2013, 17-22). Analýza byla prováděna pro každý rozhovor zvlášť a zahrnovala:

1. Čtení a opakované čtení
2. Počáteční poznámky a komentáře
3. Rozvíjení vznikajících témat
4. Hledání souvislostí napříč tématy
5. Analýza dalšího případu
6. Hledání vzorců napříč případy

Za pomoci metody IPA bylo identifikováno několik dílčích subtémat (ta jsou uvedena dále pod jednotlivými tématy), která byla posléze pro účely analýzy sdružena do čtyř základních: Výchozí pozice; Emoce vs. racionalita; Nejbližší a Role zdravotníků.

### 1. Výchozí pozice

*Zastřešující téma Výchozí pozice v sobě zahrnuje dílčí témata, kterými jsou: Postoj k těhotenství, Předchozí zkušenost a Představa budoucnosti.*

Těhotenství, o kterém **Tereza** hovoří, bylo její čtvrté. Po předchozích těhotenstvích, která končila spontánními potraty, se respondentka s partnerem rozhodla adoptovat dívku s postižením (kongenitální syfilis). Vlastní těhotenství poté přestali řešit, protože veškerou energii a péči věnovali adoptivní dceři. „*Takže my jsme se jakoby upli na ní. A vlastně jakoby to vlastní těhotenství už jsme ani jakoby neřešili.*“ Když se Tereza dozvěděla, že je těhotná, nemohla tomu uvěřit, byl to pro ni šok. Popisuje velkou radost, ale současně strach z hrozícího spontánního potratu. „... a furt jsem nechtěla si to

připustit. Na jednu stranu tam ve mně furt byla taková jako strašná radost a takový jako štěstí, ale který jsem jako zároveň jakoby potlačovala, protože jsem se bála. Já už jsem se nechtěla jakoby zklamat jo.“

Svou vlastní zkušenost s péčí o dítě s postižením vnímá Tereza spíše negativně. Říká, že poprvé nevěděla, co čekat, a myslela si, že se jí a její rodině dostane pomoci a podpory od institucí. Toto očekávání se však nenaplnilo a nabyla pocitu, že jsou s partnerem na vše sami.

„Já myslím, že mě to vyděsilo. Jako na jednu stranu právě proto, že jsem si uměla představit už, protože když jsme si brali tu I., tak jsem si spoustu věcí představit neuměla. [...] A hlavně teda jsem si myslela, že když už nebudu zvládat, takže náš sociální systém a tak, jako že mi prostě jako pomůžou nějaký instituce. A to pak jako byla další facka jako jo.“ Respondentka si přesto podle svých slov dovedla představit péči o dítě s tělesným nebo mentálním postižením. Nechtěla si však připustit, že by diagnóza byla tak závažná, jak předpovídali lékaři, nebo dokonce fatální. „Tak prostě já jsem si to v sobě tak nastavila, že asi tam jako nějaký problém s tou páteří bude, ale tak jako, že bude na vozejku, nebo prostě tak. Ale ne, jako že prostě to bude nějaký jako fakt jako fatální, nebo prostě jako...“

Pochybnosti o tom, zda bude mít Terezina dcera po narození zdravotní komplikace, posilovala zkušenost respondentky s rodinou, které lékaři předpovídali narození miminka se zdravotním postižením. Dítě se však narodilo zdravé. „Že prostě nemám ty stoprocentní informace a navíc vlastně my jsme měli už zkušenost od kamarádky, který vlastně taky říkali, že prostě nebude mít holka vyvinutej žaludek a já nevím, co všechno a pak prostě nakonec se narodilo úplně v pořádku.“

**S Evou** jsme hovořili o jejím druhém těhotenství, které bylo plánované, a když se o něm s partnerem dozvěděli, měli radost. „Tak měli jsme radost no. Protože jsme jako uvažovali o druhým dítěti a...Byli jsme rádi no.“ Vědoma si svého věku, respondentka pocítovala slabé obavy o zdraví dítěte. Ty však nebyly příliš významné a paní Eva jim nevěnovala větší pozornost. „Jako řekla bych takový nějaký obavy... Jako nebylo mi už dvacet, takže vždycky, vždycky vás napadne, aby bylo mimčo zdravý, ale ne nějak jako, že bych to zásadně řešila.“

Ještě před tím, než se Eva dozvěděla diagnózu dítěte, zajímala se o téma péče o děti s postižením. Ze svého okolí měla zprostředkovanou zkušenost s dítětem, které se narodilo s postižením a zemřelo v předškolním věku, a vnímala souvislost mezi tímto případem a vlastní situací. „A v tu chvíli říkali, že neuměj odhadnout, jak moc velký to postižení bude. A taky se může stát, že bude větší a eee...to dítě by třeba zemřelo dřív, no. Tak to je pro mě jakoby...Taky docela (hořké pousmání) zásadní argument.“ Dále pak na cvičení s dětmi měla možnost pozorovat interakci dívky s Downovým syndromem a její matky s okolím. Obě tyto zkušenosti se promítly do Eviny představy o budoucí péči o dítě s postižením. „A viděla jsem, že fungujou celkem normálně. Samozřejmě, má to nějaký svoje omezení, limity, ale ani jsem neviděla, že by se tam lidi chovali nějak negativně, nebo tak. Takže tady z toho pohledu pro mě to jako celkem přirozený, ale říkám, tam spíš zvítězil ten výhled do toho budoucna.“ Zásadním faktorem pro ni byl věk její i partnera, přičemž vycházela z toho, že za několik let by již nedovedli dítěti poskytnout potřebnou péči. „Takže samozřejmě jsem si i přečetla, co to obnáší mít dítě s Downovým syndromem a je to v podstatě celoživotní péče. A ve chvíli, kdy vám táhne na čtyřicet a víte, že se vám narodí takovýhle miminko a vy třeba nebudete schopni se o to dítě za dvacet let postarat, tak to bylo pro nás zásadní argument. No.“

**Sára** otěhotněla nečekaně, ve svých 17 letech, kdy byla na střední škole. „No hlavně, hlavně to bylo takový jako fakt nečekaný. Vždycky je to nečekaný. Vždycky prostě... A to bylo v době, kdy prostě

*jakoby začaly diskotéky, že jo. “ Bydlela v té době u své matky a nevlastního otce. Jejich socioekonomická situace nebyla příliš dobrá a Sára se tak musela starat o sedmiletého mladšího bratra a celou domácnost. „A já v té době jsem se musela starat vo mladšího bráchu, vo celou domácnost. Protože rodiče dělali na směny, jo. Takže tam prostě to bylo úplně jako, úplně úplně hrozný jako. “ Sama tedy měla zkušenost s péčí o dítě, podle svých slov věděla, co by obnášelo případné vlastní mateřství. „Protože já jsem měla takovou školu, že prostě já bych to zvládla stoprocentně. Protože když se narodil ten mladší brácha a mamča byla jenom půl roku na mateřský. [...] Takže já jsem měla takovou školu života, že já bych to stoprocentně zvládla. “*

## 2. *Emoce vs. racionalita*

Pod téma **Emoce vs. racionalita** obsahuje podtémata **Jistota, Kontrola a Odolnost**.

Když byla **Tereze** sdělena diagnóza rozštěpu páteře, nedokázala si představit, co tato informace obnáší. Na rozhodnutí měla necelé dva týdny, snažila se proto zjistit o prognóze co nejvíce informací. Ze strany lékařů dostatečnou podporu nevnímala. „*Nó, no tak to asi bude jako ležák. A já říkam: Jako jak, asi jako ležák? No, tak jako různě. A já říkam: A je to jako jistý, že má ten rozštěp v páteři, nebo budete dělat nějaký další vyšetření? Nebo jako v jakým rozsahu? Jsou různé varianty? A on říká: No tak teď jsem vám tohle řek a vy máte deset dní na to, abyste si jako rozhodla, že jako přerušíte těhotenství, nebo ne.*“ Respondentku odmítnutí přístupu k dalším informacím ze strany lékaře znejistělo. Nevěděla, zda jde jen o podezření na diagnózu, nebo o jistotu, že bude mít její dcera rozštěp páteře. „*Za prvý jsem tam furt viděla jakoby, že to není stoprocentní, ale spíš jsem si asi v tu chvíli myslela, že to nebude tak hrozný.*“ A navíc si nebyla jistá, co by takové postižení obnášelo a jak by se na něj mohla z praktického hlediska připravit. „*Takže já si spíš myslím, že jsem chtěla jako slyšet ty informace, abych věděla, na co se mám připravit. Jo? Jak moc blbý to bude a jak moc se mám připravit a...a prostě prakticky, jak to prostě dořešit.*“

Terezino přesvědčení o úspěšném dokončení těhotenství, kromě pochybností o jistotě diagnózy, posilovalo i vnímání těhotenství jako milosti nebo daru. Když se miminko narodilo zdravé, bylo to pro ni potvrzení vlastní víry. „*Taková zvláštní milost jakoby nepopsatelná. [...] Jak jsem věděla, že nepotratím, tak jsem to prostě v sobě tak jako měla, jo. Jednak tou vírou, ale i prostě jakoby fakt jako, jak jsem to jako od začátku vnímala jako takovou velikou milost a věděla jsem, že je to moje součást, tak jako...*“

Když **Eva** hovoří o diagnóze svého dítěte, opakuje, že to byla informace zcela jistá, o které nepochybovala. „*Jak to dopadlo, no. Takže...To se potvrdilo, bohužel, což byla stoprocentní jistota...Nebo devadesát devět celých devět.*“ Respondentka si informace aktivně vyhledávala a srovnávala je se svými výsledky krve a ultrazvuku. Když jí předpoklad definitivně potvrdili lékaři prostřednictvím odběru choriových klků, pokládala skutečnost za definitivní.

Rozhodování bylo ztíženo faktem, že sama dítě ve svém těle cítila a věděla o něm. Péči o dítě, byť s postižením si tak dovedla představit. „*Uměla jsem si to představit, ale jak říkam. V podstatě snažila jsem se samozřejmě. Prostě ve chvíli, kdy jste těhotná, tak v podstatě to miminko, už vo něm víte, de fakto. Navíc v té době, já nevím, v tom šesnácym, sedmnácym tejdnu, já už jsem o něm i věděla. Takže jakoby jsem s tím vším samozřejmě...Pro tu ženskou je to v tu chvíli strašlivě těžký.*“ Eva se rozhodla se své pocity nechat pro sebe a snažila se udržet si racionální pohled na situaci. Pro její zvládnutí si potřebovala vytvořit nějaký plán. „*A jak říkam, snažila jsem se udržet v nějakým psychicky dobrým stavu. Tak teď něco proběhne, řekněme něco se tím v uvozovkách vyřeší a...a prostě*

*bude to za mnou jo. Takže já jsem jako si to nějakým způsobem naplánovala, abych to unesla. [...] Takže jsem si to řešila spíš v sobě a nějak jsem si to v tu dobu nějak asi uměla zdůvodnit.“*

V procesu rozhodování byl pro ženy nejsilnějším argumentem výhled do budoucnosti. S partnerem posuzovali argumenty „pro a proti“, ze kterých vyzdvihuje odpovědnost za péči o dítě s postižením. *„V podstatě, když jsme spolu komunikovali, tak jsme řešili jakoby pro a proti.“* *„Že vám bude třeba šedesát, sedmdesát a už se o něj nebudete moct postarat a budete řešit, jestli najdete, řekněme třeba nějaký zařízení, kde může být, nebo ho v podstatě, když to řeknu ošklivě, hodíte na krk jako staršímu bráčkovi, jo.“*

**Sára** mluví o těhotenství nejčastěji jako o náhlém problému, který se musel co nejrychleji vyřešit a dál mu nevěnovat pozornost. Respondentka několikrát zmiňuje, že neměla čas ani prostor o tom dále přemýšlet. *„Protože za prvý jsem neměla ani čas o tom nějak extra přemýšlet jo. Prostě mi řekla matka pudeš tam, hotovo, udělá se to prostě, chodíš do školy. Měla jsem to jako nemoc, že jo, omluvený týden a hotovo, jo.“*

V době rozhodování silně pocívala hrozbu ztráty kontroly nad svým životem, kterou už tak měla omezenou vlivem špatného rodinného zázemí. *„Jó jako věděla, že když to podstoupím, že zase se všechno uklidní, jo. [...] Zase to bude takový jako o mě, jo. Že si budu moct rozhodovat co chci, kdy chci, jak chci. [...] Přece jenom, kdybych se rozhodla si to nechat, což teda jako v té době neexistovalo, tak stejně, pak nemůžeš nic. Jo? Nemůžeš nikam ject, nemůžeš do školy, nemůžeš nic. Musíš se starat, že jo.“* O svém rozhodnutí tak Sára hovoří jako o racionální volbě. Byla si vědoma svého nízkého věku, povinností v domácnosti. *„Tam to bylo spíš racionální rozhodnutí jako jo. Spíš jakoby praktický než emotivní.“* V protikladu k tomuto rozumovému přístupu však připouští, že by mateřství v té době zvládla, pokud by to bylo za jiných podmínek. *„Takhle. Já si myslím, že bych to zvládla. Stoprocentně. Protože já jsem měla takovou školu, že prostě já bych to zvládla stoprocentně. [...] Ale prostě v té situaci prostě to jinak nešlo. Já říkám, já bych to psychicky zvládla, ale v té době to jinak nešlo. Určitě bych to zvládla. Myslim si to. Ale nešlo to.“* Sára několikrát zdůrazňuje vlastní schopnosti a psychickou odolnost, která jí pomohla zkušeností projít bez cizí pomoci. *„Já jsem v tom taková jakoby...I mam to v sobě, že všechno si vyřeším sama. Jsem taková jakoby můžu říct, že jsem psychicky silnější osoba. Takže jsem to nějakým způsobem vstřebala a jelo se dál no.“*

### 3. Nejbližší

Vliv na rozhodování ze strany nejbližšího okolí respondentek, tedy **Partnera** a **Rodiny** je shrnut v tématu **Nejbližší**.

**Terezin** partner hrál v procesu rozhodování velikou roli. Přestože rozhodnutí samo o sobě učinila respondentka, partner pro ni byl oporou a v rozhodnutí jí podpořil. *„Jako určitě v tom rozhoduje jakoby líp, jako že... pro mě to bylo jakoby snazší ta volba. Kdyby jako za mnou nestál, tak bych prostě si jí nechala jo, ale samozřejmě tohle to pro mě bylo i strašná jako výhoda a strašná podpora a jako jednodušší rozhodnutí, že jsem věděla, že na to sama nebudu, jo. Takže tu sílu mi to jakoby dodávalo.“* Několikrát opakuje, že partner ani na okamžik nezapochyboval o tom, zda si dceru nechají. *„Prostě to bylo pro nás pro voba tak silný, že už jsem prostě došla v tom těhotenství tak daleko, že prostě jako...Ani von vo tom jako neuvažoval.“*

Stejně jako u prvního těhotenství si **Eva** nechala těhotenství s manželem pro sebe a rodině se nesvěřili. Manžel hrál při rozhodování velmi důležitou roli. Jak respondentka říká, na rozhodnutí se podíleli oba stejnou měrou. *„Emm, no jako, asi bych řekla, že to bylo v podstatě půl na půl. Že jsme se v*



podstatě na tom shodli. *Že jsme měli ve výsledku, ve výsledku stejný argumenty no. To co jako převážilo a ty důvody no.* “ Od manžela očekávala racionální pohled i to, že bude pro ukončení těhotenství. „*No, spíš jsem teda čekala, proto že, že bude pro to ukončení.*“ Na stejnou stranu se přikláníla i sama Eva, i když její pohled byl méně vyhraněný a do rozhodování vstupovaly i jiné faktory než představa budoucnosti. Přístup svého muže vnímá respondentka jako ulehčující jejímu rozhodnutí. „*Eh, no, já jsem do toho šla s tím, že je to jako votevřený. Byla jsem samozřejmě přikloněná na jednu stranu, ale jako no. V podstatě jsme se shodli. Takže, takže to rozhodování bylo jako v tomhle ohledu asi jako jednodušší.*“

**Sáře** se v nastalé situaci nedostalo ze strany rodiny žádné podpory. Její matka považovala situaci za zatěžující. Tato reakce Sáru nepřekvapila. „*Spíš jsem byla braná jako taková pracovní síla a ne jako dcera.*“ To, že ji matka nepodpořila, ji však mrzelo, cítila se „*hrozená přes palubu*“. „*To mě spíš mrzelo možná víc. Jo, že to bylo takový... Neosobní. Takový, já nevím, jak to říct jako. Asi bych... Asi bych očekávala jako větší podporu od tý mámy, ale v tý době to tak prostě bylo.*“ „*Určitě bych jí nehodila přes palubu, že jo. Tak jak se to stalo mně jakoby.*“

#### 4. Role zdravotníků

O lékařích, kteří jí sdělili diagnózu dítěte, **Tereza** hovoří spíše negativně. Neposkytli jí dostatek informací a ani jí na žádnou jinou pomoc neodkázali. Doktor její situaci bagatelizoval a snižoval v jejích očích hodnotu života nenarozeného dítěte. Když se paní Tereza v nemocnici svěřila se svou vírou, nerespektovali ji. „*Když se mám rozhodnout prostě pro to, že to dítě zabiju. No a on říká: Nó, to nemusíte takhle jako prožívat, to prostě není prostě jakoby že byste ho zabila, nebo to... A já říkám, že prostě je. Je to prostě moje součást, je to prostě živej tvor a prostě... Navíc jako já jsem prostě věřící člověk a já prostě jsem jako vděčná za tenhle dar. A teď, teď jsem viděla tu změnu, v momentě, když jsem řekla, že jsem věřící, tak jako říká: Aha. A tím to prostě pro něj skončilo. Odmítal se prostě se mnou o tom bavit*“

**Eva** naopak přístup lékařů, kteří jí poskytli veškeré informace a vysvětlili jí další možný postup, hodnotí velmi kladně. Byla jí také nabídnuta možnost, že další vyšetření potřebné pro potvrzení podezření na diagnózu Downova syndromu nemusí podstupovat. Tu ale respondentka rozhodně odmítla. Představu, že se dítě narodí a budou řešit až vzniklou situaci, považovala za nepřijatelnou. „*Já jsem jako chtěla vědět, jak na tom jsme. Samozřejmě mohli jsme říct, že... Že je nám to jedno, že tu informaci nechcem a že se miminko narodí a uvidíme, jak to bude, ale do toho jsme upřímně jít nechtěli no.*“

**Sára** hodnotí ve svém vyprávění roli lékařů také velmi pozitivně. Vše jí předem vysvětlili a uklidnili jí. Staví jejich přístup do protikladu s přístupem své matky. „*Takže všechno mi vysvětlili, povídali si se mnou vo tom. Jako hodně mě uklidňovali. Myslím, že jako ty doktoři věděli moc dobře, co ty holky jakoby prožívaj jo. Není to jakoby takový jako přideš domů, dostaneš facku, jo. To ne. (smích) Jako vysvětlili mi to hodně.*“ Dokonce říká, že právě lékaři pomohli tomu, že potrat dnes nevnímá jako traumatizující zážitek. „*Vůbec to nebyl pro mě žádný traumatizující zážitek, jo. Tím hlavně i tím, že jako všechno mi bylo vysvětlený.*“ Zdravotnický personál také nijak nezasahoval do procesu rozhodování. Podle respondentky to byl správný postup a důležitější pro ni byla podpora před samotným zákrokem. „*Oni tě jakoby podpořej. [...] Ale myslím si, že oni se do takových věcí nepouštěj. Že by tě kritizovali, nebo lámali, nebo přemlouvali, to ne. To vůbec jako ne. Tam prostě jdeš už jako... Vysvětlej ti všechno, že jo, uklidněj tě, a to si myslím, že je důležitý.*“

## Diskuse

Cílem této studie bylo zmapovat psychologické faktory, které měly vliv na rozhodování o ukončení těhotenství u tří respondentek – Terezy, Evy a Sáry. Metodou IPA byly analyzovány polostrukturované rozhovory, čímž bylo identifikováno šest základních témat, které lze považovat za hlavní faktory procesu rozhodování o ukončení těhotenství u našich respondentek.

Prvním tématem vystupujícím z rozhovorů, je různá **výchozí pozice**, se kterou ženy do procesu rozhodování vstupují. Postoj k samotnému těhotenství mohou ženy alespoň z počátku zaujímat v závislosti na tom, zda bylo chtěné nebo plánované. V případě, kdy je těhotenství plánované a chtěné, jako v případě Terezy a Evy, bývá rozhodování o ukončení těhotenství velmi obtížné, protože si žena začíná tvořit představy o dítěti a těší se na budoucnost s ním (Masopustová et al., 2018). Při nechtěném těhotenství, které prožívala Sára, bývá žena často také vystavena silnému stresu (Ratislavová, 2008), ale vstupují sem další faktory, které mohou negativně ovlivnit matku a plod. Ratislavová (2008) akcentuje také těžkou socioekonomickou situaci ženy, v jejímž důsledku se může objevit odmítavý postoj k dítěti, nebo depresivní nálada. Významný je pak podle ní věk matky pod 20 let, což Sára v době těhotenství splňovala. Při rozhodování matky tak mohou převážít vnější faktory.

Respondentky dále přikládají význam při rozhodování své **zkušenosti, která nastalé situaci předcházela a představě o budoucnosti**, což je druhé identifikované téma. V případě Terezy a Evy byla významná zkušenost s dětmi s postižením a předchozími těhotenstvími. Tereza si prošla několika spontánními potraty, a proto se z počátku obávala další ztráty a zklamání. Tyto obavy a ambivalentní pocity nejsou v počáteční fázi těhotenství výjimečné (Špaňhelová, 2015). Již před otěhotněním pečovala Tereza o adoptivní dceru s postižením. Ze svého okolí pak znala rodinu, které se po nepříznivé prognóze narodilo zdravé dítě. Eva měla zkušenost pouze zprostředkovanou (jejím známým se narodilo dítě s postižením, které v předškolním věku zemřelo). Tato odlišnost ve zkušenosti mohla hrát roli v pohledu na budoucnost s potomkem s postižením. Kvalita kontaktu s lidmi s postižením má, podle Lawsonové (2006), vliv na rozhodnutí o ukončení těhotenství s dítětem se závažnou diagnózou. Sářina zkušenost byla odlišná, zahrnovala péči o mladšího sourozence a z toho plynoucí představu o vlastním mateřství. Jak je ale patrné z jejích slov, její rozhodnutí o ukončení těhotenství nestálo na zkušenosti či představách o mateřství, ale bylo významně prosazováno její matkou.

Jako důležité uvádí ženy informace nezbytné pro pocit **jistoty a kontroly nad situací**. Může se projevovat potřebou získat zpět ztracenou kontrolu nad svým stavem nebo životem (Lalor et al., 2008). Respondentky, jimž bylo sděleno možné postižení plodu, také akcentují potřebu jistoty ohledně diagnózy dítěte, aby měly možnost lépe zvážit své možnosti a naplánovat další kroky. Nejistota v Terezině případě znemožňuje praktické přípravy na příchod potomka. V Evině vyprávění přináší risk v podobě narození dítěte s postižením. Bellová a Stonemanová (2000) tvrdí, že zhruba 78 % žen, které se rozhodly pro ukončení těhotenství na základě diagnózy Downova syndromu, považovaly nejistotu ohledně následků diagnózy za příliš velkou. I zde je Sářina situace poněkud odlišná, i když můžeme konstatovat, že zvolila interrupci pro znovuzískání kontroly nad svým životem s možností dokončení studia. Podle Allansonové a Astburyové (1995) se praktické a pragmatické důvody mohou často stát základem rozhodování o ukončení těhotenství. Kumarová a kol. (2004) mezi důvody řadí právě i závazek k dokončení vzdělání.

Významnou úlohu hrají lékaři. **Zkušenost se zdravotníky**, jakožto čtvrté téma, byla respondentkami hodnocena jako vnímaná ochota poskytnutí informací o zdravotním stavu ženy nebo dítěte. V případě Terezy to byla zkušenost negativní, vzhledem k opakovanému odepření informací a přezíravému přístupu. Kladně se ženy o lékařích naopak vyjadřovaly, pokud byli podporující, ale do rozhodování

aktivně nevstupovali, jako tomu bylo v Sárině případě. Tato zjištění korespondují se závěry výzkumu, který vedla Usha Kumarová (2004), tedy že role zdravotníků spočívá především v podpoření rozhodnutí a poskytnutí potřebných informací. Naopak aktivní zapojení do rozhodování je nežádoucí i vzhledem k tomu, že se ženy často obrací na lékaře až v momentě, kdy je rozhodnutí učiněno.

Pátým identifikovaným tématem je **role partnera a nejbližšího okolí**. Terezin i Evin partner hrál v době rozhodování velmi významnou roli. Byl pro ženu oporou a rozhodnutí tím bylo (podle nich) o něco snazší. Tyto závěry o důležitosti podpory ze strany partnera uvádí více výzkumů (Abboud & Liamputtong, 2005; Cecil, 1994). Partner bývá tou osobou, které se ženy primárně svěřují. Rodině a širšímu okolí se naopak respondentky svěřovaly jen minimálně. Může zde jít o obavu z nevhodné reakce, které se mohou v některých případech různí členové sociální sítě dopouštět (Revenson et al., 1991). Důvodem také může být obecně nižší potřeba podpory (Kumar et al., 2004) nebo vyšší osobnostní rys odolnosti vůči zátěži. Sára například hovoří o své schopnosti vypořádat se se situací bez vnější pomoci partnera. V Terezině případě naopak nemusí hrát roli nižší potřeba podpory, ale spíše její absence. Pomoc vnímala nedostatečnou ze strany sociálního i zdravotnického systému. Přitom podle Robertsové (2002) a kol. nebo Lawsonové (2006) sociální podpora může zásadně ovlivnit výsledek rozhodování o ukončení těhotenství.

U všech respondentek je v rozhovoru patrný konflikt mezi **racionálními důvody a emocionální složkou rozhodování**, který je také naším posledním tématem. Podle Korenrompové a kol. (2007) je právě takový druh rozporu v rámci rozhodování o ukončení těhotenství běžný. Racionální důvody se často týkaly budoucnosti, finančního zabezpečení, náročnosti péče a dopadu na ostatní členy rodiny. Sára mluví o těhotenství jako o problému, který bylo potřeba vyřešit. Emocionální aspekty naopak směřovaly k dítěti, péči o něj a roli matky. Eva a Tereza se již v době těhotenství nějakým způsobem vztahovaly k plodu jako dítěti. Eva hovoří o přítomnosti pohybů plodu v děloze. Tereza s dítětem dokonce komunikovala prostřednictvím živých představ. Rodiče, kteří se dozvěděli závažnou diagnózu dítěte, mohou mít tendenci plod personalizovat, prostřednictvím přiřazování specifických vlastností, nebo vzhledu. Tyto faktory mohou posilovat vazbu mezi matkou a plodem a spolu s tím činit rozhodování o ukončení těhotenství náročnější (Lindgren, 2001; Alhusen, 2008; Salisbury et al., 2003; Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2016).

Jak je patrné výše, byla zkušenost žen s rozhodování o ukončení těhotenství jedinečná a individuální, ačkoli jsme se snažili ukázat faktory spojené s rozhodováním o ukončení těhotenství, které se objevily u všech třech žen. Naše výsledky podporují závěry výzkumů akcentujících, že významným faktorem v procesu rozhodování je to, zda se jedná o těhotenství chtěné či nechtěné (Allanson & Astbury, 1995), zda má žena dostatečné socioekonomické zázemí a podporu ze strany nejbližšího okolí (Abboud & Liamputtong, 2005; Lawson, 2005; Roberts, 2002). V našem vzorku pak významným faktorem bylo i možné postižení plodu a předchozí zkušenost s dítětem s postižením. Průběh rozhodování můžeme na základě zkušenosti našich respondentek charakterizovat jako konflikt mezi racionálními důvody a emocionální složkou. Průběh tohoto procesu pak souvisel s přístupem a informacemi od zdravotníků, což je v literatuře také reflektováno (Kumar a kol., 2004). Do praxe by tato zjištění mohla přinést požadavek na zvýšenou citlivost lékařů a zdravotnického personálu na individuální potřeby ženy.

## Limity výzkumu

Vzhledem k velikosti vzorku není možné závěry výzkumu zobecnit na celou populaci. Mezi limity patří i složení vzorku, respondentky nebyly vybrány pravděpodobnostní metodou, proto je možné, že má vzorek určité specifické charakteristiky (například ochotu sdílet svou zkušenost s dalším člověkem). Vzhledem ke zvolené metodě analýzy dat IPA vnímáme jako významné omezení nízkou homogenitu vzorku. Respondentky se o ukončení těhotenství rozhodovaly v různém věku a v rozdílných socioekonomických podmínkách. O interrupci uvažovaly z různých důvodů, což jistě mělo vliv na průběh rozhodování o ukončení těhotenství i jeho závěry. Roli mohl hrát také faktor časového odstupu, se kterým ženy vzpomínaly na svou zkušenost, považovali jsme to však za důležité s ohledem na etiku výzkumu. I přes uvedené limity se domníváme, že i tak bylo možné popsat jedinečnou zkušenost našich respondentek a přiblížit aspekty, se kterými se ženy v dané situaci vyrovnávají.

## Závěr

Cílem výzkumné studie bylo popsat zkušenost žen s rozhodováním o přerušení těhotenství a abstrahovat faktory, které pro ně byly v průběhu tohoto procesu důležité. Na základě našich výsledků můžeme konstatovat, že významná pro ženy byla životní zkušenost a představa o budoucnosti, což jim pomáhalo zhodnotit možnosti dopadů pro život svůj a své rodiny. Dále uvedly, že potřebovaly dostatek informací, aby v průběhu rozhodování získaly pocit jistoty a kontroly nad situací. Zde vstupovala významně role zdravotníků, kteří svým přístupem tento proces buď facilitovali nebo negativně ovlivňovali. Je třeba zdůraznit, že naše respondentky kladně hodnotily především podporující přístup a jasné, přesné informace. V neposlední řadě pak je důležitá i role nejbližšího okolí jako emocionální základny pro své rozhodnutí. Právě konflikt mezi emocionální a racionální složkou rozhodování provázal všechny respondentky a výše zmíněné faktory jim pomáhaly v jeho řešení.

Výstupy naší studie ukazují, že v průběhu zvažování přerušení těhotenství je klíčová role lékařů a zdravotníků. Ti by měli ženě předat pravdivé a jasné informace, vysvětlit možný vývoj situace a podpořit ji v procesu rozhodování. Dostatek informací byl důležitý pro všechny respondentky, podle hlavního důvodu možnosti přerušení těhotenství se liší obsah informací. V případě rozhodování o přerušení těhotenství z důvodů možného postižení dítěte jde o informace týkající se dopadů na život dítěte, o prognózu dalšího možného vývoje. V případě socioekonomických důvodů jde o zdravotní dopady na ženu, vysvětlení dalšího postupu. V obou případech byl kladně hodnocen provázející, podporující přístup zdravotníků. Tato zjištění lze považovat za základní doporučení pro zdravotníky, i když by samozřejmě bylo vhodné ve výzkumu dále pokračovat na větším vzorku žen, kde by bylo možné sledovat například rozdíly právě na základě motivů k přerušení těhotenství, nebo faktory, které vedly skutečně k přerušení oproti rozhodnutí v těhotenství pokračovat. Domníváme se, že je nezbytné v empirickém výzkumu otevírat témata zpracovávající náročné životní situace, při nichž potřebuje jedinec podporu rodiny i společnosti, proto doufáme, že naše studie bude inspirací i pro další odborníky.

## Literatura

Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 3–18. <https://doi.org/10.1080/02646830512331330974>

- Adair, L. E., & Lozano, N. M. (2022). Adaptive Choice: Psychological perspectives on abortion and reproductive freedom. *Women's Reproductive Health*, 9(1), 1–26.  
<https://doi.org/10.1080/23293691.2021.1999624>
- Alhusen, J. L. (2008). A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(3), 315–328. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x>
- Allanson, S., & Astbury, J. (1995). The Abortion Decision: Reasons and Ambivalence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16(3), 123–136.  
<https://doi.org/10.3109/01674829509024461>
- Astbury-Ward, E., Parry, O., & Carnwell, R. (2012). Stigma, Abortion, and Disclosure—Findings from a Qualitative Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(12), 3137–3147.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02604.x>
- Bell, M., & Stoneman, Z. (2000). Reactions to prenatal testing: Reflection of religiosity and attitudes toward abortion and people with disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 105(1), 1. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2000\)105](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2000)105)
- Cecil, R. (1994). “I wouldn't have minded a wee one running about”: Miscarriage and the family. *Social Science & Medicine*, 38(10), 1415–1422. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90279-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90279-8)
- Côté-Arsenault, D., & Denney-Koelsch, E. M. (2016). “Have no regrets:” Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fetal diagnosis. *Social Science & Medicine*, 154, 100–109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.033>
- Hamilton, J. G., & Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(2), 97–104.  
<https://doi.org/10.1080/01674820701690624>
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (2., aktualiz. vyd). Portál.
- Choi, H., Van Riper, M., & Thoyre, S. M. (2012). Decision making following a prenatal diagnosis of Down syndrome: An integrative review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(2), 156–164. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00109.x>
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., Van Den Bout, J., Mulder, E. J. H., & Visser, G. H. A. (2007). Maternal decision to terminate pregnancy in case of Down syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196(2), 149.e1–149.e11.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.09.013>
- Kumar, U. A., Baraitser, P., Morton, S., & Massil, H. (2004). Decision making and referral prior to abortion: A qualitative study of women's experiences. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 30(1), 51–54. <https://doi.org/10.1783/147118904322702009>
- Lalor, J., Begley, C., & Galavan, E. (2008). A grounded theory study of information preference and coping styles following antenatal diagnosis of foetal abnormality. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 185–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04778.x>
- Lawson, K. L. (2006). Expectations of the parenting experience and willingness to consider selective termination for Down Syndrome. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(1), 43–59. <https://doi.org/10.1080/02646830500475351>
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24(3), 203–217.  
<https://doi.org/10.1002/nur.1023>
- Lokubal, P., Corcuera, I., Balil, J. M., Frischer, S. R., Kayemba, C. N., Kurinczuk, J. J., Opondo, C., & Nair, M. (2022). Abortion decision-making process trajectories and determinants in low- and middle-income countries: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 54, 101694. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101694>

- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *The American Psychologist*, 64(9), 863–890. <https://doi.org/10.1037/a0017497>
- Masopustová, Z., Daňsová, P., & Lacinová, L. (2018). *Jak to mají mámy: psychologický výzkum mateřství*. Masarykova univerzita.
- Mihelic, M., Filus, A., & Morawaska, A. (2016). Correlates of prenatal parenting expectations in new mothers: Is better self-efficacy a potential target for preventing postnatal adjustment difficulties? *Prevention Science*, 17(8), 949–959. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0682-z>
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45(4), 333–343. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1972.tb02216.x>
- Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Reklamní atelier Area.
- Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science & Medicine* (1982), 33(7), 807–813. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90385-p](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90385-p)
- Roberts, C. D., Stough, L. M., & Parrish, L. H. (2002). The role of genetic counseling in the elective termination of pregnancies involving fetuses with disabilities. *Journal of Special Education*, 36(1), 48–55. <https://doi.org/10.1177/00224669020360010501>
- Robinson, G., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A., & Occhiogrosso, M. (2009). Is There an “Abortion Trauma Syndrome”? Critiquing the Evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(4), 268–290. <https://doi.org/10.1080/10673220903149119>
- Rudnicki, S. R., Graham, J. R., Habboushe, D. F., & Ross, R. D. (2001). Social support and avoidant coping: Correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. *Women & Health*, 34(3), 19–34. [https://doi.org/10.1300/j013v34n03\\_02](https://doi.org/10.1300/j013v34n03_02)
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- Salisbury, A. (2003). Maternal-Fetal Attachment. *JAMA*, 289(13), 1701. <https://doi.org/10.1001/jama.289.13.1701>
- Skutilová, V. (2013). *Psychologické aspekty a compliance diagnostických metod v těhotenství*. [Disertační práce]. Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta.
- Smith, J. D., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method and research. *QMiP Bulletin*, 1(10), 44–46. <https://doi.org/10.53841/bpsqmip.2010.1.10.44>
- Speckhard, A., & Rue, V. M. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95–119. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x>
- Stotland, N. L. (1992). The Myth of the Abortion Trauma Syndrome. *JAMA*, 268(15), 2078. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490150130038>
- Špaňhelová, I. (2015). *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Portál.
- Špatenková, N. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Grada.
- ÚZIS. (2022). *Potraty 2020: zdravotnická statistika*. <https://www.uzis.cz/res/f/008377/potraty2020.pdf>
- Vágnerová, M., Strnadová, I., & Krejčová, L. (2009). *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Karolinum.
- Vodáčková, D. (2020). *Krizová intervence* (4., aktualizované vydání). Portál.

- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.
- Williams, D. (1982). Religion, beliefs about human life, and the abortion decision. *Review of Religious Research*, 24(1), 40. <https://doi.org/10.2307/3510981>
- Zaręba, K., La Rosa, V. L., Ciebiera, M., Makara-Studzińska, M., Commodari, E., & Gierus, J. (2020). Psychological effects of abortion. An updated narrative review. *Eastern Journal of Medicine*, 25(3), 477–483. <https://doi.org/10.5505/ejm.2020.82246>

## Přílohy

**Tabulka 1.** Sociodemografické údaje.

Otázka	Tereza	Eva	Sára
Jaký je Váš současný věk?	45-49 let	45-49 let	45-49 let
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	VŠ vzdělání	VŠ vzdělání	vyučení
Jaký je Váš status?	jsem studentka, pracuji	jsem na mateřské dovolené	pracuji
Jaký je Váš rodinný stav?	v dlouhodobém partnerském vztahu	v dlouhodobém partnerském vztahu	v dlouhodobém partnerském vztahu
Jaký byl Váš rodinný stav v době rozhodování?	v dlouhodobém partnerském vztahu	v dlouhodobém partnerském vztahu	bez partnera
Kolik máte vlastních dětí?	1	2	2
Kolik vychováváte / jste vychovávala dětí?	2	2	2

## Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor

1. Těhotenství a průběh
  - Jaké to pro vás bylo, když jste se dozvěděla, že jste těhotná?
  - Jak jste prožívala své těhotenství před tím, než jste začala uvažovat o jeho ukončení?
  - V dotazníku jste mi sdělila, že jste o ukončení těhotenství přemýšlela od *(časový údaj)*, vzpomenete si, co vás k té myšlence přivedlo?
  - Jak se vaše uvažování o těhotenství od té chvíle změnilo?
2. Proces rozhodování
  - jak dlouho jste se rozhodovala?
  - jaké byly v tom období převažující myšlenky?
  - Co si myslíte, že vás nejsilněji ovlivňovalo?
  - Jaké vnitřní konflikty jste vnímala?
  - Co si myslíte, že vás nakonec v rozhodnutí utvrdilo/ přesvědčilo? Co bylo tím impulsem?
3. Informace
  - Myslíte, že jste měla všechny informace, které jste pro učinění rozhodnutí potřebovala?
  - Kde jste informace hledala?
4. Vztahy a podpora okolí
  - Měla jste o tom s kým mluvit?
  - Kdo vás v té době nejvíce podpořil?
  - Komu jste sdělila, že uvažujete o ukončení těhotenství?
    - a. Partner
      - Jak se k situaci postavil partner?
    - b. Rodina
      - Jak reagovala vaši rodina?
    - c. Okolí
      - Měla jste kolem sebe kamarádky, kolegyně, další ženy, které ukončili těhotenství?
    - d. Lékaři a odborníci
      - Konzultovala jste ukončení ihned s lékařem? Jaký byl jeho postoj?
      - Rozhodla jste se v té době vyhledat odbornou pomoc? (Psycholog, krizová intervence, poradenství)
5. Ohlédnutí
  - Co myslíte, že byste v té době potřebovala, aby to pro vás bylo snazší?
  - Jak jste se s celou situací vyrovnávala?
  - Jak se na celou situaci díváte dnes?



## Údaje o autorkách

**PhDr. Hana Sotáková, Ph.D.** působí na Katedře psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Odborné zaměření: vývojová psychologie, variabilita psychického vývoje, pedagogická psychologie. **Korespondenční autorka.**

### Kontaktní údaje

Adresa: Pedagogická fakulta UK, Katedra psychologie, M. Rettigové 4, 116 39 Praha 1

E-mail: hana.sotakova@pedf.cuni.cz

<https://orcid.org/0000-0002-4574-2257>

**Bc. Klára Podrápská** je studentkou na Katedře psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy.

### Kontaktní údaje

Adresa: Pedagogická fakulta UK, Katedra psychologie, M. Rettigové 4, 116 39 Praha 1

E-mail: klara.podrapaska@seznam.cz

---

Sotáková, H., & Podrápská, K. (2023). Psychologické aspekty rozhodnutí o ukončení těhotenství. *E-psychologie*, 17(4), 1-17. <https://doi.org/10.29364/epsy.485>