

Edukace žen s duševním onemocněním v oblasti sexuality a mateřství

Bc. Eliška Gabrielová

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Eliška Gabrielová**
Osobní číslo: **H160259**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Edukace žen s duševním onemocněním v oblasti sexuality a mateřství**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sexuality, mateřství a duševního onemocnění.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního průzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

GOLDBLOOM, David S. Psychiatric clinical skills. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2006. ISBN 0-323-03123-4.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Lucia Elsner, PhD.

Ústav zdravotnických věd


Datum zadání diplomové práce:

1. prosince 2017

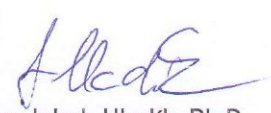
Termín odevzdání diplomové práce:

20. dubna 2018

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

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 užit 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 6.3.2018

Galveilová

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 nevýdělečně 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). Odpírá-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

Cílem práce je zjistit, jak a kým byly ženy s duševním onemocněním edukovány o sexualitě a mateřství. Teoretická část se zabývá objasnění pojmů sexualita a mateřství, sexuální výchova, edukace v oblasti sexuality lidí s duševním onemocněním a systémem péče o tyto lidi. Práce také popisuje sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Praktická část definuje výzkumný problém, na který se snažíme hledat odpovědi prostřednictvím kvalitativního výzkumu, a to technikou polostrukturovaného rozhovoru. V závěru práce jsou představeny výsledky výzkumu.

Klíčová slova: sexualita, mateřství, sexuální výchova, ženy s duševním onemocněním, péče o duševně nemocné

ABSTRACT

The aim of this thesis is to find out how and when women with mental illness were educated about sexuality and maternity. The theoretical part contents the clarification of the terms sexuality and motherhood, sexual education, education in the area of sexuality of people with mental illness and care system for these people. This thesis describes social work with people with mental illness. The practical part of this thesis defines a research problem, which we are trying to find answers through qualitative research and by technique of semi-structured interview. The results of this research are presented at the end of the thesis.

Keywords: sexuality, maternity, sexual education, women with mental illness, mental health care

„Hodnotu a důležitost zdraví objevíme, až když onemocníme.“

Dušan Radovič

Děkuji paní PhDr. Lucii Elsner, PhD. za vedení diplomové práce, její cenné rady a trpělivost. Dále bych poděkovala všem ženám za čas a ochotu při realizaci výzkumného šetření a také své rodině, svým kolegům a přátelům za podporu při studiu a při psaní závěrečné práce.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.1 ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY	13
1.2 DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK	14
1.3 SCHIZOFRENIE, SCHIZOFRENNÍ PORUCHY, PORUCHY S BLUDY	15
1.4 AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY)	17
1.5 NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORMNÍ PORUCHY	18
1.6 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ DOSPĚLÝCH	20
2 SEXUALITA A MATEŘSTVÍ.....	22
2.1 SEXUALITA	22
2.1.1 Sexuální chování	23
2.1.2 Sexuální identifikace	24
2.1.3 Sexuální orientace	24
2.1.4 Sexuální emoce.....	25
2.2 HISTORIE A VÝVOJ SEXUALITY	25
2.3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA	26
2.4 MATEŘSTVÍ.....	28
2.5 EDUKACE V OBLASTI SEXUALITY U LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	29
3 SYSTÉM PÉČE O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	31
3.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	31
3.2 ORGANIZACE PÉČE O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	33
3.2.1 Ambulantní péče.....	34
3.2.2 Ústavní péče	34
3.2.3 Komunitní péče	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 VÝZKUMNÁ ČÁST	41
4.1 CÍL VÝZKUMU	41
4.2 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	41
4.3 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	41
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	42
4.5 PRŮBĚH VÝZKUMU	43
4.6 KAZUISTIKY	45
Paní Anežka	45
Slečna Božena.....	47
Paní Cecílie	49
Paní Dagmar	50
Paní Emílie.....	51
Paní Filoména	53
Paní Gita	54

Paní Hedvika.....	56
Paní Charlota.....	58
Paní Izabela.....	60
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	62
6 SHRnutí VÝZKUMNÉ ČÁSTI A DISKUZE.....	68
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	70
ZÁVĚR.....	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	76
SEZNAM TABULEK	77
SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Sexualita je velmi osobní a individuální součástí každého z nás. Díky vlivu kultury, náboženství, výchovy a v neposlední řadě vlastní zkušeností, ji vnímáme rozdílně. Jestliže žena začne uvažovat nad založením rodiny a nad výchovou dětí, je potřeba si uvědomit, kolik to stojí sil a námahy. Při rozhodování, jestli se žena stane matkou, musí přemýšlet nad různými aspekty, jako je riziko genetického přenosu nemoci, případné skloubení mateřství a svého zdravotního stavu, protože symptomy a oslabené psychické funkce bývají bariérou v každodenním fungování.

Domníváme se, že stále ve společnosti existuje názor, že každá žena se má stát matkou, mít rodinu a pečovat o domácnost. V případě, že žena trpí duševní nemocí, stojí toto rozhodnutí ještě více energie, protože každá nemoc, kterou prožíváme, se nějakým způsobem dotýká kvality našeho života, ale i života našich blízkých a přátel. Jsou nemoci, které se jednoduše rozeznají dle prvotních příznaků a po užití medikace rychle ustoupí. Bohužel existují i nemoci, které se dají pouze léčbou stabilizovat. Do této skupiny bychom mohli zařadit pacienty, respektive pacientky s psychiatrickou diagnózou. Onemocnění zasahuje z velké části do všech oblastí života jedince, např. sociální, pracovní, mezilidské, sexuální, rodičovské atp.

Proto jsme se zaměřili v diplomové práci na téma edukace žen s duševním onemocněním v oblasti sexuality a mateřství. Toto téma jsme si vybrali proto, že se ve své praxi každodenně setkáváme s ženami, které jsou často osamělé, bez partnera, bez dětí a rodiny a jejich potřeba lásky, sounáležitosti a vřelého domova jsou nenaplněny.

V teoretické části se věnujeme lidské sexualitě a mateřství. V první kapitole se zabýváme dělením duševních onemocnění a bližším popisem příznaků nemocí. Ve druhé kapitole popisujeme sexuální chování, identifikaci, orientaci a emoce. Také charakterizujeme sexuální výchovu, mateřství a edukaci v oblasti sexuality lidí s duševním onemocněním. V poslední kapitole se věnujeme systému péče o nemocné, sociální práci s člověkem, který trpí duševní nemocí a organizací péče o duševně nemocné.

Cílem empirické části je zjistit, zda a jak ženy s duševním onemocněním byly v oblasti sexuality a potencionálního mateřství edukovány, zda jsou jejich potřeby specifické a jestli existují překážky v realizaci sexuality. Především se zaměříme na oblasti dospívání, rodičovství a sexuality s ohledem na duševní onemocnění. Cílem práce je pomocí kazuistik zjistit, jak a kým byly ženy s duševním onemocněním edukovány o sexualitě a mateřství.

Výsledky výzkumu mohou posloužit jako edukační materiál pro sociální pracovníky, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

V této kapitole se bude jednat spíše o krátký nástin jednotlivých skupin duševních nemocí. Naším cílem nebylo dopodrobna popsat jednotlivé poruchy, protože od toho jsou jiné, odbornější publikace.

Osoby s duševní nemocí vykazují různé deficity, konflikty, omezení a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování. Tyto problémy mohou být způsobeny nevhodným, nepodnětným prostředím, ve kterém se jedinec vyvíjí nebo zde může hrát roli genetický faktor (Matoušek, 2013, s. 400).

Dle Matouška (2013, s. 400) je duševní (psychická) nemoc „*nemoc, která zasahuje psychiku člověka, psychické procesy – jeho vnímání, myšlení, emoce, motivaci, vůli, a nejen psychiku a psychické procesy, ale také vnímání vlastního těla, sociální fungování a duchovní rozměr člověka (což není pouze víra, jak se často uvádí, ale též hodnoty, priority, smysl života.*“

I mezi lidmi s duševním onemocněním najdeme jedince, kteří vedou poměrně uspokojivý soukromý život. Ačkoli s přestávkami pracují, jsou existenčně nezávislí na zdravotnických institucích, dostává se jim pomoci v rodině, jsou schopni zabezpečit si odpovídající zdravotní a jinou péči a využít ji ve svůj prospěch. Na druhé straně spektra nacházíme skupinu pacientů, kteří jsou duševní nemocí tak výrazně oslabeni, že nejsou schopni zajistit si vlastními silami přiměřenou zdravotní péči a vyhovující kvalitu života (Foitová, s. 213 In Pěč a kol., 2009).

1.1 Organické duševní poruchy

Organické duševní poruchy tvoří skupinu duševních poruch, u kterých známe příčinu, mezi které řadíme nemoc, úraz nebo kterékoliv poškození mozku, což vede k přechodnému nebo stálému narušení funkce mozku. Společným znakem je i narušení kognitivních (poznávacích) funkcí. Tyto funkce mohou být narušeny i u jiných duševních poruch, to potom hovoříme o kognitivní dysfunkci, ale v této kategorii se jedná o základní příznak (Češková, s. 139 In Svoboda a kol., 2006).

Nejčastějším typem organické duševní poruchy je **demence**, u které je v popředí časná a výrazná porucha paměti s postupným poklesem dalších kognitivních funkcí, postižení emocí s následným dopadem na chování nemocného. Je to jedna z nejčastějších a nejzávažnějších psychických poruch, které se vyskytují ve stáří. Abychom mohli mluvit o de-

menci, musí příznaky trvat minimálně šest měsíců a postupně dochází k trvalé změně osobnosti nemocného, kdy může docházet k poruše paměti, mění se jeho nálady, může být paranoidní a vytvářet si bludné představy. Dále sem můžeme řadit nespecifické organické mozkové syndromy, jako je anamnestický syndrom a delirium. Nemocný jedinec zůstává postupně plně odkázán na péči svého okolí (Češková, s. 139 In Svoboda a kol., 2006; Petr a kol., 2014, s. 185; Marková a kol., 2006, s. 190).

1.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Do této skupiny patří jakákoliv duševní porucha, která vznikla užíváním psychoaktivních látek, což jsou látky vyvolávající závislost. Řadí se sem poruchy vyvolané požíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ či hypnotik, kokainu, stimulancií včetně kofeinu), halucinogenů, tabáku a organických rozpouštědel. Psychoaktivní látky mají vliv na chování, vědomí a náladu. Pro jedince a okolí je nejproblematictější narušené chování a ekonomická zátěž, a proto společnost věnuje této oblasti takovou pozornost. Za významné faktory jsou považovány následující – osobnost, prostředí, droga a životní situace (Češková, s. 159, 161 In Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 73).

Je to natolik široká oblast, že dala vzniknout novému vědeckému oboru, a to adiktologii. Kterou můžeme, dle Mahrové a Venglářové (2008, s. 135) definovat jako „*multidisciplinární obor zaměřený na primární, sekundární a terciární prevenci užívání návykových látek a jiných rizikových forem lidského – potencionálně závislostního – chování a jejich možných nepříznivých dopadů pro jednotlivce i pro společnost a na sociální reintegraci osob, které v důsledku takových forem chování strádají.*“ Sociální problematika v této oblasti zaujímá jedno z předních míst. Jednak jsou to sociální dopady přímo na uživatele a jednak na jejich nejbližší okolí (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 135).

Nejčastějším a nejrozšířenějším představitelem je **alkohol**, který je nejzneužívanější droga na celém světě. Závislost na alkoholu přináší jeho uživateli závažná zdravotní rizika (poškození jater, mozku, slinivky břišní) a značné materiální ztráty pro společnost (snížená efektivita práce, nemocenské a důchodové dávky, dopravní nehody). Přestane pracovat paměť, smysly a soustředění. Mezi další psychoaktivní látky se řadí ilegální drogy. Prvenství stále drží **marihuana**. Uživatelé, kteří ji pravidelně kouří, udávají, že kromě celkové euforie a pocitu pohody prožívají i změny ve vnímání – zkreslené vnímání času a prostoru, mohou také pociťovat nepříjemné dojmy, jako jsou úzkosti, hrůzy, nepříjemné vnímání

vlastního těla (Češková, s. 159 In Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 136).

Pervitin je typickou a velmi rozšířenou drogou na českém trhu. Jeho zálučnost je v tom, že se dá také užívat nitrožilně a jeho užívání představuje největší riziko závislosti. A jeho uživatelé se dostávají do vážných životních situací. Zrychluje psychomotorické tempo, urychluje tok myšlenek a zvyšuje pozornost a odstraňuje zábrany. Ale může být také vyvolána úzkost, agresivita, přecenění hranic uživatele. Po odeznění účinku se dostavuje tzv. dojezd, což je stav, který je podobný kocovině. Člověk je celkově unavený, vyčerpaný, potřebuje spát (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 137 - 138).

1.3 Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy

Psychózy jsou vážné duševní poruchy, při nichž je porušena schopnost postiženého srozumitelně jednat a správně se orientovat v realitě, ovlivňují jeho citění a myšlení. Pojem psychóza se používá jako obecný termín, který je charakterizován bludy, halucinacemi a deorganizovaným slovním projevem a chováním, souhrnně se jedná o poruchu vnímání reality (Češková, s. 181 – 182 In Svoboda a kol., 2006). K psychózám, kromě schizofrenie, řadíme také toxickou psychózu, která je vyvolána užíváním návykových látek, akutní přechodná psychotická porucha atd. (Petr a kol., 2014, s. 210; Marková a kol., 2006, s. 235). Příčina nemoci není jednoznačně objasněna, ale v poslední době se více prosazuje model multifaktoriální podmíněnosti, kdy na nemoc spolupůsobí genetické, biologické a sociální faktory (Probstová a Pěč, 2014, s. 43).

Schizofrenie je charakterizována poruchami bezmála všech psychických funkcí. Principiální je porucha myšlení a vnímání, oploštěná nebo neadekvátní emotivita a narušené chování a jednání. Schizofrenie je reprezentantem psychotického onemocnění. O schizofrenie můžeme říct, že je jedno nejzávažnějších celoživotních psychických onemocnění, kdy nemocní prožívají opakované psychotické epizody neboli relapsy. Komunikace s pacientem, který trpí schizofrenií i pro samotného pacienta je velmi vyčerpávající. Nepochopení situace, může vést mínění, že každodenní události života mají pro jedince zvláštní, obvykle neblahý význam. Nemocný jedinec se častokrát domnívá, že jeho nejintimnější myšlenky, zkušenosti a jednání jsou známy nebo sdíleny druhými lidmi (Češková, s. 181 – 182, 186 In Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 75).

Schizofrenie je vážná a celoživotní psychická porucha, která postihuje 1% populace na celém světě¹ (Hales, Stuart a Gabbard, 2011, s. 111). Pozorujeme, že u mužů je začátek schizofrenie okolo 15. a 25. rokem, u žen je tato hranice posunuta přibližně o 10 let později, takže někde mezi 25. a 35. rokem. Zlom nastává zejména v období, kdy se má mladý člověk obvykle osamostatňovat, odpoutávat od rodičů. Po 35. roce života se již riziko onemocnění snižuje. Ženy dokonce trpí klidnější formou onemocnění, lépe reagují na léčbu, jsou méně hospitalizovány a jejich sociální fungování je lepší. Choroba má sklon k chronickému průběhu a častokrát směřuje k trvalé invaliditě (Češková, s. 182 In Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 76).

S nemocným se dostáváme do kontaktu v různých fázích onemocnění s poruchami téměř všech psychických funkcí. Je dobré, pokud rozlišíme pozitivní příznaky, negativní příznaky a kognitivní deficit. Mezi pozitivní (psychotické) příznaky zařazujeme halucinace (poruchy vnímání), bludy a dezorganizaci (poruchy myšlení) a jsou nejčastější příčinou hospitalizace. Negativní příznaky zastupují ochuzení emotivity a volní složky, které obsahuje ztrátu motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Kognitivní dysfunkce je pokládána za jádro příznaku, který spočívá v narušení poznávacích schopností. U tohoto onemocnění se jedná především o postižení paměti (schopnost uchovat informace, plánovat a řešit úkoly) a úzce souvisí i s učením (Češková, s. 184 In Svoboda a kol., 2006).

Schizofrenie se dále dělí na **paranoidní**, která je nejběžnějším typem a jednoduše diagnostikovatelným. Převažují bludy, které jsou doprovázeny halucinacemi (nejčastěji sluchovými neboli hlasy, které pacientovi hrozí, eventuálně dávají příkazy). Pokud pacient spolupracuje a je dostatečně motivovaný k léčbě, lze jej udržet v poměrně dobré remisi. Dalším typem je **hebefrenní schizofrenie**, která začíná nejčastěji v dospívání a časně dospělosti a není tolik obvyklá. Napodobuje pubertální projevy a nepřiléhavé, nepředvídatelné chování. Zde je náročná motivace k léčbě. U **katatonní schizofrenie** jsou v popředí poruchy motoriky, které jsou zvýšené až bezcílné a bývají často stereotypní. **Nediferencovaná schizofrenie** neodpovídá žádnému z výše uvedených druhů, protože zavaluje symptomatologii více forem a nelze přesně určit, která převažuje. Předposledním představitelem je **reziduální schizofrenie**, která reprezentuje chronický stav, který přetrvává i po odeznění

¹ Schizophrenia is a serious and lifelong mental disorder that affects 1% of the population worldwide.

akutních příznaků schizofrenní ataky, jejím projevem je podivnost jedince a zanedbávání sebe i okolí. Poslední variantou je **simplexní forma**, která je popisována postupným stažením, redukcí volní složky a oploštěním emotivity. Jedinec se postupně uzavírá do sebe, do svého vnitřního světa (Češková, s. 185 -186 in Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 76).

Trvalá duševní porucha s bludy se charakterizuje rozvojem buď jednoho bludu, nebo několika vzájemně propojených bludů s pestrým obsahem. Bludy jsou zpravidla neměnné, celoživotní, nevývratná přesvědčení s vlivem na prožívání a chování. Typickým projevem je nenápadná produkce bludných myšlenek, které se postupně stanou převládající složkou pacientova života. Obsah bludu a začátek produkce bývá mnohdy spojen s životní situací jedince. U této poruchy je pravděpodobné, že se nemocní svého bludu jen zdírka zbaví, a proto se snažíme je vést k disimulaci, aby nebyli ve společnosti výrazní a mohli vést relativně normální život (Češková, s. 187 In Svoboda a kol., 2006; Orel a kol., 2016, s. 175).

Sociální práce s lidmi, kteří mají diagnostikovanou pacientů, není jednoduchá, protože nemocní duševní poruchu s bludy, respektive nemají náhled na „nepravdivost“ svých názorů a přesvědčení, často nepůsobí jednoznačně jako duševně nemocní. Bývá pak nesnadné rozhodnout, zda skutečně a jakým způsobem eventuálně zakročit a intervenovat (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 77).

Jakýmsi mezistupněm mezi schizofrenií a afektivními poruchami je **schizoafektivní porucha**, která je popisována současnou existencí afektivních a schizofrenních příznaků. Podle převládající afektivní složky, je dále diferencujeme na manický, depresivní a smíšený typ. Relativně často se tato diagnóza používá v našich podmínkách a to pokud se nemůžeme rozhodnout, ke které složce se máme přiklonit (Češková, s. 188 In Svoboda a kol., 2006).

1.4 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Afektivní poruchy nebo také poruchy nálady se vyznačují depresivními, manickými nebo smíšenými epizodami. Z těchto poruch je nejvyšší výskyt deprese, která je propojena s celým spektrem psychologických, sociálních a medicínských problémů (Češková, s. 201 In Svoboda a kol., 2006).

Manie nebo hypomanie je projev psychopatologickým obrazu **manie**. Manie je často chápána jako protipól deprese. Hypomanie je stav, kdy je nálada mírně nadnesená, zvýšená energie, aktivita, pocit vysoké fyzické a duševní výkonnosti. K projevům manie patří zvý-

šená nálada až vzrušení, myšlenkový trysk, zvýšené sebevědomí, ztráta sociálních zábran s důsledkem riskantního jednání (utrácení, promiskuita, škodlivé užívání alkoholu a jiných látek). Často díky neschopnosti posoudit své schopnosti nemocný jedná bez vědomí potenciálních následků a dostává se tak do nepříznivých sociálních situací. U manie s psychotickými příznaky jsou přítomny bludy a halucinace (Češková, s. 203 - 204 In Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 77 – 78; Probstová a Pěč, 2014, s. 67).

Dalším představitelem skupiny je **bipolární afektivní porucha**. Jedná se o závažné duševní onemocnění, kdy se střídají projevy manických, depresivních či smíšených epizod (buď se rychle střídají, nebo jsou současně přítomné depresivní a manické příznaky), při nichž jsou silně narušeny nálada a úroveň činnosti. Většina nemocných stráví delší čas v depresi než v manii, tudíž deprese převažuje. Oba druhy epizod mnohdy přicházejí po stresové životní události anebo jiném duševním traumatu. První manická epizoda se zpravidla objevuje mezi 25. – 30. rokem života. Špatná sociální podpora a pracovní dysfunkce vede k tomu, že se u nemocných častěji vyskytují recidivy manie nebo deprese. Důvodem toho může být i nedodržování léčebných postupů jakožto svévolné vysazení medikace pacienty. Je zajímavé, že dle různých údajů je bezmála polovina nemocných touto poruchou nezaměstnaných (Češková, s. 204 In Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 79; Probstová a Pěč, 2014, s. 67).

K primárním symptomům **depresivní poruchy** patří – depresivní nálada, která u jedince trvá déle než dva týdny, ztráta zájmu nebo prožitku radosti a snížení energie a zvýšená únavnost. K dalším signálům patří ztráta sebedůvěry, výčitky, sebevražedné myšlenky a jednání, nerozhodnost, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu atd. Deprese je často provázána s příznaky úzkosti – pocit vnitřního napětí a hrozícího nebezpečí. Nemocný začne zanedbávat i sociální vztahy, např. přátele, rodinu, stažení se před blízkým okolím. Myšlenky na smrt se mohou skládat z obavy ze smrti přes pocit, že je lepší nežit až po jasné plány na sebevraždu nebo sebevražedný pokus (Češková, s. 204 – 205 In Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 78 - 79).

1.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

U této skupiny poruch je důležitá identifikace psychologických aspektů, protože převážně souvisejí s psychickými příčinami. Projevy úzkostné poruchy jsou závratě, třes, zažívací potíže, průjem, nadměrné pocení, bolesti hlavy či břicha. Společným jmenovatelem těchto

symptomů jsou tělesné příznaky. Úzkost a strach mají pro organismus adaptivní funkci, ale pokud se úzkost a strach objevuje často, trvá příliš dlouho, v nepřiměřených situacích a zasahují do života jedince, už se jedná o problém, který by měl řešit odborník. U neurotických poruch je pokaždé zachován kontakt s realitou, nejsou přítomny psychotické jevy – např. bludy, halucinace, deliria (Češková, s. 223 In Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 80).

Úzkost je nepříjemný, avšak normální emoční stav, který prožívá i „zdravý“ jedinec a je signálem blížícího se nebezpečí. Po utěšení situace úzkost mizí. Na rozdíl od úzkosti je strach vždy spojen s konkrétním ohrožením a změřen na určitý objekt či situaci (Probstová a Pěč, 2014, s. 91; Orel a kol., 2016, s. 188).

Fobické úzkostné poruchy jsou vyvolávány určitými impulsy nebo situacemi, kterým se chce nemocný vyhnout a jejich očekávání je propojeno se strachem a úzkostí. Tyto podněty nejsou obvykle nebezpečné. Jako jeden z příkladů uvádíme sociální fobii, která se projevuje strachem ze situací, v nichž může být nemocný jedinec pozorován a posuzován druhými (může se jednat o strach z mluvení na veřejnosti, setkávání se s cizími lidmi atd.). K tělesným příznakům sociální fobie patří červenání, třes, strach ze zvracení. Výskyt většiny fobických poruch, kromě sociální fobie, je častěji u žen (Češková, s. 227, In: Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 80; Pavlovský a kol., 2012, s. 373).

U **obsedantně-kompulzivní poruchy** jsou v popředí obsedantní myšlenky, což jsou vtíravé myšlenky, které nejsou vůli potlačitelné i přes to, že jedinec vnímá jako nesmyslné a zatěžující a kompulze, které jsou opakované, stereotypní, neúčelné a nutkavé akty chování. Jedná se o chronické onemocnění s významným dopadem na sociální fungování jedince, kdy se rozrůstají a rozšiřují, až nakonec mohou zabrat většinu času a výrazně omezují jedince v běžných činnostech. Nejsou spojeny s příjemnými vjemy a nevedou k uskutečnění prospěšných cílů, ale na přechodnou dobu snižují úzkost a napětí. Běžně se tato porucha označuje zkratkou OCD - z anglického obsessive-compulsive disorder (Češková, s. 228, In: Svoboda a kol., 2006; Petr a kol., 2014, s. 232; Orel a kol., 2016, s. 192).

Sociální dopady u této poruchy jsou výrazné, protože jedince často omezují v pracovním a společenském uplatnění a mohou dopadat na rodinné příslušníky. Pokud není nemocný schopen se symptomům bránit, jediná možnost, jak zmenšit úzkost, je nutkání vyhovět. Avšak potom se profesionální a sociální kompetence těchto lidí zužují (Probstová a Pěč, 2014, s. 105).

Akutní reakce na stres řadíme mezi skupinu, která se jmenuje reakce na stres a poruchy přizpůsobení. Akutní reakce je definována jako přechodná, okamžitá odezva na traumatickou událost (anglicky life event), která může trvat několik hodin až dnů (úraz, živelná pohroma, znásilnění, přepadení). Další porucha, která sem patří, je **posttraumatická stresová porucha**. Jedná se o opožděnou odpověď na stresovou situaci výjimečného či katastrofického charakteru. Mezi typické projevy se řadí noční můry, sny, znovuprožívání traumatické události (tzv. flashback), ožívování vzpomínek (např. válka, přepadení, přírodní katastrofy, závažné dopravní nehody, zločin). Porucha se rozvíjí v průběhu několika týdnů až měsíců (zpravidla do 6 měsíců) od příhody. I zde se objevuje určitá pohlavní specifita, u mužů se spíše setkáváme se stresem posttraumatickou stresovou poruchou z válečné zkušenosti, u žen je stresem především znásilnění (Češková, s. 228 - 229, In: Svoboda a kol., 2006; Petr a kol., 2014, s. 234; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 81; Probstová a Pěč, 2014, s. 107).

Somatoformní poruchy jsou popisovány opakovanými stížnostmi na somatické symptomy, neustálými žádostmi na vyšetření i přesto, že opětovné vyšetření vedlo k negativním nálezům. Symptomy jsou pro pacienty nepříjemné a vedou k závažnému stresu, který může narušit i pracovní-sociální fungování. Nejčastěji se setkáváme se somatizační a hypochondrickou poruchou. Somatizační porucha je definována četnými proměnlivými příznaky postihující některou část těla nebo orgánový systém. Hypochondrická porucha je taková, která je trvalá a nepřiměřená starost o vlastní zdraví. Nemocný člověk je přesvědčen o výskytu závažné tělesné choroby, kdy se člověk neustále pozoruje a vyhledává lékařské ošetření a vyšetření (Češková, s. 228 - 229, In: Svoboda a kol., 2006; Petr a kol., 2014, s. 237).

1.6 Poruchy osobnosti a chování dospělých

U **poruchy osobnosti** se nejedná o nemoc v pravém slova smyslu. Jejich jádrem je disharmonicky vyvinutá osobnost, extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy, které směřují k poruchám sociální adaptace, k pocitům osobní nepohody a mají negativní vliv na pracovní a společenské fungování. Porucha osobnosti je všeobecně charakterizována jako přetrvávající, stabilní způsob myšlení, cítění a chování, který vede k adaptačním obtížím s následky v oblasti sociální, profesní nebo v oblasti subjektivního prožívání (Češková, s. 255 In Svoboda a kol., 2006; Probstová a Pěč, 2014, s. 119).

Typické pro ně je, že člověk je nedůvěřivý, není schopen vytvářet vztahy, jedinec hledá uspokojení svých potřeb za každou cenu, nemocný jedinec potřebuje, aby se o něho starali druzí a říkali mu, co má přesně dělat, není schopen převzít iniciativu za svůj život a své jednání. Mají nízkou schopnost empatie a mívají hlavně problémy v interpersonálních vztazích. Jedinci s touto poruchou nedokážou čerpat z odměny, poučit se z trestu, řídit se dlouhodobým životním plánem. Běžná je presumpce viny, že za všechno může okolí a potíže s autoritami. (Češková, s. 255, 258 - 259, In Svoboda a kol., 2006; Petr a kol., 2014, s. 240; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 85).

Péče o tyto pacienty je extrémně obtížná a vyčerpávající. Záleží na tom, jaká je sounáležitost týmu, jeho stabilita a profesionalita všech jeho členů (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 85). Ve středních Čechách je terapeutická komunita, která se primárně zaměřuje na osoby s poruchou osobnosti. Délka pobytu je rok. Osobně obdivujeme všechny zaměstnance, kteří s touto cílovou skupinou pracují, protože podle vlastní zkušenosti, je tato práce velmi namáhavá a náročná.

K poruchám chování patří také **návykové a impulzivní poruchy**. Abychom mohli mluvit o této nemoci, musí být splněny tři následující podmínky:

- neschopnost odolat impulzu či pokušení provést něco, co je nebezpečné,
- zvyšující se napětí před realizací činu,
- vzrušení nebo satisfakce při provádění činu a uvolnění napětí po provedení činu

V posledních letech odborná i laická veřejnost diskutuje nad tématem patologické hráčství, které spočívá v opakovaných epizodách hráčství, které převyšuje v životě jedince nad sociální, materiální, rodinnou a pracovní povinnostmi. U této poruchy současně trpí i jeho rodina, především se jedná o dluhy, zanedbaní práce, lhaní, vyšší riziko rozvoje závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách (Češková, s. 255, 260, In: Svoboda a kol., 2006; Mahrová a Venglářová, 2008, s. 87).

U **poruchy pohlavní identity a preference** se jedná o narušení vývoje standardního prožívání mužství nebo ženství, není zde soulad. Jedná se zejména o sexuální fantazie nebo praktiky, které jsou neobvyklé či deviantní (Češková, s. 255, In: Svoboda a kol., 2006).

2 SEXUALITA A MATEŘSTVÍ

„Sexualita v různé formě a podobě provází člověka celým životem. Svě vyjádření a specifikata má v dětství, dospívání, dospělosti i ve stáří“ (Šrámková, s. 387 in Weiss a kol., 2010). Ve druhé kapitole se věnujeme sexualitě, mateřství a možnosti sexuální výchovy, historií a vývojem sexuality a edukaci v této oblasti u lidí s duševním onemocněním.

2.1 Sexualita

Termín sex pochází z latinského slova „sexus“, což značí pohlaví. Sex je obvykle fyzický kontakt mezi lidmi spojený se sexuálním vzrušením, jehož účelem je uspokojení pudové potřeby člověka (Kniha, s. 18 In Děti a jejich sexualita, 2014). Základní a jednoduchou definici sexuality nalezneme v sexuologickém slovníku od Capponi a kol.(1994, s. 120), kteří vymezují sexualitu jako komplex vlastností a jevů, které vyplývají z rozdílu pohlaví. Dle Hartla a Hartlové (2015, s. 532) je sexualita: „*souhrn projevů lidského chování a citění vyplývající z tělesných i psychických rozdílů mezi pohlavími. Zahrnuje rozdíly anatomické, hormonální, reprodukční, i rozdílné sociální role získané učení.*“ Následující definice je převzatá z anglického originálu a jedná se o volný překlad do českého jazyka. Dle Světové zdravotnické organizace (2006, s. 5) je sexualita „*ústředním aspektem lidského života a zahrnuje pohlaví, genderové identity a role, sexuální orientaci, erotismus, potěšení, intimitu a reprodukci. Sexualita je prožívána a vyjadřována v myšlenkách, fantaziích, touhách, přesvědčeních, postojích, hodnotách, chováních, praktikách, rolích a vztazích. Zatímco sexualita může zahrnovat všechny tyto aspekty, ne všechny se projeví nebo jsou zažity ve všech případech. Sexualita je ovlivněna interakcí biologických, psychologických, sociálních, ekonomických, politických, kulturních, etických, právních, historických, náboženských a duchovních faktorů.*“²

Ženská sexualita dle Capponi a kol. (1994, s. 141) se od mužské liší především v tom, že má jiný fyziologický průběh. Dříve se teoretici domnívali, že žena nemá sexuální potřeby a pokud ano, tak jediné její uspokojení je mateřství, respektive péče o potomka.

² Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors.

Sexualitu můžeme zařadit mezi základní lidské potřeby, která nezahrnuje pouze fyzický sex, ale nalezneme v ní i další složky, jako je:

- potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem,
- prožitek silného citu, sounáležitosti, opory,
- spokojenost, pocit potřebnosti pro jiné,
- sex, sexuální uspokojení,
- rodičovství, a tím i potřeba pokračování rodu (Venglářová a Eisner, 2013, s. 17 - 18).

Dříve sex plnil spíše funkci reprodukční, v současnosti došlo k omezení této funkce a výraznější je dosahování příjemných prožitků a slasti. Můžeme tak oddělit reprodukční a rekreační část sexuality, kdy se sexuální uspokojení stává konzumní, je kladen důraz na jeho kvalitu, intenzitu, variabilitu atd. A tím dochází k pocitům nespokojenosti, zklamání a patrně i nudy (Venglářová a Eisner, 2013, s. 18).

V širším slova smyslu pojímá sexualita širší společenské aspekty. První, kdo pokládal lidskou sexualitu za podstatný zdroj formování osobnosti, byl Sigmund Freud. Další autor, který se zabýval teoriemi sexuality, byl Michel Foucault, který poukazoval, že se sexualitou mohou leckdy souviset i obecně altruistické nebo mocenské tendence. Do širšího pojetí můžeme zahrnout i genderově podmíněné psychofyzilogické rozdíly (např. prostorová představivost, schopnost abstrakce), sociální kompetence, empatie a jejich uplatňování ve společenských vztazích (Štěrbová a Rašková, 2016, s. 11 - 12).

Člověka, respektive společnost ovlivňuje kultura, ve které žije a její historie. Vždy se posuzovalo, co je normální a co zakázané, takové chování bylo podmíněné společenskými pravidly a představami. Dle Venglářové a Eisnera sexualita obsahuje čtyři komponenty:

- sexuální chování,
- sexuální identifikaci,
- sexuální orientaci,
- sexuální emoce (Venglářová a Eisner, 2013, s. 18 - 19).

2.1.1 Sexuální chování

Je výsledkem vývojového procesu, který směřuje k tomu, aby byl zachován lidský rod, je silně vymezován biologicky, nicméně za doprovodu vlivů psychosociálních a kulturních. V minulosti bylo sexuální chování přičítáno jednoduchému sexuálnímu pudu. Podle této

teorie se jednalo o biologickou potřebu, stejně jako jídlo či pití, při pocitu nedostatku sexuálního uspokojení začíná sexuální puzení a hledání možnosti satisfakce. Toto pojetí je již překonáno, nyní je sexuální chování chápáno jako proces navazujících motivačních stavů, které směřují k výběru nejvhodnějšího partnera za účelem zajištění reprodukce (Venglářová a Eisner, 2013, s. 19).

Sexuální chování zaujímá u člověka různé funkce. Může se jednat o prosazení maskulinity či feminity, podpora sebeúcty, rozvoj dominance nebo subdominant, rozvoj vztahů, zdroje potěšení, uvolnění tenze, vyjádření nepřátelství, zdroje vzrušení či materiální zisk. Spilková tvrdí, že vývoj sexuálního chování je podmíněn vývojem sexuálních emocí, které se rozvíjí zejména v období puberty a adolescence, kdy mladiství experimentují v rámci svého sexuálního chování (Spilková, s. 103 In Weiss a kol., 2010; Sloboda, 2016, s. 22). Na druhou stranu Venglářová a Eisner (2013, s. 19, 24) tyto dvě složky sexuality oddělují. Samozřejmě, že vše ve společnosti je vzájemně propojené a nelze tak přesně separovat.

Avšak se můžeme setkat i s takovým sexuálním chováním, kdy se nerealizuje svobodně, ale především ho určuje sociální prostředí, např. lidé ve vězení nebo v armádě, kde dochází k dlouhodobé separaci mužů a žen, se někteří lidé chovají homosexuálně, ale jako homosexuálové se neidentifikují. Současná sexuologie to označuje termínem MSM, tzv. men having sex with men – muži mající sex s muži (Sloboda, 2016, s. 22).

2.1.2 Sexuální identifikace

Sexuální (neboli pohlavní) identita se utváří v raném dětství, nejdéle do 3 let věku dítěte. Sexuální identifikace je tedy pocit příslušnosti k určitému pohlaví, které se vytváří na základě geneticky podmíněných determinantů, avšak konečné formování probíhá v interakci s prostředím. Díky procesu učení dítě získává svůj sebeobraz, který je základem sexuální identifikace. V rodinách, kde je handicapované či nemocné dítě, je tento proces narušen, protože je ovlivněn možnostmi dítěte a obavami rodičů (Spilková, s. 102 In Weiss a kol., 2010; Venglářová a Eisner, 2013, s. 21). Existují rovněž osoby, kterým se říká „agender“. Tyto osoby se neidentifikují se žádným pohlavím. Vzhledem pro účely práce se jim nebudeme věnovat.

2.1.3 Sexuální orientace

Sexuální orientace je celoživotní, neměnný a nezvolený stav výhradní či převažující erotické a citové preference, můžeme říct, že se jedná o reakci jedince na erotické signály.

Důležité pro rozpoznání sexuálního zaměření jsou erotické představy, sny, fantazie a kvalita citové náklonnosti neboli zamilovanosti. Sexuální orientace je utvářena zejména biologickými determinantami, nikdo z nás si je nevybírání. Většina jedinců ve společnosti preferuje osoby opačného pohlaví, tzn. heterosexuální orientace. V menšině případů se jedná o homosexuální orientaci (odhaduje se mezi 1 – 10 %), která není považována za zdravotní poruchu. O zdravotní poruše můžeme hovořit tehdy, pokud jedinci přináší zdravotní problémy z důsledku nedostatečného přijetí, jedná se o egodystonní sexuální orientaci. Coming out je termín, který se často pojí se sexuální orientací, znamená to, že jedinec se s ní vyrovnal, je to proces sebezpřijetí. V populaci se vyskytuje i bisexuální orientace, kdy se jedná o srovnatelnou a vyváženou sexuální, citovou náklonnost oběma pohlavím. Tuto orientaci někteří autoři zcela zpochybňují, jiní ji považují za vzácnou (Štěrbová a Rašková, 2016, s. 17; Venglářová a Eisner, 2013, 21; Šrámková, 2015, s. 171; Procházka, s. 107 In Weiss a kol., 2010)

2.1.4 Sexuální emoce

Lidská sexualita je provázána sexuálními emocemi, které můžeme popsat jako schopnost sexuálního vzrušení, dosažení orgasmu a uspokojení a rozvoj citu zamilovanosti. Problém nastává tehdy, pokud sexuální vzrušivost může být ovlivněna postižením, nemocí nebo následnou léčbou. Je potřeba si uvědomit, že sexualita zlepšuje kvalitu života člověka. Proto je důležité, aby jedinci realizovali vztahy podle svých představ s ohledem na práva jiných lidí, protože kde končí má práva, začínají práva druhé osoby (Spilková, s. 103 In Weiss a kol., 2010; Venglářová a Eisner, 2013, s. 24).

2.2 Historie a vývoj sexuality

Sexuální etika a pravidla, která celá období usměrňovala sexualitu člověka, mají svůj původ ve snaze usměrňovat sexuální chování. Takové mechanismy objevujeme i u jiných živočišných druhů, kdy je zamezováno sexu mezi pokrevními příbuznými, aby se zachovaly geneticky čisté linie. Můžeme se domnívat, že ani lidé žijící v tlupách nežili zcela bez sexuálních pravidel. Manželství, jak ho známe dnes, vzniklo asi roku 1563 (Venglářová a Eisner, 2013, s. 13, 15).

Prvotní informace o sexuálním životě člověka máme ve formě uměleckých výtvorů. Nejznámější a nejstarší jsou sošky ženy – Věstonická venuše a Willendorfská venuše, které znázorňují zralou, silnou ženu s velkými nadry a s plnými hýžděmi a stehny. Autoři se

hlavně snažili o zdůraznění partií plodnosti. Až v době starého Řecka se měnil ideál ženy. Již se nepovažoval vzor ženy s kyprými tvary, ale Řekové hledali krásu v egyptských tanečnicích, které byly štíhlé (Šrámková, 2015, s. 11, 13).

V minulosti byly vztahy koncipovány jako volné, takže se nevědělo, kdo je otcem dětí, jediným vztahem, který šel dokázat, byl vztah matky a dítěte, a proto v období starověké kultury měly matky výjimečně důležité postavení a těšily se z velké úcty. Dokonce měly i politickou moc. Až při zakládání rodiny se vědělo, kdo je otcem dítěte. Tehdy nastala změna a muž se stal vládcem ve společenství, rodině a státě (Šrámková, 2015, s. 12).

Již v Babylónu se objevují první manželské smlouvy. Přibližně v roce 1686 př. n. l sepsal král Chamurapi kodex, kde se zabývá rodinným právem. (Šrámková, 2015, s. 12).

V roce 1914 v USA zdravotní sestra Margaret Sangerová založila hnutí za kontrolu porodnosti, kde šířila, že o tom, zda chce mít žena děti, by podle ní měly rozhodovat zejména samy ženy. Na tento podnět byly v Americe zřízeny poradny, kde odborníci ženám radili, jak otěhotnět anebo zabránit těhotenství. V 2. polovině 20. století sehrál nesmírnou roli objev hormonální antikoncepce. Po tomto objevu došlo k výraznému poklesu umělých potratů (Šrámková, 2015, s. 18).

2.3 Sexuální výchova

Šulová (In Weiss a kol., 2010, s. 695) parafrázuje autory J. Mellan a A. Brzek, kteří vymezili sexuální výchovu jako komplexní výchovu, která směřuje k vytvoření předpokladů pro správné chování ve všech oblastech sexuálně motivovaného chování, zahrnující nejen uskutečňování pohlavního spojení, ale také komplexní problematiku manželství a rodiny. Dále tuto definici můžeme rozvést o to, že sexuální výchovu uplatňuje vychovatel (učitel, rodič atd.) na objekt výchovy, což je žák, dítě, student apod. (Štěrbová, 2016, s. 93). Sexuální výchovu je nezbytné chápat jako bio-psycho-sociální kategorii, která se dotýká rodinného života, přátelských a partnerských citů, odpovědného chování, ale i vztahu k sobě samému (Pokorný, s. 414 In Turčan a kol, 2012). Sexuální výchovu je pojímat jako proces, který má dlouhodobě probíhat ve funkčních či normálních rodinách (Šulová, s. 386 In Šulová, Fait a Weiss a kol., 2011). Dle Capponi a spol. (1994, s. 122) bychom spíše neměli hovořit o sexuální výchově, ale osvětě, která poskytuje jen informace o sexualitě a tématech s tím spojených (anatomie a fyziologie, partnerský vztah, pohlavně přenosné nemoci, sexuální morálka atd.).

Cíle sexuální výchovy lze rozdělit na tři základní roviny. První jsou cíle **kognitivní**, kterými je předávání poznatků, týkajících se sexuality. Další cíle jsou **emocionální a postoje**, ty se zaměřují na vytváření postojů a hodnot v této oblasti. Poslední rovinou jsou cíle, které se pojí s konkrétními **činnostmi a dovednostmi**, jež se zaměřují na vytváření odpovídajících způsobů chování a reagování v široce chápané zóně lidské sexuality. Pro bližší přiblížení cílů jsme zvolili následující výčet. Dalšími významnými cíli sexuální výchovy jsou poskytovat základní informace v oblasti sexuality, schopnost sexualitu adekvátně vyjadřovat, chránit před mýty a tabuizováním, vést k pochopení všech aspektů sexuality a využívat aktuálních odborných poznatků (Šulová, s. 695 - 696 In Weiss a kol., 2010).

U osob s duševním onemocněním je potřebná sexuální osvěta a vzdělávání, která napomáhá k prevenci před neplánovaným otěhotněním, ochraně před pohlavními nemocemi či sexuálními zneužitím. V odborné literatuře se doporučuje využívat individuálního přístupu ve výchově k manželství a rodičovství, za nejvhodnější zdroj sexuální výchovy považuje rodiče, kteří ovšem v naprosté většině nejsou k jejímu provádění kompetentní, nemají vědomosti ani zkušenosti. Hart a Douglas-Scott chápou sexuální výchovu jako celoživotní proces, během kterého si osvojujeme postoje, hodnoty a vztahy k sexualitě v rámci zásad společnosti a etického rámce (Štěrbová, s. 365 - 367 In Šulová, Fait a Weiss, 2011; Štěrbová, 2016, s. 14).

Nejvýznamnější cíle sexuální výchovy lze shrnout do několika oblastí:

- základní informace o lidském těle, zdraví a jeho ochraně, životním stylu, lidském sexuálním chování, manželství a rodičovství,
- vytváření pozitivních správných a emocionálních postojů k základním lidským hodnotám (např. láska, zdraví, přátelství) a negativním postojů (např. promiskuita, prostituce, pohlavní zneužití),
- vytváření žádoucích dovedností, návyků a sexuálního chování, které vedou k pozitivní seberealizaci jedince s očekávaným sociálním chováním (Štěrbová, s. 367 In Šulová, Fait a Weiss, 2011).

Sexuální výchova u uživatelů ústavní péče je zaměřena třemi směry. První z nich je zaměřen na **program výchovy a výcviku pro personál**, dalším je **osvěta a výchova uživatelů** a v neposlední řadě se sexuální osvěta týká **rodičů a opatrovníků** (Štěrbová, s. 368 In Šulová, Fait a Weiss, 2011).

2.4 Mateřství

Najít přesnou definici mateřství v odborné literatuře bylo velmi náročné, protože každý autor mateřství chápe jiným způsobem, ale obecně lze říci, že mateřství je sociální instituce, která náleží k lidské společnosti odedávna. Rousseau věřil tomu, že se v každé matce skrývá „přirozený“ instinkt starat se o své dítě, přestože by možná potřebovala trošku poradit, aby své povinnosti realizovala řádně (Mareš, s. 84 In Ženská práva jsou lidská práva; Abramsová, 2005, s. 104).

Biologická matka je žena, jejíž vajíčko bylo oplodněno a následně se jí narodilo dítě. Ze sociálního hlediska je to žena, která o dítě řádně pečuje a vychovává ho a to bez ohledu na pokrevní příbuznost a dítě ji vnímá jako matku. Dle zákonů v České republice je za matku brána ta žena, která dítě porodila (Kunhartová, Potměšil a Potměšilová, 2017, s. 13). Tato žena má také nárok na dávku ze státní sociální podpory, konkrétně se jedná o dávky „porodné“, pokud tedy splňuje podmínky. Díky takovým zákonům se v praxi setkáváme s tím, že ženy, respektive ženy s duševním onemocněním, chtějí děti skrz tuto výhodu a neuvědomují si následky svého jednání.

Dnešní společnost odborníků radí, aby dítě bylo kojeno po dostatečně dlouhou dobu, což předurčuje tradiční rozdělení rolí, kdy žena – matka zůstává doma s dítětem, o které pečuje, kojí ho a otec zajišťuje rodinu po materiální stránce. Matka je pro dítě po celý život zásadní osobou. Co se týče uspokojování základních potřeb dítěte, je matka k dítěti poutána více než jeho otec, protože komunikace mezi matkou a dítětem probíhá již od prenatálního období. Matky s dítětem komunikují jednodušeji a více opakuji určitá slova, používají pro dítě známá slova a snaží se mu zjednodušit porozumění. Přizpůsobuje svou komunikační úroveň dítěti a naopak se snaží o rozvoj jeho komunikací. Matky mají podstatný vliv na pozdější partnerský život svých dětí, jelikož se dcera od matky učí svou ženskou roli (Kunhartová, Potměšil a Potměšilová, 2017, s. 13 – 14; Cajthamlová, 2017, s. 225).

Neplánovaným otěhotněním, těhotenstvím a porodem dítěte doposud fyzicky též psychicky žena riskuje víc nežli její partner, protože mateřství od ženy přepokládá fyzickou i psychickou vyspělost, odolnost, stabilitu i nasazení. V dnešní době je trend žen plánovat vztah a těhotenství až poté, co dostudují a získají zaměstnání, a proto se posunuje věk žen na pozdější dobu (Cajthamlová, 2017, s. 227).

Výchova k rodičovství je již v osnovách pro základní školy. V praxi to vypadá jinak, dochází k rozvodům a dětem chybí postojové vzory vřelosti a stálosti, také existují modely

neprovdaných či svobodných matek s dětmi. Dále schází vzory mateřství jako jediného smyslu života ženy a tím se proměňují i nároky, které mateřství na ženu klade. Aby se žena dokázala plně soustředit na malé dítě, potřebuje vhodné podmínky, především pocit klidu, bezpečí a podporu okolí. Mateřství je pro ženu podnětem k osobnostnímu vývoji a k plnému rozvinutí jejích vrozených i zkušenostmi získaných mateřských a lidských schopností (Cajthamlová, 2017, s. 228 - 229). Samozřejmě jsou i ženy, které tento impuls nevyhledávají a necítí potřebu být matkami, a přesto osobnostně vyvíjejí.

2.5 Edukace v oblasti sexuality u lidí s duševním onemocněním

Dle Venglářové a Eisnera (2013, s. 18) „*je sexualita více než jiné potřeby člověka tabuizována.*“ Tuto myšlenku přebírá a rozvádí i Žourková (s. 417 In Weiss a kol., 2010), která tvrdí, že „*psychické onemocnění s sebou stále ještě nese stigma, a tak se na problémech v navazování intimních vztahů podílí i negativní postoje společnosti.*“

U lidí s duševním onemocněním se relativně často setkáváme s problémem jejich sexuality, může se jednat o stránku **kvantitativní** (sexuální dysfunkce), kdy se na etiologii podílí onemocnění samotné a jeho léčba a z ní vyplývající nežádoucí účinky, které často postihují i sexuální oblast, tak **kvalitativní** (poruchy sexuální identifikace a preference), kdy může být sexualita shrnuta do základní psychopatologie klinického obrazu. S nástupem nových psychofarmak se psychiatrie začala více zajímat o sexuální život svých pacientů a začala hledat způsoby, jak jej zkvalitnit a předcházet tak nežádoucím účinkům léčby a dostala se do popředí rovněž i otázka kvality života pacientů (Žourková, s. 417 In Weiss a kol., 2010). Obecně lze říci, že osobnost nemocného jedince může být rozdílná dlouho před propuknutím onemocnění, může se objevit snížený zájem o sexuální život, neprožívání běžného vývoje vztahů. Dále ohrožuje jedince vznik sociální izolace, kdy okruh lidí mnohdy tvoří jedinec rodina, dalším faktorem, který má špatný vliv na sexualitu je dlouhodobá hospitalizace v psychiatrické nemocnici, pokud má jedinec partnera, nemůže s ním často být o samotě celé týdny či měsíce. Dlouhodobou hospitalizací v psychiatrických nemocnicích dochází k frustraci základních lidských potřeb – zejména chybí důvěrný kontakt, intimita, kterou může jedinec sdílet s druhou osobou, sociální izolace a ztráta soukromí. A tak se stává, že sexuální potřeby jsou plněny náhradním způsobem (např. zubním kartáčkem atd.) (Venglářová a Eisner, 2013, s. 190 – 191, 193 – 194, 196).

Nyní se budeme krátce věnovat doporučeným postupům, jak zvládat různé problémy v sexuálním životě lidí s duševním onemocněním. Můžeme je rozčlenit na dvě základní

oblasti problémů. První z nich jsou **problémy, které prožívá nemocný sám**. Do této skupiny můžeme zařadit dospívání, které je ovlivněno prvními projevy nemoci, strádání v oblasti sociálních kontaktů, narušená percepce sebe, snížené sebevědomí a sociální handicap, který ztěžuje navazování vztahů. Druhou kategorií je **problematické chování, které narušuje vztahy s okolím, působí nevhodně** atd. Máme možnost zvolit vhodnou strategii k jejich omezení či odstranění, ale i zde platí, že ne veškeré problémy je možno odstranit, ale zpravidla se snažíme aspoň o zmírnění, aby co nejméně zatěžovaly nemocného či jeho okolí (Venglářová a Eisner, 2013, s. 195 - 196).

I když během naší praxe v psychiatrické nemocnici jsme byly svědkem, jak pacientka s návštěvou byla „přistižena“ při sexuálním styku na chodbě oddělení, která bohužel slouží i jako návštěvní místnost (z kapacitních důvodů zařízení nelze vybudovat izolovanou návštěvní místnost), toto „přistižení“ komentovala slovy, „že mu musela dát, jinak by šel za jinou.“ Tento jev Venglářová a Eisner (2013, s. 196) popisují jako ztrátu intimity při dlouhodobé hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Je zde potřeba soukromí, místa, kde může být člověk ať už psychicky nebo fyzicky sám, protože člověk při hospitalizaci zažívá narušení intimity, jsou mu odebrány většiny jeho osobních věci, o které by se mohl zranit, či zranit ostatní pacienty, je soustavně sledován a nemůže se pohybovat sám.

Taktéž soukromí pro kontakt s partnerem či partnerkou není v rámci psychiatrického zařízení skoro dosažitelné. Někdo může za intimní považovat i důvěrný hovor, doteky apod. Zřizování intimních místností výrazně zdokonaluje možnosti nemocných a tím i kvalitu jejich intimního života (Venglářová a Eisner, 2013, s. 196). Bohužel z technických a stavebních možností jednotlivých zařízení toto není možné vyřešit.

Jako další příklad z naší praxe můžeme uvést to, že pacientka, která trpí od mládí závažnou duševní poruchou z okruhu psychóz, se chová nevhodně vůči personálu, „plácá je po zadku“, má nevhodné průpovídky a sexuální narážky, dokonce ji nesvědčí ani pobyt na koedukovaném oddělení psychiatrické nemocnice, tyto výroky totiž reprodukuje mužům, kteří s ní toto nesdílí. Tento fenomén Venglářová a Eisner (2013, s. 198 - 199) charakterizují jako sexuální nezdrženlivost, která je náročná jak pro pracovníky nemocnice, tak pro příbuzné pacienta. Nezdrženlivost v projevech sexuálních potřeb pozorujeme více u nemocných s chronickým onemocněním, kdy defekty osobnosti u těžkých chronických forem psychóz směřují ke ztrátě bariér a následně nevhodnému chování.

3 SYSTÉM PÉČE O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Psychiatrická i jiná péče musí respektovat důstojnost člověka. Současně slouží k ochraně jeho práv (Praško a Hunková, s. 325 In Praško a kol., 2011). Cílem jakékoliv péče je poskytnout jedinci komplexní nabídku návazných služeb, který by mohl využívat. V praxi se setkáváme i s tím, že jedinec nechce tyto služby využívat.

Každoročně je 10. říjen mezinárodním dnem duševního zdraví. Po celé České republice tak probíhají osvětové akce a preventivní programy. Každý ročník je konkrétně zaměřen na nějakou oblast z duševního zdraví.

3.1 Sociální práce

Sociální práce neboli social work je „*společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci*“ (Matoušek, 2016, s. 200 – 201).

Sociální pracovník může s duševně nemocnými pracovat v institucích, jako jsou psychiatrická nemocnice, psychiatrická oddělení nemocnic, dále také v domovech pro osoby se zdravotním postižením či v domovech se zvláštním režimem, v terapeutických komunitách, v komunitních zařízeních (krizová centra, denní centra) anebo jsou duševně nemocní jeho klienty v jiných službách. V těchto zařízeních se setkáváme s jedinci, kteří jsou dlouhodobě duševně nemocní. Abychom mohli tento pojem aplikovat, musíme si přesně vydefinovat. Dlouhodobě duševně nemocní jsou osoby, které trpí vážnou duševní poruchou nebo jiným onemocněním, které stojí za tím, že má jedinec sníženou funkční kapacitu nebo ovlivňuje tři a více z následujících základních aspektů denního života: osobní hygienu a sebeobsluhu, směřování (cíle), mezilidské vztahy, sociální operace, učení a rekreaci, ekonomickou soběstačnost (Probstová, s. 135 – 136 In Matoušek, 2005).

Předpokladem k práci s lidmi s duševním onemocněním je základní znalost nejen psychopatologie těchto nemocí, ale i jejich dynamiky a terapeutických intervencí, rovněž znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu konkrétního zařízení (Probstová, s. 136 In Matoušek, 2005).

Sociální pracovníci podporují jednotlivce, rodiny, skupiny a komunity, aby dosáhli způsobilosti k sociálnímu uplatnění. V náplni práce sociálního pracovníka je poskytování sociálně právního poradenství, napomáhání resocializaci pacienta, spolupráce s jeho rodinou

a s ostatními odborníky, institucemi a spolupracuje s multidisciplinárním týmem (Nováková, s. 150 In Marková a kol., 2006). Sociální pracovník v psychiatrických nemocnicích uskutečňuje u nově přijatých pacientů základní sociální šetření, mnohdy poskytuje sociálně-právní poradenství a pomáhá řešit problémy v oblasti bydlení, finančního zabezpečení, zaměstnání, zprostředkování kontaktů s úřady a návaznými sociálními službami (Matoušek, 2013, s. 426).

Nyní přejdeme k jednotlivým charakteristikám základních činností sociálního pracovníka. **Anamnestická šetření**, kdy sociální pracovník vede rozhovor s pacientem a zjišťuje primární údaje o jeho zaměstnání, bytových podmínkách, příbuzných, společně se domlouvají na možnosti pomoci a spolupráce. Sociální pracovník také spolupracuje s rodinou, s oddělením sociálně právní ochrany dětí, se soudy a s dalšími institucemi (Nováková, s. 150 – 152 In Marková a kol., 2006).

Uplatňování nároků plynoucích ze sociálního zabezpečení. Do této agendy náleží např. pomoc s žádostí o invalidní důchod, vystavování průkazu pracovní neschopnosti a zjišťuje od lékaře vypsání potřebných tiskopisů. Sociální pracovník je také nápomocný při řešení zpětně uznání pracovní neschopnosti a hlídá uplynutí podpůrčí doby (tj. doba, po kterou má pacient nárok na výplatu nemocenských dávek), také pomáhá s vyplněním žádostí do ústavů sociální péče nebo do léčeben dlouhodobě nemocných, komunikuje s ostatními institucemi a zařízeními, které jsou pacientovi nápomocny při návratu do běžného života (Nováková, s. 150 – 152 In Marková a kol., 2006).

V oblasti **finančních prostředků** může sociální pracovník zajistit placení opakujících se plateb, vystavuje příkazy k přeposlání peněz z osobního účtu pacienta do nemocnice anebo po domluvě s pacienty zajišťuje jejich osobní nákupy (Nováková, s. 150 – 152 In Marková a kol., 2006).

Následující okruh se týká **právní pomoci**, kdy sociální pracovník se účastní s pacientem soudního řízení, po domluvě s lékařem sepisuje podnět na omezení svéprávnosti, spolupracuje s opatrovníky a pomáhá pacientům sepisovat odvolání proti soudním či jiným rozhodnutím. Do další oblasti náplně práce sociálního pracovníka může shrnout nákupy ošacení, zajištění dalších pomůcek, o všech uskutečněných úkonech vede dokumentaci v sociální kartě pacienta. Tuto část autorka nazývá jako **další péče**. Veškeré úkony, které sociální pracovník provádí po dojednání s pacientem, s jeho souhlasem, eventuálně se souhlasem opatrovníka (Nováková, s. 150 – 152 In Marková a kol., 2006).

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je složitá a náročná. Na sociálního pracovníka klade velké nároky v oblasti komunikace, kvalitu vztahu a přístupu. Je nezbytné orientovat se v základní psychopatologii duševních nemocí a při jednání s klientem brát toto v úvahu. Z praxe se potvrzuje, že se ke klientům, pacientům chováme přirozeně, s respektem a zájmem. Jestliže klient cítí, že o něj máme zájem, že mu nasloucháme, vnímáme jeho prožívání, zřídka uděláme v komunikaci chybu (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 126).

Při komunikaci s jedincem s psychotickým onemocněním je vhodnější lépe vážit slova, počítat s tím, že pacient může být zvýšeně vztahovačný a že některá sdělení mohou být zdrojem tenze a nedorozumění. Současně komunikaci může komplikovat i sluchové halucinace. Musíme se přizpůsobit jeho možnostem a projevům. Jinak vedeme rozhovor se stabilizovaným, adaptovaným pacientem a jinak s pacientem, který je v akutní atace nebo je u něj již přítomný postpsychotický defekt osobnosti (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 126 - 128). S takovým pacientem se na ničem nedomluvíme ani neshodneme. Musíme tedy vyčkat, až začne působit medikace a postupně zjišťovat informace a řešit sociální situaci nemocného.

V sociální práci s lidmi s duševním onemocněním je potřeba brát v zřetel též mnohdy sníženou vůli a snahu řešit různé životní situace. Někdy jsem netrpělivý, protože jsou pomalí, líní, nedůslední, zapomínají atd. Důsledkem nemoci jsou u nich omezeny i běžné činnosti (jako péče o sebe, strava, hygiena), často je to i díky dlouhodobé hospitalizaci (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 128).

3.2 Organizace péče o lidi s duševním onemocněním

Psychiatrická péče je prováděna prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě služeb. Péče o duševní zdraví je poskytována v ČR v rozdílných podobách. Cílem je poskytovat kvalitní péči v psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické a sociální oblasti a co nejvíce podpořit schopnosti pacienta, aby se co nejlépe vypořádal se svými obtížemi v jeho přirozeném prostředí (Petr, 2014, s. 43; Marková, 2006, s. 38; Hoskovcová, 2009, s. 53). Systém péče o lidi s duševním onemocněním je možné rozdělit na péči:

- intramurální – je péče institucionální (např. psychiatrické nemocnice, kliniky nebo oddělení),

- extramurální – je mimo zdravotnické zařízení (např. podporované bydlení, sociální rehabilitace, denní centra),
- semimurální – je na hranici mezi výše jmenovanými (např. ambulantní psychiatri) (Hoskocová, 2009, s. 51).

Celosvětovým trendem je posilování ambulantní a komplementární péče. Snahou je snížit počet psychiatrických lůžek a vytvořit podpůrné funkční sítě psychiatricko-psychologicko-sociální péče (Orel a kol., 2016, s. 25).

3.2.1 Ambulantní péče

Základním článkem psychiatrické péče je ambulantní péče, která je zpravidla místem prvního kontaktu pacientka s psychiatrickou péčí. Ambulantní péče také zajišťuje péči o pacienty v ochranné ambulantní léčbě. Jejím hlavním úkolem je prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace, resocializace a posuzování duševních poruch. Kromě psychiatrických ambulancí pro dospělé existují rovněž specializované ambulance (ordinace pro prevenci a léčbu závislostí, gerontopsychiatrická ambulance, substituční centra, psychiatrické ambulance pro děti a dorost, ambulance psychiatrické sexuologie, pro poruchy příjmu potravy, ambulance klinického psychologa). Psychiatrické ambulance se vyskytují nejen samostatně, ale v každém případě jsou součástí psychiatrických klinik, psychiatrických nemocnic či psychiatrických oddělení nemocnic (Juříčková a kol., 2014, s. 49; Marková, 2006, s. 38 – 39; Orel a kol., 2016, s. 24).

Důležitou roli hraje v ambulantní psychiatrické péči kontakt a vztah ambulantního psychiatra a pacienta. Ambulantní psychiatr se tak zastává roli koordinátora pacientovy péče, je jeho průvodcem v systému psychiatrických služeb i následných zdravotně-sociálních služeb. Pokud je ambulantní léčba nedostačující, indikuje ambulantní psychiatr léčbu na lůžkovém oddělení, avšak množství psychických poruch a stavů nevyžaduje hospitalizaci, ale vystačí si s ambulantní léčbou (Juříčková a kol., 2014, s. 49; Marková, 2006, s. 38 – 39; Petr, 2014, s. 43; Orel a kol., 2016, s. 24).

3.2.2 Ústavní péče

Ústavní neboli lůžková péče se rozděluje na akutní a následnou. Akutní péči by měly poskytovat psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a následná péče v psychiatrických nemocnicích. Obecně do této skupiny zahrnujeme psychiatrické nemocnice, psychiatrické

kliniky a psychiatrické oddělení v rámci nemocnice (Matoušek, 2013, s. 424; Petr, 2014, s. 43).

Akutní lůžková péče je taková, která je poskytována okamžitě po vzniku či zhoršení psychické poruchy. Poskytovatelé této péče musí být schopni přijmout pacienta s jakoukoliv psychopatií a musí provést nezbytná vyšetření, diagnostikovat a adekvátně léčit, a proto musí být zajištěna dostupnost laboratorních a zobrazovacích metod. Cílem akutní psychiatrické péče je včasné zajištění komplexní diagnostiky, kdy se nastaví vhodná léčba a zajistí náležitá návazná péče, která spočívá v tom, že se pacient předá do ambulantní psychiatrické péče, nebo se zabezpečí překlad na lůžka následné péče (Petr, 2014, s. 44).

Následná lůžková péče je určena pro nemocné, u kterých byl ukončen proces diagnostiky a nastavená vhodná terapie, avšak přítomné projevy psychopatie ještě jedince omezují a nemůže být propuštěn do domácího ošetřování ani s podporou komunitních služeb či zařízení sociální péče (Petr, 2014, s. 44).

Lůžková péče specializovaná se zaměřuje na určitou diagnózu, věk či způsob léčby, např. léčba poruch příjmu potravy, léčba závislostí či psychoterapeuticky zaměřená léčba (Petr, 2014, s. 44).

Psychiatrická nemocnice je zdravotnická pobytová instituce, která poskytuje akutní a dlouhodobou následnou lůžkovou péči lidem s duševním onemocněním, klade důraz na správnou diagnostiku a komplexní léčbu. Zároveň supluje úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde tyto oddělení nejsou zřízena. Dříve se používal termín psychiatrická léčebna, postupem času se od této terminologie upouští. Průměrná ošetrovací doba se pohybuje okolo 85 dní (Matoušek, 2013, s. 424, Petr, 2014, s. 44).

Psychiatrické nemocnice poskytují především dlouhodobou léčbu a rehabilitaci osob s duševní poruchou všech věkových kategorií, tzn. jsou specializovány na dětskou a dospělou populaci. Do psychiatrické nemocnice mohou být jedinci přijati dobrovolně nebo nedobrovolně. Pokud se jedná o nedobrovolnou hospitalizaci, tj. bez souhlasu pacienta, rozhoduje o umístění do zařízení příslušný soud, také se zde uskutečňuje ústavní ochranné léčení. Hospitalizují se rovněž z nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů k vyšetření duševního stavu pro soudně-posudkové důvody. V psychiatrických nemocnicích pracují psychiatři a další lékaři se specializací, kliničtí psychologové, všeobecné sestry a ostatní ošetrovatelský personál, zdravotně-sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a jiní odborní pracovníci (Marková, 2006, s. 42 – 43; Juříčková a kol., 2014, s. 52).

Současná tendence psychiatrických nemocnic je, že se snaží změnit pohled společnosti na tyto zařízení. Již neplatí, že jsou to velká, uzavřená, autoritářsky vedená, medicínsky orientovaná zařízení. Nabízejí pacientům širokou škálu programů, které je mají aktivizovat (práce v zahradnictví, v dílnách), posílit jejich dovednosti (návčik sociálních dovedností, návčik vaření), vystavit je novým podnětům a nabídnout jim možnost sebevyjádření (hraní divadla, výtvarné techniky, muzikoterapie), poskytnout jim a jejich příbuzným informace o duševních nemocech (edukační programy), umožnit zpracování zážitků i plánů (skupinová a individuální psychoterapie). Rovněž poskytují spirituální péči (včetně bohoslužeb a pastoračního poradenství). Některé psychiatrické nemocnice dokonce organizují akce pro veřejnost anebo pacienti vyjíždí mimo nemocnice, kde reprezentují zařízení (Matoušek, 2013, s. 426).

V Psychiatrické nemocnici v Kroměříži mají pacienti možnost využívat nabídku činnosti terapie, kde dle svého vlastního výběru mohou navštěvovat šicí, dřevařské, košíkářské dílny, také aranžování a vazby suchých květín či pletení, výtvarné činnosti a keramické tvorby. V rámci nemocnice existuje arteterapeutický ateliér, kde je poskytovaná individuální a skupinová arteterapeutická péče. A následně je uskutečňována vernisáž, kde je tvorba vystavena. Návčik praktických dovedností se provádí v tzv. LVS, což je program „Léčebné výchovy k samostatnosti“, kde se pacienti např. učí vařit, navštěvují úřady a státní instituce. Dále svůj volný čas mohou pacienti trávit v „Klubu pacientů“, kde je možnost si zahrát společenské hry, je zde volný přístup k internetu, je zde i knihovna. Pro příbuzné pacientů se několikrát do roka uskutečňuje naučný program PREDUKA – „Preventivně edukační program proti relapsu psychózy“. Tento celodenní program vede dvojice klinických psychologů. Dopoledne je společná část, jak pro pacienty, tak příbuzné, odpoledne se setkají pouze příbuzní a psychologové jim odpovídají na konkrétní dotazy. Pokud je zájem, může se Preduky zúčastnit i široká veřejnost. Zejména projevují zájem sociální pracovníci na městských úřadech.

V roce 2016 bylo v ČR 21 psychiatrických nemocnic, z toho tři pro děti (230 lůžek) a 18 pro dospělé (8 741). Naproti tomu Matoušek k počtu psychiatrických nemocnic využívá statistiku v roce 2010, kde bylo v evidenci 20 psychiatrických nemocnic, a z toho 3 byly pro dětské pacienty (260 lůžek) a 17 pro dospělé (9 058 lůžek). Z jednoduché statistiky nám vyplývá, že se počet lůžek v psychiatrických nemocnicích snižuje, dle trendu Evropské unie (ÚZIS, 2016, s. 15; Matoušek, 2013, s. 425).

Psychiatrická oddělení jsou součástí všeobecných nemocnic. Jejich úkolem je poskytnutí akutní psychiatrické péče, tzn. péče, která je nutná k provedení celkové diagnostiky a nastavení správné léčby k rychlé stabilizaci zdravotního stavu. Průměrná doba hospitalizace je asi 20 dní. Specifickým typem psychiatrických oddělení jsou psychiatrická oddělení při fakultních nemocnicích, protože mají statut kliniky a úzce spolupracují s lékařskými fakultami. Nazývají se **psychiatrické kliniky**. Zabývají se výukou vysokoškolských studentů a postgraduální výchovou, také se zde zabývají výzkumnou činností (Petr, 2014, s. 44 - 45).

3.2.3 Komunitní péče

Termín komunitní péče souvisí s pojmem **komunita** (z latinského *communitas* - společenství, společnost, společné soužití). Sociologové definují komunitu jako soubor osob, které žijí v určitém ohraničeném prostoru, kde vykonávají každodenní činnosti. Z psychologického hlediska je komunita typ organizace, kde jsou zrušeny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, což vede k lepší komunikaci a spolupráci. V evropské souvislosti je komunita chápána jako prostředí, ve kterém může bytost získat emocionální podporu, ocenění a taktéž praktickou pomoc (Foitová, s. 210 In Pěč a kol., 2009).

Komunitní péče je opakem ústavní péče. Komunitní péče je trendem posledních desítek let a využívá se nejen u lidí s duševním onemocněním, ale také u jedinců se zdravotním postižením či seniory (Probstová a Pěč, 2014, s. 184).

U lidí s duševním onemocněním se často využívá slovního spojení **terapeutická komunita**, což je uměle vytvořené společenství k léčebnému účelu. Terapeutické komunity se především využívají z oblasti léčby drogových závislosti, poruch osobnosti a psychóz (Foitová, s. 210 In Pěč a kol., 2009). Existují také terapeutické komunity pro lidi s duálními diagnózami, což je např. psychotické onemocnění a užívání návykových látek.

Jako **komunitní péče** je nazýván systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově a organizačně seřazen tak, aby byl schopen pomoci i lidem s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, respektive co nejspokojivějším způsobem, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Můžeme říct, že komunitní péče znamená poskytovat intervence a podporu na náležité úrovni, ve správné podobě a ve správný čas. Pomáhá k tomu, aby pacient dosáhl co největší úrovně soběstačnosti a kontroly nad svým životem. Můžeme tedy říct, že jde o systém služeb, odborné pomoci a podpory, a to nejen konkrétnímu pacientovi, ale i jeho

okolí. Nezbytným předpokladem je také připravit ve společnosti podmínky pro větší toleranci, respekt a solidaritu vůči jedincům, kteří se odlišují svým zjevem, chováním, eventuálně zvyky a rituály. Nemůžeme se domnívat, že dosažení takového stavu je krátkodobá záležitost, jde o dlouhodobý, nesnadný a náročný proces, ve kterém jsou zainteresováni, jak představitelé poskytovaných služeb, tak sami uživatelé (Foitová, s. 211 In Pěč a kol., 2009; Kříčka, s. 158 In Marková a kol., 2006; Petr, s. 45 In Petr a kol., 2014). Komunitní služby v současnosti v České republice převážně nabízejí nestátní neziskové organizace (Matoušek, 2013, s. 426).

Komunitní péče přesahuje obvyklé dělení péče na sociální a zdravotní, je postavena na jejich úzkém propojení. Má za to, že je v silách přirozeného společenství napomoci vážně zdravotně oslabeným lidem vést život podle jejich představ, tedy zůstat v přirozeném prostředí a zachovat si kvalitu života na srovnatelné úrovni se zdravým obyvatelstvem. Znamená rovněž možnost léčit se v přirozeném prostředí a žít produktivní život, který rozvíjí schopnosti nemocného jedince. Sociální vyčlenění (neboli exkluze) vede jedince k poklesu sebevědomí, pocitu ztráty možnosti ovlivnit kladně svůj život a tedy i k rezignaci na léčbu a vlastní aktivitu. Takové jednání se vyskytuje tehdy, pokud je osoba hospitalizovaná ve vzdálené psychiatrické nemocnici. Opakem sociálního vyčlenění je sociální začlenění (inkluzí) a jedná se o podporu, která snižuje stigmatizaci a posiluje běžné sociální vazby pacientů (Foitová, s. 212 In Pěč a kol., 2009; Petr, s. 45 In Petr a kol., 2014).

V rámci cílové skupiny lidí s duševním onemocněním mohou z programů komunitní péče těžit zejména osoby s dlouhodobým a vážným duševním onemocněním, především se jedná o lidi s onemocněním schizofrenního okruhu, afektivními poruchami, některými poruchami osobnosti, duálními diagnózami či chronifikovanými neurotickými poruchami (úzkostnými, obsedantně kompulzivními). Dřívější služby selhávaly v péči o těžší chronické pacienty, především s psychickými diagnózami. Služby mají všeobecně sklon věnovat více péče pacientům, kteří aktivně spolupracují. Samozřejmě při plánování komunitní péče nesmíme opomenout názor samotných pacientů, respektive uživatelů služeb. Musíme se ptát na to, co sami potřebují, co si přejí a co jim prospívá, aby představa o spolupráci byla efektivní a prospěšná oběma stranám. Takové jednání je jedním z charakteristických rysů komunitní péče (Foitová, s. 214, 219 In Pěč a kol., 2009).

Přes třicet let se vyvíjí podoba komunitně zakotvených služeb o duševně nemocné. Nyní je trendem v Evropské unii snižovat počet lůžek v psychiatrických nemocnicích a přechod na tzv. komunitní péči, která má dát možnost nemocným žít v podmínkách běžného života,

což zahrnuje systém léčby od denních stacionářů, přes krizová centra po podporu bydlení či zaměstnání. Tento proces se nazývá deinstitucionalizace a Česká republika se k němu zavázala podpisem dokumentů Evropské unie (např. Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Evropské komise). Od poloviny 20. století je tento proces preferován v řadě vyspělých zemí. I přes veškerou snahu je organizací, které poskytují tuto komunitní péči v České republice, nedostatek, a proto je většina pacientů dlouhodobě hospitalizovaná v psychiatrických nemocnicích (Foitová, s. 211 In Pěč a kol., 2009; Matoušek, 2013, s. 425; Probstová a Pěč, 2014, s. 185). Na tuto situaci také upozorňuje Petr (2014, s. 45), který tvrdí, že stávající síť komunitních služeb je neuspokojivá a jako problém vidí neprovázanost služeb a jejich reciproční spolupráci.

Kvalitní komunitní péče má také v sobě zahrnovat prevenci stigmatizace duševně nemocných. V tomto smyslu je stigma bráno jako předsudek, že duševně nemocní jsou jako skupina nežádoucí, že je zapotřebí se jich bát či se jim vyhýbat. Nemocní si často stigma zvnitřňují a snaží se vyrovnat s ním tak, že se stahují a separují od společnosti (Probstová, s. 134 In Matoušek, 2005).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

V minulosti jsme se setkávali s předsudkem, že lidé s duševním onemocněním nemají sexuální potřeby a pokud ano, po nástupu nemoci se dají odložit. Avšak potom nastává problém s jejich kvalitou života, protože jednou z oblastí je i oblast vztahů, intimního života a možností mateřství.

V teoretické části jsme definovali pojmy sexualita a mateřství, sexuální výchova, duševní onemocnění a systém péče o tyto lidi. V praktické části navážeme na část teoretickou. Budeme se zabírat sexualitou a potenciálním mateřstvím u žen s duševním onemocněním s akcentem na edukaci v uvedených oblastech.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit pohled žen s duševním onemocněním na jejich edukaci v oblasti sexuality a potenciálního mateřství a způsob uspokojování jejich potřeb v této oblasti.

4.2 Vymezení výzkumných otázek

Vycházejíce z cíle jsme se zaměřili na způsob edukace žen s duševním onemocněním v oblasti sexuality a možného mateřství. Také nás zajímalo, zda jsou si ženy vědomy nějaké genetické predispozice k dědičnosti jejich nemoci.

Hlavní výzkumná otázka:

Jakým způsobem byly ženy edukovány v oblasti sexuality a mateřství?

Díličí výzkumné otázky

1. Kdo a jakým způsobem edukoval ženy s duševním onemocněním v oblasti sexuality a mateřství?
2. Nastala změna v edukaci žen po první atace jejich nemoci?
3. Co ženy s duševním onemocněním ovlivnilo ve volbě mít nebo nemít děti?
4. Uvědomují si ženy s duševním onemocněním možné komplikace a zdravotní dopad na jejich dítě (např. pravděpodobný genetický přenos na dítě)?

4.3 Metodologie výzkumu

Vzhledem k tomu, že chceme zjistit, jak ženy s duševním onemocněním byly edukovány v oblasti sexuality a mateřství, rozhodli jsme se využít metodu kvalitativního výzkumu.

Dle Strausse a Corbinové (1999. s. 10) „*termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.*“ Výzkumník vytváří komplexní celostní obraz, analyzuje různé texty a provádí zkoumání v přirozených podmínkách (Hendl, 2016. s. 46).

Pro výzkumné šetření jsme zvolili kvalitativní metodu individuálního rozhovoru (neboli interview), kdy tazatel pokládá otázky participantovi a získává jeho odpovědi a tím shromažďuje data (Hendl a Remr, 2017, s. 83 – 84). Konkrétně jsme využili polostrukturovaný rozhovor, který vyžaduje náročnější technickou přípravu, protože vytváříme pouze schéma, kterým specifikuje okruhy otázek. Pořadí otázek se může měnit a klademe různé doplňující otázky, abychom co nejvíce naplnily informacemi definované výzkumné otázky. Předností tohoto druhu interview je jeho kreativita (Kutnohorská, 2009, s. 40).

Výsledkem praktické části jsou případové studie (neboli kazuistiky). Uplatnění tohoto postupu nacházíme v mnoha disciplínách (např. sociálních vědách, v pedagogice, v medicíně). Především shromažďuje data z mnoha jiných zdrojů. Při tvorbě jednotlivých kazuistik jsme tedy kromě rozhovorů také vycházeli z informací ze zdravotní dokumentace, záznamů sociálních pracovníků a z psychologických vyšetření. Jde zde o zachycení složitosti případu a popis vztahů v jejich celistvosti. Realizace případové studie vyžaduje specifické dovednosti a přípravu (Hendl, 2016, s. 102; Hendl a Remr, 2017, s. 201 - 202).

4.4 Výzkumný soubor

U kazuistiky se vždy jedná o záměrnou volbu, protože námi oslovený objekt musí splňovat atributy, které chceme pozorovat (Kutnohorská, 2009, s. 76). Z toho důvodu jsme zvolili účelový výběr, který je v kvalitativním výzkumu nejvíce využíván.

Pro výzkum jsme zvolili 10 žen s duševním onemocněním. Dále byly ženy rozděleny na dvě hlavní skupiny. První tvořily ženy, které mají diagnostikovanou duševní poruchu a mají děti. Druhou zastupovaly ženy, které rovněž mají diagnostikovanou duševní nemoc, ale rozhodly se, že děti mít nebudou. Participantky byly ve věkovém rozmezí od 25 let do 50 let. Vybrané ženy byly aktuálně hospitalizované v psychiatrickém zařízení, které poskytuje lůžkovou péči. Pro jednodušší představu uvádíme následující tabulku.

Tabulka č. 1: Základní informace o participantkách (vlastní zpracování)

Participantka	Věk	Vzdělání	Stav	Příjem	Děti
Anežka	45	SŠ s maturitou	vdaná, ale s manželem nežije	ID/III. st. + nem. dávky, PnD	2
Božena	25	SŠ s maturitou	svobodná	ID/I. st. + PnŽ, DnB	1
Cecilie	43	SOU	svobodná	ID/III. st.	bezdětná
Dagmar	36	základní	svobodná	Dávky HN	2
Emílie	36	gymnázium	svobodná	ID/III. st.	1
Filoména	38	gymnázium	svobodná	ID/III. st.	bezdětná
Gita	49	gymnázium	svobodná	ID/III. st.	bezdětná
Hedvika	37	vysoká škola	vdaná	nem. dávky	1
Charlota	45	SOU	svobodná	ID/III. st.	bezdětná
Izabela	50	gymnázium	svobodná	ID/III. st.	bezdětná

4.5 Průběh výzkumu

Realizace výzkumné části probíhala v rozmezí března – dubna 2018. Začátkem měsíce března jsme si vytipovali vhodné participantky do polostrukturovaného rozhovoru, které jsme osobně oslovili. Stalo se nám, že některé ženy odmítly spolupráci na tomto výzkumu, většinou po sdělení zprávy, že se bude interview nahrávat.

Participantky byly vybrány záměrně, protože pracovní vztah se vyvíjí postupně. Některé jsme museli dokonce oslovovat opakovaně. Vytvoření důvěry mezi pacientkou a sociální pracovnící je totiž dlouhodobý proces. Pacientky bývají z počátku k personálu psychiatrické nemocnice nedůvěřivé. Vybírali jsme si participantky, které byly v psychiatrické nemocnici hospitalizovány opakovaně a se kterými si sociální pracovník vytvořil hlubší pracovní vztah.

Rozhovory probíhaly v kanceláři sociální pracovníce, kde byl přítomný jeden výzkumník a participantka, které bylo nabídnuto občerstvení. Všechny ženy byly seznámeny s tím, že

rozhovor je anonymní, bude se nahrávat, při zpracování budou změněna jména a případně další údaje, na základě kterých by mohlo dojít k identifikaci participantky. Pouze přítomný výzkumník, bude vědět, o koho se jedná.

Scénář připraveného polostrukturovaného rozhovoru se mírně lišil, podle toho, s jakou participantkou jsme ho uskutečňovali.

Varianta otázek pro skupinu participantek s duševním onemocněním, které mají děti:

1. Kde a s kým jste probíraly sexualitu a téma rodičovství (doma, ve škole, u lékaře, s kamarádkami, informace z internetu apod.)? Jaké informace jste se dozvěděly?
2. V kolika letech jste byla poprvé hospitalizovaná na oddělení psychiatrické nemocnice?
3. Myslíte si, že jsou potřeby lidí s duševním onemocněním specifické?
4. Existují podle Vás nějaké překážky v realizaci sexuality? Jestli ano, jaké?
5. Když Vám byla diagnostikována duševní nemoc, napadlo Vás, že by to mohlo ovlivnit i Vaše potencionální mateřství?
6. Probírali jste s ambulantním lékařem, psychiatrem, gynekologem (nebo někým jiným) možnost mít děti s ohledem na Vaši nemoc?
7. Neměla jste obavu, že by Vaše dítě mohlo zdědit Vaši nemoc?
8. Plánovala jste mateřství?
9. Jakou roli sehrává otec dítěte v péči o dítě?
10. Bylo pro Vás těžké skloubit péči o dítě s Vaší nemocí, resp. s hospitalizací v psychiatrické nemocnici?
11. Vnímáte duševní nemoc jako nějaký handicap či omezení při péči o dítě?

Varianta otázek pro skupinu participantek s duševním onemocněním, které se rozhodly, že děti mít nebudou, respektive už je ani mít nemůžou:

1. Kde a s kým jste probíraly sexualitu a téma rodičovství (doma, ve škole, u lékaře, s kamarádkami, informace z internetu apod.)? Jaké informace jste se dozvěděly?
2. V kolika letech jste byla poprvé hospitalizovaná na oddělení psychiatrické nemocnice?
3. Myslíte, že jsou potřeby lidí s duševním onemocněním specifické?
4. Existují podle Vás nějaké překážky v realizaci sexuality? Jestli ano, jaké?

5. Když Vám byla diagnostikovaná duševní nemoc, napadlo Vás, že by to mohlo ovlivnit i Vaše potencionální mateřství?
6. Probírali jste s ambulantním lékařem, psychiatrem, gynekologem (nebo někým jiným) možnost mít děti s ohledem na Vaši nemoc?
7. Neměla jste obavu, že by Vaše dítě mohlo zdědit Vaši nemoc?
8. Plánovala jste mateřství?
9. Z jakého důvodu jste se rozhodla nemít děti?
10. Myslíte, že by pro Vás bylo těžké skloubit péči o dítě s Vaší nemocí, resp. s hospitalizací v psychiatrické nemocnici?
11. Vnímáte duševní nemoc jako nějaký handicap či omezení při péči o dítě?

Transkripce všech interview není z důvodu zachování plné anonymity uvedena příloze předkládané diplomové práce, ale je uchována u autorů.

4.6 Kazuistiky

V předcházejícím textu jsme se orientovali na popis výzkumného problému, specifikaci výzkumného souboru.

Následující podkapitola je zaměřena na představení deseti participantek. Jak jsme již vzpomínali, na základě rozhovorů a analýzou materiálů jsme vytvořili kazuistiky zaměřené na konkrétní participantku, kde je popisována její osobní, rodinná, zdravotní, sociální anamnéza a edukace.

Paní Anežka

Osobní anamnéza

Jedná se o pětáctyřicetiletou vdanou ženu, která s manželem nežije, nerozvedli se, manžel má dluhy z podnikání. Paní Anežka má vystudovanou střední školu s maturitou, také začala studovat vysokou školu, kterou nedokončila. Pracovala většinou jako prodavačka, poštovní doručovatelka, byla také evidovaná na Úřadu práce. Později ji byl přiznán invalidní důchod, při kterém si brigádně přivydělává.

Z manželství má dvě děti, které rodila císařským řezem. Děti navštěvují základní školu, po odchodu manžela je má ve své péči, během hospitalizace se o ně starají její rodiče, z manželovy strany není zájem.

Rodinná anamnéza

Matka žije, je ve starobním důchodu, přivydělává si, nyní se Anežka s maminkou vídá, ale bylo období, kdy spolu v kontaktu nebyly. Otec také žije, má 2. stupeň invalidního důchodu, ale do zaměstnání chodí.

Anežka je nejstarší ze tří sourozenců. S bratrem není moc v kontaktu, nepracuje, má podanou žádost o invalidní důchod, v mládí užíval psychoaktivní látky, její sestra se také ambulantně léčí na psychiatrii.

U otce Anežky je pozitivní rodinná psychiatrická zátěž. Sama se obává, že její děti můžou duševní nemoc také zdědit, jako ona. Všichni sourozenci z otcovy strany, kromě jednoho se léčili na psychiatrii. Dědeček z otcovy strany, dokončil sebevraždu.

Zdravotní anamnéza

Paní Anežka byla poprvé hospitalizovaná v devatenácti letech, na otevřeném oddělení psychiatrické nemocnice, po sebevražedném pokusu léky. Její diagnóza spadá do oblasti schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Pokud u Anežky byla přítomna deprese, tak absolutně odmítala partnera, uzavřela se ve svém bludném kruhu a nedokázala se uvolnit. Když byla paní Anežka mladá, experimentovala s návykovými látkami.

Sociální anamnéza

Ze začátku byl otec dětí velkou oporou pro paní Anežku, mohla se na něho spolehnout, při mateřské dovolené rekonstruovali domek, zabezpečoval rodinu materiálně a ona pečovala o domácnost a děti.

Manžel s nimi již osm let nebydlí a Anežka bydlí s dětmi v bytě. Děti ji byly svěřeny do péče a soud vyměřil výživné, které otec dětí platí sporadicky. Jelikož příjmy nestačí na pokrytí nákladů rodiny, pobírá dávky ze státní sociální podpory, konkrétně se jedná o přídavky na děti.

Paní Anežka si uvědomuje, že její děti s ní nemají jednoduchý život, nemají kvalitní záze-
mí a je na ně sama.

Edukace

První edukace byla na základní škole, kde dostala knížku, která se jmenovala „Děvčátko na slovíčko“. V knize se především rozebírala menstruace, a jak o sebe mají ženy pečovat a starat se (hygiena, hygienické potřeby). V rodině žádná edukace neproběhla, jen mamin-

ka měla strach, aby neotěhotněla, když měla maturovat, ale víc se o tom nebavily. Jinak se nové informace dozvídala od kamarádek, protože tehdy nebyla možnost internetu.

Když onemocněla, nebyla informovaná o zdravotním omezení žádným letáčkem, brožurkou.

Jak sama přiznává, plánovala mateřství, jen si představovala, že otěhotní dřív, ale partner nechtěl. První dítě měla ve třiceti letech, další měla ve třiceti pěti letech. Před rozhodnutím otěhotnět se nebyla informovat u svého ambulantního psychiatra, pouze informovala gynekologa, že má psychické problémy a obávala se, aby nedostala laktační psychózu.

Anežka nevnímá duševní nemoc jako překážku k tomu, aby neměla děti. Ale uvědomuje si, že některým těhotným ženám, které tráví celé těhotenství na oddělení psychiatrické nemocnice, může být dítě odebráno, protože jejich duševní nemoc je natolik závažná, že se nemůžou o dítě plnohodnotně postarat.

Anežka byla během rozhovoru klidná, nepocíťovali jsme, že by byla nervózní, ochotně na vše odpovídala.

Slečna Božena

Osobní anamnéza

Božena se narodila v roce 1993, je svobodná žena, která má jednoho syna. Vystudovala střední odbornou školu s maturitou a chvíli pracovala jako uklízečka, prodavačka, servírka a operátorka ve výrobě. S otcem dítěte není v kontaktu, není uveden ani v rodném listě.

Rodinná anamnéza

Vyrůstala na vesnici s oběma rodiči, otec má 47 let a pracuje jako zedník, léčí se pro panické úzkosti. Maminka má 44 let a pracuje jako vedoucí pobočky, plánovala sebevraždu. Božena má mladší sestru, která pracuje jako dělnice. Rodiče žijí odděleně.

Zdravotní anamnéza

Poprvé byla hospitalizována v devatenácti letech a poté jí byl přiznán invalidní důchod. Její diagnóza spadá do okruhu afektivních poruch. Božena má psychiatrickou zátěž ze strany otce i matky a možná i dědečka. V roce 2016 se u Boženy realizovalo psychologické vyšetření, které neprokázalo žádné závažné duševní onemocnění.

Sociální anamnéza

Dříve bydlela v domě s přítelem, se kterým se poznala psychiatrické nemocnici. Toto soužití nevydrželo. Potom měla dalšího přítele, kterého také poznala během hospitalizace a s tímto mužem otěhotněla.

Od narození syna s ním Božena bydlela v azylovém domě. Při první hospitalizaci po porodu byl syn umístěn v dětském centru, protože nikdo z rodiny nebyl ochotný o něj pečovat. Božena za ním jezdila na návštěvy. Ze strany otce Boženy byly snaha se o dítě starat s přítelkyní, častokrát se domluvili na společně strávených víkendových dovolenkách. S otcem dítěte Božena není v kontaktu a vůbec se o něho nezajímá. Božena ohledně syna spolupracuje s orgánem sociálně právní ochrany dětí.

Nyní je dítě v pěstounské péči na přechodnou dobu a čeká se na soudní jednání, které určí, jestli bude dítě svěřeno zpět matce. Během poslední hospitalizace byla Boženě ukončena smlouva v azylovém domě, protože nespĺňovala cílovou skupinu, což jsou ženy s dětmi.

Božena čeká na soudní jednání, které mělo proběhnout na jaře 2018, bohužel bylo odročeno. Syn je stále v přechodné pěstounské péči. Božena není s rodinou v kontaktu. Od května 2018 má s kamarádkou bydlet v podnájmu. Okresní soud také řeší její omezení svéprávnosti. Návrh podala rodina, protože dříve si brala půjčky u nebankovních společností a rodina měla strach z exekucí.

Měsíční příjem Boženy činí invalidní důchod a během pobytu v azylovém domě pobírala dávky příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení, které po ukončení pobytu ji byly odejmuty, respektive Božena požádala o odejmutí, protože již nespĺňovala podmínky nároku.

Edukace

Základní edukaci o sexualitě a mateřství dostala Božena v rodině. Rodiče ji řekli základy a také od nich dostala knížku, kde vše bylo popsáno. Z knihy se dozvěděla základní rozdíly mezi mužem a ženou, jak se projevuje dospívání. Následně měla sexuální výchovu na základní škole a další informace získala od kamarádek.

Když plánovala otěhotnět, vysadila i léky, které se nedoporučují užívat během těhotenství. A přesto, že s ambulantním psychiatrem řešila otázku těhotenství a ten jí to přímo nezakázal, tak maminka Boženy si nepřála, aby otěhotněla. Během těhotenství Boženu napadlo, jestli bude kojít a jestli nebude po porodu hospitalizovaná s laktační psychózou. Nakonec rodila přirozeně a žádná poporodní komplikace nebyla, ale později měla ataku manie.

Když otěhotněla, nepřemýšlela, že by dítě mohlo zdědit její nemoc, přála si mít dítě a protože je tvrdohlavá, nevzdala se.

Božena byla při rozhovoru ochotná, chce mít syna zase v péči. Ví, co má pro to udělat, byla rozhodnutá. Bylo vidět, že se jí po synovi stýská.

Paní Cecílie

Osobní anamnéza

Cecílie se narodila v roce 1975, je svobodná, bezdětná žena. Vystudovala střední odborné učiliště, které ji bavilo. Po studiích pracovala jako servírka a potom jako recepční. Pokud bydlela ve svém rodném městě, navštěvovala sociální rehabilitaci, která poskytuje ambulantní služby. V dětství Cecílie navštěvovala kroužky, měla hodně zálib a koníčků.

Rodinná anamnéza

Narodila se do úplné rodiny, kde již byl starší nevlastní bratr ze strany matky. Vyrůstala ve městě, kde se také vyučila servírkou. Oba rodiče již zemřeli, s bratrem je nadále v kontaktu, navštěvují se.

Zdravotní anamnéza

Když byla poprvé hospitalizovaná, bylo ji necelých dvacet let, tehdy páchala sebevraždu. Její diagnóza spadá do oblasti schizofrenie, schizofrenních poruch a poruch s bludy. Tyto nemoci se projevují tak, že u jedince se střídají fáze manie a deprese. Po první hospitalizaci byla posouzena jako invalidní. Cecílie užívala také depotní injekce, což je aplikace účinné látky jednou za několik týdnů. Výhodou je, že pacient nemusí užívat medikaci ve formě tablet.

Sociální anamnéza

Od roku 2015 je hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici. Přerušení hospitalizace jsou pouze půlroční přestávky, kdy je umístěna v sociální rehabilitaci, která poskytuje pobytovou službu. Zatím se nepodařila resocializace ani pomocí této služby. Bohužel po ukončení smlouvy, přichází znovu k rehospitalizaci. Cecílie má podány žádosti o umístění do sociálních pobytových služeb, již v roce 2016 mohla nastoupit, ale to odmítla. Protože se necítí na to, aby byla v domově, chce zůstat hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici, protože v domově by musela platit za pobyt a další služby, kdežto v nemocnici jí zůstává celý důchod.

Po smrti rodičů zdělila spolu s bratrem Cecílie byt, ale nezvládá samoobslužnou péči a bratr si nepřeje, aby tam pobývala sama. Cecílie je svobodná, bezdětná žena, nikdy neměla dlouhodobější partnerský vztah. Má jen jednoho kamaráda, s kterým se seznámila v psychiatrické nemocnici, navštěvují se.

Edukace

O sexualitě a mateřství edukována nebyla, žádnou rodinnou výchovu na škole neměli. Ale i tak si Cecílie přála mít rodinu, manžela a děti. Ani v sociální rehabilitaci nebyly žádné skupinky, nebo program, který by byl směřován na toto téma.

Cecílie plánovala otěhotnět, ale nejdříve se chtěla materiálně zabezpečit, najít vhodného partnera. Nicméně onemocněla, svého životního plánu se musela vzdát, protože její život značně ovlivnila nemoc.

Když ji byla sdělena její nemoc, tak stále toužila po dítěti, tehdy to probírala s primářkou oddělení. Mateřství také konzultovala se svým ambulantským psychiatrem, který tuto myšlenku nebral jako nejvhodnější.

Během rozhovoru byla Cecílie klidná, nad žádným tématem dlouho nepřemýšlela. Jelikož už je nemocná 20 let, je s tím smířená a dokáže o tom bez problému mluvit.

Paní Dagmar

Osobní anamnéza

Jedná se o třicetiletou svobodnou ženu, která má dvě děti. S nimi bydlí v bytě. Otec dětí s nimi nežije, ale stýkají se, mají dobré vztahy. Má dokončené základní vzdělání, chtěla se vyučit servírkou, studium nedokončila, začala užívat psychoaktivní látky. V devatenácti letech byla 2x na umělém přerušování těhotenství.

Rodinná anamnéza

Vyrůstala s rodiči ve městě. Matka žije, otec zemřel, když Dagmar byla malá, vyrůstala sama jako jedináček.

Zdravotní anamnéza

Poprvé byla hospitalizovaná ve dvaceti devíti letech, s diagnózou, která spadá do okruhu duševních poruch a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Jedná se tedy o závislost. Byla hospitalizována i v jiných psychiatrických nemocnicích.

Sociální anamnéza

S dětmi žije v bytě. Momentálně nepracuje, je evidovaná na Úřadě práce, také pobírá dávky v hmotné nouzi. Jelikož byla několikrát hospitalizovaná, spolupracuje se sociálně právní ochranou dětí, chce je mít stále v péči. Pravděpodobně tam bude probíhat nějaký dohled sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi. Když ji odvezli do psychiatrické nemocnice, tak OSPOD zavolal její matce, jestli by se mohla postarat o děti. Po dobu hospitalizace je tedy hlídala i se svým přítelem.

Edukace

Dagmar byla edukována v 6. třídě na základní škole, kdy měli sexuální výchovu, ve vyšších ročnících také měli přednášky.

Před otěhotněním s žádným lékařem neprodiskutovala, jestli by ji doporučil otěhotnět, v jejím případě se jedná o závislost a nemá obavu, že by to děti mohli zdědit. Když byla těhotná, přestala užívat psychoaktivní látky.

Nyní si uvědomuje, že děti již vnímají její psychický stav a chce s tím přestat. Duševní nemoc nevnímá jako překážku mít děti. Problém nachází v tom, pokud žena trpí depresemi.

Při rozhovoru byla Dagmar klidná, vyrovnaná. Protože její diagnóza se od většiny jiných participantek odlišuje, měla na svou nemoc jiný pohled. Nepřiznávala si, že i toto její onemocnění je problém. Bylo vidět, že chce mít rozhovor brzo za sebou. Odpovídala jednodušeji.

Paní Emílie

Osobní anamnéza

Emílie se narodila v roce 1982, je svobodná matka, má jedno dítě. Emílie je jedináček, vystudovala gymnázium, po té začala studovat vyšší odbornou školu, kterou nedokončila. Jako dítě ráda sportovala.

S otcem dítěte nejsou v kontaktu, není zapsaný ani v rodném listě. Ví sice, že má dítě, protože je na něho podobné, ale nezajímá se. Emílie připouští i to, že by se s otcem dítěte začala stýkat, pokud by měl zájem.

Rodinná anamnéza

Emílie se narodila do úplné rodiny. Její rodiče se rozvedli v jejich dvou letech. S otcem se nestýká, je podruhé ženatý. Vyrůstala ve městě s matkou a jejím druhým manželem, když jí bylo 19 let, matka se znovu rozvedla. Se svým nevlastním otcem si rozuměla, zlom nastal v pubertě. Matka ani otec se nikdy na psychiatrii neléčili.

Zdravotní anamnéza

První hospitalizace byla v pětadvaceti letech. Jedná se o chronické duševní onemocnění z oblasti schizofrenie, schizofrenní poruch a poruch s bludy. Emílie užívá depotní injekce (nemusí užívat medikaci ve formě tablet). V mládí užívala návykové látky.

Sociální anamnéza

Od roku 2009 pobírá invalidní důchod ve třetím stupni, bydlí s dcerou v bytě, ve stejném městě, kde vyrostla. Protože Emílie si brala půjčky u nebankovních společností (nyní asi dluh 100 000,-Kč), které nestačí splácet a neplatila mateřskou školu, tak její matka podala návrh na omezení svéprávnosti.

Matka si také požádala o svěření dítěte do své péče. Během poslední hospitalizace Emílii navštívila sociální pracovnice z oddělení sociálně právní ochrany dětí, která provedla sociální šetření. Ta se rovněž obrátila s prosbou o součinnost na mateřskou školu, kam dochází její dcera. Nyní bude Emílie s dcerou pod jejím dohledem, pravděpodobně bude spolupracovat se sociálně aktivizačními službami pro rodiny s dětmi.

Edukace

Sexuální výchovu jako takovou neměla, ale na základní škole měli občanskou výchovu, která ji bavila. Doma se nesetkala s edukací ohledně sexu a mateřství.

Při první hospitalizaci si Emílie nepřipouštěla, že by její dítě mohlo zdědit tuto nemoc, protože u ní se nemoc projevila až ve vyšším věku. Těhotenství a mateřství neplánovala, dítě měla v 31 letech, což je podle jejich slov pozdě. Sama byla překvapená, že otěhotněla, přesto vysadila antikoncepci a nebyla se poradit za svým ambulantním lékařem. V tu dobu byla s jedním klukem, občas šli spolu ven.

Až při hospitalizaci zjistili, že je Emílie těhotná, byla již v šestém měsíci těhotenství. Než porodila, byla stále hospitalizovaná. Lékař jí nenavrhl podstoupit interrupci, protože již bylo pozdě. Ani po porodu si nepřipustila, že by dítě mohlo zdědit její nemoc, protože byla pod dohledem lékařů.

Když porodila, byly úvahy, že by se dítě dalo adoptovat, nebo do pěstounské péče. Ale chtěla, aby dítě měla v péči ona. Po propuštění z nemocnice byla dcera v kojeneckém ústavu a Emílie musela spolupracovat s rodiči, s doktory a se sociální pracovníci, aby připravila doma kvalitní prostředí pro dítě.

Poněvadž, od narození dítěte, je podruhé hospitalizovaná a o dítě se stará její matka, tak již pociťuje, že nejsou vhodné časté hospitalizace. Emílie vidí, že péče o dítě je pro babičku nejspíše náročná. Taky pro Emílii je tato situace nesnadná, protože dcera si tam již zvykla.

Emílie během rozhovoru vypadala klidně. O některých tématech mluvila obšírně a často se opakovala.

Paní Filoména

Osobní anamnéza

Filoména je svobodná, bezdětná třiceti osmi letá žena, která žije s rodiči na vesnici. Na základní škole Filoménu šikanovali a nikdy neměla kamarádku. Má maturitu na gymnáziu, po ukončení gymnázia pokračovala ve studiu Ekonomie, ze kterého ze zdravotních důvodů odešla. Nikdy neměla partnera, pouze kamarády. Jeden byl rovněž duševně nemocný, společně chodili na výlety. Seznámili si v sociální rehabilitaci, bohužel spáchal sebevraždu. Později se seznámila ještě s jedním klukem, který ji pouze využíval, a proto Filoména s ním kontakt ukončila.

Rodinná anamnéza

Vyrůstala v úplné rodině s mladší sestrou v domě. Současně s nimi žijí i prarodiče. Otec pracuje ve finanční oblasti, matka je v domácnosti, stará se o Filoménu a o prarodiče.

Zdravotní anamnéza

Poprvé byla hospitalizovaná v devatenácti letech na otevřeném oddělení psychiatrické nemocnice. Filoména má diagnostikovanou duševní nemoc, která se řadí mezi schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Pravděpodobně je zde rodinná psychiatrická zátěž. V roce 2012 se pokusila o sebevraždu. Nikdy neužívala návykové látky. V roce 2001 se realizovalo psychologické vyšetření, kde jí bylo doporučeno, ať navštěvuje denní stacionáře a pokud by chtěla pracovat, tak pod dohledem v chráněném prostředí.

Sociální anamnéza

Po ukončení studia pracovala, ale od roku 2001 má invalidní důchod. Jedno období byla evidovaná na Úřadě práce jako uchazeč o zaměstnání. Filoména pobírá příspěvek na péči, jako poskytovatel péče je uvedena její matka. Dochází ambulantně do sociální rehabilitace, kde využívá denních programů.

Filoména má podanou žádost do sociální služby, která poskytuje celoroční pobyt. Ale nejraději by byla umístěna někde poblíž Prahy, aby to měla blízko k sestře.

Edukace

Edukaci ohledně sexuality a mateřství sice probírali, ale nikdy neměla potřebu se o to více zajímat.

Filoména neplánovala nikdy otěhotnět, nechtěla, protože díky medikaci je neplodná, nemenstruuje. Již v patnácti letech věděla, že se nevdá. Ani tuto možnost neprobírala s ambulantním psychiatrem či někým jiným.

Pokud by přece jenom otěhotněla, buď by šla na umělé přerušování těhotenství, nebo by dítě dala k adopci, či svěřila někomu z rodiny do péče. Při první hospitalizaci Filoména věděla, že by její dítě bylo nemocné a musela by ho umístit do pobytové sociální služby. Také je pro ni odstrašující případ žen, kterou jsou matkami a soudně řeší věc ohledně dětí.

Jako překážku v péči o dítě vidí stálé a opakující se hospitalizace, protože by to nebylo vhodné pro dítě a sama má občas problémy se samoobsluhou.

Během rozhovoru byla Filoména klidná, vyrovnaná, upravená. Bylo vidět, že je již smířená s tématem mateřství. Často opakovala, že jídlo je pro ni důležité a dává mu přednost před jinými záležitostmi.

Paní Gita

Osobní anamnéza

Gita se narodila v roce 1969. Je svobodná, bezdětná žena. V roce 2003 žila s přítelem v bytě po její babičce, tehdy se od ní odstěhoval. Od té doby žádného přítele neměla.

Na základní škole byla šikanovaná, v dětství měla jen jednu dobrou kamarádku, ale po přestěhování se přestaly vídat. Po gymnáziu začala studovat Vysokou školu, kterou nedokončila, skončila v posledním ročníku. Pracovala ve školství, potom jako sekretářka, pře-

kladatelka a asistentka. V roce 1999 byla uznána jako plně invalidní, nyní invalidita ve 3. stupni.

Rodinná anamnéza

Gita se narodila do úplné rodiny. Otec již zemřel a tak žije se svoji matkou v bytě, sourozence nemá. I u ní je rodinná psychiatrická zátěž z otcovy strany. Dědeček suicidoval skokem z okna. Gita vnímá, že s matkou měla lepší vztah, i když ji pořád kontrolovala.

Zdravotní anamnéza

Poprvé byla hospitalizovaná ve dvaceti čtyřech letech na psychiatrické klinice v Brně, v roce 2003 byla hospitalizovaná poprvé v psychiatrické nemocnici. Když byla tehdy hospitalizovaná, sdělili jí, že její nemoc spadá do oblasti poruchy osobnosti a chování dospělých až později jí oznámili, že nemoc spadá do kategorie schizofrenie, schizofrenních poruch a poruchy s bludy. Měla problém při sexuální styku, je inkontinentní a bála se, že by se to mohlo projevit.

Ze zdravotní dokumentace vyplývá, že se u Gity hospitalizace opakují, doba mezi nimi a pobytem doma se zkracuje. Gitě vadí vedlejší účinky léků, a proto je často po propuštění svévolně vysadí.

Sociální anamnéza

Gita bydlí s matkou v bytě 2+1. Společně péči o domácnost zvládají, ale matka je již vyššího věku. Gita odmítá podat žádosti o umístění do pobytových sociálních služeb. Dříve žila s přítelem, s kterým se rozešla, nerozuměli si, a proto s ním nechtěla mít děti.

Edukace

Asi jako primární zprávy ohledně sexuality a mateřství měla Gita v rodině, potom na škole měli domluvené přednášky s externí pracovnící. Na základní škole to bylo asi v sedmé třídě a potom v prvním ročníku na gymnáziu.

Jelikož je Gita staršího věku, začala se projevovat již menopauza, takže nad sexualitou nepřemýšlí.

Když byla poprvé hospitalizována, nenapadlo ji, že by tato nemoc mohla negativně ovlivnit její sexualitu a možnost mít dítě, až později jí řekli, že se jedná o psychózu. V dospělosti přemýšlela nad tím, že by měla dítě, ale s přítelem se rozešla, protože si spolu přestali rozumět a již žádného neměla. Také si představovala, jak by jí dítě změnilo život

a její denní režim. Byla se poradit i u své ambulantní psychiatricky, která ji „k tomu trochu naváděla, abych ty děti měla.“ Nikdy nemyslela na to, že by její dítě mohlo zdědit stejnou nemoc. Domnívala se, že má jinou nemoc než její otec, že ona to také nemá zděděné.

Gita se domnívá, že kdyby měla dítě, postarala by se o něho i během hospitalizace, respektive by se starali její rodiče a případný partner, na druhou stranu si uvědomuje, že v některých fázích nemoci, by nebyla schopná zajistit dostatečnou péči o dítě.

Jelikož má Gita vystudované gymnázium její projev byl velmi kultivovaný, upravený a nad každou odpovědí přemýšlela. Ze začátku byla vidět mírná nervozita z toho, že se rozhovor nahrával, v průběhu postupně ustupovala. Na Gitě bylo vidět, že je již s tímto tématem a s tím, že nebude mít již děti smířená, což i sama přiznala. I během rozhovoru se u Gity objevily vedlejší účinky léků, což je nekontrolovatelný třes dolních končetin.

Paní Hedvika

Osobní anamnéza

Hedvika je sedmatřicetiletá, vdaná žena, s manželem má jednu dceru, která se narodila po IVF (mimotělní oplodnění). Dcera se narodila až z druhého pokusu o umělé oplodnění. Hedvika vystudovala obchodní akademii a potom pokračovala na Vysoké škole, kterou úspěšně ukončila. Po maturitě pracovala jako účetní, také pracovala v zahraničí jako au pair, jako asistentka ve firmě, teď pracuje jako recepční, pobírá dávky nemocenského pojištění.

Rodinná anamnéza

Hedvika se narodila do úplné rodiny, má bratra, který nyní pracuje jako konstruktér. Otec zemřel ve 40 letech na infarkt myokardu, když měla Hedvika 10 let, byl epileptik, byl uznán invalidní ve 3. stupni a předtím pracoval jako dělník.

Matka dříve pracovala jako dělnice, nyní pobírá starobní důchod. Po smrti otce se pokusila o sebevraždu, dle Hedviky byla údajně hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici. Matka se již po smrti otce nevdala, ani neměla partnera, vychovávala děti sama. Hedvika si myslí, že po smrti otce měla matka učebnicový průběh schizofrenie a vyhrožovala jim, že se zabije. Údajně viděla jejího manžela jako ducha. Více to nechce rozebírat.

Zdravotní anamnéza

Poprvé byla Hedvika hospitalizovaná asi v deseti letech, po smrti otce, moc si to nepamatuje, ví, že byla v nemocnici, ale nedokáže určit, jestli se jednalo o normální nemocnici nebo byla na psychiatrii. V záznamech psychiatrické nemocnice toto nepotvrzeno. Pamatuje si, že tam byli divní kluci, kteří byli zlí. Pravděpodobně byla hospitalizovaná na dětském oddělení. Na dospělém oddělení byla poprvé hospitalizovaná po porodu, a to bylo ve třiceti třech letech, kdy měla poporodní psychózu, respektive laktační psychózu. Hedvika po porodu čtrnáct dní nespala, chtěla kojít, ale nešlo to. Manžel ji chtěl zavést na psychiatrii, ona se bránila. Nakonec s manželem navštívili psychiatrickou ambulanci, kde doktor shledal důvody k hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Hedvika při převozu odmítla manžela pustit za ruku, musel jet s ní v sanitce, byla přítomna i policejní hlídka. Na oddělení ji začaly zatahovat prsa, nebylo možné, aby dále kojila.

Hedvika se nyní léčí se závažným duševním onemocněním z okruhu schizofrenie, schizofrenních poruch a poruch s bludy.

Hedvika chtěla otěhotnět přirozenou cestou, ale nepodařilo se, tak zvolili IVF. Hedvice bylo líto, že museli zvolit cestu umělého oplodnění.

V minulosti byla Hedvika v péči psychologické ambulance, pravděpodobně v souvislosti s frustrací z nemožnosti otěhotnět přirozeně.

Sociální anamnéza

S manželem, s dcerou a jeho rodiči bydlí v dvougeneračním domě. Manžel je podnikatel. Během hospitalizace hlídají dceru rodiče od manžela. Dle slov Hedviky, manžel do tří let věku dcery nesehrával žádnou roli v péči o ni, ani v šestinedělí ji nepomohl, údajně se k ní choval škaředě.

Edukace

Poprvé téma sexualita a mateřství probírali na základní škole v rodinné výchově a pak měla informace i z televize. Také si kupovala časopis Bravo, kde byly různé články z této oblasti. Od matky se nic moc nedozvěděla, pouze ji varovala, ať si dá pozor na muže, aby se nedostala do nějaké nepříjemnosti. Dozvěděla se, jak probíhá menstruace a co je to výtok. Během svého života se o sexualitu dost zajímá a zajímala. Myslí si, že se ji zabývala až moc brzo, protože četla časopis Bravo, věnovala se především článkům, kde čtenářky

popisovaly své zážitky. Na druhou stranu hodnotí tento časopis kladně, protože jí poskytl informace, které potřebovala.

Když ji byla diagnostikovaná duševní nemoc, napadlo ji, že by to mohlo ovlivnit její mateřství, protože mateřství a duše jsou spojené nádoby. Plánovala, že jednou otěhotní, ale nemyslela si, že bude muset podstoupit umělé těhotenství, nakonec byla na třech pokusech a domnívá se, že má trvalé následky (ochlupení v obličeji, objektivně nic nebylo vidět). Před otěhotněním si zjistila veškeré informace, jak otěhotnět, když podstupovala umělé oplodnění, probírala vše s ošetřujícím lékařem, který jí současně přítomně dělal psychologa. Po prvním pokusu o IVF byl špatný výsledek a myslela si, že je neplodná, že je to pro ni konec života. S ambulantním psychiatrem nekonzultovala možnost podstoupit umělé oplodnění, protože nemoc nastala až po tom.

Hedvika má strach o dceru, bohužel si momentálně neuvědomuje svoji nemoc, myslí si, že její diagnóza je „být matkou“.

Hedvika přiznává, že pokud má deprese, tak nechce nic dělat, pouze ležet. Naopak v manii s dcerou pečou, uklízí, vaří, dělají všechno spolu.

Při rozhovoru byla Hedvika paranoidní (sama to i přiznává), její nálada byla nadnesená, o otázkách mluvila velice obsírně, nedokázala udržet svoje myšlenky u jednoho tématu. Přesto, že nechtěla mluvit dlouze a mimo téma, nedokázala to, měla potřebu vše sdělit.

Paní Charlota

Osobní anamnéza

Jedná se o pětáctyřicetiletou svobodnou, bezdětnou ženu, která vystudovala střední odborné učiliště. Na základní škole nikdy nepropadla, snížené známky z chování neměla, ale v učení moc nevynikala. Absolvovala střední odborné učiliště. Od 17 let pracovala jako dělnice, jako prodavačka, potom různé brigády. Přes Úřad práce absolvovala počítačový rekvalifikační kurz, také byla dobrovolnice v centru pro děti, jednu dobu byla vedená jako uchazeč o zaměstnání.

Rodinná anamnéza

Žila společně s rodiči a se starší sestrou na vesnici. Rodiče jsou ve starobním důchodě, celý život pracovali v dělnických profesích a sestra pracuje jako administrativní pracovníce, je zdravá, má vystudovanou vysokou školu a vychovává dvě děti. Se sestrou v kontaktu příliš není, pokud by potřebovala např. půjčit peníze, může se na ní obrátit.

Zdravotní anamnéza

Poprvé byla hospitalizovaná v roce 2010, kdy ji byla diagnostikovaná porucha z oblasti neurotických poruch, poruch vyvolané stresem a somatoformní poruch. Od roku 2005 dochází do psychiatrické ambulance, také navštěvuje psychologa. Matka Charloty byla závislá na alkoholu a trpěla depresemi, prodělala protialkoholní léčení. V roce 2009 proběhlo psychologické vyšetření, na základě toho bylo Charlotě požádáno o invalidní důchod, dále paní psychologka navrhovala, aby pracovala v chráněných dílnách. Opakovaně byla hospitalizovaná.

Sociální anamnéza

Charlota pobírá invalidní důchod ve 3. stupni, který ji byl přiznán v roce 2010 z psychiatrické indikace. Předtím pobírala dávky hmotné nouze, z kterých se jí platila ubytovna. Bydlela také s přítelem v podnájmu, se kterým se seznámila během hospitalizace. Společné soužití moc nefungovalo. V roce 2015 ukončila pobyt v sociální rehabilitaci, která poskytuje i pobytovou službu, po té se přestěhovala s kamarádkou do podnájmu. Při další hospitalizaci si našla v nemocnici jiného přítele, se kterým je také soužití náročné. Neužíval medikace, pil alkohol a byl agresivní, a proto od něho odešla. Byla ve stresu, začala se více prohlubovat její nemoc.

V současné době si podala žádost o ubytování v Azylovém domě pro ženy a matky s dětmi, kde v minulosti již bydlela. Také ji bylo doporučeno kontaktovat sociální rehabilitaci, kde je možnost podporovaného bydlení

Edukace

V rodině od rodičů žádná edukace ohledně sexuality a mateřství nebyla, pouze se sestrou to rozebíraly a potom na základní škole, asi v 8. třídě v biologii. Později byla ještě seznámena ohledně menstruačního cyklu, ochranných pomůcek a antikoncepce.

Charlota plánovala, že by otěhotněla, ale v rámci své nemoci se na to necítila a měla z toho strach. Domnívá se, že kdyby její nemoc byla kompenzovaná, tak by dítě mít chtěla. Bohužel nemoc ji natolik omezuje, že by ji dala přednost před dítětem. Její nemoc je obsedantně-kompulzivní porucha.

Také to řešila se svoji ambulantní psychiatrickou, která ji sdělila, že pokud se na to cítí, tak děti mít může. Ale přemýšlela i nad tím, že by dítě mohlo zdědit její nemoc.

Pokud by měla dítě, snažila by se tu nemoc zvládat doma ambulantně, protože by s ním raději byla doma, pokud by se již schylovalo k hospitalizaci, nejspíše by bylo u rodiny.

Při rozhovoru působí Charlota vyrovnaným dojmem, její odpovědi jsou jednoduššího rázu, omezená slovní zásoba, opakovaně se doptává, jak a kde budeme mít uložené nahrané rozhovory, jestli někdo další má přístup k těmto informacím. Během rozhovoru neproběhl žádný její rituál.

Paní Izabela

Osobní anamnéza

Jedná se o padesátiletou, svobodnou ženu, která vystudovala gymnázium. Nikdy nepracovala, po ukončení gymnázia onemocněla, je invalidní ve 3. stupni. Izabela sice chtěla studovat zdravotnickou školu, ale to jí rodiče nedovolili. Měla přítele, asi 4 roky spolu žili, byl o 6 mladší, pracoval jako dělník, později zjistila, že byl alkoholik a gambler.

Rodinná anamnéza

Vyrůstala na vesnici v úplné rodině. Je nejstarší ze tří sourozenců. Prostřední sestra je mladší o 6 let, nestýkají se, nic o ní neví. Nejmladší bratr žije v hlavním městě, nestýkají se. Rodiče se rozvedli, když byla Izabela dospělá, otec má přítelkyni. Rodiče jsou již ve starobním důchodě, dříve otec pracoval jako strojevedoucí a matka jako prodavačka. S rodiči se moc nevidají, otec za ní občas přijede do nemocnice.

Zdravotní anamnéza

Poprvé hospitalizovaná byla v osmnácti letech ve Znojmě. Její diagnóza spadá do oblasti schizofrenie, schizofrenních poruch a poruch s bludy. Strýc z matčiny strany suicidoval. Poslední hospitalizace trvá nepřetržitě od roku 2016.

Sociální anamnéza

Bydlela v domě s pečovatelskou službou. Sama pocítuje, že péči v pečovatelském domě už nezvládá, má podané žádosti o umístění v domovech se zvláštním režimem.

Edukace

První zmínky o sexualitě a mateřství si nepamatuje, snad se o tom bavili ve škole, v přírodopise. Potom ji poučila maminka o menstruaci, četla literaturu a bavila se o tom s kamarádkami.

Těhotenství probírala se svým ambulantním psychiatrem, který ji řekl, že musí mít zázemí a být kompenzovaná, také to řešila s psychologem. Plánovala mateřství, ale potom si uvědomila, že je to takto lepší, protože její nemoc se zhoršuje a již se nedokáže plně o sebe postarat. To je také důvod proč má podané žádosti do pobytových sociálních služeb. Nyní si Izabela plně uvědomila svoji nemoc a je pro ni obtížné se s tím vyrovnat. Dřív žila „normálně“, zvládala to sama, jen potřebovala někoho blízkého, což byla její sestra, která má teď svoji rodinu a nejsou spolu v kontaktu. Další překážkou mít dítě byl nevhodný partner, nemoc, opakované a dlouhodobé hospitalizace, nyní se k tomu ještě přidala menopauza.

Když ji byla diagnostikovaná duševní nemoc, věřila, že je to omyl, toužila po dětech a myslela si, že by péči o dítě zvládla, byla optimistická a naivní. V současnosti si nedokáže představit, že by měla dítě, protože ji nemoc ovlivňuje negativním směrem, pokud by ho v minulosti měla, muselo by být asi u rodičů.

Během rozhovoru byla Izabela klidná, mluvila tišším hlasem, neměla problém mluvit o jakémkoliv tématu.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této kapitole se budeme věnovat vysvětlení a diskuzi námi vytvořených dílčích výzkumných otázek. Zaměřuje se na vyhodnocení dat, které jsme získali na základě realizace polostrukturovaného interview s participantkami.

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Kdo a jakým způsobem edukoval ženy s duševním onemocněním v oblasti sexuality a mateřství?

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, jestli ženy byly edukovány v oblasti sexuality a mateřství, zda se toto uskutečnilo na základní škole, v rodině, u lékaře nebo od kamarádek. A co jim v edukaci bylo sděleno konkrétně.

Skoro všechny participantky se shodly, že primární edukace byla ve škole a v rodině. Také se objevili odpovědi, že otázky ohledně sexuality probíraly s kamarádkami, jedna participantka odpověděla, že informace čerpala z médií. Některé participantky se dozvěděly informace o sexualitě z knížky.

Objevila se i zcela jiná odpověď *„Vůbec jsem o tom neuvažovala. Probírali, ale já nevím, já jsem nikdy neměla potřebu, jako abych, nechtělo se mi, byla jsem líná, já se radši najím nějakého dobrého jídla než sex.“* Zde vidíme, že došlo teda ve fixaci v orálním stádiu.

Opakovaně se objevila odpověď, že se dozvěděly o menstruaci, jaké jsou rozdíly mezi mužem a ženou, co se děje s lidským tělem v dospívání.

Pouze jedna participantka uvedla, že byla edukována v oblasti antikoncepce. Jedna participantka uvedla, že se dozvěděla *„jak to funguje a jak by to mělo fungovat“*.

Emílie uvedla, že se v občanské výchově dozvěděla *„takové ty psychologické, ty začátky té psychologie, jako prostě jak se má chovat muž k ženě to a to souvisí s tou sexualitou. A v určitém věku je žena zralá, přichází vlastní první dítě, v určitém věku si nachází partnera, a tak nějak.“*

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Nastala změna v edukaci žen po první atace jejich nemoci?

Smyslem této výzkumné otázky bylo zjistit, kdy byly poprvé hospitalizovány a zda probíraly se svým ambulantním psychiatrem nebo jiným lékařem možnost těhotenství s ohledem na jejich nemoc. U této výzkumné otázky jsme se rozhodli vypsát jednotlivé odpovědi participantek, protože odpovědi nelze zobecňovat.

Poprvé byla většina participantek hospitalizována období dospívání a v rané dospělosti (18 – 24 let). Pouze jedna participantka byla poprvé hospitalizována ve svých 29 letech.

Anežka na tuto otázku odpověděla: „*Nešla jsem, nešla jsem vůbec za nikým. Jediné co jsem informovala gynekologa, když jsem byla těhotná, že mám nějaké psychické problémy, aby eventuálně abych nedostala laktační psychózu. Což jsem nedostala*“.

Odpověď Boženy byla následující: „*Ano, zajímala. A jako psychiatr mi to nedoporučoval, ale ne, že by mi to úplně jako zakázal, takže*“.

Cecilie řekla toto: „*No když jsem se ptala svého psychiatra, že bych chtěla mít děti. On se mě na to s otázkou zeptal: Vy byste chtěla mít děti? Jako, že to pokládal za takové nerozumné spíš jako že, jako on pak mi říkal, že ví, že jsem chtěla mít děti, ale že si mám hledat jinou radost v životě, prostě. Stejnak jsem to pak už vzdala. Jsem ani tolikrát neměla sex, aby z toho něco bylo*“.

Dagmar uvedla, že se za nikým ptát nebyla, jelikož vždy byla po duševní stránce zdravá.

Emílie sdělila následující: „*Ne, ono se to zjistilo až v šestém měsíci a to se zjistilo tam. A to se zjistilo kvůli jiným problémům a já jsem to vlastně ani nevěděla a v šestém měsíci se nedalo už nic dělat. A já mám taky dost roků, takže prostě možná to bylo světýlko v životě, co mě pomohlo, trošičku jakože takové to naplnění v tom, prostě v tom obyčejném takovém životě, když je člověk sám a nemá partnera, tak to nevadí. Aspoň to dítě je taková realizace, nebo takové štěstí*“.

Filoména to vidí takto: „*Ne, já jsem nechtěla. Já jsem ani nikdy pohlavní styk neměla. Říkám, já říkám, že je lepší je být s rodičma, nebo nějakého kamaráda bych uvítala, ale říkám už mám s mužama špatné zkušenosti, vždycky z toho ani tak*“.

Odpověď Gity byla následující: „*Já jsem se na to neptala, ale paní doktorka mě k tomu trochu naváděla, abych ty děti měla. Když jsem byla s přítelem, tak paní doktorka chtěla, abych s tím přítelem měla nějaké dítě, a já jsem nechtěla*“.

Hedvičina odpověď: „*Určitě, já jsem si o tom zjistila veškeré informace, které byly dostupné, jo o tom, o tom, jak otěhotnět. Já jsem podstoupila tři pokusy o IVF, mám jakoby v uvozovkách trvalé následky, že ochlupení v obličeji, akné jo, já jsem to podstoupila i přesto jsem to podstoupila to umělé oplodnění, ty koňské dávky hormonů prostě nebudu zase jmenovat jméno toho doktora, ale on ten doktor taky musí být psycholog, musí mít tu psychologickou. Já nevím jestli, já nevím, jestli ten doktor má nějakou psychologickou*“.

průpravu, ale prostě on by takový zvláštní ten doktor a byl zvláštní proč, protože musel být i psycholog a musel vědět, jestli to ta ženská ustojí to ivéefko a já jsem to prostě neustála. Já jsem mu prostě tvrdila, že to zvládnut, že prostě že jsem silná, že zvládnu i to ivéefko, ale po tom prvním pokusu, po tom prvním pokusu o ivéef, tam byl špatný výsledek, tam byly jen čtyři vajíčka, z toho byly jen dvě zralé, z toho, jak to bylo. Dvě vajíčka z toho dvě zralé. No nebudu do toho zabředávat. Prostě to dopadlo blbě, tak jsem sem si říkala, že jsem neplodná, konec života“.

Charlota na tuto oblasti řekla: „*Ano, ptala jsem se přímo moji psychiatricky, jestli bych mohla mít dítě. A ona mi řekla, jestli se na to cítím, tak ano“.*

Izabela reagovala takto: „*Ano, když jsem byla mladá, tak jsem se ptala pana doktora, a on mi řekl, že musím mít nějaké zázemí a prostě musím být v pohodě. A to jsem ještě byla lepší. Řešila jsem s psychiatrem i s psychologem“.*

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Co ženy s duševním onemocněním ovlivnilo ve volbě mít nebo nemít děti?

K tomuto dílčímu cíli se vztahovalo více otázek, jestli ženy plánovaly mateřství, jakou roli hraje otec dítěte a zdali si myslí, že existují nějaké překážky v realizaci sexuality a zda vnímají duševní nemoc jako nějakou překážku při péči o dítě.

Většina žen řekla, že plánovaly mateřství, jen dvě uvedly, že to neměly v plánu, avšak jedna z nich otěhotněla. Přesto, že matka Boženy si nepřála, aby byla těhotná, nicméně Božena si nedokáže představit, že by neměla dítě, protože je žena.

Podle participantek je překážkou medikace, která snižuje libido, v pozdějším věku také menopauza.

Dvě z deseti participantek uvedly, že pro ně není žádná překážka v realizaci sexuality: „*Neexistují žádné překážky.“* „*Pro mě s partnerem mojím žádná překážka není.“*

Emílie reagovala takto: „*No, já si myslím, právě že o tom ani nějak moc vlastně neuvažuju, protože v podstatě já mám jen tu dceru, já nemám partnera, takže ono je takové jako s tou sexualitou prostě tak nějak jako nedalo by se říct, že by to byla hlavní prostě hlavní ten, co bych jako potřebovala. Možná je to takové v tom partnerském životě pěkné jo, ale bohužel, ale není to mým cílem nebo nezávidím to, ale nemám to partnera a je to jiné. Nevyžaduju to, partner pro mě není potřeba“.*

Anežka odpověděla následující: „*U mě třeba vlastně, když jsem měla hlubokou depresi, tak jsem absolutně odmítala partnera. Že to vlastně nebylo, člověk se tak jakoby uzavře v tom svém bludném kruhu, jak já říkám, a nedokáže se uvolnit. A vlastně odmítá to, ten sexuální život.*“

Hedvika nedokázala odpovědět, zda podle ní existují nějaké překážky v realizaci sexuality a uvedla tuto odpověď: „*No to je ten vztah k tomu rodiči, já právě momentálně, momentálně jsem v situaci, kdy mám velký strach o tu dceru, ale obrovský. Jako já se o ni strašně bojím, protože když mi řekne manžel, že jsem stejná jako moje matka, tak to je to nejhorší, co by mi mohl říct. Já asi jsem částečně paranoidní. Zabředávám, že. Já jsem asi částečně paranoidní, protože si všímám, když se něco pohne, nebo když mám třeba něco na ruce, jako že se mnou někdo něco dělal, ale chápu, že to je nutné s těma lidma na tom oddělení pět bė, trošku manipulovat, aby se zjistilo, jestli tu paranoiou mají nebo ne. Proto si myslím, že když jsem měla třeba něco od propisky na ruce, tak jsem si říkala, že asi se mnou museli zatřást, když jsem spala. Já mám velký problém se spánkem a nevím, jestli ho má. Matka ho má myslím taky, ten spánek je pro mě prostě alfa a omega ten spánek, prostě když mám depresi, tak bych jenom spala, spala, spala, spala, ležela, nechte mě být. A řekla bych, nechci tady nikoho pomlouvat nebo shazovat prostě, ale psychině se léčí rychle. Paní doktorka léčí rychle a já jsem to viděla, když jsem byla na jiném oddělení, tak já nemám ani popel proti tomu, co tam předváděla paní doktorka, ani, ani, ona fakt se snaží, fakt se snaží, ale ona je strašně mladučká aj ta primárka. To jsou tak mladý holky. Já nechci pomlouvat.*“

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Uvědomují si ženy s duševním onemocněním možné komplikace a zdravotní dopad na jejich dítě (např. pravděpodobný genetický přenos na dítě)?

Hlavním cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, zda si ženy s duševním onemocněním uvědomují, že by dítě mohlo zdědit predispozice k duševnímu onemocnění, jestli dokáží skloubit péči o dítě s hospitalizací a zdali vnímají duševní nemoc jako překážku v péči o dítě.

V této dílčí výzkumné otázce odpovídaly participantky dle toho, jakou duševní nemocí trpí. Dagmar, která je závislá na psychoaktivních látkách řekla, že nemá obavu: „*Ne, tohle se nedědí*“.

Participantka s kombinovanou diagnózou uvedla: „*Ano, ano, mám strach. Napadlo mě to v rámci té druhé nemoci*“.

Cecilie řekla, že: „*Ono je to padesát na padesát, podle toho, jak je geneticky vybavený partner. Napadlo mě to, že by tam něco mohlo být*“.

Božena uvedla, že onemocnění není přímo dědičné. Tento názor zastává proto, že sama měla zdravé rodiče a myslí si, že stejně jak zdravým lidem se může narodit nemocné dítě, tak nemocným zdravé.

Jedna z participantek si je jistá, že kdyby měla dítě, tak by bylo nemocné a postižené a musela by ho dát do ústavu.

Jedna z participantek přesto, že si uvědomuje genetické dispozice k duševním onemocněním, nemyslí si, že její dítě by nemoc zdědilo.

Izabela nad možností dědičného přenosu uvažovala, ale věřila, že by se u dítěte nemoc neprojevila. V tomto směru uvedla: „*byla jsem hodně optimistická a naivní*“.

Emílie sdělila následující: „*To ani ne, protože jsem byla pod dozorem, vlastně, v té nemocnici, protože jsem měla duševní poruchu, tak jsem byla hospitalizovaná až dokonce těhotenství, už mě nepustili domů, od toho šestého měsíce. V podstatě, když se dcera narodila, taky tam byly úvahy, že přichází v úvahu nějaký pěstoun, nebo prostě adopce, ale v podstatě já jsem se snažila o to, aby mi dcera zůstala, i když mám tu nemoc, tak abych dodržovala aspoň tu disciplínu základní, brala léky, snažila se, normálně žít, nedělat nějaké, co dřív. Musela jsem si odříct nějaké ty věci, když je člověk sám, je to volnější, tak ho zajímají i jiné věci. Snažila jsem se to všechno vypustit a snažím se, co nejvíc poskytnout té energii dceři*“.

Participantka Anežka, která má dvě děti prozradila: „*Mám samozřejmě obavu, protože já jsem to taky zdědila. A mám samozřejmě obavu jako, že budou mít. Oni jsou celkově přecitlivělí a myslím si, že časem se u nich nějaká ta nemoc objeví, ale nevím. Se mnou nemají moc lehký život, nemají to zázemí, zlikvidovala jsem vlastně své manželství, jsem na ně sama a vlastně až teďka mi maminka pomáhá jako, co jsem tady hospitalizovaná. Jako vždycky mi pomáhala, ale poprvé je to, co jsem tady, když mám děti. V ten moment ne, u mě zvítězila touha mít děti*“.

Hedvičina odpověď byla jiná, protože řekla, že její diagnóza je matka „*takže být matka je diagnóza sama o sobě*“.

Většina participantek se shodla, že se o děti během hospitalizace stará rodina, ani ne tak otec dítěte, spíš jejich rodiče a rodiče od partnera či manžela. Jen u Boženy je to jinak, nyní

je syn umístěn na přechodnou dobu v pěstounské péči. Jako překážku v péči o dítě ženy vnímají, pokud jsou v akutní fázi svoji nemoci, uvědomují si, že by se dostatečně nedokázaly o dítě postarat. Emílie by raději volila kratší hospitalizaci v začátku ataky, než strávit v nemocnici několik měsíců a tak ztratit kontakt s dcerou.

6 SHRnutí VÝzkumnÉ ČÁSTI A DISKUZE

Cílem empirické části diplomové práce bylo zjistit, jakým způsobem byly ženy s duševním onemocněním edukovány v oblasti sexuality a mateřství a kdo je edukoval. Výzkumný problém jsme se rozhodli ověřovat kvalitativní metodou, a to prostřednictvím případových studií, ve kterých jsou sepsány příběhy 10 žen, které onemocněly duševní poruchou. Výzkumný soubor jsme vybrali z aktuálně hospitalizovaných pacientek lůžkového zdravotnického psychiatrického zařízení. Jednotlivé kazuistiky byly označeny změněnými jmény, abychom zajistili anonymitu žen. Kazuistiky jsou součástí diplomové práce. Při zpracování případových studií jsme vycházeli i z osobní dokumentů participantek, které jsme měli k dispozici.

Po zpracování kazuistiky a interpretaci dílčích výzkumných cílů jsme dospěli k názoru, že ženy s duševním onemocněním byly edukovány již na základní škole a v rodině, občas informace z této oblasti probíraly s kamarádkami nebo z médií. Především se dozvěděly informace o menstruaci, jaké jsou rozdíly mezi mužem a ženou a co se děje s lidským tělem v dospívání.

Po onemocnění duševní poruchou žádná zásadní změna v edukaci žen nenastala. Pokud některá z participantek chtěla otěhotnět, řešila toto téma se svým ambulantním psychiatrem. V případě, že čekala negativní reakci lékaře, neprobírala to s ním, až otěhotněla, následně se obávala, aby po porodu neměla laktační psychózu a nemusela být hospitalizována. U některých participantek se lékař podivil, že by chtěly mít děti a nedoporučil jim. Ne vždy jim tato informace byla sdělena šetrně, přece jenom skoro každá, kromě dvou, plánovaly otěhotnět a mít dítě.

Ženy s duševním onemocněním, které nemají děti, ovlivnilo především to, že neměly vhodného partnera, také vedlejších účinky léků a v pozdějším věku menopauza. Jako překážku v realizaci sexuality uvádějí fáze manie, deprese nebo psychotické prožívání reality (což jsou halucinace a bludy). U žen, které mají děti, zvítězila touha je mít a být matkou, a to že mají duševní nemoc, nehrálo v tomto rozhodnutí roli.

Zda si ženy uvědomují možné komplikace a zdravotní dopad na jejich děti je padesát na padesát. Záleží i na tom, jak je geneticky vybaven partner. Z naší zkušenosti a ze zkušenosti našich kolegů se občas setkáváme s tím, že ženy s duševním onemocněním mají partnery, kteří jsou také duševně nemocní. Některé z participantek jsou si vědomy, že jejich děti mají predispozice k duševní nemoci, dokonce můžeme i říct, že se obávají, jestli se nemoc

u nich neprojeví. Jiné si tuto variantu vůbec nepřipouští a domnívají se, že jejich děti nebudou trpět stejnou nemocí.

Z výzkumu také vyplývá, zejména z vytvořené tabulky, že ženy, které mají děti, kromě invalidního důchodu pobírají i dávky ze státní sociální podpory nebo sociální pomoci.

Jakmile nemají dostatek financí na pokrytí životních nákladů, může se stát, že si půjčují peníze u nebankovních společností a tím se zadlužují.

Ve výzkumech, které byly realizovány na téma sexualita a mateřství, bylo výzkumné šetření zaměřeno především na osoby se zdravotním postižením. Domníváme se, že u této cílové skupiny už jsou dostatečné publikace i osvěta sociálních pracovníků, rodinných příslušníků a dalších pracovníků, kteří s nimi pracují. Ucelenější publikace o sexualitě a mateřství u duševně nemocných osob není, pouze v knize „Sexualita osob s postižením“ je jedna kapitola věnována této cílové skupině. Knihu napsali Venglářová a Eisner. V knize „Sexuologie“ od Weisse a kol. je jedna kapitola, kterou napsala Žourková. Ta se věnuje sexuálním poruchám u psychiatrických pacientů. Od autorů Venglářová, Mahrová a Petr vyšel článek „Sexualita lidí s duševním onemocněním“. Článek je primárně zaměřen na zdravotnictví a vliv medikace na sexualitu. Charakterizuje pojmy, jako jsou sexuologie, sexuální dysfunkce, sexuální anamnéza v ošetrovatelském přístupu a sexuálními problémy při některých psychiatrických poruchách.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě sesbíraných dat z výzkumného šetření, jsme vytvořili plán pro zkvalitnění sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, především se zaměřujeme na oblast sexuality a mateřství. Příčinou vytvoření tohoto plánu, byla snaha podat doporučení pro sociální pracovníky, popřípadě poskytovatele sociálních služeb a lékaře, kteří jsou v každodenním kontaktu se ženami s duševním onemocněním. Jedná se pouze o doporučení, která jsou hypotetická, avšak se domnívám, že důležitá. Došli jsme k několika zajímavým námětům ke zlepšení.

V oblasti první edukace bude mít nezastupitelnou roli rodina a škola. Pokud žena s duševním onemocněním navštěvuje ambulantní sociální služby, měl by zde být program, který je seznámí např. a antikoncepcí, upozorní, že existují vedlejší účinky léků, uspořádá besedu, kde bude žena s duševním onemocněním vyprávět svůj životní příběh (peer program).

Dalším vhodným prostředkem je edukace u ambulantního lékaře, především psychiatra, který ženy vyslechne a pomůže jim nalézt optimální řešení, bude např. nabízet letáčky sociální rehabilitace, které poskytují ambulantní službu, také bude edukovat o průběhu nemoci, jak ženy, tak rodinné příslušníky (zejména partnery). Takové edukační sezení by mohl poskytovat i psycholog.

Možná by nebylo špatné vybudovat nějaké chráněné sociální bydlení, kde by mohli být ženy s duševním onemocněním zároveň se svými dětmi a pod celodenním dohledem pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníc, OSPODu a dalšími institucemi a spolupracovat s nimi.

Je důležité se také zaměřit na edukaci mladých žen, kterým byla diagnostikována duševní porucha o oblasti sexuality a mateřství. Při práci s touto cílovou skupinou je potřeba navázat hlubší a důvěrnější pracovní vztah, protože často jsou tyto osoby paranoidní a vše, i nepatrné náznaky, si vztahují na sebe.

ZÁVĚR

Stále se hovoří o kvalitě života u lidí s duševním onemocněním. Jednou z podstatných oblastí, která poukazuje na kvalitu života je oblast vztahů, intimního života a možnosti rodičovství. Předkládaná diplomová práce byla věnována tématu „Edukace žen s duševním onemocněním v oblasti sexuality a mateřství“. Hlavním cílem bylo zjistit na základě realizace kvalitativního šetření, zda a jak byly ženy s duševním onemocněním v oblasti sexuality a potencionálního mateřství edukovány, zda jsou jejich potřeby specifické a jestli existují překážky v realizaci sexuality. Téma jsme si vybrali proto, že v naší praxi se setkáváme s ženami, které mají děti anebo jsou osamělé, bez partnera a jejich potřeby nejsou naplněny.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jestli ženy s duševním onemocněním byly v oblasti sexuality a potencionálního mateřství edukovány a jestli jsou jejich potřeby v této oblasti specifické.

V teoretické části byly vymezeny pojmy týkající se mateřství, sexuality, sexuální výchovy a edukace v oblasti sexuality u lidí s duševním onemocněním, dále byly definovány duševní nemoci a v neposlední řadě se věnujeme systému péče lidí s duševním onemocněním a sociální práci s touto cílovou skupinou. K popisu daných termínů byla aplikována odborná literatura, kterou jsme doplnili i internetovými zdroji.

Praktická část byla zaměřena na přípravu, průběh a vyhodnocení výzkumu týkajícího se problematiky edukace žen s duševním onemocněním v oblasti sexuality a mateřství. Pomocí kazuistik 10 duševně nemocných žen jsme analyzovali jejich sexuální a mateřskou oblast. Z výzkumu vyplývá, že většina žen byla edukována v oblasti sexuality a mateřství, minimálně na základní škole a v rodině. Většina žen chtěla otěhotnět a mít rodiny. Ty ženy, které mají děti, postupem času přemýšlely, zda jejich děti také nemoc zdědí, avšak tuto oblast s lékařem neprobíraly. Ženy, které jsou bezdětné, sice toto téma řešily, ale nenašly vhodného partnera a jejich nemoc je omezuje v každodenních činnostech.

Je potřeba stále edukovat a provádět osvětu u žen s duševním onemocněním, spolu s jejich příbuznými a partnery v oblasti sexuality a mateřství, aby si uvědomily, co obnáší těhotenství, jak skloubit péči o dítě s hospitalizací, jaké třeba existují sociální služby, které jim můžou pomoci a mohou se na ně obrátit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ABRAMSOVÁ, Lynn. *Zrození moderní ženy: Evropa 1789-1918*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2005. ISBN 80-7325-060-8.
- [2] CAJTHAMLOVÁ, Kateřina. *Abeceda moderního rodiče*. V Praze: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-913-1.
- [3] CAPPONI, Věra, Tomáš NOVÁK a Růžena HAJNOVÁ. *Sexuologický slovník*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-115-1.
- [4] ČEŠKOVÁ, Eva. Speciální psychiatrie. In: ČEŠKOVÁ, Eva, Mojmir SVOBODA a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006, 139 - 289. ISBN 80-7367-154-9.
- [5] FOITOVÁ, Zuzana. Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In: PĚČ, Ondřej, Václava PROBSTOVÁ a Jaroslav FILKA. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 208 - 245. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [6] HALES, Robert E., Stuart C. YUDOFKY a Glen O. GABBARD. *Essentials of psychiatry*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2011. ISBN 978-1-58562-933-6.
- [7] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
- [8] HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.
- [9] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [10] HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.
- [11] JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4786-6.
- [12] KNIHA, Michal. Sexualita a její tabu. In: *Děti a jejich sexualita: rádce pro rodiče a pedagogy*. Brno: CPress, 2014, s. 11-34. ISBN 978-80-264-0290-9.

- [13] KŘIČKA, Jan. Komunitní péče. In: MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, s. 155 - 177. ISBN 80-247-1151-6.
- [14] KUNHARTOVÁ, Monika, Miloň POTMĚŠIL a Petra POTMĚŠILOVÁ. *Náročné otcovství: být otcem dítěte s postižením*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3600-9.
- [15] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [16] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [17] MAREŠ, Petr. Mateřství a těhotenství z pohledu sociálních věd. In: *Ženská práva jsou lidská práva: sborník přednášek ze semináře*. Brno: Nesehnutí, 2002. ISBN 80-903228-0-8.
- [18] MARKOVÁ, Eva. Organizace péče o osoby s duševní poruchou. In: MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, s. 38 - 51. ISBN 80-247-1151-6.
- [19] MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [20] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- [21] NOVÁKOVÁ, Andrea. Sociální práce. In: MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, s. 150 - 154. ISBN 80-247-1151-6.
- [22] OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
- [23] PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4332-5.
- [24] PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [25] POKORNÝ, Pavel. Několik úvah k sexuální výchově. In: TURČAN, Pavel a Tomáš FAIT. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012, s. 413 - 419. ISBN 978-80-7345-291-9.

- [26] PRAŠKO, Ján a Martina HUNKOVÁ. Koncepce a organizace psychiatrické péče. In: PRAŠKO, Ján a kol. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, s. 325 - 338. ISBN 978-80-244-2570-2.
- [27] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [28] PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s. 133 - 161. ISBN 80-7367-002-X.
- [29] SLOBODA, Zdeněk. *Dospívání, rodičovství a (homo)sexualita*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-09-1.
- [30] SPILKOVÁ, Jana. Psychosexuální vývoj. In: WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 93 - 106. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [31] STRAUSS, Anselm L. a Juliet M. CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- [32] ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-162-9.
- [33] ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5025-4.
- [34] ŠTĚRBOVÁ, Dana. Sexualita zdravotně postižených. In: ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS a kol. *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011, s. 365 - 377. ISBN 978-80-7345-238-4.
- [35] ŠULOVÁ, Lenka. Sexuální výchova na školách. In: ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS a kol. *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011, s. 386 - 397. ISBN 978-80-7345-238-4.
- [36] ŠULOVÁ, Lenka. Sexuální výchova. In: WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 691 - 706. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [37] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

- [38] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.
- [39] ŽOURKOVÁ, Alexandra. Sexuální poruchy u psychiatrických pacientů. In: WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 417 - 437. ISBN 978-80-247-2492-8.

Internetové zdroje

- [40] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Psychiatrická péče 2016*. Praha: ÚZIS ČR, 2017 [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/psychiatrie-obecne
- [41] VENGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela MAHROVÁ a Tomáš PETR. Sexualita lidí s duševním onemocněním. *Učebna.net* [online]. [cit. 2018-03-28]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=504>
- [42] World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva* [online]. Geneva, 2006 [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DnB	Doplatek na bydlení
ID/III. st.	Invalidní důchod ve třetím stupni
IVF	Umělé oplodnění (in vitro fertilizace)
LVS	Léčebné výchovy k samostatnosti
Nem. dávky	Nemocenské dávky
PnD	Příspěvek na dítě
PnŽ	Příspěvek na živobytí
OSPOD	Oddělení sociálně právní ochrany dětí
SŠ	Střední škola
SOU	Střední odborné učiliště

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1: Základní informace o participantkách</i>	43
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

P I Ukázka přepisu rozhovoru

PŘÍLOHA P I: UKÁZKA PŘEPISU ROZHOVORU

Paní ANEŽKA

Tak, jo, ještě jsem vám chtěla říct, že toto je anonymní, že nebude poznat, že jste to vy.

Ano, to jste mi říkala včera.

A uvidíme co to. Tak první otázku mám. Kde a s kým jste probírali sexualitu a téma rodičovství? Jestli to třeba řešili někdy na základní škole, u lékaře, s kamarádkami, informace z internetu apod.)? Jaké informace jste se dozvěděly?

Na základní škole, Děvčátko na slovíčko, nám ukázali jako nějakou knížečku, co se menstruace týče, jinak sexuální výchovu jsem neměla, to až v pozdějším, to je až teďka nynější žáci. No, a s maminkou jsem žádnou jako takovou debatu, vážnou jak by to mělo být, jako neměla. Takže vlastně v tom životě to bylo. Jenom měla strach, abych neotěhotněla, jako když jsem měla maturovat, ale nic konkrétního mi k tomu nikdy nic neřekla, jak by to mělo probíhat, nebo čeho se to týče, čeho se vyvarovat. Tehdy internety nebyly. Děvčátko na slovíčko, to se spíš týkalo menstruace a vlastně jak o sebe pečovat, ale jako žádný sexuální kontext, to nebylo. Potom to bylo vlastně spíš jako, že jsme si kamarádky říkaly, co a jak.

Můžu se zeptat, v kolika letech jste byla poprvé hospitalizovaná na oddělení psychiatrické nemocnice? A bylo to tady?

V devatenácti letech. Ano, bylo to tady na desítce áčku otevřeném.

A myslíte si, že jsou potřeby lidí s duševním onemocněním specifické?

Rozhodně by člověk měl být informovaným nějakým letáčkem. Oni existují vlastně teďka ty vlastně s duševním onemocněním nějaké letáčky. Nemyslím si, že by, jako teďka jako by přístup na internet, se může vlastně člověk zjistit všechno.

Existují podle Vás nějaké překážky v realizaci sexuality? Jestli ano, jaké?

U mě třeba vlastně, když jsem měla hlubokou depresi, tak jsem absolutně odmítala partnera. Že to vlastně nebylo, člověk se tak jakoby uzavře v tom svém bludném kruhu, jak já říkám, a nedokáže se uvolnit. A vlastně odmítá to, ten sexuální život.

Když Vám byla diagnostikovaná duševní nemoc, napadlo Vás, že by to mohlo ovlivnit i Vaše potencionální mateřství?

Mně hrozně moc pomohlo, když mi tenkrát v Bohnicích řekli, že nejsem nemocná, že si to způsobuju sama tu nemoc. A něco jsem podědila jako, spíš si myslím, že toto mi pomohlo v rozhodnutí, že vlastně ty děti můžu mít. Je pravda, že já jsem vlastně po období jako vždycky, když jsem měla nějakou ataku té nemoci, tak jsem z léčebny dostala nějakých pár prášků, třeba na přechodné období ne jen třeba na tři dny, ale než to dovybírám, třeba měsíc, já jsem brala vždycky jen měsíc a potom jsem je přestala brát a myslím si, že díky tomu, že mě tehdy toto řekli v těch Bohnicích, tak mám fakt krásné kluky. A nedokážu si představit, kdybych byla těžší případ s tím, že bych byla těhotná. Víím, že spoustu psychických nemocných pacientek vlastně své dítě donosí, ale potom už nemají, jako nestarají se o něj, že ač by chtěly, tak jim to ta nemoc neumožňuje. Je tam mnoho faktorů – zázemí, aby měl člověk, kde vychovávat to dítě, třeba by to i dokázal, ale sama má co dělat se sebou a děťátka jsou náročná. A ty miminka se vám to budí po hodině, po třech hodinách a tak je to vlastně nápor na psychiku i na zdravého člověka.

Další otázka. Probírali jste s ambulantním lékařem, psychiatrem, gynekologem (nebo někým jiným) možnost mít děti s ohledem na Vaši nemoc?

Nešla jsem, nešla jsem vůbec za nikým. Jediné co jsem informovala gynekologa, když jsem byla těhotná, že mám nějaké psychické problémy, aby eventuálně abych nedostala laktační psychózu. Což jsem nedostala.

Ani s jedním z těch dvou kluků.

Ani s jedním z těch dvou kluků. I protože já jsem měla, rodila jsem císařem, z důvodu, že byl ten první poloha příční a ten druhý vlastně během porodu začal asi, to nevím, jako začal mu bít srdce na poplach, že jsem byla monitorovaná na tom KTG a právě během porodu jako markantně mu to začalo klesat ten krevní tep. Myslím si, že i toto je takové ulehčení pro tu pacientku, než kdybych rodila a měla bych komplikovaný porod, což s tím velkým klukem prvním, že měl čtyři kila skoro a byl poloha příční jako bych asi těžko porodila.

Neměla jste obavu, že by Vaše dítě mohlo zdědit Vaši nemoc?

Mám samozřejmě obavu, protože já jsem to taky zdědila. A mám samozřejmě obavu jako, že budou mít. Oni jsou celkově přecitlivělí a myslím si, že časem se u nich nějaká ta nemoc objeví, ale nevím. Se mnou nemají moc lehký život, nemají to zázemí, zlikvidovala jsem vlastně své manželství, jsem na ně sama a vlastně až teďka mi maminka pomáhá jako,

co jsem tady hospitalizovaná. Jako vždycky mi pomáhala, ale poprvé je to, co jsem tady, když mám děti. Kluci jsou velcí

Kluci jsou celkem velcí, takže je to celkem doba, co jste byla doma.

Kluci jsou velcí. Ano, doba to dlouhá byla.

A předtím, když jste třeba plánovala otěhotnět, tak jste nad tím nepřemýšlela, že by mohla být nějaká pravděpodobnost?

Ne v ten moment ne, u mě zvítězila touha mít děti. Já jsem chtěla mít děti dřív, ale bývalý manžel jako se k tomu neměl a potom jsme se rozhodli a první dítě jsem měla ve třiceti. Což si myslím, že jako že ta hranice se posunuje, že. Ted už je to jedno. Ale když už jsem měla druhé dítě v pětatřiceti, tak jsem si říkala na, co jsem čekala, že bych mohla být už třeba, nemyslím si, že by babičkou, ale už bych mohla mít děti ven z hnízda, jako že by mohli být větší

Plánovala jste mateřství? Víceméně jste mi už odpověděla.

Plánovala.

Jakou roli sehrává ten otec dítěte v péči o dítě u vás?

Ze začátku byl úžasný, jako pomáhal mi, jako se vším všudy, co se týče, jako kdyby mohl kojít, tak kojí taky. A my jsme ještě k tomu ještě rekonstruovali domek jako, tak se já jsem se starala o dítě a domácnost a on se staral o to, chodil do práce vlastně a bylo na něho spolehnutí, mohla jsem se o něho opřít, ale teďka momentálně mě moc nepomáhá, protože se zadlužil ve firmě, kterou si založil a táhne se to už to nějaký rok, teďka už se konečně rozhoupal s tím, ale pět minut po dvanácté se rozhodl, jako k tomu, aby vlastně to ukončil a splatil ty dluhy. No a mě to vlastně dělá strašně moc zle, pořád ho tahat z průšvihů a už jsem se stala flegmatická vůči tomu, protože bych se musela zbláznit asi z toho, znovu.

Bylo pro Vás těžké skloubit péči o dítě s Vaší nemocí, respektive hospitalizací v psychiatrické nemocnici?

Ted' se stará o kluky babička s dědou. Moji rodiče. Z jeho strany se nikdo nestará

Vnímáte duševní nemoc jako nějaký handicap či omezení při péči o dítě?

U mě ne. U mě si myslím, že to ta překážka ta nemoc není, ale u druhých to může být. Viděla jsem, zažila jsem, co jsem v léčebně zažila, jsem těhotné ženy, které byly těhotné

a s tím, že vlastně celé těhotenství strávily tady v psychiatrické léčebně a no v zápětí jim to dítě bylo sebráno.

Tak já bych vám chtěla poděkovat za rozhovor. Už je to teda všechno.

Doufám, že jsem něco kloudného řekla.