

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Institut sociálního zdraví



**Jak se u nás rodí ženám se zkušeností s psychiatrickou
diagnózou?**

How do women with experience of a psychiatric diagnosis give birth in our
country?

Diplomová práce

Olomouc 2024

Autor: Mgr. Darja Jašková

Vedoucí práce: MUDr. Natálie Kaščíková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Olomouci, dne 13. dubna, 2024



Darja Jašková

Děkuji vedoucí této práce, MUDr. Natálii Kašćákové, Ph.D. za cenné konzultace, odborné vedení a především podporu, které se mi od ní dostávalo a díky které se mi dařilo zpracovat obtížné fáze výzkumu. Svým blízkým přátelům, rodině a spolužákům děkuji za veškerou pomoc a také poskytnutí prostoru pro psaní.

Tato práce by nevnikla bez mého manžela a syna, bez inspirace a odvahy, kterou mi dodávali.

Klíčová slova

Psychiatrická diagnóza, bipolární afektivní porucha, porod, perinatální období, trauma

Keywords

Psychiatric diagnosis, bipolar affective disorder, childbirth, perinatal period, trauma

Abstrakt

V posledních letech můžeme zaznamenat vzestup četnosti studií, zabývajících se psychickým zdravím žen v perinatálním období. Tato tendence se pojí s detabuizací porodu jako fenoménu.

Obojí se stalo výchozími premisami pro téma výzkumu této práce.

Výzkum žité zkušenosti porodu cílí na ženy s psychiatrickou diagnózou, konkrétně pak na bipolární afektivní poruchu.

Cílem této kvalitativní studie bude zjistit, jaká je žitá zkušenost perinatálního období pro ženu s bipolární afektivní poruchou. Výzkum má kromě této hlavní otázky také dvě vedlejší: Jak může ovlivňovat bipolárně afektivní porucha perinatální období ženy? Jaké faktory přispívají k pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím?

Za použití designu interpretativní fenomenologické analýzy byly interpretace analyzovaných dat roztrženy do kapitol Analogie, Paradoxy a Traumata.

Výsledek práce přinesl zjištění, že je žitá zkušenost perinatálního období pro ženu s bipolární afektivní poruchou traumatická.

Abstract

In recent years, there has been an increase in the number of studies on women's mental health in the perinatal period. This tendency is linked to the detablisation of childbirth as a phenomenon.

Both have become the initial premises for the research topic of this thesis.

Research on the lived experience of childbirth targets women with a psychiatric diagnosis, specifically bipolar affective disorder.

The aim of this qualitative study will be to explore the lived experience of the perinatal period for women with bipolar affective disorder. In addition to this main question, the research also has two secondary questions: How might bipolar affective disorder affect a woman's perinatal period? What factors contribute to a positive experience of the perinatal period?

Using an interpretive phenomenological analysis design, the interpretations of the data analyzed were categorized into the chapters Analogies, Paradoxes, and Traumas.

The result of the thesis yielded the finding that the lived experience of the perinatal period is traumatic for a woman with bipolar affective disorder.

Obsah

1 ÚVOD	8
1.1 PŘEDMLUVA	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
2 Duševní onemocnění	11
2.1 Psychiatrická diagnóza a její diagnostika	13
2.2 Klasifikace psychiatrických poruch	14
2.3 Stigmatizace duševních onemocnění	14
3 Bipolární afektivní porucha	15
3.1 Klasifikace a typy BAP	15
3.2 Etiologie BAP – kombinace dědičnosti a spouštěcích okamžiků	17
3.3 Léčba a terapie BAP	18
3.4 Komorbidity BAP	19
3.4.1 Návykové látky	19
3.4.2 Bulimie	20
4 BAP v kontextu založení rodiny	21
4.1 Souběžnost diagnostiky a fertlního věku	21
4.2 Okolnosti porodu žen s BAP	21
4.3 Spánková deprivace	22
5 Perinatální období v životě ženy s BAP	22
5.1 Perinatální období jako náročné období pro celou rodinu	22
5.2 Těhotenství, medikace a laktace	23
5.2.1 Antipsychotika	25
5.2.2 Antidepresiva	26
5.3 Formy systémové pomoci – organizace věnující se duševnímu zdraví rodiček	26
6 Porod jako hraniční zážitek v životě ženy	27
6.1 Porod jako emoční transformace vs. porod jako zdravotnický úkon	27

6.2 Historie a stav porodnictví u nás.....	28
6.2.1 Od socialismu k současnosti	29
6.3 Vnímání bolesti u porodu.....	30
6.4 Práce s poporodním traumatem.....	31
6.5 Nové trendy v porodnictví	32
VÝZKUMNÁ ČÁST	33
7 Výzkumný problém a cíle práce	34
8 Popis realizovaného výzkumu.....	34
8.1 Participantka.....	35
8.2 Sběr dat a postup při výzkumu.....	35
8.3 Popis použité metody	36
8.4 Etické hledisko a ochrana soukromí	37
8.5 Práce s daty a její výsledky	38
9 Interpretace analyzovaných dat.....	38
9.1 Anamnéza participantky.....	38
9.2 Témata k interpretaci.....	41
9.3 Analogie	41
9.3.1 „Když se nedokážeš zabít, tak se asi budeš muset naučit žít“	41
9.3.2 „To, že kojení má všechny benefity neznamená, že nekojení žádné benefity nemá“	42
9.3.3 „Když je člověk v mánii, všechno dává smysl“	44
9.3.4 „Zdravotnická profese není jenom o tom, vyléčit tělo“	45
9.4 Paradoxy.....	46
9.4.1 „Můj mozek se radši zbláznil, protože když je člověk v mánii, tak je šťastnej“	46
9.4.2 „Do svých dvanácti let jsem se strašně bála, že se naši rozvedou a od svých dvanácti jsem se zase bála, že už se nerozvedou nikdy“	47
9.4.3 „I když jsem v mánii, pořád jsem to já“	49

9.4.4 „Snažila jsem se ze všech sil vydobýt si svoje práva a nepotřebovala jsem už dalšího člověka, který by mi pořád říkal, ať si je vydobydu“	50
9.5 Traumata	50
9.5.1 Trauma jako únik	51
9.5.2 Zbytečnost porodnického násilí	51
9.5.3 Síla sdíleného traumatu	52
9.5.4 Naděje jako smysl léčby traumatu	53
9.6 Reflexe	53
10 Diskuse.....	54
10.1 Připomenutí cílů a výzkumných otázek	54
10.2 Shrnutí výsledků výzkumu.....	55
10.3 Shody a neshody s ostatními výzkumy	55
10.4 Interpretace výsledků	56
10.5 Limity výzkumu	60
10.6 Silné a slabé stránky	61
10.7 Použití pro praxi	61
10.8 Přínos výzkumu.....	61
11 Závěry výzkumu.....	62
12 Souhrn	62
Literatura	63

1 ÚVOD

V současné době můžeme v oblasti psychiatrie, psychologie i sociální práce zaznamenat proces, jehož název se ustálil jako „reforma péče o duševní zdraví“. Aniž by si tato práce kladla za cíl, jakkoliv reflektovat progres či kvalitu dynamiky tohoto procesu, je jím celkově ovlivněna. Ať už prostřednictvím výzkumníka, jeho osobních motivací a cílů, kterými je také přispět ke společenské destigmatizaci duševních onemocnění nebo prostřednictvím příběhu participantky a jejích zkušeností s různými formami psychiatrické péče.

Podobně jako tento směr v psychiatrii, zažívá svou reformu také porodnictví.

Práce reflektuje oba tyto výše zmíněné procesy. Z odborného pohledu a také z toho společenského.

Pro tuto práci byly velkým přínosem studie a výzkumy Národního ústavu pro duševní zdraví, zaměřené na duševní zdraví rodiček, perinatální období žen s duševním onemocněním a také možnosti kojení a medikace.

Výzkum této práce v ničem nerozporuje výsledky výše zmíněných studií, pouze některé dále rozvíjí nebo zpřesňuje. Stejně tak jako řadu zahraničních výzkumů, týkajících se především vztahu mezi porodem ženy s bipolárně afektivní poruchou a možným relapsem.

Protože se však v analýze dat ukazuje jako podstatné prostředí a systém českého zdravotnictví, stejně jako celý regionální kontext, více relevantní se tak jeví komparace s předešlými výzkumy Národního ústavu pro duševní zdraví.

Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Do té teoretické patří odborné ukotvení diagnózy bipolárně afektivní poruchy a také tematický diskurz perinatálního období.

Jak participant, tak výzkumník mají za sebou zkušenost s porodem a také s duševním onemocněním. Tento fakt stál za rozhodnutím pro použití interpretativní fenomenologické analýzy.

Jako hlavní výzkumná otázka byla zvolena: Jaká je žitá zkušenost perinatálního období pro ženu s bipolárně afektivní poruchou? Tuto otázku pak pomáhaly zkoumat další dvě vedlejší otázky: Jak může ovlivňovat bipolárně afektivní porucha perinatální období ženy? Jaké faktory přispívají k pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím?

Jako metoda při sběru dat byl použit fenomenologický rozhovor, při němž se dalo využít rychlé navázání vztahu a důvěry mezi výzkumníkem a participantkou.

Pro interpretaci nebyla použita pouze analýza z těchto dat, ale také z jiných písemných dokumentů respondentky.

Ve výzkumné části je interpretace analyzovaných dat rozdělena na tři pomyslné tematické okruhy: analogie, paradoxy a traumata. V rámci těchto okruhů jsou interpretovány témata související s vytyčenými otázkami této práce.

Závěrečná reflexe výzkumníka pak dotváří povahu celého fenomenologického diskurzu.

1.1 PŘEDMLUVA

Když jsem přemýšlela o tom, jakou oblast výzkumu si zvolím pro psaní této práce, bylo mi jasné, že se chci pohybovat v tématech, jaká jsou mi blízká nebo s jakými mám osobní zkušenost. Že pro mě bude při práci podstatné, aby hledání odpovědi na výzkumnou otázku nebylo jen prostředkem k ukončení studia.

Jedním z témat splňujícím tato kritéria bylo mateřství. Zkušenost s porodem pro mě v té době byla dostatečně vzdálená na to, abych už vůči ní získala určitý nadhled i distanc potřebný k tomu, aby mohla figurovat jako téma výzkumu, ale zase na příliš, abych si nedokázala vybavit veškeré nuance spojené s jedinečností perinatálního období.

Cílovou skupinu rodiček jsem však chtěla nějak zúžit a specifikovat a rozhodla jsem se proto pro skupinu žen, které mají nějakou zkušenost s duševním onemocněním. Přišlo mi, že jejich prostřednictvím může dobře zrcadlit křehká a intimní povaha perinatálního období.

Aby práce mohla vůbec nějak přispět ke zlepšení současného stavu našeho porodnictví, chtěla jsem pro výzkum získat také pohled porodních asistentek a mít tak dvě skupiny participantek. Zkoumaná témata a faktory, které by mohly pozitivně ovlivnit porod jako takový jsem pak chtěla koncipovat jako pomyslný dialog těchto dvou skupin. Hledat, ze kterých pozic je možné budovat společnou efektivní komunikaci.

Z důvodu intimní povahy tématu a navázání důvěry s participantkami a mnou jsem se rozhodla shánět je výhradně metodou „snowball“, oslovila jsem několik vytipovaných lidí ve svém okolí s tím, aby předali můj kontakt někomu, kdo by se chtěl zúčastnit výzkumu.

Začala se mi ozývat spousta žen a ukázalo se, že chtějí, aby někdo slyšel jejich porodní příběh, za kterým se často skrývalo nějaké trauma. Zdálo se, že můžu vyzpovídat všechny a pořád se budu dozvídat nové skutečnosti o jedinečnosti tohoto procesu. Během tohoto sběru dat a prvních pokusů o jejich analýzu mi však docházelo, že pokud chci dělat kvalitativní výzkum o perinatálním období, budu se muset zaměřit pouze na jednu z nich a rozhovorů provést víc než jeden. Pro tyto účely se jako ideální jevil design interpretativní fenomenologické analýzy.

Během příprav na již konkrétně zvolenou tuto práci mi vyvstaly okruhy relevantní pro výzkum, ze kterých se postupně vyvinuly dvě vedlejší výzkumné otázky.

Zajímalo mě, zda skutečnost, že má rodička již nějakou zkušenost se zdravotnickým prostředím z nutné podstaty věci své diagnózy (od pravidelné komunikace s psychiatrem či psychologem až po případnou zkušenost s hospitalizací), může přispět k pozitivnější zkušenosti se zdravotnickou částí porodu (především ke komunikaci se zdravotnickým personálem porodnice). A co všechno vlastně může přispět k pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím jako celkem?

Cílem práce pak zůstává podat výpověď jedinečné perinatální zkušenosti ženy s bipolárně afektivní poruchou.

Mým osobním cílem je také přispět k destigmatizaci duševních onemocnění. Cílem takové destigmatizace jak ji chápu já, nemá být potírání stigmat, trestání stigmatizujících, pozitivní diskriminace stigmatizovaných.

Vnímám podstatu destigmatizace jako přesah k tomu, že běžnou reakcí na jinakost už nebude ostrakizace.

Konkrétní design a způsob práce jsem si mohla dovolit především proto, že jsem pro něj našla ideální participantku. Ženu, která už svůj porodní příběh veřejně sdílela, která se už účastnila nějakého výzkumu a která má kolem sebe podpůrnou síť odborné pomoci i rodiny. To vše se mi zdálo být dobrými kritérii pro dokončení kvalitativního výzkumu o třech polostrukturovaných rozhovorech.

V neposlední řadě mi přišla blízka také její diagnóza bipolární afektivní poruchy, protože jsem několik takových žen matek během života potkala a mám s nimi pozitivní zkušenost. Díky této skutečnosti se mi během sběru dat s konkrétní participantkou také rozšířila moje motivace o další cíl práce: přispět k destigmatizaci nejen této psychiatrické diagnózy, ale také přinést nové poznatky a vyvrátit mýty, které pořád panují zejména v oblasti zachování medikace a perinatálního období u rodiček s duševním onemocněním.

Tato vesměs pragmatická volba se ukázala postupně jako velmi správná a efektivní pro výzkum. Tato konkrétní participantka mi nejen poskytla nadmíru otevřený a důvěrný materiál, ale sama pro mě byla také zdroje inspirace, obdivu a přispěla k redefinování mých vlastních myšlenek a úvah s tímto tématem spojených. Za což jí patří velký dík.

Následná teoretická část poskytne odborné zázemí především pro diskutované pojmy stigmatu a duševního onemocnění. Nejpodrobněji se pak samozřejmě věnuji bipolární afektivní poruše.

Nazírám ji nejen v kontextu mateřství, ale i z pohledu dalších tematických okruhů, které budou diskutovány v interpretační části. Následně se zaměřím na samotné perinatální období a tematické kontexty s ním spojené.

Široké téma porodu jako fenoménu jsem chtěla prezentovat především v jeho transcendentálních konotacích, protože tak byl také nejčastěji reflektován v nasbíraných datech. Považovala jsem také za relevantní zmínit alespoň okrajově historii porodnictví v rámci území České republiky a také aktuální trendy a kontexty, kam ostatně spadá i požadavek na zkvalitnění komunikace se zdravotnickým personálem porodnic.

Vzhledem ke své potřebě vše strukturovat, která se projevovala především v práci s analyzovanými daty, jsem chtěla zpřehlednit tematické okruhy, kterými se prolínají odpovědi na výzkumné otázky. Vzniklo tak roztržení jednotlivých kapitol do nadřazených celků: Analogie, Paradoxy a Traumata.

Protože se mi zdálo, že prostorově úspornější než můj popis nebo interpretace bude nakonec citace samotné participantky, jsou jimi jednotlivé kapitoly pojmenovány a každá obsahuje alespoň krátký úryvek z rozhovoru s participantkou, který by měl sloužit jako esence tématu diskutovaného v té které kapitole.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce se v souladu se zvolenými výzkumnými cíli zabývá definováním pojmu duševní onemocnění, klasifikací duševních poruch a jejich stigmatizace ve společnosti.

Samostatná kapitola je pak věnována podrobnějšímu teoretickému zázemí bipolární afektivní poruchy (BAP). Toto duševní onemocnění je v následující kapitole ještě diskutováno v kontextu založení rodiny a témat s ním spojených.

Teoretická část dále poskytne terminologické zázemí pro kontext spjatý s perinatálním obdobím ženy, přičemž důraz je kladen na jeho porodní část.

Tyto teoretické pojmy jsou doplněny o empirické poznatky současných studií

2 Duševní onemocnění

V návaznosti na zvolený design tohoto výzkumu bude předně zmíněn rozdíl mezi objektivistickým přístupem k diagnostice duševních onemocnění – tedy přístupu kdy určitá

osoba – ideálně psychiatr, popíše symptomy, na jejichž základě se klasifikuje diagnóza, a přístupem fenomenologickým – který se zaměřuje na subjektivní popis prožívaných symptomů, jejichž závažnost či dynamiku určuje daný člověk sám.

Objektivistický přístup používán laickou veřejností mnohdy zbytečně stupňuje stigmatizaci vůči duševním onemocněním. Naopak používání fenomenologického přístupu ve zdravotnictví je ukázkou destigmatizačního trendu spjatého s reformou péče o duševní zdraví.

Tomicová ve své práci (2013) používá Fuchsovo rozdělení na tři přístupy k duševním onemocněním. První nazývá jako pozitivistické, objektivizující paradigma, které se k lidem s duševním onemocněním vztahuje jako k objektům. Je podporované diagnostickými manuály (DSM-IV a MKN-10) a zaměřuje se na popis pozorovatelných symptomů chování.

Druhý přístup Fuchs nazývá fenomenologický. Zaměřuje se na pacientovo prožívání. Lékaři se pokoušejí o popisy stavů svých pacientů z první osoby. Nezaměřují se na jednotlivé symptomy, jejichž význam odvozují z diagnostického manuálu, ale snaží se najít význam symptomů ve vztahu k individuálnímu, žitému světu, ve kterém se vyskytují.

Třetí pojetí označuje jako hermeneutické a zaměřuje se společnou konstrukci příběhů a interpretaci.

Člověk je podle Fuchse (2010) aktivně se definující bytost, která utváří své sebepojetí skrze vyprávění příběhů druhým, v konverzacích podléhajících hermeneutickému kruhu porozumění.

Existují dva odlišné přístupy k etiologii duševních onemocnění. První vychází z přesvědčení, že příčiny duševního onemocnění lze vysvětlit především somatogenně (příčiny genetické, vrozené, specifické příčiny vedoucí k poruchám struktur CNS, dysfunkce neurotransmiterových systémů, atd). Druhý krajní přístup vychází z tvrzení, že příčiny jsou převážně psychopatogenní (Vašina, 2008).

Jak uvádí Praško:

„Biopsychosociální model v klinické medicíně popsáný Engelem (1977) postuluje, že biochemická a biofyzikální poškození nemohou dostatečně vysvětlit celou podstatu vzniku nemoci. Rozvoj onemocnění nebo poruchy je pochopitelný v termínech mnohočetných rizikových faktorů: psychosociálních, biologických a environmentálních stresorů, vývojových formativních vlivů, charakterových rysů, stejně jako familiárně hereditární a temperamentové dispozice.

Kombinací těchto vlivů vzniká zranitelnost. Na jejím podkladě v období zátěže pak nemoc. Zátěžové prvky jsou opět komplexní, biopsychosociální a není lehké určit tzv. spouštěč, tj. stresovou situaci, která u zranitelného člověka napomohla vzniku nemoci“ (Praško et al, 2011, str 37-38).

2.1 Psychiatrická diagnóza a její diagnostika

Diagnostika v psychiatrii patří mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů. Je to dáno tím, že klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé. U velké části psychických poruch neznáme etiologii a patogenezi. (Dušek et al, 2015, s 22).

V souladu s destigmatizačním cílem této práce bude v následující kapitole věnována pozornost nejprve rozdílu mezi určením diagnózy a určením jejího symptomu.

Diagnóza je naplněna několika symptomy, je jim tedy nadřazena. Přičemž jeden symptom může být obsažen ve více diagnózách. Psychiatrickou diagnózu dle klasifikace MKN-10 může stanovit pouze psychiatr. Ne každý symptom duševního onemocnění musí nutně vést k psychiatrické diagnóze. Každý symptom by ale měl být naopak vnímán v jeho vztahu nebo souvislosti k něčemu dalšímu v životě nebo charakteru daného člověka.

Vidět takto psychickou poruchu klade vysoké požadavky na odborníky, kteří musí v diagnostice zachytit komplexní osobnost a vztahy pacienta.

Symptomem – příznakem – se rozumí určitý projev nemoci. Podle přítomnosti určitých příznaků můžeme usuzovat na určitou nemoc nebo poruchu. Váha jednotlivých příznaků pro diagnostiku určitého onemocnění není stejná. Některé příznaky – např. poruchy spánku, jsou podružné u řady nemocí – jde o nespecifické symptomy. U jiných nemocí mohou mít závažný význam, např. u hypersomnií a narkolepsie – v takovém případě jde o symptomy specifické (Dušek et al, 2015, s 43).

Kučerová odkazuje v kapitole o stanovení psychiatrické diagnózy na článek R. Michele, obsahující rozbor diskuse o tom, jak vlastně stanovovat psychiatrickou diagnózu. „Vzdor tomu, že jsou celosvětově prováděny nejrůznější studie, nedobrali se zatím odborníci k jednotným názorům či postupům. Raja Michele popisuje současnou cestu od symptomů (symptomes) přes syndromy (syndromes), poruchy (disorders) k nemocem (diseases). Postup od příznaku k nemoci lze nazvat pyramidový přístup při tvorbě diagnózy, kdy ze změní nejrůznějších potíží nemocného vybereme ty podstatné, které spolu souvisejí, a z nich pak sestavíme diagnózu“ (Kučerová, 2019, str. 18).

Skutečnost této metody problematizuje fakt, že ne všechny příznaky mají stejnou hodnotu a vztahy mezi nimi jsou různě provázané. Síla těchto vztahů se pak navíc může ještě měnit.

2.2 Klasifikace psychiatrických poruch

V české psychiatrii se používá klasifikační systém MKN, který podléhá Světové zdravotnické organizaci. Tento systém je tak jako jiné založen na předpokladu, že v každé diagnóze lze najít symptomy specifické i obecné, a právě na těch je postaveno toto třídění.

„Klasifikační systémy se vyznačují konvencí. Stejný problém lze posuzovat z různých hledisek, a to zejména v psychiatrii, kde často nelze závěry podložit laboratorními metodami či jinak. Co pod pojmem schizofrenie rozuměli naši předchůdci, nemusí být totožné s tím, co tím rozumí současní psychiatři. Je však pravda, že proces psychiatrické klasifikace je rozporný. Rozpornost se projevuje odlišnými klasifikačními přístupy: nosologická koncepce a antinosologický přístup. Rozpory mezi „psychicky“ a „somaticky“, rozpor mezi psychopatologickým a patofyziologickým přístupem, atd. Poznatky získané při diagnostice a terapii duševních poruch zobecňujeme na různých úrovních. Nejkonkrétnější jsou symptomy, obecnější je syndromologická a nosologická úroveň“ (Dušek et al, 2015, s. 29).

2.3 Stigmatizace duševních onemocnění

Dle Ociskové a Praška (2015) můžeme slovo „stigma“ obecně chápat jako určitý tělesný znak, který poukazuje na něco neobvyklého, nedostatečného či morálně nesprávného. Stigma už v minulosti vedlo k izolaci a sociálnímu vyloučení jedince.

Ve psychologickém slovníku najdeme také odkaz na (Thornicroft et al., 2009) čtyři základní komponenty modelu stigmatizace:

- 1.) **Značkování (labeling)** – na počátku procesu stigmatizace stojí zaznamenání osobnostních charakteristik, které jsou pokládány za důležitou odlišnost oproti subjektivní nebo společenské normě.
- 2.) **Stereotypie (stereotyping)** – tato odlišnost je spojena s nepřijatelnými osobnostními znaky, vlastnostmi nebo projevy chování.
- 3.) **Separace (separating)** – dochází k rozlišení na „my“ a oni“.

4.) Ztráta pozice a diskriminace – stigmatizovaní jedinci jsou zneváženi, odmítnuti a vyloučeni.

Jinak se stigmatizuje v různých kulturách a jinak se stigmatizuje v různých povoláních. Fakt, že sami porodníci stigmatizují rodičky s duševním onemocněním, se potvrdil už v přípravných rozhovorech pro tento výzkum. Lékaři a zdravotníci mají větší sklon k nálepkování, jelikož se v jejich oboru objevuje pravidlo, které říká, že přehlédnutí nemoci se považuje za velmi vážnou chybu, kdežto špatné diagnostikování jako chyba méně závažná (Skutilová, 2020).

Fakt, že zdravotníci mají k labelingu větší sklony, prokazují i závěry výzkumu této práce.

Nejvíce stigmatizovaní jsou lidé se schizofrenií a bipolární poruchou, dále pak osoby s poruchami osobnosti, poruchami příjmu potravy, úzkostmi a obsedantně kompulsivní poruchou (Ocisková et al, 2015).

Častou příčinou stigmatizace je málo sociálního kontaktu handicapovaných lidí s běžnou populací. A také jejich obraz, který veřejnosti poskytují média. Projevuje se především akcentací psychiatrické diagnózy v případě kriminálních činů atd.

To vše ubližuje lidem, které takto škatulkujeme hned dvakrát – poprvé tím, jaké předsudky si o nich vytváříme sami, po druhé tím, jaké předsudky si díky tomu všemu vytváří oni sami o sobě. Na problém stigmatizace psychiatrických pacientů poukázovala antipsychiatrie (Ocisková et al, 2015, s 29). Její představitelé měli za to, že na psychopatologii se podílí hlavně stigmatizace. Rozvinula bych tuto myšlenku nejen v té rovině, že člověk hledá raději vysvětlení svých potíží v somatických příčinách, ale také v sebestigmatizačním pojetí – pokud mi někdo bude připisovat symptomy psychiatrických diagnóz, mohu se s nimi začít ztotožňovat.

V kapitole příznačně nazvané „Sebenaplňující proroctví“ Janáčková (2015, s. 15) uvádí: „Očekává-li od nás okolí jisté chování, je dost pravděpodobné, že k němu budeme tak či onak směřovat“.

3 Bipolární afektivní porucha

3.1 Klasifikace a typy BAP

Bipolární afektivní porucha patří do skupiny poruch nálady. V MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize) se klasifikuje podle současně probíhající fáze na BAP,

současnou fází hypomanickou, manickou s nebo bez psychotických příznaků, depresivní fází středně těžkou a těžkou s nebo bez psychotických příznaků, dále smíšenou fází a BAP v remisi. Dle této klasifikace pak má pod zkratkou F31 následující definici: Porucha je charakterizovaná dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena. Tato porucha tkví v tom, že za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypománie anebo mánie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese). Pacient trpící pouze opakovanými atakami mánie nebo hypománie, se zařazuje jako bipolární (Sedmidubská, 2013).

Americký klasifikační systém DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace, 4. vydání) dělí bipolární poruchy na bipolární poruchu I (jediná manická nebo smíšená epizoda, poslední epizoda hypomanická, manická, smíšená nebo depresivní), bipolární poruchu II (současná nebo poslední epizoda hypomanická nebo depresivní) a cyklotymní poruchu. Obě klasifikace tedy nejsou jednotné (Dudová et al, 2006).

Toto duševní onemocnění má řadu variant. Tyto podtypy a její charakteristiky se různí dle toho, jak se staví k jejím epizodám – hypomanickým, depresivním, manickým a smíšeným. V průběhu života daného člověka se může BAP projevovat rozdílně. Někdy se k životu na houpačce, ale to není zcela přesné, protože pohyb houpačky lze predikovat. Život s bipolární poruchou lze spíše přirovnat k jízdě na horské dráze (Látalová, s. 13).

Tato práce si neklade za cíl podrobně popsat jednotlivé nuance a projevy BAP. Jako relevantní se jí zmínit se o souvislostech, které jsou interpretovány z analyzovaných dat v empirické části této práce.

Jednou z těchto souvislostí je nevyhledání odborné pomoci ve stavu mánie či hypománie. Léčbu BAP často komplikuje fakt, že se člověk v manické fázi cítí dobře. Většinou se člověk v této fázi dostane k psychiatrické konzultaci výhradně díky intervenci někoho z jeho blízkého okolí. Je to logické, pro manickou fází jsou typické pocity jako heroičnost, vlastní přitažlivost a nepřekonatelnost. Logicky mnohem nepříjemnější je fáze depresivní.

Dalším jevem, který bude dále interpretován, je opakující se BAP epizoda, v případě respondentky výzkumu nejčastěji hypomanická. Podle Látalové musí být přítomny alespoň tři z řady těchto znaků, které danému člověku způsobí obtíže: zvýšená aktivita nebo fyzický neklid, zvýšená hovornost, roztržitost, snížená potřeba spánku, zvýšená sexuální energie, mírně zvýšené utrácení peněz nebo jiná nezodpovědná chování, zvýšená sociabilita nebo familiárnost.

Popis těchto epizod v souladu s nasbíranými daty od participantky dobře vystihuje tato ukázka: „V psychotické depresi jsou důvody smutku a sebeobviňování mimo reálný dosah pacienta, uložené v minulosti nebo v představách o budoucnosti. Někdy se nemocný trápí něčím zdánlivě nepochopitelným... Pacient si uvědomuje, že svět lidí, přírody, práce, zábavy a smyslu života nezmizel úplně, ale existuje pro jiné – pro něj ne... Svět mánie je jako deprese obrácena naruby – trysk času, překotné myšlenky a přehnaná činnost, nereálné plány a představy velikášského JÁ, které všechno může a všechno chce pro sebe“ (Kalina, 2001, s. 41-42).

3.2 Etiologie BAP – kombinace dědičnosti a spouštěcích okamžiků

Příčin vzniku BAP je tak jako u většiny duševní nemocí více, vzniká součinností několika faktorů, z nichž ty hlavní bychom mohli označit za biologické a psychosociální. Biologický předpoklad sám o sobě nemusí být nutně zárukou, že se BAP v životě člověka projeví. Častým spouštěčem – a opět nejen u BAP – bývá nějaká stresová situace nebo zážitek.

„Biologicky podmíněný předpoklad způsobuje buď nadměrnou, nebo nedostatečnou produkci neuromediátorů v mozku nebo způsobuje nízkou nebo nadměrnou senzitivitu receptorů. Případně se tyto dispozice mohou kombinovat. Při překročení tolerovaného výkyvu, může vést k poruše nálady – bipolárně afektivní epizodě. Vrozené předpoklady mohou být dlouho inaktivní, nemusí se celoživotně projevit, pokud však dojde k jejich aktivizaci vlivem nějaké životní události nebo stresujícího zážitku, mohou být podkladem pro projev nemoci. Jestliže jsou vrozené předpoklady výrazné, případně mnohočetné, stačí i minimální podnět (událost, stres), na to, aby vznikla epizoda poruchy nálady“ (Látalová, 2010, s. 64).

Riziko vzniku BAP pro potomka bipolárního pacienta je mezi 15–20 %, odpovídající gen nebo chromozóm pro toto duševní onemocnění není znám (Látalová, 2010).

Téměř každá studie, která se zabývá příčinami vzniku BAP nebo k ní nějakým způsobem odkazuje, udává jasnou souvislost mezi vznikem BAP u jedince a výskytem BAP v jeho blízkém příbuzenstvu.

Vliv dědičnosti u BAP však bude zřejmě multifaktoriální, jak o tom mluví ve svém článku i Dudová a Hrdlička, přičemž zároveň odkazují na studie o vyšší prevalenci alkoholismu u příbuzných prvního stupně adolescentů s BAP (Geller et al, 2002). Fakta o závislosti na alkoholu u obou linií svých prarodičů potvrzuje také participantka výzkumu.

V rámci výzkumu této práce byla sbírána data také o BAP u adolescentů a dětí. Převážně v souvislosti s tím, zda lze v tomto věku BAP diagnostikovat a zda si může rodič nějakých symptomů u dítěte všimnout.

Ve studii o BAP u adolescentů se uvádí, že „patologické chování dětí bylo zvykem přisuzovat psychopatologii matek nebo přidruženým psychosociálním faktorům jako je například chudoba, rozvod rodičů nebo disharmonický domov“ (Dudová et al, 2006).

V naší republice se teprve od druhé poloviny devadesátých let přestává pochybovat o možnosti existence BAP u dětí a teprve po roce 2000 dochází navzdory pokračující debatě nad validitou diagnózy BAP u dětí k modifikaci kritérií BAP zohledňující vývojové a věkové hledisko a zkoumá se prepubertální a časně adolescentní fenotyp BAP a jeho subtypy (Dudová et al, 2006). Nejen pro rodiče ale pro samotné odborníky a dětské psychiatry není diagnostika BAP v adolescentním věku ničím jednoduchým. U participantky výzkumu byly hlavním rizikovým faktorem depresivní příznaky, což je možná paradoxní vzhledem k tomu, že později na rozdíl od většiny lidí s BAP její psychotické epizody začínají spíše jako hypománie než jako deprese. Dalším rizikovým faktorem v období participantčiny adolescence byla porucha příjmu potravy, konkrétně pak bulimie. O tomto tématu bude pojednáno více v kapitole o komorbiditách BAP.

3.3 Léčba a terapie BAP

Veškerá medikace, zmiňovaná v souvislosti s BAP, začíná vyjmenováním antipsychotik, stabilizátorů nálady a poté antidepresiv.

V pozdější kapitole teoretické části, se budeme zabývat medikací u BAP v souvislosti s perinatálním obdobím a vymezíme se také vůči několika mýtům, která ohledně tohoto tématu stále panují.

Léčbu BAP můžeme rozdělit na: 1. akutní s cílem dosažení plné remise a adekvátního fungování, na kterou navazuje 2. pokračovací léčba s cílem zabránit relapsu a přesmyku; 3. udržovací (profylaktickou) s cílem prevence rozvoje nových epizod (Látalová et al, 2009, s. 2010).

Kromě farmakologické léčby (Lithium, Lamotrigin, Olanzapin, Quetiapin) některé studie potvrzují také bezpečnost elektrokonvulzivní terapie. Elektrokonvulzivní terapie je účinná i u farmakorezistentních stavů a snižuje délku hospitalizace u smíšených epizod (Látalová et al, 2009)

Nebude překvapivým zjištěním, že kromě medikace je výrazným prvkem v léčbě jakékoliv duševní poruchy také terapie.

Také z výzkumu pak vyplývá důležitost vlastní všímavosti. Více než pro zbylou část společnosti je pro lidi s BAP důležité znát signály svého těla a být více opatrný na oslabující situace. Pro tyto účely vznikají také pasivní a aktivní technologie, a technický selfmonitoring jednotlivých příznaků je vnímán jako budoucnost léčby BAP (Deep et al, 2016).

3.4 Komorbidity BAP

V dětské věku bývá nejčastější komorbiditou ADHD. V dospělosti se pak jedná o úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní poruchu, poruchy osobnosti a zneužívání návykových látek (Dudová et al, 2006, s. 426).

Důsledky komorbidity BAP s dalšími psychickými poruchami jsou dvojí. Za prvé komorbidita může ovlivňovat typ fáze BAP, který se rozvine, její závažnost a délku trvání. Za druhé léčba s BAP v kombinaci s jinou psychickou chorobou vytváří „nový obraz“ onemocnění, který často vyžaduje jiné terapeutické postupy (Látalová et al 2009, s. 218–223).

Podstatné je také vnímat rozdíl mezi komorbiditou a duální diagnózou. Praško a Látalová uvádí, že zatímco komorbiditou je myšlena skutečnost, když u jednoho člověka zaznamenáme dva a více symptomů či přímo psychiatrických poruch, termín duální diagnózy odkazuje přímo k nějakému vztahu či souvislosti mezi těmito dvěma či více diagnózami u jednoho člověka.

V případě participantky tohoto výzkumu mezi komorbidity BAP můžeme alespoň z krátkodobého hlediska zařadit zneužívání návykových látek a poruchu příjmu potravy.

3.4.1 Návykové látky

Pokud se zaměříme na první z nich, důležitou roli ve vztahu BAP a drog hraje kauzalita. Z analyzovaných dat nelze přesně určit, zda prozatím latentně přítomná duševní nemoc participantky zapříčinila její experimentování s návykovými látkami nebo zda až tato životní epizoda byla hlavním spouštěčem duševního onemocnění.

Tak jako u etologie duševních poruch, jedná se i v tomto případě o komplexní záležitost s mnoha určujícími faktory.

Je důležité si uvědomovat složitou povahu jakékoliv závislosti a mnoho jejích podob jak u závislého, tak u jeho rodiny. Například několik modelů alkoholismu předpokládá pokračující interakci mezi enviromentálními a genetickými faktory v rámci vývoje (Rotgers et al, 1999, s. 102). Jen málokdy se také stává, že se závislostí má potíže pouze jeden člen rodiny (příčemž

nejvyšší „přenos“ závislostí na další členy rodiny je u alkoholu). V odkazu na další studii Rotgers uvádí, že potomci alkoholiků zažívají zvýšený euforizující účinek benzodiazepinů. Výskyt psychopatologie bývá u alkoholiků vyšší, a protože jsou tyto poruchy přenášeny i v rodinách, dá se očekávat, že nalezneme zvýšené procento komorbidní psychopatologie u členů rodiny závislých. Co lze dále očekávat je fakt, že děti vyrůstající v rodině, kde se vyskytovala nějaká závislost nebo patologie, budou k této skutečnosti tolerantnější v dospělosti a lze také počítat se selektivním výběrem životního partnera dle podobných zkušeností. Což zase dále zvyšuje riziko, že se s nějakou formou závislosti budou potýkat i jejich potomci. Z toho všeho plyne, co uvádí Rotgers: „Rodinná terapie se závislými může být tedy komplikovaná tím, že několik členů rodiny mohlo mít v současné nebo minulé době určité problémy podobné jako identifikovaný pacient, a to včetně psychopatologie, které nesouvisejí se závislostí na návykových látkách“ (Rotgers et al, 1999, s. 103).

3.4.2 Bulimie

Stejně jako u etiologie duševních poruch, v etiologii této poruchy příjmu potravy jde o souhru více faktorů, které pro daného člověka vyplývají jako rizikové. Na tyto rizikové faktory ale nelze pohlížet jako na příčinu choroby.

Jak uvádí Pavlová: „Být mladou dívkou je jednoznačně rizikovým faktorem pro vznik poruchy příjmu potravy, přesto však většina mladých dívek onemocní“ (Papežová et al, 2010, s. 36).

Uvádí také, že existuje souvislost mezi zneužíváním návykových látek a pozdějším onemocněním poruchou příjmu potravy a hledá osobnostní faktory, které se v poruchami příjmu potravy pojí. Základem je spojitost kompulzivních rysů osobnosti a anorexie a na straně druhé je to impulzivita a bulimie.

Jako další situační rizikové faktory pro vznik PPP se uvádí nepříznivé životní události – přičemž důraz je kladen na způsob, jaký je daný člověk schopný je zvládat. Dále sexuální zneužívání, separace a akulturace nebo účast v rizikovém prostředí – především vrcholového sportu (Papežová et al, 2010, s. 44).

Někteří vědci (Hudson et al, 1983) dokonce vyslovili hypotézu, že je bulimie varianta afektivní poruchy.

Z výzkumu vyplynulo, že participantka dokázala své sklony k bulimii ovládnout souběžně s obdobím, které sama nazývá jako promiskuitní.

Pokud přijmeme etiologii bulimie jako plnou úskalí dospívajících vztahů s otcem, v kapitole o sociálním porodu Trapková s Chválou uvádí „důležitost trávení společného času otce s dcerou bez přítomnosti matky, kdy si otec dovolí nahlížet na svou dceru jako na ženu. A především ji jako ženu ocenit – bez akcentů na požadavky, které na ni má jako na dceru“ (Trapková et al, 2009, s. 119).

Stejně jako u psychických poruch je i u PPP důležité a zajímavé sledovat roli serotoninu. Serotonin zprostředkovává pocity sytosti a částečně reguluje příjem sacharidů. Bulimie je spojována s deficitem serotoninergní aktivity v CNS, následného oslabení pocitu sytosti a záchvaty přejídání. Tímto zjednodušeným mechanismem lze částečně vysvětlit pozitivní výsledky léčby SSSRI u tohoto onemocnění (Papežová et al, 2010, s. 57).

4 BAP v kontextu založení rodiny

4.1 Souběžnost diagnostiky a fertilního věku

Obecně lze říct, že pro ženu s BAP může být náročné to, že nemoc většinou propuká nebo se nějak diagnostikuje kolem jejího 25. roku života, kdy už může uvažovat nebo se i snažit o mateřství (Látalová, 2010). Stejně tak, jako může tato diagnóza zkomplikovat úvahy o mateřství, může později zrovna tak mateřství zkomplikovat tuto diagnózu v období po porodu. Retrospektivní přehled dopadu porodu na průběh BAP ukázal, že 67 % bipolárních žen zažilo po porodu afektivní epizodu, 64 % po opakovaných porodech (Freeman et al, 2002).

Není jasné, jak často poporodní deprese představuje vznik bipolární poruchy, i když má poporodní deprese často bipolární rysy. emoční labilitu, psychotické příznaky, dezorientaci a příznaky hypománie (Látalová, 2010).

V kontrastu s tím jsou dobře zdokumentovány poporodní psychózy, které jsou spojeny častěji s bipolární poruchou než s jinými psychickými poruchami (Chaudon et al, 2003).

BAP bývá také spojovaná se zvýšeným rizikem časného těhotenství u dospívajících dívek.

Naprostě klíčové je tedy plánování. Výzkum této práce v nesouladu s některými staršími (Thomas, 2021) uzavírá, že žena s BAP, která své těhotenství plánuje, má kde získat potřebné informace i podporu.

4.2 Okolnosti porodu žen s BAP

Těhotenství může být vnímán ale také jako rizikový faktor BAP proto, že některé z rodiček mají tendence přerušit léčbu, přestat s medikací proto, aby neublížili plodu. Určitá osvěta nebo

náprava mýtů spojených s užíváním medikace během těhotenství jsou také jedním z cílů této práce.

Porod žen s BAP se často děje formou císařského řezu a z hlediska délky těhotenství bývá často klasifikován jako předčasný. Obojí je tu zmíněno z toho důvodu, že se jedná o případ participantky výzkumu.

Ženy s bipolární poruchou mají téměř dvojnásobně vyšší riziko císařského řezu než ženy bez bipolární poruchy podobného věku, gestačního stáří a parity (Solé et al, 2019).

4.3 Spánková deprivace

Také výsledky tohoto výzkumu prokazují, že riziko pro rodičku s BAP představuje v období po porodu převážně spánková deprivace.

Už ztráta jedné kompletní noci spánku během porodu je spojena s pětinasobně vyšší pravděpodobností výskytu psychotické epizody (Perry et al, 2024).

Ve srovnání s jinými obdobími v životě ženy je tedy riziko mánie nebo afektivní obzvláště vysoké brzy po porodu (Munk-Olsen et al., 2009).

Veškeré studie, které se tímto tématem zabývaly, potvrzovaly spojitost mezi poporodní ztrátou spánku a psychotickou epizodou. Rozcházel se ale ve výsledcích toho, jestli tato psychotická epizoda koreluje přesně s množstvím ztraceného spánku během samotného porodu (Sharma et al. 2004).

V souvislosti s pozdějšími tématy v interpretační části výzkumu jsou zajímavé výsledky výzkumu týkajícího se vlivu primiparity na psychotickou epizodu. Tento vliv se totiž ukazuje být nejsilnější právě u bipolárních poruch. Druhý porod byl spojen s menším rizikem a po třetím porodu nebylo zvýšené riziko (Munk-Olsen et al, 2014).

5 Perinatální období v životě ženy s BAP

5.1 Perinatální období jako náročné období pro celou rodinu

Zatímco předchozí kapitola teoretické části reflektovala obecně BAP v kontextu mateřství, a to převážně ze zahraničních výzkumů, v této kapitole je naopak v centru diskuse právě mateřství, konkrétně pak perinatální období. Diskutovaná témata jsou pak samozřejmě v souladu s výzkumem této práce.

Náročnost perinatálního období pro blízké okolí rodičky je také jedním z výsledků tohoto výzkumu. Poněkud chybné se jeví časté vynechání partnerů rodiček z úvah o možném zhoršení

psychického stavu v tomto období. Přitom v tomto poporodním období je u žen a taky u mužů, v porovnání s jinými fázemi života, vyšší riziko narušení duševního zdraví a výskytu duševních poruch (Šebela et al, 2019, s 21).

Dle meta – analýzy 43 studií se u 10,4 % mužů, kteří jsou nově otci, rozvine deprese, což je 2× více, než je populační riziko (Paulson, 2010).

V souvislosti s depresí je důležité rozlišovat mezi pojmy poporodní blues a poporodní deprese. První zmíněné vzniká několik dnů po porodu a během pár týdnů samovolně odezní. Poporodní deprese – ať už se týká mužů nebo žen, vzniká s větším odstupem od porodu, jedná se zhruba o jeden měsíc a její průběh je delší a závažnější.

Poporodní deprese je pouze jednou z psychických obtíží, která rodinu rodičky po porodu potkat.

„A přestože neléčené psychické poruchy v perinatálním období mají negativní dopady na časné rodičovské dovednosti, budování citové vazby k dítěti i kvalitu života ženy a její rodiny, až 76 % českých žen, které zažívají perinatální psychickou poruchu, nevyhledá odbornou péči. Mezi časté bariéry patří nedostupnost odborníků, ale i jejich vlastní předsudky a předsudky jejich partnerů, včetně širší rodiny“ (Šebela 2022, str. 31)

Kvůli náročnosti perinatálního období z pohledu mužů a žen dokonce v zahraničí vzniká nová specializace v psychiatrii – perinatální psychiatrie. Navazuje také na speciální vzdělávání porodních asistentek v této problematice. V České republice se problematice perinatální psychiatrie dlouhodoběji věnovalo Psychiatrické centrum Praha a na něj navazující Národní ústav duševního zdraví.

Také z výzkumu této práce vyplývá, že rozhodování o medikaci v těhotenství a po porodu rodičky je pro psychiatra i pacientku náročné období hledání a balance a pro oba může být silným zdrojem nejistoty. Na jedné straně je třeba zvážit možné ovlivnění plodu nebo později kojence, na straně druhé je třeba vyvarovat se možných relapsů rodičky nebo jiných negativních důsledků jejího duševního onemocnění (Šebela et al, 2018).

5.2 Těhotenství, medikace a laktace

Snad nejvíce předsudků a mylných informací dodnes panuje v souvislostech mezi medikací a rodičkou. Už v přípravných rozhovorech a konzultacích s jinými rodičkami s BAP nebo porodními asistentkami i výzkum této práce prokazuje, že možnosti farmakoterapie v souvislosti s těhotenstvím a kojením, je převážně věcí osvěty.

Řada žen raději přeruší léčbu, když se dozví o svém těhotenství, v dobré víře, aby neublížila svému plodu. Toto neinformované rozhodnutí však ženy ohrožuje mnohem více než jakákoliv medikace.

Stejně tak špatný přístup ro svůj radikalismus lze spatřovat ve společenských nebo zdravotnických tendencích propagující výhradně kojení. Laktaci se věnuje celá jedna kapitola v interpretační části práce a také z výzkumu vyplývá, že radikální postoj pro anebo proti kojení přispívá k pocitu méněcennosti rodičky.

Kojení má bezesporu svůj přínos nejen pro novorozence.

„Pozitivní efekt kojení na snížení stresu, míry anxiety a depresivních symptomů u matky byl opakovaně popsán v experimentálních i observačních studiích. Během kojení se prohlubuje psychologická vazba mezi matkou a dítětem. Upevňování raných vztahů matka – dítě je nejsilněji zprostředkováno oxytocinem, který se masivně uvolňuje při stimulaci bradavky sáním dítěte. Laktace a kojení s sebou nesou řadu dalších benefitů pro matku a kojené dítě. Na straně dítěte se jedná například o snížení rizika infekčních onemocnění či diabetu 2. typu. Kojící ženy mají nižší riziko rozvoje rakoviny ovaria než ženy, které sice rodily, ale nikdy nekojily“ (Šebela et al, 2019, s. 22).

Kojení má bezpochyby také vliv na psychický stav matky po porodu.

Byla vyzkoumána asociace mezi poporodní depresí a slabším přisáváním dítěte. Vyšší míra depresivní symptomatiky negativně koreluje s hladinami oxytocinu během kojení. Poporodní deprese také bývá spojována s kratší dobou kojení nebo předčasným ukončením kojení (Hart et al, 2011).

V Psychofarmakologii pro praxi z roku 2005 se o podávání anxiolytik v těhotenství dozvíme pouze informaci, že se jejich podávání během těhotenství nedoporučuje (Raboch et al, 2005, str. 24).

Strašák premisy, jak moc by mohly psychofarmaka ovlivnit plod, je vyvrácen mnoha výzkumy, které na toto téma proběhly a bohužel také reálnými skutečnostmi a příběhy z psychiatrických ordinací, které ukazují, že pokud něco těhotné ženy s duševním onemocněním opravdu ohrožuje, pak je to možná psychotická epizoda a ne psychotika.

Nedávno doporučené postupy (Nice, 2007) v zásadě neeliminují žádnou z farmakologických skupin, včetně klasických stabilizátorů nálady. Je také důležité zmínit, že každý člověk s BAP reaguje na vysazení nebo změnu medikace zcela individuálně a přesně to je také klíčové pro předpis medikace během těhotenství pacientky.

Jakmile se žena cítí, že už je v bezpečném prostředí a je znovu nastolena určitá stabilita vnějšího prostředí, uvažuje se o navrácení se k původně laděné medikaci. Interval mezi úpravou medikace a jejím znovunastolením pak opět závisí na míře rizika akutní epizody (Látalová, 2010).

Je zde důležité zmínit, že studií s různými výsledky vychází hodně, trvá dlouho najít relevantní, které se nepopírají a jsou nové – a stejně tak rychle se vyvíjejí různá farmaka.

Není záměrem této práce obsáhnout tu podrobněji okolnosti a variace medikamentů, které lze v těhotenství s BAP užívat. Ani přinášet příklady individuálně zvolených medikací a jejich dopadů na danou ženu a její dítě. Ilustrace zmíněných medikací má sloužit pouze pro lepší přehled následujícího výzkumu s participantkou.

5.2.1 Antipsychotika

Problém s antipsychotiky začíná už u plánování těhotenství, protože ty, která zvyšují hladinu prolaktinu výrazně snižují šanci otěhotnět. Jinak ale v odborné literatuře nenajdeme vyloženě informaci o tom, že by těhotenství bylo s antipsychotiky neslučitelné. To samé se týká stabilizátorů nálad. U žen, kde je tato medikace nezbytná, je třeba podrobné ultrazvukové vyšetření se zaměřením na kardiologické vady (Látalová, 2010).

Jako hlavní výsledek pro potřeby této práce lze uvést, že při medikaci lithiem nejsou potvrzeny žádné důkazy o behaviorálních nebo kognitivních změnách u dětí těchto matek. Zároveň je samozřejmě třeba počítat s určitými opatřeními. Během těhotenství by mělo být zachováno časté terapeutické monitorování léků a nejnižší účinné dávkování. Ženy by měly být dobře hydratované, zejména v době kolem porodu, aby se snížilo riziko toxicity lithia (Singh et al, 2022).

Spojování s užíváním medikace a pozdějšími vývojovými vadami u dítěte se dříve přisuzovalo benzodiazepinům. V nejnovějších metaanalytických studiích však nic z toho prokázáno není.

„Benzodiazepiny jako celek procházejí do mateřského mléka minimálně. Vzhledem ke svému farmakologickému profilu se zdá nejbezpečnější oxazepam. Diazepam by neměl být, pro svůj dlouhý poločas vylučování, v laktaci užíván vůbec.

Při podávání anxiolytik v laktaci se snažíme o to, aby žena preparát užívala jen v případě nejakutnější potřeby a v co nejmenší účinné dávce. Snažíme se vyhnout každodennímu užívání

a dobu užívání ohraničíme, například, než se dostaví efekt antidepresiv. Vhodné je také užítí časovat před předpokládanou dobou spánku kojence“ (Šebela et al, 2019, s. 22).

5.2.2 Antidepresiva

S předepisováním antidepresiv SSRI (kromě paroxentinu) odborná literatura také souhlasí. Navzdory tomu, že všechna antidepresiva přechází do mateřského mléka.

Nejspornější bod tedy nastává v období po porodu – kdy pro některé z žen začíná období laktace. Lze vážit následující možnosti: zachovat medikaci, přerušit léčbu, přerušit léčbu omezeně po dobu prvních týdnů, případná substituce. Ideální je vést rozhovor o těchto možnostech se svým psychiatrem ještě před početí. Nejen proto je ženám ve fertlím věku doporučováno, aby si početí plánovaly dopředu (Singh et al, 2022).

Za antidepresiva první volby při zachované laktaci jsou vzhledem ke svým vlastnostem a relativně vysoké bezpečnosti pro kojence považovány paroxetin a sertralin (Šebela et al, 2019).

5.3 Formy systémové pomoci – organizace věnující se duševnímu zdraví rodiček

Ačkoliv také tento výzkum potvrzuje, že téma mateřství a porodu rezonuje napříč společností a jen během posledních pár let došlo k nárustu jak informačních zdrojů na tato témata, tak různých mediálních pořadů a diskusí, forem odborné pomoci podléhající nějakému systému, se tento boom až tak netýká. Přesto lze zaznamenat sílící tendenci k potřebě změny.

Za progresem v této oblasti stojí Národní ústav duševního zdraví a jeho projekt Perinatal. Také z tohoto výzkumu je patrné, jak pozitivní faktor pro rodičku s nějakým duševním onemocněním tato organizace je.

Perinatal neprovádí pouze podporu rodiček, šíří také osvětu, vzdělává odborníky i veřejnost. Screening projektu Perinatal je dosud jedinou systémovou péčí, která se zabývá duševním zdravím rodiček. Probíhá formou vyplnění jednoduchého dotazníku, ideálně ještě v průběhu těhotenství v příslušné gynekologické ordinaci (Perinatal, 2024). Kromě některých porodnic hlavního města tento screening neustále expanduje i do vícero krajských měst. Právě v tomto případě se ukazuje, kde funguje spolupráce a osvěta porodních asistentek, které v tomto síťování mají svou platnou úlohu. Národní ústav duševního zdraví v současné době také testuje americký model návazné péče (Šebela, 2022).

Tendence multidisciplinarity je vlastní také reformě péče o duševní zdraví. Je jasné, že stejně tak jako výše zmíněný screening nebo progresivnost některých porodních asistentek musí podléhat systematické propojenosti a tvořit celkovou síť navazující péče.

Do tohoto systému lze kromě Perinatalu a jeho screeningu zařadit také aplikaci Kogito (Kogito, 2024), kterou lze využít jako jednu z prvních pomocných intervencí při zhoršujícím psychickém stavu rodičky. Také tato aplikace byla vyvinutá v Národním ústavu duševního zdraví.

Třetím subjektem je pak organizace Úsměv mámy, kterou pozitivně reflektují i data tohoto výzkumu.

6 Porod jako hraniční zážitek v životě ženy

6.1 Porod jako emoční transformace vs. porod jako zdravotnický úkon

O porodu lze uvažovat minimálně ve dvou tendencích.

Z hlediska obsahové – pokud tak lze nazvat vnitřní prožívání ženy, je porod velmi často hraničním zážitkem, ve kterém se dotýká nejen svých vlastních limitů, ale třeba také smrti.

Z hlediska formy – a jak porod vnímají především zdravotníci, se porod skládá z první, druhé a třetí doby porodní a je to fyziologický proces, během něhož přijde na svět nový život.

Tyto dvě tendence se navzájem prolínají na porodním sále. Existují určité fáze, které z povahy věci musí obě strany během porodu vnímat protichůdně nebo jinak, ale existuje určitě také prostor a momenty, ve kterých mohou najít společnou řeč. A také jimi se zabýval výzkum této práce.

Název této kapitoly odkazuje k trochu smutné skutečnosti, že v naší společnosti kromě jiných polarizací sílí také ta v této oblasti. Určitě existuje spousta odborníků, jejichž práce posiluje vzájemný dialog mezi rodičkami a porodníky. Ale vznikají také relativně radikální či jednostranně zaměřené webové stránky a jiné informační zdroje, ve kterých se snaží jedna strana zdiskreditovat tu druhou.

Tématika porodu prostupuje uměním, lékařskou vědou, filosofií, a to napříč kulturami a staletími. Kde se mezi tím vším může nacházet porod ženy se zkušeností s duševním onemocněním?

V naší společnosti se v poslední době stal porod téměř symbolem fenoménu medikalizace. Kritizují se technologické zásahy, které zdravotníci používají k monitorování nebo kontrole. A to převážně z důvodu určité protichůdnosti vůči přírodním procesům (Lochmanová et al, 2022).

Porodní příběhy žen odhalují velké rozdíly v souvislosti s prvním porodem a posunem identity ženy, její role. Existuje výzkum, který ukazuje, že na utváření identity ženy má významný vliv sociální třída, ale že tyto rozdíly mohou být překonány právě porodní zkušeností. Ta sama o sobě je hraničním či transformačním zážitkem (Zadoroznyj, 1999).

Rozdíl v perspektivě rodičky a zdravotníka předznamenává jejich vzájemnou komunikaci. To, zda se mezi nimi podaří navázat vztah důvěry, závisí v první řadě na schopnosti zdravotníka reflektovat výše zmíněnou asymetrii ve vztahu k rodičce a uvědomit si z ní plynoucí závazek jednat s rodící ženou s maximální ohleduplností a pochopením.

6.2 Historie a stav porodnictví u nás

Při pohledu do historie babictví – porodní asistence u nás, se vnucuje otázka, jak něco tak dobře systémově zavedeného mohlo skončit? Na přelomu 19. a 20. století byla neodmyslitelnou součástí každé komunity ve městě či na vesnici porodní bába. Každá rodička mohla čerpat její podporu nejen v perinatálním období, ale běžně zhruba do tří let věku dítěte (Lochmanová, et al, 2022).

Při pohledu do tehdejších učebnic babictví nebo třeba Věstníku věnovaném zájmům porodních asistentek nacházíme podobná témata a hledání řešení jaká jsou skloňovaná v současných zdravotnických debatách nebo po kterých volají dnešní rodičky.

Čím tedy bylo vyplněné ono mezidobí, kvůli kterému se dnes objevuje jako hlavní téma v porodnictví už jednou vybudovaná profese porodní asistentky?

Porodní asistentky fungovaly jako komplexní péče o těhotnou ženu až do zhruba 50. let 20. století, než došlo k přesunu porodů do nemocnic. Fakt, jak bylo toto povolání vrcholně profesionalizované a také rozšířené, může doložit například existence firmy dovážející porodnické pomůcky a novinky až z New Yorku do tehdejšího Československa (Lochmanová et al, 2022).

Rituál kolem lidského zrození se stále více profesionalizoval (především tím, že se znalosti babictví začaly předávat také písemně a nejen ústně), ale zároveň si stále uchovával zásady své obřadnosti a právě v tomto lze vypátrat zdroje psychické podpory a napojení mezi porodní bábou a rodičkou. Ritualizace porodu v rukou porodní báby měla svou důležitou funkci také v případě perinatální ztráty dítěte ale také třeba pro účely katolizace společnosti.

Ženy byly tehdy obklopeny z dnešního pohledu bezplatným luxusem. Měly jeden důvěryhodný informační zdroj. Známost, která je perinatálním obdobím provázela. Při samotném porodu nepotkávaly několik nových lidí, kteří narušují jejich intimitu. Rodily ve společenství

žen, které si samy zvolily, což dále posilovalo jejich sounáležitost. Měly zajištěnou následnou péči.

Důležitou rovinou porodu je také ta sociální. Pro rodičku, která mohla родit v takovémto společenství žen, které si navíc sama svolala, představovala tato chvíle mimo jiné jistě i upevnění vztahů. Pocit sounáležitosti je v perinatálním období jedním z klíčových faktorů jeho pozitivní zkušenosti, jak vyplývá také z výsledků této práce.

6.2.1 Od socialismu k současnosti

Od 50. let minulého století začala sílí tendence pro to, aby ženy rodily v nemocnicích k tomu určených. S touto tendencí se pojí úvahy, do jaké míry to ovlivnilo změnu pohledu na těhotenství a porod jako na pojmy podobné nemocem či zraněním. Na něco, s čím člověku musí pomoci lékař, s čím si nelze poradit sám. Zkušenost porodu lze srovnat se zkušeností hospitalizace kvůli nemoci.

Zajímavé také je podívat se na přesun porodů do nemocnic jako na snahu o určitou centralizaci, přehlednost, systematičnost a ovlivnitelnost ze strany tehdejší vládnoucí garnitury.

Zároveň je ale nutné podotknout, že mateřská a porodní péče byla vnímána jako jedna z priorit zdravotnického systému a reprodukční zdraví žen bylo považováno za oblast, které je potřeba věnovat výsadní pozornost. V rámci statistických ukazatelů – například novorozenecké úmrtnosti – tak dosahovala porodní péče v mezinárodním srovnání velice příznivých výsledků (Hrešanová et al, 2008).

Od devadesátých let zase můžeme nacházet projevy konzumerismu ze strany rodiček spojenou s komercializací nemocnic. Za významný předěl od socialistického provozu nemocnic lze spatřovat volbu ženy, kterou porodnici si zvolí, nepodléhající rezidenční příslušnosti (Hrešanová et al, 2008).

Ženám se otevírá větší prostor pro rozhodování. A spolu s ním i větší fungování konzumerismu založená na systému zdravotnictví, kde pacient představuje aktivního aktéra, který volí mezi službami a lékař se stává poskytovatelem těchto služeb. To vede k větší komercializaci zdravotnických zařízení (Hrešanová et al, 2008).

Vztah mezi pacientem a lékařem je něco, co definuje také porodní zkušenost ženy, což vyplývá i z tohoto výzkumu.

Ačkoliv by se z výše uvedeného mohlo zdát, že porodnice dnes fungují jako služby poskytující rodičkám jimi zvolený servis, z porodních příběhů vyplývají zkušenosti žen téměř opačné.

Také výzkum této práce reflektuje absenci respektu od zdravotníka směrem k rodičce.

Možné konflikty a střety mezi rodičkami a zdravotníky možná vznikají v souvislosti s výše popsaným – na třetí ploše mění se epochy. Rodičky očekávají kvalitu určitých služeb a především komunikace, znají svá práva a orientují se v nich. Ačkoliv ale nemocnice prošly jak privatizací, tak komercializací, v chování zaměstnanců se neodráží žádný „boj o zákazníka“. Do jisté míry se v tomto vztahu také musí projevovat generační rozdíly. Z různých, zejména však zřejmě z finančních důvodů, personál nemocnic stárne a mladí zdravotníci odchází pracovat často i do jiných sektorů. Mladí zdravotníci odmítají nevyhovující podmínky stejně tak jako mladé rodičky. Pro starší generaci zdravotníků může tento fakt přinášet určitý pocit frustrace a s ní spojené konflikty.

6.3 Vnímání bolesti u porodu

V návaznosti na předchozí téma o rozdílnosti generačního pojetí toho, co je třeba vydržet, pokračujeme rozdílným pojetím vnímání bolesti u porodu z pozice rodičky a z pozice zdravotníka.

Během příprav na tuto práci, při pročitání diplomových prací porodních asistentek na různá témata, nebylo ani jednou zaznamenán jiný názor, než že bolest je pro rodičku produktivní. Jak uvádí ve svém výzkumu Kašpárková (2018): „Ženy vnímají porodní bolest pouze jako nutnou součást porodu a neuvědomují si její význam a možný pozitivní přínos“. Od fyziologického pojetí až po to spirituální – bolest ženy při porodu má z pohledu porodní asistentky svůj význam.

Pokud však budeme pročitat porodní příběhy žen, ať už bude bolest reflektována jako zvládnutelná či nikoliv, názor o její patřičnosti nalezneme jen stěží.

Rozdílné pojetí bolesti mezi těmito dvěma skupinami je dobré si uvědomovat při jejich vzájemné komunikaci.

Faktem však zůstává, že bolest je k porodu opravdu zapotřebí. Porodní bolest určitého vyššího stupně také spouští celou škálu hormonů, které působí v těle jednak analgeticky a jednak slastně, blaženě. Jsou jimi hlavně oxytocin, prolaktin a endorfiny (Michálková, 2006).

V kontextu bolesti u porodu můžeme přemýšlet o vícero faktorech, které ji ovlivňují. Fakt, že jsme si celkově jako společnost odvykli určité míře bolesti, která byla vlastní předchozím generacím. Samozřejmě také genetické dispozice, individuální míra bolestivosti, prostředí, kultura atd. (Stadelmann, 1994).

Cizí nemocniční prostředí, cizí lidé, to vše může zvyšovat úzkost rodičky (Michálková, 2006). Proto se doporučuje vytvořit ženě na porodním sále prostředí, ve kterém se bude cítit bezpečně. Bez zbytečného hluku, rušivého osvětlení, lékařských intervencí nebo dokonce nežádoucích zdravotnických osob (Kašpárková, 2018)

Pokud budeme porodní bolest nazírat pouze z pohledu teorie, mělo by docházet mezi rodičkami a asistentkami zákonitě ke spolupráci. Když vezmeme v úvahu fakt, že každý tvor se zákonitě snaží vyhnout bolesti a mírnění bolesti je zase jedním ze základních úkonů každého zdravotníka. Zdravotníci mají k dispozici svou škálu na hodnocení bolesti rodičky, dle které určují podání vhodných analgetik atd. Jako zásadní se ale jeví především doporučení, že při hodnocení bolesti by se nemělo zapomínat na to, že ji má zdravotník hodnotit společně s pacientem (Poláková, 2010).

6.4 Práce s poporodním traumatem

„Pokud se žena cítí zasažená porodem, tak to tak nejspíš bude. Výzkumy ukazují, že až 9 % žen, které porodily, zažívají psychické příznaky posttraumatické stresové poruchy. Dalších 9-18 % trpí některými z příznaků posttraumatické stresové poruchy. Mezi časté důsledky porodního traumatu patří narušení důvěry v sebe a ve vlastní tělo, své mateřské kompetence a schopnosti se o dítě postarat. Někdy objevují se flashbacky z dění, vtíravé myšlenky a pocity. Bývá obtížné se koncentrovat na současnost a své potřeby. Chybí pocit dobré zkušenosti z porodu a může dojít k narušení pozitivní vazby k dítěti. Někdy dojde ke ztrátě chuti na sex nebo jejím změnám.

U lehčích forem obvykle převládá racionalizace zkušenosti jako nezbytné (např. život zachraňující) a akutní příznaky nejsou silné. Porod může zůstat neuzavřenou zkušeností, která snižuje schopnost ženy se o sebe postarat u dalšího porodu“ (Killarová, 2024).

Důvodů, proč vzniká porodní trauma je celá řada. K zajímavým výsledkům by došlo glosování tohoto tématu z pohledu sociální nerovnosti nebo vlivu primiparity.

Pro potřeby této práce však zúžíme pozornost pouze na vliv předešlé zkušenosti se sexuálním násilím.

Je neoddiskutovatelné, že prožité sexuální násilí ženu ovlivní pro následující život, jak v rovině psychické, tak fyzické (například různé gynekologické potíže). O vlivu sexuálního násilí na porodnické komplikace však existují rozporuplné důkazy. Existují výzkumy, které potvrzují častější spontánní potrat u obětí sexuálního násilí. Častější jsou v různých studiích také

komplikace spojené s předčasným porodem nebo neplánovaných císařským řezem (Kultová, 2022). Zrovna tyto komplikace jsou zde uváděny proto, že s nimi má zkušenost také participantka tohoto výzkumu.

Pro rodičku však dřívější zkušenost se sexuálním násilím neznamena jen fyzické komplikace u těhotenství a porodu. Svůj význam má také rovina emocionální. Velký vliv na veškeré komplikace má fakt, zda se rodička setkala se sexuálním násilím v dětství nebo v relativně nedávné dospělosti (Nerum et al, 2013).

Mezi zdravotnické úkony, při nichž se lze setkat během porodu a které mohou být pro tyto ženy kvůli jejich traumatu komplikací, patří například vaginální vyšetření, epidurální anestezie nebo císařský řez. Logickou komplikací je pak mužská část zdravotnického personálu nebo nahota před cizími lidmi. Riziko retraumatizace bohužel může představovat také poporodní bonding a veškerý kontakt „kůže na kůži“ matky s dítětem (Kultová, 2022).

6.5 Nové trendy v porodnictví

Mnoho dnešních porodnic se deklaruje označením „baby friendly“. Tento certifikát, udělovaný společností Aperio, se může zdát jako zbytečný ukazatel při výběru vhodné porodnice, vždyť žádná není vedena jako „not baby friendly“. Přesto se řada rodiček řídí při výběru tímto označením a kritéria, která musí daná porodnice naplňovat, lze považovat také za současné trendy v porodnictví ze strany rodiček.

Porodnice „baby friendly“ zaručuje: matkám právo na soukromí, nedovoluje slovní ani jiné útoky, kompetentní zdravotnická péče je zaručena i v případě perinatální ztráty, nedovoluje rutinní zákroky, respektuje právo rodičky na podporu v podobě přítomnosti blízké osoby, každý postup s rodičkou diskutují, nabízejí nefarmakologické způsoby úlevy od bolesti, prosazují dlouhodobý kontakt matky a dítěte a podporují maximální možnou míru kojení (Aperio, 2024). Ačkoliv další trend příliš nekoreluje s výsledky výzkumu této práce, určitě by měl být zmíněn. Ostatně jedním z cílů výzkumu je označit faktory, které ženám přináší pozitivní zkušenost s perinatálním obdobím. Tímto faktorem je bezesporu respektující přístup zdravotníků a snaha o příznivé prostředí porodnice.

Trend, ve kterém sice je ještě spousta rezerv, ale za jehož nastolení a dodržování stojí mnoho zdravotníků. V tomto přístupu lze zaznamenat také odklon od striktně medicínského pohledu na pacientku k tomu biopsychosociálnímu.

Do respektujícího přístupu můžeme zařadit všechny nové trendy, které si žena může zvolit během jednotlivých porodních dob a které také může zaznamenat do svého porodního plánu nebo přání.

Pro potřeby této práce postačí, když bude zmíněn pouze některý z nich – například ambulantní porod. Syntéza lékařsky kontrolovaného porodu a maximálního využití bezpečí domácího prostředí (Mrázová, 2009, s 55).

Pokud budeme uvažovat dále o trendech jakožto o něčem, k čemuž se dlouhodobě směřuje musíme mezi další z výrazných porodních trendu zařadit také status duly. A pokud bychom uvažovaly v tomto diskurzu o dalším trendu, pak by to byl ten, že mezi dulami přibývá těch, které mají vystudovanou profesi porodní asistentky. Dokáží tak ženě zajistit komplexní péči v jejím perinatálním období včetně doprovodu k porodu. Primárně je ale dula nezdravotnické povolání. Doprovod duly do porodnice je placenou službou a ze strany zdravotníků je dula brána jako pouhý doprovod rodičky – podobně jako manžel nebo jiná podpora blízké osoby (Česká asociace dul, 2024).

Mezi porodní trendy lze dále považovat kromě výše zmíněných tendencí ze strany zdravotníků také měnící se tendence ve společnosti. Pro současné rodičky je běžné orientovat se v dostupných informacích a snažit se připravovat na to, co je čeká. Detabuizace porodu jako transformačního zážitku s sebou přináší množství televizních nebo rozhlasových pořadů, podcastů, blogů samotných rodiček nebo zdravotníků. Je náročné vyznat se nejen v tolika mnohdy odlišných informačních zdrojích, ale také v hranicích toho, na co se připravit lze a na co ne. Také o tom pojednává následná výzkumná část této práce.

VÝZKUMNÁ ČÁST

V této části bude představeno, na jaký společenský problém práce reaguje. Jakým způsobem z něj byl formulován výzkumný problém a dále plynoucí cíle práce.

Při práci s daty se objevila hlavní výzkumná otázka, od níž se dále separovaly další dvě vedlejší. Vše bude popsáno v kapitole o realizaci výzkumu společně s výběrem designu výzkumu, participantky atd.

Hlavní část interpretovaných výsledků, jež vzešly z analýzy dat, jsou uvedeny v kapitole o práci s daty.

Následuje diskuse a závěrečný souhrn výzkumu.

7 Výzkumný problém a cíle práce

Výzkum této práce reaguje především na mýty a určitou tabuizaci ohledně perinatálního období žen s duševním onemocněním.

Cílem pak je přispět k destigmatizaci duševních onemocnění jako takové, a to například prostřednictvím konkrétního narativu úseku života participantky výzkumu. Dalším cílem je zprostředkovat porodní zkušenost této ženy, reflektovanou také za pomoci hledání faktorů, které by mohly tuto zkušenost pozitivně ovlivnit.

Výzkum se také zaměřuje na hledání možných analogií porodní zkušenosti a zkušenosti s duševním onemocněním, jež by pomohla ozřejmit specifika obou z nich.

Způsob sběru dat i následná interpretace byly pořizovány se záměrem na možná doporučení jak pro další rodičky – nejen ty s duševním onemocněním, tak pro porodníky a další zdravotnický personál, který se s nimi setkává.

K těmto cílům vedl nejprve předpoklad, který se následně potvrdil ve výsledcích výzkumu: pro řadu českých žen je navzdory vysokému současnému technologickému i empatickému standardu ve společnosti jejich porodní zkušenost traumatická.

Vše uvedené vedlo k položení hlavní výzkumné otázky: Jaká je žitá zkušenost perinatálního období pro ženu s bipolárně afektivní poruchou?

Během sběru dat došlo k upřesnění dalších dvou vedlejších výzkumných otázek: Jak může ovlivňovat bipolárně afektivní porucha perinatální období ženy? Co může přispět k pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím?

8 Popis realizovaného výzkumu

Zvolené téma práce i osobnostní nastavení výzkumníka vedlo k počátečním úvahám, že by pro výzkum této práce byla vhodnější kvalitativní metoda.

Už kvůli tomu, že kromě odvozování zvláštního z obecného skrze dedukci dovoluje i induktivní postup a tím vytváří základ pro smysluplnou analýzu jednoho případu (Hendl, 2012).

V následujících kapitolách bude představena metodologie výzkumu a jeho výsledky.

8.1 Participantka

Bližší údaje o participantce jsou uvedeny ve výsledcích práce v úvodní kapitole. Jedná se o určitou formu anamnézy této participantky, kterou výzkumník shledal nezbytnou pro následně uvedenou interpretaci výsledků výzkumu.

Není potřeba tyto informace duplikovat, v této kapitole tedy bude participantka představena jako vysokoškolsky vzdělaná vdaná žena, stáří zhruba třiceti let, žijící ve větším městě s manželem a jedním dítětem. Bipolární afektivní porucha jí byla diagnostikovaná před více jak pěti a méně jak deseti lety. Její porod proběhnul předčasně formou císařského řezu. Její porodní zkušenost je traumatická.

8.2 Sběr dat a postup při výzkumu

Pro sběr dat byl nejprve zvolen polostrukturovaný rozhovor. Z první analýzy dat však vyšlo najevo, že cíl této práce nelze obsáhnout v jeho jediném provedení, a tak byl doplněn o další dva. Všechny probíhaly online formou, na které se shodly obě strany.

Jedná se tedy fenomenologickou metodu, která se sestává ze tří rozhovorů, přičemž první se zaměřuje na historii či biografický kontext zkoumaného jedince, ve druhém se klade důraz na více podrobností dané zkušenosti a v tom třetím pak participant svou zkušenost reflektuje (Hendl, 2005).

Na výzkumníka je kladen požadavek, poskytovat během rozhovorů participantům co nejvíce prostoru a vhodných podmínek pro sebevyjádření (Gulová, Šíp, 2013).

Důležitou součástí sběru dat i následné analýzy byla vlastní sebereflexe výzkumníka. V souladu s použitou interpretativní fenomenologickou analýzou. Od analýzy dat prvního rozhovoru, z níž vzešly interpretace a inspirace pro rozhovor následující, bylo třeba důkladné sebereflexe, zda se jedná opravdu o témata participantky a ne výzkumníka.

Původně sestavený polostrukturovaný rozhovor byl připraven pro více participantek. Ačkoliv se poté zaměřil fokus výzkumu pouze na jednu z nich, v triádě fenomenologického rozhovoru už tento původní zůstal kvůli svému vhodnému vstupnímu zaměření a seznámení se s participantkou.

Výzkumník měl však možnost se ve zbylých dvou poučit z metodologických chyb při vedení rozhovoru. Převážně šlo o ještě větší poskytnutí prostoru pro její úvahy a reflexe, mnohdy na úkor svých připravených témat. Výzkumník se z prvního rozhovoru naučil, že relevance jeho pečlivé připravenosti se nemůže rovnat relevanci aktuálnímu rozpoložení participantky a autentickému přínosu pro výzkum její žité zkušenosti.

Tato zásada se projevovala také v čase probíhajících rozhovorů. Ten byl vždy participantce avizovaný jako zhruba hodinový. Dodržený byl pouze poprvé, přičemž každý další rozhovor byl vždy o několik desítek minut delší než předešlý. Toto nastavení se ukázalo být velice cenné. Převážně v posledním rozhovoru, kdy měla participantka díky nejlépe navázané důvěře a zkušenosti s výzkumem, možnost volné sebereflexe jak své žité zkušenosti, tak účasti na výzkumu. Tendence vybočit z připravené struktury otázek tady vygradovala a výzkumník pouze reagoval na participantku a doptával se na nově zmíněné okolnosti. Časový rámeček v posledním rozhovoru byl přesazen o půlhodiny, participantka se zdála nejvíc uvolněná a otevřená. Výzkumník to připisuje převážně jejich téměř ročnímu kontaktu a navázané důvěře. V menší míře také své vycvičené citlivosti a vnímavosti vůči participantce.

Výzkumník se snažil dodržet požadavek na otevřenost během kvalitativního výzkumu. Nejen na nepředpojatost vůči zkoumaným osobám, ale také na otevřenost ke změně situací nebo k použití nějaké metody (Hendl, 1999).

Sběr dat byl doplněn o autenticky sepsaný příběh žité zkušenosti, který participantka poskytla sama na sociální síť. Výzkumník měl také k dispozici zprávy osobní povahy, které si vyměnila během pobytu v porodnici s manželem. Vzhledem k intimní povaze se ale rozhodnul nepodrobovat je analýze.

Mezi výzkumníkem a participantkou během téměř ročního výzkumu probíhal občasný kontakt prostřednictvím sociální sítě anebo emailu a také tento byl podroben analýze. Na příklad prostřednictvím článku, které participantka výzkumníkovi posílala, došlo k dedukcím, na jakých tématech jí záleží a která jsou jí blízká.

Výzkumník se snažil etickými prostředky napojit na svět participantky a o toto porozumění později opřít své vlastní s žitou zkušeností porodu, z čehož vzešla témata vhodná k interpretaci níže popsanou metodou.

8.3 Popis použité metody

Při metodologii této práce byla použita interpretativní fenomenologická analýza. Jevila se jako ideální pro zkoumání žité zkušenosti s porodem, především díky své fenomenologické podstatě. Zkoumá fenomén takový, jaký opravdu je a ne takový, jaký se jeví.

Nejen z toho, co bylo uvedeno v teoretické části, ale především z toho, co bude následovat v interpretaci dat, je patrné, že je to právě porod potažmo celá perinatální část života ženy, která podléhá mediálnímu zkreslení a může být společensky vnímána značně odlišně od žité zkušenosti rodiček.

Během celého výzkumu si výzkumník musel klást otázku, do jaké míry tuto práci ovlivňuje fakt jeho vlastní porodní zkušenosti – v čem mu tento fakt pomáhá při sběru a analýze dat a v čem ho odvádí od témat participantky k jeho vlastním.

Při interpretativní fenomenologické analýze nestačí vcítit se do druhého (Čermák et al, 2013). Vlastní zkušenost může pomoci s formulací otázek a také při navázání prvotního kontaktu s participanty. Tuto zkušenost je pak ale dobré korigovat při hledání významů zkušenosti participanta, analyzování toho, čemu se jeho zkušenost podobá nebo vztahuje.

Tak alespoň postupovala autorka této práce.

Pokud budeme rozlišovat fenomenologii na eidetickou (inspirovanou Husserlem), ve které se popisuje význam zkušenosti z perspektivy účastníků a hermeneutickou (inspirovanou Heideggerem), která bere každou zkušenost jako interpretaci samu o sobě (Hendl, 1999), volí tato práce spíše druhou variantu. Výzkumník si byl vědom toho, že ve výsledcích výzkumu se díky jemu interpretovaným datům nachází část také jeho zkušenosti (Švaříček et al, 2012).

8.4 Etické hledisko a ochrana soukromí

Etické hledisko bylo zohledněno hned od počátků výzkumu při shánění participantky. Ona sama dostala kontakt na výzkumníka prostřednictvím jí známé osoby a mohla se rozhodnout a zvážit, zda se výzkumu účastní.

Participantka byla prostřednictvím písemného online kontaktu seznámena, o čem by měl výzkum být a za jakým cílem vzniká. Byly jí dopředu poslány otázky polostrukturovaného rozhovoru, aby si dopředu mohla vše promyslet a případně odmítnout reflektovat události, které by ji mohly re traumatizovat.

Po prvním rozhovoru byla seznámena s výzkumníkovým návrhem, aby jedinou participantkou zůstala nadále pouze ona a zkoumaná témata se tak mohla prohloubit. Participantka poskytla ústní souhlas, který byl posléze doplněn také o ten písemný.

Ačkoliv participantka souhlasila s tím, aby byla poskytnuta její identita, výzkumník ji zachovává v anonymitě, stejně jako reálie a další konkrétní údaje, které v nasbíraných datech poskytla.

Z důvodu ochrany soukromí výzkumník v celé práci mluví o jejím dítěti v rodové neutralitě.

Z etických důvodů pak byly vynechány ty analýzy dat, která se sice svou povahou hodily do zkoumaných cílů práce, ale výzkumník je vyhodnotil jako neetická. Jednalo se především o vztahové souvislosti mezi participantkou a členy její rodiny.

8.5 Práce s daty a její výsledky

Na základě analyzovaných dat se ukázalo vhodné, rozdělit výsledky interpretace do následující struktury.

První část obsahuje v souladu s bio-psycho-sociálním modelem anamnézu participantky. Ačkoliv je v příloze této práce přiložen kompletní transkript všech rozhovorů výzkumníka a participantky, anamnéza předkládá ucelený obraz participantky, její rodiny a událostí, jejichž analýza se poté objevuje v samotné interpretaci.

Tato druhá hlavní interpretační část je pak opět rozdělena na tři kategorie: Analogie, Paradoxy a Traumata. Tyto okruhy se ukázaly být funkčním zastřešením jednotlivých podtémat. V jejich rámci už dochází k dílčím interpretacím, které jsou převážně odpověďmi na hlavní a vedlejší výzkumné otázky.

Z hlediska kvalitativního výzkumu a interpretační fenomenologické analýzy je funkční použít jako názvy těchto dílčích kapitol citace, které použila sama participantka.

Poslední část interpretace obsahuje výzkumníkovu reflexi a doplnění výše analyzovaného o jeho připomínky a úvahy včetně sebereflexe samotného výzkumu.

Pro celkovou lepší přehlednost a strukturu práce uvádím tyto výsledky v kapitole Interpretace analyzovaných dat, podřízené výzkumné části práce.

9 Interpretace analyzovaných dat

9.1 Anamnéza participantky

Participantka tohoto výzkumu (dále bude označovaná písmenem K.) je žena majoritní rasy a české národnosti, má zhruba třicet let, je vysokoškolského vzdělání, vdaná, má jedno dítě a žije ve městě.

V současné době je na rodičovské dovolené, která ji bude v řádu měsíců končit a ona již nějakou dobu pracuje na rozvoji vlastního podnikání v oblasti IT.

Narodila se jako první dítě svých rodičů, má ještě mladší sestru. Uvádí, že toto matčino těhotenství nebylo plánované, ale bylo chtěné. Na její výchovu měli zásadní vliv prarodiče, především ti ze strany matky, u nichž v první letech života K. jako mladá rodina bydleli. Druzí prarodiče bydleli jen o pár domů dál, rodiče se tedy od dětství znali.

Co se prarodičů týče, více mluví K. o rodičích své matky. Svého dědu označuje za alkoholika, který v pokročilém stupni závislosti dokázal víceméně silou vůle přestat pít. Jako malou ji měl rád, což však vedlo k riskantním situacím, kdy ji například pod vlivem alkoholu chtěl vézt na

výlet autem atd. O matce své matky mluví spíše v negativních souvislostech, jako výrazné pozitivum však uvádí fakt, kdy ji babička během prázdnin doučovala, a i jinak připravovala na postup do druhé třídy. K. uvádí, že zřejmě kvůli tomu, že nechodila do mateřské školy, začátek povinné školní docházky snášela velmi těžko.

K. ji ale zároveň označuje také jako možnou příčinu psychických potíží své matky. Uvádí, že babička upřednostňovala svého syna, ke své dceři se chovala často despoticky. Mimojiné ji poslala na potrat, když se ukázalo, že čeká dvojčata (K. neuvádí, kolikáté v pořadí toto těhotenství bylo, ale z kontextu rozhovoru spíše vyplývá, že už byla na světě ona i její sestra). Matku to silně traumatizovalo a dokázala o této skutečnosti mluvit pouze v opilosti.

Z různých důvodů pak nepovažuje manželství prarodičů ani svých rodičů za příliš šťastné. U rodičů vidí příčinu zejména v nedostatečné sebedůvěře a celkové vyrovnanosti své matky, která, ačkoliv se prokazatelně ona dopustila nevěry, na svého manžela velmi žárlila a vyvolávala kvůli tomu hádky.

Svou matku ale K. vidí také jako ženu se spoustou kvalitních charakterových vlastností. Mezi ně například patří silné sociální cítění a schopnost se pro druhé rozdat.

Stěžejní linií vyprávění o matce pak tvoří osa jejich psychosomatických potíží a celoživotní snaha získat nějaký stupeň invalidního důchodu. K. si všímá ironie, že jediné oddělení, kterému se vyhýbala, byla psychiatrie, kde by zřejmě mohla být nějak diagnostikovaná. Paradox K. také spatřuje v tom, že jakmile v pozdějším věku její matka onemocněla vysokým krevním tlakem, medikaci užívala nepřesně a tuto diagnózu brala na lehkou váhu. Zemřela třetí den poté, co K. porodila předčasně své dítě.

O svém otci a o mladší sestře se K. téměř nezmiňuje, celkově pak hodnotí, že v jejich rodině panovaly dobré vztahy.

Více než o svém dětství K. hovořila o dospívání. K němu patřila bulimie, určitá depresivní období, snaha o budování sebehodnoty.

Od rodičů se odstěhovala ke svému o třicet let staršímu příteli. S tímto mužem strávila několik let a vztah hodnotí zpětně jako hezký. Už tehdy poprvé zatoužila po tom, stát se matkou.

Ačkoliv za svůj život zažila pouze tři partnerské vztahy, včetně svého manželství, uvádí, že než potkala tohoto staršího partnera, dalo by se její chování označit za promiskuitní. Díky této své tendenci si však vybuodovala určité sebevědomí, s nímž se jí podařilo překonat bulimii.

Jako velký milník svého života K. označuje setkání se svým manželem. K. reflektuje, že tehdy u ní paralelně zřejmě probíhala nějaký hypománie. Během krátké doby spolu začali žít. K. se v té době už chtěla stát matkou, ale její stejně starý partner na to ještě nebyl připravený. Dohodli se, že dítě začnou plánovat po svatbě. K. otěhotněla na první pokus a vysvětluje to silnou měrou

kompatibility v sexuální oblasti s jejím manželem. Intimní stránka jejího manželství jí velmi vyhovuje. Co jí naopak občas vadí je partnerova absence naslouchán a některé jeho názory na výchovu dítěte.

K. byla diagnostikována bipolární afektivní porucha zhruba mezi jejím dvacátým a pětadvacátým rokem během její první hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Hospitalizace probíhala dobrovolně na základě její manické epizody. K. trvalo několik let než s její psychiatrickou našli ideální míru medikace, než si sama upravila denní režim, zvykla si na rutinu, která je pro její vyrovnaný psychický stav důležitá.

Uvádí, že nikdy neměla problém s tím, že by se cítila handicapovaná díky tomuto onemocnění. Necítila ani žádné stigma ze stran svého okolí.

Stejně jako byla zodpovědná v přístupu k BAP, chovala se zodpovědně také během plánování těhotenství. Na doporučení psychiatricky navštěvovala Národní ústav duševního zdraví a tam konzultovala jak těhotenství, tak možnosti kojení při medikace.

Také vlivem svých kamarádek v okolí se K. na svůj porod těšila, získávala si informace nejen o perinatálním období, ale také o výchově, souzní s respektujícím přístupem a směrem kontaktní výchovy.

K. o okolnostech svého okamžitého početí ještě doplňuje informaci, že v počátcích těhotenství čekala dvojčata, ale jeden z plodů samovolně zanikl hned v prvních týdnech. K. a především její muž to přivítali, obávali se i tak velké náročnosti o starosti s jedním dítětem.

Těhotenství K. probíhalo klidně, proto ji pět týdnů před termínem porodu velmi šokovalo zjištění, že krvácí. Rychlá záchranná služba ji dovezla do porodnice, byla jí provedena celková anestezie a císařský řez. K. těžce nesla, že si nemohla prožít to, na co se tak těšila. Bohužel se ale brzy přidaly ještě další zklamání a problémy – především ve složité komunikaci se zdravotními sestrami jednotlivých oddělení a špatné kooperaci zdravotníků, nemožnosti být s dcerou a kojit ji dle svých potřeb. Tato gradace pokračovala až do absolutního extrému v podobě náhlého úmrtí její matky.

To vše vyústila v další hospitalizaci pacientky. Zpátky domů a k dítěti se dostala až po několika měsících a zpětně se dozvěděla, že se partnerova rodina radila i o možnosti ukončení jejich manželství. V době její nepřítomnosti manželovi pomáhala s dítětem jeho babička.

Dnes, víc jak dva roky po této události, K. stále cítí, že bude muset v rámci nějaké terapie znovu prožít truchlení nad smrtí své matky. Spoustu traumat, včetně toho porodního, však má díky svému obrovskému nasazení z velké části ošetřené.

Do budoucna uvažuje o možnosti mít druhé dítě a věnovat se jako peer konzultant pomoci ženám s BAP v jejich perinatálním období.

9.2 Témata k interpretaci

V rámci interpretativní fenomenologické analýzy bylo provedeno roztržidění témat vzešlých z rozhovoru do několika skupin.

Začaly se tvořit tematické okruhy spojované třemi nadřazenými pojmy. Těmi se staly „analogie“, „paradoxy“ a „traumata“. V každém z těchto okruhů existují dále čtyři interpretovaná podtémata, vždy uvozeny citacemi participantky a podtitulem.

9.3 Analogie

9.3.1 „Když se nedokážeš zabít, tak se asi budeš muset naučit žít“.

Důvodem, proč jsme si vybrali jako zkoumanou skupinu ženy s duševním onemocněním byl ten, že byla od počátku patrná určitá analogie mezi zkušeností s nějakou formou duševního onemocnění a zkušeností s porodem. Oboje jsou zážitky, při kterých dochází k určitému odpojení mysli a těla.

Stejně jako se K. během svého těhotenství nemohla rozumem rozhodnout, kdy spustí fyziologický proces porodu, nemůže zcela rozhodovat ani o svých hypomanických relapsech. Přes veškerou snahu to jsou záležitosti mimo její kontrolu.

Pro participantku jsou obě tématicky spojeny především se zradou. Z rozhovorů vyplynulo, že zatímco zradu myslí ve smyslu onemocnění bipolární afektivní poruchou má nejen zpracovanou, ale také dokáže vyjmenovat faktory, které jí v tom pomohly, o zradě těla, které nedokázalo přirozeně porodit dítě, tuší, že jí v budoucnu bude muset ošetřit ještě i terapeuticky. Také participantka tím, proč má vůbec žena tendenci označovat jakýkoliv jiný než přirozený způsob porod jako zradu vlastního těla? Odkud pramení pocity méněcennosti? Copak existuje předpis na to, jak správně porodit?

Výzkum ukazuje, že porod císařským řezem je pro zpětnou reflexi rodičky více citlivější záležitostí než porod přirozenou cestou. Ukazuje se tedy, že alespoň u žen s nějakou formou duševní nemoci by bylo vhodné psychologické ošetření této situace, aby se předešlo případným relapsům.

Z výzkumu také vyplynulo, že důležitou rolí hraje včasná psychologická podpora. Participantka potřebovala, aby někomu mohla sdělit, že se necítí dobře – třeba alespoň psychologicky nijak neškolenému zdravotnickému personálu. Potřeba včasné podpory tak předchází potřebě podpory kvalifikované.

Ačkoliv se původně předpokládalo, že skutečnost, že má žena s duševním onemocněním zkušenost s psychiatrickou hospitalizací, nemocničním prostředím, mediací atd, může přispět k tomu, že se bude lépe orientovat při komunikaci se zdravotníky nebo v prostředí porodnice, výzkum nic z toho nepotvrdil.

Ukázalo se, že na rizikové okolnosti porodu participantku nepřipravila potenciální zvýšená míra odolnosti vůči nemocničnímu prostředí. A nic z toho ji danou situaci nepomohlo lépe zvládat. Skutečnost, že má za sebou zkušenost s tím, že ji během života několikrát při manických atakách „zradil mozek“, nepomohla lépe zvládat skutečnost, že ji během těhotenství dle jejích slov zradilo tělo.

K. označuje svůj porod jako „neporod“. Způsob, jak se o něm vyjadřuje a přemýšlí je dobře patrný z následující ukázky (zkráceno a upraveno):

„Mně vyndali dítě z břicha císařským řezem. Chybí mi tam všechny posloupnosti. Pocit, že začal porod, pocit, že probíhá porod. A ten okamžik, kdy dítě přijde na svět. A ty že jsi součástí toho procesu. Je to dáno hlavně narkózou. Když se probudíš, máš rozřezané břicho, ve kterém chybí dítě. A dítě ani není vedle tebe. A ty tušíš, že asi někde je. Ale ten okamžik, že přišlo na svět, chybí. Jako vystřižená scéna z filmu.“

9.3.2 „To, že kojení má všechny benefity neznamená, že nekojení žádné benefity nemá“.

Participantce byly kladeny otázky týkající se stigmatizace hned od úvodního rozhovoru. Postupně se však začalo ukazovat, že by se měl fokus na psychiatrické diagnózy obohatit také o stigmatizaci společensky ne/adekvátního přístupu k mateřství.

Z analyzovaných dat byla stále více patrná analogie mezi těmito dvěma formami stigmatizace. A z přímo řečeného by vyplynulo, že má participantka větší pocit společenské stigmatizace jako nekojící matka než jako pacientka s BAP. Později však uvedla na pravou míru, že se tyto dvě polohy dají jen těžko porovnávat. Třeba také kvůli tomu, že se svou diagnózou už K. žije několik let, zná své limity, dlouho spolu s lékaři pracovala na bilanci její medikace a jak sama dodává: svou předpojatost vůči někomu s psychiatrickou diagnózou většinou ostatní neříkají přímo danému člověku do očí. Takže si nepamatuje, že by se s něčím takovým někdy setkala. Zatímco s názory na mateřství, porod či způsoby výchovy jsou matky konfrontovány denně od široké skupiny lidí – často se ani nejedná o jejich blízké. A K. není v tomto výjimkou.

Z výzkumu vyplynulo, že K. se cítí nejsilněji stigmatizovaná jako někdo, kdo nedokázal svému dítěti poskytovat mateřské mléko. Tato stigmatizace se jí dokonce dotýká více negativně než stigma porodu císařským řezem. Ve společenských diskusích o ne/kojení postrádá především jakoukoliv diverzifikaci důvodů, které ženu k tomuto rozhodnutí vedly. Často totiž mohou být spjaty právě s nějakým duševním onemocněním.

K. vnímá naši společnost jako silně polarizovanou, čemuž připisuje také vyhocenost mateřských debat o císařském řezu nebo kojení.

Zcela zásadním faktorem, který ovlivňuje tuto oblast perinatálního období, byla včasná konzultace o úpravě medikace už během těhotenství. Participantku jistě podpořil už samotný fakt, že mohla se svou psychiatrickou konzultovat otázku potenciálního těhotenství, zcela zásadní pak pro ni bylo setkání s MUDr. Šebelou z Národního ústavu duševního zdraví. Právě jeho články a nejnovější poznatky o možnostech kojení a medikace žen s duševním onemocněním, mi participantka posílala v průběhu našeho výzkumu.

Ať už se později musela vyrovnat s faktem, že jí bylo kojení znemožněno i když na něm dle svých slov velmi ostentativně trvala, konfrontovat se s tímto traumatem na sociálních sítích, kde drtivá většina jejích kamarádek dává veřejně stejně tak ostentativně najevo, že kojení je tím nejlepším, co může matka pro své dítě udělat, právě odborné zázemí a konzultace s psychiatrem o možnostech či nemožnostech kojení, byly tím, o co se mohla opřít.

Sama pak hodnotí jako pozitivní to, že svou zkušenost a lítost nad tím, že nemohla kojít, nesdílí veřejně na sociální síti a nedostává se jí tak možného odsouzení nebo velmi militantně dobře míněných rad, jak zaručeně začít kojít.

Následující úryvek z rozhovoru v sobě obsahuje i doporučení, jak mluvit s matkami o těchto citlivých tématech (zkráceno a upraveno):

„Ten zákrok je stigmatizovaný a já dokážu pochopit holky, které si císařský řez chtějí naplánovat předem. Ale většina matek tě odsoudí a nepočká na tvoje vysvětlení. Že se třeba můžeš obávat toho, že ti propukne nějaká psychická porucha. Nebo že jsou u vás v rodině často komplikované porody. A kojení je teď pro mě ještě víc vyostřené téma. A zase se tě nikdo nezeptá, proč to tak máš? Ale okamžitě tě odsoudí, že nejsi ani schopná se pořádně postarat o své dítě. Že preferuješ svoje potřeby před jeho. Myslím, že je to zase o té komunikaci, o vysvětlování. O hledání pochopení.“

9.3.3 „Když je člověk v mánii, všechno dává smysl“

Během rozhovorů začalo být brzy patrné, že K je člověk, který potřebuje vidět ve věcech smysl. Že jí zřejmě bude vlastní potřeba hledat odpovědi na své otázky.

Při analýze bylo zjevné, jak tato vlastnost odstartovala její práci na léčbě traumatu. Proč se to muselo stát? Tuto otázku si K. několikrát položila. Je však velmi zásadní, že K. svou otázku nezformulovala jako: Proč se to muselo stát zrovna mě? Zatímco pátrání po důvodech její traumatizace, přinesla K. také určitou míru sebereflexe, v případě druhé otázky by pocity křivdy nebo zakonzervované stanovisko, že jí život zůstal něco dlužen, zřejmě ve vyrovnávání se s traumatem příliš nepomohly.

Z analýzy vyplynul další důležitý aspekt: potřebu věcem porozumět a vysvětlit si je K. nezaměňuje s potřebou mít věci pod kontrolou. Je schopná uvědomovat si a respektovat autonomii ostatních.

Nabízí se také samozřejmě otázka, zda nějaká potřeba po hledání smyslu může být vlastní lidem s bipolárně afektivní poruchou. Sama K. během rozhovoru několikrát přiznává, že často v něčem potřebovala vidět smysl a také to, že v mánii naráz člověku všechno začne dávat smysl. A to je do jisté míry uklidňující. Můžeme tak vysvětlit zčásti důvod jejího poporodního relapsu. A definovat další faktor, který přispívá k pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím: klid. Jakkoliv banální je tato odpověď ve své podstatě, vždyť kdo by raději namísto klidu vybral neklid, z výzkumu jasně vyplývá, že rostoucí míra neklidu z vícero vnějších stran, participantku po pár dnech přivedla až hospitalizaci v psychiatrické nemocnici.

Subjekty, způsobující její neklid, navíc porušovaly vše, v čem ona viděla smysl. V tom, být co nejbližší svému dítěti. V tom, moci důvěřovat svým pocitům. V tom, mít právo vyjádřit svůj názor nebo nesouhlas. To vše silně narušovalo integritu jejího světa v takové podobě, v jaké ona viděla smysl.

Další analýza směřovala k otázce, zda pro ni existuje nějaká škodlivá pře/míra informací? Zda potenciální rigidita nějakého přesvědčení o správném těhotenství/porodu/mateřství nemohla o to víc traumatizovat nenaplnění tohoto přesvědčení?

Výzkum prokázal, že čím víc participantka přikládala důležitost nějakému smyslu v jejím chování či myšlení, tím těžší pro ni bylo vyrovnat se s tím, že jí tento smysl někdo nebo něco porušuje. Nejvíce citlivá pro ni byla konfrontace po porodu se zdravotními sestrami, od kterých necítila nejen respekt k jejím přáním, ale především bojkot jakéhokoliv pokusu o dialog. Problém tedy nebyl v participantčině smysluplném přesvědčení, ze kterého by nechtěla slevit,

ale ve faktu, že druhá strana ani nepřistoupila na možnosti dialogu o těchto smysluplných přesvědčeních.

Esence názoru participantky je dobře patrná především v této ukázce (zkráceno a upraveno):

„Chyba nebyla to, že jsem byla moc informovaná, ale to, jakým způsobem jsem si lpěla na tom, aby vše bylo správně a ideálně. V té době mi nedocházelo, že bych se svým bojem za to, jak by to mělo být správně, mohla dostat do tak složité situace. Bylo to opravdu vyčerpávající, každý konflikt s jakoukoli sestřičkou mě stál strašně moc mentální energie. Dnes už bych nebojovala. Odložila bych si svoje snahy na o pár dní, než mě dají dohromady s dcerou a tam už bych si to řešila už podle svého. Anebo bych naopak bojovala nekonfrontačním způsobem. S těma sestřičkami už bych se rozhodně nebavila.“

9.3.4 „Zdravotnická profese není jenom o tom, vyléčit tělo“

Komunikace se zdravotníky bylo téma, které se objevovalo v každém rozhovoru s K. Ať byly otázky pokládány v rámci polostrukturovaných rozhovorů nebo samotnou K.

Během příprav této práce, v rozhovorech s porodními asistentkami, bylo patrné určité stigma vůči ženám s duševním onemocněním, které se týkalo představ o jejich větší labilitě a tomu uzpůsobené specifické komunikaci s nimi. V čem by spočívalo toto specifikum však žádná z porodních asistentek nedefinovala.

Výzkum s K. neprokazuje, že by v rámci komunikace potřebovala nějaké formální nebo obsahové specifikum. Pokud se její komunikace směrem k zdravotním sestřím mohla v něčem lišit od ostatních rodiček a tato odlišnost pramenila z její psychiatrické diagnózy, jednalo se o jasné definování jejich duševních potřeb. Jako několikaletý psychiatrický pacient byla zvyklá rozpoznávat a evidovat potenciální manické příznaky.

Ačkoliv jí několik důležitých prvních hodin po porodu unikaly zhoršující se symptomy jejího duševního zdraví, přece jen byla po pár dnech schopná tyto symptomy definovat, požádat o nemocniční psychologku a dojednat si online schůzku se svou vlastní.

Výzkum prokazuje, že není třeba, aby zdravotníci s rodičkami s duševní nemocí jednali jinak než s ostatními. Čemu je však zapotřebí věnovat větší pozornost je sledování jejich psychického stavu, čehož lze docílit prostým dotazem na tento stav.

Za hlavní negativní faktory ze strany zdravotníků K. vyjmenovává především neochotu slevit ze své zajaté rutiny a jakkoliv individualizovat neměnné zajaté koleje v péči o pacienty.

Podstatné pro zdravotní stav K. bylo přihlídnutí k její zdravotnické dokumentaci, kterou si do porodnice přivezla z Národního ústavu duševního zdraví, kam docházela na konzultace ještě před samotným otěhotněním. Dokumentace obsahovala psychiatrická doporučení – tedy od lékaře směrem k lékařům. K. uvádí, že ji později překvapilo nejen to, že se nikdo z personálu porodnice neptal na její psychický stav, ale že se také nestaral, zda má u sebe dostatek medikace nebo jakou vůbec užívá.

Z výzkumu nelze prokázat, zda by pro K. byla zkušenost s jejím perinatálním obdobím natolik traumatická, kdyby zdravotní sestry sledovaly kromě zdravotního také její psychický stav. Z výše uvedených analyzovaných dat lze však předpokládat, že by se intenzita traumata nebo následná hospitalizace mohly projevit v menší míře.

„Ale je tam hrozná škoda, že nepřijde intervence ze strany těch zdravotníků. Než mě samotné došlo, že jsem ve špatném psychické stavu, tak to chvíli trvalo. Protože jsem byla absolutně soustředěná na to dítě. Neměla jsem šanci, myslet sama na sebe, protože tam bylo to dítě“.

9.4 Paradoxy

9.4.1 „Můj mozek se radši zbláznil, protože když je člověk v mánii, tak je šťastnej“

K. se dokázala na budoucí mateřskou roli připravovat ne ve smyslu perfekcionismu, ale ve smyslu přirozených příprav a těšení se na dítě. Dokonce se těšila i na porod. Nebála se bolesti a těšila se na prožit této mimořádné zkušenosti, podpořená pozitivními porodními příběhy ze svého okolí.

Šok z toho, že uprostřed příprav na blížící se šestinedělí, víc jak měsíc před plánovaným termínem porodu, začne krvácet, následně ji vezou do jiné porodnice než do té, kterou si vybrala a je jí v celkové narkóze proveden císařský řez, by už zřejmě stačil sám o sobě na vyvolání traumatické zkušenosti.

K. během svého života zažila několik hypománií. Většinu z nich zvládla vyřešit ambulantně. Hospitalizovaná byla dvakrát. Poprvé v rámci její prvotní diagnostiky, podruhé po jejím porodu.

I v rámci analýzy jednotlivých dat bylo náročné, vrstvit na sebe všechny negativní faktory, se kterými se K. v rámci jejího perinatálního období setkala. Dávat o to větší význam těm, o kterých měla pozitivní představy předem. A co teprve tuto zkušenost prožít. Z analýzy také vyplynulo, jak K. o této zkušenosti mluví – nejčastěji se vyjadřuje personifikací: můj mozek se

zbláznil. Jako by i toto odstupňování pomáhalo držet si v rámci této rekapitulace či reflexe určitý distanc, zabraňující plnému znovuprožití této zkušenosti.

V této kapitole můžeme nejvíc odlišit rodičku s BAP a tu, která žádnou duševní poruchu nemá. Následky prožité traumatu by pro tu druhou zřejmě neměly takové následky – především v podobě hospitalizace a nucenému odloučení v prvních měsících života novorozence.

Diskuse však není vedena ke komparaci toho, která z rodiček by situaci snášela hůř nebo ke které by se měl nemocniční personál chovat lépe. Výzkum chce podpořit vědomí zdravotníků, že v jejich práci jsou drobné psychologické momenty, které mohou být zcela určující pro rodičku a její dítě ať už v pozitivním nebo negativním slova smyslu. Stejně tak jako zdravotníci potřebují, aby je podporoval systémový chod nemocnice a jejího prostředí.

„Byla jsem tomu otevřená, těšila jsem se, až se narodí, až si ten zážitek budu moct taky prožít. Přípravovala jsem se prostě na porod tak, abych se na něj těšila, a ne se ho bála. Nebyla jsem ale připravená na to, že to bude úplně, ale úplně jinak. To jsem vlastně podcenila ve své přípravě. Občas se zamýšlím nad tím, jestli bych byla hospitalizovaná, kdyby neumřela máma. Víím, že by to bylo náročné i bez toho. Ale když už se stalo ještě toto, tak mi prostě veškeré raciono zmizelo z hlavy a zbylo jen to trauma.“

9.4.2 „Do svých dvanácti let jsem se strašně bála, že se naši rozvedou a od svých dvanácti jsem se zase bála, že už se nerozvedou nikdy“

Z analýzy dat bylo naprosto zřejmé, že jsou pro K. důležité rodinné vztahy. Je obklopena širší rodinou, běžně se stýkají, nikdo nebydlí příliš daleko, a tak v rámci této širší rodiny dochází k různým dynamikám vzájemných vztahů.

Při podrobnější analýze začaly vznikat tři vztahové okruhy. Prvním byla linie ženských vztahů. Zmínka o praradě, která zřejmě mohla mít také nediodnostikovanou BAP, ale o které se říkalo, že psychické problémy má díky špatnému manželství. Dominantní ženy, nepřilíš šťastné ve svých manželstvích, ve vztahu k druhým spíše energické, uvnitř křehké. Její matka, obě babičky, manželova babička.

Ženy jsou v analyzovaných rozhovorech zmiňovány více než muži a není to tím, že by zaujímaly v životě K. důležitější místo, ale zřejmě proto, že právě tyto vztahy se více pojily s primární tématikou porodu, perinatálního období nebo i duševní nemoci.

Slabinou výzkumu je, že se v rámci otázek nedostalo na reflexi porodů těchto žen. Jaké zkušenosti se v této rodině generačně předávají. K. to sama nezmínila, na svůj porod se těšila především díky pozitivním zkušenostem svých kamarádek.

Ačkoliv tedy ne přímo explicitně, přesto lze z rozhovorů analyzovat, jak silný part má v ženské rodové linii síla nevyřčeného. Tajemství, která se říkají až po letech anebo jen v opilosti. Nebo která se dětem prezentují jinak a pravdu si člověk domyslí až v dospělosti. Odhalování ženských rodinných traumat generace po generaci.

Byť se výše zmíněné nestalo hlavní analyzovanou linií, z výzkumu je patrné, že rodičku v jejím perinatálním období ovlivňují také zkušenosti, jaké měly s perinatálním obdobím ženy v její rodové linii nebo blízkém okolí.

Dalším výraznou linií je samozřejmě vztah K. a jejího manžela. Vzhledem k intimní povaze analyzovaných dat jsme se však rozhodli tento motiv zcela vynechat.

Posledním je vztah K. k rodině jejího manžela. Z analýzy vyplynulo, že členy rodiny manžela zmiňuje při sdílení běžných životních událostí častěji než vlastní rodinu a že s nimi možná překvapivě sdílela některé z klíčových životních okamžiků oproti své původní rodině (viz. ukázka z rozhovoru níže).

Hlavní výsledkem výzkumu v rámci tohoto tématu je pak skutečnost, jak je pro rodičku důležitá podpůrná síť rodiny nebo blízkých ve svém okolí. Ať už z hlediska ovlivnění během těhotenství – prostřednictvím jejich zkušeností s porodem nebo podpořením v samotném rozhodnutí k založení rodiny, anebo z hlediska ne/přímých kontaktů během perinatálního období. Zatímco někdo preferuje častější kontakt a podporu, jiná rodička by mohla dávat přednost klidu a větší izolaci během šestinedělí. Obojí je třeba respektovat.

U rodiček s BAP pak vzniká specifická potřeba na strategii odpočinku a spánku, který je pro tyto ženy klíčový a měla by se vykomunikovat s možnostmi blízkého okolí ještě před porodem.

„Já jsem to nikdy neřekla mojí mámě, že jsem čekala dvojčata. Nechtěla jsem ji s tím vůbec konfrontovat. A proto, že se to vlastně velmi záhy vyřešilo samo, tak jsem to víc neřešila. Volala jsem tchýni, co mám dělat, jak to mám říct manželovi a nepomohli mi předem ani tchýně ani švagr, se kterým jsem se dost kamarádila. Oni mi řekli, ať to hlavně vůbec neříkám manželovi. Ale s tím jsem nebyla vnitřně v souladu“.

9.4.3 „I když jsem v mánii, pořád jsem to já“.

Co se začalo v rozhovorech brzo ukazovat jako další nosné téma, byla potřeba plné akceptace K. Jako ženy, jako ženy s BAP i jako matky. Od partnera, dalších blízkých z rodiny či přátel a také sama od sebe.

Z analýzy vyplývá, že je K. bytostně vlastní snaha být lepším člověkem. Z této snahy možná pramení i její neustálá aktualizace vlastního sebepřijetí. Zůstává pak paradoxem, že člověk, který na sobě tak pracuje, v etapách svých mánií metamorfuje do odlišné podoby sebe sama.

Otázky výzkumu vedly k bilanci, zda se K. cítí být více akceptovaná jako žena s BAP nebo jako matka. Jako i u jedné z předešlých kapitol, také v této se potvrzuje, že pro K. nejsou tyto dvě oblasti lehce komparativní a tyto úvahy jsou pro ni spíše zavádějící. Především proto, že je na svou diagnózu a status člověka s BAP zvyklá o několik let více než na to, že je matkou. Svou diagnózu má dodnes možnost konzultovat s několika odborníky, zatímco jako matka si musí svůj status ve své širší rodině teprve definovat a často se i vůči názorům druhým vymezovat.

Další směřování strukturovaného rozhovoru vedlo k úvahám, že zřejmě přijetí nějaké psychiatrické diagnózy je nejtěžší pro člověka, kterého se tato diagnóza týká. Až při analýze vyšlo najevo, že podobným přijetím si musí projít i jeho okolí.

K. uvedla, že nikdy nezažila vyloženě stigmatizaci kvůli BAP. Necítila ani žádné obavy ze strany manžela nebo jeho rodiny, když plánovali svatbu a dítě. Ukazuje se však, že obavy, které možná někdo nevysloví předem nahlas, mohou nabýt konkrétnější podoby, když se stanou reálnou situací. Zatímco byla K. po svém porodu hospitalizována, v rodině jejího manžela se pracovalo i s eventualitou, že by se mezi nimi mohl odehrát rozvod a manželova matka by šla do předčasného důchodu, aby se mohla starat o jejich společné dítě.

Dobrym ukazatelem toho, zda něco lze nebo nelze vnímat jako stigmatizaci duševní nemoci, bývá položit si otázku, zda by se stejná situace odehrávala identicky i se somatickou diagnózou. Je už na zodpovězení participantčině tchyně, zda by ji k výše zmíněným úvahám vedla například participantčina hospitalizace po operaci žlučnickových kamenů.

Potřeba plné akceptace své osobnosti je dobře patrná v části, kdy K. mluví o tom, jak její manžel nesnáší dobře symptomy její hypománie. Jakmile je K. na sobě vycítí, tráví raději čas s jednou ze svých kamarádek, která naopak vítá průchod její tvůrčí náladě a upovídanosti.

Odůvodnění této potřeby je dobře vysvětleno v následné ukázce (zkráceno a upraveno):

„Ale ty, i když ses zbláznila, to jsi pořád ty. Máš stejnou emoční potřebu, potřebuješ, aby tě měl někdo rád, aby s tebou někdo komunikoval. A chceš, aby s tebou určití lidé byli pořád, i když

se k nim naráz chováš jinak, protože jsi prostě moc zblázněná. Pro ně to ale znamená, že si tě musí vyblokovat. Ale ty potřebuješ to teplo, lásku a sounáležitost. V tom zbláznění vlastně o to víc.“

9.4.4 „Snažila jsem se ze všech sil vydobýt si svoje práva a nepotřebovala jsem už dalšího člověka, který by mi pořád říkal, ať si je vydobydu“

Překvapivým momentem výzkumu se stala analýza podpory, kterou měla K. od svých kamarádek během perinatálního období.

V předešlých kapitolách je několikrát zmíněn především fakt, jaký pozitivní vliv na ni měly, co se týče přípravy na porod a těhotenství. K. uvádí, že pro ni bylo důležité sdílení dobrého porodu, stejný pohled na přípravy na porod i výchovu. Protože nezmínila nikoho dalšího ve svém okolí, s kým by tyto hodnoty mohla sdílet (naopak se vyjádřila, že má s několika členy rodiny rozdílné názory na výchovu svého dítěte), lze usuzovat, že pro ni tato přátelství byla důležitá v perinatálním období obzvlášť.

Zůstává tedy paradoxním zjištěním, že jsou to právě tyto vztahy, jejichž podpory se K. nedostávalo po porodu a těžkém období neprostopupné komunikace se zdravotními sestrami jednotlivých oddělení. Nejen absence této podpory, ale navíc i výsledný negativní faktor kontaktu s těmito kamarádkami.

Ačkoliv by možná toto zjištění bylo stejně překvapivé také pro ně, zůstává faktem, že pro K. měl kontakt s nimi nulový pozitivní efekt a jejich kategorické, byť dobře míněné rady jen vyostřovaly již tak dost polarizovanou komunikaci mezi K. a personálem nemocnice.

„Měla jsem ty dvě kamarádky, který mám ráda a máme přesně společnej výchovný. Ale když jsem si s nima psala a posílala jim nahrávky těch rozhovorů se sestřičkami, tam mi pořád říkaly jen: nenech si to líbit, na tohle máš právo! Ale já jsem potřebovala někoho, kdo mě pochopí a povzbudí v tom, že už dělám dost. A kdyby na mě tyhle holky netlačily v tom směru, že se mám bít za svá práva, ale třeba mi napsaly, že ať to chvíli vydržím a pak už si to doma budu dělat po svém, tak by to pro mě byla velká úleva a pomohlo by mi to“.

9.5 Traumata

Brzy v průběhu výzkumu se začalo ukazovat, že pojem „trauma“ se vrství v jednotlivých otázkách i odpovědích rozhovorů s participantkou. Na trauma z „neporodu“ navazovala plynule traumata z minulosti participantky, poté dalších žen z její rodiny a skoro by se dalo

předpokládat, že bychom se mohly při pokračujícím výzkumu dostat až k traumatům ženské existence obecně.

Kapitola o traumatu má pevné místo v této práci už jen z toho důvodu, že pokud bychom měli jednoznačně odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: jaká je žitá zkušenost s perinatálním obdobím ženy s BAP, pak by nejstručnější odpověď byla: traumatická.

9.5.1 Trauma jako únik

K. několikrát vysvětlila původ své mánie, která zapříčinila její hospitalizaci po porodu jako únik z reality.

Na trauma je v tomto případě nahlíženo jako na něco, před čím lze utéct do určitého svébytně vybudovaného prostoru. Ten v nějaké podobě dokáže popřít zákonitosti z časoprostoru, ve kterém trauma vzniklo.

Zůstává už otázkou do diskuse, jak málo vnější intervence stačilo, aby toto trauma mohlo být zpracováno v participantčíně reálném náhledu. Únik z reality jako reakce na traumatickou situaci zcela jistě ze zpětného pohledu zesílilo trauma v jeho komplexnosti a prodloužilo délku jeho následného zpracovávání. Jakkoliv je tento obranný mechanismus pochopitelný a vlastně docela logický (ve smyslu akce – reakce: útok, únik), k participantčíně traumatu přispělo také to, co se dělo po její hospitalizaci – nemožnost kojení, nemožnost společného spaní, separace od dítěte a nejbližších.

„I když mám svou psycholožku, se kterou jsem to probírala několikrát a můžu říct, že jsem s tím smířená, tak přece trauma je něco, co neovlivníš racionem, že? A možná ani nemám tolik trauma z toho porodu samotného jako opravdu z toho, co potom následovalo.“

9.5.2 Zbytečnost porodnického násilí

Když rozpracujeme části participantčíně traumatu, můžeme je rozdělit na ty, které prokazatelně ovlivnit bezprostředně nešlo (předčasný porod, smrt matky) a na ty, které prokazatelně byly ovlivněny bezprostřední ne/součinností participantky a dalších subjektů (komunikace s blízkými/odborníky/zdravotníky).

O porodnickém násilím toho bylo dost pojednáno v teoretické části práce. Ačkoliv některé aspekty z pobytu v porodnici bychom možná mohli nazírat touto optikou, sama participantka tento termín nikdy nepoužila, a tak nechci analyzovat její zkušenosti v tomto úzce pojatém kontextu.

Nějaká forma násilí, kterou si rodička zažije před porodem, se však během něj může připomenout.

Podobnost některých zdravotnických nezbytných zákroků s negativní sexuální zkušeností, může zaskočit rodičku a její následná reakce pak zase nezaškolený personál. V případě K. pak šlo o tuto zkušenost (zkráceno a upraveno):

„Prostě mám v hlavě to, že mě kdysi osahával doktor. Když jsem byla jako dítě hospitalizovaná s bolestma břicha. A já těm vzpomínkám nejsem schopná věřit. Ale vím, že se to muselo stát podle toho, že když se mě stejným způsobem dotkne na těch intimních partiích manžel, tak hned celá zamrznu. I když to od něj nevnímám jako něco násilného nebo špatného, zamrznu.“

9.5.3 Síla sdíleného traumatu

V analýze dat, která se týkala traumatu se také ukázalo, jakým pozitivním faktorem při jeho léčení umí být sdílení. Pokud se v předešlých kapitolách akcentovaly sociální sítě jako prostor pro polarizaci mateřských názorů a zkušeností, měly by být zmíněny také jako dobrá informační platforma pro rychlou peer pomoc. Zatímco na psychologickou intervenci lze čekat i v akutním případě týdny či měsíce, peer podporu lze sehnat daleko dřív, tím spíše v online prostředí. To jsou výsledky tohoto výzkumu.

Jakkoliv je peer podpora u nás stále ne zákonem přesně definovaná profese a její platné místo v multidisciplinárních týmech je v počátcích komunikace, podstata terapie sdílením podobného zůstává.

Díky analýze dat lze v chování participantky vysledovat také tendenci být sama sobě peerem. Možnost slovní či psané reflexe svých emocí a prožitků poskytuje nejen úlevu, ale i pozdější náhled na vlastní chování. Ať už se jedná o povahovou vlastnost nebo získanou dovednost, z hlediska výzkumu byla hodnocena jako pozitivní faktor pro celé perinatální období participantky.

„Dali mi kontakt na jednu slečnu, která má taky bipolární poruchu, měla dva porody za sebou. Měla to celkově složitý, a tak jsme měly o čem mluvit. I když ty naše zkušenosti byly třeba trošku jiný. Mám dojem, že ona tehdy spíš po své druhém porodu šla směrem do deprese. Zatímco u mě vždy hrozí hypománie, v tom jsem poměrně jedinečná. Ale poté, co mě po třech měsících pustili z těch všech léčeben, tak jsme měly vlastně společný i tohle“.

9.5.4 Naděje jako smysl léčby traumatu

Posledním tematickým okruhem traumatu, který vzešel z analýzy, je naděje.

Pojem, který explicitně v rozhovorech nezazněl ani jednou, ale jehož důležitá přítomnost v diskutovaných tématech vzešla až z analýzy dat.

Participantka pracovala a pracuje na léčbě svých traumat ne proto, že doufá, že všechny pomínou a ona na všechno zapomene. Dělá to proto, že v této práci vidí smysl. Je pro ni smysluplné pracovat na své psychice, na svém manželství, na svém rodičovství.

Tento přístup zcela jistě ovlivňuje pozitivně nejen její zkušenost s bipolární afektivní poruchou, ale také s tím, co představuje výzkumné otázky této práce.

Příspěvek ke své pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím lze také tak, že kolem sebe a v sobě budu podporovat naději v tuto pozitivní zkušenost.

Následující ukázka pochází ze závěrečného rozhovoru s participantkou a představuje fenomenologickou esenci sdílení její žité zkušenosti.

„Díky tomu, že mám svoje dítě, které dokážu přijímat takové, jaké je, dokážu přijímat lépe i sama sebe se všemi nedokonalostmi, které mám. A pro to dítě chci, aby bylo spokojené a šťastné. A protože já už nemám žádnou mámu, tak se vlastně musím takhle dívat já sama na sebe a chtít taky, abych byla šťastná a spokojená. V tom je pro mě mateřství extra transformační. A dalo mi neuvěřitelné nástroje a schopnosti, jak přistupovat sama k sobě. Pro svoje dobro a štěstí. Pro mě je úplně průlomové, že stejně tak jako chci dávat lásku svému dítěti, chci dávat lásku i sobě. Takhle jsem to nikdy úplně nezažívala, i když jsem se o to vědomě snažila. Zнала jsem výhody sebelásky, ale nikdy to nešlo tak snadno, jako když mám dítě a můžu to prožívat vůči němu. A potom podobnými očima koukat na sebe. A je to aktivní rozhodnutí to takto brát. Když dítěti před spaním říkám, že je úžasná osobnost a dokonalá bytost, tak si říkám, že přece, když to můžu říct tady někomu, kdo zase rozlil pití nebo se počural, můžu to říkat i sobě. Snažím se ten okamžik, kdy to říkám, si vnitřně obrátit do sebe a říkat to samý sobě“.

9.6 Reflexe

Průběh analýzy dat a generování otázek pro další rozhovor, přinášel také otázky týkající se samotného výzkumníka. Reflexe jeho zkušenosti se zkoumanými tématy a poté se samotným výzkumem. Lze vůbec vést kvalitativní výzkum objektivně, když každá nově položená otázka pro participantku je výsledek součinnosti interpretace její zkušenosti s tou výzkumníkovou?

Participantka byla několikrát vyzvána, aby průběžně sdílela pocit, jestli položené otázky mohou souviset spíš ze zkušeností výzkumníka, a ne s tou její.

Přidaná hodnota výzkumu může spočívat v tom, že výzkumník pracuje s analyzovanými daty z pohledu své prožité zkušenosti. Jen je nutné s touto přiznanou pravdou pracovat dle interpretativní fenomenologické analýzy.

Pokud zůstaneme u premisy, že osobnost výzkumníka nutně zasahuje do výzkumu a projevuje se v něm, konkrétně v tomto výzkumu provázely výzkumníka tyto vnitřní cíle: přispět k destigmatizaci duševního onemocnění, především pak žen s duševním onemocněním, které si přejí stát se matkami. Dalším bylo správně interpretovat faktory, které mohou toto přání ulehčit. A v neposlední řadě pak ukázat specifickou perinatálního období v životě ženy a zjistit, co ženy potřebují od svého okolí – ať už v okruhu rodiny nebo zdravotníků.

Lze se domnívat, že právě pro potřeby destigmatizace byl dobře zvolen nejen kvalitativní přístup, ale také soustředění se pouze na jednu participantku. Prostřednictvím příběhu se destigmatizuje lépe než prostřednictvím statistiky.

Nebylo však cílem interpretovat tento příběh jako senzaci ani jako příklad dobré praxe pro ostatní. Ačkoliv z výše uvedeného vyplývá, že se příběhu hrdinů čtou lépe, tato pozitivní diskriminace ve své podstatě může být základem pro stigma obecně, jež chceme prostřednictvím této práce bořit.

Jakkoliv je participantka tohoto výzkumu pozoruhodná osobnost, prostřednictvím jejich zkušeností výzkum hledá odpovědi na obecně platné otázky a společně s výzkumníkem definovaly témata, která nejsou specifická pouze pro ni.

Participantka sama, stejně jako tento výzkum, by se mohly stát inspirativními ne proto, že ukáží, že se lze stát matkou *navzdory* BAP, ale proto, že nastíní možnosti, jak se stát matkou *s* BAP.

10 Diskuse

10.1 Připomenutí cílů a výzkumných otázek

Cílem této práce bylo zjistit, jaká je žitá zkušenost perinatálního období pro ženu s bipolárně afektivní poruchou.

V rámci kvalitativního výzkumu a designu interpretativní fenomenologické analýzy byly dále konstruovány odpovědi na tyto vedlejší výzkumné otázky: Jak může ovlivňovat bipolárně

afektivní porucha perinatální období ženy? Jaké faktory mohou přispět k pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím?

10.2 Shrnutí výsledků výzkumu

Výsledek výzkumu přinesl zjištění, že žena může vnímat zpětně svůj porod jako traumatický. Tato traumatická zkušenost pak může negativně ovlivnit její pohled na celé perinatální období. Výzkum tak upozorňuje na specifčnost tohoto období ve smyslu vyšší zranitelnosti ženy.

Dále byly definovány faktory, které zkušenost s perinatálním obdobím ovlivňují, přičemž větší důraz byl kladen na diskutování faktorů pozitivních.

Mezi faktory, které se ukázaly být podstatné pro ovlivnění perinatálního období, patří: plánování otěhotnění, konzultace psychického stavu a příprav na těhotenství s odborníky, možnosti podpory blízké rodiny či přátel, možnosti sdílení aktuálních emocí a fází těhotenství, průběh těhotenství a porodu v kontextu představ a přání.

Tyto faktory jsou diskutovány v jednotlivých kapitolách tematických okruhů, které vzešly z analyzovaných dat.

10.3 Shody a neshody s ostatními výzkumy

Výsledky tohoto výzkumu se z větší části shodovaly se studii, které byly použity jako teoretické zdroje pro tuto práci. Drobné odlišnosti jsou připisovány jiným výchozím reáliím.

V souladu s výzkumnými cíli této práce budou představeny shodné závěry relevantních témat. Týkají se především velmi podstatného faktoru pro získání pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím – plánovanému těhotenství. To je v souladu se Singht a Deep (2022).

V této práci je faktor plánování a přípravy těhotenství věnován prostor v několika kapitolách interpretace analyzovaných dat z několika úhlů pohledu.

Stejně jako Šebela (2022) také tento výzkum prokazuje možnost laktace u žen s BAP, kterou dále rozvíjí také jako možný traumatický faktor, pokud je rodičce znemožněna. V souladu s Šebela et al (2019) výzkum také potvrzuje možnost zachování medikace během perinatálního období ženy s BAP a také tuto možnost dále rozvíjí a představuje rizika a eventuální dopady na rodičku a její okolí, pokud nastavená medikace není z nějakých důvodů dodržována.

Fakt, že je pro nejen pro ženu s BAP, ale také pro její okolí perinatální období náročnou etapou je v souladu nejen s Šebela et al (2018), ale také s Perry et al (2024), který zároveň upozorňuje na problém spánkové deprivace.

To je pro ženu s BAP klíčová potřeba, pokud má předejít eventuálnímu relapsu, jak potvrzuje tento výzkum.

V souvislosti s výše uvedeným, je pro ženu s BAP, a to nejen v perinatálním období, velmi podstatná znalost mindfulness a dodržování denní režimu, což potvrzuje také Deep et al (2016). Ačkoliv si tato práce klade za cíl působit destigmatizačně, musíme zmínit také některá zvýšená rizika, která těhotenství žen s BAP provází.

Výsledky tohoto výzkumu se nejvíce shodovaly se studií Rusner et al (2016), která mluví o častější možnosti krvácení během těhotenství, porodu císařským řezem a zvýšeném riziku poruchy nálady v poporodním období. Tyto závěry se potvrdily i v tomto výzkumu.

Naopak rozdílný výsledek přineslo porovnání s Thomas (2021), která pracuje s výsledkem, že ženy s BAP kolem sebe necítí dostatek podpory a informací ze strany odborníků. Pro participantku tohoto výzkumu byl naprosto zásadní vliv odborníků v Národním ústavu duševního zdraví a podporu cítila také od své psychiatricky.

10.4 Interpretace výsledků

Výzkum této diplomové práce prokazuje, že porod a perinatální období může být pro ženu traumatickou zkušeností.

V rámci takovéto odpovědi na hlavní výzkumnou otázku byla interpretace analyzovaných dat rozdělena na tři části tematických celků, které reflektovaly dvě vedlejší výzkumné otázky z vícero diskurzů. Všechny tyto diskurzy pocházejí z nasbíraných dat žité zkušenosti participantky. Proto také každou z kapitol uvozuje její citace a pro ucelenější a autentičtější způsob interpretace kapitoly ukončuje krátký úryvek ze strukturovaného rozhovoru.

Tematickými celky jsou pak: Analogie, Paradoxy a Traumata.

Analogie interpretuje analyzovaná data jako možnou komparaci zkušeností s duševním onemocněním a s porodem. V rámci jednotlivých kapitol reflektuje jejich shody nebo neshody. Akcent je kladen na destigmatizaci duševních onemocnění, což byl jeden ze záměrů pro napsání této práce.

Zatímco odpověď na hlavní výzkumnou otázku zůstává ve všech kapitolách stejná – je to traumatická zkušenost, odpovědi na dvě vedlejší otázky se různí a poskytují pak dohromady komplexní interpretaci traumatické žité zkušenosti participantky výzkumu.

Na otázku, jak může bipolární afektivní porucha ovlivnit perinatální období, poskytuje výzkum v první části interpretace tyto odpovědi: Záleží na míře zpracování a vyrovnání se s duševním onemocněním. Participantka výzkumu prožila více jak pět let mezi diagnostikou BAP a

otěhotněním. Za tu dobu měla možnost naučit se rozpoznávat symptomy možných hypománií a ustálit se svou psychiatrickou vhodnou míru medikace. Z výzkumu vyplynulo, že je pro ni důležité dodržovat denní režim, povedlo se jí zavést vyhovující denní rutinu a skloubit ji i ve svých pracovních a osobních vztazích.

Jako zásadní faktor, který určuje způsob ovlivnění BAP v perinatálním období je tedy příprava, na jejímž počátku stojí smíření se s touto diagnózou. Dalšími kroky pak jsou konzultace se svým psychiatrem či návaznými organizacemi (v případě participantky to byl Národní ústav duševního zdraví a Úsměv mámy) a příprava osobní povahy na okolnosti spojené s těhotenstvím, porodem, šestinedělím, výchovou.

Toto doporučení je ale dále problematizováno dalším faktem plynoucím z výzkumu – k pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím přispívá uvědomění možnosti, že připravované plány mohou také dopadnout jinak. Ačkoliv participantka i během kontrolních otázek stále reflektovala svou přípravu a vysokou informovanost jako pozitivní faktor, analýza dat ukazovala také skutečnost, že míra odlišnosti jejich představ od pozdější skutečnosti přispívala k míře jejího traumatu.

Největší rizikem, jakým může BAP zasáhnout do perinatálního období, je možný relaps s následnou hospitalizací rodičky v psychiatrické nemocnici jako tomu bylo v případě participantky.

Intepretace této zkušenosti z analýzy dat je ve výzkumu založena na analogii ztráty plné kontroly nad svým tělem během porodu a během duševního onemocnění. Výzkum nebyl zaměřen na znovuprožití a podrobnou analýzu těchto situací z důvodů možné re traumatizace participantky. Soustředil se spíše na možná doporučení a faktory, kterými šlo této situaci předejít.

S tím je spojena druhá vedlejší výzkumná otázka: jaké faktory mohou přispět k pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím? Během procesu výzkumu z této otázky vymizel dovětek, který konkretizuje perinatální období na to, se kterým má zkušenost rodička s bipolárně afektivní poruchou. Ukázalo se totiž, že se nalezené pozitivní faktory v sobě nemají žádnou specifikaci, která by byla na toto duševní onemocnění přímo vázaná. Tím pádem lze tyto faktory vztahovat k rodičkám obecně.

Jako klíčový faktor, který přispívá k pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím, se ukázala být komunikace se zdravotníky. Jedná se převážně o porodní úsek perinatálního období. Ještě přesnější je specifikace tohoto úseku jako etapu strávenou v porodnici po porodu samotném. V případě participantky se nejednalo o běžné oddělení šestinedělí ale jednotku intenzivní péče,

protože v jejím případě šlo o porod akutním císařským řezem, který byl navíc klasifikovaný jako předčasný.

Výzkum prokazuje, že komunikace se zdravotníky během pobytu v nemocnici, může ovlivnit hodnocení celé porodní zkušenosti. Po nalezení tohoto faktu se výzkum opět nesoustředil na výčet způsobů nevhodných intervencí ze strany zdravotníku, jako spíš na hledání pozitivních momentů, které by participantce pomohly vnímat komunikaci se zdravotníky jako efektivní. Tyto momenty by se pak mohly souhrnně označit jako momenty vyjadřující respekt. Respekt k rodičce jako ke člověku s individuálními specifickými potřebami s jeho přáními a autonomií. Výzkum dále konkretizuje, že by participantce pomohla možnost mluvit o svém psychickém stavu, který se zhoršoval, možnost kojit své dítě podle svých potřeb, a ne nařízeného harmonogramu a možnost držet se doporučení, které dostala od psychiatra ve své zdravotní dokumentaci k porodu.

Z výzkumu také vyplynulo, že důležitou roli hraje včasná psychologická podpora. Participantka potřebovala, aby někomu mohla sdělit, že se necítí dobře – alespoň psychologicky nijak neškolenému zdravotnickému personálu. Ten se však soustředil pouze na její zdravotní stav z hlediska fyziologie. Potřeba včasné psychologické podpory tak předchází potřebě podpory kvalifikované.

Důležitou částí interpretace je pak kapitola věnující se stigmatizaci, která ukazuje, čím vším se může žena cítit stigmatizovaná jako člověk s BAP a čím vším jako matka.

Překvapivé může být zjištění, že stigmatizace matek podléhá aktuální dobovým trendům – o kterých se ostatně mluví v samostatné kapitole v teoretické části této práce. V případě participantky se jedná o fakt, že své dítě nemohla kojit, a proto se svým okolím a společností cítí stigmatizovaná jako někdo, kdo nedal svému dítě to nejlepší.

Tímto zjištěním výzkum nastiňuje část silícího tlaku, který současné matky pociťují ze strany veřejnosti a ukazuje, že společenská tendence polarizace společnosti se týká také kategorie žen-matek.

Výzkum přináší odpovědi, co by participantce pomohlo tento tlak a pocit polarizace zmírnit – jedná se laskavý přístup k názoru druhých, vyslechnutí důvodů, které vedly druhou stranu k odlišenému přístupu nebo rozhodnutí.

V části Paradoxy se interpretace zaměřuje na doplnění výše uvedených faktorů z jiných hledisek žité zkušenosti participantky. A obohacuje je také o jedinečná specifika jejího příběhu, mnohdy velmi paradoxní, z čehož také vyplynul název této sekce.

Kapitola o rodinných vazbách je zařazena do sekce paradoxů proto, že z analyzovaných dat vyplynulo, že se participantka v těžkých chvílích života několikrát více obracela na rodinu manžela než na svou původní. Co se jejího explicitního hodnocení ale týkalo, uváděla poskytnutou míru podpory v opačném poměru.

Rodina a vztahy s blízkými jsou každopádně dalším faktorem, který ovlivňuje perinatální období žen. U participantky proběhlo velké zapojení širší rodiny, která se starala o její dítě, poté, co byla po porodu hospitalizovaná. Výzkum prokazuje, že bez zapojení blízkého okolí (ne nutně rodinného), lze jen těžko zvládat případné komplikace v souvislosti s BAP. V této sekci, konkrétně pak v kapitole: „I v mánii jsem to pořád já“, pak naplno zaznívá požadavek participantky na plnou akceptaci její osobnosti. Ať se má tato akceptace týkat její rodiny anebo opět komunikace se zdravotníky, výzkum ukazuje, jak moc tato potřeba ovlivňuje veškerá témata analyzovaná prostřednictvím výzkumných otázek. Poněkud překvapivý výsledek přineslo analyzování tématu přátelství. Participantka od počátku výzkumu uváděla svá ženská přátelství jako podporující faktor v přípravě na těhotenství a porod samotný. V konkrétnější reflexi toho, co během pobytu v porodnici potřebovala od svého okolí, aby tuto zkušenost nehodnotila jako traumatickou, uvedla, že způsob podpory jejích přítelkyň byl vlastně kontraproduktivní.

Výzkum ukazuje, že pokud se participantka cítila pod tlakem ze strany zdravotníků a jejich rigidních názorů, nemohla potřebovat podporu přítelkyň, která byla vlastně stejným tlakem jen opačné polarizace těchto názorů. Energické povzbuzování přítelkyň ke konfrontaci se zdravotníky vedlo k pocitu participantky, že celou situaci nezvládá a neumí se postavit za sebe a své dítě. Reflektuje, že pokud by se jí dostalo spíše uklidnění, že se těmito konflikty jen vyčerpává, pomohlo by jí to víc.

Tento model je pak názornou ukázkou toho, v čem participantka vidí negativní vliv silně polarizované mateřské skupiny ve společnosti.

Poslední interpretovanou částí je tematický okruh Traumata.

Pokud budeme klást otázku, jaká je žitá zkušenost perinatálního období pro ženu s BAP, pak odpověď vyplývající z výzkumu s participantkou, bude, že traumatická.

Výzkum se snažil najít klíčové momenty toho, proč k tomu traumatu došlo, jestli mu šlo nějak předejít či ho zmírnit a jak s ním pracovat dál.

Do jisté míry bylo překvapující zjištění, že participantka jako klíčový okamžik své traumatické zkušenosti nehodnotí ani rizikový předčasný porod, následovaný náhlým úmrtím své matky

jako spíš náročnou komunikaci se zdravotníky, která dehonestovala hodnoty, na nichž jí záleželo.

Pokud budeme na její trauma nahlížet touto optikou, může se nám jevit, že k němu došlo zbytečně, omylem, což je zjištění stejnou měrou frustrující jako varovné.

O zbytečnosti porodnického násilí pojednává druhá kapitola této sekce. Akcentuje se v ní také možný faktor, který přispívá k větší citlivosti žen u porodu, což je předchozí zkušenost s nějakou formou sexuálního násilí. V případě participantky se jedná o sexuálně tematizované vyšetření pediatrem, jehož násilnou povahu si plně uvědomila až v dospělosti. Výzkum potvrdil, že je pro oběti sexuálního násilí častou reakcí „zamrznutí“ a o celé záležitosti mnohdy nejsou schopny několik let mluvit. To potvrzuje i fakt, že tuto svou zkušenost participantka sdělila až ke konci závěrečného, třetího rozhovoru, poté co ji výzkumník nechal volně reflektovat analyzovaná data.

Protože se výzkum stejně jako celá tato práce snažil zaměřovat na spíše pozitivní faktory a hledání možných způsobů a cest, jak k těmto pozitivním faktorům přispět, akcentuje ještě závěrečnou kapitolu z pohledu naděje.

Naděje obsažené ve smyslu destigmatizace duševních onemocnění, změně společenského slovníků v souvislosti s tímto tématem a s ním spojené celkové změně uvažování o lidech, kteří nějakou psychiatrickou diagnózu mají.

Od naděje začíná také práce s jakoukoliv traumatickou zkušeností. Práce od nadějně myšlenky, že toto konání bude mít smysl.

Naději v neposlední řadě obsahuje také samotný výzkum této práce. Je to naděje ve smysluplnosti otevírání těchto témat, boření společenských tabu a vytváření prostoru pro společnou diskusi rodiček a zdravotníků.

10.5 Limity výzkumu

Jako každý výzkum, který reflektuje určité ohraničené období, je i tento limitován procesy, které do tohoto období zasahovaly předtím i potom. Pro potřeby této práce však nebyly relevantní, a tak jsou zmíněny jen okrajově, byť je zejména minulost (zázemí původní rodiny, sexuální a partnerské vztahy) určující pro porodní zkušenost participantky.

Dalším limitem je předporozumění výzkumníka, které vychází z jeho vlastní zkušenosti s perinatálním obdobím, z potřeby vnitřního cíle této práce a dále osobních a pracovních východisek.

10.6 Silné a slabé stránky

Jako silnou stránku výzkumu lze spatřovat jeho včasnou přípravu, pečlivě konstruované téma i výzkumné otázky. Tato fáze umožnila výzkumníkovi hlubší vhled do problematiky a orientaci v něm. Související silná stránka je pak také osobní znalost výzkumníka, který měl dřívější zkušenost nejen s perinatálním obdobím, ale také s rodičkami s duševním onemocněním. Obojí je považováno za možný důvod rychlého navázání důvěrného vztahu s participantkou, který byl naprosto určující pro podrobný výzkum natolik citlivého tématu.

Slabá stránka je spatřována v neodborném zázemí autorky práce, především zdravotnické.

Slabou stránkou také může být zvolený způsob sběru dat. Forma online rozhovoru má jak své technologické limity a determinanty. Stejně tak rozhovor podléhá aktuálnímu rozpoložení výzkumníka i participantky.

10.7 Použití pro praxi

Využití analyzovaných dat tohoto výzkumu nalezne své uplatnění v oblastech psychiatrie, psychologie, sociální práce a zdravotnictví – konkrétně pak porodnictví.

Cílem bylo ukázat, že lze drobnými změnami ve způsobu komunikace a přístupu k rodičkám ze strany zdravotníků, přispět k jejich pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím.

Rodičky nebo těhotné ženy, nejen s BAP, pak mohou práci použít jako další informační zdroj o souvislostech perinatálního období. Z tohoto důvodu je v příloze práce uveden transkript veškerých strukturovaných rozhovorů.

10.8 Přínos výzkumu

Výzkum a tato práce se snaží přispět svými zjištěními k tomu, aby ženy nehodnotily svou porodní zkušenost jako traumatickou. Díky analýze dat participantky se lze domnívat, že je mnohdy toto trauma vyvoláno zbytečně a lze mu předejít drobnými změnami ve způsobu jednání zdravotníků. Tento způsob je pak v práci definován jako více psychologický. Konkrétní doporučení a ukázky klíčových okamžiků vzniku traumatu jsou obsaženy v interpretační části práce.

11 Závěry výzkumu

Cílem práce bylo zjistit, jaká je žitá zkušenost perinatálního období pro ženu s bipolární afektivní poruchou. Za pomoci dvou vedlejších výzkumných otázek bylo zjištěno, že tato zkušenost je pro participantku traumatická.

Interpretaci analyzovaných dat byly představeny témata, která dávají odpověď na to, jak může bipolární afektivní porucha ovlivnit perinatální období ženy. Tato témata byla roztržiděna do kapitol s názvy Analogie, Paradoxy a Traumata. Napřič nimi byly také uvedeny faktory, které mohou přispět k pozitivní zkušenosti ženy s tímto obdobím. Mezi tyto faktory patří plánování a příprava perinatálního období, odborná podpora a podpora rodiny nebo blízkých, komunikace se zdravotníky a míra shody představ a skutečnosti.

Část výsledků práce je tak platná nejen pro cílovou skupinu žen s duševním onemocněním.

12 Souhrn

Tento kvalitativní výzkum se si jako hlavní výzkumnou otázku zvolil: jaká je žitá zkušenost perinatálního období ženy s bipolárně afektivní poruchou? Odpovědi na tuto a další dvě vedlejší výzkumné otázky byly představeny v rámci interpretovaných témat, roztržiděných do kapitol s názvy Analogie, Paradoxy a Traumata.

Výzkum si kladl za cíl přispět k destigmatizaci rodiček s duševním onemocněním, k jejich pozitivní zkušenosti s perinatálním obdobím a k dialogu a pozitivnímu vztahu mezi zdravotníky a rodičkami.

Literatura

Aperio (2024). Společnost pro zdravé rodičovství. Dostupné z :
https://www.aperio.cz/?gad_source=1

Bedřichová, E. (2014) *Mapování způsobů vedení porodů v brněnském regionu, trendy posledního desetiletí* [diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci].
https://theses.cz/id/x3pmh9/Diplomov_prce_Bedichov.pdf

Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ*. 2012 Nov 8;345:e7085. doi: 10.1136/bmj.e7085. PMID: 23137820; PMCID: PMC3493986. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23137820/>

Česká asociace dul (2024). Kdo je dula? Dostupné z: <https://www.duly.cz/kdo-je-dula/>

Čermák, I., Řiháček, T., Hytych, R. a kolektiv (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita

Depp C, Torous J, Thompson W. Technology-Based Early Warning Systems for Bipolar Disorder: A *Conceptual Framework JMIR Ment Health* 2016;3(3): e42 doi: 10.2196/mental.5798. <https://mental.jmir.org/2016/3/e42/>

Dudová I., Hrdlička M. Bipolární afektivní porucha u dětí a adolescentů, *Čes. a slov. Psychiat.*, 102, 2006, No. 8, pp. 423–430,
http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_8_423_430.pdf

Dušek, K., Večeřová – Procházková, A. (2015) *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.

Fuchs, T. (2010). Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*, 43(4), 268-274.

Geller, B., Craney, J. L., Bolhofner, K. et al.: Two-year prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am. J. Psychiatry*, 159, 2002, pp. 927-933.

Hart SL, Jackson SC, Boylan LM. Compromised weight gain, milk intake, and feeding behavior in breastfed newborns of depressive mothers. *J Pediatr Psychol*. 2011 Sep;36(8):942-50. doi: 10.1093/jpepsy/jsr031. Epub 2011 Jun 3. PMID: 21642337; PMCID: PMC3156587
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156587/>

Herman E, Grof P, Hovorka J, Praško J, Doubek P. (2008) *Bipolární porucha*. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Academia Medica Pragensis

Hrešanová, E., Hasmanová Marhánková, J. Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2008, Vol. 44, No. 1.
<https://sreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/2008/01/05.pdf>

Janáčková, Z. (2018) *Stigma psychických poruch* [bakalářská práce, Masarykova Univerzita Brno]. https://is.muni.cz/th/408272/fss_b/

Kalina, K. (2001) *Jak žít s psychózou?* Portál.

Kašpárková, Š. (2018) *Pohled na porodní bolest z pozice ženy a porodní asistentky* [bakalářská práce, Masarykova Univerzita Brno].
https://is.muni.cz/th/yifwo/Bakalarska_prace_Kasparkova_Sarka.pdf?lang=en;zpet=https:%2F%2Ftheses.cz%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dbolest%26start%3D26;info=1

Killarová (2024). Porodní trauma. Dostupné z : <http://killarova.cz/porodni-trauma/>

Kogito (2024). Aplikace. Dostupné z: <https://www.kogito.cz/#modal-co-je-kogito>

Kučerová, H. (2018) *Bolest v psychiatrii*. Galén

Kultová, K. (2023) *Porod ženy s historií prožitého sexuálního násilí* [bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci].

file:///C:/Users/jirij/Downloads/Kristyna_Kultova_-_bakalarska_prace_Archive.pdf

Látalová K. (2010). *Bipolární afektivní porucha*. Grada

Látalová, K., Praško J. Komorbidita bipolární afektivní poruchy s jinými psychickými poruchami. *Čes. a slov. Psychiat.*, 105, 2009, No. 5, pp. 218–223, http://www.cspsihiatr.cz/dwnld/CSP_2009_5_218_223.pdf

Látalová, K., Praško J., Kubínek, R., Herman, E., Doubek, P. Smíšená epizoda u bipolární afektivní poruchy a její léčba. *Psychiat. pro Praxi* 2009; 10(5): 209–215. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/03.pdf>

Lochmanová, A., Soukup, M., Janoušková, M. (2022). *Porod v proměnách času a kultur*. Antropos

Michálková, P. (2006) *Terapeutické postupy v první době porodní* [bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze].

<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/5729/130006120.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mrázová, A. (2010) *Nové trendy v českém porodnictví a názorové odlišnosti mezi rodičkami* [diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze].

<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/21462>

Munk-Olsen T, Jones I, Laursen TM. Birth order and postpartum psychiatric disorders. *Bipolar Disord.* 2014 May;16(3):300-7. doi: 10.1111/bdi.12145. Epub 2013 Oct 31. PMID: 24636279. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24636279/>

Nerum H, Halvorsen L, Straume B, Sørli T, Øian P. Different labour outcomes in primiparous women that have been subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case-control study in a clinical cohort. *BJOG.* 2013 Mar;120(4):487-95. doi: 10.1111/1471-0528.12053. Epub 2012 Nov 12. PMID: 23157417; PMCID: PMC3600530.

Ocisková M., Praško J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Grada

Perinatal (2024). O projektu. Dostupné z <https://www.perinatal.cz/o-projektu#kde-projekt-probiha>

Perry A, Gordon-Smith K, Lewis KJS, Di Florio A, Craddock N, Jones L, Jones I. Perinatal sleep disruption and postpartum psychosis in bipolar disorder: Findings from the UK BDRN Pregnancy Study. *J Affect Disord*. 2024 Feb 1;346:21-27. doi: 10.1016/j.jad.2023.11.005. Epub 2023 Nov 7. PMID: 37940050. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37940050/>

Poláková, H. (2010) *Problematika porodní bolesti* [diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. https://theses.cz/id/rts4qj/diplomov_prce.pdf

Praško, J., a kolektiv (2011) *Obečná psychiatrie*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Raboch, J., Jiráček, R., Paclt, I. (2005). *Psychofarmakologie pro praxi*. TRITON

Rotgers, F., a kol. (1999) *Léčba drogových závislostí*. Grada

Rusner M, Berg M, Begley C. Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Oct 28;16(1):331. doi: 10.1186/s12884-016-1127-1. PMID: 27793111; PMCID: PMC5084442.

Růžička, J. (2006) *Psychosomatický přístup k člověku*. Triton

Sedmidubská, G. (2013) *Bipolární afektivní porucha v rodině* [diplomová práce, Ostravská univerzita v Ostravě]

Stadelmann I. (2001) *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. One Woman Press

Sharma et al., 2004, V. Sharma, A. Smith, M. Khan, The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis, *J. Affect. Disord.*, 83 (2004), pp. 215-220, 10.1016/j.jad.2004.04.014

Singh S, Deep R. Pharmacological treatment of bipolar disorder in pregnancy: An update on safety considerations. *Indian J Pharmacol.* 2022 Nov-Dec;54(6):443-451. doi: 10.4103/ijp.ijp_407_21. PMID: 36722556; PMCID: PMC10043818. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36722556/>

Solé, E., Torres, A., Roca, A., Hernández, A., Roda, E., et al. Obstetric complications in bipolar disorder: The role of mental health disorders in the risk of caesarean section. Online. *Journal of Affective Disorders.* 2019, roč. 252, s. 458-463. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.017>

Skutilová, B. (2021) *Stigma očima lidí s duševním onemocněním* [bakalářská práce, Univerzita Hradec Králové]. <https://theses.cz/id/0ejomd/45196894>

Šebela A.: Možnosti farmakoterapie poporodní deprese při zachování laktace. *Psychiatr. praxi.*2022;23(1):31-34.DOI:10.36290/psy.2022.005
<https://www.solen.cz/pdfs/psy/2022/01/05.pdf>

Šebela A, Hanka J, Mohr P.: Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie. Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. *Psychiatrie pro praxi.* 2019;20(1):21-25. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2019/01/05.pdf>

Šebela A, Hanka J, Mohr P.: Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Čes. Gynec.*, 2018, 83, č. 6.
https://www.researchgate.net/publication/328319111_Etiology_risk_factors_and_methods_of_postpartum_depression_prevention

Švaříček, R., Šed'ová, K., & a kol. (2012). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál s. r. o.

Takács L., Sobotková, D., Šulová, L, a kolektiv. (2015) *Psychologie v perinatální péči*. Grada.

Trapková, L., Chvála, L. (2017) *Rodinná terapie psychosomatických poruch. Rodina jako sociální děloha*. Portál

Tomicová H., (2013). *Lidé s psychiatrickou diagnózou v příbězích svých blízkých* [diplomová práce, Masarykova univerzita Brno].

https://is.muni.cz/th/fpss6/Diplomova_prace_finalni_foxtxiwm.pdf

Vašina, L. (2008) *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Institut mezioborových studií Brno.