

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Prožívání těhotenství a mateřství s depresí

Terezie Sahulová

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie (Bc.)

Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková, Ph.D.

Praha 2023

Prague College of Psychosocial Studies



Experiencing Pregnancy And Motherhood while suffering from Depression

Terezie Sahulová

The Bachelor Thesis

Study programme: Psychology (B.A.)

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Johana Růžičková, Ph.D.

Prague 2023

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Johaně Růžičkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a trpělivost. Dále mé díky patří respondentkám, které se mnou sdílely své příběhy, a bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Anotace:

Tato bakalářská práce se věnuje výzkumu prožívání žen s diagnózou deprese v těhotenství a mateřství. Snaží se proniknout do jednotlivého případu, získat vhled a zmapovat jednotlivé zkušenosti.

Výzkumu se zúčastnily 4 ženy, 3 z nich měly diagnostikovanou depresi již před otěhotněním, 1 z nich krátce po něm. Byl proveden hloubkový polostrukturovaný rozhovor.

Práce je rozdělena do 2 částí. Teoretická část se věnuje obecnému psychickému prožívání žen těhotenství, porodu a šestinedělí, dále tématu deprese, jak v průběhu těhotenství, tak šestinedělí, a možnost léčby. V empirické části je popsáno výzkumné šetření a jeho výsledky, které byly analyzované pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Klíčová slova: těhotenství, mateřství, deprese

Abstract:

This bachelor thesis explores experiences of women with diagnosis of depression during pregnancy and motherhood. It focuses on describing each on case, getting insight and mapping the individual experiences.

Four female with the diagnosis of depression participated in this research, 3 of them got the diagnosis before pregnancy and 1 during. They were interviewed in depth in semi-structured interviews.

This thesis is divided in 2 parts. Theoretical part focuses on general psychic experience of women during pregnancy, childbirth and puerperium, also on the topic of depression, both during pregnancy and puerperium, and treatment options. In the empirical part is described the research investigation and its results using the interpretative phenomenological analysis.

Key words: pregnancy, motherhood, depression

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část.....	10
1 Psychologie těhotenství.....	10
1.1 Plánování těhotenství.....	11
1.2 Adaptace ženy na těhotenství	12
1.3 Partnerství v těhotenství	13
2 Psychické prožívání ženy při porodu	14
2.1 Fáze porodu	15
2.2 Doprovod u porodu.....	16
3 Psychické prožívání ženy v šestinedělí	17
3.1 Partnerství v období šestinedělí	17
3.2 Psychické problémy v šestinedělí.....	18
3.2.1 Poporodní blues.....	18
3.2.2 Poporodní deprese	18
3.2.3 Poporodní psychóza	18
4 Deprese a těhotenství	18
4.1 Deprese v průběhu těhotenství	19
4.2 Léčba deprese v průběhu těhotenství.....	20
Empirická část.....	23
5 Výzkumný cíl a výzkumná otázka	23
6 Výzkumná metoda.....	23
6.1 Postup analýzy IPA	23
7 Výzkumný vzorek	24
8 Výběr respondentek.....	24
9 Sběr dat.....	25
10 Scénář rozhovoru.....	25

10.1	Výsledný scénář	25
11	Etické aspekty výzkumu.....	26
12	Reflexe vlastní zkušenosti s tématem a očekávání.....	27
13	Výsledky výzkumného šetření	28
13.1	Anna	28
13.2	Barbora.....	34
13.3	Kateřina.....	42
13.4	Denisa	48
14	Celková analýza a interpretace výsledků	56
14.1	Plánování těhotenství: průběh, reakce	56
14.2	Průběh těhotenství: samota, úzkosti, strach z budoucnosti.....	57
14.3	Porod: plánování, přístup personálu v porodnici	58
14.4	Po porodu: euforie, napojení na dítě, silné momenty v šestinedělí.....	59
14.5	Deprese po porodu: pocity nenaplnění, potřeba práce, stereotyp, výčitky	61
	Diskuze.....	63
	Závěr.....	65
	Citovaná literatura	66

Úvod

Deprese je psychické onemocnění, které ovlivňuje psychické i fyzické prožívání. Obvykle se projevuje změnou nálady, poklesem energie a aktivity, odlišným uvažováním a neschopností adekvátních emočních reakcí. Depresivní pacienti se cítí beznadějní, zoufalí a bezmocní. Může být ovlivněna klimatem nebo ročním obdobím a trpí jí až 18 % populace (Vágnerová, 2014).

Těhotných žen trpících depresí je až 10 %. V průběhu těhotenství dochází ke změnám hladiny hormonů v těle, tudíž ženy si ani nemusí uvědomovat, že trpí depresí. Myslí si, že je to jeden z příznaků těhotenství (Canadian pediatric society, 2010).

Tato práce se soustřeďuje právě na ženy, které již před průběhem těhotenství měly diagnostikovanou depresi, abych co nejvíce porozuměla prožívání těhotenství a následně mateřství s touto psychickou nemocí.

V první kapitole teoretické části popisují, jak žena prožívá těhotenství, od začátku do konce. Od plánování těhotenství, přes zjištění, že je gravidní, podporu partnera, až po přípravu na porod. Po celou dobu sledují, jaká je úloha partnera jako podpory těhotné ženy. Popisují, jak se žena na těhotenství adaptuje a jak prožívá jednotlivé trimestry. Druhá kapitola je zaměřená na porod. Jak se na něj žena připravuje, jak ho může vnímat, a podle jednotlivých fází porodu popisují, co žena může prožívat. Dotknou se také jednotlivých adaptačních mechanismů a otázky doprovodu. Třetí kapitola se věnuje psychickému prožívání v těhotenství, co je v tomto důležitém období možno očekávat a jakou roli v něm hraje partner. Seznámíme se s pojmem poporodní blues, poporodní deprese a psychóza. Poslední kapitola se věnuje přímo tématu těhotenství a deprese. Jak právě jeho prožívání, tak možnostem léčby.

Empirická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu 4 žen, které měly diagnostikovanou depresi již před nebo v průběhu těhotenství. Snažím se přiblížit a shromáždit jejich poznatky prostřednictvím analýza IPA, které mi nabízí nahlédnout do tohoto problému do hloubky.

Teoretická část

1 Psychologie těhotenství

Těhotenství a porod jsou významnými milníky v životě ženy. Obecně je očekáváno, že mateřství bude součástí životního cyklu ženy, spojuje se s obdobím dospělosti a naplněním životního úkolu. V dnešní době počet žen, které se vědomě rozhodnou nemít děti, stále narůstá, ale přesto je chvíle narození považována za jednu z nejkrásnějších chvílí života ženy. Dle Hučína (2000) psychologové přirovnávají těhotenství k vývojové krizi vzhledem k tomu, k jak rozsáhlým fyziologickým a životním změnám dochází.

Změny v těhotenství jak z fyziologického, tak psychického hlediska lze dle Baškové (2015) rozdělit na jednotlivé trimestry:

- První trimestr. Žena je zaměřena na sebe, sledování svého těla, může se jevit introvertnější povahou. Typickým projevem je náladovost, nejistota, rozladěnost a nauzea. Úkolem ženy v tomto období je přijmout své těhotenství. Často se objevují v partnerském vztahu nedořešené konflikty z minulosti, které je v případě potřeby za pomoci porodní asistentky nebo psychologa na místě vyřešit. Je třeba zaměřit se na psychobiologický dialog mezi matkou dítětem a přijmout fakt, že dítě je v něm rovnocenným partnerem.
- Druhý trimestr. Asi 5-7 týdnů 13. týdnu těhotenství, kdy začíná druhý trimestr, se objevují první pohyby plodu. Po prvotních třech měsících doprovázených nauzeou se začíná cítit fyzicky dobře a měla by dbát na zdravý životní styl. Důležitým aspektem je spolupráce se zdravotnickým personálem a přijetí dítěte za nezávislého samostatného jedince, se kterým probíhá interakce nejen na biologické, ale i na psychologické a sociální úrovni.
- Třetí trimestr. Ten je obdobím zvýšené zátěže na organismus matky. Objevuje se úzkostlivost ohledně porodu, silné ambivalentní pocity zranitelnosti, strach o průběh těhotenství, a hlavně je těhotenství již značně nepohodlné, což ústí v prožívání psychické i fyzické nepohody. Těhotná žena začíná mít problémy se spánkem a bolestí. Úkolem posledního trimestru je připravit se na porod, na příchod miminka a novou mateřskou roli. Důležitou roli tu hraje porodní asistentka, jejíž cílem je snížit úzkostlivost a strach z porodu.

1.1 Plánování těhotenství

Podle Marie Pečené (in Hučín, 2000) je formujícím faktem pro celý průběh těhotenství a vytváření si vztahu k dítěti to, zda bylo těhotenství plánované, nebo jsou jím partneři překvapeni. Žena, která těhotenství očekává, se dokáže snadněji vyrovnat s tím, jakými změnami bude v průběhu těhotenství a následně mateřství procházet, je potom v roli matky vyrovnanější a jistější. Naopak žena, která je těhotenstvím překvapena, může být nervózní, nejistá, úzkostlivější a bojí se své adaptace na mateřství.

Podle Sobotkové (2001) je proces rozhodování, zda a kdy mít děti, vystaven následujícím psychologickým a sociálním tlakům:

- Psychologické tlaky. Soudobá společnost je stále více otevřenější k ženám, které se rozhodnou nemít děti. Dříve to bylo vnímáno negativněji, protože je to považováno za neoddelitelnou část života ženy. Momentálně se odhaduje, že počet žen, které děti mít nechtějí, se vyšplhal až na 15 %. Na druhé straně jsou ženy, které děti mít nemohou kvůli problémům s neplodností. To je spojováno s problémy s identitou dospělé ženy, protože je sužují pocity viny, méněcennosti nebo zloby.
- Sociální tlaky. Na rozhodnutí, zda mít nebo nemít děti, má vliv také očekávání rodiny a nejbližšího sociálního okolí. Toto může více ovlivňovat jedince bez sourozenců nebo se staršími rodiči, kteří by si přáli vnoučata. V rámci sociálního okolí mohou mít vliv také přátelé, kteří mohou pomoci v rozhodování.

Rozhodnutí, zda mít či nemít dítě, je ovlivněno konečným zvážením pro a proti rodičovství. Pár zvažující rozrůstání rodiny může zvážit veškeré faktory, jak psychologické, tak sociální tlaky, ale může se nakonec rozhodnout, že se nechce vzdávat „svobody“.

Ve chvíli, kdy je dítě plánované, ale zároveň paradoxně nechtěné, žena dokáže fakt, že je těhotná, racionálně přijmout. Hraje v tom roli také to, že většinou její partner je připraven rodinu založit, a tak se žena cítí, že je od ní očekáváno roli matky naplnit, i když ještě není na těhotenství dost připravena. Časté je, že se žena může cítit jako oběť a „všechny snahy zpřítomnit dítě vnímá jako nesmyslné“, není aktivním článkem v přípravách na dítě ani porod, i když pečlivě dodržuje všechny zdravotní pokyny (Hučín, 2000).

„V případě, kdy žena dítě vědomě a otevřeně odmítá, je zpravidla postavena před volbu mezi dvěma zly – nechat si nechtěné dítě, anebo podstoupit interrupci.“ (Hučín, 2000). V této situaci žena vnímá ukončení těhotenství jako šťastné řešení. Podle Pečené (in Hučín, 2000) je rozšířený mýtus, že existuje velké množství žen s traumatem po podstoupení

interrupce. Ve chvíli, kdy se žena spontánně pro interrupci rozhodne, prožívá spíše pocity úlevy. Pokud ale začne pochybovat o správnosti svého rozhodnutí, může ji postinterrupční trauma postihnout.

1.2 Adaptace ženy na těhotenství

Žena v průběhu těhotenství prochází značnými fyziologickými, ale také psychickými změnami. I když je těhotenství chtěné a plánované, neznamená to, že není zatížené úzkostmi. Žena zaměštnává svou psychiku plánování, touhami a představami, jak by těhotenství a mateřství mělo probíhat, ale to jde ruku v ruce se strachem, že by se mohlo něco pokazit. Právě tato úzkostlivost a ostražitost na pohodě nepřidává, ale je dobrým motivem pro spolupracování a důvěru ve zdravotníky, kteří je těhotenstvím provázejí. (Pečená, 1994).

Úzkostlivost se vyskytuje nejvýrazněji na začátku a na konci těhotenství a bývá zaměřena na průběh těhotenství a na otázky poporodní péče o dítě. Vzhledem k faktu, že negativní emoce jsou při těhotenství prožívány mnohem častěji než emoce pozitivní, si ženy zaslouží empatii, bezpečí a ochranu (Pečená, 1994).

Výzkumem úzkostlivosti v mateřství se zabývala Bašková (2015), která zjistila, že za příčinu úzkosti ženy „nejčastěji udávaly nedůvěru k personálu (73 %), strach z vlastní neschopnosti (65 %) strach ze své smrti a smrti dítěte (55 %), strach z nesnesitelné bolesti (44 %) a strach ze ztráty sebeovládání (43 %)“. Dále bylo potvrzeno, že ženy, které za sebou měly komplikovaný porod, trpěly strachem ze smrti častěji než ty, které neměly. Dokázalo se, že psychoterapeutická podpora žen obávajících se porodu může snížit počet porodů císařským řezem až o 50 %.

V průběhu adaptace ženy na těhotenství jsou znatelné adaptační mechanismy, jimiž jsou imitace (osvojování si své role na základě nápodoby ostatních, které v ní jsou nebo byly), hraní role (zkoušení si nové role, vyhledávání situací, kdy ji může otestovat), fantazie (rozvíjení myšlenek, přání a představ o budoucím mateřství), introjekce (přijímání a přebírání cizích názorů od ostatních matek za vlastní) a projekce (představování si sama sebe v dané situaci). Díky těmto adaptačním mechanismům žena roli buď přijme, což se nazývá akceptace, nebo ji vyhodnotí jako nevhodnou, zamítne ji.

1.3 Partnerství v těhotenství

Významně ovlivňujícím článkem stability rodiny je otec dítěte, takže komplexní prenatální péče by měla zahrnovat i péči o něj (Pečená, 1994). Bartošová (2011) upozorňuje na fakt, že předpokladem rodičovství je spokojený partnerský vztah. V průběhu těhotenství a následného rodičovství se partnerský vztah proměňuje, jak jeho charakter, tak uspořádání. Partneři totiž více diskutují své ekonomické možnosti nebo ztrátu nezávislosti. Žena od partnera očekává finanční zajištění, jelikož s těhotenstvím odchází ze zaměstnání a přichází o ekonomickou soběstačnost. Důležitější než finanční zabezpečení je pro ženu ale vnitřní postoj muže a jeho přijetí (Hučín, 2000).

Žena je v průběhu těhotenství citlivější na reakce partnera, snadně se jí může jeho chování dotknout. Zároveň požaduje více zájmu, pozornosti a něhy. Postoje mužů k těmto změnám chování ženy mohou být různé, ale vyzrálá osobnost by je měla považovat za přirozenou součást těhotenství (Ratislavová, 2008).

Role muže jako podpory ženy v těhotenství a následně otce se s postupující dobou mění. Je na ni kladen větší důraz a požadavky, je očekáváno, že budou ženě ochranou, oporou, poskytovatelem bezpečí a porozumění. V mnoha případech se připravují na příchod nového člena rodiny stejně svědomitě jako jejich partnerka. Zároveň není výjimkou, že zažívají stejné pocity jako rodička. Objevuje se u nich strach z budoucnosti, pochybnosti a nejistoty, ale zároveň pocity štěstí a radosti. Mohou si procházet také stavem šoku, popření, strachem ze ztráty svobody nebo pocitem svázanosti. Po překonání tohoto období by mělo přijít stejně jako u ženy k přijetí nové role (Ratislavová, 2008).

Skočovský (2004) se zabývá fenoménem „těhotenství tatínků“, jinak nazývaným termínem couvade. To zavedl antropolog Edward B. Taylor a pochází z francouzského couver, neboli připravovat se či sedět na vejcích. Dlouho se mělo za to, že je to záležitost exotická, ale výzkum Anne Storeyové na přelomu století potvrdil, že i u nastávajících otců v moderních podmínkách dochází k hormonálním změnám. Hlavní roli hraje snížená hladina testosteronu (dokonce až o 30 %) a zvýšená hladina prolaktinu a estradiolu několik týdnů před porodem.

Společně se vztahem partner-partnerka je diskutován i vztah mezi těhotnou ženou a její matkou. Ten totiž slouží jako model pro tvoření vztahu mezi rodičkou a dítětem. Žena si musí být jistá, že pro svou matku během těhotenství nebyla břemenem. O tuto zkušenost se opírá, aby si dokázala vytvořit dobrý vztah s vlastním dítětem. Pokud žena není schopná

takovéto opory od matky, začne se silně vázat na svého partnera. Na to je třeba dostatečná zralost muže, aby jí to dokázal zprostředkovat. Je možné, že s touto nečekanou změnou chování své partnerky se muž nezvládne vypořádat a bude se snažit před tímto požadavkem uniknout. V tuto chvíli propadá žena zoufalství, sociální izolaci a obavám, zda bude schopna svůj stav vůbec unést (Hučín, 2000).

2 Psychické prožívání ženy při porodu

V průběhu těhotenství je jedním z hlavních problémů přijetí dítěte matkou, což se v druhé polovině těhotenství otočí a problémem je naopak dostatečná diferenciací mezi matkou a plodem. Některé matky se s ním natolik identifikují, že o sobě mluví v množném čísle. To může přerůst až v situaci, že žena neumožňuje dítěti samostatnou existenci. Proto se před porodem vyskytují zadržovací sklony, jako by nechtěly, aby od nich dítě odešlo a narušilo jejich symbiózu. Často se to objevuje u žen, které s přijetím dítěte měly problém, obtížně se od něj potom odlučují (Pečená in Hučín, 2000).

Porod bývá důvodem úzkostí. Tyto úzkosti ovlivňuje, jaké informace žena o průběhu porodu dostala – pokud slyší barvitě popisování nesnesitelných porodních bolestí a špatných zkušeností, je vyšší šance vzrůstu předporodní úzkosti. Ženy se s těmito obavami vyrovnávají „přípravou hnízda“, přípravami na dítě (Pečená in Hučín, 2000).

Porod je pro ženu velice náročná situace, která má pro ženu silný formující charakter. Ratislavová (2008) se o něm zmiňuje jako o překážce, kterou když žena překoná, může to pro ni být zdroj uspokojení, hrdosti, důvěry a víry v sebe sama. Pokud ale má rodička dojem, že porod nezvládla podle svých představ, má potom problém se sebepojetím.

Porod zanechá na ženě hlubokou stopu. Výzkumem vzpomínek na porod se zabývala P. Simkin (1992), která provedla studii na 20 prvorodičkách. Pár dní až týdnů po porodu zodpověděly dotazník ohledně porodu, což bylo zopakováno 20 let poté. Výsledky studie jsou jasné: sice se ztrácí v průběhu let vzpomínky na detaily ohledně porodu, ale důležité momenty zůstávají v paměti zachované. Často si pamatují některé chvíle přímo do detailu, což se nazývá flashbulb memories. Proč ale si ženy tolik o svém porodu pamatují? V době porodu je žena velice zranitelná, zažívá obrovskou bolest, je v cizím prostředí, odhalená a má pocit, že všechno je mimo kontrolu. Zajímavý poznatek je, že její zkušenost s porodem je „vnitřní“, zatímco zkušenost ostatních, přihlížejících, je „vnější“.

Vzhledem k náročnosti situace využívá žena při porodu (ať už vědomě či nevědomě) obranné mechanismy, které ji pomohou přizpůsobit se zátěži. Obrannými mechanismy jsou myšleny strategie, jejichž úkolem je ochránit jedince před ztrátou psychické rovnováhy, úzkostí nebo strachem. Jako nejstarší obranné mechanismy známe útok, útěk a volání o pomoc. Všechny tři si můžeme představit i právě na rodící ženě. Pokud je v útoku, jsou dvě vyústění této situace: buď si je jistá sama sebou, je připravená, že porod dokáže a chce jej zvládnout, nebo může být agresivní vůči zdravotnickému personálu nebo svému doprovodu u porodu. Při útěku je žena pasivní, uzavřená sama do sebe, nebo doslova uteče, odejde z porodního sálu nebo porodnice. Nakonec volání o pomoc se projevuje pláčem, křikem, dožadováním se pozornosti a společnosti (Ratislavová, 2008)

Fevers (in Ratislavová, 2008) rozděluje typy chování rodících žen. Typ tetanický neovladatelný, kdy se žena prudce pohybuje a mění polohu, bývá agresivní a nedůvěřuje zdravotnickému personálu. Typ tetanický ukázněný, který vyžaduje informace, je uvědomělý a odmítá léky proti bolesti. Typ pathický neukázněný je úzkostlivý, upozorňuje na sebe křikem a dožaduje se pozornosti zdravotnického personálu. Posledním typem je pathický ukázněný, kdy je žena klidná, tichá a potřebuje ohleduplnost.

2.1 Fáze porodu

Samotný porod je rozdělen na několik fází (Roztočil, 2001). Dle Simkin P. (2000) přidávám i její psychické prožívání a další důležité momenty.

- Doba přípravná – známky blížícího se porodu: stahy předzvěstné (poslípce), úbytek plodové vody, odloučení hlenové zátky děložního hrdla a vstoupení hlavičky dítěte do roviny pánevního vchodu. Žena může zažívat ambivalentní pocity – očekávání, úlevu a radost, nebo úzkost a ztrátu víry v sebe sama, že porod dokáže zvládnout.
- 1. doba porodní – otevírání děložního hrdla pravidelnými děložními kontrakcemi, až do jeho úplného vymizení. Trvá 10-12 u prvního dítěte a s každým dalším se zkracuje. Intenzivní stahy ženu vyčerpávají a zaneprázdnňují, proto je pro ni komunikace složitá. Může se cítit osamělá, zvláště pokud s ní u porodu není žádný doprovod. V přechodové fázi, kdy jsou bolesti velice intenzivní, se žena nachází v nejnáročnější části celého porodu. Rodičky často propadají panice, mají pocit, že to nemůžou zvládnout.
- 2. doba porodní (vypuzovací) – zánik branky, porod plodu. Neměla by přesáhnout 1 hodinu. V odpočinkové fázi, kdy hlavička dítěte prošla brankou pochvy, rodička

nabírá sílu, dostává se jí přívalu energie a optimismu. Pokud ale tato fáze trvá příliš dlouho, může cítit strach. Ve vypuzovací fázi, kdy hlavička dítěte prostupuje poševním vchodem, žena zažívá ambivalentní pocity: má nutkání tlačit, ale zažívá nesnesitelnou bolest, což jí brání v uvolnění svalů. V tuto chvíli žena vyžaduje podporu jak doprovodné osoby, tak zdravotnického personálu. Je-li tato fáze porodu rychlá, žena je jejím průběhem zaskočena a může se dostavit pocit, že nezvládá ovládat vlastní tělo. Pokud je ale pomalá, zažívá často žena pocit neschopnosti a nedostatečnosti.

- 3. doba porodní – porod placenty, pupečníku a plodových obalů. Tuto fázi žena často ani nezaregistruje, protože její plná pozornost je určena dítěti.
- Doba poporodní – 2-3 hodiny po porodu placenty, kdy je žena nejvíce ohrožena časným porodním krvácením. Po uplynutí je rodička přesunuta z porodního sálu na oddělení šestinedělí. Bezprostředně po porodu dochází k vyplavování hormonů oxytocinu a endorfinu a díky tomu, společně s prvními pohledy na novorozence, jsou tyto chvíle popisovány jako jedny z nejkrásnějších v životě matky.

2.2 Doprovod u porodu

Žena se při porodu ocitá v neznámé, citlivé a ohrožující situaci, proto si často přeje partnera u porodu. V dnešní době se to považuje za samozřejmost, i když je to rozhodnutí hlavně na páru. Neměli by se vzájemně do přítomnosti nebo nepřítomnosti nutit, a měli by respektovat svá rozhodnutí.

Podle Ratislavové (2008) se partner dostává u porodu do složité situace, která má spoustu nevýhod: měl by být něžný, podporující, pečující nebo ochránářem, kontrolovat, zda vše probíhá, jak má. Do toho samozřejmě cítí vlastní úzkost a neschopnost, protože nemůže ženě nijak pomoci od bolesti, proto sám potřebuje podporu. Po porodu ale k partnerce cítí úctu, hrdost a lásku.

Odent (1995) ukazuje stinnou stránku přítomnosti partnera u porodu. Říká, že někteří muži svou nervozitou, kterou zakrývá upovídáním, zpomaluje průběh porodu a odvádí pozornost od rodičky. „Mužům bývá někdy zatěžko pozorovat, přijmout a pochopit ženino instinktivní chování v průběhu porodu. Místo toho se jí snaží zadržet, aby nevypadávala z racionálního, sebekontrolujícího stavu“ (Odent, 1995, s. 68). Odent rozděluje tři typy partnerů při porodu: úzkostlivý typ, protektivní a podporující. Například nadměrně protektivní partner je při porodu velice negativním vlivem, protože má tendenci

nedůvěřovat zdravotnickému personálu, neustále masíruje svou ženu, která mu podle něj patří, a neadekvátně reaguje na její potřeby. Spíše je předpovídá a neustále ji nějak stimuluje, ale ona potřebuje hlavně klid.

Pokud ale partner nebo jiný doprovod u porodu dokáže klid udržet, reaguje adekvátně na potřeby a požadavky rodičky a nezasahuje do chodu porodu, je pro rodičku zdrojem odvahy a podpory. Pokud ji drží za ruku, uklidňuje ji verbálně povzbuzuje, rodička nabyde pocitu, že na to není sama (Roztočil, 2001).

3 Psychické prožívání ženy v šestinedělí

Období šestinedělí je pro ženu náročné kvůli fyzickým a hormonálním změnám, které po porodu nastávají. Věnuje se plně mateřské roli a snaží se adaptovat se na novou situaci, která s příchodem nového člena rodiny nastala. (Ratislavová, 2008)

Z hlediska psychického prožívání je žena jako na houpačce. První dny po porodu pocítuje nával štěstí, který se ale po pár dnech překlene do stavu obav, nejistot a střídání nálad. Může se mít pocit, že jako matka selhala a není schopná dostát své role. Žena se teprve snaží naladit se na novou náplň svých dní, které teď řídí podle potřeb novorozence, a cítí se proto vyčerpaná a unavená (Ratislavová, 2008).

3.1 Partnerství v období šestinedělí

Šestinedělí není náročné jen pro matku, ale i otce dítěte. Muž může mít pocit, že dítě je vetřelec, kterému teď jeho žena patří, a kvůli kterému je odsunutý na druhou kolej. (Michelena, 2006). Může se cítit odstrčený, že mu žena nevěnuje teď tolik pozornosti, je frustrovaný a ukřivděný. Doma si připadá jako cizí člověk. (Ratislavová, 2008). Zralá role otce vypadá tak, že muž je schopen partnerku podporovat, akceptovat to, že hlavní pozornost je teď na potomkovi, je trpělivý a zapojuje se do péče o dítě. To by mu partnerka měla dovolit, protože zprvu si dítě zvyká na otce skrze matku. (Michelena, 2006).

Partnerství je v období šestinedělí silně testováno. Než si partneři osvojí nový režim, fungování s dítětem, může to trvat dlouhou dobu, a je složité si na nový režim zvyknout. Velice důležitým aspektem v roli nových rodičů je vzájemná emocionální podpora, protože příchod dítěte do rodiny je řazen mezi náročné životní události (Michelena, 2006).

3.2 Psychické problémy v šestinedělí

3.2.1 Poporodní blues

Poporodní blues je stav slabé poporodní deprese, kterou zažije až 80 % rodiček. Začíná obvykle 1 až 3 dny po porodu a trvá až 10 dní. Žena obvykle zažívá silné změny nálad, plačtivost, pocity úzkosti – zejména týkající se rodičovství a novorozence, zmatení, problémy se stravováním se nebo spaním (Canadian Pediatric Society, 2010). Dle Strunzové (2005) je baby blues častější u žen, které již před obdobím těhotenství trpěly zvýšenou premenstruální tenzí. Rizikem poporodního blues je přechod do deprese, které je až 25 % (Marešová, 2021)

3.2.2 Poporodní deprese

Canadian Pediatric Society (2010) poukazuje na závažnost poporodní deprese. Má mnohem delší trvání než poporodní blues a zažije ji až 13 % matek. Je dokázáno, že pokud je v rodinné anamnéze výskyt poporodní deprese nebo osobní anamnéze samotné deprese, je větší pravděpodobnost jejího propuknutí. Jinak ale není známa její příčina. Rozvíjí se nejčastěji 6.-12. týden po porodu a může trvat až rok (Strunzová, 2005).

Mezi symptomy poporodní deprese patří úzkost, panické ataky, hluboký smutek a zoufalost. Žena může pociťovat, že nemá svůj život pod kontrolou, nedokáže se rozhodovat nebo vůbec se starat o své dítě (Canadian Pediatric Society, 2010). Vyskytuje se také sebeobviňování, výčitky, nadměrná únava a vyčerpání (Strunzová, 2005). Mezi riziky poporodní deprese se vyskytuje suicidium, zanedbávání péče o novorozence, narušení mateřské vazby a nutkavé násilné myšlenky ublížit dítěti (Marešová, 2021).

3.2.3 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza se vyznačuje labilní pokleslou nebo elevovanou náladou. Vyskytují se poruchy myšlení (dezorganizované myšlení nebo bludy), vnímání (halucinace), chování a orientace. Začíná 2-3 týdny po porodu a může se rychle zhoršit. Vzhledem k proměnlivému průběhu a vysokým rizikům, která jsou suicidium nebo ublížení dítěti z psychotické motivace, je nutná hospitalizace (Marešová, 2021).

4 Deprese a těhotenství

Deprese je jedním z nejčastějších duševních onemocnění, trpí jimi 10-18 % populace. Častěji postihuje ženy v poměru 2:1. Začátek onemocnění je obvykle v rozmezí mezi 20.-

40. rokem s tím, že se věk pacientů v posledních letech postupně snižuje. Může být ovlivněna klimatem a ročním obdobím. Deprese se projevuje změnou nálady, poklesem energie a aktivity, odlišným uvažováním a neschopností adekvátních emočních reakcí. Depresivní pacienti cítí beznaděj, zoufalství a bezmoc. (Vágnerová, 2014). Podle Canadian pediatric society (2010) zasáhne asi 6 % žen v průběhu jejich života. Pokud mluvíme o těhotných ženách, je to až 10 %. Vzhledem k tomu, že během těhotenství se mění hladina hormonů v ženském těle, ovlivní to mozek natolik, že to může vyvolat právě depresi nebo úzkost. Stává se, že ženy si ani neuvědomí, že mají depresi. Myslí si, že je to jeden ze symptomů těhotenství nebo „baby blues“. Stejně procento mužů také zažívá poporodní depresi po narození dítěte.

Deprese může přijít pomalu a její symptomy jsou pro každého jiné. Síla příznaků je také pro každého člověka postiženého depresí odlišná. Nejčastějšími znaky deprese jsou změny v chuti k jídlu (příliš malý nebo příliš velký zájem o jídlo) a spánkovém režimu, nedostatek energie, pocity smutku, zoufalství, přílišná plačtivost (často neopodstatněná) a ztráta zájmu o každodenní činnosti, které dřív přinášely radost (Canadian Pediatric Society, 2010).

4.1 Deprese v průběhu těhotenství

Následky deprese během těhotenství může být předčasný porod, malá váha dítěte nebo dokonce potrat. Pokud není deprese léčená, může vést k poporodní depresi, která ovlivňuje nejen psychickou pohodu matky, její zdraví, ale také vztah matky a dítěte (Canadian Pediatric Society, 2010).

Dle výzkumu prenatalní anxiety a deprese Baďurové (2005) je známo, že u 9.2 % primigravidních žen se vyskytnula klinicky významná deprese a u 12 % žen byla vyšší pravděpodobnost následného rozvoje deprese. Nejvýznamnějšími prediktory pro výskyt deprese jsou vnímaná sociální podpora, počet symptomů během těhotenství a počet životních událostí. Je důležité zmínit, že životní události se obvykle nevyskytují ojedinele. Dochází k jejich kumulování (ztráta práce, finanční potíže, stěhování, rozvod...), což mohlo ve výzkumu zkreslit přínos počtu životních událostí pro predikci anxiózních a depresivních symptomů. Baďurová zdůrazňuje vhodnost primární a sekundární prevence zaměřené se na rozvíjení efektivních copingových strategií, které by ženám měly pomoci těžké životní situace zvládat.

Neléčená deprese v průběhu těhotenství a následně mateřství s nejvyšší pravděpodobností ovlivní i dítě matky. Vzhledem k tomu, že matky s depresí se nedokážou

správně postarat o své dítě, může péče vypadat tak, že jeden den je matka schopná fungování a druhý ne. To může mít dopad na vazbu matka-dítě. Attachmentem, tedy touto vazbou, se zabýval Bowlby. Definoval ji jako „jedinečné emoční pouto, které vzniká mezi pečující osobou a dítětem“ (Thorová, 2015, s. 148). S touto osobou by mělo být dítě v kontinuální péči do 2-3 let a během tohoto období si k ní vytváří vztah, poutá se k ní. Připoutáním se zabývala Ainsworthová, která popisuje čtyři základní typy emočního připoutání: úzkostně vyhýbavý typ nejistého připoutání (typ A), bezpečně připoutaný typ (typ B), úzkostně vzdorující, rezistentní typ nejistého připoutání (typ C) a nejistý, dezorganizovaný typ (typ D). Jak se dítě na matku připoutá, záleží na chování matce k dítěti. Jenom dítě, o které se matka stará konzistentně a adekvátně reaguje na jeho potřeby, se cítí s matkou jistě a vytvoří si právě bezpečnou vazbu. Pokud ale matka nereaguje na potřeby dítěte adekvátně a konzistentně, každou chvíli jinak, využívá zastrašující strategie, je nezúčastněná nebo s dítětem nekomunikuje, dítě si vytvoří jednu z nejistých vazeb.

Následky, které zanechá nejistá vazba na dětech, se může dle Canadian Pediatric Society (2010) rozdělit dle věku:

- Novorozenci a kojenci mají problém s interakcí s matkou (nemusí chtít být s matkou nebo jsou podráždění, když s ní jsou), se spaním, zažíváním a rozvojem důležitých schopností, které jsou součástí jejich vývojového stádia. Mohou být tišší nebo pasivní. To vše může vyústit ve zpoždění jejich vývoje.
- Batolata a děti v předškolním věku bývají méně samostatné, více agresivní a špatně se socializují s vrstevníky.
- Ve školním věku se objevují problémy s chováním a učením, všeobecně se jim hůře daří ve škole. Mají vyšší riziko rozvinutí ADHD, úzkosti, deprese a dalších psychických problémů.
- Dospívající jedinci často trpí těžkou depresí, úzkostnou poruchou, poruchami chování a jsou náchylnější k abúzu návykových látek.

4.2 Léčba deprese v průběhu těhotenství

Jak již bylo řečeno, neléčená deprese v průběhu těhotenství a mateřství představuje riziko pro správný vývoj dítěte. Žena má několik možností, jak depresi léčit, což zahrnuje terapii (jak individuální, tak rodinnou – to obzvláště ve chvíli, kdy děti jsou starší) a medikaci. Právě farmakoterapie při graviditě a laktaci je hodně probírané téma (Canadian Pediatric Society, 2010). Věnoval se mu například MUDr. A. Šípek, který v letech 1996-

2002 sesbíral data o vrozených vadách u dětí matek užívajících při prvním trimestru léky. Sledovaných dětí bylo 17 674 a 784 z nich bylo právě potomky matek, které užívaly v době těhotenství jakákoli farmaka. Často se mezi nimi objevovala neuroleptika, antiepileptika a méně častými byla právě antidepresiva (Strunzová, 2005).

Nasazení psychofarmak v průběhu těhotenství a laktace představuje vážný klinický problém zasahující až do oblasti etiky. Nezodpovězených otázek na toto téma je mnoho a je složité najít odpovědi, protože při výzkumu není eticky přijatelné provedení studií na gravidních ženách. Proto se opíráme jen o kazuistická sdělení a metaanalýzy souborů těhotných žen. (Strunzová, 2005).

Pokud žena trpí depresí, bere psychofarmaka a přeje si otěhotnět, do plánování těhotenství by měl být zahrnut její psychiatr. Posoudí její případ a navrhne možnost úpravy farmakoterapie před koncepcí. Proto by fertillní psychiatrické pacientky měly mít spolehlivou antikoncepci. (Seifertová et al., 2007)

Před nasazením farmakoterapie by měla být pacientka informována o všech rizicích a výhodách, které s medikací a její následným vysazením přicházejí. Neměla by se zamlčovat fakt, že je nedostatek dostupných dat. Je důležité ženu informovat o možných nežádoucích účincích léků u novorozence. Pokud souhlasí, o všem by měl být informován i její partner. To se týká jak medikace v průběhu těhotenství, tak kojení (Strunzová, 2005). Při nasazení medikace je nezbytná práce gynekologa, porodníka, psychiatra a neonatologa. Genetik a porodník provedou prenatalní diagnostiku plodu, pokud se objeví obavy o jeho poškození. V případě, že by mělo dojít k pozastavení laktace, posuzuje případ neonatolog a provede ji gynekolog. (Seifertová et al., 2007)

Potenciální rizika expozice plodu a novorozence antidepresivem jsou: intrauterinní smrt plodu, vznik vrozeného defektu, poškození růstu, vznik dlouhodobých neurobehaviorálních následků a přímá neonatální toxicita. Vzhledem k vážným rizikům je pacientkám (ať už těm, které depresí začaly trpět před otěhotněním, nebo těm, které onemocněly až v souvislosti s těhotenstvím a laktací) s nízkými až středně těžkými příznaky doporučována nefarmakologická metoda léčení, což může být psychoterapie, fototerapie nebo elektrokonvulze. Pokud ale se jedná o těžké případy deprese, a hlavně depresivní pacientky, které si přejí otěhotnět, je na místě observace, postupné vysazování medikace nebo převedení na jinou s krátkým biologickým poločasem, aby se minimalizovala expozice plodu látkou při 1. trimestru. V případě těžké formy rekurentní

deprese, kdy jsou zaznamenány relapsy při vysazení, se doporučuje redukce dávky. Farmakoterapie se doporučuje hlavně v případech, kdy matka zažívá výraznou ranní pesimu, má narušený příjem potravy nebo suicidální myšlenky. Je třeba zaujmout postoj, že zisk musí převážet rizika (Strunzová, 2005).

U tricyklických antidepresiv (TCA), která jsou na trhu nejdéle, není známé riziko vysoké. Nevýhodou jsou ale výrazné nežádoucí účinky a vysoká toxicita při předávkování. Udává se, že u některých novorozenců vystavených prenatálnímu podání TCA byly zjištěna souvislost abstinčních příznaků a mírně zvýšeného rizika maladaptace (problémy s krmením a dýcháním, neklid), které ale většinou odezněly do 4 dní po porodu. Nejčastěji používanou skupinou antidepresiv při graviditě jsou SSRI. Provedlo se na ně nejvíce studií, jejichž výsledky zní, že s sebou nesou zanedbatelné riziko kardiovaskulárních defektů a defektů srdečního septa, ale vyšší riziko artriálních vad u paroxetinu. Jeho podání „v 1. trimestru zvyšuje riziko všech vrozených vad v populaci ze 3 % na 4 % a srdečních malformací (defekty septa) z 1 % na 2 %“. Uvádí se také spojitost této skupiny antidepresiv s nižší porodní hmotností a výskytem předčasného porodu. O duálních antidepresivech máme k pouze omezené množství dat o rizicích spojených s těhotenstvím, neznáme ani jasná pravidla dávkování těchto antidepresiv v těhotenství. V souvislosti s některými antidepresivy této kategorie bylo ale prokázáno mírné zvýšení kardiálních defektů, spontánních potratů a nižší porodní hmotností. Dále se uvádí poruchy maladaptace. V případě nových antidepresiv, jako je například agomelatin nebo vortioxetin, jsou data o podávání v době těhotenství omezená nebo neexistující. Doporučuje se proto tyto antidepresiva v období gravidity nepodávat, nebo jen tehdy, pokud převáží riziko. Jak bylo již řečeno, zisk by měl rizika převážet (Sušilová, 2017).

Empirická část

5 Výzkumný cíl a výzkumná otázka

Empirická část mé práce se zabývá kvalitativním zkoumáním čtyř žen s diagnostikou deprese, které mají dítě. Mým cílem je co nejhloběji porozumět prožívání mateřství s depresí.

Výzkumná otázka v rámci analýzy IPA má zkoumat zkušenost, jej proces, význam a prožívání. Otázky jsou tedy k získání adekvátních odpovědí otevřené (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

Výzkumná otázka zněla takto:

Jak prožívají ženy s diagnózou deprese těhotenství a mateřství?

6 Výzkumná metoda

Vzhledem k tomu, že jsem mířila na kvalitativní výzkum s cílem porozumět specifické zkušenosti, zvolila jsem metodu zvanou Interpretativní fenomenologická analýza (IPA). Samotná analýza se provádí podle specifického postupu, jinak tato metoda umožňuje dostatečnou šířku ke sdílení žitých zkušeností respondentů (Smith, 2004).

Jedná se o idiografický přístup, neboť IPA míří na respondentovu specifickou žitou zkušenost, jaký má pro něj význam, jak jí respondent rozumí. IPA vychází z fenomenologie, jejíž základem je nechávat se věci jevit takové, jaké ve své podstatě jsou pro daného člověka. Je to chápání specifické lidské zkušenosti v jejím kontextu. Další složkou IPA je hermeneutika. Předpokládá zásah výzkumníka, jeho interpretaci, snahu porozumět skrytým významům. Výzkumník hledá společná témata všech případů, ale snaží se jim zachovat jejich individualitu. Metoda je značně subjektivní, je třeba všimnout si vlastních postojů ke zkoumanému tématu a jejich vlivu na samotný výzkum. IPA se většinou věnuje malému množství případů, aby mohl výzkumník kvalitně projít postupnou analýzou všech rozhovorů, která je komplikovaná a časově náročná (Smith & Shinebourne, 2012).

6.1 Postup analýzy IPA

K analýze dat využívám postup navrhovaných kroků podle Koutné Kostíkové a Čermáka (2013). Předpokladem analýzy je nahrávka rozhovoru a je doslovný přepis.

0. Fáze: Reflexe zkušenosti výzkumníka – jakou zkušenost s tématem výzkumník má, jak bude jeho role ovlivňovat proces a interpretaci
1. Fáze: Poslech, čtení a přepis rozhovorů – snaha vcítit se do respondenta, vidět jeho specifickou zkušenost jeho očima
2. Fáze: Psaní poznámek komentářů – poznámky k obsahu, k užití respondentova jazyka, emocionálních reakcí
3. Fáze: Tvorba rodících se témat – práce především s vlastními poznámkami, kdy se je výzkumník snaží přetvořit na abstraktnější, aby z nich vytvořil následně témata zachycující respondentovu zkušenost.
4. Fáze: Hledání vztahů a souvislostí mezi tématy – vznik a tvorba témat s podtématy.
5. Fáze: Analýza dalšího případu – opakování stejného postupu u každého rozhovoru
6. Fáze: Hledání vzorců napříč vynořenými případy – zaměření na souvislost a opakující se vzorce mezi tématy a podtématy, která se v průběhu analýzy vynořily.

7 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří soubor čtyř žen. Podmínka byla mít děti minimálně v batolecím věku, aby měly ženy tedy minimálně roční zkušenost s mateřstvím. Další kritérium se týkalo diagnózy deprese, a to aby proběhlo před nebo v průběhu těhotenství. Nechtěla jsem, aby ženy měly diagnostikovanou poporodní depresi, protože to neodpovídalo mé výzkumné otázce.

8 Výběr respondentek

Počet respondentek, který jsem si dala za cíl do této studie, bylo čtyři až pět. Vzhledem k výzkumné metodě IPA stačí malé množství, aby bylo možné prozkoumat jednotlivě a důsledně každý jeden z případů.

Podarilo se mi získat čtyři respondentky. Prvně jsem se snažila najít někoho ze svého okolí na základě dostupnosti díky sociálním sítím, kdy by byl ochotný sdílet svůj příběh, ale vzhledem k citlivému tématu se mi nepodařilo najít touto cestou nikoho. Proto jsem se obrátila na organizaci Úsměv mámy, kam jsem napsala email, a oni následně sdíleli na jejich sociálních sítích mou prosbu. Z této výzvy Úsměvu mámy jsem získala všechny své respondentky, které mě kontaktovaly na email nebo telefonicky. Již při prvním kontaktu s nimi jsem detailně popsala a vysvětlila záměr své práce a jak bude rozhovor probíhat.

Ověřila jsem si, jestli odpovídají mým kritériím, a po následném souhlasu s rozhovorem jsme si domluvily schůzku. Dvě proběhly osobně a dvě online.

9 Sběr dat

S respondentkami jsem vedla polostrukturovaný hloubkový rozhovor, který jsem v průběhu nahrávala a podle nahrávky doslovně přepsala. Rozsah je mezi 40 a 50 minutami.

10 Scénář rozhovoru

Protože jsem využívala metodu interpretativní fenomenologické analýzy, kde je třeba nechat prostor na popis individuální respondentovy žité zkušenosti a jeho chápání této zkušenosti, účelem je vcítit se do účastníka výzkumu a vidět tuto zkušenost jeho očima (Smith & Shinebourne, 2012). Proto jsem vytvořila scénář rozhovoru takový, aby toto umožňoval. Skládal se z tří okruhů otázek, které obsahovaly několik hlavních otázek. Rozhovor byl polostrukturovaný, abych měla možnost doptat se podle potřeby a nebyla nijak omezená. Mým cílem bylo co nejlépe porozumět specifické zkušenosti každé respondentky.

Na počátku jsem respondentkám znovu vysvětlila cíle svého výzkumu a znovu je seznámila s informovaným souhlasem. Rozhovory proběhly dva online přes videohovor dva osobně. Snažila jsem se navodit přátelskou atmosféru vzhledem k citlivému tématu, aby se respondentky cítily příjemně.

10.1 Výsledný scénář

Úvod rozhovoru:

„Přibližte mi prosím okolnosti vašeho těhotenství.“

Průběh rozhovoru:

„S kým jste sdílely vaše těhotenství?“

„Vzpomenete si, jak jste prožívala chvíli, kdy jste se dozvěděla, že jste těhotná?“

„Souvisí nějak vaše deprese s těhotenstvím?“

„Jak to bylo s vaší depresí během těhotenství?“

„Jaký byl váš první, druhý a třetí trimestr?“

„Jak probíhalo těhotenství ze zdravotního hlediska?“

„Jak probíhal porod?“

„Jak jste jej prožívala?“

„Jaké byly vaše prvotní pocity po narození miminka?“

„Jak probíhala péče o miminko po porodu, sladování se s miminkem?“

„Jak probíhalo vaše šestinedělí?“

„Co na tom bylo nejtěžší?“

„Co vás naopak těšilo?“

„Překvapilo vás něco?“

„Jak to vypadalo s vaší depresí po porodu?“

Závěr rozhovoru:

„Jak se cítíte teď, změnilo se u vás něco?“

„Jak si myslíte, že by vaše mateřství vypadalo, kdybyste depresi neměla?“

11 Etické aspekty výzkumu

Téma deprese je citlivé samo o sobě, natož spojené s mateřstvím. Mám pocit, že i v dnešní době, kdy se o duševním zdraví mluví čím dál více, je to stále v určité míře tabu. Obzvlášť pokud jde o matky, které mají na starosti výchovu svých dětí, kdy se předpokládá stoprocentní fungování pro dítě, je toto složité téma, protože mohou prožívat těžké stavy bezmoci, úzkosti a nepochopení. Proto jsem počítala s tím, že najít respondentky nebude jednoduchá záležitost. Vzhledem k tomu, že všechny respondentky následně kontaktovaly přes výzvu na sociálních sítích organizace Úsměv mámy mě, bylo to čistě dobrovolné, bezpečné a nenucené. Následně jsem je obeznámila s účelem a průběhem výzkumu, seznámila je s informovaným souhlasem. Vyzdvihla jsem, že mají kdykoli právo odmítnout odpovědět na jakoukoli mou otázku a že jejich rozhovory budou uchovány v anonymitě. Také mají možnost kdykoli od rozhovoru odstoupit, a to i poté, co byl proveden. Poté jsme si domluvily jsme si schůzku, online nebo osobně podle jejich možností.

12 Reflexe vlastní zkušenosti s tématem a očekávání

V průběhu tvoření rozhovorů jsem si dělala poznámky o tématu, které jsem načerpala z rozhovorů, abych se měla možnost při analýze opřít i o vlastní poznatky. Zaznamenávala jsem si dojmy z rozhovorů, moje očekávání na vynořující se témata nebo své osobní postoje.

Co jsem očekávala, než jsem začala rozbory vést, bylo to, že na mě v nějaké chvíli padne tíha tématu. Téma, které jsem si vybrala, je ještě stále málo diskutované, nebo méně, než by dle mého názoru být mělo. Duševnímu zdraví se sice přikládá stále více pozornosti, ale i přesto je to v určité míře považované za tabu. To je pak vidět ve chvíli, kdy se člověk s psychickými potížemi nechá slyšet, že se v tom cítí sám a není pochopen. Zvláště pak matky, na které se teď ze všech stran, ať už ze sociálních sítí, médií nebo i od známých, valí, jak má vypadat dokonalý život. Do toho vzhledem k tomu, jak se o psychických potížích obvykle nemluví narovinu, neví o nikom, s kým by mohly tyto pocity sdílet, a objeví se v situaci, kdy se cítí jako matka, která nic nezvládá, nestíhá, a ještě nemá ten dokonalý život, který by už měla mít. Ocitnout se v takové situaci musí být opravdu náročné, a proto jsem si takové téma svého výzkumu vybrala. Chtěla bych, aby se o těchto tématech začalo mluvit více, abychom bourali tabu a měli větší náhled do toho, jak vypadá samo o sobě složité mateřství, ještě ztížené o depresivní stavy.

Témata, která se mi objevila při reflexi, byla právě to, že mateřství a psychické problémy vnímáme stále jako tabu. Předpokládám, že ženy, které se objevily v takové situaci, se budou cítit ve své zkušenosti samy a nebudou mít dostatečnou podporu, protože se nebudou mít komu svěřit. Ani si nedokážu představit, jak musí být mateřství samo o sobě náročné, natož pak procházet jím s depresemi. Co jsem chtěla také prozkoumat, bylo téma napojování se na miminku a sladování se s ním, s jeho režimem, protože jsem očekávala, že se tam vynoří různé pohledy na věc. Chtěla jsem pozorovat průběh deprese, jak sílí nebo se zmírňuje během těhotenství a následně v mateřství. Zajímalo mě, jak se ženy budou potýkat s novou rolí matky.

13 Výsledky výzkumného šetření

Nejprve jsem s případy pracovala jednotlivě, hledala v nich podle postupu IPY témata a podtémata a snažila se vytvořit vlastní interpretaci. Následně jsem hledala témata společná, aniž bych narušila individualitu každého případu.

13.1 Anna

Anna podruhé otěhotněla, když jí bylo 23 let. V té době měla dvouletou dceru a po celé její těhotenství jí dělal oporu manžel. V průběhu jejího těhotenství se jí depresivní stavy nijak nestupňovaly. V té době bydlela ve stejném domě společně s rodiči svého manžela, kteří na ni tlačili, že chtějí po vnučce vnuka, s čímž se velice těžko srovnávala. Mluví o složitosti vypořádání se vztahu mezi dcerou a synem, a také o jednom emocionálně nabitém zážitku s tchyní. Momentálně jsou její děti samostatné a Anna je v ambulantní péči psychiatra a bere antidepresiva.

13.1.1 Nebyla jsem o tom přesvědčená

Anna říká, že sice bylo její druhé dítě plánované, ale spíše cítí, že do těhotenství byla přemluvená manželem. Pokud by se měla rozhodnout ona sama, ještě by nějakou dobu počkala. Přišlo jí ale vůči dceři přirozené mít druhé dítě.

„...bylo to plánovaný těhotenství. Upřímně řeknu, že se mi do toho jako úplně nechtělo, ale bylo to tak nějak jako z rozumového hlediska vůči prvnímu dítěti asi jako přirozený mít druhý dítě.“

„Asi mě k tomu jakoby přemluvil manžel, myslím si, já sama bych asi možná počkala.“

Moment dozvědění se o těhotenství nepopisuje ale spojený s nějakými výčitkami, spíše jako pozitivní záležitost spojenou s radostí a překvapením.

„Tak já si myslím, že jsem byla jako překvapená, nebo ráda, nebo prostě takový to všechno dohromady. Takový to obvyklý.“

13.1.2 Deprese se nestupňovala

Na otázku ohledně deprese v těhotenství reagovala Anna tak, že si neuvědomuje, že by se nějak stupňovala. Trápily jí spíše zdravotní potíže. Popisuje, že by v tomto období ocenila více pomoci od manžela.

„...že se to jako nestupňovalo, a zvlášť když jakoby řeknu, že vím, co mě čekalo po porodu, což bylo dramaticky jiný.“

„Problémy jsem neměla vůbec, ani ranní nevolnosti, nic.“

„Asi od pátého nebo šestého měsíce měsíce mě strašně bolely záda. To mi přitížilo, protože jsem potřebovala víc ležet...“

„...asi jsem dávala za vinu manželovi, že mi moc nepomáhá, a byla jsem neskutečně protivná.“

13.1.3 Nástup dcery do školky

Anna popisuje problematiku nástupu dcery do školky. Tam cítila tlak zvenčí, kdy jí lidé říkali, že by už měla svou dvou a půl letou dceru dát do školky. Anna to ještě udělat nechtěla, ale jak sama říká, v té době si ještě neuměla stát za svým a dělat věci tak, jak je chce ona, a ne jak to po ní chce okolí, takže nakonec vyhověla. Nakonec tedy stejně čelila poznámkám od ostatních lidí, kteří jí vyčítali, že dala dceru do školky až moc brzo. Anna se cítila, jako kdyby všechny zklamala, ať už by udělala cokoli.

„...směs takovejch výčitek, že je dcera ve školce a pak zase kdybych ji tam nedala, tak je to zase to, že na mě všichni tlačí, aby šla do té školky...“

„...v té době jsem absolutně neměla jakoby nějaký nadhled o tom, jakoby že by mi mělo být jedno, co si ostatní myslí, a že bych měla dělat to, co chci já, a ne to, co chtějí ostatní.“

13.1.4 Stýskalo se mi po lidech

Anna špatně snášela pocit samoty. Z Anny jsem cítila, i jak to několikrát zmínila, že jí chybí v životě nějaký širší opěrný systém. Jediný, koho jmenovala, když jsem se ptala ohledně právě podpory v těhotenství, byl její manžel, posteskla si, že nemá žádnou kamarádku, o své rodině nemluvila vůbec, a ohledně rodiny jejího manžela je to velice komplikované. Říkala, že bydlí na vesnici v rodinném domě s manželovými rodiči, se

kterými nemá vřelý vztah. Téma samoty se mi spojilo právě s předchozím tématem, s nástupem dcery do školy. Se samotou to souvisí podle mého názoru tak, že Anna nechtěla, aby její dcera se cítila tak osamělá jako ona. Sama řekla, že nebyla v kontaktu s žádnou maminkou se stejně starými dětmi, takže dcera vlastně do doby nástupu do školky neměla žádné kamarády.

„...si asi člověk jakoby neumí představit jako možná tu samotu...“

„...se mi stýskalo po lidech, kamarádku jsem neměla vůbec...“

„...možná proto jsem přistoupila na tu školku, protože to bylo o tom, že jakoby dceři už byly skoro dva a půl, tak prostě aby měla nějaký kolektiv, nebo prostě aby s dětma přišla vůbec do styku.“

13.1.5 Pokud se mi narodí holčička, nevrátím se z porodnice domů

Anna vzpomínala na to, jak její tchýně s tchánem měli požadavky na pohlaví dítěte. Měli od Anny už vnučku, tak si představovali, že teď by bylo příhodné mít syna, aby byli do páru. To vytvořilo na Annu velký tlak, se kterým se neuměla vypořádat. Svěřila se, že měla utkvělou představu, že pokud se jí narodí dcera, nevrátí se domů. Neměla vymyšleno, co by dělala, kam by šla, ale nedokázala si představit, že by se do domu rodičů manžela vrátila. Proto popisuje takovou euforii po porodu, nejen fyzickou, kdy se jí ulevilo od bolesti zad, ale hlavně psychickou, protože věděla, že se jí narodil chlapec.

„...my jsme si nenechali říct, jestli budeme mít holčičku nebo chlapečka...“

„...hodně špatně na mě působily řeči typu, že to bude chlapeček, nebo aby to byl chlapeček, abychom měli páreček...“

„...neměli dobrý vztahy s manželovými rodičema...“

„...já jsem měla utkvělou představu, že pokud se mi narodí holčička, že nepůjdu z porodnice domů. Nevím, kam bych šla, ale věděla jsem, že nepůjdu domů.“

„To jsem asi jako neměla úplně naplánovaný, to nevím, jak by dopadlo. Nedokážu si ani představit, jak bych to snášela no.“

13.1.6 Bála jsem se toho, co bude

Co popisuje Anna jako složitou zkušenost, je pocit nenaplnění a obavy z budoucnosti. Krátce po narození syna již začala hledat nějaké zaměstnání, něco, čím by se mohla zabavit a nebýt jen matka. Říká, že není ten typ ženy, pro kterou mateřství znamená úplně naplnění života a která by se cítila šťastná čistě jako matka. Zároveň popisuje pocity nedostatečnosti, nebo toho, že nic není podle jejích představ, tak, jak by to chtěla. Také cítila, že ať už udělá cokoli, zklame. Do toho ji ještě zaměstnávaly strachy ohledně budoucnosti, aby nezklamala.

„...jsem jako se bála toho, co bude...“

„...tady bude jakoby další člověk, kterýho jako asi budu muset mít ráda, nebo očekává se to...“

„...spousta takovejch asi špatně popsatelnejch pocitů, abych nezklamala.“

„...že se mi jako asi i stýskalo po všem, a takový to nenaplnění a nebyla jsem asi úplně jakoby matka a vlastně budoucí matka v tom smyslu, že mě to mateřství úplně naplňovalo. Takže jsem začala v té době vymýšlet, co bych mohla dělat...“

„...pocit toho, že je všechno špatně, jako jinak, než to chci.“

„...chci všechno jinak, než je.“

„...cokoli jsem udělala, tak jsem toho pak litovala...“

13.1.7 Vyvolávání porodu

Vzhledem k její úzkostlivé povaze byl zajímavý průběh porodu. Anna byla domluvená s určitým doktorem, že by chtěla родit pod jeho vedením. On ji informoval, že o víkendu před jejím termínem porodu nebude v nemocnici k dispozici, a protože z toho byla Anna nervózní, vyvolali jí porod ještě právě před oním víkendem. Doktor jí řekl, že sice to k porodu ještě nevypadá, ale je si vědom toho, že Anna to psychicky do toho víkendu nezvládne vydržet.

„Byla jsem domluvená, že bude u porodu jeden konkrétní lékař...“

„A věděla jsem, že on o víkendu tam nebude.“

„Já jsem v tu dobu už prostě byla trošku nervózní z toho, že o víkendu tam ten lékař nebude...“

„...byl vyvolávanej, ale ne ze zdravotního hlediska...“

„...No a ten řekl, že to asi jako úplně v hlavě, že to jako není k porodu, ale že to asi tak nějak v hlavě nevydržím ten víkend. Takže porodíme dneska, řekl.“

V průběhu porodu měla Anna u sebe dula v zaučení, což pochvalovala jako nadstandardní servis, který velmi ocenila hlavně vzhledem k tomu, že její manžel u porodu nebyl. Ten v tu dobu hlídal dceru, protože Anna nechtěla dát na starost dceři nikomu jinému. Zpětně má ohledně tohoto momentu výčitky, říká, že měla manželovi dopřát být u porodu, že dcera by to jistě to odpoledne s někým jiným zvládla.

„...že jsem úzkostlivě se starala o dceru, který ještě nebyly dva roky, a nechtěla jsem ji dát nikomu hlídat, tak jsem odmítla u porodu manžela, tak hlídal dceru.“

„...výčitky já sama vůči sobě, že jsem to měla tomu manželovi dopřát a že ta holčička by to asi vydržela jako bez... tu chvilku, nebo chvilku, to odpoledne bez přítomnosti jednoho z nás, tak to je mi líto vůči manželovi.“

„...byl to člověk, kterej měl pracovat jako dula.“

„...dost nadstandardní péče. Jako jiná, než může poskytnout porodní asistentka. Takže to bylo super.“

Po porodu Anna pociťovala euforii, jak fyzickou, tak hlavně psychickou. Věděla, že se jí narodil syn, což pro ni znamenalo, že se může s klidem vrátit domů.

„...mně se strašně po tom porodu ulevilo, jak fyzicky, tak psychicky, a to jako fakt si vybavuju jako totální euforii...“

„...jsem věděla, že je to chlapeček, tak to byla obrovská úleva. Asi pocit jakože jsem dobrá.“

„...asi jsem si nějak nepřipouštěla, že by mohl být nemocnej...“

„...všechno přestalo bolet a měla jsem to opačně než s prvním porodem ve smyslu toho, že jsem byla hrozně fit jako zdravotně, takže jsem byla úplně v pohodě, myslím si, že i jako péče o něj mi vůbec nedělala problém...“

„...úplně jsem měla pocit, jako když se vznáším...“

13.1.8 V šestinedělí patří dítě mámě

Anna mluvila o jednom velice silně emočně nabitém zážitku v šestinedělí. Vzhledem k tomu, že bydlí tchýně s Annou ve stejném domě, byla tchýně zvyklá ji navštěvovat. Jednou přišel manžel za Annou, že přišla jeho matka, a chtěla by si vnuka pochovat, a i když ho nechtěla Anna v té chvíli manželovi dát, udělala to. Manžel se za chvíli s miminkem vrátil, ale Anna to popisuje skoro jako živočišný zážitek, kdy jí syn už nevoněl jako předtím, a musela ho jít převléknout. K tomu tématu vyzdvihuje nutnost respektu, že v šestinedělí patří dítě čistě matce. Pokud matka chce být s dítětem sama, mělo by jí to být umožněno. V tuto chvíli ale zase připomínala, že teď by to udělala jinak, že v té době se neuměla za sebe postavit, a teď by už syna tchýni nepůjčila.

„...manžel přišel pro syna, jestli si ho může jeho maminka pochovat, a v ten moment vím, že jsem ho jako nechtěla dát. Teď z pohledu mého vím, že bych jako řekla ne a víc za sebe bojovala, ale tenkrát nevím, jestli to byl věk, čím to bylo, netuším, tak jsem měla pocit, že musím. Tak jsem ho dala, ale nerada, byla jsem z toho fakt hodně špatná, každopádně když mi ho vrátil, tak si pamatuju doteďka, že úplně jinak voněl a že jsem ho šla celýho převléknout.“

„...v šestinedělí prostě to dítě patří mámě a pokud ona ho nechce dát, tak by ji neměl nikdo nutit...“

13.1.9 Úzkostlivé držení syna od dcery

Vzhledem k tomu, že pak dcera chodila do školky, trávila Anna celý den sama doma se synem, což podle jejích slov ubližovalo vztahu mezi ní a dcerou. Ještě k tomu kvůli své úzkostlivé výchově sourozence od sebe trochu stranila, protože měla strach, aby dcera miminku nic neudělala.

„...co mě mrzí, tak je takový jakoby přehnaný úzkostlivý držení jakoby od dcery...“

„...aby mu něco neudělala, takový to stranění toho dítěte, opečovávání toho malýho a stranění toho většího, a to, že to asi bylo špatně, protože si myslím, že to mohlo být jinak, možná kdybych byla klidnější, nebo vyrovnanější...“

„...takže jsem byla se synem sama, což mělo samozřejmě výhodu pro tu péči o něj a vůbec, ale hrozně to ubližovalo – nebo mám pocit, že to ubližovalo vztahu mě a dcery, a vůbec jakoby zaběhnutí jí, a potom výčitky, že byla ve školce dlouho...“

Společně s tématem toho, že Anna byla se synem celé dny doma sama, zmínila, že pro ni bylo složité najít rovnováhu mezi tím, aby se starala jak o svoje potřeby, tak aby vymýšlela pro dítě program. Manžel se vracel z práce s dcerkou ze školky pozdě odpoledne, kdy ta odpoledne pro Annu byla složitá zaplnit nějakou aktivitou.

„...ovlivněný téma potřebami těch dětí a tím, jestli jsem to zvládala, a pak takový že jsme třeba chtěli někam jet nebo finance, finanční situace rodiny, přehnaný očekávání možná.“

„...s tím dítětem je potřeba chodit na procházky, nebo ho zabavit jako dvakrát denně, dopoledne i odpoledne, to odpoledne je pak dlouhý, a to všechno ještě jakoby nějak udělat, abych pokryla asi jako i svoje potřeby nějaký...“

13.1.10 Negativum mého života

Momentálně je Anna v péči psychiatra a bere antidepresiva. Na mou otázku, jak si myslí, že by vypadalo její mateřství, kdyby depresi neměla, odpověděla, že si myslí, že by se to určitě jinak poznamenalo na dětech.

„...ty deprese se mi prohloubily a vygradovaly v to, že jsem teď v ambulantní péči psychiatra a beru antidepresiva.“

„No myslím si, že by se to určitě jinak poznamenalo na dětech, jsem o tom přesvědčená.“

„...vnímám jako negativum toho mého života, ne jako pozitivum, že by nám to přineslo něco fajn do rodiny, to si nemyslím.“

13.2 Barbora

Barbora mluvila o svém prvním a zatím jediném dítěti, se kterým otěhotněla ve svých dvaceti letech. Bere od 15 let nepřetržitě antidepresiva a má diagnostikovanou hypofunkci štítné žlázy. Bydlí v domě s přítelem, který je její opora, nemluví o žádné kamarádce, a

vztahy s její rodinou jsou komplikované. V průběhu těhotenství shledávala těžké propojit se s jejím miminkem, pro ni to začalo až porodem. Prvně cítila po porodu euforii, ale několik měsíců na to začala upadat do těžké deprese. Co jí v té době pomohlo, byla práce.

13.2.1 Doprčic co jsem to teď udělala

Na začátku těhotenství měla Barbora velmi ambivalentní pocity – na jednu stranu se na miminko těšila, na druhou ale prožívala úzkosti zděšení, říkala si, co to udělala, jestli to neunáhlila, a přemítala, co teď bude dělat – i přes to, že otěhotněla vlastně plánovaně, kdy vyřadila antikoncepci. Sama říká, že se občas nevyzná sama v sobě a je velice impulzivní typ.

„...jsme si řekli, že se to pravděpodobně jako nestane, tak vysadím antikoncepci a necháme tomu volný průběh, jelikož mi bylo dvacet v tu chvíli, nějak nám to bylo jedno.“

„No a otěhotněla jsem hned měsíc potom, takže se nám to povedlo poměrně rychle. Já jsem taková jako že jsem vždycky do všeho hrr hrr a když si to umanu, tak prostě do toho jdu, takže nemám úplně tendence nad ničím přemýšlet dlouhodobě, takže jsem teda otěhotněla, chvíli to byl jako zmatek a doprčic co jsem to teď udělala a co jako budu dělat...“

„...v životě bych nešla na potrat...“

„Z minuty na minutu se člověku prostě obrátí úplně totálně život.“

„...jak to zvládneš, a neunáhlila jsi to...“

„Strašně jsem se těšila...“

„...nevidíte v budoucnu takový to prázdno...“

„...když mám nějaký podnět, kterej mi má způsobovat štěstí, tak v tom jedu naplno.“

Potom, co si uvědomila, že to bude muset zvládnout, protože interrupce pro ni nebyla jedna z možností, nastal šok z toho, že se nedokázala na dítě nijak napojit. Vzpomínala, že na sociálních sítích viděla, jak se nastávající maminky napojovaly různými technikami na své děti, ale ona toho nebyla schopná. Děsila se toho, že nebude cítit spojení s miminkem ani ve chvíli, kdy se narodí, ale tam se to naštěstí obrátilo.

„...ne nevnímala, že jsem těhotná, ale nějak jsem úplně nedokázala se s tím miminkem jako propojit. Že jsem prostě těhotná, jo, budu mít dítě, ale ale jako že bych s ním nějak jako promlouvala, nebo že bych se s ním spojovala, to úplně ne, já jsem... to prostě začalo až tím porodem. Nechci říct, že láska že tam nebyla, ale bylo to prostě jenom jako pocity, že jsi těhotná, a nic víc jako v tom nebylo. Takže to způsobovalo docela stres, že co se bude dít po tom porodu, ale naštěstí to bylo všechno v pořádku a přišlo to porodem.“

„...nevnímala to těhotenství, ale to, co bude po něm.“

„...nebyl takovej ten pocit toho, že to dítě bezmezně miluju, že prostě jsem to brala tak, jak to je.“

13.2.2 Lidi se o vás začnou zajímat zničehonic

Barbora mluvila a o pocitu ohrožení již ze začátku těhotenství, kdy jí nebylo dobře, cítila, že nic nezvládá. Viděla bych v tom také určitý pocit samoty, bydlí sama s přítelem, nemá žádnou kamarádku, oproti svým vrstevnicím žije velice odlišný život, rodina stále nechápe její psychické problémy, takže se nemá o koho mimo přítele pořádně opřít a to může být velice ohrožující. Stejně jako pak mluví o tom, že tu musí být pro své dítě, pro které nechce, aby vyrůstali bez mámy, tak v tom bych viděla, že nechce pro své dítě život, jako má teď ona. Ze začátku těhotenství a pak hned po porodu Barbora říká, že byla zahlcena zprávami a telefonáty od známých, ale to je velice pomíjivé. Žádný solidní článek pomine-li příteli v jejím životě není.

„Jako že se cítí ohroženěj tím, jak je mi prostě špatně, jako nic úplně nezvládám...“

„...lidi se o vás začnou zajímat zničehonic...“

Vztahy s její rodinou jsou komplikované. Říká, že má stále *„...tendenci se opřít o tu mámu, i když vím, že dostanu bídu...“*. Rodina jí nevěří, že se dokáže o dítě postarat.

„...ty to ještě furt nepobírají, a ještě furt mají tendence volat na mě sociálku, že to dítě nezvládám...“

„...jsem chtěla vždycky brzo odejít od našich, protože jsem se tam necítila dobře, tak jsem odešla už v osmnácti...“

13.2.3 Zvýšené riziko preeklampsie

V třetím trimestru měla Barbora přikázáno odpočívat, protože měla „...zvýšený riziko preeklampsie...“

„třetí, to bylo léto, horko, a přece jenom to břicho a všechno tohle, už to bylo takový těžší, a zároveň jsem měla nějaký problémy, že jsem musela jako bejt v klidu...“

13.2.4 Udělejte to tak, jak to půjde co nejrychleji, aby se dostala domů

Ohrožená se cítila i v porodnici. Když vyprávěla o svých zážitcích z nemocnice, cítila jsem z ní zmatení, jak vůbec se tohle může stále dít. Sestřičky se k ní chovaly bez jakéhokoli dekora, bylo jim jedno, jak jejich slova budou na Barboru působit, a nechaly ji se v tom zmatku z úplně nové situace vykoupat. Když jí bylo deset minut po porodu řečeno, že nechtějí, aby se jim tam choulila někde v klubíčku a brečela, tak je pochopitelné, že se jim nechtěla svěřovat se svými pocity úzkosti. Sice se na syna po předchozích potížích v těhotenství naladila a napojila bez problémů, ale starost o dítě je druhá věc. Potřebovala nějak pomoci, poradit, cítila se daleko od domova a od přítele, a nebylo jí to poskytnuto.

„...sestřičky hodí do vody a plavte...“

„...nejsou připravený na to, že tam může být někdo, kdo se v tu chvíli cítí strašně ohrožený a neví, co má dělat. Že pro mě to bylo strašně, strašně moc nových věcí najednou, který můj mozek nepobíral, a strašně jsem potřebovala pomoci. Jakkoliv.“

„...udělejte to tak, jak to půjde co nejrychleji, aby se dostala domů.“

„...porodnice jako mi působila strašně tím, že jsem tam byla prostě sama no.“

„...po porodu přišla sestřička a řekla mi, jakmile vám bude psychicky blbě, tak nám něco řekněte, než abyste se tady choulila v rohu a brečela. Říkám no, to je fajn, to je super, říct to depresivní mámě deset minut po porodu, že to je prostě takový... tam prostě to pochopení není. Že tam stačí blbý slovo a ta máma se prostě zhroutlí a těžko to jde navrátit.“

Cítila, že v porodnici bylo všechno zmatečné, což jí způsobovalo stres, protože měla pocit, že nemá nic pod kontrolou. Když se na to dívá zpětně, udělala by všechno jinak.

„...no já nemám ráda zmatky, já mám ráda, když je všechno, co se stane, je prostě někde napsaný a daný a podle toho se můžu řídit, protože potom mi to samozřejmě způsobuje stresy...“

„...neměla ten stres, tak bych to zvládla líp...“

„...ted' zpětně si říkám, že bych to udělala úplně jinak všechno, protože jakoby víc bych se jakoby uzavřela do sebe a nějak se s tím snažila srovnat, já vím jenom, že jsem prostě čekala, než ta bolest přijde, a jak ji přežiju.“

Co si ale pochvalovala, bylo to, že si zaplatila nadstandard, takže byla na pokoji sama, což pro ni znamenalo úlevu v tom smyslu, že neměla na pokoji další plačící dítě a maminku, která si s ním neví rady. To by jí úzkost ještě prohlubovalo.

„...díky bohu jsem si zaplatila nadstandardní pokoj, protože si nedovedu představit, že bych tam byla s jinou maminkou...“

13.2.5 Už jsem ho cítila jako část mě

Popisuje, že měla najednou pocit, jako kdyby tu její syn s ní byl odjakživa a že si nedokáže představit, že tu s ní někdy nebyl. Už v těhotenství věděla, že přijde na svět někdo, kdo ji bude potřebovat, pro koho bude muset fungovat a díky komu se nebude už nikdy cítit sama. Tyto pocity s narozením jen zintenzivněly, kdy několikrát v průběhu rozhovoru zmiňuje, že její syn je na ní závislý, že si to uvědomuje a chce tu pro něj být. Nechce dopustit, aby vyrůstal bez mámy, nebo aby mu vytvořila jakékoli trauma. I když je to někdy složité, obzvlášť pokud se zrovna necítí dobře, chce mu dát všechno, co může.

„...všechno se obrátilo, byla jsem šťastná, že je v pořádku...“

„...největší štěstí bylo vidět toho přítele, jak je prostě šťastnej...“

„...už jsem ho prostě cítila jako část mě...“

„...jiný druh lásky, kterej člověk ani jako nedokáže popsat...“

„...jsem si už nedokázala představit, jak jsem žila bez něj...“

„...všichni mi psali, volali, tak to bylo dobrý, že jsem měla furt nějak to spojení s lidma...“

„...budu mít u sebe někoho, kdo prostě mě bude potřebovat a nikdy už se nebudu cítit sama.“

„...něco, co vám změní život a prostě něco, co bude na vás závislý, a bude potřebovat tu lásku, kterou v sobě ještě někde máte.“

„A furt někoho, pro kterýho tady jste, a nemůžete se sebrat a jít se oběsit, protože on vás prostě strašně moc potřebuje, a bez vás by byl ztracenej, a nechcete, aby byl bez mámy...“

13.2.6 Kupodivu úplně v pohodě

Šestinedělí popisuje Barbora jako bezproblémové. Očekávala, že jej nebude zvládat, ale jediné, co jí přišlo složité, bylo to, že se nedokázala starat o domácnost jako předtím. Jinak se cítila díky synovi šťastná, například z toho, *„...jak člověk vidí, jak on dělá ty pokroky a jak je šťastnej...“*

„...jsem očekávala něco neskutečného, co nezvládnou, a že budu chtít hned po prvním týdnu utéct a někde se schovat, ale kupodivu úplně v pohodě. Já jsem jako necejtila nějaký šílený hormonální změny, díky bohu teda, asi tím, jak jsem byla furt pod medikací, a to mě nějak drželo...“

„...vy jste zvyklá starat se o tu domácnost, jste zvyklá, že si normálně uvaříte, uklidíte, nemáte žádný bolesti, nic, akorát teď je tam furt něco, co vám to jakoby nedovolí...“

„...šílená změna a z minuty na minutu úplně všechno jinak, ale zase zároveň to cítíte tak, jako kdyby to tak už bylo celej život...“

13.2.7 Začalo to jít zase z kopce

Popisuje stav půl roku po narození syna, kdy zničehonic se dostala zase do depresivního stavu. Neuvědomuje si žádný spouštěč, prostě se začala cítit špatně, nestarala se o domácnost, o sebe, i starost o syna jí dělala problém. Vzpomíná, jak ji začalo rozčilovat, když malý plakal, a štválo ji i to, že ji to rozčilovalo, protože si uvědomovali, že je to normální a nemůže proti tomu nic dělat. Takhle to probíhalo nějakou dobu, než se to zase ustálilo.

„...někdy do půl roka malýho to bylo v pohodě...“

„...no a potom nevím, co se stalo, ale začalo to jít zase z kopce...“

„Zničehonic a nečekala jsem to.“

„...zase jsem věděla, jak se chovám, když mám depresi, a že to taky nemusím úplně zvládat.“

„...doma úplně nestíhám, o sebe jako úplně nedbám...“

„...ty úzkosti nepříjemný, a když vás prostě úplně šíleně štve, jak to dítě prostě pláče, ale zároveň za to nemůže, a vy to jako sama v sobě nezvládáte.“

„...pak už se to docela ustálilo, ale furt se občas stane, že ta úzkost prostě přijde a že s tím prostě musím nějak bojovat...“

„...už jsem jako věděla, co od sebe očekávat, ale i to okolí to poznalo tak, že jsem se přestala upravovat, doma nepořádek, jediný, co jsem zvládla, je ležet na gauči, koukat do telefonu...“

„...ani se se mnou nedalo pořádně mluvit...“

„Přítel to je jakoby takovej flegmatik, že tomu je to jako, že to úplně neřeší...“

Naštěstí ale přišla na to, co ji v těchto chvílích pomáhá, a to je práce. Teď je rutinou to, že ve tři hodiny odpoledne odchází na dvě hodiny do práce, kde si vyčistí hlavu, načerpá energii a je připravena se zase starat o dítě. Zmiňuje se, že je pro ni důležité mít něco, na co se může těšit do budoucna, nějaký cíl, že nejhorší je pro ni pocit toho, že je uvíznutá ve stereotypu přebalování, krmení a starání se o domácnost.

„...mi pomohlo jít do práce...“

„...takže jsme se domluvili s přítelem, že on vždycky když přijde z práce, tak si vezme malýho na dvě hodky...“

„...vybije tu energii v sobě, zaměstná hlavu, a netočí se už neustále v tom stereotypu...“

„...to prostě bylo hrozný vysvobození...“

13.2.8 Chtěla bych víc, ale nedokážu

Barbora si je vědoma toho, že i když se snaží dělat pro syna, co jen může, mohla by dělat ještě víc. Cítí tlak sociálních sítí na to, jak má vypadat dokonalý život, vidí rodiny s dokonale uklizenými domy a zahradami, kde žena v domácnosti stíhá starost o dítě, manžela i sebe. Barbora říká, že ač by chtěla dělat něco navíc, než co teď dokáže, její mozek jí to nedovolí, nebo tělo je příliš unavené. Zároveň si na sobě uvědomuje potřebu neustále nových podnětů, kdy, jakmile začne něco dělat, v půlce se zastaví, uvědomí si, že to vlastně nemá smysl, a přestane. Do toho ještě má výčitky, co všechno by udělala jinak. Jedna z takových věcí je porod, kdy prý teď by si nenechala do všeho mluvit, udělala si věci po svém, uzavřela se do sebe a nenechala na sebe působit vnější stres. To samozřejmě si uvědomuje, že bylo pro prvorodičku složité, že s druhým dítětem by to vypadalo jinak, ale nemůže se těm výčtkám ubránit.

„...zatím se to furt nějak jako drží na jedný vlně...“

„...je hrozně důležitý mít furt něco, něco v budoucnu, čeho chcete dosáhnout. Nejhorší je mít to prázdno.“

„Protože jakmile vidím třeba sociální sítě a všechno tohle, to dělá strašně moc. Protože člověk si pak utváří nějaký obrázek o tom, jak má vypadat dokonalejší život, cestování, krásný bydlení, peníze, krásnej vzhled, a všechno tohle. A já mám furt takovej jako pocit, že bych chtěla víc, ale že to nedokážu.“

„...můj mozek by to chtěl, ale deprese mi nedovolí...“

„...v půlce začnu vnímat, že to nemá smysl, a proč to dělám, a přestanu.“

„...válím na gauči a koukám na televizi a čekám, než padne třetí hodina, abych mohla jít do práce...“

„...strašně moc bych chtěla, a z druhý strany strašně moc je lidí, který mi říkají jako co chceš víc.“

„...furt je ve mně to, že bych pro něj mohla udělat víc, a to mý tělo to úplně nezvládá.“

„...lidi okolo vás, některý to neví, a vy jim nedokážete vysvětlit to, že s ním zrovna teďka nemůžete mluvit, protože to nejde, protože máte tady všechno ztuhlý a jenom čekáte, až ten rozhovor skončí...“

13.3 Kateřina

Kateřina začala mít psychické problémy až v průběhu druhého těhotenství. Její první dítě totiž po porodu mělo sepsi a skončilo na jednotce intenzivní péče, a tyto vzpomínky a strachy spojené s nimi se jí začaly vracet právě když otěhotněla podruhé. Bydlí společně s manželem, který jí byl v průběhu těhotenství oporou, světila se, že i on si zažil nějaké psychické potíže, tak věděla, že jí nebude soudit. Zato rodina, i když její otec má diagnostikované deprese a její bratr spáchal sebevraždu z důvodu bipolárně-afektivní poruchy, ji odsoudila a nesetkala se s přijetím. V průběhu těhotenství byla pod péčí psychiatra a brala medikaci.

13.3.1 Manžel měl větší radost než já

Kateřiny příběh začal ještě před těhotenstvím, o kterém se mnou mluvila, a to s těhotenstvím prvním. Když se jí dcera narodila, dostala sepsi a byla nucená zůstat na jednotce intenzivní péče. To zanechalo na Kateřině velkou stopu, která se projevila v průběhu těhotenství druhého. Toto těhotenství sice bylo plánované, s partnerem chtěli druhé dítě, ale přišlo o měsíc dříve, než by si Kateřina představovala, protože měla zrovna před svatbou a těšila se, že se nebude muset omezovat. Říká, že jinak se z těhotenství těšila, ale cítila, že manžel měl radost více.

„...plánovaný, nevím, co to znamená úplně, ale že jsme se jako bavili, že už bysme pořídili druhýho sourozence, a vlastně mám pocit, jakože manžel měl větší radost než já, ale bylo to jako z toho důvodu, že vlastně jsme měli mít ten měsíc svatbu a já jsem se jako těšila, že se napiju s těma kamarádkama...“

„...jinak jsme to druhý dítě chtěli.“

„...aby dcera měla že jo kamaráda nebo kamarádku, a mně se nechce jít na rok do práce a pak se jako vracet zase domů, takže to bylo takový to rozumový rozhodnutí.“

„...jsem to jako chtěla, ale že to mohlo ten měsíc počkat.“

13.3.2 Chtěla jsem si uzavřít životní pojistku, kdybych zemřela při porodu

První trimestr probíhal v pořádku, ale potom zase začaly být podezření na nějaké zdravotní komplikace, které v Kateřině rozvinuly obavy z budoucnosti a silnou nespavost.

„...začaly objevovat nějaký jako první zdravotní problémy, který ale vlastně se nikdy nepotvrdily...“

„...furt jako mě někam hnali, a vlastně mi jako reálně nic nebylo, takže i to mi jako psychicky moc nepomáhalo...“

Po nocích začala přemýšlet nad tím, co se bude dít s její rodinou, jestli zemře u porodu, což vyústilo v to, že si chtěla nechat uzavřít životní pojistku, kdyby se to náhodou stalo. To už její manžel vyhodnotil jako pobídku, že by s jejím psychickým stavem měli zajít za profesionálem.

„...nemohla jsem vůbec spát a do toho jsem furt měla obavy z toho, že zemřu...“

„...manžel začal jako pociťovat, že už je to nějak jako víc, než by mělo, když vlastně jsem si chtěla uzavřít životní pojistku, kdybych zemřela u porodu.“

„...v noci jsem furt přemýšlela, co budu dělat, nebo co budou dělat, až umřu...“

„...jsem si celou dobu říkala, jako že to byla hrozná chyba, protože jsem se cítila strašně unavená, jak jsem špatně spala, a na základě toho jsem nebyla funkční ani manželka ani matka...“

Dostala se tedy do péče psychiatra, začala s medikací, ale nezačalo se to nijak lépe. Její rodina ji kvůli zamedikování odsoudila, obavy z budoucnosti neustoupily a Kateřina se dostala do takového stavu, kdy si ani poslední měsíc svého těhotenství nepamatuje.

„...v naší rodině je to považovaný za strašný selhání...“

„...nasazení jakýkoliv medikace je znamení toho, že je jako něco špatně.“

„...poslední měsíc už si vlastně skoro nepamatuju.“

„...manžel si musel vzít dovolenou, protože se bál, abych si něco neudělala.“

„...jako reálně bych to asi neudělala, ale myslím si, že to bylo dost zapříčiněný tím, že jsem měla tu mediakci, bez té medikaci si upřímně řečeno nejsem jistá.“

13.3.3 Když prostě neporodím, tak vyskočím z okna

Co se jí zdálo jako vysvobození, bylo porodit. Věděla, že pro ni by to znamenalo konec všem obavám o budoucnost, protože už to období čekání skončí. Byla tak vystresovaná, že si řekla, že pokud brzo neporodí, skočí z okna. Že jestli to brzo neskončí, ukončí to takhle ona. Její manžel si vzal na poslední měsíc jejího těhotenství dovolenou, protože se bál, že by byla schopná si něco udělat. Kateřina řekla, že kdyby nebylo medikace, možná by se to doopravdy stalo.

„...cyklus, že se to furt opakovalo...“

„...upínala jsem se na to, až bude konec.“

„...už jsem všemožně se snažila vyvolat porod, protože jsem věděla, nebo myslela jsem si, že když porodím, tak že se mi uleví.“

„...já jsem v tu chvíli byla rozhodnutá, že když prostě neporodím, tak vyskočím z okna. Prostě když to prostě neskončí, tak to skončí tak, že já se prostě zabiju no.“

13.3.4 Každý to o mně ví

Vzhledem k tomu, že měla v průběhu těhotenství Kateřina dvouletou dcerku, musela se o ni neustále i přes své psychické potíže samozřejmě starat. Popisovala, že povětšinou péče o dceru vypadala tak, že celý den běžela v bytě televize, Kateřina dokázala jenom ležet na pohovce a nebyla schopna vymyslet nějaký program, kterým by dceru zabavila.

„...musela jsem fungovat pro tu starší dceru, který vlastně už byly skoro tři, a ta že prostě jako nějakou tu pozornost vyžadovala, a to mě vlastně jako nutilo něco dělat.“

„...výčitky svědomí, že zase jsem prostě jako selhala, že jsem zase prostě nezvládla se starat o malou a neudělala jí prostě nějakou hezkejšou program, jenom jsem ležela na gauči...“

„...prostě jela celý den televize. Manžel připravil oběd, já jsem to jenom ohřála, a jako žádný extra aktivity tam jako nehrozily.“

Cítila se, že všichni na ní její psychické potíže vidí, a tato úzkost jí znemožňovala chodit ven. Dokonce si pak uvědomila, že po nasazení medikace se její potřeba stýkat se s lidmi

se rapidně snížila, což vyústilo v to, že její děti neměly moc sociálních kontaktů. Do toho jí ani nijak nepodpořila rodina, řekli jí, že si za své problémy může sama.

„...obavy z toho chodit mezi lidmi, protože se mi zdálo, jako že to o mně jako každé ví. A do toho vlastně moje rodina mě vůbec nepodržela...“

„...mi jako řekli, že jsem teda jako slabá...“

„...moje chyba, a že si za to můžu sama.“

„...vnímám, jako že je něco jinak, než když jsem nebyla zamedikovaná, je to, že já vlastně moc nemám potřebu se vídat s jinými lidma.“

„Že by měl asi ty děti mnohem víc nějakých sociálních kontaktů.“

13.3.5 To prostě nedám už

Její psychiatr jí doporučoval, aby si naplánovala císařský řez, protože potom bude vědět, co jí kdy čeká, a bude se na to moci připravit, což by mohlo snížit její úzkostlivost. Kateřina se svěřila, že teď by svého psychiatra poslechla a jeho radu využila, protože si uvědomila, že by jí to doopravdy pomohlo, a nestalo by se to, co následovalo potom.

„...psychiatr mě hrozně tlačil do císaře.“

„...budete to mít naplánovaný, budete vědět, jak to bude...“

„...zpětně bych se asi rozhodla jinak a nechala bych si od něj poradit.“

„...možná nějakou soukromou porodní asistentkou nebo někým, kdo vlastně mě nějakým způsobem jako tím provázel no.“

Doktor jí dal doporučení, aby nepřenášela, což v její porodnici nerespektovali, tak její manžel začal obvolávat veškeré blízké porodnice. Vzhledem k tomu, že byly zrovna Velikonoce, tak jim všude bylo řečeno, že přes svátky porody nevyvolávají, ale nakonec se uvolnilo jedno místo na Mělníku potom, co se tam psychicky zhroutila a žádala je o pomoc.

„...já jsem měla od psychiatra napsanej papír, že jako nemáme přenášet...“

„...v porodnici řekli, že... to vlastně vůbec nerespektovali tohleto a řekli mi, že takhle to jako nebude...“

„...takže tím, že nerespektovali moje rozhodnutí...“

„...manžel dělal to, že obvolával všechny porodnice v Praze, ve středočeském kraji, kdekoli by nás byli... kde by mě byli schopný přijmout a nechat mě porodit.“

„...ve všech porodnicích nám řekli, že nevyvolávají přes svátky a že to musí vydržet vlastně do úterý, pokud neporodím sama.“

„...já jsem se jim tam rozbrečela, že to prostě nedám už...“

„...jakej byl přístup těch doktorů, mladejch doktorů, ke mně, jako k psychiatrický pacientce, kdy vlastně tam nebylo absolutně žádný pochopení, a vlastně jednali se mnou jako hrozně odporně vlastně...“

Porod nakonec přišel velice rychle, což vyvolalo v Kateřině velkou euforii. Řekla mi, že se dokonce nezajímala ani o to, jak syn vypadá, jediné, co jí zajímalo, bylo to, že už konečně je po všem a může si odpočinout.

„...zvonila jsem jsem na sestru, že teda asi rodím, a ona mi říkala, že to není možný, že nemůžu родit, no a pak najednou se podívala a viděla, že mám hlavu mezi nohama, tak mě úplně nahou táhla přes celý to porodní oddělení...“

„Já jsem to vlastně paradoxně prožívala dobře, protože jsem chtěla, ať už to skončí. Pro mě bylo nejhorší to, že když vlastně jsem měla ty bolesti a pokaždý, jsem přišla na ten monitor, tak mi řekli, že se nic nezměnilo.“

„Můj první pocit bylo... tak to konečně skončilo. A vlastně já jsem jako slyšela, že malej pláče, a přiznám se, že mě vlastně vůbec nezajímalo, jak vypadá, mě vlastně jenom zajímalo to, že už to konečně skončilo, a že už konečně bude klid.“

„...že už mi nebude tak hrabat.“

13.3.6 Šestinedělí bylo nejlepší období

Ta prvotní euforie trvala jenom v průběhu šestinedělí, protože na šestinedělní prohlídce měl lékař podezření na zdravotní problémy, takže začalo kolečko chození po doktorech a čekání na výsledky znova. V té době ji začaly trápit obavy, že ji manžel opustí, pokud syn bude nemocný.

„...prvotní euforii, asi přibližně takovejch šest týdnů vlastně, což se říká, že to šestinedělí je nejhorší, tak pro mě to bylo nejlepší období...“

„...malej má centrální hypotomii a zase to kolečko znova, rehabilitace, neurologie, hospitalizace v nemocnici...“

„...jsem v tom strašně sama, nebo jenom s tím manželem...“

„...že mě určitě manžel opustí...“

Nakonec je syn v pořádku, ale psychicky jí toto období vůbec nepomáhalo. V té době jí psychiatr navýšil medikaci, kterou bere doteď. Navýšení medikace nenesla jednoduše, stejně jako vůbec samotné nasazování medikace, brala to jako přechodnou kapitolu ve svém životě. Myslela si, že po porodu, nebo minimálně po šestinedělí bude moct vysadit úplně. Teď je smířená s tím, že nevysadí asi nikdy.

„...na základě toho mi změnil a navýšil medikaci, a vlastně tu беру furt.“

„...jsem si říkala, že je to jenom přechodná fáze. A říkala jsem si, tak až porodím, tak vysadím. Tak až skončí šestinedělí, tak vysadím. A teď už vlastně to беру tak, že jsem si jistá, že už prostě nevysadím nikdy.“

13.3.7 Nenechala jsem si do toho od nikoho kecat

Co ale hodnotí jako pozitivní, je to, že vzhledem k tomu, že syn byl již její druhé dítě, tak byla schopná dělat si věci po svém, jak byla zvyklá z péče o dceru, a jak ji to vyhovovalo. Nedělalo jí problém vyslechnout si rady sestřiček, ale pak dělat věci podle svého uvážení.

„...už to bylo moje druhé dítě, tak už jsem jako věděla, co a jak...“

„...já jsem vlastně ty věci si dělala po svém a už jsem si do toho nenechala od nikoho kecat.“

Zároveň jí těšilo to, že její dcera syna rychle a jednoduše přijala, což jí zjednodušilo péči o děti.

„...od začátku na něj nežárlila, neubližovala mu, takže mě nejvíc těšilo to, že jsem měla pocit, že to vlastně tak má být.“

Co ale pak tak jednoduché nebylo, bylo rozdělování pozornosti mezi oba potomky. Bála se, aby jednoho neupozadila na úkor druhého. V tom se jí těžko hledala rovnováha.

„...nejtěžší to, že jsem musela jakoby rozdělovat tu pozornost, jak vlastně dceři i synovi...“

„...jestli jsem jako jednoho neupozadila na úkor toho druhého...“

Na mou otázku, jak si myslí, že by její těhotenství vypadalo, kdyby neměla depresi, odpověděla, že se na to snaží nemyslet, protože pak cítí výčitky.

„...já se trochu snažím nad tím nepřemýšlet, protože když jsem nad tím přemýšlela, tak vlastně jsem pak měla nějaký výčitky...“

„...bych za to těhotenství byla lepší máma...“

„...možná byla jako stabilnější.“

Kateřina mi rozhovoru poslala ještě zprávu, kde stálo: *“Hlavně chci, aby zaznělo, že svoje děti bezmezně miluji. Někdy je lepší mít důvod bojovat a nevzdával to. Ty děti jsou ten největší.”*

13.4 Denisa

Denisa mluvila o svém prvním těhotenství, které bylo po umělém oplodnění. V té době byla na antidepresivech kvůli úzkostně-depresivní poruše. Podporou v době těhotenství byl její manžel, v její rodině se o nepříjemných věcech nemluví, a Denisa je stejně zvyklá řešit si své problémy sama. Její těhotenství probíhalo po zdravotní stránce ukázkově, dokonce na začátek vysadila medikaci, kterou krátce po porodu musela nasadit znova, protože se její psychický stav rapidně zhoršil. Nedokázala se na svou dceru napojit a nic ohledně mateřství jí nedělalo radost.

Přišla na setkání se mnou připravená s poznámkami v mobilu, takže věděla přesně, o čem chce mluvit. Říkala mi, že tyto poznámky hlavně využívala k tomu, aby dokázala svému manželovi popsat svou zkušenost, aby ji dokázal lépe pochopit. Podle jejího vyprávění je pro ni manžel opravdu nepostradatelnou oporou, o žádných kamarádkách nemluvila, a s rodinou se o svém psychickém stavu bavit nemůže. Vysvětlovala mi, že její manžel se naučil skvěle pokládat otázky, aby nemusela nijak složitě odpovídat, jen třeba pokývat hlavou, protože chápe, že i jednoduchá konverzace ji může stát hodně energie.

13.4.1 Euforie neproběhla

Podstoupila umělé oplodnění, což podle mého znamená, že o dítěti musela být plně rozhodnutá, ale pak jakmile došlo na výsledky testů, kdy se měla dozvědět, jestli pokus byl úspěšný nebo ne, začala se obávat a nechtěla, že test vyšel pozitivně. Ve chvíli, kdy se o těhotenství dozvěděla, to brala racionálně – uvědomila si, že bude mít dítě, není cesty zpět, ale žádná euforie neproběhla. Její manžel měl větší radost než ona.

„...první těhotenství, bylo plánovaný, bylo po dlouhý době neúspěšných pokusů, a bylo po umělým oplodnění...“

„...měla takovej strach, co tam vlastně vyjde, manžel ten se strašně těšil, a mně se do toho nechtělo...“

„...euforie jakože neproběhla.“

„...racionální, jo, tak jsem těhotná, budu mít dítě, ale nějak nic prostě víc jako.“

13.4.2 Měla jsem vůbec mít děti?

Na začátku těhotenství jí lékařka vysadila antidepresiva, ale byly domluvené, že pokud se bude její psychický stav zhoršovat, začne je zase brát, protože její pohoda je důležitější než rizika braní antidepresiv společně s těhotenstvím. Těsně po porodu je musela začít brát znovu, protože na konci těhotenství, a hlavně pár týdnů po porodu se začala Denisa cítit opravdu špatně.

„...doktorka vysadila antidepresiva, takže v tom prvním trimestru mi je dala jakoby úplně pryč, a pak jako se řešila nějaká potřeba, pokud by to bylo potřeba, necítila bych se dobře, že mi zase jakoby znovu nasadí...“

„...je důležitější ta pohoda moje, než ty případný rizika...“

„paní doktorka nasazovala a vysazovala ty léky. Takže tam, když jsem jako brala ty léky, tak to bylo jako dobrý, dokázala jsem fungovat, ale jakmile prostě jsem je jako neměla, tak po nějaký době se to prostě zhoršilo a museli jsme se zase k tomu jakoby vrátit.“

„...zhoršovalo ke konci, když už se blížil ten porod, to už začalo bejt takový jako že člověk se bojí, protože neví, jako co ho čeká...“

Vnímá, že jí pomáhalo, že její těhotenství probíhalo bez zdravotních komplikací, takže mohla chodit do práce, což znamenalo, že její mysl okupovaly i jiné myšlenky než ty na budoucnost. Jakmile ale přestala pracovat, tak doma měla mnohem více času na přemýšlení, což většinou trávila právě tím, že se začala obávat, co vlastně se všechno bude dít, že její život už nebude jako nikdy předtím, že možná vůbec neměla otěhotnět.

„...všechny výsledky a všechno prostě vycházelo tak, jak mělo...“

„...fyzicky cítila dobře...“

„...co to šlo, tak chodila do práce...“

„...doma už to začlo bejt takový jako že člověk má víc času jako na to přemýšlení...“

„...v tu chvíli jsem si říkala, jestli to vlastně chci.“

„...jestli jako vůbec někdy jsem měla mít jakoby děti...“

„...obavy z toho porodu a z toho, jak budu potom zvládat tu péči, a až se to prostě jako narodí.“

„...nic nebude jako dřív...“

„...už to nikdy nebude dobrý.“

13.4.3 Byla jsem ráda, že to mám za sebou

Rapidní zhoršení jejího psychického stavu přišlo po porodu. Porod probíhal hladce, byla ráda, že to má již za sebou, ale napojování na dceru pro ni bylo velice složité.

„...porod byl jako rychlejší...“

„...probíhalo to rychle, bez nějakýho epiduralu...“

„...nemám z toho nějaký jako traumata...“

„...prostě byla jsem ráda, že to mám za sebou...“

„...nemám ráda takový, když jsem... nemám ty věci pod kontrolou...“

Dva dny po porodu přišel zlom, kdy měla o dceru neobvyklý strach, nedokázala od ní odejít, aniž by se nebála, aby se jí něco nestalo. Do toho si teprve začala uvědomovat, že dceru porodila, že to byla, kdo to zvládl.

„...druhej třetí den v tý porodnici, že to tak jako se u mě začalo lámat, že to takový, teď člověk měl strach o dítě...“

„...měla třeba strach se jít i jako osprchovat...“

„...měla strach i jako ji tam nechat...“

„...první dítě, tak nevíte, co potřebuje, tak zjišťujete jako, poznáváte...“

„...vlastně že já jsem ji porodila...“

„...jsem to jako já zvládla...“

Vnímala také, že jí neprospíval nadstandardní pokoj, kde byla sama, protože se cítila odříznutá od ostatních maminek, a možná by jí kontakt s nimi pomohl se necítit v těchto obavách o novorozeně tak sama.

„...mi i jako hodně, když to řeknu, uškodilo, že jsem byla sama na pokoji, že jsem měla nějakej nadstandard...“

„...strašně málo maminek a nikdo moc mezi sebou nekomunikoval...“

V porodnici si nikdo nevíšimál jejího psychického stavu, naopak její potíže snižovali.

„...ale neptal se jako takový to zvládáte to...“

„...sestřička řekla, že až se mi narodí dítě, tak na takový kravinu nebudu mít čas, abych jako přemýšlela o takovejch blbostech...“

13.4.4 To peklo nemůžu přežít

Jakmile dorazila z porodnice domů a začalo období šestinedělí v rodinném prostředí, její napojení na dceru se stávalo horším a horším. Pochybovali o tom, jestli vůbec ji má ráda, jestli ji chce, jestli se o ni dokáže postarat. Když přijeli její rodiče na návštěvu, úplně se zhroutila a svěřovala si jim, že by ji nejradši dala někomu, kdo by se o ni staral rád, že jistě by dělala někomu radost mnohem větší, než jí. Tyto pocity se pak pomalu vytrácely se znovu nasazením antidepresiv.

„...trvalo mi jako to strašně dlouho, než jako jsem si zaprvý na to zvykla, že tam prostě ne najednou někdo jinej...“

„...nemůžu říct, že bych nějak jako ležela a zamilovaně se na ni tři hodiny jako dívala...“

„...věděla jsem, že to není reálný, nikdy bych to jako neudělala, ale že prostě jsem třeba říkala, hele tak ji dáme někomu, jako já asi ji ani nemám ráda, nebo já nevím, tak je spousta lidí, kteří by za to dali cokoli...“

„...všichni jsou nadšený ze svejch dětí a jsou nejšťastnější, že je maj, ale že já to tak neumím, nemám, nebo že nevím, jestli to jako někdy přijde.“

„...já jsem se rozbřečela, že prostě ji nechci, a že ji někam dáme, protože se o ni neumím postarat...“

Období šestinedělí nazývá Denisa peklem. Dělalo jí problém ráno vstávat, protože věděla, že ji neustále čeká to samé, řešit ty stejné problémy, dělat ty stejné činnosti, byla uvíznutá ve stereotypu. Neviděla ve věcech, co dělala, žádný smysl, nic jí netěšilo, nedokázala mít radost z pokroků dcery, chtěla prostě od života něco víc. Nedokázala se smířit s tím, že tohle bude její náplň dnů na nedohlednou dobu.

„...strašně jako stereotypní...“

„...furt řešíte to samý...“

„...co s tím dítětem vlastně jako dělat.“

„...byli pořád jenom doma...“

„...řetězec nekončících povinností...“

„...přišlo mi to zbytečný...“

„...problém jako najít energii na takový ty úplně běžný dennodenní...“

„...rána strašně těžký...“

„...ráno otevřela oči a teď říkám ježiš zase ráno, další den, a teď zase, a už zase to začne...“

„...jak jako to dokáže bejt silný tyhle ty jako emoce, a že vlastně s tím člověk nic jako neudělá...“

„...neviděla možnost, že to jako bude lepší...“

„...nikdy nebude zpátky ten normální život...“

„...nenávratnej stav, kterej bude prostě takhle pořád no.“

„...odříznutá od všeho, a jediná náplň mýho života je to dítě...“

„...na ni už zakřičela a jako hned mi to bylo jako okamžitě líto, že prostě ona za to jako nemůže...“

Měla pocit, že nedokáže toto období přežít. I když se jí snažili všichni uklidnit, že to brzy přejde, Denisa neviděla světlo na konci tunelu, chtěla vědět, kdy přesně se bude mít lépe. Měla pocit, že každého, koho žádá o pomoc, akorát otravuje a zatěžuje svými problémy.

„...jenom jsem prostě hledala něco, nějakýj důvod, nějaký rychlý řešení, protože oni všichni říkali, ale to bude dobrý...“

„...a já jsem pořád říkala, a tak jako mi řekněte, kdy to bude...“

„...mi přišlo jako úplně že to nemůžu přežít jako...“

„...to peklo prostě nejde jako prožívat dýl a dýl...“

„...já jsem měla hodně pořád takovej pocit, že jakoby, že jsem to nezvládla, nebo že to nezvládám, a že ty ostatní otravuju jenom tím, že mi jako musí pomáhat.“

Nedokázala se přimět vymyslet nějaký program pro dceru. Když spala, tak místo aby Denisa dělala něco, co by jí dokázalo udělat radost, nebo si odpočinula, jenom čekala, až se dítě vzbudí, zahlcená úzkostmi a myšlenkami na to, že začne ten kolotoč znova

„...furt mi prostě běhal něco po tý hlavě...“

„...bála, že to dítě třeba spí, a teď se jako vzbudí, a teď jako říkám, a teď jako co já s ním budu dělat. A teď jako ono třeba tři hodiny spalo, a já jsem prostě tři hodiny tam prostě seděla, a místo abych jako odpočívala, nebo něco dělala, co by mi jako pomohlo, nebo udělalo dobře, tak jsem furt jako přemejšlela...“

Chtěla mít alespoň nějakou zpětnou vazbu, že to, co dělá, dělá správně, vidět nějaké výsledky své práce, ale to s nemluvnětem není možné. Proto se cítila, že ač dělá, co dělá, nedělá dost, nebo že to nedává smysl.

„...jak se o ni stará, že je to jako činnost, která...nevidím jako nějaký výsledek reálný...“

„...když něco dělám, tak potřebuju mít nějaký jako hmatatelný něco...“

„...pořád děláte dokola to samý, a vlastně jediný výsledek je, že jako žije, dechá, a je v čistým, a je přebalený, najezený, ale nic jako víc.“

„...takže jsem z toho neměla jakoby s ní radost...“

„...bez nálady, nic mě jako nebavilo...“

„...trpělivost že mi docházela...“

„...nic mě netěšilo, ani to, že to dítě dělá nějaký pokroky...“

Denisa kvůli svým těžkým stavům byla nucena znovu nasadit medikaci, která *„...není kompatibilní s tím, abych kojila...“*. Říká ale, že to *„...možná ve finále nebylo na škodu...“*, i když to zprvu cítila jako další své selhání, protože se cítila, že kojení vnitřně svazovalo. Měla pocit, že

„...zase ty léky jakoby nasadila...“

„...jsem jako tu dceru chtěla kojít co nejdýl, ale vlastně teď jako že to bylo jako další selhání...“

„...jedinej člověk na světě, když to jako řeknu blbě, kterému jako, ho může nakrmit, aby třeba jako neumřelo hlady jo, to mě teda strašně taky tak jako vnitřně svazovalo...“

13.4.5 Už mě to neděsí

Teď má její první dcera mladší sestru, Denisa je po znovu vysazení při druhém těhotenství zpátky na antidepresivech, které cítí, že jí opravdu velice pomáhají při přežívání každodenního stereotypu. Zmiňuje, že s druhým dítětem je to o poznání jednodušší, protože už ví, co a jak, a dokonce ji momentálně už ani neděsí to, že s rostoucím věkem dětí budou přicházet nové problémy, které je třeba řešit.

„...teď je to jako dobrý, já beru ty léky...“

„...neděsí mě to, že pořád s těma dětma budou jako problémy...“

„...už jako nemám takový to, že už to nebude nikdy dobrý, že vim, že to jako bude lepší...“

Uvědomuje si, že její úzkostlivá povaha, kdy by nejradši měla všechno naplánované, a věci šly přesně tak, jak si představuje, jí akorát přidává na stresu, a většinou se stejně zabývá věcmi, které se ve většině ani nestanou.

„...chci mít všechno nalajnovaný, a prostě s tím dítětem to nejde, a pak vás to prostě stresuje, že to není tak, jak vy chcete...“

„...zaměstnáváte hlavu prostě věcma, který z devadesáti procent prostě jsou úplně zbytečný, protože se třeba nikdy nestanou.“

Na otázku ohledně mateřství a deprese se Denisa zamyslela, jestli citlivá povaha její dcery nesouvisí právě s jejím psychickým stavem.

„...těžko si zvyká, a je taková citlivá, tak prostě to si třeba kladu otázku, jestli to má něco se souvislostí, jestli třeba to má jako po mně, jestli bude mít tyhle ty podobný problémy i třeba jako ona...“

14 Celková analýza a interpretace výsledků

14.1 Plánování těhotenství: průběh, reakce

Průběh plánování těhotenství byl u každé mé respondentky trochu jiný. Každé bylo ve své podstatě plánované, tedy například vysazení antikoncepce u Barbory, která ale měla zdravotní potíže a počítala s tím, že pravděpodobně neotěhotní, nebo minimálně ne rychle, nebo umělé oplodnění u Denisy. Nejpodobnější odpověď na mou otázku ohledně plánování těhotenství měla Anna a Kateřina, které měly v té době skoro dvouleté dítě a jak se vyjádřily obě, tak z rozumového hlediska bylo na místě pořídit si dítě druhé.

„...bylo to plánovaný těhotenství. Upřímně řeknu, že se mi do toho jako úplně nechtělo, ale bylo to tak nějak jako z rozumového hlediska vůči prvnímu dítěti asi jako přirozený mít druhý dítě.“ (Anna)

„...aby dcera měla že jo kamaráda nebo kamarádku, a mně se nechce jít na rok do práce a pak se jako vracet zase domů, takže to bylo takový to rozumový rozhodnutí.“ (Kateřina)

Přestože plánování tedy proběhlo ve všech případech, reakce na zjištění, že se otěhotnět povedlo, byly odlišné. Anna sice mluví o tom, že ji k druhému dítěti přemluvil manžel, že ona sama by asi počkala, ale její reakce byla pozitivního rázu. Barbora měla ambivalentní pocity – měla radost podobně jako Anna, ale předcházela tomu reakce opačná. Měla výčitky, strach, a byla skoro zděšená z toho, co udělala, měla pocit, že je to chyba. Kateřina byla spíše šťastná jako Anna, ale měla ten měsíc svatbu, tak si říkala, že z tohoto důvodu to mohlo chvíli počkat. Denisa to vzala čistě prakticky, sice se obávala výsledků testu po umělém oplodnění, protože si nebyla rozhodnutím o těhotenství úplně jistá, ale jakmile došly výsledky pozitivní, neměla výčitky, spíš čistě pragmaticky přijala fakt, že je těhotná, ale euforie neproběhla.

„Tak já si myslím, že jsem byla jako překvapená, nebo ráda, nebo prostě takový to všechno dohromady. Takový to obvyklý.“ (Anna)

*„...chvíli to byl jako zmatek a dopříc co jsem to teď udělala a co jako budu dělat...“
(Barbora)*

„...a vlastně mám pocit, jakože manžel měl větší radost než já...“ (Kateřina)

*„...racionální, jo, tak jsem těhotná, budu mít dítě, ale nějak nic prostě víc jako.“
(Denisa)*

14.2 Průběh těhotenství: samota, úzkosti, strach z budoucnosti

Anna, Barbora, Kateřina i Denisa se svěřily, že ve svém životě nemají moc lidí, o které by se mohly opřít. Všechny mají manžela/přítele, ale vztahy s jejich rodinou jsou povětšinou složité, nebo se se členy rodiny nemohou bavit otevřeně o svých problémech, a ani jedna nemají kamarádku. Všechny mluvily o pocitu samoty, že jsou na všechno samy, a nemají s kým kromě partnera sdílet své mateřství. To v případě Anny a Kateřiny vyústilo v to, že měly pocit, že jejich děti nemají dostatek sociálních kontaktů.

„...se mi stýskalo po lidech, kamarádku jsem neměla vůbec...“ (Anna)

„...vnímám, jako že je něco jinak, než když jsem nebyla zamedikovaná, je to, že já vlastně moc nemám potřebu se vídat s jinými lidma.“ (Kateřina)

V průběhu těhotenství se také u všech žen objevovaly úzkosti a strach z budoucnosti. Obávaly se toho, co bude, jak budou mateřství zvládat, jak se dokážou starat o dítě, nebo dokonce o dvě. Anna mluvila o tom, že se obávala toho, že přijde na svět další člověk, u kterého se očekává, že ho bude muset mít ráda, nebo minimálně se to očekává, a toho, aby nezklamala. Barbora se v průběhu těhotenství nedokázala napojit na své dítě, tak zažívala stres z toho, že po porodu se to nezmění. Kateřina neměla dobré zkušenosti z předchozího těhotenství a bála se, že se to s druhým dítětem bude opakovat, což vyústilo v to, že si chtěla uzavřít životní pojistku, kdyby zemřela u porodu, a měla suicidální myšlenky. Denisa měla obavy, jak bude zvládat starost o dítě, a dokonce přemýšlela nad tím, jestli vůbec někdy děti měla mít.

„...jsem jako se bála toho, co bude...“ (Anna)

„...jak to zvládneš, a neunáhlila jsi to...“ (Barbora)

*„...nemohla jsem vůbec spát a do toho jsem furt měla obavy z toho, že zemřu...“
(Kateřina)*

„...obavy z toho porodu a z toho, jak budu potom zvládat tu péči, a až se to prostě jako narodí.“ (Denisa)

14.3 Porod: plánování, přístup personálu v porodnici

V určitém plánování porodu se shodly Anna a Kateřina. Anna měla domluveno s konkrétním lékařem, že bude její porod vést, a od toho se odvíjela úzkost, že pokud by se porod rozběhl dřív, než bude lékař k dispozici, tak nebude porod probíhat podle jejích představ. Proto byl porod vyvolávání dřív, než bylo v plánu, aby neutrpěl její psychický stav. Kateřina rodila spontánně a zpětně by raději poslechla po své zkušenosti radu svého psychiatra, který jí doporučoval císařský řez. Byl by pro ni vhodný z toho důvodu, že by se vyhnula hledání porodnice, kde může tak narychlo porodit, věděla by přesně, co a jak se bude dít, a nedostala by se do takové úzkosti.

„...No a ten řekl, že to asi jako úplně v hlavě, že to jako není k porodu, ale že to asi tak nějak v hlavě nevydržím ten víkend. Takže porodíme dneska, řekl.“ (Anna)

„...psychiatr mě hrozně tlačil do císaře.“ (Kateřina)

Všechny respondentky také mluvily o své zkušenosti s personálem v porodnici. Anny manžel nebyl u porodu přítomen, tak si velice pochvalovala, že s ní u porodu byla dula v zaučení. O tomto se zmínila Kateřina, která by porodní asistentku uvítala. Barbora si chválila to, že byla na nadstandardním pokoji, protože si nedokáže představit, že by s ní na pokoji byla další maminka s dítětem, má pocit, že by ji to stresovalo, byla ráda za svůj klid. Opačnou zkušenost s nadstandardem má Denisa, která by naopak ocenila komunikaci mezi maminkami. Co se týče personálu porodnice a jejich chování k rodičkám, k tomu měla co říct Barbora, která se cítila nepochopená ze strany sestřiček, necitlivě se vyjadřovaly k jejímu psychickému stavu a také ji nepomáhaly po porodu tolik, jak by Barbora potřebovala. Kateřina měla špatnou zkušenost s hledáním porodnice, protože v její původní odmítali respektovat doporučení od jejího psychiatra, že nemá přenášet. Denisa se také potýkala s nepříjemným poznámkami na její psychický stav a ani její doktor se na šestinedělní prohlídce nezajímal, jak se jí daří.

„...dost nadstandardní péče. Jako jiná, než může poskytnout porodní asistentka. Takže to bylo super.“ (Anna)

„...možná nějakou soukromou porodní asistentkou nebo někým, kdo vlastně mě nějakým způsobem jako tím provázel no.“ (Kateřina)

„...díky bohu jsem si zaplatila nadstandardní pokoj, protože si nedovedu představit, že bych tam byla s jinou maminkou...“ (Barbora)

„...mi i jako hodně, když to řeknu, uškodilo, že jsem byla sama na pokoji, že jsem měla nějaké nadstandard...“ (Denisa)

„...po porodu přišla sestřička a řekla mi, jakmile vám bude psychicky blbě, tak nám něco řekněte, než abyste se tady choulila v rohu a brečela. Říkám no, to je fajn, to je super, říct to depresivní mámě deset minut po porodu, že to je prostě takový... tam prostě to pochopení není. Že tam stačí blbý slovo a ta máma se prostě zhroutlí a těžko to jde navrátit.“ (Barbora)

„...jakej byl přístup těch doktorů, mladejch doktorů, ke mně, jako k psychiatrický pacientce, kdy vlastně tam nebylo absolutně žádný pochopení, a vlastně jednali se mnou jako hrozně odporně vlastně...“ (Kateřina)

„...sestřička řekla, že až se mi narodí dítě, tak na takový kraviny nebudu mít čas, abych jako přemýšlela o takovejch blbostech...“ (Denisa)

14.4 Po porodu: euforie, napojení na dítě, silné momenty v šestinedělí

Po porodu převládaly pocity euforie, které neměly obvykle nic společného s narozením dítěte a vytvořením si silného pouta (kromě Barbory), ale spíše měly ženy pocit úlevy z konce těhotenství. V obecnosti to pro ně znamenalo konec utrpení, ať už z nezvladatelných pocitů, které se v těhotenství objevily a které mohly ustát až po porodu, nebo z toho, že konečně skončilo něco, co neměly vůbec pod kontrolou.

Euforii po porodu prožívaly Anna, Barbora a Kateřina, ale z odlišných důvodů. Anna byla šťastná, že se jí narodil syn, což pro ni znamenalo, že se může v klidu vrátit domů, a že se jí ulevilo od fyzických bolesti. Barbora se cítila šťastná, že se jí narodilo zdravé dítě, ke kterému se jí hned po porodu vytvořilo silné pouto. A Kateřina si ulevila hlavně od svého psychického strádání, najednou cítila klid a byla ráda, že těhotenství konečně skončilo.

„...jsem věděla, že je to chlapeček, tak to byla obrovská úleva. Asi pocit jakože jsem dobrá.“ (Anna)

„...jsem si už nedokázala představit, jak jsem žila bez něj...“ (Barbora)

„Můj první pocit bylo... tak to konečně skončilo. A vlastně já jsem jako slyšela, že malej pláče, a přiznám se, že mě vlastně vůbec nezajímalo, jak vypadá, mě vlastně jenom zajímalo to, že už to konečně skončilo, a že už konečně bude klid.“ (Kateřina)

Téma šestinedělí se neslo v duchu napojování na dítě. Ve všech rozhovorech jsme se nějak dotkly tématu spojení matky s dítětem, ať už ve větší nebo menší míře, a také v různých fázích těhotenství. S napojením se na dítě měly problém hlavně Barbora a Denisa. Barbora se s tím trápila v průběhu těhotenství, ale hned po porodu se to obrátilo a napojení jí nedělalo problém. Denisa v průběhu šestinedělí zažívala podle jejích slov peklo. Zprvée se necítila nijak na dceru napojená a nejraději by ji dala někomu, kdo z ní bude mít větší radost, a zadruhé byla neschopná cokoli dělat. V šestinedělí zažila silný moment i Anna, která popisuje, že pro ni bylo složitější dítě dát pochovat jinému člověku, než sobě a manželovi, takže vyzdvihuje důležitost respektu šestinedělí, kdy dítě by mělo být jen s rodiči, bez zbytečných návštěv.

„...jsem prostě těhotná, jo, budu mít dítě, ale jako že bych s ním nějak jako promlouvala, nebo že bych se s ním spojovala, to úplně ne, já jsem... to prostě začalo až tím porodem.“ (Barbora)

„...věděla jsem, že to není reálný, nikdy bych to jako neudělala, ale že prostě jsem třeba říkala, hele tak ji dáme někomu, jako já asi ji ani nemám ráda, nebo já nevím, tak je spousta lidí, kteří by za to dali cokoli...“ (Denisa)

„...manžel přišel pro syna, jestli si ho může jeho maminka pochovat, a v ten moment vím, že jsem ho jako nechtěla dát. Teď z pohledu mého vím, že bych jako řekla ne a víc za sebe bojovala, ale tenkrát nevím, jestli to byl věk, čím to bylo, netuším, tak jsem měla pocit, že musím. Tak jsem ho dala, ale nerada, byla jsem z toho fakt hodně špatná, každopádně když mi ho vrátil, tak si pamatuju doteďka, že úplně jinak voněl a že jsem ho šla celýho převléknout.“ (Anna)

14.5 Deprese po porodu: pocity nenaplnění, potřeba práce, stereotyp, výčitky

Deprese po porodu byla značným tématem pro všechny respondentky. I když měla třeba kolísavou povahu, tak pro všechny ženy bylo nelehkou zkušeností skloubit mateřství s vlastním psychickým stavem, který jim znemožňoval fungovat na sto procent. Depresivní ladění se neslo v duchu pocitů vlastní nedostatečnosti, nenaplnění mateřskou rolí a potřebou práce. To pak vyústilo v množství výčitek, že mateřství žena nezvládá, a do toho se nemůže vymotat ze stereotypu, jímž se pro ně život stal.

Po porodu zažívaly Anna, Barbora a Denisa pocity nenaplnění. Anna a Denisa mluví o tom, že jim mateřství nestačí jako plnohodnotné naplnění života. Chtěly od svého života víc, aby mohly být spokojené. Anna a Barbora se potřebovaly brzo vrátit do práce, aby se cítily šťastnější a odpočinuly si od mateřských povinností.

„...takový to nenaplnění a nebyla jsem asi úplně jakoby matka a vlastně budoucí matka v tom smyslu, že mě to mateřství úplně naplňovalo. Takže jsem začala v té době vymýšlet, co bych mohla dělat...“ (Anna)

„...mi pomohlo jít do práce...“ (Barbora)

„...odříznutá od všeho, a jediná náplň mého života je to dítě...“ (Denisa)

O čem mluvily Anna, Kateřina a Denisa, bylo točení se ve stereotypu. Denisa zmiňovala, že rána pro ni byla obzvláště těžká, protože hned po probuzení jí na myslí vyvstane celý kolotoč věcí, který zas bude muset dělat, jako každý den po dobu dalších několika měsíců. Život ve stereotypu, že nic už nebude jinak a vše bude vypadat odteď stejně, byl častým důvodem úzkostí.

„...s tím dítětem je potřeba chodit na procházky, nebo ho zabavit jako dvakrát denně, dopoledne i odpoledne, to odpoledne je pak dlouhý, a to všechno ještě jakoby nějak udělat, abych pokryla asi jako i svoje potřeby nějaký...“ (Anna)

„...cyklus, že se to furt opakovalo...“ (Kateřina)

„...ráno otevřela oči a teď říkám ježiš zase ráno, další den, a teď zase, a už zase to začne...“ (Denisa)

V čem se shodly všechny respondentky, byly výčitky. Většinou jejich původcem byla neschopnost aktivity, nízká úroveň energie, což ústilo v proležení celého dne u televize a žádného smysluplného programu s dítětem. Zmiňovaly, že vymyslet právě nějaké zajímavé zabavení pro dítě každý den jak dopoledne, tak odpoledne, byl opravdu složitý úkol. Denisa vzpomíná, že místo toho, aby si odpočinula, když její dítě spalo, tak trávila ten čas strachováním se, co bude s dcerou dělat, až se zase probudí. Anna i Kateřina, které měly děti dvě, si vyčítaly, jestli náhodou neupozadily jedno dítě před druhým. Barbora vnímá, že její deprese jí neumožňuje dělat věci, které by dělat chtěla. Že má nějakou představu, jak by chtěla, aby její život vypadal, ale její tělo jí to nedovoluje.

„...cokoli jsem udělala, tak jsem toho pak litovala...“ (Anna)

„...můj mozek by to chtěl, ale deprese mi nedovolí...“ (Barbora)

„...výčitky svědomí, že zase jsem prostě jako selhala, že jsem zase prostě nezvládla se starat o malou a neudělala jí prostě nějakou hezkejši program...“ (Kateřina)

„...já jsem měla hodně pořád takovej pocit, že jakoby, že jsem to nezvládla, nebo že to nezvládám, a že ty ostatní otravuju jenom tím, že mi jako musí pomáhat.“ (Denisa)

Diskuze

Téma deprese, stejně jako jiných psychických onemocnění, je i přes stále větší osvětu pořád tabu. Z každých stran slyšíme, že má někdo „depku“, což dehonestuje význam slova deprese, snižuje jeho sílu a vážnost. Pokud se bavíme o depresi a mateřství, je to tabu ještě větší, protože u matek je očekáváno, že budou dokonalým vzorem pro své děti, zvládat jim skládat smysluplný program, a ještě se starat o domácnost. Z mých rozhovorů s respondentkami jasně vyšlo, že tato očekávání jsou pro ženu s depresí těžce splnitelná, ne-li nemožná.

Na to, jak je toto téma v naší společnosti podle mého názoru probírané, vychází z výzkumů alarmující čísla. Dle Baďurové (2005) se vyskytla u primigravidních žen klinicky významná deprese v 9.2 % s tím, že u 12 % pak byla vyšší pravděpodobnost následného rozvoje deprese. Další výzkum, který je dle mého dobré znovu zmínit, byl proveden Canadian Pediatric Society (2010), kde je shrnuto, jaké následky může mít matka s depresí na dítě. Důsledkem může být narušená vazba, attachment, což může vyústit ve zpoždění vývoje a psychické problémy dítěte.

U matek s depresí se může objevit zhoršená péče o sebe, problémy s motivací k napojování se na dítě, a dokonce až suicidalita (Paris, Bolton, & Weinberg, 2009). To se v mém výzkumu potvrdilo: suicidální myšlenky se objevily u jedné z respondentek, problémy s motivací k napojování se na dítě u minimálně dvou a zhoršená péče o sebe byla také častým tématem.

Dalšími negativními dopady deprese na mateřství jsou zhoršení partnerského vztahu, nízká podpora rodiny a přátel, užívání návykových látek a snížená interakce s dítětem (Wisner et al., 2009). Jedna z respondentek zmínila, že by uvítala, kdyby jí manžel více v období těhotenství pomáhal, ale to bych nepovažovala za zhoršení partnerského vztahu, minimálně se tak určitě o partnerovi nevyjadřovala. Kateřina naopak zmiňovala, že jejímu partnerovi dělal velké starosti její psychický stav, že se jí snažil najít odbornou pomoc, takže tam bych zhoršení vztahu také neviděla. O užívání návykových látek se nezmiňovala žádná z respondentek, zato nízkou podporu rodiny a přátel v nějaké míře viděla každá z nich. Všechny respondentky mluvily o tom, že nemají kamarádkou žádnou, a s rodinou jsou vztahy složité, nebo alespoň co se týče psychických problémů, tak o nich se v rodině nemluví. Sníženou interakci s dítětem bych možná viděla v tom, když mi respondentky říkaly, že pro ně bylo obtížné vymyslet pro dítě program, že to řešily puštěnou televizí.

Jinak bych neřekla, že se dítěti některá z nich přímo nevěnovala. Myslím, že se snažily ze všech sil, i když to v některých chvílích bylo opravdu těžké.

Dle výzkumu trajektorie deprese Del Carmen Míguez Varela a Vazquez (2021) je silná deprese nejsilnější na začátku těhotenství, v druhém trimestru o poznání nižší a ve třetím se zase zvyšuje. Na některé z mých respondentek by tato trajektorie seděla – počátek těhotenství, vůbec sžití se s těhotenstvím, reakce na něj, byla složitá pro všechny. Depresivní a anxiózní ladění se zvyšuje hlavně před porodem, obzvláště pokud je žena prvorodička. Když se ale zaměřím například na respondentku Kateřinu, trajektorie její deprese se značně zvyšovala, na začátku těhotenství byla nejnižší.

Co považuji za problematické, je příliš malý výzkum ohledně farmakoterapie deprese při těhotenství a kojení. Z mých rozhovorů vzešlo najevo, že respondentkám byly řečeny různé informace od zdravotníků, kteří by jim měli pomoci, naopak ale vytvořili větší zmatky.

Za limity práce považuji jednoznačně svou nezkušenost s výzkumem tohoto typu, s kvalitativní analýzou využívající IPA. Myslím, že v určitých tématech jsem mohla jít více do hloubky, více se doptávat, což jsem si ale uvědomila až u přepisu rozhovorů. Dalším možným limitem vnímám prostředí, kdy dva rozhovory proběhly v kavárně, kde není pro respondentky dost možná tolik příjemné se otevřít a mluvit o tak citlivých tématech, zatímco druhé dva rozhovory proběhly online, v pohodlí domova. Doufám ale, že i přes moji nezkušenost a jiné limity práce přinesly výsledky mé práce obohacení tohoto jinak málo prozkoumaného tématu.

Závěr

Cílem této studie bylo proniknout do jednotlivých zkušeností respondentek, získat vhled do části jejich života a snažit se v tom zorientovat. Pro tyto účely jsem využila právě analýzu IPA, která toto poskytuje. Jde do hloubky každého případu, zanechává jim jejich jedinečnost a poskytuje prostor pro zorientování se v každé jedné zkušenosti.

Studie se zúčastnily 4 respondentky, se kterými byl proveden polostrukturovaný kvalitativní rozhovor, osobně nebo online, který trval 40-50 minut. Výzkumná otázka, podle níž byl tvořen scénář tohoto rozhovoru, zněla: Jak prožívají ženy s diagnózou deprese těhotenství a mateřství?

Výsledky studie mi přinesly několik hlavních témat, z nichž nejvíce vystupovalo téma úzkostí a strachu z budoucnosti, výčitek, motání se ve stereotypu a neschopnost fungovat tak, jak by si dotyčná přála. Také se často opakovalo téma podpory, kterou respondentky měly v partnerech, ale zároveň samoty, protože kromě partnera neměly nikoho, o koho by se mohly opřít a sdílet s ním své starosti.

Očekávala jsem, že se ženy budou více lišit v otázce plánování těhotenství, ale všechny měly podobnou odpověď, tedy že to bylo plánované a rozumové rozhodnutí, do kterého dospěli s manželem. Reakce naopak byly odlišné, přes štěstí, úzkosti, výčitky až po čistě racionální přijetí onoho faktu. Adaptace na těhotenství byly také odlišné, ale ani jedna respondentka nemluvila o přílišném napojování se na dítě, některé s ním měly problém až do porodu. Po něm se vazba buď objevila, nebo naopak vytvořena nebyla vůbec. Co se ale po porodu objevovalo často, byl vděk, že těhotenství je u konce, protože to znamenalo konec fyzickým nebo psychickým obtížím. Mateřství pak pro každou respondentku vypadalo různě, ale všechny se shodly na tom, že trpí výčitkami, protože jejich deprese jim nedovoluje žít život, jaký pro sebe a pro své děti chtějí žít.

Cíl této studie byl naplněn, odpověď na výzkumnou otázku zodpovězena, tudíž ji pokládám za úspěšnou, i když je stále velký prostor k dalším výzkumům, které jsou v tomto tématu tak potřebné.

Citovaná literatura

Bad'urová, R. (2005). Životní události, vnímaná sociální opora, somatické obtíže a nemoci během těhotenství jako prediktory prenatalní mateřské anxiety a deprese. *Československá Psychologie*, 5, 399–411.

Bartošová, M. (2011). Souvislosti partnerství a mateřství: Vliv partnerského vztahu na rozhodování žen o mateřství. *Sociální Studia*, 8(4), 67-86.

Bašková, M. (2015). *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Grada publishing, a.s. ISBN 978-80-247-9727-4 (pdf)

Canadian pediatric society. (2010). *Depression in pregnant women and mothers: How it affects you and your child*. https://caringforkids.cps.ca/handouts/pregnancy-and-babies/depression_in_pregnant_women_and_mothers

Del Carmen Míguez Varela, M., & Vazquez, M. (2021). Prevalence of Depression during Pregnancy in Spanish Women: Trajectory and Risk Factors in Each Trimester. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6789. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136789>

Hučín, J. (2000). Jiný stav přináší i jiný svět. *Psychologie dnes*, 6(7/8), 8–10. ISSN 1212-9607.

Michelena, M. (2006). *První rok po celý život*.

Marešová, P. (2021). *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*.

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*.

Odent, M. (1995). *Znovuzrozený porod*.

Paris, R., Bolton, R., & Weinberg, M. K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*, 12(5), 309–321. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0105-2>

Pečená, M. (1994). Psychologie ženy – psychologie těhotenství. *Československá psychologie*, 5, 466.

Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

- Roztočil, A. (2001). *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Seifertová, D., Mohr, P., Strunzová, V., & Čepický, P. (2007). Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci. *Psychiatria Pre Prax*, 3, 118–124.
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences. *Birth*, 19(2), 64–81.
- Simkin, P. (2000). The Meaning of Labor Pain. *Birth*, 27(4), 254-255.
- Simkin, P., & Štromerová, Z. (2000). Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci.
- Skočovský, K. (2004). O těhotenství tatínků. *Psychologie Dnes*, 10(12), 22–23. ISSN 1212-9607.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 1(1), 39-54.
- Smith, J. A., & Shinebourne, P. (2012). Interpretative phenomenological analysis. In Cooper, H., Camic, P. M., Long, D. L., Panter, A. T., Rindskopf, D., & Sher, K. J. (2012). *APA handbook of research methods in psychology, vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. In *American Psychological Association eBooks* (pp. 73–82). <https://doi.org/10.1037/13620-000>
- Strunzová, V. (2005). Terapie deprese, úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci. *Psychiatr. Pro Praxi*, 1, 26–30.
- Sušilová, L. (2017). Léčba deprese v těhotenství. *Psychiatrie Pro Praxi*, 18(3)e, e15–e19.
- Thorová, K. (2015). Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*.
- Wisner, K. L., Sit, D., Hanusa, B. H., Moses-Kolko, E. L., Bogen, D. L., Hunker, R. D. F., Perel, J. M., Jones-Ivy, S., Bodnar, L. M., & Singer, L. T. (2009). Major Depression and Antidepressant treatment: Impact on pregnancy and neonatal outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 557–566. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08081170>

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Terezie Sahulová

Obor studia: psychologie

Název práce: Prožívání těhotenství a mateřství s depresí

Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 66

Počet stránek příloh: 35

Počet titulů v seznamu literatury: 27

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké implikace pro praxi můžete vyvodit ze zjištěných skutečností?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Ačkoliv je těhotenství a mateřství předmětem zkoumání psychologie již velmi dlouho, máme tendence jej, zvláště pohledem laické veřejnosti, mytizovat jakožto období naplněné štěstím a radostí. Jsem proto ráda, že vznikla tato bakalářská práce, která se věnuje ženám, jež do tohoto období vstupují s velikou zátěží, totiž klinickou depresí.

Práce je členěna do dvou částí. Teoretická část popisuje těhotenství především z hlediska prožívání ženy. Oceňuji, že nezahrnuje obvyklé volně související témata, ale jde rovnou k jádru věci. Autorka prokazuje schopnost pracovat s odbornou literaturou i logicky vystavět čtivý text. Větší nároky bychom mohli mít na počet zdrojů a schopnost je mezi sebou kriticky porovnávat, nicméně nároky bakalářské práce tento text podle mého jistě splňuje.

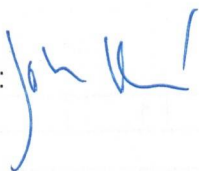
Pro výzkum zvolila autorka kvalitativní design, k analýze rozhovorů použila Interpretativní fenomenologickou analýzu. Metodologie je dobře uchopena i popsána, autorka nezapomíná na zachycení předporozumění i etickou stránku výzkumu. Samotná analýza je pečlivě zpracovaná, autorka podává důkladný popis analýz jednotlivých případů i společných témat. Množství citací je místy až příliš velké, to ale můžeme přičíst autorčině nezkušenosti a obavě, aby něco neopomenula. Výsledná zjištění považuji za validní a nosná pro další výzkum i pro praxi.

Doporučuji práci k obhajobě a navrhuji klasifikaci výborně.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:



**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Terezie Sahulová
 Obor studia: Psychologie
 Název práce: Prožívání těhotenství a mateřství s depresí
 Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 67

Počet stránek příloh: 35

Počet titulů v seznamu literatury: 58

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co byste doporučila maminkám, které se léčí s depresí a čekají miminko?
Je něco, co Vás při provedení výzkumu překvapilo?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce se věnuje problematice psychologie těhotenství a prožívání porodu a také deprese v těhotenství. Teorie je psána kultivovanou formou za použití dostatečného objemu domácí i zahraniční literatury.

Praktická část práce sestává z analýzy rozhovorů se 4 participankami, cílem výzkumu je porozumět prožívání mateřství s depresí. Rozhovory jsou kvalitní a informačně bohaté, tím pádem i analýza přináší zajímavé a potenciálně cenné výsledky. IPA analýza je provedena podle všeho pečlivě a metodicky správně, výsledky jsou zajímavé a čtivé. Diskuse vhodným způsobem doplňuje výsledkovou část.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace:

Výborný

Datum, podpis: 01.09.2023

