

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Poruchy příjmu potravy v mateřství

Eating Disorders in Maternity

Marie Richterová

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová CSc.
Studijní program: Speciální pedagogika (B7506)
Studijní obor: B SPPG (7506R002)

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Porucha příjmu potravy v mateřství potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a odborné literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 22. dubna 2020

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce PaedDr. Evě Marádové, CSc. za poskytnutí odborných rad, cenných podnětů a připomínek. Dále moje poděkování patří ženám, které byly ochotné se podělit o své zkušenosti s poruchami příjmu potravy. Na základě jejích výpovědí jsem mohla sestavit empirickou část této bakalářské práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na aspekty ovlivňující příjem potravy žen v období jejich reprodukce. Popisuje dvě vážná a dlouhodobá onemocnění, kterými jsou mentální anorexie a mentální bulimie, které se řadí mezi tzv. „poruchy příjmu potravy“. Práce se na toto téma poohlíží prostřednictvím žen, které se chystají otěhotnět či již dítě/děti mají. Cílem práce je popsat postoj těchto žen a jejich vypořádání se se strachem z přírůstku hmotnosti v období těhotenství a následného boje s přebytečnými kily v období po porodu. V praktické části je pozornost věnována přiblížením postojů žen s poruchou příjmu potravy právě v období mateřství, a to v provázanosti na faktory, které jejich prožívání a chování v souvislosti s mateřstvím ovlivňovaly. Vzhledem k velmi závažnému tématu, kterým toto onemocnění bez pochyby je, protože může v některých případech končit i fatálně, je závěr a vyhodnocení chování žen v období mateřství skrze pozitivní. Tzn. ženy, účastnice výzkumu, v období těhotenství dávají přednost a plnou pozornost svému nenarozenému dítěti před řešením své tělesné hmotnosti. Posléze v období, kdy se o své dítě starají, neupřednostňují svoji hmotnost před péčí o potomka, ale hledají rozumné řešení, jak s přebytečnými kily naložit, aby to bylo zdravé a únosné jak pro ně samotné, tak pro jejich dítě.

KLÍČOVÁ SLOVA

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, těhotenství, mateřství

ABSTRACT

The submitted bachelor thesis focuses on aspects influencing the food intake of women during their reproductive years. It describes two serious and long term illnesses which are classified as eating disorders, anorexia nervosa and bulimia nervosa. The thesis works with the perspective of women who plan to get pregnant or already have children. The main objective of this thesis is to describe the approach of these women and how they struggle with their fear of gaining weight during pregnancy as well as their fight losing weight in the time after giving birth. In the practical part, the work focuses on the attitude of women dealing with eating disorders during maternity in relation to factors that influenced their experience and behaviour. Given the seriousness of this illness, as it can in some cases have a fatal ending, the conclusion and evaluation of the women's behaviour during motherhood is mostly positive. Women that participated in the research choose their unborn child's wellbeing over dealing with their own weight. In the time their child is already born and they take care of it, most research participants try to find a reasonable solution on how to deal with their extra pounds in a way that is healthy and bearable for them self as well as for their child.

KEY WORDS

eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, pregnancy, maternity

Obsah

Úvod.....	6
1 Porucha příjmu potravy a jejich historie.....	8
1.1 Mentální anorexie	10
1.2 Mentální bulimie.....	12
1.3 Faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy	14
2 Reprodukční zdraví a mateřství žen s poruchou příjmu potravy.....	16
2.1 Dospívání a reprodukční zdraví žen s poruchou příjmu potravy	16
2.2 Možnost otěhotnění.....	17
2.3 Těhotenství u žen s poruchou příjmu potravy	18
2.4 Výživa v těhotenství	20
2.5 Kojení a výživa	21
2.6 Shrnutí teoretické části.....	23
Empirická část	24
3 Cíle a metodologie výzkumného šetření	24
3.1 Cíl práce	24
3.2 Výzkumné otázky	24
3.3 Metodologie výzkumu	24
3.4 Výzkumný soubor.....	25
3.5 Metody získávání dat a jejich sběr.....	25
3.6 Zpracování dat	26
3.7 Etika výzkumu	26

4	Průběh a výsledky výzkumného šetření	27
4.1	Strukturované rozhovory s matkami, které trpí/trpěly poruchou příjmu potravy .	27
4.1.1	Rozhovor – Blanka, 54 let, 160 cm, 51 kg	27
4.1.2	Rozhovor – Kristýna, 30 let, 163 cm, 54 kg.....	32
4.1.3	Rozhovor – Lenka, 29 let, 173 cm, 57 kg.....	36
5	Analýza dat z výzkumného šetření	40
5.1	Příčina poruchy příjmu potravy	40
5.2	Stravovací návyky v těhotenství	41
5.3	Aktuální fáze poruchy příjmu potravy	41
5.4	Shrnutí výsledků z rozhovorů	42
6	Výsledky a vyhodnocení dotazníkového šetření	44
7	Závěr.....	47
	Seznam příloh	53

Úvod

Téma „Poruchy příjmu potravy v mateřství“ je aktuálním tématem dnešní doby. Problematika poruch příjmu potravy s přímou návazností na reprodukci ženy a potažmo její role v mateřství je opomíjena nejen v odborné literatuře, ale i lékařskou i laickou veřejností. Mnoho prací a studií se zabývá poruchami příjmu potravy u žen pubertálního věku, ale jen velmi málo se mluví o ženách trpících poruchou příjmu potravy, které již přemýšlí o založení rodiny či dokonce o ženách, které již mají děti dospělého věku a tento problém se jich dotýká.

Většina jevů a skutečností současné doby byla známá již v dávných dobách, není tomu jinak i v souvislosti s početím. Již žáci na základní škole se učí o symbolech plodnosti, kterými jsou zaoblené tvary sošky ztělesňující Věstonickou venuši. Význam tuku v lidském těle je více než opodstatněný a pro produkci pohlavních hormonů velmi důležitý. Proto šance otěhotnět (a následně donosit dítě) u ženy s nízkou tělesnou hmotností je velmi malá. Ať už je menší tělesná hmotnost ženy způsobená vrozeně, drastickými dietami či z důvodu některé z forem poruch příjmu potravy, lze jí správnou, vyváženou a pravidelnou stravou navýšit. U žen s poruchou příjmu potravy může být tento proces složitější, a proto by se neměla bát říct o pomoc.

V bakalářské práci je právě tato otázka poruch příjmu potravy a s tím související problémy řešena. Představuje faktory, které ovlivňují ženu při samotném rozhodování o početí dítěte a o mateřství samotném. Cílem výzkumného šetření v empirické části je porozumění prožívání žen s poruchami příjmu potravy a popsání jejich problémů, které je v období mateřství tížily. Výzkumné šetření se opírá o tyto tři pilíře. Příčiny, které vedly respondentky ke zvolení této formy stravování, stravovací návyky v období jejich těhotenství a aktuální stav a jejich osobní prognóza budoucnosti. Sběr dat proběhne pomocí strukturovaných rozhovorů na vzorku třech žen z autorčina blízkého okolí. Jedná se o ženy, které již děti vychovávají. Druhá vedlejší etapa praktické části práce je výzkum založený na metodě dotazníkového šetření.

Základní premisou je zde to, zda vysoká motivace, jako je zdraví a prospěch vlastního dítěte změni návyky a zvyky ženy trpící poruchou příjmu potravy.

1 Porucha příjmu potravy a jejich historie

S poruchami příjmu potravy se setkáváme už ve velmi dávné historii. Známé nám mohou být hostiny, které končily přejídáním a drážděním pažními páry k vyvolání zvracení. Poměrně neznámé jsou takzvané „záračné panny“, které se z náboženských důvodů postily či hladověly. Ve čtyřicátých letech minulého století se začalo tomuto tématu přidávat na váze a začali se jím zabývat lékaři z oboru psychiatrie. (Maloney, Kranz, 1997)

Člověk trpící nějakou z forem poruch příjmu potravy je člověk, který své emocionální napětí řeší skrze své stravování. Poruchami příjmu potravy nejčastěji trpí mladé dospívající dívky, ale není výjimkou, že by poruchou příjmu potravy mohl onemocnět také mladý muž. Onemocnění má velký dopad na jejich sociální začleňování a místo ve společnosti. Je to obdobná závislost, jakou můžeme pozorovat například u lidí závislých na alkoholu. V zátěžových situacích se uchylují k urputným dietám, horečnatým cvičením či k záchvatovitému přejídání, které nejčastěji končí nuceným zvracením. Každá porucha má svá specifika, ale stává se, že se tyto poruchy navzájem prolínají a kombinují. Dotyční jsou neustále nuceni myslet na svou tělesnou hmotnost, kolik si mohou dovolit sníst jídla a kolikrát ještě za den musí cvičit. Takovéto chování se dá označit jako patologické ve chvíli, kdy zasahuje do běžného života a začne ovlivňovat ostatní činnosti daného jedince. Poruchy příjmu potravy jsou vymezeny v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). (Maloney, Kranz, 1997)

Spouštěče poruch příjmu potravy jsou různého charakteru, podle výzkumů se můžeme domnívat, že mohou být i genetického původu. Dědičné jsou hlavně charakteristické rysy jako sklon k úzkosti či depresi. Špatné stravovací návyky nebo neustálé držení diet některého člena rodiny může vést k propuknutí poruchy příjmu potravy. Nejčastějším prvopočátkem bývají nemístné poznámky ohledně tělesné hmotnosti, či neustálé komentování množství jídla. V mnoha případech je to otec, který netaktně komentuje množství jídla. Velkou roli zde sehrává též matka. Jestliže matka trpí poruchou příjmu potravy, má její dítě mnohonásobně vyšší šanci touto poruchou také trpět. Tyto problémy jsou zejména v rodině se špatnými rodinnými vztahy, které vedou k nízkému sebevědomí a pokřivenému sebehodnocení. (Krch, 1999)

V moderní době je naprosto nereálné vyhnout se kultu štíhlosti, který je považován za ideál. V médiích a na sociálních sítích jsme obklopeni perfektně vypadajícími štíhlými ženami, které jsou úspěšné, což vede k dojmu, že když budu štíhlá, budu krásná a úspěšná. Také je ve společnosti určité napětí proti obézním lidem, kteří jsou bráni jako lidé, kteří selhávají a nejsou rovnocenní. (Krch, 1999)

Poruchy příjmu potravy lze rozřadit do několika typů. Jako úplně základní typy poruch příjmu potravy můžeme uvést mentální bulimii a mentální anorexii. Tato dvě onemocnění se mohou dělit na mnoho dalších specifických druhů. (Orel a kol., 2012)

Můžeme nalézt několik podtypů a prolínání mentální anorexie a mentální bulimie. V určitých stádiích se jedno onemocnění může krýt s druhým či jedno v druhé přejít. (Krch, 2002)

Pro přesnost jsou poruchy příjmu potravy vymezeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN -10). (Krch, 2005)

1.1 Mentální anorexie (F 50.0)

1.2 Mentální bulimie (F 50.2)

Dle epidemiologických dat je v České republice srovnatelný výskyt poruch příjmu potravy, jako je to v západní Evropě. Od poloviny dvacátého století tyto údaje vzrůstají. U dívek a žen je výskyt poruch příjmu potravy 0,5-1 %. U mužů je toto číslo 1:10.

Prevalence u mentální bulimie je 2-5 %. Zato u mentální anorexie je toto číslo nižší 0,5 %. Incidence se udává, že je 60 případů ze 100 000 žen od patnácti do osmnácti let. To, jestli žena nebo dívka žije ve městě či na venkově, nemá vliv na spuštění poruchy příjmu potravy. U dospělých žen je ohrožení ve smyslu spuštění poruchy příjmu potravy v případě, když trpí nadváhou. (Krch, 2005)

V psychiatrických ambulancích bylo v roce 2017 léčeno celkem 3 731 pacientů trpících poruchou příjmu potravy. Z celkového čísla bylo 3 358 žen. Pacientů, kteří se v tento rok poprvé objevili v psychiatrických ambulancích, bylo z celkového počtu pacientů 37 %. Věkové rozložení pacientů bylo různé, avšak nejvyšší věkové zastoupení měli pacienti starší dvaceti let. Nejvíce léčených pacientů bylo zaznamenáno na území hlavního města Prahy. Zde bylo léčeno 114,5 pacientů přepočteno na sto tisíc obyvatel kraje. Republikový průměr

dále překročil Jihomoravský a Královehradecký kraj. Statistická čísla pacientů jsou sledována dle adresy zdravotnického zařízení, ve kterém se pacient léčil, a ne podle pacientova trvalého bydliště. Nutná hospitalizace pro osoby s poruchou příjmu potravy byla v roce 2017 potřeba u 454 pacientů. Převážná většina pacientů byla hospitalizována s diagnózou mentální anorexie. Dále se stejným podílem byli hospitalizováni pacienti s diagnózou mentální bulimie a atypická mentální anorexie. Celkově je viditelný nárůst v počtu hospitalizovaných pacientů za období mezi lety 2011 až 2017. Rozdíl mezi lety 2011 a 2017 je 115 pacientů. Hospitalizovaných pacientů s diagnózou mentální bulimie lety ubývá, ale pacientů s diagnózou mentální anorexie je stále podobný počet. Nejvíce hospitalizací bylo v roce 2017 evidováno v Ústeckém kraji a Středočeském kraji a v kraji Vysočina. Nejméně hospitalizací bylo zaznamenáno v Plzeňském kraji. Průměrná doba potřebná k ošetření pacientů s poruchou příjmu potravy byla 41,3 dne. Nejdelší hospitalizace byla potřeba u pacientů s diagnózou mentální anorexie. (ÚZIS, 2008)

1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. (Krch, 2010)

Člověk s mentální anorexií si nikdy nepřipadá dostatečně štíhlý, což je z velké části zapříčiněno společností a její touze po dokonale krásné a štíhlé ženě. Averze k jídlu je jim příznačná, nehladoví díky nechutenství, ale protože jídlo pro ně znamená další deko navíc, které si oni nepřejí. (Maloney, Kranz, 1997)

Dle mnoha studií, zabývajících se vztahem mezi mentální anorexií a rodinným životem, jsou u osob trpících tímto onemocněním spouštěči špatné rodinné vztahy. Ale toto tvrzení nemusí být pravidlem. (Papežová, 2010)

Rodinné vztahy úzce souvisí se samotným sebepojetím jedince. Vztahy v rodině utvářejí nahlížení na sebe sama. Když jsou tyto vztahy disfunkční, mnohdy vedou k pokřivenému sebehodnocení. (Krch, 2010)

Mentální anorexie má zásadní vliv na sociální život jedince. Díky nemoci se naruší vztahy s rodinou, partnery nebo kolegy. Nejčastěji trpí vztahy rodinné. Po provalení nemoci se

dostaví pocity viny z obou stran. Pocity viny ze strany rodiny jsou povětšinou díky tomu, že si lidé vyčítají, že přehlédli varovné signály a posléze i ostych, jak s osobou trpící anorexií správně komunikovat, aby terapie byla účinná a nedošlo díky nim k nějaké remisi. (Maloney, Kranz, 1997).

Ženy, které trpí mentální anorexií jsou posedlé přísnými dietami a neustálým cvičením. Trpí obrovskou averzí k jídlu. Jejich kontrola hmotnosti je naprostá. Hmotnost kontrolují i několikrát denně, aby se ujistily, že nepřibírají. Okolí, které komentuje postavu anorektičky upozorněním, že je moc hubená, ji utvrdí v jejím stylu života tak, že v něm bude nadále pečlivě pokračovat. V tomto případě je na místě opatrně volit každé slovo, které se týká postavy ženy trpící mentální anorexií. (Krch, 2010)

Anorektičky nedrží diety proto, aby snížily svoji hmotnost na úroveň, která jim bude vyhovovat. Pro ně není žádná tělesná hmotnost dost nízká, aby s ní byly spokojené, proto jejich nemoc graduje, snaží se jíst méně a méně. Některé ženy toto vražedné tempo poruší tím způsobem, že se začnou krátce bezhlavě přejídat. Poté se dostaví pocity úzkosti z provinění, které končí nuceným zvracením. (Maloney, Kranz, 1997)

Proto existují specifické typy anorektiček. Nebulimický (restriktivní) typ, kdy během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Bulimický (purgativní) typ, kdy během epizody mentální anorexie dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Sociální život jedince trpící mentální anorexií se postupně velmi omezí. Je to dáno tím, že jsou nemocní natolik pohlceni vlastními představami o sobě samých a zabýváním se jídlem, až jsou natolik vyčerpaní, že přeruší značnou část svých sociálních kontaktů. Jejich zájmy a koníčky ustoupí do pozadí. Pocity související s nízkým sebevědomím naruší i partnerské vztahy. (Vágnerová, 2008)

Zdravotní komplikace jsou různého charakteru. Díky dlouhodobému nedostatku živin se postupně začnou objevovat příznaky spojené s nedostatkem vitamínů a minerálů. Postižené osoby začínají pociťovat velkou únavu. Začne je trápit nízký tlak, odvápnění kostí, zácpa a další potíže s tímto spojené. (Krch, 2002)

Díky snížení tuku v těle se často vyskytují problémy, které jsou spojené s reprodukčními orgány. Ženy začnou trpět nepravidelností menstruace, či jim zcela vymizí. Tyto příznaky mohou mít později za důsledek obtíže s početím, či neplodnost. (Krch, 2002)

Do kapitoly mentální anorexie by bylo vhodné krátké seznámení s tzv. atypickou mentální anorexií. Atypická mentální anorexie se diagnostikuje v případě, že některá z kritérií mentální anorexie nejsou u pacienta zastoupena. Mladé dívky mohou mít problémy ve všech kritériích, avšak jejich intenzita může být různá. Dívky trpící touto formou anorexie lze dnes hledat i u příznivkyň přehnaného zdravého životního stylu. Například v trendech veganství nebo makrobiotiky. (Beraníková, 2005)

1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Tento pojem není nic novodobého. Zmínky o tomto chování jsou už ve starověku, ale poprvé ho jako bulimia nervosa publikoval v roce 1979 anglický psychiatr Gerard Russel, kde vymezil tři kritéria. (Krch, 2003)

Mentální bulimie se projevuje několika znaky. Nejhlavnějším znakem je zvýšený zájem o vlastní tělo a neustálá kontrola váhy. Dále se objevuje touha po nových dietách a neúnavné cvičení. Ženy mají na první pohled spíše plnější tvar postavy, což neupozorní na problém v oblasti poruch příjmu potravy. Toto onemocnění se objevuje nejčastěji mezi šestnáctým a dvacátým pátým rokem. Není neobvyklé, že tomuto onemocnění předchází mentální anorexie. (Krch, 1999)

Osoby trpící mentální bulimií jsou na jídle doslova závislé, dokáží během svého záchvatového přejídání sníst obrovské množství jídla, a to za poměrně krátkou dobu. Poté se dostaví vyčítavé pocity směřující k tomu, že se musí zbavit snědené potravy a přinutí se ke zvracení. Dojde to do takového stádia, až tato nemoc zcela ovlivňuje celý chod života nemocného.

Mentální bulimii lze dělit na dva typy. Purgativní typ, kdy si pacient pravidelně vyvolává zvracení. Dále zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.

Nepurgativní typ používá drsné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody. (Krch, 2003)

Při přejídání a následném zvracení je běžné, že osoba trpící bulimií nemá z jídla žádné potěšení. Téměř okamžitě se cítí provinile nebo zahanbeně. Většinou trpí myšlenkami, že za situaci může jejich nedostatečná sebekontrola a nekázeň, a to je vede k tomu, že svůj život neovládají. Některé osoby se dokáží velice pečlivě kontrolovat, dodržují přísné diety, cvičí, ale ve chvíli, kdy jsou pod tlakem, či se vyskytnou ve stresové situaci, svou kontrolu zcela ztratí a přestanou se ovládat. (Maloney, Kranz, 1997)

Pro určení diagnózy je třeba zohlednění tří znaků. Vnímání přejídání jako záchvatovitého nebo neovladatelného. Toto je ale vždy pouze subjektivní pocit a u každého jedince se vyskytuje v jiné situaci. Druhý znak, velice podstatný je, že osoba trpí extrémní kontrolou své tělesné váhy. S tím je spojené extrémní cvičení a období hladovění. Třetím znakem je nadměrný zájem o svůj vzhled a tělesnou hmotnost. Sebehodnocení osoby s mentální bulimií je naprosto závislé na tom, jak hodnotí svůj vzhled a své tělesné proporce. (Maloney, Kranz, 1997)

Mentální bulimie je z velkého procenta nemocí žen. Muži jsou postiženi jen z malého procenta zjištěných osob. Objevuje se u všech věkových skupin. U záchvatovitého přejídání není určující množství snědeného jídla ani tělesná hmotnost, ale postoj člověka k jídlu a jeho tělesné hmotnosti. U žen s mentální bulimií je naprosto klíčový vzhled a jejich postava. Stačí vypadat jako dokonalá a úspěšná žena. Bulimičky jsou často paradoxně velmi úspěšné ženy v práci i ve společnosti. Ale je zaznamenáno, že čím více se o této poruše mluví, tím více přibývá bulimiček. Ženy se dozvědí o zázraku, kdy mohou jíst co chtějí a nepřiberou (pokud budou dodržovat cyklus přejídání a pročišťování). (Maloney, Kranz, 1997)

Ženy trpící mentální bulimií vykazují často známky velké únavy, citlivostí na změny počasí, nedostatečnou výkonností a v neposlední řadě změnami ve spánkovém režimu. Jejich pleť má zažloutlou barvu s projevy dermatitid. Oči se zdají býti vypouklé. Stav jejich vlasů se zhoršuje hlavně jejich lámavost a kvalita se zhoršuje. Naopak se objevuje nadměrné ochlupení. Dopady častého zvracení jsou také patrné v trávicím traktu. Žaludeční šťávy způsobují záněty žaludku a také vředy v jícnu. Ženy s mentální bulimií bývají postiženy také hypoglykemií, což znamená, že trpí nízkou hladinou krevního cukru. (Krch, 1999)

Postupem času se obsese jídlom, kterou nemocný trpí, začne projevovat v jeho sociálním životě. Nemocný podřizuje svůj čas potřebám spojeným s mentální bulimií. Jeho nutková touha po jídle, užívání projímadel, utajované zvracení či nepřiměřené cvičení, časem vyvolá i reakce nejbližšího okolí. (Vágnerová, 2008)

U jedinců trpících mentální bulimií lze vyzorovat depresivní stavy či častou podrážděnost. Řešení problémů začne být nepřekonatelné. Myšlenky, které jsou neustále cílené pouze na jídlo, odtrhují pozornost od všeho jiného, což může být i pozorováno v pracovní morálce. (Krch, 2003)

Důsledky častého zvracení se projeví v mnoha zdravotních ohledech. Mohou se vyskytnout kardiovaskulární obtíže, protože časté zvracení je velkou zátěží na srdce. Žaludeční šťávy mají za příčinu zvýšenou kazivost zubů a poškození jícnu. V neposlední řadě, u žen trpících mentální bulimií, mohou nastat problémy s menstruací. Menstruace bývá nepravidelná, či úplně vymizí. V těchto případech hrozí ženě neplodnost, či problémy s početím. (Krch, 2003)

1.3 Faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy

Rodinná dispozice k poruchám příjmu potravy může spočívat v tom, že se mohou dědit různé povahové rysy. Nejzásadnější rysy, které tomuto onemocnění napomáhají, jsou úzkostné stavy a míra citlivosti vůči stresu. Častější výskyt závislostí na alkoholu nebo drogách u rodinných příslušníků byl vyzorován u osob, které trpí onemocněním mentální bulimií. V rodinách, kde se poruchy příjmu vyskytují, můžeme vyzorovat nesprávné stravovací návyky. Není zde jasně stanoven stravovací řád. Často některý člen rodiny drží neustále diety, či nezná míru v jídle, a tak se často přejídá. (Papežová, 2003)

Spouštěčem poruch příjmu potravy u většiny pacientů byla souvislost s nepříjemnou rodinnou událostí. Pro ženy s mentální anorexií bývá často vzorem jejich matka. Jestliže matka sama trpí poruchou příjmu potravy je mnohem vyšší riziko přenosu takového chování na dceru. Je na to poukazováno i z toho hlediska, že matka je prvním zdrojem příjmu potravy pro své dítě. Velkou roli nepochybně může hrát i role otce. Buď je charakterizován jako odměřený až pasivní nebo jako dominantní osoba. Také může být prototypem skvělého

otce, kdy ho dcera bere za svůj vzor, kterému se nemůže rovnat. Prvním impulsem ke spuštění poruchy příjmu potravy, mohou být otcovi slovní narážky na vzhled, či tělesnou hmotnost. (Krch, 1999)

Neméně závažný je faktor sociální. Dnes jsou lidé více vystaveni neúměrnému tlaku na svůj zevnějšek, než tomu bývalo dříve. V médiích se objevují články, které tvrdí, že jen hubený jedinec dokáže být úspěšný a spokojený. Lidé plnoštíhlí jsou odsouváni do ústraní. V literatuře se odborníci shodují, že problémů moderní doby je několik. Problémem nejsou jen média oslavující kult štíhlosti, ale i upadající jídelní kultura nebo zvýšená sociální úzkost. Vnější tlaky na neúměrnou štíhlost, mají dopady na sebedůvěru mladých žen. Mladým ženám jsou předkládány zcela nevhodné a nereálné vzory. Tímto je posilován strach z tloušťky a zároveň je podporováno nepřirozené chování. Ženy se neustále pozorují a věnují své hmotnosti, se kterou jsou nespokojené. Trendům v dietách se zcela přizpůsobil i potravinářský průmysl, který produkuje všemožné nízkotučné výrobky. (Krch, 1999)

Biologický faktor zde také sehrává značnou roli. Tělesný růst je spojený s rostoucí tělesnou hmotností. Jak muži v pubertálním vývojovém období přibývání tělesné hmotnosti vítají, tak mladé ženy jsou k tomuto přibývání na váze spíše skeptické. Dospívající ženy jsou často málo sebevědomé, méně si váží svého těla a jsou citlivější na projevy okolí. (Krch, 1999)

2 Reprodukční zdraví a mateřství žen s poruchou příjmu potravy

Reprodukce a mateřství jsou nejvýznamnější milníky v životě ženy. Ženy s poruchou příjmu potravy mají problém se svou reprodukční schopností. Tyto problémy jsou dány nesprávným způsobem stravování. Rizika s tímto spojená jsou nepravidelný menstruační cyklus, průběh těhotenství, doba poporodní a v neposlední řadě i doba, kdy žena kojí své dítě. (Papežová, 2010)

Může se stát, že u žen s poruchou příjmu potravy nemoc během těhotenství vymizí. Avšak tyto problémy se mohou znovu po porodu objevit. V odborné literatuře jsou popisovány případy, kdy žena během těhotenství trpí úzkostmi či depresemi. Tyto psychické problémy mohou po porodu přetrvávat a může se narušit vztah mezi matkou a dítětem. (Papežová, 2004)

2.1 Dospívání a reprodukční zdraví žen s poruchou příjmu potravy

V odborné literatuře je deklarováno, že první menstruace, která se odborně nazývá menarche, přichází u dívek okolo třináctého roku věku. Menstruace by se měla dostavit ve chvíli, kdy je dívka fyzicky připravená a její tělo je na tento každoměsíční cyklus připraveno. Jestliže dívka trpí podvýživou a její tělesný tuk není dostatečný, menstruační cyklus se opozdí i o několik let. V budoucnu toto možná nebude tak viditelné, jelikož se stále častěji objevují dívky, které menstruuji mnohem dříve a celkově dívky dospívají předčasně. Lékaři se domnívají, že to může způsobovat konzumace kuřecího masa, které obsahuje velké množství hormonů. (Papežová, 2010)

Amenorea neboli absence menstruace se dělí na primární a sekundární. Primární je přirozená absence menstruace před pubertou, v těhotenství a po menopauze. Sekundární amenorea se týká žen, které měly pravidelnou menstruaci a najednou ji nedostaly po dobu tří měsíců. Příčinami bývají stres, úbytek hmotnosti nebo nemoc. Pokud je úbytek hmotnosti o deset až dvacet procent pod normál, klesá drasticky produkce estrogenu a dochází ke ztrátě menstruace.

U žen anorektiček je ve většině případů amenorea vítaná. Je to pro ně pomocník k tomu, aby vypadaly podle svých představ. Díky pohlavní nevyzrálosti a nedospívání, ženské tělo

nedostává své typické tvary. Ženě se nezakulacuje postava, což je pro anorektičky velké plus, jelikož jejich ideální postava se podobá spíše té chlapecké než oblé ženské.

S tím souvisí i sexuální život žen s poruchou příjmu potravy. Ve většině případů u žen trpících anorexií se objevuje ztráta libida. Jejich postoj k sexualitě je převážně odmítavý. Proto jsou také často bez partnera, či nejsou jejich vztahy dlouhodobé. U žen trpících mentální bulimií bývá problém opačný. Ženy dospívají rychleji a jejich zájem o sex bývá někdy až nadměrný. Mají sklony k promiskuitě a nezávaznému sexuálnímu životu. (Papežová, 2010)

2.2 Možnost otěhotnění

„Švédští autoři uveřejnili v jednom z prestižních evropských časopisů, zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy studii, v níž se dotazovali pomocí dotazníků 516 žen 6–7 měsíců po porodu na jejich zkušenosti. Na dotazník jich odpovědělo 454 (88 %), z nichž 11,5 % přiznalo poruchu příjmu potravy, což je více než běžně udávaná čísla. Tyto výsledky proto mohou obsahovat i lehčí „subklinické“ formy onemocnění.“ (Papežová, 2003)

Jak uvádí Papežová (2004), neplodnost u žen trpících mentální bulimií je nejčastěji spojena s takzvaným syndromem polycystických ovarií. Syndrom polycystických ovarií zásadně ovlivňuje plodnost ženy, přičemž jeho příčina není zcela známa. Je charakterizován zvýšenou tvorbou mužských pohlavních hormonů, anovulačními cykly či amenoreou. Tento syndrom způsobuje neplodnost a problémy s menstruačním cyklem. (LabTests Online, 2010)

Psychické aspekty neplodnosti u žen s poruchou příjmu potravy mohou být spojeny se sexuálními problémy, které se u žen s poruchou příjmu potravy vyskytují. U žen trpících mentální anorexií se objevují potíže v sexuálním vztahu tak, že jsou často nenaplněny sexuální touhou nebo jsou v sexuální oblasti nespokojené. Tyto problémy u žen s mentální bulimií nebývají. Ženy trpící mentální bulimií jsou vystaveny předčasné sexuální vyspělosti. Obecně se může u žen s poruchou příjmu potravy mluvit o obavě ze strachu ze změny jak partnerské, tak fyziologické (nárůst hmotnosti v těhotenství).

Psychosociální fungování u ženy trpící poruchou příjmu potravy je nezanedbatelné. Ženy, které trpí poruchou příjmu potravy mají obavy z péče o dítě, obzvláště ze svého vztahu k němu jako matka – dítě. Dítě je narušitelem ženina každodenního chování, které je vztaženo k poruše příjmu potravy. (Krch a kol. 1999)

V akutní fázi poruchy příjmu potravy je většinou zcela nemožné pro ženy otěhotnět jak vlivem hormonální disbalance, tak sníženým libidem. Ale samozřejmě i zde se mohou objevit výjimky potvrzující pravidlo. Mohou se objevit ženy, které otěhotněly v akutní fázi nemoci, kdy ani nemenstruovaly. (Papežová, 2010)

Dle Papežové (2004) se neustále objevuje varování od odborníků pracujících na klinikách pro asistovanou reprodukci. Stále častěji se setkávají s klientkami, které trpí poruchou příjmu potravy. A tento trend zřejmě bude narůstat, protože touha žen a jejich partnerů po dítěti může vést k utajení poruchy příjmu potravy, kterou žena podstupující léčbu trpí.

Na klinikách asistované reprodukce by měl být kladen důraz na to, aby bylo zřejmé, zda žena trpí poruchou příjmu potravy. Jelikož výsledek těhotenství, například u žen trpící mentální anorexií, je závislý také na její hmotnosti a předpokládaném způsobu stravování během těhotenství. (Papežová, 2010)

2.3 Těhotenství u žen s poruchou příjmu potravy

Samotné těhotenství je velká změna i pro ženu netrpící poruchou příjmu potravy. V porovnání žen zdravých, mají ženy s poruchou příjmu potravy hmotnostní přírůstek v těhotenství nižší. Ženy s poruchou příjmu potravy si stále svoji hmotnost hlídají. U žen trpící mentální bulimií se příliš neví, jak moc zneužívají zvracení. Jestli ho záměrně nezaměňují za těhotenské zvracení, nebo jestli zvracení netají. Když se srovnají těhotné ženy s poruchou příjmu potravy a těhotné ženy, které poruchou příjmu potravy netrpí, je udáváno, že v těhotenství ženy s poruchou příjmu potravy nepocítují stálý hlad a nadále se omezují v jídle. (Papežová, 2003)

Ženy s poruchou příjmu potravy skutečnost o své nemoci tají a velmi dobře maskují, tudíž tato skutečnost ošetřujícímu personálu během těhotenství může uniknout. Proto se stane, že žena během těhotenství nepodstoupí pomocné terapie. Bylo zjištěno, že u žen trpících

poruchou příjmu potravy je častěji porod veden císařským řezem než porod spontánním způsobem. Jsou to její druhotné příznaky, které se podepisují na zdraví ženy. (Papežová, 2010)

Poporodní komplikace jsou u žen s poruchou příjmu potravy častější než u zdravých žen. Ženy častěji trpí poporodními depresemi. Tyto problémy jsou úzce spojené s poruchou příjmu potravy. Matky nepřijímají své děti, těžce si k nim vytvářejí vztah. Poporodní problémy mají i novorozenci matek s poruchou příjmu potravy. Děti mají nižší porodní váhu i menší obvod hlavičky než děti žen, které poruchou příjmu potravy netrpí. Je také udáváno, že ženy s poruchou příjmu potravy jsou častěji postihovány spontánními potraty a mají též vyšší pravděpodobnost, že jejich nenarozené dítě bude trpět nějakou formou vrozené vývojové vady. (Papežová, 2010)

Objevil se nový pojem zvaný pregorexie neboli těhotenská anorexie. Můžeme pozorovat, že se vědecká společnost začíná zajímat o problém poruch příjmu potravy mezi těhotnými ženami. Pregorexie je stav, který je charakterizován symptomy a chováním poruch příjmu potravy tak, jak ji známe, ale tento stav se objevuje v těhotenství.

Když se těhotná žena zaměří na diety a cvičení v extrémním smyslu, je pro ni přednější její hmotnost, a ne její zdraví, potažmo zdraví plodu. Žena přijímá nedostatečné množství energeticky vydatné stravy, která je potřeba pro správný vývoj plodu. V důsledku toho může docházet k nízké porodní hmotnosti dítěte, vrozeným vadám a zpomalení růstu plodu.

Nedostatečné množství přísunu živin může ohrozit plod, ale v první řadě ohrožuje matku. V těhotenství se tělo zaměřuje na plod a všechny živiny, snaží dostat k vyvíjejícímu se plodu, a to na úkor matky. Takže když matka omezí například příjem vápníku, tak se vápník, který se vyskytuje v těle matky, přesune k plodu a matku to ohrozí ve formě například osteoporózy nebo osteopenie.

Příčina pregorexie může mít biologický či sociokulturní charakter. V dnešní době může velkou roli hrát posedlost štíhlostí a fascinace známými osobnostmi, které jsou dle časopisů dokonale štíhlé a krásné. Novým trendem je i mateřství u známých lidí, jejich krása v těhotenství a bezprostředně po porodu. Když žena, která je pro poruchu příjmu potravy náchylnější, vidí tyto krásné, dokonalé a usměvavé maminky z obálek časopisů, snadno

podlehne touze být taky taková, a to za každou cenu. Těmto ženám se během těhotenství může rozvinout naplno porucha příjmu potravy, tedy pregorexie.

Porucha příjmu potravy během těhotenství nemůže být podceňována, může mít velice závažné následky jak u plodu, tak u matky. Budoucí matka by měla být pod odborným dohledem lékaře a psychologa či psychiatra. Následky tohoto poruchového chování mohou být velice závažné. U dítěte se mohou po čase objevit poruchy kognitivního vývoje nebo psychické změny. U matky se mohou rozvinout deprese, které mohou narušit vztah matka-dítě. (Mayo, 2008)

2.4 Výživa v těhotenství

U zdravé ženy, která má vyváženou stravu, není nutné přistupovat během těhotenství k užívání potravinových doplňků. Avšak, toto neplatí u ženy, která se nestravuje vyváženě. Ideálním časem, kdy je vhodné začít užívat tablety kyseliny listové a vitamín E, jsou již tři měsíce před plánovaným početím. Pro těhotné a kojící ženy jsou k dostání potravinové doplňky přímo určené k doplnění chybějících vitamínů a minerálů. Hlavními a nejdůležitějšími prvky jsou: kyselina listová, jód, hořčík, železo a zejména vápník. Dostatek těchto prvků umožňuje předcházet vývojovým vad. Nejen výživa je v období těhotenství důležitá, ale i přiměřený pohyb a pobyt v přírodě. (Hourová, 2007)

Správný a pestrý jídelníček těhotných žen je velmi důležitý pro zdravý vývoj plodu i zdraví budoucí matky. Pro zdravý vývoj plodu je vhodné, aby žena dbala na svoji stravu již před otěhotněním. Je důležité, aby žena měla optimální hmotnost, protože ta je spojena s nízkým rizikem nedonošenosti plodu, či ohrožením zdraví matky. V těhotenství se často vyskytují problémy s pálením žáhy, nechutenstvím či nauzeou a hypermesisgravidarium. Nauzea ani hypermesisgravidarium nelze zaměňovat se zvracením, kterým trpí ženy s poruchou příjmu potravy. Důležité je i sledování příjmu různých živin, vitamínů a minerálů. Především je dobré všimnout si příjmu kyseliny listové, železa, jódu, vápníku a vitamínu D. Nedostatek bílkoviny způsobuje nízkou porodní hmotnost novorozence. Správná skladba jídelníčku je důležitá také pro vývoj nervové soustavy dítěte. Dostatek esenciálních mastných kyselin je důležitý pro rozvoj nervové tkáně a mozku plodu. Dostatečná výživa by měla zajistit dobrý

zdravotní stav jak matky, tak plodu. Hmotnostní přírůstek je doporučován mezi osmi až dvanácti kily. Nedostatečný hmotnostní přírůstek je rizikový jak pro ženu, tak i pro nenarozené dítě. Optimální hmotnostní přírůstek ženy je od 10. týdne těhotenství 0,5 kg/týdně. Rizika nedostatečné výživy v těhotenství mohou být: zpomalený růst a vývoj plodu, předčasný porod, předčasně ukončené těhotenství samovolným potratem nebo nízká porodní hmotnost dítěte. Schopnost vstřebávání železa se během těhotenství zvyšuje, a proto je důležité sledovat stav hladiny železa. Nutné je dodat železo ženám, které již před otěhotněním měly své zásoby železa malé. Toto je dáno například chudou stravou ženy. Doplnění vápníku a hořčíku je také nutné v případě, kdy žena trpí jejich nízkou či hraniční hodnotou. Při nedostatku těchto minerálů v těle si plod zajistí jejich přísun z kostních zásob ženy. To má pak za následek zdravotní problémy matky. Pokud žena trpí nedostatkem zinku, může se u ní projevit zvýšené riziko nedonošení dítěte, které pak bude mít nízkou porodní hmotnost. (Dvořáková, 2008)

2.5 Kojení a výživa

Dle Papežové (2004) je velký rozdíl v přístupu ke kojení u žen s poruchou příjmu potravy. Ženy s poruchou příjmu potravy uváděly, že kojily mnohem kratší dobu či vůbec. Otázka ohledně svého pojetí těla byla nejednoznačná. Zřejmě byly dotazovány ženy, které v aktuální dobu netrpěly akutní formou poruchy. Lze předpokládat, že ženám trpícím akutní formou poruchy příjmu potravy se nepodaří otěhotnět.

Ženám s poruchou příjmu potravy, které jsou těhotné či po porodu, je doporučováno, aby využily jednu z forem terapie a navštívili nutričního terapeuta. Tento terapeut pomáhá ženám stabilizovat jejich hmotnost, řešit problémy, které nastaly díky drastickým dietám a hladovění. Nutriční terapeut sestaví nutriční plán, na který dohlíží během těhotenství a následného mateřství. Na dodržování sestaveného jídelníčku by se měl podílet i ošetřující gynekolog. (Maloney, Kranz, 1997)

Matky, které trpí poruchou příjmu potravy, nereagují pozitivně ani na stravování svého dítěte. Tento jejich přístup může závažně ovlivnit pozdější stravování jejich dětí. Ještě

závažnější to může být, pokud je potomek dívka. Dívka si matčino chování může postupně osvojit. (Krch a kol., 2010)

Psychické rozpoložení matky má vliv na dítě. Negativní chování, které odráží její vnitřní neklid, deprese a úzkosti mají dopad na vnímání dítěte. Dítě na tyto projevy reaguje. To vše se může později odrazit na vztahu dítěte k jídlu. (Fraňková, Dvořáková – Janů, 2003)

Stává se, že matky s poruchou příjmu potravy přenáší své problémy se stravováním na své děti. Není ojedinělé, že děti těchto žen mohou trpět nadváhou. Jejich matky neumí dostatečně odhadnout správné množství jídla, které by mělo být vhodné pro jejich děti. Chtějí jim dopřát to, co samy nedopřejí sobě. (Polanská in Zpravodaj Anabell, 2007)

V dnešní době je všudypřítomná přehnaná propagace zdravého životního stylu. Tento trend může u některých senzitivnějších jedinců vyvolat pocit, že mají strach z některých druhů potravin. Postupně tak může vzniknout porucha příjmu potravy. Velký vliv mají dnes známé osobnosti, které mohou šířit povědomí o dietě, která nemusí být vhodná pro zdravé jedince. Odborná společnost se shoduje, že je dnes k vidění na různých sociálních sítích poradenství o zdravém stravování od lidí, kteří viditelně poruchou příjmu potravy sami trpí. Snahou odborníků je snížit pozornost, která je jídlu tolik dopřávána. Je potřeba, aby bylo eliminováno chybné chování v rámci zátěžových situací. Aby nedocházelo k manipulaci s jídlem v situacích, kdy je dítě ve stresu či má nízké sebevědomí. (Papežová in Vitalia.cz, 2019)

V rodině, kde je přítomna nezdravá posedlost zdravou výživou, či praktikování různých druhů diet, se může stát, že dítě toto chování bude napodobovat a dále toto chování rozvíjet. Tímto chováním se může u dětí rozvinout restriktivní porucha příjmu potravy. Je to porucha, která přejímá jen některé anorektické symptomy. Příznaky jsou viditelné ve snížení příjmu potravy, jejího množství a druhu. Toto onemocnění vede k nedostatečné výživě dítěte, která je provázaná s úbytkem hmotnosti a nedostatečnému růstu dítěte. Dále také vede k sociální izolaci, díky tomu, že dítě není schopno konzumovat jídlo v kolektivu. Restriktivní porucha příjmu potravy se týká dětské populace, ale jako jiné poruchy příjmu potravy, i tato přetrvává do dospělosti. Zdánlivá správná opatření v oblasti zdravého stravování může u dětí vyvolat nepříjemné pocity, které vyústí ve fobii z obezity či strachu z jídla. (Papežová in Vitalia.cz, 2016)

2.6 Shrnutí teoretické části

Snaha zmapovat problematiku mentální anorexie a mentální bulimie je hlavní myšlenkou bakalářské práce. Jde o dvě zákeřné nemoci, které na první pohled nejsou zřetelné. Jak blízké okolí nemocné ženy, tak i ona samotná, si toto onemocnění nemusí vůbec připouštět.

Mentální anorexie je podle Krcha porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.

Mentální bulimie je podle Papežové porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti a následným zvracením.

Obě nemoci spadají mezi specifické typy poruch příjmu potravy. Teoretická část práce tyto diagnózy definuje a přibližuje související pojmy s tímto tématem spojené, jako je amenorea, pregorexie či polycystická ovaria. Zmapování těchto pojmů se následně váže k problematice žen s poruchou příjmu potravy v období před početím, v období těhotenství a následně samotného mateřství. Je zde poukazováno na propojení životosprávy matky a dopady na její dítě a rodičovství. Zejména je zdůrazněna důležitost nutriční vyváženosti stravy v mateřství, v době po porodu, a hlavně v období kojení dítěte.

Je žádoucí, že se odborná literatura, touto problematikou zabývá více, než tomu bylo v minulosti. Pozitivním aspektem při popisování problematiky poruch příjmu potravy je snazší dostupnost informací s rozvojem internetu a digitalizací mnoha studií a publikací. Naopak rozvoj sociálních sítí může bohužel výskyt nemoci prohlubovat a zakořeňovat již v mladé generaci dívek, které své ideály krásy hledají právě na zmiňovaných sociálních sítích. Spouštěče poruch příjmu potravy jsou podle Krcha různého charakteru a dle výzkumů mohou být i genetického původu. Dědičné jsou hlavně charakteristické rysy jako sklon k úzkosti či depresi, špatné stravovací návyky nebo neustálé držení diet některého člena rodiny. Upoutání pozornosti na sebe sama, své představy o kráse a způsobu stravování většinou způsobí velmi omezený či až nulový sociální život postiženého jedince. Navození partnerského vztahu může být vzhledem k nízkému sebevědomí a ztrátě energie velmi obtížné.

Zmiňované onemocnění se může týkat i mužů, ale tato práce řeší výhradně ženy.

Empirická část

3 Cíle a metodologie výzkumného šetření

3.1 Cíl práce

Hlavním cílem výzkumného šetření je poskytnout vhled do uvažování žen, které se v období, kdy trpěly poruchou příjmu potravy, rozhodly pro mateřství a aktuálně vychovávají své děti. Práce usiluje o co nejuvěrohodnější přiblížení názorů žen s poruchou příjmu potravy na toto období jejich života, a to v provázanosti s faktory, které jejich prožívání a chování v souvislosti s mateřstvím ovlivňovaly.

Konkrétně je zjišťováno, jak ženy prožívaly a vnímaly těhotenství a dobu těsně po porodu, zda existují případné rozdíly vnímání sebe sama ve fázi mateřství a v době po porodu. Zohledněny jsou také typy poruch příjmu potravy a fáze, ve kterých se ženy nacházely v průběhu těhotenství a v období sběru dat.

3.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky pro empirickou část:

- 1) Jak hovoří ženy s poruchou příjmu potravy o svém způsobu stravování?
- 2) Jak se ženy s poruchou příjmu potravy vyrovnávaly s realitou zvyšující se hmotnosti během těhotenství?
- 3) Jaká měly ženy s poruchou příjmu potravy očekávání s návratem ke své nízké hmotnosti po porodu?

3.3 Metodologie výzkumu

Kvalitativní přístup zpracování dat je zvolen s ohledem na ženy s poruchou příjmu potravy. Snahou výzkumného záměru je komplexní pohled na problematiku předmětu této bakalářské práce.

Práce je pojata jako soubor případových studií. Ucelených jednotlivých případů a faktorů ovlivňující kontext předem určených oblastí života účastnic výzkumu a jejich minulosti. Snahou je popsat každý případ kompaktně a osobitě.

3.4 Výzkumný soubor

Cílovou skupinou byly ženy, které trpí nebo trpěly nějakou z forem poruch příjmu potravy. V tomto výzkumu se jednalo pouze o mentální anorexii, mentální bulimii nebo kombinaci obou nemocí. Byly vyhledány ženy, které již děti mají, to znamená, že mají zkušenost jak s těhotenstvím, tak následně s prožíváním mateřství. Jednalo se o tři respondentky ve věkovém rozmezí mezi 29–54 let, vdané, s jedním až dvěma dětmi.

V první etapě výzkumu se započalo se strukturovanými rozhovory. K získání výzkumného souboru pro rozhovor byl výběr žen z autorčina blízkého okolí. Těchto rozhovorů se zúčastnily tři ženy různého věku a odlišných životních zkušeností.

Následovala druhá etapa, kdy byly osloveny další respondentky přes sociální síť za účelem vyplnění anonymního dotazníku. Dotazníkového šetření se zúčastnilo devět žen různých věkových kategorií.

3.5 Metody získávání dat a jejich sběr

Teoretická část této práce je zpracována na základě studia odborné literatury poskytnuté fondem Národní knihovny, odborných periodik a důvěryhodných internetových zdrojů. Všechny citované prameny jsou uvedeny v seznamu literatury.

První etapa výzkumného šetření proběhla v soukromí respondentek metodou strukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami. Strukturovaný rozhovor byl zvolen hlavně proto, aby byly průkazné odpovědi u každé z respondentek.

Rozhovor je rozdělen na dvě části.

První část rozhovoru pracuje s jasně danými otázkami s otevřenou možností odpovědi. Otázky byly pro všechny respondentky stejné. V druhé části rozhovoru byl dán respondentkám prostor, aby volně hovořily o své minulosti o první zkušenosti s některou z forem poruch příjmu potravy a vlastním rodinném zázemí. Tato data jsou zpracována do

podoby „rodinné anamnézy“. Je rozebrán vztah respondentky se stěžejními členy rodiny a přáteli a jejich osobní postoj k jídlu a stravování obecně.

Druhou etapou metodologie sběru dat v této výzkumné studii je dotazníkové šetření, které proběhlo formou anonymního vyplnění dotazníku skrze sociální síť.

3.6 Zpracování dat

Proběhlé rozhovory jsou vždy uchovány ve formě audiozáznamu, který je následně převeden do písemné podoby v doslovném rozsahu. Získaná data jsou pomocí kódování označena a následně jsou detekované společné prvky odpovědí všech dotazovaných.

Dotazník byl předložen k vyplnění ženám při samotných rozhovorech, tak i anonymním respondentkám přes sociální síť. Jednotlivé odpovědi jsou vyhodnoceny, porovnány a zároveň zaměřeny na zpracování výzkumných otázek týkajících se žen s poruchami příjmu potravy.

3.7 Etika výzkumu

Během výzkumu byla dodržována etická pravidla, která jsou vyžadována pro splnění studie. Všechny účastnice výzkumného šetření byly obeznámeny s účelem sběru dat. Účastnice rozhovorů daly informovaný souhlas ústně. Ženy, které byly ochotny poskytnout rozhovor, byly ujistěny o zachování jejich soukromí.

Aby byla anonymita účastnic zachována, byla všem účastnicím přidělena fiktivní křestní jména a nebyla uváděna žádná fakta, která by mohla způsobit odhalení pravé identity účastnic.

4 Průběh a výsledky výzkumného šetření

4.1 Strukturované rozhovory s matkami, které trpí/trpěly poruchou příjmu potravy

4.1.1 Rozhovor – Blanka, 54 let, 160 cm, 51 kg

(Se svým prvním manželem má dvě děti. Syna 34 let a dceru 29 let. Paní Blanka pochází z rozvedené rodiny. Rodiče se rozvedli v jejích 16 letech a její matka od té doby už s žádným mužem nežila. Otec se znovu oženil, ale další děti s novou ženou neměli. Nyní žije deset let s novým manželem.)

- **Od kolika let trpíte nebo jste trpěla poruchou příjmu potravy?**

Poprvé na střední škole, "zasvětila" mne spolužačka, takže od patnácti let.

- **Jakou poruchou/poruchami příjmu potravy trpíte/jste trpěla?**

Bulimie, později mírná anorexie, jedno období.

- **Docházela jste někdy s tímto problémem k odborníkovi?**

Ano, v období, kdy jsem málo jedla. Docházela jsem k PhDr. Františkovi Krchovi.

- **Věděl, či ví někdo z blízkých, že takovou nemocí trpíte, či jste trpěla?**

Ano, moje děti a snacha.

- **Co u Vás bylo spouštěčem pro PPP?**

Aniž bych chtěla svalovat vinu na jiné, řekla bych, že neustálým matčíným kontrolováním stravy, abych nebyla tlustá (nikdy jsem nebyla Twiggy, ale tlustá těž ne) měla jsem omezený jídelníček, jedla jsem zdravé a netučné. Je fakt, že jsem se léčila se štítnou žlázou, možná mne hlídala i z tohoto důvodu, avšak souvislost mezi onemocněním a mou tělesnou hmotností se, pokud si dobře pamatuji, neprokázalo. Ale vždycky jsem si připadala plnoštíhlejší, než bych chtěla být (tedy teď už ne), obdivně, možná i se závistí, jsem koukala na štíhlejší spolužačky a záviděla jsem okolí, že si můžou vzít na sebe cokoli, a tak jsem byla (a jsem) sebekritická ve smyslu, co si vezmu na sebe (jako nic vypasovaného atd.)

- **Kolik máte dětí?**

Děti mám dvě, chlapce a děvče.

- **Prodělala jste někdy samovolný potrat?**

Ne.

- **Změnila jste své stravovací návyky během těhotenství?**

Ano, během těhotenství jsem se zbavila nucení na zvracení a přibírání jsem neřešila.

- **Přetrvávala u Vás PPP i během těhotenství?**

Ne, tohoto „zlovyku“ jsem se během těhotenství na čas zbavila.

- **Objevila se u Vás porucha příjmu potravy opět po porodu?**

Ano, za delší dobu.

- **Měla jste během těhotenství nepříjemné pocity ze svého přirozeně se měnícího těla?**

Ne, neměla.

- **Snažila jste se po porodu rychle vrátit do původní formy?**

Nespěchala jsem, ale byla jsem ráda, že mohu začít hubnout a cvičit.

- **Změnilo se Vaše chování spojené s poruchou příjmu potravy v těhotenství?**

Zřejmě ano, dovolila jsem si sníst mnohem více, než by bylo za normálního stavu běžné.

- **Jak jste se stravovala během kojení, jestliže jste kojila?**

Jak je u kojících běžné, s ohledem na dítě, aby nemělo potíže.

- **Kolik kilogramů jste během těhotenství nabrala?**

První dítě 19 kilogramů a druhé 30 kilogramů.

- **Měla jste obavu z nabraných kilogramů?**

Ano, v těhotenství jsem se ale neomezovala, po skončení kojení jsem dietami a cvičením zhubla.

- **Jak proběhl porod (přirozený/císařský řez, komplikace/bez komplikací)?**

Přirozené oba dva.

- **Věděl Váš gynekolog o Vaši PPP?**

Ne, v té době se o poruchách příjmu potravy nemluvílo.

- **Vyznáváte nějaký životní styl (veganství, vegetariánství, zdravá výživa apod.)?**

Přes týden zdravá výživa, sestavuji si dávky dle výpočtů, tak jak je vhodné pro můj věk a tělesnou konstituci/celkový počet KJ, podíl tuků, sacharidů, zeleniny, jím doma připravené krabičky, o víkendu se tak nekontroluji, mám za to, že to během pracovního týdne zase vylepším.

- **Jaké stravovací návyky jste učila své dítě či děti?**

Žádná zvláštní výchova v tomto směru neprobíhala, jedly všechno (skoro), dodržoval se normální režim stravování během dne, žádné zakázané potraviny kromě pro děti nevhodných.

- **Cítíte se nyní spokojená?**

Ano.

Rodinná anamnéza

Už ve svých třinácti letech jsem si svou váhu začala hlídat. Nejdříve to začalo držením různých diet. Potom, co mi kamarádka na střední škole řekla, že můžu sníst co chci a nepřiberu, ale potom to musím vyzvracet, jsem to tak začala dělat.

U nás doma se vždy na jídlo hledělo skepticky. Táta byl náruživý sportovec a chtěl ke sportu vést i nás s mámou. Pravidelně jsme měli jednou týdně trénink v tělocvičně, který táta vedl. Každé úterý jsem se těšila na tenisový trénink, ne proto, že bych měla potěšení ze sportu, ale proto, že nám matka připravila chleba s máslem a debrecínkou. Takovou svačinu jsme normálně neměli, bylo to jen proto, že jsme byly po sportovním výkonu. U táty jsem si všimla, že si také dost **hlídá svou postavu**. Dělal si různé koktejly ze zeleniny nebo jedl jen určité druhy jídla. Máma měla odjakživa **negativní poznámky** k mé postavě, a to mě často utvrzovalo, že jsem oplácaná, a ne tak štíhlá, jak bych chtěla být.

Příčiny
poruch
příjmu
potravy

Když jsem přišla na střední školu, spousty holek držely diety. Jedna z kamarádek mi poradila zaručenou vychytávku. Můžu sníst cokoliv a nepřiberu, ale musím to vyzvracet. V tomto období jsem k dietám přiřadila i pravidelné zvracení.

Těhotenství

Při prvním těhotenství, kdy jsem čekala syna, jsem si dovolila jíst cokoliv, a to bez výčitek.

Tenkrát jsem bydlela s mámou a sestrou, manžel byl na vojně. Sestra v době mého prvního těhotenství pracovala jako brigádnice v pekárně a nosila domů

Stravovací
návyky
v těhotenství

čerstvé koblíhy. Byla jsem schopna jich **sníst** i pět na posezení. **Bez** jakýchkoliv **výčitek**. To by se mi nikdy před tím nestalo. Nehledě na to, že koblíhu bych dříve vůbec nesnědla.

Po tom, co se syn narodil, jsem byla rozčarovaná, co s nabranými kily budu dělat. Přibrala jsem skoro dvacet kilo a bylo to příšerný. Syn nebyl kojený, měla jsem vpáčené bradavky a přes klobouček to neutáhl. Takže jsem mohla začít držet dietu a alespoň doma cvičit. S dcerou už jsem si v těhotenství takovou volnost nedala. Přece jen jsem už měla vlastní domácnost a jedno dítě, takže jsem ani neměla na sebe moc času. Ale i přesto, jsem nabrala třicet kilo. Dceru jsem musela kojít rok, protože měla intoleranci na kravské mléko a tenkrát jsme si z finančních důvodů nemohli dovolit umělé mléko pro alergiky. Byla jsem našťvaná, že se nemohu omezit pořádně v jídle a tolik cvičit. Kila jsem shodila až po tom roce, kdy jsem začala chodit na aerobic a držela dietu.

Anorexie se u mě objevila na přechodnou dobu. Bylo to těžké období. Začalo to tím, že se mi nedařilo v partnerském životě. Toužila jsem po muži, který by mě měl rád a byl mi oporou v životě. Bohužel jsem v té době potkávala jen samé nevhodné muže. Když jsem ve velkém stresu, přestanu jíst, tak jsem v té době začala hubnout. To se mi líbilo. A tak jsem přestala jíst skoro úplně. Zhubla jsem na čtyřicet pět kilo. Bylo mi v té době už něco přes čtyřicet let a synova přítelkyně si všimla, že můj stav už není normální. Snažila se se mnou o tom mluvit, ale já jsem zarytě tvrdila, že problém nemám a že si to všechno vymýšlí. Po čase, kdy jsem už po několikáté zkolabovala v práci a museli mě odvézt do nemocnice jsem si uvědomila, že opravdu pomoc potřebuji. Dostala jsem se do rukou pana doktora Krcha. Docházela jsem za ním do nemocnice na Karlově náměstí. Nebylo mi to vůbec příjemné. Celé se mi to dost nelíbilo. A ani to vzhledem k jeho metodám moc nepomohlo.

Současnost

Ale po čase jsem si řekla, že to **musím zvládnout** stejně sama, a tak jsem si našla alternativu ve zdravém stravování. Denně si vařím a připravuji jídlo na druhý den. Tato metoda stravování mě umožňuje myslet tak, že si jídlo **připravím vyváženě** a neztloustnu, ale zároveň bych měla dostat do svého těla

Aktuální fáze poruchy příjmu potravy

potřebné živiny. Díky této dietě jsem již velmi dlouho neměla žádnou bulimickou epizodu. Teď jsem také začala cvičit, ale spíše ze zdravotních důvodů, respektive kvůli benefitům, které pohyb jako takový přináší. A mám radost i z toho, že poprvé cvičím nikoli kvůli hubnutí, ale protože mne to baví.

4.1.2 Rozhovor – Kristýna, 30 let, 163 cm, 54 kg

(Se svým manželem vychovává jedinou dceru a jsou spolu již osm let. Paní Kristýna je z rozvedené rodiny. Rodiče se rozvedli velice brzy a ona vyrůstala pouze s matkou. Otce vídá až od své dospělosti.)

- **Od kolika let trpíte nebo jste trpěla poruchou příjmu potravy?**
Přibližně od šestnácti let.
- **Jakou poruchou/poruchami příjmu potravy trpíte/jste trpěla?**
Mentální bulimii.
- **Docházela jste někdy s tímto problémem k odborníkovi?**
Ano, k panu doktorovi Františku Krchovi.
- **Věděl, či ví někdo z blízkých, že takovou nemocí trpíte, či jste trpěla?**
Ano, rodina a blízcí přátelé.
- **Co u Vás bylo spouštěčem pro PPP?**
Malé sebevědomí a touha být štíhlá.
- **Kolik máte dětí?**
Jednu dceru.
- **Prodělala jste někdy samovolný potrat?**
Ne.
- **Změnila jste své stravovací návyky během těhotenství?**
Ani ne, jen jsem přidala více zeleniny a ovoce.
- **Přetrvávala u Vás PPP i během těhotenství?**
Ne.
- **Objevila se u Vás porucha příjmu potravy opět po porodu?**
Zatím neobjevila.
- **Měla jste během těhotenství nepříjemné pocity ze svého přirozeně se měnícího těla?**
Ne, neměla.
- **Snažila jste se po porodu rychle vrátit do původní formy?**
Celkem ano.
- **Změnilo se Vaše chování spojené s poruchou příjmu potravy v těhotenství?**

Řekla bych že ano, snažila jsem se stravovat tak, abych neměla výčitky, vůči sobě nebo dítěti.

- **Jak jste se stravovala během kojení, jestliže jste kojila?**

Jedla jsem věci, které nenadýmají, vynechávala pálivá a kořeněná jídla a řídila jsem se tím, co je při kojení matkám doporučováno.

- **Kolik kilogramů jste během těhotenství nabrala?**

Přibrala jsem jedenáct kilogramů.

- **Měla jste obavu z nabraných kilogramů?**

K mému údivu ne.

- **Jak proběhl porod (přirozený/císařský řez, komplikace/bez komplikací)?**

Snaha o přirozený porod z důvodu absolutně (dle lékařky) krátkého pupečníku, jsem musela porodit císařským řezem.

- **Věděl Váš gynekolog o Vaši PPP?**

Ne.

- **Vyznáváte nějaký životní styl (veganství, vegetariánství, zdravá výživa apod.)**

Ano, s přítelem jsme vegetariáni.

- **Jaké stravovací návyky jste učila své dítě či děti?**

Hodlám své dítě učit jíst vše i maso.

- **Cítíte se nyní spokojená?**

Ano, velice.

Rodinná anamnéza

Bulimií jsem začala trpět na střední škole. Jako každá holka v tomto věku jsem **chtěla být** hezká a **štíhlá**. **Máma byla vždy velmi štíhlá** a celkově působila drobným dojmem. Já jsem sice taky malá, ale vždy jsem měla takovou chlapeckou postavu, ne moc ženskou. Široká ramena, ne moc štíhlý pas a velmi malá prsa. Chtěla jsem vypadat více žensky, řekla bych subtilněji. Naši se rozvedli, když jsem byla malá a máma se trochu potýkala s pitím. Tátu jsem přestala vídat. Až teď, v poslední době jsme se znovu začali scházet.

Příčiny
poruch
příjmu
potravy

V pubertě jsem se s bulimií hodně prala. Měla jsem obrovské záchvaty žravosti. Ty končily ihned zvracením. Ale spořádala jsem hory jídla, uklidňovalo mě to. Jen ty výčitky potom byly nesnesitelné. Před maturitou jsem se odstěhovala z domova a bydlela jsem u tehdejšího přítele, který o mojí nemoci neměl vůbec tušení. V té době jsem se i začala hlídat v tom kolik toho jím. Dost jsem v té době zhubla. Máma o mých problémech věděla a zařídila, abych docházela k panu doktorovi Krchovi. Neviděla jsem nějaké zlepšení, přišlo mi to tenkrát jako ztráta času.

Těhotenství

Během těhotenství jsem ani moc nepřibrala. Bylo mi na začátku docela zle. A ani jsem si **nechtěla** nic moc **odpírat**, říkala jsem si, že ty kila shodím, neměla jsem z toho nějakou velkou hrůzu.

Stravovací návyky v těhotenství

Ani jednou jsem během těhotenství nezvracela úmyslně. Vůbec jsem tyto myšlenky neměla. Velmi krátce po porodu jsem byla na své původní váze. Šlo to celkem samo v důsledku intenzivní a nepřetržité péče o mou dceru. Bohužel jsem ji nemohla moc dlouho kojit, protože jsem měla zřejmě málo mléka. Dcera ve třech měsících neměla takový příbytek na váze, který by byl žádoucí pro její optimální a fyziologický vývoj. Přistoupili jsme tedy k alternativnímu způsobu výživy, a to k umělé výživě vhodné pro novorozence daného věku. Po nakojení vždy dcera dostala lahev s touto alternativní výživou, na kterou si pak zvykla úplně, protože to pro ni bylo jednodušší. Zatím se cítím dobře a nemám potřebu se nějak kontrolovat, doufám, že i to, že mám dceru, mě donutí se na sebe a na to, jak se stravujeme, dívat v lepším světle. Natálka je pro mě vším. Chci být kvůli ní zdravá máma. Negativní pocity a výčitky z jídla rázem zmizely. Doufám, že se tyto pocity už nikdy nevrátí.

Poznámka autora: lze jen spekulovat, ale bylo více než pravděpodobné, že se jednalo o tzv. růstový spurt dítěte, který nemohl být pravděpodobně uspokojen množstvím a kvalitou mléka respondentky. Dle Evy Kiedroňové, specialistky a autorky mnoha publikací na téma vzdělávání rodičů v oblasti péče o dítě a jeho přirozeného psychomotorického vývoje do jednoho roku, je zapotřebí, pokud dojde k tzv. růstovému spurtu, aby matka nepřestávala své dítě kojit a nepropadala panice a bezmoci dítě zcela nasytit. Aby se zvýšila tvorba mléka, je zapotřebí kojit. Během kojení je ideální vystřídat prsy i klidně 4 x, čímž se tvorba mléka podpoří. (Kiedroňová, 2017)

Současnost

Až teď s mým manželem jsem se dokázala se svou postavou sžít. Byl mi **velkou oporou**. Měla jsem k němu od začátku velkou důvěru a svěřila se mu. On mi pomohl v mé sebedůvěře. Také mě přivedl k **vegetariánství**. Je to takový náš životní styl. Rádi chodíme do restaurací, ve kterých nabízejí vegetariánská nebo i veganská jídla.

Aktuální fáze poruchy příjmu potravy

Manžel je vášnivý ekolog, a tak je mu tento typ stravování blízký, i kvůli zvířatům. Mě tato kuchyně vyhovuje i svou lehkostí a důrazem na čerstvé a zdravé potraviny. Neholdujeme rychlému občerstvení.

4.1.3 Rozhovor – Lenka, 29 let, 173 cm, 57 kg

(Se svým manželem je již čtrnáct let a společně vychovávají jejich dvě dcery. Paní Lenka je z rozvedené rodiny, oba rodiče si brzy po rozvodu našli nové partnery, se kterými jsou dodnes.)

- **Od kolika let trpíte nebo jste trpěla poruchou příjmu potravy?**
Asi od patnácti let.
- **Jakou poruchou/poruchami příjmu potravy trpíte/jste trpěla?**
Mentální bulimii, chvíli mentální anorexií.
- **Docházela jste někdy s tímto problémem k odborníkovi?**
Nikdy.
- **Věděl, či ví někdo z blízkých, že takovou nemocí trpíte, či jste trpěla?**
Ne.
- **Co u Vás bylo spouštěčem pro PPP?**
Touha po tom být štíhlá. Měla jsem vždy dojem, že jsem nejvíce oplácaná z mých vrstevnic, a hlavně v kruhu mých spolužaček.
- **Kolik máte dětí?**
Dvě dcery.
- **Prodělala jste někdy samovolný potrat?**
Ano.
- **Změnila jste své stravovací návyky během těhotenství?**
Stravovací návyky ne, ale přestala jsem si vyvolávat zvracení.
- **Přetrvávala u Vás PPP i během těhotenství?**
Ne.
- **Objevila se u Vás porucha příjmu potravy opět po porodu?**
Zatím neobjevila.
- **Měla jste během těhotenství nepříjemné pocity ze svého přirozeně se měnícího těla?**
Ano, měla, u druhého těhotenství výrazně.
- **Snažila jste se po porodu rychle vrátit do původní formy?**
Ano, snažila jsem se jíst méně, než by asi bylo běžné pro kojící matku.
- **Změnilo se Vaše chování spojené s poruchou příjmu potravy v těhotenství?**

U prvního těhotenství jsem byla spokojená, protože jsem si dovolila vše na co jsem měla chuť, a to bez výčitek. U druhého těhotenství jsem jedla už s obavou, že zase hodně přiberu.

- **Jak jste se stravovala během kojení, jestliže jste kojila?**

Tak, jak je kojícím ženám doporučováno.

- **Kolik kilogramů jste během těhotenství nabrala?**

U prvního dítěte 18 kilogramů. U druhého dítěte 12 kilogramů.

- **Měla jste obavu z nabraných kilogramů?**

U prvního těhotenství ne, ale u druhého jsem se již držela.

- **Jak proběhl porod (přírozený/císařský řez, komplikace/bez komplikací)?**

Oba přírozené, bez komplikací.

- **Věděl Váš gynekolog o Vaši PPP?**

Ne.

- **Vyznáváte nějaký životní styl (veganství, vegetariánství, zdravá výživa apod.)**

Ne, žádný.

- **Jaké stravovací návyky jste učila své dítě či děti?**

Bez jakýchkoliv omezení, snažím se nic nezakazovat a poskytnout vše, na co má chuť v rozumné míře.

- **Cítíte se nyní spokojená?**

Ano.

Rodinná anamnéza

Naši se rozvedli, když mi bylo pět. Táta si našel novou přítelkyni a máma taky. Najednou jsem měla o tři nevlastní sourozence víc. To se mi moc líbilo. I přes to, že se rodiče tenkrát rozvedli, dodnes mají své partnery, které si našli po rozvodu, takže mě nezatěžovali dalšími změnami.

Už od mala jsem si připadala trochu tlustší, chtěla jsem být spíše jako ty malé hubené holčičky, které jsou samá noha samá ruka. Celkem brzy jsem začala dospívat a má postava byla čím dál více kulatější. Narostla mi celkem velká prsa a také zadek, ale jinak když se na to podívám z dnešního pohledu, tak jsem byla stále štíhlá, jen mám postavu ve tvaru hrušky.

Nejvíce mě to trápilo na střední škole, což bylo asi stěžejním obdobím v mém počínajícím problému s poruchou příjmu potravy. Moje třída byla plná spolužaček, které byly jako z časopisu. Skvělé postavy, skvěle oblečené a také velmi chytré. Cítila jsem **velký tlak** na to, abych taky **vypadala perfektně**. Nikdy jsem netíhla ke sportu, a tak jsem si řekla, že se musím omezit v jídle. Začala jsem velice střídavě jíst, až to o prázdninách došlo tak daleko, že jsem nejedla skoro nic.

Příčiny
poruch
příjmu
potravy

Toho léta, které jsem trávila na táboře, mi dvě kamarádky říkaly o dobré metodě hubnutí. Když už máš hrozný hlad, tak si něco dej, ale pak se vyzvracej a neztlousteš. Nebo taky můžeš jíst vatu. To mi řekly tenkrát kamarádky na dotaz, jak mám zhubnout. Po prázdninách mě nadchly komentáře od spolužáku, jak vypadám báječně a jak mi to sluší. To mne utvrdilo v tom, že toto je dobrá cesta. Po tom, co jsem se s kamarádkou bavily o bulimii, kterou trpěla, mě napadlo to také vyzkoušet. Jídla jsem přidala, ale zvracení se objevilo na denním seznamu. I když jsem v té době měla spokojený partnerský vztah a přítel mě ubezpečoval, jak jsem krásná, tak to mi nestačilo k tomu, abych toho nechala.

Těhotenství

Když jsem otěhotněla s první dcerou, tak jsem si totálně upustila uzdu. **Snědla** jsem **na co jsem přišla**. Přesně jsem dodržovala to, že jím za dva. Nejvíce jsem si ujížděla na čokoládě a na koláčích.

Stravovací
návyky
v těhotenství

Přibrala jsem dvacet kilo. Bylo mi jasné, že všechno nepůjde hned dolů. Měla jsem ale velký strach, že už je nikdy nezhubnu jako moje máma. Začala jsem se hned po návratu z porodnice omezovat v jídle. A kila byla v zásadě do konce šestinedělí pryč. A do roka bylo dalších mnoho kilo pryč. Byla jsem nadšená.

V době, kdy jsem čekala druhou dceru **jsem se krotila**. Bála jsem se, že kila už nepůjdou tak super rychle dolu. Měla jsem i pár příhod, kdy jsem v těhotenství **úmyslně zvracela**. Z tohoto chování jsem samozřejmě měla velké výčitky. Bála jsem se, abych neublížila malému, a aby měla všechno co

Stravovací
návyky
v těhotenství

potřebuje. Jenže bylo to silnější než já. Ale krátce po porodu jsem všechna kila měla dole, a to mě uklidnilo natolik, že jsem se ke zvracení neuchýlila.

Současnost

Doted' si váhu hlídám. Jím, na co mám chuť, ale nevečeřím a snažím se mít poslední jídlo oběd. Jen tak jsem schopna být bez výčitek a neuchylovat se k tomu, že bych po jídle musela jít zvracet. Nedokážu si odepřít sladké. Abych neměla výčitky ze sladkého, snažím se to vyvážit pohybem. Ne, že bych cíleně cvičila, ale snažím se třeba více chodit, vytvářet pohybové aktivity s dětmi, nelenošit na gauči a snažím se být čínorodá. Nikdy mi nechutnaly nějaká super zdravá jídla. Než abych byla o salátu, tak to radši nebudu jíst vůbec. Moc se snažím jíst a pak to vyvážit adekvátním pohybem. Tak abych si udržela štíhlou postavu, ale byla správně živená.

Aktuální
fáze
poruchy
příjmu
potravy

Velmi žádoucí v mém boji s odbouráním myšlenek na skvělé tělo je fakt, že již nejsem na střední škole a tím pádem v denním kontaktu se svými spolužačkami.

5 Analýza dat z výzkumného šetření

Výzkumné šetření ukázalo několik hlavních témat, které bylo možné shrnout do těchto tří bodů:

- 1) Příčina poruchy příjmu potravy
- 2) Stravovací návyky v těhotenství
- 3) Aktuální fáze poruchy příjmu potravy

Jednotlivé body jsou níže krátce rozpracované na základě odpovědí respondentek.

5.1 Příčina poruchy příjmu potravy

Všechny dotazované ženy uvedly, že se u nich porucha příjmu potravy objevila v období dospívání, kdy se začaly porovnávat se svými vrstevnicemi. Spouštěčem poruchy příjmu potravy byla nespokojenost s vlastním tělem a pocit, že nevyhovují svému ideálu krásy. Domnívaly se, že k dokonalé postavě mají hodně daleko. Tyto předpoklady si samy vysnily a chtěly se tomuto předobrazu přiblížit. Ideál každá hledala jinde. Jedna z respondentek si jako svůj vzor krásy vzala svou matku. Pro další respondentku byla dokonalá postava ztělesněná v jejích spolužačkách, které si postavila na pomyslný piedestal. A v neposlední řadě se také objevil vzor ve známé osobnosti, která byla populární v médiích její doby. Dokonce jedna z respondentek uvedla, že tlak na štíhlou postavu byl i ze strany rodiny, a to hlavně od matky, kdy byla matkou často kritizována. Otcem byly se sestrou drilované ve sportu, aby měly dostatečný pohyb, za který byla odměna ve formě kalorické svačiny. *„Každé úterý jsem se těšila na tenisový trénink, ne proto, že bych měla potěšení ze sportu, ale proto, že nám matka připravila chleba s máslem a debrecínkou. Takovou svačinu jsme normálně neměli, bylo to jen proto, že jsme byly po sportovním výkonu.“ (Blanka, kap. 4.1.1)*

Dvě respondentky dokonce uvádějí, že toto netypické až poruchové formy stravování jim ukázala jedna z kamarádek. *„Toho léta, které jsem trávila na táboře mi dvě kamarádky říkaly o dobré metodě hubnutí. Když už máš hrozný hlad tak si něco dej, ale pak se vyzvracej a neztlostneš. Nebo taky můžeš jíst vatu. To mi řekly tenkrát kamarádky na dotaz, jak mám zhubnout.“ (Lenka, kap. 4.1.3)*

5.2 Stravovací návyky v těhotenství

Shodně všechny respondentky tvrdily, že během alespoň prvního těhotenství netrpěly žádnými výčitkami svědomí ohledně snědeného jídla. *„Sestra v době mého prvního těhotenství pracovala jako brigádnice v pekárně a nosila domů čerstvé koblihy. Byla jsem schopna jich sníst i pět na posezení. Bez jakýchkoliv výčitek. To by se mi nikdy před tím nestalo. Nehledě na to, že koblihu bych dříve vůbec nesnědla.“* (Blanka, kap. 4.1.1)

Až na jednu výjimku, ženy nepociťovaly žádný problém se zvyšováním své tělesné hmotnosti v těhotenství. Zajímavé je, že jedna z respondentek tento problém v prvním těhotenství vůbec nebrala v potaz, ale u druhého těhotenství to jako problém pociťovala. Nejednou se uchýlila také k bulimickému chování, ze kterého měla posléze výčitky. Bála se o zdraví svého nenarozeného dítěte.

Nejen že se dotázané ženy shodovaly v tom, že jedly nadměru toho, co byly do té doby zvyklé, ale také se shodly, že začaly jíst sladké. *„Máma mi každý týden vozila snad deset tvarohových koláčků z pekařství v jejich sousedství. Bohužel ke konci těhotenství jsem s koláčky musela přestat, ne že by se dostavily negativní pocity, ale že jsem trpěla strašným pálením žáhy, kterou způsobovalo sladké jídlo.“* (Lenka, kap. 4.1.3)

Snaha vrátit se k původní váze, jakmile to bude možné byla u všech shodná. Všechny respondentky byly ochotné své děti kojit. V některých případech to nešlo, ale to byl spíše problém jiný, a pravděpodobně nebyl spojen s poruchou příjmu potravy. Některá z žen snížení své hmotnosti řešila dietami a cvičením, jiné to nechaly plynout, když viděly, že o nabraná kila přicházejí tak, jak přišla péče o novorozené dítě. Díky nevyspání a různým aktivitám okolo domácnosti a dítěte. V období, kdy ženy kojily, se snažily správně stravovat, aby bylo dětem dopřáno to nejlepší pro jejich výživu a správný psychomotorický vývoj.

5.3 Aktuální fáze poruchy příjmu potravy

Dotazované se shodují, že jejich stav, spojený s poruchou příjmu potravy, je v současné chvíli stabilizovaný. Jedna z respondentek dokonce již několik let drží tzv. krabičkovou dietu. Touto dietou se udržuje štíhlá dle svých představ. *„Tato metoda stravování mě umožňuje myslet tak, že si jídlo připravím vyváženě a neztloustnu, ale zároveň bych měla*

dostat do svého těla potřebné živiny. Díky této dietě jsem již velmi dlouho neměla žádnou bulimickou epizodu.“ (Blanka, kap. 4.1.1) Toto bychom mohli považovat za řešení, jak se zpátky neuchylovat k anorektické či bulimické diagnóze. Můžeme to ohodnotit i tak, že se respondentka snaží o zdravý životní styl, prostřednictvím naplánovaného a předem připraveného jídelníčku.

U jedné z respondentek zřejmě sehrál velkou roli v uzdravování její partner. Sama přiznává, že ji byl velkou oporou a že ji dokázal naslouchat a podpořit. I díky partnerovi se dokázala naučit správně stravovat, i když to znamenalo přejít na jiný styl stravování. Vegetariánství je nyní pro oba jakýmsi stylem života, ve kterém se oba cítí dobře, a hlavně to má pozitivní vliv na respondentku.

Pouze jedna z dotázaných uvedla, že se cítí naprosto uzdravená, a to hlavně díky její novorozené dceři. *„Natálka je pro mě vším. Chci být kvůli ní zdravá máma. Negativní pocity a výčitky z jídla rázem zmizely. Doufám, že se tyto pocity už nikdy nevrátí.*“ (Kristýna, kap. 4.1.2)

Jedna z respondentek má stále obavy, aby nezakolísala a nevrátila se ke svému poruchovému chování. Stále si svou hmotnost hlídá. Má svůj určitý zažitý jídelní rituál a při jeho porušení začne být nespokojená. Ale jako jediná z dotázaných se snaží o zdravý pohyb. Není to žádná přemíra cvičení, ale intenzivní zdravý a přirozený pohyb.

5.4 Shrnutí výsledků z rozhovorů

Všechny účastnice rozhovorů trpěly poruchou příjmu potravy od svého dospívání. V průběhu všech svých těhotenství ani jednou nenahlásily, že se potýkají s poruchou příjmu potravy.

Všechny respondentky shodně tvrdily, že jsou nyní spokojené. Žádná z respondentek neuvedla, že by se nacházela v akutní fázi poruchy příjmu potravy. Z rozhovorů vyplynulo, že se jen jedna z respondentek svěřila manželovi o své nemoci. Manžel ji plně podporuje a psychicky pomáhá. Zbylé respondentky neuvedly, že by se svěřily svým partnerům. Respondentky se shodly na tom, že i když některá z nich vyznává zdravý životní styl, tak

své děti nijak neomezuje, nenutí je k vegetariánství nebo k nějaké dietě. Všechny mají dobré sociální a partnerské zázemí.

6 Výsledky a vyhodnocení dotazníkového šetření

V následující kapitole jsou podrobněji rozebrány odpovědi na otázky obsažené v dotazníku. U otázek, které jsou otevřené jsou vždy vypsány nejčastější odpovědi, které respondentky uváděly. Uzavřené otázky jsou vyznačeny součtem dané odpovědi pro lepší přehlednost. Dotazník vyplnilo pouze devět respondentek, a proto je tento výzkumný projekt pouze podpůrný. Zpracování dotazníku je tedy kvalitativního rázu a je uvedeno v následujícím textu.

Dotazník byl předložen i respondentkám, které byly ochotny se zúčastnit rozhovoru. Zbylé respondentky byly osloveny přes sociální sítě, tedy dotazník vyplnily anonymně. Tento výzkumný vzorek nelze považovat za reprezentativní, i přesto je v práci zastoupen pro svůj přínos.

Z dotazníkového šetření je patrné, že se ho zúčastnily pouze ženy. Věkové rozmezí respondentek bylo mezi 25–54 let věku. Věkový průměr byl 33 let. Dále jsou výsledky prezentovány s v tematických okruzích, které korespondují s výzkumnými otázkami.

a) Vznik poruch příjmu potravy

Nejčastější odpovědi respondentek na období vzniku jejich poruchy příjmu potravy bylo období dospívání. Toto tvrzení se shoduje s tím, co můžeme najít v odborné literatuře. Odborníci se domnívají, že propuknutí poruchy příjmu potravy je nejčastěji právě v období dospívání. Toto období se vyznačuje precitlivělostí vůči názorům okolí. Špatně zvolený komentář týkající se postavy může přispět k rozvinutí poruch příjmu potravy. Častější poruchou příjmu potravy, kterou respondentky označily, byla mentální anorexie. Mentální anorexií trpí/trpělo pět dotázaných a mentální bulimií čtyři dotázané. Převážná většina dotázaných žen někdy navštívila odborníka specializujícího se v oblasti poruch příjmu potravy. Odborníka navštívilo sedm z devíti respondentek. Dokonce dvě respondentky, které se zúčastnily výše popsaných rozhovorů, uvedly, že docházely k panu doktorovi F. Krchovi. Respondentky se až na jednu shodly v odpovědi, že se svěřily se svým problémem týkající se poruchy příjmu potravy někomu ze svého okolí.

b) Příčiny poruchy příjmu potravy

Spouštěče poruch příjmu potravy byly různé, ale nejvíce se opakovaly odpovědi, které souvisely s malým sebevědomím nebo s tím, že se respondentky potýkaly s poznámkami o jejich postavě – „*Aniž bych chtěla svalovat vinu na jiné, řekla bych, že neustálým matčíným kontrolováním stravy, abych nebyla tlustá (nikdy jsem nebyla Twiggy, ale tlustá též ne) měla jsem omezený jídelníček, jedla jsem zdravé a netučné.*“ V odborné literatuře je jedním ze spouštěčů poruch příjmu potravy uváděno nízké sebevědomí jedince. Dále je také často uváděn tlak okolí, ať už rodiny, přátel či médií.

c) Stravování v těhotenství a následném mateřství

Všechny dotazované ženy jsou již matkami, a tak mohly uvést dosavadní počet svých dětí. Pouze dvě respondentky měly jedno dítě a zbylé respondentky uvedly, že jsou matkami dvou dětí. Samovolný potrat prodělala jedna z dotázaných respondentek. Osm takovou zkušenost neměla. Sedm z devíti respondentek uvedlo, že těhotenství pro ně byl impuls k tomu, aby zvážily své dosavadní stravování. Lze uvažovat to, že u nich převládl mateřský pud nad jejich nemocí a snaha o prospěch svého nenarozeného dítěte. Během těhotenství své stravování upravily tak, aby to bylo vhodné pro správný vývoj dítěte. S tím byla úzce spjata další navazující otázka. Porucha příjmu potravy přetrvávala i v období těhotenství u dvou z respondentek. Odpověď, zda se u nich opět objevila porucha příjmu potravy po porodu negovalo sedm z dotázaných a dvě si byly vědomy jejího opětovného propuknutí. Nepříjemné pocity během těhotenství související s přibíráním pocítovaly čtyři respondentky. Pět respondentek uvedlo, že se u nich takovéto pocity během těhotenství nedostavily. Nejčastěji respondentky odpovídaly, že se snažily stravovat tak, aby bylo dítěti předáno dostatečné množství výživových látek bohatých na cukry, tuky, bílkoviny, minerály a stopové prvky pro správný vývoj dítěte. Činily tak jak v období těhotenství, tak v období, kdy bylo dítě kojeno. Většina respondentek uvedla, že během těhotenství si dovolily více jídla, než by tomu bylo v době, kdy nebyly gravidní. Jejich chování související s poruchou příjmu potravy se změnilo ku prospěchu správně se vyvíjejícího se těhotenství. Rozmezí nabraných kilogramů během těhotenství se pohybovalo mezi sedmi a třiceti kilogramy. Průměr se pohyboval okolo čtrnácti kilogramů. Obavu z nabraných kilogramů měly čtyři respondentky a pět respondentek nabrané kilogramy netrápily. Celkový počet porodů u respondentek byl šestnáct porodů. Z celkového čísla bylo uvedeno, že šest porodů bylo vedeno císařským řezem a deset porodů proběhlo spontánně. V literatuře je uváděno, že

těhotenství ženy s poruchou příjmu potravy častěji končí císařským řezem než porodem spontánním, což toto dotazníkové šetření nepotvrdilo.

Naprostá většina respondentek uvedla, že o jejich poruše příjmu potravy nebyl jejich gynekolog informován. Tato informace je důležitá, jelikož dle Papežové je zcela zásadní tuto informaci sdělit ošetřujícímu zdravotnickému personálu během těhotenství.

d) Současná situace stravování

Co se týká pojmu „zdravý životní styl“, tři respondentky popsali, že dodržují nějaký z forem zdravého životního stylu a v rámci něho se snaží zdravě stravovat a tím snáze regulovat svoji hmotnost. *„Přes týden zdravá výživa, sestavuji si dávky dle výpočtů, tak jak je vhodné pro můj věk a tělesnou konstituci/celkový počet KJ, podíl tuků, sacharidů, zeleniny, jím doma připravené krabičky, o víkendu se tak nekontroluji, mám za to, že to během pracovního týdne zase vylepším.“* Šest respondentek se nedomnívá, že by nějaký výjimečný zdravý životní styl vyznávalo. V oblasti stravování dětí respondentek se nejvíce objevovala odpověď, že se nesnaží své děti nijak dietně omezovat a dopřejí jim v rozumné míře, na co děti mají chuť. V subjektivně posuzující otázce ohledně jejich stavu nynější spokojenosti uvedlo sedm respondentek, že jsou nyní spokojené a dvě uvedly, že se spokojeně necítí.

7 Závěr

Hlavním obsahem bakalářské práce jsou jak teoretické poznatky, tak výzkumná šetření zaměřená na ženy s poruchou příjmu potravy během těhotenství a mateřství.

Cíle vytyčené na začátku výzkumného šetření se naplnily. Z rozhovorů můžeme porozumět pohnutkám, které vedly respondentky k začátkům poruch příjmu potravy. Ukázaly nám jejich stravovací návyky, které měly v období těhotenství. V neposlední řadě bylo respondentkami objasněno jejich nynější stravování.

V teoretické části jsou na podkladě literární rešerše předloženy klíčové poznatky odhalující nástrahy, kterým čelí matky s poruchou příjmu potravy. Bylo důležité seznámit se s reprodukčním systémem zasaženým poruchou příjmu potravy a obeznámit se s komplikacemi, které mohou nastat po porodu a jaký dopad, fyziologický a psychický, to má na ženu s poruchou příjmu potravy. Dále bylo nutné zjistit, jak odborná literatura popisuje spouštěče vzniku poruchy příjmu potravy a průběh těchto chorob u těhotných a kojících žen.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo poskytnout vhled do uvažování žen, které se v období, kdy trpěly poruchou příjmu potravy, rozhodly pro mateřství a aktuálně vychovávají své děti. Práce usilovala o co nejbližší přiblížení názorů žen s poruchou příjmu potravy na toto období jejich života, a to v provázanosti s faktory, které jejich prožívání a chování v souvislosti s mateřstvím ovlivňovaly.

Před začátkem výzkumu byly položeny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jak hovoří ženy s poruchou příjmu potravy o svém způsobu stravování?
- 2) Jak se ženy s poruchou příjmu potravy vyrovnávaly s realitou zvyšující se hmotnosti během těhotenství?
- 3) Jaká měly ženy s poruchou příjmu potravy očekávání s návratem ke své nízké hmotnosti po porodu?

Cílovou skupinou byly ženy, které trpí nebo trpěly nějakou z forem poruch příjmu potravy. Mentální anorexií, mentální bulimií nebo kombinací obou nemocí. Osloveny byly ženy, které mají zkušenost jak s těhotenstvím, tak následně s prožíváním mateřství (tři respondentky ve věkovém rozmezí mezi 29–54 let, vdané s jedním až dvěma dětmi).

Získat dostatečně velký výzkumný soubor na toto téma bylo velice obtížné. Ženy, které byly ochotné poskytnout rozhovor a vyprávět o své minulosti autorka znala ze svého blízkého okolí, a tak bylo možné s nimi otevřeně hovořit o daném tématu. Respondentky, které vyplnily pouze dotazník, byly osloveny přes svépomocnou, podporující se skupinu, jejímž členkami jsou ženy, které trpí poruchou příjmu potravy.

Výzkumné šetření proběhlo formou soukromých strukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami. V druhé části rozhovorů byl dán respondentkám prostor pro převyprávění jejich minulosti související s poruchou příjmu potravy. Druhá etapa výzkumného šetření proběhla formou anonymního dotazníkového šetření.

Jak vyplynulo z výzkumného šetření, žádná z respondentek se o své nemoci gynekologovi nezmínila. Tudíž je tato skutečnost zamlčena a následně tabu při samotném porodu. Je možné, že si ženy myslí, že je tato informace během těhotenství irelevantní, ale díky odborné literatuře si můžeme být jistí opakem. Porucha příjmu potravy zcela zásadně může ovlivnit, jak možnost otěhotnění, tak samotný průběh těhotenství. Nutnost císařského řezu může mít s tímto onemocněním přímou souvislost.

Společným jmenovatelem pro spouštěč poruchy příjmu potravy u respondentek, byla nespokojenost s vlastním tělem v období dospívání. Svůj ideál krásy každá hledala jinde, ale všechny respondentky cítily velký tlak okolí na to, aby byly krásné a štíhlé. Všechny respondentky se v období těhotenství snažily chovat příkladně, tak aby jejich nenarozené dítě nestrádalo. Po narození dítěte se toužily vrátit do své původní formy před otěhotněním. Podpora ze strany partnera se zdá být dobrým elementem na cestě k uzdravení.

Velice zásadním tématem se jeví výživa dětí žen s poruchou příjmu potravy. Některé ženy jsou nakloněny různým zdravým životním stylům, které nemusejí být vhodné pro jinak zcela zdravě se vyvíjející dítě, jako je například dieta při celiakii, veganství a jiné. A tato dietní chování mohou mít i škodlivé dopady na zdraví dítěte.

Řešení bakalářské práce mě velmi obohatilo o nové a užitečné informace. Mohla jsem vést rozhovory s ženami, kterých se toto téma přímo týká a díky nim jsem mohla pochopit souvislosti, které nemusejí být z literatury zcela zřejmé. Nejvíce jsem si díky této práci uvědomila, přímou souvislost poruchy příjmu potravy a dopad na dítě ženy, která touto nemocí trpí. Žena s poruchou příjmu potravy se pohybuje na pomyslném velmi tenkém ledě. Tzn. neměla by dopustit, aby její potomek zažil stejnou zkušenost, co se atypického

stravování týká. Jde o velmi citlivý, a ne zcela výjimečně se opakující problém, který by neměl být podceňován a rodinou a společností přehlížen. Bohužel celospolečensky je toto téma tabu, které onemocněným ženám moc nepomůže v jejich boji s touto nemocí. Existují „naštěstí“ uzavřené skupiny na sociálních sítích, které do svých řad přijímají jen ženy se stravovacími poruchami, které se svým problémem chtějí něco dělat. Sdílejí své zkušenosti a jsou si navzájem psychickou oporou, která je při tomto problému tak důležitá.

Seznam použitých informačních zdrojů

BERANÍKOVÁ, Z. in Psychiatrie pro praxi. [on-line] 2005 [cit. 2020-04-01] Dostupné z <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2005/06/03.pdf>

CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-720-5818-5

DVOŘÁKOVÁ, I. *Zpravodaj Anabell č. 19*. [online] 01-02/2008 [cit. 2.2.2020] Dostupné z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/cislo_19.pdf

FRAŇKOVÁ, S.; DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1

HALL-FLAVIN, D., M.D. *HealthyLifestyle, Pregnancyweek by week*. [on-line] 16.5.2018 [cit. 2020-01-05] Dostupné z <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/expert-answers/pregorexia/faq-20058356>

HADAŠ, L. *Poruchy příjmu potravy: Psychosociální přístup rodinné terapie*. Disertační práce. Masarykova Universita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie. Vedoucí práce Prof.PhDr Jiří Mareš, CSc.[on-line]. 2007 [cit. 15.9.2019] Dostupné z https://is.muni.cz/th/fiqlc/Disertacni_prace.pdf

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4

HOUROVÁ, M.; KRÁLÍČKOVÁ, M., UHER, P. *Vývoj miminka před narozením. Od embrya k porodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1942-9

KARGES, C. *PregnantWomenWithEatingDisordersCanDevelopPregorexia*. [online] 24.4.2012 [cit. 20.9.2019] Dostupné z <https://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/special-issues/pregnancy/pregorexia>

KIEDROŇOVÁ, E. *Růstový spurt ve třetím a šestém měsíci: Tři signály, jak ho poznat*. [online] 21.3.2017 [cit. 1.4.2020] Dostupné z <https://blog.evakiedronova.cz/2017/03/21/rustovy-spurt-ve-tretim-a-sestem-mesici-tri-signaly-jak-ho-poznat/>

KRCH, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0527-3

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3678-074

KRCH, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-716-9627-7

KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem* [online] 2014 [cit. 20.10.2019] Dostupné z <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/04/08.pdf>

LABTESTS ONLINE, *Nemoci a obtíže – Syndrom polycystických ovarii*. [online] 2010 [cit. 1.3.2020] Dostupné z <https://www.labtestsonline.cz/syndrom-polycysticky-ovarii.html>

MALONEY, M.; KRANZ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Vyd. 1. Překlad Jana Krchová. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-710-6248-0

PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-851-2181-6

PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6

PAPEŽOVÁ, H. *Ženy s poruchou příjmu potravy a těhotenství*. [online] 2004 [cit. 3.10.2019] Dostupné z <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-5/?pdf=123>

PAPEŽOVÁ, H. *Posedlost zdravou výživou vede až k poruše příjmu potravy* [online] 4.11.2016 [cit. 2.4.2020] Dostupné z <https://www.vitalia.cz/clanky/prof-papezova-posedlost-zdravou-vyzivou-vede-k-poruse-prijmu-potravy/>

PAPEŽOVÁ, H. *Už neumíme normálně jíst. Jídlo „řešíme“* [online] 2019 [cit. 2.4.2020] Dostupné z <https://www.vitalia.cz/clanky/uz-neumime-normalne-jist-jidlo-resime/>

PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2011. ISBN 978-80-200-1499-3

STÁRKOVÁ, L. *Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy*. [online] 4.5.2009 [cit. 23.10.2019] Dostupné z <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2009/05/04.pdf>

STÁRKOVÁ, L. *Poruchy příjmu potravy – psyché a soma*. [online] 3.1.2005 [cit. 24.10.2019] Dostupné z <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/03.pdf>

ŠEVČÍKOVÁ, J. *Zpravodaj Anabell č. 16* [on-line]. 07-08/2008 [cit. 2020-02-02] Dostupný z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/cislo_16.pdf

ÚZIS, *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017* [on-line].
23.10.2008 [cit. 2020-04-03] Dostupný
z https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN
978-80-262-0225-7

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník

1. Kolik je vám let?
2. Od kolika let trpíte nebo jste trpěla poruchou příjmu potravy
3. Jakou poruchou/poruchami příjmu potravy trpíte/jste trpěla?
4. Docházela jste někdy s tímto problémem k odborníkovi?
5. Věděl, či ví někdo z blízkých, že takovou nemocí trpíte, či jste trpěla?
6. Co u Vás bylo spouštěčem pro PPP?
7. Kolik máte dětí?
8. Prodělala jste někdy samovolný potrat?
9. Změnila jste své stravovací návyky během těhotenství?
10. Přetrvávala u Vás PPP i během těhotenství?
11. Objevila se u Vás porucha příjmu potravy opět po porodu?
12. Měla jste během těhotenství nepříjemné pocity ze svého přirozeně se měnícího těla?
13. Snažila jste se po porodu rychle vrátit do původní formy?
14. Změnilo se Vaše chování spojené s poruchou příjmu potravy v těhotenství?
15. Jak jste se stravovala během kojení, jestliže jste kojila?
16. Kolik kilogramů jste během těhotenství nabrala?
17. Měla jste obavu z nabraných kilogramů?
18. Jak proběhl porod (přirozený/císařský řez, komplikace/bez komplikací)?
19. Věděl Váš gynekolog o Vaši PPP?
20. Vyznáváte nějaký životní styl (veganství, vegetariánství, zdravá výživa apod.)
21. Jaké stravovací návyky jste učila své dítě či děti?
22. Cítíte se nyní spokojená?