

**UNIVERZITA KARLOVA**

**1. lékařská fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2020

Lucie Kolomazníková

**Univerzita Karlova**

**1. Lékařská fakulta**

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



**Lucie Kolomazníková**

Těhotenství, porod a šestinedělí u žen s poruchami příjmu potravy

Eating Disorders during Pregnancy, Labor and the Postpartum Period

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Šárka Slabá Ph.D.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 6. 2020

Lucie Kolomazníková

Podpis

## **Poděkování:**

Tato práce by nevznikla bez moudrého vedení PhDr. Šárky Slabé, Ph.D., které tímto děkuji za trpělivost, vstřícné jednání a konstruktivní kritiku.

Mé velké díky patří i všem ženám, které si na mě vyhradily čas a zasvětily mě do části svého životního příběhu. Přeji jim i jejich dětem spokojený život a dosažení duševní pohody.

Kolomazníková, Lucie. Těhotenství, porod a šestinedělí u žen s poruchami příjmu potravy. [*Eating Disorders during Pregnancy, Labor and the Postpartum Period*]. Praha, 2020. 75 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce PhDr. Šárka Slabá Ph.D.

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy u žen fertilního věku. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části postupujeme od obecnějších témat historie, diagnostiky a faktorů vzniku PPP po jejich konkrétní dopady na reprodukční schopnost, sexualitu, těhotenství, vitalitu plodu a psychiku šestinedělky. Výzkumná práce má kvalitativní charakter. Za její hlavní cíl jsme si zvolili zjištění překážek, které ženy s onemocněním poruch příjmu potravy vnímají při svém těhotenství. Dalšími čtyřmi podcíli bylo zjistit, jaké procento korespondentek otěhotnělo plánovaně, porovnat průběh těhotenství u korespondentek, které otěhotněly plánovaně a neplánovaně, zjistit, kolik procent korespondentek informovalo svého gynekologa/porodní asistentku o PPP v anamnéze a zjistit, jaké chování vůči sobě ženy s PPP od porodních asistentek očekávají. Ženy jsme oslovili prostřednictvím sociálních sítí a strukturované rozhovory s nimi vedli přes Skype. Z každého rozhovoru jsme vypracovali případovou studii. Demografické údaje o výzkumném vzorku jsme zpracovali do grafické podoby. Z rozhovorů vyplynulo, že korespondentky mají obavy z výsledku těhotenství, pociťují stud za chování spojené s PPP, průběh jejich těhotenství podléhá zvýšené monitoraci a po porodu se u nich oproti běžné populaci častěji setkáme s poporodní depresí, která je spojená s pocitem selhání v mateřské roli. 50 % korespondentek, které těhotenství plánovaly, se s doprovodnými tělesnými i duševními změnami vyrovnávalo lépe než zbylých 50 %. 58,3 % dotazovaných o diagnóze PPP informovalo zdravotníky, shodně uvedly, že se jim dostalo zvýšené péče a jejich těhotenství bylo podrobněji monitorováno. Vzkazy korespondentek pro porodní asistentky jsme uvedli v podkapitole 6.1. Z teoretické i praktické části vyplývá, že plánovaná a mezioborově monitorovaná těhotenství u žen, které se s PPP úspěšně léčily, mají méně rizikový průběh a lepší outcome.

## **Klíčová slova**

Poruchy příjmu potravy, výživa v těhotenství, výživa v šestinedělí, mentální anorexie, mentální bulimie

## **Abstract**

This bachelor thesis focuses on the issue of eating disorders in women of childbearing age. It is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part, we proceed from more general topics of history, diagnosis and factors of ED to their specific effects on reproductive ability, sexuality, pregnancy, fetal vitality and the psyche of new mothers during the puerperium. The research work has a qualitative character. Our main goal was to find out the obstacles that pregnant women with eating disorders perceive. The other four subgoals were to find out what percentage of correspondents planned their pregnancy, to compare the course of pregnancy in women who did and didn't plan their pregnancy, to find out what percentage of correspondents informed their gynecologist / midwife about a their history of ED, and to record their expectations of midwife's care. We contacted women via social networks and conducted structured interview with them via Skype. We summarize each interview in a case study. We processed the demographic data on the research sample into a graphical form. The interviews showed that the correspondents are worried about the outcome of the pregnancy, feel ashamed of ED-related behavior, the course of their pregnancy is subject to increased monitoring and they are more likely to encounter postpartum depression, which is associated with a sense of maternal failure. 50 % of the correspondents who planned the pregnancy coped better with the accompanying physical and mental changes than the other 50 %. 58.3 % of respondents informed their OBGYN/midwife about the ED diagnosis, they stated that they received more detailed care and their pregnancy was closely monitored. We presented the messages of the correspondents for midwives in subchapter 6.1. The theoretical and practical part shows that planned and interdisciplinary monitored pregnancies in women who have been successfully recovering have a less risky course and a better outcome.

## **Keywords**

Eating disorders, nutrition in pregnancy, nutrition in the postpartum period, anorexia nervosa, bulimia nervosa

# Obsah

Úvod.....	9
1 Poruchy příjmu potravy .....	10
1.1 Historie poruch příjmu potravy.....	10
1.1.1 Mentální anorexie.....	10
1.1.2 Mentální bulimie .....	11
1.2 Faktory vzniku PPP.....	12
1.2.1 Body image a porucha tělesného schématu.....	13
1.3 Klasifikace poruch příjmu potravy.....	14
1.3.1 Poruchy příjmu potravy v MKN-10.....	14
1.3.2 Poruchy příjmu potravy v DSM-V.....	16
1.4 Zdravotní rizika spojená s mentální anorexií a mentální bulimií.....	18
1.5 Léčba pacientek s PPP .....	20
1.5.1 Výpočet BMI a stanovení závažnosti malnutrice.....	22
1.6 Poruchy příjmu potravy v médiích.....	22
2 Obezita .....	25
3 Fertilita a reprodukční schopnost u žen s PPP .....	26
3.1 Poruchy menstruačního cyklu.....	26
3.1.1 Problematika amenorey jako diagnostického kritéria .....	27
3.2 Sexuální chování .....	28
3.3 Asistovaná reprodukce.....	28
3.4 Průběh těhotenství a porodu.....	29
3.5 Výživa a energetický příjem ženy v těhotenství .....	30
3.6 Psychika těhotné ženy.....	31
3.7 Nutriční příjem v období šestinedělí a kojení .....	32
3.8 Psychika ženy v období šestinedělí.....	32
3.9 Novorozenecký outcome.....	33
4 Role porodní asistentky v péči o ženu s PPP .....	34
5 Metodologie výzkumu .....	36
5. 1 Stanovení cílů výzkumu.....	36
6. Vyhodnocení výzkumu .....	37
6.1 Sdělení korespondentek budoucím porodním asistentkám .....	69
7 Diskuze.....	70
8 Závěr .....	72
9 Použitá literatura .....	73



## Úvod

Poruchy příjmu potravy patří mezi duševní onemocnění se somatickými příznaky. Jejich prevalence v populaci České republiky se pohybuje kolem 5 %. Převážná většina nemocných jsou mladé ženy v reprodukčním věku. (Papežová a kol, 2018) Jednotlivé PPP se různí v kritériích podle diagnostického systému, kterým se země řídí. V České republice rozeznáváme mentální anorexii, atypickou mentální anorexii, mentální bulimii a atypickou mentální bulimii. Diagnostický systém USA dále stanovuje diagnostická kritéria pro psychogenní přejídání (BED) a OSFED (další poruchy příjmu potravy).

PPP jsou komplexní onemocnění, jejichž generalizované zdravotní následky mohou být letální. Nemocné PPP ovlivňují v každodenním životě, odráží se v jejich sociálních rolích, v rodinných a partnerských vztazích, a pokud nejsou včas odhaleny a léčeny, přecházejí do chronické fáze.

Zdravotní rizika spojená s PPP závisí na typu, délce a intenzitě onemocnění. V různé míře je zasažena kardiovaskulární, nervová, vylučovací, vyměšovací i reprodukční soustava. PPP mají vysokou komorbiditu s dalšími duševními nemocemi jako je generalizovaná úzkostná porucha, bipolární afektovaná porucha nebo obsesivně-kompulzivní porucha. Po alkoholických a narkotických závislostech je mentální anorexie psychické onemocnění s nejvyšší prevalencí sebevražedného chování. Pro jejich bio-psycho-sociální dopady by poruchy příjmu potravy měly být léčeny interdisciplinárním týmem odborníků.

Cílem této bakalářské práce bylo přiblížit problematiku poruch příjmu potravy v gynekologicko-porodnické péči. Snažili jsme se porodním asistentkám a ostatním zdravotníkům předložit ucelené informace o historii, etiologii, a terminologii poruch příjmu potravy. Převážně jsme se zabývali mentální anorexií, mentální bulimií a jejich podtypy.

Poruchami příjmu potravy mohou onemocnět lidé různého věku, etnicity, sociálního postavení i pohlaví. Vzhledem k zaměření bakalářské péče na otázky těhotenství a poporodního období, se tato práce věnuje především dopady PPP na ženy ve fertilním období. Podrobněji popisujeme problematiku energetického příjmu v těhotenství, možných komplikací pro matku i plod, psychiky těhotné ženy a šestinedělky a ošetrovatelské péče o ženy s PPP v porodní asistenci.

# 1 Poruchy příjmu potravy

## 1.1 Historie poruch příjmu potravy

Různé formy poruch příjmu potravy se vyskytují v historických záznamech po staletí. Obezita, ruminace (opětovné žvýkání navraceného sousta) a pica (zvýšená chuť a konzumace nejedlých předmětů) se v pramenech objevují od starověku. Vzhledem k velké škále modelů narušeného příjmu potravy a jejich různé specifikaci v literatuře se budeme zabývat historickým vývojem mentální anorexie a mentální bulimie. (Krch a kol. 1999)

### 1.1.1 Mentální anorexie

Odmítání jídla je výrazným příznakem řady somatických i psychických onemocnění, které provázejí lidstvo. Nejsme tak z některých pramenů schopni rozlišit, zda se jedná o mentální anorexii jako prvotní příčinu, nebo sekundární anorexii. Půst a askeze jsou součástí řady západních i východních náboženských praktik. V pozdním středověku byly prohlašovány za svaté postící se ženy, které údajně přežívaly s Boží pomocí bez potravy, nebo s velice omezeným nutričním příjmem. (Krch a kol. 1999)

Nejnámější touto světicí je asi svatá Kateřina ze Sienny, která od šestnácti let žila jen o vodě, chlebu a zelenině a vyvolávala si zvracení hořkými bylinami. (Papežová, Faltus, 2010) Tyto zázračné panny byly následovány tisíci poutníky. Mnozí je však pokládali za podvodnice a s klesajícím počtem kanonizací v římskokatolické církvi postupně vymizely. (Krch a kol. 1999)

Součástí extrémní praxe Shugendo (odvětví Buddhismu datované od 7. století našeho letopočtu stojící na horském poustevnictví) je sebumifikující proces, jehož cílem je stát se Sokushinbutsu (mumifikovaným Buddhou). Tito mniši v posledních tisíci až tři tisíci dnech života žili na bezobilné dietě, jejíž součástí bylo pojídání kůry stromů, pecek a kořínků. Cílem bylo postupně snížit tělesnou zásobu tuku na úplné minimum. Na konci tohoto procesu byli muži pohřbeni za živa v bedně s přístupem vzduchu, kde zemřeli na dehydrataci a malnutrici. Pokud byl tento proces uskutečněn správně, po letech při vykopání byla jejich těla mumifikovaná. (Hori, 1962)

Poprvé následky mentální anorexie zaznamenal anglický lékař Richarda Mortona, který v roce 1689 ve své knize Phthisiologia podrobně popisuje nervové úbytky vedoucí k devastaci a záhubě. Termín nervová anorexie se v dalších stoletích objevuje převážně ve francouzské odborné literatuře, ale onemocnění je věnován větší zájem až v druhé polovině devatenáctého století. V roce 1873 publikovali nezávisle na sobě Sir William Whitey Gull přednášku o hysterické apepsii (později používal termín anorexia nervosa) a francouzský klinik Ernest-Charles Gaséuge svůj článek o anorexii hystérique. Oba ve svých pracích popisují psychogenní chorobu převážně mladých žen s fyziologickými příznaky podobnými tuberkulóze bez somatické příčiny. (Papežová a kol., 2018)

V době viktoriánské Anglie se ideál krásy natolik přiblížil symptomatice anorexie, že Silver věří, že na sebe byly vzájemně navázané. Ačkoli nemůžeme zpětně viktoriánské ženy, diagnostikovat, v pramenech nalézáme zprávy o ženách, které se dokázaly neobyčejně postit. Štíhlé tělo, úzký pas, bledá kůže a sebekontrola byly považovány za atributy ženskosti. Zvýšené množství kachektických dívek vedl až k publikaci sira Gulla. (Silver, 2002)

Dvacáté století přineslo řadu změn jak v diagnostice, tak v terapii mentální anorexie. Ve dvacátých letech se lékařská společnost odklonila od označování anorexie za duševní poruchu a přijala myšlenku, že je patologická hubenost nemocných spojená s lézemi v hypofýze. Anorexie tak byla spojována se Simmondsovou kachexií. Ve čtyřicátých letech byla mentální anorexie pod vlivem popularity psychosomatické medicíny a psychoanalýzy zařazena definitivně zpět mezi duševní poruchy.

V Česku čtyřicátých a padesátých let se mezi významné osobnosti v diagnostice a léčbě mentální anorexie řadí profesor Vratislav Jonáš a profesor Otakar Janota. Na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy se od roku 1963 věnuje studiu poruch příjmu potravy docent František Faltus. Kromě publikování několika odborných monografií se zapsal do historie především založením Jednotky specializované péče pro nemocné trpící poruchami příjmu potravy na psychogenním podkladu na Psychiatrické klinice 1. LFUK v Praze v roce 1983. Tato klinika byla první svého druhu ve střední a východní Evropě. Dnes pokračuje v jeho díle profesorka Papežová.

Neměli bychom opomenout ani dlouhodobou práci F. D. Krcha, J. Kocourkové a dalších autorů, kteří usilují o přiblížení problematiky poruch příjmu potravy pro širokou veřejnost. (Papežová a kol., 2018)

Řadou změn prošel i samotný název mentální anorexie. Za anorexiu považujeme obecně ztrátu chuti k jídlu, označení se datuje do Hippokratových dob. Odmítání jídla bylo označováno jako asitia, inedia, hysterická apepsie, nervová anorexie, hysterická anorexie a mentální anorexie. Dnes se v anglosaské literatuře setkáváme téměř výlučně s pojmem anorexia nervosa a ve francouzské (a české) s mentální anorexií. (Krch a kol., 1999)

### **1.1.2 Mentální bulimie**

Stejně jako odmítání jídla nás od nepaměti provází i přejídání se. Vzhledem k socioekonomické situaci si ho mohla dovolit jen velmi omezená část společnosti, obezita a obžerství tak byly výsadou a ukazatelem privilegovanosti elity. (Krch a kol., 1999)

V antickém Řecku bylo přejídání se, často následované vyvolávaným zvracením, poměrně obecným jevem ve vyšších vrstvách společnosti. Ve starověkých a středověkých kronikách můžeme najít zmínky o obžerství panstva. Na poutích a jarmarcích se předváděli extrémní jedlíci. Jinak se ale o bulimických syndromech historické prameny zmiňují jen sporadicky. (Papežová, 2010)

Ve dvacátém století nabylo extrémní jezení na popularitě. Dnes se ve světě pořádá řada soutěží a šampionátů, kde se účastníci předhánějí v rychlosti a objemu spořádané potravy.

Mluví se o dvojí možnému původu slova bulimie. Plutarch tak označoval zlého démona hladu, druhým výkladem je původ z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). Bulimie by pak vyjadřovala tak intenzivní pocit hladu, až by člověk snědl vola. (Papežová, 2010)

V historii bylo spojováno přejídání se a zvracení především s různými zažívacími chorobami, s nervovými gastrickými poruchami, ale i s mánií a hysterií.

Přejídání bylo někdy spojeno s mentální anorexií, již Gull si v roce 1874 povšiml této tendence u anorektických pacientek. (Krch a kol., 1999). Jako součást mentální anorexie se však řadilo zvracení a záchvatovité jezení až od začátku padesátých let minulého století. Do té doby bylo internisty vnímáno jako součást poruchy trávení. (Papežová, 2010)

V sedmdesátých letech si lékaři začali všimnout narůstající skupiny pacientek, které trpěly bulimickými tendencemi, aniž by splňovaly jiná kritéria diagnózy mentální anorexie a obezity. Tyto pacientky byly schopné si přes své patologické jídelní návyky udržovat normální váhu. Termín bulimia nervosa je tak zcela nové označení, poprvé použité v roce 1979 britským psychiatrem Geraldem Russelem. Přes jiné návrhy označení byla diagnóza mentální bulimie v roce 1987 sjednocena v americké i britské terminologii. (Krch a kol., 1999)

## 1.2 Faktory vzniku PPP

K rozvoji poruch příjmu potravy dochází u jedinců s predispozicemi k nim, kteří jsou ovlivněni určitými vnějšími faktory. Mezi predispozice k vzniku PPP patří ženské pohlaví, předčasná nebo pozdní puberta, nevhodné stravovací zvyklosti v rodině, atypické ukládání tukových zásob, sklony k nadváze a některá sportovní a profesní zaměření. Intenzitu PPP může poté ovlivnit věk nemocného, jeho osobnost a rodinné prostředí. (Erguner-Tekinalp a kol., 2010)

U anorektických pacientů jsou udávány sklony k úzkosti, perfekcionismu, k přehnané obsedantnosti a sebekontrolě. Bulimičky naopak mají předpoklady k impulzivě a emocionální labilitě. Sklony k sebepoškozování můžou být zvýrazněny u nemocných, kteří byli v minulosti fyzicky nebo sexuálně zneužíváni, mají tendence k nadužívání alkoholu nebo jsou drogově závislí. Z rodinných faktorů jsou udávány nadváha v rodině, držení diet rodiči a blízkými příbuznými (starší sourozenci), kritické hodnocení postavy a jídelních návyků, přehnané očekávání a nedostatek empatie ze strany rodičů. (Papežová a kol., 2018)

U pacientek s probíhající poruchou příjmu potravy bývá obtížné jednoznačně rozlišit, které osobnostní rysy jsou jim vlastní a které jsou přímo napojené na PPP. Bylo prokázáno, že dlouhodobé hladovění a malnutrice nepříznivě ovlivňují psychické i sociální chování a prožívání hladovějících. U nemocných se tak setkáváme s dalšími psychickými problémy

jako deprese, úzkosti a hysterie, nízké sebevědomí, popudlivost, vztahovačnost, sebestřednost a další. Nejlépe tyto změny chování popsala Minnesotská studie v roce 1950. U mladých, jinak zdravých a před počátkem experimentu emocionálně stabilních mužů, vlivem hladovění narůstaly depresivní pocity, klesala u nich schopnost držení pozornosti a ztráceli smysl pro humor. Několik mužů muselo být po ukončení experimentu dále sledováno a léčeno pro vzniklé psychické problémy. (Krch, 2013)

V kapitole poruchy příjmu potravy v médiích se budeme podrobněji věnovat vlivu společnosti a kultu štíhlosti na dnešní ženy.

Papežová dále uvádí, že se PPP pětkrát častěji vyskytují u příbuzných než v kontrolní populaci. Příčina může být jak genetická, tak enviromentální. Genetická korelace u poruch příjmu potravy nebyla dosud definitivně potvrzena. Problematika byla předmětem několika zahraničních studií s nejednoznačným výsledkem, kdy se porovnával výskyt PPP u monozygotních a dizygotních dvojčat. Podle Papežové, jsou PPP familiárními onemocněními s genetickým podílem. (Papežová a kol., 2018)

V roce 2019 se Norská studie věnovala prenatálním a perinatálním vlivům na pozdější výskyt poruch příjmu potravy. Z jejich výsledků vyplývá, že ženy, které byly jako novorozenci hypertrofické, mají vyšší riziko rozvoje psychogenního přejídání. U žen, které byly jako novorozenci hypotrofické, byl zaznamenán vyšší výskyt mentální anorexie. Vztah mezi porodní hmotností a mentální bulimií nebyl zaznamenán. (Watson a kol., 2019)

### **1.2.1 Body image a porucha tělesného schématu**

Pod pojmem body image Cambridge Dictionary uvádí: „*The idea that someone has of what their own body looks like*“. V hrubém překladu se jedná o představu člověka o svém vlastním těle. S tímto přesvědčením se poté pojí pozitivní nebo negativní myšlenky. Negativní sebepojetí pak koreluje se sníženým sebevědomím a sebeuspokojením. Součástí poruch příjmu potravy bývá zvýšené zaujetí vlastním tělem a postavou, které nemocným nepřináší kýžené uspokojení. U těchto pacientek se tak setkáváme s negativním body image. Pacientky mají striktně nastavené hranice „ideálního těla“ a sebe samy pak mohou trestat za nenaplnění těchto předpokladů. Mnohdy mají vnímání sebe sama natolik posunuté, že nejsou schopny objektivního posouzení.

Vznik body image problémů bývá spojován s negativním vlivem klasických médií, módního průmyslu a v posledních letech i čím dál větší popularitou sociálních sítí. Jejich vliv je však diskutabilní, a velmi záleží na blízkém okolí ženy, jak se k těmto ideálům krásy staví (Palloti a kol., 2018).

Jistou formou extrémního body image problému je poté porucha tělesného schématu (body dysmorphic disorder). BDD je stav, kdy pacient trpí abnormálním sebe zaujetím vlastním tělem a kdy je přesvědčen, že má nějaký defekt nebo deformitu. Mnohdy se jedná o

netypické nebo drobné údajné nedostatky (například tvar nosu, ochlupení, stav kůže), kterými se pacient přehnaně zabývá (prohlíží je v zrcadle, mluví o nich...). U pacientek s PPP se často setkáváme s mylným přesvědčením o vlastní obezitě a abnormálním rozložením tělesného tuku (do tzv. problémových partií). (Dingemans a kol., 2012)

Studie vedená doktorem Dingemansem provedená na 158 pacientech s poruchou příjmu potravy uvádí, že 96 % z nich se příliš zabývá vlastním tělem a některé jeho části pokládá ze ošklivé, neatraktivní nebo deformované. 45 % účastníků této studie s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy zcela splňovalo kritéria pro diagnózu body dimorphic disorder. (Dingemans a kol., 2012).

### **1.3 Klasifikace poruch příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy jsou spektrem patologického jídelního chování. Je třeba na ně nahlížet jako na multifaktoriální onemocnění, které pacientky ovlivňuje na bio-psycho-sociální úrovni. Vzhledem k podstatě onemocnění bývá u nespolupracujících pacientek těžké stanovit diagnózu. Nemocné mají sklony k zatajování symptomů a lhaní o některých problémech. (Papežová, 2010)

V České republice se k diagnostikování v klinické praxi využívá MKN-10 (Mezinárodní katastr nemocí), v anglosaské literatuře se setkáme s kritérii DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition). (Papežová, 2018)

Vzhledem k mezinárodnímu vzorku dotazovaných v mé práci uvedu kritéria obou diagnostických systémů a poukážu na jejich rozdíly.

#### **1.3.1 Poruchy příjmu potravy v MKN-10**

MKN je český název pro Classification of

Diseases and Related Health Problems (ICD), který vydává Světová zdravotnická organizace. Současná verze MKN-10 je v platnosti od roku 1990 a bývá v několikaletých periodách aktualizována. V roce 2018 vydalo WHO verzi MKN-11, která by měla být jednotlivými státy používána od 2022. (ÚZIS)

Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje poruchy příjmu potravy na mentální anorexii (typickou/atypickou), mentální bulimii (typickou/atypickou), přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychickými poruchami, jiné poruchy příjmu jídla a poruchy příjmu jídla nespecifikované. (MKN-10, 2018)

Tab. 1 Diagnostická kritéria MKN-10 pro anorexia nervosa (MKN-10, 2006)

- a) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Queletův index hmoty těla (body mass index): BMI váha (kg)/výška (m<sup>2</sup>) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- b) Pacientka si snižuje váhu sama dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
- c) Specifická psychopatologie: přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podvázce, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládané myšlenky na udržení podvázky.
- d) Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
- e) Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarché může být opožděna.

Tab. 2 Diagnostická kritéria MKN-10 pro bulimia nervosa (MKN-10, 2006)

- a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- b) Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientů manipulací s inzulínovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.
- c) Specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než premorbidní váha (optimální či zdravá).

Při nenaplnění všech daných kritérií pro diagnózu mentální anorexie (F50.0) nebo mentální bulimie (F50.2) je pacientce diagnostikovaná atypická forma AN (F50.1) nebo BN (F50.3). U atypické anorexie může chybět amenorea (chybění tří po sobě jdoucích menstruačních krvácení) nebo pacientčina váha zatím neklesla pod hodnotu BMI 17.5. K atypickým formám PPP by mělo být přistupováno stejně vážně jako k těm typickým a pacientkám by se mělo dostat stejné léčby. (Papežová a kol., 2018)

WHO zpřístupnila verzi ICD-11, ve které dojde k první větší změně v kategorizaci PPP od roku 1990. Z kritérií pro AN by měl zmizet požadavek amenorey, čímž by se MKN přiblížilo DSM-V. Nové kategorie uvádějí mentální anorexii, mentální bulimii, záchvatovité přejídání (binge eating disorder), restriktivní poruchu příjmu potravy (avoidant-restrictive food intake disorder), picu, poruchu příjmu potravy s regurgitací

(rumination-regurgitation disorder), jiné poruchy příjmu potravy (other specified feeding or eating disorders) a ostatní nespecifické poruchy příjmu potravy (feeding or eating disorders, unspecified). (ICD-11, 2019)

Anorexia nervosa je pak rozdělena na několik subtypů: mentální anorexie s výrazně nízkou tělesnou hmotností (BMI 14.0–18.5), mentální anorexie s nebezpečně nízkou tělesnou hmotností (BMI <14.0), léčená mentální anorexie s normální tělesnou hmotností (anorexia nervosa in recovery with normal body weight), jinak specifikovaná mentální anorexie a nespecifikovaná mentální anorexie. (ICD-11, 2019).

Za důležité v této chystané verzi považujeme vytvoření samostatné diagnózy pro záchvatovité (psychogenní přejídání), které se dříve řadilo pod přejídání spojené s jinými psychickými poruchami. BED je i mezi běžnou populací stále známější termín a uznání Mezinárodní klasifikací nemocí vnímáme jako podstatný krok. (Kviatkovská a kol., 2016)

### 1.3.2 Poruchy příjmu potravy v DSM-V

Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch je vydáván Americkou psychiatrickou společností (APA) a je mezinárodně používaný při výzkumu v oblasti duševního zdraví. Oproti je MKN se soustřeďuje pouze na psychiatrická onemocnění, je tak podrobnější. Poslední verze DSM-V platí od roku 2013.

DSM-V se oproti předchozí verzi rozhodla uvolnit kritéria pro mentální anorexii i bulimii, snaží se tak zmenšit skupinu pacientů s diagnózou OSFED (dříve EDNOS), kterých byla v celkovém počtu pacientů s PPP převážná většina. (Brown a kol., 2014)

Tab. 3 Diagnostická kritéria DSM-V pro mentální anorexii (DSM-V, 2013)

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a) Omezení příjmu energie, které vede k výrazně nízké tělesné hmotnosti s ohledem na věk, pohlaví, vývojovou trajektorii a fyzické zdraví. Výrazně nízká tělesná hmotnost je definována jako tělesná váha, která je nižší než normální, nebo pro děti a adolescenty nižší než minimálně očekávaná.</li><li>b) Intenzivní obavy z přibírání na váze a z tloušťnutí, nebo trvalé chování, které brání nárůstu váhy, i při výrazné podvázce.</li><li>c) Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti aktuální nízké hmotnosti.</li></ul> |
|--|

Hlavní změnou oproti DSM-IV je neuvedení konkrétní tělesné hmotnosti (hodnoty BMI) a úplné vynechání bodu o amenoree u žen. (Brown a kol., 2014)

V DSM-V zůstává AN rozdělena na restriktivní (nebulimický) a purgativní (bulimický) podtyp. (Papežová a kol., 2018)



Tab. 4 Diagnostická kritéria DSM-V pro mentální bulimii (DSM-V, 2013)

- d) Opakující se epizody záchvatovitého přejídání, tj. konzumace mnohem většího množství jídla během určitého časového úseku (nejčastěji během dvou hodin), než by dokázala sníst většina lidí. Tuto epizodu doprovází pocit ztráty kontroly nad jídlem (pocit, že nemohu přestat, nebo kontrolovat co a v jakém množství jím).
- e) Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, léku na hubnutí, držení hladovek, nadměrné cvičení.
- f) Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- g) Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- h) Porucha se nevyskytuje jen během epizod mentální anorexie.

Pacientky, které nesplňovaly kritéria pro AN a BN, bývaly zařazovány do kategorie EDNOS (eating disorder not otherwise specified). Dnes je DSM-V řadí pod zkratku OSFED (other specified feeding or eating disorder). (Thomas a kol., 2015)

DSM-V také poprvé formálně zařazuje diagnózu záchvatovitého přejídání (binge eating disorder, BED).

Tab. 5 Diagnostická kritéria DSM-V pro psychogenní přejídání (DSM-V, 2013)

- a) Opakující se epizody záchvatovitého přejídání se s konzumací výrazně většího množství jídla za daný čas, než by snědla běžná populace, doprovázené intenzivním pocitem ztráty kontroly.
- b) Epizody psychogenního přejídání jsou spojeny s třemi a více následujícími body:
  - a. Výrazně zrychlené jezení
  - b. Konzumace jídla do okamžiku nepříjemného pocitu přejedení se
  - c. Konzumace velkého množství jídla přes nepřítomnost pocitu hladu
  - d. Jezení o samotě motivované pocitem studu nad zkonsumovaným množstvím jídla
  - e. Pocit znechucení, deprese nebo intenzivní viny po přejedení se
- c) Značná nespokojenost ohledně záchvatovitého přejídání.
- d) Epizody se opakují alespoň jednou týdně po dobu tří měsíců.
- e) Záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným nevhodným kompenzujícím chováním (vyvolávané zvracení, hladovky, přehnané cvičení) a není výhradní součástí diagnostikované AN či BN.

V populárně-naučné literatuře a mezi povědomím běžné populace se můžeme setkat s dalšími oficiálně neuznanými PPP jako ortorexie (patologická posedlost zdravou výživou), svalová dysmofobie či bigorexie (tzv. Adonisův komplex, kdy jsou převážně mladí muži posedlí myšlenkou, že nejsou dostatečně svalnatí a trpí zkresleným vnímáním vlastního těla), drunkorexie (pacienti snižují příjem běžné potravy a energetickou potřebu

organismu kompenzují pitím alkoholu) či pregnorexie (anorektické tendence v těhotenství). Ani MKN-10 ani DSM-V je však neřadí mezi uznávané diagnózy. Podle Papežové jsou tyto termíny využívány laickou veřejností k zakrytí diagnózy mentální anorexie. (Papežová a kol., 2018)

#### **1.4 Zdravotní rizika spojená s mentální anorexií a mentální bulimií**

Podle Oxfordské metastudie, která porovnávala výsledky dvaceti dříve publikovaných studií, je mentální anorexie (s výjimkou drogových závislostí) nejsmrtelnějším psychiatrickým onemocněním s 5,9 % mortalitou. Vzhledem k nízkému věku postižených je to výsledek extrémně vysoký. Tato studie rovněž uváděla SMR (standartized mortal ration) u anorektických pacientek 31.0. To znamená, že počet zaznamenaných sebevražd je třicet jedenkrát vyšší než předpokládaný počet u běžné populace. Mentální bulimie a nespecifikované PPP se smrtností 1,9 % jsou pak porovnatelné s výsledky statistik u depresivní poruchy. (Chesney a kol., 2014)

Pacientky jsou ohroženy po stránce bio-psycho-sociální. Z fyziologického hlediska jde nejčastěji o kardiovaskulární komplikace u anorektiček a o elektrolytovou dysbalanci vyvolanou častým zvracením nebo užíváním laxativ a diuretik u bulimiček a anorektiček purgativního typu.

Podle Krcha se u téměř 90 % nemocných s AN projeví kardiální obtíže. Snížení metabolismu a vagová hyperaktivita často vede ke snížení srdeční frekvence pod 60 úderů za minutu a vzniku sinusové bradykardie. Chronické snížení objemu tělesných tekutin pak může vést k rozvoji dlouhodobé hypotenze s hodnotami pod 90/60 mmHg. Tyto stavy mohou být spojeny s častým vertigem či synkopami.

Srdeční komplikace mohou mít až fatální následky. Náhlé úmrtí je pak nejčastěji způsobeno srdečními arytmiemi na podkladě elektrolytové nerovnováhy. Klinicky popsané jsou také poruchy funkce levé komory, mitrální chlopně a zhoršení výkonnosti srdce. Jiné změny přítomné při EGK jsou obvykle reverzibilní při zlepšení malnutrice a nastolení iontové rovnováhy. (Krch a kol., 1999)

U anorektických pacientek byl popsán tzv. refeeding syndrom, který byl poprvé zaznamenán u obětí holokaustu, kteří se po návratu z koncentračních táborů příliš rychle vrátili k vysokoenergetické stravě. Rychlá realimentace může vést k přílišnému zatížení oslabeného srdečního svalu a náhlému úmrtí pacienta. (Krch, 2010)

Neurologické komplikace jsou obvykle vyvolány nedostatkem nebo nerovnováhou makronutrientů (cukry, tuky, bílkoviny) a mikronutrientů (vitaminy, minerály, stopové prvky). Iontová dysbalance je nejčastěji zaviněna excesivním příjmem vody, častým opakovaným vyvolávaným zvracením a zneužíváním diuretik a laxativ. Hyponatremie může vést ke svalovým křečím (s hyper či hypoflexí), zvracením, cefalee, nevolnosti, somnolenci, dezorientaci a neklidu. U pacientek s hypokalemií můžeme pozorovat svalovou slabost až myopatii. Náhle vzniklá elektrolytová dysbalance (na podkladě hyponatremie či hypokalemie) se obvykle prezentuje jako epileptický záchvat

s bezvědomím vyvolaný mozkovým edémem, bez akutního zásahu může dojít k ventilační insuficienci a následné smrti. Hypokalcemie způsobuje zvýšení neuromuskulární dráždivosti a v pokročilejším stadiu vyvolává tonické křeče. (Papežová, 2010)

Nedostatek jednoho či více makronutrientů ve stravě vede ke snížení celkového příjmu energie a vzniku typických nespecifických příznaků jako únava, zpomalené psychomotorické tempo, špatná soustředěnost. Podle Papežové jsou tyto projevy viditelnou manifestací atrofických změn CNS. Většina těchto atrofií se po obnovení dostatečného energetického příjmu jeví reverzibilně. (Papežová, 2010)

U chronické podvýživy i mentální bulimie dochází až v 50 % ke zduření parotických slinných žláz, které provází charakteristický vzhled nateklého kulatého obličejce (i u velmi podvyživených pacientek). Nedostatek nutrientů a časté zvracení vede k viditelným změnám zubní skloviny projevujících se zašedlostí a přehnanou kazivostí zubů. K erozi zuboviny dochází vlivem regurgovaných žaludečních šťáv nejdříve na vnitřní straně předních zubů. Časté působení žaludečních šťáv dále může vést ke vzniku zánětu jícnu, jeho erozím a vředům. Vzácnou ale extrémně závažnou komplikací vzniklou zvracením po konzumaci přílišného množství potravy jsou ruptura jícnu (tzv. Bouerhaavův syndrom) a perforace žaludeční stěny.

U pacientek, které zneužívají projímadel, se setkáváme s typickými komplikacemi v oblasti tlustého střeva. Patří mezi ně střídání průjmu a zácpy, nevolnost a poruchy vstřebávání bílkovin. Pacientky přestávají být schopny spontánního vyměšování, což je vede k užívání čím dál větších dávek laxativ.

Prokázaným důsledkem AN i BN je snížená minerální denzita kostí. Jedním z hlavních rizikových faktorů je v tomto případě déletrvající amenorea, kdy nedostatek estrogenu vede ke zvýšené přestavbě kostní tkáně. Déletrvající snížená MDK přechází v osteopenii či osteoporózu, která může mít za následek patologické zlomeniny, netraumatické zlomeniny, a jiné nefyziologické kosterní nálezy. U adolescentních pacientek může snížená denzita kostí vést až k zastavení růstu. Výjimečně se u anorektických pacientek, které zcela odmítají konzumaci mléčných výrobků, můžeme setkat i s osteomalácií.

Podle Krcha se u většiny pacientek s mentální anorexií projeví změny krevního obrazu, jejichž klinická závažnost je nepřímě úměrná klesající tělesné hmotnosti. Nejčastěji se jedná o normochromní normocytární anémii, sníženou sedimentaci a leukopenii, obvykle zapříčiněnou hypoplazií kostní dřeně. Tyto změny jsou obvykle reverzibilní a realimentace vede k jejich rychlé normalizaci.

Z metabolických komplikací provází AN zhoršená regulace tělesné teploty. V chladu nedochází ke stabilizaci tělesné teploty, třesu a zvýšení bazální teploty. V horkém prostředí se bazální teplota naopak neúměrně zvyšuje, neboť dochází jen k minimální vazodilataci. Typickým adaptačním mechanismem při malnutrici je zpomalení bazálního metabolismu. Dále až u 50 % pacientek s AN nacházíme zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi, přestože se nemocné aktivně vyhýbají zdroji tuku v potravě. S podváhou souvisí i změny spánku,

kdy anorektičky s výraznější malnutricí spí méně kvalitně a hluboce, hůře usínají a předčasně se probouzejí, mají kratší celkovou dobu spánku a často si stěžují na únavu. (Krch a kol.,1999).

Negativním vlivům anorexie a bulimie na rozmnožovací soustavu ženy a její endokrinní systém se budeme věnovat. v samostatné podkapitole.

## 1.5 Léčba pacientek s PPP

Léčba pacientů s poruchami příjmu potravy by měla být vedena v rámci mezioborové spolupráce praktického lékaře, internisty, psychiatra, psychoterapeuta a nutričního terapeuta. Po prvotním zhodnocení fyzického a psychického stavu psychiatr rozhodne po konzultaci s nemocnou o dalším postupu péče. U méně vážných případů, kdy pacientka netrpí extrémní podváhou a její klinický nález není život ohrožující, může být pokračováno v ambulantní péči psychiatra, který dále sleduje její fyzický a duševní stav. U pacientek ve špatném somatickém stavu nebo u pacientek, které se sebepoškozují, mají myšlenky na sebevraždu, nebo mají jiné další závažné psychiatrické obtíže, se doporučuje hospitalizace. Nemocné s extrémní malnutricí, elektrolytovou nerovnováhou, renálními problémy, kardiovaskulárními obtížemi nebo celkovou dehydratací jsou nejprve přijaty na jednotku intenzivní péče, kde jsou pod stálou kontrolou a jejich fyzikální hodnoty mohou být kontinuálně monitorovány. Pacientky, které nejsou ve stavu ohrožení života, mohou nastoupit na jednotku určenou pro léčbu poruch příjmu potravy. Tyto jednotky jsou součástí psychiatrických oddělení většiny větších měst. V Praze funguje pod vedením profesorky Papežové Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy na Psychiatrické klinice I. lékařské fakulty, které vzniklo jako první svého druhu ve střední a východní Evropě v 80. letech minulého století. Nabízí plnoletým pacientům možnost stálé hospitalizace nebo možnost pobytu v denním stacionáři (je podmíněný dobrým fyzickým stavem a BMI minimálně 16). Výhodou léčby v denním stacionáři je, že pacientky zůstávají v domácím prostředí a nemusí omezovat sociální kontakty.

V Praze a dalších větších městech fungují svépomocné skupiny, ve kterých se pacientky setkávají a pod vedením terapeuta sdílí své problémy a zkušenosti. Pro pacientky bez větších klinických obtíží, které jsou motivované k léčbě a mají ochotnou podpůrnou síť rodiny a přátel, je i na českém trhu řada svépomocných publikací. (Papežová a kol., 2018)

Z klinického hlediska je pro zhodnocení stavu nemocné potřeba celkové vyšetření tělesného stavu. To by mělo obsahovat pravidelné vážení, výpočet BMI, kontrolu krevního tlaku a pulzu, EKG měření, kompletní krevní obraz, biochemické vyšetření (Na, K, urea, kreatinin, u výraznější podváhy i P, CA, Mg), tyreoidální vyšetření, vyšetření moči a jaterní testy. Při amenoree trvající déle než 6 měsíců doporučuje Papežová stanovení hladiny estradiolu a testosteronu, denzitometrii a u přetrvávání amenorey při nabytí normální váhy kontrolu hladiny LH a FSH. (Papežová, 2010)

Při přetrvávajícím a opakovaném nevyvolávaném zvracení se volí stanovení hladiny amyláz, u dlouhotrvajících obtížích gastrointestinálního traktu vyšetření stolice na okultní krvácení a koloskopie, a při rozvoji neurologických obtíží MRI a CT mozku (malnutrice může vést ke vzniku atrofie mozkové tkáně a rozšíření komor). (Papežová, 2010).

Ačkoli farmakoterapie není u poruch příjmu potravy metodou první volby, u některých pacientek se s ní můžeme setkat. Vzhledem ke komorbiditě s depresivními, úzkostnými, obsedantně-kompulzivními poruchami, poruchami osobnosti, závislostmi na alkoholu nebo psychotropních látkách a dalšími duševními onemocněními užívá řada pacientek psychofarmaka i z jiné indikace. Bez přihlédnutí k dalším psychiatrickým onemocněním, se jeví léčba antidepresivy jako účinná především u bulimie a záchvatovitého přejídání. AD (především skupiny SSRI) by měla pacientkám pomáhat s intenzivními impulzy k přejídání a zvracení a snižovat jejich frekvence. U anorektických pacientek s restriktivním typem onemocnění v akutní fázi není podle Papežové účinek farmakoterapie prokázáný, léčba SSRI je však prokazatelně účinná v prevenci relapsu. Z dalších psychotropních látek byla v léčbě PPP zkoušena konvenční a atypická antipsychotika, látky stimulující chuť k jídlu aj. Žádná však nebyla natolik účinná, aby výhody z podávání převážily nad průvodními nežádoucími účinky. (Papežová a kol., 2018)

Z psychoterapeutického hlediska se v práci s pacienty s PPP využívá kognitivně-behaviorální terapie, psychoedukace, rodinná terapie, arteterapie, muzikoterapie... Hlavní přínos pak má u spolupracujících pacientek kognitivně-behaviorální terapie, během které se odnaučují nastavené vzorce patologického chování, učí se vystavovat svému strachu a překonávat svá vymyšlená pravidla (ohledně jídla, stolování, cvičení...). U nespolečně spolupracujících pacientek je nejdůležitější najít motivaci k léčbě a plán, na kterém se budou ochotny podílet. (Krch, 2010)

Kognitivně-behaviorální terapie je dnes využívána jako terapeutická metoda první volby. Podle randomizované studie z roku 2020, do které se zapojilo 143 pacientek, po dvaceti týdnech dosáhlo 57 % pacientek částečné remise. Úplné remise dosáhlo po osmdesáti týdnech 60 % pacientek. Studie též porovnávala outcome při použití individuální KB terapie oproti tradiční. Individuální se soustředila na jednání a obavy konkrétní pacientky bez větších ohledů na její diagnózu. Oproti tomu klasická KB terapie více využívá skupinové terapie pacientek se stejnou diagnózou a pracuje s problémy, které jsou s konkrétní poruchou příjmu potravy spojené. Po dvaceti týdnech byly výsledky optimističtější u pacientek léčených pomocí individuální kognitivně-behaviorální terapie. Po osmdesáti týdnech byl rozdíl mezi oběma přístupy nevýznamný. (de Jong a kol., 2020)

### 1.5.1 Výpočet BMI a stanovení závažnosti malnutrice

Při hodnocení výživy se v běžné praxi využívá body mass index neboli Quentelův index. Je vypočítán jako hmotnost v kilogramech dělená výškou v metrech na druhou.

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost [kg]}}{(\text{výška [m]})^2}$$

Je ovšem hodnotou spíše orientační, neboť nezahrnuje další popisné veličiny jako poměr svalové hmoty a tukové tkáně. Extrémně vysportovaní jedinci (např. kulturisté) tak mohou podle tabulek zapadat do nadváhy či obezity. Méně vypovídající jsou také u jedinců výrazně se vymykajících z normy (výjimečně nízcí či vysocí). Pro běžnou populaci je však stále dobře použitelným srovnávacím údajem.

Tab. 6 Hodnoty BMI při posouzení nutrice

BMI	slovní hodnocení
< 18.5	podváha
18.5–24.9	normální váha
25–29.9	nadváha
30-34.9	obezita I. stupně
≥ 35	obezita II. stupně

(Edwards, 2019)

Konkrétní hodnoty se v některých zdrojích rozcházejí. Papežová stanoví horní hranici podváhy při BMI 19, jiní autoři přiřazují obezitu II. stupně až při BMI 40.

WHO (Světová zdravotnická organizace) dále rozděluje podváhu na mírnou (BMI 17-18.49), střední (16-16.99) a těžkou (<16). (Ho a kol., 2015)

Většina anorektických pacientek v akutní fázi se pohybuje pod hranicí BMI 17, nezdědka se můžeme setkat i s tak extrémní podváhou, jakou je BMI 12 nebo i 10. Při těchto hodnotách riziko mortality dosahuje až 50 %. (Papežová a kol., 2018)

Podle hodnoty BMI se však orientujeme pouze u dospělých jedinců, nutrice u dětí hodnotíme podle percentilových růstových tabulek pro věk a pohlaví. (Papežová, 2010).

### 1.6 Poruchy příjmu potravy v médiích

V dnešní době nemůžeme psát o poruchách příjmu potravy a body image, aniž bychom zmínili vliv klasických (televize, rádio, tištěné časopisy, módní přehlídky) a nových (internet a sociální sítě) médií.

Již v polovině minulého století vzbudila tehdy patnáctiletá modelka Twiggy (v překladu Proutek) s BMI pod 15 (zdroje se v konkrétní hodnotě rozcházejí) silné reakce mezi širokou veřejností. Je jí přisuzován hlavní podíl na přenesení pozornosti módního průmyslu k velmi hubeným dívkám. Se svou chlapeckou postavou a androgynním vzhledem předurčila podobu profesionálního modelingu světových značek (High fashion modeling) do dnešního dne.

Největší pozornosti se klasickým přehlídkovým modelkám dostalo asi v 90. letech. Z billboardů, televizních programů a módních časopisů na nás shlížely supermodelky jako Linda Evangelista, Claudia Schiffer, Naomi Campbell, Kate Moss, Cindy Crawford a Christy Turlington (médií přezdívaná Velká šestka). Módním fenoménem se stala vizáž tzv. Heroin chic, pod níž si dodnes všichni představí Kate Moss se štíhlým kostnatým tělem, bledou kůží, kruhy pod očima a neupravenými vlasy, a která korelovala s oblibou nového stylu hudby Grunge.

Po smrti 22leté Uruguayské modelky Luisel Ramos v roce 2006 přímo na následky anorexie a podvýživy, následované v příštích dvou letech úmrtím modelek Ana Carolina Reston (21), Eliana Ramos (18, mladší sestra Luisel) a Hila Elmalich (33), začaly zdravotníci a veřejnost volat po rázné změně v módním průmyslu. Dnes má řada zemí pro modelky nastavené minimální hodnoty BMI mezi 18 a 19, dívky se také musí podrobovat pravidelným lékařským prohlídkám. Tato pravidla však nejsou světově sjednocená a uznávaná.

V roce 2010 zemřela na následky chronické anorexie francouzská modelka a herečka Isabelle Caro. Do povědomí se dostala díky kontroverzní kampani „Ne anorexii“ nafoceně fotografem Oliviero Toscani. V roce 2007 byla na plakátech po celém Miláně zobrazená v polohách, které nijak nezakrývaly její extrémně vyhublé tělo. Snažili se tak ukázat, kam posedlost krásou a štíhlostí vede. (Papežová a kol., 2018)

Za posledních padesát let prošel postoj médií a společnosti k poruchám příjmu potravy řadou změn. Po teoretizování o rakouské císařovně Elizabeth (přezdívané Sisi) byla společnost poprvé významně postavena před reálné dopady PPP smrtí americké zpěvačky a bubenice Karen Carpenter. Na přelomu nového tisíciletí se stále ještě neoficiálně mluvilo o princezně Dianě nebo Mary Kate Olsen. Až v posledních deseti letech se z šeptaných dohadů stala svědectví, když se řada světově známých celebrit rozhodla mluvit o problematice PPP a svých osobních zkušenostech. Mezi ně patří například: Lily Collins, Demi Lovato, Portia De Rossi, Troian Bellisario nebo Taylor Swift.

Toto desetiletí také dalo vzniknout řadě filmů a seriálů, které se různě kvalitně a přínosně tématem PPP zabývají. Za povšimnutí stojí: *To the Bone*, *Feed*, *Red Bend Society*, *Skinns*, *My Little Sister*, *Starving in Suburbia* a mnoho dalších. Navazují tak na své starší předchůdce vzniklé v mediální vlně vyvolané smrtí Carpenter jako: *The Karen Carpenter Story*, *Sharing the Secret*, *When Friendship Kills (A Secret Between Friends)*, *Perfekt Body* a *For the Love of Nancy*. Novější zpracování kromě stereotypického portrétu

anorektických teenagerek upozorňují i na méně zastoupené nemocné s PPP jako jsou muži nebo starší ženy.

Novým hráčem na poli poruch příjmu potravy se stal internet a sociální sítě. Nové tisíciletí s sebou přineslo vznik Pro-ana (pro anorektických) stránek a blogů, na kterých se nemocní dále ovlivňují a utvrzují se mezi sebou ve svých společnostech nepřijatelných názorů. S možností snadného šíření obrázků a zpráv vznikly pojmy jako Thinspiration nebo Thinspo (inspirace ke štíhlosti), Bonespiration nebo Bonespo (inspirace k vyhublosti „až na kost“), Meanspiratin/Meanspo (motivace negativní kritikou) a řada dalších. Vznikl tak samostatný svět s vlastními pravidly a mluvou, o kterém řada rodičů ani neví. V názorech na tuto subkulturu se odborníci rozcházejí. Pacientky se díky komunikaci s jinými nemocnými mohou cítit méně osamělé, mnohdy se však tyto často velmi mladé dívky ve své nemoci jen navzájem utvrzují.

V zemích jako je Velká Británie a Austrálie probíhají debaty o úpravě legislativy, která by umožnila trestní stíhání za provoz těchto stránek. Ve Francii od roku 2015 může být za nabádání k sebepoškození (kam spadá i hladovění) udělena pokuta.

My jsme při navazování kontaktu s možnými korespondentkami některé stránky, na kterých se nemocné shromažďují, navštívili. Jednou z největších stránek svého druhu je web [www.myproana.com](http://www.myproana.com), na kterém jsou registrovány tisíce uživatelů a denně se na něm sdílí stovky komentářů. Jak vypovídá jeho název, původně vznikl jako anorexii propagující stránka, dnes se už od původní agendy distancoval. Shromažďují se na něm muži a ženy z celého světa, kteří hledají vzájemnou podporu. Ačkoli se řada komentářů stále soustředí na patologické jednání spojené s PPP, jedná se spíše o sdílení negativních zkušeností než o nabádání ostatních. Velice aktivní je i sekce, která se specializuje na zkušenosti s léčbou jednotlivých poruch příjmu potravy.

Dívky by měly být při navazování kontaktů opatrné, neměly by zveřejňovat žádné informace, podle kterých by byly dohledatelné, a nahrávat žádné fotografie. Fotografie jsou v této subkultuře obzvláště časté, nemocní je sdílejí a hodnotí své postavy. Nikdy by neměly zapomenout na anonymitu internetu, která umožňuje predátorům vydávat se za smyšlené postavy.

Se světovou popularitou sociálních sítí přichází ruku v ruce úprava fotografií a ukazování pouze svého nejlepšího já. Ovlivnitelní jedinci si při srovnávání s těmito „dokonalými lidmi“ mohou připadat méněcenní a mohou se utíkat k radikálním řešením. V době, kdy si lidé na sítích jako je Instagram vydělávají na živobytí modelingem a propagováním sponzorských produktů, je důležité mládeži vysvětlovat, že jedná o krajně upravený portrét osobností, který je provozován pro finanční prospěch.

Ať již se jedná o stará či nová média, měli bychom jako společnost směřovat mládež v jejich interpretaci ke kritickému myšlení a uvědomování si jejich neobjektivitu.



## 2 Obezita

Ačkoli má široká veřejnost pod pojmem poruchy příjmu potravy zakořeněnou představu podvyživené dívky s extrémní podváhou, nesmíme zapomínat, že mentální anorexie není jedinou rozeznanou PPP. Podváha je diagnostickým kritériem pouze u mentální anorexie, mentální bulimie a v anglosaských zemích záchvatovité přejídání, je naopak často spojena s normální váhou až obezitou.

Dětská obezita se nezdá podílet na rozvoji poruchy příjmu potravy v pubertě. Ovlivňuje dřívější nástup menarche, podílí se na sociálním postavení dívky a může hrát významnou roli v sebehodnocení rozvíjející se psychiky. Obézní děti, u kterých se významně změnila jídelní návyky, bychom neměli brát o nic méně vážně než děti štíhlé. Zvýšená tělesná hmotnost může patologické stravovací návyky zakrývat a porucha příjmu potravy může probíhat dlouho bez povšimnutí.

V dnešních rozvinutých zemích, kde se podíl obézní populace stále zvětšuje, představuje obezita významný faktor ve zdraví obyvatelstva. Její dopady jsou, stejně jako důsledky malnutrice, širokospektré. Mezi hlavní onemocnění, u kterých byla prokázána přímá souvislost, patří kardiovaskulární onemocnění, metabolický syndrom, diabetes mellitus 2. typu, artrózy vzniklé přetěžováním kloubů nebo různá onemocnění gastrointestinálního traktu.

V souvislosti s reprodukčním systémem zvyšuje obezita riziko mateřské mortality, těhotenské cukrovky a makroskopie plodu, hypertenze, vzniku preeklampsie a tromboembolické nemoci.

Za zmínku stojí zvýšená prevalence PCOS (syndromu polycystických vaječnicků) u pacientek s mentální bulimií a psychogenním přejídáním. Pacientky s PCOS častěji trpí abdominální obezitou, objevují se u nich nepravidelnosti menstruačního cyklu a mohou mít obtíže spontánně otěhotnět. (Papežová, 2010)

Obezita může v těhotenství přinášet zcela praktické překážky v péči o ženy. U těhotných s vyšším procentem abdominálního podkožního tuku klesá viditelnost při ultrazvukovém vyšetření (především abdominální sondou), komplikuje se provedení choriocentézy i samotného porodu, při kterém jsou ženy méně pohyblivé.

Při péči o těhotnou s nadváhou bychom měly kromě možných rizik pro ni i pro plod myslet i na možnou příčinu obezity, všimnout si jejího hmotnostního přírůstku a v případě pochyb jí umožnit spolupráci s nutričním terapeutem nebo psychologem.

Téma mateřské obezity se všemi faktory vzniku a komplikacemi, které v těhotenství přináší, je natolik obsáhlé, že se mu tato práce nemůže podrobněji věnovat. Přijde nám, že se jí zabývá velké množství jiných akademických i odborných prací, my se proto budeme dále zabývat PPP s restriktivním a purgativním chováním.

### **3 Fertilita a reprodukční schopnost u žen s PPP**

Papežová uvádí, že více než 90 % všech pacientů s PPP tvoří mladé ženy před nebo v reprodukčním věku. Vzhledem k tomu, jak je ženský reprodukční systém citlivý na změny v nutriční a stresové hladině, a jak často odráží změny chování a náhlé situace v životě ženy, je samozřejmé, že tyto poruchy příjmu potravy budou výrazně ovlivňovat. (Golden, 2007)

PPP tak mohou negativně zasáhnout jednu nebo více oblastí ženské reprodukce a to: menstruační cyklus, fertilitu a průběh těhotenství, poporodní stav matky a dítěte a dobu kojení. (Papežová a kol., 2018)

Jednotlivé oblasti budeme rozebírat v dalších kapitolách.

#### **3.1 Poruchy menstruačního cyklu**

Za menstruační cyklus považujeme opakovaný fyziologický děj působící narůstání a odlučování endometria při přípravě dělohy na nidaci blastocysty, který začíná menarche a končí klimakteriem (menopauzou). Toto fertilitní období trvá zhruba od 14 do 45 let věku ženy. (Pařízek, 2015)

Jedním ze současných diagnostických kritérií mentální anorexie je amenorea. Tu rozeznáváme dvojí: primární, kdy u adolescentních dívek nedojde k nástupu menarche, a sekundární, při které dojde k přerušení dříve pravidelného menstruačního cyklu. Pomocí progesteronového testu dále hodnotíme připravenost děložní sliznice. Po podání 60-120 mg progesteronu čekáme 14 dnů na vyvolanou pseudomenstruaci, podle její přítomnosti dále dělíme amenoreu na I. stupně (produkce estrogenů je dostatečná, do 14 dní došlo ke krvácení) a II. stupně (ke krvácení nedošlo, u ženy se potvrdila porucha estrogenní produkce).

Menarche je jedním z indikátorů vyspělosti země, průměrný věk počátku pohlavní dospělosti ženského obyvatelstva se jeví nepřímo úměrně k jejímu sociálněekonomickému statutu. Je to zapříčiněno kvalitní a dostatečnou výživou. Hlavním atributem pro nástup menstruačního cyklu je podle Papežové podíl tukové tkáně v těle ženy, který by měl být roven nejméně 23,5 % její tělesné hmotnosti. Tato hodnota může nejprve spouštět tzv. pseudomenstruaci (krvácení při anovulačním cyklu), která je často přítomna v prvních dvou letech po menarche. Pro pravidelný menstruační cyklus si tělo vytvoří v průběhu dospívání o něco vyšší podíl tuku, který by byl pro případné těhotenství a kojení dostatečným zdrojem snadno získatelné energie. U obézních dívek s dostatečnou zásobou tělesného tuku tak mnohdy zaznamenáváme dřívější nástup menarche.

Vznik amenorey jako přímého následku poruchy příjmu potravy stále není přesně vysvětlen. Na jejím vzniku se pravděpodobně podílí řada neurotransmiterů a neuromediátorů. Kromě anorektických pacientek se s ní můžeme setkat u vrcholových

sportovkyň, baletek nebo modelek. Tyto rizikové profese pojí nároky na speciální dietní a cvičební režim. (Papežová a kol., 2018)

Podle Barbieriho dochází k poruchám menstruačního cyklu narušením hypothalamo-hypofyzární ovariální osy, kdy se v důsledku nedostatečného příjmu energie zastavuje produkce gonadoliberinů, které stimulují sekreci gonadotropinů. Nízká produkce FSH a LH následně vede ke snížené hladině estrogenů v těle. (Barbieri a kol., 2004)

Návrat pravidelného menstruačního cyklu je známkou uzdravování a obvykle se pojí s překročením hranice BMI 19. V prvních měsících se spíše jedná o anovulační cykly. (Krch a kol. 1999)

U mladých dívek s podváhou a primární amenoreou může dojít k zastavení tělesného růstu a dalšího vývoje sekundárních pohlavních orgánů. Terapie je u nich tudíž velmi důležitá. Po dosažení normální hmotnosti by se u nich pohlavní vývoj měl znovu rozběhnout. Dospělé pacientky s primární amenoreou jsou nápadně malým vzrůstem a nedovyvinutými prsy. (Papežová a kol., 2018)

### **3.1.1 Problematika amenorey jako diagnostického kritéria**

Jednotlivé studie se ve výsledku procentuálního zastoupení oligomenorey a amenorey rozcházejí. Podle Papežové se jedná o zhruba 95 % nemocných žen s mentální anorexií a 60 % s mentální bulimií. (Papežová a kol., 2018)

V roce 2020, kdy tuto práci píšeme, je amenorea (definovaná jako alespoň tři po sobě jdoucí vynechání menstruačního krvácení) jedním ze tří základních kritérií pro diagnózu mentální anorexie podle MKN-10. U mentální bulimie se toto kritérium nevyskytuje.

Kritérium amenorey může být diagnosticky zavádějící u žen, které užívají hormonální antikoncepci. Může u nich dále docházet k pravidelnému pseudomenstruačnímu cyklu. Amenorea nemůže být diagnostickým kritériem ani u transsexuálních anorektiček bez funkčních ženských reprodukčních orgánů. A v neposlední řadě také diagnózy mentální anorexie nedosáhne malé procento žen, u kterých k amenoree nedojde ani při extrémně nízkém BMI. Tyto pacientky s atypickou mentální anorexií si nemoc hůře přiznávají a mohou dospět k velmi těžké podvaze při honbě za „opravdovou“ mentální anorexií. (Roberto a kol., 2008)

Americká psychiatrická společnost odňala nutnost amenorey v roce 2013 při publikaci DMS-V. Snaží se tak snížit počet žen s atypickou mentální anorexií (součástí OSFED).

### 3.2 Sexuální chování

V oblasti sexuality velmi záleží na typu PPP, kterým žena trpí. Podle Papežové mají anorektické pacientky až asexuální tendence, nevyhledávají vážný partnerský intimní vztah. Z vnějšího pohledu mohou působit rezervovaně až frigidně. Může za to snížená činnost endokrinního systému v kombinaci s charakterovými rysy typickými pro mentální anorexii, jako jsou např. nesociálnost, obezřetnost, apatie, zaujetí vlastním já. Svůj podíl na nižší afektivitě má jistě i celková únava organismu zapříčiněná zpomalením metabolických pochodů a nedostatečným energetickým příjmem, kterou anorektické pacientky prožívají. (Papežová a kol., 2018)

U mentální bulimie, kdy je zachovaný dostatečný energetický příjem, tuto odtažitost nepozorujeme. V rovině intimní a sexuální zažívají bulimičky stejnou vzrušivost a intenzitu sexuálních vjemů jako běžná populace. Někteří autoři jim naopak přiřazují až promiskuitní sklony. (Papežová a kol., 2018)

Papežová také uvádí, že dvě třetiny žen s PPP byly během svého života pohlavně zneužity, 80 % z nich v dětství.

Konkrétní korelace mezi sexuálním zneužíváním a rozvinutím PPP není prokázána. František Krch však na podkladě svých klinických a terapeutických zkušeností píše: „*Vážné pohlavní nebo fyzické zneužití v dětství a rané adolescenci vystavuje jedince zvláštnímu riziku, že u něj dojde k psychické krizi nebo že se u něj dokonce rozvine psychická porucha včetně mentální anorexie nebo bulimie.*“ (Krch, 1999, str.108)

### 3.3 Asistovaná reprodukce

Odborníci se shodují na tom, že snaha o umělé oplodnění u pacientek s poruchou příjmu potravy by měla následovat až po ukončení léčby PPP a dosáhnutí úplné remise. Přesto se uvádí, že právě pacientky s AN, BN a jejich atypickými formami mohou tvořit až polovinu všech žen léčených na klinikách pro asistovanou reprodukci.

U pacientek v akutní fázi onemocnění by asistovaná reprodukce měla být vážně přehodnocena, u žen s výraznými anorektickými symptomy dokonce kontraindikována pro závažná rizika pro matku i plod, které by těhotenství přineslo. Asistovaná reprodukce by měla sloužit jako metoda volby léčby neplodnosti u párů, u nichž ostatní možnosti otěhotnění selhaly. U pacientek s AN a BN je neplodnost sekundárním reverzibilním následkem základního onemocnění. Po léčbě a normalizaci endokrinologického stavu by tak většina žen s PPP v osobní anamnéze měla být schopna počít spontánně.

Pacientky, které svou PPP skrývají mnohdy i před nejbližším okolím, tak mohou se zatajováním pokračovat i v odeírání anamnézy. Převážně ženy s mentální bulimií, které si udržují váhu v rozmezí normálních hodnot, mohou skrývat své tendence k vyvolávanému zvracení, užívání diuretik a laxativ i před svým partnerem. Pokud u těchto pacientek přikročíme k metodám asistované reprodukce, zvyšuje se dle odborné literatury riziko

vzniku hyperstimulačního syndromu, těhotenských a perinatálních komplikací a následného ohrožení psychického i tělesného zdraví dítěte i matky.

Při jednání s pacientkami s přiznanou historií s PPP bychom měly jednat obezřetně. S pacientkou a její rodinou by měl kromě gynekologa spolupracovat terapeut vyškolený v oblasti PPP, který by vyloučil aktuálně probíhající onemocnění a podporoval ji při nabývání zdravé předporodní hmotnosti.

Některé ženy, konfrontované lékařem ohledně podezření na PPP a po doporučení psychologického konzilia, kliniku opouští a hledají pracoviště, kde by jejich PPP zůstala nezaznamenaná. Psychologická intervence je však při příjmu na kliniku asistované reprodukce u rizikových pacientek vždy striktně doporučovaná. (Papežová a kol., 2018)

### **3.4 Průběh těhotenství a porodu**

Již jsme zmínili, že by se ženy neměly snažit otěhotnět v akutní fázi onemocnění, ale nejprve docílit alespoň částečné remise.

Pakliže žena s PPP počne, musíme myslet na mateřská i neonatální rizika, která se s tímto těhotenstvím můžou pojit.

Anglická metaanalýza z roku 2019 porovnávala výsledky 18 studií ohledně potratovosti, předčasného porodu a porodní váhy novorozenců. Z jejich práce vyplývá, že největší riziko potratu v prvních 20 týdnech gravidity mají ženy v aktivním stadiu BED (psychogenního přejídání), u kterých je potratovost třikrát vyšší než u kontrolní skupiny. U mentální bulimie a atypické mentální bulimie je potratovost vyšší asi o 40 % než u běžné populace. Ačkoli se vyšší riziko pojí převážně s aktivní fází onemocnění, i ženy v remisi mají stále zvýšenou pravděpodobnost potratu oproti běžné populaci. U mentální anorexie nebylo zvýšené riziko abortu zaznamenáno.

Trend předčasného a velmi předčasného porodu se pojí hlavně s mentální anorexií a je podle výsledků některých studií až čtyřikrát častější než v běžné populaci. To je spojováno především s nižším BMI pacientek. (Kimberly, 2019)

Podle Papežové dále podstupují anorektičky třikrát častěji než ženy bez PPP umělé ukončení těhotenství, dvakrát více jich drží vegetariánskou dietu, častěji také kouří. Jejich průměrné BMI před otěhotněním je 18,1 a jejich hmotnostní přírůstek bývá u 22% nedostačující, 28% dostačující a 50% nadbytečný.

Bulimičky také přistupují k UPT častěji než ženy bez PPP, vegetariánskou dietu dodržují dvakrát častěji. (Papežová a kol., 2018)

### 3.5 Výživa a energetický příjem ženy v těhotenství

Správná a dostatečná nutriční je významným faktorem pro fyziologické těhotenství. U těhotné ženy dochází ke zvýšení bazálního metabolismu o 20 %, navýšení zásoby tělesného tuku a k výživě rostoucího plodu. Změny by měly být kompenzovány zvýšením energetického příjmu. (Hájek a kol., 2014)

Těhotné s normální váhou by měly konzumovat kolem 10 000 kJ (2400 kcal) denně, aby se jejich hmotnostní přírůstek pohyboval mezi 11 a 16 kg. (Hronek, 2004) Na konci termínové gravidity při průměrném přírůstku tělesné hmotnosti 13 kg váží plod cca 3,5 kg, děloha s placentou 1,5 kg, voda plodová 0,8 kg, krev 1,2 kg, prsní žlázy 0,5 kg, extracelulární tekutina 2,5 kg a tuk pouhých 3 kg. (Hájek a kol., 2014)

Ženy s normální váhou by se v těhotenství neměly pokoušet o omezování hmotnostního přírůstku ani o redukci hmotnosti. Nedostatečná nutriční může vést ke zhoršené prosperitě vyvíjejícího se plodu. U většiny žen dojde po porodu k rychlé samovolné redukci hmotnosti. Na konci šestinedělí mají průměrně o 3 kg vyšší hmotnost než před otěhotněním, po půl roce již jen o 1 kg. Pro žádné redukční diety v těhotenství ani po porodu není u zdravých žen důvod. (Hájek a kol., 2014)

V České republice i v ostatních rozvinutých zemích stoupá procento obézních žen v populaci. S obézními těhotnými se tak setkáváme běžně. Při jejich edukaci musíme dbát na přiměřený energetický příjem (tradované přísloví, že těhotná jí za dva, je velmi zastaralé). U žen s hmotností před otěhotněním odpovídající BMI 26 a více je ideální přírůstek 7-11 kg. (Hronek, 2004)

Kvalitní a kvantitativně odpovídající nutriční příjem je důležitý již před koncepcí a v prvních týdnech těhotenství. U žen s pregravidní podváhou, které se v těhotenství nepokoušejí o restrikcii, je v těhotenství zaznamenán sklon k vysokým hmotnostním přírůstkům. I přes tento nárůst hmotnosti se jim, následkem nedostatečné nutriční plodu v začátku těhotenství, zpravidla rodí děti s nízkou hmotností.

U anorektických pacientek, kterým se povedlo otěhotnět a které pokračují s další restrikcí stravy v průběhu těhotenství, výrazně roste pravděpodobnost potratu, IUGR, nízké hmotnosti plodu, těhotenské gestózy a dalších negativních dopadů pro matku i dítě.

V prvním trimestru je důležitá převážně kvalita přijímané potravy, chudá nepestrá strava může vést ke strukturálním vadám placenty a k její insuficienci.

Ve druhém a třetím trimestru mohou matky vlivem nedostatečného energetického příjmu trpět anémií a chorioamnionitidou. U plodu vede často k růstové restrikci, nízké porodní hmotnosti a předčasnému porodu. (Hronek, 2004)

U některých těhotných anorektiček naopak dochází k zeslabení projevů PPP a ženy motivované snahou postarat se o dítě nemoci lépe vzdorují a snaží se o přiměřenější energetický příjem. Tyto ženy bychom měly chválit za jejich snahu, aktivně je podporovat a umožnit jim spolupráci s psychologem a nutričním terapeutem. (Papežová a kol., 2018)

### 3.6 Psychika těhotné ženy

Těhotenství s sebou přináší tolik životních, ale i fyziologických a hormonálních změn, že se i u jinak duševně zdravých a stabilních žen setkáváme s různými psychickými projevy. Těhotné mohou být náladové, plačtivé, úzkostné, depresivní, vystrašené. Už samotné endokrinní změny v těhotenství vyvolávají změny nálad a prožívání. Velmi záleží na podmínkách, ve kterých k otěhotnění došlo. Má žena partnera, který se na roli otce těší? Kolikáté je to její dítě? Bylo početí plánované? Bylo spontánní? Jak dlouho se pár o početí snažil?

S jinými obtížemi se bude potýkat dvacetiletá nedostudovaná žena bez finančního zajištění, která otěhotněla neplánovaně a bude svobodnou matkou, s jinými potom třiceti osmiletá, která se s partnerem pokouší o početí posledních pět let a má za sebou tři cykly IVF. Všechny těhotné ale potřebují bezpečné zázemí a podporu nejbližších. (Hudáková a kol., 2017)

Ženy s poruchou příjmu potravy mají vztah k těhotenství zkomplikovaný svým primárním onemocněním. Nehledě na důvod a motivaci PPP jsou pacientky zvýšeně soustředěné na svou tělesnou váhu a proporce. Těhotenství jim přináší každodenní zdroj úzkosti, kdy kromě běžných těhotenských starostí zažívají konflikt mezi obavou o dítě a nutkáním k naučenému patologickému jídelnímu chování. Patologické chování je pro ně zdrojem komfortu a uspokojení ze sebekontroly, kterým vzdorují proti stresu. Těhotenství, jakožto náročné období, tak u nich může vyvolávat zvýšenou potřebu kontroly a zhoršovat projevy poruchy příjmu potravy. Nemocné těhotné častěji trpí depresemi a bývají pocitově labilnější.

Pro průběh těhotenství je důležité, v jaké fázi PPP pacientka při početí nacházela. U žen v úplné remisi, které těhotenství plánovaly a na dítě se těší, přesto hrozí zvýšené riziko relapsu. Neustálé monitorování tělesné hmotnosti a přehnaná starost o vhodnou výživu u nich může vést k návratu patologických vzorců chování. Pacientky by si toho měly být vědomy a v průběhu celého těhotenství společně s terapeutem pracovat na akceptování tělesných a životních změn, které s sebou tento stav přináší.

U žen, které otěhotněly v akutní fázi PPP a jsou zvyklé provozovat patologické jídelní chování, jako je restrikce potravy, vyvolávané zvracení, užívání laxativ a nadměrná kompenzace cvičením, může dojít ke zlepšení i zhoršení PPP. Některé vnímají těhotenství jako motivaci pro léčbu a zaujetí vlastním já nahradí starostí o dítě. Jiné, zvláště pokud otěhotněly neplánovaně a o graviditě se pro oligomenoreu dozvěděly až ve vyšším týdnu gravidity, když už UPT nebylo možné, se se svou novou rolí špatně vyrovnávají a těhotenství má horší průběh i outcome. (Papežová a kol., 2018)

### 3.7 Nutriční příjem v období šestinedělí a kojení

Šestinedělí je pro ženu náročné jak po fyzické, tak psychické stránce. Její tělo se vrací do stavu, ve kterém bylo před těhotenstvím. Žena ztrácí nadbytečné tělesné tekutiny, klesá objem krve, orgány se zmenšují do velikosti a umístění před graviditou. Nová maminka je vyčerpaná, může mít poruchy spánku, zvyká si na novou životní roli, učí se starat o dítě... Všechny tyto změny vyžadují dostatek přijímané energie. Vhodný je dostatečný příjem tekutin, kvalitní nenadýmavá potrava s dostatkem bílkovin a vitamínů. Rozhodně se nedoporučuje snaha o redukční diety.

Dostatečný energetický příjem je zvláště potřebný pro bezproblémovou laktaci. Kojící žena by měla denně přijímat asi o 500 kcal více než netěhotná a nekojící, redukce potravy vede ke snížené tvorbě a kvalitě mléka. (Dewey, 1997)

### 3.8 Psychika ženy v období šestinedělí

Jisté psychické změny, které s sebou porod a nová mateřská role přinášejí, jsou fyziologické a týkají se všech žen. Vyčerpané, hormonálně nestabilní nové matky mají všechny předpoklady pro mírné náladové dysbalance.

Pokud psychické chování a prožívání nedělký překročí hranice očekávané rozkolísanosti a nepohody, hovoříme o poporodních psychických poruchách. Až u 80 % nových maminek dochází k přechodnému depresivnímu období, které provází plačtivost, úzkost, poruchy spánku, emocionální labilita, strach a pochyby. Toto poporodní blues vrcholí mezi pátým a sedmým poporodním dnem a do týdne by mělo samo odeznít.

Asi u 10 % nedělek na poporodní blues naváže poporodní deprese, kdy se negativní pocity a prožitky nezlepšují, ale naopak prohlubují. Z původní smutné nálady a splínu žena postupně upadá do hluboké deprese. Ta se pojí s pocity beznaděje, selhání a neschopnosti postarat se o dítě, vyčerpanosti, apatie, ztráty zájmu o okolí. Může být spojena s poruchami spánku a podrážděností. Vedle deprese se mohou objevit úzkostné a kompulzivní poruchy a panické ataky. Ačkoli se ve většině případů poporodní deprese projeví do dvou týdnů od porodu, může se vzniknout i o několik měsíců později.

Život ohrožujícím stavem je poporodní psychóza. Objevuje se většinou druhý až třetí poporodní den, někdy i později v průběhu prvního měsíce. Na počáteční neklid, podrážděnost a úzkost navazují poruchy spánku, stavy dezorientovanosti a deprese nebo mánie. Pacientčin stav se rychle zhoršuje, zažívá halucinace a bludy a ztrácí kontakt s realitou. Bez pomoci mohou být ženy nebezpečné sobě i svému dítěti. Je nutné okamžitě začít s psychiatrickou léčbou. (Hájek a kol., 2014)

U nedělek s PPP hrozí zvýšené riziko poporodní deprese i poporodní psychózy. Mnoho z nich se snaží rychle vrátit na svou předporodní váhu. Úzkosti, nejistota a zhoršená nutrice mohou vést ke snížené laktaci. V kombinaci se špatnou technikou kojení pak děti nejsou



dostatečně živěné. Vystresované ženy podléhají pocitu selhání a s přesvědčením, že nejsou schopné kojit pro nedostatek mléka, zbytečně přecházejí u dítěte na umělou výživu.

Pacientky by měly být pod kontrolou psychologa a snažit se udržet normální stravovací návyky. Ženy, u kterých se PPP opět znovu naplno rozběhne, mohou nejen poškozovat vlastní zdraví, ale i špatným příkladem až vnucováním dietních opatření negativně ovlivňovat psychický a tělesný vývoj dítěte. (Papežová a kol., 2018)

### **3.9 Novorozenecký outcome**

Negativní vliv PPP na vývoj plodu a zdraví novorozence je asi naší hlavní starostí při péči o těhotné s touto diagnózou. Kromě již uvedených negativních důsledků pro těhotenství a porod se PPP promítá především do oblasti zralosti a porodní hmotnosti novorozence.

U žen s mentální anorexií se častěji setkáváme s hypotrofickými novorozenci s porodní váhou pod 2500 g, zvýšené je i riziko růstových restrikcí plodu a dětí pod 3. hmotnostním percentilem (tzv. small for gestational age). Výsledek těhotenství záleží kromě hmotnostního přírůstku i na hmotnosti matky před otěhotněním.

U mentální bulimie záleží na váhovém přírůstku, na frekvenci přejídání se a patologické kompenzaci. Při vyšším přibývání hmotnosti může být výsledek podobný jako u BED (psychogenního přejídání). Děti těchto těhotných mohou být hypertrofické, není u nich výjimkou ani makroskopický plod o hmotnosti přes 4500 g. (Kimberly, 2019)

Děti žen s PPP narozené nezralé až extrémně nezralé mají stejné zdravotní problémy a komplikace jako nezralé děti žen bez PPP. Patří mezi ně především: syndrom dechové tísně novorozence, hypotermie, retinopatie, bradykardie s apnoickými pauzami, dětská mozková obrna, infekce, osteopatie, poruchy integrity kůže a další. (Hájek a kol., 2014)

Nesmíme zapomínat, že děti nepřestanou být ohrožovány mateřskou PPP v okamžiku porodu. V některých případech u velmi nestabilních žen s dekompenzovanou PPP je vhodné zahájit sociální šetření, aby bylo jisté, že se matka dokáže o dítě náležitě postarat. (Kniže a kol., 2018)

## 4 Role porodní asistentky v péči o ženu s PPP

Porodní asistentky pracují na všech úsecích gynekologické a porodnické péče a jejich potenciální kontakt s ženami s poruchami příjmu potravy je různorodý. Porodní asistentky, které pracují v ambulanci obvodního gynekologa, kam ženy chodí s poruchami menstruačního cyklu, mohou být jedny z prvních zdravotníků, se kterými se nemocná žena setká. Ženy, které si svůj problém nepřiznaly a dosud nevyhledaly odbornou lékařskou pomoc, často přicházejí právě kvůli amenoree. Zkušenost z tohoto prvního kontaktu může být určující pro to, jaký postoj si nemocná ke zdravotníkům vytvoří. Důležité je laskavé, ale obezřetné chování, kterým v ženě vzbudíme pocit důvěry. Zbytečně nekomentujeme její vzhled a postavu a nechováme se přezíravě. Lékař by měl ženě vysvětlit příčinu amenorey a důsledky, které z ní vyplývají.

Extrémně opatrně bychom měly přistupovat k mladým pacientkám u obvodních a dětských gynekologů, kde kromě s dívkou komunikujeme ještě s jejími rodiči.

U žen v prenatální poradně by si porodní pacientka měla všimnout všech tělesných projevů, také jak se pacientka vyjadřuje o narůstající hmotnosti a jak je s těhotenstvím spokojená. Právě porodním asistentkám se žena v těhotenství může se svým problémem poprvé svěřit. Opět velmi záleží na naší reakci. K ženám, o jejichž anamnéze PPP víme, přistupujeme citlivě, bez zesměšňování a degradace. Podporujeme je v nabývání hmotnosti, chválíme je za hmotnostní přírůstek. Ptáme se, jak se cítí, jestli by nepotřebovaly terapeutickou podporu.

Na klinikách asistované reprodukce si všímáme stavu pacientčiny nutriční a při podezření na PPP, bychom měly vždy upozornit lékaře.

S anorektickými a bulimickými pacientkami se můžeme potkávat na oddělení rizikového těhotenství, kde jsou hospitalizovány pro riziko předčasného porodu, špatný fyzický a psychický stav. U těchto pacientek si musíme uvědomit, že sobě a svému dítěti neublíží schválně a pravděpodobně je to velmi trápí. Pokud bychom se k nim chovaly kriticky a shlížely na se z patra, jenom u nich posílíme pocit stresu a úzkosti. Měly bychom oceňovat, že se pacientky hospitalizací snaží zmírnit těhotenská rizika.

Na porodním sále se o ženy s PPP staráme se stejnou úctou jako o ostatní pacientky. Měly bychom být informované o jejich anamnéze a jejich možných následcích pro dítě.

Důležitou funkci zaštiťují porodní asistentky a všeobecné sestry na oddělení šestinedělí. U pacientek s PPP je vyšší riziko poporodní deprese a poporodní psychózy, proto bychom si jejich nálad a psychického rozpoložení měly zvlášť všimnout. Snažíme se s ženou navázat bližší vztah, získat její důvěru. Podporujeme ji v péči o dítě, nehodnotíme ji kriticky, motivujeme ji ke kojení. Nabízíme službu klinické psycholožky.

Musíme si uvědomit, že zkušenost, kterou žena těhotenstvím a hospitalizací získá, může pozitivně, ale i velmi negativně, ovlivnit její důvěru ve zdravotnický personál a motivovat nebo demotivovat ji k vyhledání další pomoci. V důsledku tak můžeme svým přístupem ovlivnit další život nejen matky, ale i jejího dítěte.

## 5 Metodologie výzkumu

Při výběru bakalářské práce jsme se rozhodli pro vytvoření teoreticko-výzkumné práce s využitím kvalitativní metody výzkumu. Chceme tak předložit několik možných scénářů, jak se může těhotenství u žen s PPP vyvíjet.

Vzhledem k intimnosti tématu jsme se rozhodli pro shromažďování kontaktů na vhodné ženy pomocí sdílení na sociálních sítích. Zvláště se nám osvědčily inzeráty uveřejněné na blozích a webových stránkách, které se soustředí na sdílení zkušeností s poruchami příjmu potravy.

Pilotní studie byla rozvržena pro patnáct korespondentek, se kterými jsme vedli strukturované rozhovory. Po původním zkontaktování jich rozhovory dokončilo dvanáct. K těmto sezením jsme využívali sociální sítě a dálkové komunikační prostředky jako je Skype.

Jednotlivé odpovědi jsme přepsali do 12 případových studií. Ženy byly v různé míře sdílné, a tak se i jednotlivé studie různí v délce a podrobnosti.

Pro lepší představení korespondentek jsme ve výzkumu využili i kvantitativní metodu, kde na dvanácti grafech předkládáme demografické charakteristiky vzorku. Dvanáct dotazovaných žen pochází z 8 různých zemí. Pro zachování jejich anonymity jsme každé přiřadili smyšlené jméno.

### 5.1 Stanovení cílů výzkumu

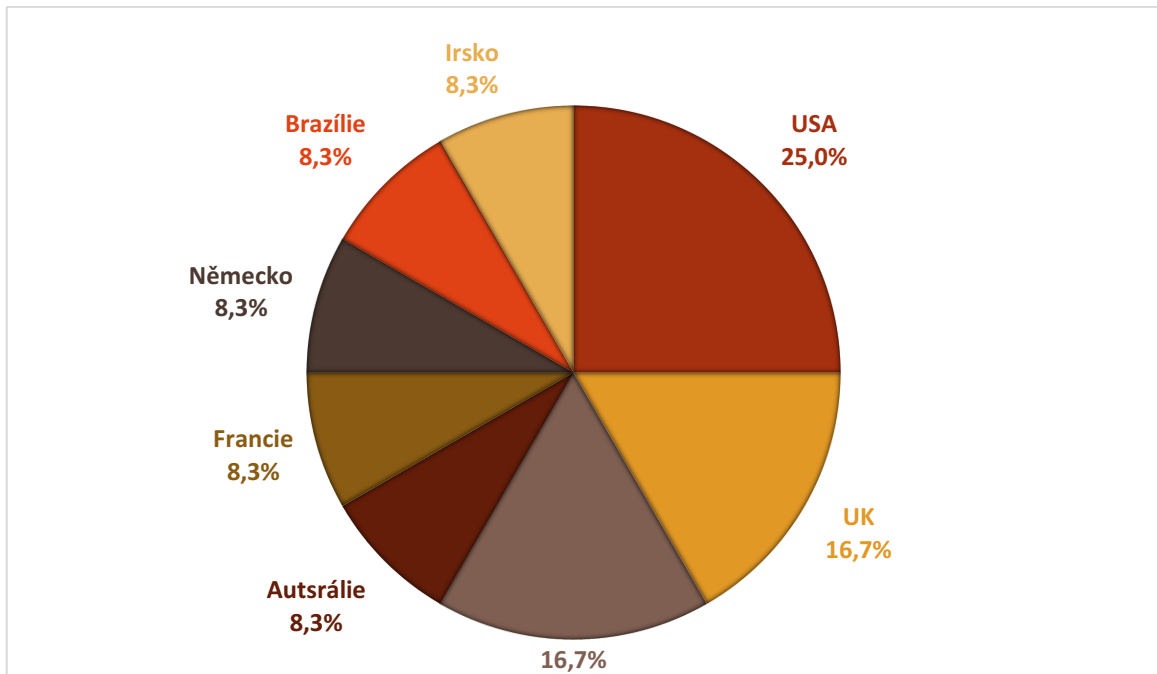
Cíl: Zjistit překážky, které těhotné s onemocněním poruch příjmu potravy vnímají.

- Podcíl 1: Zjistit jaké procento korespondentek otěhotnělo plánovaně.
- Podcíl 2: Porovnat průběh těhotenství u žen s PPP, které otěhotněly plánovaně a neplánovaně.
- Podcíl 3: Zjistit, kolik procent žen informovalo svého gynekologa/porodníka/PA o PPP v anamnéze.
- Podcíl 4: Zjistit, jaké chování vůči sobě ženy s PPP očekávají od porodních asistentek.

## 6. Vyhodnocení výzkumu

### Otázka č. 1

Z které země pocházíte?



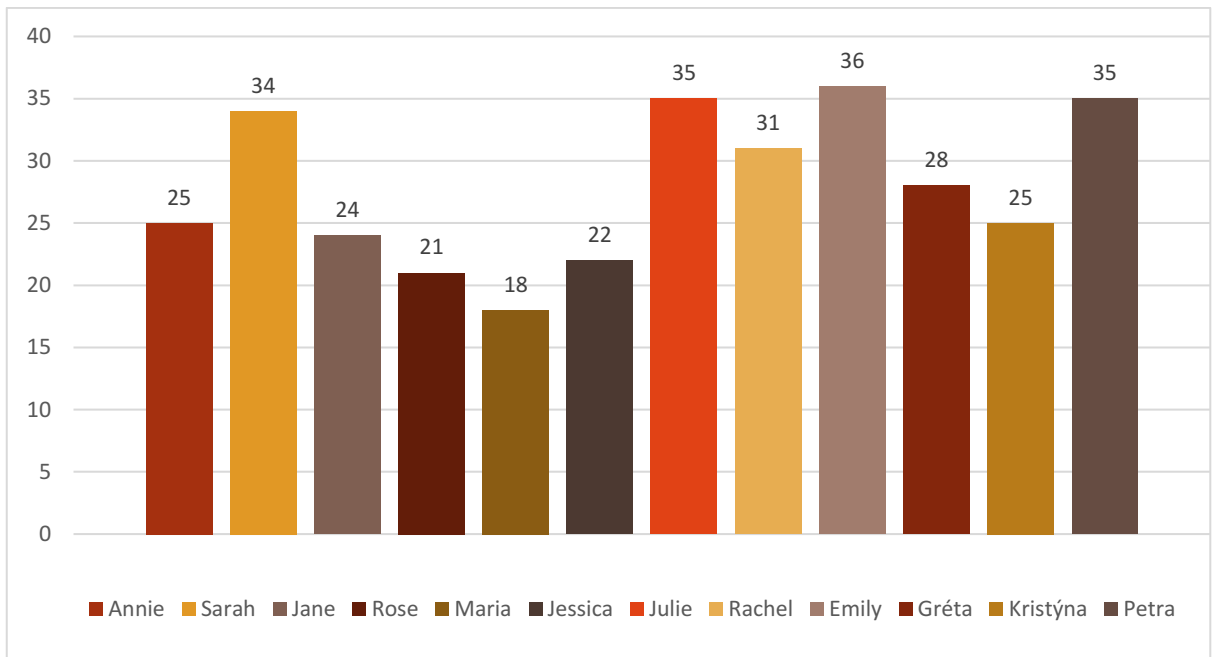
**Graf č. 1 Státní příslušnost korespondentek.**

Díky sociálním sítím se nám podařilo shromáždit data v mezinárodním měřítku.

Z celkového počtu korespondentek (N=12) pocházely 3 ze Spojených států Amerických (25 %), 2 ze Spojeného Království (16,7 %), 2 z České republiky (16,7 %), 1 z Austrálie (8,3 %), 1 z Francie (8,3 %), 1 z Německa (8,3 %), Jedna z Brazílie (8,3 %) a 1 z Irska (8,3 %).

## Otázka č. 2

### Kolik je Vám let?

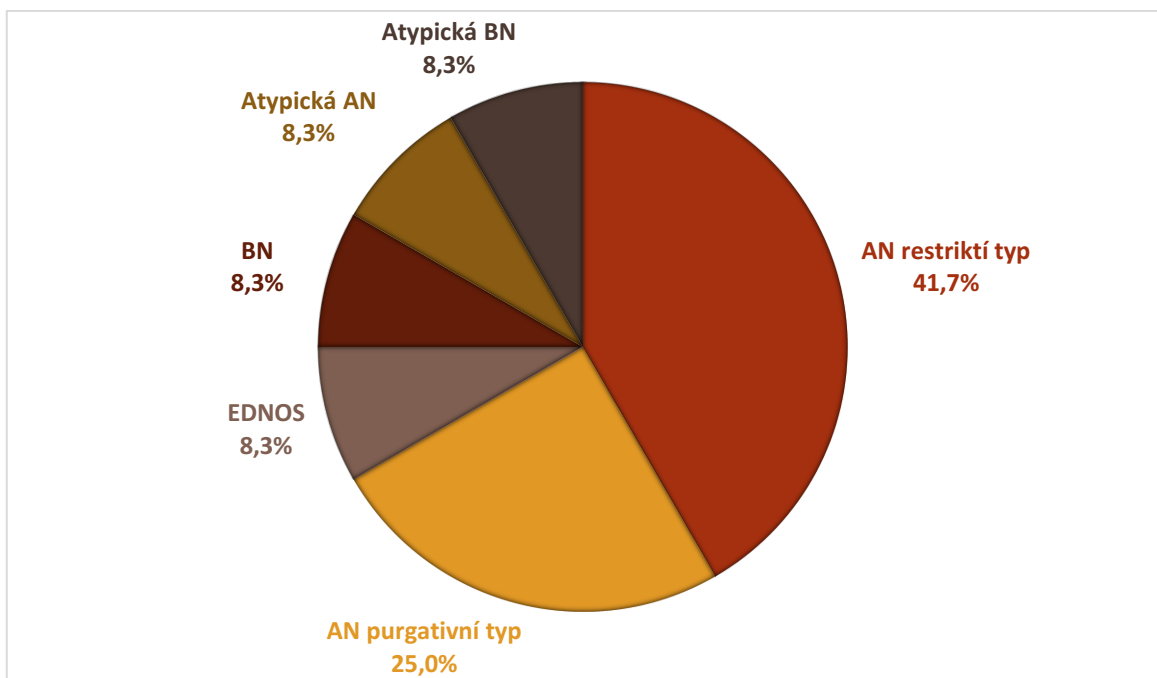


**Graf č. 2 Věkové rozložení korespondentek**

Ze dvanácti korespondentek (N=12) je jedné 18, jedné 21 let, jedné 22 let, jedné 24 let, dvěma 25 let, jedné 28 let, jedné 31 let, jedné 34 let, dvěma 35 let a jedné 36 let. Jejich aritmetický věkový průměr se rovná 27,8. Medián tohoto vzorku je 26,5.

### Otázka č. 3

#### Která porucha příjmu potravy Vám byla diagnostikovaná?

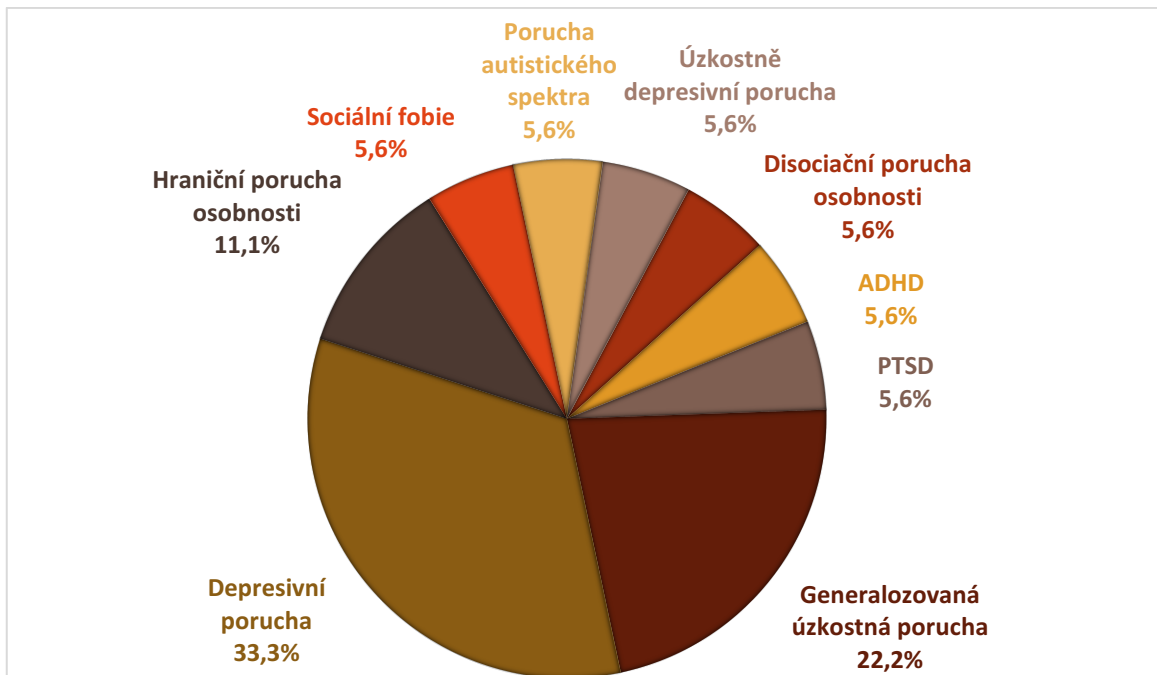


**Graf č. 3 Zastoupení poruch příjmu potravy mezi korespondentkami**

Z celkového počtu korespondentek (N=12) má 5 restriktivní typ mentální anorexie (41,7 %), 3 purgativní typ mentální anorexie (25 %), jedna EDNOS (8,3 %), jedna mentální bulimii (8,3 %), jedna atypickou mentální anorexií (8,3 %) a jedna atypickou mentální bulimii (8,3 %). Jednotlivé diagnózy odpovídají diagnostickým systémům, které zdravotní systém jejich země používá (nebo v tu chvíli používal). Dvě Češky, se kterými jsem rozhovor vedla, měly diagnostikovanou atypickou mentální anorexií a atypickou mentální bulimii.

#### Otázka č. 4

#### Kterou další duševní onemocnění Vám bylo diagnostikováno?



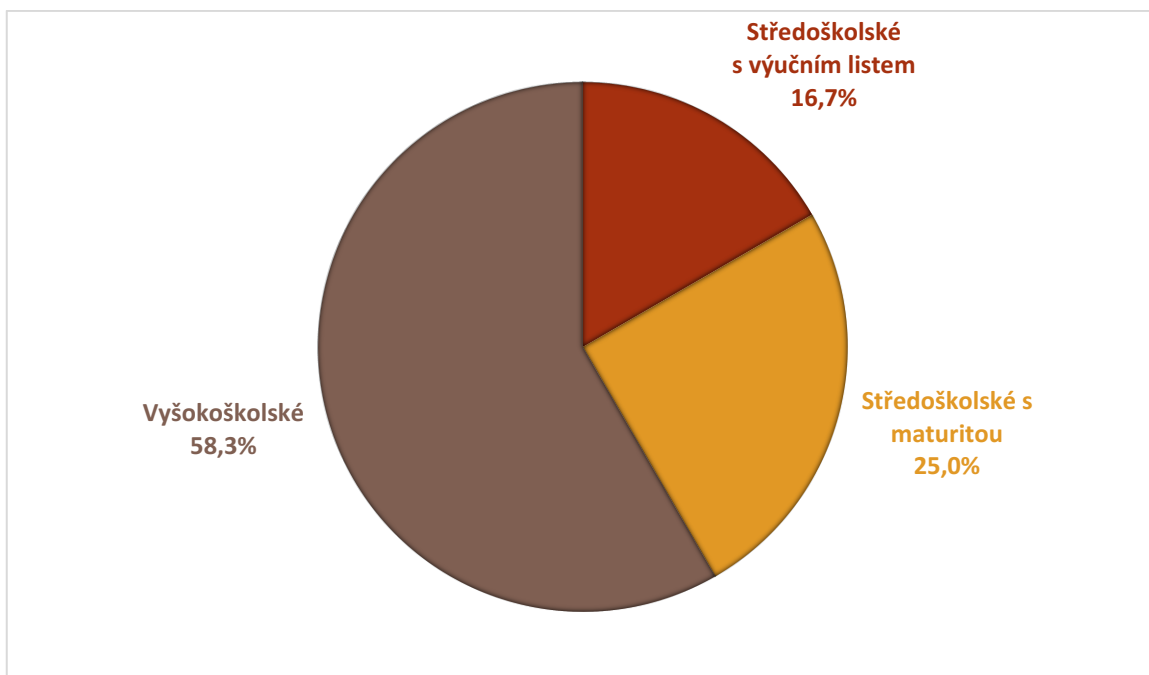
**Graf č. 4 Komorbidity PPP s dalšími duševními nemocemi u korespondentek**

Všechny korespondentky (N=12) kladně odpověděly na otázku, zda mají kromě PPP diagnostikovanou další psychické onemocnění. Z nich 6 uvedlo depresivní poruchu (33,3 %), 4 generalizovanou úzkostnou poruchu (22,2 %), 2 hraniční poruchu osobnosti (11,1 %), 1 sociální fobii (5,6 %), jedna poruchu autistického spektra (5,6 %), jedna úzkostně depresivní poruchu (5,6 %), jedna disociační poruchu osobnosti (5,6 %), jedna ADHD (5,6 %) a jedna PTSD (5,6 %). Každá korespondentka uvedla jednu až 4 diagnózy.



## Otázka č. 5

### Jaké máte nejvyšší dokončené vzdělání?

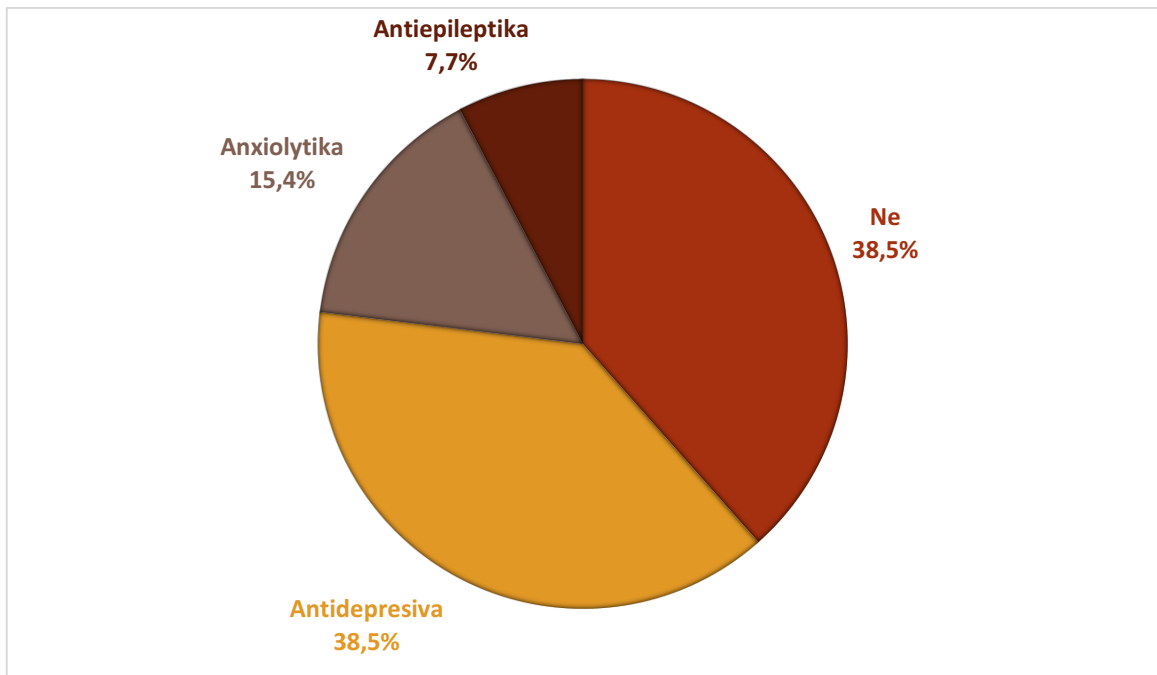


**Graf č. 5 Nejvyšší dokončené vzdělání korespondentek**

Všechny korespondentky (N=12) dosáhly minimálně středoškolského vzdělání. Z nich 2 jsou vyučené (16,7 %), 3 mají středoškolské vzdělání s maturitou (25 %) a 7 vysokoškolské vzdělání (58,3 %).

## Otázka č. 6

### Užíváte nějakou psychiatrickou farmakologickou léčbu?

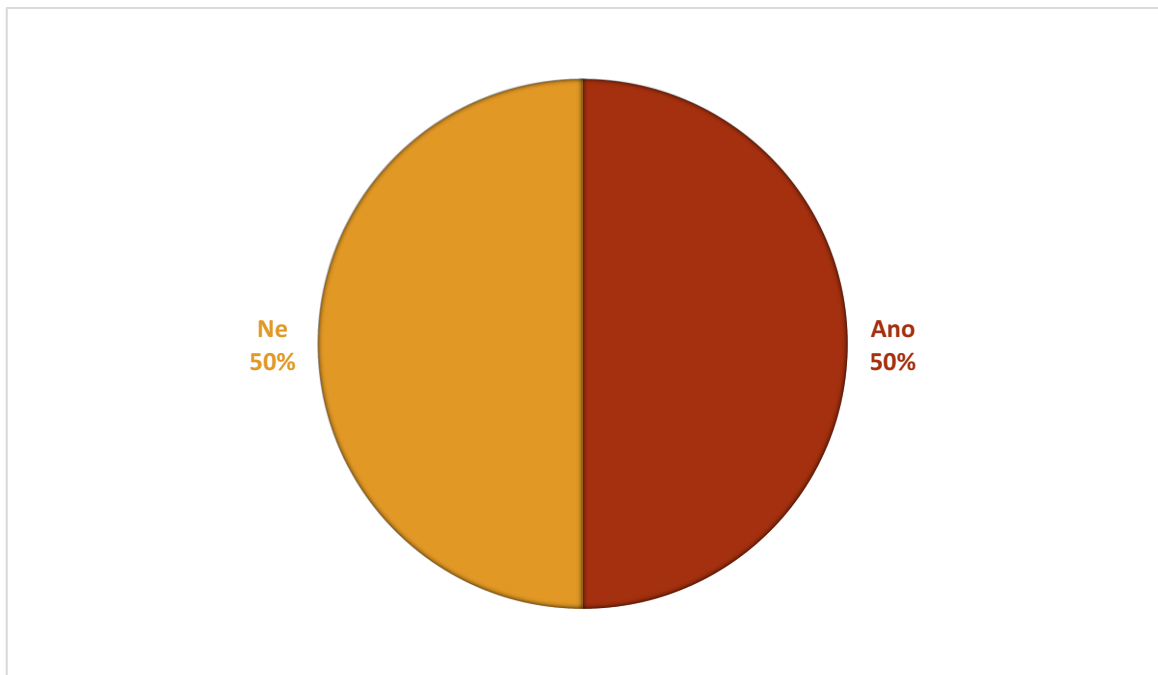


**Graf č. 6 Farmakologická léčba u korespondentek.**

Ze dvanácti korespondentek (N=12) jich v současnosti 5 neužívá žádnou psychiatrickou medikaci (38,5 %), 5 pravidelně užívá antidepresiva (38,5 %), 2 anxiolytika (15,4 %) a jedna antiepileptika (7,7 %)

## Otázka č. 7

Trpěla jste někdy amenoreou?

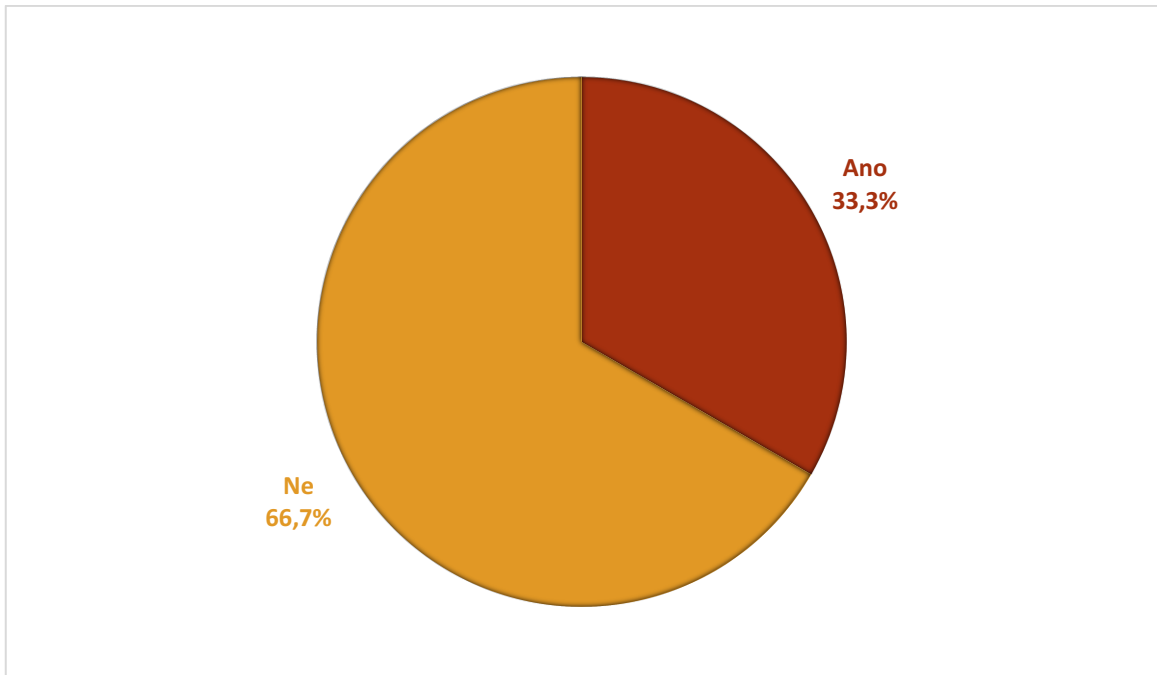


**Graf č. 7 Zastoupení amenorey mezi korespondentkami**

Ze dvanácti korespondentek (N=12) jich 6 (50 %) uvedla, že někdy v životě trpěla amenoreou a polovina, že u nich amenorea nikdy nenastala. Amenoreou v tomto případě definujeme jako vynechání menstruačního krvácení tři a více měsíců po sobě. I korespondentky bez amenorey uvedli krátkodobější nepravidelnosti menstruačního cyklu.

## Otázka č. 8

### Potratila jste někdy?

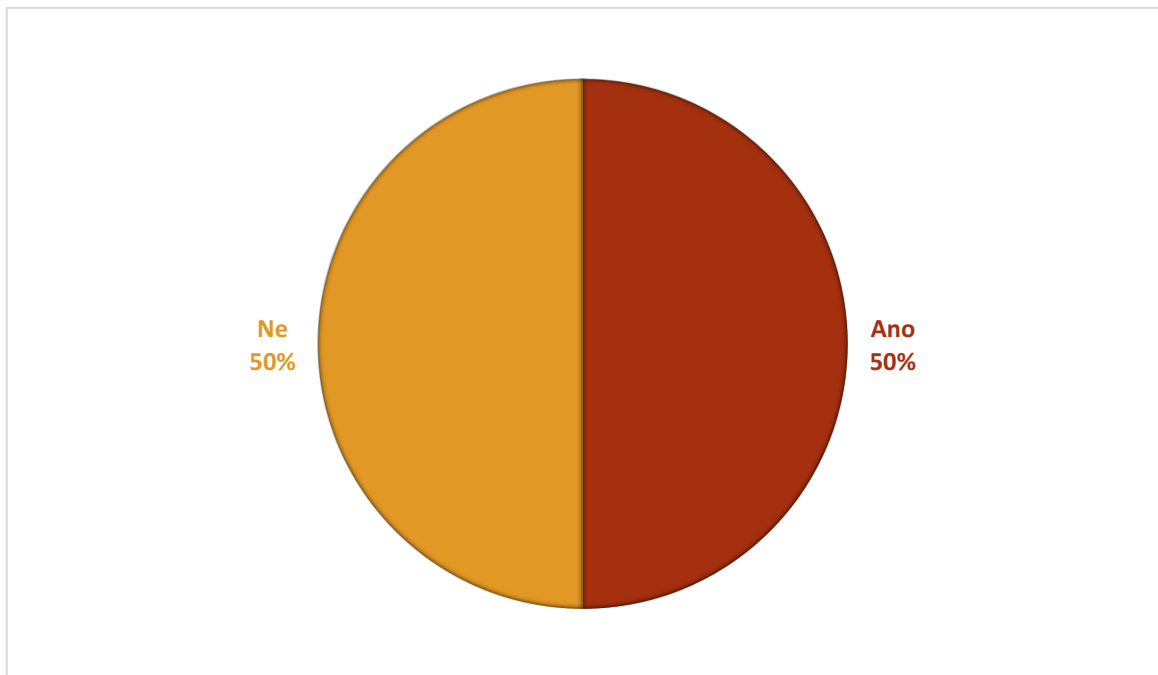


#### Graf č. 8 Potratovost mezi korespondentkami

Ze dvanácti korespondentek (N=12) jich 4 uvedly, že u nich někdy v životě došlo ke spontánnímu potratu (33,3 %). Zbýlých 8 korespondentek nikdy nepotratilo (66,7 %). Tři ženy potratily jednou a jedna třikrát.

## Otázka č. 9

### Bylo Vaše těhotenství plánované?

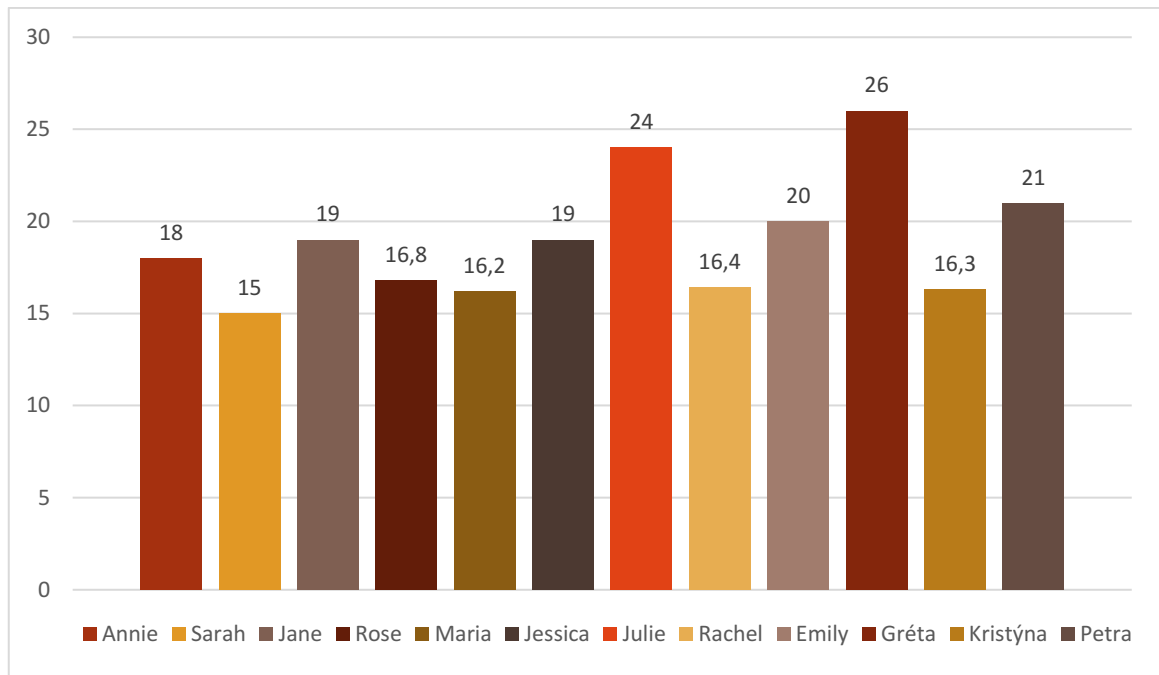


**Graf č. 9 Rozdělení těhotenství korespondentek na plánované a neplánované.**

Ze dvanácti tázaných (N=12) jich 6 (50 %) počalo plánovaně a 6 (50 %) neplánovaně. Všechny otěhotněly spontánně. Žádná nepodstoupila umělé oplodnění.

## Otázka č. 10

### Při jakém BMI jste otěhotněla?

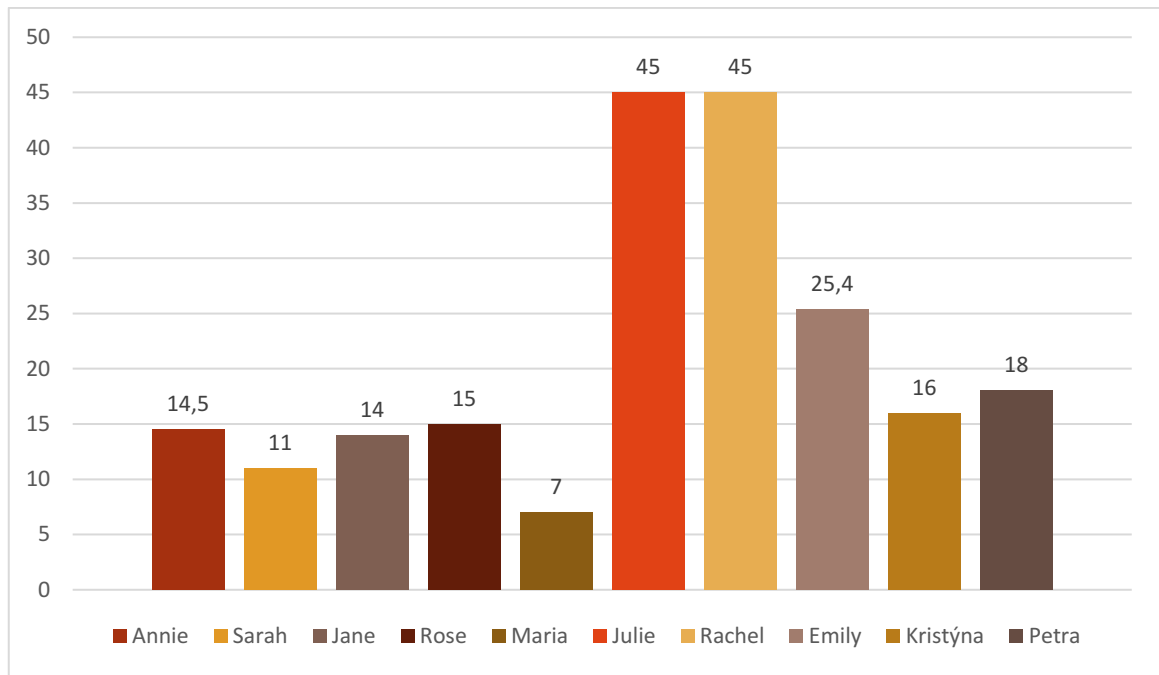


**Graf č. 10 BMI korespondentek před začátkem těhotenství**

BMI korespondentek před početím se pohybuje v rozmezí s minimem 15 a maximem 26. Ve vzestupném pořadí se jedná o BMI 15; 16,2; 16,3; 16,4; 16,8; 18; 19; 19; 20; 21; 24 a 26. S relativní četností 16,7 je nejčastěji zastoupeno BMI 19. Aritmetický průměr se rovná 18. Hodnota mediánu je 18,5.

## Otázka č. 11

### Jaký byl Váš těhotenský hmotnostní přírůstek?

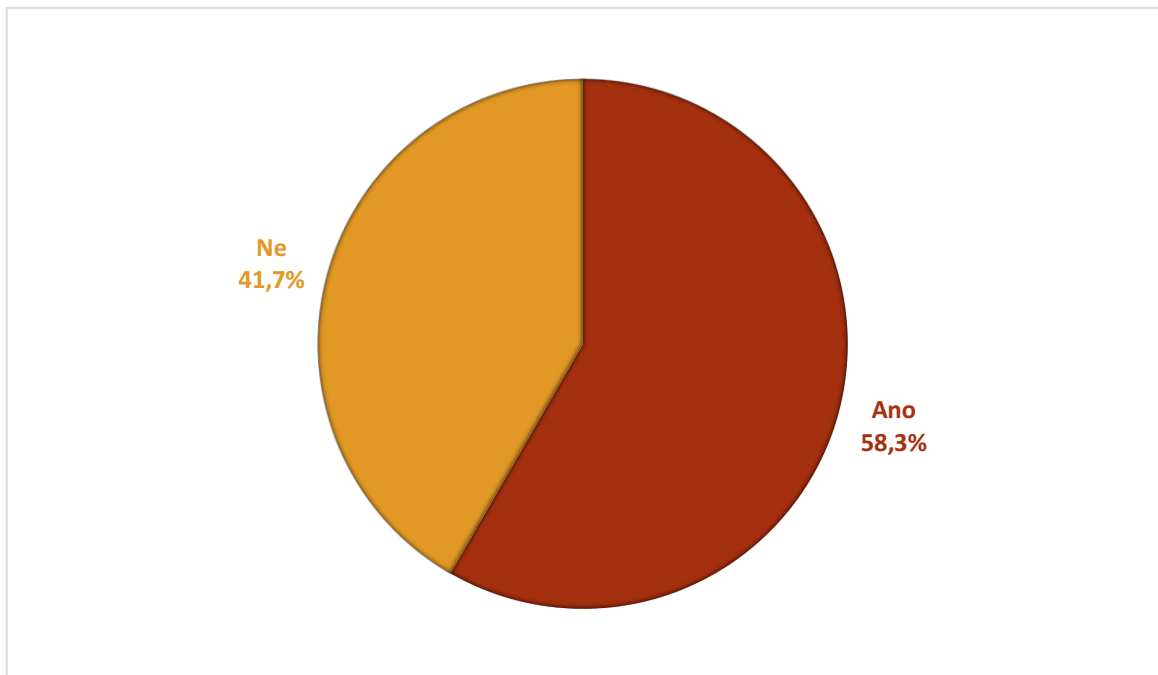


**Graf č. 11 Těhotenský hmotnostní přírůstek korespondentek**

Hmotnostní přírůstek 10 tázaných (N=10), které v současnosti někdy rodily, se pohybuje mezi 7 a 45 kg. Ženy v pořadí napsaných případových studií měly hmotnostní přírůstek: 14,5 kg, 11 kg, 14 kg, 15 kg, 7 kg, 45 kg, 45 kg, 25,4 kg, 16 a 18 kg. Aritmetický průměr činí 21,1 kg. Medián hodnot se rovná 15,5. Do grafu nejsou započítány dvě korespondentky, které nikdy nerodily. Jedna je v současné době těhotná a druhá podstoupila umělé ukončení těhotenství.

## Otázka č. 12

### Informovala jste svého gynekologa/porodní asistentku o své PPP?



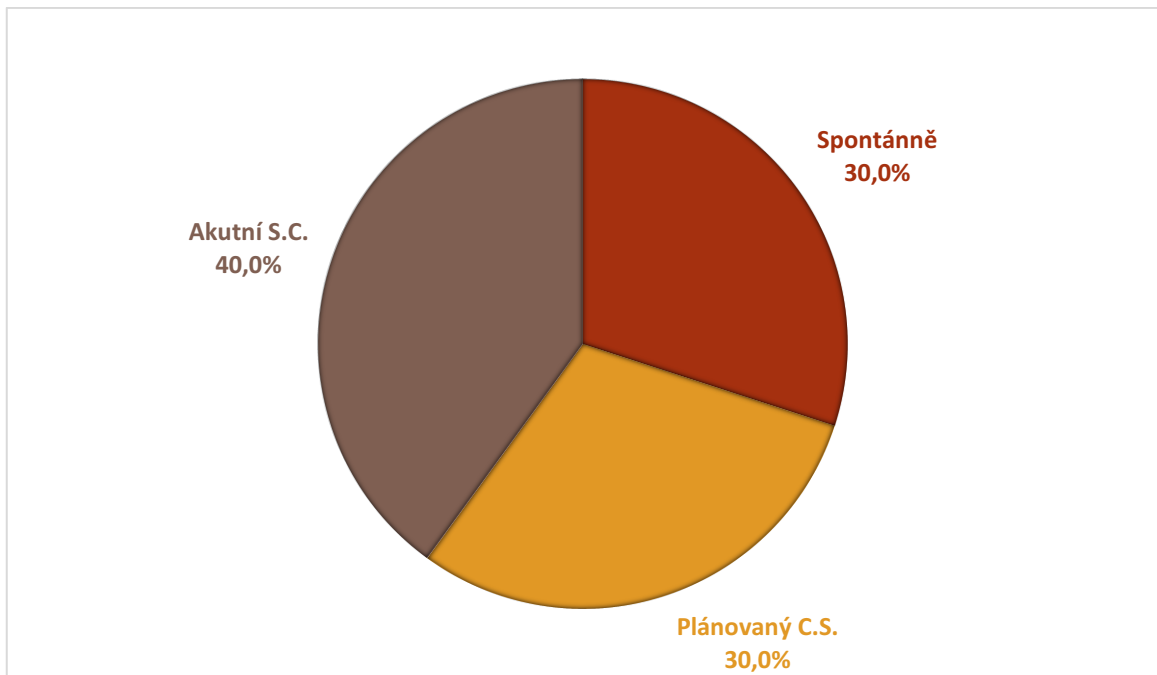
**Graf č. 12 Informovanost gynekologů a porodních asistentek o PPP diagnóze korespondentek**

Ze dvanácti korespondentek (N=12) jich 7 (58 %) uvedlo, že gynekology, porodníky a porodní asistentky, kteří se o těhotné starali, o své poruše příjmu potravy informovalo. Všechny se shodly na tom, že se zdravotníci chovali profesionálně a citlivě. Zbýlých 5 žen (41,7 %) svou PPP zatajily. Vedl je k tomu především strach a stud. Jedné tázané to přišlo jako zbytečná informace.



### Otázka č. 13

#### Jakým způsobem jste rodila?



**Graf č. 13 Mechanismus porodu u dotazovaných žen**

Z deseti korespondentek, které již někdy rodily (N=10) jich 4 podstoupily akutní císařský řez (40 %), 3 porodily spontánně (30 %) a 3 porodily plánovaným císařským řezem (30 %). I tuto otázku jsme vynechaly u dvou dotazovaných žen.

## **Případová studie č. 1**

### **Annie, 25 let, Irsko**

Annie se mi ozvala mezi prvními, byla velmi komunikativní a poskytovala podrobné informace.

Mentální anorexie restriktivního typu se u ní rozvinula ve 14 letech. Oficiálně byla diagnostikována psychiatrem pro děti a mládež v 17 letech.

Opakovaně trpěla amenoreou. Nejdelší období trvalo dva roky, mezi 16 a 18 lety. Menstruační cyklus se obvykle obnovil při normalizaci tělesné hmotnosti po zvýšení denního energetického příjmu. Jiné gynekologické obtíže neuvádí, nikdy nepotratila, ani nepodstoupila umělé ukončení těhotenství.

Má vysokoškolské vzdělání, před těhotenstvím pracovala jako učitelka dětí se specifickými potřebami. Nekouří, nepije alkohol a všechen abúzus neguje. V současné době je s ročním dítětem na mateřské.

Kromě mentální anorexie trpí depresivní poruchou, pro kterou ale není farmakologicky léčena.

Za život se opakovaně pokoušela o vyléčení z AN. Několikrát dosáhla částečné remise, nejdelší trvala 1,5 roku, než nastal nový relaps. Často se o léčbu snaží řadu měsíců, než ji zaplaví obsesivní myšlenky a ona se opět vrátí k restrikci jídla. Pravidelně chodí na kontroly k psychiatrovi a na psychoterapeutická sezení. V minulosti byla léčena SSRI antidepresivy, ale pod dohledem lékaře je vysadila dva roky před těhotenstvím.

Annie těhotenství s partnerem plánovala a otěhotněla spontánně. Před početím byla asi půl roku v remisi. Oba se na dítě těšili a měli z početí radost, Annie se však potýkala i s negativními pocity, bála se, jak bude těhotenství zvládat a měla velkou obavu o zdraví dítěte. Převažovala však radost, měla strach, že by u ní anorexie mohla vést k neplodnosti. Před těhotenstvím měla hodnotu BMI 18.

Obvodní gynekolog i porodní asistentka, ke kterým Annie chodila do těhotenské poradny, byli s její psychiatrické anamnéze seznámeni. Podle Annie měli obavu o zdraví vyvíjejícího se plodu a ujistili se, že je pod dohledem svého PPP týmu (psychiatra, psychologa, a nutričního terapeuta). Chovali se profesionálně, edukovali Annie o možných následcích a rizicích těhotenství, kontrolovali ji častěji (u nás by se to dalo připodobnit péči v poradně pro těhotné s rizikovým těhotenstvím). Porodní asistentka ji několikrát navštívila doma.

V těhotenství trpěla gestační hypertenzí, pro kterou byla pravidelně kontrolována. Farmakologická léčba nabyla nasazena. Své těhotenské období označuje za náročné a vyčerpávající, od počátku se cítila slabá a opakovaně omdlávala. Krevní obraz anémii nepotvrdil.

Nutriční terapeut jí sestavil jídelní plán, kterého se snažila držet. Jedla nutričně bohatá jídla, ale zásadně se vyhýbala všem nezdravým (tzv. junk food). Konzumace většího množství potravy pro ni byla obtížná, tak se snažila, aby všechno její jídlo obsahovalo potřebné makro a mikronutrienty. Říká, že se za těhotenství několikrát v noci přejedla, ale vždy „zdravými“ jídly jako oříšky, ovocem nebo jogurtem. V dodržování jídelního plánu jí byl hlavní oporou manžel spolu s psychologem. Nepoužívala laxativa ani si nikdy nevyvolala zvracení, ale až pětkrát týdně cvičila. Jednalo se o dlouhé procházky s manželem (asi 6 km) a posilování 3 - 4krát týdně. Svými slovy chtěla zůstat „zdravá a mít zpevněné tělo“.

Za těhotenství přibrala 14,5 kg. Říká, že to pro ni bylo velmi náročné. Vidět každý týden vyšší číslo na váze v ní vyvolávalo silnou úzkost. Soustředila se na plánování redukce hmotnosti hned po porodu. Celé těhotenství označuje za období neustálého vnitřního boje, kdy pro AN nechtěla přibírat na hmotnosti, každého kilogramu se děsila a věřila, že je tlustá, zároveň ale chtěla udělat pro své dítě vše potřebné a měla velký strach, že by mu mohla svým chováním uškodit. Na těhotenství vzpomíná negativně, byla pořád tak vyčerpaná, že kromě cvičení neměla na nic sílu a přestala dělat vše, co jí předtím těšilo.

Ve 37 týdnu těhotenství porodila akutním císařským řezem suspektnímu CTG záznamu. Dcera vážila 3.1 kg, ale pro obtížnou adaptaci a problémy s dýcháním strávila prvních 6 dní na novorozenecké JIP. Annie přesně neví, jakou dechovou podporu miminko dostávalo, ale říká, že po 6 dnech už dýchalo samostatně. Holčička je jinak zdravá a její vývoj odpovídá růstovým tabulkám.

V šestinedělí Annie trpěla poporodní depresí. Shrnuje tuto zkušenost slovy: „I felt very depressed and fat. My days were dark and sad. My mind was in a bad place and I knew I was going to relapse soon as the pressure of being a mum was too much and I hated my new post baby body.“ V hrubém překladu: „Měla jsem deprese a cítila se tlustá. Dny byly temné a smutné. Bylo mi psychicky hrozně a věděla jsem, že brzy AN opět propadnu. Tlak na plnění nové mateřské role byl moc velký a nesnášela jsem, jak vypadá moje tělo po těhotenství a porodu.“

Laktace u ní nastoupila. Ve stavech poporodní deprese, měla pocit, že má málo mléka a že není schopná se o dceru postarat. Už v prvním týdnu přešli na umělou výživu.

Na svou hmotnost před otěhotněním se Annie dostala za 5 měsíců. Spokojená ale nebyla, připadala si nezpevněná a oplácaná. Hned od začátku šestinedělí začala se striktní redukční dietou a posilováním.

Necítí, že by se jí těhotenstvím a mateřstvím změnil vztah k vlastnímu tělu. Některé dny jsou dobré, jiné se cítí jako „velryba“. Anorexie jí stále aktivně ovlivňuje život, myšlenky na jídlo o na své tělo ji neopouštějí a některé dny odmítá vycházet s miminkem z domu, protože si na to připadá moc tlustá. To velmi ovlivňuje její vztah s rodinou a přáteli. Na prvních dceřiných narozeninách měla panický záchvat z obavy, že by jí její matka nabídla kousek dortu.

## **Případová studie č. 2**

### **Sarah, 34 let, Spojené Království**

Sarah trpí restriktivní mentální anorexií od 15 let. Kromě toho má diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti. Má vystudovanou vysokou školu, teď je matkou v domácnosti. Neužívá žádnou farmakologickou léčbu. Amenoreou nikdy netrpěla. Za život dvakrát podstoupila umělé ukončení těhotenství, jednou farmakologicky a jednou chirurgicky.

Otěhotněla plánovaně, spontánně, při BMI 15. Uvádí, že v té době byla její PPP ve fázi relapsu.

V těhotenství byla sledována pro anémii a trombocytopenii. Užívala tablety železa. Diagnózu PPP před gynekoložkou zatajila, nepřišlo jí to důležité. Měla z těhotenství radost a na dítě se těšila. Snažila se zlepšit svou nutrici, více dbala na kvalitu potravin a hlídala si příjem vitamínů. Celkový energetický příjem se jí zvýšit nepodařilo. Stále se omezovala v jídle a hlídala si kalorickou hodnotu potravin. Příklad zvýšila, jen když se cítila slabá a bylo jí na omdlení. Hmotnostní přírůstek u ní činil 11 kg.

Za těhotenství si nikdy nevyvolala zvracení ani nepoužila laxativa nebo diuretika. Pro vyšší únavu omezila oproti dřívějšímu čas strávený sportováním.

Porodila spontánně v 41 týdnu gravidity, těhotenství proběhlo bez komplikací. Netrpěla žádná porodní poranění. Dítě vážilo 3,9 kg, dobře se adaptovalo a nevyžadovalo žádnou zvláštní péči.

V šestinedělí neměla psychické obtíže, poporodní deprese se u ní neobjevila. Pokračovala v restrikci stravy. Své původní hmotnosti dosáhla za jeden týden po porodu. Po nástupu laktace se pokusila o plné kojení, ale vzhledem k nedostatku mléka přešla na umělou výživu. Na konci šestinedělí se její hmotnost snížila o dalších 6 kg. Tuto hmotnost si od té doby udržuje.

Své tělo vnímá stejně jako před těhotenstvím. Podle jejích slov se u ní PPP těhotenstvím a novou mateřskou rolí nijak nezměnila.

### **Případová studie č. 3**

#### **Jane, 24 let, Spojené státy Americké**

Jane byla diagnostikovaná AN bulimického typu v roce 2017, když byla hospitalizovaná na jednotce pro léčbu poruch příjmu potravy. Kromě toho uvádí smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu. Má vysokoškolské vzdělání, teď je na mateřské dovolené. Abusus nekuří, nekouří, alkohol pije příležitostně. Neužívá žádnou medikaci.

Při svém nejnižším BMI 15.7 měla tři měsíce amenoreu. Po váhovém přírůstku se menstruační cyklus obnovil. Byla třikrát těhotná, z toho jednou potratila v 6 týdnu těhotenství.

Podruhé otěhotněla neplánovaně, není si jistá tehdejšími BMI, ale měla podváhu. Porodila ve 29. týdnu akutním císařským řezem dvojčata s porodní váhou 1500 g a 1550 g. Až na očividnou podváhu byly děti zdravé, dobře se adaptovaly a po sedmi týdnech byly propuštěny z neonatologického oddělení domů.

Třetí těhotenství bylo plánované, Jane otěhotněla spontánně, v částečné remis, při BMI 19. Její obvodní gynekoložka byla s její anorexií obeznámena, častěji jí kontrolovala váhový přírůstek, který před porodem činil 14 kg. Těhotenství pro ni bylo náročné. Prožívala velkou radost z miminka, ale narůstající hmotnost sledovala s hrůzou. Jednou za dva týdny měla sezení s psychoterapeutkou.

Ačkoli mívá epizody přejídání a zvracení, v těhotenství se jim nikdy nepoddávala. Snažila se denně chodit na procházky, ale přehnaně necvičit. Snažila se navýšit energetický příjem, ale váhu si úzkostně hlídala a podle hmotnostního přírůstku si snižovala porce.

Porodila plánovaným císařským řezem v 36. týdnu, novorozenec byl s porodní hmotností 2120 g hypotrofický. Jinak byl zdravý.

V prvním donošeném těhotenství nikdy naplno nekojila, děti byly krmené kombinací matčina mateřského mléka a umělé výživy. Třetí dítě kojila do 7 měsíců.

V prvním šestinedělí byla vyčerpaná, úzkostná, měla obavy o děti. Trpěla nespavostí. Její psychická pohoda se zlepšovala se dobře postupujícím prospíváním novorozenců. Podruhé byla v šestinedělí již klidnější, věděla, jak se o dceru starat a byla si v roli matky novorozence jistější.

Na tělesnou hmotnost, kterou měla před třetím těhotenstvím zhubla během několika měsíců, převážně z důvodu opětovného relapsu.

## **Případová studie č. 4**

### **Rose, 21 let, Spojené státy Americké**

U Rose se mentální anorexie purgativního typu rozvinula ve 14 letech, od té doby byla v péči několika psychiatrů. Kromě PPP má diagnostikováno ADHD, depresivní poruchu a generalizovanou úzkostnou poruchu. Pravidelně užívá antidepresiva. Nekouří, alkohol pije příležitostně, abusus nekuje. Užívá marihuanu, která je v jejím státě legální.

Má vysokoškolské vzdělání, v současnosti pečuje doma o dvouletého syna.

Nemá pravidelný menstruační cyklus. Mezi 15 a 17 lety trpěla amenoreou, po porodu se menstruační cyklus zatím neobnovil. Za život čtyřikrát neplánovaně otěhotněla, třikrát spontánně potratila. První dva potraty byly kolem 7 gestačního týdne, poslední v jedenáctém.

Čtvrté těhotenství bylo neplánované, otěhotněla spontánně při BMI 16.8. V té době byla v relapsu, držela restriktivní dietu a přibližně jednou týdně měla epizodu přejídání a zvracení. Po zjištění těhotenství se snažila své patologické návyky omezit. Až do porodu si nevyvolala zvracení, ani nepoužila laxativa.

Diagnózu PPP před gynekologem zamlčela, ale řekla mu, že má problém činit zdravá rozhodnutí v oblasti výživy. Kvůli tomu a kvůli její podvaze jí byl přidělen nutriční terapeut, se kterým se scházela po dobu celého těhotenství a podle ní samotné jí velmi pomohl. Jedla hlavně bílkoviny a zeleninu.

Měla problém se s neplánovaným těhotenstvím smířit a až do porodu o dítě nestála. Proto pro ni bylo těžké omezovat své anorektické návyky, které jí přinášely uspokojení, kvůli těhotenství, kterým opovrhovala. Každý nový kilogram hmotnosti sledovala a dítě nesnášela za to, jak jí ničí tělo. Dnes je ráda, že se jí podařilo PPP v těhotenství dost dobře zvládnout a umožnit tak zdravý vývoj plodu.

Její gestační hmotnostní přírůstek činil 15 kg. Cítila se velmi tlustá. Každý den chodila na dlouhé procházky, cvičila jógu nebo pilates, aby omezila růst tukové tkáně.

Ve 35 týdnu těhotenství porodila akutním císařským řezem. Chlapeček vážil 2010 gramů, měl respirační obtíže a první týden byl hospitalizovaný na novorozenecké JIP. Dnes jsou mu dva roky, je zdravý a jeho psychomotorický vývoj odpovídá věku.

Ačkoli se jí v těhotenství dařilo omezovat anorektické chování, ihned po nabrání sil po S.C. si naplánovala přísnou redukční dietu. BMI 16.8, které měla před těhotenstvím, dosáhla za jeden měsíc po porodu. Ačkoli se jí spustila laktace a pokusila se syna plně kojit, po týdnu se produkce mléka téměř zastavila. Rose to přičítá intenzivnímu hladovění, které provozovala. Syn byl krmený umělou výživou. Říká, že ona sama v šestinedělí téměř nejedla, že neměla energii ani čas na vaření, ani kdyby chtěla.

Dnes je za syna vděčná, ale na těhotenství pohlíží jako na jedno z nejhorších období svého života. Vyčítá si, jaký k němu měla negativní vztah a jak moc o syna nestála. Její vztah k vlastnímu tělu se nezlepšil, naopak zhoršil. Neustále se zabývá povoleným břichem, opovrhuje striemi, které po těhotenství zůstaly, i jizvou po císařském řezu. Má pocit, že nyní už nemůže dosáhnout své vysněné postavy, ať bude hladovět jakkoli.

Další těhotenství neplánuje, nemyslí si, že by dokázala pro vyvíjející plod činit správná rozhodnutí.

Dnes je stále v aktivní fázi anorexie, říká, že jí obsedantní myšlenky spojené s jídlem a hmotností provázejí celý den. Každý den cvičí, soustřeďuje se na posílení břišního lisu.

Bojí se, aby svým vztahem k jídlu a vnímání svého těla negativně neovlivnila syna. Děsí se chvíle, kdy si začne jejích jídelních návyků všímat. Ráda by se kvůli němu uzdravila, ale v tuto chvíli v ní myšlenka na zvýšení energetického příjmu a tím na zvýšení tělesné hmotnosti probouzí hrůzu.

## **Případová studie č. 5**

### **Maria, 18 let, Brazílie**

Marianin životní příběh je smutný, a nemám k němu všechny detaily, protože se jí o něm z pochopitelných důvodů stále těžko mluví.

Maria má diagnostikovanou poruchu autistického spektra a depresivní poruchu. Podle vlastních slov měla problémy s jídlem a přijímáním vlastního těla od dětství. V šestnácti letech jí byla diagnostikovaná mentální anorexie purgativního typu. Pro psychiatrická onemocnění je léčena antidepresivy a antiepileptiky.

Má středoškolské vzdělání s maturitou, nyní je na mateřské dovolené. Je kuřák, a přiznává drogovou závislost. V těhotenství se oboje snažila omezit, lékař jí vysvětlil negativní dopady na dítě, ale Maria podle vlastních slov situaci nezvládala a několikrát drogy užila.

Otěhotněla v době, kdy už šest měsíců trpěla amenoreou. Byla znásilněná. Pro absenci menstruace ji nenapadlo, že by vůbec mohla otěhotnět. Zjistila to až za několik měsíců, když začala z nejasných důvodů přibývat na hmotnosti.

Toužila po umělém ukončení těhotenství. Odmítala porodit potomka muže, který ji sexuálně zneužil. Ale v Brazílii jsou UPT ilegální, tak těhotenství pokračovalo bez zásahu. Ze začátku jí celá situace připadala nereálná a nikomu se nesvěřila. Poté vše řekla matce a s její podporou začala chodit na gynekologické prohlídky a těhotenství bylo sledováno.

Maria nikdy nepotratila, toto bylo její první těhotenství.

Před těhotenstvím měla BMI 16,2. Ze začátku, když si celou situaci ještě nepřipouštěla a vše jí to připadalo neskutečné, pokračovala v restrikcí potravy. Časem se s těhotenstvím smířila a sama říká, že s rostoucí láskou k dítěti rostlo i její odhodlání. Že krmila dítě a ne sebe. Matka ji podporovala, celkově se Marii podařilo se jí přibrat 7 kg. Opakovaně se přejídala s pocitem ztráty kontroly, ale vyvolala si zvracení jen dvakrát. Několikrát použila laxativa.

Těhotenství bylo komplikované, Maria téměř soustavně vaginálně krvácela (není si jistá proč). Bylo ukončeno plánovaným císařským řezem v 35 týdnu. Říká, že její gynekolog a porodník o AN věděli kvůli amenoree a podváze, podporovali ji v hmotnostním přírůstku, ale žádná terapeutická intervence se nekonala.

Syn měl porodní hmotnost 2,4 kg a dobře se adaptoval. Neměl žádné zdravotní komplikace.

Maria se na hmotnost před těhotenstvím dostala během prvních dnů po porodu. Říká, že se její anorexie výrazně zhoršila a dodržovala extrémní nízkokalorickou dietu. Nenastoupila u ní laktace.

Trpěla poporodní depresí a nespavostí. Neuměla přijmout novou mateřskou roli. Nenáviděla své tělo a jak vypadá. Pokusila se o sebevraždu.



Dnes je synovi 7 měsíců a je zdravý. Marii pomáhá v péči o něj matka. Maria je stále v aktivní fázi mentální anorexie, i když kvůli se kvůli přejídání zvýšila její tělesná hmotnost. Ta se ale stále pohybuje v pásu podváhy. Pokračuje s vyvoláváním zvracení. Říká, že ji PPP ovlivňuje ve všem.

## **Případová studie č. 6**

### **Jessica, 22 let, Austrálie**

Při oslovování žen s PPP, které by byly ochotné s námi mluvit o svém těhotenství, se nám ozvala i Jessica. Nikdy nerodila, nakonec se rozhodla pro umělé ukončení těhotenství. Protože věříme, že její zkušenost není ojedinělá a mnoho žen s PPP dospěje ke stejnému rozhodnutí, uvádíme i její pohled.

Jessica je diagnostikovaná s restriktivním typem anorexie od šestnácti let, kdy se PPP poprvé rozvinula. Nejvyšší dosažené vzdělání uvádí středoškolské s maturitou a pracuje jako ilustrátor. Má diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti a sociální fobii. Je v dlouhodobé péči psychoterapeuta, ale neužívá žádnou medikaci.

Denně kouří. Alkohol pije příležitostně. Abusus neguje.

Asi kolem 17 let trpěla dva roky amenoreou. Menstruační cyklus se znovu obnovil se zvýšením energetického příjmu. Dnes má cyklus nepravidelný.

Otěhotněla spontánně, neplánovaně. Nikdy nepotratila.

Je v aktivní fázi onemocnění, PPP ovlivňuje její každodenní život. Říká, že se zatím léčit nechce, protože jí anorexie přináší jistou oporu, bez které by ostatní duševní poruchy nezvládla. Anorexie jí dává pocit sebekontroly, kterého se nechce vzdát.

Ačkoli si nikdy nepřála otěhotnět, o mateřství nestojí, a i tak by UPT zvažovala, říká, že PPP hrála v rozhodování hlavní roli. Otěhotněla pár měsíců po léčbě, v době, kdy u ní začínal relaps. Ještě nedosáhla podváhy, měla BMI 19, ale vrátila se k patologickým jídelním návykům a držela redukční dietu.

Celou situaci popisuje jako „noční můru“. Byla v šoku, styděla se, cítila se trapně. Před početím byla psychicky vcelku stabilní, což se obrátilo, byla velmi labilní a zažívala silné negativní emoce.

Neuměla si představit, že by unesla přibývání na hmotnosti a stres spojený s těhotenstvím. Měla pocit, že se nedokáže postarat ani sama o sebe, jak by potom mohla převzít zodpovědnost za novorozence. Nevěřila, že by v těhotenství zvládla přijímat tolik potravy, aby tím neohrozila zdravý vývoj plodu. A nevěřila, že by někomu mohla být dobrým vzorem.

V prvních týdnech, když se rozhodovala, se snažila udržovat průměrný příjem potravy. Několikrát se pro intenzivní emoce záchvatovitě přejedla. Po rozhodnutí pro UPT se bála příjem snižovat, ačkoli měla potřebu tím získat trochu kontroly, protože se obávala možných zdravotních komplikací a nechtěla tělo oslabovat.

Vyhledala centrum pro plánované rodičovství, kde se o anorexii nezmínila, pouze řekla, že má oslabený imunitní systém. Těhotenství bylo ukončeno v 7 týdnu chirurgickou metodou.

Své gynekoložce o zákroku neřekla.

Dnes je ráda, že se rozhodla takto., Její každodenní život je stále řízen anorektickým chováním, kterého se nechce vzdát, a přivést do této situace dítě jí přijde sobecké. Anorexii podrobuje ostatní aspekty života a přiznává, že by se nechtěla ocitnout v situaci, kdy by na tomto přístupu musela něco měnit. Pokud se jí „daří“, dodržuje naplánovaný jídelní a cvičicí režim, zvládá pracovat a je společenská. Pokud ale má období, kdy se přejídá a přibývá na hmotnosti, přestane chodit z domu a neudrzuje sociální kontakty.

## **Případová studie č. 7**

### **Julie, 35 let, Francie**

Julie měla atypický vztah k jídlu od dětství. Nejprve se přejídala, od 11 let u ní začalo psychogenní přejídání a od 12 začala dodržovat různé diety. Říká, že se u ní anorexie naplno rozvinula v 17 letech. Diagnostikovaná byla v 21 letech s EDNOS. Měla náročné rodinné prostředí a PPP se stala možností, jak se s ním vyrovnat. Pokud potřebuje uklidnění a komfort, dostane se do fáze záchvatovitého přejídání, když potřebuje pocit kontroly, přejde do anorektické fáze.

I v 35 letech je u ní PPP stále přítomná a ovlivňuje všechny aspekty jejího života. Několikrát se podrobila léčbě. Vždy se ale vrátila k PPP návykům a plné remise nikdy nedosáhla. Nyní říká, že u sebe v úplné uzdravení už nevěří, ale chce najít způsob, jak by mohla žít ve smíru s PPP.

Kromě toho má diagnostikované PTSD, depresivní poruchu a generalizovanou úzkostnou poruchu. Z psychiatrické medikace užívá antidepresiva a anxiolytika.

Přiznává drogovou závislost a alkoholismus. Abstinuje posledních 7 let.

Má středoškolské vzdělání, teď je na mateřské dovolené.

Nikdy netrpěla amenoreou, i když měla období nepravidelného menstruačního cyklu. Byla gravidní jedenkrát, nikdy nepotratila. Otěhotněla spontánně a plánovaně. V době, kdy se pokoušela s manželem o početí byla, její PPP stabilní. Nebyla v remisi, ale ani záchvatovité přejídání ani restriktce potravy nebyly příliš intenzivní. Cítila se na těhotenství v rámci možností připravená a myslela, že je pro ně její psychický stav dostatečně stabilní.

Otěhotněla při BMI 24. Od počátku těhotenství se cítila extrémně úzkostná. Začala se záchvatovitě přejídat a pokračovala v tom až do porodu. Epizodu psychogenního přejídání měla každý den, cítila absolutní ztrátu kontroly a naprostou bezmoc. Styděla se. Říká, že takovou fázi BED nikdy předtím ani potom nezažila. Těhotenství tak pro ni bylo velmi náročné, ve třetím semestru pro ni byl všechn pohyb vyčerpávající, nechtěla se stýkat s rodinou a přáteli, přestala vycházet z domu.

Nikdy si v těhotenství nevyvolala zvracení, neužívala laxativa ani diuretika. Necvičila.

Její hmotnostní přírůstek činil 45 kg. Měla velké otoky zvláště na dolních končetinách. Trpěla těhotenskou hypertenzí. Gestační diabetes se u ní nepotvrdil.

Těhotenství bylo kontrolováno porodní asistentkou, která měla vést i porod. Se svou diagnózou se jí nesvěřila, příliš se styděla. Říká, že se jí za celou dobu nikdo ze zdravotníků na důvod jejího enormního nárůstu na hmotnosti nezeptal.

Plánovala domácí porod s porodní asistentkou. Po dvou dnech od odtoku zakalené plodové vody, kdy porod nepostupoval, porodní branka byla už zašlá, ale chlapeček nesestupoval a

Julie už byla naprosto vyčerpaná a krvácela, ji převezli do porodnice a podstoupila akutní císařský řez. Těhotenství bylo ukončeno v 40+6 t.t.

Julie na celý porod vzpomíná jako na otřesný zážitek, uvádí, že oba s miminkem málem umřeli.

Chlapeček vážil 5160 g. Špatně se adaptoval, měl respirační obtíže a první tři dny strávil na novorozenecké jednotce intenzivní péče. Byla mu intravenózně podávána antibiotika.

Makroskopický plod zřejmě nemohl projít porodními cestami pro kefalopelvický nepoměr. Julie říká, že jí nikdo neinformoval o synově velikosti, a to ani na ultrazvukovém vyšetření. A že jí porodní asistentka nevysvětlila rizika spojená s domácím porodem, natož u prvorodičky s hypertrofickým plodem. O synově vyšší hmotnosti se dozvěděla až v porodnici.

U Julie se po porodu rozvinula poporodní deprese. Měla narušený spánek, byla plačtivá a přemýšlela nad tím, že by bylo lepší, kdyby oba s chlapečkem při porodu zemřeli. Začala chodit na psychoterapii, její stav se postupně mírně zlepšil.

Hned v šestinedělí začala přísně dodržovat restriktivní dietu a na váhu, kterou měla před těhotenstvím, se dostala za 8 měsíců. Říká, že své tělo nenáviděla a byla v takovém stresu a úzkostech, že jen v kontrole příjmu potravy našla uklidnění.

Syn má dnes rok a půl, dobře se vyvíjí, prvních šest měsíců byl plně kojen, dosud ho Julie dokrmuje kojením.

Je se synem šťastná a je za něj vděčná, ale další těhotenství už neplánuje.

## **Případová studie č. 8**

### **Rachel, 31 let, Spojené státy Americké**

Rachel byla diagnostikovaná s mentální anorexií bulimického typu v patnácti letech, ale říká, že se zhoršila až ve dvaceti. Kromě toho trpí PTSD, generalizovanou úzkostnou poruchou a depresivní poruchou. Z psychiatrické medikace pravidelně užívá antidepresiva a anxiolytika.

Má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako korektorka. V minulosti byla závislá na drogách, nyní dlouhodobě abstinguje. Nekouří cigarety, ale příležitostně kouří marihuanu, která je v jejím státě legalizovaná.

Nikdy v životě netrpěla amenoreou, i když menstruační cyklus měla nepravidelný. Byla těhotná celkem dvakrát, obě početí byla spontánní a neplánovaná.

Při prvním těhotenství se pokoušela o vyléčení z AN, ale po tom, co v osmém týdnu gravidity potratila, ztratila motivaci.

Podruhé otěhotněla při BMI 16.4 v plně rozvinuté fázi anorexie. Až do dvacátého týdne si těhotenství naplno nepřipouštěla, protože se bála, že znovu potratí. Podařilo se jí omezit restrikcí jídla, povolovala si potraviny, které předtím odmítala (jako zmrzlinu a ovesnou kaši). Těhotenské období hodnotí jako krásné a snadné. Neměla žádné zdravotní komplikace.

Její celkový těhotenský přírůstek na hmotnosti činil 45 kg. Porodila při BMI 31. Neměla pocit, že by se přejídala a ztrácela přitom nad sebou kontrolu. Spíš se snažila dostatečně jíst, aby neohrozila syna. Přibývání na váze pro ni bylo i tak velmi náročné. Říká, že to bylo strašné, chtělo se jí z toho křičet a odřezat si tuk z těla.

Několikrát si za těhotenství vyvolala zvracení, to se zhoršilo v šestinedělí, kdy začala zvracet po každém jídle. Dnes se to snaží omezovat a zvrací jen, když je po některém jídle hodně úzkostná.

Snažila se cvičit, chodila na dlouhé procházky a cvičila jógu.

O své diagnóze informovala gynekoložku, která její těhotenství sledovala. Prý ji moc podporovala.

Rodila spontánně záhlavím ve 38 týdnu těhotenství. Porod proběhl bez komplikací. Chlapeček vážil 3740 g, dobře se adaptoval a dodnes je úplně zdravý. Rachel utrpěla rupturu peritonea druhého stupně.

Šestinedělí bylo pro Rachel těžké, trpěla poporodní depresí s měla sebevražedné myšlenky. Byla v péči klinického psychologa.

Syna kojila 17 měsíců, měla dostatek mléka. Po porodu se průběh její PPP zhoršil, začala s intenzivními dietami a excesivním cvičením. Za 32 týdnů se vrátila na BMI 18, kde se

její hmotnost na nějakou dobu ustálila. Rachel udává, že po odstavení syna, se PPP opět zhoršila a byla neaktivnější od začátku těhotenství.

Má stále komplikovaný vztah ke svému tělu. Je vděčná za zdravého syna a je ráda, že těhotenství PPP neohrozila. Také je ráda, že neměla problém s laktací a chlapeček mohl být plně kojen. Její tělo však nese známky excesivního hmotnostního přírůstku, břicho, stehna, hýždě a prsy jí pokrývají strie a kůže je na mnoha místech vytahaná. Se svým vzhledem se necítí spokojená a nepřestává na něj myslet. Ráda by se v budoucnu uzdravila a dosáhla plné remise, ale bojí se, a prozatím odmítá, opět přibrat na hmotnosti.

## **Případová studie č. 9**

### **Emily, 36 let, Spojené Království**

Podle Emily se u ní mentální anorexie rozvinula ve 14 letech, ale diagnostikovaná byla psychiatrem v 34. Kromě toho je terapeuticky léčena pro disociační poruchu osobnosti. Neužívá žádnou medikaci.

Z anorexie se vyléčit nechce, používá ji k sebekontrolě a kterou se nechce připravit. Po více než dvaceti letech, je z PPP a svého chování unavená, ale neumí si představit život bez něj.

Má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako sociolog. Neguje abusus a kouření. Alkohol pije příležitostně.

Nikdy se u ní naplno nerozvinula amenorea, i když měla menstruační cyklus nepravidelný. Za život dvakrát spontánně otěhotněla. Poprvé se rozhodla pro umělé ukončení těhotenství. Druhé těhotenství bylo plánované, s manželem se snažili o oplodnění asi půl roku. Snažila se si kvůli tomu udržovat tělesnou hmotnost v mezích normy, i když stále trpěla obsedantními myšlenkami a pokračovala v patologických stravovacích návycích. Otěhotněla při BMI 20. Měla z toho radost, na dítě se těšila, ale byla úzkostlivá, vála se, že nebude její nutriční příjem nebude dostatečný a poškodí tak vyvíjející se plod. Začala s přejídáním a pokračovala až do porodu. Její hmotnostní přírůstek dosáhl 25.4 kg. Projevil se u ní gestační diabetes, pro který docházela na pravidelné kontroly do diabetologické ambulance. Ve třetím semestru musela užívat inzulín.

Ohledně váhového přírůstku se cítila velmi nespokojeně, ale panická obava pro dítě jí vedla k pokračování s přejídáním. Nesnášela svůj vzhled, omezila sociální kontakty, protože se cítila odporná.

O svých stravovacích návycích a duševním rozpoložení se gynekologovi, který sledoval její těhotenství nezmínila, protože jí podle vlastních slov připadali normální. Anorexii jí psychiatr diagnostikoval až o tři roky později.

Porodila ve 39 gestačním týdnu akutním císařským řezem pro kefalopelvický nepoměr. Po patnácti hodinách od začátku pravidelných kontrakcí, kdy dítě nesestupovalo do porodních cest, byl porod označen za nepostupující. Dcera vážila 4530 g. Byla zdravá.

Šestinedělí bylo pro Emily emocionální. Trpěla poporodní depresí, měla pocit selhání, nepřipadala si jako dobrá matka. Měla problémy se spánkem a byla plačtivá. Nastoupila u ní restriktivní fáze anorexie, a pocity úzkosti kompenzovala kontrolou jídla. BMI 20 dosáhla za 3 měsíce, podle vlastních slov, hladověním.

Dceru kojila 8 měsíců. Ze začátku měla s krmením problém, měla pocit, že nemá dostatek mléka a jenom jí to utvrzovalo v přesvědčení, že není se pro roli matky nehodí. Po několika konzultacích s laktační poradkyní se jí povedlo nastolit plné kojení.



Na těhotenství stále vzpomíná s nechutí. Své, podle Emily, změklé a tlusté břicho s jizvou po císařské řezu, hodnotí s odporem. Říká, že to za zdravé dítě stálo, ale o dalším těhotenství neuvažuje.

Dva roky po porodu, když překročila hranici podváhy ji manžel přinutil navštívit psychiatra, který ji diagnostikoval mentální anorexii. Dnes se snaží si váhu udržovat, ale o vyživení se na normální hmotnost neuvažuje. Bojí se, aby svoje PPP návyky nepřenesla na dceru, a tak se před ní snaží jíst normálně.

## **Případová studie č. 10**

### **Gréta, 28 let, Německo**

Gréta je v současné době podruhé těhotná. Ve dvaceti jedna letech byla diagnostikována s mentální bulimií. Četnost bulimických záchvatů se u ní pohybuje od jednoho týdně v dobách, kdy má svou PPP nejvíce pod kontrolou, po přejídání se a vyvolávání zvracení několikrát za den. Kromě toho trpí generalizovanou úzkostnou poruchou. Pravidelně užívá antidepresiva, prý po nich lépe zvládá bulimické impulzy.

Od dětství měla nadváhu, v pubertě začala s nárazovými dietami, které u ní započaly nekonečný cyklus hladovění následovaného přejídáním se a vyvoláváním zvracení. Ačkoli rozumí rizikům dlouhodobého používání laxativ (a jejich neefektivitu při redukci hmotnosti), navykla si je používat.

Gréta má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako učitelka na základní škole.

Menstruační cyklus má pravidelný, menarche nastala ve 12 letech a amenoreou nikdy netrpěla.

Poprvé neplánovaně otěhotněla ve 24 letech, plod spontánně potratila v 10 týdnu gravidity. Nynější těhotenství bylo opět neplánované. Otěhotněla při BMI 26.

Ačkoli těhotenství neplánovala, měla z něho radost. Obávala se ovšem, aby opět nepotratila. Z počátku se jí dařilo jíst nutričně vyrovnaně. Říká, že na konci prvního semestru ztratila kontrolu a začala se přejídat. Snažila se omezovat vyvolávané zvracení, ale ne vždy se jí to podařilo.

Nyní je v 31. týdnu gravidity. Je hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství. Za život byla třikrát hospitalizována na jednotce pro léčbu poruch příjmu potravy. Třetí z těchto hospitalizací proběhla v 25. týdnu těhotenství. Byla dobrovolná, Grétě se nedařilo kontrolovat své přejídání a zvracení, bála se o vyvíjející se plod, a rozhodla se, že potřebuje podporu. Po třech týdnech, kdy se povedlo její bulimické tendence omezit, byla přeložena na oddělení rizikového těhotenství.

Má těhotenskou hypertenzi, zatím bez nutnosti farmakologické léčby. Pravidelně jí je kontrolována hladina elektrolytů, aby byl případný rozvrat vnitřního prostředí včas zachycen. Podle UZ vyšetření se plod vyvíjí v pořádku.

## **Případová studie č. 11**

### **Kristýna, 25 let, Česká republika**

Kristýně byla mentální anorexie diagnostikovaná ve třinácti letech poté, co za prázdniny zhubla 10 kg. Byla jednou hospitalizovaná, jinak se více či méně úspěšně léčí ambulantně. Kromě toho má diagnostikovanou úzkostně depresivní poruchu. Nyní je bez medikace.

Před těhotenstvím několikrát dosáhla částečné remise, ale vždy se k AN návykům vrátila. Má vystudované gymnázium s maturitou, studium na vysoké škole přerušila kvůli těhotenství. Nyní je na mateřské dovolené.

Menarche u Kristýny nastoupila v 16 letech, po roce, kdy si udržovala hmotnost v pásmu normálu a přijímala nutričně bohatou potravu. Od té doby má menstruační cyklus nepravidelný s opakovanými obdobími amenorey.

Kristýna byla těhotná jednou, počala spontánně, neplánovaně. Pro nepravidelnost menstruačního cyklu bylo těhotenství zjištěno až v 8 týdnu. S otcem dítěte nebyla v partnerském vztahu, bála se přerušit studium a neuměla si představit očekávaný váhový přírůstek. Vážně zvažovala umělé přerušování těhotenství.

Před těhotenstvím byla v aktivní fázi mentální anorexie, měla BMI 16.3 a držela redukční dietu. Těhotenství se rozhodla neukončit. Za podpory rodiny a psychoterapeuta se jí podařilo začít pravidelně jíst nutričně bohatou stravu. Měla velké obavy z přejídání se, ale kvůli zdravému vývoji plodu se snažila vyhnout restrikci potravy. Ačkoli před těhotenstvím někdy nárazově zvracela, za těhotenství se jí podařilo toho vyvarovat.

Za těhotenství se její hmotnost zvýšila o 16 kg.

Dítě porodila spontánně v 37. týdnu gravidity. Porod proběhl bez komplikací, dcera vážila 2960 g a neměla žádné zdravotní problémy. Kristýně byla provedena levostranná epiziotomie, žádná další porodní poranění neměla.

Na šestinedělí Kristýna vzpomíná ráda. Říká, že ačkoli byla psychicky rozhozená, radost z dcery byla rozhodující. Ačkoli měla dopředu obavy z mateřské role, vstoupila do ní dobře. Nastoupila u ní laktace, což ji podpořilo v další normalizaci příjmu potravy. Říká, že uvažovala o zavedení redukční diety krátce po porodu, ale nechtěla ohrozit tvorbu mléka.

Na konci šestinedělí se její hmotnost snížila o 13 kg. Motivovaná péčí o dceru se za pomoci nutriční terapeutky během dalšího půl roku dostala na BMI 19, kde se snaží si hmotnost držet. Dceru kojila 15 měsíců.

Pravidelně chodí na sezení s psychologem, snaží se udržovat si zdravý vztah k jídlu i ke své postavě. Ačkoli má někdy tendence k hubnutí, snaží se z anorexie uzdravit, aby byla dceři lepším vzorem.

## **Případová studie č. 12**

### **Petra, 30 let, Česká republika**

U Petry se porucha příjmu potravy rozvinula v pubertě, ale diagnózu získala až v 26 letech. V prvních letech se jednalo o atypickou mentální anorexii, kdy Petra trpěla podváhou a odmítala přibrat na hmotnosti. Ale ačkoli bylo její nejnižší BMI 14.9, amenorea u ní nikdy nenastala. To jí podle vlastních slov bránilo přiznat si problém a demotivovalo její vztah k léčbě. Po střední škole nastoupila do práce, kde se ze stresu z nového prostředí začala přejídat. Zvýšila se jí hmotnost, vylekala se, začala excesivně cvičit a vyvolávat si zvracení. Poté se u ní střídala anorektická a bulimická období.

Poté, co si našla staršího partnera pro vážný vztah, začala uvažovat o těhotenství. Partner s ní ale odmítl mít děti, pokud se nezačne léčit. To ji motivovalo k vyhledání psychiatrické péče, kde jí byla diagnostikována atypická bulimie. Začala pravidelně navštěvovat psychologa.

Říká, že to bylo velmi náročné období, ale motivovala ji vyhlídka rodiny.

Otěhotněla při BMI 21, rok a půl po poslední epizodě s vyvolávaným zvracením. Ačkoli se na těhotenství připravovala, překvapilo ji, jak těžké pro ni bylo vyrovnat se s hmotnostním přírůstkem. Začala být hodně úzkostná, bála se, aby se opět nedostala do relapsu a neublížila dítěti a o to víc se začala starat o to, kolik a co jí. Začala se intenzivně zabývat plánováním jídelníčku, vybírala nejlepší těhotenské vitaminy. Její těhotenský přírůstek činil 18 kg.

Těhotenství probíhalo bez komplikací, Petra porodila v 38. gestačním týdnu plánovaným císařským řezem pro placentu praeviu. Syn vážil 3410 g.

V šestinedělí Petra zažívala poporodní blues, ale během pár dní se začala cítit lépe. Stále byla úzkostná ohledně potravy, snažila se jíst tak, aby co nejlépe podporovala kojení.

Dodnes se na jídlo a zdravý životní styl hodně soustředí, podle partnera někdy až příliš. Na BMI 21 se Petra vrátila za 8 měsíců, říká, že díky dostatečnému pohybu a racionální stravě.

## 6.1 Sdělení korespondentek budoucím porodním asistentkám

Při strukturovaném rozhovoru, který jsme s ženami vedli, jsme od žen sesbírali vzkazy pro budoucí porodní asistentky. Požádaly jsme je, aby zformulovaly svá očekávání ohledně péče porodních asistentek. Těhotné, které trpí poruchami příjmu potravy, snadno podléhají stigmatizaci, tímto bychom chtěli přispět k osvětě zdravotníků. Jednotlivé vzkazy jsme přeložili do českého jazyka, jinak zůstávají v původní podobě.

*„Prosím, uvědomujte si, že těhotná žena s poruchou příjmu potravy je velmi vystrašená a snadno zranitelná. Přeje si pro své dítě jen to nejlepší, ale PPP se chová zákeřně a staví jí do cesty mnohé překážky. Prosím, buďte jim oporou a podporujte je. Ujistěte se, že jsou si plně vědomy možných rizik pro vyvíjející se dítě, které jim hrozí, pokud se nepokusí se svými patologickými návyky něco udělat. Pro ženy to může být rozhodujícím momentem. Může být náročné zvolit ten nejlepší postup v péči o těhotnou s PPP, ale prosím myslte na to, že všechny ženy chtějí nekomplikované těhotenství a zdravé miminko. Nabídněte jim pomoc nutričních terapeutů a psychoterapeutů a podporujte je na jejich cestě k porodu.“ – Annie*

*„Prosím, nenuťte nás myslet si, že jsme kvůli PPP špatní lidé a záměrně svému dítěti ubližujeme.“ - Maria*

*„Myslím si, že by bylo vhodné se vyhnout všem slovním hodnocením tělesného vzhledu žen s PPP. Kromě toho s nimi jednejte s úctou a respektem. Rozhodnout se pokračovat v těhotenství je pro ně opravdu těžké s vědomím toho, že jim zničí postavu. Podporujte je ve zdravých volbách.“ – Rose*

*„Netlačte na nás v nabírání hmotnosti, víme, že je to v těhotenství potřeba, ale je to pro nás opravdu těžké.“ – Jane*

*„Mluvte s nimi, edukujte je a buďte jim oporou.“ – Emily*

*„Poruchy příjmu potravy mají mnoho společného s potřebou sebekontroly, když máme pocit, že jinde o kontrolu přicházíme. Ujišťujte se, že si těhotné připadají vyslyšené, podporované a pochopené, a že mají tolik kontroly nad vlastním těhotenstvím a porodem, kolik je jen rozumně možné.“ – Rachel*

*„Já sama bych o své poruše příjmu potravy neřekla ani té nejlaskavější porodní asistentce. Možná, že kdyby se mě zeptaly na důvod mého extrémního hmotnostního přírůstku, pomohlo by mi to otevřít? Nevím, možná ne. Určitě všechny potřebujeme hodně opory a vstřícného jednání a samozřejmě, aby nás nikdo nesoudil.“ – Julie*

## 7 Diskuze

Podářilo se nám vést strukturované rozhovory s 12 ženami z 8 různých států ze 4 kontinentů. Z 15 žen, které jsme původně zkontaktovali, jich rozhovory dokončilo 12. Jedná se o 20% ztrátovost. Tuto redukci přičítáme tabuizovanému tématu práce, o kterém se nemocné ženy nerady svěřují pro strach z kritiky. Rozhovory proběhly od ledna do května 2020 přes dálkové komunikační prostředky. Dvě korespondentky mluvily česky, s ostatními jsme komunikovali v anglickém jazyce.

Cílem výzkumné části bylo přiblížit překážky, které ženy s PPP na cestě k mateřství vnímají. Vzhledem ke komplexnosti poruch příjmu potravy a jejich vlivu na jednotlivé nemocné nemůžeme předložit ucelený seznam. Mezi výroky jednotlivých korespondentek jsme zachytili časté opakování témat jako strach o výsledek těhotenství, stud za chování spojené s PPP, nutnost častější monitorace těhotenství a plodu, poporodní deprese a pocit selhání v mateřské roli.

Jak uvádí odborná literatura, těhotenský outcome je závislý na stavu PPP na počátku těhotenství a menší komplikace jsou spojené s plánovaným těhotenství, na které se žena fyzicky i psychicky připravovala. Z našeho vzorku přesně polovina žen počala plánovaně a polovina neplánovaně (graf č. 9). U plánovaných těhotenství našich korespondentek se zdá, že jsou ženy ochotnější omezit patologické jednání a lépe se emocionálně vyrovnávají s hmotnostním přírůstkem.

Jako třetí podcíl jsme si stanovili zjistit, jaké procento z korespondentek při odebrání anamnézy informuje o diagnóze PPP svého ošetřujícího gynekologa, porodníka nebo porodní asistentku, kteří průběh těhotenství monitorují. Ze dvanácti jich zdravotníky informovalo 58,3 % a zbylých 41,3 % (graf č. 12) diagnózu zatajilo. K zamlčení této informace vedl stud, strach z kritiky, strach ze ztráty kontroly nad průběhem těhotenství a vlastní hmotností a celková povaha PPP, kdy mají ženy ke skrývání symptomů zvýšené předpoklady.

Na našem vzorku jsme zaznamenali, že ženám, které zdravotníky o PPP informovaly, se dostalo zvýšené péče, spolupracovaly s nutričními terapeuty a psychology a jejich těhotenství bylo pečlivěji monitorováno. Všechny šest žen, které odpověděly na tuto otázku kladně, hodnotí svou zkušenost pozitivně a svého rozhodnutí nelitují.

Čtvrtým podcílem bylo zjistit, jak by si ženy přáli, aby k nim porodní asistentky přistupovaly. Tyto vzkazy určené předně budoucím porodním asistentkám jsme uvedli jako přímou citaci v kapitole 8. Vyznívá z nich, že ženy očekávají vstřícné jednání a pomoc v nacházení schůdné cesty těhotenstvím. Bojí se ztráty kontroly a potřebují, aby s nimi byla všechna potenciální rizika probírána, aby tak samy mohly činit správná rozhodnutí. Oceňují nabízenou podporu od nutričních terapeutů a psychologů.

Výzkumný cíl a podcíle považujeme za splněné.

Zajímavým výsledkem je vysoké procento zastoupení akutních císařských řezů u korespondentek (graf č. 13). Z deseti jich akutní S.C. podstoupilo 40 %. Z celého vzorku dotazovaných porodilo císařským řezem 70 %. Velké studie se shodují ve zvýšeném riziku ukončení těhotenství S.C. u pacientek s mentální anorexií, ačkoli je nerozdělují na plánované a akutní. Zastoupení S.C. u našeho vzorku je oproti odborné literatuře dvojnásobné až trojnásobné, což přičítáme jeho omezené velikosti, která snižuje relevantnost výsledků. (Debra a kol., 2001; Ante a kol., 2020)

Odborná literatura uvádí u pacientek s poruchami příjmu potravy vyšší zastoupení operačních vaginálních porodů (užití vakuumextraktoru nebo porodnických kleští), což se na našem vzorku neprojevilo. Tři ženy, které rodily vaginální cestou, rodily spontánně.

## 8 Závěr

Při hledání odborné literatury jsme našli dvě bakalářské práce na podobné téma, jednalo se o Poruchy příjmu potravy a jejich vliv na mateřství od Bc. Marie Vavruškové z roku 2014 a Těhotenství z pohledu žen s poruchami příjmu potravy autorky Bc. Michaely Orlové z roku 2016. Práce byly vypracovány pod záštitou katedry psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy a katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Jejich zaměření odpovídá oborům, pro které byly připraveny a zabývají se především psychologickými dopady těhotenství na ženy s poruchami příjmu potravy.

Jelikož tato práce byla vypracována v rámci studijního oboru Porodní asistentka 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, snažili jsme se k tématu přistoupit s větším důrazem na gynekologicko-porodnickou problematiku. Chtěli jsme téma přiblížit předně porodním asistentkám, které se ženám věnují, a poskytnout jim ucelené informace. Přejde nám důležité, aby znaly rizika spojená s těhotenstvím u žen s PPP a dokázaly pacientky vhodně a taktně edukovat na všech úrovních zdravotnické péče od předporodních kurzů až po oddělení šestinedělí. Hlavně pro ně jsou určeny kapitoly 5 a 8. Jako první dodatek jsme přiložili informační leták pro porodní asistentky, kde jsme shrnuli jenom ty nejzákladnější informace využitelné pro každodenní praxi.

Konverzace okolo poruch příjmu potravy je stále aktuální, mění se jejich diagnostická kritéria, jsou specifikovány nové typy a podtypy a díky snadné dostupnosti informací se o nich rozšiřuje povědomí u široké veřejnosti. Internetová kultura však přináší i nepřehledné množství nerelevantních zdrojů a nepravdivých informací. Proto doufáme, že by tato práce mohla najít uplatnění v pokračující osvětě zdravotníků a předložit jim skutečnosti podložené odbornými fakty.

Cíl práce považujeme za splněný, vytvořili jsme možný edukační zdroj. Vzhledem ke stigmatizaci poruch příjmu potravy, které jsme si při praxích na gynekologických a porodnických odděleních povšimli, doufáme v jeho upotřebení v osvětě českých zdravotníků.



## 9 Použitá literatura

ANTE, Zharmaine, Thuy Mai LUU, Jessica HEALY-PROFITOS, Siyi HE, Danielle TADDEO, Ernest LO a Nathalie AUGER. Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS* [online]. 2020, **53**(5), 403-412 [cit. 2020-06-15]. DOI: 10.1002/eat.23251. ISSN 02763478. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1002/eat.23251>

BARBIERI, RI, JF STRAUSS a RA BURWELL. *Yen and Jaffes Reproductive Endocrinologx: Pgyiology Phatophysiology And Clinical Management*. 5. New York, 2004

BROWN, T. A., L. A. HOLLAND a P. K. KEEL. Comparing operational definitions of DSM-5 anorexia nervosa for research contexts. *The International journal of eating disorders* [online]. 2014, **47**(1), 76-84 [cit. 2020-03-23]. DOI: 10.1002/eat.22184. ISSN 1098108X. Dostupné z: <https://1url.cz/kzFL2>

DEBRA L., Franko, Blais MARK A., Becker ANNE E., et al. Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 2001, **158**(9), 1461-1462 [cit. 2020-06-15]. ISSN 0002953X. Dostupné z: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.9.1461>

DEWEY, K. G. Energy and protein requirements during lactation. *Annual review of nutrition* [online]. 1997, **17**, 19-36 [cit. 2020-05-20]. ISSN 01999885. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9240917/>

DINGEMANS, A. E. Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: prevalence and characteristics. *The International journal of eating disorders* [online]. 2012, **45**(4), 562-9 [cit. 2020-03-06]. DOI: 10.1002/eat.20972. ISSN 1098108X. Dostupné z: <https://1url.cz/czFLo>

EDWARDS, C. H., E. AAS a J. M. KINGE. Body mass index and lifetime healthcare utilization. *BMC health services research* [online]. 2019, **19**(1), 696 [cit. 2020-03-23]. DOI: 10.1186/s12913-019-4577-0. ISSN 14726963. Dostupné z: <https://1url.cz/ozFLH>

ERGUNER-TEKINALP, Bengu. Mental Health Practitioners' Professional Opinions of Etiology of Eating Disorders: A Cross-Cultural Study. *International Journal of Mental Health* [online]. 2010, **39**(3), 68 [cit. 2020-05-20]. DOI: 10.2753/IMH0020-7411390305. ISSN 00207411. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=c8f8b11c-5a3b-46ce-a659-493673a2cfdb%40pdc-v-sessmgr03>

GOLDEN, Neville H. Eating disorders in adolescence: what is the role of hormone replacement therapy? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* [online]. 2007, **19**(5), 434-435 [cit. 2020-05-18]. DOI: 10.1097/GCO.0b013e3282eee384. ISSN 1040872X. Dostupné z: <https://1url.cz/3zFLa>

- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HO, Walter King Yan, Md Dilsad AHMED, Patrick CHAN, et al. Body Mass Index (BMI) assessment among Macau students: age group differences and weight management strategies. *Anthropological Review* [online]. 2017, **80**(4), 349-367 [cit. 2020-04-10]. DOI: 10.1515/anre-2017-0025. ISSN 18986773. Dostupné z: <https://1url.cz/bzFL5>
- HORI, Ichiro. Self-Mummified Buddhas in Japan. An Aspect of the Shugen-Dô ("Mountain Asceticism") Sect. *History of Religions* [online]. 1962, **1**(2), 222–242 [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1086/462445. ISSN 0018-2710. Dostupné z: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/462445?mobileUi=0>
- HRONEK, Miloslav. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, c2004. ISBN 80-7345-013-5.
- CHARBONNEAU, K. D. a J. A. SEABROOK. Adverse Birth Outcomes Associated with Types of Eating Disorders: A Review. *Canadian journal of dietetic practice and research: a publication of Dietitians of Canada = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique* [online]. 2019, **80**(3), 131-136 [cit. 2020-05-07]. DOI: 10.3148/cjdpr-2018-044. ISSN 14863847. Dostupné z: <https://1url.cz/qzFLR>
- CHESNEY, Edward, Guy M. GOODWIN a Seena FAZEL. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *WORLD PSYCHIATRY* [online]. 2014, **13**(2), 153-160 [cit. 2020-03-24]. DOI: 10.1002/wps.20128. ISSN 17238617. Dostupné z: <https://1url.cz/hzFLE>
- KVIATKOVSKÁ, Katarína, Jakub ALBRECHT a Hana PAPEŽOVÁ. PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ, SOUČASNÉ A ALTERNATIVNÍ MOŽNOSTI TERAPIE. *Ceská a Slovenská Psychiatrie* [online]. 2016, **112**(6), 275-279 [cit. 2020-04-12]. ISSN 12120383. Dostupné z: <https://1url.cz/gzFLG>
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přepracované vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché. ISBN 80-7169-627-7.
- PALLOTTI, Francesca, Paola TUBARO, Antonio A. CASILLI a Thomas W. VALENTE. "You See Yourself Like in a Mirror": The Effects of Internet-Mediated Personal Networks on Body Image and Eating Disorders. *Health Communication* [online]. 2018, **33**(9), 1166-1176 [cit. 2020-03-06]. DOI: 10.1080/10410236.2017.1339371. ISSN 10410236. Dostupné z: <https://1url.cz/EzFLN>
- PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-214-5.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 2., přepracované vydání. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2017. ISBN 978-80-87142-34-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.

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

ROBERTO, Christina A., Joanna STEINGLASS, Laurel E.S. MAYER, Evelyn ATTIA a B. Timothy WALSH. The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2008, **41**(6), 559-563 [cit. 2020-04-29]. DOI: 10.1002/eat.20534. ISSN 02763478. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18454485>

SILVER, A. K. *Victorian Literature and the Anorexic Body*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002. ISBN 9780521816021. Dostupné z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=nlebk&AN=78379&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

THOMAS, Jennifer J., Kamryn T. EDDY, Helen B. MURRAY, Marilou D.P. TROMP, Andrea S. HARTMANN, Melissa T. STONE, Philip G. LEVENDUSKY a Anne E. BECKER. The impact of revised DSM-5 criteria on the relative distribution and inter-rater reliability of eating disorder diagnoses in a residential treatment setting. *Psychiatry Research* [online]. 2015, **229**(1-2), 517-523 [cit. 2020-03-24]. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.06.017. ISSN 01651781. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0165178115003650>

WATSON, Hunna J., Elizabeth W. DIEMER, Stephanie ZERWAS, Kristin GUSTAVSON, Gun Peggy KNUDSEN, Leila TORGERSEN, Ted REICHBORN 10KJENNERUD a Cynthia M. BULIK. Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2019, **52**(6), 643-651 [cit. 2020-05-27]. DOI: 10.1002/eat.23073. ISSN 02763478. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=c8f8b11c-5a3b-46ce-a659-493673a2cfdb%40pdc-v-sessmgr03>

Mezinárodní klasifikace nemocí. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci>

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. *WHO* [online]. [cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

## **Seznam dodatků:**

1. Informační leták pro porodní asistentky ohledně péče o ženy s PPP
2. Seznam zkratk
3. Seznam grafů
4. Podkladové otázky pro strukturovaný rozhovor

## Ošetrovatelská péče o ženy s poruchami příjmu potravy v porodní asistenci



S ženami s ppp se můžete setkat na všech úrovních zdravotnické péče. Buďte pozorné zvláště v: **centrech pro asistovanou reprodukci, poradně pro těhotné, odděleních rizikového těhotenství a oddělení šestinedělí.**

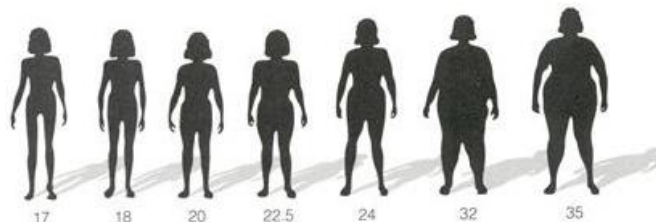
### Příznaky možné **mentální anorexie**

- Výrazně klesající hmotnost až podváha (BMI <17,5)
- Nepravidelný menstruační cyklus až amenorea
- Snížený turgor
- Slabé, prořídle vlasy
- Lanugo
- Slabé lámající se nehty
- Zašedlá zubní sklovina
- Nervózní chování při zmínce o příjmu potravy a tělesné hmotnosti
- Hypotenze
- Hypotermie
- Obstpice

### Příznaky možné **mentální bulimie**

- Kolísání hmotnosti v rozmezí podváhy až obezity
- Kazivé zuby se zašedlou zubní sklovinou
- Snížený turgor
- Otoky v obličeji
- Zvětšené příušní slinné žlázy
- Porušená ústní sliznice (popraskané ústní koutky)
- Russelovo znamení = odřeniny a mozoly na hřbetu ruky od opakovaného kontaktu s řezáky
- Elektrolytická nerovnováha vnitřního prostředí
- Obstpice

Poruchy příjmu potravy mají vysokou komorbiditu s dalšími duševními nemocemi. **Váš přístup k pacientkám může do budoucna ovlivnit jejich důvěru ke zdravotnickým profesím a tím i zdraví jejich dětí.**



### Možné **komplikace těhotenství** u žen s PPP

- Zvýšená potratovost
- IUGR
- Akutní S.C.
- Předčasný porod
- Hypotrofický novorozenec
- Makroskopický novorozenec
- Poporodní deprese
- Nedostatečná laktace

- **JEDNEJTE S ŽENAMI S ÚCTOU A RESPEKTEM**
- **BUĎTE CHÁPAVÉ**
- **VŠÍMEJTE SI ZMĚN NÁLAD**
- **SLEDUJTE VÁHOVÝ PŘÍRŮSTEK**
- **SLEDUJTE ZMĚNY NA KŮŽI**
- **EDUKUJTE O MOŽNÝCH RIZICÍCH PRO MATKU A DÍTĚ**
- **UMOŽNĚTE KONTAKT S NUTRIČNÍM TERAPEUTEM**
- **PSYCHOLOGEM**
- **DÁLE SE O PPP VZDĚLÁVEJTE**

## **Dodatek č. 2**

### **Seznam použitých zkratk**

AD – antidepressiva

ADHD – attention deficit hyperactivity disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou)

AN – anorexia nervosa

APA – Americká psychiatrická společnost

BDD – body dysmorphic disorder

BMI – body mass index

BN – bulimia nervosa

CNS – centrální nervová soustava

CT – výpočetní tomografie

CTG – kardiotokograf

č. – číslo

DSM – diagnostic and statistical manual of mental disorders

ED – eating disorder

EDNOS – eating disorder not otherwise specified

EKG – elektrokardiograf

FSH – folikuly stimulační hormon

g – gram

ICD – classification of diseases and related health problems

IUGR – intrauterine growth restriction (intrauterinní růstová restrikce)

IVF – in vitro fertilizace

JIP – jednotka intenzivní péče

KB – kognitivně behaviorální

kcal – kilokalorie

kg – kilogram

kJ – kilojoul

kol. – kolektiv

LH – luteinizační hormon

m – metr

MDK – minerální denzita kosti

MKN – mezinárodní katastr nemocí

mmHg – milimetry rtuťového sloupce

MRI – magnetická resonance

OBGYN – lékař gynekolog-porodník

OSFED – other specified feeding or eating disorder

PA – porodní asistentky

PCOS – syndrom polycystických vaječníků

PPP – poruchy příjmu potravy

PTSD – posttraumatická stresová porucha

S.C. – sectio Caesare

SMR – standartized mortal ration

SSRI – selective serotonin reuptake inhibitors (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)

t.t. – týden těhotenství

tzv. – takzvané

UPT – umělé ukončení těhotenství

UZ – ultrazvuk

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO – Světová zdravotnická organizace

## **Dodatek č. 3**

### **Seznam vložených grafů**

Graf č. 1 Státní příslušnost korespondentek. ....	37
Graf č. 2 Věkové rozložení korespondentek.....	38
Graf č. 3 Zastoupení poruch příjmu potravy mezi korespondentkami .....	39
Graf č. 4 Komorbidita PPP s dalšími duševními nemocemi u korespondentek .....	40
Graf č. 5 Nejvyšší dokončené vzdělání korespondentek .....	41
Graf č. 6 Farmakologická léčba u korespondentek.....	42
Graf č. 7 Zastoupení amenorey mezi korespondentkami .....	43
Graf č. 8 Potratovost mezi korespondentkami.....	44
Graf č. 9 Rozdělení těhotenství korespondentek na plánované a neplánované. ....	45
Graf č. 10 BMI korespondentek před začátkem těhotenství.....	46
Graf č. 11 Těhotenský hmotnostní přírůstek korespondentek .....	47
Graf č. 12 Informovanost gynekologů a porodních asistentek o PPP diagnóze korespondentek .....	48
Graf č. 13 Mechanismus porodu u dotazovaných žen .....	49



## Dodatek č. 4

### Otázky pro strukturovaný rozhovor

Jméno (smyšlené) a věk, stát:

- Jakou poruchou příjmu potravy trpíte/trpěla jste?
  - o Kdy a jak Vaše PPP začala?
  - o Kdy a kdo vám ji diagnostikoval?
  - o Popište, jak Vás ovlivňuje/ovlivňovala v každodenním životě?
  - o Léčíte se? Jak a kde?
- Bylo u Vás diagnostikované jiné duševní onemocnění?
  - o Užíváte farmakologickou léčbu?
- Abúzus: Kouříte? Pijete alkohol? Jste/byla jste na něčem závislá?
- Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání? Jaké je Vaše zaměstnání?
- Těhotenství a porod:
  - o Ovlivnila PPP někdy Váš menstruační cyklus?
  - o Trpěla jste někdy amenoreou?
  - o Potratila jste někdy?
  - o Bylo Vaše těhotenství plánované?
  - o Otěhotněla jste spontánně? Navštěvovala jste CAR?
  - o V jaké fázi PPP jste otěhotněla? Akutní fáze/remise/relaps
  - o Věděl Váš gynekolog, porodní asistentka, porodník o Vaší historii s PPP?
    - Ano: Všimla jste si, že by to ovlivnilo jejich jednání s Vámi?
    - Ne: Proč? Ze studu nebo Vám to nepřišlo podstatné?
  - o Jak probíhalo Vaše těhotenství?
    - Ovlivňovala PPP průběh Vašeho těhotenství?
    - Jaký jste měla váhový příbytek? Jak jste se s ním vyrovnávala? Bylo pro Vás náročné přibývat na váze?
    - Jak jste se stravovala? Držela jste nějakou dietu či se jinak omezovala v jídla? Přejídala jste se? Vyvolávala jste si zvracení nebo používala laxativa?
    - Cvičila jste?
    - Brala jste nějakou medikaci?
  - o Rodila jste v termínu? Spontánně nebo císařským řezem (plánovaným/akutním)
- Šestinedělí
  - o Měla jste porodní poranění?
  - o Kolik vážilo a měřilo Vaše miminko? Muselo být kříšeno/být v inkubátoru...?
  - o Kojila jste? Měla jste dostatek mléka? Jak dlouho jste kojila?
  - o Jak dlouho Vám trvalo vrátit se na tělesnou hmotnost, kterou jste měla před těhotenstvím?
  - o Jaký jste měla vztah ke svému tělu po porodu? Jaký k němu máte vztah teď?
  - o Trpěla jste poporodní depresí? Popište své duševní rozpoložení po porodu.
- Co byste vzkázala budoucím porodním asistentkám? Jak by měly přistupovat k pacientkám s PPP?

