

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**TĚHOTENSTVÍ Z POHLEDU ŽEN S PORUCHAMI PŘÍJMU
POTRAVY**

PREGNANCY FROM THE PERSPECTIVE OF WOMAN WITH EATING
DISORDERS



Bakalářská diplomová práce

Autor: Michaela Orlová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

**Olomouc
2016**

Poděkování

Chtěla bych zde poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce doc. PhDr. Martinovi Lečbychovi, Ph.D. za odborné vedení a užitečné rady.

Za podporu a pomoc během psaní této práce pak také velmi děkuji některým svým blízkým, zvláště pak mému synovi Patrikovi za trpělivost, kterou se mnou v průběhu psaní a třídění dat měl.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Těhotenství z pohledu žen s poruchami příjmu potravy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Novém Jičíně dne 5. 4. 2016

Podpis

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY (PPP)	9
1.1 Historický vývoj poruch příjmu potravy	11
1.2 Typy poruch příjmu potravy	12
2 MENTÁLNÍ BULIMIE – bulimia nervosa (F50.2)	13
2.1 Etiologie mentální bulimie	13
2.2 Sociální dopad mentální bulimie	14
2.3 Důsledky a nebezpečí mentální bulimie	15
3 MENTÁLNÍ ANOREXIE – anorexia nervosa (F50.0)	16
3.1 Etiologie mentální anorexie	16
3.2 Sociální dopad mentální anorexie	16
3.3 Důsledky a nebezpečí mentální anorexie	17
4 ZPŮSOBY LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH ÚSPĚŠNOST	19
4.1 Stručný popis léčby mentální anorexie	19
4.2 Stručný popis léčby mentální bulimie	20
5 TĚHOTENSTVÍ A ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ JEHO PRŮBĚH	21
5.1 Fyziologický popis těhotenství	21
5.2 Zdravý životní styl v průběhu těhotenství	22
5.2.1 Výživa	22
5.2.2 Alkohol, drogy a kouření	23
5.2.3 Vyvážená fyzická aktivita	23
5.2.4 Faktory ovlivňující psychiku ženy během těhotenství	24
5.3 Změna tělesné hmotnosti v průběhu těhotenství	25
5.4 Rizika doprovázející těhotenství žen s poruchou příjmu potravy	26
5.4.1 Rizika doprovázející těhotenství žen s anamnézou mentální anorexie	27
5.4.2 Rizika doprovázející těhotenství žen s anamnézou mentální bulimie	27

6	AKTUÁLNÍ VÝZKUMY K TÉMATU	29
7	PŘEDPOKLÁDANÝ VÝZNAM VÝZKUMU PRO PRAXI.....	30
	EMPIRICKÁ ČÁST	31
8	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	31
8.1	Výzkumné otázky	31
9	METODOLOGIE VÝZKUMU	32
9.1	Charakteristika kvalitativního výzkumu.....	32
9.2	Výzkumný soubor	32
9.3	Metody získávání dat a sběr dat	33
9.4	Kódování a zpracování dat	33
9.5	Etika výzkumu.....	36
10	SOUHRNNÉ SOUPISY PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ.....	37
10.1	Anna	37
10.2	Barbora	38
10.3	Cecílie.....	39
10.4	Dominika	40
10.5	Eliška	41
10.6	Gabriela	43
10.7	Hana.....	44
10.8	Iva.....	45
11	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	47
11.1	Analýza dat a výsledky výzkumu.....	47
11.1.1	Postoj k těhotenství.....	47
11.1.2	Současný postoj k jídlu	48
11.1.3	Postoj partnera	49
11.1.4	Současná fáze PPP.....	49
11.2	Odpovědi na výzkumné otázky	50
12	DISKUZE NAD EMPIRICKOU ČÁSTÍ.....	54
13	ZÁVĚRY	56

13.1 Návrhy na další výzkum.....	56
14 SOUHRN.....	58
ZDROJE:	61
SEZNAM PŘÍLOH:.....	64

ÚVOD

Na následujících stranách této bakalářské práce se zabýváme problémy souvisejícími s poruchami příjmu potravy a tím, jak mohou ovlivňovat psychiku žen, které některou z těchto poruch trpí, zvláště během těhotenství a v období přípravy na mateřství. Z tohoto důvodu nás také zajímalo, jak a zda poruchy příjmu potravy nějak ovlivňují i samotné rozhodnutí se pro mateřství. Cílem tohoto výzkumu je tedy popsání, zmapování a porozumění pocitům, které prožívají ženy s poruchou příjmu potravy ohledně těhotenství.

Předpokládali jsme, že se nám potvrdí naše předpoklady o tom, že prožívání těhotenství a jeho skloubení s poruchou příjmu potravy (dále jen PPP), je velmi individuální. Předpokládáme, že velice záleží na fázi PPP, ve které se žena v průběhu své gravidity právě nachází a dále, že k velmi zásadním faktorům, jež celý průběh těhotenství a stavů spojených s PPP ovlivňují, patří partner a vztahy s nejbližším okolím.

Dále se domníváme, že ženy budou často zažívat velké vnitřní rozpory týkající se touhy jakkoli neuškodit dítěti a silným nutkáním způsobeným PPP a to zvláště během psychicky náročných situací. Jak naznačuje například výzkum Wagnera et al. (2015), který potvrzuje, že vyšší motivace koreluje s nižší četností záchvatovitého přejídání. Takže lze předpokládat, že starost o nenarozené dítě bude motivací dostatečnou.

Také se očekávalo a toto očekávání bylo následně splněno, že se během psaní této práce dostanu více do kontaktu s ženami trpícími mentální bulimií, protože jsme předpokládali, že jen málo procent z žen trpících mentální anorexií je fyzicky schopno otěhotnět, přejí-li si to vůbec. A v neposlední řadě bude nejspíše hrát svou roli fakt, že v průběhu dospělosti občas mentální anorexie *přejde* do mentální bulimie (Orel et al., 2012).

Toto téma jsem si zvolila proto, že problém poruch příjmu potravy považuji za v dnešní době stále velmi aktuální téma, které ve společnosti zůstává jakýmsi tabu. Důvodům a faktorům, které vedou ke vzniku těchto poruch, byla věnována již spousta prací a studií, jež se ve velké míře zabývají většinou dívkami pubertálního věku a ve věku mladší dospělosti. Projevy PPP však mohou přetrvávat, v určité míře, i do dalších životních období a zde pak většinou nastává čas, kdy se žena rozhodne mít dítě. Rozhodla jsem se proto prozkoumat jak ženy trpící PPP prožívají svá těhotenství. Těhotenství obvykle bývá

pro každou ženu velmi osobní oblastí a je všeobecně známo, že právě v tomto období je velice důležité, aby žena byla v co možná největší psychické pohodě, což se s projevy PPP značně vylučuje.

Během našeho kvalitativního výzkumu byly použity polo-strukturované rozhovory, v jejichž první části jsme se zaměřili na vývoj průběhu PPP u dané ženy, dále na její zázemí a vztahy s nejbližším okolím. Druhá část byla již více orientována na prožívání samotného těhotenství a jeho vzájemného ovlivňování se s projevy PPP. I zde budou samozřejmě zohledňovány vztahy s nejbližšími v tomto období.

Jelikož se zabýváme tím, jak ženy trpící poruchou příjmu potravy prožívají svá těhotenství, budeme se o nich v následné práci vyjadřovat jako o anorektičkách a bulimičkách, přitom si však plně uvědomujeme, že tyto poruchy se ojediněle vyskytují také mezi muži, a že také mívají své atypické průběhy.

Během popisu poruch příjmu potravy se zde také nebudeme příliš důkladně zabývat léčbou, ale důraz bude přikládán spíše těm faktorům PPP, které považujeme za relevantní k danému tématu. Typ a délka absolvované léčby nás však bude zajímat během rozhovoru s participantkami.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY (PPP)

V následující kapitole postupně definuji význam pojmu PPP, diagnostiku a faktory, jež jej ovlivňují či se k němu nějak vztahují.

Jak uvádí Vágnerová (2008, s. 463): „*Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentačního chování.*

PPP dle MKN – 10 diagnosticky spadají do skupiny F50 a jsou součástí pestré skupiny behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (Orel a kol., 2012).

Příjem potravy je životně důležitou záležitostí a dojde-li k narušení přirozeného vztahu k tomuto procesu, je nutné hledat příčinu v celém bio-psycho-sociálně-spirituálním spektru, protože na vzniku těchto poruch se podílí mnoho složitých a pestrých faktorů. Obecně lze však říci, že jde o jakousi poruchu celkového tělesného schématu, a že vznik a průběh PPP je značně ovlivňován také individuálním postojem dané osoby a vlivem sociálních interakcí v jejím okolí (Orel a kol., 2012).

Výše zmíněným tělesným schématem je myšlen psychický obraz vlastního těla. Obecně mají lidé trpící některou z PPP tendenci vnímat své tělesné proporce dosti zkresleně a toto zkreslení vyplývá z celkového sebepojetí daného člověka. Při zkresleném vnímání vlastních proporcí se jen velmi zřídka jedná o poruchu percepce, což lze většinou prokázat už jen tím, že je daná osoba schopná zhodnotit postavu jiné osoby, na rozdíl od té vlastní, zcela adekvátně. Většinou tedy jde, v případě vlastní postavy, o emocionální zkreslení vycházející z obav či přání (Vágnerová, 2008). Svou roli zde, dle našeho názoru, může hrát určitá nepřipravenost a neochota dospět, či převzít povinnosti a dostát očekáváním, jež sebou dosažení určitého věku v dané společnosti obnáší. A určité fyzické aspekty mohou být znakem dosažení tohoto věku. A není-li dívka na toto období vnitřně, z jakéhokoli důvodu, připravená, může se v důsledku součinnosti dalších faktorů, pokusit tyto znaky dospívání potlačit (Baštecká et al., 2015).

Krch (2002, s. 35 – 36) uvádí tyto faktory, které dále dělí na kulturní a individuální, jež posilují strach z tloušťky:

Kulturní:

- tlak médií na představy a životní vzory současného člověka, jednostranné vykreslování určitých typů (kladní a úspěšní hrdinové jsou štíhlí, příliš se mluví o tom, kdo jak vypadá, média příliš zasahují do života lidí...);
- hubnoucí ideál krásy, vyhublý „heroinový“ nebo „dětský“ módní vzor;
- médií a komerční reklamou posilovaná představa, že člověk může získat všechno, co chce;
- povrchní a jednostranné spojování vyhublosti se zdravím;
- skandalizace obezity (jednostranné spojování nadváhy s leností, ošklivostí a zdravotními problémy);
- přílišný důraz na konformitu (lidé uznávají podobné hodnoty, nechtějí se lišit) a malá tolerance k různorodosti. Největší roli v průběhu dospívání hraje konformita s postoji vrstevníků;
- přílišná orientace na vnější vzhled a na to, jak kdo vypadá (ženy, dospívající, některé profese...);
- velký důraz na tělesný vzhled a výkon (umět „něco dokázat“, vysoká hodnota fyzického výkonu a sebeovládání) v rodině;
- příliš velký důraz na to, co se jí, jestli to je nebo není zdravé, tučné...;
- příliš velká soutěživost v rodině (dvojčata, více dětí, sportovní zájmy rodičů a sourozenců);
- obezita a diety v rodině;
- nevhodné jídelní návyky rodičů a sourozenců.

Individuální:

- úzkostnost, pedanterie, důslednost a přílišná ctižádostivost;
- nejistota dospívání, zejména je-li posílena nějakým traumatem;
- tloušťka, nevhodná distribuce tělesného tuku;
- zdravotní problémy spojené s dietou;

Za významný spouštěcí faktor PPP považujeme také určité genetické předpoklady, jež byly potvrzeny vícero studiemi. Dle Hany Papežové (2010) tyto studie u PPP potvrdily, stejně jako u jiných psychických poruch, určité genetické determinanty. Odhadovaný podíl dědičnosti se udává ve výši 56 – 84%.

Názory na tyto studie však bývají velice různorodé. Myslíme si, že v určitých případech může být genetické hledisko poněkud zaměněno s rodinnou historií, stylem výchovy a socio-kulturním prostředím, které sebou mohou nést aspekty podporující vznik PPP.

Ze znalostí z dřívějšího studia v rámci dějin každodennosti mohu potvrdit, že nikdy dříve v historii takovýto takřka všudypřítomný psychický nátlak na zamýšlení se nad vlastním tělesným vzhledem a srovnávání svých tělesných proporcí s druhými, neexistoval.

Závěrem lze říci, že PPP jsou jak určitým důsledkem vlivu socio-kulturních faktorů, chronických obtíží, zatěžkávajících životních událostí, nezralých sociálních a rozhodovacích dovedností, tak také do jisté míry důsledkem faktorů biologických a genetických (Krch, 2000).

1.1 Historický vývoj poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy můžeme vystopovat již v dávné historii. Je například všeobecně známo, že během orgií v antice se bohatí lidé během hostin nechávali dráždit v krku ptačím pérem za účelem vyvolání zvracení, aby poté mohli dále pokračovat v přejídání. Dále jsou také v minulosti zaznamenány určité náznaky výskytu PPP na nejrůznějších aristokratických dvorech a vyšších společenských kruzích. Vlastně i dnes se PPP jen zřídka vyskytují v nižších sociálních vrstvách, ale o to více se vyskytují v těch středních a vyšších (Krch, 2000).

Celkově je vysoký nárůst těchto obtíží zaznamenán hlavně v posledních desetiletích. Hlavní příčina tohoto jevu bývá připisována hlavně médiím, jež populaci předkládají uměle vytvořený obraz *ideální krásy*, k němuž má málokterá dívka přirozené genetické dispozice. Dnes se PPP vyskytují téměř po celém světě. Existují však populační studie, jež poukazují na určité rozdíly. Podle nich jsou dívky bílé pleti anebo z rodin s vyššími příjmy na začátku dospívání silnější, ale později pak, na konci dospívání, bývají průměrně štíhlejší než dívky tmavé barvy pleti nebo ty, jež pochází z rodin s nižšími

příjmy. K tomuto má potom již blízko touha po redukční dietě, jež často, zvláště v nízkém věku, až osmkrát zvyšují riziko vzniku PPP (Krch, 2000).

1.2 Typy poruch příjmu potravy

Mezi základní typy poruch příjmu potravy patří – mentální anorexie, mentální bulimie, jež se dělí na více specifických druhů, a svým způsobem také přejídání, které se zpravidla vyskytuje jako reakce na zvýšenou stresovou zátěž. Např. obezita však mezi poruchy příjmu potravy řazena není (Orel a kol., 2012).

Mentální anorexie a mentální bulimie se mohou také v různých mírách prolínat či přecházet jedna v druhou. Existují také různé podtypy a stádia těchto poruch (viz. níže), jež je během určení diagnózy třeba rozlišit, chceme-li zvýšit šanci na účinnou léčbu (Krch, 2002).

ROZDĚLENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY:

1. Mentální anorexie (F 50.0)
2. Atypická mentální anorexie (F 50.1)
3. Mentální bulimie (F 50.2)
4. Atypická mentální bulimie (F 50.3)
5. Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F 50.4)
6. Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F 50.5)
7. Jiné poruchy jídla (F 50.8)

Uvedené rozdělení poruch příjmu potravy je podle zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10). (Krch, 2005)

2 MENTÁLNÍ BULIMIE – bulimia nervosa (F50.2)

Hlavním projevem mentální bulimie je obava z tloušťky, jež je spojena se sníženou, či žádnou, schopností kontrolovat příjem jídla. Toto je pak provázeno záchvaty opakovaného extrémního přejídání, jež je následně provázeno vynuceným zvracením přijaté potravy (Vágnerová, 2008). Raboch a kol. (2012) dále udává, že mentální bulimie je chorobným zvýšením obživného pudu.

Nemocní bývají na jídle až závislí a nutkavá touha po něm nemá v jejich případě přirozenou souvislost s pocitem hladu, během tohoto záchvatu jsou schopni sníst až neuvěřitelné množství potravy během poměrně krátké doby. Tyto záchvatovité přejídání se vyznačují časovou nepravidelností a bývají provázeny nutkavou tendencí co nejrychleji se zbavit požitého jídla, z již výše popsaných důvodů. Tato závislost pak postupně výrazně ovlivňuje všechny aspekty jejich života. Snížená schopnost sebekontroly je občas spojena také s jinými problémy, které se nejčastěji týkají alkoholu, drog či zneužívání některých léků (Vágnerová, 2008).

Časté je také dělení mentální bulimie na takzvaný purgativní a nepurgativní typ. Přičemž nepurgativním typem je myšleno, že se pacientka *nezbavuje* přebytečně přijaté potravy vyvolávaným zvracením, ale například intenzivně cvičí a užívá laxativa či diuretika.

Vágnerová (2008, s. 474) dále uvádí, že: „*Pro mentální bulimii je typický chorobný strach z tloušťky a nepřiměřené hodnocení vlastního těla spojené s nadhodnocováním jeho hmotnosti či proporcí, resp. přeceňováním jeho významu pro získání žádoucí sociální pozice. Žádoucím cílem nemusí být v tomto případě extrémní hubenost, i když zpravidla bývá za ideální považována hmotnost, která je nižší, než by bylo žádoucí.*“

2.1 Etiologie mentální bulimie

Obecně je bráno za to, že hlavní příčinou nárůstu všech poruch příjmu potravy je naše rychle se měnící kultura, jež nekriticky obdivuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu (Krch, 2000). Dále se domníváme, že významnou roli hrají také aspekty vztahující se k nárokům a často neúměrným, proti sobě jdoucím tlakům, které jsou v současnosti kladeny na dospívající jak ze stran rodičů a školy, tak také vrstevníků.

Z dřívějších studií také často vyplývá fakt, že velkou roli při vzniku mentální bulimie hrají vztahy v rodině, zvláště významným faktorem se pak jeví být komplikovaný vztah k otci. Což nepřímo potvrzují také výsledky našeho výzkumu.

2.2 Sociální dopad mentální bulimie

Poruchy příjmu potravy bývají obecně pro lidi, kteří jimi netrpí, těžko pochopitelné a ti pak mívají tendence je bagatelizovat či je hodnotit jako hloupost dotyčné osoby. Většinou se zpočátku také domnívají, že se jedná pouze o přehnanou touhu po zhubnutí, a že postačí pár logických argumentů k tomu, aby se problém do budoucna vyřešil (Vágnerová, 2008).

Jak již bylo naznačeno výše, ovládá nutkavá touha po jídle většinu aspektů života nemocného. Kromě jiného, bývá mentální bulimie také poměrně finančně náročnou záležitostí a proto se nemocní, ovládaní nezměrnou touhou po jídle, uchylují občas také až ke lžím, krádežím a podvodům, které jim umožní jídlo získat. K tomuto se přidává utajované zvracení, schovávání a tajení jídla, užívání projímadel, excesivní cvičení a častá neochota jíst v přítomnosti druhých, což pochopitelně v nejbližším okolí postupně vzbuzuje adekvátní reakce (Vágnerová, 2008).

Nemocné jsou časem natolik pohlcené myšlenkami na jídlo a na to jak se jej následně účelně zbavit, že se často ani nezvládají ve větší míře zajímat o své okolí a nutkání zcela se podřizovat potřebám spojeným s PPP pak také samozřejmě citelně narušuje původní sociální vazby (Vágnerová, 2008).

Krch (2000, s. 23) shrnuje společenské důsledky bulimie takto:

- nálada je pokleslá, depresivní, podrážděná;
- místo posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkostných prožitků; i malé problémy se zdají být neřešitelné;
- myšlenky se neustále zabývají jídlem, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké;
- koncentrace pozornosti se zhoršuje, stejně jako pracovní tempo a pohotovost chápat komplexní problémy;

- snižuje se zájem o okolí (vzrůstá egocentrismus), o sex a vše, co se bezprostředně netýká jídla; ubývá společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím;

2.3 Důsledky a nebezpečí mentální bulimie

Zdravotní potíže sice u mentální bulimie nedosahují takových viditelných rozsahů jako ty, které doprovází onemocnění mentální anorexií, i ty však mohou mít trvalé a někdy až smrtelné následky.

K hlavním vedlejším nežádoucím projevům patří v první řadě zvýšená kazivost zubů v důsledku častého zvracení. A dále pak také například zjizvený jícen či protržená střeva kvůli nadměrnému užívání projímadel (Claude-Pierre, 2001).

Úbytek, pro zdraví nezbytných živin, způsobeným opakovaným zvracením se pak také časem logicky nepříznivě odrazí na celkovém krevním obrazu.

3 MENTÁLNÍ ANOREXIE – anorexia nervosa (F50.0)

Hlavním ukazatelem mentální anorexie je především silný strach z tloušťky a z jídla a velmi zkreslené vnímání proporcí vlastního těla (Krch, 2002).

Orel a kol. (2012, s. 152 – 153) dále uvádí: „*Mentální anorexie (F50.0) je spojena s vědomým a úmyslným snižováním váhy a udržováním výrazné podváhy (snižení váhy je o více než 15% proti normálu). Daného cíle je dosahováno dietami, navozováním zvracení, užíváním projímadel aj. léků a také zvýšenou fyzickou aktivitou a cvičením. Typické je tajení a skrývání poruchy (volnějším oblečením, kamuflováním apod.), které je někdy letité.*“

3.1 Etiologie mentální anorexie

Etiologie mentální anorexie je pravděpodobně, dle výsledků nejrůznějších studií, multifaktoriální. Nejčastěji se vyskytuje v období mezi 14. a 18. rokem, jsou, však případy kdy se objeví i dříve, občas i v předpubertálním období. Může mít chronický průběh, ale stejně tak může jít pouze o jednu epizodu (Krch, 2005). Dle Hany Papežové (2010), může být spouštěcím momentem MA často negativní zážitek spojený se studem za své tělo anebo negativní sexuální zkušenost. Například přijde-li dívka o panenství a dotyčný chlapec se ji už neozve.

Mnoho studií také potvrzuje, že spouště případů onemocnění MA předcházejí závažné problémy v rodině. Nemusí to však být pravidlem (Papežová, 2010). Vezmeme-li však v úvahu, že sklony k onemocnění PPP jsou úzce podmíněny mírou sebeúcty a vnitřního sebevědomí, jeví se rodinné vtahy a zvláště pak rodičovské přístupy jako jeden ze zásadních možných spouštěčů těchto poruch.

3.2 Sociální dopad mentální anorexie

Sociální kontakty bývají u případů PPP, včetně mentální anorexie, časem většinou velmi omezené. V neposlední řadě je to dané tím, že se tyto nemocní zabývají takřka pouze jídlem a svými tělesnými proporcemi což je tak vyčerpává, že v důsledku toho postupně ztrácejí zájem o ostatní problémy, o své okolí, dřívější koníčky a zájmy. Narušeny bývají také partnerské vztahy a to nejen díky postupné fyzické i psychické proměně partnera, ale

také díky ztrátě zájmu o sex a intimní chvíle. Za toto může jak fyzická vyčerpanost, tak vlastní nespokojenost se svým vzhledem, provázená pocit nepřitažlivosti a nízkým sebevědomím (Vágnerová, 2008).

Z podobných důvodů jako u mentální bulimie bývají také dále narušeny vztahy s rodinou, vrstevníky, přáteli, spolupracovníky. Zvláště pak v rodinných vztazích hrají nezanedbatelnou roli pocity viny (Vágnerová, 2008). Vina je zde míněna oboustranně. Existuje jak na straně nemocné, která cítí provinění za rozpaky a komplikace, jež svým blízkým způsobuje, tak na straně blízkých, kteří se nezřídka vinní za přehlédnutí prvních příznaků a varovných signálů onemocnění. Nepříjemné pocity mohou pramenit také z rozpaků, jež plynou z nevědomosti o tom jak k nemocné správně přistupovat.

U všech PPP je vítaná dobrá informovanost nejbližších nemocné osoby a jejich uvědomění si, že PPP není zlovyk, ale že tyto nemocní jsou reálně psychicky i somaticky ohroženi a péče odborného lékaře je více než vhodná (Vágnerová, 2008).

3.3 Důsledky a nebezpečí mentální anorexie

Mentální anorexie je považována za závažné onemocnění, jež může vést až k úmrtí. V důsledku dlouhodobé nedostatečné výživy a hladovění se může objevit mnoho nežádoucích účinků. Jako první často přichází celková únavnost doprovázená svalovou slabostí, snížená imunita, následuje celkově, odvápnění kostí, oslabení močového měchýře, nespavost, zácpa (Krch, 2002).

Dále, v důsledku úbytku železa, se objevuje také chudokrevnost, jež je provázená nízkým tlakem, pomalým pulzem, hypoglykemií – tyto problémy se vyskytují u více než poloviny anorektiček. Důsledkem nedostatečného přísunu živin se také oslabují játra a jejich schopnost vyrábění dostatečného množství tělesných bílkovin a až 90% anorektiček vykazuje srdeční obtíže (Krch, 2002). Claude-Pierre (2001) mezi další nežádoucí somatické projevy přidává také edémy způsobené nerovnováhou elektrolytů a možné selhání ledvin.

Snížením tuku v těle, který se u zdravé ženy pohybuje okolo 20% její celkové váhy, se u velmi mladých dívek může oddálit či pozastavit puberta, zpomalit růst a u těch starších se často vyskytují problémy s menstruací. Ta se stává nepravidelnou, což může posléze vést až k neplodnosti. Z jak zdravotního, tak také estetického hlediska je pak

viditelným problémem nadměrné padání vlasů, lámavost nehtů a kazivost zubů (Krch, 2002).

Obecně lze říci, že: „*Tělo nemocného nutně potřebuje sehnat výživu, a tak začne „požírat“ samo sebe. Nejdříve zmizí ochranný tukový obal okolo srdce a ledvin, čímž se dále zvýší riziko poškození těchto orgánů. Pak se spotřebují i bílkoviny ze svalů a vnitřních orgánů. Tělo stále více chátrá.*“ (Claude-Pierre, 2001, s. 102). Výše uvedeným způsobem otoky pak v nemocné vzbuzují falešné pocity tloušťnutí, což vede k dalším pokusům o ztrátu váhu (Claude-Pierre, 2001).

Podle některých autorů se uvádí, že pouze 30% anorektiček se zcela vyléčí, 20% si z nemoci odnese těžké postižení a zhruba 5% případů anorexie končí smrtí (Vágnerová, 2008).

4 ZPŮSOBY LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH ÚSPĚŠNOST

Při léčbě poruch příjmu potravy bývá nejčastěji užívána kombinace psychoterapie a medikace.

Krch (2005) uvádí, že léčba poruch příjmu potravy by měla respektovat jak individuální konkrétní situaci nemocné, tak základní symptomatologii této poruchy a nespočívá v pátrání po možné příčině.

4.1 Stručný popis léčby mentální anorexie

Dle Horta et al. (2000) je v prvotní fázi je nutné odlišit MA zejména od deprese, kterou však může být provázena, popřípadě od jiné psychiatrické diagnózy. Je-li MA diagnostikovaná, musí léčba zahrnovat jak biologické tak psychologické faktory a dle zdravotního stavu pacientky je rozhodnuto o nutnosti hospitalizace. Během hospitalizace bývá individuálně upraven jídelníček pacientky a je dohlíženo na jeho dodržování.

Nedílnou složkou léčby MA je psychoterapie. Nejužívanějšími metodami je v těchto případech kognitivně-behaviorální terapie, zde jsou zvláště úspěšné techniky operantního podmiňování (Baraníková, & Nesrstová, 2005) a dynamická a psychoanalytická psychoterapie. Velmi doporučovaná je také rodinná a skupinová terapie (Hort et al., 2000). Jsme toho názoru, že rodinná terapie hraje při léčbě MA, ale také při léčbě MB zásadní roli. Věříme, že na poruchy příjmu potravy lze nahlížet jako na onemocnění, na kterém nesou svůj podíl faktory nejen psychologické, ale také biologické a sociální, a tudíž je zahrnutí rodiny téměř nutností k dosažení řádné komplexnosti léčby.

Z psychofarmak jsou předepisovány ty antidepresiva, které selektivně inhibují zpětné vychytávání serotoninu, tj. SSRI (Hort et al., 2000). Podle Papežové (2010, s. 57) je mentální anorexie: „...spojená se zvýšenou senzitivitou nebo zvýšenou koncentrací serotoninu, následným omezením příjmu jídla a poklesu tělesné hmotnosti.“.

Léčba mentální anorexie je zdlouhavým a komplikovaným procesem a je zde podtrhována důležitost komplexního psychologicko – psychiatrického přístupu. Po

ukončení této léčby se musí brát v úvahu možná psychiatrická komorbidita (např. afektivní porucha) a většinou trvalá touha po nízké hmotnosti (Papežová, 2010).

4.2 Stručný popis léčby mentální bulimie

Stejně jako mentální anorexie, vyžaduje i diagnostikovaná mentální bulimie komplexní dlouhodobou léčbu. A to i v případě, že není nutné přistoupit k hospitalizaci. O hospitalizaci se i zde rozhoduje na základě objektivního zhodnocení celkového stavu organismu, závažnosti ztráty váhy a aktuální míry metabolického rozvratu (Hort et al., 2000).

Co se farmakoterapie týče, cílí se symptomaticky na depresivní syndrom a často bývají medikovány tricyklická antidepresiva (Hort et al., 2000) anebo také SSRI, jelikož onemocnění mentální bulimií bývá spojováno s deficitem serotoninergní aktivity v centrálním nervovém systému. Od tohoto se pak také odvíjí následný oslabený pocit sytosti provázený záchvatovitým přejídáním (Papežová, 2010).

Z psychoterapeutického hlediska bývají aplikovány stejné druhy terapií jako v případě MA. Obecně je velmi propagován kognitivně-behaviorální přístup, nejnovější výzkum však prokazuje, že tyto zaběhlé postupy mají při léčbě PPP své mezery, jelikož až polovina pacientů absolvující tuto terapii nedosáhnou remise (Lampard, & Sharbanee, 2015).

Osobně, po zvážení dostupných informací a zohlednění případů popsaných v empirické části této práce, jsme toho názoru, že vhodnější při léčbě MB je dynamická psychoterapie, kterou se u nás v ČR při léčbě PPP zabývá například docentka Jana Kocourková.

5 TĚHOTENSTVÍ A ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ JEHO PRŮBĚH

5.1 Fyziologický popis těhotenství

Menstruační cyklus probíhá u zdravé ženy v rozmezí 24 – 36 dní, s 3 až 8 denním menstruačním krvácením. Nejčastější je však cyklus 28 denní. V tomto případě pak očekáváme ovulační den – to jest den, kdy je žena plodná a snadno otěhotní – ve 14. den tohoto cyklu (Hourová et al., 2007). Pro upřesnění, během ovulace dochází k dozrání folikul vaječníku. Poté co folikul dozraje a praskne, se uvolní vajíčko a to pak s proudem folikulárního likvoru putuje do ústí vejcovodu (Čihák, 2002).

Je-li pak toto vajíčko v širší části vejcovodů oplodněno mužskou spermií, putuje dále, díky speciální tekutině a řasinkám epithelu, vejcovody do dělohy, ve které se usadí. Tento proces trvá 80 hodin (Čihák, 2002). Oplodněné vajíčko pak dále nazýváme *zygotou*. V tomto vajíčku pak začíná proces dělení, během 24 hodin vznikají první dvě buňky a jejich množství se pak rychle zvětšuje. Nutno však podotknout, že poměrně velkému množství oplodněných vajíček se v děloze vůbec nepodaří uchytit a následně zaniknou (Hourová et al., 2007). Uchytí - li se zygota v děloze, začne se vyvíjet nezbytná placenta. Placenta je kruhovitou soustavou cév a tepen, se kterou je dítě spojeno pupeční šňůrou a zajišťuje mu propojení krevního oběhu s krevním oběhem matky (Octopus Publishing Group Ltd, 2009).

Placenta má tři základní funkce. Za prvé, plodu umožňuje přísun kyslíku a živin a dále také produkuje řadu důležitých hormonů. Mezi tyto patří například lidský choriový gonadotropin, který pomáhá udržet těhotenství zvláště v prvních týdnech. Placentární laktogen zastává důležitou funkci při růstu plodu a dále placenta vytváří také druh estrogenu, estriol a progesteron. Poslední významnou funkcí je ochrana plodu před protilátkami v těle matky či proti přímému působení škodlivých látek, se kterými se matka dostala do kontaktu (Octopus Publishing Group Ltd, 2009).

Fyziologické těhotenství neboli gravidita pak trvá deset lunárních měsíců. Přesněji čtyřicet týdnů. O donošený plod se jedná v případě, že porod nastane mezi 38. a 42. týdnem těhotenství. Porod mezi 24. a 37. týdnem je předčasný a pro dítě je vždy zdraví

ohrožující. Po 42. týdnu nastává přenášení a porod bývá ve většině případů vyvolán uměle (Hourová et al., 2007).

5.2 Zdravý životní styl v průběhu těhotenství

Zdravý a hladký průběh vývoje dítěte během těhotenství ovlivňuje celá řada faktorů. V následujících podkapitolách budou zmíněny a popsány ty nejdůležitější z nich.

Tyto faktory budou popisovány, tak jak se dotýkají těhotenství fyzicky zdravých žen, protože ženy trpícími závažnými chronickými onemocněními či jiným fyzickým handicapem mají samozřejmě i během gravidity životní styl individuálně uzpůsoben adekvátně jejich zdravotnímu stavu.

5.2.1 Výživa

Obecně lze říci, že zdravá žena živící se vyváženou stravou nemusí během těhotenství užívat žádné doplňky stravy. Není-li si však touto vyvážeností jistá doporučuje se, ideálně i tři měsíce před plánovaným otěhotněním, užívat tablety kyseliny listové v kombinaci s vitamínem E. Na trhu jsou však k dostání také nejrůznější doplňky stravy určené přímo těhotným a kojícím ženám, které obsahují vyvážené množství všech důležitých vitamínů, minerálů a dalších prvků. Mezi tyto nejdůležitější prvky se v těhotenství řadí zejména vápník, hořčík, jód, železo a, již výše zmíněná, kyselina listová, která napomáhá zejména správnému dělení buněk. Dále také podporuje růst plodu a diferenciaci jeho tkání. Tím je pak logicky předcházeno vzniku některých genetických vad (Hourová et al., 2007).

Jak již bylo zmíněno výše, je pro správný vývoj dítěte velice důležité, aby se matka pravidelně a vyváženě stravovala. Publikace Octopus Publishing Group Ltd (2009) uvádí, že dle výživových poradců by měla být vhodná strava v těhotenství složena asi takto:

- cca 30% celkového denního příjmu kalorií by měly tvořit nenasycené tuky
- denně dvě až tři porce mléčných výrobků, protože schopnost ženského těla absorbovat vápník se v těhotenství výrazně zvětší
- denně dvě až tři porce bílkovin, ty jsou důležité jak pro obnovu buněk matky, tak pro správný růst nových buněk dítěte

- denně pět až osm porcí zeleniny a ovoce, jelikož jde o významné zdroje vitamínů, minerálů a vlákniny
- cca 1/3 celkového denního příjmu kalorií by měly tvořit sacharidy

Nutno však podotknout, že nadbytek některých vitamínů může být v těhotenství vyloženě nebezpečný, proto je vždy vhodné konzultovat jídelníček a vitamínové doplňky stravy s lékařem.

5.2.2. Alkohol, drogy a kouření

Široce diskutovaný je také vliv alkoholu, drog a kouření v těhotenství. Obecně lze říci, že alkoholu se ženy v západním světě snaží během těhotenství spíše vyhýbat, ale záleží hodně i na dané zemi a kulturním prostředí ženy. V některých státech se těhotná žena se sklenkou alkoholu setká s odsuzujícími reakcemi, v jiných je zase běžným zvykem dát si tu a tam deci vína či malé pivo. Ani gynekologové v ČR menší množství alkoholu, je-li tomu jen zřídka, příliš neodsuzují. Dokonce jsem se setkala s názorem, že pokud si dá žena od druhého trimestru výše občas deci vína, může ji to dokonce prospět, co se psychického uvolnění týče, aniž by to ohrozilo zdraví dítěte.

Dle Nilssona a Hambergera (2008) si však stejně mnoho těhotných žen během gravidity přirozeně osvojí nechuť k alkoholu a také ke kouření. Je za tím vědomá obava o ublížení dítěti. Kouření může vývoj plodu a průběh těhotenství ovlivnit i v případě, že matka byla silnou kuřačkou už před otěhotněním. Nese sebou rizika nedonošenosti plodu, předčasného porodu, nízké porodní váhy a podle novějších studií se prokazuje také souvislost mezi kouřením matky a dětským astmatem.

Drogy jsou také velmi citlivou a velice závažnou oblastí. Většina těhotných žen se jim zásadně vyhýbá a to i, tak zvaným, lehkým drogám. V případě závislosti je však velmi komplikované a náročné udržet matku od užívání návykových látek, na které je zvyklá. Zde pak dochází k zásadnímu ohrožení života a zdraví dítěte (Nillson, & Hamberger, 2008).

5.2.3 Vyvážená fyzická aktivita

Ač je těhotenství pro tělo ženy v plodném věku přirozeným jevem, je zároveň také fyzicky velmi zatěžkávajícím obdobím.

Dle Octopus Publishing Group Ltd (2009) pociťují mnohé ženy již v prvních týdnech zvýšenou únavu, hraničící často s permanentním pocitem vyčerpání. Je tomu tak v důsledku vnitřních hormonálních a jiných fyziologických změn, kterými tělo připravující se na těhotenství a následný porod prochází. Proto většina publikací doporučuje vyhnout se nadbytečné zátěži a dopřát si chvíli odpočinku kdykoli je to jen trochu možné. Jde však o klasickou poučku, která je u většiny žen, jež se musí přizpůsobit pracovnímu rytmu dnešní společnosti či již mají doma děti, často jen stěží aplikovatelná.

Kromě odpočinku je však samozřejmě také doporučován přiměřený pohyb a pobyt na čerstvém vzduchu, v určitém ohledu i toto přispívá ke snížení pocitu vyčerpání (Hourová et al., 2007).

5.2.4 Faktory ovlivňující psychiku ženy během těhotenství

Tělo těhotné ženy je zahlceno hormony, které mohou výrazně ovlivňovat a častěji měnit její náladu. Je typické, že žena je v tomto období emotivnější než jindy a občas trpí i iracionálními obavami (Octopus Publishing Group Ltd, 2009). Věřím, že v tomto období je důležité uvědomovat si možné příčiny svých psychických stavů a neunáhlovat se k ukvapeným činům a reakcím.

Občas se však můžou objevit i závažnější psychické stavy než jsou emoční přecitlivělost a výkyvy nálad.

Asi 30% žen trpí v průběhu svého života nějakou úzkostnou poruchou. Jedním z nejrizikovějších období bývá právě těhotenství a období po porodu. Lze říci, že určité formy úzkostných poruch jsou v perinatálním období vcelku běžným jevem (Talová et al., 2014).

Z výzkumu Talové et al. (2014) dále vyplývá, že frekvence generalizované úzkostné poruchy a obsedantně-kompulzivní poruchy je vyšší u žen po porodu, než u běžné populace. Důležitým poznatkem je také to, že stres matky v průběhu těhotenství má vliv na vývoj chování dětí a také předporodní mateřská úzkost je často spojena s poruchami chování dětí. Studie ukazují, že vyšší výskyt mateřské úzkosti v prenatalním období je spojena s větším počtem porodních komplikací a také ovlivňuje vývoj plodu. Je pravděpodobné, že vede k většímu počtu vad s vysokou srdeční frekvencí plodu. Bylo také zjištěno, že vyšší úroveň úzkosti během těhotenství může být spojena s emočními

poruchami a problémy u čtyřletých dětí a také u dospívajících. Přítomnost mateřské úzkosti, však neslouží jako prediktor nízké porodní hmotnosti, jak bývá uváděno ve starších publikacích.

Nejrůznější studie, ale také samotné pozorování případů těhotných žen z okolí, dnes potvrzují, že jedním ze základních faktorů, který ovlivňuje to, jak žena své těhotenství po psychické stránce prožívá, je přístup jejího partnera, otce dítěte. Dle studie Tyrlika et al. (2004) se například ukázalo, že i v případě neplánovaných těhotenství je postoj ženy k nečekané životní situaci velice výrazně ovlivněn právě postojem, který zaujme její partner. Jeho přístup často dokáže zcela ovlivnit emocionální zkušenost ženy z tohoto zjištění.

Nillson, & Hamberger (2008) dále poukazují na to, že jakýkoli zvýšený dlouhodobější stres, ať už je způsoben problémy v osobním životě či například z práce, může být jednou z významných příčin potratů a předčasných porodů.

5.3 Změna tělesné hmotnosti v průběhu těhotenství

Mnohé ženy, aniž by musely trpět poruchou příjmu potravy, trpí obavami z přílišného nárůstu své váhy během těhotenství a z toho, že se jim pak už nepodaří vrátit se na váhu původní.

Octopus Publishing Group Ltd (2009, s. 88) uvádí: „*V průměru ženy během prvních tří měsíců těhotenství nepřibírají. Ve 13. až 20. týdnu přibírají přibližně 3kg, dalších 5,5 až 6,6 kg ve 21. až 30. týdnu a ještě další 3 kg v 31. až 36. týdnu.*“.

V posledním měsíci gravidity přibírá na váze spíše už dítě a žena naopak často trochu váhy ztratí z důsledku úbytku plodové vody a jiných tělních tekutin, které do té doby zadržovala (Octopus Publishing Group Ltd, 2009).

Zaobírá-li se těhotná žena svou váhou, je třeba brát v potaz, že během těhotenství se k její celkové hmotnosti přičítá váha dítěte, placenty, zvětšené dělohy a prsou a v neposlední řadě také zvýšená produkce a zadržování tělních tekutin. Těmi jsou myšleny hlavně plodová voda a zvýšené množství krve. Stravuje-li se zdravě a nepřibere žádný tuk, může se do dvou až tří týdnů po porodu bez problémů vrátit na svou původní váhu (Octopus Publishing Group Ltd, 2009).

Je záhodno zvýšit mírně svůj energetický příjem, tak aby byly uspokojeny zvýšené metabolické nároky, které se k těhotenství váží (Octopus Publishing Group Ltd, 2009), ale zároveň se zcela nedoporučuje klasické rčení, že v těhotenství se „musí jíst za dva“. Nadváha ať už před otěhotněním, tak po něm, totiž vede k vyšším rizikům poruchy plodu (Nillson, & Hamberger, 2008).

5.4 Rizika doprovázející těhotenství žen s poruchou příjmu potravy

Podle Františka D. Krcha (2005) může být těhotenství dokonce jedním s faktorů spouštějícím PPP. Jsme toho názoru, že v tomto případě zde hraje elementární roli setkávání se genetických předpokladů a rodinných aspektů spolu s výše zmíněnou obavou z přirozeně přibývajících kilogramů během gravidity.

Pro ozřejmění možného ohrožení zdraví a života žen trpících PPP bychom zde rádi citovali H. Papežovou (2010, s. 85):

„Problematika mentální anorexie a bulimie nespočívá pouze v patologickém postoji k příjmu potravy a z toho plynoucích život ohrožujících důsledků, ale má i svou méně viditelnou stránku. Podobně, jako přestává fungovat hlad, jako biologický signál ohrožení organismu, přestává fungovat i bolest, jako biologický signál fyzického poškození. Tyto dva základní atributy, důležité pro přežití organismu bez závažných následků, jsou součástí pudu sebezáchovy. Pro jeho uplatnění, musí být signály vysílané vlastním tělem správně vnímány a interpretovány. Není-li tomu tak, biologická existence jedince může být vážně ohrožena.“

Snad již není třeba dále dodávat, jaké z toho mohou plynout závažné důsledky pro vývoj plodu.

Dle nedávného britského výzkumu (Micali et al., 2014) bylo dále zjištěno, že ženy s poruchou příjmu potravy vykazují vyšší pravděpodobnost nutnosti léčby neplodnosti či narození dvojčat než běžná populace. Ženy trpící mentální anorexií podle tohoto výzkumu zase častěji tíhnou k neplánovaným těhotenstvím.

5.4.1 Rizika doprovázející těhotenství žen s anamnézou mentální anorexie

U žen a dívek s diagnózou mentální anorexie v akutním stádiu často dochází k amenorei, neboli k ztrátě menstruačního krvácení (Hort et al., 2000). Takže podaří-li se jim otěhotnět, je to zpravidla známkou toho, že akutní fázi překonaly, myslíme si však, že i tak lze očekávat, že si tělo ponese určité trvalé následky, samozřejmě v závislosti na individuálním případě každé z těchto žen, a těhotenství bude pro tyto ženy fyzicky více zatěžkávající než pro ženy zdravé.

Bylo také prokázáno, že ženy s anamnézou MA se během těhotenství častěji než běžná populace setkávají s anémií, pomalým růstem plodu, předčasnými stahy a porodem, velmi nízkou poporodní váhou dětí a také s perinatálním úmrtím (Linna et al., 2014).

Novější studie (Wohl, & Gur, 2015) tyto výsledky jen podporuje. Autoři se domnívají, že v dnešní době mají odborníci na plodnost stále nepříliš velké povědomí a informací o problematice mentální anorexie. Těhotenství u anorektických pacientek v aktivním průběhu onemocnění představuje pro plod zvýšené riziko zvýšených komplikací během těhotenství a růstové retardace plodu a není tomu adekvátně předcházeno.

5.4.2 Rizika doprovázející těhotenství žen s anamnézou mentální bulimie

Jak bylo prokázáno v nedávném výzkumu Watsona a kol. (2015) jsou psychosociální faktory těmi nejvýraznějšími, které ovlivňují průběh těhotenství ženy s anamnézou MB. Je-li její psychosociální prostředí ve většině ohledů pozitivní, může dokonce dojít také k remisi. Další výzkum (Knoph et al., 2008) pak přichází se závěry, ze kterých vyplývá, že bulimická epizoda, která se vyskytne během prvního trimestru, bývá významně spojena s příznaky úzkosti, deprese, nízkého sebevědomí a životní spokojenosti. Naopak měla-li žena dostatečně silnou vůli a puzení nepodlehla, její sebeúcta se zvýšila.

Co se fyziologického hlediska týče, byla u matek s anamnézou MB ve srovnání s běžnou populací vysledována zvýšená šance předčasných kontrakcí, nutnost resuscitace novorozence a velmi nízké Apgar skóre během první minuty (Linna et al., 2014). Nutno však dodat, že tato pozorování se týkají matek, které se nacházely v akutní fázi onemocnění.

Další ne příliš příznivé prognózy přináší jeden starší, ale zajímavý, výzkum případových studií, které se týkaly těhotných žen, které aktuálně trpěly projevy mentální bulimie (Lewis et al., 1994). U většiny z nich nebylo zaznamenáno zmírnění bulimických příznaků a během šestinedělí došlo k obnovení bulimických příznaků. Autoři se tudíž domnívají, že těhotenství neposkytuje šanci k vyléčení se z MB.

6 AKTUÁLNÍ VÝZKUMY K TÉMATU

Z aktuálních zahraničních studií, ze kterých jsme vycházeli, jsme čerpali nejvíce v kapitolách 5.4.1 a 5.4.2, jež jsou věnovány rizikům, které provázejí ženy trpící PPP během období těhotenství. Například autoři norské studie Knoph Berg et al. (2008) se důkladně zabývali psychosociálními faktory, které ovlivňují ženy s anamnézou mentální bulimie v rané fázi těhotenství. Podobné téma zkoumali i autoři loňské studie Watson et al. (2015), kteří došli k závěrům svědčícím o tom, že psychosociální prostředí hraje v uzdravení žen s anamnézou mentální bulimie klíčovou roli. Jsou-li po této stránce v životě pacientky příznivé podmínky, je zde velká šance na remisi. K podobným závěrům jsme došli i v našem výzkumu, kde se nám jako klíčové jeví vztahy s nejbližšími, během těhotenství pak konkrétně zvláště s partnerem.

Konkrétní rizika, jež mohou projevy a následky PPP představovat pro dítě a fertilitu žen s PPP, přinesla například studie autorů Linna et al. (2014) či autorů Micali et al. (2014) a Wohl & Gur (2015), ze kterých čerpáme v kapitolách 5.4.1 a 5.4.2.

Co se samotné léčby týče, tak autoři Wagner et al. (2015) dospěli ve svém nedávném výzkumu k závěrům, jež vypovídají o tom, že díky asistované svépomoci mají šanci dojít k remisi pacientky, které vykazují nižší skóry depresivity, vyšší motivaci (čímž je v našem výzkumu zejména těhotenství) a nižší frekvenci přejídání se. Lze říci, že tyto výstupy korelují s poznatky vycházejícími z našeho výzkumu. Naše participantky, které se v průběhu výzkumu nacházely v remisi, vykazují potenciál splňovat tyto faktory.

Velmi zajímavá je také studie autorů Lampard & Sharbanee (2015), kteří se zabývají léčbou mentální bulimie pomocí kognitivně-behaviorální terapie, jež je v současnosti většinou první volbou při léčbě této poruchy. Upozorňují na to, že pouze zhruba polovině pacientů se podaří dosáhnout remise a na nedostatečné výzkumy v této oblasti.

7 PŘEDPOKLÁDANÝ VÝZNAM VÝZKUMU PRO PRAXI

Předpokládáme, že výsledky zkoumání našich případových studií mohou pomoci nastínit, dosud nepřiliš zmapované faktory, na které je třeba se během léčby zaměřit. Jelikož i když s PPP se léčí většinou mladé dívky a mladé bezdětné ženy, je nutno brát v potaz, že i tyto se pravděpodobně jednou rozhodnou mít dítě a nedojde-li u nich již předtím k trvalé remisi, je vhodné předem podchytit jakékoli ohrožující faktory, které by jejich těhotenství mohly provázet.

EMPIRICKÁ ČÁST

8 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této bakalářské práci se zabýváme problémy souvisejícími s poruchami příjmu potravy a tím, jak mohou ovlivňovat psychiku žen, které některou z těchto poruch trpí, zvláště během těhotenství a v období přípravy na mateřství. Z tohoto důvodu nás také zajímalo, jak a zdali poruchy příjmu potravy nějak ovlivňuje i samotné rozhodnutí se pro mateřství.

V závislosti na mapování dané oblasti a aktuálních výzkumů s ní spojených, byl upřesněn cíl výzkumu. Cílem tohoto výzkumu je tedy popsání, zmapování a porozumění pocitům, které prožívají ženy s poruchou příjmu potravy ohledně těhotenství. Zohledněny byly také faktory, které toto prožívání ovlivňují. V potaz tedy byla brána také historie jejich onemocnění a vztahů s nejbližšími. Do výzkumu byly zahrnuty také pocity žen s diagnózou PPP, které těhotenství teprve v budoucnu plánují.

S ohledem na citlivost tématu a těžkou dostupnost velkého výzkumného vzorku jsme zvolili kvalitativní přístup v rámci případových studií.

Vzhledem k tomu, že je dosud poněkud obtížné vyhledat dostatečné množství vhodných aktuálních psychologických studií zabývajících se tímto tématem, rozhodli jsme se pojmout tuto práci jako jakési explorativní vhledy, tedy příklady toho jak mohou ženy s diagnózou poruchy příjmu potravy své těhotenství prožívat.

8.1 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky, které jsme si před započítím výzkumu položili, byly tyto:

- Co pociťují ženy s anamnézou PPP ohledně těhotenství?
- Ovlivňuje PPP nějak prožívání těhotenství?
- Jakou roli hraje při zvládnání projevů PPP během těhotenství podpora partnera?

9 METODOLOGIE VÝZKUMU

9.1 Charakteristika kvalitativního výzkumu

Vzhledem k citlivosti tématu jsme se rozhodli zvolit kvalitativní přístup získávání a zpracovávání dat, jelikož je charakteristický snahou komplexně pohlížet na danou problematiku, což je zcela v souladu s naším výzkumným záměrem.

Jelikož nám jde o komplexní pojetí zkoumaného problému a zohlednění souvislosti souvisejících faktorů, rozhodli jsme se tuto práci pojmout jako souhrn případových studií, které jsou pojímány se strategií zdůrazňující komplexnost jednotlivých případů a základních faktorů, jež je ovlivňují v souvislosti s předem určenými oblastmi života účastnic výzkumu a s jejich historicko-biografického pozadí (Miovský, 2006). Případové studie jsou typické sběrem dat od jednoho nebo několika málo jedinců a snahou o to, pojmout každý jednotlivý případ v celé jeho celistvosti a jedinečnosti. Na konci je možné jednotlivé případy porovnat a dát je do širších souvislostí. Naše případové studie jsou osobní, jelikož pojednávají o určitém aspektu dané osoby. O jejich postojích, procesu vývoje ve zkoumané oblasti života a zkušenostech (Hendl, 2005).

9.2 Výzkumný soubor

Cílová populace zahrnuje ženy, které v minulosti či v přítomnosti trpěly poruchou příjmu potravy. Přesněji se jedná o mentální anorexii, mentální bulimii anebo kombinaci obou. V první řadě jsme dávali přednost těm z těchto žen, které již mají dítě, anebo jsou těhotné, nevyhýbali jsme se ovšem ani pohledu žen, které plánují mít dítě do budoucna.

Pro získání výběrového souboru jsme využili inzerátů na sociálních sítích. Později se ukázalo, že tyto inzeráty fungovaly jako *metoda sněhové koule*, protože na tři inzeráty se během tří měsíců ozvaly pouze dvě participantky, ale díky nim se nám k rozhovoru posléze podařilo získat dalších osm. Dvě však rozhovor na poslední chvíli odmítly.

Věk participantek byl omezen dolní věkovou hranicí 18-ti let, horní hranice určena nebyla. Věková hranice se nakonec pohybovala v rozmezí 19 – 41 let.

Dvě ženy z našeho výzkumného souboru dítě v budoucnu teprve plánují. Jedna se v období sběru dat snažila otěhotnět a pět, minimálně jedno, dítě již má.

Dvě ženy mají v anamnéze mentální anorexii a pět žen mentální bulimii a jedna ženy vykazovala v minulosti symptomy obou.

9.3 Metody získávání dat a sběr dat

Před započítím psaní této práce byl vytvořen ideový plán výzkumu, od něhož se pak dále odvíjely další kroky. Ústřední metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor s převážně otevřenými otázkami. Polostrukturovaný rozhovor se nám jevil jako vhodný z důvodu možného položení doplňujících otázek vyplývajících z vyprávění respondentky a ujasnění popisované situace či faktoru.

Rozhovor se dělil na dvě základní části. V úvodu rozhovoru byly ženy dotázány na základní informativní otázky. Ptali jsme se na věk, dosažené vzdělání, primární rodinu (sourozenci, vztah rodičů) a typ PPP. Poté následovala první část rozhovoru, ta měla za úkol zmapovat historii výskytu a průběhu poruchy příjmu potravy u dané respondentky z jejího pohledu, včetně zmapování její tehdejší situace a vztahů s nejbližšími. Druhá část pak již byla zaměřena na postoj k těhotenství a jeho prožívání z ohledu projevů PPP.

Základní kostra otázek byla předem připravená, dle konkrétní situace však byly doplněny vhodnými podotázkami či uzpůsobeny pro snadnější pochopení dané participantky.

Šest rozhovorů proběhlo virtuálně přes Skype, tudíž v domácím prostředí participantek, další dva pak proběhly při osobní schůzce na veřejném, ale klidném místě.

9.4 Kódování a zpracování dat

Po uskutečnění rozhovoru byla vždy provedena fixace dat doslovnou transkripcí audiozáznamu do písemné elektronické podoby, což je dle Hendla (2005, s. 208): „procesem převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby“.

Získaná data byla dále pečlivě prostudována a v rámci kódování byly označeny společné prvky odpovědí respondentek. Což znamená, že jsme pročítali jednotlivé oblasti výpovědí a přemýšleli, o čem materiál vypovídá a pak mu přiřadili vhodné označení (Hendl, 2005). Tato témata jsme si vztahovali k cíli výzkumu a k výzkumným otázkám.

Během kódování dat, jsme nejdříve roztřídili části rozhovorů na dvě hlavní kategorie. Těmito kategoriemi byla oblast období těhotenství a oblast celkového průběhu a vývoje PPP. Tyto dvě kategorie byly dále rozděleny na adekvátní podoblasti a také byly kódovány zvlášť ženy, které těhotenství již prožily a ženy, které děti do budoucna teprve plánují. Hlavní kódovaná témata vypadala tedy takto:

- Ženy, které již těhotenství prožily

Těhotenství			
emoce a pocity	vztahy s partnerem a rodinou	vztah ke svému tělu	subjektivní zhodnocení fáze PPP

Průběh a vývoj PPP		
počátek a délka obtíží	projevy	rodinné a sociální vazby

- Ženy, které těhotenství teprve plánují

Těhotenství		
emoce a pocity	subjektivní úroveň připravenosti	očekávání vztahující se k partnerovi

Průběh a vývoj PPP		
počátek a délka obtíží	projevy	rodinné a sociální vazby

Jednotlivé segmenty byly následně porovnány a významy vystupující z nasbíraných dat byly pročištěny. Faktory týkající se partnerských a rodinných vztahů a sociálních vazeb byly dále děleny do skupin pozitivního a negativního emočního vnímání. Po ukončení tohoto procesu byly jednotlivé případy sepsány tak, aby vystihly podstatné údaje a jevy vztahující se k podstatě našeho výzkumu a mohly zde být publikovány. Pro zachování anonymity a ochrany soukromí byly při tomto soupisu jednotlivým respondentkám přiděleny anonymní fiktivní křestní jména a dále také nebyly uváděny žádné skutečnosti, které by případně mohly prozradit jejich identitu.

9.5 Etika výzkumu

V průběhu výzkumu byla zachována všechna etická pravidla plynoucí z kvalitativního přístupu a to zvláště v oblastech kontaktu s participantkami. Během sběru dat byl kladen důraz na empatickou neutralitu a všechny účastnice byly také plně informovány o důvodu a smyslu výzkumu.

Participantky, jež byly dotazovány osobně, podepsaly informovaný souhlas. Od respondentek, se kterými bylo komunikováno skrze Skype byl informovaný souhlas potvrzen ústně a vše bylo zaznamenáno na diktafon.

Participantky byly také ujištěny o ochraně svého soukromí a osobních údajů.

10 SOUHRNNÉ SOUPISY PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ

10.1 Anna

Anna je žena ve věku 36 let, SŠ. Má jedenáctiletého syna s bývalým partnerem a roční dceru s nynějším manželem.

První známky mentální anorexie si zpětně uvědomuje ve svých šestnácti letech. Rodiče se v jejich patnácti letech rozvedli, otec se odstěhoval s přítelkyní na Slovensko a kontakty od té doby mají pouze minimální. Matka asi dva roky poté trpěla depresivními stavy a Anně se příliš nevěnovala. Dále ji krátce po šestnáctých narozeninách opustil první přítel po zhruba půlročním vztahu. Byla do něj, dle svých slov, velice zamilovaná. Začal pak chodit s její spolužačkou, která byla velice štíhlá a Anna se s ní začala srovnávat a začala cíleně hubnout.

V sedmnácti letech, tedy cca po roce usilovného cvičení a redukce potravy na její problém matku upozornila třídní učitelka. Následně spolu navštívily místní psychologku. Anna k ní začala pravidelně docházet, občas se sezení zúčastnila i matka.

Anna tvrdí, že k rozhodnutí chtít se léčit ji donutilo to, že byla postrašena, že se může stát, že zhubne-li ještě více, tak už nebude moci mít děti. Menstruaci nikdy neztratila.

Okolo maturity se vyskytly bulimické epizody, které časem převládly. Před psychologkou i matkou přejídání a zvracení tajila. A jelikož přibrala, psychologka ji přestala na další sezení zvat. Anna ze začátku možnost zvracení vnímala jako výhru nad svým „problémem“. Asi po roce si uvědomila, že je na přejídání a zvracení závislá a ovlivňuje to většinu aspektů jejího života.

Nynější situace:

Ve dvaadvaceti letech se seznámila s mužem, se kterým o tři roky později otěhotněla. Anna udává, že v období kdy byla ve vztahu šťastná, se jí dařilo mít bulimii pod kontrolou, až na občasné epizody. Ty udává před těhotenstvím tak 5 x za rok.

V těhotenství si nucené zvracení vyvolala jen jednou. Oba partneři se na dítě těšili, i když nebylo plánované a díky přítelovým rodičům měli i stabilní finanční zázemí.

Jako krizi popisuje období po porodu, kdy se jí nedařilo shodit nabraná kila a syn velmi málo spal, takže se cítila psychicky i fyzicky velice vyčerpaná a připisuje to své touze řešit situaci opět zvracením, které jí dávalo alespoň pocit kontroly nad svou váhou. Poté se tedy asi tři roky zase pravidelně přejídala a zvracela.

Obrat nastal v době, kdy si partner našel novou partnerku a od rodiny se odstěhoval. O Annině zvracení věděl a nazýval je jejím *bláznovstvím*. Anna tvrdí, že po rozchodu byla pro ni obava o ztrátu syna tak silným motivem, že v sobě během půl roku našla sílu se zvracením skončit.

Nyní je vdaná a s partnerem má roční dceru. A říká, že až na to, že se stále omezuje v jídle, aby nepřibrala, a snaží se jíst zdravě, v čemž podporuje celou rodinu, u sebe žádné znaky PPP již nevnímá. Ale dodává, že při obou těhotenstvích se pravidelně pečlivě zkoumala v zrcadle a narůstající kila v určitých partiích nesla s velkou nelibostí.

10.2 Barbora

Barbora nebyla příliš komunikativní. Je to dívka ve věku 19 let, ZŠ. Je svobodná, přítele ani dítě nemá, ale v budoucnu by děti chtěla. Sama je jedináček.

Říká, že nejrůznější diety zkoušela držet od dvanácti let. V tu dobu také dostala první menstruaci a zjistila, že jí začínají růst prsa a zakulacovat se boky. Od osmi do patnácti let se intenzivně věnovala závodnímu krasobruslení. Skončila, protože se jí již tolik nedařilo a rodiče chtěli, aby se více věnovala studiu.

Intenzivně hubnout začala po nástupu na střední školu, tedy v patnácti letech. Před rodiči jídlo různě schovávala, v noci intenzivně cvičila a nosila volné oblečení, protože ji obtěžovaly komentáře o její přílišné štíhlosti.

Z jejího popisu vychází matka jako velice mateřská a pečující, ale také velká perfekcionista. Dcera k ní má poněkud ambivalentní vztah. Vztah k otci je spíše neutrální. Je zvyklá, že osobní záležitosti s ní řeší spíše matka, otec je ten, který zajišťuje finanční a praktické zázemí rodiny. Nikdy se nehádá, matka ano.

Barbora dochází k psychiatrice od šestnácti let. Medikována antidepresivy je až poslední dva roky, jednou byla dobrovolně krátkodobě hospitalizována, v té době přestala menstruat, ale propuštěna na revers.

Nynější situace:

Barbora letos dokončuje střední školu, přála by si dále studovat. Nyní je ve stádiu kdy se touží uzdravit a najít si vztah. Navštěvuje svépomocnou skupinu a střídavě dochází na individuální a rodinnou terapii s matkou. Otec se neúčastní. Děti by jednou mít chtěla, ale říká, že si pořád ještě nedokáže představit, že by přibrala, ale zároveň si uvědomuje, že svým stylem stravování by dítěti ublížila.

10.3 Cecílie

Cecílie je 32letá žena, SŠ. Šest let žije s partnerem, se kterým má dvouletého syna. První bulimické epizody se u Cecílie projevily v devatenácti letech. Ten rok maturovala a řešila komplikovaný vztah s prvním partnerem. Dle jejích slov se střídavě scházeli a rozcházeli. Manželství rodičů a vztah s nimi popisuje jako normální a bezkonfliktní. Ví, že její teta z otcovy strany bulimií také v mládí trpěla.

Udává, že zhruba po roce se její touha po opakovaném přejídání a zvracení stala nekontrolovatelnou, ale před okolím ji tajila. Ani rodiče o tom dodnes neví. Udává, že velkou podporou ji bylo internetové fórum zaměřené na PPP, na kterém získala spoustu virtuálních kamarádek, a vzájemně se podporovaly.

Nedostala se na VŠ a po maturitě začala pracovat jako asistentka. Popisuje, že se často nedokázala ovládnout a tajně se přejídala a zvracela i v práci, popřípadě tuto potřebu o polední pauze běžela uspokojit domů. Což ji posléze v práci způsobilo problémy. Problémy nicméně popisuje i v jiných oblastech, hlavně v partnerských a přátelských vztazích, na které v jejím životě nebyl díky bulimii dostatek prostoru.

Nikdy nebyla léčena, ale v pětadvaceti byla hospitalizovaná poté, co po jednom ze zvracení začala opakovaně zvracet svévolně, až zvracela krev. Tato epizoda ji natolik vyděsila, že se jí ze strachu, že by opět začala zvracet krev, podařilo záchvaty přejídání radikálně omezit. Přiznává však, že z počátku hledala jiné možnosti jak se moci najíst a přitom váhu omezit. Intenzivně cvičila a používala nejrůznější projímadla.

Nynější situace:

Krátce poté však potkala svého nynějšího partnera, který je také jediným z blízkých, který o jejím problému ví a díky jeho podpoře zvládla i těhotenství. I když přiznává, že nebyl den, kdy by během těhotenství v zrcadle nekontrolovala svá stehna, a i když občas podlehla těhotenským chutím, tak se snažila celé těhotenství jíst velice zdravě a dietně a nyní v tom pokračuje, také pravidelně sportuje a těší se, až k tomu povede syna. Říká, že když má pocit, že nějaké to kilo shodila, tak si dopřeje například i čokoládu. Některým jídlům se stále vyhýbá, zvláště těm, kterými se dříve přejídala.

Další dítě zatím neplánuje. Přiznává, že jistou roli v tom možná hraje i strach o postavu.

10.4 Dominika

Dominika má 26 let, SŠ, je bezdětná, má přítele, ale dítě s ním zatím neplánuje. Pracuje v cestovní kanceláři.

Nedokáže posoudit, kdy se u ní projeví první příznaky PPP. Říká, že od malička byla štíhlá nebo spíše hubená a až v pubertě se mírně žensky zakulatila. V sedmnácti letech začala s přáteli užívat taneční drogy (extázi). Brali je však pouze na velkých tanečních párty, maximálně 2x za měsíc. Nyní je už dva roky nebere. Od doby kdy se seznámila s nynějším přítelem. Říká, že prapůvod jejich obtíží vznikl možná po prvních zkušenostech s extází, protože se jí vždycky líbilo, jak měla druhý den rozbolavělé svaly od tance a připadala si vždycky i hubenější než večer předtím a také neměla příliš chuť k jídlu. Zhruba druhý den na to jí však vždycky přepadla extrémní chuť k jídlu a tenkrát někdy poprvé začala zvracet, když nechtěla nabrat zpátky váhu, kterou na párty shodila.

Rodiče si toho asi po roce všimli a odeslali ji k psychologce, Dominika tvrdí, že tam pravidelně docházela, ale nebyla schopná dodržovat návrhy/úkoly, které ji psychologka ukládala, ale lhala jí, že se jimi řídí. Doma pak přejídání začala pečlivě tajit a snažila se vymýšlet nejrůznější důvody, proto, aby se vyhnula společnému jídlu.

O rodině se vyjadřuje tak, že má jednu mladší sestru, se kterou měla v dětství časté konflikty. Sestra je mladší o 3,5 let. Rodiče spolu mají údajně již dlouhodobě spíše formální vztah, ale žijí spolu a jiné partnery nemají.

Velký předěl nastal, když se dostala na VŠ a začala bydlet na koleji. Říká, že ji změna prostředí udělala opravdu dobře, a sice se zvracením úplně nepřestala, ale zažívala drobné osobní úspěchy. Například se šla občas najíst se spolužáky do menzy, snědla celý oběd a neměla potřebu ho jít vyzvracet. Taky si hned zkraje studia našla přítele, se kterým byla asi 3 roky, a ten ji ze začátku také pomáhal tolik na jídlo nemyslet. Když se však „dostala do klidu“, jak sama říká, přibrala pár kilo a tehdejší přítel to začal komentovat. A protože do něj byla velmi zamilovaná, tak začala znovu zvracet, aby se mu líbila jako na počátku vztahu.

Znovu upadla do starých kolejí, k tomu se přidaly depresivní nálady a problémy ve vztahu, také studium velmi odbývala. Vyhledala proto pomoc u psychiatricky a byla medikována antidepresivy. Ty nyní již půl roku nebere. A jelikož se z místa kde studovala, odstěhovala, nedochází již ani k lékaře. Studium v posledním ročníku nezvládala a má jej zatím přerušeno.

Nynější situace:

Říká, že od doby kdy má nový vztah zvrací už jen zhruba 1x týdně, je to pro ni jakási forma uklidnění se, tj. když ví, že přítel nebude doma, nakoupí si oblíbená jídla, sní je a zvrací, pak má vždy výčitky. Přítel něco tuší a velice toto chování odsuzuje, říká ji, že *není normální*. Dominika se ve zbytku týdne snaží jíst zdravě a dietně a minimálně 2x týdně běhá.

Dítě by chtěla a říká, že si uvědomuje, že by první dítě měla mít už co nejdříve, ale přítel ji naznačil, že dokud se svých problémů úplně nezbaví tak dítě nechce. A sama Dominika přiznává, že se bojí, že by dítěti v těhotenství ublížila, protože ví, že se zatím nedokáže ovládnout a okolo jídla se točí neustále většina jejich myšlenek a pokud se z nějakého důvodu nemůže aspoň 1x týdně přejíst oblíbenými jídly a vyzvracet se, tak nedokáže myslet na nic jiného. Toho, že by příliš přibrala se, ale nebojí, protože je přesvědčena, že i v těhotenství bude jíst velmi zdravě a dietně.

10.5 Eliška

Elišce je 23 let, SŠ a čeká své první dítě. Během našeho rozhovoru byla v pátém měsíci těhotenství. Žije s přítelem, v září 2016 se chtějí vzít. Těhotenství bylo neplánované, ale na dítě se oba těší.

Eliška vyrůstala sama s matkou. Otec zemřel při nehodě, když měla 3 roky a bratrovi měl 1,5. Matka měla během jejího dětství a dospívání dva vztahy, přičemž v tom druhém zůstává i nadále. Se současným přítelem je její matka tři roky, takže Eliška s ním de facto ve společné domácnosti nežila.

Eliška tvrdí, že byla od dětství spíše oplácanější, ale řešit to začala až asi v osmé třídě ZŠ, kdy se začala intenzivně srovnávat s kamarádkami. Zkoušela nejrůznější diety, tajně vyhazovala svačiny, které ji matka připravovala do školy, tvrdí, že vždycky měla tendenci ji vykrmovat. Matku jinak popisuje jako velmi pečující ženu, která však má tendence příliš se upínat na své partnery a být na nich velmi citově závislá, čemuž Eliška příliš nerozumí. Jinak vztah s matkou popisuje jako velmi blízký.

Po střední škole studovala na jazykové škole, měla celkem hodně volného času a v té době, dle svých slov, začala experimentovat se zvracením, protože ji připadalo jako skvělý nápad, že může sníst, co chce a přitom zůstat štíhlá a netrápit se dietami. Že je na zvracení závislá si uvědomila asi po roce, kdy mu často dala přednost i před setkáním s přáteli a občas chodila i za školu, aby mohla využít chvíle, kdy není nikdo doma.

Nynější situace:

Matka nyní o jejím problému už pár měsíců ví a snaží se ji psychicky podporovat. Nikdy se však pod žádným odborným vedením neléčila.

Eliška již rok a půl žije s přítelem, který je o sedmáct let starší a má již patnáctiletou dceru z předchozího vztahu, se kterou Eliška příliš nevychází.

Přítel o jejím problému ví a snaží se o mentální bulimii shánět co nejvíce informací a Elišku podporovat v uzdravení se. Nyní ji například sám určuje jídelníček. Eliška s tím souhlasí a říká, že až do konce prvního trimestru neměla na přejídání se vůbec myšlenky, protože trpěla nechutenstvím a silnými ranními nevolnostmi. Nyní je ji však už dobře, dopoledne tráví většinou sama doma a přiznává, že myšlenky na jídlo začínají být čím dál naléhavější. Velmi se však bojí, že by tím ublížila dítěti. Už teď, ale ví, že to asi celé těhotenství stejně nevydrží. Nyní, alespoň když má pocit, že se přejedla nebo neodolá nějaké sladkosti, vyrazí na velmi dlouhou procházku, aby ty kalorie *vychodila*, jak říká. Tyto důvody svých procházek však příteli nepřiznává.

10.6 Gabriela

Paní Gabriele je 41 let, VŠ. Je vdaná a má dva syny, 14 a 11 let. Pracuje jako odborná asistentka na soukromé VŠ.

Gabriela nikdy nebyla s mentální bulimií léčena, ale nyní je o problému velmi dobře informována a provedla si zpětně jakousi sebeanalýzu, často svými odpověďmi předcházela mé otázky.

S mladší sestrou vyrůstaly v rodině, kterou mírně terorizoval otec alkoholik, který míval v podnapilém stavu násilnické sklony. Matka rezignovala a mechanicky fungovala mezi prací a domácností. Gabriela si byla velmi blízká se sestrou, když si ona však našla přítele, tak se začala v rodině cítit velmi opuštěná a začala hledat uspokojení v jídle a knížkách, načež přibrala několik kilogramů a okolí jí to začalo předhazovat. Poprvé zvracet začala krátce po maturitě.

Říká, že tenkrát se vědělo spíše o anorexii, takže až asi po třech letech zjistila, že pravděpodobně trpí mentální bulimií. Upozornila ji na to spolubydlící na koleji, která si jejího chování všimla.

Gabriela popisuje dobu svého studia jako dobu, kdy se rychle střídala období, kdy na tom byla lépe a kdy hůře. Zmiňuje, že bylo i období kdy uvažovala o sebevraždě, protože měla pocit, že ji bulimie zcela ovládá a opovrhovala sama sebou, přiznává, že často dokonce kradla jídlo ze společné kuchyňky. Mnohokrát uvažovala o vyhledání psychologa či psychiatra, ale jelikož toto bylo v její rodině jakési tabu, tak k tomu nikdy nenašla odvahu. Rodičům prý nic neřekla, protože by to nepochopili. Snažila se řešit svůj problém se sestrou, ale ta tenkrát také nedokázala pochopit jeho závažnost.

Dále udává, že se jí vždy dařilo být méně ovládána jídlem ve chvílích, kdy byla čerstvě zamilovaná, anebo měla více aktivit, které ji bavily.

Za zlomový okamžik ve své nemoci považuje období, kdy po promoci odjela na rok do Londýna jako au-pair. Říká, že to pro ni byla tak významná změna prostředí a tolik nových podnětů, že když se po roce vracela tak už půl roku nezvracela. Po návratu domů měla bulimickou epizodu asi dvakrát, ale potom připadala sama sobě vždycky tak odporná, že se jí to nakonec podařilo zvládnout. Krátce poté také potkala nynějšího manžela.

Tomuto faktu také připisuje možný důvod toho, že se jí podařilo nevrátit se k dřívějšímu stavu.

Nynější situace:

Gabriela nyní žije ve spokojeném vztahu, spokojená je i v práci. Má dva syny. Udává, že během obou těhotenství trpěla velkými obavami, aby příliš neztloustla jako kdysi její matka. Proto jedla velmi dietně, nyní je také už asi osm let vegetariánkou. I zbytek rodiny se stravuje převážně vegetariánsky. Během svých těhotenství si zvracení nevyvolávala ani nikdy poté. Říká však, že jí dodnes zůstalo v mysli, že určitá jídla jsou prostě tabu a těch by se nikdy nedotkla. Patří zde hlavně bílé pečivo a máslové dorty a zákusky.

10.7 Hana

Haně je 31 let, SŠ. Je asi půl roku vdaná a snaží se otěhotnět. Momentálně je 3 měsíce nezaměstnaná. Říká, že dobrovolně, protože je pod menším stresem a to může přispět k brzkému otěhotnění.

Hana je prostřední ze tří sester, rodiče údajně žijí v harmonickém manželství. Otec si však od dcer od puberty drží větší odstup než v dětství. Se sestrami si jsou blízké.

Hana začala trpět anorexií ve 14 letech, od té doby tvrdí, že se u ní střídala anorektická a bulimická období. Mezi 15. a 17. rokem byla dvakrát hospitalizována a byla jí diagnostikována mentální anorexie s komorbidní depresí. Asi čtyři roky užívala antidepressiva. Říká, že se u ní střídaly období, kdy cíleně hladověla a období kdy na tom byla, dle svých slov, lépe a jedla, ale jídlo často zvracela, přičemž zhruba od devatenácti do šestadvaceti let již *jenom* zvracela. Zhruba do osmnácti let procházela spolu s rodiči a sestrami rodinnou terapií a do šestadvaceti pak v určitých časových úsecích docházela na podpůrné skupinové terapie. Hana říká, že doteď nedokáže vysvětlit, co přesně vedlo k jejímu postoji k jídlu a ke svému tělu, ale že se vždycky cítila, že ve chvíli kdy začne normálně jíst nebo přibere tak před celým světem jakoby prohraje.

Okrajově se od 15 let věnovala modelingu, tvrdí však, že to nebyl důvod, proč začala hubnout, ale spíš tím, že byla hubená a vysoká, tak o ni ta agentura projevila zájem.

Nynější situace:

Hana je ve vztahu se svým manželem již pět let, půl roku jsou manželé. O dítě se pokoušejí již rok. Hana během svého anorektického období 2x ztratila menstruaci a doteď má menstruaci dosti nepravidelnou, proto se obává, že s tím souvisí její nynější obtíže s otěhotněním. Gynekoložka ji však zatím uklidňuje.

Snaží se stravovat zdravě a vyváženě, ale udává, že si nemyslí, že by její tělo potřebovalo více tuků, aby snáze otěhotnělo, jak ji nabádá její matka. To co za den sní, si vždy předem pečlivě plánuje. Toho, že by v těhotenství přibrala více, než je pro vývoj dítěte nutné, se neobává, protože ví, že má silnou vůli a dokáže těhotenským chutím odolat a plánuje v těhotenství také pravidelně cvičit cviky pro těhotné a nyní také cvičí denně power-jógu, aby si tělo udržela pevné a zdravé. Manžel ji ve zdravém životním stylu podporuje, o její minulosti ví a nepochybuje, že je to již za ní. Vztah mají harmonický, ale Hana přiznává občasné hádky, které pochází z jejich občasné frustrace po neúspěšných pokusech o otěhotnění.

10.8 Iva

Ivě je 29 let, SŠ. Má roční dceru s přítelem, se kterým je 3,5 roku, celou dobu však mívají ve vztahu občasné krátké krize, ale jinak je mezi nimi údajně velice silné pouto, říká, že je to takový její osudový vztah.

Ivini rodiče se rozvedli, když byla v šesté třídě ZŠ. Rozvedli se, protože si matka našla nového partnera, se kterým je dodnes. Iva má o dva roky staršího bratra a v domácnosti s nimi pak střídavě žila také dcera matčina partnera, která je o rok mladší než Iva. Příliš si, ale nerozuměly. Připouští, že trochu žárlila na to, že si s ní matka rozumí a snaží se jí zalíbit. S otcem se pravidelně společně s bratrem vídali, ale zhruba od střední školy tyto vztahy ochladly, protože otec se odstěhoval do většího města a založil si novou rodinu. I nyní se příliš nestýkají, ale vztahy jsou korektní a otec projevuje zájem o její život a vnučku. S matkou se vídá celkem často, ale udává, že poslední dobou má vřelejší vztahy s matkou partnera, které toho údajně může více říct.

Iva trpěla bulimií od 17 let. Říká, že to začalo, když se zamilovala do kamaráda svého bratra, který byl velice žádaný. Chválil jí postavu, ale měla pocit, že se vždy otáčí za hubenějšími holkami. Vztah nakonec vydržel půl roku. Nyní tvrdí, že si uvědomuje, že takové uvažování nebylo rozumné, a že ten vztah pro ni nebyl vhodný, ale tenkrát pro ni nebylo nic důležitějšího než si jej udržet. Zkoušela hubnout dietami a pravidelně cvičit, ale neměla příliš silnou vůli. Pak v nějakém časopise četla o tom, jak si udržují váhu modelky a nápad normálně se najíst a pak to vyzvracet jí, dle jejich slov, tenkrát přišel geniální.

Zhruba po roce si uvědomila, že situaci už příliš nezvládá, některé dny zvracela i 2 – 3x denně. A ve čtvrtém ročníku střední školy musela nakonec odložit maturitu. Matka s ní od 18-ti let docházela k psychologičce, první úspěchy v léčbě vnímala Iva až po roce, kdy ji byla nasazena antidepresiva, ty brala tři roky.

Nynější situace:

Jak bylo zmíněné výše, Iva má roční dceru s přítelem, se kterým je 3,5 roku. Udává však, že se během té doby asi třikrát na krátkou dobu rozešli. On za to viní Ivinu žárlivost. Ona však věří, že vždy měla adekvátní důvody, ale přesto vztah s ním považuje za silný a osudový. Partner o její anamnéze ví, ale příliš ji nerozumí a ani o tom rád nemluví, takže je to u nich doma jakési tabu.

K těhotenství Iva udává, že se v ní bila touha po neublížení dítěti versus touha uklidnit se přejedením a následným vyzvracením. Tuto touhu zpravidla nezvládla po konfliktech s partnerem a vždy pak upadla do depresivních stavů, protože si vyčítala, že mohla ublížit dítěti. Popisuje také pocity sebeopovržení, v těhotenství silnější než měla po bulimických epizodách před ním a po něm. Dále udává neustálé přeměřování stehen a pozadí, těžké smířování se s každým centimetrem. Dcera se narodila o tři týdny předčasně a vykazuje jisté známky hyperaktivity. Iva neví, jestli to může mít souvislost se stresem, které prožívala v těhotenství. Je ráda, že se tři týdny po porodu vrátila na svou původní váhu.

Nyní tajně zvrací asi 2x týdně a uvažuje o opětovném vyhledání lékařské pomoci, protože má pocit, že by znovu potřebovala užívat antidepresiva. Pokud se nepřejídá, snaží se stravovat dietně, ale aby šlo o velké porce, např. saláty.

11 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

11.1 Analýza dat a výsledky výzkumu

Po provedení analýzy dat byly zjištěné údaje dále rozděleny do čtyř elementárních témat, jež vyplynula z výzkumného šetření a vztahovala se k výzkumným otázkám:

- postoj k těhotenství
- současný postoj k jídlu
- postoj partnera
- současná fáze PPP

Přičemž se dá říci, že současný postoj k jídlu a současná fáze PPP jsou velmi úzce provázány. Jednotlivé případy však byly v první řadě pojímány z komplexního individuálního pohledu.

Ke každému bodu u následujících segmentů, uvádíme krátký příklad odpovědi, některé z participantek.

11.1.1 Postoj k těhotenství

Celkem čtyři respondentky mají minimálně jedno dítě, jedna byla během sběru dat těhotná, jedna se snažila otěhotnět a další dvě dítě, vzhledem se stavu své poruchy, v nejbližší době neplánují, ale do budoucna by jej chtěly.

Dvě respondentky uvádějí, že si během těhotenství vyvolaly zvracení; třetí, která je nyní v 5. měsíci těhotenství udává, že si je jistá, že k tomu během těhotenství ještě dojde: *„Už teď se za to nesnáším, ale vím, že už to dlouho fakt nevydržím...a bojím se, že jak to udělám jednou, tak pak už si v tom nebudu umět vůbec poručit.“* Eliška, kap. 10.5

Čtyři respondentky uvádějí, že během těhotenství trpěly strachem z tloustnutí a změny postavy, dvě dosud bezdětné uvedly obavy ze změny postavy v průběhu těhotenství: *„No, já jsem se snad denně na sebe koukala do zrcadla, nejlíp v ostrém světle, aby bylo všechno vidět, aby mě přešla chuť se přezírat, ale spíš jsem vždycky na sebe dostala vztek za to, jak*

vypadám. A vždycky každý tři dny jsem si přeměřovala stehna a zadek a zapisovala si to, tajně, aby o tom nevěděl Martin.“ Iva, kap. 10.8

Celkem šest respondentek vyjadřuje určité obavy o možném negativním vlivu projevů jejich PPP na zdraví dítěte: „Mám docela strach, že bych se ani kvůli dítěti nedokázala ovládnout, hlavně když by přišly nějaké ty těhotenské nálady, viděla jsem to třeba u kamarádky...byla úplně labilní, když byla těhotná. A já se bojím, že když by na mě přišly tyhle nálady, tak bych se neovládla a tomu dítěti by to mohlo třeba i ublížit. Nevím, jestli bych nemohla třeba i potratit...“ Dominika, kap. 10.4

11.1.2 Současný postoj k jídlu

Ač se postoj k jídlu přímo nedotýká našeho výzkumného cíle ani výzkumných otázek, v průběhu analýzy dat se ukázalo, že v myšlení a životě participantek hraje velmi výraznou roli, bez ohledu na to, ve které fázi PPP se právě nalézají. Proto zde toto téma také řadíme.

Celkem pět participantek uvádí, že se stravují zdravým způsobem; z toho jedna je vegetariánka: „Vegetariánkou jsem už asi osm let a poslední roky se mi celkem daří zvegetariánštit i zbytek rodiny. Nejdřív to začalo zajímat kluky a pak se přidal i manžel.“ Gabriela, kap. 10.6

Dvě z participantek, které se nyní cítí již jako vyléčené, udávají, že mají stále určitá jídla, kterým se zásadně vyhýbají: „Vidíte...tohle jsem si nikdy nedávala do souvislosti, ale teď mi dochází, že mám od té doby v mysli takové zásady ohledně některých jídel... ze zásady nejím třeba bílé pečivo, rohlíky a tak a taky třeba nikdy nejím máslové dorty a zákusky. Prostě nikdy!“ Gabriela, kap. 10.6

Jedna participantka s diagnózou MA se jídlu stále vyhýbá, ale touží se vyléčit (Barbora).

Tři participantky uvádějí, že se jejich myšlenky stále velice často vztahují k jídlu: „Vždycky si plánuju, co za ten den sním, vlastně mě to baví a mám přehled. Je to pro mě dost důležité jíst zdravě, takže vždycky vím, co kdy budu přesně jíst a chci to samozřejmě dál dodržovat i v těhotenství.“ Hana, kap. 10.7

Nutno také dodat, že všechny participantky jsou velmi štíhlé.

11.1.3 Postoj partnera

Jedna z respondentek partnera nemá a ani si neumí zatím představit, co by od něj v těhotenství očekávala (*Barbora*).

Jedna z respondentek uvádí PPP jako tabu ve vztahu (ze strany partnera): „*Nemluvíme o tom. Ví, že to mám, ale děláme jako by to nebylo. Ví, že o tom nechce nic slyšet.*“ *Iva*, kap. 10.8

Čtyři respondentky uvádějí podporu partnera v souvislosti s přístupem ke zvládnutí jejich PPP: „*David je fakt jediný kdo o tom v rodině ví a postavil se k tomu fakt úžasně. Myslím, že málokterý chlap by to dokázal takhle pochopit. Dost si o tom zjistil a myslím, že možná ani neví, jak moc mi psychicky pomáhal, když jsem čekala malého. Třeba se mnou jedl, jak jen to šlo, snažil se, abych měla pořád co dělat, myslím, že mě trochu hlídal, ale nikdy mi to nedal najevo.....pak taky mi často říkal, že jsem krásná. To mi dost pomáhalo, protože jsem si pak už připadala trochu jako hrošice.*“ *Cecilie*, kap. 10.3

Tři respondentky uvádějí negativní přístup partnera v souvislosti s přístupem ke zvládnutí projevů PPP: „*Říkal tomu to - tvoje bláznovství - a já se pak cítila vždycky ještě hůř.*“ *Anna*, kap. 10.1

11.1.4 Současná fáze PPP

Čtyři respondentky si jsou samy nějakým způsobem vědomy toho, že se nalézají v akutní fázi PPP: „*Myslím, že to nejhorší je za mnou. Ale je pravda, že to prostě tak jednou týdně zatím stejně vždycky udělám. Abych s tím úplně přestala...tak tak silná zatím nejsem, ale jednou třeba. Říkám se, že už tohle je pokrok. Ale vím, že kdyby přišly nějaké problémy, tak.....řešila bych to asi zase tím a asi je pořád šance, že bych do toho spadla víc. Ale snad už ne!*“ *Dominika*, kap. 10.4

Další čtyři respondentky se vyjadřují ve smyslu toho, že se již považují za uzdravené: „*Jako, víte, já na to nerada vzpomínám, ale už.....ani když jsem ve stresu, tak mě nikdy nenapadne přejít se a vyzvracet to. Vlastně, dokážu si jídlo už užít. To dřív nešlo...*“ *Anna*, kap. 10.1

Dvě z předchozí skupiny udávají, že pravidelně cvičí: „*Každý den doma cvičím power-jógu a budu ji cvičit i až budu těhotná, přidám i nějaké cviky pro těhotné.*“ Hana, kap. 10.7

11.2 Odpovědi na výzkumné otázky

Cílem tohoto výzkumu je popsání, zmapování a porozumění pocitům, které prožívají ženy s poruchou příjmu potravy ohledně těhotenství. Zohledněny byly také faktory, které toto prožívání ovlivňují. V potaz tedy byla brána také historie jejich onemocnění a vztahů s nejbližšími. Do výzkumu byly zahrnuty také pocity žen s diagnózou PPP, které těhotenství teprve v budoucnu plánují.

V rámci tohoto cíle vyvstaly dílčí podotázky, na něž níže odpovídáme:

Co pociťují ženy s anamnézou PPP ohledně těhotenství?

S ohledem na výpovědi našeho výzkumného vzorku, lze říci, že častým jevem je obava z přílišného ztloustnutí, která přetrvává i po porodu dítěte: „*Za tři týdny po porodu malé jsem byla zpátky na původní váze, kamarádce to trvalo rok. Ale vím, že.....no je to tím, že jím dost dietně, hlídám se. Když teda zrovna nemám záchvat (přejídání se).*“ (Iva, kap. 9.8) Tyto obavy jsou povětšinou řešeny nízkokalorickou, zdravou, stravou a zapojením pohybu do každodenního režimu. Naše respondentky se zmiňovaly o cvičení, dlouhých procházkách a power-józe: „*Každý den doma cvičím power-jógu a budu ji cvičit i až budu těhotná, přidám i nějaké cviky pro těhotné.*“ (Hana, kap. 10.7)

K dalším vysloveným obavám patřily obavy o zdraví dítěte, které by mohlo být poškozeno buďto nekontrolovatelnými projevy PPP, anebo jejími následky, které jsou zanechány na zdraví dané ženy. Ženy v akutní fázi PPP příliš nedůvěřují své vůli a obávají se, že PPP zvítězí nad odhodláním ochránit nenarozené dítě. Jako pravděpodobné nejčastější okamžiky selhání se jeví stresové situace a chvíle kdy se dané ženy ocitnou delší dobu o samotě bez dostatečně rozptylujících podnětů, např.: „*A po hádce jsem to vždycky nedala, už jsem jen myslela na to, až odejde a já budu moc běžet do krámu, nakoupit si...to co si vždycky kupuju...mám už svůj vybraný jídla...a pak se tím doma nacpat. Pak jsem strávila i hodiny na záchodě a brečela. Hrozně jsem se vždycky bála, že*

jsem třeba ublížila tomu malému ve mně.“ (Iva, 9.8) anebo: „Přítel musí být někdy dlouho v práci, a když jsem sama doma, tak je to nejhorší.“ (Eliška, kap. 10.5)

Ve shrnutích jejich výpovědí to sice neuvádíme, ale každé ženy, která již měla zkušenost s těhotenstvím, jsme se ptali, jestli se informovala u svého gynekologa, zda by nuceným dávením mohla nenarozenému dítěti ublížit, a všechny odpověděly záporně. Ty, které k tomuto dodávaly vysvětlení, uváděly stud k přiznání se k těmto potřebám. Pouze jedna se svou gynekoložkou komunikuje ohledně možnosti, že následky dlouholeté MA, mohou být důvodem jejich nynějších potíží s početím. Informace o možných rizicích projevů PPP pro dítě zjišťovalo šest participantek z běžně dostupných informací na internetu, anebo v rámci vlákna v uzavřené skupině na Facebooku.

Ovlivňuje PPP nějak prožívání těhotenství?

Zde se jako odpověď nabízí, výše uvedené, vnitřní konflikty, které zmiňovaly čtyři z osmi respondentek, které se v době těhotenství nacházely v akutní fázi PPP. Tyto ženy vesměs popisovaly vnitřní boj mezi touhou přejít se a vyzvracet se a strachem z faktu, že by tím eventuálně mohly ublížit dítěti. Tento strach často vede k pocitům úzkosti a zdá se být i jedním z elementů depresivních stavů, kterými tyto ženy v některých případech trpí.

Dále se zdá, že ve většině případů těhotných žen s PPP, je jejich psychická rovnováha notně ovlivněna strachem z přílišného ztloustnutí a změny postavy, které provází pravidelná nelibá kontrola měnícího se těla, například: *„No, já jsem se snad denně na sebe koukala do zrcadla, nejlíp v ostrém světle, aby bylo všechno vidět, aby mě přešla chuť se přezírat, ale spíš jsem vždycky na sebe dostala vztek za to, jak vypadám. A vždycky každý tři dny jsem si přeměřovala stehna a zadek a zapisovala si to, tajně, aby o tom nevěděl Martin.“ (Iva, kap. 10.8)*

Obě tyto obavy hrají vcelku zásadní roli i při plánování rodičovství a jistě zásadně narušují prožívání těhotenství například, srovnáme-li je s prožíváním žen bez této anamnézy.

„Kamarádka, chodila každou chvíli do cukrárny a cpala se, čím jen chtěla, že prý teď může jíst za dva. Strašně jsem ji záviděla ten klid a vyrovnanost. Že nějaké kilo navíc vůbec neřešila...“ (Cecilie, kap. 10.3)

Jakou roli hraje při zvládání projevů PPP během těhotenství podpora partnera?

Jsme toho názoru, že role partnera hraje, nejen během těhotenství žen s anamnézou PPP, primární roli. Nutno však dodat, že je-li porucha v akutní fázi, tak i milující a pečující partner toho bohužel příliš nezmůže. Vždy však jeho podpurný postoj může projevy, alespoň zmírnit. Což má bezpochyby pozitivní význam jak pro zdraví dítěte, tak pro zdraví ženy. Zdá se, že stavem, blízkým k ideálnímu, je případ, kdy je partner o PPP plně informován a má zjevný zájem své partnerce pomoci projevy PPP překonat. Jako velice žádoucí vlastnosti se zde jeví trpělivost a vytrvalost. Nepochybně by bylo více než vhodné, aby byl partner vyrovnanou a emočně stabilní osobností.

V našem výzkumném souboru se objevily dva výrazně kladné případy informované podpory partnera. U páté participantky (*Eliška*) byla uváděná velká partnerova podpora, informovanost o PPP a snaha pomoci. Partner jí například také sám připravoval jídelníček a probíral s ní její pocity ohledně PPP. Participantka však nebyla nikdy odborně léčena a udává slabou vůli vůči projevům PPP. Nemít však podporujícího partnera, zjevně by těhotenství zvládala o poznání hůře.

Pozitivní zkušenost s informovaným partnerem uvedla také třetí participantka (*Cecilie*). Ta se sice v období těhotenství již nenacházela v akutní fázi PPP, ale myšlenky na jídlo a strach ze zvýšení hmotnosti ji stále silně ovládaly. Je plně přesvědčena, že bez partnerovy intenzivní psychické podpory by pro ni těhotenství bylo psychicky mnohem obtížnější.

Také další participantky, které se během těhotenství již nenacházely v akutní fázi PPP, hodnotily harmonický vztah a podporu partnera jako důležitý faktor, který jim pomohl udržet si během těhotenství určitou psychickou vyrovnanost a předejít návratu k projevům PPP. Tyto požadavky na partnera během budoucího těhotenství uváděla také participantka (*Dominika*), která těhotenství teprve plánuje a momentálně se nachází v akutní fázi PPP.

Pro tvorbu obecných závěrů nemáme dostatečný výzkumný vzorek, ale přesto se dále jeví jako velice pravděpodobný fakt, že negativní postoj partnera k partnerčině onemocnění či jinak disharmonické soužití, má za následek snížení sebedůvěry dané ženy

ve svou schopnost postavit se projevům PPP. Dále například v případě MB je přejídání a následné zvracení častým prostředkem eliminace napětí způsobeného konflikty.

Zaznamenání hodným faktem je také to, že u participantek, které uváděly konflikty s partnerem či jejich negativní postoj vůči PPP (uváděly tento problém např. jako tabu a *bláznovství*), byly projevy PPP během těhotenství zaznamenány.

12 DISKUZE NAD EMPIRICKOU ČÁSTÍ

Jak již bylo předestřeno v teoretické části této diplomové bakalářské práce, poruchy příjmu potravy v dnešní společnosti představují jedno z nejrizikovějších psychických onemocnění mladých dívek a žen. Příjem potravy je životně důležitou záležitostí a dojde-li k narušení přirozeného vztahu k tomuto procesu, je nutné hledat příčinu v celém bio-psycho-sociálně-spirituálním spektru člověka, protože na vzniku těchto poruch se podílí mnoho složitých a pestrých faktorů. Obecně lze říci, že jde o jakousi poruchu celkového tělesného schématu, a že vznik a průběh PPP je značně ovlivňován také celkovým individuálním postojem dané osoby a vlivem sociálních interakcí v jejím okolí (Orel et al., 2012).

Problematika poruch příjmu potravy je většinou řešena s ohledem na velmi mladé dívky či na ženy na pokraji dospělosti. Pravděpodobně tomu tak je z důvodu typického poměrně nízkého věku výskytu těchto poruch, zvláště u MA. U mentální anorexie bývá nejčastější začátek nástupu onemocnění mezi 14. a 15. rokem a poté mezi 17. a 18. rokem. Mentální bulimie se typicky objevuje až v pozdní adolescenci či rané dospělosti (Hort et al., 2000). Dle Krcha (2005) je to mezi 14. a 30. rokem života.

Nejčastěji bývá klinicky a studiemí pochopitelně řešena akutní fáze těchto poruch a faktory k nim vedoucí. Je však třeba zohlednit, že se jedná o poruchy, které i v remisi stále vykazují určitá procenta návratnosti. Jelikož i když se s PPP léčí většinou mladé dívky a mladé bezdětné ženy, je nutno brát v potaz, že i tyto se pravděpodobně jednou rozhodnou mít dítě a nedojde-li u nich již předtím k trvalé remisi, je pak důležité předem podchytit jakékoli ohrožující faktory, které by jejich těhotenství mohly provázet. Faktory, jimž by se, na základě těchto zkoumání mohlo předcházet.

Výsledky našeho výzkumu lze shrnout v jednu hlavní tezi, ke které jsme dospěli na základě shrnutí výpovědí jednotlivých respondentek a její pravdivost v praxi nám byla potvrzena také panem doktorem Krchem (osobní sdělení, 22. 3. 2016). Touto tezí je naše přesvědčení, že ženy s anamnézou mentální anorexie či mentální bulimie, prožívají ohledně těhotenství největší vnitřní konflikt v rámci rozpolcenosti mezi protektivitou vůči nenarozenému dítěti a rizikem, které pro ně představuje zvýšení hmotnosti a zvýšený příjem živin.

Významnou roli hrají také faktory týkající se kvality vztahů s nejbližšími. V průběhu těhotenství pak zvláště s partnery. Celkově se jeví, že úroveň psychosociálního prostředí má schopnost velmi ovlivnit možnost remise. Tento poznatek se jeví jako v celku logický vzhledem k faktu, že samotné psychosociální prostředí značně ovlivňuje samotný vznik PPP.

Toto téma jsme si zvolili z již výše uvedených důvodů a také na základě zjištění, že v tomto ohledu prozatím neproběhlo příliš adekvátních výzkumů. Předpokládáme, že je tomu tak proto, že většina z těchto žen, rozhodne-li se již mít dítě, pak je to zpravidla v období kdy se nachází ve fázi PPP, kterou je schopna zvládnout sama bez léčby. Snad proto je také poněkud nesnadné tyto ženy vyhledat a přesvědčit je o spolupráci na výzkumu, protože spousta z nich se k danému problému již nechce vracet. Je to pro ně uzavřená životní kapitola, i když třeba určité příznaky nadále splňují.

Pokusili jsme se zanalyzovat také dostupné internetové fóra a vlákna v uzavřených facebookových skupinách. Komentáře týkající se těhotenství a plánovaného rodičovství tam však byly pouze velice okrajové, popř. se slučovaly s výsledky analýzy, výše shrnutých, případových studií.

V České republice patří k nejznámějším publikujícími odborníkům na problematiku příjmu potravy – zejména mentální anorexie a mentální bulimie – PhDr. František David Krch, doc. PhDr. Jana Kocourková, jejíž přednáška v rámci projektu Tera byla inspirací k volbě tohoto tématu, a pak také prof. MUDr. Jana Papežová, CSc., která se problematikou těhotných žen s poruchou příjmu potravy také zabývá. Užitečné informace k této práci byly získány také z některých zahraničních studií, které uvádíme níže v seznamu zdrojů. V evropském kontextu bylo nejvíce studií vtahujících se k našemu tématu, zjevně prováděno v zemích severní Evropy (viz. kapitola 6).

13 ZÁVĚRY

Na základě analýzy získaných dat můžeme vyvodit tyto závěry:

- Ženy s anamnézou mentální anorexie či mentální bulimie, prožívají ohledně těhotenství největší vnitřní konflikt v rámci rozpolcenosti mezi protektivitou vůči nenarozenému dítěti a rizikem, které pro ně představuje zvýšení hmotnosti způsobené zvýšeným příjmem živin.
- Role partnera hraje, nejen během těhotenství ženy s anamnézou PPP, primární roli. Podpora, informovanost a pochopení partnera může signifikantně snížit možnost patologických projevů PPP.
- Při plánování rodičovství žen s PPP hraje významnou roli obava z navýšení tělesné hmotnosti a těžce navratitelné změny tvaru postavy.
- Většina žen trpících v minulosti PPP, inklinuje ke zdravému životnímu stylu, popř. dietní stravě a k pravidelnému pohybu.
- Schopnost ovládnout puzezení k patologickým jevům PPP koreluje nejen s mírou podpory partnera, ale také s fází léčby či stavu PPP, ve které se daná žena během těhotenství zrovna nalézá.
- Samotné těhotenství vede pravděpodobně jen velmi zřídka k remisi.

Tyto závěry jsou vzhledem k velikosti výzkumného vzorku pouze obecné a jejich potvrzení by vyžadovalo větší skupinu respondentek. Lze však předpokládat, že výsledky by byly přinejmenším podobné.

13.1 Návrhy na další výzkum

S ohledem na výsledky výzkumu a závěry z něj plynoucí bychom rádi doporučili pár dalších oblastí vhodných pro bližší zkoumání. Jsou to tyto:

- Vztah k jídlu žen, které se považují za již vyléčené z poruchy příjmu potravy, s možností zahrnutí výzkumu o tom jak stravují své děti

V našem výzkumu se totiž velmi často objevují zmínky o zdravém/dietním stravovacím stylu. Zmíněny byly také určité *tabu potraviny*.

- Aspekty, které jsou potřebné pro to, aby byl partner účinnou podporou v léčbě ženě s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy

Zde lze předpokládat, že půjde o aspekty vyzrálé osobnosti.

- Faktory, jež hrály pozitivní roli při remisi

V našem výzkumu se objevují aspekty, jež napovídají, že kromě příznivých psychosociálních faktorů, hraje důležitou roli jakýsi pocit životní naplněnosti a potřeby.

- Role otců u dívek a žen s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy

Nelze přehlédnout, že při zkoumání rodinných vztahů vykazuje většina našich participantek komplikovaný vztah s otcem, nehledě na to, že toto téma se zrcadlí v nejrůznějších studiích věnovaných PPP, převážně pak v těch věnovaných mentální bulimii.

14 SOUHRN

Mentální bulimie a mentální anorexie jsou v dnešní době nejrozšířenějšími poruchami příjmu potravy. Příjem potravy je životně důležitou záležitostí a dojde-li k narušení přirozeného vztahu k tomuto procesu, je nutné hledat příčinu v celém bio-psycho-sociálně-spirituálním spektru člověka, protože na vzniku těchto poruch se podílí mnoho složitých a pestrých faktorů (Orel et al., 2012). Dle Vágnerové (2008) jsou charakteristické zvláště patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentačnímu chování.

Podle klasifikace MKN – 10 spadají poruchy příjmu potravy do skupiny F50 a jsou součástí pestré skupiny behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory a existuje více jejich podtypů (Orel et al., 2012). Tato práce je však konkrétně zaměřena na mentální anorexii a bulimii obecně.

Cílem tohoto výzkumu je popsání, zmapování a porozumění pocitům, které prožívají ženy s poruchou příjmu potravy ohledně těhotenství. Zohledněny byly také faktory, které toto prožívání ovlivňují. V potaz tedy byla brána také historie jejich onemocnění a vztahů s nejbližšími. Do výzkumu byly zahrnuty také pocity žen s diagnózou PPP, které těhotenství teprve v budoucnu plánují.

Výzkumné otázky, které jsme si před započítím výzkumu položili, byly tyto:

- Co pociťují ženy s anamnézou PPP ohledně těhotenství?
- Ovlivňuje PPP nějak prožívání těhotenství?
- Jakou roli hraje při zvládnání projevů PPP během těhotenství podpora partnera?

Vzhledem k citlivosti tématu jsme se rozhodli zvolit kvalitativní přístup získávání a zpracovávání dat, jelikož je charakteristický snahou komplexně pohlížet na danou problematiku, což je zcela v souladu s naším výzkumným záměrem. Z typů kvalitativního přístupu jsme zvolili případové studie.

Cílová populace zahrnovala ženy, které v minulosti trpěly či v přítomnosti trpí poruchou příjmu potravy. Přesněji se jedná o mentální anorexii, mentální bulimii anebo kombinaci obou. V první řadě jsme dávali přednost těm z těchto žen, které již mají dítě,

anebo jsou těhotné, nevyhýbali jsme se ovšem ani pohledu žen, které plánují mít dítě do budoucna.

Věk participantek byl omezen dolní věkovou hranicí 18-ti let, horní hranice určena nebyla. Věková hranice se nakonec pohybovala v rozmezí 19 – 41 let.

Pro získání výběrového souboru jsme využili inzerátů na sociálních sítích.

Ústřední metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor s převážně otevřenými otázkami. Polostrukturovaný rozhovor se nám jevil jako vhodný z důvodu možného položení doplňujících otázek vyplývajících z vyprávění respondentky a ujasnění popisované situace či faktoru.

Rozhovor se dělil na dvě základní části. V úvodu rozhovoru byly ženy dotázány na věk a současné dosažené vzdělání, poté následovala první část rozhovoru, ta měla za úkol zmapovat historii výskytu a průběhu poruchy příjmu potravy u dané respondentky z jejího pohledu, včetně zmapování její tehdejší situace a vztahů s nejbližšími. Druhá část pak již byla zaměřena na postoj k těhotenství a jeho prožívání z ohledu projevů PPP.

Šest rozhovorů proběhlo virtuálně přes Skype, další dva pak proběhly při osobní schůzce na veřejném, ale klidném místě.

Po provedení doslovné transkripce těchto rozhovorů byla získaná data dále pečlivě prostudována a byly označeny společné prvky odpovědí respondentek. Témata, která nám z výpovědí vykryštovala, jsme si vztahovali k cíli výzkumu a k výzkumným otázkám.

Po ukončení tohoto procesu byly jednotlivé případy sepsány tak, aby vystihly podstatné údaje a jevy vztahující se k podstatě našeho výzkumu a jsou uvedeny v této práci. Pro zachování anonymity a ochrany soukromí byly při tomto soupisu jednotlivým respondentkám přiděleny anonymní fiktivní křestní jména a dále také nebyly uváděny žádné skutečnosti, které by případně mohly prozradit jejich identitu.

Zjištěné údaje byly rozděleny čtyř hlavních témat, jež vplynula z výzkumného šetření a vztahovala se k výzkumným otázkám:

- postoj k těhotenství
- současný postoj k jídlu
- postoj partnera

- současná fáze PPP

Dospěli jsme k těmto hlavním závěrům našeho výzkumu:

- Ženy s anamnézou mentální anorexie či mentální bulimie, prožívají ohledně těhotenství největší vnitřní konflikt v rámci rozpolcenosti mezi protektivitou vůči nenarozenému dítěti a rizikem, které pro ně představuje zvýšení hmotnosti a zvýšený příjem živin.
- Role partnera hraje, nejen během těhotenství ženy s anamnézou PPP, primární roli. Podpora, informovanost a pochopení partnera může signifikantně snížit možnost patologických projevů PPP.
- Při plánování rodičovství žen s PPP hraje významnou roli obava z navýšení tělesné hmotnosti a těžce navratitelné změny tvaru postavy.
- Většina žen trpících v minulosti PPP inklinuje ke zdravému životnímu stylu, popř. dietní stravě a k pravidelnému pohybu.
- Schopnost ovládnout puzení k patologickým jevům PPP koreluje nejen s mírou podpory partnera, ale také s fází léčby či stavu PPP, ve které se daná žena během těhotenství zrovna nalézá.
- Samotné těhotenství vede pravděpodobně jen velmi zřídka k remisi.

Na základě analýzy těchto závěrů byla navržena další možná výzkumná témata vztahující se k této problematice.

ZDROJE:

- 1) Baraníková, M. M. Z., & Nesrstová, P. M. (2005). *NAŠE ZKUŠENOSTI S DIAGNOSTIKOU A LÉČBOU ATYPICKÝCH FOREM MENTÁLNÍ ANOREXIE OLANZAPINEM U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ*. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 282-284.
- 2) Baštecká, B., Mach, J. a kol. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- 3) Cassuto, D.-A., Guillou Sophie (2008). *Když chce dcera hubnout*. Praha: Portál.
- 4) Claude – Pierre, Peggy (2001). *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: PRAGMA.
- 5) Čihák, R. (2002). *Anatomie II*. Praha: Grada Publishing.
- 6) Hourová, M., Králíčková, M., Uher, P. (2007). *Vývoj miminka před narozením. Od embrya k porodu*. Praha: Grada Publishing.
- 7) Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 8) Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- 9) Knoph Berg, C., Bulik, C. M., Von Holle, A., Torgersen, L., Hamer, R., Sullivan, P., & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). *Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian mother and child cohort study*. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 42(5), 396-404. doi:10.1080/00048670801961149
- 10) Krch, F., D. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- 11) Krch, F., D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing.
- 12) Krch, F., D. (2000). *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing.
- 13) Lampard, A. M., & Sharbanee, J. M. (2015). *The Cognitive-Behavioural Theory and Treatment of Bulimia Nervosa: An Examination of Treatment Mechanisms and Future Directions*. *Australian Psychologist*, 50(1), 6-13. doi:10.1111/ap.12078

- 14) Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J. M., Suokas, J. T., & Gissler, M. (2014). Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 211(4), 392.e1-8. doi:10.1016/j.ajog.2014.03.067
- 15) Lewis, L., & le Grange, D. (1994). *The Experience and Impact of Pregnancy in Bulimia Nervosa: A Series of Case Studies. European Eating Disorders Review*, 2(2), 93-105.
- 16) Micali, N., dos-Santos-Silva, I., De Stavola, B., Steenweg-de Graaff, J., Jaddoe, V., Hofman, A., & ... Tiemeier, H. (2014). Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 121(4), 408-416. doi:10.1111/1471-0528.12503
- 17) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 18) Nillson, L., & Hamberger, L. (2008). *Těhotenství týden po týdnu. Tajemství lidského života*. Praha: Svojtka & Co., s. r. o.
- 19) Octopus Publishing Group Ltd (2009). *Těhotenství. Odpovědi na všechny vaše otázky*. Praha: Svojtka & Co., s. r. o.
- 20) Orel, M. a kol. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- 21) Papežová, H., (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing.
- 22) Raboch, J., Cesková, E., Beran, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. [Prague, Czech Republic]: Charles University in Prague, Karolinum Press.
- 23) Talová, B., Látalová, K., Praško, J., & Mainerová, B. (2014). *Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. = Anxiety and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Česká A Slovenská Psychiatrie*, 110(1), 29-37.
- 24) Tyrlík, M., Jelínková, J., & Kukla, L. (2004). [Aspects of positive feelings of pregnancy]. *Ceská Gynekologie / Česká Lékařská Společnost J. Ev. Purkyne*, 69(3), 178-181.

- 25) Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 26) Wagner, G., Penelo, E., Nobis, G., Mayrhofer, A., Wanner, C., Schau, J., & ... Karwautz, A. (2015). Predictors for Good Therapeutic Outcome and Drop-out in Technology Assisted Guided Self-Help in the Treatment of Bulimia Nervosa and Bulimia like Phenotype. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 163-169. doi:10.1002/erv.2336
- 27) Watson, H. J., Von Holle, A., Knoph, C., Hamer, R. M., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., & ... Bulik, C. M. (2015). Psychosocial factors associated with bulimia nervosa during pregnancy: An internal validation study. *International Journal Of Eating Disorders*, 48(6), 654-662. doi:10.1002/eat.22361
- 28) Wohl, M. L., & Gur, E. (2015). [Pregnancy in anorexia nervosa--an oxymoron that has become reality]. *Harefuah*, 154(7), 456.

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1 - Zadání bakalářské práce

Příloha č. 2 – Český a anglický abstrakt bakalářské diplomové práce

Příloha č. 3 - Přehled otázek polostrukturovaných rozhovorů

Příloha č. 1: Zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
ORLOVÁ Michaela	Palackého 74, Nový Jičín	F130778

TÉMA ČESKY:

Těhotenství z pohledu žen s poruchami příjmu potravy.

TÉMA ANGLICKY:

Pregnancy from the perspective of women with eating disorders.

VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s manuaelem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačními normami Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti klinické psychologie, psychologie osobnosti, psychodiagnostiky, psychoterapie, biologie a psychopatologie se zaměřením na rodinné a sociální faktory ovlivňující PPP.
3. Zpracování přehledu dosavadního výzkumu využití databáze EBSCO zpracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části BP klíčové je zaměření na vnitřní konflikty žen s poruchami příjmu potravy v průběhu těhotenství.
4. Rámcová osnova teoretické části:
 - a. Poruchy příjmu potravy definice a stručný popis;
 - b. Mentální bulimie obsáhlejší popis syndromu se zaměřením na jeho inherentní jevy a stádia;
 - c. Mentální anorexie popis syndromu;
 - d. Těhotenství a rodinné aspekty stručný popis s cíleným zaměřením na faktory, které mohou být negativně ovlivněny projevy poruch příjmu potravy a naopak;
 - e. Způsoby léčby poruch příjmu potravy a jejich úspěšnost;
 - f. Předpokládaný význam výzkumu pro praxi.
5. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím BP před realizací sběru dat.
Dosavadní pracovní předpoklad je:
 - a. Vyhodnotit informace o dosavadních znalostech a povědomí o problematice poruch příjmu potravy během těhotenství;
 - b. Vytvořit polostrukturovaný rozhovor a oslovit vhodné participantky, tzn. ženy s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy, které jsou těhotné, anebo dítě již mají a v průběhu těhotenství tímto syndromem trpěly;
 - c. Provést extraspektivní analýzu minimálně jednoho internetového fóra, ve kterém je vedena diskuze týkající se výzkumného tématu;
 - d. Na základě získaných informací vytvořit polostrukturovaný rozhovor pro terapeuta, který se ve své praxi již setkal s pacientkami, jež trpěly poruchou příjmu potravy během těhotenství;
6. Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuze s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Cakirpaloglu, P., (2012). Úvod do psychologie osobnosti. Praha: Grada Publishing.
- Krch, F., D. a kol., (2005). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing.
- Krch, F., D. a kol., (1999). Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada Publishing.

Novák, M., (2010). Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Brno: Akademické nakladatelství CERM.

Papežová, H., (2012). Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven. Praha: Psychiatrické centrum.

Peggy, C.-P., (2001). Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit. Praha: Pragma Hodkovičky.

Příloha č. 2: **Český a anglický abstrakt bakalářské diplomové práce**

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: TĚHOTENSTVÍ Z POHLEDU ŽEN S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

Autor práce: Michaela Orlová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Počet stran a znaků: 62 a 90 206

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 28

Abstrakt: Cílem této práce bylo prozkoumání prožívání těhotenství žen s poruchami příjmu potravy, se zohledněním faktorů, které toto prožívání ovlivňují. Zmapovány byly také obavy a představy žen s diagnózou PPP, které těhotenství teprve v budoucnu plánují. V potaz byla brána také historie jejich onemocnění a vztahů s nejbližšími. Zvolen byl kvalitativně metodologický přístup. Metodou zpracování dat byly případové studie, z nichž byla následnou analýzou dat vybrána a rozebrána čtyři hlavní témata vztahující se k výzkumným otázkám. Metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor. Výsledky našeho výzkumu lze shrnout v jednu hlavní tezi. Touto tezí je naše přesvědčení, že ženy s anamnézou mentální anorexie či mentální bulimie, prožívají ohledně těhotenství největší vnitřní konflikt v rámci rozpolcenosti mezi protektivitou vůči nenarozenému dítěti a rizikem, které pro ně představuje zvýšení hmotnosti a zvýšený příjem živin.

Klíčová slova: mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, těhotenství

ABSTRACT OF THESIS

Title: PREGNANCY FROM THE PERSPECTIVE OF WOMAN WITH EATING DISORDERS

Author: Michaela Orlová

Supervisor: Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Numberofpages and characters: 62 and 90 206

Numberofappendices: 3

Numberofreferences: 28

Abstract: The aim of this thesis is to research feelings of pregnant women who suffer from eating disorders. The factors which influence these feelings were taken into account. We mapped also the fears and ideas of women who suffer from eating disorders and they are planning to be pregnant. Attention was paid also to the history of the illness of particular women and their closest relationships. We used principles of qualitative methodology for our research. The method of data proceeding was case study. After data analysis we chose 4 main topics related to our research questions. The data were collected by the aid of semistructured interview. The result of our research can be summarized to one main proposition. The proposition is that women who suffer from anorexia nervosa or bulimia nervosa live in inner conflict between the protection of unborn child and risk that they will put on weight because of increased food-intake.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, pregnancy

Příloha č. 3: **Přehled základních otázek polostrukturovaných rozhovorů**

Základní informativní otázky:

- Kolik je Vám let?
- Jaké je Vaše vzdělání?
- Máte sourozence?
- Žijí rodiče stále spolu?
- Jakým typem poruchy příjmu potravy jste trpěla/trpíte?

První část:

- Kolik Vám bylo let když se projevily první příznaky PPP?
- Jakým způsobem se projevily?
- V čem vnímáte důvod vzniku těchto potíží?
- Jaké byly Vaše rodinné vztahy v době kdy se příznaky PPP projevily?
- Jak se projevy PPP dále vyvíjely?
- Podstoupila jste nějakou léčbu? Pokud ano, tak jakou?
- Jak vnímáte přínos této léčby?
- Jak se zapojila rodina/přátelé/přítel do Vaši léčby?
- Které životní období v souvislosti s PPP považujete za nejobtížnější? Proč?
- Co Vám ohledně boje s PPP podle Vás nejvíce pomáhalo?

Druhá část:

- Máte děti?
- (pokud ano) Kolik? (pokud ne) Plánujete mít děti do budoucna?

Zde se otázky dělily na část pro bezdětné ženy a na část pro ženy, které dítě/děti již mají nebo jsou těhotné.

Bezdětné ženy:

- V jaké fázi PPP se nyní podle Vás nacházíte?

- Jak se to projevuje?
- Máte partnera?

(v případě kladné odpovědi následovaly otázky na délku vztahu, zda spolu žijí, vnímání vztahu apod.)

- Ví partner o PPP? Pokud ano, jaký zaujal postoj? Pokud ne, tak proč o tom partner neví?
- Kdy byste si ráda pořídila dítě? *(všechny participantky se vyjádřily, že by jednou dítě chtěly)*
- Cítíte se na těhotenství připravená?
- Na co se ohledně těhotenství těšíte?
- Je něco čeho se ohledně těhotenství obáváte?
- Co si myslíte, že v tomto období budete očekávat/požadovat od svého partnera?
- Co od něj celkově očekáváte/potřebujete?
- Řekla byste, že vztahy nějak ovlivňují sílu projevů PPP?
- Proč ano?/ Proč ne?

Těhotné ženy a ženy s dítětem/děťmi:

- V jaké fázi PPP se nyní podle Vás nacházíte?
- Jak se to projevuje?
- Kolik dětí máte? Věk? *(v případě gravidity mě zajímal měsíc těhotenství)*
- Máte partnera?

(v případě kladné odpovědi následovaly otázky na délku vztahu, zda spolu žijí, vnímání vztahu apod.)

- Ví partner o PPP? Pokud ano, jaký zaujal postoj? Pokud ne, tak proč o tom partner neví?
- V jaké fázi PPP jste, ze svého pohledu, otěhotněla?
- Bylo Vaše těhotenství plánované?
- Jaké byly Vaše vztahy s partnerem během těhotenství?
- Jak vás podporoval?
- Co jste během těhotenství od partnera nejvíce potřebovala/očekávala?
- Jak byste popsala své těhotenství?

- Co Vás na něm nejvíce těšilo?
- Co se Vám jevílo jako obtížné?
- Kolik kg jste přibrala?
- Jak jste to vnímala?
- Plánujete další dítě? Proč ano/ne?
- Řekla byste, že vztahy nějak ovlivňují sílu projevů PPP?
- Proč ano?/ Proč ne?

V případě, že měla žena více dětí, jsme se ptali na každé těhotenství zvlášť. Popřípadě na partnera. Poslední dvě otázky byly uvedeny až na konci, protože jsme si nebyli jisti zda by participantky nemohly nějak ovlivnit.