

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

BODY IMAGE A VZTAH K JÍDLU U ŽEN PO PORODU

BODY IMAGE AND RELATIONSHIP WITH FOOD IN
POSTPARTUM WOMEN



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Diana Pechová**

Vedoucí práce: **Helena Pipová, Ph.D.**

Olomouc

2022

Zde bych chtěla poděkovat paní doktorce Pipové za všechny podnětné rady v průběhu vedení práce. Dále mé velké díky patří všem účastnicím výzkumu, bez jejichž ochoty by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině, zejména své mamince, a svým blízkým přátelům za jejich podporu.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Body image a vztah k jídlu u žen po porodu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Obsah

OBSAH	3
ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Body image	8
1.1 Vymezení pojmu body image.....	8
1.2 Body image a sebepojetí.....	8
1.3 Pozitivní body image a flexibilita body image.....	9
1.4 Negativní body image	10
1.5 Stigmatizace nadváhy a obezity.....	11
1.6 Teoretické koncepce o společenském vlivu na body image.....	12
1.7 Sociální média a body image.....	13
1.8 Ideální tělo v průběhu historie	14
1.9 Kulturní rozdíly v body image.....	15
2 Vztah k jídlu	17
2.1 Normální stravování.....	17
2.2 Narušené stravování	17
2.3 Poruchy příjmu potravy.....	18
3 Body image a vztah k jídlu po porodu	26
3.1 Gestační přírůstek hmotnosti	26
3.2 Změny po porodu.....	26
3.3 Body image první rok po porodu.....	28
3.4 PPP po porodu	31
VÝZKUMNÁ ČÁST	33
4 Výzkumný problém a cíle výzkumu	34
5 Výzkumný soubor	35
5.1 Výběr výzkumného souboru.....	35
5.2 Charakteristiky výzkumného souboru.....	36
6 Metodologie získávání dat	37
7 Metodologie zpracování dat	39
8 Etické aspekty výzkumu	41
9 Deskripce zkušeností respondentek	42
9.1 Denisa.....	42
9.2 Nikol.....	43
9.3 Veronika	44

9.4	Eliška.....	47
9.5	Daniela.....	49
9.6	Viktorie.....	50
10	Vynořující se témata	53
10.1	Niřší váha = lepší váha, internalizace hubeného ideálu.....	53
10.2	Dalří nedokonalosti aneb „není to, co bývalo“.....	55
10.3	Musím se změnit já, ne společnost	57
10.4	Mé tělo si toho zařilo hodně, dala jsem přece někomu život.....	57
10.5	Hodnocení ze strany okolí, sociální tlaky	58
10.6	Naruřené stravování	60
10.7	Jídlo si dopřávám	61
11	Odpovědi na výzkumné otázky	63
11.1	Jak prvorodičky vnímají své tělo v období po porodu?	63
11.2	Jaký mají prvorodičky vztah k jídlu v období po porodu?.....	63
11.3	V jaké míře se u prvorodiček po porodu vyskytují symptomy PPP?.....	64
11.4	Jak souvisí body image a vztah k jídlu u prvorodiček po porodu?	64
12	Diskuze.....	66
	ZÁVĚR	70
	SOUHRN	71
	LITERATURA	73
	SEZNAM TABULEK	86
	PŘÍLOHY	87

Úvod

Body image, tedy představa o vlastním těle, je důležitou komponentou lidského sebepojetí a celkové psychické pohody. Jedincovo body image je výrazně ovlivněno obecnými představami o těle, které panují ve společnosti, ve které se nachází. Ideály krásy existovaly napříč celou historií lidstva, a v průběhu dějin prošly četnými proměnami. V dnešní době mají však unikátní vliv díky všudypřítomnosti a velmi snadné dostupnosti médií, která tyto ideály propagují. Přestože jsou mnohými označovány jako nerealistické a škodlivé, a lze vůči nim pozorovat narůstající vzdor, může být velmi obtížné jim uniknout a nenechat se ovlivnit.

Tyto ideály jsou umocňovány skrze tradiční média, sociální sítě, rodinu i vrstevníky. Nehledě na to, jak je člověk odolný, téměř nikdo není vůči těmto vlivům imunní. Ať už se jedná o obsazování prakticky výhradně konvenčně atraktivních herců do filmů a seriálů, perfektně štíhlé modelky na Instagramu, které nejsou transparentní ohledně upravování fotografií a podstupování plastických operací, nebo komentáře od rodiny ohledně váhy, ideály nalezneme, kam se podíváme.

S body image se pojí vztah k jídlu, jelikož se vyskytuje jistá představa, že jíst více znamená větší velikost, a tudíž nižší atraktivitu, přestože tyto vztahy jsou mnohem více komplikované. Právě tato domněnka může být jedním z faktorů v osvojení narušených vzorců stravování či rozvoje poruchy příjmu potravy. Vzhledem k rozšířenosti a normalizaci různých diet za účelem hubnutí si někteří lidé ani nemusejí uvědomovat, že jejich stravovací chování může být potenciálně patologické.

Různí jedinci prožívají vztah ke svému tělu a vztah k jídlu odlišně a jsou odlišně náchylní k výše uvedeným vlivům. V jednotlivých obdobích života se tyto vztahy proměňují. V této práci jsem se rozhodla zaměřit na to, jak své tělo a svůj vztah k jídlu vnímají ženy po porodu, konkrétně prvorodičky. Během těhotenství a období po porodu dochází k významným tělesným, psychickým i sociálním změnám, tudíž považuji toto období za velice jedinečné, co se týče body image i vztahu k jídlu, a chtěla jsem prostřednictvím své práce poskytnout do této oblasti alespoň malý vhled.

Tato práce je zaměřena na ženy v tom smyslu, že většina osob zažívajících těhotenství a mateřství se identifikuje jako „žena“ či přinejmenším byly socializovány jako ženy. Záměrem práce však není popírání existence lidí s odlišnou genderovou identitou zažívajících mateřství či esencializace žen jakožto „lidí s dělohou“.

První část práce tvoří teoretické ukotvení těchto proměnných a náhled do poznatků současné literatury ohledně zkoumané problematiky. V druhé části popisují a analyzují rozhovory s ženami po porodu, které se mnou sdílely své zkušenosti.

Teoretická část

1 Body image

1.1 Vymezení pojmu body image

Existuje mnoho termínů a konceptů ohledně vnímání vlastního těla. Autorky Hrachovinová & Chudobová (2004) upozorňují na nesourodost v jejich užívání a domnívají se, že pojem body image nemá žádnou jednoznačnou a univerzálně platnou definici. Jeho význam se liší v závislosti na daném autorovi a vědním oboru, v němž je užíván.

Schilder (1950, citováno v Grogan, 2016) chápe body image jako obraz našeho těla, který si vytváříme v mysli, tedy způsob, jak se nám naše tělo jeví. Featherstone (2010) hovoří o body image jako o mentálním obrazu toho, jak se naše tělo jeví druhým. Grogan (2016) definuje body image jako vjemy, myšlenky a pocity týkající se vlastního těla. Českým ekvivalentem tohoto pojmu může být tělesné sebepojetí či představa o vlastním těle (Hrachovinová & Chudobová, 2004).

Body image má dvě složky, percepční a emocionální. Percepční komponenta vypovídá o tom, jak přesně jedinec vnímá velikost a tvary svého těla v porovnání s realitou. Je tedy objektivní. Emocionální složka je subjektivní a zahrnuje postoje ke svému vzhledu, velikosti a váze, tedy spokojenost či nespokojenost (Cash & Brown, 1987, citováno v Hrachovinová & Chudobová, 2004).

1.2 Body image a sebepojetí

To, jak člověk vnímá a hodnotí své tělo spadá do jeho celkového sebepojetí. V tomto hodnocení hrají roli informace ohledně vzhledu, zdraví a tělesné výkonnosti (Fialová, 2006). Sebepojetí je struktura představ a znalostí ohledně vlastního Já (Výrost et al., 2019). Dle Blatného et al. se utváří během socializace v důsledku sociální interakce s okolím a má tři aspekty. První aspekt je kognitivní, to znamená obsah a struktura sebepojetí, tedy souhrn všech znalostí o sobě. Obsah sebepojetí je individuální a závisí na zpětné vazbě z prostředí a vlastním úsudku ohledně jedincovy činnosti. Během vývoje se množství informací o sobě zvyšuje.

Druhý aspekt je emocionální, tedy vztah k sobě samému. Tento vztah se vyjadřuje pozitivním či negativním sebehodnocením a souvisejícími emocionálními prožitky (Blatný et al., 2010). Jak příliš nízké, tak příliš vysoké sebehodnocení může mít negativní následky

(Baumeister et al., 1993). Pro dobrý výkon a reakci na zpětnou vazbu je důležitá jeho stabilita.

Třetí složka sebepojetí je konativní a spočívá v tom, že sebepojetí hraje roli v regulaci chování jedince, plní tedy funkci motivační. Důležitými behaviorálními motivy v rámci sebepojetí jsou osobní standardy, tedy normy či ambice (Blatný et al., 2010).

1.3 Pozitivní body image a flexibilita body image

Avalos et al. (2005) identifikovali čtyři vlastnosti značící pozitivní body image: kladné názory na tělo; přijímání svého těla; respektování těla tím, že se jedinec stará o jeho potřeby a vykazuje zdravé chování; ochrana těla skrze odmítání nerealistických tělesných ideálů zobrazovaných v médiích. Tyto vlastnosti měří Body Appreciation Scale (BAS). Wood-Barcalow et al. (2010) definovali pozitivní body image jako lásku a respekt ke svému tělu. To znamená ocenit unikátní krásu svého těla a funkce, které vykonává; přijmout či dokonce oceňovat své tělo včetně jeho aspektů, které jsou v rozporu s nějakými ideály; připadat si krásný a cítit se pohodlně, sebevědomě a šťastně se svým tělem; spíše než se zaobírat nedostatky zdůrazňovat přednosti svého těla; být vnímavý vůči potřebám svého těla; a interpretovat přichozí informace způsobem, jež je pro tělo protektivní, tedy internalizovat pozitivní a zamítnout či přeformulovat negativní informace.

V adolescenci mnohdy lidé zažívají negativní pocity vůči svému tělu (Alharballeh & Dodeen, 2021; Chisuwa & O’Dea, 2010; Wood-Barcalow et al., 2010). Přejít k pozitivnímu body image může být umožněn skrze kognitivní posun v myšlení; interpersonální podporu; přátelení se s lidmi, kteří se nezaobírají svým tělem a svou váhou; vzhlížení k lidem, kteří jsou na své tělo hrdí; a přijetí inkluzivní definice krásy (Wood-Barcalow et al., 2010).

Pozitivní body image je protektivní faktor pro psychické i fyzické zdraví. Souvisí s méně dysfunkčním zainvestováním do vzhledu, nižší internalizací vlivu médií, více adaptivními copingovými strategiemi, větším optimismem, vyšším sebevědomím, větší vnímanou sociální oporou, nižším BMI a vyšší stabilitou nedávné hmotnosti (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Williams, 2003). Souvisí též s nižší symptomatologií poruch příjmu potravy a je prediktorem intuitivního jezení (Andrew et al., 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a), což snižuje patologické stravovací návyky (Schaefer & Magnuson, 2014). Oceňování vlastního těla (body appreciation) souvisí s chováním podporujícím zdraví jako

ochrana před sluncem, preventivní vyšetření rakoviny kůže a vyhledávání lékařské pomoci (Andrew et al., 2014).

Flexibilita body image znamená aktivní přijímání vjemů, myšlenek, přesvědčení a pocitů ohledně svého těla bez pokusu změnit jejich intenzitu, frekvenci či formu (Sandoz et al., 2013). Například v případě kritiky těla z okolí by člověk projevil body image flexibilitu tím, že by si uvědomil své negativní emoce, uznal, že většina lidí by v této situaci zažila podobnou emocionální reakci a cíleně se zaměřil na to být k sobě laskavý a starat se o sebe (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Flexibilita body image negativně koreluje s narušeným stravováním a nespokojeností s vlastním tělem (Sandoz et al., 2013).

1.4 Negativní body image

Jedním z kognitivních aspektů negativního body image je nespokojenost se svým tělem (body dissatisfaction), tedy diskrepance mezi tím, jak se jedinec vnímá a tím, jak chce vypadat a zažívání negativních pocitů ohledně svého těla. Může se s tím pojit zkreslené vnímání těla, kdy jej člověk například vidí jako větší či menší, než jaké doopravdy je (Ogden, 2004, 2010, citováno v Bakhshi, 2011). Nespokojenost s vlastním tělem může vést ke snaze své tělo změnit skrze diety, cvičení, užívání anabolických steroidů či třeba kosmetické operace (Grogan, 2016). Negativní body image je významným komponentem různých zdravotních problémů, jako deprese, obezita a narušené stravování (Cash & Pruzinsky, 2002, citováno v Levine & Piran, 2004).

S negativním body image se pojí termín narušení body image (body image disturbance), což je dle Thompsona et al. (1999) přetrvávající nespokojenost, obavy a úzkost ohledně určitého aspektu vzhledu jedince a určitý stupeň postižení v sociálních vztazích, aktivitách a pracovním fungování (citováno v Cash et al., 2004). Ke zhodnocení negativního body image se používá například Body Image Disturbance Questionnaire, který posuzuje starosti jedince ohledně toho, že jsou některé části jeho těla neatraktivní, jak moc se jedinec těmito starostmi zabývá, zda zažívá v souvislosti s danou nedokonalostí emoční nepohodu a jak tato nedokonalost ovlivňuje důležité oblasti jedincova života (Cash et al., 2004).

Mnoho žen v západní společnosti není spokojeno se svým tělem, zejména se svým břichem, boky a stehny. Různé feministické autorky jako například Susan Brownmiller, Susie Orbach nebo Sandra Bartky ve své tvorbě pojednávají o tom, jak je ženské tělo reprezentováno a jak média propagují nerealistické standarty krásy, což má sloužit k udržení žen v podřadné pozici (Grogan, 2016). Dle Brownmiller (1984) jsou ženy nabádány mezi

sebou soutěžit ohledně svého fyzického vzhledu. Orbach (1993) se domnívá, že ženy jsou učeny k tomu své tělo vnímat jako komoditu. Bartky (1990) tvrdí, že ženské tělo se stává jakýmsi úkolem, který je nutno splnit. Objektem, jež je třeba transformovat. Každý aspekt ženského těla je objektifikován, takže se ženy cítí být od svých těl odcizeny (citováno v Grogan, 2016).

1.5 Stigmatizace nadváhy a obezity

V západních společnostech ve 21. století je štíhlost a obecně spojována s mladistvostí, úspěchem a štěstím. Nadváha je asociována s leností, nedostatkem vůle a sebekontroly (Grogan, 2016), a vnímána jako znak nízké morálky (Bordo, 2003, citováno v Grogan, 2016). Lidé s nadváhou jsou jako líní, nezdraví, méně atraktivní a méně disciplinovaní vnímáni nejen štíhlými lidmi, ale i lidmi s nadváhou (Tiggemann & Rothblum, 1988, citováno v Grogan, 2016). S rozmachem sociálních médií se začal klást důraz na to být fit, jíst zdravě a mít tělo, které vypadá nejen štíhle, ale i vypracovaně a svalnatě (Grogan, 2016).

Pokud se někdo nepodřídí štíhlému ideálu, může čelit předsudkům. Cash (1990) tvrdí, že nadváha znevýhodňuje lidi již v dětství, kdy si s nimi ostatní děti nerady hrají a přisuzují jim negativní charakteristiky. V dospělosti jsou vnímáni jako méně aktivní, inteligentní, pracovití a populární (citováno v Grogan, 2016). Je pro ně obtížnější například získat si práci, dostat se na dobrou vysokou školu a pronajmout si nemovitost (Latner, 2012, citováno v Grogan, 2016). Lidé s obezitou čelí diskriminaci a stigmatizaci na pracovišti ve formě nižšího platu, větší pravděpodobnosti ztráty pracovní pozice a bytí terčem posměchu (Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009).

Stigmatizace je přítomná i ve zdravotnictví. Zdravotničtí pracovníci (lékaři, zdravotní sestry, psychologové a studenti medicíny), mnohdy zaujímají negativní postoje k pacientům s obezitou. Vnímají je jako líné, neposlušné a nedisciplinované (Puhl & Brownell, 2001). Pacienti se setkávají s tím, že většina jejich zdravotních problémů je dávana za vinu jejich váze (Thompson & Thomas, 2000).

Stigmatizace nadváhy a obezity je často obhajována starostí o zdraví dotyčného. V této konverzaci je důležité stanovit rozdíl mezi mírnou či střední nadváhou a obezitou. Ke stanovení míry nadváhy se nejvíce používá Body Mass Index (Grogan, 2016), tento indikátor má nicméně své limity. Jelikož svaly váží více než tuk, může se stát, že člověk, který je fit, bude zařazen do kategorie s nadváhou, protože má více svalové hmoty (Bee, 2006). BMI též

nebere v úvahu rozložení tuku v těle. Problematická je akumulace tuku v oblasti břicha (Ashwell, n.d., citováno v Bee, 2006). Více informativní by mohlo být měření obvodu pasu (Cole, n.d., citováno v Bee, 2006) nebo poměru pasu a výšky (Ashwell, n.d., citováno v Bee, 2006).

Dle autorů Flegal et al. (2005) obezita a podváha jsou spojeny s nadměrnou úmrtností, prostá nadváha však není. Monaghan (2005) zpochybňuje jednoznačnou spojitost mezi zdravím a váhou a argumentuje, že stigmatizace nadváhy se děje na základě morálních soudů, společenské nerovnosti a ekonomických zájmů organizací. Také upozorňuje na to, že se na špatném zdraví lidí s nadváhou podílí též diskriminace, které čelí. Společenský nátlak být štíhlý by tak mohl být založen spíše na estetických preferencích dané kultury, než na obavách o zdraví (Grogan, 2016).

1.6 Teoretické koncepce o společenském vlivu na body image

Teorie objektifikace předpokládá, že ženy a dívky jsou učeny si internalizovat pohled pozorovatele jakožto jejich vlastní pohled na sebe, jelikož žijí v kultuře, která se sexuálně objektifikuje. Tato objektifikace sebe sama může vést k neustálému monitorování svého těla, pocitům hanby a úzkosti a snížení uvědomování si vnitřních tělesných stavů. Akumulace takových stavů představuje riziko problémů s psychickým zdravím jako deprese, sexuální dysfunkce a poruchy příjmu potravy (Frederikson & Roberts, 1997).

Thompson et al. roku 1999 představili **tripartitní model body image a poruch příjmu potravy**, který předpokládá, že na body image a narušené stravování mají hlavní vliv tři sociokulturní faktory, a to média, vrstevníci a rodina. Zároveň vztah mezi těmito vlivy a body image a poruchovým stravováním zprostředkovávají dva psychologické faktory – internalizace hubeného ideálu a srovnávání vzhledu s ostatními (Lovering et al., 2018).

Teorie sociálního srovnávání představená Festingerem roku 1954 tvrdí, že jedinci docházejí k úsudkům o svých vlastních vlastnostech na základě srovnávání se s ostatními (Thompson, 2020). Výzkumy naznačují, že to, v jaké míře se jedinci porovnávají s ostatními predikuje sebevědomí ohledně vzhledu, nespokojenost s vlastním tělem, užívání patogenních způsobů kontroly váhy, diety a specificky u mužů užívání steroidů ke zvýšení svalové hmoty (Morrison et al., 2004). Vystavení médiím zobrazující hubený ideál souvisí se zranitelností žen vůči narušenému body image (Grabe et al., 2008). Porovnávání se s obrazy těla v médiích může být spojeno s internalizací hubeného ideálu a nespokojeností

s vlastním tělem, ale též tyto obrazy mohou sloužit jako inspirace, i když méně často (Engeln-Maddox, 2005).

1.7 Sociální média a body image

Na rozdíl od tradičních médií se na sociálních sítích nesetkávají uživatelé pouze s modely/modelkami a celebritami, ale i s jinými uživateli, zejména se svými vrstevníky (Fardouly & Vartanian, 2016). To může mít jedinečný vliv na formování body image. Zejména náchylnou skupinou na vliv sociálních sítí jsou mladí dospělí (18-30 let), kteří mají obzvlášť tendenci se s ostatními porovnávat a vyhledávat externí validaci. Vystavení obsahu souvisejícím s body image či idylickým obrazům těla (celebrity apod. má souvislost s negativním body image a omezování se v jídle (Rounsefell et al., 2019). Například mladé ženy, které tráví více času na Facebooku mohou pociťovat větší starost o vlastní tělo, jelikož se porovnávají s ostatními uživateli (Fardouly & Vartanian, 2015).

Jiotsa et al. (2021) našli významnou souvislost mezi frekvencí porovnávání svého fyzického vzhledu se vzhledem lidí, které jedinec sleduje na sociálních médiích a skóry na škálách Nespokojenost s vlastním tělem a Úsilí o hubenost v Eating Disorder Inventory (EDI). Velký vliv mají takzvané „fitspiration“ příspěvky, což je kombinace slov „fitness“ a „inspiration“. Ty mají lidi inspirovat a motivovat k tomu, jíst zdravě a cvičit. Nicméně v mnoha případech tyto příspěvky propagují hubený ideál a nadměrnou fitness aktivitu (Rounsefell et al., 2019).

V porovnání s jinými médii může k vystavení takovýmto obrazům docházet více na sociálních sítích vzhledem k jejich vysoce personalizované povaze. Dle teorie sociálního srovnávání mají lidé tendenci sami sebe hodnotit na základě porovnávání se s ostatními, a to tím spíše, čím jsou si jedinec s porovnávaným podobnější. A na sociálních sítích dochází k interakcím především s vrstevníky. Mladí dospělí mohou čelit tlaku prezentovat online svou idealizovanou image, což může vést k tomu, že budou své fotografie upravovat, aby tohoto ideálu dosáhli. To jen dále podporuje toto soutěživé prostředí a pomáhá udržet nerealistické ideály. Touha po sociální konformitě přispívá riziku nespokojenosti s vlastním tělem (Rounsefell et al., 2019).

V posledních letech se rozmohlo hnutí body positivity v reakci na propagaci nerealistických a nedosažitelných ideálů vzhledu (Cohen et al., 2020). Příspěvky hlásající body positivity typicky zobrazují rysy, které jinak nejsou příliš reprezentovány. Zahrnují lidi s vyšší váhou, celulitidou, striemi (Cohen et al., 2019). Advokáti pro body positivity se snaží

ukázat, že všechny tělesné typy si zaslouží respekt a chtějí propagovat pozitivnější vztah k vlastnímu tělu a k sobě. Toto hnutí se setkává však také s kritikou (Cohen et al., 2020). Například dle Oltuski (2017) vytváří toto hnutí na lidi, zejména ženy, tlak své tělo milovat, což je může přimět cítit se jen hůř, když své tělo nemilují. Častým argumentem je, že body positivity dále pomáhá udržet vzhled těla v centru pozornosti, což neřeší problém společnosti posedlé ideály vzhledu (Cohen et al., 2020).

Alternativou k body positivity je postoj body neutrality, což podporuje jedince v tom, nezabývat se tolik svým fyzickým vzhledem a tím docílit toho, že společnost nebude přikládat kráse takovou hodnotu (Rees, 2019, citováno v Cohen et al., 2020). Body neutrality hlásá myšlenku, že jsme více než naše tělo, a že naše tělo neexistuje proto, aby se ostatním líbilo (Cohen et al., 2020). Nicméně dle některých autorů je při léčbě poruch příjmu potravy žádoucí klienty vést k tomu si osvojit pozitivní body image. To jim má pomoci ocenit, respektovat a ctít svá těla, což může učinit léčbu efektivnější a trvalejší (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

1.8 Ideální tělo v průběhu historie

Zejména v západních zemích je jako ideální tvar postavy považována štíhlost. S tím se pojí společenský tlak se tomuto ideálu podřídit, který je všeobecně více kladen na ženy než na muže. Tento ideál je však relativně nový koncept. V průběhu historie se to, jaký tvar těla je považován za atraktivní, měnilo (Grogan, 2016). Mezi nejstarší reprezentace ženského těla patří paleolitické Venuše, z nichž většina má objemnější figuru s velkými prsy a břichem. Je nicméně předmětem spekulací, zda mají Venuše symbolizovat atraktivitu či plodnost (Dixon & Dixon, 2011). V 17. a 18. století byly ideální ženy v umění zobrazovány s křivkami (Grogan, 2016; Howard, 2018). Na přelomu 19. a 20. století ideál krásy pro ženy reprezentovaly takzvané Gibsonovy dívky, tedy ilustrace amerického umělce Charlese Dana Gibsona (Library of Congress, 2013). Tyto dívky měly již úzký pas, ale výrazně velké boky a poprsí (Mazur, 1986).

Ve 20. letech 20. století se do módy dostala hubenost, zde lze poukázat na módu flappers, tedy trendy dívek 20. let, a jejich rovnou štíhlou siluetu (Howard, 2018). Koncem 40. let a v 50. letech bylo opět žádoucí, aby ženy měly nějaké křivky, ikonickým obrazem atraktivity byla například herečka Marilyn Monroe. 60. a 70. léta si však žádaly návrat k hubené figuře (Howard, 2018). Současným trendem se stal nárůst počtu případů anorexie (Smink et al., 2012). V 80. letech se začal klást větší důraz na to být fit a mít více atletickou

postavu. V 90. letech se opět přešlo k hubenosti a větší prevalenci anorexie (Howard, 2018; Smink et al., 2012). Současně s podvýživou se však světem začala šířit obezita, kdy v roce 1995 byl odhad počtu obézních dospělých 200 milionů (WHO, n.d.) a v roce 2016 tento odhad činilo 650 milionů dospělých, tj 13 % světové populace (WHO, 2021). V posledních letech se všeobecná mentalita v tomto směru postupně mění, kdy je v médiích a v módě patrná větší diverzita tělesných typů. Zejména sociální média umožňují lidem vytvořit si vlastní reprezentaci a oceňovat tak různorodé tělesné tvary (Howard, 2018). Ideální ženské tělo je s časem proměnlivé a ženy jsou nabádány se mu podřizovat (Grogan, 2016).

1.9 Kulturní rozdíly v body image

Holmqvist a Frisén (2010) shledaly, že nespokojenost s vlastním tělem je výraznější v bohatších zemích s více západním životním stylem. Západním životním stylem myslí takový, jež je vysoce konzumní a individualistický (Laungani, 2006, citováno v Holmqvist & Frisén, 2010), a je typický zejména pro Spojené státy americké, Kanadu, Austrálii a země západní Evropy. Možným důvodem pro vyšší nespokojenost v bohatších zemích je to, že tito lidé mají větší přístup k médiím a jsou jim tedy častěji prezentovány různé obrazy a informace ohledně těla, tudíž čelí většímu tlaku se soustředit na svůj vzhled. Též mají více financí, které mohou využít na techniky umožňující změnu tělesného vzhledu. Zatímco lidé v chudších zemích takovými prostředky spíše nedisponují, a mají většinou důležitější věci na starost než svůj vzhled (Holmqvist & Frisén, 2010).

Jaeger et al. (2002) zkoumali, jaký je rozdíl mezi tím, jak se ženy vnímají, jaký je jejich ideál a jaký typ těla je podle nich nejatraktivnější. Shledali, že u žen z ne-západních zemí jako Ghana, Indie a Gabon jsou tyto odhady velmi podobné, zatímco u žen ze západních zemí jako Švédsko, Německo, Spojené Království, Francie, Španělsko a Itálie mezi těmito odhady panuje značná diskrepance. Rozdíl mezi realitou a ideálem též souvisel s BMI, kdy vyšší BMI znamenalo i větší rozdíl, nejvýraznějším případem byli černošští respondenti z Jihoafrické republiky.

Dále Holmqvist a Frisén poukazují na to, že lidé v bohatších a více západu přizpůsobených částech Asie jsou více nespokojeni se svým tělem než lidé v USA. Zejména v Jižní Koreji a Japonsku je ideálem nejen hubenost, ale i celkově západní vzhled (2010; Jung & Forbes, 2007). Ve východní Asii jsou časté plastické operace, zejména zúžení nosu a vytvoření dalšího záhybu na očním víčku (Youn, 2013). Matsumoto (1994) navrhuje důraz

na konformitu co se týče sociálních norem jako důvod, proč mohou být Japonci citlivější vůči hodnocení od ostatních než lidé ze západu (citováno v Mukai et al., 1998).

Třetím závěrem, ke kterému Holmqvis a Frisén (2010) došly, je to, že Američané zažívají větší nespokojenost se svým tělem než Evropané. Zde poukazují na studii, která porovnávala americké a německé studenty (Bohne et al., 2002) a studii porovávající americké a španělské studenty (Carlson & McAndrew, 2004), kde Američané vykazovali v obou případech větší nespokojenost.

2 Vztah k jídlu

V literatuře zabývající se vztahem k jídlu se lze setkat s mnohými pojmy, často významově podobnými. Stravovací postoje (eating attitudes) jsou přesvědčení, myšlenky, pocity, chování a vztah k jídlu. Mohou ovlivňovat to, jaké potraviny si lidé vybírají a jaký je jejich zdravotní stav (Alvarenga et al., 2012).

Dietní chování (dietary behaviour) je zastřešující pojem pro všechny jevy související s výběrem potravin, stravovacím chováním a výživou. Výběr potravin závisí zejména na preferencích, příjmu a na tom, jaké množství peněz je jedinec ochoten zaplatit. Dietní chování zahrnuje stravovací návyky, dobu a frekvenci stravování, velikost a počet porcí, selektivní stravování (např. vybíravost) a narušené stravování (Marijn Stok et al., 2018).

2.1 Normální stravování

Normální stravování (normal eating) znamená požívání zdravých potravin, smíšenou a vyváženou dietu s dostatkem živin a pozitivní přístup k jídlu. Pozitivním přístupem se myslí absence dělení jídla na „dobré“ a „špatné“ mající za důsledek pocity viny a úzkosti. Stravování má přinášet člověku potěšení. Neslouží pouze k údržbě jedincova zdraví, ale spadá také do přijatelného sociálního chování. Je flexibilní, mění se v závislosti na jedincově hladu, rozvrhu, pocitech a blízkosti jídla. Je též závislé na kultuře. Normální stravování kolísá, ale toto kolísání by nemělo vést k nedostatku či přebytku živin nebo ke ztrátě či přibývání na váze. Myšlenky na toužené jídlo a na plánování toho, co bude člověk jíst jsou běžnou součástí života, neměly by v něm však dominovat (Pereira & Alvarenga, 2007).

Slovo normální označuje stav, kdy něco odpovídá nějakému standartu, neodchyluje se od normy či pravidla (Merriam-Webster, n.d.). Tudiž pokud se nějaké vzory narušeného stravování začnou vyskytovat u dostatečně velkého množství lidí, může dojít k jejich normalizaci (Pereira & Alvarenga, 2007).

2.2 Narušené stravování

Narušené stravování (disordered eating) zahrnuje celou škálu problémů, může se jednat o pouhou dietu až po klinickou poruchu příjmu potravy (American Psychiatric Association, 2006). Spadají sem problematická chování a postoje, které se však vyskytují méně často či jsou méně závažné, a tudíž nesplňují kritéria pro diagnózu poruchy příjmu potravy (Pereira & Alvarenga, 2007). Narušené stravování zahrnuje obsesivní přemýšlení o

jídle a kaloriích, obracení se na jídlo pro úlevu od psychických problémů, nerealistická přesvědčení o jídle a váze (Alvarenga et al., 2010) purgativní praktiky, přejídání, omezování se v jídle aj. Přestože tyto nenormativní vzorce stravování nejsou považovány za psychickou poruchu, mohou mít dopad na jedincovo zdraví (Pereira & Alvarenga, 2007). Mnozí lidé mají zkreslená přesvědčení, neobvyklé pocity a patologické návyky ohledně stravování, aniž by si uvědomovali abnormalitu těchto postojů (Alvarenga et al., 2010).

2.3 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou psychické poruchy, které se vyznačují narušeným příjmem potravy, poruchovými postoji ke stravování, neadekvátními metodami kontroly hmotnosti (Pereira & Alvarenga, 2007) a narušeným body image (American Psychiatric Association, 2013). Skutečný počet případů PPP není známý, jelikož jedinci mohou poruchou trpět značně dlouhou dobu, než je stav klinicky detekován. Mnohé případy bývají nepovšimnuty vzhledem k citlivé a tajnůstkářské povaze těchto poruch. Přestože si PPP mohou vyvinout osoby jakéhokoliv původu, nejvíce jsou tyto stavy rozšířené v industrializovaných vyspělých zemích (American Dietetic Association, 2006).

Údaje o procentuálním poměru případů PPP se v různých zdrojích liší, nicméně Qian et al. v metaanalýze z roku 2021 (vydáno 2022) uvedli celoživotní prevalenci PPP 0,9 % a 12měsíční prevalenci 0,43 %. Co se týče rozdílu v pohlaví, uvedli celoživotní prevalenci 2,58 % u žen a 0,74 % u mužů. Též shledali v případě záchvatovitého přejídání 2,1x vyšší celoživotní prevalenci u žen než u mužů, u mentální bulimie 3,2x a u mentální anorexie 15,5x. Celkový výskyt mentální anorexie je v průběhu času celkem stabilní, přibývá však počet případů u lidí mladších 15 let. Výskyt bulimie se v průběhu času snižuje (van Eeden et al., 2021). Častá je u PPP komorbidita s depresí, úzkostnou poruchou, obsedantně-kompulzivní poruchou, abúzem, ADHD a poruchami osobnosti (Rikani et al., 2013).

2.3.1 Etiologie

Etiologie poruch příjmu potravy je multifaktoriální. Za rizikové domény jsou považovány faktory jako sociokulturní kontext (například genderové role a hubený ideál), kontext rodiny a interpersonálních vztahů, individuální zranitelnost (genetické faktory či osobnost) a traumatické zkušenosti (Striegel-Moore & Cachelin, 2001).

Dle studií zkoumající dvojčata byla nalezena spojitost genetických faktorů se symptomatologií PPP (Klump et al., 2001). Byla nalezena spojitost mezi změnami aktivity

serotoninových receptorů a symptomatologií PPP, nicméně zde není jasné, co je příčina a co následek (Rikani et al., 2013). Kaye et al. (2005) se domnívají, že narušení serotoninového systému předchází nástup PPP a přispívá k premorbidním úzkostným, obsesivním a perfekcionistickým rysům v dětství. Konkrétně se předpokládá, že změny 5-HT_{1A} receptoru ovlivňují úzkostnost, náladu, kontrolu impulzů a stravovací chování. Tělesné změny v pubertě mohou dysregulaci serotoninu zhoršit. Tyto zranitelnosti znamenají větší náchylnost vůči jiným faktorům jako stres či sociokulturní tlaky, které mohou následně zapříčinit vznik PPP. Dle Fan et al. (2023) může k patogenezi mentální anorexie přispívat narušení střevního mikrobiomu.

Vysokou souvislost s PPP má nespokojenost s vlastním tělem, nicméně tato nespokojenost může být prediktorem zhoršení průběhu PPP, spíše než prediktorem nástupu. Velkou otázkou je též role osobnosti v etiologii PPP. Běžnými osobnostními rysy mezi těmito pacienty jsou například impulzivita, vyhledávání nových zkušeností a perfekcionismus. Avšak vzhledem k tomu, že pacienti byli většinou posuzováni během nemoci, mohou být tyto rysy odrazem patologického chování a ne příčinou. Dále je problematické, že velkou část pacientů s PPP tvoří adolescenti, a osobnostní inventáře jsou konstruovány pro dospělou populaci, tudíž nemusí být vhodné je posuzovat těmito metodami (Rikani et al., 2013).

Kultura je uznávána jako významný faktor v příčinách, průběhu a důsledcích poruch příjmu potravy. Již dlouho se objevuje názor, že jsou PPP produktem západní společnosti, především protože se ve zbytku světa začaly diagnózy objevovat až později. Zdá se, že zejména v Asii a v Arabském světě se začaly PPP objevovat v souladu s rostoucí industrializací, urbanizací a globalizací, tedy v souladu s přijetím západního stylu života a ideálů. V rámci ekonomického vývoje se objevuje vzorec, kdy se lidé hromadně přesunou do měst za prací a osvojí si více sedavý způsob života. Dále se stanou dostupnější průmyslově zpracované potraviny s vysokým obsahem tuku a cukru a nižší nutriční hodnotou, rozšíří se západní fast foodové řetězce a z jadení se stane volnočasová aktivita. Důsledkem je pak nárůst hmotnosti v populaci a vyšší prevalence nemocí souvisejících se životním stylem (Pike et al., 2014; Littlewood, 2004). Právě strach z tloušťky, či odpor vůči tloušťce (fat phobia), může pohánět přijímání stále štíhlejšího ideálu krásy souběžně s nárůstem hmotnosti v populaci, což tedy patrně souvisí s rozšířením narušeného stravování (Hsu & Lee, 1993; Littlewood, 2004).

Nelze určit jednoznačně, jak sociokulturní faktory přispívají k riziku PPP. Za rizikové faktory jsou považovány tlaky ze strany rodiny či okolí ohledně vzhledu, špatné zacházení v dětství. Jednoznačně vyšší je prevalence u žen oproti prevalenci u mužů (Weissman, 2019). Přestože tlaky ze strany rodiny mohou být pro tuto patologii rizikové je nutno dodat, že se PPP může vyvinout u jedinců z různých rodinných kontextů a zdá se, že neexistuje žádný konkrétní vzorec či struktura rodin, jejichž člen trpí PPP (le Grange et al., 2010).

2.3.2 Mentální anorexie

Dle MKN-11 je mentální anorexie:

charakterizována významně nízkou tělesnou hmotností vzhledem k výšce, věku a vývojovému stupni, která není způsobena jiným onemocněním nebo nedostatkem potravy. Běžně používanou prahovou hodnotou je index tělesné hmotnosti (BMI) nižší než $18,5 \text{ kg/m}^2$ u dospělých a u dětí a dospívajících BMI vztahený k věku pod 5. percentilem. Kritérium nízké tělesné hmotnosti může být nahrazeno rychlým úbytkem hmotnosti (např. více než 20 % celkové tělesné hmotnosti v průběhu 6 měsíců), pokud jsou splněna ostatní diagnostická kritéria. Děti a dospívající, spíše než úbytek hmotnosti, nemají očekávaný váhový přírůstek podle individuální vývojové trajektorie. Nízká tělesná hmotnost je doprovázena přetrvávajícím vzorcem chování, které má zabránit znovunabytí normální hmotnosti, kam patří chování redukující energetický příjem (omezený příjem potravy), očišťující jednání (např. vyvolávání zvracení, užívání projímadel) a chování zvyšující energetický výdej (např. nadměrné cvičení), typicky spojené se strachem z váhového přírůstku. Nízká tělesná hmotnost nebo tvar těla jsou základem pro sebehodnocení nebo jsou jedincem nepřesně vnímány jako normální nebo dokonce nadměrné (WHO, 2019).

Lidé s restriktivním subtypem mentální anorexie výrazně limitují množství či druhy jídla, které konzumují. Binge-purgativní subtyp znamená nejen omezování se v jídle, ale také epizody přejídání a následné purgativní aktivity, tedy zvracení či užívání laxativ nebo diuretik (National Institute of Mental Health, n.d.).

2.3.3 Mentální bulimie

Mentální bulimii popisuje MKN-11 jako poruchu charakteristickou:

častými opakujícími se epizodami záchvatového přejídání (např. jednou týdně nebo častěji po dobu alespoň jednoho měsíce). Epizoda záchvatu přejídání je zřetelné časové

období, během něhož jedinec zažívá subjektivní ztrátu kontroly nad jídlem, jí významně více nebo jinak než obvykle, a není schopný přestat jíst nebo omezit druh nebo množství konzumovaného jídla. Záchvatovité přejídání je doprovázeno opakovaným nevhodným kompenzačním chováním, které má zabránit přírůstku na váze (např. vyvolávání zvracení užívání projímadel nebo klystýrů, usilovné cvičení). Jedinec se nadměrně zaobírá tvarem těla nebo hmotností, což silně ovlivňuje sebehodnocení. Vzorec záchvatovitého přejídání a nevhodného kompenzačního chování způsobuje významné obtíže a významné narušení osobních, rodinných, sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání nebo jiných důležitých oblastech fungování. Jedinec nespĺňuje diagnostická kritéria pro mentální anorexii (WHO, 2019).

2.3.4 Další poruchy příjmu potravy

Záchvatovité přejídání neboli binge-eating disorder (BED) představuje ztrátu kontroly nad jídlem a opakované epizody konzumace velkého množství jídla v krátkém časovém rozmezí. Na rozdíl od mentální bulimie nejsou tyto epizody následovány purgativními aktivitami, půstem či nadměrným cvičením. Jedinci s BED tedy mají mnohdy nadváhu či jsou obézní. BED zahrnuje jezení i přes pocit sytosti, jezení o samotě a pocity hanby, viny nebo úzkosti ohledně jídla (National Institute of Mental Health, n.d.).

Ortorexie je obsedantní zaměření na zdravé stravování, provázené přehnaným emocionálním rozrušením ve vztahu k výběru potravin, které jsou vnímány jako nezdrav. Může následovat úbytek hmotnosti, ale není to primární cíl. Důsledkem může být podvýživa, narušení interpersonálních vztahů a závislost pozitivního body image a sebe-hodnoty na dodržování zdravého stravování (Scarff, 2017).

Pica syndrom znamená jezení předmětů, které nejsou výživné a určené k jezení. Vyskytuje se u dětí, ale není v souladu s jejich vývojovou fází a sociokulturními normami. Porucha může být provázena zdravotními komplikacemi, například v případě geofagie (pojídání hlíny) může vést k zácpě, nízké hladině draslíku se svalovou slabostí či infekcím a parazitům. Požití předměty mohou obsahovat různé toxiny (Al Nasser et al., 2022).

Avoidant/restrictive food intake disorder (AFRID) je charakteristická omezováním množství či typu konzumovaného jídla. Nejběžněji se vyskytuje v dětství a představuje problém, jelikož tyto děti nesní dostatek kalorií pro správný růst a vývoj. Na

rozdíl od anorexie lze není přítomno narušené body image a strach z přibírání (National Institute of Mental Health, n.d.).

Ruminační syndrom je funkční gastrointestinální porucha definovaná jako regurgitace nedávno požitá potravy ze žaludku zpět do ústní dutiny bez vynaložené námahy, není zde organické onemocnění (Kusnik & Vaquar, 2022).

Bigorexie či svalová dysmorfie postihuje především mužské kulturisty. Zahrnuje posedlost být nadměrně svalnatým, což je provázeno nutkáním trávit hodiny v posilovně, utrácením peněz za různé doplňky stravy, abnormálními stravovacími návyky či abúzem (Mosley, 2009).

Drunkorexie označuje omezený příjem vysoce kalorických potravin za účelem snížení přibírání na váze a související zvýšenou konzumaci alkoholu (Malaeb et al., 2022).

2.3.5 Zdravotní komplikace

Podvýživa, ztráta váhy a opakované purgativní chování má za důsledek mnoho zdravotních komplikací postihující všechny tělesné systémy. Mentální anorexie je spojena s mnohými kožními vadami jako suchost, lanugo, ztráta vlasů a ochlupení, lámavost nehtů, akrocyanóza, a snadná tvorba modřin v důsledku sníženého počtu krevních destiček. Tyto změny mají být adaptací organismu na podvýživu a hypotermii. Lanugo ochlupení pravděpodobně slouží k úspoře tepla. Akrocyanóza znamená zúžení kožních tepének a dilataci žil, a předpokládá se, že slouží k úspoře energie (Gibson et al., 2019). Mentální anorexie je velmi často spojena se absencí menstruace, což bylo dříve i kritérium pro diagnózu anorexie dle DSM-5 (Kantor & Kantor, 2018).

V důsledku úbytku tělesného tuku se lze setkat s problémy s polykáním, neschopností úplně zavřít oční víčka, což vede k podráždění očí. Dále autofonie neboli zesílené vnímání vlastního hlasu a dýchání, pravděpodobně v důsledku úbytku tukové tkáně v okolí Eustachovy trubice. Opakované zvracení může mít za následky erozi zubů, otékání slinných žláz a jícnové komplikace následkem refluxu žaludeční kyseliny. Ke gastrointestinálním komplikacím patří nadýmání, nevolnost, zácpa, diskomfort v oblasti břicha a časná sytost. Nadužívání laxativ může poškodit střeva (Gibson et al., 2019).

Mezi další možné komplikace patří hepatitida, snížený počet červených krvinek, bílých krvinek, neutrofilů a krevních destiček, nerovnováha elektrolytů, svalová slabost, atrofie šedé i bílé mozkové hmoty, osteoporóza či endokrinní dysregulace. Hypoglykémie

je běžnou příčinnou náhlé smrti u mentální anorexie (Gibson et al., 2019). PPP také představují riziko pro plodnost a zdravotní komplikace v těhotenství a u novorozence (van Hoeken & Hoek, 2020).

Zdravotní rizika s sebou nesou i nadváha a obezita, což může být důsledek například záchvatovitého přejídání. Zvýšené BMI je rizikovým faktorem pro kardiovaskulární onemocnění, zejména srdeční choroby a mrtvice, která jsou častou příčinou smrti. Další možná rizika jsou diabetes, muskuloskeletální poruchy (hlavně osteoartritida), některé druhy rakovin (WHO, 2021), onemocnění ledvin, jater, potíže s dýcháním, snížená plodnost (Abdelaal et al., 2017). Specificky problematická je dětská obezita, která je spojena s vyšší pravděpodobností obezity, předčasné smrti a tělesného postižení v dospělosti, inzulinové rezistence, zlomenin, hypertenze a dýchacích obtíží (WHO, 2021).

2.3.6 Mortalita

Přestože konkrétní hodnoty se v různých studiích a průzkumech liší, mentální anorexie a mentální bulimie jsou doprovázeny výrazně zvýšenou úmrtností. PPP patří mezi psychické poruchy s nejvyšší mírou mortality (Gibson et al., 2019). Pro jedince s mentální anorexií, kteří byli hospitalizováni, je více než 5x vyšší riziko mortality než v obecné populaci stejného věku či stejného pohlaví (van Hoeken & Hoek, 2020). Sullivan (1995) ve své meta analýze shledal míru úmrtí u pacientek s anorexií 5,9 %. Nejčastější jsou úmrtí na základě zdravotních komplikací, druhou nejčastější příčinou smrti je sebevražda (Rikani et al., 2013).

2.3.7 Uzdravení a relaps

Kromě fyzických a behaviorálních ukazatelů jsou pro uzdravení klíčové též psychologické a kognitivní symptomy. Lidé, kteří si prošli PPP, popisují uzdravení jako cestu, pro kterou jsou potřebné faktory jako sebezpřijetí, naděje a podpora od ostatních. Pojem uzdravení v rámci PPP nemá jednoznačnou operacionalizaci a definici, což poněkud komplikuje výzkum v této oblasti. Má nicméně velmi osobní a individuální význam pro pacienty.

Některé studie definují uzdravení jako stav již nesplňující diagnostická kritéria DSM-5 pro PPP, což je však dle Bardone-Cone et al. nedostačující, jelikož tento přístup nezachycuje všudypřítomnost a zakořeněnost aspektů PPP, a může zvyšovat riziko relapsu. Často používanými kritérii pro uzdravení jsou minimální BMI 18,5 (zejména u případů mentální anorexie) či abstinence od behaviorálních symptomů PPP (konkrétní

symptomy a jejich hodnocení se však liší). Posuzují se obavy o jídlo, hmotnost a tvar a mentalita omezování se ve stravě. Co se týče metod, jako kritérium se používá například normativní skór v rámci EDI-2 nebo klinicky nevýznamný skór u EDE-Q. Liší se názory na to, jak dlouhou dobu musí pacienti tato kritéria splňovat, aby se dalo hovořit o uzdravení (Bardone-Cone et al., 2018).

Vall & Wade (2015) identifikovali jako prediktory dobrého uzdravení větší změnu symptomů brzy v léčbě, vyšší BMI v případě narušených vzorců stravování zaměřených na udržování příliš nízké váhy, méně purgativních aktivit, méně přejídání, vyšší motivaci pro uzdravení, nižší úroveň deprese, nižší obavy o váhu a tvar, méně komorbidit, lepší interpersonální fungování a méně rodinných problémů. Autoři de Vos et al. (2017) zahrnuli do kritérií též sebepřijetí, pozitivní vztahy, osobní růst, rezilienci a autonomii.

Významnými prediktory relapsu či neuzdravení jsou zejména narušené body image (Keel et al., 2005), deprese hlavně v případě anorexie (Franko et al., 2018) a v případě bulimie či nespecifikovaných PPP vysoká míra životního stresu (Grilo et al., 2012). Ve studii Keel et al. (2005) ženy s restriktivním typem mentální anorexie měly sklon si během relapsu vyvinout bulimické symptomy, a ženy s binge-purgativním typem anorexie a ženy s mentální bulimií měly též sklon k bulimickým symptomům.

2.3.8 Léčba

Prioritou při prvotní evaluaci pacientů s PPP je identifikovat akutní zdravotní stavy vyžadující hospitalizaci a stabilizaci. Odebírá se vzorek moči, zaznamenává se váha, výška, BMI, tělesná teplota a krevní tlak. Pacienti mohou zkreslovat svou váhu tím, že si na sebe vezmou nadměrné množství oblečení nebo schovají do kapes těžké předměty, tudíž se doporučuje je vážit pouze ve spodním prádle (Harrington et al., 2015).

Cílem léčby je podpořit pacienty v postupném návratu k normálnímu stravovacímu chování a zdravé hmotnosti. Pro adolescenty s anorexií se využívá rodinná léčba (family-based treatment), zaměřená na zdůraznění pozitivních aspektů výchovy, spolupráci rodiny na zotavení a následné přenesení kontroly nad stravováním zpět na adolescenta, a v závěrečné fázi ustanovení zdravého vztahu mezi adolescentem a rodiči. Další variantou je podpůrný klinický management specialistou (SSCM), což zahrnuje hodnocení a pravidelné kontroly symptomů, psychoedukaci, monitorování fyzického stavu, výživovou edukaci a poradenství. Možností je též MANTRA (Maudsley model léčby anorexie pro

dospělé), CBT-E (vylepšená kognitivně-behaviorální terapie) nebo fokální psychodynamická terapie (Zipfel et al., 2015).

Pro pacienty s bulimií je vhodná krátkodobější forma terapie, jako kognitivně-behaviorální terapie. Zatímco u anorexie je efektivita použití psychofarmak omezená, pro pacienty s mentální bulimií se ukazují antidepresiva jako přínosná. Léčba je neúčinnější, pokud zahrnuje multidisciplinární týmový přístup (Harrington et al., 2015). V léčbě BED se ukazuje jako efektivní zejména KBT a interpersonální terapie (Iacovino et al., 2012) a ve farmakoterapii například fluoxetin, sertralin, fluvoxamin či citalopram (Carter et al., 2003).

Mindfulness a mindful eating, tedy všímavé nebo vědomé jedení, mají potenciál pomoci změnit stravovací návyky, zejména v případech záchvatovitého přejídání. Všímavé jedení obnáší vědomý výběr potravin, uvědomování si rozdílu mezi fyzickým a psychologickým hladem, všímavost vůči signálům nasycení a zdravé reagování na tyto signály. Znamená to být si vědom přítomného okamžiku, kdy jedinec jí, a věnovat pozornost tomu, jaké fyzické i psychické pocity jídlo v člověku vyvolává (Warren et al., 2017). Doplňujícím termínem, který je mnohdy používán s všímavým jedením zaměnitelně, je intuitivní jedení. To v podstatě znamená odmítnutí představy, že některá jídla jsou inherentně špatná a spoléhání se na vnitřní pocity hladu a sytosti. Znamená to bezpodmínečné povolení jíst, když je člověk hladový. Když člověk jí intuitivně, zamítá koncept diet a konzumuje to, co cítí, že jeho tělo vyžaduje. Během držení diety jsou zpravidla zakázaná jídla o to více lákavá. Ale když se tato mentalita odstraní, člověk si uvědomí, že konzumace přílišného množství vysokokalorických jídel ve skutečnosti nezpůsobuje dobrý tělesný pocit. Intuitivní jzení též odstraňuje pocity viny za sněžení „špatných“ jídel, díky čemuž mizí jeden z velkých spouštěčů záchvatovitého přejídání (Tribole & Resch, 1995, citováno v Mathieu, 2009).

Důvodem pro nehledání léčby může být nedostatek vnímané potřeby a naléhavosti, vnímané stigma kolem diagnózy a léčby, popírání nemoci, nedostatek motivace k uzdravení či omezená dostupnost služeb (Eisenberg et al., 2011). Preventivní programy mají nejčastěji formu psychoedukace se zaměřením na rizikové faktory jako nespokojenost s vlastním tělem nebo patologii PPP (Zipfel et al., 2015).

3 Body image a vztah k jídlu po porodu

Těhotenství je obdobím mnohých změn, a to fyziologických, anatomických i psychických. Těhotenství má vliv na všechny orgánové systémy. Dochází například k posunu vnitřních orgánů, je častá nevolnost a zvracení, mění se regulace vody a jiných látek v těle, mění se hladiny hormonů. Na začátku těhotenství je podporována syntéza lipidů a zvyšuje se zásoba tuku, který má být později využit k produkci energie (Kazma et al., 2020).

3.1 Gestační přírůstek hmotnosti

Dle Institute of Medicine (IOM, dnes National Academy of Medicine) by ženy o normální váze s BMI 19,8 –26,0 měly během těhotenství přibrat 11,4 –15,9 kg (citováno v DeVader et al., 2007). Stejný příbytek váhy doporučuje i CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) pro ženy o normální váze s BMI 18,5-24,9. Dle studie DeVader et al. (2007) řízení se těmito doporučeními snižuje u žen s normální předgestační váhou riziko nepříznivého těhotenství a porodu. Ženy, které přibraly méně, častěji porodily dítě malé na gestační věk (SGA). Ženy, které přibraly více, měly větší šanci preeklampsie, cefhalopelvické disproporce, neúspěšné indukce porodu, distresu plodu, porodu císařským řezem a narození dítěte velkého na gestační věk (LGA).

Pro ženy s podváhou, tedy BMI nižší než 18,5 CDC (2022) doporučuje přibrat 12,7-18,1 kg, pro ženy s nadváhou 6,8-11,4 kg a pro ženy s obezitou 5-9,1 kg. Vyšší příbytek váhy v případě podváhy a nižší příbytek v případě nadváhy označuje jako potenciálně vhodný i studie Nohr et al. z roku 2008.

3.2 Změny po porodu

V postpartum období též dochází ke mnohým fyzickým i psychickým změnám. Opět se mění hladiny hormonů, což může například v případě vyšší produkce prolaktinu, a tedy i produkce mateřského mléka, znamenat opětovný nástup menstruace až za několik měsíců. V důsledku vypuzení produktů těhotenství a doprovodné ztráty krve dochází k úbytku hmotnosti 5 až 6 kg. Dále ubývá hmotnost kvůli diuréze, což může pokračovat až 6 měsíců po porodu. Viditelnou změnou bývají strie v oblasti břicha a nohou (Chauhan & Tadi, 2022).

Jak během těhotenství, tak po porodu se u žen často vyskytuje labilita nálady (Clark et al., 2009). Biologické proměnné během těhotenství a po porodu, jako hormonální změny,

mohou zvýšit citlivost vůči stresorům, a tudíž zvýšit pravděpodobnost výskytu afektivních poruch. Mezi tyto stresory patří zejména nedostatek sociální opory. Psychické změny mohou znamenat lehký poporodní splín, ale také postpartum depresi přítomnou u 10-15 % matek, nebo poporodní psychózu postihující 1-2 % matek (Seyfried & Marcus, 2003).

Bleidorn et al. (2016) zkoumali, jak se při přechodu k rodičovství mění sebevědomí. Sebevědomí bylo definováno jako subjektivní zhodnocení vlastní hodnoty jako člověka. Jak matky, tak otcové vykazovali zvýšení sebevědomí během roku před narození dítěte. V čase porodu bylo sebevědomí matek nejvyšší. Nicméně během prvního roku po porodu se sebevědomí matek rapidně snížilo. Výzkumníci tento fenomén přisuzují vlivu velkého množství stresorů v tomto období. Dle Peterson (1996) má žena po porodu pozitivní sebepojetí, když se cítí být aktivním účastníkem procesu, okolí podporuje její svobodné vyjádření pocitů, byla realisticky na porod připravena.

Dle Bassi et al. (2017) dochází u prvorodiček ke zvýšení životní spokojenosti po narození dítěte, ale po narození dalších dětí k tomuto zvýšení nedochází. Podobně prvorodičky oproti víceroodičkám mívají vyšší úroveň sebepřijetí. To celkově naznačuje pozitivní změnu ve vnímání své osobní role i v sociálním statusu při přechodu k rodičovství u prvorodiček. U víceroodiček už tento přechod proběhl, tudíž narození dalšího dítěte nevede k tak dramatické změně jejich statusu či sebe-image. Víceroodičky uváděly stabilní úroveň psychické pohody napříč časem, což může naznačovat, že navzdory zvýšeným nárokům, které s sebou nese vícečetné rodičovství, předchozí zkušenosti s mateřstvím mohou těmto ženám poskytnout potřebnou psychologickou výbavu pro vyrovnání se s výzvami péče o dalšího potomka.

Leahy-Warren & McCarthy (2011) vypracovali souhrn literatury týkající se self-efficacy v mateřství. Self-efficacy vyjadřuje přesvědčení jedince o tom, jak je schopný vypořádat se s náročnými životními situacemi (Bandura, 1977, 1997, citováno v Blatný et al., 2010). Blatný et al. (2010) tento pojem překládají jako vědomí vlastní účinnosti. Leahy-Warren & McCarthy (2011) shledali, že mateřská self-efficacy je důležitým faktorem pro matčinu spokojenost s rodičovstvím a že negativně koreluje s postpartum depresí, stresem a úzkostí. Víceroodičky mají vyšší úroveň mateřské self-efficacy než prvorodičky, a jak u víceroodiček, tak u prvorodiček se tato úroveň časem zvyšuje. Sociální opora ze strany rodičů a partnera podporuje a zvyšuje mateřskou self-efficacy.

3.3 Body image první rok po porodu

Obavy ohledně vlastního těla, konkrétně to, jak se žena cítí být tlustá, silná, fit a jaký význam dává své váze a tvaru, jsou během prvního roku po porodu zvýšeny (Rallis et al., 2007). Mnoho žen je v tomto období ohroženo rozvojem nezdravého chování ohledně kontroly jejich váhy, jako přehnané zaměření na jídlo, zřikání se jídla či záchvatovité přejídání. Ženy po porodu, které jedí intuitivně spíše udávají větší spokojenost se svým tělem než ženy, které drží diety či omezují jídlo. Též je u nich menší riziko deprese (Lee et al., 2020).

Dle studie Rallis et al. (2007) v prvním roce po porodu ženy uvádějí, že se cítí tlustší, méně silné a fit. Též uvádějí, že nesoulad mezi jejich ideální velikostí a vnímanou momentální velikostí je větší než tento nesoulad před otěhotněním. Svou váhu a tvar též vnímaly jako výraznější než v pozdním těhotenství, přestože v těhotenství jsou ženy větší. To může být dle autorů Skouteris et al. (2005) tím, že těhotenství dočasně zmírňuje tlak mít ideální figuru a poskytuje důvod, tedy „povoluje“ ženám být větší. Dle autorů Rallis et al. (2007) se zdá, že obavy ohledně váhy a tvaru se po porodu znovu vynořují, a jsou větší než před těhotenstvím. Nejvíce tlusté se ženy cítí 6 měsíců po porodu. Je možné, že touto dobou už ženám nepřipadá, že by byly ve výjimečném období spojeném s porodem, tudíž už svou objemnější figuru nepovažují za přijatelnou. Představy o své ideální postavě před těhotenstvím a v prvním roce po porodu se příliš neliší. Gjerdingen et al. (2009) shledali zvýšení nespokojenosti s vlastním tělem během 9 měsíců po porodu. Dle studie Rallis et al. (2007) se nesoulad mezi ideální a současnou figurou během prvního roku po porodu snižuje, současně se snižováním tělesné velikosti.

3.2.1 Faktory v body image žen po porodu

Mnoho žen se na změny jejich těla během těhotenství adaptuje pozitivně a zaujímá pozitivní postoj ke svému tělu. V tomto období vnímají více funkčnost svých těl a blíží se mateřství jim poskytuje nový smysl v životě. Též věří, že těhotenství jim poskytuje validní důvod k tomu, aby přibraly na váze. Nicméně po porodu už tento pohled na své tělo jako funkční nedorozumí. Společenské tlaky dostat štíhlému ideálu a nerealistická očekávání o rychlosti návratu k váze před otěhotněním přispívají k negativním postojům ohledně vlastního těla. Pro některé ženy však náročné požadavky nově nabytého mateřství, jako krmení dítěte a udržování domácnosti vyžaduje příliš mnoho času a energie na to, aby se významně zabývaly svým body image (Clark et al., 2009).

Body image před otěhotněním je silným prediktorem body image během těhotenství (Skouteris et al., 2005) a body image během prvního roku po porodu. Mezi prediktory nespokojenosti s vlastním tělem během prvního roku po porodu patří tendence porovnávat své tělo s ostatními, deprese a omezování se v jídle. Též vyšší nárůst hmotnosti během těhotenství souvisí s tím, že se ženy cítí více tlusté, méně atraktivní (Rallis et al., 2007) a celkově méně spokojené se svým tělem (Gjerdingen et al., 2009).

Kultura, která považuje za ideál krásy štíhlost, může přispívat ke špatnému body image žen po porodu. Nespokojenost s vlastním tělem souvisí se špatným psychickým zdravím. Tento vztah může být však dvousměrný, kdy problémy s psychickým zdravím přispívají k nespokojenosti se svým tělem a naopak. Kombinace těchto faktorů může zvyšovat riziko rozvoje poruch příjmu potravy (Gjerdingen et al., 2009).

Thompson (2020) aplikovala tři psychosociální teorie o body image a riziku vzniku poruch příjmu potravy na postpartum období, a to teorii objektifikace, tripartitní model body image a poruch příjmu potravy a teorii sociálního srovnávání, které byly představeny v kapitole 1.7.

Matky jsou podrobovány různým formám objektifikace. Doslovná objektifikace může znamenat, že je žena vnímána jako pouhý „lidský inkubátor“ (Beech et al., 2020). To nastává zejména u surogátních matek (Tieu, 2009). Ostatní lidé se mohou k těhotné ženě chovat jako k veřejnému majetku například tím, že bez jejího dovolení sahají na její břicho. Ženy mohou být též sexuálně objektifikovány. Objektifikace ze strany okolí i sebe sama je spojena s potížemi s kojením, strachu z porodu, depresí a poruchovým jezením. Sebe-objektifikace může mít též vliv na vztah matka-dítě a na to, jak samo sebe dítě vnímá. Doslovná sebe-objektifikace však může být protektivním faktorem například jako způsob zvládnání strachu ze smrti během porodu (Beech et al., 2020).

Lovering et al. (2018) rozšířili tripartitní model body image a poruch příjmu potravy o faktor romantického partnera. Shledali, že ženy zažívají ze strany rodiny, vrstevníků, partnera a médií velký tlak na to, navrátit se k figuře, kterou měly před otěhotněním. Vzhledem k negativnímu vlivu tohoto tlaku na psychické zdraví je důležité, aby zdravotníci zvážili řešení těchto problémů během těhotenství a po porodu a zmírnili u matek riziko nespokojenosti s vlastním tělem. Též Pole et al. (2004) shledali, že vnímané negativní hodnocení vzhledu ze strany manžela/manželky je významně spojeno s tělesnou nespokojeností. Naopak podporující manželé přispívají k pozitivnímu vnímání vlastního těla

u žen po porodu. Manželé mohou ženám po porodu sloužit jako jakési zrcadlo, kdy skrze partnera dotváří svou identitu (Ogle et al., 2011).

Co se týče teorie sociálního srovnávání, kromě porovnávání se s externími zdroji jako jsou celebrity nebo vrstevníci mohou dle Thompson (2020) matky posuzovat své tělo též ve srovnání se svým mladším já, tedy se svým tělem před otěhotněním. Mohou tedy cítit tlak k tomu se navrátit ke své váze a tvaru před tím, než otěhotněly.

Vzhledem k tomu, že nespokojenost s tělem může vést k potenciálně škodlivým činům za účelem zhubnutí, je důležité poskytnout pomoc těhotným ženám a ženám po porodu, aby tímto chováním neohrozily sebe či dítě. Clark et al. (2009) navrhuji, že důležitým časem pro intervenci je pozdní těhotenství. Užitečné může být vzdělávat ženy o přirozených změnách těla po porodu, jako například že se jejich břicho okamžitě nevrátí do tvaru, jaký mělo před otěhotněním. Také zpochybňovat maladaptivní úsudky žen o jejich tvaru a hmotnosti, jako třeba že být větší znamená být neatraktivní. Též toto období může být vhodné pro screening a případnou léčbu deprese.

3.2.2 Body image a kojení

Pozitivní vliv na spokojenost se svým tělem může mít kojení a blízké sociální vztahy (Gjerdingen et al., 2009). Ženy, které své děti kojí, vnímají svá těla funkčněji než ženy, které krmí své děti z lahve. Též si svého těla více cení, což jim umožňuje přijmout změny, jež nastaly během těhotenství. Celkově se zabývají vzhledem svého těla méně ve srovnání s ženami, které krmí své děti z lahve. Matky, které nekojí vnímají svá těla více z estetického hlediska a mají k nim negativnější přístup (Fern et al., 2014).

Ženy s postpartum depresí častěji zažívají problémy s kojením. Potíže mohou být zhoršeny kvůli vnímanému nedostatku vhodné podpory ze strany zdravotníků. Tyto problémy jsou spojeny s pocitem viny a selhání a v některých případech označovány jako spouštěč postpartum deprese. Vztah mezi potížemi s kojením a depresí je pravděpodobně dvousměrný. Ženy též mnohdy pocítují obavy ohledně užívání antidepresiv, konkrétně z toho, že jim neumožní dále kojit nebo že budou mít negativní dopad na zdraví jejich kojence (Da Silva Tanganhito et al., 2020). Antidepresiva bezpečná pro kojící matky nicméně existují (Davanzo et al., 2011) a zdravotničtí odborníci by měli matkám poskytnout příslušné informace (Da Silva Tanganhito et al., 2020). Postpartum deprese tudíž může mít spojitost s negativním body image.

3.4 PPP po porodu

V období po porodu jsou ženy náchylnější k rozvoji poruchy příjmu potravy. Mezi obdobími pozdního těhotenství a obdobími po porodu dochází k nárůstu narušeného stravování (Baskin et al., 2021; Stein & Fairburn, 1996). Dle studie Crow et al. (2008) u žen s poruchami příjmu potravy během těhotenství symptomy ustupují, ale po porodu se opět vracejí na úroveň před otěhotněním. Dle Easter et al. (2015) ústup symptomů může nastat díky hormonálním změnám, změnám v apetitu a snaze snížit škodlivý efekt narušeného stravování na vyvíjecí se plod. Autoři též shledali, že ženy, kterým byla v minulosti diagnostikována porucha příjmu potravy mají po porodu porovnatelnou úroveň příznaků jako ženy, které měly aktuální diagnózu PPP na začátku těhotenství. To naznačuje, že ženám, které se z PPP zotavily, se po porodu příznaky zhoršují. Pettersson et al. (2016) odhadují, že 7,2-12,8 % žen v období 6-8 měsíců po porodu má PPP, v porovnání s 3-5,3 % žen před porodem.

Chan et al. (2019) shledali zhoršení narušeného stravování v období po porodu. S poruchovým stravováním souvisí úzkostné a depresivní příznaky, tudíž by zdravotníci měli být informováni o symptomech narušeného stravování, úzkosti a depresi u novopečených matek, aby se usnadnila včasná intervence. Neodhalené a neléčené symptomy narušeného stravování během těhotenství byly totiž charakteristické dlouhotrvajícím průběhem přetrvávajícím do období po porodu. Kouření před těhotenstvím bylo spojeno s příznaky poruchy příjmu potravy ve třetím trimestru. Abstinenční příznaky po odvykání kouření mohou zvýšit zranitelnost vůči narušenému stravování.

Ve studii Makino et al. (2020) 67 % žen, které před otěhotněním měly remisi symptomů, během prvních 3 měsíců těhotenství zažily recidivu. To se týká zejména žen s anorexií. Dle Crow et al. (2008) je právě těhotenství vhodným obdobím pro provedení intervence v rámci léčby PPP u žen.

Přítomnost poruchy příjmu potravy je spojena s větší obavou z gestačního přírůstku hmotnosti. Časně těhotenství je obdobím, kdy ženy potřebují rady, které by jim pomohly zmírnit strach z přibírání na váze (Swann et al., 2009). Poporodní retence hmotnosti nabyté v těhotenství může souviset s výskytem narušeného stravování (Stein & Fairburn, 1996). Důležitým faktorem v průběhu PPP po porodu je spokojenost s partnerským vztahem (Knoph et al., 2013). Prediktorem rozvoje PPP mohou být též porodní komplikace. Komplikace spojené s PPP jsou například infarkt placenty, neonatální hyporeaktivita,

diabetes mellitus, anémie, preeklampsie a novorozenec malý na gestační věk (Favaro et al., 2006). Knoph et al. (2013) se domnívají, že poporodní průběh PPP je v běžné populaci příznivější než v klinické populaci, což odráží skutečnost, že jedinci vyhledávající terapii mají často vážnější poruchy a vyšší míru komorbidit.

Výzkumná část

4 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Období přechodu k mateřství představuje mnoho změn, a to fyzických i psychických. Je to období, kdy mohou být ženy unikátně náchylné vůči obavám ohledně svého vzhledu a vůči adaptování vzorců poruchového stravování. Předmětem výzkumu bylo především prozkoumat, jaký mohou mít ženy po porodu vztah ke svému tělu a k jídlu, a jak mohou být tyto dvě dimenze provázány. Každá žena prožívá postpartum období jedinečně, a jejich psychické rozpoložení ovlivňuje mnoho faktorů. Na základě poznatků získaných z již existující publikované literatury jsme se rozhodly více nahlédnout do toho, jak toto období ženy vnímají prostřednictvím kvalitativního výzkumu.

Stanovily jsme tyto cíle výzkumu:

- Zmapovat, jak prvorodičky vnímají své tělo po porodu.
- Zmapovat výskyt symptomů PPP u prvorodiček po porodu.
- Prozkoumat, jak souvisí body image a vztah k jídlu u prvorodiček po porodu.

Na základě těchto cílů jsme formulovaly tyto výzkumné otázky:

- Jak prvorodičky vnímají své tělo v období po porodu?
- Jaký mají prvorodičky vztah k jídlu v období po porodu?
- V jaké míře se u prvorodiček po porodu vyskytují symptomy PPP?
- Jak souvisí body image a vztah k jídlu u prvorodiček po porodu?

5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo šest žen, které byly prvorodičky v období 0-12 měsíců po porodu. Zvolily jsme prvorodičky, protože pro ně je mateřství nová a nezažitá situace, a prožitky právě této nové zkušenosti nás zajímaly. Prvorodičky a víceroodičky vnímají postpartum období odlišně, víceroodičky bývají více unavené a nevěnují svému těhotenství a postpartum období tolik pozornosti, jako prvorodičky (Nichols et al., 2007).

Dále jsme stanovily kritérium, aby byly ženy maximálně 1 rok po porodu, aby jejich zážitky byly stále relativně čerstvé a nezkraslené s odstupem času.

Další kritérium bylo věkové rozmezí od 20 do 35 let. Z biologického hlediska je nejideálnější čas pro dítě od pozdní adolescence do pozdních 20. let. S rostoucím věkem roste riziko komplikací v těhotenství (The American College of Obstetricians and Gynecologists, n.d.). Komplikace v těhotenství jsou faktorem s vlivem na vnímání sebe sama, který si zaslouží samostatnou pozornost, a rozhodly jsme se mu v této práci nevěnovat. Těhotenství v náctiletém věku má také svá specifika, ženy bývají méně finančně zajištěny, většinou jsou stále ve škole a žijí s rodiči. Způsob, jakým je ve společnosti pohlíženo na náctileté matky může mít též velký vliv na jejich sebepojetí. Vzhledem k limitům toho, čeho lze dosáhnout prostřednictvím bakalářské práce jsme uznaly za vhodné se zaměřit na nejběžnější část populace prvorodiček a vymezit si pro výzkum homogenní skupinu.

Co se týče pojetí kategorie „žena“, jsem si vědoma, že koncept genderu i biologického pohlaví je komplikovanější, než zažité binární rozdělení na „muže“ a „ženy“. Je to však vysoce kontroverzní a politizované téma a momentálně je společnost stále daleko od nějakého konsensu v této oblasti. Pro cíl této práce mi nepřišlo důležité zabývat se tím, jak jednotlivé respondentky vnímají svůj gender. Není mým záměrem, aby tato práce reflektovala jakoukoliv transfobní rétoriku. Existují transgender muži a nebinární jedinci, kteří též zažívají těhotenství. Jejich procentuální zastoupení v populaci je však malé, a většina lidí v roli mateřství se identifikuje jako „žena“.

5.1 Výběr výzkumného souboru

Respondentky byly vybírány nepravděpodobnostní metodou výběru, a to nejdříve záměrným výběrem podle stanovených kritérií přes známé a přes inzeráty na internetu, a následně metodou sněhové koule. Jako první jsem začala psát do veřejných skupin maminek na Facebooku s prosbou o poskytnutí rozhovoru. Na tyto příspěvky jsem dostala pouze jednu

odpověď. Poté jsem kontakt na účastnice na doporučení, a ty mi samy doporučily další maminky. Většina maminek mi sdělila, že kdyby je oslovil s žádostí o účast ve výzkumu někdo naprosto cizí, příliš ochotné by nebyly. Ale vzhledem k tomu, že tato výzva k zapojení přišla od někoho známého, cítily se ohledně poskytnutí rozhovoru mnohem komfortněji, a naopak si moc rády popovídaly o tom, jak se v postpartum období cítily. Celkem se mi podařilo do výzkumu zapojit 8 žen, bohužel jsem však musela 2 z nich vyloučit, jelikož nesplňovaly stanovená kritéria. Jedné bylo 37 let a druhá byla už téměř 2 roky po porodu. Účastnilo se tudíž celkem 6 prvorodiček. Tento počet respondentek jsem považovala za adekvátní, jelikož dle Smith et al. (2009) je pro studentské diplomové práce analyzované metodou IPA ideální velikost vzorku 3-6 respondentů (citováno v Řiháček et al., 2013).

5.2 Charakteristiky výzkumného souboru

Tab. 1: přehled respondentek

respondentka	věk	čas od porodu	těhotenství	partner	kojení
Denisa	30	3,5 měsíce	plánované	ano	3 týdny
Nikol	20	necelé 4 měsíce	plánované*	ano	necelé 2 měsíce
Veronika	23	8 měsíců	plánované	ano	6 měsíců
Eliška	26	11 měsíců	plánované	ano	stále kojí
Daniela	28	necelých 12 měsíců	plánované	ano	5 měsíců
Viktorie	29	necelých 9 měsíců	plánované	ano	6 měsíců

Výzkumný soubor tvořilo 6 žen ve věku 20 až 30 let. Čas od porodu účastnic byl v rozsahu 3,5 měsíce až necelých 12 měsíců. 4 z nich byly od porodu 8 a více měsíců. U všech bylo těhotenství plánované, v případě Nikol přišlo trochu dříve, než bylo v plánu, ale bylo chtěné. Všechny účastnice mají partnera.

6 Metodologie získávání dat

Výzkum měl kvalitativní povahu. Pro tuto práci jsme zvolily ke sběru dat polostrukturované interview. „Rozhovor představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat.“ (Ferjenčík, 2015, s. 171). Rozhovor je ideální metodou pro získání informací ohledně respondentových názorů, postojů, přání a záměrů a ohledně toho, jak jedinec rozumí či rozuměl určité situaci. Je však třeba brát zřetel na úskalí této metody. Mnohdy panuje diskrepance mezi tím, co bylo řečeno a co bylo zamýšleno, tudíž bychom měli dbát na jasnou a přesnou volbu slov. Dále přenosem se informace zkreslují, tudíž je ideální je získávat z první ruky. A v neposlední řadě, ve výpovědích se může ukrývat více než jeden význam a naše interpretace těchto výpovědí nemusí odpovídat tomu, co účastník zamýšlel (Ferjenčík, 2015).

Polostrukturovaný rozhovor zahrnuje vyšší aktivitu výzkumníka, který má předem připravený seznam otázek, nicméně způsob a formu odpovědi si volí respondent. Tato metoda umožňuje vyšší šířku a hloubku potenciální odpovědi při zachování kontroly výzkumníka nad otázkami a nad směrem, kterým se rozhovor ubíhá (Ferjenčík, 2015).

Pro rozhovor jsme si stanovily okruhy na základě položených výzkumných otázek:

- Okruh úvodních otázek
- Okruh zaměřený na vnímání svého těla
- Okruh zaměřený na vztah k jídlu
- Okruh zaměřený na symptomatiku PPP
- Okruh zaměřený na vztah body image a symptomatiky PPP

Na začátku jsem s respondentkami navázala kontakt, znovu jsem je obeznámila s předmětem výzkumu a poděkovala jsem za účast. Získala jsem verbální souhlas s nahráváním interview na diktafon, abych si mohla následně data přepsat a zpracovat. Účastnice byly ujistěny, že data budou anonymizována a že k nahrávce budu mít přístup pouze já. Rozhovory probíhaly formou online hovoru. Tuto formu jsem zvolila vzhledem k pragmatičnosti. Jednak účastnice bydlely v různých městech a bylo by náročné zorganizovat fyzická setkání. Hlavním důvodem byl však ohled vůči tomu, že matky byly vytížené starostmi o děti a přišlo mi, že by uvítaly ušetřit čas a poskytnout rozhovor přímo z pohodlí domova.

V některých případech bylo náročné stanovit čas hovoru vzhledem k potřebám dítěte, někdy jsem čekala i hodinu po stanoveném čase, někdy jsme musely hovor odložit a někdy jsme se domlouvaly velmi operativně a na poslední chvíli. Tuto chaotičnost jsem však očekávala, uvědomuji si, že mateřství, obzvlášť to nové, je náročné a snažila jsem se těmto maminkám vyjít co nejvíc vstříc. Délka rozhovorů byla různá podle toho, jak moc se maminky rozpovídaly. Také se párkrát stalo, že bylo třeba na chvíli rozhovor přerušit, protože se respondentka musela věnovat svému dítěti. Tyto chvíle však sloužily většinou jako úsměvné a příjemné odlehčení atmosféry a umožnily mi více nahlédnout do každodenní reality těchto žen.

7 Metodologie zpracování dat

Pro zpracování dat jsme zvolily metodu interpretativní fenomenologické analýzy. Tuto metodu začal rozvíjet Jonathan A. Smith v 90. letech 20. století. IPA se soustředí na to, porozumět žité zkušenosti jedince a významu, jaký této zkušenosti přisuzuje v jistých podmínkách a situaci. Fokusem je též to, jak vypadá samotný proces nabývání významu. Jakožto perspektiva pro nahlížení na kvalitativní data se IPA hodí pro popis a interpretaci způsobu, jakým nositel nějaké zkoumané zkušenosti připisuje dané zkušenosti význam (Řiháček et al., 2013).

V oblasti teorie IPA vychází ze tří zdrojů, a to z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Přestože fenomenologie usiluje o zachycení zkušenosti především deskriptivně, aby bylo fenoménu umožněno se odhalit ve své čisté, zkušenosti interpretujícího nezatížené podobě, v IPA tento vliv výzkumníka odstranit nelze (Řiháček et al., 2013). V rámci IPA výzkumník zkoumá data z jeho vlastní perspektivy a nemůže se oprostit od své zkušenosti a pohledu na svět. Roli zde hraje i interakce mezi výzkumníkem a respondentem (Smith, 2004, citováno v Řiháček et al., 2013). Výzkumníkovy postoje, přesvědčení a interpretace jsou pro porozumění dat dokonce nezbytné (Fade, 2004, citováno v Řiháček et al., 2013). Obě perspektivy, jak výzkumníka, tak respondenta, by však měly zůstat patrné. Analýza je v rámci IPA subjektivní, což je vnímáno jako přednost a reflektováno ve výzkumu (Řiháček et al., 2013).

Jak bylo již zmíněno, IPA pracuje s hermeneutickým kruhem, kdy „respondent se snaží porozumět své zkušenosti s daným fenoménem, zároveň výzkumník se snaží porozumět tomu, jakým způsobem k tomuto porozumění respondent dospívá“ (Řiháček et al., 2013, s. 11). Postupně do analýzy dává výzkumník více své interpretace, což je však nezbytně spojeno s žitou zkušeností respondenta a výsledky analýzy jsou tedy produktem společného úsilí. Interpretace je pro IPA klíčová, jdeme v ní „za“ bezprostřední a zjevný obsah sdělení respondentů (Smith et al., 2009, citováno v Řiháček, 2013). Výzkumník si nicméně vždy nechává prostor pro další interpretace. Třetí zmíněné teoretické východisko byl idiografický přístup, který představuje zaměření na konkrétní jedince zažívající konkrétní situace či události (Řiháček et al., 2013).

Dle Smith et al. (2009) má IPA studie ukazovat citlivost vůči surovému materiálu a své argumenty zakotvovat v přímých citacích respondentů. Důležitá je homogenita vzorku, které můžeme dosáhnout úzkým vymezením tématu nebo výběrem z populace s podobnými

demografickými ukazateli a socioekonomickými podmínkami (citováno v Řiháček et al., 2013).

Smith et al. (2009, citováno v Řiháček et al., 2013) popisují obecný postup v rámci IPA v sedmi bodech:

0. *Reflexe vlastní zkušenosti výzkumníka s daným tématem*

- slouží k uvědomění si vlastní role v procesu výzkumu, vlastní motivace a prekonceptí

1. *Důsledné a opakované pročitání dat*

- výzkumník se snaží dostat do kůže respondenta

2. *Sepisování poznámek a komentářů*

- výzkumník by měl být plně otevřen datům, schopen zabývat se sebemenšími detaily, neměl by zavrhovat žádné části daného materiálu
- Řiháček et al. (2013) rozdělují tyto komentáře do tří typů

deskriptivní – popis obsahu respondentovy výpovědi

lingvistické – soustředění se na to, jak respondent specificky používá jazyk

konceptuální – více interpretativní, zahrnují nápady a otázky, které výzkumníkovi naskakují v hlavě během čtení

3. *Rozvíjení témat, která vznikají*

- zde výzkumník pracuje především s vlastními poznámkami
- organizace a interpretace dat
- aplikace hermeneutického kruhu

4. *Vyhledávání souvislostí mezi tématy*

- vytváření nadřazených témat, shlukování témat
- sledujeme rozdíly, kontextuální prvky, četnost výskytu, funkce témat

5. *Analýza dalšího případu*

- zde výzkumník opakuje předchozí kroky

6. *Hledání vzorců napříč případy*

- výzkumník propojuje jednotlivé analýzy

8 Etické aspekty výzkumu

V první řadě jsme výzkum založily na dobrovolnosti účastníků. Již při oslovování respondentek jsem poskytla přesné informace o předmětu výzkumu a o přibližném očekávaném časovém rámci rozhovoru. Na počátku rozhovoru jsem získala souhlas s nahráváním a ujistila, že je vše anonymní, a že mají účastnice kdykoliv právo z výzkumu odstoupit. Ke každé ženě bylo přiřazeno číslo, pod kterým byla data uložena. Následně jim byla náhodně přiřazena odlišná jména pro usnadnění práce s daty. Všechny účastnice byly během rozhovoru příjemně naladěny a většina z nich se sama nabídla, že se mohu kdykoliv znovu ozvat, kdybych měla další otázky. Výzkum probíhal v souladu s relevantními etickými zásadami metakodexu Evropské federace psychologických asociací, zejména princip obecného respektu, adekvátního uchovávání a nakládání s informacemi a záznamy, informovaného souhlasu a svobodného poskytnutí souhlasu, vyhýbání se poškození a princip přímocárnosti a otevřenosti (EFPA, 2005).

9 Deskripce zkušeností respondentek

V následujících kapitolách se věnuji deskripci jednotlivých případů. Poskytuji zde shrnutí zkušeností, které účastnice v rozhovorech popisovaly.

9.1 Denisa

Denise je v čase rozhovoru 30 let a je 3,5 měsíce po porodu. Přejít k mateřství pro ni nebyl příliš náročný. Svě dítě popisuje jako velmi hodné, a tudíž nenáročné a má pomoc a psychickou **podporu v partnerovi**. Podporu partnera vyzdvihuje především v souvislosti s poporodními depresemi, *„já si myslím že je hrozně důležitý pro tu ženskou jakou má oporu doma, a jak se k tomu postaví ten chlap. ... Samozřejmě si myslím že asi kdybych neměla oporu v tom příteli, tak asi to může být taky jinak. Když je ženská na ten začátek úplně sama, tak se vlastně ani nedivím, že třeba nějaký poporodní deprese jsou. To je fakt náročný potom“*. To, že nezažívá poporodní deprese přisuzuje též tomu, že dříve s depresí bojovala, a tudíž se naučila s psychickou nepohodou lépe vypořádat. I během mateřské trochu pracuje a má pocit, že svůj život dítěti nemusí tolik přizpůsobovat.

Obavy z příbytku váhy během těhotenství neměla. Moc během těhotenství nepřibrala, protože hodně zvracela. Její gestační příbytek váhy činil celkem 8 kilo, což je méně než se doporučuje. Příbytek vnímá jako **přírozený** pro těhotenství, *„prostě s tím asi ta ženská musí být srovnaná, že to tak prostě je“*. S příbytkem váhy se též smířila vlivem zdravotní situace, *„vlastně abych otěhotněla, tak mi museli pak zvednout hormony, takže jsem stejně na váze přibývala, takže možná proto jsem byla i víc srovnaná potom s tou váhou“*.

Vyjádřila **obdiv** k tomu, co si její tělo zažilo. Během porodu nastaly komplikace, a musela mít akutní císařský řez. Kojila pouze 3 týdny, poté o mléko přišla. Uvádí, že se po císařském řezu začala zotavovat rychle, jelikož si nastavila, že chce být co nejdříve, a tak tomu také bylo, *„protože jsem si prostě psychiku nastavila že chci být doma a nechci být v nemocnici, a to tělo se tomu strašně přizpůsobilo. To tělo prostě fungovalo tak jak jsem já potřebovala. ... musím říct, že tělo vnímám jako neskutečnej zázrak“*. Jako další důvod, proč nepociťuje nespokojenost se svým tělem, uvádí prožitou bulimii v minulosti (cca od 16 do 17 let), *„já jelikož jsem bývalá bulimička, tak jsem se se svým tělem jako naučila žít“*.

Celkově chová své tělo ve větší úctě než před otěhotněním. Rozumí, že si toho hodně prožilo, a proto nemá potřebu řešit svou váhu. Chtěla by začít cvičit, ale respektuje to, že se

tělo musí po císařském řezu zotavit a nehodlá nic uspěchat, „*prostě až to půjde, tak to půjde. Na to tělo fakt nespíchám, protože dostalo záhul. Teď je to 3,5 měsíce a ještě pořádně necítím břicho. Já vlastně nemůžu spěchat. Já i kdybych chtěla, tak vlastně nemůžu, takže jsem si to psychicky nastavila tak, že až to tělo bude připravený, tak si řekne samo*“.

Denisa nyní nevykazuje výraznou symptomatiku poruch příjmu potravy. Před otěhotněním se popisuje jako hodně striktní, měla vyváženou stravu od trenéra a hodně cvičila. Dříve mívala výčitky z jídla, když snědla něco, co nespadlo do jejího jídelníčku. Do „zdravého“ životního stylu jí nutil tehdejší přítel. Později ji došlo, že jsou tyto výčitky zbytečné. Nyní si dopřává k jídlu to, co chce a jí **intuitivně**, „*to tělo si řekne, na co má chuť a proč na to má chuť. Tělu neporučíte, prostě to tak je*“. Uvádí, že jídlo miluje, nicméně stává se jí, že se nestihne či zapomene najíst kvůli tomu, že se stará o dítě. Snaží se jíst 3x až 4x denně. Občas se obrací na jídlo pro útěchu, což je pro ni od porodu nová záležitost, „**smích* je to možný že jo. Jako dam si teda radši skleničku vína než jídlo. A před otěhotněním jsem to jídlem neřešila*“.

Denisa **nedbá na komentáře** od okolí, ať už ohledně vzhledu či životního stylu, „*jsem samozřejmě slyšala i to, že mam malou holčičku, takže bych se měla věnovat hlavně jí, že bych neměla pracovat nebo takhle, ale já si myslím že když si to ženská v hlavě nastaví tak jako já, tak dokáže spoustu věcí. A prostě nevnímá okolí. Já to mam tohle postavený prostě jinak*“.

9.2 Nikol

Nikol je 20 let a je necelé 4 měsíce po porodu. Mateřství vnímá jako náročné hlavně z psychické stránky, ale i z fyzické. Mívá pocity zoufalství i deprese a vynesla domněnku, že to tak mívá každá maminka, že je to přirozená součást mateřství. Stává se jí to především v souvislosti s tím, když se jí například nedaří dítě utišit, má potom pocit osobního selhání jakožto matka. Dostává se jí však pomoci od rodiny, partnera i partnerovy rodiny. Těhotenství bylo chtěné, jen přišlo o rok dříve, než bylo v plánu. V každém případě se na mateřství moc těšila a je za to vděčná. Kojit přestala ve druhém měsíci, o mléko přišla kvůli operaci se žlučníkem.

Toho, že během těhotenství přibere, se Nikol obávala hodně. Ze začátku se omezovala v jídle, ale časem si uvědomila, že je pro ní hlavní **vlastní zdraví a zdraví dítěte**, a přestala si jídlo upírat. Gestační přírůstek váhy a u ní činil celkem 25 kilo. Co se týče vztahu k vlastnímu tělu, vnímá pozitivně, že těhotenskou váhu shodila dolů. Jako negativní

vyzdvihuje své **strie**, „jinak já už jsem po porodu všechno shodila dolů, ale ty strie prostě to je jediný co vnímám jako velkej handicap na svym těle“ a **vytahanou kůži** „prostě to tělo vypadá jinak, i když je třeba na stejný váze, tak to tělo je úplně jiný. ... že člověk má vytahány ty části těla, žejo jak ta kůže se natáhla, tak už se nevrátila úplně do toho **původního stavu**, nějakou dobu to potrvá“. Vyjadřuje touhu po návratu ke svému dřívějšímu tělu (tzn před otěhotněním) a věří, že se jí to podaří. Má zejména problém s tím, vidět samu sebe v plavkách.

Před otěhotněním měla Nikol ze svého těla lepší pocit. Vyjadřuje zde rozpolcenost, „když se na sebe podívám, tak z toho jako dobrej pocit nemam. Ale zase jako na druhou stranu si říkam, **dala jsem někomu život** ... ale chtěla bych vypadat jinak“. Sice své tělo oceňuje za to, co dokázalo, ale přála by si jeho podobu změnit. Během těhotenství její vztah k vlastnímu tělu nebyl pozitivní, „já jsem fakt nabrala asi těch 25 kilo a byla jsem jak vorvaň prostě“, nelíbila se jí vysoká váha a oteklé končetiny. Připadala si mnohem lépe hned po porodu.

Setkává se od porodu zatím pouze s pozitivní odezvou na svůj vzhled, respektive na to, jak rychle zhubla. Vyvolává to v ní však smíšené pocity, „vždycky mam radost, když mi někdo řekne, ty jo ti to sluší, vypadáš dobře po porodu. Ale je to takový **upozornění** na to, že bych takhle vypadat nemusela“. Přála by si své tělo zpevnit a chtěla by cvičit, ale nemá na to čas ani energii.

Svůj vztah k jídlu vykresluje jako velmi **pozitivní**. Říká, že jídlo miluje a mrzí jí, že kvůli starosti o dítě má na jídlo velmi málo času. To, že se delší dobu nestihne nebo zapomene najíst, se jí stává přibližně obden. Snaží se jíst 5x denně, ale vzhledem k zaneprázdněnosti se jí to moc nedaří a jí méně než před otěhotněním. **Dopřává si to, na co má chuť**. S narušeným stravováním problémy nikdy nemívala. Někdy ale zajídá stres nebo smutek. Setkává se s poznámkami od okolí ohledně toho, co jí. Vztahuje se to zejména k jejím chutím na neortodoxní kombinace, které jí zůstaly z těhotenství, jako například okurka se sušenkou nebo slané brambůrky s jahodovým jogurtem. Nenechává však tyto komentáře jakkoliv ovlivnit její vztah k jídlu ani její body image.

9.3 Veronika

Veronice je 23 let a je 8 měsíců po porodu. Přejít k mateřství pro ni nebyl žádný velký šok, jelikož pochází z velké rodiny, odkud je na starost o mladší děti zvyklá, „**mě absolutně vůbec nic nepřekvapilo a spíš si to užívám**“. Co se týče pomoci, má se tomu spíše

tak, že ona stále pomáhá své rodině než naopak. Její partner je hodně v práci, tudíž se také příliš neangažuje. Pro dítě se s partnerem rozhodli, protože jí v následku odstěhování se od rodiny a izolace během pandemie chybělo se starat o děti.

Příbytku váhy se obávala, přibrala však pouze 7 kilo, jelikož v těhotenství hodně zvracela a málo jedla. Hned po porodu měla svou původní postavu, a připadala si lépe. To se však postupem času změnilo, „*mi přijde, že těsně po tom porodu jsem vypadala mnohem líp než třeba 3-4 měsíce po porodu. Jo, protože mi přijde že najednou prostě povolily ty břišní svaly, tím jak tam bylo to miminko. A není to úplně to, co to bylo předtím, světe div se *smích*. Ono to asi nemůže být úplně tak, jak předtím, přece jenom tam vyrůstalo miminko*“. Uvědomuje si, že následkem těhotenství dojde k tělesným změnám, přesto se však snažila cvičit, aby vrátila tělo do původního stavu. Vnímá, že před těhotenstvím měla „**lepší**“ postavu. Je pro ni demotivující, že dříve se o svou postavu nijak nesnažila, a **ted' se snažit musí**, a stále nevidí výsledky.

Během těhotenství se Veronice její tělo nelíbilo. Vyjadřuje celkový osobní **odpor k těhotnému tělu**, „*nechápu když třeba ta Rihanna, jak měla vyloženě odhalený to břicho, a jak se to může třeba lidem líbit, protože mně to přijde prostě hnusný a nemístný, takový neshušný, vulgární, fakt se mi to nelíbí. Nelíbí se mi těhotenský břicho, nemam tendenci, když mam těhotnou kamarádku, jí ho ošmatávat*“. Ale uvědomuje si **funkčnost** těla z biologického hlediska a vnímá, že je nejdůležitější **zdraví dítěte**, „*je potřeba tam to miminko mít a vyživit ho, aby bylo zdravý, krásný*“.

Její těhotenství bylo však **málo viditelné**, z čehož měla smíšené pocity, „*mi sice lidi říkali, že vypadám hubeně, a že nemůžu být těhotná, ale když to člověk poslouchá už několik měsíců...*“. Během těhotenství měla mnoho zdravotních problémů a několikrát skončila v nemocnici. Stalo se jí, že když byla v 6. měsíci, zdravotní sestra jí nevěřila, že je těhotná, „*a to už jsem potom měla pocit, jako kdybych si to vymýšlela to těhotenství*“. Přestože příliš těhotně nepůsobila, byla ze svého vzhledu velmi nešťastná a často plakala. Největší potíže zažívala, když **přenášela**, „*ještě když člověk přenáší, tak jsem si říkala, tyvole, už jsem měla mít tu svou postavu, teď už to mělo být všechno jinak*“. Když byla v pubertě, ve snaze být co nejhubenější hodně cvičila a omezovala se v jídle, a v těhotenství jí napadlo se k těmto praktikám vrátit.

Vypovídá o tom, že je velmi náročné co se týče **odezvy okolí**, když žena přibere buď podstatně méně nebo podstatně více, než je zvykem, „*kamarádka mi říkala, že přibrala 35*

kilo, a lidi se jí taky nebáli pravidelně říkat, ty jo a tam máš minimálně 2 nebo 3, tam nemůžeš mít jen jedno. Tak to si říkam, že taky člověka urazí a našťve, zároveň na té druhé straně, když někdo fakt jako je hubenej a nemá to břicho, tak člověk by si řekl, že je to výhoda. Já jsem se o tom teď bavila s kamarádkou a ona ,no ale vždyť ty co si stěžuješ, vždyť nemáš vůbec břicho, ty seš hubená, já bych na tobě vůbec nepoznala, že seš těhotná‘. Říkam ,no, dobře, ale to taky není úplně nejlepší, když musíš každému člověku jako **dokazovat**, že seš těhotná‘“. Jako důkaz u sebe nosila stále snímek z ultrazvuku, aby jí lidé těhotenství věřili. Tyto komentáře od okolí vnímá jako nežádoucí a zbytečné a myslí si, že nejdůležitější je **zdraví a pohoda dítěte**. Též jí bylo vždy nepříjemné, že ostatním lidem přijde v pořádku jí bez dovolení začít sahat na těhotné břicho.

Svůj vztah k jídlu vnímá špatně a to v tom smyslu, že si nic neodpírá. Během těhotenství nezažívala žádné zvláštní chutě, má je paradoxně až po porodu. Stejně jako Nikol zkouší různé nekonvenční kombinace, jako například čokoládovou zmrzlinu s kyselými okurkami. Používá odůvodnění, že za to, co dokázala si zaslouží si jíst, co chce, „*kolikrát si to v té hlavě omlouvám tím, že jsem stvořila člověka, tak si dopřeju tadytu prasárnu. Že jsem pomohla, aby vznikl nový život*“. Tyto netradiční kombinace přitahují pozornost okolí s tím, že jí lidé říkají, ať si tyto chutě nechá na těhotenství. V důsledku těchto poznámek zažívá **potřebu začít jíst zdravěji**. Vždy však zůstane jen u teoretické stránky, jelikož jídlo pro ni není prioritou a věnuje pozornost věcem, které jsou pro ni důležitější, jako například sprcha.

Veronika velmi často jí a má pocit, že se **nedokáže zastavit**. Není jí cizí se **obracet na jídlo pro útěchu**. Někdy se **cítí tlustá**, protože snědla vysoko-kalorické jídlo. Tlustá se cítila i v pubertě, kdy se velmi omezovala v jídlu, „*třeba jsem i několik dní nejedla a pak jsem sebou jednou vyloženě švihla, protože jsem neměla vůbec energii na nic*.“ Teď si ale myslí, že tehdy neměla důvod se cítit tlustá oproti současnosti. Také vyjádřila obavy ze zpomalování metabolismu vlivem stárnutí a z toho, jak bude vypadat v budoucnu, „*zase si říkam, že teď je mi 23, postupně ten metabolismus bude zpomalovat a zpomalovat, tak si říkam ,ty jo, bude to horší a horší‘. Teď si říkam že je to nejhorší, ale co budu říkat za pár let?*“.

Kvůli tomu, jaké chutě kombinuje, bývá Veronice velmi **špatně od žaludku**, z čehož mívá **pocity viny**. V hlavě jí pak běhají myšlenky, že by se měla začít v tomto krotit a jíst zdravěji, ale nemá čas se stravě tak důkladně věnovat. Velmi běžně se nestihne nebo zapomene najíst. Výčitky mívá ve všech oblastech, kdy si „dopřává“, jelikož vzhledem

k tomu, že je z velké rodiny a vždy se musela starat o ostatní, nebyla zvyklá na žádnou sebezpečí. Jako příklad sebezpečí uvedla již výše zmíněnou sprchu.

Ke konci jsme nakously téma sociálních sítí. Veronika dříve hodně sdílela sama sebe na Instagram, nyní se v tom už však necítí komfortně. Během těhotenství působily sociální sítě na její psychiku negativně, protože viděla spoustu žen, co toto období **prezentovaly jako skvělé a bezproblémové**, zatímco ona sama to tak nevnímala, a měla tendenci se s nimi porovnávat. Poté vyhledala nějaké pomocné skupinky, kde už lidé sdíleli své **skutečné pocity a problémy**, „*tyhle ty ženské neřikaj, jak těhotenství je jedna velká zábava sranda a úžas, že si to musíme všichni povinně užívat, ale že tam jsou taky nějaký starosti, taky nějaký problémy, který ženská řeší sama se sebou, na sobě*“.

Veronika si uvědomuje individuální kvalitu těla každého člověka, a nemyslí si, že by se měl stigmatizovat vyšší příbytek váhy v těhotenství, „*každý to má v těhotenství jinak. Někdo má třeba takový ten vlčí hlad, kde prostě plácá pátý přes devátý. A taky v tom samozřejmě hrajou roli hormony. A myslím si, že i když člověk přibere moc, tak by se na něj nemělo pohlížet skrz prsty. Když je třeba po porodu, tak přece jenom, vznikl tam život, vznikl tam člověk, a každý má to spalování trošku jinde*“.

Veronika hovořila o tom, že obraz sebe, co lidé prezentují na sociálních sítích je zkreslený, takže se na nich snaží svou přítomnost omezit a připomínat si, že to nemusí být skutečné. Jinak co se týče váhy, nemá potřebu se s ostatními srovnávat, protože svou gestační váhu shodila, „*já jsem byla hnedka bez břicha, takže v tomhle ohledu jsem se asi jako nesrovnávala s nikým*“. Setkala se se **závistí** jiných maminek ohledně její poporodní váhy, „*když [kamarádka] byla asi rok po porodu, já asi 10 dní, tak mi napsala ,já ti závidím, to není fér, ty nemáš žádný břicho, jako jak můžeš nemít břicho po porodu? To prostě není fér‘. Říkám si že dobrý, já sice nemám břicho, ale měla jsem prostě jiný problémy*“. Snaží se mít nadhled, uvědomuje si, že nezáleží jen na vzhledu a důležitá je i **psychika**. Vnímá, že mnoho potíží nebývá viditelných na první pohled a vyjadřuje přání, aby ostatní lidé byli schopní nebo aspoň ochotní nahlédnout pod povrch. Co se týče celkového psychického naladění, v těhotenství byla poměrně nešťastná, ale porodem se vše obrátilo, a nyní je velmi spokojená.

9.4 Eliška

Elišce je 26 a je 11 měsíců po porodu. Uvedla, že v šestinedělí mívala depresivní stavy, nicméně mateřství se přizpůsobuje dobře. Těhotenství bylo plánované, má pomoc

v partnerovi i v rodině. V době rozhovoru stále kojila. Příbytku váhy v těhotenství se obávala trochu, přibrala ale pouze 6 kilo. Nyní má ke svému tělu lepší vztah než před otěhotněním, jelikož si ho váží za to, co dokázalo a vnímá jeho funkčnost. **I hned po porodu své tělo vnímala velmi dobře, časem se to ale zhoršilo**, „já jsem si i fotila to břicho, jak se to všechno stahuje a dává zpátky, tak mně to přišlo, že je to fakt skvělý, jak to tělo funguje“. Nejvíce se sebou byla spokojená během těhotenství, protože se jí moc líbí těhotenské břicho. Přestože ke svému tělu má teď lepší vztah než dříve, pociťuje nespokojenost se svým tvarem a váhou, **cítí se tlustá**. Chtěla by své tělo změnit a má v plánu méně jíst a zakomponovat do svého životního stylu více pohybu.

Svůj vztah k jídlu vnímá jako **špatný**, „protože vždycky nad tím, mam třeba na něco chuť, dám si to, a pak nad tím žejo hrozně přemýšlím a klasika, už mi jede v hlavě, že od zítřka prostě ne, že už budu jíst normálně a furt jako, si myslím že mi to vlastně jede v hlavě furt to jídlo no“. Zažívá pocity viny za to, co jí a má pocit, že až moc přemýšlí nad jídlem. Tak to bývalo i před otěhotněním, ale po porodu se to zhoršilo. Toto zhoršení dala do souvislosti se sociálními sítěmi, respektive s **Instagramem a ideály krásy**. Má pocit, že panuje ve společnosti velký **tlak** na to, jak vypadat po porodu, „prostě už po porodu chodí všichni cvičit, vypadaj úplně skvěle a tak, a nevím, možná to je to, co mně jakoby, proč nad tím přemýšlím, protože mam pocit, že už bych měla asi nějak vypadat. Že jsou jako nějaký, že je nějaký vzorek, jak bych měla vypadat, a že tak asi úplně nevypadám, a proto nad tím možná furt přemýšlím“.

Občas se stává, že se nestihne nebo zapomene najíst. Jí však více než v těhotenství a na rozdíl od těhotenství mívá hodně chutě. Jí 3x denně. V minulosti si asi 1 až 2x vyvolávala záměrně zvracení. Obrací se na jídlo pro útěchu, což dělá více než před otěhotněním. Někdy jí, a nemůže se zastavit, což se jí dříve nestávalo. Vždy měla špatný vztah k jídlu, po porodu je to horší, „mi přijde, že jim jako hrozně. Že jsem schopná si dát i jako celou čokoládu a tak“.

Z jejího okolí někdy přicházejí poznámky na její vzhled i na to, co jí, což má vliv na její vztah k tělu i k jídlu. Většinou to se jednalo o výtky od jejích mužských vrstevníků. Vyjadřuje však domněnku, že v tomto procesu je chyba na straně toho, kdo kritiku vznáší a ne toho, kdo ji přijímá, „něco v tom stylu, že jsem přibrala a no a takový. A jako nezachovává to ve mně moc dobrý pocity, i když vím že bych si z toho nic dělat neměla, protože **je to spíš jejich problém než můj**. Že člověk, co má potřebu takhle někoho komentovat, tak asi to není úplně ok“.

9.5 Daniela

Daniele bylo 27 let a byla necelých 12 měsíců po porodu. Když přišla domů z porodnice, dolehla na ni úzkost. Po dobu přibližně týdne dvakrát až třikrát denně plakala bez zjevného nebo vědomého důvodu. Teď reflektuje, že na ni dolehlo to, jaká je mateřství velká změna. Měla strach, že se nedokáže o své dítě dobře postarat nebo že bude na obtíž sousedům, když bude miminko plakat. Nakonec se ale dokázala přizpůsobit a vše šlo hladce. Deprese po porodu nezažívala. Těhotenství bylo plánované, nyní jí pomáhá rodina i partner. Přestala kojit po 5 měsících.

Příbytku váhy během těhotenství se obávala dost. V souvislosti s těmito obavami však zmínila, že se neomezovala v jídle a **dopřávala** si, na co měla chuť. Výčitky kvůli jídlu neměla, jelikož si to odůvodňovala tím, že to dělá, aby bylo miminko dobře vyživené. Nyní to ale reflektuje tak, že přibrala 5 kilo „**zbytečně**“ právě kvůli tomu, že více jedla. Krátce po porodu svou váhu tolik neřešila s vědomím, že je přirozené v těhotenství přibrat, „*měla jsem v hlavě stále to, že jsem po porodu, a že někdy ty kila jdou hůře dolů*“. Nicméně když přišla domů z nemocnice, tak se zděsila toho, jak vypadá, „*břicho bylo velké jak v 5. měsíci těhotenství. Pak jsem se postavila na váhu a zjistila, že mám jen 6 kilo dole, a to mě prostě vyděsilo a říkala jsem si, ježiš tolik kilo musím shodit*“. Hubla pak však velmi rychle, „*v podstatě po týdnu jsem měla ploché břicho,*“ a zažila subjektivně pozitivní odezvu okolí na to, jak zhubla, „*taky známá si ze mě dělala legraci, že to vypadá, že jsem ani nerodila, že jsem hned plochá. Tak to mě potěšilo*“.

Daniela přibrala celkem 15 kilo, nyní je na své původní váze. Je vděčná, že nepřibrala více a vyzdvihuje to, že ta **kila šla dolů rychle**, „*mám známou, co přibrala 40 kilo, takže já si můžu de facto pískat, že to mám takto. Ale jako šlo to rychle potom dolů ty kila. Jsem takřka na své původní váze*“. Mimo jiné zhubla rychle proto, že měla po porodu úzkosti a málo jedla.

Daniela se porovnává s ostatními maminkami jak v oblasti vzhledu, tak v oblasti péče o dítě, „*že jestli třeba nedělám něco s dcerou špatně, ale pořád si říkam, že každé dítě je jiné, každé je individuální. Nebo že ta maminka vypadá po porodu lépe, ta zase vypadá hůř*“. Co se týče sociálních sítí, tam nemá sklony se s ostatními srovnávat s důvodem, že tyto osoby jsou pro ni cizí.

Přestože slýchá od okolí, že je **hubená a vypadá skvěle**, a těší jí to, sama ke svému tělu chová již dlouho smíšené pocity, „*já už mam přibližně 10 let problém v hlavě, jako že*

by to mohlo být lepší, že to není ideální, hlavně od pasu dolů teda. Všichni mi říkají, jak jsem hubená. Jako ale takhle dobře to vnímám. Já jsem se vrátila na původní váhu, jde mi sport, cvičení, takže takhle to vnímám dobře. Ale mam vnitřní jakoby problém, že to není ideální, že by to mohlo být stokrát lepší a tak. I když mi všichni říkají, že vypadám skvěle“. Nicméně když jsem se zeptala, zda někdy slýchá komentáře ohledně její váhy či vzhledu, tak řekla, že ne, „*to se nikdy nestalo. Nikdo nemá žádné připomínky, protože nemá proč“.*

V porovnání s obdobím před otěhotněním si Daniela myslí, že vypadá v podstatě stejně, ale dříve vypadala trochu lépe. Přes její smíšené pocity ohledně svého těla prý vyloženě nespokojenost s tvarem či váhou nyní nezažívá. Během těhotenství se sama sobě však velmi nelíbila. Jako negativní rysy vyzdvihla větší velikost a celulitidu. Jako pozitivní uvedla, že zezadu nebylo poznat, že byla těhotná, „*pas byl v pohodě, že zezadu to vypadalo, že ani těhotná nejsem, ale od pasu dolů, nelíbila jsem se“.*

U otázky, zda cítí někdy potřebu změnit své tělo, se rozpovídala o tom, že by neměla hubnout, protože je hubená dost, „*vzhledem k tomu, že já bych hubnout už neměla podle všech, tak nehodlam to měnit. Já jsem se teď věnovala aquaerobiku a díky tomu jsem zhubla další 2 kila, a je to zas vidět. Takže úplně zase není potřeba měnit to tělo“.*

Daniela svůj vztah k jídlu vnímá **pozitivně**. Moc neřeší, kolik toho sní, je pro ní hlavní, aby byla **najezená**. To, že se nestihne či zapomene najíst se stává jen zřídkka. Dopřává si, na co má chuť, ale cítí, že by měla omezit sladké a snaží se vyhýbat vysokokalorickým jídlům, „*sním takřka cokoliv, mam ráda i sladké, v tom se snažím teďka krotit, protože jsem sladkého jedla více a není to dobře“.* Někdy zažívá **pocity viny** ohledně jídla, „*někdy si uděláme něco smaženého, a po tom smaženém, když si dám třeba něco sladkého, tak se cítím pak najednou taková velká, tlustá. ... To už mám hodně dlouho tenhle problém“.* V minulosti jí párkrát někdo řekl, že moc jí, což jí v tu chvíli mrzelo, ale nemělo to dlouhodobý vliv na její vztah k jídlu, „*jsem měla pocit, jako kdyby ze mě dělali nějakou tlustou holku, která je prostě nenažraná s prominutím“.* Nikdy si nevyvolávala záměrně zvracení, uvědomuje si nebezpečí purgativních praktik, „*z toho jsem měla vždycky obavy a respekt. S tímhle se nemá začínat, dopadá to vždycky špatně“.*

9.6 Viktorie

Viktorii je 29 let a je necelých 9 měsíců po porodu. Mateřství popisuje jako moc krásné, ale náročné, a přizpůsobuje se mu těžko. Pomáhá jí však partner i rodina. Těhotenství bylo plánované a kojila půl roku.

Z příbytku váhy během těhotenství měla strach hodně. Velice rázně **vznesla rétorickou otázku, zda vůbec existuje někdo, kdo se toho nebojí**. Přibrála celkem asi 20 kilo, z čehož nebyla příliš nadšená, „*ze začátku těhotenství jsem zhubla 2 kila. Tak jsem si říkala jako dobrý. No a ke konci jsem už vypadala jako koule. Koule!*“. V porodnici nechala „pouze“ 7 kilo, ale během šestinedělí shodila hodně.

Se svým tělem je víceméně spokojená, až na to, jak se kojení podepsalo na jejích prsou a na to, že má o 4 kila navíc oproti své původní váze. Tato kila Viktorie přisuzuje tomu, že **ráda mlsá**. Snaží se to kompenzovat tím, že každý den cvičí a ujde 10 kilometrů. Také hodně pobíhá okolo miminka, což je též fyzicky náročné. Je si vědomá, že s tolika pohybem je důležité mít **dost živin**, a ráda si **dopřává** dobré jídlo, „*ale zase velkej výdej, a pak musí být i nějakej příjem. A já si ráda dopřeju nějakou tu naminu*“. Také navštěvuje solárium, aby nevypadala „*jak sýr*“.

Jako kladné vyzdvihuje to, že je zpevněná díky cvičení, nemá strie, povislé břicho ani jizvu po císařském řezu. Nicméně není spokojená stoprocentně, má představu o existenci jakéhosi ideálu, kterého snad ani není možné dosáhnout, „*samozřejmě, že by to vždycky mohlo bejt lepší že jo. Myslim si, že jsem jakž takž spokojená. Ještě by to chtělo dolů ty kila, ale ono to přijde*“.

Co se týče porovnání jejího body image před otěhotněním a nyní, má Viktorie pocit, že je to víceméně stejné a to proto, že nevypadá tolik odlišně. Negativně ale opět vyzdvihuje ta „**nadbytečná**“ 4 kila, to, že je starší, a že její **břicho není tak pevné** jako dříve, i přes snahu dosáhnout své původní postavy, „*není to, že bych ho měla přewislý, ale furt je takový, není to úplně tak pevný to břicho, jako bejvalo. Ty svaly jsou furt povolený, i když můžu dělat sebevíc cviků. Už to není takový. Ale jinak já jsem jakoby spokojená se svým tělem. Byla jsem před tím, jsem jakž takž i teď*“. Cítí potřebu své tělo změnit, a proto chodí na procházky a cvičí. Sport však pro ní nemá pouze instrumentální funkci, je to pro ni i příjemné odreagování a čas pro sebe. Nejvíce nespokojená je se svou váhou. Nicméně jako nejdůležitější vnímá to, že má **zdravou holčičku**.

V těhotenství se Viktorie snažila jíst zdravě a mít dost pohybu, postupem času jí však její stav už pohyb příliš neumožňoval. V tomto období měla ke svému tělu smíšený vztah. Vnímala krásu v těhotenství, která spočívá ve vytváření nového života. Připadala si však velmi opuchlá a **neatraktivní**, což se pojilo též s faktem, že si přes břicho neviděla na genitálie, „*jako je to hezký, nosíte dítě, to břicho je krásný. Ale já jsem se pak cítila už*

opravdu nekomfortně, úplně asexuálně. Jo, potom už si ani nevidíte na pipimi, takže...“. Těhotenství jí znemožňovalo samu sebe vnímat jako sexuální bytost. Přestože jí partner říkal, že je krásná, sama tomu nevěřila. Je přesvědčená, že jelikož těhotné tělo nesplňuje parametry konvenční atraktivity, znamená to, že ona sama objektivně atraktivní nebyla, *„bylo krásný, že mi přítel furt říkal, jak jsem krásná. Ale víme, jaká je pravda“.* Nyní se vnímá víc přitažlivě než v těhotenství.

Svůj vztah k jídlu charakterizuje jako **pozitivní**. Ze začátku mateřství moc nestíhala jíst, především obědy, ale nyní je to už lepší. Popisuje, že v porovnání s obdobím před otěhotněním **jí více a lépe**, protože na to teď má více času. Jí teď 4x denně. Kritizuje množství a kvalitu potravy v porodnici. Neshledává ji vhodnou pro to, aby se žena po porodu rozkojila.

Viktorie poruchou příjmu potravy nikdy netrpěla. Občas má **pocity viny** za jídlo, když sní něco, co považuje přes čáru. Snaží se **vyvažovat** zdravá a nezdravá jídla, *„no, když si dam ve 4 ráno double cheese tak ráno trošku [mám pocity viny]. Ale snažím se to mít tak jako vyvážený. Že když si dam něco smaženýho, tak si pak dam zase něco zdravějšího“.* Před otěhotněním výčitky neměla kvůli vědomí, že to jídlo „vyběhá“. Přemýšlí o tom, co jí, ale nemyslí si, že by byla zdravou stravou posedlá. Občas se cítí **tlustá**, protože snědla nějaké vysoko-kalorické jídlo. Tento pocit řeší tím, že si na sebe vezme volné tričko a nedívá se na sebe. V minulosti užívala spalovač tuků.

Setkává se spíše se subjektivně pozitivní odezvou okolí na její vzhled než s negativní. Okolí jí často říká, že na to, že je po porodu, vypadá dobře. Skupinka cizích mužů jí jednou řekla, že očividně cvičí. Všechny tyto poznámky jí lichotí. Stalo se ale i, že přítel její kamarádky za jejími zády spekuloval o tom, že přibrala, *„já jsem byla 2 měsíce po porodu, a ten blbec řek ,no nebejvala ta Viky nějaká hubenější?‘ Takže to mi jako docela naštvalo. Každý nemůže hned po porodu vypadat, jako kdyby nerodil, že jo“.*

10 Vynořující se témata

V následujících kapitolách se zaměřuji na zkoumaná témata jako taková, a na to, co mají případy společné nebo naopak odlišné. Nabízím zde též své vlastní interpretace dat a aplikuji zde poznatky z teoretické části.

10.1 Nižší váha = lepší váha, internalizace hubeného ideálu

Kromě Denisy všechny respondentky zažívaly strach z toho, jak moc přiberou v těhotenství. Nikol chtěla této změně předejít tím, že méně jedla. Časem ji však tato tendence opustila a začala se především soustředit na to, ať je miminko v pořádku. Naopak Daniela se i přes své obavy jídlu nevyhýbala, „řešila jsem trochu tu váhu, ale taky jsem si dopřávala papání“. Viktorie tyto obavy považuje za zcela běžné a nedokáže si představit, že by je někdo nepocíťoval. Daniela a Viktorie obě celkově vyjadřovaly sentiment, že vyšší gestační přírůstek váhy je nežádoucí. Daniela se staví do kontrastu se svojí známou, která přibrala 40 kilo a je vděčná, že takto nedopadla. Svou známou zde vykresluje jako odstrašující případ. Daniela se porovnává s jinými ženami, co v těhotenství přibraly více a vnímá, že je na tom „lépe“ než ony.

V rozhovorech se objevovala fráze „kila nahoře“, což reflektuje představu, že těhotenská váha je něco, čeho je třeba se zbavit. Toto slovní spojení použila například Denisa, která přestože vyšší váhu teď neřeší, myslí si, že budoucnost bez těchto kil „navíc“ ji stále někde čeká, „až si to tělo řekne že to dolů půjde, tak to půjde“. Daniela popisuje svých 5 kilo „navíc“ jako zbytečné, protože v těhotenství hodně jedla. Zastává sice názor, že je normální v těhotenství nabrat váhu a nemít svou původní postavu hned po porodu, je správné jíst víc kvůli výživě miminka, ale právě kvůli tomu se jí 3 měsíce držela „zbytečná“ kila. Sice je podle ní důležité dítě vyživit, ale její stravovací návyky v těhotenství vnímá jako přežitek, že se dopustila něčeho špatného. Nepřišlo jí na mysl, že by jí tato váha zůstala, brala jako samozřejmost, že tato kila musí shodit. Viktorie sice vnímá změnu těla jako proces, a je smířená s tím, že nyní to není ideální. Její pozitivní body image však závisí na myšlence, že existuje budoucnost, kde svá 4 kila „navíc“ již nemá. Její postoj reflektuje společenský tlak na návrat k původní postavě.

Viktorie mluvila o tom, že v důsledku své vyšší váhy a větší velikosti v těhotenství si připadala velice neatraktivně a ztratila schopnost se vnímat jako sexuální bytost. Tyto pocity odrážejí objektifikaci, které jsou ženy podrobovány a kterou si ženy internalizují.

Viktorie v tomto období nenaplnovala společenské ideály krásy a tak v její mysli nebylo možné ji sexualizovat, tudíž poklesla její spokojenost se sebou. Zřejmě chová domněnku, že existuje něco jako objektivní atraktivita, což je v rozporu se subjektivním vkusem každého jedince a upevňuje to mnohdy nenaplnitelné společenské standarty vzhledu.

Respondentky většinou buď toužily po návratu k jejich původní postavě nebo pozitivně vyzdvihovaly to, že se jim podařilo svou těhotenskou váhu shodit. Nikol nepociťuje nespokojenost s váhou právě proto, že již nemá žádná kila „nahore“. Implicitně zde tedy říká, že kdyby svou těhotenskou váhu neshodila, spokojená by nebyla. Přestože v rozhovoru vyjádřila přesvědčení, že je gestační přírůstek váhy přirozený, po porodu by pro ni byl nežádoucí. V těhotenství přibrala z jejího pohledu hodně, a cítila se lépe ihned po porodu. Veronika měla původní váhu už po dvou dnech. Vzpomíná ale na to, že před otěhotněním měla „lepší“ postavu. Vyjadřuje hodnotící soud, že existují „lepší“ a „horší“ postavy. Nejvíce po svém původním těle toužila když přenášela, vnímala toto období jako prodlužování jejího utrpení, kdy je nucena trávit čas v těle, které není ideální. Vzhledem k tomu, že byla hned bez břicha, nemá potřebu se srovnávat s ostatními co se týče velikosti či váhy. Nemá tedy potřebu se srovnávat, protože naplňuje hubený ideál.

Nálepku „lepší“ dala své postavě před otěhotněním i Daniela. Daniela je také na své původní váze a během rozhovoru opakovaně zdůrazňovala, jak je hubená. Sama se jednou spontánně zvedla, aby mi ukázala svou postavu a chtěla, ať zhodnotím, zda by měla hubnout. Její body image působí velmi křehkým dojmem, a že ve velké míře závisí na jejím podřízení se hubenému ideálu a na validaci okolí. Daniela má tendenci se srovnávat s ostatními maminkami a také vyslovuje hodnotící soudy o vzhledu ostatních žen. Kontrastuje to ale s uvědoměním individuality a jedinečnosti lidí, což kontraindikuje tendenci k sociálnímu srovnávání. Veronika, Daniela i Viktorie vyzdvihují to, že jejich „kila navíc“ šla rychle dolů.

Danielu velmi potěšilo, když jí její známá řekla, že vypadá, jako kdyby ani nerodila. Odráží zde představu, že dostat se co nejdříve na původní váhu je něco, k čemu by ženy měly aspirovat a i něco, co se dokonce očekává. Daniela se snaží co nejrychleji zbavit známek procesu těhotenství. Je možné, že si internalizovala mnoho těžko dosažitelných ideálů ohledně toho, jak by mělo fungovat její tělo a vytváří tak na sebe velký tlak.

Daniela a Viktorie obě mluvily o tom, že by jejich tělo mohlo být lepší, čímž se opět vztahují k nějakému ideálu a hodnotí tělo jako „lepší a horší“. Daniela a Nikol vznesly i argument, že by mohly vypadat i „hůř“. Daniela se k této možnosti staví, jako že se vyhla

kulce a je vděčná, že nedopadla „hůř“. Nikol na existenci této možnosti nechce upozorňovat a je z ní cítit úzkost z představy, že by se více vzdálila ideálnímu tělu. Veronika již nahlíží do budoucnosti a má starost ohledně faktu, že v průběhu času se jí bude zpomalovat metabolismus a bude více přibírat. Bojí se, že to „*bude horší a horší*“. Do její psychiky se promítá celková společenská nelibost vůči stárnutí a přirozeným tělesným změnám. Také vzpomíná na to, jak nespokojená se sebou byla v pubertě. Teď to však vnímá tak, že v pubertě vypadala lépe a teprve teď má důvod být nespokojená. Vynořuje se zde představa, že v mládí jsou ženy nejatraktivnější a měly by si toho vážit, dokud nebude příliš pozdě.

Viktorie se setkala s tím, že někdo z jejího okolí měl poznámku, že bývala hubenější. Na to se ohradila výrokem, že „*každý nemůže hned po porodu vypadat, jako kdyby nerodil*“. Vypadat, jakože člověk nerodil, je dle Viktorie tedy ideál, ke kterému by se mělo aspirovat. Zároveň chová přesvědčení, že je to nerealistické, a ne všichni mají takové štěstí. Tedy štěstí v tom, že se více přibližují ideálnímu tělu a tudíž méně čelí stigmatizaci. Jinak jí většinou lidé říkají, že na to, že je po porodu, vypadá dobře, což vnímá pozitivně. Znovu se zde objevují hodnotící soudy o lidských tělech. Znovu zde můžeme vidět sentiment, že známky toho, že byla žena těhotná jsou něco negativního, něco, čeho by se žena měla co nejrychleji zbavit, aby znovu naplnila roli konvenčně atraktivního sexuálního objektu, která jí během těhotenství byla upřena. Sentiment, že ženy by měly aspirovat k tomu, svým tělem potěšit ostatní.

10.2 Další nedokonalosti aneb „není to, co bývalo“

Vyjma vyšší váhy a větší velikosti než před otěhotněním respondentky uváděly další „nedokonalosti“, které je tíží a brání jim v pozitivním body image. Jako zdroj nespokojenosti byly uváděny například povolené břišní svaly, které trápí Nikol a Veroniku. Veronika zastává názor, že je to přirozené, „*prostě povolily ty břišní svaly, tím jak tam bylo to miminko. A není to úplně to, co to bylo předtím, světe div se *smích*. Ono to asi nemůže být úplně tak, jak předtím, přece jenom tam vyrůstalo miminko*“. Přes toto přesvědčení a snahu své tělo vnímat funkčně, Veronika vnímá že to „*není úplně ono*“. Opět se odvolává na nějaký ideál, který je v tomto případě reprezentován vzpomínkami na její postavu před otěhotněním.

Nikol mluvila o tom, že sice není nespokojená s váhou, ale váha není jediným indikátorem atraktivity, „*prostě to tělo vypadá jinak, i když je třeba na stejný váze, tak to tělo je úplně jiné*“. Nikol je nespokojená se svou vytahanou kůží a vyjadřuje touhu po

návratu ke svému původnímu tělu, „*jak ta kůže se natáhla, tak už se nevrátila úplně do toho původního stavu, nějakou dobu to potrvá*“. Doufá a věří, že se jednou do původního stavu navrátí. Jako handicap popisuje strie na břicho a na nohou. Strie jsou jizvy, které vznikají, když je kůže vystavena nadměrnému napětí vlivem toho, že nějaká část těla rychle nabyde na objemu. Jsou pro těhotenství typické (Vondrušková, 2022). Přesto je Nikol a Viktorie vnímají jako něco špatného. Viktorie vyzdvihuje v pozitivním světle, že strie nemá.

Dále jako kladné Viktorie vyzdvihuje to, že je zpevněná díky cvičení, nemá povislé břicho ani jizvu po císařském řezu. Zde se staví do opozice vůči jiným ženám po porodu, které tyto „nedokonalosti“ mají, a je vděčná, že nedopadla jako ony. Její pozitivní body image závisí na tom, že těmito „vadami“ netrpí. Nelíbí se jí ale, jak vypadají její prsa po kojení.

Eliška uvedla, že se „cítí tlustá“. Stejný pocit zažívá Viktorie, u ní se to pojí s konzumací vysokokalorických jídel. V těchto situacích si na sebe Viktorie vezme volné tričko a nedívá se na sebe. Tímto se může snažit tento pocit zahnat, a tloušťku vnímá jako něco, co je třeba skrývat, dokud to neodejde. Skrývat nejen před okolím, ale i sama před sebou, respektive před svým internalizovaným pozorovatelem a hodnotitelem.

V těhotenství vnímaly Daniela a Nikol negativně svou váhu a vyšší velikost. Dále byla Nikol nespokojená se svými oteklými končetinami. Viktorie nesla špatně opuchlost a fakt, že si přes břicho neviděla na genitálie. Daniela jako nežádoucí vnímala svou celulitidu a celkově se sobě nelíbila od pasu dolů. Pozitivně však vyzdvihla to, že zezadu nebylo poznat, že je těhotná. Vykresluje tedy těhotenství samo osobě jako nedokonalost. Jako něco, co by nemělo být vidět a za co se stydí.

Veronika byla ze svého těla během těhotenství velmi nešťastná, a to protože chová všeobecný odpor k těhotným tělům. Uvědomuje si funkci tohoto procesu, ale osobně se jí esteticky nelíbí. Také jí těhotenstvím provázely četné zdravotní komplikace. Přestože zažívá velkou nechuť vůči estetice těhotenství, nesla velmi špatně to, že její těhotenství bylo málo viditelné, a to zejména z důvodu postoje ostatních lidí, kdy bylo její malé břicho vnímáno jako zvláštnost a její těhotenství jako fikce.

Tyto zmiňované „vady“ či „handicapy“, slovy Nikol, jsou běžnými projevy a důsledky těhotenství. Fakt, že je tyto ženy vnímají jako nežádoucí opět poukazuje na společenské ideály krásy, které si tyto ženy internalizovaly. Vyskytuje se zde postoj, že

známky toho, že si prošly těhotenstvím, by měly být skrývány nebo odstraněny, a to co nejrychleji.

10.3 Musím se změnit já, ne společnost

Potřebu změnit své tělo do jisté míry zažívají nebo zažívaly od porodu všechny respondentky kromě Denisy. Nikol říká, že by měla začít cvičit, aby se jí stáhly svaly, ale bohužel na to nemá čas ani energii. Zajímavé je zde použití slova „měla“. Jako kdyby bylo její povinností své tělo změnit ve prospěch nějakého ideálu. Tedy její povinnost vůči společnosti, která tento ideál udržuje. Spíš než vnitřní touha po cvičení je její motivací tlak na změnu. To, že by měla cvičit, si myslí i Veronika. Dříve měla určitou postavu aniž by se o ni snažila, a nyní se snaží této původní postavy dosáhnout, a nejde jí to. Vnímá, že o tuto postavu musí usilovat.

Eliška by ráda zhubla, a to prostřednictvím cvičení a omezení jídla. Viktorie cvičí a chodí na procházky též za účelem proměny těla, ale tyto aktivity pro ni plní i rekreační funkci, cvičí ráda. Daniela uvedla, že potřebu své tělo měnit nemá, protože vzhledem ke své nízké váze by neměla hubnout. Po porodu však zhubnout chtěla, vnímala svou situaci tak, že svá „nadbytečná“ kila, která získala během těhotenství, shodit musí. V rozhovoru bylo záměrně použito slovo „změnit“, které Daniela okamžitě interpretovala jako „zhubnout“.

10.4 Mé tělo si toho zažilo hodně, dala jsem přece někomu život

Stává se, že si ženy po porodu začnou svých těl více vážit, protože je vnímají více funkčně, a to je přesně případ Denisy. Nastupovala do porodnice v týdnu 41+6, což znamená prodloužené těhotenství, téměř přenášení. Kvůli komplikacím musela mít akutní císařský řez. Její zotavení probíhalo velmi rychle a za to Denisa své tělo velice obdivuje. Popisuje, že její tělo se přizpůsobilo jejímu psychickému nastavení a fungovalo tak, jak potřebovala. Protože k němu chová velký respekt tak nepociťuje potřebu zabývat se svou váhou.

Vnímá, že je přirozené v těhotenství přibrat. Sice by ráda začala cvičit, ale respektuje, že ještě není po císařském řezu plně zotavená a ví, že nemůže tlačit na pilu. Denisa zde ukazuje velkou rezilienci v psychickém rozpoložení. Výtky od okolí si nebere k srdci. Jde si vlastní cestou a činí tak, jak uzná za správné. Vyzařuje velký seberepekt a vnitřní klid. Je opodstatněné předpokládat, že má vnitřní locus of control, neopomíjí však význam sociální opory.

Nikol také vyjadřuje respekt vůči sama sobě s tím, že dala někomu život. Přesto se v ní s těmito pocity pře touha po tom, vypadat jinak. Veronika též zmiňuje jako úctyhodné, že stvořila život. Přes její smíšené pocity vůči vlastnímu tělu neschvaluje všeobecnou stigmatizaci vyššího příbytku váhy v těhotenství. I když někdo přibere hodně, Veronika vnímá, že si jejich tělo prošlo velmi náročným a důležitým procesem, „*přece jenom, vznikl tam život, vznikl tam člověk.*“ Více si svého těla po porodu váží i Eliška. Váží si toho, co dokázalo a má k němu lepší vztah než před otěhotněním, přestože není stoprocentně spokojená. Přijde jí skvělé, jak její tělo funguje.

Stvoření života je vnímáno jako něco až zázračného. Je to dlouhý nesnadný proces, kdy se tělesné pochody velmi mění, a mnohdy tato zkušenost dá lidem úplně jinou perspektivu. Za běžných okolností je jednoduché ignorovat, jak geniální a tvrdě pracující mechanismus je lidské tělo. Ale ve vyjimečné situaci si začneme svá těla mnohem více uvědomovat. Není proto zarážející, že tyto ženy našly ve svém těle novou hodnotu.

10.5 Hodnocení ze strany okolí, sociální tlaky

Tyto ženy slychávají poznámky ohledně svého vzhledu a svých rozhodnutí v různých podobách. Jednou z nich jsou komentáře ohledně toho, že přibraly. Eliška toto slychává zejména od svých mužských známých, od žen prý ne. Zachovává to v ní špatné pocity. Tato interakce reflektuje představu, že přibrat je špatné a že ženy jsou objekty, které by si neměly dovolit vystoupit ze zóny konvenční atraktivity. Pro Elišku je nepříjemné, když někdo upozorňuje na tento její „přestupek“. Eliška však vykazuje prvky flexibility body image v tom, že rozpoznává, že tato kritika je projevem vnitřního rozpoložení kritika, a kritizovaný jedinec by si ji neměl brát osobně. Nicméně aspekty flexibility body image, kdy by tuto kritiku dokázala setřást a být vůči sobě laskavá, osvojené patrně nemá. Také se zde znovu odráží všudypřítomný hubený ideál vzhledem k tomu, že poznámka ohledně příbytku váhy je všeobecně vnímána jako kritika.

Viktorie se setkala s podobnou kritikou též ze strany mužského známého, která v ní zanechala vztek. V souvislosti s tímto incidentem ukázala uvědomění, že tělo každého je jedinečné a funguje jinak, „*každý nemůže hned po porodu vypadat, jako kdyby nerodil.*“ Přesto však to, že na někom není poznat, že rodil, vnímá jako optimální stav.

Veronice lidé říkají, že vypadá dobře na to, že rodila. Daniele říkají, že vypadá, jako že ani nerodila. To opět reflektuje představu, že když je na ženách poznat, že jsou po porodu, vypadají objektivně špatně. Tudiž když se jim podaří se známek těhotenství zbavit, plní tak

lépe roli žádoucího objektu. Veronika dále popisovala objektivizaci, které čelila jako nastávající matka, když jí lidé často sahalí na těhotné břicho bez jejího souhlasu. Veronika to vnímá tak, že ostatní jednali, jako kdyby měli právo na její tělo sahat a přišlo jí to drzé a neohleduplné. Veroniky situace málo viditelného těhotenství a následné zpochybňování jejího těhotenství okolím ukazuje, že od ní bylo očekáváno opět naplnit nějaký fyzický ideál (v této situaci tedy odlišný od běžného hubeného ideálu) nebo nějakou normu. Když do této normy nespádala, okolí nevědělo, jak se s tím vypořádat. Ve stejném dechu popisuje situaci kamarádky, která naopak měla nadstandartně velké břicho, a ostatní byli přesvědčeni, že se musí jednat o vícečetné těhotenství, přestože tomu tak nebylo. Veronice se též stává, že jí jiné maminky závidí, jak malou velikost v těhotenství, tak její poporodní postavu. Vadí jí, že mají ostatní ženy potřebu se s ní porovnávat, protože každá je individuální a zažívá potíže v jiných oblastech.

Daniela vypověděla, že neslychá od okolí komentáře ohledně své váhy nebo vzhledu, „*nikdo nemá žádné připomínky, protože nemá proč*“. Důvodem, proč mít připomínky, by tedy byla vyšší váha, větší velikost, či jakákoliv jiná „nedokonalost“, za což je Daniela ráda, že je nemá. Zřejmě se domnívá, že kdyby některou z těchto vad trpěla, připomínky by byly na místě. V jiných částech rozhovoru však mluvila o tom, že jí lidé říkají, jak je hubená a že jí to těší. Zřejmě si mou otázku interpretovala tak, že se ptám na kritiku, tudíž jí nepřišlo na mysl zmínit subjektivně pozitivní odezvu. Její výpověď reflektuje její postoj, že být hubená je dobré, a když jí takto hodnotí okolí, jedná se o komplimenty. Podobně pozitivně takovou odezvu vnímá i Viktorie.

Jako kladné vnímá komentáře typu „na to, žes rodila, vypadáš dobře“ i Nikol. Ta již však vyjadřuje vůči těmto situacím jisté smíšené pocity, jelikož je to pro ni upozornění, že by takto nemusela vypadat. Respektive, že by nemusela vypadat tak dobře. Popisuje zde i tu „negativní“ stránku kladně hodnotících poznámek ohledně něčího těla. Jedná se o skrytou výhrůžku číhající pod povrchem. Okolí jí říká, že má štěstí, že naplňuje roli objektu pro jejich vizuální potěšení, protože je snadné o tuto roli přijít, a to by přece nechtěla. Samozřejmě pochybuji, že většina lidí tyto věci říká s úmyslem do nich zakódovat zprávu „opovaž se nevapadat podle našich preferencí“. Velká část těchto procesů je neuvědomělá. Přestože jejich záměry mohou být dobré, pomáhají udržovat jisté škodlivé mocenské struktury.

Před kritikou okolí nejsou v bezpečí ani stravovací návyky respondentek. Eliška ji slýchává zejména od rodiny, třeba když si dá nějakou nadstandartně velkou porci.

Zachovává to v ní špatné pocity, což se odráží do jejího vztahu k jídlu i k jejímu tělu. Daniele bylo řečeno, že moc jí. Přestože ji to údajně dlouhodobě neovlivnilo, v tu chvíli se dobře necítila. Měla pocit, že je vnímána jako „tlustá“, vůči čemuž se velmi důrazně vymezuje. Slovo tlustá podává jako pejorativní pojem. Tímto postojem může nejen vytvářet velký tlak na sebe vypadat určitým způsobem, ale též přispívat ke stigmatizaci nadváhy. I Nikol se setkává s pochybami jejích blízkých ohledně svých stravovacích rozhodnutí, ale nenechává se jimi ovlivňovat. Denisa na komentáře od okolí nedbá a nevnímá je.

Eliška vnímá společenský tlak hodně na sociálních sítích, zejména na Instagramu. Má pocit, že na internetu jsou hodně propagovány ideály krásy, a že je nějaký specifický vzorek vzhledu, kterému by se měla přizpůsobit. Jelikož tomuto vzorku neodpovídá, připadá si neadekvátně a neustále přemýšlí nad tím, jak vypadá.

10.6 Narušené stravování

Nyní se přesouváme ke vztahu jídlu respondentek a k tomu, jaké prvky narušeného stravování se u nich vyskytují. V první řadě, všechny kromě Veroniky uvedly, že se snaží jíst alespoň 3x denně, přestože realita nemusí odpovídat jejich snaze. Veronika nevnímá jídlo jako prioritu a jí zkrátka když má čas. To, že se nestihnou či zapomenou najíst, protože jsou příliš zaneprázdněné péčí o dítě, se do jisté míry stává všem z nich.

Co se týče narušeného stravování v minulosti, Denisa cca v 16/17 letech zápasila s bulimií, a podařilo se jí uzdravit. Díky této zkušenosti s bulimií se naučila přijímat své tělo. Během jednoho svého bývalého vztahu zažívala provinilost za jídlo, ale tyto pocity již také překonala. Před otěhotněním dodržovala striktní zdravou stravu. Eliška uvedla, že si v náctiletém věku párkrát vyvolala záměrně zvracení. Veronika se v pubertě za účelem hubenosti omezovala v jídlu do takové míry, že kvůli tomu omdlávala. Přibližně před 10 lety se Daniela účelově snažila zhubnout, a tak si celkově odříkala jídlo. Viktorie dříve užívala spalovač tuků.

Jedním ze symptomů narušeného stravování jsou pocity viny za to, co člověk jí. V případě Veroniky tyto pocity vyvstávají v souvislosti s jejími četnými a neortodoxními chuťovými kombinacemi, jelikož je jí z nich často špatně od žaludku. Výčitky mívají i Eliška a Daniela, a to za smažená, sladká a vysokokalorická jídla. Viktorie pociťuje výčitky trochu, ale snaží se vyvažovat smažená a „zdravá“ jídla.

Další příznak, který byl v rozhovoru pokryt, je přílišné přemýšlení o tom, co jedinec jí. Tento problém zažívá pouze Eliška, „*vždycky nad tím, mam třeba na něco chuť, dám si to, a pak nad tím žejo hrozně přemýšlim a klasika, už mi jede v hlavě, že od zítřka prostě ne, že už budu jíst normálně a furt jako, si myslim že mi to vlastně jede v hlavě furt to jídlo no*“. Je zde zajímavé použití spojení „jíst normálně“. Dle autorů Pereira & Alvarenga (2007) mimo jiné normální stravování charakterizuje nedělení jídel na „dobré“ a „špatné“, čehož se Eliška ve své mysli patrně dopouští.

Daniela a Viktorie se vyhýbají vysokokalorickým jídlům, ale úplně si je neodříkají. Denisa se jim vyhýbá čistě jen kvůli chuťové preferenci. Vyhýbala se jim ale v minulosti, když trpěla bulimií. Veronika, Eliška a Daniela se snaží v jídle „krotit“ a jíst zdravěji. Domnívají se, že to, jak se stravují není dobré a měly by na sebe být přísnější, Daniela uvádí, „*mam ráda i sladké, v tom se snažim ted'ka krotit, protože jsem sladkého jedla více a není to dobře*“. Přestože Daniela svůj vztah k jídlu popisuje jako pozitivní, lze podotknout, že si trochu protřečí a že svůj vztah k jídlu nemá vyřešený. Je možné, že si neuvědomuje některé znaky narušeného stravování, které se u ní mohou vyskytovat. Na začátku těhotenství měla hodně úzkosti, a tak málo jedla a kvůli tomu zhubla. Tuto realitu vnímá jako pozitivní.

Denisa, Nikol, Veronika a Eliška se někdy obracejí na jídlo pro útěchu. Veronice a Elišce se stává, že se nedokážou v jídle zastavit. U Veroniky to vede k nevolnosti. Veronika, Daniela a Viktorie se někdy cítí tlustá, protože snědly vysoko-kalorické jídlo. V případě Daniely se jedná o dlouhodobý problém. Viktorie se tento pocit snaží zahnat tím, že se na sebe nedívá. Eliška se obecně cítí tlustá, ale ne kvůli tomu, co jí.

V těhotenství se Viktorie snažila jíst zdravě a cvičit, aby příliš nepřibrala. Nicméně když tak jako tak přibírat začala, tuto snahu vzdala. Nikol se kvůli strachu z příbytku váhy ze začátku těhotenství omezovala v jídle, ale časem ji tato tendence také opustila. Veroniku napadlo se záměrně omezovat v jídle, nakonec ale její tělo rozhodlo samo, protože jí bývalo z jídla obecně špatně, tudíž v těhotenství moc nejedla.

10.7 Jídlo si dopřávám

Denisa jídlo miluje. Dává zřetel na to, co chce její tělo, takže když má na něco chuť, dopřeje si to, „*tělu neporučíte, prostě to tak je*“. V těhotenství hodně zvracela a jedla málo. Teď si nic neodpírá. Nikol si teď také dopřává, co chce. Musela dříve na nějakou dobu omezit diverzitu své stravy kvůli zdravotnímu stavu, takže teď si užívá, že může jíst „normálně“. Jíst normálně pro Nikol tedy znamená jíst to, co si přeje.

Viktorie ráda mlsá a popisuje se jako požitkář. Hodně jedla zejména po návratu z porodnice, protože tamější strava pro ni byla nedostatečná. Vzhledem k tomu, že má hodně pohybu si uvědomuje, že musí přijímat adekvátní množství živin. Veronika si v jídle neodepře nic, což ale vnímá jako selhání na její straně. S tímto pocitem se přou její myšlenky, že stvořila život a tudíž si to jídlo zaslouží. Stejně jako Denisa během těhotenství hodně zvracela a moc nejedla, což se po porodu změnilo. Daniela si dopřávala zejména v těhotenství. Toto období vnímala jako vyjímečné, protože musela živit i miminko, tedy „jíst za dva“. Těhotenství bylo tedy vnímáno jako jakási propustka.

11 Odpovědi na výzkumné otázky

11.1 Jak prvorodičky vnímají své tělo v období po porodu?

Denisa se neobávala toho, že by v těhotenství přibrala. Nyní si svého těla velmi váží, protože si toho hodně prožilo. To, že má nějaká ta kila „navíc“ neřeší, vnímá to tak, že to k tomu procesu patří. Nespokojenost se svým tělem nepocituje a necítí potřebu ho změnit. **Nikol** popisuje, že se po porodu své tělo vnímá méně pozitivně než před otěhotněním. Na jednu stranu k sobě chová respekt, protože někomu dala život. Nicméně přála by si mít svou původní postavu. Není nespokojená se svou váhou, protože svůj gestační příbytek už shodila. Chtěla by však začít cvičit, aby se zpevnila. Trápí jí povolené svaly, vytahaná kůže a strie. Ze začátku měla obavy z příbytku váhy v těhotenství, později ji opustily. **Veronika** přes svůj strach během těhotenství přibrala velmi málo a po porodu byla hned na původní váze. Krátce po porodu své tělo vnímala lépe než nyní. Popisuje, že se její nespokojenost začala objevovat někdy ve 3. až 4. měsíci po porodu. Přes vědomí, že v důsledku těhotenství se těla mění touží po své původní postavě. Nelíbí se jí na sobě zejména její povolené břicho.

Eliška se sebou sice není stoprocentně spokojená, ale svého těla si váží více než před otěhotněním. Podobně jako Veronika si připadala lépe krátce po porodu než teď. Chtěla by zhubnout, tuto potřebu měla i před otěhotněním. **Daniela** na jednu stranu vnímá své tělo dobře, protože je hubená. Na druhou stranu má už dlouho v hlavě myšlenku, že její tělo není ideální. Je v této oblasti rozpolcená, ale nemá potřebu se měnit. Před otěhotněním se vnímala trochu lépe než teď, ale ten rozdíl pro ni není výrazný. Hned po porodu chtěla co nejdříve shodit „nadbytečná“ kila. Na svou původní váhu se vrátila velmi rychle, a právě proto se sebou není nespokojená. **Viktorie** se hodně bála, kolik přibere v těhotenství. Nyní popisuje, že má nahoře 4 kila, která by ráda shodila. Přestože by si přála být více zpevněná a příliš se jí nelíbí, jaká má po kojení prsa, svoje tělo vnímá v kladném světle. Vnímá pozitivně, že nemá strie ani jizvu po císařském řezu. Před otěhotněním měla ke svému tělu lepší vztah, ale podobně jako u Daniely se nejedná o příliš subjektivně významný rozdíl.

11.2 Jaký mají prvorodičky vztah k jídlu v období po porodu?

Denisa jídlo miluje. Před otěhotněním byla ve stravě velmi striktní, nyní jí více a neomezuje se. Často se však jde najíst, až když „umírá hladý“, protože nestíhá a zapomíná. **Nikol** také miluje jídlo. Teď si ho obzvlášť užívá, protože se dlouho musela omezovat kvůli problémům se žlučníkem. Snaží se jíst vyváženě. Jí však méně než před otěhotněním,

protože kvůli péči o dítě se nestíhá tolik zabývat stravou. **Veronika** svůj vztah k jídlu vnímá negativně, protože si nic neodřekne a hodně míchá různé chutě. Bývá jí z množství jídla, co konzumuje špatně od žaludku. Přála by si jíst zdravěji, ale nedaří se jí to.

Eliška svůj vztah k jídlu nevnímá dobře, jelikož mívá často výčitky a má pocit, že o jídle neustále přemýšlí. Na rozdíl od doby před těhotenstvím má teď hodně chutě, s čímž se vyrovnává těžce. **Daniela** si myslí, že má skvělý vztah k jídlu. Sní téměř cokoli, ale momentálně se snaží v jídle krotit. **Viktorie** má pozitivní vztah k jídlu, v porovnání s obdobím před otěhotněním jí více a subjektivně lépe. Snaží se vyvažovat „zdravá“ a „nezdravá“ jídla.

11.3 V jaké míře se u prvorodiček po porodu vyskytují symptomy PPP?

Denisa v minulosti trpěla poruchou příjmu potravy. Nyní nevykazuje žádný ze symptomů narušeného stravování pokrytých v rozhovoru, vyjma výjimečného obracení se na jídlo pro útěchu, což před těhotenstvím nedělala. **Nikol** nikdy neměla problém s PPP. Jediný z prvků narušeného stravování, který se u ní objevuje je též zajídání emocí, tento zvyk měla vždy. **Veronika** si v minulosti odříkala jídlo. Nyní mívá pocity viny kvůli jídlu, zejména protože jí z množství, co konzumuje, bývá špatně. Obrací se na jídlo pro útěchu, což dělala celý život. Velmi často se jí od porodu stává, že jí, a nedokáže se zastavit. Občas se cítí tlustá, protože snědla vysoko-kalorické jídlo. **Eliška** mívá kvůli jídlu výčitky a má pocit, že moc přemýšlí nad jídlem. Tyto problémy měla vždy, ale po porodu se zhoršily. Má potřebu se v jídle omezovat, tato potřeba po porodu též zesílila. Též od porodu zesílily její tendence obracet se na jídlo pro útěchu. Občas se jí stává, že se nemůže v jzení zastavit, a nevybavuje si, že by se to stávalo před těhotenstvím. V minulosti se párkrát uchýlila k záměrnému vyvolávání zvracení, to už nyní nedělá. **Daniela** mívá výčitky, když sní něco sladkého nebo smaženého. Cítí se potom tlustá. Vyhýbá se vysoko-kalorickým potravinám, ale ne úplně. V minulosti si záměrně odříkala jídlo, když se snažila zhubnout, nyní to už nedělá. **Viktorie** mívá trošku výčitky kvůli jídlu, ale nejedná se o nic zásadního. Dříve užívala spalovač tuků, teď už ne.

11.4 Jak souvisí body image a vztah k jídlu u prvorodiček po porodu?

Denisa své tělo vnímá velmi funkčně a s respektem, nespokojenost nepocítuje. Dle mého názoru má velmi pozitivní body image. Neobjevila jsem u ní symptomatiku PPP, její vztah k jídlu se zdá být pozitivní, jen na něj nemá moc času. Nenechává se ovlivňovat

kritikou okolí. **Nikol** se ze začátku těhotenství omezovala v jídle, aby zabránila velkému příbytku váhy. Postupně tento postoj překonala a uvědomila si, že by se především měla soustředit na zdraví dítěte. Nyní chce své tělo změnit pouze prostřednictvím cvičení, nikoliv změny jídelníčku. Jídlo miluje a nebere si poznámky okolí ohledně toho, jak se stravuje k srdci. **Veronika** sice nemá kladný vztah k jídlu a touží po jiné postavě. Nicméně z jejích výpovědí jsem porozuměla, že této postavy se snaží dosáhnout především cvičením, a chtěla by začít jíst „zdravěji“ protože z její aktuální stravy jí bývá nevolno. Občas se však cítí tlustá po zkonsumování vysoko-kalorického jídla. **Eliška** cítí velký společenský tlak na to, jak by měla vypadat po porodu. Proto velmi často přemýšlí nad jídlem a má výčitky, což je po porodu umocněno. Chtěla by zhubnout a má v plánu více pohybu a méně jídla. Lidé v jejím okolí komentují to, co jí, což se promítá do jejího vztahu k jídlu i k vlastnímu tělu. **Daniela** se někdy cítí tlustá, když sní vysoko-kalorické jídlo, což vnímá velmi negativně. Obecně nemá tendenci měnit své tělo, ale jen protože je hubená. Po porodu se snažila zhubnout, velmi negativně vnímala, že se jí ještě 3 měsíce od porodu držela „nadbytečná“ váha. Tato kila byla výsledkem toho, jak se v těhotenství stravovala, a Daniela je vnímá jako zbytečná a nežádoucí. **Viktorie** popisuje, že má „nahore“ 4 kila, která připisuje tomu, že mlsá. Přála by si zbavit se jich, ale k tomu nepovažuje za nutné se ve stravě omezovat, spíše se snaží mít dostatek pohybu.

12 Diskuze

V této části porovnávám zjištění z mého výzkumu s poznatky z již existující literatury. Dále popisuji limity práce a věnuji se sebereflexi výzkumnice ve výzkumném procesu.

Literatura (Fern et al., 2014; Clark et al., 2009) pojednává o tom, že vnímání vlastního těla z funkčního hlediska souvisí s chováním vlastního těla ve větší úctě, což umožňuje snáze akceptovat změny, které nastaly v důsledku těhotenství. Přijetí těchto změn též znamená, že se ženy méně zabývají vlastním vzhledem, připadá jim více akceptovatelné přibrat na váze, a tedy celkově méně podléhají hubenému ideálu. Toto smýšlení lze pozorovat v případě Denisy. Větší respekt vůči vlastnímu tělu po porodu chovají i Nikol, Eliška a Veronika, ale u nich se vyskytuje již větší rozpolcenost.

Respondentky opakovaně vyjadřovaly touhu po návratu ke své původní postavě před otěhotněním a po zbavení se nadbytečných kil, nebo pozitivně vyzdvihovaly, jak rychle svůj gestační příbytek váhy shodily, což odráží všudypřítomný hubený ideál krásy, o kterém existující literatura pojednává extenzivně. V rozhovorech se též vynořovaly zmínky o poznámkách ze strany okolí a v případě Elišky i o celkovém společenském tlaku ohledně toho, jak by ženy měly po porodu vypadat. Dle existující literatury tyto sociální tlaky mohou mít vliv na body image a celkovou psychickou pohodu, což lze u respondentek pozorovat. Thompson (2020) se domnívá, že na body image má významný vliv srovnávání se s okolím. Respondentky uváděly, že spíše než s ostatními mají tendenci se porovnávat právě samy se sebou před otěhotněním, což je též v souladu s poznatky Thompson (2020). I když v menší míře, téma srovnávání se s ostatními se v rozhovorech vynořovalo také. A to jak ve smyslu, že se respondentky vůči okolí cítily neadekvátně, i ve smyslu, že cítily, že jsou na tom oproti okolí lépe.

U Veroniky, Elišky a Daniely lze pozorovat zvýšenou negativitu ve vnímání vlastního těla několik měsíců po porodu v porovnání s obdobím okamžitě po porodu, což je v souladu s existující literaturou (Rallis et al., 2007; Skouteris et al., 2005), která se domnívá, že ženy s postupem času od porodu vnímají jako méně akceptovatelné, že je jejich tělo v důsledku těhotenství pozměněno, jelikož už nejsou v tomto výjimečném období, které by jim poskytovalo „propustku“ vzdát se od stanovených ideálů krásy.

Literatura uvádí že intuitivní jezení je faktorem jak ve snižování patologických stravovacích návyků, tak ve větší spokojenosti s vlastním tělem (Schaefer & Magnuson,

2014; Tribole & Resch, 1995, citováno v Mathieu, 2009; Lee et al., 2020). Nejsilnějším příkladem těchto korelací je v rámci našeho výzkumu Denisa a do jisté míry i Nikol, Viktorie a Daniela. Eliška a Veronika si také dopřávají, na co mají chuť, což je komponent intuitivního jezení. Nicméně u těchto respondentek je přítomné přesvědčení o tom, že některá jídla jsou inherentně špatná, což vede k pocitům viny a může souviset s nespokojeností s vlastním tělem, což tyto respondentky pociťují. Nespokojenost však zažívají i Nikol a Viktorie, ty se však spíše odkazovaly na věci jako strie a povolené břicho, což jsou „nedokonalosti“, které se „zdravější“ stravou neodstraní. Respondentky také často vyzdvihovaly to, kolik kilo po porodu shodily, což naznačuje, že jejich současná spokojenost s vlastním tělem závisí spíše na souladu s hubeným ideálem než na jejich vztahu k jídlu. Tato skutečnost ukazuje, že souvislost mezi vztahem k jídlu a vztahem k vlastnímu tělu je velice komplikovaná a hraje zde roli mnoho faktorů.

Odborníci jako například Makino et al. (2020), Baskin et al. (2021) a Chan et al. (2019) říkají, že v období po porodu jsou ženy více náchylné k rozvoji vzorců narušeného stravování či k relapsu symptomů PPP, pokud je zažívaly v minulosti. Dalo by se říci, že jistý relaps zažila Veronika, i když u ní došlo k proměně symptomů. O rozvoji odlišných symptomů PPP v rámci relapsu hovoří studie Keel et al. (2005), i když tato studie byla zaměřena pouze na mentální anorexii a mentální bulimii, a Veronika se zdá spíše vykazovat symptomy záchvatovitého přejídání. O zintenzivnění narušeného stravování po porodu hovořila i Eliška.

Za jeden z možných limitů této práce lze považovat malý rozsah výzkumného souboru. Přestože jsem se držela doporučení dle Smith et al. (2009, citováno v Řiháček et al., 2013), zkušenost každé ženy po porodu je naprosto jedinečná, a tudíž šest výpovědí poskytuje skutečně jen drobný vhled do této problematiky.

Dalším potenciálním limitem mohlo být online prostředí rozhovorů, a to konkrétně z důvodu, že děti účastnic občas rozhovor přerušily, a pak bylo trochu obtížnější zase navázat na konverzaci. Na druhou stranu tyto přestávky sloužily i jako příjemný oddych od citlivé diskuze. Další úskalí online rozhovorů je oční kontakt, jelikož pokud se dívám na svůj protějšek na obrazovce, z pohledu té druhé osoby to může působit, že se dívám trochu bokem, a dívat se přímo do kamery není příliš příjemné. Celkově bylo limitujícím faktorem, že bylo třeba brát v potaz potřeby dětí a to, kdy se jim matky musely věnovat, a bylo náročné se domluvit na přesný čas.

Rizikem byla i citlivá povaha zkoumaného tématu a s tím patrně související neochota žen se účastnit. Na online inzeráty jsem dostala všehovšudy pouze jednu odpověď, zbytek žen se účastnilo na základě oslovení známými. Kvůli citlivosti tématu jsem měla problém s tím, jak položit potřebné otázky vhodným způsobem. Též jsem se obávala zdrženlivosti respondentek ve výpovědích, naštěstí ale byly všechny dost otevřené.

Je mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat body image a vztah k jídlu, které byly v této práci zohledněny jen okrajově nebo vůbec. Jedná se například o to, zda žena kojila a jak dlouho. Též jestli má partnera a jaký mají vztah. Vlivu sociálních sítí a médií obecně byla též věnována relativně malá pozornost. V neposlední řadě bych chtěla zmínit socioekonomický status, kdy všechny účastnice jsou patrně součástí střední třídy. Ve výzkumu tedy nebyla zachycena zkušenost žen, které kvůli finanční situaci nemají jistý a konzistentní přístup k jídlu. Domnívám se, že finanční nejistota by se do výpovědí žen po porodu promítla významným a unikátním způsobem. Pro další výzkumná snažení bych tedy doporučila zohlednit výše zmíněné faktory. Též by byl vhodný longitudinální výzkum.

Dalším významným limitem byl bezpochyby nedostatek zkušeností výzkumnice, který se odrazil zejména ve tvorbě otázek a vedení samotných rozhovorů. Až během analýzy dat jsem si uvědomovala, jaká témata bych si přála do okruhu otázek ještě zahrnout. Problém byl též v tom, že různé respondentky byly různě výřečné, často bylo třeba se doptávat na důležité informace a usměrnit rozhovor správným směrem, v některých případech mě ihned nenapadlo se na danou věc zeptat.

Je důležité též reflektovat zkušenost výzkumnice s daným tématem a důvod volby daného tématu. Osobně jsem v minulosti, zejména v adolescenci, zažívala silnou nespokojenost s vlastním tělem, a právě to mě vedlo k určitým patologickým návykům co se týče stravování. Kvůli vlastním problémům s body image jsem se začala o tuto problematiku více zajímat a vyhledávat různé, především feministické teorie, které mi postupně pomohly alespoň do jisté míry dekonstruovat některé nerealistické představy a nároky, které jsem na sebe měla. V žádném případě však má cesta k sebepřijetí není u konce, tudíž se mé zkušenosti a přesvědčení mohly promítnout do výzkumu. Abych tomu předešla, snažila jsem se vyvarovat užívání citově zabarvených výroků v rámci interpretací dat. Také jsem se opakovaně pokoušela vcítit do kůže respondentek a představit si jednak, jak se cítily během jejich popisovaných zážitků, a také jak by se cítily při čtení mých interpretací jejich výpovědí. Během psaní jsem se řídila zejména zásadou být upřímná, ale laskavá, a doufám, že jsem v tomto aspektu příliš neselehala.

Za silné stránky výzkumu považuji rozmanitost ve věku a v uplynulé době od porodu mezi respondentkami. Dále skutečnost, že přestože ochota účastnit se výzkumu byla podmíněna žádostí o účast od známé osoby, respondentky projevovaly vůči účasti nadšení a byly rády, že se někdo o jejich zkušenosti zajímá.

Vzhledem k povaze této práce a celkově kvalitativního výzkumu tato zjištění nejsou v žádném případě reprezentativní vůči celkové populaci žen po porodu. V rámci mé práce je záměrem pouze poukázat na to, že přinejmenším některé ženy období po porodu takto prožívají. Výsledky mohou poukázat na to, jakým výzvám v oblasti psychického zdraví, které se netýkají přímo péče o dítě, čelí prvorodičky, což považuji za hlavní přínos této práce.

Závěr

Tato práce pojednávala o tom, jak prvorodičky vnímají své tělo po porodu a jaký mají vztah k jídlu. Cílem bylo popsat zkušenosti prvorodiček v těchto oblastech. Zajímalo nás, jestli se u žen po porodu vyskytují symptomy poruch příjmu potravy, zda v tomto období dochází k jejich rozvoji či umocnění, a zda mají tělesné změny v důsledku těhotenství vliv na body image prvorodiček.

Závěry vyplývající z tohoto výzkumu jsou následující:

- Ženy se většinou obávají příbytku váhy během těhotenství
- Ženy po porodu často cítí potřebu navrátit se ke své původní postavě před otěhotněním
- Nespokojenost s vlastním tělem po porodu pramení většinou z tělesných změn, které nastaly v důsledku prožitého těhotenství (např. vyšší váha, strie, povolené svaly)
- Spokojenost s vlastním tělem pramení většinou buď ze zvýšeného respektu vůči tělu v důsledku těhotenství a porodu, nebo z nepřítomnosti známek prožitého těhotenství na těle (např. zbavení se váhy nabrané během těhotenství, nepřítomnost strií či jizvy po císařském řezu)
- Potřeba změnit své tělo většinou znamená potřebu zhubnout nebo jinak odstranit známky prožitého těhotenství a být v souladu s ideály konvenční atraktivity (zejména hubený ideál)
- Není neobvyklé, že ženy zažívají vyšší spokojenost se svým tělem krátce po porodu, než s větším odstupem od porodu
- V období po porodu může dojít k umocnění, relapsu či rozvoji vzorců narušeného stravování
- Dopřávání si k jídlu, na co má člověk chuť, může znamenat pozitivní vztah k jídlu a praktikování intuitivního jezení, ale může se pojit i s výraznými pocity viny
- To, že ženy po porodu vynechávají jídlo, protože se zapomenou nebo nestihnou najíst kvůli starosti o dítě, je velmi běžný jev

Souhrn

Tato práce pojednává o tom, jak ženy po porodu, konkrétně prvorodičky, vnímají své tělo a jaký mají vztah k jídlu. Práce se skládá z teoretické a empirické části. Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol, a to body image, vztah k jídlu, a body image a vztah k jídlu u žen po porodu.

V první kapitole je vymezen samotný pojem body image z perspektivy několika autorů, a v podstatě se jedná o způsob, jakým jedinec své tělo vnímá, jak o něm smýšlí, a jak se ohledně něj cítí. Body image souvisí i s celkovým sebepojetím. Pozitivní body image je významným protektivním faktorem pro psychické i fyzické zdraví jedince. Negativní body image může být odrazem společenských ideálů krásy a celkové stigmatizace nadváhy a obezity, a souvisí s narušeným stravováním. Ideály krásy jsou často označovány za nerealistické a je na místě podotknout, že jsou v průběhu času proměnlivé. Tyto ideály jsou propagovány skrze média, a to zejména skrze v současné době velmi používané sociální sítě. O společenském vlivu na body image pojednávají teorie objektifikace, tripartitní model body image a poruch příjmu potravy a teorie sociálního srovnávání, které jsou představeny v kapitole 1.7.

Druhá kapitola je věnována vztahu k jídlu. V rámci této kapitoly jsou vymezeny pojmy normální stravování, narušené stravování a poruchy příjmu potravy. Normální stravování znamená, že jedinec má vyváženou stravu, pozitivní přístup k jídlu a nedělí jídla na „dobrá“ a „špatná“. Do narušeného stravování spadají problémy jako obsesivní přemýšlení o jídle a o tom, kolik kalorií jedinec konzumuje, obracení se na jídlo pro útěchu, nerealistické domněnky o jídle a o váze, purgativní praktiky, přejídání se či omezování se v jídle. Poruchy příjmu potravy charakterizují tyto problémy, ale ve vyšší míře, která vyžaduje diagnózu. PPP jsou charakteristické narušeným body image. Mezi poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, ortorexie, pica syndrom, AFRID, ruminační syndrom, bigorexie, nebo drunkorexie. Bývají provázeny četnými zdravotními komplikacemi a mohou vést i ke smrti.

Ve třetí kapitole jsou jako první představeny fyzické i psychické změny, které se pojí s těhotenstvím a porodem. Dále tato kapitola popisuje, že v období prvního roku po porodu bývají u žen zvýšeny obavy ohledně vlastního těla, a že toto období může být pro ženy rizikové co se týče rozvoje, umocnění nebo relapsu narušeného stravování. Ženy se mohou cítit pod tlakem navrátit se ke své původní postavě před otěhotněním. Ve zmírnění

nespokojenosti s vlastním tělem může hrát důležitou roli to, když žena vnímá své tělo z funkčního hlediska.

Cílem práce bylo zjistit, jak prvorodičky po porodu vnímají své tělo, a jaký mají vztah k jídlu. Vzhledem k cílům práce byl zvolen kvalitativní design. Data byla sbírána prostřednictvím rozhovorů se šesti prvorodičkami, které v čase rozhovoru rodily před dobou kratší než jeden rok. Jednalo se o ženy ve věku 20 až 30 let. Rozhovory probíhaly online formou.

Analýza dat probíhala metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Jako první jsou popsány zkušenosti jednotlivých účastnic, dále je představeno několik významných témat, která se v rozhovorech vynořovala. Tato témata jsou následující: nižší váha znamená lepší váha; další nedokonalosti kromě vyšší váhy; potřeba změnit své tělo; respekt vůči tomu, co si tělo zažilo; hodnocení ze strany okolí; narušené stravování; dopřívání si jídla.

Další kapitola poskytuje odpovědi na výzkumné otázky, které zněly:

- Jak prvorodičky vnímají své tělo v období po porodu?
- Jaký mají prvorodičky vztah k jídlu v období po porodu?
- V jaké míře se u prvorodiček po porodu vyskytují symptomy PPP?
- Jak souvisí body image a vztah k jídlu u prvorodiček po porodu?

Mezi hlavní získané poznatky patří, že ženy po porodu mnohdy cítí tlak a potřebu navrátit se ke své původní postavě. Když cítí nespokojenost se svým tělem, je to zejména kvůli tělesným změnám, které na nich zanechalo těhotenství. Těchto změn se před otěhotněním či na začátku těhotenství ženy většinou obávají. Není neobvyklé, že se nespokojenost s tělem umocňuje s odstupem času od těhotenství. Též však ženy můžou v důsledku procesu těhotenství a porodu získat ke svému tělu větší respekt. Období po porodu je rizikové pro vývin, zintenzivnění či relaps symptomů PPP. Intuitivní jezení se pojí s absencí příznaků PPP. Je běžné, že se novopečené matky zapomínají či nestíhají najíst.

Literatura

- Abdelaal, M., le Roux, C. W., & Docherty, N. G. (2017). Morbidity and mortality associated with obesity. *Annals of translational medicine*, 5(7), 161. <https://doi.org/10.21037/atm.2017.03.107>
- Al Nasser, Y., Muco, E., & Alsaad, A. J. (2022). Pica. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532242/>
- Alharballeh, S., & Dodeen, H. (2021). Prevalence of body image dissatisfaction among youth in the United Arab Emirates: gender, age, and body mass index differences. *Current psychology*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01551-8>
- Alvarenga, M.dosS., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2010). Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perceptual and motor skills*, 110(2), 379–395. <https://doi.org/10.2466/PMS.110.2.379-395>
- Alvarenga, M.dosS., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2012). Comparison of eating attitudes among university students from the five Brazilian regions. *Ciencia & saude coletiva*, 17(2), 435–444. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000200016>
- American Dietetic Association (2006). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(12), 2073–2082. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.09.007>
- American Psychiatric Association. (2006). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (3. vydání). https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. vydání). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2014). Positive body image and young women's health: Implications for sun protection, cancer screening, weight loss and alcohol consumption behaviours. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 28–39. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105314520814>
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2015). Predictors of intuitive eating in adolescent girls. *The Journal of adolescent health*, 56(2), 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.005>

- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Bakhshi, S. (2011). Women's body image and the role of culture: A review of the literature. *Europe's Journal of Psychology*, 7(2), 374-394. <https://doi.org/10.5964/ejop.v7i2.135>
- Bardone-Cone, A.M., Hunt, R.A., & Watson, H.J. (2018). An Overview of Conceptualizations of Eating Disorder Recovery, Recent Findings, and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep* 20, 79. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0932-9>
- Baskin, R., Galligan, R., & Meyer, D. (2021). Disordered eating from pregnancy to the postpartum period: The role of psychosocial and mental health factors. *Appetite*, 156. doi.org/10.1016/j.appet.2020.104862
- Bassi, M., Delle Fave, A., Cetin, I., Melchiorri, E., Pozzo, M., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(2), 183–195. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1290222>
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: negative consequences of high self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 64(1), 141–156. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.64.1.141>
- Bee, P. (2006, 28. listopadu). The BMI Myth. *The Guardian*.
- Beech, O. D., Kaufmann, L., & Anderson, J. (2020). A Systematic Literature Review Exploring Objectification and Motherhood. *Psychology of Women Quarterly*, 44(4), 521–538. <https://doi.org/10.1177/0361684320949810>
- Blatný, M. et al. (2010). *Psychologie osobnosti – Hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
- Bleidorn, W., Buyukcan-Tetik, A., Schwaba, T., van Scheppingen, M. A., Denissen, J. J. A., & Finkenauer, C. (2016). Stability and Change in Self-Esteem During the Transition to Parenthood. *Social Psychological and Personality Science*, 7(6), 560–569. <https://doi.org/10.1177/1948550616646428>
- Bohne, A., Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T., & Jenike, M. A. (2002). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 43(6), 486–490. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.6.486>
- Carlson, E. A., & McAndrew, F. T. (2004). Body shape ideals and perceptions of body shape in Spanish and American college students. *Perceptual and motor skills*, 99(3 Pt 1), 1071–1074. <https://doi.org/10.2466/pms.99.3.1071-1074>

- Carter, W. P., Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Pindyck, L., McElroy, S. L., & Pope, H. G., Jr (2003). Pharmacologic treatment of binge eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 34 Suppl, S74–S88. <https://doi.org/10.1002/eat.10207>
- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring "negative body image": Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, 1(4), 363–372. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.10.001>
- Centers for Disease Control and Prevention. (Page last reviewed: 2022, 13. června). Weight Gain During Pregnancy. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-weight-gain.htm#weight>
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). My baby body: A qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 330–345. <https://doi.org/10.1080/02646830903190904>
- Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2021). The case for body positivity on social media: Perspectives on current advances and future directions. *Journal of health psychology*, 26(13), 2365–2373. <https://doi.org/10.1177/1359105320912450>
- Crow, S. J., Agras, W. S., Crosby, R., Halmi, K., & Mitchell, J. E. (2008). Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 277–279. <https://doi.org/10.1002/eat.20496>.
- Da Silva Tanganhito, D., Bick, D., & Chang, Y. S. (2020). Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression: A qualitative evidence synthesis. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 33(3), 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.012>
- Davanzo, R., Copertino, M., De Cunto, A., Minen, F., & Amaddeo, A. (2011). Antidepressant drugs and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 6(2), 89–98. <https://doi.org/10.1089/bfm.2010.0019>
- de Vos, J.A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C.A., Bohlmeijer, E.T., & Westerhof, G.J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *J Eat Disord* 5, 34. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>
- DeVader, S. R., Neeley, H. L., Myles, T. D., & Leet, T. L. (2007). Evaluation of gestational weight gain guidelines for women with normal prepregnancy body mass index. *Obstetrics and gynecology*, 110(4), 745–751. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000284451.37882.85>

- Dixson, A. F., & Dixson, B. J. (2011). "Venus Figurines of the European Paleolithic: Symbols of Fertility or Attractiveness?". *Journal of Anthropology*. <https://doi.org/10.1155/2011/569120>
- Easter, A., Solmi, F., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2015). Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: Longitudinal patterns. *European Eating Disorders Review*, 23(1), 19–27. <https://doi.org/10.1002/erv.2328>.
- Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E. (2011). Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American college health*, 59(8), 700–707. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.546461>
- Engeln–Maddox, R. (2005). Cognitive responses to idealized media images of women: The relationship of social comparison and critical processing to body image disturbance in college women. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(8), 1114–1138.
- Evropská federace psychologických asociací. (2005). *Etický metakodex*. https://is.muni.cz/el/1421/podzim2016/PSA_052/um/65243994/Metakodex_EFPA_2005.pdf
- Fan, Y., Støving, R. K., Berreira Ibraim, S., Hyötyläinen, T., Thirion, F., Arora, T., Lyu, L., Stankevic, E., Hansen, T. H., Déchelotte, P., Sinioja, T., Ragnarsdottir, O., Pons, N., Galleron, N., Quinquis, B., Levenez, F., Roume, H., Falony, G., Vieira-Silva, ... Pedersen, O. (2023). The gut microbiota contributes to the pathogenesis of anorexia nervosa in humans and mice. *Nature microbiology*, 8(5), 787–802. <https://doi.org/10.1038/s41564-023-01355-5>
- Fardouly, J., & Vartanian, L. R. (2015). Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns. *Body image*, 12, 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.10.004>
- Favaro, A., Tenconi, E., & Santonastaso, P. (2006). Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 63(1), 82–88. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.1.82>
- Featherstone, M. (2010). Body, Image and Affect in Consumer Culture. *Body & Society*, 16(1), 193–221. <https://doi.org/10.1177/1357034X09354357>
- Ferjenčík, J. (2015). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál.
- Fern, V. A., Buckley, E., & Grogan, S. (2014). Women's experiences of body image and baby feeding choices: Dealing with the pressure to be slender. *British Journal of Midwifery*, 22(11), 788–794. <https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.11.788>

- Fialová, L. (2006). *Moderní body image*. Grada.
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA*, *293*(15), 1861–1867. <https://doi.org/10.1001/jama.293.15.1861>
- Franco, D. L., Tabri, N., Keshaviah, A., Murray, H. B., Herzog, D. B., Thomas, J. J., Coniglio, K., Keel, P. K., & Eddy, K. T. (2018). Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Data from a 22-year longitudinal study. *Journal of psychiatric research*, *96*, 183–188.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, *21*(2), 173–206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The Psychiatric clinics of North America*, *42*(2), 263–274. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>
- Gjerdingen, D., Fontaine, P., Crow, S., McGovern, P., Center, B., & Miner, M. (2009). Predictors of mothers' postpartum body dissatisfaction. *Women & health*, *49*(6), 491–504. <https://doi.org/10.1080/03630240903423998>
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, *134*(3), 460–476. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.460>
- Grilo, C. M., Pagano, M. E., Stout, R. L., Markowitz, J. C., Ansell, E. B., Pinto, A., Zinarini, M. C., Yen, S., & Skodol, A. E. (2012). Stressful life events predict eating disorder relapse following remission: six-year prospective outcomes. *The International journal of eating disorders*, *45*(2), 185–192. <https://doi.org/10.1002/eat.20909>
- Grogan, S. (2016). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children (3rd ed.)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315681528>
- Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C., & Jimerson, D. C. (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American family physician*, *91*(1), 46–52.
- Holmqvist, K., & Frisén, A. (2010). Body dissatisfaction across cultures: findings and research problems. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, *18*(2), 133–146. <https://doi.org/10.1002/erv.965>

- Howard, J. (2018, 9. března). *The history of the 'ideal' woman and where that has left us*. Health News – CNN. <https://edition.cnn.com/2018/03/07/health/body-image-history-of-beauty-explainer-intl/index.html>
- Hrachovinová, T., & Chudobová, P. (2004). Body image a možnosti jeho měření (se zaměřením na klinickou populaci). *Československá psychologie*, 48(6), 499–509.
- Hsu, L. K., & Lee, S. (1993). Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa?. *The American journal of psychiatry*, 150(10), 1466–1471. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.10.1466>
- Chan, C. Y., Lee, A. M., Koh, Y. W., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., & Tang, C. S. K. (2019). Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *The International journal of eating disorders*, 52(6), 652–658. <https://doi.org/10.1002/eat.23065>
- Chauhan, G., & Tadi, P. (2022). Physiology, Postpartum Changes. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Chisuwa, N., & O'Dea, J. A. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*, 54(1), 5–15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.11.008>
- Iacovino, J.M., Gredysa, D.M., Altman, M. & Wilfley, D.E. (2012). Psychological Treatments for Binge Eating Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 14, 432–446. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0277-8>
- Jaeger, B., Ruggiero, G. M., Edlund, B., Gomez-Perretta, C., Lang, F., Mohammadkhani, P., Sahleen-Veasey, C., Schomer, H., & Lamprecht, F. (2002). Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(1), 54–61. <https://doi.org/10.1159/000049344>
- Jiotsa, B., Naccache, B., Duval, M., Rocher, B., & Grall-Bronnec, M. (2021). Social Media Use and Body Image Disorders: Association between Frequency of Comparing One's Own Physical Appearance to That of People Being Followed on Social Media and Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2880. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062880>
- Jung, J., & Forbes, G. B. (2007). Body dissatisfaction and disordered eating among college women in China, South Korea, and the United States: Contrasting predictions from sociocultural and feminist theories. *Psychology of Women Quarterly*, 31(4), 381–393. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00387.x>

- Kantor & Kantor. (2018). The DSM-5 Makes Important Changes to the Diagnoses of Eating Disorders. <https://www.kantorlaw.net/blog/2018/april/the-dsm-5-makes-important-changes-to-the-diagnos/>
- Kaye, W. H., Frank, G. K., Bailer, U. F., Henry, S. E., Meltzer, C. C., Price, J. C., Mathis, C. A., & Wagner, A. (2005). Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: new insights from imaging studies. *Physiology & behavior*, 85(1), 73–81. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2005.04.013>
- Kazma, J.M., van den Anker, J., Allegaert, K., Dallmann, A. & H.K. (2020). Anatomical and physiological alterations of pregnancy. *J Pharmacokinet Pharmacodyn* 47, 271–285. <https://doi.org/10.1007/s10928-020-09677-1>
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C., & Herzog, D. B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *The American journal of psychiatry*, 162(12), 2263–2268. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2263>
- Klump, K. L., Miller, K. B., Keel, P. K., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine*, 31(04). doi:10.1017/s0033291701003725
- Knoph, C., Von Holle, A., Zerwas, S., Torgersen, L., Tambs, K., Stoltenberg, C., Bulik, C. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *The International journal of eating disorders*, 46(4), 355–368. <https://doi.org/10.1002/eat.22088>
- Kusnik, A., & Vaqar, S. (2022). Rumination Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576404/>
- le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 43(1), 1–5. <https://doi.org/10.1002/eat.20751>
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802–810. doi:10.1016/j.midw.2010.07.008
- Lee, M. F., Williams, S. L., & Burke, K. J. (2020). Striving for the thin ideal post-pregnancy: a cross-sectional study of intuitive eating in postpartum women. *Journal of reproductive and infant psychology*, 38(2), 127–138. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1607968>
- Levine, M. P., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1(1), 57–70. doi:10.1016/s1740-1445(03)00006-8
- Library of Congress. (2013). The Gibson Girl's America: Drawings by Charles Dana Gibson. <https://www.loc.gov/exhibits/gibson-girls-america/>

- Littlewood, R. (2004). Commentary: Globalization, Culture, Body Image, and Eating Disorders. *Cult Med Psychiatry* 28, 597–602. <https://doi.org/10.1007/s11013-004-1069-3>
- Lovering, M. E., Rodgers, R. F., George, J. E., & Franko, D. L. (2018). Exploring the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction in postpartum women. *Body image*, 24, 44–54. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.12.001>
- Makino, M., Yasushi, M., & Tsutsui, S. (2020). The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 323. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03006-7>
- Malaeb, D., Bianchi, D., Pompili, S., Berro, J., Laghi, F., Azzi, V., Akel, M., Obeid, S., & Hallit, S. (2022). Drunkorexia behaviors and motives, eating attitudes and mental health in Lebanese alcohol drinkers: a path analysis model. *Eating and weight disorders: EWD*, 27(5), 1787–1797. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01321-2>
- Marijn Stok, F., Renner, B., Allan, J., Boeing, H., Ensenauer, R., Issanchou, S., Kiesswetter, E., Lien, N., Mazzocchi, M., Monsivais, P., Stelmach-Mardas, M., Volkert, D., & Hoffmann, S. (2018). Dietary Behavior: An Interdisciplinary Conceptual Analysis and Taxonomy. *Frontiers in psychology*, 9, 1689. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01689>
- Mathieu, J. (2009). What Should You Know about Mindful and Intuitive Eating? *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 1982–1987. <https://doi:10.1016/j.jada.2009.10.023>
- Mazur, A. (1986). U.S. trends in feminine beauty and overadaptation. *Journal of Sex Research*, 22(3), 281–303. <https://doi.org/10.1080/00224498609551309>
- Merriam-Webster. (n.d.). Normal. In *Merriam-Webster.com dictionary*. Získáno 27. února 2023, z <https://www.merriam-webster.com/dictionary/normal>
- Monaghan, L. F. (2005). Discussion piece: A critical take on the obesity debate. *Social Theory & Health*, 3(4), 302–314. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700058>
- Morrison, T. G., Kalin, R., & Morrison, M. A. (2004). Body-Image Evaluation And Body-Image Among Adolescents: A Test Of Sociocultural And Social Comparison Theories. *Adolescence*, 39(155).
- Mosley P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 17(3), 191–198. <https://doi.org/10.1002/erv.897>

- Mukai, T., Kambara, A., & Sasaki, Y. (1998). Body dissatisfaction, need for social approval, and eating disturbances among Japanese and American college women. *Sex Roles: A Journal of Research*, 39(9-10), 751–763. <https://doi.org/10.1023/A:1018812218467>
- National Institute of Mental Health (NIH). (n.d.). Eating Disorders. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders>
- Nichols, M. R., Roux, G. M., & Harris, N. R. (2007). *Primigravid and Multigravid Women: Prenatal Perspectives*. *Journal of Perinatal Education*, 16(2), 21–32. doi:10.1624/105812407x192019
- Nohr, E. A., Vaeth, M., Baker, J. L., Sørensen, T., Olsen, J., & Rasmussen, K. M. (2008). Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. *The American journal of clinical nutrition*, 87(6), 1750–1759.
- Ogle, J., Tyner, K. E., & Schofield-Tomschin, S. (2011). Jointly Navigating the Reclamation of the ““Woman I Used to Be””: Negotiating Concerns About the Postpartum Body Within the Marital Dyad. *Clothing and Textiles Research Journal*, 29(1), 35–51. <https://doi.org/10.1177/0887302X10394170>
- Oltuski, R. (2017, 3. října). *Please Stop Telling Me to Love My Body*. Repeller. <https://repeller.com/body-neutrality-movement/>
- Pereira, R.F., & Alvarenga, M.D. (2007). Disordered Eating: Identifying, Treating, Preventing, and Differentiating It From Eating Disorders. *Diabetes Spectrum*, 20, 141-148. <https://doi.org/10.2337/diaspect.20.3.141>
- Peterson, G.M. (1996). Childbirth: The Ordinary Miracle: Effects of Devaluation of Childbirth on Women's Self-Esteem and Family Relationships. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 11, 101.
- Pettersson, C. B., Zandian, M., & Clinton, D. (2016). Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Archives of women's mental health*, 19(4), 675–680. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0619-3>
- Pike, K. M., Hoek, H. W., & Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 436–442. doi:10.1097/ycp.0000000000000100
- Pole, M., Crowther, J. H., & Schell, J. (2004). Body dissatisfaction in married women: The role of spousal influence and marital communication patterns. *Body Image*, 1(3), 267–278. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.06.001>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>

- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*, 9(12), 788–805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord* 27, 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
- Rallis, S., Skouteris, H., Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2007). Predictors of body image during the first year postpartum: a prospective study. *Women & health*, 45(1), 87–104. https://doi.org/10.1300/J013v45n01_06
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A., & Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of neurosciences*, 20(4), 157–161. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>
- Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H., McCaffrey, T.A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & dietetics: the journal of the Dietitians Association of Australia*, 77(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. & kolektiv. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. [https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu\(1\).pdf](https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu(1).pdf)
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kate Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1-2), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>
- Scarff J. R. (2017). Orthorexia Nervosa: An Obsession With Healthy Eating. *Federal practitioner: for the health care professionals of the VA, DoD, and PHS*, 34(6), 36–39.
- Seyfried, L. S., & Marcus, S. M. (2003). Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 231–242. doi:10.1080/0954026031000136857
- Schaefer, J. T., & Magnuson, A. B. (2014). A Review of Interventions that Promote Eating by Internal Cues. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(5), 734-760. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.12.024>

- Skouteris, H., Carr, R., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Duncombe, D. (2005). A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body image*, 2(4), 347–361. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.09.002>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Stein, A., & Fairburn, C. G. (1996). Eating habits and attitudes in the postpartum period. *Psychosomatic medicine*, 58(4), 321–325. <https://doi.org/10.1097/00006842-199607000-00004>
- Striegel-Moore, R. H., & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of Eating Disorders in Women. *The Counseling Psychologist*, 29(5), 635–661. <https://doi.org/10.1177/0011000001295002>
- Sullivan P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 152(7), 1073–1074. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1073>
- Swann, R. A., Von Holle, A., Torgersen, L., Gendall, K., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2009). Attitudes toward weight gain during pregnancy: results from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *The International journal of eating disorders*, 42(5), 394–401. <https://doi.org/10.1002/eat.20632>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (n.d.). *Having a Baby After Age 35: How Aging Affects Fertility and Pregnancy*. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/having-a-baby-after-age-35-how-aging-affects-fertility-and-pregnancy>
- Thompson, K. (2020). An application of psychosocial frameworks for eating disorder risk during the postpartum period: A review and future directions. *Arch Womens Ment Health* 23, 625–633. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01049-5>
- Thompson, R. L., & Thomas, D. E. (2000). A cross-sectional survey of the opinions on weight loss treatments of adult obese patients attending a dietetic clinic. *International Journal of Obesity*, 24(2), 164–170. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801102>
- Tieu M. M. (2009). Altruistic surrogacy: the necessary objectification of surrogate mothers. *Journal of medical ethics*, 35(3), 171–175. <https://doi.org/10.1136/jme.2008.024679>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53–67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body image*, 14, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>

- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 48(7), 946–971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>
- van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- Vondrušková, H. (2022, 3. srpna). *Jak vznikají strie a jak se jich nejlépe zbavit?* <https://www.drmax.cz/clanky/strie-neboli-pajizevky-problem-nejen-nastavajicich-maminek>
- Výrost, J., Slaměnik, I., Sollárová, E. (2019). *Sociální psychologie*. Grada.
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition research reviews*, 30(2), 272–283. <https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>
- Weissman, R. S. (2019). The Role of Sociocultural Factors in the Etiology of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 121–144. doi:10.1016/j.psc.2018.10.009
- Williams, E. F. (2003). *Positive body image: Precursors, correlates, and consequences*. Virginia Consortium for Professional Psychology (Old Dominion University).
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). ‘‘But I Like My Body’’: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body image*, 7(2), 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>
- World Health Organization. (2010, 6. května). A healthy lifestyle – WHO recommendations. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. vydání). <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs>
- World Health Organization. (2021, 9. června). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization. (n.d.). *Controlling the global obesity epidemic*. <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>

- Youn, A. (2013, 26. června). *Asia's ideal beauty: Looking Caucasian*. Health News – CNN. <https://edition.cnn.com/2013/06/25/health/asian-beauty/index.html>
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The lancet. Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The lancet. Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)

Seznam tabulek

1. Tab. 1: přehled respondentek

Přílohy

Seznam příloh:

1. Abstrakt diplomové práce
2. Abstract of thesis
3. Ukázka transkripce rozhovoru s Danielou

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Body image a vztah k jídlu u žen po porodu

Autor práce: Diana Pechová

Vedoucí práce: Helena Pipová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 87 stran, 146 789 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 137

Abstrakt:

Cílem práce bylo popsat zkušenosti prvorodiček po porodu ohledně jejich body image a vztahu k jídlu. Teoretická část představuje koncepty body image, vztah k jídlu, narušené stravování a poruchy příjmu potravy. Dále se zabývá sociálními vlivy na tyto koncepty a již existujícími poznatky o body image a vztahu k jídlu u žen po porodu. Empirická část popisuje a analyzuje výpovědi šesti žen ve věku 20 až 30 let, které se účastnily výzkumu. Metodou sběru dat byly polostrukturované interview, rozbor dat probíhal prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledky výzkumu naznačují, že tělesné změny v důsledku těhotenství jsou častou příčinou nespokojenosti s vlastním tělem, a že ženy po porodu mnohdy cítí potřebu získat zpět svou původní postavu. Období po porodu je pro ženy rizikové v oblasti vztahu k jídlu, může dojít k umocnění, relapsu či rozvoji vzorců narušeného stravování.

Klíčová slova: ženy po porodu, body image, narušené stravování, poruchy příjmu potravy, mateřství

Abstract of thesis

Title: Body image and relationship with food in postpartum women

Author: Diana Pechová

Supervisor: Helena Pipová, Ph.D.

Number of pages and characters: 87 pages, 146 789 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 137

Abstract:

This thesis aimed to describe the experiences of first-time mothers concerning their body image and relationship with food in the postpartum period. The theoretical part introduces the concepts of body image, relationship with food, disordered eating, and eating disorders. It then focuses on social factors influencing these concepts and pre-existing knowledge about body image and the relationship with food in postpartum women. The empirical part describes and analyzes the statements of six women aged between 20 and 30 years old, that participated in the research. The method of data collection was a semi-structured interview, and the method of data analysis was interpretative phenomenological analysis. The results suggest that body changes due to pregnancy are a frequent cause of body dissatisfaction, and postpartum women often feel the need to regain their original figure. The postpartum period is risky for women regarding their relationship with food, as symptoms of disordered eating may be developed or exacerbated, or women can experience relapse.

Keywords: postpartum women, body image, disordered eating, eating disorders, motherhood

Ukázka transkripce rozhovoru s Danielou

Kolik Vám je let?

D: Je mi 27.

Jak dlouho jste po porodu?

D: Necelých 12 měsíců.

Jak se přizpůsobujete mateřství a jeho nárokům?

D: Tak po tom porodu, vlastně já jsem byla v porodnici dohromady 4 dny a to šok úplně nebyl pro mě. Tam jsem byla v úplném pořádku. Sice dceru jsem neměla první dva dny úplně u sebe, dováželi mi jí na kojení, protože jsem měla určité problémy, jsem krvácela jo a nebyla jsem schopná pumpovat. Ale věřila jsem, že sestřičky se mi o ní postarají, takže to šok úplně nebyl, tam jsem byla v pořádku, ale potom jak jsem se vrátila domů, tak to na mě dolehlo. A měla jsem jakoby úzkost a trvalo to přibližně týden. Jo, to byla teda změna pro mě, jo že pak ty úzkosti nebyly úplně dobré, že třeba já jsem... jako nebylo to úplně nejhorší, jako jsou horší případy, ale třeba 2x-3x denně jsem brečela a manžel mě musel uklidňovat.

A co byste řekla, že byl zdroj té úzkosti?

D: Popravdě já sama ani nevím, já jsem prostě začala bezdůvodně brečet. Prostě já nevím, prostě z té změny. Že jsem vlastně matka, a že už je tady mezi námi další osoba, že to je malé miminko. Měla jsem strach, jestli se o ní dobře postarám, jestli sousedy nebudu obtěžovat, když dcera bude třeba plakat nebo něco. Takže takové obavy, že se nedokážu postarat. Ale vlastně všechno šlo hladce.

A provázely to někdy třeba pocity zoufalství/deprese?

D: To ne. Jako do takového stavu to nepřišlo, že bych byla vyloženě v depresi.

Pomáhá Vám s péčí o dítě partner nebo rodina?

D: Pomáhají všichni. Mám tady kolem sebe dost lidí, kteří se dokážou postarat a pomoci mi, už vlastně od začátku.

Bylo těhotenství plánované?

D: Ano.

Kojila jste?

D: Kojila, 5 měsíců.

Obávala jste se toho, kolik během těhotenství přiberete?

D: No, obávala *smích* to jsem se opravdu obávala. Řešila jsem trochu tu váhu, ale taky jsem si dopřávala papání.

Jak moc jste přibrala během těhotenství?

D: 15 kilo dohromady. ... Ale mám známou, co přibrala 40 kilo. Takže já si můžu de facto pískat, že to mám takto. Ale jako šlo to rychle potom dolů ty kila. Jsem takřka na své původní váze, po tom co jsem přestala kojít, jsem se vrátila na svou původní váhu.

A jak momentálně vnímáte své tělo?

D: Tak momentálně dá se říct dobře na jednu stranu, ale na druhou stranu, já už mam přibližně 10 let problém v hlavě, jako že by to mohlo být lepší, že to není ideální, hlavně od pasu dolů teda. Všichni mi říkají, jak jsem hubená. Jako ale takhle dobře to vnímam. Já jsem se vrátila na původní váhu, jde mi sport, cvičení, takže takhle to vnímam dobře. Ale mam vnitřní jakoby problém, že to není ideální, že by to mohlo být 100x lepší a tak. I když mi všichni říkají, že vypadam skvěle.

A předtím, než jste se dostala na tu svou původní váhu, tak jak jste to vnímala?

D: Tak zase měla jsem v hlavě stále to, že jsem po porodu, a že někdy ty kila jdou hůře dolů.

A změnilo se nějak to, jak vnímáte své tělo v porovnání s obdobím před otěhotněním?

D: Tak před otěhotněním já jsem vypadala de facto stejně, ale možná trošku líp. Že ta postava byla trošičku lepší, ale de facto já jsem stejná.

A v porovnání s obdobím během těhotenství?

D: Tak během těhotenství jsem přibírala a přibírala, a vlastně od pasu dolů, nelíbila jsem se. Protože jsem měla větší velikost, celulitidu, nelíbila jsem se sama sobě. Jako pas byl v pohodě, že zezadu to vypadalo, že ani těhotná nejsem, ale od pasu dolů, nelíbila jsem se.

Pociťujete někdy nespokojenost se svým tvarem nebo váhou?

D: Momentálně ne.

Stává se Vám někdy, že by lidé ve Vašem okolí komentovali to, jak vypadáte?

D: Ne, to se nikdy nestalo. Nikdo nemá žádné připomínky, protože nemá proč.

Kolikrát přibližně denně jíte?

D: Tak těch 5x denně, dodržuju to.

A jak přibližně velké porce si dáváte? *nejistá jak odpovědět* Tak jestli si dáte k večeři spíš řízek nebo jen 4 mandle?

D: *smích* Ne, to jako normální porce. Jako nějak extra to nešetřím, prostě chci být najezená, to je základ.

A v porovnání s obdobím před otěhotněním si myslíte, že jíte stejné/větší/menší množství jídla?

D: Stejně.

Stává se Vám někdy, že se nestihnete/zapomenete najíst?

D: Jenom občas, zřídka.

A jaký byste řekla, že máte celkově vztah k jídlu?

D: Řekla bych, že skvělý. Sním takřka cokoli, mam ráda i sladké, v tom se snažím teďka krotit, protože jsem sladkého jedla více a není to dobře.

A byla Vám někdy diagnostikována PPP?

D: To nikdy. Ale jsem celiak, a když jsem přešla na novou dietu, tak jsem shodila dost. A paní doktorka mi řekla, že bych měla přibrat, že to je stav skoro podvýživy. ... Tělu trvalo asi rok a půl, než si zvyklo na novou dietu.

Stává se Vám někdy, že byste se cítila provinile za to, co jíte?

D: No, stává.

A za co?

D: Tak třeba, když si dám více sladkého, než jsem chtěla nebo třeba když si uděláme někdy i hranolky k obědu. Někdy si uděláme něco smaženého, a po tom smaženém, když si dám třeba něco sladkého, tak se cítím pak najednou taková velká, tlustá.

Takže se Vám někdy stává, že byste se cítila tlustá, protože jste snědla něco vysokokalorického?

D: Ano ano, přesně tak. To už mám hodně dlouho tenhle problém.

Máte někdy pocit, že přemýšlíte až moc o tom, co jíte?

D: To zas ne.

Cítíte někdy potřebu změnit své tělo?

D: Úplně ne, protože vzhledem k tomu, že já bych hubnout už neměla podle všech, tak nehodlam to měnit. Já jsem se teď věnovala aquaerobiku a díky tomu jsem zhubla další 2 kila, a je to zas vidět. Takže úplně zase není potřeba měnit to tělo.

Vyhýbáte se vysokokalorickým jídlům?

D: Jo, vyhýbám.

Ale ne úplně?

D: Ne, to zase ne.

Odřikáte si někdy celkově záměrně jídlo?

D: To ne.

Stávalo se Vám to někdy v minulosti?

D: Ano, protože to jsem opravdu chtěla shodit. To už bylo 10 let zpátky, to jsem na tom byla váhově jinak a účelově jsem hubla. Musela jsem se hlídat v té stravě.

Užíváte/užívala jste nějaké dietní pilulky/laxativa/diuretika?

D: To nikdy.

Vyvolávala jste si někdy záměrně zvracení?

D: To nikdy, z toho jsem měla vždycky obavy a respekt. S tímhle se nemá začínat, dopadá to vždycky špatně.

Obracíte se někdy na jídlo pro útěchu?

Daniela: Ne. To spíš naopak, když jsem ve stresu, tak nejím.

Stává se Vám někdy, že jíte a máte pocit, že se nedokážete zastavit?

D: To ne, tohle já neznam, tenhle pocit.

Stává se Vám někdy, že by lidé ve Vašem okolí komentovali to, co jíte?

D: Párkrát se to stalo, ale to už je dávno. ... Že mi řekli „ježiš ty nějak hodně jíš, do tebe to padá prosimtě“.

A jak jste se potom cítila?

D: Špatně. Že jsem měla pocit, jako kdyby ze mě dělali nějakou tlustou holku, která je prostě nenažraná s prominutím.

A řekla byste, že to nějak ovlivnilo Váš vztah k jídlu?

D: To zase ne, ale v tu chvíli to zamrzelo.

Jste na sociálních sítích? Třeba na Instagramu?

D: Ano.

A sledujete tam třeba nějaké jiné maminky?

D: No, tak jsem v takové skupině, něco jako nevyžádané rady od tchýní a tak. Tak tam se dozvídám různé věci. Ale taky mám svojí skupinu maminek, se kterými se vídám dost často, tak tam si sdělíme svoje problémy, co nás trápí, co nám dělá naopak radost?

A stává se Vám někdy, že byste měla tendenci se s ostatními maminkama porovnávat?

D: No občas ano. Že jestli třeba nedělám něco s dcerou špatně, ale pořád si říkám, že každé dítě je jiné, každé je individuální. Nebo že ta maminka vypadá po porodu lépe, ta zase vypadá hůř.

A na těch sociálních sítích se Vám to nestává?

D: Ne, to zase ne, protože tu osobu neznám. Takže se nebudu srovnávat s někým cizím.

Chtěla jsem se zeptat, jestli na závěr nechcete něco dodat?

D: Tak třeba ráda zmiňuju to, že v těhotenství jsem dobrých 5 kilo přibrala zbytečně, protože já jsem více jedla. Dojídala jsem po manželovi, dávala jsem si větší porce, jedla jsem více sladkého. Takže těch 5 kilo se mě drželo ještě další 3 měsíce po porodu. Ale pak jsem chodila s dcerou na procházky, bylo více pohybu a pak to šlo rychleji dolů. Nebo celkově v těhotenství jsem to tělo a tu stravu jsem vnímala tak, že když se najím, že to nevadí, že to je kvůli tomu miminku. Že ať taky ono miminko je vyživené. Takže to jídlo jsem si úplně nevyčítala, ale zase pak od toho pasu dolů jsem se nelíbila sama sobě.

A chápu to tedy dobře, že po porodu jste chtěla zhubnout?

D: Chtěla no. A co jsem nezmínila, tak jak jsem se vrátila z porodnice a postavila před zrcadlo, tak jsem se úplně zděsila, jak vypadám. Že břicho bylo velké jak v 5. měsíci těhotenství. Pak jsem se postavila na váhu a zjistila, že mám jen 6 kilo dole, a to mě prostě vyděsilo a říkala jsem si, ježiš tolik kilo musím shodit. Ale jak jsem měla potom ty úzkosti, tak jsem méně jedla, jak jsem měla ten žaludek stáhnutý. Takže ty další 4 kila jsem shodila během asi týdne až 14 dnů. Že taky jak se ta děloha zavinovala, ztrácela se tělová voda, co se zadržovala v těhotenství, tak to šlo rychle. Ale fakt těch 5 kilo se mě drželo ty 3 měsíce. Takže to jsem chtěla zmínit, že jsem se nejdřív zděsila, jak vypadám, ale pak to šlo brzy dolů. V podstatě po týdnu jsem měla ploché břicho. Taky známá si ze mě dělala legraci, že to vypadá, že jsem ani nerodila, že jsem hned plochá. Tak to mě potěšilo.