

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY Z POHLEDU PORODNÍ
ASISTENTKY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VIKTORIE JIRÁČKOVÁ

Praha 2018

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY Z POHLEDU PORODNÍ
ASISTENTKY**

Bakalářská práce

VIKTORIE JIRÁČKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

JIRÁČKOVÁ Viktorie
3APA

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Poruchy příjmu potravy z pohledu porodní asistentky

Eating Disorders from the Midwives' Perspective

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Především bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D.za odborné rady, vedení a ochotu během zpracování bakalářské práce.

Poděkování patří i MUDr. Ivetě Pánkové za poskytnutí cenných rad a věnování času mé práci.

Zároveň bych také ráda poděkovala všem ženám, které mi věnovaly čas a poskytly mi informace formou osobních rozhovorů, bez kterých bych svou práci nemohla dokončit.

ABSTRAKT

JIRÁČKOVÁ, Viktorie. *Poruchy příjmu potravy z pohledu porodní asistentky*.
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce:
Mgr. Eva Marková, Ph.D., Praha. 2018. 49 s.

Tato práce se zaměřuje na poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie) u těhotných žen a matek. Obsahem teoretické části jsou dohledané publikované poznatky o těchto chorobách, načež nejvíce pozornosti bylo věnováno této problematice v oboru gynekologie a porodnictví. Cílem praktické části bylo zjistit, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují těhotenství a mateřství. Tento hlavní cíl byl dekomponován do dalších dílčích cílů, kdy jsme také zjišťovali, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují psychický stav matky, jaký byl průběh porodu a zdravotní stav dítěte. Také nás zajímalo, jaké mají ženy zkušenosti s informováním svého gynekologa/porodníka nebo porodní asistentky o nemoci. Ke zkoumání cílů jsme zvolili kvalitativní přístup. Pro získání informací byl využit polostrukturovaný rozhovor. Zkoumaný soubor tvořilo pět žen, které otěhotněly v aktivní fázi nemoci nebo v období remise. Získaná data jsme analyzovali metodou otevřeného kódování s aplikací metod vytváření trsu a zachycení vzorců. V rámci analýzy rozhovorů vznikly kategorie, které souvisejí s jejich tématem: komplikace těhotenství a porodu, rizika pro novorozence, těhotenské břicho, váha, stravovací strategie, intenzita projevů nemoci, kojení, výchovné strategie, vazba k plodu/dítěti, sdělování diagnózy, interakce se zdravotníky.

Klíčová slova

Gynekologie. Mateřství. Porodnictví. Poruchy příjmu potravy. Těhotenství.

ABSTRACT

JIRÁČKOVÁ, Viktorie. *Eating Disorders from the Midwives' Perspective*.

Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Prague. 2018. 49 pages.

This task is aimed on eating disorders (mental anorexia, mental bulimia) on pregnant women and mothers. Content of theoretical part are searched published knowledge about mentioned diseases, so the most attention was devoted this problematics in gynecology field and obstetrics. The target of practise part was to find out, how eating disorders influence pregnancy and maternity. This main target was split up to another partial targets, when we were finding out, how eating disorders influence mother's mental condition, the course of birth and child's health. Also we were interested in women's experiences with way of information from their gynecologists/obstetricians or midwives about illness. We have chosen a qualitative way of inquiry to targets. For getting information we have used semi-structured interview. Examined file was composed by five women, which got pregnant in active period of disease or remission period. Gained data have analyzed by open-coding method making bunch and catching the formulas. In general analyze of interviews raised up categories, which are in relation with subject matter, complications during pregnancy and childbirth, newborn's risks, pregnancy belly, weight, board strategy, intensity of disease manifest, breast-feeding, education strategy, relationship to embryo/child, telling diagnosis, interaction with doctors.

Keywords

Gynecology. Eating disorders. Maternity. Obstetrics. Pregnancy.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	15
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	16
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE	18
2 RIZIKOVÉ FAKTORY	20
3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V GYNEKOLOGII.....	25
3.1 SEXUALITA.....	25
3.2 MENSTRUAČNÍ CYKLUS	25
3.2.1 AMENOREA U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	26
3.2.2 LÉČBA AMENOREY U PACIENTEK S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY	27
3.3 ASISTOVANÁ REPRODUKCE U PACIENTEK S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY.....	28
4 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V PORODNICTVÍ.....	30
4.1 STERILITA A FERTILITA ŽEN S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY	30
4.2 PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ A PORODU	30
4.3 TĚHOTENSTVÍ ŽEN V OBDOBÍ REMISE.....	32
4.4 SLEDOVÁNÍ NEMOCNÉ ŽENY	33
4.5 MATEŘSTVÍ.....	34
5 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY..	36

5.1	AMBULANTNÍ LÉČBA A DENNÍ STACIONÁŘE.....	36
5.2	HOSPITALIZACE	36
5.3	NUTRIČNÍ TERAPIE	37
5.4	FARMAKOTERAPIE	37
5.5	SOCIÁLNÍ SLUŽBY	37
6	KVALITATIVNÍ PRŮZKUM	38
6.1	VÝZKUMNÁ STRATEGIE A TECHNIKY SBĚRU DAT	39
6.2	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	40
6.2.1	POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU	41
6.3	ZÁZNAM DAT A POPIS METODY ZÍSKANÝCH DAT	43
6.4	ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	43
6.4.1	KOMPLIKACE TĚHOTENSTVÍ A PORODU	43
6.4.2	RIZIKA PRO NOVOROZENCE.....	44
6.4.3	TĚHOTENSKÉ BŘÍŠKO	44
6.4.4	VÁHA.....	45
6.4.5	STRAVOVACÍ STRATEGIE	46
6.4.6	INTENZITA PROJEVŮ NEMOCI	47
6.4.7	KOJENÍ	48
6.4.8	VÝCHOVNÉ STRATEGIE.....	48
6.4.9	VAZBA K PLODU/DÍTĚTI	50
6.4.10	SDĚLOVÁNÍ DIAGNÓZY	51
6.4.11	INTERAKCE SE ZDRAVOTNÍKY	51
6.5	SOUHRN VÝSLEDKŮ.....	53
	DISKUZE	56
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	59

ZÁVĚR	60
SEZNAM LITERATURY	62

SEZNAM ZKRATEK

BMI – body mass index

CNS – centrální nervový systém

FSH – folikuly stimulující hormon

GnRH – gonadoliberin; GnRH gonadotropin releasing hormon

IUGR – intrauterine growth retardation

LH – luteinizační hormon

PPP – porucha (poruchy) příjmu potravy

(PAPEŽOVÁ, 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní údaje o respondentkách	42
---	----

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy patří mezi psychiatrická onemocnění. Nejčastějšími formami jsou mentální anorexie, mentální anorexie a jejich atypické formy.

Tomuto závažnému a mnohdy také i fatálnímu onemocnění nejčastěji podléhají dívky a ženy. Jedním z mnoha systémů, které mentální anorexie a bulimie narušují, je reprodukční systém. Ženský organismus je na těhotenství a zajištění potomstva geneticky naprogramován, proto by měla celá reprodukce probíhat bez větších komplikací. Ovšem ženy s diagnózou poruchy příjmu potravy mají značně porušenou reprodukční schopnost, sexualitu, těhotenství a porod včetně poporodního období. Tyto ženy se zároveň také mohou potýkat s plněním role matky. Ačkoli ve společnosti a médiích o poruchách příjmu potravy se hodně mluví a píše, vlivu onemocnění na těhotenství, porod nebo mateřství je poměrně věnovaná malá pozornost.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část definuje poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie) a uvádí rizikové faktory vzniku. Dalšími kapitolami je problematika poruch příjmu potravy v gynekologii a problematika poruch příjmu potravy v porodnictví. Závěrem teoretické části jsou uvedeny možnosti léčby poruch příjmu potravy.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují těhotenství a mateřství žen. Dále tento cíl bude dekomponován do třech dílčích cílů. Prvním dílčím cílem bude zjistit, jak těhotenství a porod ovlivnil psychický stav ženy. Druhý dílčí cíl bude mít za úkol zjistit, jaký byl průběh porodu a následný zdravotní stav dítěte. Posledním dílčím cílem bude zjistit, jaké mají ženy zkušenosti s informováním svého gynekologa/porodníka nebo porodní asistentky o nemoci. Ke zkoumání tohoto problému jsme zvolili kvalitativní přístup, který umožnil nahlédnout do problému v souvislostech a poznat jej do větší hloubky. Data jsme získali technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvoří 5 žen s diagnózou porucha příjmu potravy, které v době probíhající nemoci otěhotněly a staly se matkami. Získané údaje jsme analyzovali těmito metodami kvalitativního přístupu: otevřené kódování, metoda vytváření trsů, metoda zachycení vzorců.

Vstupní literatura:

HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

Rešeršní strategie:

Žádost o vystavení rešerše byla podána 11. 5. 2017 v Národní lékařské knihovně. Rešerše byla vyhotovena během měsíce června. Vyhledání bylo zadáno v českém, slovenském a anglickém jazyce. Časové rozmezí bylo stanoveno od roku 2007 do roku 2017. Základní klíčová slova byla: Poruchy příjmu potravy, Mentální anorexie, Mentální bulimie, Sexualita, Reprodukce, Endokrinologie, Těhotenství. Bylo objeveno 18 záznamů. (1 kniha, 14 článků, z nichž 5 neodpovídalo zadanému časovému rozmezí a 4 články se nevztahovaly k vybranému tématu, 3 absolventské práce). V anglickém jazyce byly vyhledány 2 záznamy. Další zdroje byly vyhledávány pomocí katalogu knihoven systému Medvik, Theses – registr vysokoškolských prací a volného internetu.

Celkem z této rešerše pro bakalářskou práci bylo parafrázováno 38 zdrojů.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy znamenají závažné psychiatrické onemocnění narušující psychickou i fyzickou stránku člověka. Tato nemoc má na svědomí stále více obětí, proto je jí také věnována v posledním půlstoletí velká pozornost. Nejčastější formou onemocnění je mentální anorexie a mentální bulimie (HORT a kol., 2008).

Tyto poruchy představují nejčastější a nejzávažnější problémy dospívajících a mladých žen. Šest procent adolescentních dívek na konci puberty vykazuje některé anorektické symptomy. Čtyři procenta žen v minulosti trpěla mentální anorexií (KRCH, 2016).

Z prvního pohledu mentální anorexie a bulimie jsou zcela rozdílné, ovšem ve skutečnosti mají mnoho společného. Pro PPP je typický strach z tloušťky a nadměrná soustředěnost na vlastní vzhled a váhu. Diagnostika se stanovuje na základě metod, kterými nemocný udává způsob kontroly a ovlivňování své tělesné hmotnosti. Mentální anorexie a mentální bulimie mohou přecházet jedna v druhou (NÝVLTOVÁ, 2010).

Lidé, kteří nesplňují všechna kritéria pro diagnózu PPP, ale mají neadekvátní postoje ke svému tělu a jídlu, často mívají stejné psychické problémy (KRCH, 2007). Pro atypické formy platí, že mají totožné biologické, psychologické a sociální důsledky. Do atypických forem lze zahrnout: 1. ženy, které splňují kritéria mentální anorexie, ale mají pravidelnou menstruaci, 2. ženy, které splňují kritéria pro mentální anorexiu, ale po zhubnutí mají stále normální váhu, 3. ženy, které splňují kritéria pro mentální bulimii, ale záchvaty přejídání a kompenzační techniky jsou méně než dvakrát týdně po dobu třech měsíců, 4. ženy, které si vyvolávají zvracení po malém množství jídla a mají normální váhu, 5. ty, které jen žvýkají a následně vyplivují velká množství jídla, 6. opakované záchvaty přejídání bez následného využití kompenzačních metod (PAPEŽOVÁ, 2009).

PPP narušují všechny oblasti života nemocného. Negativně ovlivňují emoční, sociální, profesní, ale také zasahují do sexuálního života nemocného. Nemoc se netýká nejen samotného nemocného, ale zároveň jeho rodiny, přátel a blízkých (PROCHÁZKOVÁ a ŠEVČÍKOVÁ, 2017).

Následky PPP mohou přetrvávat po celý život v psychické i fyzické oblasti. Odvíjejí se od věku, délky působení nemoci a míry podvýživy. Nebezpečím návratu nemoci je jedinec nejvíce ohrožen 2-3 roky po uzdravení. Přibližně polovina postižených PPP se uzdraví do 5 let, u 30% nemocných dojde ke chronifikaci potíží a 20 % pacientek přetrvávají v podvaze a zůstávají jim poruchy menstruačního cyklu (FIŠAROVÁ, NOVOTNÁ in PETR a MARKOVÁ, 2014).

1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Charakteristikou pro mentální anorexii je patologický strach z tloustnutí spojený se zásadní redukcí příjmu potravy, resp. s odmítáním jídla (VÁGNEROVÁ, 2012). Nemoc se dotýká nejčastěji žen, ale nevyhýbá se ani mužům. Je udáván poměr 1:10 až 1:9. V dřívějších letech se vyskytovala u žen a dívek ve věku 15-30 let, nadprůměrně inteligentních dívek pocházejících z vyšších vrstev. Nyní se vyskytuje u žen všech věkových skupin (od raného školního věku do dospělosti). Nemoc postihuje ženy všech sociálních a etnických skupin, intelektově průměrné i podprůměrné jedince (NĚMEČKOVÁ, 2011).

„Diagnostická kritéria MA lze shrnout do tří základních znaků:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85 % normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI*);
2. strach z tloušťky, trvajícím i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
3. u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky“ (KRCH, 2010, s. 25).

Základním ukazatelem pro mentální anorexii je chorobný strach z nárůstu hmotnosti, tloušťky. Často pacientky ukazují na konkrétní partii těla, se kterou nejsou spokojené. Nejčastěji se jedná o představu tloušťky oblastí hýždí, břicha a steh. Touto bludnou představou trpí i kachektické dívky (NĚMEČKOVÁ, 2011).

Pacientky se snaží zhubnout pomocí diet, extrémního cvičení, užíváním projímadel a diuretik. Výsledná váha velmi ovlivňuje náladu a sebeúctu nemocné, proto se stávají na procesu hubnutí závislé. Nedokážou odolat nutkání zhubnout a kontrolovat svoji váhu ani po zhubnutí, neboť mají strach z návratu na původní váhu. Uklidnění

přichází i při překonání hladu a pocitu prázdného žaludku. To přináší nemocnému jistotu, že nepřibere na váze, a tak může být sám se sebou spokojený. Zde se opět rozvíjí závislost na hladu (VÁGNEROVÁ, 2012).

Hladovění s sebou nese vysoké riziko přejedení. Přibližně jedna třetina nemocných mentální anorexií sklouzne k přejedení. Velká část nemocných mentální bulimií udává mentální anorexii nebo redukční diety v minulosti (KRCH, 2016). U mentální anorexie se rozlišují dva základní typy. První je restriktivní (nebulimický) typ. Jedinec nemocný tímto typem anorexie snižuje váhu omezováním příjmu potravy až hladověním, nepřiměřeně cvičí atd. Druhým typem je purgativní (bulimický) typ. Nemocný se v době mentální anorexie občasně přejídá. Poté může docházet k vyprovokovanému zvracení, užívání projímadel aj. I k tomuto typu také patří nadměrné cvičení (KRCH in PUGNEROVÁ a KVINTOVÁ, 2016).

Nechutenství a oslabení chuti k jídlu je sekundárním dopadem hladovění. U velkého procenta nemocných se stává prioritním zájmem jídlo (KRCH, 2010). Anorektičky jídlo mají neustále v myšlenkách, vyhledávají recepty, rádi vaří a vykrmují ostatní (KRCH, 2007). Samy při tom úzkostlivě porovnávají své porce a sněžené jídlo s ostatními. Chtějí, aby měly menší porci. Analyzují, kolik toho snědly oproti ostatním. Zároveň se mění jejich jídelní zvyklosti a chování. V jídle se nimrají, uždibují, jedí velmi pomalu. Pečlivě zvažují co snědí, a co nesnědí. Stanovují si, co můžou sníst. Nikdy si neberou nic navíc, co by navýšilo jejich povolený denní limit. Z jejich jídelníčku mizí zakázaná jídla, jimiž jsou tučná a sladká jídla, bílé pečivo, maso, knedlíky a vše, z čeho mají strach. Počáteční hlad často zapíjejí vodou, některé nepijí vůbec. Neradi jedí jídlo ve společnosti, špatně snášejí, když je někdo sleduje při jídle. Při jedení vypadají napjatě, nervózně a strnule. Při pocitu najedení komentují, kolik toho snědly, a že jsou přejedené. Často o jídle mluví, nebo se naopak tomuto tématu vyhýbají. Z výčitek z jídla začíná přibývat aktivita a pohyb. Pociťují nutkání stále něco dělat, aby snížily přijatou energetickou hodnotu stravy. Pociťují neustálé nutkání k pohybu od drobného úklidu až ke cvičení přecházejícího do extrémních stavů, kdy chodí několika kilometrové trasy a několik hodin cvičí v posilovně. Oblékají se do neprodyšných oblečení, aby více vypotily. Jejich pozornost je upjatá ke svému vzhledu a váze. Několikrát denně postávají před zrcadlem, váží se, nebo naopak se váze se strachem vyhýbají. Volí volné oblečení, nebo naopak těsně přiléhavé, aby ukázaly svoji štíhlost. Jejich rodině, blízkým a přátelům se straní, uzavírají se do sebe.

Při nátlaku, aby se najedly, reagují až hysterickým záchvatem, vztekem a vydíráním. Mají spoustu taktik k podvádění, když musí něco sníst. Se svými nejbližšími nedokážou mluvit o tom, jak se cítí, co prožívají, a nedokážou rozebírat jejich jídelníček (KRCH, 2010). Nemocní v sobě pocítují velký zmatek. Samotné nemocné si přejí, aby jedly normálně, ale to je věc, kterou nejsou schopny překonat, i když jim to deformuje zdraví, sociální vztahy a celý život (PAPEŽOVÁ a kol., 2012). Postižení trpí zácpou, zimomřivostí, vypadávají jim vlasy, zhoršuje se jim pleť (KRCH, 2010). Nízkou hladinou pohlavních hormonů vzniká amenorea. Jestliže není dozrálý tělesný vývoj, může dojít k hypoplazii dělohy a infertilitě. Úbytek tělesné hmotnosti nezapříčiňuje jen tělesné problémy, ale narušuje i jedince po psychické stránce. Pacientky bývají plačtivé, mívají špatnou náladu až deprese. V depresivních stavech hrozí riziko suicidálního chování. Přidružuje se nespavost, poruchy soustředění, pokles výkonnosti, přetrvávající únava a vegetativní projevy (NĚMEČKOVÁ, 2011).

„Anorexie je osamělá zkušenost. Je to psychická nemoc, kterou postižený od určitého stádia není schopen kontrolovat. Nejedná se o rozmar, naschvál nebo módní trend“ (PAPEŽOVÁ a HANUSOVÁ, 2012, s. 9).

1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE

Výskyt mentální bulimie je o něco vyšší než u mentální anorexie. Začátek nemoci je spíše v pozdějším věku (pozdní adolescence, raná dospělost). Mentální bulimie je stejně jako u mentální anorexie častější u žen než u mužů. Procentuelně se uvádí, že 1-3 % populace mladých žen je nemocná. V 50 % mentální bulimie navazuje na mentální anorexii (HORT a kol., 2008).

Pro nemoc jsou charakteristické záchvaty přejídání, které se objevují alespoň dvakrát týdně po dobu třech měsíců. Jedinec se většinou přejídá v tajnosti, protože se za to stydí. Je si vědom, že jeho vztah k jídlu není normální, ale nedokáže s přejídáním přestat (HORT a kol., 2008). Záchvaty přejídání jsou dvou variant. Jedním je záchvat, který nastupuje náhle, kdy nemocný má nutkání okamžitě něco sníst. Konzumace jídla probíhá velmi rychle. Druhou variantou je záchvat cíleně připravený. To znamená, že daný jedinec se na záchvat připravuje. Například tak, že si nakoupí spoustu jídla a těší se, až se přejí (NÝVLTOVÁ, 2010). Po každém přejedení následují pocity viny, výčitky, pocit selhání až deprese. Z těchto negativních emocí si postižený vyvolává zvracení. Nejčastějším vyvoláváním zvracení je prsty, někdy to může být různými

předměty. Nejprve navození zvracení bývá obtížné, později ale se stává i spontánním. Mezi kompenzační techniky také využívají projímadla a diuretika. Tento koloběh přejídání a pročišťování se stále opakuje (HORT a kol., 2008).

Záchvat přejídání pravděpodobně vyvolá stresová zátěž, deprese, úzkosti, pocity osamocení a vnitřní prázdnoty. U bulimických pacientek je zřejmé, že se jídlem vyrovnávají s negativními emocemi. Dá se tvrdit, že jídlo v tomto případě funguje jako lék (NÝVLTOVÁ, 2010).

Podobně jako anorektičky, bulimičky stále myslí na jídlo, váhu, štíhlost a ztěžuje je strach z nadváhy. Nemocné jsou emočně labilní, depresivní, některé se uchýlí k suicidálnímu chování. Výjimečné nejsou krádeže peněz pro nákup jídla, krádeže samotného jídla, zneužívání drog, alkoholu a léků. Také se objevují suicidální poruchy chování. Při této chorobě dochází k narušení mezilidských vztahů, převážně vztahů s rodiči (HORT a kol., 2008).

Psychický stav a sebehodnocení pacientek trpících bulimií je úzce spjat s aktuální tělesnou váhou. Velmi malé odchylky váhy určují jejich život. Jestliže přiberou na váze, upadají do depresí a vyhýbají se společnosti. Na psychickou nepohodu reagují dalšími záchvaty přejídání s následnou snahou hubnout, které umocňují deprese. V případě poklesu váhy pociťují radost a štěstí (COOPER, 2014). Ačkoliv v této nemoci dominuje strach z obezity a přibírání na váze, nemocné si často udržují stejnou hmotnost s pocitem nespokojenosti se svým tělem. Při mentální bulimii často dochází k otokům slinných žláz, kažení zubů, bolestem břicha, nevykonnosti a únavy, závratím a točení hlavy (NĚMEČKOVÁ, 2011).

Obdobně jako mentální anorexie se mentální bulimie rozlišuje na dva typy. Nemocná purgativním typem mentální bulimie pravidelně zvrací a užívá laxativa nebo diuretika. Nepurgativní typ onemocnění je v případě, kdy nemocná dodržuje přísné diety nebo intenzivně cvičí. Ovšem nevyužívá purgativních metod (PROCHÁZKOVÁ a ŠEVČÍKOVÁ, 2017).

2 RIZIKOVÉ FAKTORY

Rizikový faktor neznamena příčina nemoci, ale jde o faktor zvyšující pravděpodobnost propuknutí nemoci u daného jedince. Pro vývoj nemoci nestačí pouze jeden jediný rizikový faktor, ale většinou dochází k souhře působení více faktorů najednou (PAPEŽOVÁ a HANUSOVÁ, 2012).

Na vzniku nemoci se podílí řada faktorů. Základní a nejčastěji uváděné rizikové faktory odborníky a autory následně v této kapitole podrobněji popisujeme.

Jedním z rizikových faktorů uváděnými mnoho autory jsou **genetické faktory**. Mentální anorexie a mentální bulimie mohou být geneticky podmíněné, pokud se v rodině jedna z chorob objevila. Podobnou situací je výskyt onemocnění u jednovaječného dvojčete, kdy lze výrazně stoupá riziko rozvoje nemoci u jeho sourozence. Pro předpoklad určité dispozice k onemocnění PPP na úrovni dědičnosti hrají také roli prodělané deprese nebo alkoholismus u příbuzných (COOPER, 2014).

Velký význam na rozvoji PPP mají **rodinné faktory**. Vliv rodiny může být jednou z příčin propuknutí nemoci, kdy tyto rodiny pacientek trpících PPP bývají nefunkční a neharmonické. Zároveň rodiny, které se uchylují k dietám a věnují pozornost vzhledu, kráse a fitness, nemocnou v nemoci nevědomky povzbuzují chválením za její disciplínu a vytrvalost. V těchto případech rodina působí také jako udržovací faktor nemoci (PAPEŽOVÁ a HANUSOVÁ, 2012), (NOVÁK, 2010). Charakteristické pro členy rodiny nemocných bývají negativní vztahy, neprojevení emocí, nepřipouštění si problémů nebo jejich bagatelizování. Od dětí jsou vyžadovány nejlepší výsledky a úspěch (VÁGNEROVÁ, 2012).

Matky jsou popisované jako příliš ochranné, dominantní, manipulativní, málo empatické a vyžadující dodržování pravidel. Nezřídka se objevuje závislost dívek na matkách (TRAPKOVÁ a CHVÁLA in PROCHÁZKOVÁ a ŠEVČÍKOVÁ 2017). Naopak na s. 63 Krch (2010) uvádí, že někteří autoři mimo jiné přisuzují rozvoj PPP pramenící z nedostatečné péče a přílišné kritičnosti ze strany rodičů. Otec buď bývá přizpůsobivý, pasivní a slabý, nebo také jako dominantní, chladný, vzteklý až agresivní, od kterého své dcery neslyšely pochvalu a neviděly zájem o ně. Objevují se

i popisy otců jako příliš perfektních a atraktivních (TRAPKOVÁ a CHVÁLA in PROCHÁZOVÁ a ŠEVČÍKOVÁ, 2017).

Lze shledat u pacientek s mentální anorexií a mentální bulimií stejné **osobnostní rysy a psychické vlastnosti**, které mohou být prediktorem ke vzniku nemoci.

Pacientky před nástupem PPP jako děti vykazovaly určité povahové rysy, kterými jsou obsedantní tendence, perfekcionismus, cílevědomost a sebekontrola. V dětství neměly mnoho přátel a vykazovaly poruchy sociálních dovedností. Určitým ukazatelem pro případný nástup PPP je neschopnost dítěte se vyrovnat s nepříznivou životní událostí (FRAŇKOVÁ a kol., 2013). Ženy, které prodělaly mentální anorexiu purgativního typu, zmiňovaly v anamnéze více pocity osamělosti, ostýchavosti a méněcennosti v adolescenci než ženy, které PPP netrpěly (NOVÁK, 2010). Anorektické dívky jsou nesebevědomé, sebekritičné až sebenenávisné. Tyto dívky bývají poslušné, zodpovědné a spolehlivé. Postrádají smysl pro humor, jsou uzavřené a nemají mnoho kamarádek. Jsou citlivé, úzkostné a nedávají najevo emoce (PUGNEROVÁ a KVINTOVÁ, 2016).

Bulimické pacientky nejsou tak přizpůsobivé jako dívky anorektické. Jsou perfekcionistické, touží po dokonalosti. Uznávají sebeovládání a sebekontrolu, kterou ovšem nedokážou v jídle (MACHOVÁ a kol., 2009). Podobně jako dívky s mentální anorexií tyto dívky vykazují špatné sebehodnocení a zranitelnost. Typické bývají projevy impulzivity a emoční lability. (PROCHÁZKOVÁ A ŠEVČÍKOVÁ, 2017).

Biologické faktory úzce souvisejí s onemocněním mentální anorexie nebo mentální bulimie. Těmto chorobám jsou převážně vystaveny ženy jakéhokoliv věku, rasy nebo společenského postavení. Pro muže je ideálem krásy silné a svalnaté tělo. Kdežto od žen se očekává hubnutí a držení různých diet pro dosažení štíhlosti, jakožto představovaného ideálu krásy. Ženy se takto více soustředí na vlastní tělesné proporce a tělesnou váhu (KRCH, 2010).

Pro každou dívku je určitá životní situace více či méně traumatizující. Proto za vznikem PPP může stát stresující **životní událost** např. vysoké nároky okolí, šikana, sexuální zneužívání, životní změna (přestup na jinou školu), konflikty v rodině (hádky, rozvod rodičů, závislost na alkoholu), poznámky a posměšky směrem k tělesné

hmotnosti (PROCHÁZKOVÁ A ŠEVČÍKOVÁ, 2017). Do této kategorie rizikových faktorů spadá i těhotenství jako možný spouštěcí faktor PPP.

Nemoci bývají v těžkých životních situacích únikem a úkrytem před nimi. Člověk pomocí hladovění a myšlenek na jídlo na starosti nebo bolesti zapomíná a méně se na ně soustředí (PAPEŽOVÁ a HANUSOVÁ, 2012).

Příspět na rozvoji mentální anorexie a mentální bulimie mohou také **riziková prostředí**, kde pod velkým tlakem na udržení požadované tělesné hmotnosti a vzhledu, dochází častěji u lidí ke vzniku PPP. Těmito rizikovými prostředími jsou myšlené některé profese (modeling, tanec) a sporty (gymnastika, krasobruslení, atletika, balet aj.) (PROCHÁZKOVÁ, 2011).

V dnešní době spousta odborníků popisují **mediální tlak** jako jeden z významných spouštěcích faktorů PPP. V dnešní společnosti je štíhlost považována za krásu. Časopisy, internet, televize a rádia prezentují a podsouvají představu, jak má žena vypadat, jakou má držet dietu, aby dosáhla žádané dokonalé postavy, nabádají k neustálé snaze redukovat tělesnou váhu a vyzdvihují hubené postavy žen. Tato neustálá mediální masáž a zaměření společnosti na vzhled dohání ženy ke kritickému sledování svých tělesných proporcí a tělesné hmotnosti, ke snaze zhubnout a držet diety.

Tyto sdělovací prostředky zobrazující extrémně vyhublé modelky a propagující dietní stravování považované za očekávané a standardní, negativně ovlivňují také nemocné ženy PPP, kterým to udržuje a prohlubuje nemoc. Sociokulturním tlakem je podroben a manipulován každý jedinec. Míru ovlivnění a podlehnutí médiím závisí na osobní sebedůvěře a sebepojetí. Čím více člověk sám sobě věří, tím více bude odolnější proti prezentovanému ideálu krásy a nutností držet diety. Rizikovým obdobím je dospívání, kdy je dívka více sebekritičná, nejistá a citlivá (PAPEŽOVÁ a HANUSOVÁ, 2012).

Vzhledem k porodní asistenci nutno poukázat na **prenatální a perinatální komplikace** a **časnou menarche**. Z hlediska porodnictví je zajímavým poznatkem rizikový faktor PPP v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Pomocí studií se ukázaly možné predispozice k PPP po prodělané hypoxii. Konkrétně je problém zakotven v nízké saturaci mozku kyslíkem.

Švédské studie zkoumaly u dívek narozených v letech 1973–1984, u kterých byly evidované perinatální komplikace (gestační stáří plodu, hmotnost plodu, předčasný porod, porod zakončený vakuem extrakcí nebo kleštěmi, poporodní traumata – porodní nádor, nízké Apgarovo skóre, novorozenecká žloutenka atd.). Výsledky přinesly, že mezi 781 z těchto děvčat, které byly hospitalizované pro mentální anorexii, byly u nich oproti zdravým děvčatům totožného věku zaznamenány ve vyšších procentech prodělané předčasné porody nebo porodní traumata. Předčasným porodem se dá předpokládat 3,2x vyšší riziko vzniku mentální anorexie, pro porodní traumata je to 2,4x vyšší riziko. Nejčastějším a nejvíce ohrožujícím faktorem k rozvoji mentální anorexie je spojení předčasného porodu a porodního traumatu. Tato kombinace navyšuje riziko na 5,7x vyšší pravděpodobnost vývoje nemoci. Pacientky udávaly i v anamnéze častěji vícečetná těhotenství, porod pomocí vakuem extrakcí a kleštěmi. Touto studií lze říci, že tyto komplikace v době porodu dívky zařazuje do skupiny s velkým ohrožením rozvoje těžké formy mentální anorexie (PAPEŽOVÁ, 2010). Další studie potvrzující tyto teorie vychází ze zkoumání dvojčat. Byla prováděna ve Virginii, kde se dospělo k závěru, že prenatalními a perinatálními komplikacemi lze předpokládat zvýšené riziko vzniku mentální anorexie a mentální bulimie. Zatímco předčasný porod zvyšuje riziko mentální anorexie, u mentální bulimie a jiných psychických poruch tomu tak není. Výsledek se mírně vychyluje v míře zvýšení rizika, kdy u americké studie není tak absolutní zvýšení, jako tomu bylo ve švédské studii. Pro vyjasnění tohoto rozchodu lze chápat, že ve Švédsku se zkoumaly dívky s těžkou formou mentální anorexie, zatímco americká studie zahrnuje do výzkumu dívky nemocné v různých stádiích nemoci (PAPEŽOVÁ, 2010).

Po těchto studiích lze vzít do úvahy, že hypoxické komplikace mozku v době těhotenství a porodu jsou predispozicí k rozvoji mentální anorexie a mentální bulimie. Avšak tyto faktory jsou zaregistrovány jen v 5 % všech případů (PAPEŽOVÁ, 2010).

V oboru gynekologie nutno poukázat na rizikové dívky pro vznik mentální anorexie a mentální bulimie, které začaly menstruovat v nízkém věku.

Další studie zkoumající časnou menarche ve spojení s rozvojem PPP provedl Hayward a Wichstrom, kdy došli k výsledku, že brzkým nástupem menstruace se u dívek zvyšuje pravděpodobnost rozvoje PPP. Na druhé straně Graber a Smolak tvrdí, že taková souvislost není (PAPEŽOVÁ, 2010). Existuje však možnost narušení vztahu

k vlastnímu tělu potažmo k jídlu nastoupením časně menarche, kdy zároveň dívka prochází těžkými životními situacemi (PAPEŽOVÁ, 2010).

3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V GYNEKOLOGII

Problematikou žen a dívek s PPP v oblasti gynekologie je z první řady jejich sexualita. Anorektické pacientky ztrácí zájem o intimní kontakt s opačným pohlavím. Naopak bulimické pacientky častěji vyhledávají sexuální sblížení. U PPP zvláště, kdy pacientky výrazně ztrácí tělesnou hmotnost, dochází k poruchám menstruačního cyklu. Pacientky trpí oligomenoreou až amenoreou. V souvislosti s problémy s menstruací u žen dochází k neplodnosti, nízké estrogenizaci s osteoporózou a atrofii dělohy. Ženy v produktivním věku trpící PPP se mnohdy potýkají s přáním stát se matkami, proto přicházejí do klinik pro asistovanou reprodukci pro neschopnost otěhotnět, avšak s klíčovou příčinou jejich problému se většinou nesvěří.

3.1 SEXUALITA

Sexuální chování žen s mentální anorexií a bulimií se liší. U žen s mentální anorexií je možné sledovat zdrženlivost a méně hlubších partnerských vztahů (PAPEŽOVÁ, 2010). Snížený zájem o sexuální život v případě mentální anorexie nenaznačuje žádnou sexuální poruchu. Tento projev je důsledek špatného obživného pudu, chudých sociálních vztahů a zhoršující se kvality jejich života. Některé ženy mohou mít snížený zájem o sex z důvodu negativního vztahu ke svému tělu a jejich všeobecné úzkosti. Spousta vyhublých žen pocítují stud za svůj vzhled, a proto se vyhýbají tělesnému kontaktu. Skupina žen, které svou vyhublost považují za sexuálně atraktivní, nemají tak chudý sexuální život, ačkoliv je neupokojivý (KRCH, 2010). Na rozdíl ženy trpící mentální bulimií častěji navazují sexuální a partnerské vztahy, dosahují orgazmu při pohlavním styku i masturbaci. U některých těchto pacientek dochází až k promiskuitnímu chování (PAPEŽOVÁ, 2010).

3.2 MENSTRUAČNÍ CYKLUS

Menstruační cyklus představuje pravidelné změny na endometriu, kdy se takto připravuje na uhníždění vajíčka pro jeho následný vývoj. Menstruační cyklus začíná v období puberty dívek a končí v klimakteriu žen. Pro pravidelný menstruační cyklus považujeme interval 28 dní s možnými odchylkami 5 dní.

Hypotalamus, adenohipofýza a ovaria jsou žlázy s vnitřní sekrecí, pomocí nichž dochází v reprodukčním věku ženy k cyklickým změnám v jejím reprodukčním systému. Gonadotropiny (FSH, LH) řídí růst a zrání folikulů, jejich ovulaci, vznik žlutého tělíska a tvorbu pohlavních hormonů. Jejich produkce je udávána hypotalamickými hormony – GnRH. Mozková kůra stimuluje činnost hypotalamu, proto fyzické i psychické vypětí může zapříčinit poruchy v reprodukční schopnosti ženy (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012).

U dívek nebo žen s podezřením na mentální anorexii nebo bulimii se pohlíží také na pravidelnost menstruačního cyklu. Diagnostické kritérium mentální anorexie je naplněno tehdy, když pacientka udává vynechání alespoň tří po sobě následujících menstruací. Ovšem pokud dívka nebo žena skrze hormonální antikoncepci menstruuje, tento menstruační cyklus není akceptován (NĚMEČKOVÁ, 2011).

3.2.1 AMENOREA U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Pro amenoreu je typický pokles 10-15 % tělesné hmotnosti. Kolem 20 % dívek nebo žen ztrácí menstruaci ještě před výraznou ztrátou hmotnosti. Zároveň menstruace často nenastoupí určitou dobu ani po normalizaci váhy (KOUTEK a KOCOURKOVÁ, 2015).

Anovulační cykly nastávají, pokud nedojde k ovulaci. Tyto cykly fyziologicky bývají po oplodnění, 1-2 roky po menarche a před menopauzou. Více zastoupenou amenoreou je sekundární amenorea, čímž se rozumí zastavení původně pravidelných menstruačních cyklů. Fyziologicky amenorea nastupuje při těhotenství, kojení nebo v menopauze. Patologickým důsledkem je amenorea v případě PPP, psychogenních vlivů, onemocnění CNS a reprodukčního systému ženy, systémové nemoci atd. Pro ženy s primární amenoreou jsou charakteristické malé prsy a další odchylky od pohlavního vyzrání. Primární amenorea pro dívku s PPP může znamenat vážné narušení menstruačního cyklu, poruchu vývoje sekundárních pohlavních znaků, čímž si s sebou může nést celoživotní následky (PAPEŽOVÁ, 2010).

Progesteronový test, jehož výsledky rozliší amenoreu, spočívá v intramuskulárním podání 60-120 mg progesteronu, kdy poté se objeví krvácení do 14 dní. Další variantou je podání per os medroxyprogesteron acetátu 2x10 mg po dobu 10 dní, kdy krvácení nastane 3. den po jeho vysazení. Toto krvácení ukazuje, že jsou dostatečně produkovány estrogeny – amenorea I. stupně. Pokud toto krvácení

nenastane, lze předpokládat poruchy v produkci estrogenů – amenorea II. stupně (ROB a kol., 2008).

V hormonálním profilu anorektických pacientek lze zaznamenat sníženou sekreci gonadotropinu s následkem hypoestrinismu (ROB a kol., 2008). Při váze nižší než 46 kg dochází v adenohypofýze k poruše vyplavování gonadotropinů. Amenorea u PPP se též připisuje negativní energetické bilanci, kterou způsobuje porucha příjmu a výdeje energetických hodnot. Energetická nerovnováha má dopad na hypotalamo-hypofyzární ovariální osu (PAPEŽOVÁ, 2010).

Určitý význam má také úloha leptinu. Leptin je hormon vylučován adipocyty. Slouží jako informační zdroj pro mozek o uložené energii v těle. Zároveň patří mezi hormony podílející se na řadě fyziologických pochodů v těle. Jedním z nich je i reprodukce. Sérové hladiny leptinu u anorektických pacientek jsou značně nižší než u zdravých žen s normální hmotností (PILKA a kol, 2007).

„Zvýšené hladiny leptinu v odpovědi na dietní opatření a příslušnou léčbu korelují signifikantně se sérovým LH a FSH, což znamená, že vzestup sérových hladin leptinu, sekundárně po nárůstu tělesné hmotnosti, může aktivovat hypotalamo-hypofyzárně-gonadální osu. Leptin tak může být nezbytným, ale ne dostatečným signálem pro znovu nastartování menzes u anorexie“ (PILKA a kol., 2007, s. 34).

Při snížení pod určitou minimální hranici přijaté energie, snížení tělesné hmotnosti (10-15 %) a malém obsahu tuku v těle dochází k hypoestrinismu, postupné atrofii dělohy a osteoporóze (PAPEŽOVÁ, 2010). Osteoporóza je nejvíce ohrožující a zároveň nejnebezpečnější pro adolescentní dívky, protože v tomto období by jim měla kostní tkáň růst, ale oni naopak z důvodu hormonálního rozvratu tuto hmotu ztrácejí (PAPEŽOVÁ, 2010).

3.2.2 LÉČBA AMENOREY U PACIENTEK S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Dlouhodobá amenorea způsobuje osteoporózu a ireverzibilní změny pohlavních orgánů. V léčbě PPP je snaha o realimentaci včetně dosažení přijatelné hmotnosti. To je doprovázeno psychoterapeutickou léčbou. Cílem je změnit patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, pohled a vztah k vlastnímu tělu a způsob myšlení ovlivněný nemocí. Důležitá jsou režimová opatření. Indikace

ke gynekologickému vyšetření a substituční terapii je pouze v případě, pokud dívka dokáže zvýšit tělesnou hmotnost, tak aby se dostala z těžké kachexie (KOUTEK a KOCOURKOVÁ, 2013).

Hormonální substituční léčba je nasazena v úmyslu předejít osteoporóze a normalizovat endokrinní vývoj při dospívání. Zejména je důležité myslet na dostatečnou estrogenizaci (KOUTEK a KOCOURKOVÁ, 2015).

V některých případech se můžeme setkat s tím, že dívka hormonální léčbu odmítá. V tomto případě je vhodné v psychoterapeutické léčbě na dívku apelovat, aby postoj změnila. U jiných dívek může být hormonální léčba zamítnuta rodiči. Určitým možným negativem výsledku léčby (navození menstruace) je, že dívka může nabývat dojmu, že je zdravá, a tak nemusí pokračovat v přibývání na váze. Za všech okolností musí být dívka léčena zkušeným odborníkem, který je s danou problematikou seznámen. Tato léčba trvá dlouho a vyžaduje několik opakovaných vyšetření hladin hormonů i ambulantních kontrol v době hospitalizace i po ní (KOUTEK a KOCOURKOVÁ, 2015).

3.3 ASISTOVANÁ REPRODUKCE U PACIENTEK S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Ženy s mentální anorexií nebo bulimií či s jejich subklinickými formami stále častěji vyhledávají centra pro asistovanou reprodukci, přičemž třetina až polovina patientek klinik tvoří ženy s PPP. Přání ženy a jejího partnera mít dítě, může vést k tomu, že skrývají jejich anamnézu a odmítají léčbu. Není výjimkou, že neví o PPP ani partner ženy. Dozvídá se o nich až na klinikách asistované reprodukce při neúspěšné léčbě neplodnosti (PAPEŽOVÁ, 2010). Často odborníci hledání problému nevěnují pozornost. Avšak přiznání mentální anorexie, bulimie nebo atypické formy prodělané a léčené v minulosti může být klíčové pro předcházení riziku relapsu PPP a ohrožení dítěte na zdraví. Svěření se s problémem umožní navázat důvěru a spolupráci, která je v péči o tuto ženu podstatná, zároveň ji motivovat ke komplexní léčbě (PAPEŽOVÁ, 2009). U patientek v aktivní fázi nemoci nebo u těch, které se brání léčbě, by neměla být asistovaná reprodukce indikována. Kliniky pro asistovanou reprodukci umožňují neplodným párům s počítím, kdy selžou všechny ostatní léčby infertility, ovšem poruchy fertility u PPP jsou sekundárním dopadem, ale při adekvátní léčbě jsou zcela

reverzibilní (PAPEŽOVÁ, 2010). Ženy s akutní formou PPP a ženy, které PPP trpěly v minulosti, by měly dostat informace ohledně všech rizik těhotenství. Těhotenství by mělo být plánováno na dobu, až žena bude zdravá. V ideálním případě by do péče o ženu měl být začleněn i odborník, který z léčby PPP zná její rizika možného relapsu. Pro období těhotenství a poporodní období je nezbytná profesionální poradenská nebo terapeutická péče. Utajované a neléčené symptomy PPP výrazně zvyšují riziko komplikací těhotenství a poporodního období u matky včetně jejího vztahu k dítěti a schopnosti ho kvalitně živit (PAPEŽOVÁ, 2009).

Kliniky pro asistovanou reprodukci umožňují ženám otěhotnět i s nízkou váhou. V České republice na těchto klinikách chybí zcela detekování projevů PPP. S odhalením choroby by měla navazovat psychologická pomoc pro samotné nemocné i jejich blízké. (PAPEŽOVÁ, 2010).

Do vyšetření je vhodné zahrnut dotazník odhalující přítomnost PPP (PAPEŽOVÁ, 2009). Důležité je, aby gynekolog ve spolupráci s psychologem a ostatními odborníky navázali důvěrný vztah s pacientkou a její rodinou, vedli ji k nárůstu hmotnosti v období těhotenství a připravovali ji na poporodní období. Součástí péče je vyloučení aktivní fáze PPP pomocí testové baterie (PAPEŽOVÁ, 2010).

4 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V PORODNICTVÍ

Dnešní společnost usiluje o štíhlost, která se dává do spojitosti s kontrolou a úspěchem. I sexuálně aktivní ženy v reprodukčním věku v dnešní době se snaží tohoto kulturního přání dosáhnout, a tím se rozrůstá výskyt PPP, což dříve bylo vzácné (WOHL a&GUR, 2015). Poruchy mají často chronický průběh. To se ovšem výrazně odráží v reprodukční schopnosti žen, kdy trpí poruchami plodnosti. Nejvíce vystavené tomuto riziku jsou ženy s podváhou a špatným stravovacím chováním. Nicméně určité procento žen s PPP otěhotní i v aktivní fázi nemoci (NORRÉ, 2007). Ve spojení PPP s těhotenstvím a mateřstvím vidíme dvě problematiky: rizika, která PPP přináší těhotenství, porodu a mateřství; vliv těhotenství a mateřství na symptomy PPP.

4.1 STERILITA A FERTILITA ŽEN S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Anorektické ženy přestávají menstruovat nebo jejich menstruace je pouze navozena hormonální antikoncepcí. Ženy s mentální bulimií v důsledku zvracení, nadměrného cvičení a diet mají úbytek pohlavních hormonů. Z tohoto důvodu mají v 50 % menstruační alterace. Dalším důsledkem neplodnosti je syndrom polycystických ovárií, kterým trpí 75 % bulimických žen (PAPEŽOVÁ, 2010).

Pro ženu trpící PPP je nezbytná stabilizace hormonální hladiny a obnovení menstruačního cyklu.

4.2 PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ A PORODU

Průběh těhotenství a porodu výrazně určuje zdravotní stav matky při otěhotnění. Je důležité pohlížet na tělesnou váhu, kvalitu stravování, fyzickou kondici a psychický stav těhotné ženy. Nutno je zmínit, že těhotenství může být spouštěčem prvotní PPP nebo jejího relapsu.

Těhotenství pro ženu s PPP přináší nové a neznámé změny vlastního těla, které v jejím úzkostném sledování hmotnosti a tvaru svého těla, může vytvářet rozpor mezi přáním plnit roli matky a strachem z přibírání na váze, které v těhotenství nastává

(PAPEŽOVÁ, 2010). Tyto ženy obvykle přiberou jen pár kil, i když je jim poskytována kvalitní péče. Nejčastěji se ženy snaží vnímat změny jejich těla v období těhotenství kladně. Jsou ale výjimky, kdy matky dávají svým dcerám za vinnu, že v době těhotenství přibraly. Ženy s mentální anorexií a mentální bulimií ohrožují sebe i plod tajným zvracením, kdy tímto bulimickým zvracením hrozí nedostatečná výživa spojená s jejími komplikacemi. Při rozpoznání bulimického zvracení a hyperemesis gravidarum je podstatná váha, kdy u bulimického zvracení se zastavuje hmotnostní přírůstek (PAPEŽOVÁ, 2009).

Obvykle symptomy PPP v období těhotenství ustupují, ale je zapotřebí důsledná léčba, protože hrozí přetrvání těchto symptomů a riziko relapsu nemoci v poporodním období (NORRÉ, 2007).

Těhotné ženy trpící PPP jsou vystavené riziku poškození vlastního zdraví, ale i zdraví plodu/zárodku po celý čas těhotenství. Pro mentální anorexií je častá perinatální mortalita a pro mentální bulimii v případě vyvolávání zvracení a užívání laxativ, hrozí dětem vrozené vývojové vady. Dalším rizikem pro ženy trpící bulimií je hypertenze a preeklampsie. Těhotenství spojené s PPP je charakteristické pro spontánní potraty a nízkou porodní hmotnost dětí. Časté jsou předčasné porody, hypotrofické plody, IUGR nebo menší obvody hlavičky novorozence. Pro výskyt spontánních potratů se udává 2x častější, až 6x vyšší je komplikací těhotenství perinatální úmrtnost včetně porodu menších nebo poškozených plodů. Ženy s PPP v těhotenství častěji trpí úzkostmi, depresiemi a špatnými vztahy s novorozenci (PAPEŽOVÁ, 2010).

Peterson et al. (2004) popsali registr 302 žen, které trpěly PPP a v letech 1973-1993 porodily. Autoři zjistili, že děti matek s anamnézou PPP měly 2x častější nízkou poporodní hmotnost a v 80 % neodpovídaly gestačnímu týdnu. Riziko předčasných porodů měly o 70 % vyšší. Další menší studie o rok později přinesla podobné výsledky. Kouba et al. (2005) sledovali 49 nekouřících žen s PPP a 68 žen kontrolní skupiny. Ženy s anamnézou PPP měly menší hmotnostní přírůstek v těhotenství a více komplikací v tomto období. Jejich děti měly nízkou hmotnost, menší obvod hlavy a mikrocefalii (PAPEŽOVÁ, 2010).

Obdobné výsledky přináší novější studie (LINNA et al., 2014), kdy potvrdily nízkou porodní hmotnost novorozenců a malý gestační věk u žen s mentální anorexií a bulimií. Mentálním anorektickým i mentálním bulimickým hrozí předčasné kontrakce.

Dále pro mentální anorexii byly zaznamenány v průběhu těhotenství komplikace jako anémie, pomalý růst plodu, krátká první doba porodní, velmi předčasné porody a perinatální úmrtnost. U matek bulimiček byly zpozorovány častější resuscitace novorozenců a velmi nízké Apgar skóre během první minuty. Ženy, které trpěly přejídáním bez následného pročišťování, měly komplikaci v těhotenství hypertenzi, dlouhou první a druhou dobu porodní. Děti těchto matek měli velký gestační věk a velkou porodní hmotnost. Výstupem této studie je apelování na důsledné sledování žen s minulostí nebo současnou PPP a neopomínaje jejich děti.

Britský výzkum (MICALI et al., 2014) přináší poznatky, že PPP představují větší pravděpodobnost narození dvojčat. Těhotné ženy s mentální anorexií častěji tíhnou k nežádoucímu a neplánovanému těhotenství. Autory je upozorňováno, že by odborníci na léčbu neplodnosti měli být více uvědoměni u poruch plodnosti o aktivní nebo prodělané PPP, které mohou být právě důvodem pacientčiny neplodnosti. Další studie (WOHL a &GUR, 2015) jejíž autoři jsou podobného názoru, že tito odborníci mají malé povědomí a málo znalostí o mentální anorexií, a v případě odhalení její aktivní fáze stejně váhají o odmítnutí léčby. Je důležité těhotné ženy s podvážou podrobit detekci PPP. V případě odhalení její aktivní fáze odkázat ženu na léčbu PPP a dále těhotenství sledovat jako rizikové.

4.3 TĚHOTENSTVÍ ŽEN V OBDOBÍ REMISE

V nemocničních zařízeních se setkáváme s mnoho ženami, které v minulosti trpěly PPP. Nejen žena v aktivní fázi PPP je riziková. Pro ženu, která je v období remise, může být těhotenství zdraví ohrožující situace. Domníváme se, že těhotenství, které s sebou přináší změny tělesných proporcí, nárůst tělesné hmotnosti nebo změnu v požadavcích na stravovací režim, pro ženu již úspěšně léčenou může být velkou psychickou zátěží až s fatálními následky.

Ženy v aktivní fázi mentální anorexie a podle některých autorů i ženy s prodělanou mentální anorexií v minulosti mají problémy s fertilitou, těhotenstvím i porodem. Děti žen s touto chorobou v anamnéze často neprospívají. Byla provedena dlouhodobá studie s názvem Osmnáctileté sledování mentální anorexie vzniklé v adolescenci: psychiatrické poruchy, škály pro hodnocení celkových funkcí, prognostické faktory, těhotenství, děti. Do této studie bylo zařazeno 51 dívek ve věku 14 let trpících anorexií a 51 žen ve věku 32 let (18 let od příznaků mentální anorexie).

Výsledky ukázaly, že 29 žen ve skupině s mentální anorexií a 33 žen v kontrolní skupině měly děti. Žádný rodič ze skupiny s anorexií neměl přetrvávající problémy spojené s PPP po 18 letech sledování. Průměrný počet dětí ve skupině s anorexií a kontrolní skupině se zvlášť nelišil. Rozdíl byl spatřen v průměrném věku početí dítěte, kdy ve skupině s mentální anorexií byl podstatně nižší. Deprese byly zaznamenány u 5 matek ve skupině s anorexií, komplikace těhotenství, porodu a poporodního období se nijak nelišily mezi skupinami. Pro děti ze skupiny rodičů s mentální anorexií nebyly známky problému s krmením. Ovšem rodiče skupiny s mentální anorexií se obávají o váhu svých dětí častěji ve smyslu podváhy (WENTZ et al., 2007).

4.4 SLEDOVÁNÍ NEMOCNÉ ŽENY

Pokud anamnéza ve zdravotnické dokumentaci neobsahuje informace o prodělané PPP, často personál porodnického zařízení, který nebývá speciálně o dané problematice proškolen, při odběru anamnézy tyto informace uniknou. Pro hmotnostní přírůstek mohou být problémy skryty a ženy se k nim samy nepřiznají. Tím se liší od žen s drogovou závislostí, které problém odkryjí, protože si uvědomují, že v případě operačního výkonu budou mít sníženou toleranci na podaná anestetika. U PPP je častěji těhotenství ukončeno císařským řezem z důvodu sekundárního důsledku PPP na organismus ženy a na vývoj plodu (PAPEŽOVÁ, 2010).

Je přínosné, když do prenatální péče o ženu s PPP je zapojen i partner, popřípadě ostatní blízcí nemocné. Partner by měl ženu přimět k těhotenství až na dobu, kdy bude vyléčená z PPP. Velkou úlohu hraje kvalita partnerského vztahu a jejich schopnost řešit emoční a problémové situace spojené i se zdravotním rizikem. Těhotné ženy a jejich partneři by měli dostat informace o možných zdravotních komplikacích těhotenství. Členové rodiny mohou těhotné pomoci překonat její obavy a předávat jí informace o jejím stávajícím duševním stavu. Psychiatr může ambulantně nemocné poskytovat řešení jídelní a psychologické patologie (PAPEŽOVÁ, 2010).

Do ošetrovatelského procesu počínaje odběrem anamnézy je příhodné zařadit partnera těhotné nebo její blízké. Ve většině případech zdravotnický personál není o probíhající nebo prodělané PPP od nemocné informován, proto partner nebo blízcí mohou být důležitým komunikačním prostředkem k získání podstatných informací. Zároveň mohou poskytovat nemocné odpovídající a efektivní psychickou podporu, kterou v období těhotenství žena s anamézou PPP bude nezbytně potřebovat.

Péče o ženu, která trpí nebo trpěla v minulosti PPP, musí být mezioborová. Na těhotenství ženy s anamnézou PPP je nutno pohlížet jako na rizikové až patologické. Tyto ženy by měly být sledované v rizikových prenatalních poradnách v perinatologických centrech. Na perinatální péči se podílí gynekolog/porodník, psychiatr a internista. V případě zhoršení stavu těhotné ženy jí hospitalizují na metabolické jednotce. Z porodnického hlediska je žena pečlivě sledována pro kardiovaskulární adaptaci na těhotenství, screening na diabetes mellitus gravidarum a hmotnostní přírůstek. Častěji se provádějí ultrazvukové vyšetření z důvodu IUGR a genetická vyšetření v I. a II. trimestru. Internistou je upravované vnitřní prostředí a sledovaná energetická bilance těhotné (PAPEŽOVÁ, 2010).

4.5 MATERŠTVÍ

Papežová uvádí, že někteří autoři popisují, že ženy s mentální anorexií a mentální bulimií mají problémy s kojením a krmením svých dětí. Některé ženy nepocítují v těhotenství hlad a kojení je pro ně nepříjemné (PAPEŽOVÁ, 2010).

Matky s PPP mají negativní vliv na jídelní chování a postoje svých dětí. Krmí je nepravidelně a projevují obavu o váhu již už u svých dvouletých dcer. Matky, které drží diety, jsou špatným vzorem pro své děti, které se jí mohou snažit napodobovat. Zároveň tyto matky mohou úzkostně sledovat, kolik množství jídla dítě sní. Dcery matek s PPP ve věku pěti let vykazují více negativních emocí než děvčata, jejichž matky PPP netrpí. U 50 % dětí žen s PPP lze zaznamenat psychiatrické obtíže. Ricciardelli a McCabe objasnili hlavní příčinu tělesné nespokojenosti u dospívajících dívek a chlapců, kterou byl matčin nátlak ke zhubnutí (NOVÁK, 2010).

Na s. 3 Černá (2008) uvádí, že se často setkává se ženami s PPP, které pocítují výčitky, nejistotu a pocity viny pramenící z dojmu, že svým dětem škodí. Když se stane žena s PPP matkou, většinou se rozhodne k léčbě. Na období těhotenství rády vzpomínají, protože v tu dobu jejich nemoc ustoupila. Ale po porodu se projevy nemoci vracejí a nabývají výčitky vůči dítěti. Matky s PPP mají nízké sebevědomí, nedokážou čelit zátěži, považují se za špatné matky. Jejich stav může vyústit až afektivní či depresivní stavy. Dítě tyto negativní emoce lehce přebírá a stává se neklidné, nejisté a úzkostné. Přirozenou reakcí dítěte je potom pláč, hyperaktivita a nechutenství. Nespokojenost dítěte matku více uvádí do úzkostí a výčitek ze selhávání jako matky.

Anorektické a bulimické chování (neustálé myšlenky na jídlo, přehnaná pozornost k postavě, cvičení, přejídání se nebo zvracení) zabírá ženě spoustu času a pozornosti, proto přestává zvládat péči o dítě. Spoustu žen se v poporodním období snaží rychle zhubnout na váze. Tyto patologické vzorce chování narušují ženě vnímat potřeby vlastního dítěte. U anorektických žen často dochází k problémům v mezilidských vztazích (pracovních, rodinných, partnerských). Tato skutečnost se zrcadlí ve vztahu matka - dítě a významně ovlivňuje formování osobnosti dítěte, utváření jeho vztahu k sobě samému, k opačnému pohlaví, k lidem a životu (OBERREITEROVÁ, 2009).

Naopak na s. 3-4 Černá (2008) uvádí, žena s PPP může dobře plnit roli matky z hlediska vlastních zkušeností z nemoci a sebereflexí z léčby. Přes sledování vlastního chování a postoji k sobě a dítěti může snáz vycítit nespokojenost dítěte a adekvátně reagovat. Přes možnou vlastní zkušenost s podceňováním, negativním hodnocením dítěte, tlaku na výkon, kladením důrazu na vzhled dítěte, podmíněnosti lásky projevované dítěti, nedostatečnému prostoru pro vyjadřování pozitivních i negativních emocí dítěte zná negativní dopady tohoto chování a může se mu ve své výchově vyvarovat. Každá matka se snaží vychovat své dítě podle nejlepšího svědomí. Každý nevědomky ovlivňuje vlastní výchovu způsobem výchovy jejich rodičů a životními zkušenostmi, kterou může být právě PPP. Toto nemocnění zhoršuje kvalitu života velmi výrazně, pokud je však léčena, může přinést do života ženy matky i jejího dítěte pozitivní zkušenost jako například: zážitek zvládnutí nemoci, osobní růst, náhled na některé nefunkční vzorce chování v rodině, zlepšení komunikace v rodině, zdravější projevování emocí a potřeb všech členů rodiny apod.

5 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Při výběru léčby přistupujeme s individualitou. Každé pacientce vyhovuje a pomáhá jiný způsob léčby a jejího psychoterapeutického přístupu. Nejpreferovanější je psychoterapie a psychoedukace. Náplní je, aby pacientka uměla porozumět a vypořádat se svými myšlenkami, pocity, postoji, a znát souvislosti faktorů rozvoje nemoci. Zároveň je součástí zavedení pravidelného stravovacího režimu a dosažení odpovídající tělesné hmotnosti.

5.1 AMBULANTNÍ LÉČBA A DENNÍ STACIONÁŘE

Při lehčí formě onemocnění je možné přikročit k ambulantní léčbě nebo léčbě v denních centrech/stacionářích, kdy přes den probíhá terapie a přes noc pacientka dochází domů (PROCHÁZKOVÁ a ŠEVČÍKOVÁ, 2017).

Ambulantní léčba by měla být zahájena u spolupracujících pacientek včetně rodiny, které jsou motivované, a také pokaždé ukončené hospitalizaci. V ambulantní léčbě je zejména využívána psychoterapie (NEMEČKOVÁ, 2011). Nejčastějším aplikovaným psychoterapeutickým přístupem je kognitivně- behaviorální terapie, která zahrnuje další různé přístupy, např. psychoterapii zaměřenou na zlepšení tělesného sebepojetí, sebedůvěry, nácvik asertivity a sociálních dovedností, změna patologických jídelních postojů, myšlenek a pocitů (KRCH a ŠVÉDOVÁ, 2013). Jinými přístupy mohou být interpersonální terapie, dialektická behaviorální terapie, kognitivně analytická terapie, psychodynamická a psychoanalytická terapie (NĚMEČKOVÁ, 2007).

5.2 HOSPITALIZACE

Pacienti s PPP tvoří různorodou skupinu. Existují ženy, které v podstatě zvládnout svůj problém samoléčbou, na druhé straně existují kachektické a depresivní ženy, pro které je jedinou cestou léčby hospitalizace (MARÁDOVÁ, 2007).

Pacientky, které jsou kachektické, nespolupracující, depresivní a často zvracející, je nutné přistoupit k hospitalizaci na specializovaném oddělení (KRCH,

2016). Anorektické pacientky bývají častěji hospitalizované než bulimické pacientky. Ty podstupují hospitalizaci většinou z důvodu sebevražedných sklonů zapříčiněných nezvládnáním nemoci nebo na počátku léčby k pomoci s nastolením stravovacího režimu (NĚMEČKOVÁ, 2011).

5.3 NUTRIČNÍ TERAPIE

Do komplexní péče se řadí nutriční terapie, která slouží k napravení energetické malnutrice a nastavení správného a pravidelného jídelního režimu. Terapeut zprostředkovává pacientkám informace o správné stravě a v závislosti na jeho zhodnocení jejich nutričního stavu, jim pomáhá sestavit takový jídelníček, aby byl kaloricky a výživově hodnotný. Zároveň spolu plánují, jaké potraviny jídelníček bude obsahovat, kdy a jak má pacientka jíst. Platí zde také individuální přístup a stanovování takových cílů, aby byly pro pacientku přijatelné a splnitelné (KRCH a ŠVÉDOVÁ, 2013).

5.4 FARMAKOTERAPIE

Ve farmakoterapii u PPP jsou podávána antidepresiva pro depresivní a úzkostné stavy, strach z jídla a nutkavé myšlenky na něj. Je vhodné podávat fluoxetin v postupné dávce až na 60-80 mg/den, kdy toto dávkování při těchto poruchách je vyšší než u depresivních poruch. Ostatní antidepresiva této skupiny mají také dobré výsledky, některé zvláště pro jejich anxiolytické působení (NĚMEČKOVÁ, 2007).

Při nesprávném vnímání vlastních tělesných proporcí jsou předepisována neuroleptika. Jejich vedlejším účinkem může však být nárůst hmotnosti, což není cílem jejich podávání (NĚMEČKOVÁ, 2007).

V počátku léčby mohou být užívána prokinetika (NĚMEČKOVÁ, 2007).

5.5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V komplexní péči je často sociální adaptace přehlíženou částí. Organizací, která se v České republice věnuje sociálním a dalším službám poskytovaným osobám s PPP mimo zdravotnictví, je Občanské sdružení Anabell (KRCH a ŠVÉDOVÁ, 2013).

6 KVALITATIVNÍ PRŮZKUM

FORMULACE PROBLÉMU

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na ženy s mentální anorexií nebo mentální bulimií, které otěhotněly v aktivní fázi nemoci nebo v období remise. Zajímá nás se budeme o to, jak u žen probíhalo těhotenství, porod a mateřství. Zaměříme se také na to, jaké mají ženy zkušenosti a pohled na interakci mezi nimi a gynekology nebo porodními asistentkami.

CÍLE PRŮZKUMU

Hlavní cíl

Zjistit, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují těhotenství a mateřství.

Dílčí cíl 1.

Zjistit, jaký byl průběh porodu a zdravotní stav dítěte.

Dílčí cíl 2.

Zjistit, jak těhotenství a porod ovlivňuje psychický stav ženy.

Dílčí cíl 3.

Zjistit, jaké mají ženy zkušenosti s informováním svého gynekologa/porodníka nebo porodní asistentky o nemoci.

PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Dle výše uvedeného průzkumného problému a průzkumných cílů byly stanoveny tyto průzkumné otázky:

1. Jaké jsou nejčastější komplikace těhotenství žen s PPP?
2. Jakými matkami jsou ženy s PPP?
3. Mají tyto ženy komplikace u porodu?

4. Jak prospívало dítě?

5. Co pro tyto ženy obnáší těhotenství z hlediska nemoci?

6. Jaký je pohled žen na komunikaci, chování a přístup k nim samotným od gynekologů nebo porodních asistentek?

6.1 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A TECHNIKY SBĚRU DAT

K praktické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativního průzkum. Ten nám umožňuje vybrat relativně malý výzkumný vzorek, tolerovat individualitu jednotlivých respondentů, proto se také nedají výsledky zobecnit na celou populaci, a nahlédnou více do hloubky této problematiky (MIOVSKÝ, 2006). Kvalitativní průzkum probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů se ženami s poruchou příjmu potravy.

Forma polostrukturovaných rozhovorů byla vybrána jako nejvhodnější, protože nám umožňuje klást otázky bez pevného pořadí a znění a pokládat doplňující otázky vzhledem k vývoji samotného rozhovoru. Základ tvoří tzv. jádro interview, minimum okruhů a otázek, které musí být zmíněny. K nim je možné nabalovat další témata a otázky prohlubující základní informace (MIOVSKÝ, 2006).

Rozhovory byly uskutečněny v kavárnách nebo v domácím prostředí žen. Ženám byl vysvětlen smysl a záměr výzkumu a sděleno, že jejich účast je zcela dobrovolná a anonymní, že mají právo v kterékoliv fázi od výzkumu odstoupit a že získaná data budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce. Před samotným rozhovorem bylo ženám nabídnuto vybrat si jméno, pod kterým v bakalářské práci budou jejich poskytnuté informace uváděny. Dále s respondentkami následovalo sepsání jejich základních údajů, pod kterými vzhledem ke gynekologii a porodnictví vystupují (věk, výška, forma nemoci a její typ, věk počátků nemoci a současný stav nemoci, menarche, poruchy menstruačního cyklu, popřípadě užívaná HAK a absolvovaná hormonální léčba, fáze nemoci při otěhotnění, nejnižší váha v nemoci a váha při otěhotnění). Rozhovory byly nahrávané na diktafon po podepsání informovaného souhlasu. Následně tyto nahrávky byly doslovně přepsány.

Realizované rozhovory proběhly v období 2. 11. 2017 do 1. 2. 2018. Nejkratší rozhovor trval 44 minut a 35 sekund a nejdelší rozhovor trval 59 minut a 57 sekund. Ostatní rozhovory se pohybovaly v tomto rozmezí.

Poté následovalo zpracování a analýza dat.

6.2 VÝZKUMNÝ VZOREK

Pro získání respondentů byl využit účelový výběr, kdy bylo využito sociálních sítí a internetových stránek, na které jsme uveřejnili příspěvky s výzvou účasti do průzkumu. Zareagovalo 9 žen. Z nich dvě ženy už dále neodpověděly, další dvě ženy nesplňovaly kritérium formy poruchy příjmu potravy, jedna žena pro velkou vzdálenost se průzkumu nemohla účastnit a se zbývajících čtyřmi ženami se rozhovor uskutečnil.

Další metodou byla tzv. metoda sněhové koule (snowball sampling). Ta je kombinací účelového a prostého náhodného výběru pomocí níž je možné proniknout do skrytých populací (MIOVSKÝ, 2006). Metoda spočívá v tom, že prostřednictvím prvních kontaktů (nultá fáze) získáme první skupinu kandidátů pro první fázi. Tito kandidáti jsou nominováni účastníky z nulté fáze. Po souhlasu s účastí kandidátů z první vlny přichází druhá fáze, kdy do ní získáváme další kandidáty nominované kandidáty z první vlny. Celý proces se opakuje (MIOVSKÝ, 2006). Účastnicemi z nulté fáze bylo nominováno do první fáze pět žen. Z těchto nominovaných kandidátek se tři z nich nepodařilo kontaktovat, jedna kandidátka z důvodu špatné rodinné situace rozhovor odmítla a s jednou kandidátkou se rozhovor uskutečnil. Tato kandidátka završila celkový počet pěti získaných účastnic průzkumu.

Kritéria stanovené pro výběr výzkumného vzorku byla následující:

1. Ženy s mentální anorexií, mentální bulimií nebo jejich atypickou formou, které otěhotněly v aktivní fázi nemoci nebo v období remise.
2. Je časově a místně dostupná.
3. Je ochotná poskytnout rozhovor.

Výzkumný soubor tvořilo 5 žen. Tři ženy, které otěhotněly v aktivní fázi poruchy příjmu potravy a dvě ženy v období remise. S mentální anorexií měly zkušenost 4 ženy a 1 žena trpěla kombinací obou chorob. O stanovení purgativního nebo nepurgativního/restriktivního typu jsem se pokusila sama podle výpovědí respondentek nebo ony samy znaly své diagnostické rozlišení nemoci.

6.2.1 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU

Hedvika, 52 let. Od svých 15 let trpí mentální anorexií. Do 51 let trpěla mentální anorexií, kdy se přejídala každý 3. až 4. den, k vyvolávání zvracení ani k jeho pokusům nikdy nedocházelo, celoživotně užívá projímadla a diuretika. Nyní poslední rok se přestala přejídat. Z prvního manželství má tři syny. Jedno těhotenství skončilo po epileptickém záchvatu úmrtím plodu v osmém měsíci těhotenství. Všechna její těhotenství včetně potratů byla neplánovaná.

Rozhovor byl nahráván na diktafon.

Kludie, 37 let. Mentální anorexií onemocněla ve svých 14 letech. V 19 letech si uvědomila, že jednou by si přála mít děti. Proto se od té doby snažila o realimentaci, ovšem vzorce mentální anorexie zůstávají do současnosti. Kludie trpí sekundární amenoreou. Krvácení nastává pouze při užívání hormonální antikoncepce. Ve 28 letech po neúspěšných pokusech o spontánní početí s bývalým manželem podstoupila asistovanou reprodukci, po kterém se jí narodila holčička. Minulý rok opět podstoupila IVF, ale těhotenství skončilo potratem v 18. týdnu těhotenství. Stále má touhu po dalším dítěti a plánuje s přítelem ještě poslední pokus o IVF.

Rozhovor byl nahráván na diktafon.

Stela, 31 let. Mentální anorexií onemocněla ve 14 letech, která v 16 letech přešla do mentální bulimie. V době mentální bulimie občas užila projímadla nebo diuretika. Úplného vyléčení dosáhla ve 25 letech. V mentální anorexií trpěla sekundární amenoreou. Po přechodu nemoci na mentální bulimii a zároveň zvýšení tělesné hmotnosti trpěla oligomenoreou. Až po úplné realimentaci a nastolení pravidelného stravování došlo k úpravě menstruačního cyklu. Těhotenství plánovala a nyní má dvě dcery se současným manželem.

Rozhovor byl nahráván na diktafon.

Melisa, 21 let. Mentální anorexií začala trpět od 17 let. Sama netvrdí, že je úplně vyléčená, ale anorexie jí už tolik neovládá. Když byla na léčení s mentální anorexií, v léčebně zjistila, že je těhotná. Narodila se jí dcera.

Rozhovor nebyl nahráván na diktafon.

Kamila, 42 let. Problémy s jídlem začaly v 16 letech. Z mentální anorexie se vyléčila ve svých 24 letech. Následující 4 roky, než otěhotněla, do jisté míry stále pociťovala projevy nemoci. V 16 letech jí byla pro primární amenoreu nasazena hormonální léčba, která vyvolala menstruaci. Po jejím vysazení opět nemenstruovala, proto první těhotenství ani neočekávala. Druhého syna s manželem plánovali.

Rozhovor byl nahráván na diktafon.

Tabulka 1 Základní údaje o respondentkách

Č. R Věk	Forma nemoci/typ (od-do)	Fáze nemoci při koncepti	Váha (BMI) při koncepti	Nejnižší váha (BMI) v nemoci	Menarche	Menstruační cyklus
1. Hedvika 52	Mentální anorexie/ purgativní, restriktivní (15-51) (51-52)	Chronická fáze	1. 55 kg (18,6) Ostatní - 50 kg (16,9)	45 kg (15,2)	11 let	Sekundární amenorea
2. Klaudie 37	Mentální anorexie/restriktivní (14-37)	Chronická fáze - mírnější forma	1. 42 kg (17,3) 2. 45 kg (18,5)	31 kg (12,7)	12 let	Sekundární amenorea
3. Stela 31	Mentální anorexie/restriktivní Mentální bulimie/purgativní (14-16) (16-25)	3. rok remise 5. rok remise	1. 59 kg (20,2) 2. 57 kg (19,5)	45 kg (15,4)	13 let	MA - sekundární amenorea MB - oligomenorea
4. Melisa 21	Mentální anorexie/restriktivní (17-20)	Akutní fáze	40 kg (14,2)	39 kg (13,8)	15 let	Sekundární amenorea
5. Kamila 41	Mentální anorexie/restriktivní (16-24)	4. rok remise 17. rok remise	50 kg (19,5)	29 kg (11,3)	16 let	Primární amenorea

Zdroj: Autor, 2018

6.3 ZÁZNAM DAT A POPIS METODY ZÍSKANÝCH DAT

Pro záznam dat byl použit hlasový záznamník. S použitím hlasového nahrávání rozhovoru souhlasily 4 ženy. U jedné ženy, která odmítla, autorka zapisovala rozhovor pomocí záznamového archu. Následně byly rozhovory přepsány doslovnou transkripcí a z elektronické formy vytištěny. Po analýze dat byly nahrávky smazány.

Prvním krokem k analýze dat byla redukce dat, kdy z textu rozhovoru byla odlišena nepodstatná data. Tímto krokem došlo k zpřehlednění textu a snazší orientaci.

K analýze dat byla využita metoda otevřeného kódování. Tato metoda nám umožnila rozčlenit text do jednotlivých obsahově stejných nebo podobných témat, ke kterým byl následně přidělen odpovídající kód. Jednotlivé kódy byly rozříděny do kategorií, do kterých významově spadaly. Kategorie tématicky podobných kódů se vztahovaly k položeným průzkumným otázkám.

Metoda otevřeného kódování nám umožnila využít metodu vytváření trsů, kdy podle podobnosti jednotlivých výroků (tématický překryv, časový překryv aj.) byla tato data utříděna do společných skupin. Také byla aplikovaná metoda zachycení vzorců, kdy v datech jsme vyhledávaly opakující se témata, vzorce a struktury.

6.4 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Podle výše uvedené metodologie bylo nalezeno a vytvořeno celkem 11 kategorií, kterým se následně budeme jednotlivě věnovat. V textu u těchto kategorií budou tučně vyznačeny jednotlivé kódy.

6.4.1 KOMPLIKACE TĚHOTENSTVÍ A PORODU

V této kategorii bychom chtěli poukázat na spontánní potraty a předčasné porody jakožto na nejčastější komplikace těhotenství spojeného s PPP.

Většina respondentek prodělala **spontánní potraty**. Zároveň u jedné z nich byla v každém těhotenství provedena cerkláž děložního hrdla: „*Měla jsem komplikaci... Měla jsem po každý šitý děložní cípek... a vždycky jsem trávila čas v nemocnici právě jakože se... že se to chýlilo k nějakému potratu...*“ (Hedvika).

Ve výzkumném souboru u všech žen, které otěhotněly v aktivní fázi nemoci, se objevily **předčasné porody**. Ovšem v jenom případě byla těhotenství ukončena

plánovaným císařským řezem z důvodů prodělaného epileptického záchvatu v osmém měsíci těhotenství, kdy došlo k úmrtí plodu: „*Já jsem... já jsem teda ještě epileptička... pourazová... Došlo to, že v epileptickém záchvatu to děcko... prostě nepřežilo epileptický záchvat... a proto ty ostatní pak byly ukončený ty porody císařem... dřív než by něco hrozilo.*“ (Hedvika). Avšak u této ženy v těhotenství byla pokaždé provedena výše uvedená cerkláž.

Respondentky udávaly i problémy s **anémií** v těhotenství: „... *anemická jsem byla u obou dvou... (...)... takže sem se začla léčit na anémii a mezitím teda brala to železo náký...*“ (Kamila).

Pro porod nebyly zaznamenány žádné významné komplikace. Ženy, které porodily spontánně, se častěji vyjadřovaly k porodům s rychlým průběhem. Pouze s **neodloučenou placentou** se jedna respondentka setkala u obou svých porodů: „... *v tom stádiu 25. týdne ještě se mi neodloučila placenta... (...) ... no a v tom 18. týdnu, to mi jí taky museli vytrhnout...*“ (Klaudie).

6.4.2 RIZIKA PRO NOVOROZENCE

V návaznosti na výskyt předčasných porodů byli tito novorozenci **nedonošení**. V jednom případě se jednalo o novorozence s extrémní nezralostí a ve druhém případě novorozenec spadl do hranice těžké nezralosti. Ve třetím případě tři novorozenci od ženy, která měla tři plánované císařské řezy, kdy první novorozenec byl těžce nezralý. Tento její první syn má od narození **tělesné a mentální komplikace**. Žena v těhotenství užívala projímadla a diuretika, ale předčasné narození (29+0 t.t.) je také jedno z možných příčin postižení. Ostatní děti ženy, které byli taktéž vystaveny v prenatálním období vlivu projímadel a diuretik a narozeny předčasně (32+0 t.t., 36+0 t.t.), takové komplikace neměli. Druhý novorozenec spadl do rozmezí střední nezralosti a třetí novorozenec byl lehce nezralý: „*První teda byl 29, pak byl 32 a 36... týden.*“ (Hedvika). Zároveň se ukázalo, že tito novorozenci této ženy, která trpěla mentální anorexií purgativního typu a v průběhu těhotenství se pravidelně přejídala, ale nedocházelo k vyvolávání zvracení, byli vzhledem ke gestačnímu stáří **hypertrofičtí**. Hypotrofii ani opožděný růst v prenatálním období neměl žádný novorozenec.

6.4.3 TĚHOTENSKÉ BŘÍŠKO

Průzkumu jsme se zaměřili na to, jak ženy s PPP vnímají a prožívají nárůst samotného těhotenského břicha. Při popisování vnímání samotného těhotenského břicha se

respondentky shodovaly v **kladnému vnímání nárůstu těhotenského břicha**. Samotné těhotenské břicho jim nevadilo. Jeho nárůst považovaly vzhledem k těhotenství přirozeným, dokonce některým byl i příjemný. Avšak přibírání a změny ostatních partií těla by prožívaly negativněji: „*Ona ta váha nešla až že o tolik... ale asi to bylo tak, že... jakože když to šlo na břicho, tak mě to bylo příjemný... že jsem si říkala: Tam je to mimínko a to bude všechno v pohodě... ale kdybych třeba přibírala ten zadék a ty stehná a to... tak už bych si říkala „Nó pak s tím asi budu muset něco dělat...“* (Klaudie). Stejně tomu by tak bylo u poznámek od lidí z jejich okolí k nárůstu jejich těhotenského břicha, kdy tyto poznámky by nevnímaly negativně jako případné poznámky ke změně postavy ve smyslu přibírání. Jen jedna žena uvedla, že poznámky na rostoucí těhotenské břicho jí z počátku nebyly příjemné, ale po čase si na ně zvykla. Také hodnotila pohledy na ní od ostatních těhotných žen jako velmi nepříjemné v období těhotenství (Melisa).

Opačné prožitky popisovala žena, která otěhotněla v chronické fázi nemoci. Ta **negativně vnímala nárůst těhotenského břicha**, který je patrný z její výpovědi na dotaz prožívání nárůstu těhotenského břicha: „*Velmi špatně... velmi špatně... tragicky... (...) ... byla to opravdu tragédie pro mě... dennodenní... a boj...s tím jistě, že to dítě musím donosit a s tím, jaký to je pro mě hrozný.*“ (Hedvika). Stejně obtížné by pro ní bylo se setkat s poukazováním na „ztloustnutí“ a rovněž s poznámkami k nárůstu těhotenského břicha.

6.4.4 VÁHA

Zjišťovali jsme, co pro ženy především znamenalo vážení se v prenatalní poradně. Ve výzkumném vzorku se vyskytly ženy, které se vážily pouze v poradnách při kontrole. Důvodem byl **strach a vyhýbání se váze**. U jedné ženy samotné zjištění váhy navodilo i výčitky (Melisa).

Jiná respondentka, která svůj strach z váhy popisovala až jako fobii, se nikdy doma nevážila, ale také se i váze vyhnula v prenatalní poradně. Jak sama uvádí, v prenatalní poradně nahlásila pouze svůj odhad váhy: „*Já jsem se nevážila... a vždycky se mě zeptali „Vážila jste se doma?“ nebo „Kolik vážíte?“... já jsem si to vymyslela... já jsem to tak odhadla.*“ (Hedvika).

Naopak žena, která otěhotněla v období remise, zmiňovala, že párkrát do měsíce měla **nutkání se sama doma zvážit** a svou **váhu zkontrolovat** například při pocitu otoků, ale ve výsledku výrazné negativní pocity z váhy neměla (Stela).

Z některých výpovědí bylo také patrné, že ženy při vážení v prenatalní poradně pociťovaly určitou nejistotu a obavu z reakce porodních asistentek v poradnách na jejich **nápadně nízkou váhu**: „... když jsem tam byla poprvý, tak jsem měla na jejich váze dokonce 48 *ňák*... tak si říkám,,Tyjo jak to, že tak málo mám, to už musí bejt vidět“... jo, takže naopak jsem měla ty opačný tendence paradoxně“ (Kamila). Další žena potvrzuje stejné obavy a uvádí, že prvně jí uklidnilo, když přijali její hubenost za standardní: „... mě bylo strašně trapně, že jakoby... když začínám tak s nízkou váhou, jako co tomu řeknou... pak když řekli, že měli hubený těhotný, tak už jsem jako byla v klidu... (...) ...nicméně jsem téměř nic nepřibrala a teď jsem se bála, co mi řeknou, když jsem moc nepřibrala jo... né že by ta váha narostla, ale to vlastně jak se na mě budou dívat, co mi řeknou a tak...“ (Klaudie).

Žena, která otěhotněla až v období remise, zmiňovala, že jí bylo nepříjemně, když se **vážila před porodní asistentkou**, která její váhu sledovala. Tento pocit nebyl tak silný jako v období nemoci, avšak určité náznaky v těchto chvílích pociťovala: „Já nevím, ono to bylo takový zvláštní... tam nebyl ani tak jako strach, že bych se bála, že *ňák* přiberu... (...)... ale prostě takový nepříjemný pocity před někým si stoupnout na tu váhu... jako což vím, že takový pocity jsem prožívala hlavně při tej anorexii... ale nebyl tam rozhodně jako strach z té váhy nebo něco... (...) ... mě vadilo, že na tu váhu kouká někdo jinej taky... že tu váhu má vědět ještě někdo jinej.“ (Stela). Shodné pocity ohledně povědomí druhé osoby o váze byly vyzorovány i z výpovědí ženy, která otěhotněla v chronické fázi nemoci, ale v prenatalních poradnách se nevážila: „... domnívám se z pozice té anorektičky... ta představa, že tom někdo ví, je tak pro mě hrozná... že kdyby ta porodní asistentka trvala na tom, že jí zváží, tak by jí mohla způsobit velký problémy, si myslím... psychicky...“ (Hedvika).

6.4.5 STRAVOVACÍ STRATEGIE

Zajímalo nás, jak ženy řešily svůj jídelníček a celkový příjem stravy v období těhotenství. Ženy v období těhotenství **přijímaly potravu bez omezování**. Všechny uváděly, že jedly podle svých chutí, nedržely žádné diety a z jídla neměly obavy. Pouze jedna žena pociťovala neustálé myšlenky na jídlo, i když ve stravování se významně neomezovala: „... samozřejmě dala jsem si čokoládu, dala jsem si, ale furt to v tej hlavě bylo... „Tak teď jsem si jí dala, tak teď si jí ale nemůžu dát“... a ten vzorec tam ale zůstal.“ (Klaudie).

Naopak s **přísným režimem** ve stravování jsme se taky setkali u jedné ženy. Svůj jídelníček měla velmi omezený: „... celý těhotenství jsem se velmi hlídala v jídle, ale né tolik, aby to dítě mělo to, co má mít... všechny živiny jsem si sledovala, ale nikdy jsem si nepustila uzdu, jakože si nemůžu dovolit přibrat... já jsem jedla tolik, aby děcko prospělo, ale

sobě bych nedovolila ani gram nadváhy“ (Hedvika). Vždy měla stanovený jídelníček s povoleným kalorickým příjmem, který striktně dodržovala. V období těhotenství tento jídelníček velmi sledovala a kalorický příjem vypočítala a navýšila o potřeby plodu: „... já jsem si prostě přesně všechno našla jako v tabulkách, co to děcko potřebuje... a hlídala jsem se, abych jako... se to děcko vyživilo jako dostatečně... ale kaloricky to bylo velmi teda omezující. Přidala jsem, vypočítala jsem si nebo zjistila podle tabulek, kolik to děcko potřebuje energeticky... třeba zvýšit o dva a půl kilojoulů... jo, tak jsem si přidala těch dva a půl jako na to děcko k tomu svému málo, co jsem měla... takhle... ale žádný jako uvolnění ve smyslu, že jsem těhotná, že se můžu najíst, to opravdu nenastalo... naopak zvýšení té pozornosti k jídlu“ (Hedvika).

Stejně tak přenesení stravovací strategie **užívání diuretik a projímadel** do těhotenství se v našem průzkumném vzorku ukázalo. Jedna žena v počátku nevěděla, že je těhotná a užívala projímadla: „... v prvních týdnech, kdy jsem ještě netušila, že jsem těhotná, užívala jsem projímadla“ (Melisa). Druhá žena užívá diuretika a projímadla celoživotně včetně období těhotenství.

U ženy trpící mentální anorexií purgativního typu docházelo k pravidelnému **přejídání** po každých třech až čtyřech dnech: „Pro mě to bylo standardní situace, já už jsem se v té době přejídala patnáct let... v době těch těhotenství...“ (Hedvika).

6.4.6 INTENZITA PROJEVŮ NEMOCI

Zajímalo nás, jaké změny v intenzitě projevů nemoci nastaly v období těhotenství u žen v našem výzkumném vzorku. Důležité bylo také zjistit, jaká intenzita projevů nemoci byla následně po porodu.

Ve většině případech se v **období těhotenství projevy nemoci zmírnily**. Těhotenství jako nešťastnějším obdobím v životě popisovala jedna žena (Stela). Z velké části nedocházelo po porodu k opětovnému zhoršení stavu. Dokonce jedna žena, která poprvé otěhotněla ve čtvrtém roce po vyléčení, uváděla, že těhotenství jí zbavilo nemoci stoprocentně. Od těhotenství se její myšlenky a pozornost přesunuly na dítě, tím pádem neměla čas se zabývat jídlem a sama sebou. Na druhou stranu u ní sice tendence relapsu nemoci po porodu nebyly, ale po jejích obou porodech se její psychický stav ubíral k depresím (Kamila). S **depresemi po porodu** jsme se setkali i u jiné ženy. Obě je ale nedávaly jen do souvislosti s PPP, ale také okolnostmi, se

kterými se v tu dobu potýkaly: „... (...) ... to možná ale nesouvisí s poruchou příjmu potravy, ale se špatnou sociální situací, nedostatkem peněz a existenčními starostmi“ (Hedvika).

Pro ženu, která porodila předčasně, byly výčitky důvodem zhoršení nemoci po porodu. Dávala si porod za vinnu a jídlo považovala za trest: „... paradoxně se to zvrtilo zase zpátky v nějaký systém tím, že jsem si to vyčítala... tím, že jsem porodila strašně brzo a to dítě bylo tak malé, takže já si myslím, že já jsem si to začala vyčítat a zase jsem se trestala tím teda jídlem a zase se to zvrtilo“ (Klaudie).

V ojedinělém případě došlo v období těhotenství k zhoršení projevů nemoci, kdy žena těžce nesla přibírání kil a změny postavy: „... já jsem se bála, že zůstanu obézní... jsem věděla objektivně, že když to dítě porodím, že musí ty kila odejít... ale jako ta nemoc mi říkala „Ne, ono ti to zůstane“ (Hedvika). Po porodu úbytek váhy znamenal úlevu, kdy následně projevy nemoci nebyly tolik silné, jako byly v těhotenství.

S ohledem na to, že žádná z dotazových v těhotenství výrazně nepřibrala, žádná z nich nepotvrdila zvýšenou pozornost k postavě a snahu zhubnout po porodu. Z výpovědí respondentek se ale zcela nevylučuje, že v případě většího přírůstku hmotnosti v těhotenství by se po porodu nesnažily nadbytečná kila zhubnout.

6.4.7 KOJENÍ

Kojení považovaly ženy jako velmi **pozitivní zkušenost**. Průměrná délka kojení byla dva roky. Z výpovědí se ukázalo, že nepochybovaly o svých schopnostech kojit, neměly žádné problémy v tvorbě mateřského mléka a měly rády kontakt s dítětem. Opakem to bylo u ženy, která rodila předčasně, ačkoliv se k samotnému kojení nevyjadřuje negativně, s kojením měla **obtíže**: „Problémy bohužel byly. Nepodařilo se mi vůbec rozkojit... dcerka byla moc slabá a nedokázala se přisát... a já prvorodička, velmi vystresovaná, jsem to nezvládla“ (Melisa).

Prožívání a vnímání kojení hodnotila jako **negativní zkušenost** pouze jedna žena. Jak sama popisuje prožívání kojení, tělesnost jí byla velmi nepříjemná: „Velmi špatně... bolestivý, nepříjemný... a celý to fyzično, mateřství mi bylo jako... bylo nepříjemný... místo toho aby došlo s blížním s miminkem, tak jsem si vždycky oddechla, když jsem přestala... jako fyzicky mi to bylo nepříjemný... ta tělesnost“ (Hedvika).

6.4.8 VÝCHOVNÉ STRATEGIE

V každé výpovědi žen se objevil **strach z rozvoje PPP u dcer**. Ačkoliv dvě ženy z výzkumného souboru měly pouze syny, ony samy zmiňovaly, že strach

z propuknutí nemoci by byl větší v případě, kdyby měly dceru. Nicméně byly i naznačeny obavy z rozvoje PPP u chlapců: „*Asi bych se bála, aby nespadla do tí anorexie... to asi bych se bála... protože to teda musím upřímně říct, že jednu chvíli jsem měla i takový obavy i u toho syna, protože když chodil do školky, tak začal něco takového prohlašovat, že by chtěl být malinkej, aby se vešel tam... a to mě jako taková věta docela utkvěla v hlavě, až jako jsem se tak zarazila*“ (Kamila).

Žádná z žen **neomezuje** své děti v jídle. Naopak se omezování ve stravování u svých dětí snaží cíleně vyhnout a dbají na to, aby konzumovali všechny potraviny: „... *ale říkám jí prostě, že musí jíst a musí jíst i ten... i to maso... i ten buček... i tu čokoládu...*“ (Klaudie). V některých případech jsme se setkali pouze se snahou regulovat příjem cukru: „... *hlídala jsem, nechtěla teda jsem, aby do nějakých třech let konzumoval sladký. A jako když vlez do školky, tak stejně prostě jsem věděla, že tomu nezabráním, že tam ty bonbóny dostane a podobně ve škole a dál, takže to jsem zas nák úplně úzkostně neřešila, a že mi to nevadilo, to říct nemůžu...*“ (Kamila).

Dalším aspektem, co si ženy nesou ze zkušenosti s PPP do mateřství, je, že se snaží své děti **neupozorňovat na váhu a postavu**. Vyhybají se poznámkách na vzhled a váhu svých dětí a nemluví o jídle v souvislostech se změnami postavy a celkovou tělesnou hmotností: „... *i ten její malej syn říkal: „no babička pak říkala, že mám i velký břicho, když se najím a tak“, tak říkám tohle to... to jsem nikdy nepoukazovala. Možná se tomu i člověk vědomě brání říct „Hezky jez, ať seš velikej!“ nebo „ať rosteš!“ nebo takový řeči. To se budu asi varovat...*“ (Kamila).

Podobným prvkem, který jsme u žen zaznamenaly, bylo **nepoukazování na jídlo**. Ke stravování svých dětí mají postoj takový, že je do jídla výrazně nenutí a hlavně nechtějí rozdělovat jídlo na zdravé a nezdravé a také takto na něj poukazovat: „... *(...) ... že jsem byla jistější v tom, že jim musím dávat všechno... a některé maminky říkaly „Nejez tohle, to není zdravý.“, tak tomu jsem se právě vyhýbala...*“ (Hedvika).

Je snahou zařadit **společné stolování** jako součást domácího režimu. Společné stolování bylo i popisované jako chybějící v kmenové rodině: „... *jednu dobu začal vždycky (manžel pozn.): „Tak co si dáš k večeři? Co Marek (syn pozn.)?“ a pak jíme víceméně společně, takže to jsem docela ráda... to mě vadilo, že jsme často nejedli společně jako já, když jsem byla dítě, že to bylo takový rozházený...*“ (Kamila).

Perfekcionismus a snaha upoutat pozornost může být jeden ze spouštěcích faktorů PPP, ke kterým se také některé ženy v našem výzkumném vzorku vyjadřovaly.

Snaha upoutat pozornost a zavděčit se byla negativní zkušenost z jejich dětství: „... u nás to vyloženě bylo takový to, že táta pocházel ze statku, kde se jen makalo, na děti nebyl čas, prostě nikdy nás neuměl pochválit. Nikdy nic, co jsme udělali, nebylo dokonalý že jo. a takový to, že já jsem byla takový to... štvaný zvíře... že jsem se jako snažila jako pořád dosáhnout víc a víc, abych se mu jako zavděčila...“ (Stela). **Nevyvíjením velkých tlaků na výkon** u svých dětí, nekritizováním a pochvalami budují u svých dětí přirozené sebevědomí a utvrzují je v lásce.

6.4.9 VAZBA K PLODU/DÍTĚTI

Důležitým hlediskem naopak také to, jak nemoc zasahuje do vykonávání mateřské péče a role. Ženy trpící PPP často **pocitují vinu** jednak za to, že nemoc ovládá jejich mysl, protože u mentální anorexie a mentální bulimie převládají neustálé myšlenky na jídlo a váhu. Tyto myšlenky mohou ženě odvádět pozornost od mateřských povinností: „Okupuje to mojí mysl 24 hodin denně... takže veškerý jiný aktivity jsou vedlejší... je to prostě ústředí v mém životě... a to s sebou nese vinu... sama před sebou... protože já jsem měla děti kolikrát v nemocnici vážně nemocný... a stejně na co jsem prostě první myslela, bylo to, že si musím udržet svůj kalorické příjem... to je prostě všudypřítomný... a ta vinna z toho...“ (Hedvika).

Jak bylo také uvedeno výše, tyto nemoci komplikují často těhotenství předčasnými porody. Žena si je vědoma příčiny předčasného porodu, ze kterého má výčitky, a vinní se za uškození plodu: „... jak byla malinká... (...) ... dávala jsem si to za vinu, že je to mnou... (...) ... všichni říkají, že každý porod je jinej a každý to těhotenství je jiný a že to bude v pořádku, ale... prostě já jsem přesvědčená, že to s tím má souvislost...“ (Klaudie).

Poruchy mají dopad i na zdravotní stav matky, která musí věnovat spoustu času mnoho vyšetřením: „Navštěvuji mnoho doktorů a to mi bere čas, který můžu trávit se svou holčičkou“ (Melisa).

Z každé výpovědi dotazovaných vyplynulo, že ženy pocitují **strach a zodpovědnost za dítě**. Často se vyjadřovaly ke strachu, aby všechno v těhotenství probíhalo v pořádku: „... takže to jsem spíš měla strach, když nepřibejvám, jestli to miminko v bříšku přibejvá“ (Kamila). Uváděly, že v těhotenství měly tolik zodpovědnosti za plod, že by ho nepoškodily vlivem nemoci: „Ze začátku jsem měla výčitky, občas hodně velké, ale naučila jsem se uklidňovat tím, že to dělám pro miminko, že už nezáleží jen na mě a na mé zvrácené mysli, ale záleží především na tom, co nosím uvnitř“ (Melisa).

Jedna žena, se vyjadřovala, že po porodu měla **neutrální vta h ke svým dětem**. Lá s ka pokaždě přišla až s odstupem pár let. Sama si není jistá, zda tento vztah byl způsoben PPP nebo tíživou situací, ve které se nacházela: „... *ted' zpětně nedokážu říct, jestli to bude způsobený tou sociální situací nebo tou poruchou, ale nějaký... lásku k dětem jsou získala tak okolo dvou, tří let k dětem, ke všem...*“ (Hedvika).

6.4.10 SDĚLOVÁNÍ DIAGNÓZY

Vyléčené ženy se svojí prodělanou nemocí byly vyrovnané, nestyděly se za ní a považovaly jí i jako za nezbytnou součást jejich anamnézy, tudíž u svého gynekologa se s ní **svěřily**: „... *je to jakoby součástí té anamnézy, pro něco to je důležitý. A ňák v jistou dobu jsem přišla na to, že není za co se stydět... jo, v té době, kdy jsem tu anorexii měla nebo krátce potom, tak jako jsem se za to styděla nebo mi to přišlo divný, ale pak už ňák né*“ (Kamila). Důvodem sdělení diagnózy ženou, která je v aktivní fázi nemoci, může být i samotná obava z možných rizik v těhotenství nebo strach o dítě.

Na druhé straně stud nebo stigmatizace nemoci, kterou ženy prožívají v době nemoci, vede k **zatajování** diagnózy. Jak popisuje jedna z respondentek, za svou nemoc se styděla, ale kvůli obavám z možných rizik, které by mohly v těhotenství nastat, naznačovala její problémy v klinikách pro asistovanou reprodukci. Nicméně v důsledku akceptování zdravotníky její hubené postavy nepovažovala ani důležitým diagnózu sdělit: „*Protože jsem se styděla... já jak jsem říkala na začátku. Já jsem se vždycky jenom zeptala „A nevadí, že jsem teda hubená?“ ... „Ne, to nevadí. Máme tady těhotnejch, hubenejch spoustu.“ A tím jsem si udělala čárku, tak supr, tak jsem v klidu... a nic se stát nemůže*“ (Klaudie).

6.4.11 INTERAKCE SE ZDRAVOTNÍKY

V souvislosti s uváděním své diagnózy v gynekologicko-porodnických zařízeních byly ženy dotazovány na jejich pohled, zkušenosti a obavy v přístupu, chování a komunikaci těchto zdravotníků se ženami s touto diagnózou. Jednoznačně ve výpovědích respondentek byly nalezeny obavy z **nepochopení nemoci ze strany zdravotníků**. Toto nepochopení vysvětlovaly nevhodnými komentáři a poznámkami od zdravotníků například ve smyslu nabádání k tomu, aby se najedly: „... *neříkat „Tak normálně jezte.“, protože to byl častej argument mýho tatky, že když jsem měla ten problém, tak... „Normálně se najez a je to.“... že spousta lidí nevidí, že to není tak jednoduchý*“ (Kamila).

V návaznosti na toto nepochopení nemoci, reagovala jedna respondentka při dotazu, čemu by se zdravotníci v komunikaci a přístupu měli vyhnout, že by zdravotníci ani neměli vůbec zasahovat: „*Nezasahovat... nezasahovat... já si myslím, že to člověk zvenčí... jako to je tak těžká porucha... a tak dlouho se vyvíjí a tak dlouho člověk na tom pracuje, že... když pak někdo řekne „Tak se najez, vždyť je to jedno.“ nebo „Udělej to pro své děti.“ ... to je tak něco jako nesmyslného a hloupého...“* (Hedvika).

Důležitým přístupem zdravotníků by podle žen měl být takový, aby nedocházelo k **odsuzování a bagatelizování nemoci**. Poruchy příjmu potravy jsou závažnými nemocemi, kterým je třeba věnovat pozornost: „... *spousta lidí jako k těm nemocem nedává důležitost vůbec... že to berou jako něco... že jako dávat tomu fakt tu vážnost, kterou to má...“* (Stela). Jak dále tato žena uvádí, je za potřebí brát tyto nemoci jako každou jinou běžnou nemoc: „... *vyjádřit to, že je to opravdu nemoc a že si můžou dovolit tu nemoc mít a že to jde řešit... no jako když člověk přijde s tím, že má chřipku“* (Stela).

Zdravotníci by se měli zdržet **poukazování na váhu a postavu**. Nemocným ženám to v boji s nemocí nepomůže, spíše jim to může uškodit po psychické stránce: „*Jako všeobecně pokud to není člověk, kterej s něma řeší přímo tu poruchu příjmu potravy jako takovou... tak bych jako s něma všeobecně jako nemluvila o tej váze... klidně se jich zeptat jako na tu psychiku, jak se cítěj nebo něco... jestli maj nějakej problém... ale neřešit s nima vůbec tu postavu... oni když o tom budou chtít povídat, oni to řeknou... ale myslím si, že prostě... gynekolog nebo praktickej doktor nebo tak...ten to s nima jako nepotřebuje vůbec řešit... a je to pro ně prostě strašně stresující“* (Stela).

Více dotazovaných potvrdilo, že by bylo vhodné nebo i samy by uvítaly, kdyby v gynekologicko-porodických zařízeních se samotní zdravotníci nebo lékaři při podezření přímo zeptali na problém s těmito nemocemi, edukovali je a více by se o této problematice hovořilo.

Odhalení nemoci a edukace by pomohly ženě v boji s nemocí. Schopnost reprodukce, průběh těhotenství a zdraví dítěte by pro ně znamenaly velkou motivaci, proto by měli zdravotníci ženu edukovat, mluvit s ní upřímně a obracet se na dítě.

Tato problematika se převážně vyskytuje v klinikách pro sistovanou reprodukci, kdy je ženě umožněno otěhotnět i při nízké váze bez ohledu na důsledné odebrání anamnézy, která by odhalila PPP. Respondentka, která otěhotněla pomocí asistované reprodukce, sama postrádala v klinikách detekování jejích problémů: „... *kdyby se možná*

víc o tom mluvilo, jak ve veřejnosti, tak teda v tom... (...) ... ale jakože to uvědomení si to pacienta... to znamená třeba jakože kdyby se na to člověk jenom zeptal, jestli s tím nejsou problémy, když seš tak teda hubená... nebo kdyby to tam padlo u toho gynekologa anebo u toho umělého oplodnění nebo někde... tak už jenom to, že si to ta holka uvědomí, slyší to nahlas, tím si to uvědomí a tím si řekne: „Aha, pozor... tak tady to může bejt“... tak si myslím, že by to pomohlo minimálně v tom, že bych šla do toho s větším respektem... (...) ... s tím, že bych třeba na začátku měla víc kilo a šla do toho opatrnějc“ (Klaudie). Další respondentka se pozastavuje nad možností podstoupit asistovanou reprodukci bez výjimky viditelně podvyživených žen: „Mě teda přijde vůbec zvláštní, že teda někoho, kdo má anorexii a nemá nějakou váhu, tak že jim vůbec udělaj třeba asistovanou reprodukci...“ (Kamila). Také zmínila, že není vhodné zatěžovat porušenou psychiku PPP těhotenstvím, které může dopadnout špatně: „... sama ta anorexie je taková dost psychická záležitost a ještě do toho takový psychický, jak bych to řekla... rány tímhle tím, to je jako úplně špatně“ (Kamila).

S přímým obeznámením žen o možných komplikacích a rizicích těhotenství při PPP nesouhlasí jedna respondentka, která má naopak názor, že by nebylo vhodné ženu s tímto onemocněním ještě více stresovat: „Já bych je možná ani nestresovala tím teda... oni kór v tom prvním těhotenství si myslím, že jsou dost vystresovaný téma všema kontrolama a boje se, aby se něco nestalo“ (Stela).

U žen, u kterých zdravotníci věděli o diagnóze PPP, jejich problému **nevěnovali dostatečnou nebo žádnou pozornost**: „Já mám pocit, že tehdy gynekoložka to jako nějak vůbec nekomentovala... já ani nevím, jak jsme se k tomu dostaly... ale ta to vůbec podle mě neřešila...“ (Stela). Respondentka, která otěhotněla v aktivní fázi nemoci, byla sledována pro nízkou váhu, ale postrádala vhodnou komunikaci a uvítala by si lepší edukaci: „Komunikace v nemocnici byla neúplná... člověk měl pocit, že je jen jeden z mnoha... ne že jde jen o něj a jeho dítě. Takže určitě bych si přála lepší přístup v komunikaci, ve vysvětlení situace...“ (Melisa). Ženy, které otěhotněly jako vyléčené, vypovídaly, že nebyla žádná reakce ze strany gynekologů na jejich anamnézu s PPP, ale nevyjadřovaly se ani k potřebě komunikace s gynekology o jejich prodělané nemoci nebo edukaci. Naopak řešit tento problém by považovaly za zbytečný.

6.5 SOUHRN VÝSLEDKŮ

Jako nejčastějšími komplikacemi těhotenství žen s PPP se v našem průzkumu ukazují spontánní potraty a předčasné porody. Tyto ženy mají větší předpoklad pro anémii v těhotenství. Spontánní porody v I. a II. době porodní probíhaly bez větších

komplikací, dle některých žen měly porody rychlý průběh. Pro komplikaci porodu byla zaznamenána až III. doba porodní neodloučenou placentou. Vzhledem k předčasným porodům hrozí pro novorozence nedonošenost. Novorozenci matek trpících anorexií restriktivního typu neměli nízkou poporodní hmotnost vzhledem ke gestačnímu stáří ani jejich růst nebyl opožděn. Přejídáním v těhotenství hrozí novorozenci hypertrofie. Dítě ženy, která v těhotenství užívala projímadla a diuretika, má od narození tělesné a mentální handicapy.

Ve většině případech dochází k zmírnění projevů nemoci v těhotenství a udržení stejného stavu i po porodu. Zhoršení intenzity projevů nemoci v těhotenství nebo po porodu je spíše v našem průzkumu ojedinělé. Ženy neměly snahu po porodu hubnout, ale nutno podotknout, že ženy našeho průzkumu nepřibraly tolik na váze, aby poporodní váha se výrazně lišila od jejich váhy před těhotenstvím. Nelze ale vyloučit snahu hubnout případná nadbytečná kila po porodu. Depresivními stavy po porodu trpěly dvě ženy. U vnímání nárůstu těhotenského břicha a u poznámek směřující na nárůst těhotenského břicha jsme shledali kladné vnímání jeho nárůstu. Ženy těhotenské břicho považovaly za přirozené, některé i byly rády, že jim břicho roste. Poznámky k nárůstu břicha od ostatních lidí by nevnímaly zvláště negativně. Ale viditelné přibírání kil na ostatních partiích těla by jim bylo nepříjemné a vnímaly by tyto změny negativně. Stejně tak i poznámky ke „ztloustnutí“ by v nich vyvolávaly negativní myšlenky. V jednom případě byl přírůst váhy a nárůst těhotenského břicha až traumatizující.

Většina žen se ve stravování po dobu těhotenství neomezovala a nedržela diety. Striktní dodržování jídelníčku bylo opět ojedinělé. Ženy si mohou však do těhotenství nést stravovací strategie ve smyslu užívání projímadel, diuretik nebo přejídání se.

Ženy s diagnózou PPP cítí strach o dítě a zodpovědnost za něj. Obávají se o špatné prospívání plodu a uvědomují si riziko nekontrolovatelných projevů PPP na plod. Často se u matek s PPP objevují výčitky a pocity viny, že dostatečně nevykonávají, nezastupují mateřskou péči nebo v ní selhávají. U našich žen z výzkumného souboru konkrétně pramenily z neustálých myšlenek na jídlo, které odvádí pozornost od vykonávání mateřské péče, z přesvědčení o způsobení komplikace těhotenství a uškození dítěti nebo z věnování času absolvování vyšetření pro následky PPP na úkor času stráveným s dítětem.

U žen z výzkumného souboru byl zaznamenán strach z váhy, kdy se ženy vyhýbaly vážení doma. Několik z nich se vážilo pouze při kontrole v poradně. Jedna žena ani v poradně porodními asistentkami nebyla vážena a váhu si vymýšlela. Naopak jedna vyléčená žena měla párkrát do měsíce nutkání váhu zkontrolovat i mimo vážení se v poradně. Objevily se i obavy z reakcí porodních asistentek na nápadně nízkou váhu. Při vážení v prenatální poradně může být pro ženy nepříjemné sledování váhy porodní asistentkou a její povědomí o váze ženy.

V rámci mateřství kojení ženy převážně hodnotily jako příjemnou a pozitivní zkušenost, kdy docházelo k fyzickému kontaktu s dítětem. Na druhou stranu nemůžeme u těchto žen vyloučit nepříjemné prožitky při kojení. Tělesnost a fyzický kontakt, ke kterému při kojení dochází, může být pro ně zatěžkávající. U této ženy, které kojení bylo fyzicky nepříjemné, se zároveň objevil neutrální vztah k dětem do třech let věku. Průměrná doba kojení byla 2 roky.

Všechny respondentky se shodly, že mají strach o rozvoj PPP u dcer potažmo i u svých synů. Z tohoto možno i plynou další jejich výchovné strategie. Tou například je neomezovat, ale také nenutit děti do jídla, když nechtějí jíst, a nemluvit o jídle v souvislostech s přibíráním kil a celkovou konstitucí. Rovněž vyhýbat se poznámkám na tloušťku nebo váhu a celkově neupozorňovat děti na jejich postavu a vzhled. Objevily se také tendence vést rodinu ke společnému stolování, které v některých anorektických rodinách chybí. V neposlední řadě se snaží na své děti nevyvíjet tlak na výkon, nekritizovat je, ale naopak je chválit i za drobnosti.

Se svojí diagnózou se svěřily pouze některé respondentky. Převážně to byly ženy, které otěhotněly v období remise. Nemoc považují za součást anamnézy a nestydí se za ní. Důvodem, proč se žena v aktivní fázi nemoci svěří s diagnózou, může být strach o nenarozené dítě. K zatajování diagnózy vede ženu stud a stigma nemoci. Ženy mají strach při interakci se zdravotníky z nepochopení nemoci. Mají obavy z odsuzování a bagatelizování jejich problémů. Z pohledu těchto žen by zdravotníci neměli poukazovat na váhu a postavu. Většina žen souhlasí, že by bylo vhodné ptát se na problémy s jednou z těchto nemocí při podezření na ně. Taktéž ženu s diagnózou PPP seznámit se všemi riziky a motivovat jí cílem zdravého dítěte.

DISKUZE

V rámci praktické části mé bakalářské práce bylo uskutečněno pět individuálních rozhovorů se ženami, které otěhotněly v aktivní fázi nemoci nebo v období remise. Realizace samotného průzkumu byla ztěžována možností získat respondentky, kdy ani po navázání prvního kontaktu nebylo zcela jisté, že se rozhovor uskuteční. Tudíž celý sběr dat byl velmi časově náročný. Trval přibližně tři měsíce, během něhož bylo osloveno 14 žen, z toho 5 z nich se rozhovoru zúčastnilo. Tři ženy našeho výzkumného souboru otěhotněly v aktivní fázi nemoci a dvě ženy v období remise. Tento vzorek lze považovat za omezení průzkumu. Vzhledem k individualitě každé respondentky jsme prvotně očekávali širší výzkumný soubor pro větší objektivnost a relevantnost výsledků.

Předmětem zkoumání bylo zjistit, jak PPP ovlivňují těhotenství, porod a mateřství. Zaměřili jsme se také na plod/novorozence těchto žen z hlediska jeho prospívání a celkového zdraví. Dalším našim cílem bylo zjistit, jak ženě těhotenství/porod/mateřství ovlivnilo psychický stav a jak se potýkala s projevy nemoci. Vzhledem k práci porodních asistentek v gynekologicko-porodnických zařízeních, jsme zkoumali, zda ženy informují gynekology, porodníky nebo porodní asistentky o své diagnóze, co je tím důvodem a jaký ony samy mají zkušenosti a pohled na interakci s těmito lékaři a zdravotníky.

Uchopíme-li problematiku z hlediska vlivu PPP na těhotenství, porod nebo mateřství, výsledky našeho průzkumu nám jednoznačně ukazují, že tyto nemocné ženy mají problémy se schopností donosit plod do III. trimestru těhotenství. Předčasné porody a spontánní potraty se objevily jako nejčastějšími komplikacemi. Rovněž je jako časté komplikace uvádí Papežová (2010) nebo je potvrzují další výzkumy (LINNA et al., 2014, PETERSON et al., 2004).

Na první pohled se objevil rozpor mezi tvrzeními odborníků, která uvádíme v teoretické části, a naším šetřením. Autoři, jako Papežová (2010), Novák (2010) apod. se opírají o údaje z kvantitativních výzkumů, která umožňují získat reprezentativní výsledky, kdežto my jsme volili kvalitativní přístup, kde nejde o reprezentativnost

směrem k populaci, ale o reprezentaci konkrétního tématu. Papežová (2010) a Novák (2010) popisují, že matky s PPP mají problémy s krmením dětí a nedostatečně je stravují. Našem průzkumu naopak ženy děti neomezují, ve stravování se cítí jisté a chtějí, aby jejich děti jedly všechny potraviny bez ohledu na zdravé a nezdravé. Jediným shledaným společným prvkem z výpovědí bylo sledování a hlídání množství konzumovaného sladkého. Toto východisko našeho průzkumu potvrzují výsledky studie s názvem Osmnáctileté sledování mentální anorexie vzniklé v adolescenci: psychiatrické poruchy, škály pro hodnocení celkových funkcí, prognostické faktory, těhotenství, děti (WETZ et al., 2007), která nezaznamenala problémy matek s PPP s krmením svých dětí. Dále v níže porovnávané bakalářské práci byly výsledky z jejího průzkumu shodné s našimi výsledky týkající se stavování dětí.

Dalším rozparem je nízká poporodní hmotnost novorozenců. Novorozenci žen z našeho výzkumného souboru nevykazovaly po porodu nízkou poporodní hmotnost vzhledem ke gestačnímu stáří nebo IUGR, které jako rizika pro novorozence uvádí Papežová (2010). Tyto naše výsledky nepotvrzují ani zahraniční studie Linna et al. (2014), Kouba et al. (2005), Peterson et al. (2004), ve kterých byla zjištěna nízká poporodní hmotnost novorozenců.

Naši práci jsme porovnávali s bakalářskými pracemi, které řeší podobnou problematiku. První z nich je bakalářská práce Michaely Orlové z roku 2016 s názvem Těhotenství z pohledu žen s poruchou příjmu potravy. Výzkumný soubor tvořilo 8 žen (pět matek, dvě ženy, které teprve plánovaly těhotenství, jedna žena, která se snažila otěhotnět/pět žen s MB, dvě ženy s MA, jedna žena s kombinací obou poruch). Z tohoto výzkumu bakalářské práce vyplývá, že ženy prožívají v těhotenství výrazný strach z přílišného ztloustnutí, který přetrvává i v poporodním období a ženy se snaží zhubnout. Celkové změny postavy v těhotenství jsou vnímány negativně a často jsou i kontrolovány a měřeny. Náš průzkum přináší odlišné výsledky, kdy ženy kromě jedné nenesly těžce přírůst váhy a změny postavy. Po porodu se ženy, včetně té, pro kterou byla stoupající váha traumatizující, nevyjadřovaly k negativním emocím z vlastních proporcí a snaze zhubnout. Nicméně ženy v našem výzkumném vzorku měly po porodu téměř stejnou váhu jako před těhotenstvím, ale v některých případech se objevily i náznaky hubnutí po porodu v případě přibrání více těhotenských kil. Pouze jedna vyléčená žena v těhotenství pociťovala občasně nutkání se zvážít při pocitu většího nárůstu tělesné hmotnosti. V obou porovnávaných pracích byl zaznamenán

stejný prvek, kterým je strach o zdraví dítěte a zodpovědnost za něj. Obávaly se negativních dopadů projevů nemoci na plod. Byl potvrzen rozpor mezi strachem ze stoupající váhy a přáním stát se matkou. Tento jev se objevil pouze u jedné naší respondentky, která věděla, že musí plod donosit, ale znamenalo to pro ní vydržet změny postavy a nárůst tělesné hmotnosti, což pro ní bylo trýznivé. V porovnávaném výzkumu převažovaly respondentky, které trpěly mentální bulimií. Stravovací strategii zvracení si do těhotenství přenesla značná část z nich. Další výsledky nelze zcela porovnat díky odlišnosti zaměření průzkumu.

Naše práce je tématem podobná i s bakalářskou prací Marie Vavruškové z roku 2014 s názvem Poruchy příjmu potravy a jejich vliv na mateřství. Výzkumný soubor tvořily 4 ženy (dvě ženy s MA, dvě ženy s MB). Na prožitky váhy shodně s našimi výsledky průzkumu odpovídala jedna žena, která nevnímala negativně přírůstek váhy, ačkoliv v těhotenství na váze značně přibrala (v prvním těhotenství 30 kg, ve druhém těhotenství 24 kg). Pro tři ženy byl přírůstek váhy nepříjemným zážitkem a u dvou z nich byl shodně s našimi výsledky výzkumu objeven strach a případné vyhýbání se váze. V porovnávané práci se ženy shodovaly na ústupu projevů nemoci v těhotenství, avšak po porodu se projevy nemoci vracely převážně z důvodu negativních postojů k váze nebo postavě a snahy zhubnout. Shodně výsledky z rozhovorů jsou patrné ve stravování dětí, kdy taktéž vyplynulo, že své děti neomezují a dokonce jim dopřávají sladké, které v našem průzkumu některé ženy regulovaly. Taktéž se v porovnávané práci zkoumalo, zda ženy informují o diagnóze svého gynekologa nebo jiného lékaře. Z rozhovorů vyplynulo, že ani jedna žena neinformovala svého lékaře. Důvodem byla nedostatečná důvěra v lékaře nebo sdělení hodnotily jako nepodstatné. V otázce na průběh porodu respondentky reagovaly, že proběhl bez komplikací a dvě z nich uváděly jeho rychlý průběh. V našem průzkumu taktéž dvě respondentky udávaly rychlý průběh porodu. Toto zjištění by korespondovalo s výzkumem Linny et al. (2014), ze kterého jedním z výsledků vychází krátká první doba porodní.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V současné době přibývá žen trpících poruchou příjmu potravy nejen v adolescentním věku, ale také jsou to ženy v reprodukčním věku. Proto lze předpokládat, že s tímto fenoménem budou stále častěji konfrontováni i gynekologové, porodníci a porodní asistentky. K ženě vzhledem k její diagnóze je důležité přistupovat a komunikovat s ní citlivým způsobem. Jistě každý případ vyžaduje jiný přístup a nelze napsat „návod“ pro všechny. Přesto doporučujeme určité návrhy:

Doporučení pro gynekology, porodníky a porodní asistentky

- v první řadě nepřehlížet problematiku poruch příjmu potravy
- provést pečlivě odběr anamnézy
- při podezření na jednu z chorob se ženy citlivě zeptat na problémy se stravováním
- u registrujících gynekologů, v prenatálních poradnách a v klinikách pro asistovanou reprodukci by bylo vhodné zavést například dotazníky pro detekci poruch příjmu potravy u podvyživených žen
- u žen v aktivní fázi nemoci neprovádět umělé oplodnění, a tak její špatnou psychiku nevystavovat dalšímu psychickému šoku z možného nezdařilého těhotenství
- porodní asistentky v prenatálních poradnách by měly důsledně sledovat váhu hubených žen
- seznámit ženu se všemi riziky těhotenství, klást ženě na vědomí, že v jejich zájmu je zdravý plod, a motivovat ženu cílem zdravého dítěte a průběhu těhotenství bez komplikací
- ženu nechválit za přibrání kil a nepoukazovat na postavu a její změny
- v komunikaci se vyhnout nabádání žen, aby se najedly a přestaly řešit jídlo a váhu, ale spíše se žen ptát na to, jak se cítí
- nepovažovat tyto nemoci jako nestandardní, neodsuzovat a nezlehčovat je

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou poruch příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie) u těhotných žen a matek. Je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část předkládala odborné publikované poznatky o těhotenství a mateřství komplikující poruchami příjmu potravy. Primárním zdrojem informací těhotenství a mateřství těchto žen v teoretické práci byl použit text od autorky Hany Papežové - Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup z roku 2010. Z této literatury převážně vycházejí další články a další zdroje obsahující podobné nebo shodné informace o dané problematice, které byly pro práci také využity.

Praktická část byla realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které se uskutečnily s pěti ženami. Tři ženy otěhotněly v aktivní fázi nemoci a dvě v období remise nemoci. Rozhovory byly zpracovány a analyzovány.

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují těhotenství a mateřství. V průzkumu bylo zjištěno, že ženy v aktivní fázi nemoci, které otěhotněly, porodily předčasně. Většina žen prodělala spontánní potraty. Dvě ženy se setkaly s anemií v těhotenství. Jedné respondentce se nedařilo kojit, druhé respondentce byla tělesnost při kojení velmi negativně vnímána a lásku ke svým dětem pocítila během třech let jejich věku. Zjistili jsme, že ženám zkušenosti s poruchou příjmu potravy vnášejí do výchovy určitou výchovnou strategii. Byl jednoznačně zaznamenán strach z rozvoje choroby u dcer potažmo i u synů. Matky i přes jejich problémy s jídlom neomezují děti ve stravování, ale ani je zvláště do jídla nenutí, neškatulkují jídlo na zdravé a nezdravé a o jídle nemluví v souvislostech s přibíráním a tělesnou hmotností. Pouze tři respondentky hlídaly množství konzumovaného sladkého. Děti neupomínají na váhu, vzhled a postavu. Některé vedou rodinu ke společnému stolování. Děti nenutí k výborným výsledkům a výkonům, nekritizují je, ale chválí je. Negativně ovlivňují poruchy příjmu potravy mateřství pocitů viny. Zaznamenaly jsme jejich zdroj v neustálých myšlenkách na jídlo, pocitech zavinění komplikací těhotenství a zdraví plodu/dítěte a ve věnování času kontrolám na úkor času s dětmi. Všechny ženy potvrdily strach a zodpovědnost za dítě.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak těhotenství a porod ovlivnilo psychický stav ženy. V průběhu těhotenství došlo u většiny k ústupu projevů nemoci a po porodu nedošlo k relapsu. Jen jedna žena se vinila za předčasný porod a projevy nemoci se zhoršily. Jedna respondentka nesla zvýšení tělesné hmotnosti a změny postavy s velkou nelibostí, proto v těhotenství nemoc byla větší intenzity, ale naopak po porodu po úbytku těchto kil došlo k zmírnění projevů nemoci na původní intenzitu. Ženy samotný nárůst těhotenského břicha prožívaly pozitivně. Těhotenské břicho jim k těhotenství přišlo přirozené a vítaly ho. Pouze pro jednu ženu to byla psychicky velká zátěž. Dvě ženy po porodu trpěly depresemi.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaký byl průběh porodu a zdraví dítěte. Komplikovaná byla pouze v jednom případě III. doba porodní, kdy se neodloučila placenta u obou porodů. Novorozenci u třech žen byli nedonošení. Novorozenci ženy, u které omezující jídelníček střídaly záchvaty přejídání, byli hypertrofičtí. Tato žena užívala v období těhotenství projímadla a diuretika a první její předčasně narozený syn má mentální a tělesný handicap.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaké mají ženy zkušenosti s informováním svého gynekologa/porodníka nebo porodní asistentky o nemoci. Ženy, které otěhotněly v období remise, se svěřily se svou diagnózou. Za nemoc se nestydí a považují ji za součást anamnézy. Strach o dítě může vést ženu v aktivní fázi nemoci k přiznání svých problémů. Ženy vedl stud a stigma nemoci ke skrývání jejich problémů. Ženy, které sdělily problémy, nedostaly od gynekologů žádnou zpětnou reakci. Žena v aktivní fázi nemoci nebyla spokojená s komunikací a přála by si lepší objasnění situace. Pouze byla sledována pro nízkou váhu.

Závěrem lze konstatovat, že všechny stanovené cíle teoretické a praktické části bakalářské práce byly splněny.

Výsledky analýzy dat utvořily hlubší a detailnější pohled do problematiky poruch příjmu potravy, konkrétně u těhotných žen a matek, a mohly by přispět k rozšíření povědomí o těchto chorobách i u žen v reprodukčním věku. Na základě průzkumu z práce vycházejí specifika komunikace a přístupu k těhotným ženám s PPP, ze kterých by mohly porodní asistentky nebo gynekologové při péči o tyto ženy vycházet.

SEZNAM LITERATURY

COOPER, P. J., 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Přeložil Alice ZAVADILOVÁ, přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0706-1.

ČERNÁ, R., 2008. *Dobrá matka navzdory poruše příjmu potravy*. [online]. [cit. 2017-08-6]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/cislo_19.pdf

FIŠAROVÁ, Z. a J. NOVOTNÁ, 2014. Poruchy příjmu potravy. In: PETR, T., E. MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

FRAŇKOVÁ, S., J. PAŘÍZKOVÁ a E. MALICHOVÁ, 2013. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum (nakladatelství). ISBN 978-80-246-2247-7.

HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HORT, V., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál (vydavatelství). ISBN 978-80-7367-404-5.

KOUTEK, J. a J. KOCOURKOVÁ, 2015. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Psychiatrie pro praxi* [online]. č. 16(1) [cit. 2017-08-3]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/01/03.pdf>

KOUTEK, J. a J. KOCOURKOVÁ., 2013. Poruchy příjmu potravy vyžadují spolupráci odborníků [online]. [cit. 2017-08-4]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/31004-poruchy-prijmu-potravy-vyzaduji-spolupraci-odborniku>

KRCH, F., 2010. *Mentální anorexie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál (vydavatelství). ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, F., 2007. Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi* [online]. č. 4(10) [cit. 2017-04-25]. ISSN 1803-5310. Dostupný z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>

KRCH, F., 2016. Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi* [online]. č. 17(4) [cit. 2017-09-5]. ISSN 1803-5264. Dostupný z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/04/09.pdf>

KRCH, F. a J. ŠVÉDOVÁ, 2013 *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Občanské sdružení Anabell. ISBN 978-80-905436-5-2

LINNA, M. S., RAEVUORI, A., HAUKKA, J., SUVISAARI, J. M., SUOKAS, J. T. a M. & GISSLER, (2014). *Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 211(4), 392.e1-8. doi:10.1016/j.ajog.2014.03.067

MACHOVÁ, J. a D. KUBÁTOVÁ, 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2715-8.

MARÁDOVÁ, E., 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-09-2

MICALI, N., DOS-SANTOS-SILVA, I., DE STAVOLA, B., STEEWEG-DE GRAAFF, J., JADDOE, V., HOFMAN, A., &... a H. TIEMEIER, (2014). Fertility treatment, twinbirths, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 121(4), 408-416. doi:10.1111/1471-0528.12503

MIOVKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4

NĚMĚČKOVÁ, P., 2011. Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi* [online]. č. 8(11) [cit. 2017-04-20]. ISSN 1803-5310. Dostupný z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>

NĚMĚČKOVÁ, P., 2007. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. č. 4 [cit. 2017-04-20]. ISSN 1803-5272. Dostupný z: <http://www.solen.sk/pdf/0b0b99006ff15289715e3e15a4208f6e.pdf>

NORRÉ, L., 2007. The Eating Disorder Patient as a Parent. *Česká a slovenská psychiatrie*, roč. 103, Suppl. 1, s. 19. ISSN: 1212-0383.

NOVÁK, M., 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.

NÝVLTOVÁ, V., 2010. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-85-3.

OBERREITEROVÁ, E., 2009. *Mentální anorexie a míra vybraných rizikových faktorů podněcující její vzniku u žáků nižšího stupně gymnázia*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky a psychologie

ORLOVÁ, M., 2016., *Těhotenství z pohledu žen s poruchami příjmu potravy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci filosofická fakulta, Katedra psychologie

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

PAPEŽOVÁ, H., 2009. Proč a kdy může být těhotenství rizikové pro matky s poruchou příjmu potravy a jejich děti. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 18, č. 1, s. 22-26. ISSN: 1211-1058.

PAPEŽOVÁ, H. a J. Hanusová, 2012. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: TOGGA. ISBN 978-80-87258-98-9

PETR, T. a E. MARKOVÁ, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PILKA, L. a kol., 2007. Úloha leptinu v lidské reprodukci. *Česká a slovenská psychiatrie*. roč. 103, Suppl. 1, s. 34-35. ISSN: 1212-0383.

ROB, Lukáš a kol., 2008. *Gynekologie*. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7

PROCHÁZKOVÁ, L., 2011. *Základní metodika - Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví*. Brno: Občanské sdružení Anabell.

PROCHÁZKOVÁ, L. a J. S. Ševčíková, 2017. *Poruchy příjmu potravy*. Pasparta. ISBN 978-80-88163-46-6.

PUGNEROVÁ, M. a J. KVINTOVÁ, 2016. *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy chování a syndrom hyperaktivity, psychologie jedinců s různými typy postižení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5452-9.

SLEZÁKOVÁ, L., 2012. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7353-7.

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VAVRUŠKOVÁ, M., 2014. *Poruchy příjmu potravy a jejich vliv na mateřství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze husitská teologická fakulta, Katedra psychosociálních věd a etiky

WENTZ, E. et al., 2007. *Eighteen-year follow-up of adolescent-onset Anorexia Nervosa: Psychiatric disorders, over all functioning scales, prognostic factors, pregnancies, and children. A prospective, controlled, partly population-based Study*. Česká a slovenská psychiatrie, roč. 103, Suppl. 1, s. 19-20. ISSN: 1212-0383.

WOHL, M. L. a E.&GUR, (2015). [Pregnancy in anorexia nervosa--anoxymoron that has become reality]. *Harefuah*, 154(7), 456-9, 468.