

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Bc. Petra Blažková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Monitoring výskytu poruch výživy – mentální anorexie, bulimie

Bc. Petra Blažková

Diplomová práce

2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Blažková**
Osobní číslo: **Z16366**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Název tématu: **Monitoring výskytu poruch výživy - mentální anorexie,
bulimie**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

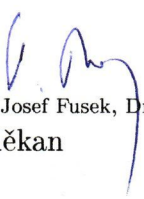
1. KRCH, František. Mentální anorexie. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
2. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 1. Brno: GRM akademické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
3. PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
4. PAPEŽOVÁ, Hana. Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
5. PRAŠKO, Ján et al. Obecná psychiatrie. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.

Vedoucí diplomové práce: **doc. MUDr. Pavol Hlúbik, CSc.**


Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **4. května 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 4. 5. 2018

Bc. Petra Blažková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto děkuji doc. MUDr. Pavolu Hlúbikovi, CSc. vedoucímu diplomové práce za jeho cenné rady a připomínky při tvorbě diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat vyučujícím na střední škole za pomoc při sběru dat k dotazníkovému šetření.

ANOTACE

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Má za cíl zmonitorovat výskyt poruch výživy a ozřejmit znalosti o této problematice u studentů na střední škole ve věkovém rozmezí 14 - 20 let a zjistit jejich subjektivní názor na problematiku PPP.

Teoretická část se zaměřuje na popis teoretických východisek k řešenému problému.

Praktická část popisuje informace o výzkumném šetření a interpretuje jeho výsledky.

KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, dospívající žáci

TITLE

Monitoring the occurrence of eating disorders - mental anorexia, bulimia

ANNOTATION

The thesis is divided into the theoretical and practical part. The aim of the diploma thesis is to monitor the occurrence of eating disorders and to clarify the knowledge of eating disorders in high school students aged 14 - 20 years and to find out their subjective opinion on problems of eating disorders.

The theoretical part focuses on the description of the theoretical background. The practical part describes the information about the research and interprets its results.

KEYWORDS

Eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, adolescent students

OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce	16
I Teoretická východiska k řešenému problému	17
1.1 Historie a rozvoj poruch příjmu potravy.....	17
1.2 Klasifikace PPP.....	18
1.2.1 Mentální anorexie	18
1.2.2 Atypická mentální anorexie	19
1.2.3 Mentální bulimie.....	19
1.2.4 Atypická mentální bulimie.....	20
1.3 Epidemiologie	20
1.3.1 Epidemiologie MA	20
1.3.2 Epidemiologie MB.....	20
1.4 Rizikové faktory.....	20
1.5 Diagnostika	22
1.5.1 Vyšetření specifické psychopatologie	24
1.5.2 Diferenciální diagnostika	24
1.6 Léčba.....	24
1.6.1 Sledování pacienta v nutriční ambulanci	26
1.6.2 Specifika léčby mentální anorexie	26
1.6.3 Specifika léčby mentální bulimie.....	27
1.6.4 Normální stravovací režim.....	27
1.7 Specifické postupy léčby PPP.....	28
1.7.1 Farmakoterapie	28
1.7.2 Psychoterapeutické metody	28
1.7.3 Svépomocné skupiny	29
1.7.4 Alternativní léčebné postupy	29
1.8 Následky a orgánové komplikace v rámci PPP	30
1.8.1 Kardiovaskulární komplikace	31
1.8.2 Ženský reprodukční systém	31
1.8.3 Neurologické komplikace	31
1.8.4 Gastrointestinální komplikace	32
1.8.5 Kostní metabolismus.....	32

1.8.6 Respirační systém a imunitní systém.....	32
1.8.7 Kožní projevy	33
1.8.8 Orální zdraví	33
1.8.9 Renální komplikace	33
1.9 Prevence a prognóza onemocnění.....	34
1.9.1 Prevence v praxi.....	34
1.9.2 Prognóza PPP.....	36
II Průzkumná část	37
2 Cíle průzkumné části.....	37
3 Průzkumné otázky.....	38
3.1 Průzkumná otázka č. 1	38
3.2 Průzkumná otázka č. 2	38
3.3 Průzkumná otázka č. 3	38
3.4 Průzkumná otázka č. 4	38
3.5 Průzkumná otázka č. 5	38
4 Metodika průzkumu	39
4.1 Pilotní studie	39
4.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	39
4.3 Dotazník.....	40
4.4 Předkládání dotazníků respondentům	40
4.5 Hodnocení dotazníku	41
4.6 Forma zpracování dat.....	43
5 Výsledky průzkumného šetření.....	44
5.1 Charakteristika respondentů.....	44
5.1.1 Pohlaví respondentů.....	44
5.1.2 Věk respondentů	44
5.2 Vyhodnocení první části dotazníku	45
5.2.1 Zodpovězení průzkumné otázky č. 1	52
5.2.2 Zodpovězení průzkumné otázky č. 2	53
5.3 Vyhodnocení druhé části dotazníku.....	53
5.3.1 Zodpovězení průzkumné otázky č. 3	61
5.3.2 Zodpovězení průzkumné otázky č. 4	62
5.4 Vyhodnocení 3. části dotazníku.....	63

5.4.1 Zodpovězení průzkumné otázky č. 5	63
6 Diskuze	67
6.1 Limity práce	69
7 Závěr	71
8 Použitá literatura	73
9 Přílohy.....	77

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Výšečový graf četnosti pohlaví u respondentů.....	44
Obrázek 2 Sloupcový graf věku respondentů	45
Obrázek 3 Sloupcový graf charakteristiky postavy	47
Obrázek 4 Sloupcový graf BMI respondentů	51
Obrázek 5 Krabicový graf celkového skóre dotazníku u mužů a žen v 1. části dotazníku	53
Obrázek 6 Pruhový graf znalost typického rizikového věku pro rozvoj mentální anorexie...	57
Obrázek 7 Pruhový graf znalost typického rizikového věku pro rozvoj mentální bulimie	58
Obrázek 8 Krabicový graf celkového skóre dotazníku u mužů a žen ve 2. části dotazníku...	62
Obrázek 9 Sloupcový graf zdroje zisku informací o PPP.....	63
Obrázek 10 Sloupcový graf zachování se při podezření na výskyt PPP.....	65
Tabulka 1 Bodové hodnocení dotazníkových položek 1. části dotazníku	42
Tabulka 2 Bodové hodnocení dotazníkových položek 2. části dotazníku	43
Tabulka 3 Spokojenost respondentů se svou postavou.....	46
Tabulka 4 Hodnocení ostatních podle postavy	46
Tabulka 5 Časté zabývání se myšlenkami na jídlo a svou hmotnost.....	47
Tabulka 6 Zkušenost s prostředky na hubnutí	48
Tabulka 7 Záměrné cvičení pro snižování tělesné hmotnosti.....	48
Tabulka 8 Četnost denního stravování.....	49
Tabulka 9 Stravovací režim	49
Tabulka 10 Hlídání své hmotnosti	50
Tabulka 11 Držení diet.....	50
Tabulka 12 Poruchy menstruačního cyklu nebo opoždění puberty	51
Tabulka 13 Bodové hodnocení respondentů 1. části dotazníku a vyjádření rizika výskytu PPP	52
Tabulka 14 Znalost pojmu BMI.....	54
Tabulka 15 Znalost pojmu porucha příjmu potravy	54
Tabulka 16 Znalost druhů poruch příjmu potravy	55
Tabulka 17 Znalost pojmu mentální anorexie	55
Tabulka 18 Znalost pojmu mentální bulimie	56
Tabulka 19 Znalost příčin vzniku poruch příjmu potravy	58
Tabulka 20 Znalost projevů mentální anorexie	59

Tabulka 21 Znalost projevů mentální bulimie	59
Tabulka 22 Znalost následků mentální anorexie	60
Tabulka 23 Znalost následků mentální bulimie	60
Tabulka 24 Znalost organizací na pomoc PPP	61
Tabulka 25 Bodové hodnocení respondentů 2. části dotazníku a vyjádření úrovně znalostí .	61
Tabulka 26 Téma PPP v rámci výuky.....	64
Tabulka 27 Setkání s osobou s PPP	64
Tabulka 28 Přispívání médií k rozvoji PPP	65
Tabulka 29 Subjektivní pocit znalostí na téma PPP	66
Tabulka 30 Uvítání více informací o PPP.....	66

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
DSM IV	diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EDI	Eating Disorders Inventory
EDE	Eating Disorders Examination
EKG	elektrokardiogram
GIT	gastrointestinální trakt
JIP	jednotka intenzivní péče
KBT	kognitivně behaviorální psychoterapie
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
MKN - 10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MRI	magnetická rezonance
PPP	poruchy příjmu potravy
RF	rizikový faktor
SCOFF	dotazník pro poruchy příjmu potravy
VFN	Vojenská fakultní nemocnice

ÚVOD

Diplomová práce shrnuje aktuální problematiku **poruch příjmu potravy** (PPP), které v dnešní době představují závažné, primárně duševní onemocnění, zahrnující změny jak v oblasti psychické, tak somatické. Diplomová práce se zabývá dvěma typy PPP diagnostikovaných dle MKN - 10 a to **mentální anorexií (MA)** a **mentální bulimií (MB)**. Poruchy vznikají v důsledku komplexní interakce psychologických, biologických a environmentálních příčin. Jde o onemocnění a **aktuální problém**, patřící převážně do období posledního půlstoletí a vážící se především na sebehodnocení jedince (Papežová, 2014).

„PPP se v posledních letech staly z medicínského hlediska středem zájmu diagnostiky a léčby“ (Nesrstová, Marinov, 2013, str. 25). Autoři jej často zařazují mezi tzv. civilizační choroby. Obě formy onemocnění mají společný charakter a tím je velká touha pacientů po extrémní štíhlosti a dokonalosti, často poháněná přehnanými ambicemi okolí a mediálními vlivy. Společné oběma chorobám se jeví využívání různých prostředků k hubnutí (viz kapitola 2.2). V období dospívání jsou PPP třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s 2 x vyšší úmrtností, ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a 10 x vyšší úmrtností v porovnání se zdravou populací. Onemocnění postihuje především **ženy a dospívající dívky**, zdaleka neobvyklý ale již není ani výskyt v **mužské populaci**. Zhruba 80 % pacientů v roce 2011 hospitalizovaných pro PPP spadalo do kategorie „nepracující, dítě, studující“, což odpovídá věkové struktuře nemocných s PPP. Pro děti a dospívající má výživa nezastupitelný význam, jak pro jejich růst a vývoj, tak i pro rozvoj fyzické aktivity a psychických schopností, ovlivňuje hormonální a imunitní reakce, metabolismus a podílí se i na prevenci dalších onemocnění. Četné problémy s jídlem mají vliv na fyzický, kognitivní, sociální a emoční vývoj, nižší hmotnost, vyšší výskyt nemocí a vedou k přetrvávajícím jídelním problémům (Krch, 2010).

Podle Krcha (2003) může být podvýživa v dětství, ať už z jakýchkoli důvodů, velmi nebezpečná a mít trvalé následky. Z tohoto důvodu je životně nutná včasná a adekvátní intervence a to především v primární péči, pro další příznivý průběh, nebo včasné předání pacienta do specializované péče. Nedílnou součástí péče by se proto měla stát **účinná prevence** a dostatečná **informovanost a vyhledání rizikových osob**, zahrnující především osoby v rizikovém věku, tedy žáky a studenty základních a středních škol (Papežová, 2014).

Celosvětově je **adekvátní a včasná diagnostika a léčba** dostupná pouze v určitém procentu případů. Často dochází k výskytu nedeklarované, nediagnostikované či neadekvátně poskytnuté péče při léčbě PPP (Hort et al., 2008; Papežová, 2014).

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. První částí jsou teoretická východiska k řešenému problému a následuje praktická část. **Teoretická východiska k řešenému problému** slouží jako teoretická základna dané problematiky a předchází praktické části, která z nich vychází. Teoretická část shrnuje současný stav problematiky poruch příjmu potravy. **Praktická část** má za cíl zmonitorovat výskyt mentální anorexie a mentální bulimie a ozřejmit znalosti u dospívajících žáků o problematice MA a MB ve věkové kategorii 14 - 20 let na střední škole.

CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části diplomové práce je vytvořit teoretická východiska k řešenému problému založená na aktuálních poznatcích jako základnu pro praktickou část a upozornit na závažnost tématu poruch příjmu potravy. Teoretická východiska stručně zachycují historii poruch příjmu potravy i současný stav problematiky, kdy PPP přímo vymezuje, zabývá se epidemiologií, rizikovými faktory těchto chorob, dále jejich diagnostikou a léčbou. Následně pojednává o možných následcích a orgánových komplikacích, které mohou PPP doprovázet. Teoretická část se také zabývá prevencí a prognózou PPP. Cílem výzkumné části je zmonitorovat výskyt poruch výživy – mentální anorexie a bulimie na střední škole u studentů ve věkovém rozmezí 14 - 20 let a dále ozřejmit jejich znalosti o této problematice pomocí dotazníkového šetření.

I TEORETICKÁ VÝCHODISKA K ŘEŠENÉMU PROBLÉMU

Teoretická východiska práce zachycují současný stav problematiky poruch příjmu potravy a jejich závažnost. Skládají se z 9 oddílů a jednotlivých podkapitol. První oddíl stručně shrnuje historii a rozvoj poruch příjmu potravy, následuje oddíl, který poruchy příjmu potravy klasifikuje. Dále navazuje epidemiologie těchto chorob, jejich rizikové faktory, diagnostika a její metody a základy léčby. Další podkapitola řeší následky a orgánové komplikace poruch příjmu potravy. Poslední velkou kapitolou je prevence a prognóza PPP.

1.1 Historie a rozvoj poruch příjmu potravy

PPP provázejí lidstvo už od nepaměti. Pravděpodobně se ale dříve nejednalo o stejnou formu **mentální anorexie**, jak ji chápeme dnes. Nechutenství se dávalo do souvislosti spíše se somatickými onemocněními. První zmínky jsou zaznamenány již z dob Galéna a Hippokrata. V době středověku se extrémní dodržování půstu užívalo při sebetrestajících a asketických praktikách zbožných křesťanů, lidem dodržujícím půst ovšem nešlo o štíhlost, jako tomu je u dnešních anorektiček. Z dochovaných písemných záznamů lze první věrohodné popisy mentální anorexie nalézt až ve druhé polovině 19. století. Spíše se však jednalo o jednotlivé konkrétní případy, než o epidemiologický výskyt, mezi nimiž se vyskytovala i rakouská císařovna Alžběta. Se svými 172 cm nikdy nepřesáhla 50 kg, BMI tedy nikdy nebylo vyšší než 16,9 kg/m². Také přejídání je staré jako lidstvo samo a je čteně popisováno v historických medicínských záznamech. Přejídání bylo často spojováno se zvracením. Konkrétním případem může být **prejídání a následné vyvolání zvracení** u římských patricijů. Na rozdíl od příznaků současné bulimie Římané netrpěli pocitem viny z přejedení, nehlídali si svou váhu, pouze si chtěli vyprázdnit žaludek pro další přejídání při hostinách (Koutek, 2012; Lebl, 2012).

PPP zaznamenaly rapidní vzrůst výskytu ve druhé polovině 20. století. Toto období bylo první ve vývoji lidstva, kdy lidé netrpěli nedostatkem potravy a naopak se začínali setkávat s jejím nadbytkem. Dalším celospolečenským faktorem rozvoje onemocnění se jeví současná představa o zdravém lidském těle a osobnostní rysy. V 60. letech 20. století se vyskytovala především mentální anorexie. Typickým vzorem mladých žen byla slavná modelka Twiggy. Mentální bulimie zaznamenala svůj rozvoj až o něco déle a to v 70. a 80. letech 20. století. V **České republice** se PPP začaly také objevovat od 60. let minulého století, ale jejich výskyt byl vzácnější než v západní Evropě a v USA. K nárůstu nemocných u nás došlo až po roce 1989, který souvisel s politickými a společenskými změnami. V dobách socialismu byly

ohroženy zejména sportovkyně jako gymnastky, baletky a posléze i modelky. Vývoj péče o PPP se v České republice datuje teprve od roku 1982, kdy vzniklo první specializované lůžko na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN. Od té doby se požadavky na léčbu, poznatky o adekvátní léčbě a postupech neustále rozšiřují (Koutek, 2012; Papežová, 2014).

1.2 Klasifikace PPP

Mentální anorexii, mentální bulimii a jejich atypické formy řadíme mezi psychické poruchy vzniklé na podkladě multifaktoriální etiologie. V řadě psychologických rysů je mentální bulimie shodná s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla, jejich společným rysem je úmyslné snižování hmotnosti a využívání kompenzačních mechanismů za účelem úbytku tělesné hmotnosti (Papežová, 2010; Jongsma et al., 2012).

1.2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je charakterizována úmyslným **snižováním tělesné hmotnosti** a to o více než 15 % a hodnotami BMI pod 17,5 kg/m². Nemoc může vyústit až v kachexii. Klasifikace DSM-IV rozděluje diagnózu mentální anorexie na dva typy. Typ **restriktivní a purgativní** (se zvracením a jinými patologickými mechanismy) (Jongsma et al., 2012; Krch, 2010).

Pro nemocné je příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky, nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a váze. Hmotnost před počátkem hubnutí může být skutečně vyšší, v řadě případů je však zcela v normě či nižší. Někdy dojde k začátku nemoci po nevhodném výroku okolí týkajícího se vzhledu či po zátěžové situaci. Pacienti často trpí depresemi, ztrácí zájem o okolí, jsou podráždění a následkem hladovění nepocítují potřebu jíst. V rámci odmítání jídla dochází ke konfliktům a zhoršení vztahů v rodině, nemocní manipulují s jídlem, například ho schovávají (Kolektiv autorů, 2008; Hort et al., 2008).

Pacienti s MA omezují výběr jídla (nejprve omezují kaloričtější potraviny, následně i základní složky jako maso, mléčné výrobky, obiloviny, apod.). Po zákazu některých potravin obvykle vzniká úzký seznam „povolených“ potravin. Změny v jídelních návycích mohou být racionalizovány do tzv. zdravé výživy, vegetariánství, apod. Nápadné je naopak zvýšené zabývání se jídlem, vaření pro ostatní členy rodiny, sbírání receptů. Nemocní nadměrně cvičí, vyvolávají si zvracení, průjem pomocí laxativ, užívají anorektika a diuretika (Zapletalová, 2013; Hynie, 2011).

1.2.2 Atypická mentální anorexie

V některých případech porucha splňuje jen **některá z kritérií mentální anorexie**, avšak celkový klinický obraz neopравňuje ke stanovení této diagnózy. Nevyskytuje se například jeden ze znaků mentální anorexie, jako je strach ze ztloustnutí, amenorea. Zároveň ale dochází ke značnému váhovému úbytku a chování jedince vedoucí k redukci váhy. Diagnóza atypické mentální anorexie nemůže být použita, pokud pacient trpí somatickou chorobou spojenou s úbytkem váhy (Praško, 2013).

1.2.3 Mentální bulimie

Mentální bulimii charakterizují **záchvaty „vlčího“ hladu**, při kterých je nemocný schopen sníst obrovské množství jídla. Navzdory tomuto počínání však přetrvává touha po štíhlosti. Pacient často ráno a v poledne hladoví, v průběhu dne ale tyto kontroly selžou a dojde k **přejedení**. Nemocný může sníst enormní množství jídla, které několikanásobně přesahuje doporučené denní dávky, zkonsumované v neobvyklých kombinacích. Po přejedení následují pocity provinění a selhání, které pacient nejčastěji řeší **zvracením**. Zvracení se zpravidla odehrává v soukromí, většinou za použití prstů, či jiného předmětu, který si dotyčný strčí do krku. Asi čtvrtina nemocných umí ovládat zvracení pouhou vůlí, kdy se například jen předkloní nebo si zatlačí na břicho pro jeho vyvolání. Hmotnost pacientů běžně fluktuuje, klesá i stoupá, nebo stagnuje v závislosti na množství snědeného jídla a frekvenci zvracení. Cyklus přejedení a zvracení se může opakovat i několikrát denně. V některých případech mohou být místo zvracení zneužívána laxativa, či provozováno excesivní cvičení. Pacienti jsou často emočně labilní, trpí depresemi, mají sklony k suicidálnímu jednání. Nemoc je ekonomicky náročná, pacienti mohou například krást jídlo, nebo peníze na jeho nákup, zneužívat drogy, alkohol nebo léky. Na podkladě onemocnění vzniká sekundární devastace vztahů v rodině (Hort et al., 2008; Kolektiv autorů, 2008).

Subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem je významnějším diagnostickým znakem než množství zkonsumovaného jídla. Přesto, že se jedinci v jídle omezují, dominuje zvýšený zájem o jídlo, někdy i se zvýšenou nebo změněnou chutí například na sladké. Jedná se o důsledek přizpůsobení se sníženým příjmům energie a živin. Nemocný si zvyká na snížený příjem energie a soustavnou sebekontrolu. Nedochozí zde k tak vysokému váhovému úbytku a k trvalé amenoree jako u mentální anorexie. Pokud se tak stane, hovoříme o **bulimické formě mentální anorexie** (Praško, 2013; Cooper, 2014).

1.2.4 Atypická mentální bulimie

PPP které splňují jen **některá kritéria mentální bulimie**, jakými jsou recidivující záchvaty přejídání a nadměrné používání laxativ bez větší změny váhy, nebo pokud se nevyskytuje typický zvýšený zájem o vlastní tělesnou hmotnost a tvar těla, jsou nazývány jako atypická mentální bulimie (Praško, 2013).

1.3 Epidemiologie

Mentální anorexie a bulimie postihuje jak ženskou tak i mužskou populaci. V případě mentální anorexie je udáván poměr 1:10 ve prospěch žen a i mentální bulimií onemocní častěji ženy. Obě nemoci mají ale odlišný typický věk začátku jejich vzniku. V dnešní době převažuje výskyt mentální bulimie nad anorexií (Koutek 2011).

1.3.1 Epidemiologie MA

MA nejčastěji vypukne v období adolescence kolem puberty, ale ohrožuje i starší nemocné až do menopauzy. **Incidence MA** od 60. do 90. let 20. století stoupla z 2/100000 obyvatel asi na 6-8/100000 obyvatel. Podle Papežové (2017) však dívek s anorektickým chováním neustále přibývá. Ve skupině mladých dívek a žen mezi 15. a 18. rokem věku dosahuje incidence 60/100000. Nejčastěji onemocnění propukne mezi 14. - 15. a 17. - 18. rokem. **Prevalence MA** představuje 0.5 - 1 % dívek (Koutek, 2011).

1.3.2 Epidemiologie MB

Začátek MB je obvykle v pozdějším věku, nejčastěji v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. **Prevalence MB** v populaci mladých žen a dívek činí 1 - 3 %. Epizoda mentální anorexie před nástupem mentální bulimie předchází zhruba v 50 % případů. Často se objevují subklinické formy nemoci. Prevalence plně rozvinutých chorob představuje asi 8 % nemocných (Koutek, 2011).

1.4 Rizikové faktory

PPP s sebou nesou řadu rizikových faktorů (RF), kterými mohou být charakteristika či událost, jejíž přítomnost zvyšuje riziko výskytu onemocnění. RF však není přímo příčina choroby. Na výslednou nemoc mohou RF působit různými cestami. Mezi **psychosociální rizikové faktory** řadíme **pohlaví**, kdy ženy onemocní častěji než muži. Mezi muži onemocní až 27 % homosexuálně či bisexuálně zaměřených jedinců, v případě bulimie je to dokonce 42 %. Dalším faktorem je **etnický původ**. PPP a zvláště anorexie jsou často

vnímány jako nemoci bílých dívek. Nejrizikovějším obdobím pro vznik PPP je **období adolescence a časná dospělost**. Dále můžeme jmenovat **osobnostní faktory**, mezi které řadíme nedostatečnou **kontrolu impulzivity**, která se často pojí i se zneužíváním návykových látek, dále **perfekcionismus, obsedantně kompulzivní osobnost, deprese, svou roli hraje i genetika**. Mimo to se stává, že jsou léčeni i tři generace pacientů s patologickým jídelním režimem (Papežová, 2010; Řezníčková, 2016).

„Máme matky s anorektickou anamnézou nebo celoživotními nezdravými dietami, kterými svým dětem dávají rizikový příklad“ (Papežová, 2017, str. 18).

Termín PPP se často spojuje se **západním životním stylem**, kde se klade velký důraz na výkon a úspěch. Dívky či chlapci se snaží mít nejlepší výsledky ve všech ohledech života, riziko PPP roste, pokud se spolu s perfekcionizmem vyskytuje i nízké sebevědomí, nespokojenost s vlastním tělem a pocity úzkosti. Zdali je jiné duševní onemocnění rizikovým faktorem pro vznik PPP, je pravděpodobné, ale zatím ne zcela potvrzené. Často se u nemocných s anorexií pojí nemoc s obsedantně kompulzivní poruchou, separační úzkostí, panickou poruchou. U pacientů s bulimií se poté pojí se sociální úzkostí. S rozvojem PPP souvisí i opakované **expozice traumatickým událostem** a to spíše jejich kumulace, než jeden negativní životní zážitek. Pacienti s MA jsou někdy vystaveni negativním zážitkům týkajících se jejich sexuality a dále vleklým problémům v rodině. Ke vzniku PPP může přispívat i **separace**, tedy odloučení od původní rodiny a **akulturace**, kdy se jedinec musí přizpůsobit cizí kultuře a postupně ji přijmout. Také **rizikové prostředí**, které je zaměřené na štíhlost, může být nebezpečné. Svou roli jistě hraje vliv vrstevníků a kamarádských skupin. Některé důkazy nasvědčují tomu, že vrstevníci mají větší podíl na vzniku PPP než rodina a média, kterým je připisován velký vliv (Papežová, 2010; Novák, 2010).

Částečně se s výskytem PPP pojí **body mass index**. Pacienti s bulimií bývají v dětství častěji obézní a následně vyšší BMI predikuje větší nespokojenost se svým tělem. Držení diet se často pojí s následným excesivním přejídáním. Obtížné je označit držení diet jako rizikový faktor pro MA, jelikož není přesná hranice mezi tím, kde končí dieta a začíná nemoc. Dalším faktorem jsou **prenatální a perinatální komplikace**, jako předčasný porod a dále i časná **menarché**. Trvalé znaky, mezi které řadíme pohlaví, etnicitu, genetické faktory apod., se sice nedají ovlivnit, ale umožňují zaměření cílených **preventivních programů** (Papežová, 2010; Novák, 2010).

1.5 Diagnostika

PPP považujeme za onemocnění, které je nutné posuzovat a léčit v širším **bio-psycho-sociálním** kontextu. Pokud je dobrá spolupráce s pacientem nebo rodinou, lze diagnózu stanovit snadno, jestli se však dotyční snaží nemoc utajit či pomoc odmítají, je diagnostika obtížnější. První kontakt s pacientem mají nejčastěji praktičtí lékaři, pediatři či gynekologové, kteří hrají nezastupitelnou roli v diagnostice a motivaci pacienta k léčbě (Papežová, 2009; Papežová, 2015).

Většina pacientů si zprvu v ordinaci praktického lékaře nestěžuje na hlavní symptomy PPP z důvodu studu. Je proto důležité věnovat **screeningu** tohoto onemocnění hodně pozornosti. Jedinou stížností postižených bývá častá únava, ztráta menstruace, změny hmotnosti, zažívací obtíže, bolesti v krku, palpitace, polyurie, polydipsie a nespavost. Pro screening MA i MB byl vyvinut krátký dotazník SCOFF, který je často používán. **Vyšetření somatického stavu** by mělo být komplexní a rychlé. V klinické praxi se pro stanovení diagnózy MA a MB (Příloha A) využívá MKN - 10, v USA DSM IV. Prvním důležitým bodem v diagnostice je podrobná **anamnéza** pacienta, podle které se stanoví rizika dalších komplikací, především se zaměřením na kardiovaskulární systém a stav metabolismu. Často je žádoucí doplnění a objektivizace informací od příbuzných. Na PPP lékaře upozorní zhubnutí u mladých dívek bez patrných bolestí, průjmů či jiných obtíží. U **anorexie** je malnutrice spojená s poklesem hmotnosti pod hladinu 85 % tělesné hmotnosti a je často zřejmá již při prvním setkání s nemocným. Hodnoty BMI (Příloha B) pod 18,5 kg/m² u dospělých jsou posuzovány jako kachexie. Pacienti s těžkou poruchou mohou mít hodnoty BMI až ke 12 kg/m², dokonce i 10 kg/m². Hodnocení BMI dětí a dospívajících se řídí jinými hodnotami (Příloha B) než u dospělých, nebo je výživový stav hodnocen **percentilovými grafy**. Nemocní se často brání změně diety, nelze se s nimi domluvit bez psychiatrické intervence. V diagnostice je důležité uskutečnit vyšetření příjmu stravy, kdy pacient vypracuje svůj **jídelníček**, který je následně objektivizován a analyzován. Často se vyskytuje nesoulad mezi váhou nemocných a smyšleným jídelníčkem s normálními kalorickými hodnotami. O zamlčeném zvracení může svědčit zduření glandula parotis či mozol na hřbetě ruky (Russelovo znamení). Pacienti často vypadají na nižší věk, na jejich kůži se vyskytuje lanugo, vlasový porost je jemný, akra končetin jsou cyanotická, kůže je křehká, svalové vybavení je malé. V dalších fázích onemocnění někdy pozorujeme otoky dolních končetin. Nemocní s **bulimií** mohou mít hmotnost při vyšetření v normálním rozmezí. Potíže spojené s nemocí mohou být proto lépe a déle utajovány. Nemocní s MB mohou jíst normálně nebo

i více, příznakem je zvracení. Pacienti s PPP ale nemusí vykazovat žádné známky onemocnění při **fyzikálním vyšetření** (Papežová, 2010; Praško, 2013).

Dále se provádí **laboratorní vyšetření**, jelikož negativní nálezy somatických komplikací nevylučuje diagnózu poruchy příjmu potravy. Laboratorně se vyšetřuje hlavně kompletní krevní obraz, biochemie, tyreoidální funkce a moč. Při závažnějších formách onemocnění a výrazné malnutrici se rozšiřuje biochemické vyšetření o další parametry a hodnotí se i EKG. Při užívání laxativ, diuretik, zvracení a excesivním cvičení je nutná i kardiologická konzultace pro vysoké riziko srdeční arytmie a dalších komplikací. Pokud nemoc trvá déle než šest měsíců a vyskytuje se amenorea, je nutné vyšetřit densitometrii, hladiny estradiolu a testosteronu. V laboratorním vyšetření typicky nacházíme nízkou hladinu kreatininu, zvýšené hladiny urey, hypokalemii, hypomagnezémii, nízkou hladinu cholesterolu a glykémie, alteraci jaterních testů. Hladina sérových markerů výživy zůstává dlouho normální, hemoglobin bývá normální nebo zvýšený, nacházíme leukopenii. V moči se nachází nízká hladina (nízký odpad) minerálů, diuréza může být naopak vysoká. U pacientů s MA bývá přítomna acidóza, naopak nemocní s bulimií mívají hypochloremickou alkalózu (Papežová, 2010; Navrátilová et al., 2010).

Během **vyšetření složení těla** hlavně u MA dominuje minimální obsah tukové tělesné hmoty (fat mass), kdy množství tuku u žen je nižší než 25 % a 20 % u mužů. Obsah tuku bývá velmi nízký, zaznamenány jsou i případy s téměř nulovým obsahem tuku v těle. Stoupá podíl libové hmotnosti (fat free mass, lean body mass). Dle průběhu obtíží volíme další vyšetření (hladiny amyláz, luteinizační hormon, folikuly stimulující hormon, MRI, CT mozku, vyšetření stolice na okultní krvácení). Při **vyšetření energetického výdeje** pomocí nepřímé kalorimetrie se zjišťují hodnoty nižší, než hodnoty odpovídající hmotnosti a výšce pacientů z důvodu adaptování organismu na dlouhodobě nízký energetický příjem (Papežová, 2010).

Stanovení diagnózy je u dítěte složitější než u dospělých, ne ve všech případech lze použít diagnostická kritéria pro dospělé. V prepubertálním věku nelze využít amenoreu jako diagnostický příznak, podobně není nutný i pokles váhy, přítomny bývají projevy **zpomalení či zástavy somatického vývoje**. Pro diagnostiku je nutné znát předchozí vývoj a růst dítěte. Stav výživy nejlépe zhodnotí **antropometrické vyšetření**, které se zabývá i dynamikou vývoje. Kromě údajů jakými jsou výška, váha a věk dítěte, se hodnotí ještě další faktory, jako např. střední obvod paže, tloušťka kožní řasy a biochemické nálezy. U větších dětí mohou PPP často unikat pozornosti, hlavně pokud je hubnutí dáno impulzem ze strany okolí. Nemocný často prochází psychickými změnami spojenými s depresí a úzkostmi, zvýšenou emoční labilitou, dráždivostí, zhoršením soustředění a školního prospěchu. Typické

je celkové nepřiměřené zaobírání se jídlem, postavou, vzhledem, změna jídelníčku, denního režimu, odmítání jídla. Mohou se měnit chutě nemocných, mohou častěji zapíjet jídlo, nebo pít naopak méně, jedí pomalu, obřadně, po malých soustech. U dětí dojde k vyhubnutí (mají menší tukové zásoby) a dehydrataci rychleji. PPP vždy ovlivňují celou rodinu a ne pouze pacienta (Papežová, 2010; Krch, 2010).

1.5.1 Vyšetření specifické psychopatologie

Během vyšetření specifické psychopatologie lze využít dotazníků, které jsou zaměřené na jídelní patologii. Jedním z nich je dotazník EDI (Eating Disorders Inventory) a EDE (Eating Disorders Examination), který byl valorizován pro českou populaci. Dále se používají dotazníky zaměřené na vnímání vlastního těla (Papežová, 2010).

1.5.2 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika slouží k **vylovení jiného psychického či somatického onemocnění**, které by mohlo způsobovat zhubnutí a kachexii a imitovat tak PPP. Možné je i spojení somatického onemocnění s PPP, je proto nutné v diferenciální diagnostice spolupracovat s odborníkem, psychologem či psychiatrem, který by měl tuto nemoc odhalit. PPP mohou mít podobné prvky jako **gastroenterologická onemocnění** včetně idiopatických střevních zánětů a celiakie. Z **psychiatrických onemocnění** se MA může podobat depresi, schizofrenii, somatizační poruše a obsedantně kompulzivnímu syndromu. MB může napodobovat zvracení konverzní etiologie, přejídání a zvracení v rámci poruchy osobnosti a přejídání spojené s psychickými poruchami jiného rázu. Také maligní onemocnění jako nádory krevní řady a solidní nádory mohou napodobovat PPP. Následně je nutné vyloučit i **hypermetabolické stavy**, jakými jsou onemocnění endokrinní (hypertyreóza, Addisonova choroba, diabetes mellitus I. typu) (Hort et al., 2008).

1.6 Léčba

Cílem léčby PPP je **snížení základních příznaků**, tedy návrat k **přiměřené tělesné hmotnosti a jídelním návykům** a následné překonání nevhodných nebo nadměrných způsobů kontroly tělesné hmotnosti, vzhledu a sebehodnocení. Prvním bodem léčby je posouzení stavu hydratace a výživy. Léčba musí být komplexní, diferencovaná, s individuálním specifickým léčebným postupem. Součástí léčby je edukace o vhodné stravě a tělesné hmotnosti (Praško, 2013).

U **dětí** léčba vychází podobně jako u dospělých z technik **kognitivně - behaviorální psychoterapie (KBT)**. Léčba **dospělých** vychází z dobrovolné spolupráce a motivace k léčbě, která je naprosto klíčová pro dobré výsledky. Čím je nižší věk a psychická vyzrállost dítěte, tím je jeho spolupráce a jeho náhled na chorobu horší, proto je zde velmi důležitá součinnost s okolím a rodinou. V léčbě se musí stanovit jasná pravidla, děti se často léčbě brání. Posouzení psychosociálních a zdravotních rizik a následků onemocnění a k zabezpečení adekvátní následné péče je nejdůležitější kvalitní terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem, podobně jako u jiných psychosomatických onemocnění. Úspěšnost pro vytvoření funkčního terapeutického vztahu je často předurčena již při prvním setkání. Vybudování takového vztahu je velmi náročné, vyžaduje znalost onemocnění, změnu myšlení a chování, která souvisí s onemocněním. Změna jídelního chování souvisí i se zvládnutím stresu, obtížných emocí, někdy nudy a nepřiměřených ambicí. Restrikcí jídla pacienti získávají zvýšenou kontrolu nad svým životem, dodává jim pocit jedinečnosti a pozornost okolí. Léčba pacientů může probíhat **ambulantně** či v **denních stacionářích**, ale vždy se na ni musí podílet lékař, nutriční terapeut a terapeut. Měla by proběhnout i psychiatrická konzultace, té se však často pacienti i jejich rodinní příslušníci vyhýbají, jelikož se bojí stigmatizace, mají pocity studu či viny, často se snaží bezúčelně pomáhat nemocnému sami (Praško, 2011; Heather, 2015).

Hospitalizace je vhodná zejména u mladších dětí, výhodou je dočasný odchod z prostředí, kde ani dítě s rodiči průběh choroby nezvládají. Výhodná je hospitalizace na psychiatrickém pracovišti, kde probíhá postupná realimentace a úprava jídelních návyků s omezením manipulace s jídlem. Součástí je dodržování pravidel, učení, psychoterapeutické aktivity, spánkový a jídelní režim, omezení telefonátů, návštěv apod. Hospitalizace u dětí do 14 let je vhodná, zejména pokud je úbytek hmotnosti větší než 25 % optimální tělesné hmotnosti. Dále pokud dítěti hrozí riziko dehydratace, jsou patrné známky oběhového selhávání, přetrvává zvracení nebo zvracení krve, pacient je v těžké depresi a hrozí sebevražedné chování (Marádová, 2007; Papežová, 2009).

Postupně se dosahuje přiměřené hmotnosti a jídelního režimu, učí se zvládat nežádoucí chování a afekty. V ideálním případě se hmotnost upravuje pomocí změny jídelníčku jedince ve spolupráci s nutričním terapeutem. Přejít na dietu s vyšší energetickou hodnotou není pro pacienty snadný, musí k němu dojít postupně i z hlediska rizika **refeeding syndromu**. Pacientův trávicí trakt není připraven na velké množství jídla a na vyšší obsah tuku. Ideálně by mělo docházet k postupnému hmotnostnímu přírůstku asi o 0,5 – 1 kg týdně. Postup realimentace je u každého pacienta individuální (Benešová, Mičová, 2003; Papežová, 2010).

Při nepříznivém stavu se přechází na nutriční podporu **enterální či parenterální** nebo jejich kombinaci. Další nesporná výhoda hospitalizace je i kontakt s vrstevníky s podobnými i odlišnými poruchami. Děti, adolescenti a zvláště rodiče by měli být součástí terapeutického procesu. Poskytnutí informací o charakteru, průběhu, léčbě a komplikacích má ve vytváření motivace a spolupráce nezastupitelnou roli. Dnes již existují například kluby pro rodiče a rozvíjí se internetové chaty a poradny pro rodinné příslušníky (Kocinová et al., 2013; Papežová, 2010).

1.6.1 Sledování pacienta v nutriční ambulanci

Hlavní úlohou **nutriční ambulance** (lékaře nutricionisty, nutričního terapeuta) je pacientovi podat rady, jaké potraviny vybírat a jak sestavit jídelníček, aby jeho váha postupně stoupala. Strava musí být dostatečně pestrá, s dostatkem bílkovin, energie, minerálů, vitamínů a stopových prvků. Pro pacienta by měl být jídelníček přijatelný, je vhodné, aby nutricionista spolupracoval s psychiatrem. K PPP patří často chorobná lhavost a vymlouvání se na objektivní příznaky. Pokud byl pacient hospitalizován na JIP, mohou vzniknout po přeložení na standardní oddělení další problémy z nedostatku kontroly nad pacientem. Pokud je pacient propuštěn do domácího prostředí, měl by mít vůli spolupracovat při léčbě. Často je nutné pacientovi přidávat přípravky enterální výživy jako je sipping. **Frekvence dalších kontrol** závisí na váze, se kterou se nemocný začal léčit. Nutricionista by neměl suplovat péči psychiatra. Při každé kontrole je nutné pacienta vážit, nemocní mohou nosit v kapsách například závaží, nebo vypít před vážením velké množství vody (Papežová, 2010).

1.6.2 Specifika léčby mentální anorexie

Základem léčení je pacientův pocit bezpečí. Hlavním prostředkem léčby je poté již zmíněná **nutriční rehabilitace**. Pacientům je nutné říci, že nyní budou jíst víc, než v poslední době jedli, ale že jim po nabrání požadované hmotnosti pomůže terapeut zastavit hmotnostní příjem. Musí nyní jíst i potraviny, které si zakazovali, větší porce než ostatní a někdy se mohou cítit přejedení. Je nutné, aby se snažili jíst, i pokud na jídlo nebudou mít chuť ani mít hlad, není možné se vyhýbat jídlu s ostatními, měli by se snažit omezit příliš usilovný pohyb a jíst rychleji a jídlo dojídat bez ohledu na svoje pocity (Krch, 2010).

V řadě případů je vhodné na sezení přizvat i rodinu. Cílem léčby je tedy navodit normální váhu k obnovení reprodukčních funkcí, odstranit další biologické i psychologické následky malnutrice. Následně zvýšit motivaci ke spolupráci, provést psychoedukaci o nemoci,

zásadách zdravé výživy a následcích hladovění, stanovit a dosáhnout cílové váhy, změnit maladaptivního myšlení. Poté se přistoupí k léčbě dalších psychopatologických projevů, jakými jsou poruchy nálady, sebehodnocení a chování. Pokud je to možné, je vhodné informace poskytnout pacientovi skrz psaný text. Lze například využít svépomocných příruček. Vhodnou součástí léčby je podpora rodiny nebo partnerů, prevence relapsu. V dalším kroku se léčba zaměřuje na **specifické postupy** (viz níže) (Papežová, 2010; Praško, 2013).

1.6.3 Specifika léčby mentální bulimie

Většina pacientů s mentální bulimií se dá léčit **ambulantně**. Základními cíli léčby jsou redukovat přejídání a zvracení, akceptovat individuálně stanovenou hmotnost, která vede k dosažení fyziologické a emoční stability. Důležité je nastolit pravidelnou a pestrou stravu, minimalizovat držení diet, volit adekvátní tělesnou zátěž, léčit komorbidity a pracovat i s dalšími psychopatologickými symptomy, které se mohou vázat k dalším tématům. Pacienti často trpí z důvodu pocitu ztráty kontroly úzkostmi a pocity hněvu. Nemocné je nutno edukovat hned v několika oblastech jako tělesná hmotnost a její regulace, o tělesných následcích přejídání a zvracení, ohledně relativní neúčinnosti zvracení a užívání projímadel a škodlivém vlivu omezování příjmu potravy. Hospitalizace by měla být vždy krátká a sloužit pouze jako úvod do ambulantní léčby. Riziko relapsu po propuštění je vysoké. Přechodná docházka do denního stacionáře umožňuje postupné převedení kontroly nad stravováním na pacienta (Praško, 2013; Cooper, 2014).

1.6.4 Normální stravovací režim

Jíst normálně znamená především neztratit rovnováhu mezi kalorickým, nutričním a emočním významem jídla a jinými životními hodnotami. Myšlenky na jídlo a zevnějšek by neměly ovládat život člověka, jeho myšlení a vztahy. V praxi normálně jíst znamená být schopen jíst při pocitech hladu. Vnímat adekvátně pocity hladu, akceptovat je. Být schopen si vybrat oblíbené jídlo a do sytosti se ho najíst a ne jíst jen z pocitu nutnosti. Umět se trochu omezit ve výběru jídla, ale neomezovat se příliš dlouho. Dovolit si někdy jíst při pocitech štěstí nebo smutku, nudy, nebo při celkové pohodě. Povolit si se najíst dost a chtít i víc a nemít pocity viny při občasném přejedení a netrestat se za to. Věřit vlastnímu tělu, že občasná chyby v jídle zvládne bez obtíží, věnovat jídlu jen určitý čas a pozornost. Jíst pravidelně, většinou třikrát denně. Nechat na talíři pár sušenek, například na další den, čili odměnu odložit na později. Někdy sníst víc, když je jídlo čerstvé a nevyčítat si jídlo

a občasnou chybu. Normální stravovací režim je **flexibilní**, mění se s **pocity jedince**, časovým rozvrhem, pocity nasycení a hladu a dostupností jídla. Pro člověka s PPP přestává být jídlo jednou z normálních součástí života. Stane se hrozbou a ovládá jeho běžný život (Papežová, 2013).

1.7 Specifické postupy léčby PPP

Specifické postupy léčby PPP představují především psychoterapeutické metody, které se nejčastěji během léčby používají, ale i další metody jako je farmakoterapie a alternativní postupy (Praško, 2013).

1.7.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie v léčbě **mentální anorexie** není kauzální. Využívá se v případech úzkosti, kdy se dají předepsat pacientovi antipsychotika a neuroleptika. S antidepresivy je vhodné začít až po úpravě váhy. Důležité je doplňovat vitamíny a minerály. Někdy se užívají léky, které mají jako vedlejší efekt zvýšení chuti k jídlu, případně prokinetika. Stále se diskutuje o gynekologické medikamentózní léčbě amenorey (Hort et al., 2008).

Během léčby **mentální bulimie** se využívá účinků antidepresiv u pacientů, kteří současně trpí i depresivní poruchou. Antidepresiva zároveň snižují frekvenci záchvatů přejídání o 50 - 60 %, spolu s tím klesá i frekvence zvracení a užívání laxativ. Pacienti lépe jedí, méně se zaobírají jídlem a zlepší se jim nálada. Nedávno však bylo dokázáno, že pozitivní účinky antidepresiv nemají trvalé účinky, neovlivňují sklony k držení diet a záchvaty přejídání nejsou odstraněny zcela (Praško, 2013; Cooper, 2014).

1.7.2 Psychoterapeutické metody

Integrovaných přístupů pro léčbu PPP je celá řada, v současné době se nejčastěji využívá již zmíněná **kognitivně behaviorální terapie**. Důležité je terapii již předem časově vymezit a strukturovat ji. Terapeut musí být otevřený a kooperativní, aktivní a zároveň musí v řadě případů užít i direktivní přístup. Léčba se zaměřuje na znovunavrácení kontroly nad vlastním stravováním a snížení obav o hmotnost a tvar těla. Terapie probíhá obvykle během asi 20 sezení po dobu přibližně pěti měsíců (Praško, 2013; Heather, 2015).

Hlavními body KBT jsou vedení záznamů o jídle a o myšlenkách a pocitech, které jídlo doprovází, případně záznam přejídání a nadměrného pohybu. Dále zahrnuje pravidelné vážení, změnu schématu jídelního chování, kognitivní restrukturuaci s cílem identifikovat a změnit navyklé chyby v myšlení, zavedení prevence relapsu. U mentální bulimie je KBT

zásadně účinnější než léčba antidepresivy, účinná je i u léčby mentální anorexie. Udává se potvrzené snížení záchvatů přejídání v krátkodobých výsledcích až o 90 % a skoro dvě třetiny pacientů s přejídáním přestane. Po léčbě se snižuje užívání laxativ, zlepšuje se nálada. Z hlediska dlouhodobých výsledků zatím není dostatek výzkumných šetření, zdá se ale, že výsledky léčby mohou být trvalé (Praško, 2013; Cooper, 2014).

Dalšími psychoterapeutickými metodami jsou individuální psychoterapie, nutriční poradenství a psychoedukace, která probíhá jak u pacientů, tak u rodičů. Dále existuje i terapie skupinová, interpersonální, terapie psychoanalytická a její modifikace, jako je terapie kognitivně - analytická. Dle evropských standardů je léčbou první volby pro adolescenty s MA **rodinná terapie**, která má větší přínos než terapie individuální. Tato metoda je úspěšná z 60 - 90 %, u kterých dojde k trvalému vyléčení (Papežová, 2010; Marádová, 2007).

Další úspěšnou metodou léčby PPP je vícerodinná terapie, kterou je vhodné užít především u MA. Pokud je pacient hospitalizován na specializovaném oddělení, je pro jeho rodiče vhodná **psychoterapeutická skupina** (Hort et al., 2008; Tomanová et al., 2010).

Poměrně novou metodou je využití transkraniální stimulace mozku, intervence pomocí nových komunikačních médií a pro zlepšení kognitivních funkcí se využívá kognitivní remediace a terapeutická intervence (Papežová, 2011).

1.7.3 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny existují s pomocí i bez pomoci odborníků v problematice PPP nebo i jiných nemocí. Mají sloužit především těm jedincům, kteří si nejsou schopni říci o pomoc odborníkovi, ale vydrží ve skupině. Mohou se stát prvním krokem, kde nemocný získá informace a kde najde nějakou formu pomoci. Někdy však nepostupuje hledání pomoci směrem od svépomoci k odborníkovi a stagnuje na místě (Papežová, 2013).

1.7.4 Alternativní léčebné postupy

Jako užitečná podpora standardní léčby se jeví cvičení jógy, které přispívá k redukci symptomů PPP a snižuje zaujetí jídlem. Dále se používá psychoterapie pomocí kreslení, malování, hudby, tance, meditace a terapie zaměřené na sebepřijetí a přijetí vlastního těla. Pacienti s PPP relativně často vyhledávají alternativní léčbu, berou velké množství přírodních léčiv a to především proto, že se chtějí vyhnout standardní léčbě a adekvátnímu příjmu stravy. Snaží se zmírnit následky nedostatečného příjmu stravy, následky zvracení nebo vyvolaných průjmů. S užíváním přírodních léčiv se nemocní často lékařům nesvěřují (Papežová, 2010).

1.7.5 Udržovací léčba a profylaxe

Akutní léčba PPP je poměrně krátká, z tohoto důvodu je nejdůležitější částí léčby udržovací léčba a prevence relapsů, která bývá často složitá. Běžně se setkáváme s negativním postojem především anorektických pacientů k léčbě. Proto musí být léčba komplexní, někdy je nutná i léčba proti vůli pacienta. Nemocní s mentální bulimií mají často i navzdory léčbě určité příznaky a bojí se proto ukončit léčbu. Je nutné je ujistit, že obvykle i po ukončení léčby dochází k dalšímu zlepšování stavu. Po dokončení léčby je třeba zdůraznit riziko relapsu a navodit reálná očekávání. Řada pacientů doufá, že u nich zcela vymizí všechny projevy choroby, ale je třeba je informovat o tom, že existuje několik stupňů nemoci a že není pouze stupeň nemocný a zdravý. Pokud se u nich projeví některý z příznaků, například jednorázové přejedení a zvracení, nemělo by to být považováno za znamení plného návratu nemoci. Některé případné prohřešky by pacient měl zvládnout sám, pomoc zvenčí by měl vyhledat při plném rozvoji choroby. Součástí léčby by se měl stát písemný plán, podle kterého se nemocný řídí a jedná, pokud by měl pocit, že se problémy vrací. Vždy by se měl zamyslet nad tím, proč se selhání objevilo a jak mu v budoucnu předejít. Nemocnému se musí zdůraznit rizika omezování se v jídle a zdůraznit rizikové situace, které budou pokoušet jídlo omezovat, například po narození dítěte. V takovýchto situacích je nutné se naučit vyhodnotit, kdy se v jídle opravdu omezovat (výrazná nadváha) a kdy je to nežádoucí (Praško, 2013).

1.8 Následky a orgánové komplikace v rámci PPP

Známky hladovění, diet, restriktce kvality a frekvence příjmu potravy jak fyziologické, tak psychologické jsou časté, ale obtížně rozpoznatelné a predikovatelné. Většina komplikací je reverzibilních poté, co dojde k úpravě hmotnosti k normálním hodnotám a úpravě jídelního chování. Pacienti mohou mít řadu komplikací v důsledku **diet, zvracení**, ale i užívání **laxativ a diuretik** (viz níže), které se projevují jak subjektivními tak objektivními příznaky (Papežová, 2010; Papežová, 2013).

Záchvaty přejídání obvykle způsobují pocity plnosti, nafouknutí a nepohodlí až bolesti v krajině břišní. Pocit plnosti může navozovat až problémy s dýcháním, jelikož roztažený žaludek tlačí na bránici a zamezuje tak volnému dýchání. V krajních případech může dojít až k protržení žaludeční stěny, což je závažná a naléhavá zdravotní komplikace. Přidávají se i další problémy jako křeče v oblasti žaludku, nadýmání, zácpa a průjem (Cooper, 2014).

1.8.1 Kardiovaskulární komplikace

Z hlediska psychiatrických onemocnění mají pacienti s mentální anorexií mnohonásobně vyšší mortalitu oproti zdravým osobám stejného věku. Nejčastější příčinou úmrtí je vedle sebevražd **primární srdeční arytmie a malnutrice**. Kardiovaskulární komplikace představují třetinu úmrtí takto nemocných pacientů. Vyšší riziko je spojeno s výrazným úbytkem hmotnosti, s purgativním typem mentální anorexie a při zvýšené fyzické aktivitě a onemocnění, které trvá déle než 10 let a při snížení sérového albuminu pod 36 g/l. Vlivem hladovění srdce sníží hmotu myokardu. Vyskytují se abnormality diastolické a systolické funkce, změny variability tepové frekvence, bradykardie, zvýšení tonu parasymptiku, snížení maximální spotřeby kyslíku a EKG změny v průběhu fyzické zátěže. Pacienti s MA mají kardiální abnormality přítomny až v 86 %. Abnormality zahrnují **bradykardii, hypotenzi, arytmie, změny na EKG, echokardiografické abnormality a posturální hypotenzi**. Častým jevem u pacientů s MA je výskyt anémie s těžkou malnutricí (Stárková, 2009; Krch, 2010).

1.8.2 Ženský reprodukční systém

Reprodukční systém představuje složitý a snadno zranitelný komplex mechanismů. Jednou z hlavních příčin, která může narušit reprodukční schopnosti nejen u člověka, jsou poruchy výživy. Poruchy příjmu potravy představují riziko ve třech oblastech **1. menstruační cyklus, 2. fertilita a průběh těhotenství, 3. poporodní průběh** (zdraví matky a vývoj plodu) i **dobu kojení**. Švédské výzkumy dokázaly, že ženy, které ve výzkumu uvedly PPP, méně často kojily, nebo kojení ukončily předčasně. Ženy s PPP mají také výrazné oslabení zájmu o sex (Krch, 2010).

1.8.3 Neurologické komplikace

Neurologické komplikace u pacientů s PPP vznikají v naprosté většině z důvodu nedostatku makronutrientů (bílkoviny, cukry, tuky) a minerálové dysbalance či mikronutrientů (vitamíny, stopové prvky). Nedostatky jednotlivých vitaminů mají své **specifické komplikace**. U pacientů s PPP se často vyskytuje hyponatremie (po nadměrném příjmu vody) s hypokalemií, zvracením a průjmem. Porucha elektrolytové rovnováhy se může prezentovat jako **epileptický záchvat, edém mozku s bezvědomím a smrtí**. Vzniká hypokalcemie, kterou mohou doprovázet až záchvaty **tonických křečí** podobných epileptickému záchvatu. Deficit makronutrientů u PPP se projevuje celkovou psychomotorickou zpomaleností, únavou, demencí, organickým psychosyndromem. Dochází k atrofickým změnám CNS, které

jsou ve většině případů reverzibilní. Dále mohou vznikat **sekundární neurologické komplikace**, jako jsou otlakové parézy, které jsou způsobeny vychudnutím podkožního tuku a atrofizací svalstva (Papežová, 2010).

1.8.4 Gastrointestinální komplikace

PPP často provází řada rozmanitých gastrointestinálních komplikací. Symptomatika GIT obtíží v řadě případů předchází samotný vznik PPP, nebo udržuje či zhoršuje symptomy nemoci. Objevuje se především hypomotilita celého GIT traktu, dochází ke ztrátě dávčího reflexu a ke spontánnímu gastroezofageálnímu refluxu, mechanickému poškození gastroezofageální junkce při zvracení. Vznikají žaludeční vředy a pocity nevolnosti. Vzácně je u nemocných s bulimií popisována perforace jícnu či žaludku, závažná je akutní dilatace žaludku. Dále mohou komplikace postihnout i tenké střevo, dochází k syndromu komprese duodena horní mezenterickou arterií s bolestmi břicha, nadýmáním, s pocitem plnosti a zvracením natráveného obsahu. Díky poruše motility dochází k zácpě, atrofii střevní sliznice a střevnímu zánětu. Z důvodu dlouhodobého užívání laxativ vznikají nežádoucí GIT i mimostřevní komplikace. Dále mohou být poškozena játra s elevací transamináz při jaterní steatóze (Krch, 2010).

1.8.5 Kostní metabolismus

Proteino - kalorická malnutrice především u MA významně zasahuje do **kostního metabolismu** jedince a to zvláště v období růstu a remodelace skeletu. Může mít závažné následky, které jsou v dospělosti již ireverzibilní. Následky se projeví v podobě nízké vrcholové kostní hmoty se zvýšeným rizikem zlomenin. Důsledky PPP pro skelet lze změřit pomocí denzitometrie či pomocí CT a MRI. Pro úpravu kostní hmoty a modelaci skeletu je nezbytné normalizovat nutriční stav a zabránit relapsům onemocnění (Papežová, 2010).

1.8.6 Respirační systém a imunitní systém

Mentální anorexie, která se pojí s malnutricí, zasahuje i do změn **plicních funkcí, morfologie plicního parenchymu**, kdy byl prokázán vztah mezi malnutricí a emfyzémem. Komplikace zahrnují i výskyt plicních infekcí z důvodu **sekundárního imunodeficitu**. Malnutrice snižuje plicní funkce a svalovou sílu, vede k atrofii svalstva, což zvyšuje pravděpodobnost výskytu plicní infekce a komplikací, které se pojí s těmito stavy. Celkově dochází k oslabení obranyschopnosti organismu (Navrátilová et al., 2000; Krch, 2010).

1.8.7 Kožní projevy

Mentální anorexii i bulimii běžně provází řada kožních projevů, zejména pokud dojde ke snížení BMI pod hodnotu 16 kg/m². I když jsou tyto projevy nespecifické, mohou se stát vodítkem ke včasné diagnóze poruch příjmu potravy. Může docházet ke kožním změnám jako chronické iritační dermatitidě, interdifitálnímu intertrigu, pruritu, akné, karotenodermii, purpuře, apod.). Kůže nemocných se jeví jako suchá, tenká a šupinatá, snáze na ní vznikají modřiny. Následně může docházet ke změně ochlupení (lanugózní ochlupení, alopecie, zvýšená lámavost, suchost a vypadávání vlasů). Vyskytují se změny nehtů, které jsou lámavé, křehké s nerovnostmi nehtové ploténky. PPP se mohou projevovat bolestivými červenými praskajícími ústními koutky, tzv. cheilitis angularis. Jako komplikace vznikají dále gingivity, afty, lingua geografica, apod. (Krch, 2010).

1.8.8 Orální zdraví

V souvislosti s PPP byly v literatuře popsány změny v dutině ústní, které se mohou objevovat jak na tvrdých tak i měkkých zubních tkáních. Nejdůležitější je tyto změny včas odhalit a řešit. Je žádoucí pacienta dostatečně edukovat a motivovat k provádění orální hygieny, aby chrup již nebyl nadále poškozován. Pacient by si měl čistit zuby 2 x denně desenzitizující pastou s fluoridy, po zvracení by si zuby neměl čistit okamžitě, pouze si ústa vypláchnout nekyselou tekutinou, alkalickou ústní vodou s fluoridy, nebo čistou vodou. Neměl by pít kyselé a sladké nápoje včetně džusů a perlivých nápojů a to především před spaním. Po jídle je vhodné žvýkat žvýkačky bez cukru. Kromě zvýšené demineralizaci skloviny se vznikem erozí s následnými abrazemi a vznikem zubních kazů dochází ke xerostomii, zduření slinných žláz, gingivitidám a traumatizaci sliznice dutiny ústní a jícnu (Krch, 2010).

1.8.9 Renální komplikace

Renální komplikace, které se pojí s PPP, v sobě zahrnují především metabolické odchylky, které vznikají v důsledku přijímání diuretik a laxativ. U pacientů se objevuje hlavně hypokalemie, hypomagnezemie a hyperfosfátemie. Užívání diuretik je spojováno s metabolickou alkalózou, užívání laxativ naopak s metabolickou acidózou. Vlivem intravaskulární deplece tekutin dochází k sekundárnímu hyperaldosteronizmu. Pacienti mají slabý močový měchýř a pociťují častější nucení na močení. Dlouhodobá hypokalemie vede k poškození ledvin kaliopenickou neuropatií. Méně často se vyskytuje nefrokalcinóza nebo urátová nefrolitiáza (Krch, 2010).

1.9 Prevence a prognóza onemocnění

Primární prevence má za úkol snížit riziko vzniku PPP, je především záležitostí výchovy v rodině, dále je dána působením společenských vlivů a kulturou stravování. Tím se rozumí správné stravování, především jeho pravidelnost a vhodné složení stravy, tyto návyky je nutné budovat již v mládí a to především v kruhu rodiny (Cassuto et al., 2008).

Sekundární prevence slouží k detekci a ovlivnění ohrožených skupin, jejichž součástí jsou děti a dospívající léčení pro obezitu, dále se somatickým onemocněním, děti a dospívající, kteří drží diety a hubnou a navštěvují zájmové aktivity související s kontrolou váhy a vzhledu, jakými jsou modeling, tanec, gymnastika a další.

Terciární prevence má za úkol předcházet relapsu a obnovit plné zdraví včetně fertility a dále se také zabývá zamezení přenosu jídelní patologie na další generace (Novák, 2010).

1.9.1 Prevence v praxi

S nárůstem mediálního vlivu a nových technologií na mladou generaci je čím dál tím obtížnější vytvořit **účinnou prevenci**. Vzhledem k tomu že se věk nemocných stále snižuje, je důležité zahájit edukaci již na základních školách pomocí výchovy k toleranci odlišných jedinců a informovat o škodlivém vlivu reklam zaměřených na štíhlost s cíleně klamavým charakterem (Krch, 2010; Ladishová, 2006).

Velmi důležité je sebehodnocení dětí a dospívajících, kteří jsou prokazatelně pod vlivem médií a kulturních vzorů. Zvýšené riziko vzniku PPP je u dívek, které nejsou spokojené se svou postavou, drží diety, které jsou z komerčního hlediska výnosné. Zdravotní výhody štíhlosti jsou výrazně přeháněny, zatímco škodlivé důsledky omezování v jídle jsou podhodnocovány. Je proto důležité proti těmto komerčním zájmům bojovat. Dívky touží po nedosažitelných ideálech krásy, které jsou jim vnucovány a často ještě počítačově zdokonalovány. Uskutečňují se soutěže krásy v mladém věku dívek. Dospělé modelky mají často BMI pod 17,5 kg/m², což je nižší hodnota, než hodnota stanovená pro mentální anorexii. Jsou zaznamenány řady případů, kdy modelky kolabovaly přímo na módních molech z důvodu mentální anorexie (Krch, 2010; Papežová, 2010).

Za posledních 20 let bylo vyzkoušeno mnoho **preventivních opatření** především v zahraničí, z nichž některé byly neúčinné a některé byly účinné krátkodobě. Kvalitní preventivní program s dlouhodobým účinkem je v tomto odvětví vzácný. Prosazení škodlivosti je velmi obtížné, často se PPP schovávají za zdravý životní styl a obavy z obezity. **Dodržování zákonů o PPP** by mělo být sledováno stejně jako například propagace alkoholu a kouření. Někteří odborníci se na tuto skutečnost snaží poukazovat a mají snahu spolupracovat se zákonodárci. V médiích

se prosadí jen velmi jednoznačné a emocionálně vyhocené zprávy (úmrtí vychrtlé modelky), ale z hlediska prevence mají pouze krátkodobý efekt (Stárková, 2009).

Média běžně útočí nejen na peněženky konzumentek, ale prostřednictvím rad dávají najevo, jak žádoucí je kontrolovat svou váhu. Bohužel i některé knihy mohou neúmyslně zapříčinit přitažlivost PPP. Média mohou dívky oslovit i nepřímo. Jsou zaznamenány případy, kdy ženy shlédly dokumenty o PPP a hlavní hrdinky si vzaly jako příklad. V praxi se soustředíme spíše na **práci s rizikovými jedinci**, rizikovou populací a prostředím. Často nestačí jen zásady správné výživy, je důležité snížit riziko expozice nevhodným příkladům (například negativní vzor učitelky ve škole). V zahraničí již existují pro riziková pracoviště specializované programy pro takto trpící jedince, aby se zabránilo stigmatizaci. V České republice je tato problematika také neustále diskutována. V roce 2017 proběhla v Praze **Mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě** s podtitulem: Může reforma v psychiatrii zlepšit péči o poruchy příjmu potravy? Konference byla propojena s International Conference on Eating Disorders, kde byl kladen důraz na multidisciplinární přístup. V roce 2017 proběhl i Druhý ročník Světového dne poruch příjmu potravy (Papežová, 2010; Papežová, 2017).

Prevence by měla být především přizpůsobena zralosti populace, rizikovému prostředí a znalostem pedagogů či jiných pracovníků. Programy by měly být dobře **ověřitelné, supervidované a diskutované**. Důležitým médiem se stává internet, který dnes používá 90 % studentů ve věku 12 - 20 let, pro dobrou prevenci je proto nutné se přiblížit mladé generaci s užíváním technologií. Oproti tomu existují i soukromé blogy podporující PPP. Pacienti a zájemci mohou nyní nalézt informace na webových stránkách evropského projektu internetové prevence a včasné intervence poruch příjmu potravy (Papežová, 2010; Kulháněk, 2015).

Projektu se účastní celkem 7 zemí včetně České republiky. Na webových stránkách se nachází chat, diskuzní fóra s odborníky i individuální online konzultace. Rodiče pacientů mohou také využít online poradnu pro poruchy příjmu potravy. Dále se rozvíjí i edukační preventivní projekt pro základní školy, kdy se žáci učí rozpoznávat a pojmenovávat vlastní pocity, identifikovat problémy, kultivovat vztahy, zvládat životní zátěž a usiluje se také o průběžné interdisciplinární vzdělávání o problematice (Papežová, 2010; Papežová et al., 2015).

Mladé generaci by měly být předávány **pozitivní hodnoty**, je nutné učit děti a mladé lidi samostatně hodnotit situace, srovnávat, vybírat co je podstatné a pomoci jim vytvořit hodnotový systém, který je bezpečný. U dětí by mělo dojít ke zlepšení znalostí, sebedůvěry,

sebevědomí, pochopení fyziologické změny, které s sebou nese puberta, upravení jídelních návyků, dále redukovat držení diet, snížit posměch, pracovat s médii, vytěsnit nespokojenost s vlastním tělem, zlepšit chápání zdravého jídelního režimu a snížit internalizaci ideálu štíhlosti. Dále by se rezistence ohrožených jedinců měla zvyšovat přímo ve školách, nejlépe v předmětech integrovaných do školních osnov. Prevencí patologického chování by mělo být i poskytnutí **sociální opory**. V rámci stávající sítě sociálních služeb se lze obrátit například na Občanské sdružení **Anabell**, pod které spadají pobočky v Praze, Ostravě, Plzni i Bratislavě a několik dislokovaných pracovišť (Bednářová, 2010; Novák, 2010).

1.9.2 Prognóza PPP

PPP u dětí a dospívajících představují závažné a **život ohrožující nemoci** s vysokým podílem rizika vzniku **trvalých následků** v oblasti psychosomatického vývoje a reprodukčních funkcí. Americký diagnostický manuál DSM IV uvádí mortalitu u **mentální anorexie** vyšší než 10 %. Smrt nastává obvykle z hladovění, metabolického rozvratu nebo následkem sebevraždy. Oproti tomu manuál uvádí, že dlouhodobé důsledky **mentální bulimie** nejsou známy. Obecně má však mentální bulimie lepší prognózu. Pokud onemocnění vznikne před zahájením puberty (dříve než v 11 letech), má průběh horší prognózu. Celková mortalita všech pacientů se uvádí mezi 5 - 10 %, avšak celková prognóza závisí na tíži onemocnění, hodnotě BMI, době trvání onemocnění než byla započata léčba a na kvalitě léčebné péče (Stárková, 2009).

Přibližně 70 % pacientů s MB a 27 - 50 % pacientů s MA nevykazuje klinické známky PPP při desetiletém sledování po léčbě. Zbylé procento pacientů se nezlepší či si udrží subklinickou formu nemoci, nebo bude vykazovat symptomy jiné subdiagnózy PPP. Dlouhodobá prognóza je nejasná, důležitá je tedy především včasná diagnostika a zahájení léčby ve spolupráci s rodinou (Papežová, 2009; Papežová, 2010).

II PRŮZKUMNÁ ČÁST

2 CÍLE PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

1. cílem průzkumné části diplomové práce je zmonitorovat výskyt poruch výživy – mentální anorexie a bulimie u dospívajících žáků ve věkové kategorii 14 - 20 let na střední škole.

Dílčím cílem číslo 1 je zhodnotit symptomy PPP, určit riziko PPP a prevalenci.

Dílčím cílem číslo 2 je porovnat výsledky 1. části dotazníku u žen a mužů.

2. cílem průzkumné části je ozřejmit znalosti o problematice mentální anorexie a mentální bulimie u dospívajících žáků ve věkové kategorii 14 – 20 let na střední škole.

Dílčím cílem číslo 3 je ozřejmit znalosti žáků o problematice PPP.

Dílčím cílem číslo 4 je porovnat výsledky 2. části dotazníku u žen a mužů.

Dílčím cílem číslo 5 je ozřejmit subjektivní názory dospívajících žáků na problematiku PPP.

3 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Průzkumná otázka č. 1

Jaké jsou symptomy a riziko PPP u dospívajících žáků ve věkové kategorii 14 - 20 let a hodnota prevalence?

3.2 Průzkumná otázka č. 2

Jak se liší celkové skóre 1. části dotazníku u mužů a žen?

3.3 Průzkumná otázka č. 3

Jaké jsou znalosti žáků o problematice PPP?

3.4 Průzkumná otázka č. 4

Jak se liší celkové skóre 2. části dotazníku u mužů a žen?

3.5 Průzkumná otázka č. 5

Jaké jsou subjektivní názory žáků na problematiku PPP?

4 METODIKA PRŮZKUMU

Cílem průzkumného šetření je zmonitorovat výskyt poruch výživy – mentální anorexie a bulimie u dospívajících žáků a ozřejmit jejich znalosti o těchto onemocněních ve věkové kategorii 14 - 20 let na střední škole. Práce je vedena ve formátu průzkumné práce s využitím metod, které se využívají ve výzkumu. Průzkum byl realizován kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Před samotným průzkumným šetřením byla provedena pilotní studie. Pilotní studie i průzkum byl prováděn na střední škole (víceleté gymnázium) po písemném souhlasu ředitele školy. Pilotní studie byla realizována v září 2017, samotný průzkum byl následně proveden v listopadu a prosinci 2017.

4.1 Pilotní studie

Před samotným průzkumem byla provedena pilotní studie. Jejím cílem bylo posouzení, jestli je průzkum v daném prostředí možné realizovat. Pilotní studie se zúčastnilo 15 respondentů (10 dospívajících dívek a 5 chlapců). Součástí pilotní studie byl před - průzkum, tedy zjištění srozumitelnosti zvoleného dotazníku a vhodnosti skladby otázek. Byly zjištěny drobné chyby v interpretaci několika otázek, které byly následně pozměněny. Z tohoto důvodu nebyla data z pilotní studie následně zahrnuta do výsledků průzkumného šetření.

4.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazníky k vyplnění byly předkládány dospívajícím žákům střední školy – víceletého gymnázia. Průzkumného šetření se účastnily jak dívky, tak chlapci, z důvodu současného možného výskytu poruch příjmu potravy u obou pohlaví. Kritériem pro zařazení studentů bylo věkové rozmezí 14-20 let, které je pro počátek výskytu poruch příjmu potravy velmi rizikové. Dotazníky byly rozdaný vždy v rámci celé třídy. Výběr tříd pro dotazníkové šetření byl konzultován s vyučujícími. Průzkumné šetření bylo provedeno u jedné třídy žáků osmiletého studia druhého stupně, 2 tříd čtyřletého studia, ale i u jedné třídy čtyřletého sportovního studia. Sportovní třídy byly zahrnuty i z důvodu výskytu možných ohrožených skupin sportovců (sport jako gymnastika, atletika, balet apod.) (Koutek, 2011).

Pro dotazníkové šetření bylo osloveno celkem 120 respondentů (4 třídy). Z celkového počtu 120 dotazníků se jich vrátilo zpětně vyplněných 120, jejich návratnost tak činila 100 % a to zřejmě díky vyplňování dotazníků ve vyučovací hodině. Dále bylo 18 dotazníků vyřazeno pro jejich neúplné vyplnění. Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků tak bylo pro další zpracování dat použito 105 dotazníků, tedy 88 %.

4.3 Dotazník

Sběr dat probíhal kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření (Příloha C). Dotazník byl vytvořen průzkumníkem pro účely zmapování konkrétní situace na daném gymnáziu na podkladě MKN - 10 (Příloha A) a dostupné literatury. Dotazník obsahuje krátký úvod s údaji o průzkumníkovi a předkládá účel průzkumu a další informace jakými jsou pokyny k jeho vyplnění. Samotný dotazník sestává z 27 otázek (10 uzavřených, 12 polouzavřených a 5 otevřených) a z části k vyplnění osobních údajů pro výpočet BMI.

První část dotazníku (otázky 1 - 11) má za úkol zjistit **symptomy PPP** a vyhodnotit rizikové respondenty a určit prevalenci PPP. Informace z dotazníku poskytly přehled o věku, tělesné hmotnosti a výšce. Tyto údaje umožnily výpočet BMI (Queteletův index) (Příloha B). Nízké BMI ještě není důvod k zařazení respondenta do rizika PPP, musí být splněna i ostatní kritéria pro stanovení rizika. V dětském věku je nutno počítat s tím, že je BMI proměnlivé s věkem. Další otázky zjišťovaly zaujetí respondentů vlastním tělem, hodnocení svého těla a spokojenost s postavou. Dotazník dále zjišťuje monitoraci hmotnosti a cílené snižování hmotnosti pomocí prostředků na hubnutí, záměrného cvičení, zvracení a držení diet, výskyt poruch menstruačního cyklu či poruchy růstu. Tato část dotazníku také zkoumá stravovací režim respondentů a obvyklé složení stravy. Výsledky jsou shrnuty do tabulky s bodovým ohodnocením (Tabulka 13) a rozdělují respondenty z hlediska rizika výskytu PPP na respondenty s „nízkým“ a „zvýšeným“ rizikem PPP a poskytuje data pro porovnání celkového skóre v dotazníku mezi muži a ženami.

Druhá část dotazníku (otázky 12 - 19 a 25) zjišťuje znalosti respondentů o mentální anorexii a bulimii. Výsledky jsou shrnuty do tabulky s bodovým ohodnocením (Tabulka 25) a rozdělují respondenty s „nízkou, střední a vysokou úrovní“ znalostí. Druhá část dotazníku dále poskytuje data pro porovnání celkového skóre ve 2. části dotazníku mezi muži a ženami.

Třetí část dotazníku (otázky 20 - 24 a 26 - 27) zjišťuje subjektivní názory dospívajících žáků na problematiku PPP (Kutnohorská, 2008).

4.4 Předkládání dotazníků respondentům

Respondenti vyplňovali dotazník během vyučovací hodiny za přítomnosti vyučujících a průzkumníka. Dotazník byl rozdán vyučujícím a respondenti ho vyplňovali sami nebo s dopomocí průzkumníka. Nejprve byly poskytnuty krátké informace o způsobu vyplňování dotazníku, o jeho anonymitě a účelu průzkumu. Následně byly dotazníky vyplněny. Všichni respondenti vyplnili dotazník během 20 minut, avšak nebyl stanoven přesný časový limit pro

jeho vyplnění. Vyplňování dotazníku probíhalo až na malé výjimky bez dalších dotazů respondentů. Dotazníky byly odevzdávány do uzavřené krabice, pro zachování anonymity a předány do rukou průzkumníka k dalšímu zpracování (Kutnohorská, 2008).

4.5 Hodnocení dotazníku

První část dotazníku (Příloha C) zahrnuje otázky dotazníku č. 1 - 11 a zjišťuje **symptomy PPP – mentální anorexie a bulimie**, rizikové respondenty z hlediska PPP a hodnotu prevalence. Tato část dotazníku byla bodově ohodnocena pro lepší přehlednost a vyhodnocena z hlediska rizika PPP dle MKN - 10 (Příloha A). Každý respondent mohl celkově nasbírat v první části dotazníku 0 - 14 bodů. Body za otázku (Tabulka 1) respondent obdržel, pokud označil odpověď, která v sobě nese znaky symptomů PPP. Bodově hodnocené odpovědi jsou zaznamenány v dotazníku (Příloha C) a v analýze (kapitola 5) tučným písmem. Respondent získal 0 bodů, pokud takovou odpověď neoznačil. Otázky 1 - 3 a 9 byly hodnoceny 0 body 0,5 bodem nebo 1 bodem. Otázka 1 hodnotila odpověď „ano“ 0 body, odpověď „částečně“ 0,5 bodem a „ne“ 1 bodem. U otázek 2, 3 a 9 naopak respondent získal 1 bod za odpověď „ano“, 0,5 bodu za odpověď „částečně“ a 0 bodů za odpověď „ne“. Za otázky 4 - 8 a 10 mohl respondent získat vždy 0 nebo 1 bod. Otázka 4 byla hodnocena 1 bodem, pokud respondent hodnotil svou postavu negativně „silnější“ nebo „obézní“. Otázka 5, 6 a 10 byla hodnocena 1 bodem při odpovědi „ano“, 0 body při odpovědi „ne“. Otázka 7 byla hodnocena 1 bodem, pokud respondent vynechává při stravování snídani, oběd či večeři. Otázka 8 umožnila získat bodu, pokud bylo zjištěno dietní chování (nejčastější konzumace ovoce a zeleniny, nízkotučné výrobky). Otázka 11 umožňovala získat 0 bodů při odpovědi „ne“ a 2 body při odpovědi „ano“. Poslední hodnocenou položkou byla optimální hmotnost, zjištěná pomocí BMI (Příloha B) s ohledem na věk respondentů. Pokud se BMI pohybovalo v hodnotách normální váhy či nadváhy, bylo hodnoceno 0 body. BMI nižší než 18,5 kg/m² ale vyšší než 17,5 kg/m² bylo hodnoceno 1 bodem. BMI pod 17,5 kg/m² (hranice pro diagnostiku MA) bylo hodnoceno 2 body. Bodově ohodnocené odpovědi (symptomy PPP) jsou pro přehled zaznamenány tučným písmem v dotazníku (Příloha C).

Tabulka 1 Bodové hodnocení dotazníkových položek 1. části dotazníku

otázka č.	bodové hodnocení
1	0-1 bodů
2	0-1 bodů
3	0-1 bodů
4	0-1 bodů
5	0-1 bodů
6	0-1 bodů
7	0-1 bodů
8	0-1 bodů
9	0-1 bodů
10	0-1 bodů
11	0-2 bodů
BMI	0-2 bodů
Celkem	max 14 bodů

Druhá část dotazníku (Příloha C) zahrnuje otázky 12 - 19 a 25 a zjišťuje **znalosti** respondentů o PPP - mentální anorexii a bulimii. Jednotlivým položkám dotazníku bylo rovněž přiděleno bodové ohodnocení (Tabulka 2). Respondent tak mohl celkem v dotazníku obdržet 0 - 13 bodů. V otázkách 12 - 17 a 25 získal respondent za otázku 0 bodů, pokud v položce označil nebo do položky vepsal nesprávnou odpověď a 1 nebo 2 body, pokud odpověděl správně. Dotazníkové otázky č. 12 - 14, 17 a 25 byly hodnoceny 0 nebo 1 bodem. Otázka č. 14 byla hodnocena jako správně zodpovězená, pokud respondent vypsál alespoň 2 pojmy, které spadají pod termín porucha příjmu potravy. Za otázky č. 15, 16, 18 a 19 respondent mohl obdržet 0 - 2 body z důvodu rozdělení otázek na „a“ a „b“. Pokud odpověděl na obě části otázky špatně, obdržel respondent 0 bodů. Pokud odpověděl na jednu část správně, získal 1 bod. Správným zodpovězením obou částí otázky získal respondent 2 body. Otázky 18 a 19 byly hodnoceny jako správně zodpovězené, jestliže respondent označil alespoň 3 správné odpovědi a 0 nesprávných odpovědí včetně toho, pokud respondent využil možnost vyplnit položku jiné se svou vlastní odpovědí. Správné a nesprávně odpovědi u **uzavřených otázek a polouzavřených otázek** jsou pro přehled zaznamenány tučným písmem v dotazníku (Příloha C) a ve výsledcích (kapitola 5). **Otevřené otázky** byly z hlediska správné odpovědi hodnoceny průzkumníkem dle literatury.

Tabulka 2 Bodové hodnocení dotazníkových položek 2. části dotazníku

otázka č.	bodové hodnocení
12	0-1 bod
13	0-1 bod
14	0-1 bod
15	0-2 body
16	0-2 body
17	0-1 bod
18	0-2 body
19	0-2 body
25	0-1 bod
Celkem	max 13 bodů

Třetí část dotazníku týkající se otázek 20 - 24 a 26 - 27 zjišťuje subjektivní názory dospívajících žáků na problematiku PPP, byla hodnocena pomocí tabulek a grafů.

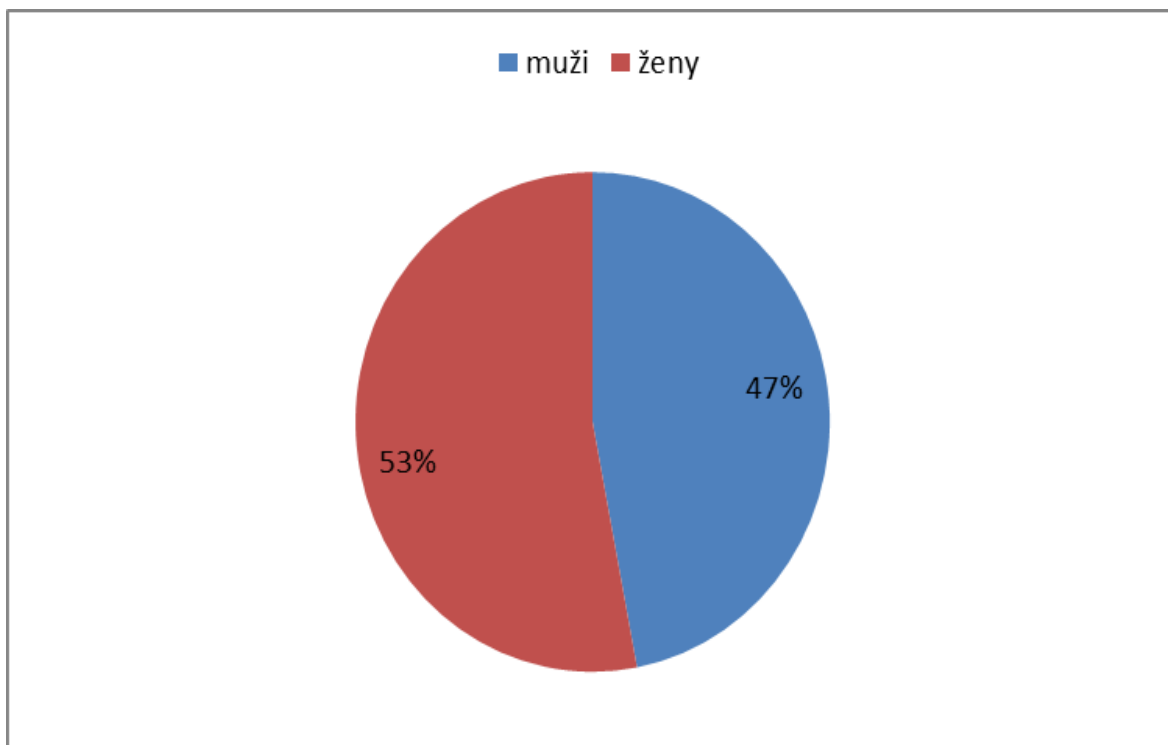
4.6 Forma zpracování dat

Data získaná na základě dotazníkového šetření byla zapsána do tabulek pomocí Microsoft Office Excel 2010. Dále byla data zpracována pomocí programu Statistica 12 i pomocí Microsoft Office Excel 2010. Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníkového šetření se uskutečnilo pomocí popisné statistiky, tabulkami a grafy. Tabulka vyjadřuje jak absolutní (počet výskytů dané proměnné), tak relativní četnosti (procentuální vyjádření) v kategorii mužů a žen. Relativní četnosti jsou vypočítány na základě statistického vzorce $f_i = \frac{n_i}{N} \times 100$ (f_i - relativní četnost, n_i - absolutní četnost, N – celkový počet respondentů). Dále byly použity k vyhodnocování grafy (výšečový, sloupcový, pruhový a krabicový). Výšečový graf zaznamenává procentuální zastoupení proměnných v celku. Sloupcové a pruhové grafy představují grafické znázornění relativních četností. Z grafů se dají vyčíst hodnoty jednotlivých proměnných v kategorii mužů a žen, které jsou od sebe barevně odlišeny. Průzkumná otázka č. 1 a č. 3 byla vyhodnocena pomocí tabulek a grafů, které rozdělují respondenty do dvou kategorií vzhledem k riziku výskytu PPP a vyhodnocují prevalenci poruch příjmu potravy a ozřejmují jejich znalosti o PPP. Průzkumnou otázku č. 5 zachycuje přehled tabulek a grafů. Otázky č. 2 a č. 4 jsou vyhodnoceny pomocí krabicového grafu. Z krabicového grafu je možné vyčíst rozložení číselných proměnných pro každou pozici na ose X. Graf zobrazuje medián (střední hodnota), oba kvartily, poslední body patřící k přirozené homogenitě a vzdálené (odlehle) body a extrém (Řehák, Brom, 2015).

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Charakteristika respondentů

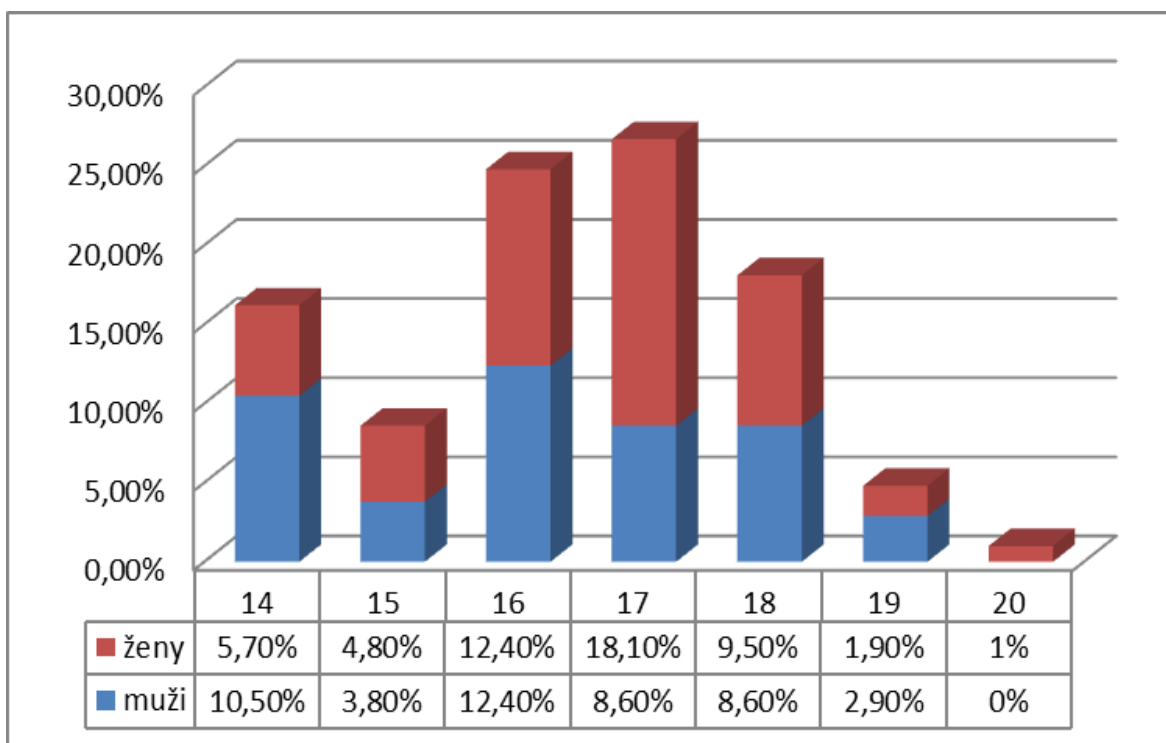
5.1.1 Pohlaví respondentů



Obrázek 1 Výšečový graf četnosti pohlaví u respondentů

Výšečový graf (Obrázek 1) vyjadřuje procentuální zastoupení kategorie mužů a žen z celkového souboru ($n = 105$) respondentů. Z grafu můžeme vyčíst převažující zastoupení žen ($n = 56$) (53 %), kterých se zúčastnilo průzkumu více než mužů ($n = 49$) (47 %). Rozložení skupiny z hlediska pohlaví bylo poměrně rovnoměrné.

5.1.2 Věk respondentů



Obrázek 2 Sloupcový graf věku respondentů

Sloupcový graf (Obrázek 2) přehledně zobrazuje ve sloupcích kategorie mužů ($n = 49$) a žen ($n = 56$) účastníků se průzkumu v jednotlivých věkových kategoriích 14 - 20 let. Nejvíce respondentů spadá do kategorie 17 let (18,1 % mužů a 8,6 % žen), nejméně do kategorie 20 let (1,0 % žen). Průměrný věk respondentů činil 16,5 let. Minimální věk respondentů účastníků se průzkumu byl 14 let, maximální věk 20 let. Graf vyjadřuje relativní četnosti v porovnání k celkovému počtu respondentů ($n = 105$).

5.2 Vyhodnocení první části dotazníku

Odpovědi, které v sobě nesou symptomatiku PPP a jsou tedy bodově ohodnoceny a započítány v celkovém zisku bodů respondentů pro vyhodnocení rizika PPP, jsou v tabulkách či textu zvýrazněny **tučným písmem**.

Otázka č. 1 Jste spokojen/a se svou postavou?

Tabulka 3 Spokojenost respondentů se svou postavou

Odpovědi	muži		Ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
částečně	28	57,1	35	62,5
ano	12	24,5	11	19,7
ne	9	18,4	10	17,9
Celkem	49	100,0	56	100,0

Tabulka (Tabulka 3) reprezentuje odpovědi mužů (n = 49) a žen (n = 56), kteří hodnotili spokojenost se svou postavou. V tabulce lze vidět, že respondenti nejčastěji udávali odpověď „částečně“, kterou zvolilo 28 mužů (57,1 %) a 35 žen (62,5 %) dále respondenti označovali odpověď „ano“, v rozdělení 12 mužů (24,5 %) a 11 žen (19,7 %). Nejméně mužů, tedy 9 (18,4 %) i žen, kterých bylo v této kategorii 10 (17,9 %) pak označilo odpověď „ne“, tedy že nejsou spokojeni se svou postavou. Pokud byli respondenti nespokojeni se svou postavou, bylo to z důvodu nadváhy. Muži pak byli ve 3 případech naopak nespokojeni z důvodu nízké tělesné hmotnosti.

Otázka č. 2 Omezujete porce jídla nebo některé potraviny kvůli kontrole tělesné hmotnosti?

Tabulka 4 Omezování porcí jídla nebo potravin kvůli kontrole tělesné hmotnosti

Odpovědi	muži		Ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
částečně	34	69,4	32	57,1
ne	7	14,3	10	17,9
ano	8	16,3	14	25,0
Celkem	49	100,0	56	100,0

Tabulka (Tabulka 4) znázorňuje přehled odpovědí k dotazníkové otázce č. 2. Respondenti - muži (n = 49) a ženy (n = 56) udávali v dotazníku odpověď, zdali omezují porce jídla nebo některé potraviny kvůli kontrole tělesné hmotnosti. Z tabulky lze rozhodnout, že nejčastější odpovědí byla odpověď „částečně“ a to u 34 mužů (69,4 %) a 32 žen (57,1 %) druhou nejčastější se stala odpověď „ano“, kterou udalo 8 mužů (16,3 %) a 14 žen (25,0 %) a nejméně respondentů, čili 7 mužů (14,3 %) a 10 žen (17,9 %) zvolilo odpověď „ne“, tudíž že takové chování negují.

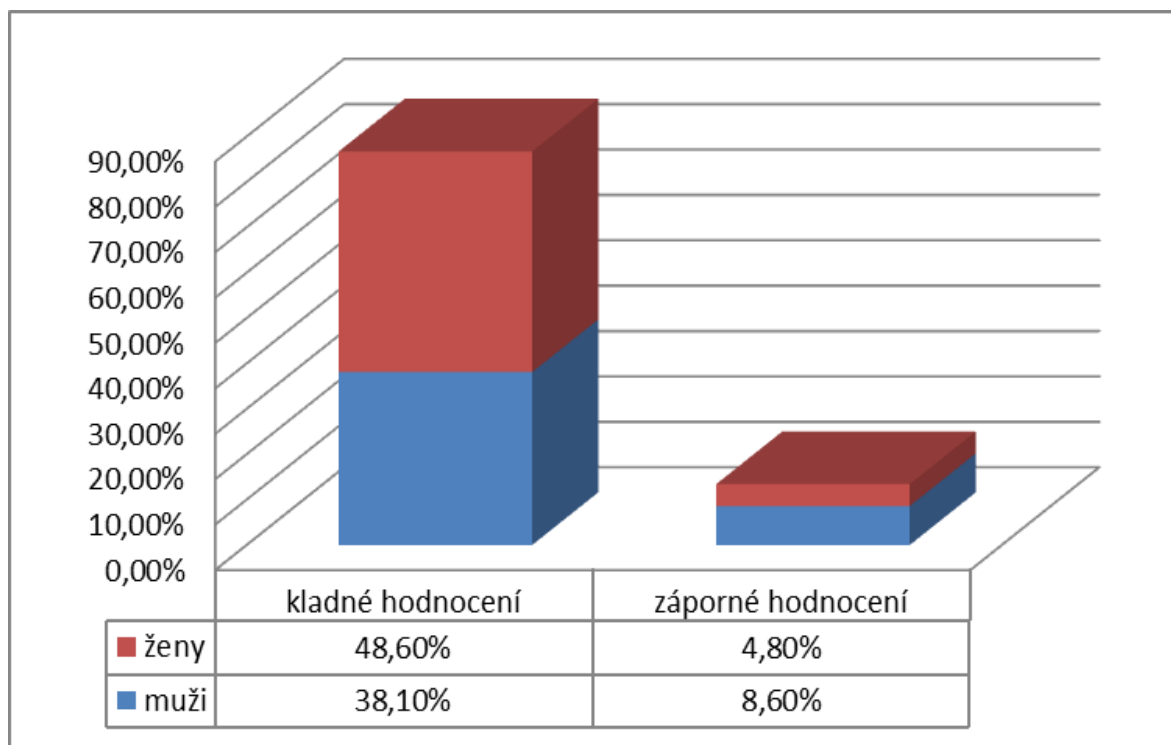
Otázka č. 3 Zabýváte se často myšlenkami na jídlo a svou hmotnost?

Tabulka 5 Časté zabývání se myšlenkami na jídlo a svou hmotnost

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ne	6	12,2	29	51,8
částečně	38	77,5	23	41,1
ano	5	10,2	4	7,1
Celkem	49	100,0	56	100,0

V tabulce (Tabulka 5) poskytuje přehled odpovědí mužů (n = 49) a žen (n = 56), na otázku č. 3 a jednotlivé zastoupení v kategoriích mužů a žen. Respondenti v dotazníku hodnotili, zdali se často zabývají myšlenkami na jídlo a svou hmotnost. Tabulka uvádí nejčetnější zastoupení odpovědí „částečně“ u 38 mužů (77,5 %) a 23 žen (41,1 %), dále odpovědi „ne“ zastoupenou 6 muži (12,2 %) a 29 ženy (51,8 %) a nejméně odpovědí u položky „ano“ a to u 5 mužů (10,2 %) a 4 žen (7,1 %).

Otázka č. 4 Jak byste charakterizoval/a svou postavu?



Obrázek 3 Sloupcový graf charakteristiky postavy

Sloupcový graf (Obrázek 3) graficky znázorňuje odpovědi respondentů mužů (n = 49) a žen (n = 56) v porovnání k celkovému počtu respondentů (n = 105), na dotazníkovou otázku č. 4. Respondenti ve více případech hodnotili svou postavu kladně jako „štíhlá či průměrná“,

Otázka č. 7 Kolikrát denně se stravujete?

Tabulka 8 Četnost denního stravování

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nevynechává snídani, oběd či večeři	39	79,6	46	82,1
Vynechává snídani, oběd či večeři	10	20,4	10	17,9
Celkem	49	100,0	56	100,0

Otázka č. 7 se respondentů mužů (n = 49) a žen (n = 56) dotazovala na četnost denního stravování (Tabulka 8). Respondenti, tedy 10 mužů (20,4 %) a 10 žen (17,9 %), kteří vynechávají snídani, oběd či večeři, spadají do rizikové kategorie „vynechává snídani, oběd či večeři“. Více respondentů, 39 mužů (79,6 %) a 46 žen (82,1 %) však žádné z těchto jídel nevynechává a stravuje se pravidelně a spadají tak do kategorie „nevynechává snídani, oběd či večeři“.

Otázka č. 8 Co se nejčastěji objevuje na vašem talíři?

Tabulka 9 Stravovací režim

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Normální stravovací režim	49	100,0	55	98,2
Dietní chování	0	0	1	1,8
Celkem	49	100,0	56	100,0

Otázka č. 8 rozdělila respondenty mužů (n = 49) a žen (n = 56) z hlediska složení stravy, kterou nejčastěji konzumují (Tabulka 9). Pokud respondent vyjadřoval dietní chování, které prokázala 1 žena (1,8 %) spadala do kategorie „dietní chování“. Ostatní respondenti 49 mužů (100,0 %) a 55 žen (98,2 %) byli zařazeni do kategorie „normální stravovací režim“.

konkrétně 40 mužů (38,1 %) a 51 žen (48,6 %) druhá část respondentů, tedy 9 mužů (8,6 %) a 5 žen (4,8 %) z průzkumného souboru, hodnotili svou postavu záporně jako „silnější či obézní“.

Otázka č. 5 Vyzkoušel/a jste někdy nějaký prostředek na hubnutí?

Tabulka 6 Zkušenost s prostředky na hubnutí

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	48	98,0	51	91,1
Ano	1	2,0	5	8,9
Celkem	49	100,0	56	100,0

Tabulka (Tabulka 6) uvádí odpovědi mužů (n = 49) a žen (n = 56), na otázku č. 5, jestli mají zkušenosti s prostředky na hubnutí. Tabulka znázorňuje četnější zastoupení záporné odpovědi „ne“, tedy že s těmito prostředky respondenti nemají zkušenosti. Záporně odpovědělo 48 mužů (98,0 %) a 51 žen (91,1 %). Kladnou odpověď zvolilo minimum respondentů, 1 muž (2,0 %) a 5 žen (8,9 %). Respondenti nejčastěji využívali přípravky typu „fat killer“. Jedna respondentka uvedla zkušenost s přírodními diuretiky. Žádný respondent neuvedl jako způsob snižování hmotnosti zvracení.

Otázka č. 6 Cvičíte záměrně pro snižování tělesné hmotnosti?

Tabulka 7 Záměrné cvičení pro snižování tělesné hmotnosti

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	38	77,5	73	69,5
Ano	11	22,5	32	30,5
Celkem	49	100,0	56	100,0

Otázka č. 6 zkoumala záměrné cvičení u mužů (n = 49) a žen (n = 56) pro snižování tělesné hmotnosti. Výsledek zaznamenává tabulka (Tabulka 7), ve které lze rozpoznat odpovědi respondentů v kategorii mužů a žen. Četnější bylo zastoupení odpovědi „ne“, zvolenou 38 muži (77,5 %) a 73 ženami (69,5 %). Záměrné cvičení, tedy odpověď „ano“ v dotazníku odhalilo 11 mužů (22,5 %) a 32 žen (30,5 %).

Otázka č. 9 Hlídáte si svou hmotnost?

Tabulka 10 Hlídaní své hmotnosti

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ne	28	57,1	25	44,6
částečně	15	30,6	21	37,5
ano	6	12,2	10	17,9
Celkem	49	100,0	56	100,0

Tabulka (Tabulka 10) zachycuje přehled odpovědí na dotazníkovou otázku č. 9 respondentů, mužů (n = 49) a žen (n = 56). Položka se dotazuje na to, zda si respondenti hlídají svou hmotnost. Nejvíce respondentů, čili 28 mužů (57,1 %) a 25 žen (44,6 %) udalo odpověď „ne“, tudíž že si svou hmotnost nehlídá. Dále menší část respondentů, 15 mužů (30,6 %) a 21 žen (37,5 %) označilo odpověď „částečně“ a nejméně respondentům, tedy 6 mužů (12,2 %) a 10 žen (17,9 %) udalo odpověď „ano“, tedy že si svou hmotnost hlídají. Respondenti si nejvíce hmotnost hlídají „vážením, cvičením a správnou stravou“.

Otázka č. 10 Držíte nebo jste držel/a v minulosti dietu za účelem hubnutí?

Tabulka 11 Držení diet

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ne	39	79,6	36	64,3
ano	10	20,4	20	35,7
Celkem	49	100,0	56	100,0

Tabulka (Tabulka 11) zobrazuje odpovědi respondentů na dotazníkovou otázku č. 10. Tato otázka se ptala respondentů - mužů (n = 49) a žen (n = 56), jestli drželi či drží dietu za účelem hubnutí. Tabulka uvádí zastoupení mužů a žen v kategoriích „ne“ a „ano“. V tabulce vidíme, že více respondentů, celkem 39 mužů (79,6 %) a 36 žen (64,3 %) označilo odpověď „ne“. Druhá skupina respondentů zastoupená 10 muži (20,4 %) a 20 ženami (35,7 %), odpověděla „ano“, čímž potvrdili, že drží nebo dříve drželi dietu. Nejčastěji respondenti uváděli držení redukčních diet, do kterých zařazovali i bezlepkovou dietu pro hubnutí.

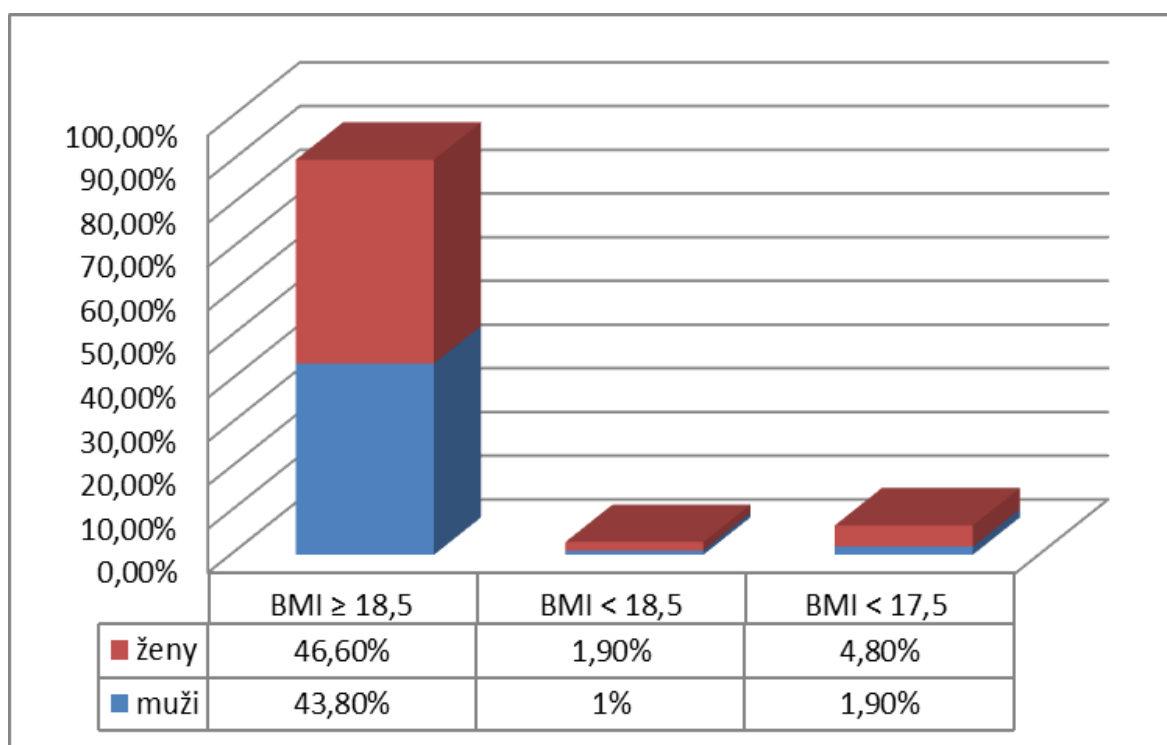
Otázka č. 11 Trpíte poruchami menstruačního cyklu nebo opožděním puberty?

Tabulka 12 Poruchy menstruačního cyklu nebo opoždění puberty

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ne	40	100,0	56	100,0
ano	0	0	0	0
Celkem	49	100,0	56	100,0

Na otázku č. 11, zdali respondenti muži (n = 49) a ženy (n = 56), trpí poruchami menstruačního cyklu nebo opožděním puberty, neodpověděl žádný z respondentů (0 %) odpovědí „ano“. Naopak všichni respondenti, tzn. 49 mužů (100,0 %) a 56 žen (100,0 %) odpovědělo negativně, tedy označilo odpověď „ne“. Výsledky byly shrnuty do tabulky (Tabulka 12).

BMI respondentů



Obrázek 4 Sloupcový graf BMI respondentů

Sloupcový graf (Obrázek 4) zaznamenává BMI mužů (n = 49) a žen (n = 56) v jednotlivých kategoriích porovnání k celkovému počtu respondentů (n = 105). BMI bylo hodnoceno dle hmotnosti, výšky a věku respondenta. Z grafu můžeme vyhodnotit, že hodnoty BMI, které se pohybovaly nad hranicí podvýživy, tedy byly vyšší nebo rovno 18,5 kg/m², byly vypočítány u 46 mužů (43,8 %) a 49 žen (46,6 %). Pod hranicí podvýživy, tedy hodnoty nižší

než **18,5 kg/m²**, ale nad hranicí 17,5 kg/m² byly detekovány hodnoty 1 muže (1,0 %) a 2 žen (1,9 %). Horní hranici **17,5 kg/m²**, která se používá při stanovení diagnózy mentální anorexie, poté překročili 2 muži (1,9 %) a 5 žen (4,8 %).

5.2.1 Zodpovězení průzkumné otázky č. 1: Jaké jsou symptomy a riziko PPP

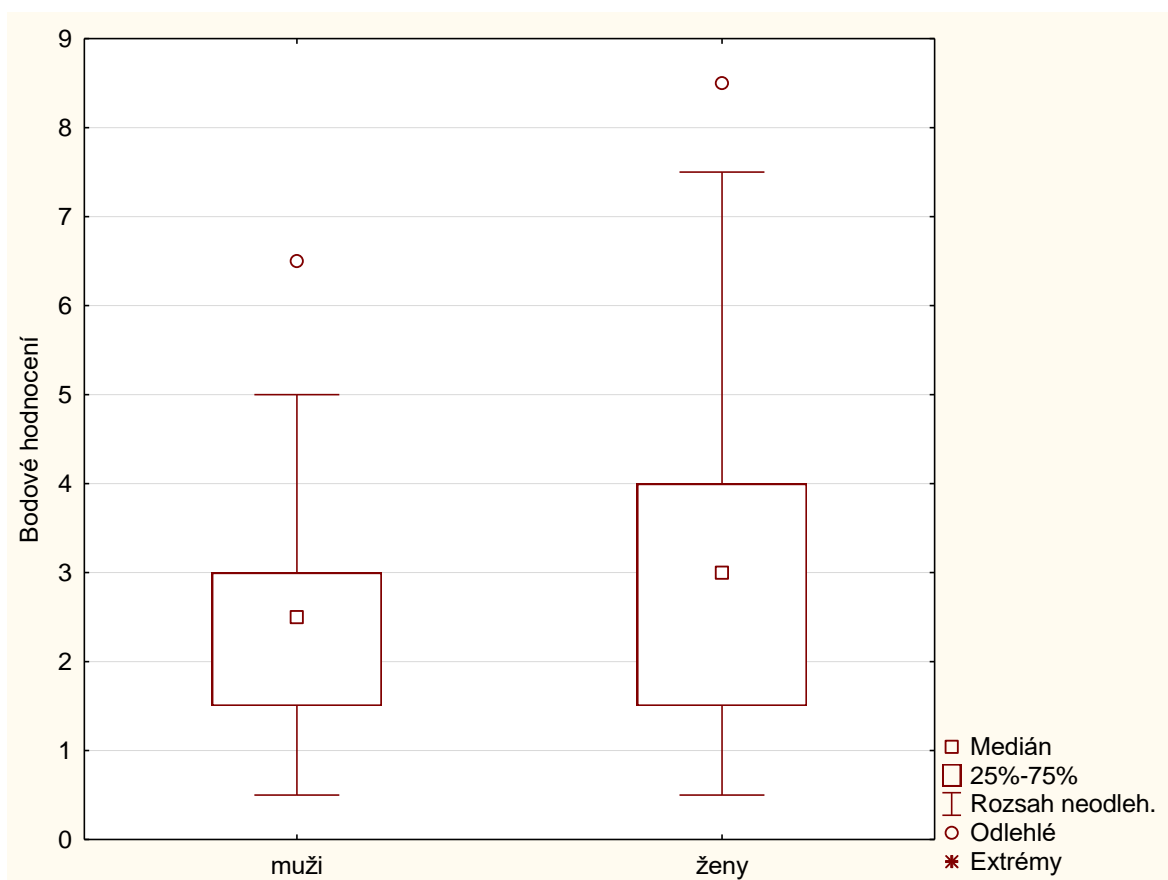
u dospívajících žáků ve věkové kategorii 14-20 let a hodnota prevalence?

Tabulka 13 Bodové hodnocení respondentů 1. části dotazníku a vyjádření rizika výskytu PPP

bodové hodnocení	míra rizika	muži		ženy	
		Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0 - 6	nízké riziko	48	98,0	54	96,4
6,5 - 14	zvýšené riziko	1	2,0	2	3,6
Celkem		49	100,0	56	100,0

Po sečtení bodů, které hodnotily výskyt symptomů u všech respondentů (n = 105) a které náležely k jednotlivým položkám dotazníkového šetření, byla pro zhodnocení výsledků vytvořena tabulka (Tabulka 13). Tabulka rozdělila respondenty z hlediska **bodového ohodnocení**, které získali, pokud v jejich odpovědích byly detekovány symptomy PPP a byli ohodnoceni z hlediska **rizika PPP**. Tabulka poskytuje i přehled bodového hodnocení v kategorii mužů (n = 49) a žen (n = 56). Detailní zobrazení bodového hodnocení jednotlivých položek dotazníku u všech respondentů je zobrazeno v přílohách (Příloha D). Z tabulky můžeme vyčíst, že 48 mužů (98,0 %) a 54 žen (96,4 %) se ziskem 0 - 6 bodů spadají do „**nízkého rizika**“ PPP. Druhou kategorii tvoří bodová hranice 6,5 - 14 bodů. V tomto bodovém pásmu se pohybuje **1 muž (2,0 %)** a **2 ženy (3,6 %)**, kteří spadají do kategorie „**zvýšené riziko**“. **Celková prevalence PPP** v tomto souboru respondentů (n = 105) tedy činí **2,9 %**.

5.2.2 Zodpovězení průzkumné otázky č. 2: Jak se liší celkové skóre dotazníku u mužů a žen?



Obrázek 5 Krabicový graf celkového skóre dotazníku u mužů a žen v 1. části dotazníku

Krabicové grafy (Obrázek 5) znázorňují grafické srovnání výsledků bodového hodnocení v 1. části dotazníku u mužů a žen. Celkové bodové skóre je pro lepší orientaci k vidění v tabulce (Tabulka 13). Krabicové grafy znázorňují medián, který je u mužů 2,5 a u žen 3. V grafu leží 2 odlehlé hodnoty, u mužů 6,5 a u žen 8,5, nejsou zachyceny žádné extrémní hodnoty. Při porovnávání výsledku lze zjistit, že výsledky obou skupin jsou poměrně odlišné. Každý krabicový graf má jinou velikost a rozptyl, je patrné, že ženy dosahovaly v bodovém hodnocení vyššího počtu bodů.

5.3 Vyhodnocení druhé části dotazníku

Správné odpovědi, za které se žákům připsal bod do celkového hodnocení, jsou v tabulce nebo textu zvýrazněny **tučným písmem**.

Otázka č. 12 Víte co je to body mass index (BMI)?

Tabulka 14 Znalost pojmu BMI

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
nástroj sloužící k určení, jestli se hmotnost daného jedince pohybuje v mezích normy	34	69,4	49	87,5
nástroj sloužící k měření tělesných proporcí	14	28,6	7	12,5
nástroj sloužící k zaznamenávání denního příjmu kalorií	1	2,0	0	0
Celkem	49	100,0	56	100,0

Dotazníková otázka č. 12 se tázala respondentů, co je to BMI. Tabulka (Tabulka 14) zobrazuje přehled odpovědí, ze kterých měli muži (n = 49) a ženy (n = 56) na výběr. Tabulka zobrazuje četnost odpovědí u mužů a žen. Z tabulky vidíme, že byla z možností nejvíce vybírána správná odpověď, tedy že BMI je „nástroj sloužící k určení, jestli se hmotnost daného jedince pohybuje v mezích normy“. Správnou možnost označilo 34 mužů (69,4 %) a 49 žen (87,5 %). Dále respondenti označovali nesprávnou odpověď, tedy že BMI je „nástroj sloužící k měření tělesných proporcí“. Tuto možnost označilo 14 mužů (28,6 %) a 7 žen (12,5 %). Poslední možnost zvolil pouze 1 muž (2,0 %), který udal nesprávnou odpověď, tedy že BMI je „nástroj sloužící k zaznamenávání denního příjmu kalorií“.

Otázka č. 13 Víte co je to porucha příjmu potravy?

Tabulka 15 Znalost pojmu porucha příjmu potravy

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
nevím	6	12,3	4	7,1
správná odpověď	30	61,2	39	69,7
nesprávná odpověď	13	26,5	13	23,2
Celkem	49	100,0	56	100,0

Tabulka (Tabulka 15) zobrazuje odpovědi mužů (n = 49) a žen (n = 56) na otevřenou dotazníkovou otázku č. 13. Odpovědi respondentů byly hodnoceny jako správné, nesprávné a jako „nevím“. Dotazníková otázka č. 13 zkoumala znalost pojmu porucha příjmu potravy. Muži odpovídali správnou odpovědí ve 30 případech (61,2 %) a ženy ve 39 případech

(69,7 %). Další skupina 13 mužů (26,5 %) a 13 žen (23,2 %) zodpověděla otázku nesprávně. Odpověď „nevím“ vypsalo 6 mužů (12,3 %) a 4 ženy (7,1 %) a byla v celkovém bodovém hodnocení počítána také jako nesprávná odpověď.

Otázka č. 14 Které poruchy příjmu potravy znáte?

Tabulka 16 Znalost druhů poruch příjmu potravy

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
nesprávná odpověď	13	26,5	4	7,1
správná odpověď	34	69,4	52	92,9
nevím	2	4,1	0	0
Celkem	49	100,0	56	100,0

Tabulka (Tabulka 16) poskytuje přehled odpovědí na otevřenou dotazníkovou otázku č. 14, která zjišťuje, jestli respondenti, muži (n = 49) a ženy (n = 56) znají druhy poruch příjmu potravy. Odpovědi respondentů byly hodnoceny jako správné, nesprávné a jako „nevím“. Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu respondentů odpovědělo 34 mužů (69,4 %) a 52 žen (92,9 %) na otázku správně. Další respondenti, tedy 13 mužů (26,5 %) a 4 ženy (7,1 %) odpověděli nesprávně. Zbylí respondenti - 2 muži (4,1 %) nevěděli, jak na otázku odpovědět a proto byli v celkovém bodovém ohodnocení započítáni, jako by udali nesprávnou odpověď.

Otázka č. 15 Víte co je to mentální anorexie a mentální bulimie?

Tabulka 17 Znalost pojmu mentální anorexie

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
správná odpověď	40	81,6	38	67,9
nevím	5	10,2	4	7,1
nesprávná odpověď	4	8,2	14	25,0
Celkem	49	100,0	56	100,0

Otázka č. 15 a) (otevřená otázka) se zabývala zjištěním, jestli respondenti v kategoriích mužů (n = 49) a žen (n = 56), znají pojem „mentální anorexie“. Odpovědi respondentů byly vyhodnoceny jako správné, nesprávné a jako „nevím“. Z tabulky (Tabulka 17) vyplývá skutečnost, že 40 mužů (81,6 %) a 38 žen (67,9 %) správnou odpověď znali. Druhá část respondentů v zastoupení 4 mužů (8,2 %) a 14 žen (25,0 %) uvedla nesprávnou odpověď.

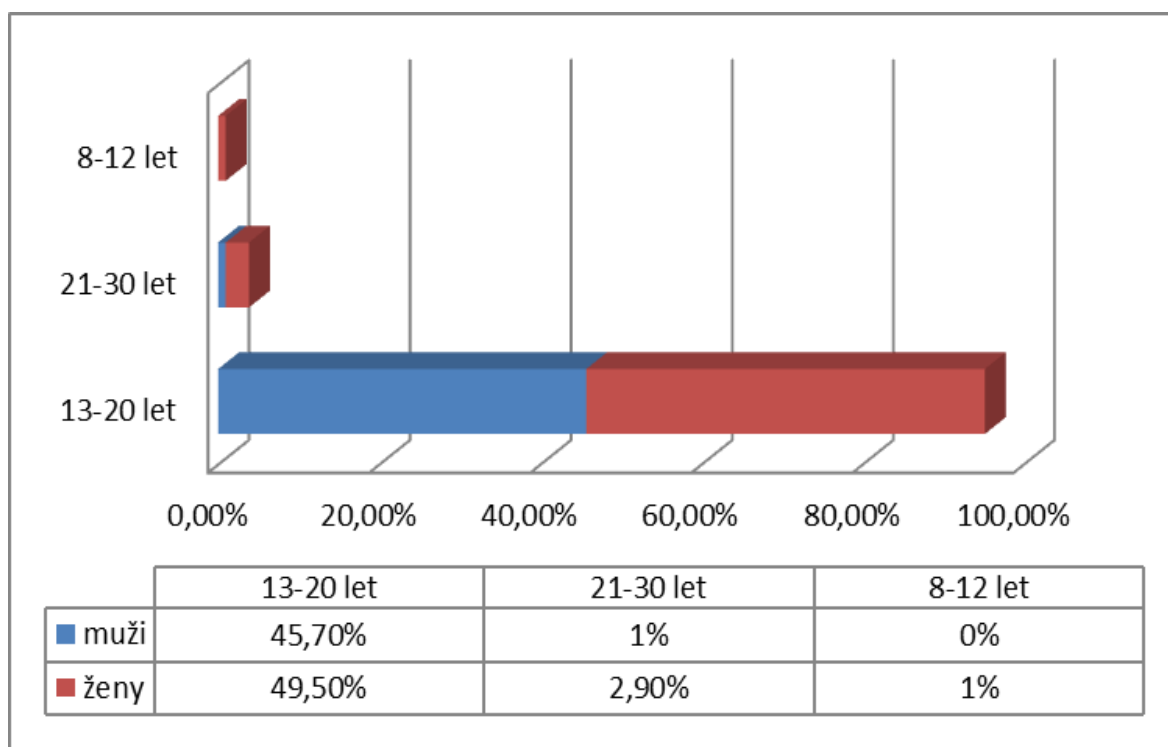
Odpověď „nevím“ následně uvedlo nejméně respondentů a to 5 mužů (10,2 %) a 4 ženy (7,1 %). Odpověď „nevím“ byla také považována jako „nesprávná odpověď“.

Tabulka 18 Znalost pojmu mentální bulimie

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
správná odpověď	37	75,5	46	82,1
nesprávná odpověď	3	6,1	6	10,7
nevím	9	18,4	4	7,1
Celkem	49	100,0	56	100,0

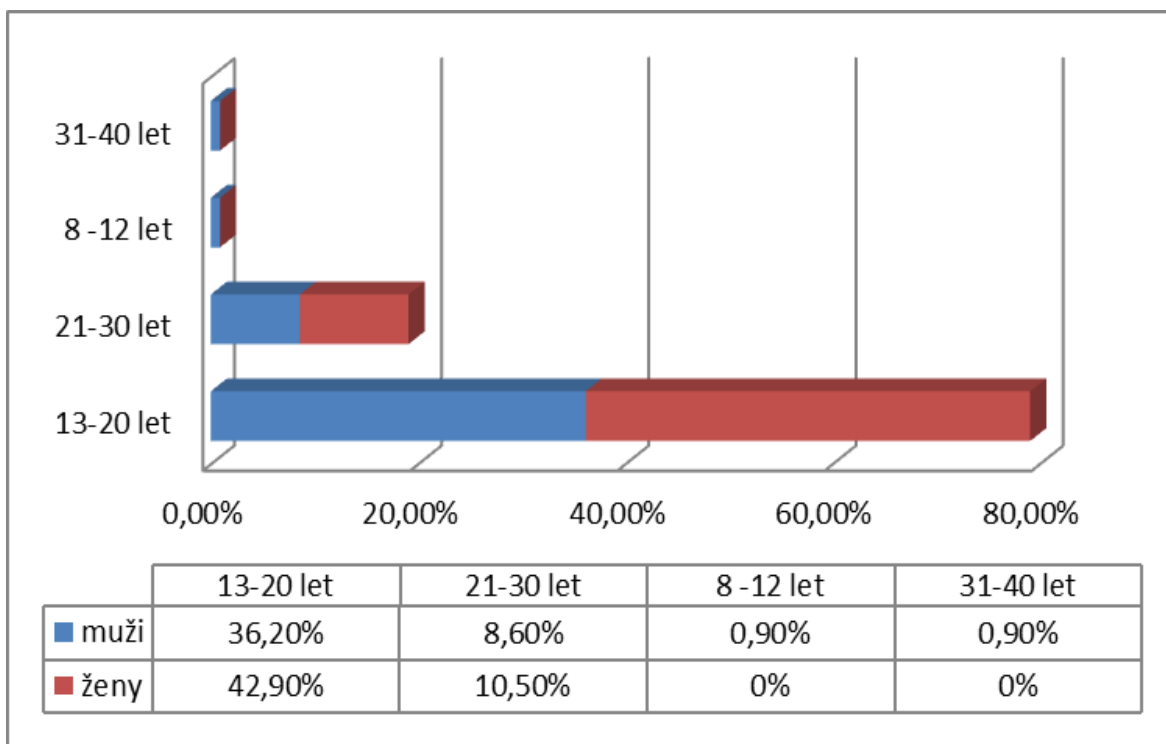
Druhá část dotazníkové otázky 15 b) (otevřená otázka) zjišťovala znalosti respondentů v zastoupení mužů (n = 49) a žen (n = 56) o pojmu „mentální bulimie“. Odpovědi respondentů byly roztrženy do sekce „správné, nesprávné odpovědi“ a „nevím“. Z tabulky (Tabulka 18) lze zjistit převaha výskytu „správné odpovědi“, pod kterou spadá 37 mužů (75,5 %) a 46 žen (82,1 %). Další odpovědi respondentů byly hodnoceny jako nesprávné, konkrétně odpovědi 3 mužů (6,1 %) a 6 žen (10,7 %). Zbytek respondentů nevěděl, jak na otázku odpovědět, přesněji 9 mužů (18,4 %) a 4 ženy (7,1 %). Jejich odpovědi byly také započítány jako nesprávně zodpovězené.

Otázka č. 16 V jakém rozmezí se vyskytuje typický rizikový věk pro rozvoj mentální anorexie a bulimie?



Obrázek 6 Pruhový graf znalost typického rizikového věku pro rozvoj mentální anorexie

První část dotazníkové položky, tedy 16 a) zkoumala znalost respondentů - mužů (n = 49) a žen (n = 56) z hlediska typického rizikového věku pro rozvoj mentální anorexie a je zobrazena v porovnání k celkovému počtu respondentů (n = 105). Četnost odpovědí zachycuje pruhový graf (Obrázek 6). Naprostá většina respondentů, tedy 48 mužů (45,7 %) a 52 žen (49,5 %) vybrala správný rizikový věk „13-20 let“. Dále 1 muž (1,0 %) a 3 ženy (2,9 %) volili nesprávnou odpověď „21-30 let“ (3,8 %) a věkové rozmezí „8-12 let“ označila 1 žena (1,0 %). Nesprávnou odpověď „31-40 let“ nezvolil žádný respondent a proto nebyla zanesena do grafu.



Obrázek 7 Pruhový graf znalost typického rizikového věku pro rozvoj mentální bulimie

Druhá část dotazníkové položky, tedy 16 b) zkoumala znalost typického rizikového věku pro rozvoj mentální bulimie. Pruhový graf (Obrázek 7) odhaluje výsledky v jednotlivých věkových kategoriích u respondentů u mužů ($n = 49$) a žen ($n = 56$) v porovnání k celkovému počtu respondentů ($n = 105$). Velká část respondentů zaznamenala správnou odpověď „13-20 let“, konkrétně 38 mužů (36,2 %) a 45 žen (42,9%) a „21-30 let“, přesněji 9 mužů (8,6 %) a 11 žen (10,5 %), které byly obě hodnoceny jako správně zodpovězené. Zbytek respondentů označil nesprávnou odpověď „8-12 let“, tu vybral 1 muž (0,9 %) nebo „31-40 let“, kterou zaznamenal opět 1 muž (0,9 %).

Otázka č. 17 Znáte možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy?

Tabulka 19 Znalost příčin vzniku poruch příjmu potravy

Odpovědi	Muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
správná odpověď	42	85,7	53	94,7
nevím	3	6,1	1	1,8
nesprávná odpověď	4	8,2	2	3,6
Celkem	49	100,0	56	100,0

Dotazníková otázka č. 17 se respondentů, tedy mužů (n = 49) a žen (n = 56) v otevřené otázce tázala na možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy. Odpovědi byly vyhodnoceny jako „správně a nesprávně zodpovězené“ a jako odpověď „nevím“. Tabulka (Tabulka 19) zobrazuje přehled četností odpovědí k jednotlivým kategoriím. Respondenti nejčastěji odpověděli správně, jak tomu bylo u 42 mužů (85,7 %) a 53 žen (94,7 %). Ostatní respondenti odpověděli nesprávně, tedy 4 muži (8,2 %) a 2 ženy (3,6 %) nebo byli zařazeni do kategorie „nevím“. Takto se vyjádřili 3 muži (6,1 %) a 1 žena (1,8 %). Odpověď „nevím“ byla také hodnocena jako „nesprávně“ zodpovězená.

Otázka č. 18 Znáte možné projevy mentální anorexie a bulimie?

Tabulka 20 Znalost projevů mentální anorexie

Odpovědi	Muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
správná odpověď	41	83,7	48	85,7
nesprávná odpověď	8	16,3	8	14,3
Celkem	49	100,0	56	100,0

Tabulka (Tabulka 20) se váže k dotazníkové otázce č. 18 a), která hodnotila znalost mužů (n = 49) a žen (n = 56) z hlediska projevů mentální anorexie. Z tabulky lze vyhodnotit, že převážná část respondentů, přesněji 41 mužů (83,7 %) a 48 žen (85,7 %) odpověděla na otázku správnou odpovědí. V dotazníku tedy označili 3 správné projevy mentální anorexie a neoznačili žádnou nesprávnou odpověď. U druhé skupiny 8 mužů (16,3 %) a 8 žen (14,3 %) byla otázka vyhodnocena jako nesprávně zodpovězená.

Tabulka 21 Znalost projevů mentální bulimie

Odpovědi	Muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
správná odpověď	41	83,7	45	80,4
nesprávná odpověď	8	16,3	11	19,6
Celkem	49	100,0	56	100,0

Druhá část dotazníkové položky 18, tedy 18 b) měla za úkol zhodnotit znalosti mužů (n = 49) a žen (n = 56) o projevech mentální bulimie. Výsledky respondentů jsou zapsány v tabulce (Tabulka 21), které přehledně zobrazují zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích. V hodnocení převažuje zastoupení respondentů v kategorii „správná odpověď“, do které bylo

zařazeno 41 mužů (83,7 %) a 45 žen (80,4 %), kteří v dotazníku označili alespoň 3 správné odpovědi a žádnou nesprávnou odpověď, nad zastoupením respondentů, čili 8 mužů (16,3 %) a 11 žen (19,6 %) v kategorii „nesprávná odpověď“.

Otázka č. 19 Znáte možné následky mentální anorexie a mentální bulimie?

Tabulka 22 Znalost následků mentální anorexie

Odpovědi	Muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
správná odpověď	37	75,5	52	92,9
nesprávná odpověď	12	24,5	4	7,1
Celkem	49	100,0	56	100,0

Dotazníková otázka č. 19 a) sloužila k ověření znalostí mužů (n = 49) a žen (n = 56) o následcích mentální anorexie. Z tabulky (Tabulka 22) lze vyvodit převaha správných odpovědí respondentů, kteří v dotazníku označili alespoň 3 správné následky mentální anorexie a žádný nesprávný, v zastoupení 37 mužů (75,5 %) a 52 žen (92,9 %), nad 12 muži (24,5 %) a 4 ženami (7,1 %), kteří odpověděli nesprávně.

Tabulka 23 Znalost následků mentální bulimie

Odpovědi	Muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
nesprávná odpověď	26	53,1	34	60,7
správná odpověď	23	46,9	22	39,3
Celkem	49	100,0	56	100,0

Druhá část dotazníkové otázky č. 19 b) zkoumala znalosti mužů (n = 49) a žen (n = 56), na téma následky mentální bulimie (Tabulka 23). Na tuto odpověď více než polovina mužů, tedy 26 (53,1 %) i žen, kterých bylo 34 (60,7 %) nedokázala správně odpovědět. Správná odpověď se vyskytla u 23 mužů (46,9 %) a 22 žen (39,3 %), kteří v dotazníku určili alespoň 3 správné následky mentální bulimie a žádný nesprávný následek.

Otázka č. 25 Znáte nějaké organizace, které se zabývají pomocí lidem s poruchami příjmu potravy?

Tabulka 24 Znalost organizací na pomoc PPP

Odpovědi	Muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ne	41	83,7	49	87,5
ano	8	16,3	7	12,5
Celkem	49	100,0	56	100,0

Otázka č. 25 dotazníkového šetření se zajímala o to, zda respondenti, muži (n = 49) a ženy (n = 56) znají nějaké organizace, které pomáhají lidem s PPP. Analýza položky došla k závěru, že většina respondentů jak u 41 mužů (83,7 %), tak i u 49 žen (87,5 %) žádnou organizaci nezná a byla proto zařazena do kategorie „ne“. Následně 8 mužů (16,3 %) a 7 žen (12,5 %) prokázali znalost nějaké organizaci a proto byli zařazeni do kategorie „ano“. Respondenti si nejčastěji spojovali organizace s linkou bezpečí nebo specializovanou psychiatrickou péčí. Výsledky jsou přehledně zpracovány v tabulce (Tabulka 24).

5.3.1 Zodpovězení průzkumné otázky č. 3: Jaké jsou znalosti žáků o PPP?

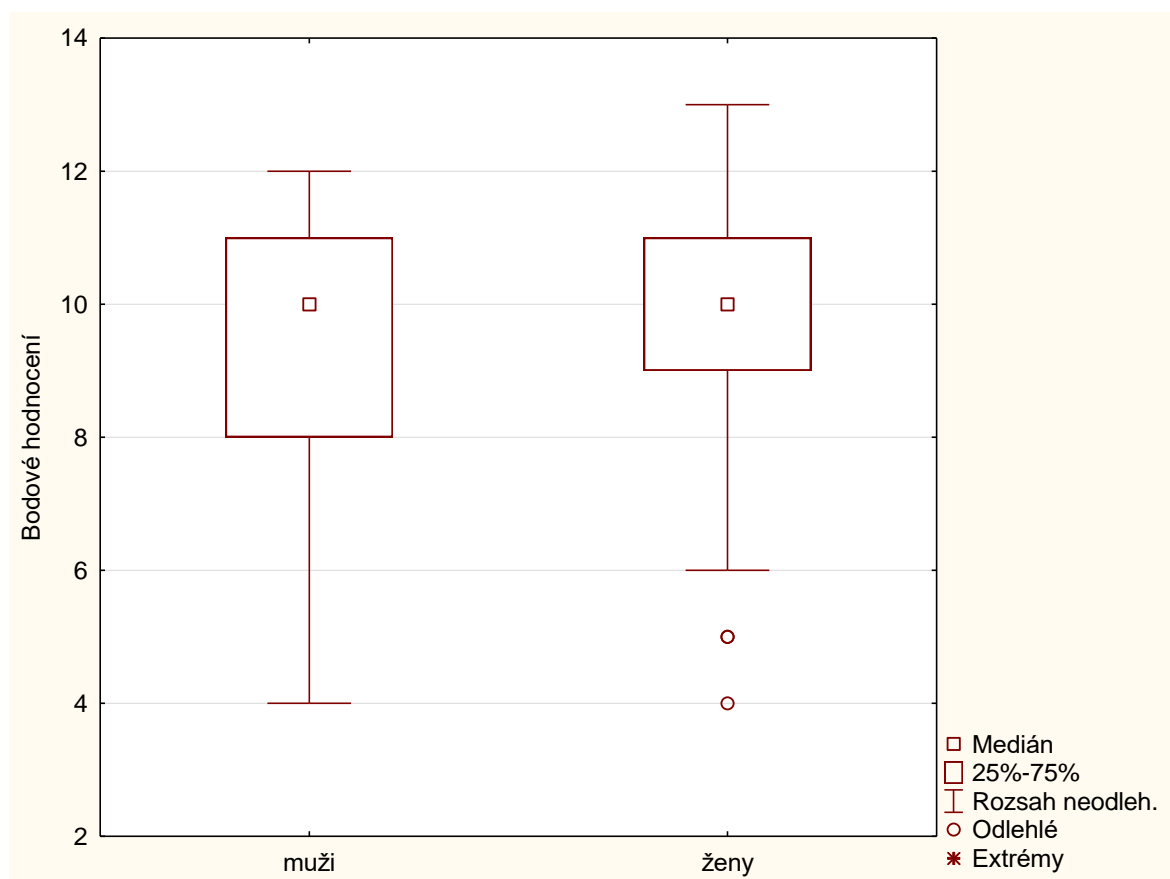
Tabulka 25 Bodové hodnocení respondentů 2. části dotazníku a vyjádření úrovně znalostí

bodové hodnocení	hodnocení znalostí	Muži		ženy	
		Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0 - 4	Nízká úroveň znalostí	1	2,0	1	1,8
5 - 9	Střední úroveň znalostí	19	38,8	15	26,8
10 - 13	Vysoká úroveň znalostí	29	58,2	40	71,4
Celkem	-	49	100,0	56	100,0

Po sečtení bodů, které náležely k jednotlivým položkám dotazníkového šetření, byla pro zhodnocení výsledků vytvořena tabulka (Tabulka 25). Tabulka rozdělila respondenty z hlediska **bodového ohodnocení**, které získali, pokud jejich odpovědi na otázky byly správně zodpovězeny na respondenty s „**nízkou, střední a vysokou úrovní znalostí**“. Tabulka poskytuje přehled bodového hodnocení v kategorii muži a ženy. Detailní zobrazení bodového hodnocení jednotlivých položek dotazníku u všech respondentů je zobrazeno v přílohách (Příloha D). Tabulka poskytuje informace o umístění respondentů, mužů (n = 49) a žen (n = 56) v jednotlivých kategoriích. Nejpočetnější kategorie, do které

spadá 29 mužů (58,2 %) a 40 žen (71,4 %) je kategorie s bodovým ohodnocením 10 - 13 bodů a respondenti v ní umístění spadají do „vysoké úrovně znalostí“. Druhá nejvíce obsazená kategorie byla „střední úroveň znalostí“, ve které je umístěno 19 mužů (38,8 %) a 15 žen (26,8 %), získali celkem 10 - 13 bodů v dotazníku. Nejméně respondentů patří do kategorie „nízká úroveň znalostí“ s bodovým ziskem 0 - 4 body. V této kategorii se nachází 1 muž (2,0 %) a 1 žena (1,8 %).

5.3.2 Zodpovězení průzkumné otázky č. 4: Jak se liší celkové skóre dotazníku u mužů a žen?



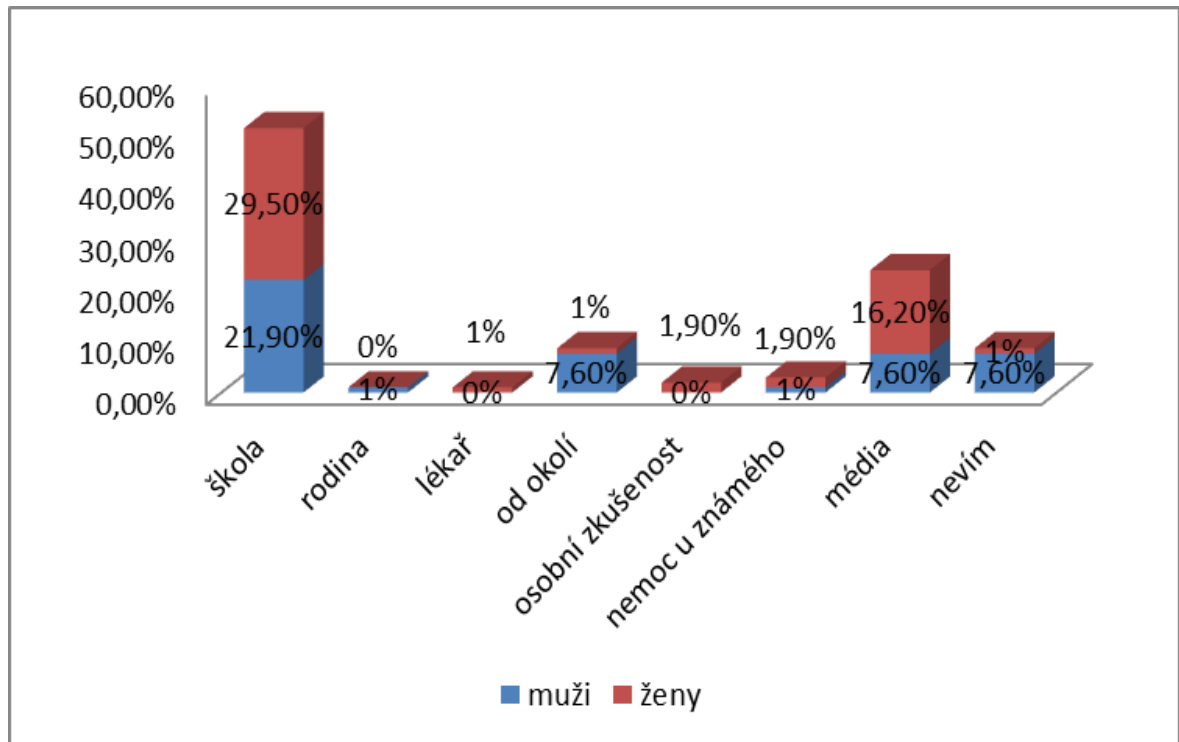
Obrázek 8 Krabicový graf celkového skóre dotazníku u mužů a žen ve 2. části dotazníku

Krabicové grafy (Obrázek 8) představují grafické srovnání výsledků bodového hodnocení 2. části dotazníku u mužů ($n = 49$) a žen ($n = 56$). Celkové bodové skóre je pro lepší orientaci k vidění v tabulce (Tabulka 25). Je zde znázorněn medián, který je u obou skupin 10. V grafu jsou zaznamenány dvě odlehlé hodnoty u kategorie žen. Pokud porovnáme oba grafy, vidíme, že výsledky obou kategorií jsou poměrně odlišné. Každý graf má jinou velikost a rozptyl. Ženy tedy dosahovaly v dotazníku nepatrně lepších výsledků než muži.

5.4 Vyhodnocení 3. části dotazníku

5.4.1 Zodpovězení průzkumné otázky č. 5: Jaké jsou subjektivní názory žáků na problematiku PPP?

Otázka č. 20 Odkud jste získal/a informace o tomto tématu?



Obrázek 9 Sloupcový graf zdroje zisku informací o PPP

Dotazníková otázka č. 20 zjišťovala, odkud respondenti, tedy muži ($n = 49$) a ženy ($n = 56$) získali informace o poruchách příjmu potravy. Nejčastěji respondenti získávali informace ze školy, jako ve 23 případech mužů (21,9 %) a 31 případech žen (29,5 %). Druhou nejčetnější odpovědí je odpověď „média“, tedy že respondenti nejvíce získávali informace pomocí médií. Dvě dívky (1,9 %) prozradily osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy. Další odpovědi z relativních četností jsou graficky znázorněny ve sloupcovém grafu, který zobrazuje relativní četnosti vzhledem k celkovému souboru ($n = 105$) (Obrázek 9).

Otázka č. 21 Probírali jste toto téma v rámci výuky?**Tabulka 26** Téma PPP v rámci výuky

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	39	79,6	51	91,1
ne	10	20,4	5	8,9
Celkem	49	100,0	56	100,0

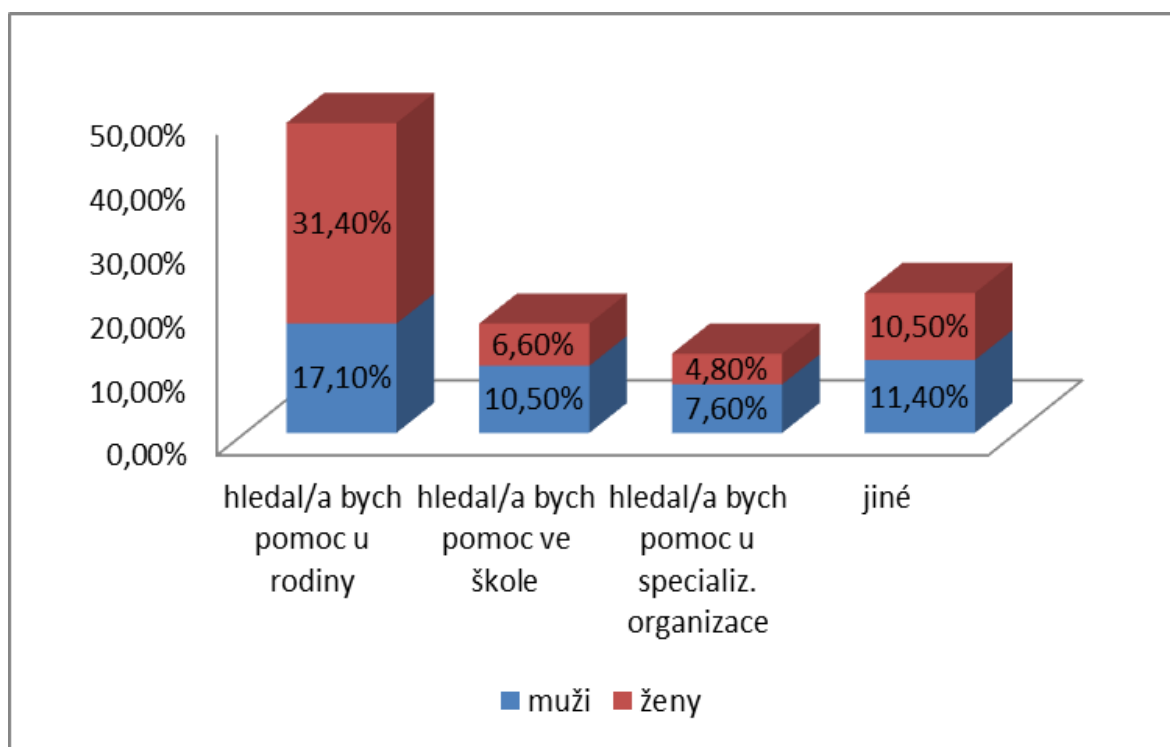
Dotazníková otázka č. 21 se tázala mužů (n = 49) a žen (n = 56), jestli bylo téma PPP zahrnuto v rámci výuky. Údaje z dotazníkové otázky č. 21 jsou zřehledněny v tabulce (Tabulka 26). Většina respondentů zastoupená 39 muži (79,6 %) a 51 ženami (91,1 %) uvedla, že téma PPP bylo součástí výuky. Zbýlých 10 mužů (20,4 %) a 5 žen (8,9 %) odpovědělo, že nikoliv. Nejvíce byly PPP probírány v rámci biologie a výchově ke zdraví či občanské výchově.

Otázka č. 22 Setkal/a jste se osobně s někým kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy?**Tabulka 27** Setkání s osobou s PPP

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ne	19	38,8	15	26,8
ano	30	61,2	41	73,2
Celkem	49	100,0	56	100,0

Výsledky dotazníkové otázky č. 22 s odpověďmi respondentů – mužů (n = 49) a žen (n = 56) jsou znázorněny v tabulce (Tabulka 27). Výsledky zobrazují fakt, že převaha respondentů a to 30 mužů (61,2 %) a 41 žen (73,2 %) se setkala s osobou, která trpí, či trpěla poruchou příjmu potravy. Ostatní respondenti, čili 19 mužů (38,8 %) a 15 žen (26,8 %) se s takovou osobou neseťkali.

Otázka č. 23 Jak byste se zachoval/a při podezření na výskyt poruchy příjmu potravy u kamaráda/spolužáka?



Obrázek 10 Sloupcový graf zachování se při podezření na výskyt PPP

Otázka č. 23 měla zhodnotit, jak by se respondenti, muži (n = 49) a ženy (n=56) zachovali při podezření na výskyt PPP. Největší skupina respondentů by vyhledala pomoc u rodiny, čili 18 mužů (17,1 %) a 33 žen (31,4 %), dále by respondenti hledali pomoc ve škole, nebo u specializované organizace. Z odpovědi jiné, by respondenti nejvíce volili osobní pomoc nemocnému, nebo pomoc od rodiny nemocného či u přátel, či by se o danou situaci nezajímali. Všechny odpovědi na otázku č. 23 jsou zobrazeny ve sloupcovém grafu, představující zastoupení relativních četností v jednotlivých kategoriích u mužů a žen vzhledem k celkovému souboru (n = 105) (Obrázek 10).

Otázka č. 24 Myslíte si, že mohou média (televize, internet) přispívat k rozvoji této nemoci?

Tabulka 28 Přispívání médií k rozvoji PPP

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	42	85,7	54	96,4
ne	7	14,3	2	3,6
Celkem	49	100,0	56	100,0

Tabulka (Tabulka 28) poskytuje přehled odpovědí, kterými muži (n = 49) i ženy (n = 56) odpovídali na dotazníkovou otázku č. 24. Nejvíce respondentů odpovědělo „ano“ a to 42 mužů (85,7 %) 54 žen (96,4 %) a souhlasí tak s tvrzením, že média mohou přispívat k rozvoji PPP. Nejčastěji pak respondenti k odpovědi ano doplňovali, že média propagují nerealistické „ideály krásy“, dále propagují „přípravky na hubnutí“, nebo že na rozvoji PPP přispívají „sociální sítě“. Pouze malý počet respondentů, složený ze 7 mužů (14,3 %) a 2 žen (3,6 %) je toho názoru, že média nemohou přispívat k rozvoji PPP.

Otázka č. 26 Považujete svoje znalosti o poruchách příjmu potravy za dostatečné?

Tabulka 29 Subjektivní pocit znalostí na téma PPP

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	43	87,7	50	89,3
Ano	6	12,3	6	10,7
Celkem	49	100,0	56	100,0

Otázka č. 26 dotazníku zjišťovala, zdali muži (n = 49) a ženy (n = 56) považují své znalosti o PPP za dostatečné. Velká část respondentů – 43 mužů (87,7 %) a 50 žen (89,3 %) označila odpověď „ne“, myslí si tedy, že jejich znalosti nejsou dostatečné. Pouze 6 mužů (12,3 %) a 6 žen (10,7 %) označilo „ano“ ve významu, že si myslí, že jejich znalosti jsou dostatečné. Výsledky této otázky jsou zobrazeny v tabulce (Tabulka 29).

Otázka č. 27 Uvítal/a byste více informací na toto téma?

Tabulka 30 Uvítání více informací o PPP

Odpovědi	muži		ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	35	71,4	18	32,1
Ano	14	28,6	38	67,9
Celkem	49	100,0	56	100,0

Otázka č. 27 se dotazovala respondentů, mužů (n = 49) a žen (n = 56), zdali by uvítali více informací na téma PPP. Dle tabulky (Tabulka 30) lze vyvodit, že převažující část mužů – 35 z nich (71,4 %) jich nemá zájem o více informací na téma PPP a 14 (28,6 %) z nich by další informace uvítali. Ženy naopak prokázaly větší zájem o problematiku PPP, pouze 18 z nich (32,1 %) by další informace neuvítala, ale 38 žen (67,9 %) ano. Nejčastěji by respondenti chtěli více informací, jak pomoci postiženým, znát příznaky a následky PPP.

6 DISKUZE

První průzkumná otázka měla za úkol zmonitorovat výskyt poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie u dospívajících žáků na střední škole, pomocí vyhledávání symptomů PPP na základě první části dotazníkového šetření a určit prevalenci onemocnění. Průzkumný soubor (n = 105) byl rozdělen do kategorie mužů (n = 49) a žen (n = 56). Výsledky byly shrnuty do tabulky (Tabulka 13) do jednotlivých kategorií. Výsledky první části dotazníku zjistily, že 102 respondentů (97,1 %) získalo v dotazníku 0 - 6 bodů a spadalo proto do kategorie „**nízké riziko**“ PPP. Do „**zvýšeného rizika**“ poté spadali 3 respondenti (2,9 %), kteří v dotazníku získali 6,5 - 10 bodů a bylo u nich detekováno četné množství symptomů PPP. Dvěma rizikovými respondenty byly ženy, jedním muž. U respondentů se „zvýšeným rizikem“ jsou ve větší míře pravděpodobné rizikové postoje k jídlu, k vlastnímu tělu a rizikové chování ve vztahu k jídlu nebo nízké hodnoty BMI. Prevalence PPP zjištěná v tomto průzkumném souboru tedy činí **2,9 %**. U rizikových respondentů by bylo vhodné zahájit citlivé preventivní opatření po konzultaci s pedagogy a rodiči.

Podobnou problematikou se zabývá výzkumná práce autora Svobody (2007), kdy autor také vyhledával rizikové respondenty z hlediska PPP pomocí symptomů. V práci byl využit dotazník EAT - 26 (v České republice dotazník zatím není autorizován, je hojně užíván v USA) a hodnoty BMI respondentů. Ve své práci našel 19 respondentů (dívek), z celkového počtu 288 dívek, které dosáhly bodového hodnocení, které bylo ve vyhodnocování dotazníku bráno jako riziková mez pro posuzování PPP. Prevalence výskytu PPP v práci autora Svobody tedy činila **6,6 %** a byla tak vyšší než v této práci (Svoboda, 2007).

Další údaje o prevalenci se liší dle zdroje, který ji uvádí. Podle Koutka (2011) činí prevalence mentální anorexie **0,5 - 1 %** a mentální bulimie **1 - 3 %** (Koutek, 2011). Výsledky první části dotazníkového šetření jsou tedy poměrně odlišné od poznatků autora Svobody, ale již blíže výsledkům prezentovaných dle Koutka (Koutek, 2011; Svoboda, 2007).

Druhá průzkumná otázka měla za úkol porovnat výsledky bodového hodnocení první části dotazníku u mužů a žen. Druhou výzkumnou otázku ilustroval krabicový graf (Obrázek 5), navazující na bodové hodnocení respondentů v tabulce (Tabulka 13). V krabicovém grafu byly patrné rozdíly v bodovém hodnocení. Graf u mužů měl menší hodnotu mediánu i rozptyl. Z výsledků vyplývá, že ženy dosahovaly v bodovém hodnocení vyššího počtu bodů, počítaného do celkové „míry rizika PPP“. Tudiž výsledek koresponduje s faktem, že ženy jsou pro výskyt PPP více rizikové než muži (Krch, 2010).

Vyhodnocení druhé části dotazníkového šetření sloužilo k vyhodnocení **třetí průzkumné otázky**, která sloužila k ozřejmění znalostí žáků o PPP na střední škole. Zjišťováním znalostí žáků a studentů o PPP se zabývá řada výzkumníků ve svých pracích pomocí různorodých dotazníků. Z hlediska výsledků je proto možné porovnávat jednotlivé dotazníkové položky v rámci celého průzkumného souboru (n =105), které se v pracích shodují. Oproti výzkumné práci Alblové (2017), která ve své práci zahrnuje téměř totožný počet respondentů (104) chlapců i dívek ve věku 12 - 15 let, můžeme porovnat dotazníkovou položku č. 13, která zjišťuje, zdali respondenti znají pojem PPP. V předložené diplomové práci pozorujeme pozitivnější výsledky, tedy že celkem 69 respondentů (65,2 %) tento pojem zná, oproti bakalářské práci Alblové, která došla k méně pozitivnímu výsledku, tedy že pouze 36 respondentů (35,0 %) zná tento pojem. Výsledky dotazníkové položky č. 19 se také poměrně lišily. Pojem mentální anorexie znalo 78 respondentů (74,3 %) v porovnání s prací Alblové, kde tento pojem znalo jen 46 respondentů (44,0 %). Znalost pojmu mentální bulimie potvrdilo 83 respondentů (79,1 %), výsledky Alblové udávají 29% znalost respondentů. Výzkumné šetření Alblové mělo nižší průměrný věk respondentů. Dá se usuzovat, že je možné, že se znalosti o PPP zvyšují s věkem, nebo jsou velké rozdíly v zisku informací na základní a střední škole, nebo přímo na konkrétních školách, na kterých byly průzkumy realizovány (Alblová, 2017).

Pro lepší přehlednost byly výsledky jednotlivých otázek bodově ohodnoceny a vznikla tabulka (Tabulka 25), která rozdělila respondenty na skupiny s „**nízkou úrovní znalostí**“ s bodovým ziskem 0 - 4 bodů, do kterého spadali 2 respondenti, tedy 1,9 %. „**Střední úroveň znalostí**“ bylo ohodnoceno 34 respondentů, tedy (32,4 %), kteří získali 5 - 9 bodů. Skupina 69 respondentů (65,7 %) spadala do úrovně „**vysoká úroveň znalosti**“ se ziskem 10 - 13 bodů. Z vyhodnocení výsledků vyplývá, že ač mají studenti v některých znalostech nedostatky, jejich znalosti o poruchách příjmu potravy jsou na dobré úrovni.

Čtvrtá průzkumná otázka se zabývala bodovým srovnáním výsledků 2. části dotazníku u mužů a žen pomocí krabicového grafu (Obrázek 8). Otázka navazuje na bodové hodnocení v 2. části dotazníku (Tabulka 25). Grafy obou pohlaví se poměrně liší, medián u mužů je menší než u žen, liší se i rozptyly u obou kategorií. Z výsledků je patrné, že ženy dosahovaly ve druhé části dotazníku lepšího bodového ohodnocení než muži a dosahovaly lepších výsledků v úrovni znalostí.

Poslední, **pátá průzkumná otázka** (kapitola 5.4) zkoumala subjektivní názory dospívajících žáků na problematiku PPP a zahrnovala v sobě celkem 7 otázek z třetí části dotazníkového šetření. Diskuze uvádí nejvýznamnější zjištění z jednotlivých otázek této průzkumné části

z hlediska celkového souboru respondentů ($n = 105$) po lepší porovnání s jiným výzkumem. Zhruba polovina respondentů, tedy 54 (51,5 %) v odpovědi uvedla jako zdroj informací o PPP školu. Fidlerová (2013) ve své práci zkoumala některé stejné otázky na vzorku 57 mužů a žen. Fidlerová ve své práci uvádí podobné, 47% zastoupení respondentů, kteří získali informace o PPP ze školy. Celkem 90 respondentů (85,7 %) uvedlo, že probírali PPP v rámci studia ve škole. Zřejmě tedy většina respondentů sice absolvovala hodinu ve škole zaměřenou na PPP, nicméně část z nich za hlavní zdroj vědomostí považuje něco jiného než školu, například právě média. Zajímavým zjištěním je, že značné zastoupení 71 respondentů (67,6 %) se někdy setkalo s osobou, která trpěla, či trpí PPP. Fidlerová uvádí menší procentuální zastoupení takových respondentů (53,0 %) (Fidlerová, 2013).

Celkem 51 respondentů (48,6 %) by hledalo pomoc při podezření na výskyt PPP u kamaráda či spolužáka u své rodiny. Z tohoto zjištění je patrné, že je vhodná dostatečná informovanost o PPP nejen ve školách, ale také v rodinách. Velká skupina respondentů (91,4 %) spadá do nejpočetnější skupiny, která si myslí, že ke vzniku PPP mohou přispívat média. Média se tak mohou stát jak hrozbou, které vznik PPP mohou podněcovat, zároveň jsou však pro řadu respondentů zdrojem cenných informací o této problematice. Alarmujícím zjištěním se stala skutečnost, že 93 respondentů (88,6 %) se domnívá, že jejich znalosti o PPP nejsou dostatečné. Nicméně pouze 52 z nich (49,5 %) by uvítala více informací na toto téma. Z výsledků tohoto šetření vyplývá, že ač si je tato skupina respondentů vědoma mezer v informovanosti o PPP, převládá nízký zájem o získání dalších informací. Důležitá je jistě proto i vhodná forma podání informací a to zejména u tak citlivé skupiny, jakou jsou adolescenti.

6.1 Limity práce

Výsledky **první části** dotazníkového šetření, tedy stanovení rizikových respondentů z hlediska PPP a stanovení prevalence, nelze považovat za diagnostiku PPP. Je nutné zmínit, že výsledky průzkumu jsou pouze orientační. Prevalence navíc nerozlišuje rozdíl mezi mentální anorexií a bulimií, snaží se spíše upozornit na možnost výskytu problému u rizikových jedinců. Je potřeba brát v úvahu anonymní získání informací o respondentech. Před samotnou diagnostikou je vždy nutné pozitivní výsledky ověřit lékařem. Odpovědi respondentů také nemusí být pravdivé. Především diagnóza mentální anorexie s sebou může nést disimulaci, do odpovědí může být naopak zanesena i simulace. Při hodnocení výsledků musí být počítáno i s faktem, že některé dotazníky nebyly kompletně vyplněny a tím pádem byly vyřazeny z dalšího vyhodnocení. V souboru vyřazených respondentů se tak mohly vyskytovat jak respondenti s pozitivními, tak negativními výsledky, které by mohly ovlivnit

celkový výsledek dotazníkového šetření. Při posuzování **druhé části dotazníků**, čili znalostí žáků musí být brán v potaz fakt, že někteří studenti již mohli projít předmětem, ve kterém se PPP probírají a jiní nikoliv. Limitací výzkumu by mohla být i náročnost vyplnění dotazníku a jeho délka.

7 ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy, tedy mentální anorexie a mentální bulimie, kterými se tato práce zabývala, představují velmi závažné bio – psycho - sociální onemocnění, postihující nejčastěji mladé ženy a dívky mezi 14. - 15. a 17. - 18. rokem. Nevyhýbá se však ani chlapcům a mužům, kteří byli z tohoto důvodu také zařazeni do dotazníkového šetření. Obě nemoci se mohou prolínat, mentální anorexie často přechází do mentální bulimie, která se může vyskytovat i v pozdní adolescenci nebo v dospělosti. Diagnostika nemoci může být zastíněna častou disimulací pacientů. Nemoc má řadu rizikových faktorů, které mohou vést k jeho vzniku. Onemocnění provází řada symptomů, především narušený vztah k vlastnímu tělu a jídelním návykům a úmyslné snižování tělesné hmotnosti různými prostředky. Stravování se může stát pro nemocné téměř „noční můrou“. Stravovací návyky a postoje k jídlu a ideálům krásy jsou jistě ovlivňovány dnešními módními trendy. PPP může provázet řada závažných komplikací, které v nejhorším případě končí až smrtí pacienta, nebo trvalými následky. V problematice PPP má klíčovou úlohu prevence a screening onemocnění. Důležité je následně včasná diagnostika choroby a zahájení adekvátní léčby (Koutek, 2011).

Diplomová práce byla členěna na teoretickou část a průzkumnou část. Teoretická část poskytovala teoretická východiska k řešenému problému, zachycovala aktuální problematiku a upozorňovala na závažnost tématu.

1. cílem průzkumné části diplomové práce bylo zmonitorovat výskyt poruch výživy – mentální anorexie a bulimie u dospívajících žáků ve věkové kategorii 14 - 20 let na střední škole. Dílčím cílem číslo 1 bylo zhodnotit symptomy PPP, určit riziko PPP a prevalenci onemocnění. Z výsledků průzkumu byla stanovena prevalence možného výskytu PPP v této populaci. Ze souboru respondentů (n = 105) dosáhli 3 z nich dostatečný počet bodů pro zařazení do kategorie „zvýšené riziko“, tedy respondenti mají zvýšené riziko výskytu PPP. Hodnota prevalence tedy činí **2,9 %**.

Tato část práce sloužila jako monitoring symptomů PPP vzhledem k poruchám příjmu potravy a vyhodnocení konkrétní situaci na daném gymnáziu. U rizikových pacientů by mělo být zahájeno citlivé preventivní opatření po dohodě s pedagogy a rodiči. Prevence PPP by měla mít své nezastupitelné místo jak v rodinách, tak ve školách, kde žáci tráví nejvíce času. Dílčím cílem číslo 2 bylo porovnat výsledky bodového hodnocení v první části dotazníku u žen a mužů. Z výsledků vyšlo najevo, že výsledky obou skupin se lišily. Ženy dosahovaly vyššího bodového hodnocení v dotazníku než muži.

2. cílem průzkumné části bylo ozřejmit znalosti o problematice mentální anorexie a mentální bulimie u dospívajících žáků ve věkové kategorii 14 – 20 let na střední škole. **Dílčím cílem číslo 3** bylo ozřejmit znalosti žáků o PPP. Tato část práce probíhala pomocí druhé části dotazníku a přinesla poměrně pozitivní zjištění o povědomí studentů o této problematice v daném vzdělávacím zařízení. Otázky v dotazníku byly bodově ohodnoceny a rozděleny do tří vědomostních úrovní. Průzkumná část zjistila, že 2 respondenti, tedy (1,9 %) spadalo do kategorie s „nízkou úrovní znalostí“ s bodovým ziskem 0 - 4 bodů. „Střední úrovní znalostí“ bylo ohodnoceno 34 respondentů (32,4 %), kteří získali 5 - 9 bodů v dotazníku. Dalších 69 respondentů (65,7 %) spadalo do úrovně „vysoká úroveň znalostí“ se ziskem 10 - 13 bodů. Doporučením pro konkrétní vzdělávací zařízení by mohlo být zaměřeni se na problematické otázky, ve kterých respondenti získávali nejméně bodů, tedy například na znalost následků mentální bulimie, nebo znalost organizací na pomoc lidem s PPP (například organizace Anabell). Mohlo by tak být provedeno v rámci přednášky zaměřené na PPP. **Dílčím cílem číslo 4** bylo porovnat výsledky bodového hodnocení v 2. části dotazníku u žen a mužů. Výsledky obou skupin byly odlišné. Z výsledků bylo vyhodnoceno, že ženy si celkově v odpovědích vedly mírně lépe. Dosahovaly v otázkách vyššího bodového hodnocení, tudíž prokázaly v šetření lepší znalosti než muži.

Dílčím cílem číslo 5 bylo ozřejmit subjektivní názory dospívajících žáků na problematiku PPP. Z výsledků vyplynulo, že hlavním zdrojem vědomostí o PPP je pro žáky škola. Mnoho z dotazovaných zná někoho, kdo trpěl či trpí poruchou příjmu potravy. Téměř polovina respondentů by hledala v případě podezření na výskyt PPP u kamaráda či spolužáka pomoc u rodiny a značná část respondentů přikládá vznik PPP médiím.

V praxi je důležitá zejména dostatečná informovanost o PPP a možných rizicích. Problematika prevence by neměla být podceňena jak ve školách, tak ani v domácím prostředí. V současné době není zcela úspěšně řešena prevence PPP. Jak bylo dále zjištěno, velká část respondentů by hledala pomoc při výskytu PPP u rodiny, proto by bylo vhodné prevenci zaměřit i tímto směrem. Dalším doporučením pro praxi je jistě provádění dalších výzkumů na téma poruchy příjmu potravy. Zajímavé by bylo i rozšíření tohoto průzkumného šetření o další množství respondentů a provedení průzkumu na dalších středních školách. Dotazník by mohl sloužit i v dalších vzdělávacích zařízeních pro účely sekundární prevence.

Poruchy příjmu potravy jsou celospolečenským problémem, který nesmí být podceňován. Neměla by být zejména podceňována prevence. PPP by měly být neustále zkoumaným, diskutovaným a publikovaným tématem. Průzkumná část diplomové práce zodpověděla všechny průzkumné otázky. Cíle diplomové práce tak byly splněny.

8 POUŽITÁ LITERATURA

ALBLOVÁ, Lucie. *Poruchy příjmu potravy z pohledu rizikových skupin dětí*. Brno, 2013. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

BEDNÁŘOVÁ, Jana. Podezření na PPP. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010, **20**(6), 15-16. ISSN 120-0404.

BENEŠOVÁ, Dagmar a Lenka MIČOVÁ. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. 1. Praha: Vydavatelství a nakladatelství sdružení MAC, 2003. ISBN 80-86015-91-2.

CASSUTO, Dominique et al. *Když chce dcera hubnout: Rady pro rodiče dospívajících dívek*. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-357-4.

COOPER, Petr. *Bulimie a záchvatovité přejídání: Jak je překonat*. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0706-1.

ČERVENÝ, Rudolf. Obezita. *Postgraduální medicína* [online]. Mladá fronta, 2009, (7) [cit. 2018-03-24]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/obezita-443562>.

FIDLEROVÁ, Kristýna. *Poruchy příjmu po travy – informovanost a prevence u studentů středních škol*. Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.

HEATHER, Thompson-Brenner. *Casebook of Evidence based Therapy for Eating Disorders*. 1. New York: The Guilford press, 2015. ISBN 978-1-4625-2068-8.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod a zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-123-9.

HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

HYNIE, Sixtus. *Farmakologie v kostce*. 2. Praha: Triton, 2011. ISBN 80-7254-181-1.

JONGSMA, Arthur a Timothy BRUCE. *Evidence based treatment planning for eating disorders and obesity*. 1. New Jersey: John Wiley Sons, 2012. ISBN 978-0-470-56861-3.

KOCINOVÁ, Šárka et al. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 6. Praha: Informatorium, 2013. ISBN 9788073330958.

Kolektiv autorů. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2240-5.

KOUTEK, Jiří. Poruchy příjmu potravy. *Česko-slovenská pediatrie*. Praha: ČSL J.E. Purkyně, 2011, **66**(4), 243-246. ISSN 0069-2328.

KOUTEK, Jiří. Poruchy příjmu potravy v historii lidstva. *Bulletin dětské endokrinologie*. Praha: Ipsen Pharma, 2012, **3**(3), 18-19. ISSN 2464-5613.

KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2. Ostrava: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví: Metodika a metodologie výzkumu*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3.

KULHÁNEK, Jan. Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí: Základní informace o poruchách příjmu potravy. *Ideální.cz* [online]. Praha: Psychoterapie anděl Praha, 2015 [cit. 2018-05-02]. Dostupné z: www.pppinfo.cz/info.asp

LADISHOVÁ Lorraine. *Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii, Jak jim předcházet, Jak je léčit*. 1.vyd. Ružomberok: EPOS, 2006. ISBN 80-89191-53-3.

LEBL, Jan. Ikona mentální anorexie. *Bulletin dětské endokrinologie*. Ipsen Pharma: Praha, 2012, **3**(3), 17-18. ISSN 2464-5613.

MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. 1. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava et al. *Klinická výživa v psychiatrii*. 1. Praha: MAXDORF, 2000. ISBN 80-85912-33-3.

NESRSTOVÁ, Marie a Zlatko MARINOV. Léčba obezity může někdy vést k rozvoji mentální anorexie. *Časopis praktických lékařů pro děti a dorost*. 2013, **13**(2), 25-27. ISSN 1213 – 2241.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. Brno: Cerm, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana et al. Anorexie, bulimie a obezita: co mají společného? *Zdravotnictví a medicína*. Praha: Mladá fronta, 2015, (5), 38. ISSN 2336-2987.

PAPEŽOVÁ, Hana. Nové šance pro pacientky s poruchami příjmu potravy. *Zdravotnictví a medicína*. Mladá fronta, 2017, (6), 18. ISSN 2336-2987.

PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy v primární péči u nás. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. Praha: Sdružení praktických lékařů České republiky, 2009, **19**(1), 35-43. ISSN 1212-6152.

PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 2014, **16**(6), 643-649. ISSN 1212-4184.

PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy a obezita: rozvoj nových diagnostických a terapeutických postupů. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 2011, **13**(2), 187-192. ISSN 1212-4184.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh: anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. ISBN 978-80-87142-18-9.

PRAŠKO, Ján et al. *Obecná psychiatrie*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.

PRAŠKO, Ján et al. *Psychiatrie v primární péči*. 1. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2798-4.

ŘEHÁK, J. a BROM, O. *SPSS – Praktická analýza dat*. Brno: Computer press, 2015. ISBN 978-80-251-4609-5.

ŘEZNÍČKOVÁ, Helena a Bohuslav PETŘÍK. Je nárůst nemocných trpících mentální anorexií podmíněn společensky? *Florence*. Praha: Ambit Media, 2016, **12**(7-8), 26-27. ISSN 1801-464X.

STÁRKOVÁ, Libuše. Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. *Pediatric pro praxi*. Praha: Solen, 2009, **10**(3), 299-304. ISSN 1213-0494.

SVOBODA, Jiří. *Dospívání jako rizikové období pro rozvoj poruch příjmu potravy*. České Budějovice, 2007. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.

TOMANOVÁ et al. Více rodinná terapie poruch příjmu potravy v Čechách – pilotní výzkum účinnosti. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2010, **54**(1-6), 407-419. ISSN 0009-062X.

ZAPLETALOVÁ, Anna. Poruchy příjmu potravy – aneb když je jídlo jed i lék. *Florence*. Praha: Ambit Media, 2013, **9**(5), 11-13. ISSN 1801-464X.

9 PŘÍLOHY

Příloha A - <i>Diagnostická kritéria mentální anorexie a bulimie podle MKN- 10</i>	78
Příloha B - <i>Hodnoty BMI</i>	79
Příloha C - <i>Dotazník</i>	80
Příloha D - <i>Podrobné výsledky zisku bodů respondentů v dotazníku</i>	86

Příloha A - Diagnostická kritéria mentální anorexie a bulimie podle MKN - 10

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN- 10 (Praško, 2013, str. 678)

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nespíňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tlouštění, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea (nedostavení se menstruace), u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN- 10 (Praško, 2013, str. 679)

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tlouštění. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

Příloha B - Hodnoty BMI

Hodnoty BMI pro dospělé (Červený, 2009)

Stupeň	BMI (kg/m ²)	Riziko komplikací
podváha	< 18,5	vysoké
normální váha	18,5–24,9	průměrné
nadváha	25,0–29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,0–34,9	střední
obezita II. stupně	35,0–39,9	vysoké
obezita III. stupně	≥ 40	velmi vysoké

Hodnoty BMI pro chlapce a dívky (Marádová, 2007, str. 26)

věk (roky)	Hodnota BMI (kg/m ²)	
	chlapci	dívky
11	16 – 19	16 – 19
12	16,5 – 19,5	17 – 20,5
13	17 – 20	18 – 21
14	18 – 21	18,5 – 22
15	19 – 21	19 – 22
16	19,5 – 22	19,5 – 23
17	20 – 23	20 – 23

Příloha C - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Petra Blažková a jsem studentkou 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií na Univerzitě Pardubice a přicházím za Vámi s prosbou o spolupráci s vyplněním dotazníku, který má za úkol prověřit znalosti studentů o tématu mentální anorexie a bulimie a zmonitorovat riziko jejich výskytu. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce. V případě zájmu je možné zaslat výsledky průzkumu na emailovou adresu, kterou můžete napsat na konec dotazníku. Jeho vyplněním souhlasíte se zařazením do průzkumu. **Pokud není u otázky uvedeno jinak, zatrhněte jednu z nabízených odpovědí, nebo ji vypište do připraveného řádku.**

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Petra Blažková

1. Jste spokojen/a se svou postavou?

- ano
- částečně**
- ne** (z jakého důvodu?).....

2. Omezujete porce jídla nebo některé potraviny kvůli kontrole tělesné hmotnosti?

- ano**
- částečně**
- ne

3. Zabýváte se často myšlenkami na jídlo a svou hmotnost?

- ano**
- částečně**
- ne

4. Jak byste charakterizoval/a svou postavu?

- vychrtlá
- štíhlá
- průměrná
- silnější**
- obézní**

5. Vyzkoušel/a jste někdy nějaký prostředek na hubnutí? (diuretika, anorektika, projímadla, léky na vyvolání zvracení, zvracení po jídle)

- ano** (jaký?)
- ne

6. Cvičíte záměrně pro snižování tělesné hmotnosti?

- ano**
- ne

7. Kolikrát denně se stravujete? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- snídaně**
- svačina
- oběd**
- svačina
- večeře**
- druhá večeře

8. Co se nejčastěji objevuje na Vašem talíři? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- červené maso (hovězí, vepřové)
- bílé maso (kuře, králík)
- ryby
- uzeniny
- ovoce, zelenina**
- luštěniny
- mléčné výrobky plnotučné
- mléčné výrobky nízkotučné**
- těstoviny, brambory, rýže
- pečivo
- slané pochutiny (brambůrky, oříšky)
- sladké pochutiny (čokoláda, sušenky)

9. Hlídáte si svou hmotnost?

- ano** (jakým způsobem?).....
- částečně
- ne

10. Držíte nebo jste držel/a v minulosti dietu za účelem hubnutí?

- ano** (jakou?).....
- ne

11. Trpíte poruchami menstruačního cyklu nebo opožděním puberty?

- ano**
- ne**

12. Víte co je to body mass index (BMI)?

- nástroj sloužící k určení, jestli se hmotnost daného jedince pohybuje v mezích normy**
- nástroj sloužící k měření tělesných proporcí
- nástroj sloužící k zaznamenávání denního příjmu kalorií

13. Víte co je to porucha příjmu potravy? (stručně vysvětlete)

.....

14. Které poruchy příjmu potravy znáte? (prosím vypište)

.....

15. Víte co je to:

a) mentální anorexie? (stručně vysvětlete)

.....

b) mentální bulimie? (stručně vysvětlete)

.....

16. V jakém rozmezí se vyskytuje typický rizikový věk pro vznik: (můžete zaškrtnout více odpovědí)

a) mentální anorexie?

- 8 - 12 let
- 13 - 20 let**
- 21 - 30 let
- 31 - 40 let

b) mentální bulimie? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- 8 - 12 let
- 13 - 20 let**
- 21 – 30 let**
- 31 - 40 let

17. Znáte možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy? (stručně vysvětlete).

.....

18. Jaké typické projevy může mít: (můžete zaškrtnout více odpovědí)

a) mentální anorexie?

- úbytek hmotnosti**
- poruchy metabolismu**
- střídání přejídání a zvracení
- extrémní sportovní nasazení**
- jiné

b) mentální bulimie:

- odmítání potravy
- záchvatovitě přejídání a úmyslné vyvolávání zvracení**
- úmyslné vyvolávání průjmu**
- užívání látek k hubnutí**
- jiné

19. Znáte typické možné následky: (můžete zaškrtnout více odpovědí)

a) mentální anorexie?

- poruchy menstruačního cyklu, neplodnost**
- kožní, hematologické poruchy**
- psychické poruchy**
- potíže soustředit se, náladovost**
- zácpa, nadýmání**
- selhání ledvin**
- jiné

b) mentální bulimie?

- vypadávání zubů a nehtů
- slepota
- oteklé tváře, problémy s pletí
- záněty žaludku, vředy, podráždění jícnu
- nízký krevní tlak, zpomalený tep
- poruchy menstruačního cyklu, neplodnost
- jiné

20. Odkud jste získal/a informace o tomto tématu?

.....

21. Probírali jste toto téma v rámci výuky?

- ano (v jaké předmětu?)
- ne

22. Setkal/a jste se osobně s někým kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy?

- ano
- ne

23. Jak byste se zachoval/a při podezření na výskyt poruchy příjmu potravy u kamaráda/spoluzáka?

- hledala bych pomoc ve škole
- hledala bych pomoc u rodiny
- hledala bych pomoc u specializované organizace
- jiné

24. Myslíte si, že mohou média (televize, internet) přispívat k rozvoji této nemoci?

- ano (jak?)
- ne

25. Znáte nějaké organizace, které se zabývají pomocí lidem s poruchami příjmu potravy?

- ano (jaké?)
- ne

26. Považujete svoje znalosti o poruchách příjmu potravy za dostatečné?

- ano
- ne

27. Uvítal/a byste více informací na toto téma?

- ano (čeho by se měly týkat?)
- ne

Osobní údaje:

- muž
- žena

věk: výška: tělesná hmotnost:

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku

respondent č.	pohlaví	otázka č. 1	otázka č.2	otázka č.3	otázka č.4	otázka č.5	otázka č.6
37	žena	1	0	0,5	0	0	1
38	muž	0,5	1	0,5	1	0	1
39	žena	1	1	0,5	0	0	0
40	žena	0,5	0,5	0,5	1	0	1
41	žena	1	0,5	0	0	1	1
42	žena	0,5	1	0	1	0	1
43	muž	1	0,5	0	0	0	0
44	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	0
45	žena	0	0,5	0	0	1	0
46	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	0
47	muž	1	0,5	0	1	0	0
48	muž	0,5	0,5	0	0	0	0
49	muž	0	0,5	0,5	0	0	0
50	žena	0	0,5	0,5	0	0	0
51	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
52	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
53	žena	0,5	1	0,5	0	0	0
54	žena	1	0,5	0,5	0	0	1
55	muž	0	0,5	0,5	0	0	0
56	muž	0,5	1	0,5	1	0	1
57	muž	1	1	0,5	1	0	1
58	žena	1	1	0,5	0	1	1
59	žena	0	0,5	0	0	0	1
60	muž	1	0	0,5	0	0	1
61	muž	0	1	0,5	0	0	0
62	žena	1	0	0	0	0	0
63	muž	0,5	0,5	1	0	0	0
64	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	1
65	muž	0,5	0	0,5	0	0	0
66	žena	0,5	0	0	0	0	0
67	žena	0	0	0,5	0	0	0
68	muž	1	0,5	1	0	0	0
69	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
70	žena	0,5	0,5	0,5	0	0	0
71	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
72	žena	0,5	0	0	0	0	0
73	žena	0	1	0	0	0	0
74	žena	0	1	1	0	0	1
75	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
76	muž	0	0,5	0,5	0	0	0

Příloha D - Podrobné výsledky zisku bodů respondentů v dotazníku

Podrobné výsledky zisku bodů respondentů otázky 1-6

respondent č.	pohlaví	otázka č. 1	otázka č.2	otázka č.3	otázka č.4	otázka č.5	otázka č.6
1	muž	0,5	0,5	0	0	0	0
2	muž	0	0,5	0,5	0	0	1
3	muž	0,5	0	0,5	0	0	0
4	muž	1	0,5	0,5	1	0	0
5	muž	0,5	0	0,5	1	0	0
6	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
7	muž	1	0,5	0,5	0	0	0
8	žena	0,5	0	0,5	0	1	1
9	žena	0,5	1	0,5	0	1	1
10	žena	0,5	0,5	0	0	0	1
11	muž	0	0,5	0,5	0	0	0
12	muž	0,5	0,5	1	0	0	1
13	žena	0,5	1	0	0	0	0
14	žena	1	1	0,5	0	0	1
15	žena	0,5	0,5	0,5	1	0	1
16	žena	0,5	0,5	0,5	0	0	0
17	muž	0,5	0,5	1	0	0	0
18	žena	0,5	0,5	0,5	0	0	1
19	muž	0	0,5	0,5	0	0	1
20	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	0
21	muž	0,5	0,5	0,5	1	1	0
22	muž	0,5	0	0,5	0	0	0
23	muž	0,5	0,5	0	0	0	0
24	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	0
25	žena	0	0,5	0	1	0	0
26	žena	0	0	0	0	0	0
27	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
28	žena	1	1	0,5	0	0	0
29	žena	0,5	0,5	0,5	0	0	1
30	žena	0,5	0	0	0	0	1
31	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
32	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
33	žena	0	0	0,5	0	0	0
34	muž	0	0	0,5	0	0	0
35	žena	0	0,5	0,5	0	0	0
36	žena	0,5	0,5	0	0	0	0

respondent č.	pohlaví	otázka č. 1	otázka č.2	otázka č.3	otázka č.4	otázka č.5	otázka č.6
77	muž	0,5	0,5	0,5	1	0	0
78	žena	0,5	0,5	0	0	0	1
79	žena	0,5	0,5	0,5	0	0	0
80	žena	1	1	0	0	0	1
81	žena	0	0	0	0	0	0
82	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	0
83	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	0
84	muž	0	0,5	0,5	0	0	0
85	muž	1	0,5	0,5	1	0	0
86	muž	0,5	0,5	0	0	0	0
87	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
88	muž	0,5	1	0,5	0	0	1
89	žena	0,5	0,5	0	0	0	1
90	muž	0	0	0,5	0	0	0
91	muž	0	1	0,5	0	0	0
92	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	0
93	žena	0,5	1	0,5	1	0	1
94	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	0
95	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	0
96	muž	0,5	0,5	0,5	0	0	0
97	žena	0,5	1	1	0	0	1
98	žena	0,5	0,5	0,5	0	0	0
99	muž	0,5	1	0,5	0	0	0
100	muž	0	0,5	0,5	0	0	1
101	žena	0,5	0,5	1	0	0	0
102	žena	0,5	0,5	0	0	0	0
103	žena	0,5	0,5	1	0	0	0
104	žena	1	1	0,5	0	0	0
105	muž	1	1	1	0	0	1

Podrobné výsledky zisku bodů respondentů otázky 7-11

respondent č.	pohlaví	otázka č.7	otázka č.8	otázka č.9	otázka č.10	otázka č. 11	optimální hmotnost
1	muž	1	0	0	0	0	0
2	muž	0	0	0,5	0	0	0
3	muž	0	0	0	0	0	0
4	muž	0	0	1	1	0	0
5	muž	0	0	0,5	0	0	0
6	žena	0	0	0,5	0	0	0

respondent č.	pohlaví	otázka č.7	otázka č.8	otázka č.9	otázka č.10	otázka č. 11	optimální hmotnost
7	muž	0	0	0	0	0	0
8	žena	0	0	1	1	0	1
9	žena	1	0	0	1	0	0
10	žena	0	0	0	0	0	0
11	muž	0	0	0	0	0	0
12	muž	0	0	0	0	0	0
13	žena	1	0	0	0	0	2
14	žena	0	0	1	1	0	0
15	žena	1	0	1	0	0	0
16	žena	0	0	0	0	0	0
17	muž	0	0	0	0	0	2
18	žena	0	0	0,5	0	0	0
19	muž	0	0	1	0	0	0
20	muž	1	0	0	0	0	0
21	muž	1	0	1	1	0	0
22	muž	0	0	0	0	0	0
23	muž	1	0	0	0	0	0
24	muž	0	0	1	1	0	0
25	žena	0	0	0,5	0	0	0
26	žena	0	0	0,5	0	0	0
27	žena	0	0	0,5	0	0	0
28	žena	1	0	0	0	0	0
29	žena	1	1	0	1	0	2
30	žena	0	0	0	0	0	0
31	žena	1	0	1	1	0	0
32	žena	0	0	0,5	0	0	0
33	žena	0	0	0	0	0	0
34	muž	0	0	0	0	0	0
35	žena	0	0	0,5	1	0	0
36	žena	0	0	1	1	0	0
37	žena	0	0	1	0	0	0
38	muž	0	0	0	1	0	0
39	žena	0	0	0,5	1	0	0
40	žena	0	0	1	1	0	0
41	žena	0	0	1	1	0	0
42	žena	0	0	0,5	0	0	0
43	muž	0	0	0	0	0	0
44	muž	0	0	0	0	0	1
45	žena	0	0	1	1	0	0
46	muž	0	0	0	0	0	0
47	muž	1	0	0,5	0	0	0

respondent č.	pohlaví	otázka č.7	otázka č.8	otázka č.9	otázka č.10	otázka č. 11	optimální hmotnost
48	muž	1	0	0,5	0	0	0
49	muž	0	0	1	0	0	0
50	žena	0	0	0	0	0	0
51	žena	0	0	0	0	0	0
52	žena	0	0	0	0	0	0
53	žena	0	0	0,5	1	0	0
54	žena	0	0	0,5	0	0	0
55	muž	0	0	0	0	0	0
56	muž	0	0	0,5	0	0	0
57	muž	0	0	0,5	0	0	0
58	žena	0	0	1	1	0	2
59	žena	0	0	0	0	0	0
60	muž	0	0,5	0,5	1	0	0
61	muž	0	0	0	0	0	0
62	žena	0	0	0	0	0	2
63	muž	0	0	0	0	0	0
64	muž	0	0	0	0	0	0
65	muž	1	0	0,5	0	0	0
66	žena	1	0	0,5	1	0	0
67	žena	1	0	0	0	0	0
68	muž	0	0	0,5	0	0	0
69	žena	1	0	0,5	0	0	0
70	žena	0	0	0,5	0	0	0
71	žena	0	0	0,5	0	0	0
72	žena	0	0	0,5	0	0	0
73	žena	1	0	0	1	0	2
74	žena	0	0	0	0	0	1
75	žena	0	0	0,5	0	0	0
76	muž	0	0	0,5	1	0	0
77	muž	1	0	0	1	0	0
78	žena	0	0	0	0	0	0
79	žena	0	0	0	0	0	0
80	žena	0	0	0,5	1	0	0
81	žena	0	0	0,5	0	0	0
82	muž	0	0	0	0	0	0
83	muž	0	0	0	0	0	0
84	muž	0	0	0	0	0	2
85	muž	0	0	1	1	0	0
86	muž	0	0	0,5	0	0	0
87	žena	0	0	0	1	0	0
88	muž	0	0	0	0	0	0

respondent č.	pohlaví	otázka č.7	otázka č.8	otázka č.9	otázka č.10	otázka č. 11	optimální hmotnost
89	žena	0	0	0	1	0	0
90	muž	1	0	0,5	0	0	0
91	muž	0	0	0,5	0	0	0
92	muž	1	0	0	0	0	0
93	žena	0	0	0,5	1	0	0
94	muž	0	0	0	0	0	0
95	muž	0	0	0	0	0	0
96	muž	0	0	0,5	0	0	0
97	žena	0	0	0,5	0	0	0
98	žena	0	0	0	0	0	0
99	muž	0	0	0	0	0	0
100	muž	0	0	0	1	0	0
101	žena	0	0	0	1	0	0
102	žena	0	0	0	0	0	0
103	žena	0	0	0	0	0	0
104	žena	0	0	0	0	0	0
105	muž	0	0	0,5	1	0	0

Podrobné výsledky zisku bodů respondentů otázky 12-17

respondent č.	pohlaví	otázka č. 12	otázka č. 13	otázka č. 14	otázka č. 15 a	otázka č. 15 b	otázka č. 16 a	otázka č. 16 b	otázka č. 17
1	muž	1	0	0	1	1	1	1	1
2	muž	1	1	0	1	1	1	1	1
3	muž	1	1	0	1	1	1	1	1
4	muž	1	1	1	1	0	1	1	1
5	muž	1	1	1	0	0	1	1	1
6	žena	1	0	0	1	1	1	1	1
7	muž	1	0	0	1	1	1	1	1
8	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
9	žena	1	1	1	0	0	1	1	1
10	žena	1	0	1	1	1	1	1	1
11	muž	1	0	1	0	0	1	1	0
12	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
13	žena	1	1	1	0	1	1	1	1
14	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
15	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
16	žena	0	1	1	1	1	1	1	1
17	muž	0	0	0	1	1	1	1	0
18	žena	0	0	1	1	1	1	1	1
19	muž	1	1	1	1	1	1	1	1

respondent č.	pohlaví	otázka č. 12	otázka č. 13	otázka č. 14	otázka č. 15 a	otázka č. 15 b	otázka č. 16 a	otázka č. 16 b	otázka č. 17
20	muž	1	1	0	1	1	1	1	1
21	muž	0	1	1	1	0	1	1	1
22	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
23	muž	0	0	1	1	1	1	1	1
24	muž	0	0	1	1	1	1	1	1
25	žena	1	0	1	1	1	1	1	1
26	žena	0	1	1	0	0	1	1	1
27	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
28	žena	1	0	1	1	1	1	1	1
29	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
30	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
31	žena	1	1	1	0	1	1	1	1
32	žena	1	0	1	0	1	1	1	1
33	žena	1	0	1	0	0	1	1	1
34	muž	0	0	1	0	1	1	1	1
35	žena	1	1	1	0	1	1	1	1
36	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
37	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
38	muž	1	1	1	0	1	1	1	1
39	žena	1	1	0	1	1	1	1	1
40	žena	1	0	1	1	1	1	1	1
41	žena	1	0	1	1	1	1	1	1
42	žena	1	1	1	0	0	1	1	1
43	muž	1	1	1	0	1	1	1	1
44	muž	1	1	1	1	1	1	0	1
45	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
46	muž	1	0	1	1	1	1	1	1
47	muž	1	0	0	1	1	1	1	0
48	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
49	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
50	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
51	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
52	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
53	žena	0	0	1	1	1	1	1	0
54	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
55	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
56	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
57	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
58	žena	1	1	1	1	1	1	1	1

respondent č.	pohlaví	otázka č. 12	otázka č. 13	otázka č. 14	otázka č. 15 a	otázka č. 15 b	otázka č. 16 a	otázka č. 16 b	otázka č. 17
59	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
60	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
61	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
62	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
63	muž	0	0	0	0	0	1	1	0
64	muž	1	0	1	1	1	1	1	1
65	muž	0	0	0	0	0	1	1	1
66	žena	1	1	1	1	1	1	1	0
67	žena	1	1	1	0	1	1	1	1
68	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
69	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
70	žena	0	0	1	1	1	1	1	1
71	žena	1	0	1	0	1	1	1	1
72	žena	1	1	1	0	1	1	1	1
73	žena	1	1	1	0	1	1	1	1
74	žena	1	1	1	0	1	1	1	1
75	žena	1	0	0	0	0	1	1	1
76	muž	1	0	0	1	0	1	1	0
77	muž	0	1	1	1	1	1	1	1
78	žena	1	1	1	1	0	1	1	1
79	žena	1	0	1	1	1	0	1	1
80	žena	1	0	1	1	1	1	1	1
81	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
82	muž	1	1	0	1	0	1	1	1
83	muž	0	1	0	1	0	1	1	1
84	muž	0	1	1	1	1	1	1	1
85	muž	1	0	0	1	1	1	1	1
86	muž	1	0	1	1	1	1	1	1
87	žena	1	1	1	1	0	1	1	1
88	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
89	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
90	muž	0	1	1	1	1	1	1	1
91	muž	0	0	1	1	0	1	0	0
92	muž	0	0	1	0	1	1	1	1
93	žena	1	0	1	1	1	1	1	1
94	muž	1	0	1	1	1	1	1	1
95	muž	1	0	1	1	1	1	1	1
96	muž	1	1	1	1	1	1	1	1
97	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
98	žena	1	1	1	1	1	1	1	1
99	muž	1	1	1	1	0	1	1	1

respondent č.	pohlaví	otázka č. 12	otázka č. 13	otázka č. 14	otázka č. 15 a	otázka č. 15 b	otázka č. 16 a	otázka č. 16 b	otázka č. 17
100	muž	0	1	0	1	0	1	1	1
101	žena	0	1	1	0	0	1	1	1
102	žena	1	0	1	0	0	0	1	1
103	žena	1	1	1	0	0	0	1	1
104	žena	0	1	0	0	1	0	1	0
105	muž	0	1	0	0	1	0	1	0

Podrobné výsledky zisku bodů respondentů otázky 18-19 a 25

respondent č.	pohlaví	otázka č. 18 a	otázka č. 18 b	otázka č. 19 a	otázka č. 19 b	otázka č. 25
1	muž	0	1	1	0	0
2	muž	1	1	1	0	1
3	muž	1	1	1	1	1
4	muž	1	0	1	0	1
5	muž	1	0	0	1	0
6	žena	1	1	1	1	0
7	muž	1	1	1	1	0
8	žena	1	1	1	0	0
9	žena	1	1	1	0	0
10	žena	1	1	1	1	0
11	muž	1	1	1	1	0
12	muž	0	1	1	0	0
13	žena	1	0	1	0	0
14	žena	1	0	1	0	0
15	žena	1	1	1	0	0
16	žena	1	1	1	0	0
17	muž	1	1	0	1	0
18	žena	1	1	1	0	0
19	muž	1	1	1	0	1
20	muž	1	1	1	1	0
21	muž	0	1	1	0	0
22	muž	1	1	1	0	0
23	muž	1	0	1	0	0
24	muž	1	1	1	0	0
25	žena	1	1	1	0	0
26	žena	1	0	1	0	0
27	žena	0	1	1	0	0
28	žena	0	1	1	1	0
29	žena	1	1	1	0	0

respondent č.	pohlaví	otázka č. 18 a	otázka č. 18 b	otázka č. 19 a	otázka č. 19 b	otázka č. 25
30	žena	0	1	1	0	0
31	žena	1	1	1	0	0
32	žena	1	0	1	0	0
33	žena	1	1	1	0	0
34	muž	1	0	1	0	0
35	žena	1	1	1	0	0
36	žena	1	1	1	0	0
37	žena	1	1	1	1	0
38	muž	1	1	1	0	0
39	žena	1	1	1	1	0
40	žena	1	1	1	1	0
41	žena	1	1	1	0	0
42	žena	1	1	1	0	0
43	muž	1	1	0	0	0
44	muž	0	1	1	1	0
45	žena	1	1	1	1	0
46	muž	1	1	1	1	1
47	muž	1	1	0	1	1
48	muž	1	1	1	0	0
49	muž	1	1	1	0	0
50	žena	1	1	1	0	0
51	žena	1	1	1	1	1
52	žena	1	1	1	1	1
53	žena	1	1	1	1	0
54	žena	1	1	1	1	1
55	muž	1	1	1	1	0
56	muž	1	1	1	1	0
57	muž	1	0	1	0	0
58	žena	1	1	1	0	0
59	žena	1	1	1	0	1
60	muž	1	1	0	1	0
61	muž	1	1	1	0	0
62	žena	1	1	1	0	0
63	muž	1	1	1	0	0
64	muž	1	1	1	1	0
65	muž	0	0	1	1	0
66	žena	1	1	1	1	0
67	žena	1	1	1	0	1
68	muž	1	1	0	0	0
69	žena	1	1	1	0	0

respondent č.	pohlaví	otázka č. 18 a	otázka č. 18 b	otázka č. 19 a	otázka č. 19 b	otázka č. 25
70	žena	1	0	1	1	0
71	žena	1	1	1	0	0
72	žena	1	0	1	0	0
73	žena	1	1	1	0	1
74	žena	0	1	1	1	0
75	žena	1	1	1	0	0
76	muž	1	1	1	0	0
77	muž	1	1	0	1	1
78	žena	1	1	1	0	0
79	žena	1	1	1	1	0
80	žena	1	1	1	1	0
81	žena	1	1	1	1	0
82	muž	1	1	1	1	0
83	muž	1	1	1	1	0
84	muž	1	1	1	0	0
85	muž	1	1	1	0	0
86	muž	1	1	0	1	0
87	žena	1	0	1	1	0
88	muž	1	1	1	0	0
89	žena	1	1	0	1	0
90	muž	1	1	0	0	0
91	muž	1	0	0	1	0
92	muž	1	1	1	0	0
93	žena	1	0	1	1	0
94	muž	1	1	1	1	0
95	muž	1	1	1	1	0
96	muž	1	1	1	1	0
97	žena	1	1	1	1	0
98	žena	1	1	1	1	0
99	muž	0	1	1	1	0
100	muž	0	1	0	0	0
101	žena	0	0	0	0	0
102	žena	0	0	0	0	0
103	žena	0	0	1	0	0
104	žena	0	1	0	0	1
105	muž	0	0	0	0	1

Celkový počet bodů otázka 1-11, 12-19 a 25

respondent č.	pohlaví	celkový počet bodů otázky 1-11	celkový počet bodů otázky 12- 19, 25
1	muž	2	8
2	muž	2,5	11
3	muž	1	12
4	muž	5	10
5	muž	2,5	8
6	žena	1,5	10
7	muž	2	10
8	žena	6	11
9	žena	6	9
10	žena	2	11
11	muž	1	8
12	muž	3	10
13	žena	4,5	9
14	žena	5,5	10
15	žena	5,5	11
16	žena	1,5	10
17	muž	4	7
18	žena	3	9
19	muž	3	12
20	muž	2,5	11
21	muž	6,5	8
22	muž	1	11
23	muž	2	8
24	muž	3,5	9
25	žena	2	10
26	žena	0,5	7
27	žena	1,5	10
28	žena	3,5	10
29	žena	7,5	11
30	žena	1,5	10
31	žena	4	10
32	žena	1,5	8
33	žena	0,5	8
34	muž	0,5	7
35	žena	2,5	10
36	žena	3	11
37	žena	3,5	12
38	muž	5	10

respondent č.	pohlaví	celkový počet bodů otázky 1-11	celkový počet bodů otázky 12- 19, 25
39	žena	4	11
40	žena	5,5	11
41	žena	5,5	10
42	žena	4	9
43	muž	1,5	9
44	muž	2,5	10
45	žena	3,5	12
46	muž	1,5	12
47	muž	4	9
48	muž	2,5	11
49	muž	2	11
50	žena	1	11
51	žena	1	13
52	žena	1	13
53	žena	3,5	9
54	žena	3,5	13
55	muž	1	12
56	muž	4,5	12
57	muž	5	10
58	žena	8,5	11
59	žena	1,5	12
60	muž	4,5	11
61	muž	1,5	11
62	žena	3	11
63	muž	2	5
64	muž	2,5	11
65	muž	2,5	5
66	žena	3	11
67	žena	1,5	11
68	muž	3	10
69	žena	2,5	11
70	žena	2	9
71	žena	1,5	9
72	žena	1	9
73	žena	4	11
74	žena	4	10
75	žena	1,5	7
76	muž	2,5	7
77	muž	4,5	11

respondent č.	pohlaví	celkový počet bodů otázky 1-11	celkový počet bodů otázky 12- 19, 25
78	žena	2	10
79	žena	1,5	10
80	žena	4,5	11
81	žena	0,5	12
82	muž	1,5	11
83	muž	1,5	9
84	muž	3	10
85	muž	5	9
86	muž	1,5	10
87	žena	2	10
88	muž	3	11
89	žena	3	11
90	muž	2	9
91	muž	2	5
92	muž	2,5	8
93	žena	5,5	10
94	muž	1,5	11
95	muž	1,5	11
96	muž	2	12
97	žena	4	12
98	muž	1,5	12
99	muž	2,5	10
100	žena	3	6
101	žena	3	5
102	muž	1	4
103	muž	2	6
104	žena	2,5	5
105	žena	5,5	4