

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Kristýna Fidlerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Poruchy příjmu potravy – informovanost a prevence u studentů středních škol

Kristýna Fidlerová

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Fidlerová**
Osobní číslo: **Z11294**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Poruchy příjmu potravy - informovanost a prevence u studentů středních škol (pre-test, edukace, post-test)**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

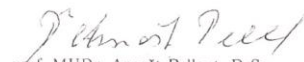
1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných záměrů.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Příprava a výzkumné šetření.
5. Sběr, zpracování a interpretace dat.
6. Zhodnocení práce, závěrečná diskuze a závěr.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. KRCH, F. D. a kol. Poruchy příjmu potravy. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
2. MADÁROVÁ, E. Poruchy příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
3. PAPEŽOVÁ, H. a kol. Spektrum poruch příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-2425-6.
4. PAPEŽOVÁ, H. Anorexia nervosa. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8.
5. PAPEŽOVÁ, H. Bulimia nervosa. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 80-85121-81-6.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Linda Říhová
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 12. září 2013
Termín odevzdání bakalářské práce: 29. listopadu 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. září 2013

Prohlašuji:

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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích 28.11 2013

Kristýna Fidlerová

Poděkování

Děkuji Mgr. Lindě Říhové, za ochotu vedení práce, za cenné rady, podněty a připomínky. Děkuji také zaměstnancům a studentům středních škol, kteří spolupracovali při získávání dat pro výzkumnou část mé bakalářské práce.

Mé poděkování nelze nevyslovit rodině a přátelům, kteří mi byli oporou při studiu.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku poruch příjmu potravy. Teoretická část práce se zabývá historií poruch příjmu potravy, charakteristikou jednotlivých typů onemocnění, prevencí, léčbou a edukací, jenž sehraává významnou roli v empirické části. Empirickou část tvoří analýza dvoufázového výzkumného šetření dotazníkovou metodou v kombinaci s edukační metodou ve formě přednášky. Studentům byl předložen dotazník k vyplnění, poté následovala edukace a s měsíčním odstupem následovalo opětovné šetření. Data byla porovnáována v jednotlivých analýzách dotazníkových položek. U studentů vybraných středních škol byly zjištěny, teoretické znalosti, názory, postoje a životní zkušenosti k danému tématu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy, mentální bulimie, mentální anorexie, edukace, adolescent, prevence

TITLE

Eating disorders – information and prevention of secondary school students

ANNOTATION

Bachelor's thesis is focused on eating disorders. The theoretical part concentrates on the history of eating disorders, mainly characteristics of individual types of diseases, prevention, treatment and education which play an important role in the empirical part. The empirical part is created by an analysis of two-phase research questionnaire method in a combination with educational method in a form of a lecture. Students were given a questionnaire to fill and then there was education that followed and with a month time there was a re-investigation. I have compared the obtained data in particular analysis of questionnaire items. Theoretical knowledge, opinions, attitudes and life experience have been detected on the topic at students of selected secondary schools.

KEYWORDS

Eating disorders, mental bulimia, mental anorexia, education, adolescent, prevention

Obsah

Úvod	11
Cíl bakalářské práce.....	12
I. Teoretická část.....	13
1 Historie poruch příjmu potravy	13
2 Definice poruch příjmu potravy.....	14
3 Charakteristika a rozdělení poruch příjmu potravy	15
3.1 Mentální anorexie.....	15
3.2 Mentální bulimie	18
3.3 Obezita	20
3.4 Obezita v dětském a dorostovém věku.....	20
3.5 Nespecifické a atypické poruchy příjmu potravy.....	21
3.6 Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících	22
5 Prevence poruch příjmu potravy.....	23
5 Léčba poruch příjmu potravy.....	25
6 Edukační proces.....	27
II. Výzkumná část	29
7 Metodika výzkumu	30
8 Zhodnocení a analýza dat	32
9 Diskuse	53
10 Závěr.....	56
11 Soupis bibliografických citací	58
Seznam příloh	62
Přílohy.....	63

Seznam tabulek

Tab. 1 Tabulka týkající se pohlaví v dotazníkovém šetření	32
Tab. 2 Tabulka týkající se stavu výživy u respondentů	33
Tab. 3 Tabulka týkající se výpočtu BMI.....	35
Tab. 4 Tabulka týkající se vysvětlení pojmu mentální anorexie	38
Tab. 5 Tabulka týkající se věkového výskytu mentální anorexie v populaci.....	39
Tab. 6 Tabulka týkající se definice mentální bulimie	42
Tab. 7 Tabulka týkající se výskytu mentální bulimie v České republice.....	44
Tab. 8 Tabulka týkající se jednotlivých příznaků mentální bulimie	45
Tab. 9 Tabulka týkající se setkání respondentů s nemocným, který trpěl PPP.....	49
Tab. 10 Tabulka týkající se zájmu o informace o PPP.....	49
Tab. 11 Tabulka týkající se dietního opatření u respondentů	52

Seznam obrázků

Obr. 1 Graf týkající se věkového zastoupení respondentů	32
Obr. 2 Graf týkající se definice BMI	34
Obr. 3 Graf týkající se definice diety	36
Obr. 4 Graf týkající se jednotlivých onemocnění, které patří do skupiny PPP	37
Obr. 5 Graf týkající se výskytu mentální anorexie v ČR	40
Obr. 6 Graf týkající se tělesných příznaků mentální anorexie	41
Obr. 7 Graf týkající se výskytu věkových skupin u mentální bulimie	43
Obr. 8 Graf týkající se léčby PPP.....	46
Obr. 9 Graf týkající se organizací zabývajících se péčí o nemocné s PPP.....	47
Obr. 10 Graf týkající se zdrojů informací o PPP.....	48
Obr. 11 Graf týkající se subjektivních znalostí respondentů	50
Obr. 12 Graf týkající se spokojenosti respondentů se svým vzhledem.....	51
Obr. 13 Graf týkající se bodového hodnocení znalostí respondentů.....	52

Seznam zkratek

abs. čet.	absolutní četnost
BMI	body mass index
IPT	interpersonální terapie
KBT	kognitivně – behaviorální terapie
kJ	kilojoul
K/P	klient/pacient
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	poruchy příjmu potravy
Rel. čet.	relativní četnost
SSRI	selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu

Úvod

„Když člověk umí vnímat krásu, nemůže spáchat nic zlého“

Mathieu Carrière

Poruchy příjmu potravy jsou v mnoha směrech značným problémem současného konzumního a medializovaného světa. Na děti, dospělé, ženy i muže dennodenně číhají nástrahy, ve smyslu přiblížení se ideálu krásy. Je na každém jedinci, jestli nátlaku medií a okolí podlehne či nikoliv. V posledních letech se ukazuje, že zátěž, kterou sebou poruchy příjmu potravy přinášejí se svými důsledky, by mohla být srovnatelná se zátěží různých psychiatrických poruch (Papežová a kol., 2010). Jedná se o onemocnění, které se dotýká převážně mladé populace. Během své praxe na psychiatrickém oddělení jsem se setkala s mnoha klienty/pacienty s vážným onemocněním, avšak s klientem/pacientem, který by trpěl některou z poruch příjmu potravy nikoliv. Letos v březnu jsem se zúčastnila Mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě, kde jsem získala mnoho cenných poznatků a rad a poprvé se setkala s dívkou, která má za sebou epizodu mentální anorexie. Hlavou mi prolétlo mnoho myšlenek, ale jednu otázku jsem si nemohla nepoložit. *„Kde leží hranice mezi zdravým stravováním a poruchou“?* O poruchách příjmu potravy toho bylo napsáno již mnoho. Podle mého názoru, pokud se bude výskyt nemocných s poruchami příjmu potravy zvyšovat, je na místě neustále připomínat a zdůrazňovat danou problematiku a zaměřit se především na prevenci vzniku onemocnění a schopnost poskytnout účinnou pomoc.

Praktická část bakalářské práce obsahuje výzkumné šetření, které je zaměřeno na míru informovanosti studentů středních škol v Pardubickém kraji.

Cíl bakalářské práce

Cíl teoretické části

Cílem teoretické části bakalářské práce je shrnout nejzákladnější poznatky z oblasti poruch příjmu potravy.

Cíl empirické části

Na základě kvantitativního výzkumného šetření s využitím dotazníku zjistit, jakým způsobem je zajištěna prevence poruch příjmu potravy u studentů středních škol. Níže uvádím konkrétní cíle empirické části.

1. Zjistit, odkud získávají studenti středních škol nejčastěji informace o poruchách příjmu potravy.
2. Porovnat informace o poruchách příjmu potravy u studentů středních škol v pre-testu a post- testu.
3. Vytvořit edukační materiál pro studenty středních škol shrnující mentální anorexii a mentální bulimii, kde studenti najdou kontakt na odbornou pomoc a srozumitelné informace.

I. Teoretická část

1 Historie poruch příjmu potravy

Nejrůznější formy poruch příjmu potravy (dále PPP) jsou popisovány od starověku. Hippokrates se zmiňuje o poruchách příjmu potravy již v 5. století před naším letopočtem a označuje je názvem „asithia. Ve 2. století našeho letopočtu Galén, jako první v historii, použil termín anorexie. V dějinách patřilo odmítání jídla k běžným příznakům řady somatických poruch, ale i k širokému spektru psychiatrických syndromů. Nezvyklé nebo extrémní formy odmítání jídla byly posléze pokládány za duševní poruchy (Krch a kol., 2005; Papežová a kol., 2010).

V 17. století byly zaznamenány první příznaky, které by mohly odpovídat diagnóze mentální anorexie. Richard Morton, lékař anglického původu, popsal nejdokonaleji chorobu v letech 1637 - 1698 a ve světové literatuře je uváděn jako první portrétista mentální anorexie (Papežová a kol., 2010).

Na počátku 19. století se ve francouzské literatuře objevuje termín nervová anorexie. Francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert stanovil ve svém pojednání o ženských chorobách dva druhy anorexie. Anorexii gastrickou a anorexii nervovou. Oficiálně byl termín mentální anorexie přijat až koncem 19. století a byl jím označován chorobný stav symptomatologicky se poněkud lišící od současnosti. V roce 1983 byla založena na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze první Jednotka specializované péče pro pacienty trpící poruchami příjmu potravy na psychogenním podkladu. Čerpala ze zkušeností jednotky pro poruchy příjmu potravy v Kortenbergu v Belgii. (Papežová a kol., 2010).

Historie přejídání je stejně stará jako historie odmítání jídla. V období antického Říma bylo ve vyšších vrstvách společnosti konzumováno jídlo v hojném množství. Přejídání bylo často spojené se zvracením. Význam a charakteristika pojmu bulimie přetrvával po dlouhé období od antiky až do počátku 20. století. Později v 50. letech začalo být záchvatovité přejídání a zvracení součástí anorexie. Britský psychiatr Gerald Russel oficiálně poprvé použil termín mentální bulimie. Russel chorobu popisoval jako silné a neodolatelné nutkání přejídat se, kdy příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí (Papežová a kol., 2010).

2 Definice poruch příjmu potravy

Literatura nejčastěji uvádí definici poruch příjmu potravy od autorky Papežové, která je uvedena níže.

„Poruchy příjmu potravy jsou považovány za kontinuum patologického jídelního chování od nejzávažnější jednotky anorexia nervosa a bulimia nervosa po psychogenní přejídání, noční přejídání a s nimi spojenou obezitu“ (Papežová a kol., s. 126).

Porozumět bulimii a anorexii je pro mnoho lidí s normální chutí k jídlu až nemožné. Snáže si představíme formy psychogenního a nočního přejídání, které se vyskytují v populaci častěji. U některých postižených představuje přejídání či hladovění způsob úniku a smíření se s tíživou životní situací a se stresem. Je nutné posuzovat, ale i léčit nejen stránku biologickou, ale zaměřit se i na stránku psychickou a sociální. Lépe se stanovuje diagnóza, když spolupracuje nejen pacient, ale i rodina. Pro všechny lékaře a odborníky je nejzávažnější problém, když pacient zatajuje problémy či některé symptomy a odmítá adekvátní pomoc. Příčinou odmítání pomoci je nejčastěji strach, stud nebo nepřipouštění si závažnosti onemocnění. Pro člověka s poruchou příjmu potravy přestává být jídlo normální součástí života, ale spíše se stává hrozbou v životě nemocného (Papežová a kol., 2010; Papežová, 2000).

Onemocnění postihuje především mladé dívky a ženy. Rozlišujeme dvě formy onemocnění, formu **bulimickou** (bulimia nervosa), a formu **restriktérskou** (anorexia nervosa). Společné pro oba dva typy onemocnění, je, že dívky touží zůstat extrémně štíhlé. Mentální anorexie a bulimie se může vyskytovat i v raném dětství nebo na začátku puberty, avšak charakteristika onemocnění je odlišná (Hort a kol., 2000; Němečková, 2010).

3 Charakteristika a rozdělení poruch příjmu potravy

3.1 Mentální anorexie

Charakteristické pro mentální anorexii je úmyslné omezování příjmu potravy a následné hubnutí. Úbytek tělesné hmotnosti je spojen s výraznými tělesnými změnami, které vyplývají z dlouhodobého hladovění, zneužívání diuretik, anorektik či laxativ. Také jsou přítomny psychické změny, deprese, zvýšená dráždivost a porucha tělesného obrazu (Hort a kol., 2000; Papežová, 2000).

Klient/pacient (dále K/P) s mentální anorexií má naopak zvýšenou touhu po jídle, na jídlo myslí ve zvýšené míře, sbírá recepty, či si rádi sami vaří. K/P trpící anorexií neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že jíst nechtějí, přestože to mnohdy popírají a uvádějí různé důvody proč jíst tzv. „nemohou“. Nechuť k jídlu je známkou nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti (Krch a kol., 2005; Novotná, 2011).

Autorka Papežová v knize Spektrum poruch příjmu potravy uvádí, že se mentální anorexie vyskytuje v 90 – 95 % u dospívajících dívek a mladých žen, zatímco u chlapců se vyskytuje anorexie v 5 – 10 %. Nejčastěji se můžeme setkat s onemocněním u dětí před pubertou a u starších žen (Papežová a kol., 2010; Koutek, 2011).

Mentální anorexii autor Krch dělí na 2 specifické typy. Prvním typem je **nebulimický (restriktivní) typ**, u kterého K/P netrpí opakovanými záchvaty přejídání. Druhým typem je **bulimický (purgativní) typ**, kdy k opakovaným záchvatům přejídání dochází (Krch a kol., 2000; Němečková, 2010).

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN – 10

- Tělesná váha K/P je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už došlo ke snížení nebo jí nebylo nikdy dosaženo) nebo body mass index (dále BMI) je 17, 5 bodů nebo méně.
- Snížení tělesné hmotnosti si způsobuje K/P sám tím, že se vyhýbá jídlům po kterých tzv. „přibývá“, a že užívá jeden a více z následujících prostředků: laxativa, anorektika, diuretika či nadměrně cvičí.
- K/P má zkreslenou představu o svém těle a převládá u něho strach z tloušťky.
- K/P má rozsáhlou endokrinní poruchu, která se u žen projevuje ztrátou menstruace a u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence.

- Pokud se u K/P objeví začátek onemocnění před pubertou, pubertální projevy jsou opožděny nebo dokonce zastaveny a nevyvíjí se sekundární pohlavní znaky (Krch, 2010; MKN- 10, 2006; Pernicová, 2011).

Příznaky mentální anorexie

Mentální anorexie je psychosomatické onemocnění, které se závažným způsobem promítá do tělesného vztahu. Hlavním příznakem je omezení výživy se všemi důsledky, bývá přítomna kachexie, BMI mnohdy dosahuje i pod 12 bodů. Tělesné příznaky bývají prvním ukazatelem, které zaujmou nejen rodiče, ale i vrstevníky a učitelé. U dívek dochází ke ztrátě menstruace, pokožka je nápadně suchá, pleť zašedlá, vlasy slábnou a padají. Objevují se poruchy soustředění, zhoršuje se paměť K/P. Při fyzikálním vyšetření zjišťujeme často hypotenzi, bradykardii a arytmií. Poruchy metabolismu jsou výsledkem nutričního strádání, užíváním laxativ či diuretik. V krevním obraze je přítomna anémie a leukopenie. Dalšími příznaky jsou bolesti břicha, zácpa, ledvinové kameny a mnohdy může dojít k ledvinovému selhání z důvodu dehydratace (Hort a kol., 2000; Papežová, 2000, Papežová a kol., 2010).

Epidemiologie

Mentální anorexie postihuje zejména dívky a ženy. Autor Koutek uvádí v článku, že poměr mezi postiženými chlapci a dívkami je udáván nejčastěji 1:10 ve prospěch ženského pohlaví. Nejčastěji se projevuje začátek onemocnění mezi 14. – 15. a 17. – 18. rokem života. Prevalence mentální anorexie bývá uváděna mezi 0,5 – 1 % populace (Koutek, 2011).

Faktory vzniku onemocnění

Zapletalová v článku uvádí, že etiologie mentální anorexie je pravděpodobně multifaktoriální. V pozadí onemocnění se prolínají jednak vlivy psychologické, sociokulturní, rodinné, ale i biologické (Zapletalová, 2013).

V textu níže jsou vypsány jednotlivé faktory a fakta o PPP, které by mohli mít přímý vliv na vznik onemocnění.

Biologické faktory

- Stačí být ženou a riziko vzniku PPP je podstatně vyšší.
- Období puberty a dospívání, je typickým obdobím počátku onemocnění.
- Hormonální změna.
- S růstem tělesné hmotnosti vzrůstá u žen nespokojenost s vlastním tělem (Hort a kol., 2000; Papežová, 2000).

Sociální a kulturní faktory

- Ideál krásy nepřímo ovlivňuje především snadno zranitelné adolescenty, kdy ve štíhlosti pak vidí cestu k úspěchu.
- Zvyšující se tlak na ženy v souvislosti s širším profesním uplatněním.
- Kultura je zaměřená na zdravou stravu a štíhlost (Majerová, 2011; Němečková, 2010).

Životní události

- Životní události a situace jsou velmi často považovány za predisponující či spouštěcí faktory PPP.
- Výrazné stresující události jako je např.: první menstruace, konflikty s vrstevníky, rozvod rodičů, úmrtí partnera či blízkého člena rodiny.
- Sexuální zneužívání.
- Chronický nesoulad mezi rodiči (Papežová, 2012; Krch, 2007).

Genetické a rodinné faktory

- Většina pacientů popisuje začátek a rozvoj anorexie a bulimie v období různých rodinných událostí.
- Významným rizikovým faktorem je přítomnost poruchy příjmu potravy u některého člena ženského pohlaví v nejbližší rodině.
- Matky anorektičky ohrožují svým postojem k jídlu své děti, neboť jsou prvním zdrojem potravy dítěte a může dojít ke vzniku jídelní poruchy.
- Mezi sourozenci K/P se pohybuje výskyt PPP v rozmezí 3 - 10 % (Tomová a kol., 2010, Papežová, 2012).

Emocionální faktory

- Problémy ve vnímání vlastního těla.
- Úzkost, kognitivní rigidita, perfekcionismus, vyhýbavé chování.
- Mentální anorexie mění kvalitu života P/K a při delším průběhu získává adaptační funkci a následně dává prostor dalším negativním prožitkům.
- Převážná část úzkostných a depresivních příznaků je spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost (Hort a kol., 2000; Krch a kol., 2005).

3.2 Mentální bulimie

Charakteristické pro mentální bulimii jsou typické opakované záchvaty přejídání následované kompenzačním chováním. Přejídání s přetrvávající touhou zůstat štíhlý vede K/P k pocitům viny a následně ve snaze být štíhlý dochází k vyvolávání zvracení, zneužívání projímadel, diuretik či anorektik. (Zapletalová, 2013).

Mentální bulimie velmi často vzniká po epizodě mentální anorexie, ať už léčené či neléčené. Typické pro bulimii jsou záchvaty přejídání velkým množstvím potravy nazývaným „binge“ v krátkém časovém intervalu např. 2 hodiny, střídané s epizodami zvracení a hladovění. K/P mají většinou normální tělesnou hmotnost nebo mírnou nadváhu, a proto lze velmi často mentální bulimii po mnoho let tajit před rodinou. Bulimií podle statistických údajů trpí přibližně 4 – 6 % žen v období adolescence a mladší dospělosti (Papežová, 2012; Koutek, 2011).

Mentální bulimii autor Krch rozděluje na 2 typy. Prvním typem je **purgativní typ**, kdy K/P pravidelně zvrací, zneužívá diuretika nebo laxativa, aby zamezil zvýšení hmotnosti. Druhým typem je **nepurgativní typ**, kdy K/P používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení (Krch a kol., 2005; Němečková, 2010).

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10

- Neodolatelná touha po jídle, zabývání se neustále jídlem, nadměrné přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- Snaha potlačit energetický účinek jídla jedním nebo více způsoby: užívání laxativ, diuretik, vyprovokovaným zvracením, u diabetiků manipulace s inzulínovou léčbou.
- Chorobný strach z tloušťky (Papežová a kol., 2010; MKN- 10, 2006; Novotná, 2011).

Příznaky mentální bulimie

Charakteristické pro mentální bulimii jsou záchvaty tzv. „vlčího“ hladu, kdy je P/K schopný sníst najednou obrovské dávky jídla. „Bingeating“ (přejídání) může být obrovské, mnohdy dochází k překročení mnohonásobného doporučeného množství potravy, následují pak pocity viny. Obvykle dívky tento postoj k jídlu tají, protože je často doprovázen znechucením a studem. Postupem času se vyvine začarovaný kruh, na jehož začátku je náhlý záchvat hladu s přejedením, potom následují pocity viny, které vedou ke zvracení. V některých případech nemusí po přejedení následovat zvracení, ale mohou být zneužívána laxantiva. Častá je emoční labilita a depresivní chování, které může vést až k sebevraždě. Při mentální bulimii se může rozvinout závažná porucha acidobazické rovnováhy v důsledku nadměrného zvracení. Zvracení vede k poškození zubní skloviny a zvýšené kazivosti zubů. V důsledku zvracení může dojít k „Chipmunkcheeks“ (otokům slinných žláz) důsledkem hladiny sérové amylázy (Hort a kol., 2000; Papežová, 2003; Laser a Watson, 2012).

Epidemiologie

Výskyt mentální bulimie je vyšší oproti anorexii. Nejčastěji vzniká v období pozdní adolescence a rané dospělosti. Bulimii trpí podle statistických údajů zhruba 4 – 6 % mladých žen a dívek (Hort a kol., 2000; Koutek, 2011).

Faktory vzniku onemocnění

Krch v článku tvrdí, že stejně jako u mentální anorexie vzniká bulimie na multifaktoriálním podkladě. Příčiny vzniku onemocnění jsou velmi podobné mentální anorexii, proto je často u dívek trpící bulimií již v anamnéze epizoda mentální anorexie (Krch, 2007).

Výčet faktorů je uveden níže.

- emoční labilita
- nezdrženlivost
- hraniční osobnost
- depresivní nálada
- problém ve vnímání vlastního těla
- nízké sebehodnocení (Papežová, 2012; Novotná, 2011).

3.3 Obezita

Obezita je třetím nejčastějším chronickým onemocněním ve vyspělých zemích. Po staletí nebyla obezita považovaná za nemoc, ale pouze za kosmetický defekt. Pouhých několik desetiletí je nový pohled na toto závažné onemocnění, které přináší mnoho komplikací a ohrožuje, ba dokonce zkracuje život. Obezita patří k nejčastějším onemocněním v České republice, Evropě i Severní Americe (Svačina a Bretšnajdrová, 2008).

Prevalence obezity stoupá ve všech věkových skupinách u obou pohlaví. Obézní jedinci mají zhoršenou kvalitu života, protože mají řadu psychosociálních a zdravotních problémů. Obezita vede k mnohem vyššímu výskytu chronického onemocnění například k artritidám a artrózám, k onemocněním žlučníku, k rakovině tlustého střeva, vaječníků a prsu (Štejfa a kol., 2007).

Faktory vzniku onemocnění

Na vzniku obezity se podílí několik faktorů, jenž každý z nich přináší více či méně změnu hmotnosti K/P. Jednotlivé faktory jsou uvedeny v textu níže.

- Obézních jedinců přibývá s narůstajícím věkem. Výskyt obezity nejčastěji narůstá kolem věku 50. – 60. let.
- Genetika významně ovlivňuje výskyt obezity v rodině. Pokud jsou oba rodiče obézní, pravděpodobnost stejného problému u jejich potomka je 80%.
- S omezením fyzické aktivity stoupá výskyt obezity.
- Nadbytečný příjem energie.
- Některé skupiny léků mohou zvyšovat chuť k jídlu a přispívat tak ze vzniku nadváhy. Patří mezi ně např. antidepressiva, glukokortikoidy, neuroleptika apod. (Vítek, 2008; Majerová, 2011; Hort a kol., 2000).

3.4 Obezita v dětském a dorostovém věku

Období dětství je kritickou vývojovou fází, během této fáze se utvářejí postoje a jídelní zvyklosti, jež se mohou stát pevnou součástí osobnosti. Současná pediatrie se v poslední době velmi zajímá o to jak zastavit stoupající trend nadváhy a obezity u dětí (Marinov a kol., 2012).

Na rozvoji obezity se nepochybně podílí řada etiologických faktorů. Častěji jsou obézní děti, jejichž rodiče mají též problémy s nadváhou. V takové situaci je však nutné připomenout též vliv rodinných zvyklostí v oblasti stravování, ale též celého životního stylu. Při vzniku

obezity hraje velkou roli stav výživy v raném věku. V raném věku dochází při nadměrném příjmu potravy ke zmnožení tukových buněk, které negativně působí na udržení váhy v dospělosti (Hort a kol., 2008).

Jednou z příčin vzniku obezity je nedostatečná tělesná aktivita. Velmi často je nízká pohybová aktivita převzata z rodiny. Rodiče mnohdy nevedou dítě k žádnému sportu a předávají mu svůj životní styl např. sledování televize a sezení u počítače. Obezita působí v naší společnosti jako stigma. V dětské populaci je oceňována tělesná zdatnost, z toho důvodu obézní děti a dospívající mají velmi často problémy s vrstevníky, kterými bývají odmítáni. Postižené děti mají snížené sebevědomí, dochází u nich k sociální izolaci a na základě toho se u nich může rozvinout až depresivní syndrom. V období dospívání se přidávají problémy ve vztahu k opačnému pohlaví, obtížně se seznamují a nesnadno navazují partnerské vztahy. Neúspěch v této oblasti pak odprovází pocity viny a méněcennosti. Snaha o snížení váhy se může rozvinout až do mentální anorexie či mentální bulimie (Hort a kol., 2008).

Léčba obezity u dětí a adolescentů musí být multidimenzionální. Pouhé držení diety a následný úbytek váhy nebývá dlouhodobě úspěšný, často vede k tzv. jojo – efektu. Nedílnou součástí léčby obezity je psychoterapie, nejčastěji je vhodná kognitivně – behaviorální terapie. Důležitá je podpora ze strany rodiny, vrstevníků a školy. V současné době se právě prevence vzniku běžné obezity jeví jako jediná účelná „léčba“ obezity (Marinov a kol., 2012)

3.5 Nespecifické a atypické poruchy příjmu potravy

S rostoucím výskytem PPP, také narůstá vznik poruch, které nesplňují diagnostická kritéria, ale i přesto ohrožují relativně širokou populaci.

Diagnóza **atypické mentální anorexie** nebo **atypické mentální bulimie** by se měly používat u K/P, kde chybí jeden nebo více základních příznaků (Krch a kol., 2005; Papežová a kol., 2010).

Za **nespecifikované poruchy příjmu potravy** lze považovat případy, kdy u K/P jsou splněna veškerá kritéria mentální anorexie a postižená má pravidelnou menstruaci, či jsou splněna kritéria mentální bulimie, ale k záchvatům přejídání dochází velmi málo, nebo K/P jen jídlo žvýká a vyplivuje (Krch a kol., 2005; Madárová, 2007).

Mezi nespecifické poruchy příjmu potravy lze zařadit i **syndrom nočního přejídání**, pro který je typická večerní anorexie, noční přejídání a nespavost (Hort a kol., 2000).

Záchvatovité přejídání je dalším typem atypických PPP. V literatuře se uvádí, že tento typ záchvatovitého přejídání se častěji vyskytuje u žen staršího věku. Uvádí se, že čím je obezita těžšího stupně, tím častěji se setkáváme se záchvatovitým přejídáním (Hort a kol., 2000, Němečková, 2010).

3.6 Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících

Poruchy příjmu potravy se nejčastěji vyskytují u adolescentních dívek a mladých žen. Mnohdy se však vyskytnou i v dětství a na počátku dospívání, v období, které vykazuje velkou citlivost na vývojové změny. Poruchy příjmu potravy působí destruktivně na biologické, psychologické, sociální a spirituální úrovni dospívání (Hort a kol., 2008)

Stanovení diagnózy PPP je u dítěte mnohem složitější než u dospělých. Ztrátu menstruace nelze u dětí v prepubertálním věku použít jako diagnostický příznak, stejně jako není nutný pokles váhy, ale nedostatečná výživa se může projevit zpomalením nebo zástavou somatického vývoje. Pro zhodnocení je důležité znát předchozí vývoj a růst dítěte. Stav výživy nejlépe hodnotí antropometrické vyšetření, které zohledňuje dynamiku vývoje. K hodnocení nutričního stavu dětí se používají percentilové grafy, hodnocení BMI je vhodné jen u dospělých (Papežová a kol., 2010).

Děti si častěji než dospělí stěžují spíše na somatické potíže a mnohem častěji se snaží příznaky onemocnění popírat, z toho důvodu nelze spoléhat na sebeposuzovací dotazníky a hodnotící škály. Poruchy příjmu potravy v dětském věku častěji provázejí další psychiatrické onemocnění, k nejčastěji uváděným patří afektivní poruchy, úzkostné poruchy či sebepoškozování. Onemocnění může začít nenápadně v rámci změn, které provází dospívání, jako jsou experimenty s různými životními styly a snaha se přizpůsobit vrstevníkům. Spouštěčem vzniku onemocnění může být větší psychická zátěž, onemocnění spojené s nadváhou či traumatizující životní situace. Následky onemocnění u dětí jsou závažnější v tom, že zasahují do vyvíjejícího organismu a mohou být celoživotní. Pokud onemocnění trvá příliš dlouho, je pro dítě obtížné vrátit se do společnosti svých vrstevníků. Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících postihne celou rodinu, často v rodině dochází k opomíjení zdravých sourozenců, kteří nevyžadují tolik pozornosti jako K/P (Papežová a kol., 2010).

5 Prevence poruch příjmu potravy

S narůstajícím tlakem mediálního vlivu na mladou generaci a růstem nových technologií, hlavně internetu, je velmi obtížné vytvořit kvalitní a účinná preventivní opatření. Většina preventivních programů dokáže zvýšit znalosti a povědomí o onemocnění, ale není to dostačující. Cílem preventivních opatření je změnit postoje jedinců a vnímání PPP (Papežová a kol., 2010).

Prevence poruch příjmu potravy u dětí a mládeže

Je velmi důležité zdůraznit prevenci poruch příjmu potravy ve vztahu k dětem a dospívajícím. Nejkritičtější obdobím je puberta (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Zvýšené riziko onemocnění je u dívek, které mají chorobný strach z tloušťky. Základ prevence spočívá v rodině, avšak velmi důležitou roli hraje i škola. Prevenci autorka Madárová, dělí na primární, sekundární a terciální (Papežová a kol., 2010; Madárová, 2007).

Primární prevence

Primární prevence by se měla zabývat výchovou, roli hrají společenské vlivy a velký význam má kultura stravování. Důležitá je rodina, která by měla dítěti poskytnout kvalitní vzory chování, stravovací návyky a dostatek kvalitních zájmů. Taktéž je důležité podporovat zdravé sebevědomí dětí (Mucalová, 2011)

Cílem primární prevence je snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy. Podle literatury z posledních výzkumů vyplývá, že výskyt mentální anorexie u nás, roste oproti jiným zemím. Zvolit správnou a účinnou strategii prevence PPP je velmi komplikované vlivem stoupajícího růstu obezity již v dětském věku (Madárová, 2007; Novotná, 2011).

Sekundární prevence

Sekundární prevence se zabývá sledováním rizikových faktorů a specifických problémů PPP. Především se soustředíme na práci s rizikovými jedinci (děti léčené pro obezitu), rizikovou populací a rizikovým prostředím. Velmi důležitá je spolupráce se školami vyhledáváním zájmových skupin, které souvisí s kontrolou vzhledu a tělesné hmotnosti, např. gymnastika, tanec, modeling. Edukace o správné výživě často nestačí, neboť riziková populace je daleko lépe informovaná než odborníci (Papežová a kol., 2010, Papežová, 2012).

Terciální prevence

Terciální prevence je současně primární prevencí pro další generace. Cílem terciální prevence je zamezit vzniku relapsu onemocnění a s tím související plný návrat zdraví, včetně fertility, a zamezení přenosu jídelní patologie na další generaci. V této oblasti může například pedagog či zdravotník pomoci dobrou orientací v kontaktech na odbornou pomoc, znalostí problematiky i vědomím svých vlastních hranic (Pernicová, 2011).

5 Léčba poruch příjmu potravy

V posledních letech se značně rozšířila nabídka různých léčebných, ale především psychoterapeutických přístupů užívaných v terapii PPP. První kontakt s P/K mají nejčastěji praktičtí lékaři, pediatři nebo gynekologové. Ti hrají důležitou roli v diagnostice a léčbě onemocnění. Léčba musí být komplexní a musí zahrnovat jak složky biologické, psychologické tak i sociální – spirituální. Úspěch léčby spočívá v aktivní účasti K/P. Čím více do ní vloží, tím více z ní získá (Papežová, 2012; Papežová a kol., 2010).

Hospitalizace

Příčinou hospitalizace K/P s PPP je často potřeba jejich psychické stabilizace. Získat K/P k aktivní spolupráci vyžaduje velké úsilí v celé fázi léčebného procesu. Výhodnější formou pro většinu nemocných je terapie v denním stacionáři nebo částečná hospitalizace. O hospitalizaci jako takové uvažujeme v případě, že K/P jasně nereagoval na dosavadní psychologickou léčbu, či je K/P v tak velkém nebezpečí, že jeho zdravotní stav vyžaduje intenzivní léčbu (Krch a kol., 2005; Papežová, 2000).

Ambulantní péče

Je mnoho nepoddajných a chronických K/P, kteří prošli několika různými formami léčby, ale nakonec dospěli do situace, kdy se už nechtějí léčit nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen minimální naději na úspěch. Ambulantní terapie může probíhat individuálně nebo ve skupině s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem (Krch a kol., 2005; Pernicová, 2011).

Rodinná terapie

Léčbou první volby u mladých K/P je rodinná terapie. Přestože rodinná terapie není základním způsobem léčby, může být podrobné rodinné vyšetření velmi důležité pro plné pochopení specifických terapeutických problémů a pro práci s nimi. Ideální je, pokud se terapie účastní celá rodina nebo alespoň někteří její členové (Krch a kol., 2005).

Vícerodinná terapie se stala důležitou součástí komplexní péče o P/K s poruchami příjmu potravy. V České republice byla poprvé zavedena v roce 2004 (Tomanová a kol., 2010).

Kognitivně - behaviorální terapie (dále KBT)

Kognitivně – behaviorální vyšetření bývá součástí většiny sezení, kdy se terapeut s K/P zaměřují na nový problém jako je např. rozšíření jídelníčku, pohybové návyky atd. a probíhají jídelní záznamy. Nezbytnou součástí KBT na základě stanovení cílů je psychoedukace, poučení o vhodné skladbě potravy a tělesné hmotnosti. Významnou roli v terapii zaujímá sebemonitorování, aktivní nácvik, konfrontace a domácí cvičení (Papežová, 2009; Novotná, 2011).

Interpersonální terapie (dále IPT)

Vzhledem k tomu, že oba dva typy terapie jak KBT tak IPT jsou pravděpodobně dlouhodobě stejně účinné, je možné diskutovat o tom, kterou z nich upřednostnit (Krch a kol., 2005).

Farmakoterapie

Nedílnou součástí léčby je i farmakoterapie, i když nejde o terapii kauzální. Hlavní úlohu mají psychofarmaka. Vzhledem k depresivnímu syndromu se uplatňují hlavně antidepresiva. V současné době se užívají především antidepresiva III. generace, léky selektivně inhibující zpětné vychytávání serotoninu označené zkratkou SSRI. Jako podpůrné léky lze použít preparáty využívané k léčbě malnutrice a kachektických stavů (Hort a kol., 2000; Zapletalová, 2013).

Arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie

Jedná se o druhy terapií, které se opírají o výtvarné, pracovní, pohybové či hudební projevy K/P jako o hlavní léčebné prostředky (Němečková, 2010).

6 Edukační proces

Pojem edukace pochází z latinského slova „educō“, „educare“ což znamená vést vpřed, vychovávat. Juřeníková (2010) pojem edukace definuje následovně: „*Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“. Komplexní edukací rozumíme takovou edukaci, kdy jedinci jsou po částech předávány ucelené znalosti, budovány dovednosti a postoje ke zdraví prospěšných opatření, které vedou k uzdravení či zlepšení zdraví (Špirudová a kol., 2006; Juřeníková, 2010).

Edukační proces

Edukační proces je proces, který se podílí na vzdělanosti a informovanosti K/P. Zdravotnická zařízení se zabývají především péčí o zdraví svých K/P, kdy nedílnou součástí této péče by měla být i edukace. Proces edukace se zpravidla dělí na pět fází. V první fázi **počáteční pedagogické diagnostiky** se snaží edukátor zjistit úroveň informací, dovedností a postojů a zjišťuje potřeby edukanta. Ve druhé fázi **projektování** se edukátor snaží naplánovat cíle, zvolí vhodné metody a pomůcky pro edukaci. Ve třetí fázi **realizace** je velmi důležitá motivace edukanta na kterou navazuje expozice, kdy edukantům předáváme nové informace a poznatky. Ve čtvrté fázi **upevnění a prohlubování učiva** je důležité, abychom nové informace neustále opakovali a procvičovali a docházelo tak k jejich fixaci. V poslední fázi edukačního procesu je fáze **zpětné vazby** kdy hodnotíme výsledky nejen edukátora, ale i edukanta. Tyto výsledky nám dávají zpětnou vazbu (Juřeníková, 2010; Špirudová a kol., 2006).

Komunikace v edukačním procesu

Nedílnou součástí edukace je komunikace. Pomocí komunikace dochází k výměně informací, postojů, motivů a emocí. Umožňuje také vzájemný kontakt a působení mezi účastníky edukace. Edukátor by měl být takový, aby uplatnil všechny znalosti a dovednosti v oblasti komunikace (Juřeníková, 2010; Svěráková, 2012).

Edukační metody

Edukační metody poskytnutí edukaci K/P. Je velice důležité, aby zdravotní sestra, pedagog nebo obecně edukátor posoudil každou metodu individuálně vůči klientovi a vybral tu

nejvhodnější. Mezi edukační metody řadíme např. praktické cvičení, přednášku, instruktáž, diskuzi a mnoho dalších metod edukace (Špirudová a kol., 2006).

Pro výzkumné šetření byla zvolena edukační metoda přednáška, proto ji stručně v textu níže charakterizují. Přednáška prezentuje poznatky v souvislém, logicky utříděném a jazykově správném projevu. Přednáška se obvykle skládá ze tří částí. Z úvodu, výkladové části a části závěrečné. Cílem přednášky je nabídnout studentům nové učební poznatky. Nevýhodou přednášky je, že nemáme kontrolu nad myšlenkami edukantů. Jednotlivý popis edukačních metod není hlavním předmětem mé práce, proto tuto kapitolu podrobně nerozepisují (Juřeníková, 2010; Špirudová a kol., 2006).

II. Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce šetří znalosti, postoje a přístup studentů středních škol v pardubickém kraji k PPP.

Výzkumné otázky

1. Budou dívky lépe informované než chlapci, přesto bude míra informací nedostačující?
2. Budou studenti získávat informace zejména z medií než ze školy?
3. Budou po edukaci znalosti respondentů na dobré úrovni?
4. Budou znát studenti organizace, které se zabývají pomocí lidem s PPP?

7 Metodika výzkumu

Kvantitativní výzkum ve formě dotazníkového šetření byl určen pro studenty středních škol. Zvolila jsem několik metodických postupů, které byly potřebné pro přípravu a vytvoření edukačního procesu. Jednotlivé metody jsou popsány níže.

Před zahájením samotného výzkumu byla provedena pilotáž u šesti zvolených studentů z nejmenované střední školy. Pilotáž byla provedena dotazníkovou formou a byla doplněna o rozhovor. Dotázala jsem se třídní učitelky a studentů, kteří do třídy patří na srozumitelnost zadání otázek a připomínky k vylepšení dotazníku. Pilotáž poukázala na drobné nejasnosti ve formulaci otázek, dvě otázky byly vyřazeny úplně a u jedné otázky byly použity odborné termíny, kterým studenti nerozuměli.

Charakteristika výzkumného vzorku

Sběr dat probíhal od března roku 2013 do května roku 2013. Cíleně jsem oslovila ředitele 6 středních škol různého zaměření v Pardubickém kraji, kdy po vzájemné domluvě byly ochotny spolupracovat 3 nejmenované střední školy. Skupiny z jednotlivých škol jsem si označila značkou. Pro výzkumné šetření byl cíleně zvolen druhý ročník, z důvodu velmi častého výskytu poruch příjmu potravy v této věkové skupině (Pernicová, 2011). Celkem jsem požádala o spolupráci 80 respondentů, avšak v den dotazníkového šetření, které probíhalo v jeden den na všech školách, se zúčastnilo výuky pouze 57 respondentů. Výzkumné šetření bylo zcela anonymní a dotazovaní respondenti o tomto faktu byli předem informováni. Před vyplněním dotazníku byla respondentům přidělena čísla, která byla důležitá pro vyhodnocení post-testu s měsíčním odstupem. Po dohodě s vyučujícím byla studentům přidělena čísla podle třídního výkazu. Abychom zachovali anonymitu studentů, čísla jim přidělil vyučující. Vyplněné dotazníky vhazovali respondenti do uzavřené papírové krabice. K tomuto šetření jsem měla souhlas školy i studentů a účast byla dobrovolná.

Pre-test

Vytvořila jsem pre-test, který obsahoval 27 otázek. Při sestavení dotazníku jsem se inspirovala otázkami z diplomové práce Pernicové (2011) a Němečkové (2010). Na začátku edukační lekce dostali respondenti pre-test, jehož cílem bylo zjištění vědomostí o poruchách příjmu potravy. Na vyplnění dotazníku měli studenti 25 minut. Pre-test obsahoval uzavřené a polouzavřené otázky. Prvních 5 otázek bylo zaměřeno na charakteristiku výzkumného vzorku.

Následující otázky se týkaly informovanosti o PPP. Posledních 5 otázek v pre-testu řeší postoje a názory studentů ke sledované problematice.

Edukační lekce

Na základě teoretických poznatků jsem vytvořila prezentaci v programu Microsoft Power Point 2007. Cílem prezentace bylo poskytnout studentům základní informace o poruchách příjmu potravy. Stručně jsem charakterizovala nejzávažnější poruchy příjmu potravy, dále v prezentaci popisují možnosti léčby PPP a preventivní opatření. Nedílnou součástí prezentace jsou odkazy a kontakty na organizace zabývající pomocí lidem s PPP.

Edukační lekce proběhla 6. 3. 2013 na středních školách v pardubickém kraji, které po vzájemné domluvě ochotně spolupracovaly. Vyučovací hodina trvala 45 minut a proběhla bez sebemenších obtíží. Po celou dobu lekce byl přítomen vyučující. Na začátku vyučující hodiny proběhlo seznámení se studenty a vysvětlení, jak bude lekce probíhat. V úvodu vyučovací hodiny jsem studentům rozdala pre-test. Poté následovalo spuštění prezentace a studenti byli seznámeni s problematikou PPP. Na závěr prezentace byl ponechán čas na případné dotazy. Po celou dobu edukační lekce se mnou studenti spolupracovali a aktivně se zapojili do přednášky.

Post-test

Post-test dostali respondenti s měsíčním odstupem od edukační lekce, abych mohla posoudit, zda přednáška měla pozitivní či negativní význam a byla pro studenty přínosem. Respondenti měli na vyplnění dotazníku stejný čas jako minule. Dále jsem si také vědoma, že omezení výzkumu je to, že si v průběhu času mohli respondenti dohledat další informace soukromě. Post-test obsahoval stejné otázky jako pre-test. Třídní učitelka měla evidenci o tom, že se post-testu zúčastnili stejní studenti jako pre-testu. Výsledky šetření jsou zpracovány v kapitole zhodnocení a analýza dat. Analýza dat dotazníkového šetření je vyjádřena absolutními a relativními četnostmi a některé jsou doplněny grafickým znázorněním. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Word 2007.

8 Zhodnocení a analýza dat

Otázka č. 1. Jaké je Vaše pohlaví?

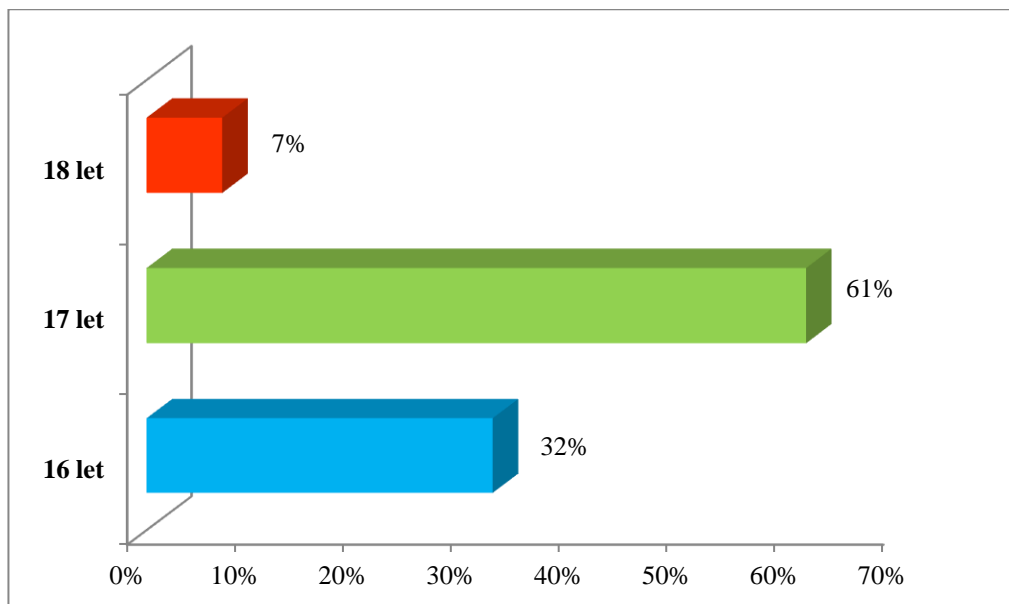
Jak je patrné z tabulky č. 1, dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 57 respondentů, z toho 21 (37 %) mužů a 36 (63 %) žen. Viz. tab. 1

Tab. 1 Tabulka týkající se pohlaví v dotazníkovém šetření

Jaké je Vaše pohlaví		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	21	37 %
Ženy	36	63 %
Celkem	57	100 %

Otázka č. 2. Kolik Vám je let?

Tuto otázku vyplnilo 100 % respondentů. Grafické znázornění nám ukazuje, že většině 35 (61 %) dotazovaných respondentů je 17 let. Věkovou hranici 16 let splnilo 18 (32 %) respondentů a minimální zastoupení 4 (7 %) mají respondenti plnoletí. Viz. obr. 1



Obr. 1 Graf týkající se věkového zastoupení respondentů

Otázka č. 3 a 4 Jaká je Vaše výška a váha?

V otázce č. 3 a 4 jsem se ptala na výšku a váhu dotazovaných respondentů. Pomocí vzorce pro výpočet BMI jsem respondenty zařadila do jednotlivých skupin. Jak je patrné z tabulky č. 2, 41 respondentů (72 %) má normální BMI, 8 (14 %) respondentů je podvyživených a 8 (14 %) dotazovaných respondentů má nadváhu. Hodnoty váhy a výšky udávali studenti orientačně, tudíž výsledky nelze považovat za validní. Viz. tab. 2

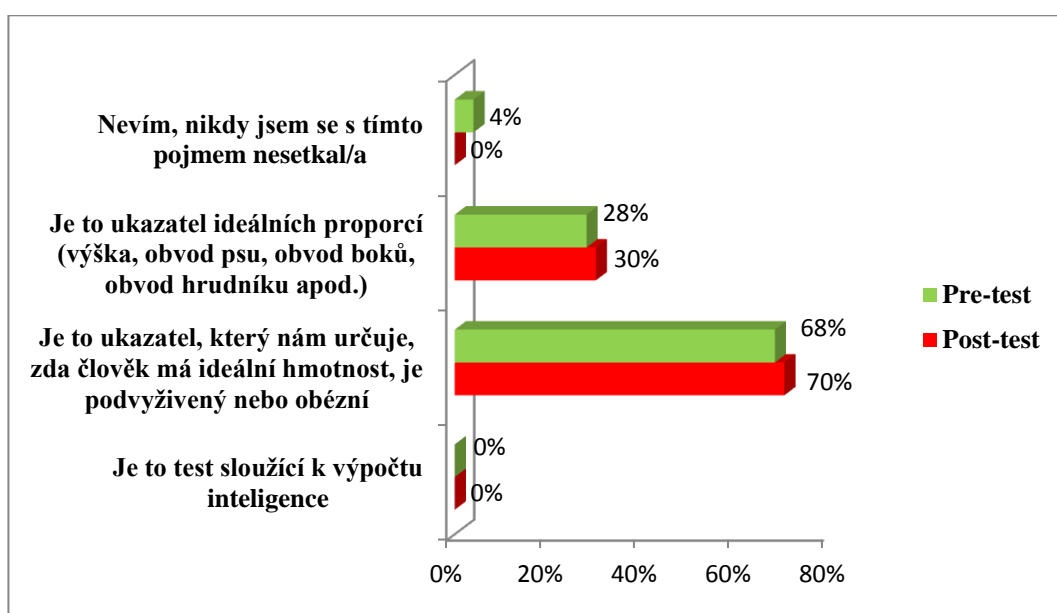
Tab. 2 Tabulka týkající se stavu výživy u respondentů

Výpočet BMI u dotazovaných respondentů		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Norma	41	72 %
Podvýživa	8	14 %
Nadváha	8	14 %
Celkem	57	100 %

Otázka č. 5 Co znamená pojem BMI (body mass index)?

Z grafického znázornění lze konstatovat, že v pre-testu odpovědělo správně na otázku 39 (68 %) respondentů. 16 (28 %) respondentů odpovědělo v pre-testu, že BMI je ukazatel ideálních proporcí (výška, obvod pasu, obvod boků, obvod hrudníku apod. Pouze 2 (4 %) respondenti se před edukací s pojmem BMI nesetkali.

V post-testu odpovědělo správně 40 (70 %) respondentů, že jde o ukazatel, který nám určuje, zda má člověk ideální hmotnost, je podvyživený nebo obézní. Zbývajících 17 (30 %) respondentů odpovědělo, že jde o ukazatel ideálních proporcí těla. Viz. obr. 2



Obr. 2 Graf týkající se definice BMI

Otázka č. 6 Víte jak vypočítat BMI?

Tabulka č. 3 dokládá, že v pre-testu pouze 4 (7 %) respondenti dokážou zcela správně použít vzorec pro výpočet BMI. Body mass index nezná 53 (93 %) z dotázaných respondentů. Po měsíční pauze byl proveden post-test kdy 23 (40 %) respondentů vědělo, jak se počítá BMI pomocí vzorce a zbylých 34 (60 %) nedokázalo i přes edukaci správně použít vzorec a vypočítat BMI. Viz. tab. 3

Tab. 3 Tabulka týkající se výpočtu BMI

Víte jak vypočítat BMI				
	Pre-test		Post-test	
	Abs. čet.	Rel. čet.	Abs. čet.	Rel. čet.
Ano, uveďte jak	4	7 %	23	40 %
Ne	53	93 %	34	60 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %

Otázka č. 7 Jaký by měl být energetický příjem pro adolescentů od 15. – 19. let v kJ?

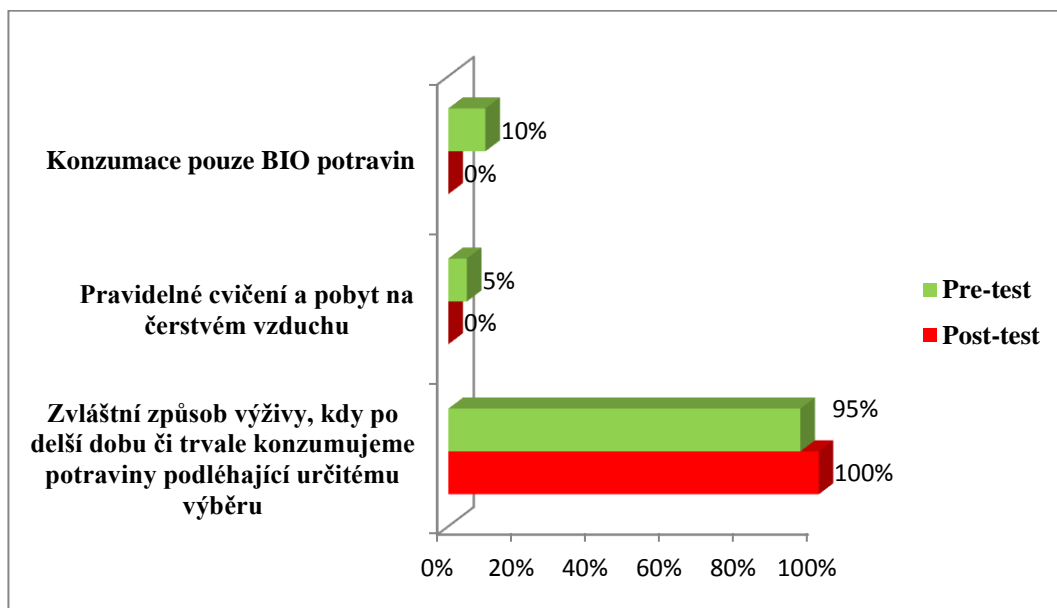
Dotazníková položka pojednává o tom, jakou hodnotu by měl mít energetický příjem u adolescentů od 15 do 19 let v kJ. V zadání otázky bylo přesně uvedeno věkové rozmezí, v jakém by se měl pohybovat energetický příjem adolescentů. V pre-testu zvolilo správnou odpověď, a to 10 500 – 13 000 kJ 9 (16 %) respondentů. Dále možnost 6000 – 7500 kJ označilo 38 (67 %) respondentů. Oproti tomu, jak je uvedeno v tabulce č. 4 po edukaci správně zvolilo odpověď 10 500 – 13 000 kJ 39 (68 %) studentů. Viz. tab. 4

Tab. 4 Tabulka týkající se energetického příjmu u adolescentů od 15. – 19. let v kJ

Jaký by měl být energetický příjem adolescentů od 15. – 19. let v kJ				
	Pre-test		Post-test	
	Abs. čet.	Rel. čet.	Abs. čet.	Rel. čet.
3500 – 4450 kJ	10	18 %	4	7 %
10500 – 13000 kJ	9	16 %	39	68 %
6000 – 7500 kJ	38	67 %	14	25 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %

Otázka č. 8 Dieta je podle Vás?

Jak je patrné z grafického znázornění, správnou odpověď, že jde o zvláštní způsob výživy, kdy po delší dobu, či trvale konzumujeme potraviny, podléhající určitému výběru označilo 54 (95 %) respondentů v pre-testu. Z celkového počtu 57 respondentů uvedli 3 (5 %) respondenti, že se jedná o pravidelné cvičení na čerstvém vzduchu. V post-testu zvolilo 57 (100 %) správnou odpověď. Viz. obr. 3

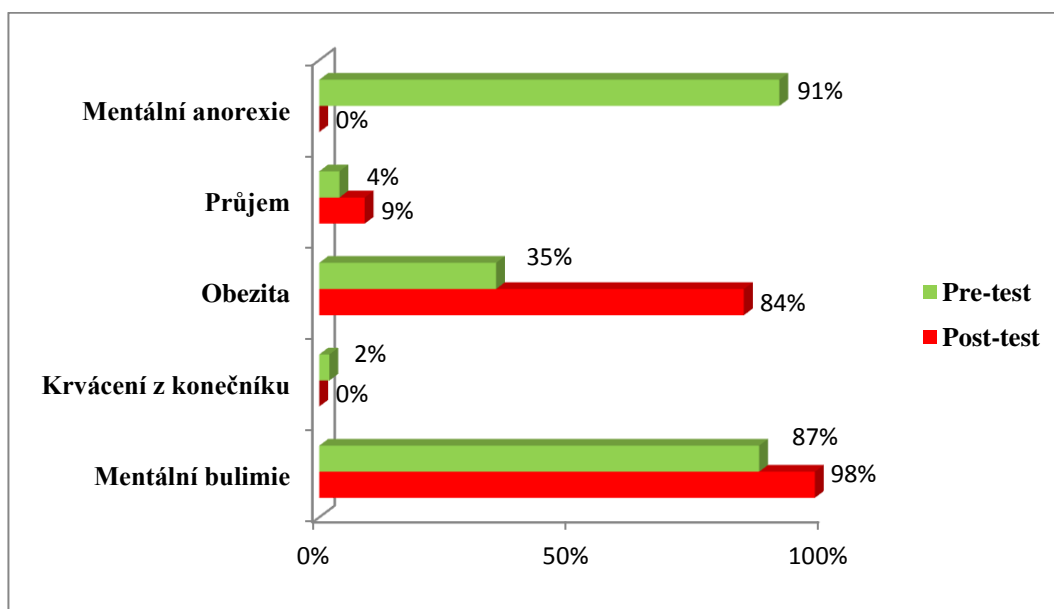


Obr. 3 Graf týkající se definice diety

Otázka č. 9 Jaké z nabídnutých onemocnění patří do skupiny PPP? (Možno více odpovědí)

Mezi poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie, bulimie, obezita a záchvatovité přejídání. Jak je patrné z grafického znázornění v pre-testu 50 (87 %) respondentů označilo mentální bulimii, 20 (35 %) respondentů se domnívá, že mezi poruchy příjmu potravy patří obezita a 52 (91 %) dotazovaných respondentů označilo, že do skupiny PPP patří mentální anorexie. Pouze 1 (2 %) respondent vybral odpověď krvácení z konečníku.

Jak je vidět z grafického znázornění po edukaci 57 (100 %) dotazovaných respondentů odpovědělo správně, že mezi PPP patří mentální anorexie. 56 (98 %) studentů zvolilo odpověď první mentální bulimii. 48 (84 %) respondentů dobře zaznamenalo, že mezi PPP patří i obezita. Z celkového množství dotazovaných respondentů si 5 (9 %) myslí, že mezi PPP patří průjem. Viz. obr. 4



Obr. 4 Graf týkající se jednotlivých onemocnění, které patří do skupiny PPP

Otázka č. 10. Vyberte z níže uvedených možností větu, která nejpřesněji vystihuje pojem mentální anorexie?

U této otázky měli respondenti zvolit větu, která nejpřesněji vystihuje pojem mentální anorexie. Jak je patrné v tabulce č. 4, 29 (51 %) respondentů správně označilo z níže uvedených možností větu, která nejpřesněji vystihuje mentální anorexii. 18 (32 %) respondentů si myslí, že se jedná o nechutenství, které vede ke snížení tělesné hmotnosti a zbývajících 10 (18 %) respondentů označilo v pre-testu odpověď první, že jde o onemocnění, kterým trpí pouze ženy se záměrem přiblížit se ideálu krásy na základě držení redukční diety. Viz. tab. 4

Tab. 4 Tabulka týkající se vysvětlení pojmu mentální anorexie

Vyberte z níže uvedených možností větu, která nejpřesněji vystihuje pojem MA				
	Pre- test		Post - test	
	Abs. čet.	Rel. čet.	Abs. čet.	Rel. čet.
Je to onemocnění, kterým trpí pouze ženy se záměrem přiblížit se ideálu krásy na základě držení redukční diety	10	18 %	2	4 %
Je to onemocnění, které po krátkodobém užívání léků odezní	0	0 %	0	0 %
Jedná se o úmyslné a aktivní snižování těl. hmotnosti, ve smyslu redukce energetického příjmu anebo zvýšeného energetického výdeje	29	51 %	50	88 %
Jedná se o nechutenství, které vede ke snížení tělesné hmotnosti	18	32 %	5	9 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %

Otázka č. 11 V jaké věkové skupině se nejčastěji vyskytuje mentální anorexie?

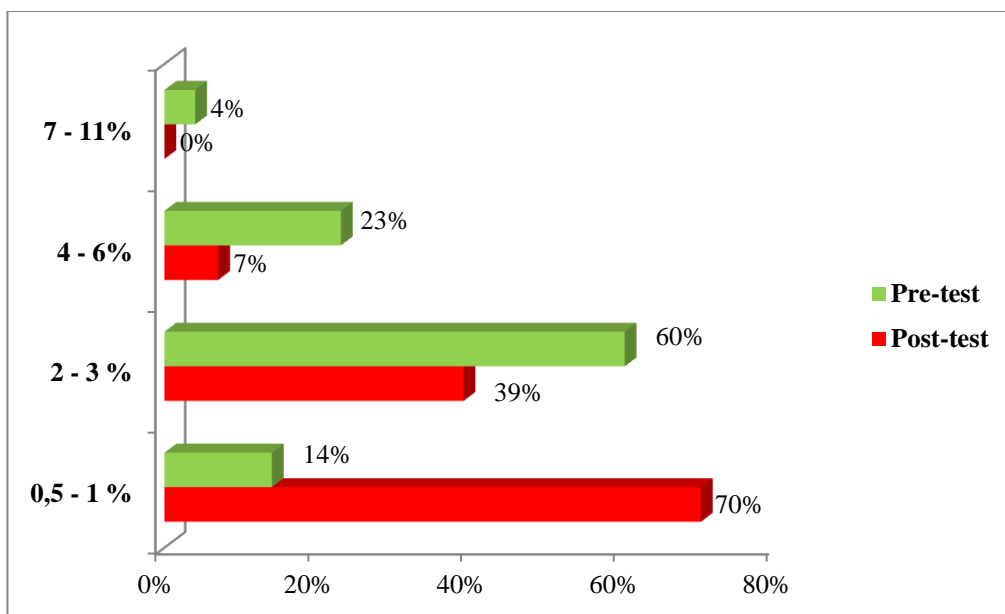
Tabulka č. 5 nám ilustruje rozmezí věkových skupin. V otázce č. 11 jsem se ptala dotazovaných respondentů, v jaké věkové skupině se nejčastěji vyskytuje mentální anorexie. V pre-testu 47 (82 %) respondentů zvolilo správnou odpověď 13 až 20 let. V post-testu byli respondenti úspěšnější a správně odpovědělo 50 (88 %) respondentů. 4 (7 %) respondenti v pre-testu zvolili odpověď 21 až 40 let, kdežto v post-testu označil tuto chybnou odpověď pouze 1 (2%) respondent. 6 (11 %) respondentů si myslí, že mentální anorexie postihuje nejčastěji jedince ve věku 12 až 15 let, po edukaci tuto odpověď zvolilo 5 (9 %) respondentů. Viz. tab. 5

Tab. 5 Tabulka týkající se věkového výskytu mentální anorexie v populaci

V jaké věkové skupině se nejčastěji vyskytuje MA				
	Pre-test		Post-test	
	Abs. čet.	Rel. čet.	Abs. čet.	Rel. čet.
8 - 11 let	0	0 %	1	4 %
12 - 15 let	6	11 %	5	9 %
13 - 20 let	47	82 %	50	88 %
21 - 40 let	4	7 %	1	2 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %

Otázka č. 12 Jaké procento populace v České republice trpí mentální anorexií?

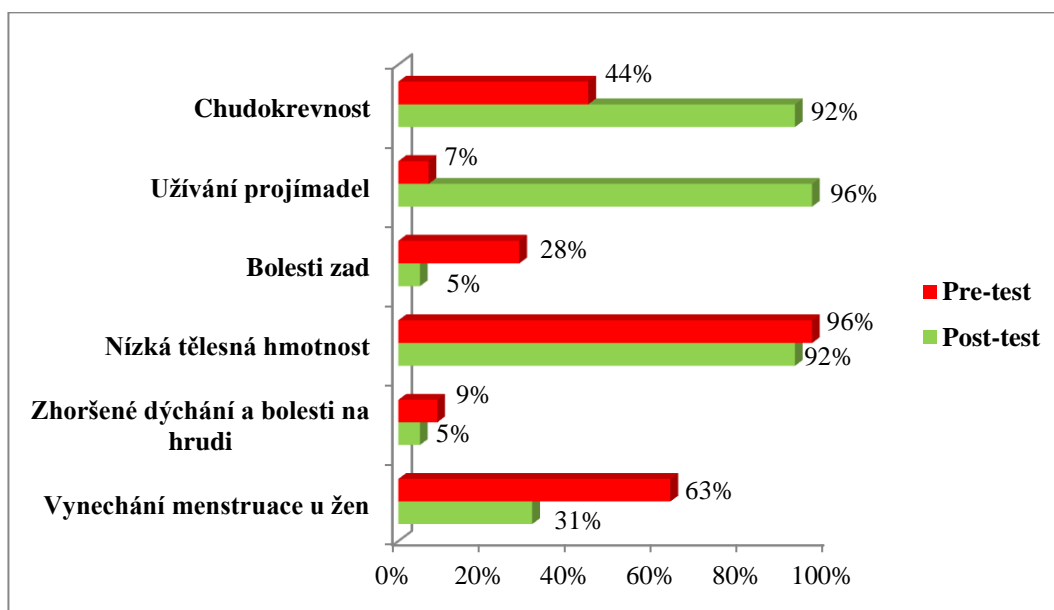
Respondenti měli zvolit jednu správnou odpověď. V pre-testu odpovědělo správně na otázku č. 12 8 (14 %) respondentů. 34 (60 %) respondentů se domnívalo, že mentální anorexií trpí v České republice 2 až 3 % populace. V post-testu zvolilo správnou odpověď 40 (70 %) respondentů, tudíž jak je patrné na grafickém znázornění, je zde vidět značný rozdíl před zahájením edukace a po edukaci. Viz. obr. 5



Obr. 5 Graf týkající se výskytu mentální anorexie v ČR

Otázka č. 13 Jaké jsou příznaky mentální anorexie? (Možno více odpovědí)

Jak nám ilustruje obrázek č. 6, mezi příznaky mentální anorexie patří vynechání menstruace, nízká tělesná hmotnost a chudokrevnost. 36 (63 %) studentů v pre-testu odpovědělo správně, že mezi příznaky PPP patří vynechání menstruace. 5 (9 %) studentů si myslí, že jedním z příznaků mentální anorexie je zhoršené dýchání a bolesti na hrudi, v post-testu tuto odpověď zvolili 3 (5 %) studenti. Velmi nízká tělesná hmotnost je dalším příznakem, který je typický pro mentální anorexii tuto odpověď označilo v pre-testu 55 (96 %) studentů, překvapivě v post-testu zvolilo tuto odpověď 53 (92 %) studentů. V pre-testu se domnívá 16 (28 %) studentů, že mezi příznaky mentální anorexie patří bolesti zad, po edukaci tuto odpověď zvolili 3 (5 %) studenti. Jedním z dalších příznaků onemocnění je užívání laxativ, kdy správně zvolili tuto odpověď v pre-testu 4 (7 %) studenti, kdežto po edukaci tuto odpověď označilo 55 (96 %) studentů. Chudokrevnost podle literatury je dalším příznakem mentální anorexie. V pre-testu se domnívá 25 (44 %) studentů, že anemie je dalším příznakem mentální anorexie. V post-testu tuto odpověď zvolilo 53 (92 %) studentů. Viz. obr. 6



Obr. 6 Graf týkající se tělesných příznaků mentální anorexie

Otázka č. 14 Vyberte z níže uvedených možností větu, která nejpřesněji vystihuje pojem mentální bulimie?

Správnou odpověď, že jde o poruchu charakterizovanou opakujícími záchvaty přejídání spojenými se zvracením a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti označilo v pre-testu 49 (86 %) respondentů. 4 (7 %) respondenti si myslí, že mentální bulimie je onemocnění vzniklé na podkladě onemocnění žaludku, kdy nemocný zvrací. Naopak v post-testu tuto odpověď zvolili pouze 2 (4 %) respondenti. 54 (95 %) respondentů po edukaci správně charakterizovalo mentální bulimii. Viz. tab. 6

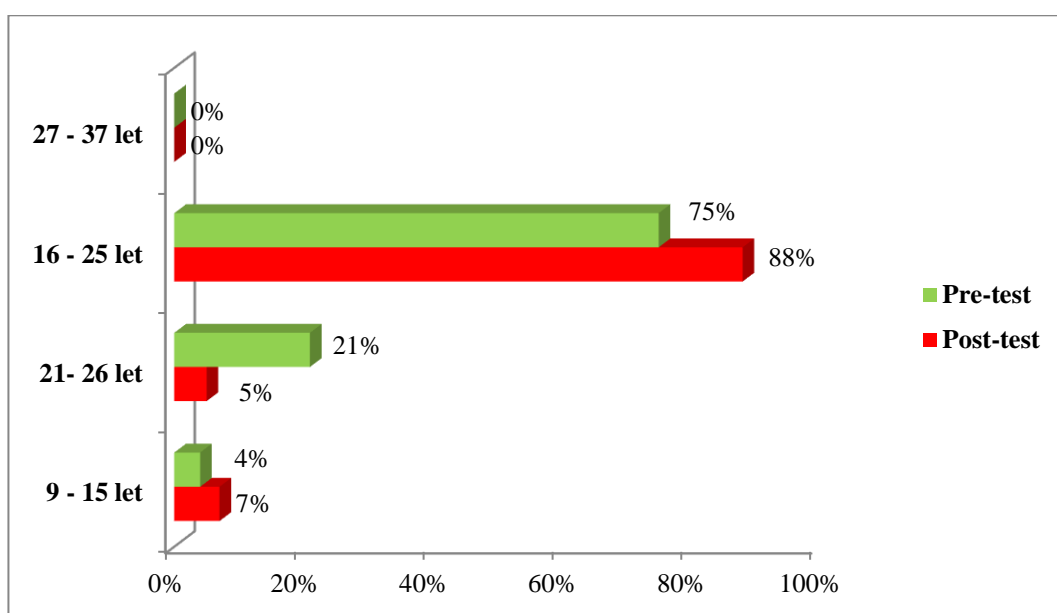
Tab. 6 Tabulka týkající se definice mentální bulimie

Vyberte z níže uvedených možností větu, která nejpřesněji vystihuje pojem bulimie				
	Pre- test		Post - test	
	Abs. čet.	Rel. čet.	Abs. čet.	Rel. čet.
Je opakované zvracení vzniklé na základě onemocnění žaludku	4	7 %	2	4 %
Je porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání spojenými se zvracením a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti	49	86 %	54	95 %
Je to zvýšená chuť na sladkosti	0	0 %	0	0 %
Je to porucha charakterizovaná rychlým hubnutím, kdy je člověk po několika týdnech značně podvyživený	4	7 %	1	2 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %

Otázka č. 15 V jaké věkové skupině se nejčastěji vyskytuje bulimie?

Dotazníková položka pojednává o tom, v jaké věkové skupině nejčastěji onemocní jedinec mentální bulimií. Grafické znázornění nám mapuje výsledky v pre-testu a následně po edukaci. Jak můžeme vidět v pre-testu správnou odpověď 16 - 25 let zvolilo 43 (75 %) dotazovaných respondentů. 12 (21 %) respondentů si myslí, že mentální bulimií onemocní nejčastěji jedinec v období časně dospělosti.

V post-testu jsem zaznamenala, že 50 (88 %) respondentů správně označilo odpověď 16 - 25 let. 4 (7 %) respondenti označili věkovou kategorií 9 - 15 let. Pouze 3 (5 %) respondenti si myslí, že typický výskyt pro mentální bulimie je věková skupina 21 - 26 let. Viz. obr. 7



Obr. 7 Graf týkající se výskytu věkových skupin u mentální bulimie

Otázka č. 16 Jaké procento populace v České republice trpí bulimií?

Na výše uvedenou otázku, jaký je procentuální výskyt mentální bulimie v České republice, odpovědělo v pre-testu správně 28 (49 %) respondentů. 24 (42 %) dotazovaných respondentů označilo chybně možnost první a to, že 1 až 3 % populace trpí bulimií. 4 (7 %) respondenti v pre-testu uvedli, že bulimie se vyskytuje v České republice v rozmezí 6 až 9 %.

V post-testu správnou odpověď 4 až 6 % zvolilo 36 (63 %) respondentů. Oproti pre-testu, kde chybnou odpověď zvolilo 24 (42 %) respondentů, po edukaci odpovědělo špatně o 3 respondenty méně. Viz. tab. 7

Tab. 7 Tabulka týkající se výskytu mentální bulimie v České republice

Jaké procento populace v České republice trpí bulimií				
	Pre- test		Post - test	
	Abs. čet.	Rel. čet.	Abs. čet.	Rel. čet.
1 - 3 %	24	42 %	21	37 %
4 - 6 %	28	49 %	36	63 %
6 - 9 %	4	7 %	0	0 %
10 - 16 %	1	2 %	0	0 %
CELKEM	57	100 %	57	100 %

Otázka č. 17 Jaké jsou příznaky bulimie? (Možno více odpovědí)

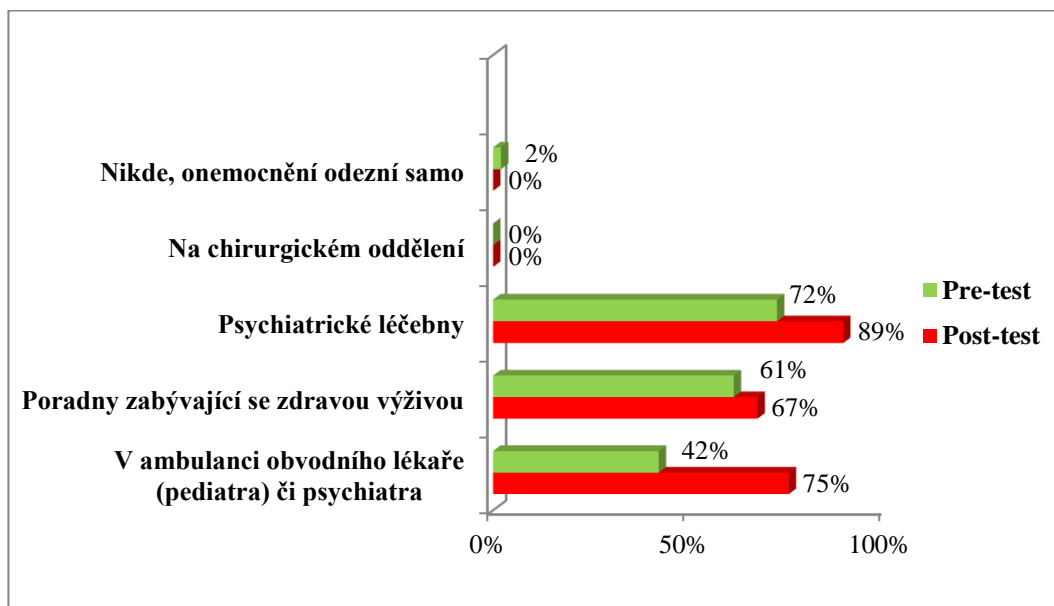
Mezi příznaky mentální bulimie patří vyvolávání zvracení, opakované záchvaty přejídání, ztráta ochlupení a zvýšená kazivost zubů. Jak je patrné z tabulky č. 8 v pre-testu zvolili správně 4 (7 %) studenti, že jedním z příznaků je ztráta ochlupení, kdežto v post-testu tuto odpověď označilo 56 (98 %) dotazovaných studentů. Dysurické potíže, které nepatří mezi příznaky mentální bulimie, označilo před edukací i po edukaci 7 (12 %) studentů. Opakované záchvaty přejídání zvolila převážná část oslovených studentů. V pre-testu 27 (47 %) studentů vybralo správně odpověď, že mezi příznaky patří zvýšená kazivost zubů. V post-testu tuto odpověď označilo 34 (59 %) studentů. S překvapením v post-testu 8 (14 %) studentů uvedlo, že mezi příznaky bulimie patří suchý kašel a rýma. Typickým příznakem bulimie je vyvolávání zvracení. Tuto odpověď zvolilo v pre-testu 52 (91 %) respondentů a po edukaci 56 (98 %) dotazovaných studentů. Viz. tab. 8

Tab. 8 Tabulka týkající se jednotlivých příznaků mentální bulimie

Jaké jsou příznaky mentální bulimie				
	Pre- test		Post- test	
	Abs. čet.	Rel. čet.	Abs. čet.	Rel. čet.
Ztráta ochlupení	4	7 %	56	98 %
Dysurické potíže (pálení, řezání při močení)	7	12 %	7	12 %
Opakované záchvaty přejídání	47	82 %	56	98 %
Zvýšená kazivost zubů	27	47 %	34	59 %
Suchý kašel, rýma	0	0 %	8	14 %
Vyvolávání zvracení	52	91 %	56	98 %

Otázka č. 18 Kde probíhá léčba PPP? (Možno více odpovědí)

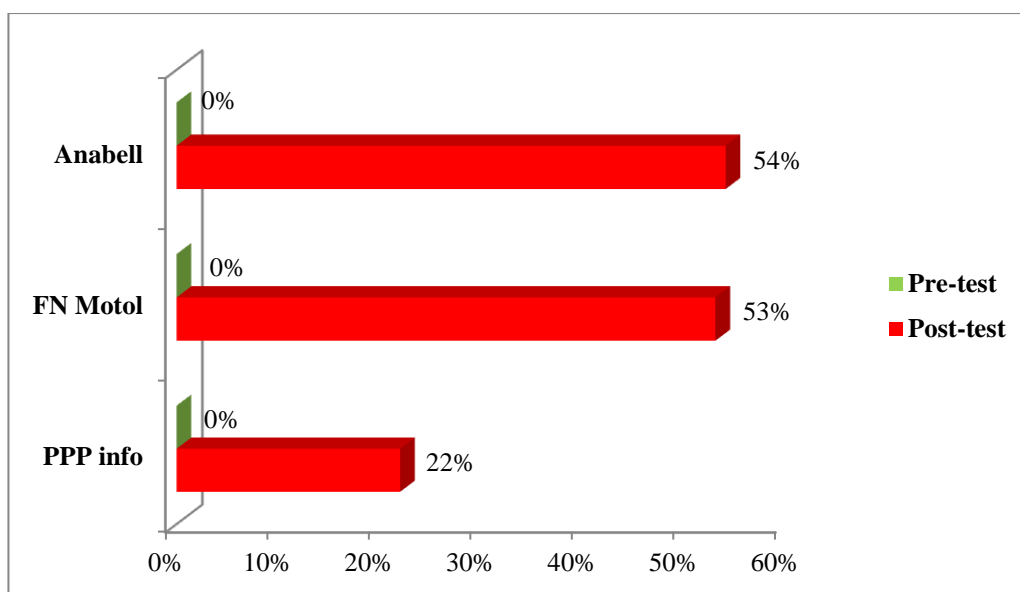
V prvním kontaktu s nemocným je nejčastěji praktický lékař (pediatr). Někdy, zachytí v prvopočátku onemocnění gynekolog. V otázce č. 18 jsem se ptala studentů, kde probíhá léčba poruch příjmu potravy. V pre-testu 24 (42 %) studentů správně napsalo, že léčba probíhá v ambulanci praktického lékaře (pediatra) či psychiatra, v post-testu tuto odpověď označilo 43 (75 %) studentů. Jak je patrné z grafického znázornění, více než polovina studentů se domnívá, že léčbou PPP se zabývají poradny se zdravou výživou. Psychiatrické léčebny jsou nedílnou součástí léčby. Správně tuto odpověď označilo v pre-testu 41 (72 %) studentů, po edukaci 38 (67 %) studentů. 1 (2 %) respondent si myslí, že onemocnění odezní samo. Viz. obr. 8.



Obr. 8 Graf týkající se léčby PPP

Otázka č. 19 Znáte organizace zabývající se pomocí lidem s PPP?

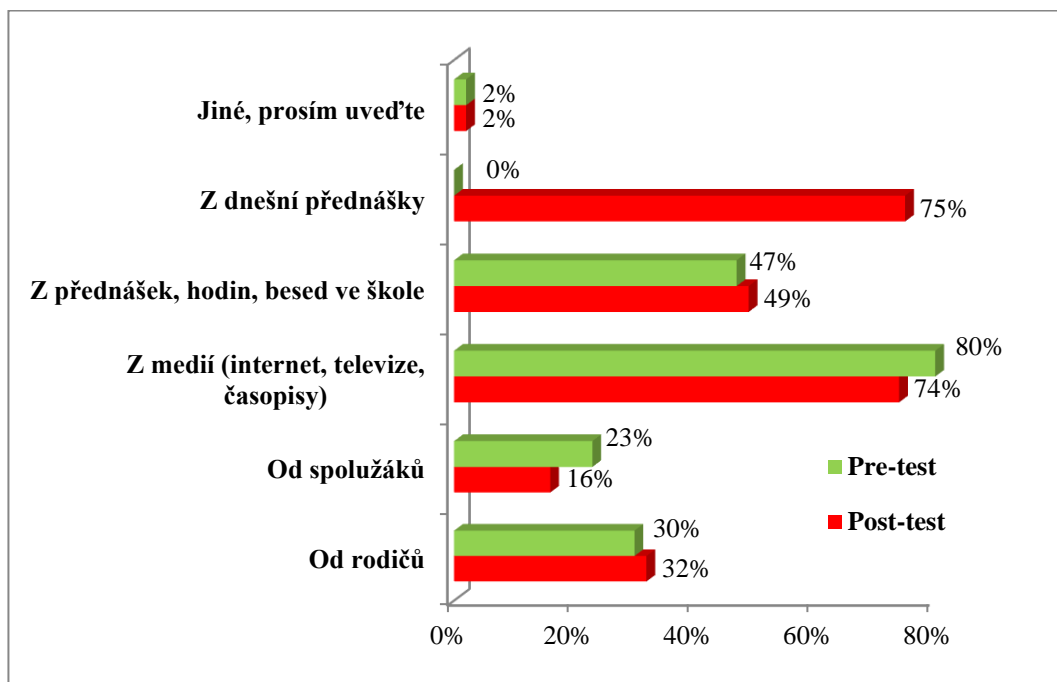
V dotazníkovém šetření č. 19 jsem se ptala, zda studenti znají některé organizace zabývající se pomocí lidem s PPP. V pre-testu na tuto otázku neodpověděl ani jeden student. Po edukaci byli studenti úspěšnější a 17 (22 %) si dobře zapamatovalo internetovou stránku PPP info, kde je přehledně rozebraná problematika PPP. Fakultní nemocnice Motol je jednou z mála nemocnic, která se zabývá diagnostikou, léčbou ale i prevencí poruch příjmu potravy. Tuto odpověď správně označilo 30 (53 %) dotazovaných respondentů. Na organizaci Anabell si vzpomnělo 31 (54 %) studentů. Viz. obr. 9.



Obr. 9 Graf týkající se organizací zabývajících se péčí o nemocné s PPP

Otázka č. 20 Kde jste získal/a informace o PPP?

V otázce č. 20 jsem se ptala, kde studenti získali nejvíce informací o poruchách příjmu potravy. Více než polovina 46 (80 %) dotazovaných studentů, uvedla, že převážnou část informací získala z internetu, televize a časopisů. Od rodičů získalo informace v pre-testu 17 (30 %) respondentů, v post-testu pak tuto odpověď uvedlo 18 (32 %) studentů. 20 % studentů získává informace o dané problematice vzájemnou diskusí. 27 (47 %) dotazovaných studentů v pre-testu uvedlo, že informace o poruchách příjmu potravy získali z přednášek ve škole. V post- testu, kde jsem se na tuto otázku ptala po druhé, 43 (75 %) uvedlo, že získalo informace o PPP z mé přednášky. 1 (2 %) studentka v dotazníku uvedla, že si sama tímto onemocněním prošla. Viz. obr. 10.



Obr. 10 Graf týkající se zdrojů informací o PPP

Otázka č. 21 Setkal/a jste se ve Vašem okolí s člověkem, který měl PPP?

Jak je patrné z tabulky č. 9 z celkového množství oslovených respondentů 30 (53 %) respondentů se již někdy setkalo s nemocným, který trpěl poruchou příjmu potravy. 10 (18 %) respondentů si není vědomých, že by se někdy setkali s postiženým PPP a 17 (30 %) respondentů se prozatím, jak uvádí v dotazníku, nikdy nesetkalo s nemocným, který mentální anorexií či bulimií trpí. Viz. tab. 9

Tab. 9 Tabulka týkající se setkání respondentů s nemocným, který trpěl PPP

Setkal/a jste se ve Vašem okolí s člověkem, který trpěl PPP		
	Abs. čet.	Rel. čet.
Ano	30	53 %
Ne	17	30 %
Nevím	10	18 %
CELKEM	57	100 %

Otázka č. 22 Uvítali byste více informací o poruchách příjmu potravy? Pokud ano, jakou formou.

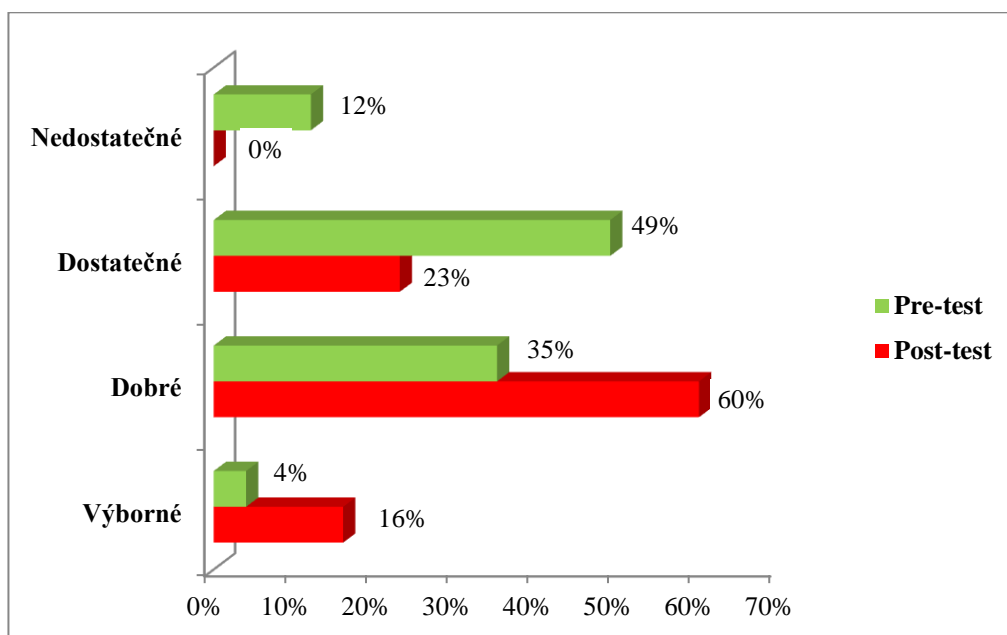
41 (72 %) respondentů uvedlo, že nechtějí být více informovaní o poruchách příjmu potravy. 6 (11 %) respondentů by uvítalo více informací formou přednášky. 4 (7 %) respondenti by rádi shlédli film o dané problematice. 4 (7 %) respondenti by uvítali a rádi rozšířili své znalosti pomocí edukačního letáku. 1 respondent uvedl, že by rád pohovořil o problematice osobně.

Tab. 10 Tabulka týkající se zájmu o informace o PPP

Uvítali byste více informací o PPP? Pokud ano, uveďte jakou formou			
		Abs. čet.	Rel. čet.
Ano	Přednášky	6	11 %
	Film o PPP	4	7 %
	Reklama	1	2 %
	Edukační leták	4	7 %
	Osobní konzultace	1	2 %
Ne		41	72 %

Otázka č. 23 Jak subjektivně vnímáte Vaše znalosti o PPP?

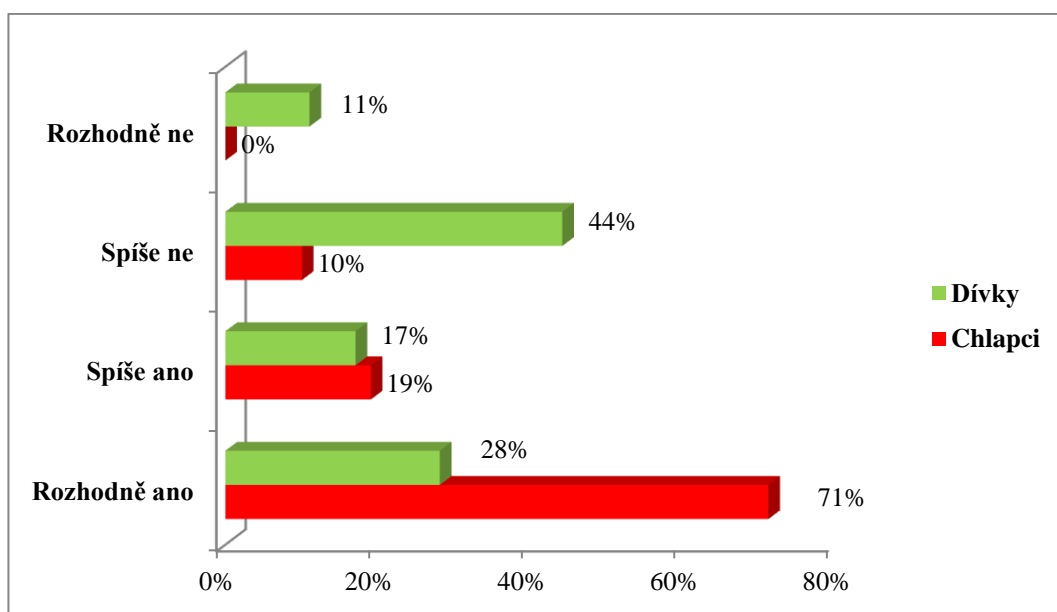
Obrázek č. 11 nám ilustruje odpovědi dotazovaných respondentů v pre-testu a následně s 30 denní pauzou v post-testu. Před přednáškou, respondenti vyplnili pre-test, kde jsem se jich ptala, jak subjektivně vnímají své znalosti o problematice poruch příjmu potravy. 28 (49 %) respondentů vnímalo své znalosti v pre-testu na dostatečné úrovni. Z 57 (100 %) respondentů uvedlo 20 (35 %) respondentů, že mají znalosti o PPP na dobré úrovni. Oproti tomu v post-testu jsou výrazně výsledky lepší. 34 (60 %) respondentů subjektivně vnímá znalosti na dobré úrovni, 13 (23 %) žáků stále uvádí, že jsou jejich znalosti dostačující. Pouze 9 (16 %) vnímá své znalosti na úrovni výborné. Viz. obr. 11



Obr. 11 Graf týkající se subjektivních znalostí respondentů

Otázka č. 24 Jste spokojený/ú se svým vzhledem?

Na výše uvedenou otázku v dotazníkovém šetření odpovědělo 10 (28 %) dívek, že se svým vzhledem jsou rozhodně spokojené, oproti tomu chlapců, je spokojená převážná část (71 %). 6 (17 %) dívek je spíše spokojených se svým zevnějškem, 4 (19 %) chlapci jsou spíše spokojeni se svou postavou. Kdežto 16 (44 %) dívek uvedlo, že převážně nejsou spokojené se svým vzhledem, chlapci nejsou spokojeni pouze 2 (10 %). 4 (11 %) studentky rozhodně nejsou spokojené se svým vzhledem. Viz. obr. 12



Obr. 12 Graf týkající se spokojenosti respondentů se svým vzhledem

Otázka č. 25 Držel/a jste někdy dietu s cílem snížení hmotnosti?

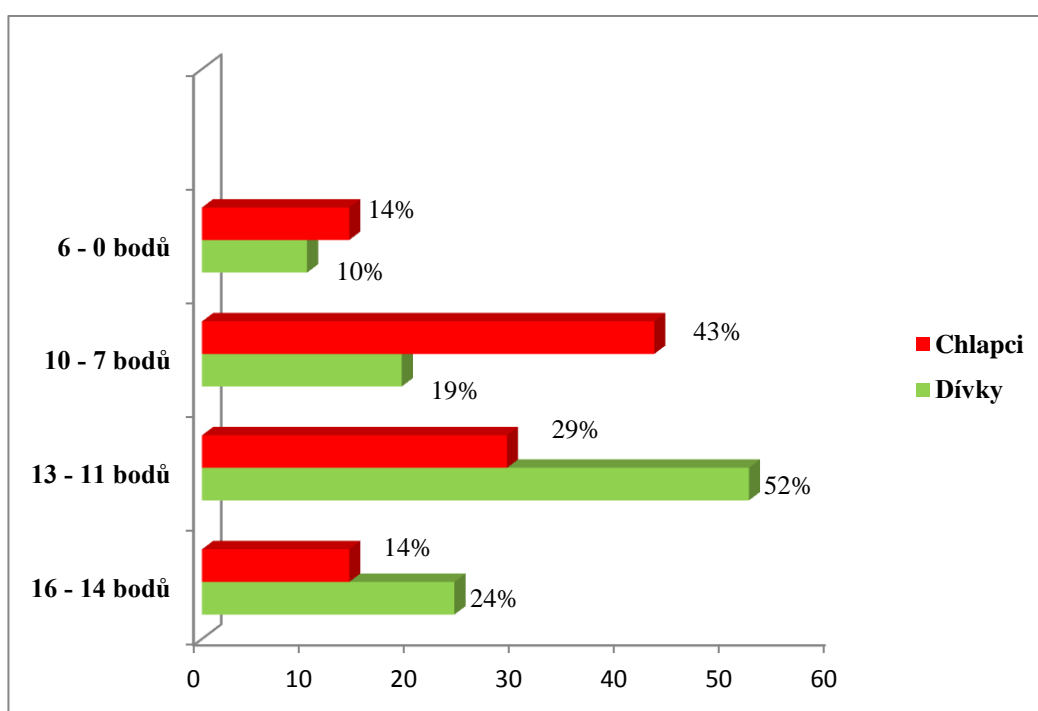
Jak je patrné z tabulky č. 11, 39 (68 %) dotazovaných respondentů dosud nikdy nemělo potřebu držet dietu s cílem snížení tělesné hmotnosti. 18 (32 %) respondentů v dotazníkovém šetření uvedlo, že již někdy drželi redukční dietu. Odpověď ano volily převážně dívky. Viz. tab. 11

Tab. 11 Tabulka týkající se dietního opatření u respondentů

Držel/a jste někdy dietu s cílem snížení tělesné hmotnosti		
	Abs. čet.	Rel. čet.
Ano	18	32 %
Ne	39	68 %
CELKEM	57	100 %

Bodové hodnocení znalostí respondentů.

Obrázek č. 13 nám ilustruje počet získaných bodů chlapců a dívek v pre-testu. Informace o poruchách příjmu potravy byly vyhodnoceny na základě dotazníkových otázek č. 6 až 20, které se vztahovaly ke zjištění znalostí o poruchách příjmu potravy. 14 a více bodů získalo 5 (24 %) dívek, kdežto tohoto bodového hodnocení dosáhli pouze 3 (14 %) chlapci. Hranici 13 bodů dosáhlo 11 (52 %) dívek a 6 (29 %) chlapců. Jak je patrné z grafického znázornění dívky dosáhly vyšších znalostí než chlapci. Viz. obr. 13



Obr. 13 Graf týkající se bodového hodnocení znalostí respondentů

9 Diskuse

Cílem výzkumného šetření mé bakalářské práce je zjistit znalosti, názory a postoje studentů středních škol o poruchách příjmu potravy. K získání odpovědí na výzkumné otázky jsem vytvořila dotazník, díky kterému jsem mohla porovnat znalosti, zkušenosti a názory studentů. Pro sběr dat bylo využito dotazníkové šetření se zaměřením na studenty středních škol. Po pilotáži, která proběhla pomocí dotazníku a rozhovoru, byly dotazníky pro vlastní výzkum rozdány mezi 80 studentů. V den dotazníkového šetření, které probíhalo ve stejný den na středních školách se výuky zúčastnilo 57 studentů. Pro vyhodnocení významu edukačního procesu jsem použila pre-test a následně post-test. Formou pre-testu jsem chtěla zjistit, jaké informace o poruchách příjmu potravy již studenti mají. Problematikou poruch příjmu potravy se ve své diplomové práci zabývala Němečková (2010), která zkoumala znalosti žáků SŠ v Táboře o problematice PPP. Novotná (2011) napsala bakalářskou práci na téma „Poruchy příjmu potravy – informovanost a prevence u žáků brněnských středních škol“. Pernicová (2011) obhájila na Brněnské fakultě diplomovou práci s názvem „Informovanost žáků o poruchách příjmu potravy v okrese Vyškov“. Ve výše uvedených pracích se nikdo nezabýval edukací studentů.

První výzkumná otázka je ve znění: **Budou dívky lépe informované než chlapci, přesto bude míra informací nedostačující?** Ve své bakalářské práci jsem jednotlivé otázky vyhodnotila společně, nerozlišila jsem pohlaví. Následně jsem si rozdělila dotazníky chlapců a dívek a bodově je ohodnotila. V závěru jsem došla k výsledku, že dívky jsou lépe informované než chlapci. Viz. obr. 13 Podle Novotné (2011) měli chlapci nedostatky v charakteristice mentální anorexie a bulimie a necelá polovina respondentů mužského pohlaví nesprávně uvedla zástupce poruch příjmu potravy. Naopak v diplomové práci Němečkové (2010) většina respondentů zná následky mentální anorexie a bulimie, rozdíl mezi pohlaví nebyl zaznamenán. Závěrem k této výzkumné otázce lze shrnout toto: více než polovina dívek je lépe informovaná, než chlapci, přesto, z mého pohledu, není míra informací dostačující.

Druhá výzkumná otázka ve znění: **Budou studenti získávat informace zejména z medií než ze školy?** Jak je patrné z obrázku č. 10 více než polovina 46 (80 %) dotazovaných respondentů získala převážnou část informací o problematice poruch příjmu potravy z medií. 17 (30 %) studentů v dotazníku uvedlo, že na toto téma hovořilo s rodiči. Němečkové (2010), která se taktéž zabývala ve své diplomové práci informovaností studentů středních škol o

poruchách příjmu potravy, uvedla, že rodiče o problematice PPP hovoří spíše s dívkami. 27 (47 %) respondentů v dotazníku uvedlo, že přehled o problematice PPP získali z přednášek a besed ve škole. Novotná (2011) ve své bakalářské práci uvedla, že v předchozích letech, bylo na uvážení pedagoga, v jaké míře zahrne učivo o poruchách příjmu potravy do výuky. Kladným zjištěním je, že přednášky pořádané školou tvoří nemalé zdroje informací u dívek i chlapců. Nejčastěji však žáci získávají informace o PPP z internetu. Dle Pernicové (2011) se většina respondentů o poruchách příjmu potravy dozvídá z výuky ve škole, televize, internetu a časopisů. Chlapci se nejčastěji dozvídají informace z televize, dívky naopak z časopisů. Pernicová (2011) dále ve své diplomové práci uvádí, že jen třetina se dozvídá o tomto problému prostřednictvím rodiny. Závěrem k této výzkumné otázce lze shrnout toto: více než polovina respondentů získává informace prostřednictvím medií.

Třetí výzkumná otázka ve znění: **Budou po edukaci znalosti respondentů na dobré úrovni?** Z celkového počtu 57 (100 %) dotazovaných respondentů odpověděl vždy plný počet studentů. K vyhodnocení této otázky jsem použila číselnou osu, na které jsem si stanovila bodové ohodnocení testů. Při vyhodnocení post-testu, jsem došla k závěru, pokud studenti dosáhli 75 % a více mají znalosti na úrovni výborné. Studenti, kteří dosáhli v testu 60 % a více mají znalosti na úrovni dobré, pokud studenti dosáhli úspěšnosti 59 % a méně jejich znalosti jsou na úrovni dostatečné. Nedostatečné znalosti mají studenti, kteří získali 49 % a méně.

Z výzkumu vyplynulo, že v post-testu 9 (16 %) studentů subjektivně vnímá své znalosti na výborné úrovni. Po mém zpracování pre-testu a post-testu jsem došla k závěru, že před edukací dosáhli 4 (7 %) respondenti na úroveň výbornou. V post-testu uspělo na výbornou 6 (11 %) dotazovaných respondentů. Pernicová (2011) ve své práci uvedla, že téměř polovina dívek a více jak polovina chlapců nezná pojem „poruchy příjmu potravy“, jelikož nedokážou tento pojem dát do souvislosti s pojmy „mentální anorexie“ a „mentální bulimie“. V pre-testu má dobré znalosti o poruchách příjmu potravy 15 (26 %) respondentů, po edukaci má znalosti na úrovni dobré více jak polovina studentů. Dostatečné znalosti mělo v pre-testu 30 (53 %) respondentů, kdežto po edukaci došlo k výraznému zlepšení studentů. Je však důležité zmínit, že se mohlo stát, že respondenti měli ještě jinou edukační lekci o PPP. Nedostatečné znalosti mělo v pre-testu 8 (14 %) dotazovaných respondentů a v pre-testu neměli dostačující znalosti studenti 2 (4 %). V otázce č. 22 jsem se studentů ptala, zda by uvítali více informací o dané problematice, 41 (72 %) studentů odpovědělo na otázku, že nemají zájem prohloubit své znalosti o poruchách příjmu potravy. Procházková (2007) ve svém výzkumu zjistila, že přibližně polovina žáků jeví vlažný či prakticky žádný zájem dozvědět se něco nového

v oblasti PPP. Dalo by se polemizovat, proč studenti nemají zájem o prohloubení informací. Možná je to proto, že se jich to netýká, nebo mají pocit, že se jich to týkat nebude. Přesto si myslím, že by měli mít studenti ve škole přístupnou informaci pro případ takové situace. Závěrem k této výzkumné otázce lze shrnout toto: více než polovina dotazovaných studentů má po edukaci znalosti na dobré úrovni.

Čtvrtá výzkumná otázka ve znění: **Budou znát studenti organizace, které se zabývají pomocí lidem v PPP?** V pre-testu na tuto otázku neopověděl žádný respondent. V diplomové práci Němečkové (2010) byly taktéž minimální výsledky, pouze jedna dívka uvedla občanské sdružení Anabell, ostatní žádnou organizaci neznají. Pozitivním výsledkem však je, že po edukaci více než polovina dotazovaných respondentů zná alespoň jednu organizaci či jiné zařízení, které se zabývá poruchami příjmu potravy. Závěrem k této výzkumné otázce lze shrnout toto: po edukaci více než polovina dotazovaných respondentů zná alespoň jednu organizaci, která se zabývá poruchami příjmu potravy.

10 Závěr

Problematika poruch příjmu potravy je velice závažná. V posledních letech se ukazuje, že zátěž, kterou sebou poruchy příjmu potravy přinášejí se svými důsledky, by mohla být srovnatelná se zátěží různých psychiatrických poruch např. schizofrenií. Poruchy příjmu potravy mohou být nebezpečné nejen pro děti, adolescenty, ale i dospělé z různých sociálních skupin.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost studentů středních škol pomocí těchto výzkumných otázek: budou dívky lépe informované než chlapci, přesto bude míra informací nedostačující, budou studenti získávat informace zejména z medií než ze školy, budou po edukaci znalosti studentů na dobré úrovni, budou znát studenti organizace, které se zabývají pomocí lidem s PPP a následně provést edukaci formou přednášky. Teoretická část mé bakalářské práce je zaměřená na stručný souhrn o PPP. V jednotlivých kapitolách bakalářské práce je shrnuta historie PPP, mentální anorexie, mentální bulimie, atypické poruchy příjmu potravy, léčba a velmi důležitá prevence.

Empirická část bakalářské práce ukazuje na nedostatečnou informovanost studentů vybraných středních škol v Pardubickém kraji o dané problematice. Pojem „poruchy příjmu potravy“ měly v patrnosti spíše dívky, avšak rozdíl ve znalostech chlapců nebyl příliš velký. Převážnou část informací získávají studenti z medií (internet, televize, časopisy), dále z přednášek, besed ve škole a 17 (30 %) respondentů hovořilo o mentální anorexii a bulimii s rodiči. Po edukaci více než polovina dotazovaných respondentů zná alespoň jednu organizaci, která se zabývá poruchami příjmu potravy. Z mého pohledu, na základě zkušeností s dospívajícími, je velmi důležité zdůraznit prevenci poruch příjmu potravy ve vztahu k dětem a dospívajícím. Základ prevence spočívá v rodině, avšak velmi důležitou roli v podpoře studentů a řešení jejich problémů s výživou hraje i škola. Cíle bakalářské práce, které jsem si stanovila na začátku, byly splněny.

V průběhu psaní bakalářské práce jsem došla k závěru, že jde o problém, který není dobré podceňovat a je dobré vytvářet např. lepší dostupnost odborníků. V současné době není vyhovující systém psychiatrické péče. Psychiatři mají málo času na pacienty a jejich počet je podceněn. Naději může přinést např. transformace psychiatrické péče, kdy by mohla vzniknout Centra duševního zdraví. Také může být vhodné, aby dobrá práce odborníků ve sdruženích typu Anabell byla více zveřejňovaná a aby se k jejím materiálům dostali potřební. Z těchto důvodů jsem vytvořila informační leták pro studenty středních škol, kde mají odkazy

na odborníky. Změnit celospolečenské vnímání štíhlosti jako kultu krásy je velmi náročný úkol. Dokud se nezačne snižovat výskyt onemocnění, je na místě aby, se stále o problematice poruch příjmu potravy intenzivně hovořilo a publikovalo.

11 Soupis bibliografických citací

Monografie

1. HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9
2. HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5
3. JUŘENÍKOVÁ, P. *Edukace v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2171-2
4. KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-0840-X.
5. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1
6. LASER, T.; WATSON, S. *Eating disorders*. 1st ed. New York: The Rosen Publishing Group, 2012. ISBN 978-1-4488-4573-6
7. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9
8. MADÁROVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
9. MARINOV, Z.; PASTUCHA, D. a kol. *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4210-6
10. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8.

11. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 80-85121-81-6.
12. PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-2425-6.
13. PAPEŽOVÁ, H. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9
14. SVAČINA, Š.; BRETŠNAJDROVÁ, A. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2395-2
15. SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
16. ŠTEJFA, M. a kol. *Kardiologie*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 970-80-247-1385
17. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247- 1213-X
18. VÍTEK, L. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2247-4

Články

19. CARLSON, J. L.; GOLDEN, N. H. Užívání perorální antikoncepce u dospívajících s poruchami příjmu potravy: co léčíme?. *Gynekologie po promoci* [online]. 2009. roč. 9, [cit. 2013-05-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13974-uzivani-peroralni-hormonalni-antikoncepce-u-dospivajicich-s-poruchami-prijmu-potravy-co-lecime>>

20. KOUTEK, J. Poruchy příjmu potravy. *Česko- slovenská pediatrie*. 2011. roč. 66, č. 4, s. 243-248. ISSN 0069-2328
21. KRCH, F. D., Poruchy příjmu potravy: rizikové faktory. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, č. 10, [cit. 2013-05-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>>
22. MAJEROVÁ, Markéta. Morbidní strach z tloušťky. *Sestra*. 2011. roč. 21, č. 5. st. 26 – 27. ISSN 1210-0404
23. MUCALOVÁ, Lucie. Co může udělat pedagog pro prevenci, diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy? *Anabell* [online]. 2011. č. 32, [cit. 2013-10-15]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_32.pdf>
24. PAPEŽOVÁ, Hana. Komunikační dovednosti v léčbě poruch příjmu potravy [online]. *Saquis*. 2009. č. 63, [cit. 2013-02-15]. Dostupný z WWW: <https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/1/?ui=2&ik=4bfddbcb48&view=att&th=13a8c68d45c81e18&attid=0.1&disp=inline&safe=1&zw&saduie=AG9B_P8k7n1HDphHnttcnRayMhyb&sadet=1373543951476&sads=rVWfZtryuUFJuzWUebsjXYR0CMs>.
25. TOMOVÁ, J.; PAPEŽOVÁ, H.; MEHL, A.; KUBĚNA, A. A. Více rodinná terapie poruch příjmu potravy v Čechách – pilotní výzkum účinnosti. *Československá psychologie*. 2010. roč. 54, č. 4, s. 407- 419. ISSN 0009-062X
26. ZAPLETALOVÁ, Anna. Poruchy příjmu potravy- aneb když je jídlo jed i lék: *Florence*. 2013. roč. IX, č. 5, s. 11-13. ISSN 1801-464X

Absolventské práce

27. FRYDRYCHOVÁ, Šárka. *Hygienické návyky školní mládeže v pubescenci*. Pardubice, 2012. 61s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magda Taliánová, Ph.D

28. NĚMEČKOVÁ, Marta. *Informovanost žáků SŠ v Táboře o problematice poruch příjmu potravy*. Brno, 2010. 84s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lenka Procházková. Dostupné z WWW:
<http://is.muni.cz/th/345347/pedf_m/Diplomova_prace_Informovanost_zaku_SS_v_Tabore_o_problematice_poruch_prijmu_potravy.pdf>
29. NOVOTNÁ, Kamila. *Poruchy příjmu potravy – informovanost a prevence u žáků brněnských středních škol*. Brno, 2011. 74s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lenka Procházková. Dostupné z WWW:
< http://is.muni.cz/th/322028/pedf_b/Novotna_-_finalni_verze_Bc..pdf>
30. PERNICOVÁ, Veronika. *Informovanost žáků o poruchách příjmu potravy v okrese Vyškov*. Brno, 2011. 104s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lenka Procházková. Dostupné z WWW:
< http://is.muni.cz/th/237482/pedf_m/DIPLOMOVA_PRACE-finalni_verze.pdf >

Seznam příloh

Příloha A Dotazník Pre-test

Příloha B Dotazník Post-test

Příloha C Presentace

Příloha D Edukační materiál

Přílohy

Příloha A Dotazník Pre-test

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Fidlerová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice studijního oboru Všeobecná sestra. Obracím se na Vás se žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé závěrečné bakalářské práce na téma **Poruchy příjmu potravy**. Tento dotazník je určen pouze pro studenty středních škol, vyplnění dotazníku je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro potřeby bakalářské práce. Vyplněním dotazníku souhlasíte s výzkumem.

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.

Kristýna Fidlerová

Seznam zkratek:

PPP – poruchy příjmu potravy

BMI – body mass index

Pokyny k vyplnění:

Označte pouze jednu odpověď, pokud nebude v zadání otázky uvedeno jinak.

1. Jaké je Vaše pohlaví

Muž

Žena

2. Kolik Vám je let?

.....

3. Jaká je Vaše Výška?

.....

4. Jaká je Vaše hmotnost?

.....

5. Prosím uveďte, jakou navštěvujete školu?

6. Co znamená pojem BMI (body mass index)?

- Je to test sloužící k výpočtu inteligence.
- Je to ukazatel, který nám určuje, zda člověk má ideální hmotnost, je podvyživený nebo obézní.
- Je to ukazatel ideálních proporcí těla (výška, obvod pasu, obvod boků, obvod hrudníku apod.).
- Nevím, nikdy jsem se s tímto pojmem nesetkal/a

7. Víte jak vypočítat BMI ?

- Ano, uveďte jak.....
- Ne

8. Jaký by měl být denní energetický příjem pro děti od 15. – 19. let v kJ?

- 3500 – 4450 kJ
- 10500- 13000 kJ
- 6000 – 7500 kJ

9. Dieta je podle Vás?

- Zvláštní způsob výživy, kdy po delší dobu či trvale konzumujeme potraviny podléhající určitému výběru
- Pravidelné cvičení a pobyt na čerstvém vzduchu
- Konzumace pouze BIO potravin
- Jiné, prosím uveďte.....

10. Jaké z nabídnutých onemocnění patří do skupiny poruchy příjmu potravy (PPP)? (Možno více odpovědí)

- Mentální bulimie
- Krvácení z konečníku
- Obezita
- Průjem
- Mentální anorexie

11. Vyberte z níže uvedených možností větu, která nejpřesněji vystihuje pojem mentální anorexie?

- Je to onemocnění, kterým trpí pouze ženy se záměrem přiblížit se ideálu krásy na základě držení redukční diety.
- Je to onemocnění, které po krátkodobém užívání léků odezní.
- Jedná se o úmyslné a aktivní snižování tělesné hmotnosti ve smyslu redukce energetického příjmu a nebo zvýšeného energetického výdeje.
- Jedná se o nechutenství, které vede ke snižování tělesné hmotnosti.

12. V jaké věkové skupině se nejčastěji vyskytuje mentální anorexie?

- 8 – 11 let
- 12 – 15 let
- 13 – 20 let
- 21 – 40 let

13. Jaké procento populace v České republice trpí mentální anorexií? (na 100 000 obyvatel)

- 0,5 % - 1%
- 2 % - 3%
- 4 % - 6 %
- 7 % - 11 %

14. Jaké jsou příznaky mentální anorexie? (Možno více odpovědí)

- Vynechání menstruace u žen
- Zhoršené dýchání a bolesti na hrudi
- Nízká tělesná hmotnost
- Užívání projímadel
- Bolesti zad
- Chudokrevnost

15. Vyberte z níže uvedených možností větu, která nejpřesněji vystihuje pojem bulimie?

- Je opakované zvracení vzniklé na základě onemocnění žaludku.
- Je porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání spojenými se zvracením a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.
- Je to zvýšená chuť na sladkosti
- Je to porucha charakterizovaná rychlým hubnutím, kdy je člověk po několika týdnech značně podvyživený.

16. V jaké věkové skupině se nejčastěji vyskytuje bulimie?

- 9 – 15 let
- 21 – 26 let
- 16 - 25 let
- 27- 35 let

17. Jaké procento populace v České republice trpí bulimií? (na 100 000 obyvatel)

- 1% - 3%
- 4 % - 6%
- 6 % - 9%
- 10% - 16%

18. Jaké jsou příznaky bulimie?(Možno více odpovědí)

- Ztráta ochlupení
- Dysurické potíže (pálení, řezání při močení)
- Opakované záchvaty přejídání
- Zvýšená kazivost zubů
- Suchý kašel, rýma
- Vyvolávání zvracení

19. Kde probíhá léčba (PPP)?(Možno více odpovědí)

- V ambulanci obvodního lékaře (pediatra) či psychiatra
- Poradny zabývající se zdravou výživou
- Psychiatrické léčebny
- Na chirurgickém oddělení
- Nikde, onemocnění samo odezní

20. Znáte organizace, které se zabývají pomocí lidem s PPP? Pokud ano napište, které znáte.

.....
.....

21. Kde jste získal/a informace o PPP? (Možno více odpovědí)

- Od rodičů
- Od spolužáků
- Z medií (internet, televize, časopisy)
- Z přednášek, hodin a besed ve škole
- Z dnešní přednášky
- Jiné, prosím uveďte

.....

22. Setkal/a jste se ve Vašem okolí s člověkem, který měl poruchy příjmu potravy?

- Ano
- Ne
- Nevím

23. Uvítali byste více informací o poruchách příjmu potravy? Pokud ano, napište jakou formou.

- Ano.....
- Ne

25. Jak subjektivně vnímáte Vaše znalosti o PPP?

- Výborné
- Dobré
- Dostatečné
- Nedostatečné

26. Jste spokojený/á se svým vzhledem?

Rozhodně ano

Spíše ano

Spíše ne

Rozhodně ne

27. Držel/a jste někdy dietu s cílem snížení hmotnosti?

Ano

Ne

Děkuji Vám

Příloha B Dotazník Post-test

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Fidlerová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice studijního oboru Všeobecná sestra. Obracím se na Vás se žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé závěrečné bakalářské práce na téma **Poruchy příjmu potravy**. Tento dotazník je určen pouze pro studenty středních škol, vyplnění dotazníku je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro potřeby bakalářské práce. Vyplněním dotazníku souhlasíte s výzkumem.

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.

Kristýna Fidlerová

Seznam zkratk:

PPP – poruchy příjmu potravy

BMI – body mass index

Pokyny k vyplnění:

Označte pouze jednu odpověď, pokud nebude v zadání otázky uvedeno jinak.

1. Co znamená pojem BMI (body mass index)?

- Je to test sloužící k výpočtu inteligence.
- Je to ukazatel, který nám určuje, zda člověk má ideální hmotnost, je podvyživený nebo obézní.
- Je to ukazatel ideálních proporcí těla (výška, obvod pasu, obvod boků, obvod hrudníku apod.).
- Nevím, nikdy jsem se s tímto pojmem nesetkal/a

2. Víte jak vypočítat BMI ?

- Ano, uveďte jak.....
- Ne

3. Jaký by měl být denní energetický příjem pro děti od 15. – 19. let v kJ?

- 3500 – 4450 kJ
- 10500- 13000 kJ
- 6000 – 7500 kJ

4. Dieta je podle Vás?(Možno více odpovědí)

- Zvláštní způsob výživy, kdy po delší dobu či trvale konzumujeme potraviny podléhající určitému výběru
 - Pravidelné cvičení a pobyt na čerstvém vzduchu
 - Konzumace pouze BIO potravin
 - Jiné, prosím uveďte
-

5. Jaké z nabídnutých onemocnění patří do skupiny poruchy příjmu potravy (PPP).

(Možno více odpovědí)

- Mentální bulimie
- Krvácení z konečníku
- Obezita
- Průjem
- Mentální anorexie

6. Vyberte z níže uvedených možností větu, která nejpřesněji vystihuje pojem mentální anorexie.

- Je to onemocnění, kterým trpí pouze ženy se záměrem přiblížit se ideálu krásy na základě držení redukční diety.
- Je to onemocnění, které po krátkodobém užívání léků odezní.
- Jedná se o úmyslné a aktivní snižování tělesné hmotnosti ve smyslu redukce energetického příjmu anebo zvýšeného energetického výdeje.
- Jedná se o nechutenství, které vede ke snižování tělesné hmotnosti.

7. V jaké věkové skupině se nejčastěji vyskytuje mentální anorexie?

- 8 – 11 let
- 12 – 15 let
- 13 – 20 let
- 21 – 40 let

8. Jaké procento populace v České republice trpí mentální anorexií?(na 100 000 obyvatel)

- 0,5 % - 1%
- 2 % - 3%
- 4 % - 6 %
- 7 % - 11 %

9. Jaké jsou příznaky mentální anorexie?(Možno více odpovědi)

- Vynechání menstruace u žen
- Zhoršené dýchání a bolesti na hrudi
- Nízká tělesná hmotnost
- Užívání projímadel
- Bolesti zad
- Chudokrevnost

10. Vyberte z níže uvedených možností větu, která nejpřesněji vystihuje pojem bulimie.

- Je opakované zvracení vzniklé na základě onemocnění žaludku.
- Je porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání spojenými se zvracením a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.
- Je to zvýšená chuť na sladkosti
- Je to porucha charakterizovaná rychlým hubnutím, kdy je člověk po několika týdnech značně podvyživený.

11. V jaké věkové skupině se nejčastěji vyskytuje bulimie?

- 9 – 15 let
- 21 – 26 let
- 16 - 25 let
- 27- 35 let

12. Jaké procento populace v České republice trpí bulimií? (na 100 000 obyvatel)

- 1% - 3%
- 4 % - 6%
- 6 % - 9%
- 10% - 16%

13. Jaké jsou příznaky bulimie? (Možno více odpovědí)

- Ztráta ochlupení
- Dysurické potíže (pálení, řezání při močení)
- Opakované záchvaty přejídání
- Zvýšená kazivost zubů
- Suchý kašel, rýma
- Vyvolávání zvracení

14. Kde probíhá léčba PPP? (Možno více odpovědí)

- V ambulanci obvodního lékaře (pediatra) či psychiatra
- Poradny zabývající se zdravou výživou
- Psychiatrické léčebny
- Na chirurgickém oddělení
- Nikde, onemocnění samo odezní

15. Znáte organizace, které se zabývají pomocí lidem s PPP? Pokud ano napište, které znáte.

.....
.....

16. Kde jste získal/a informace o PPP? (Možno více odpovědí)

- Od rodičů
- Od spolužáků
- Z medií (internet, televize, časopis)
- Z přednášek, hodin a besed ve škole
- Z dnešní přednášky
- Jiné, prosím uveďte.....


17. Jak subjektivně vnímáte Vaše znalosti?

- Výborné
- Dobré
- Dostatečné
- Nedostatečné


Děkuji Vám

Fakulta zdravotnických studií

Poruchy příjmu potravy




Kristýna Fidlerová
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Všeobecná sestra – prozačnický
3. ročník



Fakulta zdravotnických studií



„Když člověk umí vnímat krásu, nemůže spáchat nic zlého.“
Mathieu Carrière



Fakulta zdravotnických studií


Obsah

- Poruchy příjmu potravy
- BMI
- Energetický příjem
- Dieta
- Mentální anorexie
- Mentální bulimie
- Léčba PPP
- Prevence PPP
- Organizace v ČR

Fakulta zdravotnických studií

Mezi poruchy příjmu potravy (PPP) patří, mentální anorexie (MA), mentální bulimie (MB), obezita a záchvatovitě přejídání.



Fakulta zdravotnických studií

Posouzení tělesné hmotnosti

Co je to BMI (body mass index) ?

- Je to ukazatel, který nám určuje, zda člověk má ideální hmotnost či je podvyživený nebo obézní
- Vzorec pro výpočet BMI

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




Fakulta zdravotnických studií

Doporučené množství energie

- Doporučené denní množství energie se u jednotlivých dětí liší.
- Závisí to na věku, fyzické aktivitě, pohlaví, zdravotním stavu a na momentálním stavu růstu.
- Více energie potřebují děti starší, děti které intenzivně sportují.
- Následující tabulka uvádí, kolik energie by měly přibližně přijmout děti v jednotlivých věkových kategoriích


	4-7 let	7-10 let	10-11 let	11-15 let	15-19 let
kJ	5800-6400	7100-7900	8500-9400	9400-11200	10500-13000
kcal	1400-1500	1700-1900	2000-2300	2200-2700	2500-3100



Fakulta zdravotnických studií

Co je to dieta ?

- Zvláštní způsob výživy, kdy po delší dobu či trvale konzumujeme potraviny podléhající určitému výběru.



U

Fakulta zdravotnických studií

Mentální anorexie



U

Fakulta zdravotnických studií

Definice mentální anorexie


- Porucha charakterizovaná úmyslným snížením tělesné hmotnosti ve smyslu redukce energetického příjmu a nebo zvýšeného energetického výdeje.
- U některých pacientů je omezování se v jídle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (sbírají recepty, rádi vaří...)
- Účinky anorexie na organismus jsou výsledkem podvýživy
- Pacienti s anorexií neodmítají jíst, že by neměli chuť, ale proto, že jíst nechťejí, i když to popírají a uvádějí různé důvody proč jíst nemohou.
- Mentální anorexie se obvykle objevuje v rozmezí 13 – 20 let, přesto jsou případy výskytu u malých děvčátek, ale i u starších žen
- S onemocněním se můžeme setkat i u chlapců
- Mentální anorexií trpí 0,5 - 1% žen

U

Fakulta zdravotnických studií

Mentální anorexie

- BMI pod 17,5
- hmotnosti si nemocný způsobí sám tím, že se vyhýbá jídlům po kterých „tloustne“
- Pacienti užívají laxantiva, diuretika
- Přetrvává strach z tloušťky a zkresená představa o vlastním těle
- Onemocnění u žen způsobí ztrátu menstruače
- Je-li začátek onemocnění před pubertou – projevy puberty opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavení růst, u chlapců dětské genitálie, u dívek se nevyvíjí prsa)




U

Fakulta zdravotnických studií

Příznaky MA

- Deprese, nespavost, únava
- Podrážděnost, nesoustředěnost
- Suché lámavé vlasy, šedá pleť
- Dehydratace, ztrácí se svalová hmota a síla
- Nízká tělesná teplota, pomalejší tep srdce
- velmi nízký krevní tlak
- Předčasná řidnutí kostí



U

Fakulta zdravotnických studií

Vliv mentální anorexie na lidské tělo

Jak anorexie naspachtá celé tělo



- Musle a nervová soustava**
působí se oslabují, svaly ztrácejí hmotnost, nervy se paralyzují (občerstvení)
- Mož**
občerstvení, látková rovnováha
- Oběh**
nízký krevní tlak, zpomalený tep, bušení na hrudi, snížení srdeční frekvence
- Kůže**
průjem suché kůže, opuchlého jazyka, bušení na hrudi, snížení srdeční frekvence
- Endy a ledviny**
občerstvení, snížení srdeční frekvence
- Lidstvo**
občerstvení, snížení srdeční frekvence
- Teplota tělesná**
občerstvení, snížení srdeční frekvence
- Střeva**
občerstvení, snížení srdeční frekvence
- Humory**
občerstvení, snížení srdeční frekvence
- Kůle**
občerstvení, snížení srdeční frekvence

U

Fakulta zdravotnických studií

Faktory vzniku onemocnění MA

Biologické faktory:

- Ženské pohlaví, rostoucí tělesná hmotnost, nepravidelná menstruace, puberta,

Životní události:


- Závažná životní událost, stresující události, sexuální zneužívání

Emocionální faktory:

- Vnitřní bolest, známky deprese

Rodinné a genetické faktory:

- Matky anorektičky, výskyt PPP u sourozenců



Fakulta zdravotnických studií


Mentální bulimie




Fakulta zdravotnických studií

Definice mentální bulimie


- Porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti – následuje záměrné vyvolání zvracení, nadměrná tělesná aktivita
- Lidé trpící bulimií své chování tají
- Bulimii trpí asi 4 - 6 % žen v období adolescence a mladší dospělosti (16 - 25 let)
- Opakované epizody přejídání, kdy v krátkém časovém úseku je konzumováno velké množství jídla
- Silná touha po jídle
- Snaha potlačit ztloustnutí – vyvoláním zvracení, užívání projímadel, diuretik
- Často je v anamnéze epizoda anorexie



Fakulta zdravotnických studií

Příznaky MB

- Opakované přerušování a zahajování diet vede ke ↑ tělesné váhy
- Eroze zubní skloviny, zvýšená kazivost zubů
- Poškození střevní stěny, zácpa
- Ztráta tekutin – dehydratace
- Kožní vyrážka
- Bolest v břiše
- Závislost na projímadlech a neustálé zvyšování dávek
- Opakované zvracení vede k poruchám jícnu a rozvratu vnitřního prostředí
- Deprese, pocity viny, potíže se spánkem




Fakulta zdravotnických studií

Vliv mentální bulimie na lidské tělo

Jak bulimie napadá celé tělo



Možná a nervová soustava: Strach, protože se ztloustá, tělesná a fyzická kontrola, zvracení, jízva, rakovina, různé onemocnění, ústí

Oběhová soustava: Srdce, problémy s cévami

Ústa: Eroze zubní skloviny, zubní kazivost na zubní a tvrdé tkáně, zubní otlaky

Střeva a játra: Zánětlivé onemocnění, nevolnost, průjem, zvracení krve

Slzy a kůže: Otoky, svědění, kůže

Zubní: Zánětlivé onemocnění, zubní otlaky, zubní otlaky

Kůže: Kůže, svědění, kůže

Možná a nervová soustava: Strach, protože se ztloustá, tělesná a fyzická kontrola, zvracení, jízva, rakovina, různé onemocnění, ústí

Oběhová soustava: Srdce, problémy s cévami

Ústa: Eroze zubní skloviny, zubní kazivost na zubní a tvrdé tkáně, zubní otlaky

Střeva a játra: Zánětlivé onemocnění, nevolnost, průjem, zvracení krve

Slzy a kůže: Otoky, svědění, kůže

Zubní: Zánětlivé onemocnění, zubní otlaky, zubní otlaky


Kůže: Kůže, svědění, kůže



Fakulta zdravotnických studií

Faktory vzniku onemocnění MB

- Psychické poruchy, deprese
- Nízké sebevědomí
- Psychické konflikty z dětství
- Tlak ze strany společnosti
- Traumatické změny (rozchod, ukončení studia, úmrtí blízkého)



Příloha D Edukační plakát



PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Mezi nejzávažnější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie.



Co je to mentální anorexie?

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Postihuje nejčastěji adolescentní dívky a mladé ženy. Mentální anorexii může onemocnět chlapec či muž. Nemocní odmítají jíst, nadměrně cvičí, abnormálně se soustředí na tělesnou hmotnost a vlastní jídelníček. Následky onemocnění jsou velmi závažné, avšak u dětí a adolescentů jsou mnohem závažnější, jelikož zasahují do vyvíjejícího organismu a mohou být celoživotní. Mentální anorexie vyžaduje odbornou pomoc, pokud je neléčena může nemocného ohrozit na životě.

Jak anorexie poškozuje celé tělo?

K závažným následkům onemocnění patří porucha menstruačního cyklu a s tím souvisí neplodnost žen. Objevují se poruchy štítné žlázy, řídnutí kostí, poruchy imunity, lámavost nehtů a vlasů. Snahu o snížení váhy provází časté psychické změny, jako například deprese, podrážděnost, zhoršené soustředění a tím zhoršení školní výkonnosti.

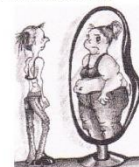
Co je to mentální bulimie?

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Typické pro bulimii jsou epizody přejídání, kdy v krátkém časovém úseku je konzumováno velké množství jídla. Přejídání s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vede k pocitům viny a následnému vyvolání zvracení. Obvykle dívky tento postoj k jídlu tají, protože je často doprovázen znechucením a studem.

Jak bulimie poškozuje celé tělo?

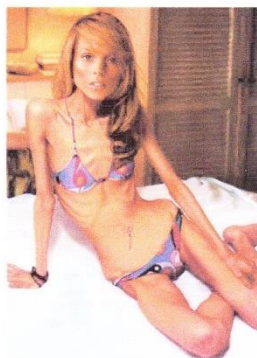
Zvracení vede k poškození zubní skloviny a zvýšené kazivosti zubů. Častá je emoční labilita a depresivní chování, které může vést až k sebevraždě. Opakované zvracení, omezování jídla a tekutin vede k dehydrataci organismu a následnému rozvratu vnitřního prostředí.

A CO S TÍM?



Máš o někoho z Tvých spolužáků či spolužaček strach, že tuto poruchu má? Co pro nemocného mohu udělat?

- Trpělivě naslouchej nemocnému
- Pracuj na pozitivním vnímání těla nemocného
- Podporujte častější a příjemné společné stolování
- Pomáhej nemocnému trávit volný čas
- Nemocného chval a naslouchej jeho potřebám
- Zjistí v jaké situaci nemocný je a vyhledejte odborníka
- Aktivně se věnuj nemocnému a buď mu oporou
- Probírej s nemocným každodenní problémy



Chtěl/a by ses poradit s odborníkem?

Občanské sdružení Anabell
Adresa: Milady Horákové 50, Brno 602 00
E – mail: posta@anabell
Tel: 542 214 014
www.anabell.cz

Dětská psychiatrická klinika FN Motol
Adresa: Evropská 122, Praha 6
E – mail: kontakt@dcp.cz
www.fmotol.cz

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Psychiatrická klinika**
Adresa: Ke Karlovu 11, Praha 2
Tel: 22496 5344
www.vfn.cz



1. KRCH, F. D. a kol. Poruchy příjmu potravy. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
 2. PAPEŽOVÁ, H. a kol. Spektrum poruch příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-2425-6.
 3. Diplomová práce: Pernicová, V. Informovanost žáků o poruchách příjmu potravy v okrese Vyškov, Brno: Masarykova univerzita 2011
 4. Diplomová práce: Němečková, M. Informovanost žáků SŠ v Táboře o problematice poruch příjmu potravy, Brno: Masarykova univerzita 2010
- Obr. 1 <http://www.hubnuti4you.cz/95-poruchy-prijmu-potravy.html>
 - Obr. 2 <http://absolventi.gymcheb.cz/2010/ngthanh/anorexie.html>
 - Obr. 3 <http://vipnews.blog.cz/1107/anorexie>
 - Obr. 4 <http://m.noobik.pise.cz/200-anorexie-nehutna-zalezitost.html>
 - Obr. 5 <http://jenprokrasu.jenprozeny.cz/zdravi/3582-jak-bojovat-proti-zakerni-nemoci-anorexii>