

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Kamila Pilařová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Informovanost žáků základních škol o poruchách příjmu potravy

Kamila Pilařová

Bakalářská práce

Rok 2019

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kamila Pilařová**  
Osobní číslo: **Z15129**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**  
Název tématu: **Informovanost žáků základních škol o poruchách příjmu potravy**  
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

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

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. CARR-GREGG, Michael. Psychické problémy v dospívání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.
2. KRCH, František David. Mentální anorexie. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
3. KUKLA, Lubomír. Sociální a preventivní pediatrie: v současném pojetí. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247- 3874-1.
4. PAPEŽOVÁ, Hana, ed. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

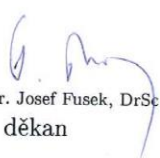
Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Barbora Faltová**


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

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

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2019**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. února 2019

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

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

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

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

V Pardubicích dne 29. 4. 2019

Kamila Pilařová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucí své bakalářské práce, paní Mgr. Barboře Faltové, za její odborné vedení, za odborné rady, pomoc a zkušenosti. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na mém průzkumu a také zařízením, kde bylo umožněno průzkum realizovat. V neposlední řadě velké poděkování patří i mé rodině za pomoc a podporu.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy v souvislosti s informovaností žáků základních škol. Práce se skládá z teoretické a průzkumné části. Teoretická část bakalářské práce popisuje období dospívání, poruchy příjmu potravy, jejich epidemiologii, rizika a následky. Zabývá se jednotlivými pojmy jako mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Dále následnou léčbou, prevencí PPP, preventivními programy. Průzkumná část se zabývá hodnocením a interpretací výsledků získaných na základě dotazníkového šetření od žáků 8. a 9. tříd základních škol v Pardubickém kraji. Cílem průzkumné části je zjistit, jak jsou žáci o problematice poruch příjmu potravy informováni.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Poruchy příjmu potravy, dospívání, psychiatrické onemocnění

## **TITLE**

Awareness of elementary school pupils about eating disorders

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis deals with the issue of food intake in connection with the information of primary school pupils. The thesis consists of theoretical and exploratory part. Theoretical part of the bachelor thesis describes adolescence, eating disorders, their epidemiology, risks and consequences. It deals with individual terms such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating. Furthermore, follow-up treatment, prevention of PPP, preventive programs. The exploratory part deals with the evaluation and interpretation of the results obtained on the basis of a questionnaire survey from pupils of the 8th and 9th classes of primary schools in the Pardubice Region. The aim of the exploratory part is to find out how pupils are informed about this issue.

## **KEYWORDS**

Eating disorders, adolescence, psychiatric disorders

# OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	13
1.1 Teoretické cíle.....	13
1.2 Průzkumný cíl.....	13
1.2.1 Dílčí cíle.....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
2 Období dospívání.....	14
3 Poruchy příjmu potravy .....	18
3.1 Epidemiologie .....	18
3.1.1 Aktuální informace z Ústavu zdravotnických informací a statistiky.....	19
3.2 Rizikové faktory poruch příjmu potravy.....	20
3.2.1 Zdravotní rizika poruch příjmu potravy.....	23
3.2.2 Sociální význam poruch příjmu potravy.....	24
3.3 Následky a prognóza poruch příjmu potravy.....	24
3.4 Mentální anorexie.....	25
3.4.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie.....	25
3.4.2 Zdravotní rizika a příznaky mentální anorexie .....	26
3.5 Mentální bulimie .....	27
3.5.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie.....	27
3.5.2 Příznaky mentální bulimie .....	27
3.6 Psychogenní přejídání .....	29
3.6.1 Diagnostická kritéria psychogenního přejídání: .....	29
4 Léčba poruch příjmu potravy.....	30
4.1 Farmakoterapie.....	31
4.2 Nutriční poradenství a nutriční terapie.....	31



4.3	Psychoterapie .....	32
4.3.1	Psychoterapie Anděl .....	32
4.4	Kognitivně – behaviorální terapie.....	32
4.5	Rodinná a vícerodinná terapie.....	33
4.5.1	Rodinná terapie – Projekt Mezi námi .....	33
4.6	Svépomocné skupiny .....	34
4.7	Hospitalizace .....	34
4.7.1	FN Brno Bohunice– Ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy.....	34
4.7.2	Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF, FN Motol.....	35
4.8	Denní stacionář pro adolescenty .....	35
4.9	Ambulantní psychiatrická léčba.....	35
4.10	Krizová intervence.....	36
4.10.1	Linka bezpečí.....	36
5	Prevence poruch příjmu potravy .....	37
5.1	Vzdělávací obor Výchova ke zdraví .....	38
6	Preventivní programy .....	39
6.1	Preventivní programy školy .....	39
6.1.1	Projekt „Škola podporující zdraví“ .....	39
6.2	Preventivní program idealni.cz .....	40
6.3	Portál Healthyandfree.....	40
6.4	Program ProYouth .....	41
6.5	Praha, Brno, Ostrava: Centrum Anabell .....	41
6.5.1	Projekt Anabell_online .....	42
6.6	Projekt E-clinic.....	42
	PRŮZKUMNÁ ČÁST .....	43
7	Cíl průzkumu a Průzkumné otázky.....	43
8	Metodika průzkumu.....	44

8.1	Sběr dat.....	44
8.2	Zpracování dat.....	45
8.3	Soubor respondentů.....	45
9	Prezentace výsledků.....	47
10	Diskuze .....	65
11	Závěr .....	71
12	Použitá literatura .....	73
13	Přílohy.....	77

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

<b>Tabulka 1</b> - Názor dívek, co je typické pro osobu s poruchou příjmu potravy .....	49
<b>Tabulka 2</b> - Názor chlapců, co je typické pro osobu s poruchou příjmu potravy.....	49
<b>Tabulka 3</b> - Odpověď "Jiné" .....	53
<b>Obrázek 1</b> - Pohlaví respondentů .....	45
<b>Obrázek 2</b> - Věk respondentů .....	46
<b>Obrázek 3</b> - Onemocnění poruchy příjmu potravy dle respondentů .....	47
<b>Obrázek 4</b> - Zdroj informací.....	48
<b>Obrázek 5</b> – Jaké pohlaví může onemocnět poruchou příjmu potravy .....	51
<b>Obrázek 6</b> - Rizika vzniku poruchy příjmu potravy .....	52
<b>Obrázek 7</b> - Zda mají respondent ve svém okolí osobu s poruchou příjmu potravy.....	53
<b>Obrázek 8</b> - Mentální bulimie.....	54
<b>Obrázek 9</b> - Mentální anorexie .....	55
<b>Obrázek 10</b> - Záchvatovité přejídání .....	56
<b>Obrázek 11</b> - Zdravotní rizika .....	57
<b>Obrázek 12</b> - Postup respondentů.....	58
<b>Obrázek 13</b> - Držení diety .....	59
<b>Obrázek 14</b> – Zda by žáci uvítali ve škole více informací o poruchách příjmu potravy.....	60
<b>Obrázek 15</b> - Léčba poruch příjmu potravy .....	61
<b>Obrázek 16</b> - Názor studentů, zda jdou vyléčit poruchy příjmu potravy .....	62
<b>Obrázek 17</b> - Prevence poruch příjmu potravy.....	63
<b>Obrázek 18</b> - Znalost organizace .....	64

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BMI	Body mass index
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
FN	Fakultní nemocnice
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
LF	Lékařská fakulta
MŠ	Mateřská škola
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PPP	Poruchy příjmu potravy
RVP ZV	Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors
UK	Univerzita Karlova
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VZ	Výchova ke zdraví
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola

# ÚVOD

*„Vše, co je v člověku krásné, je očima neviditelné.“*

*Antoine de Saint – Exupéry*

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Informovanost žáků základních škol o poruchách příjmu potravy. Příjem potravy je pro život zcela nezbytný. Jídlo nese význam nejen tělesný, ale také význam psychosociální (Orel, 2012, s. 152).

V současné době se poruchy příjmu potravy stávají stále aktuálnější problémem a mají velmi závažný vliv na fyzické i psychické zdraví člověka. Udává se, že tato porucha se objevuje především u dívek v období dospívání, ale i muži mohou tímto onemocněním trpět. U mladých chlapců a mužů je to 5-10 % případů. (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 278).

V období dospívání jsou poruchy příjmu potravy třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností, která je dvakrát vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty (Uhlíková, in Papežová, 2010, s. 134).

Jak zmiňuje Franková, (2013, s. 104) spektrum poruch jídelního chování je velmi pestré, od mírných forem nevhodného chování ve vztahu k jídlu, až po těžké formy, jež mohou zcela zdevastovat integritu osobnosti a také vážně ohrozit život dítěte či adolescenta.

Z důvodu příčin onemocnění poruch příjmu potravy bych tedy ráda prostřednictvím této práce poukázala na vážnost tohoto onemocnění a na nutnost brát velký ohled na prevenci a zvyšovat pozornost a informovanost jedinců už v raném věku a na základních školách.

Jedním z hlavních důvodů výběru tohoto tématu bakalářské práce byla moje osobní zkušenost s tímto psychiatrickým onemocněním. Na druhém stupni základní školy jsem poznala spolužačku, kterou zmíněné onemocnění bohužel postihlo a stále se v mém blízkém okolí vyskytují osoby, u kterých se možné projevy poruch příjmu potravy objevují. Proto jsem se chtěla více tímto tématem zabývat a také porozumět souvislostem spojených s těmito zdravotními a sociálními komplikacemi.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaká je informovanost žáků 8. a 9. tříd základních škol o poruchách příjmu potravy. Před samotným průzkumem podle více uvedeného se budu v teoretické části zabývat obdobím dospívání, které je velice rizikové pro zmíněné onemocnění, problematikou poruch příjmu potravy a následně jejich léčbou, prevencí a konkrétními preventivními programy.

# **1 CÍL PRÁCE**

## **1.1 Teoretické cíle**

Definovat období dospívání a charakterizovat problematiku poruch příjmu potravy. Popsat možnosti léčby a prevence poruch příjmu potravy.

## **1.2 Průzkumný cíl**

Zjistit jaká je informovanost žáků 8. a 9. tříd základních škol o poruchách příjmu potravy.

### **1.2.1 Dílčí cíle**

Jaké mají žáci povědomí o problematice poruch příjmu potravy?

Jak se žáci základní školy orientují v prevenci poruch příjmu potravy?

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Dospívání je specifická životní etapa. Dekáda života, od 10 do 20 let. Rozděluje se na dvě fáze: Raná adolescence, která se označuje jako pubescence. Je to časové období mezi 11.-15. rokem. A poté pozdní adolescence, která trvá přibližně od 15 do 20 let. Dospívání je období přehodnocování a hledání, ve kterém má jedinec zvládnout vlastní proměnu, vytvořit si subjektivně uspokojivou a zralejší formu vlastní identity a dosáhnout přijatelného sociálního postavení. V době dospívání vzrůstá subjektivní význam zevnějšku. Mnoho dospívajících, zejména dívky, se alespoň po určitou dobu zabývají svým zevnějškem více než čímkoliv jiným. V rámci celkového vývoje dochází u adolescenta ke změně způsobu myšlení, hormonální proměny stimulují změny emočního prožívání, jehož výkyvy mají objektivní i subjektivní dopad a mohou ovlivňovat pubescentovo aktuální hodnocení (Vágnerová, 2012, s. 367-375).

Matoušek (2013, s. 53) uvádí, že časná adolescence je u jedince spojována především s pubertálními změnami. Jedinec prochází některými psychickými a sociálními změnami, které lze také považovat za přímý důsledek pubertálních změn a projeveného sexuálního pudu. Mezi sexuální pudy patří například zvýšený zájem o partnerské vztahy, erotiku, sexualitu a zvýšenou emoční labilitu.

Vývoj a zrání období dospívání navíc dnes znesnadňuje rychlé proměny okolního světa. Ukazuje se, že dospívání se stalo nejrizikovějším vývojovým obdobím v moderních technologických společnostech na cestě k dosažení zdravé dospělosti. Proto Světová zdravotnická organizace na začátku devadesátých let 20. století stanovila dospívající jedince jako samostatnou rizikovou populační skupinu, pro které je nutná zvýšená a samostatná preventivní péče (Hamanová, in Machová, 2015, s. 184-185).

### **Tělesná proměna a její význam v období dospívání**

Výrazným signálem dospívání je **tělesná proměna**, taková změna bývá často u dospívajícího jedince intenzivně prožívána. Obavy o tělesnou váhu se objevují dnes už mnohem v nižším věku než v minulých generacích. Některé dívky již v devíti letech jsou zaujaté váhou a proporcemi svého těla. (Novák, 2010, s. 13).

Tělesné dospívání se projevuje pocíťovanými i viditelnými důsledky (proměna proporcí, sekundární pohlavní znaky, růst postavy, funkce pohlavních orgánů, sexuální prožitky a jiné),

jejichž subjektivní zpracování může být pro dospívajícího jedince náročné. Sekundární pohlavní znaky u děvčat bývají nápadnější a dospělými chápány jako signál významnější kvalitativní změny. V pozdní adolescenci se stává prostředkem i cílem zevnějšek. Aby adolescent dosáhl tohoto cíle, posiluje, cvičí, drží diety a podobně. Zjevná a zásadní proměna těla může v krajním případě dokonce vést ke ztrátě sebejistoty a k pocitu ohrožení integrity vlastní osobnosti. Změna dětského těla je doprovázena také i změnou chování lidí, s kterými je pubescent v kontaktu. Reakce vrstevníků i dospělých mohou být velmi rozmanité. Sociální reakce na tělesné změny, které jsou podmíněné dospíváním ovlivňují pubescentovo sebepojetí. Atraktivní dospívající získávají lepší sociální status, bývají snadněji přijímáni vrstevnickou skupinou a dospělými. Jestliže se dospívající za atraktivní osobu nepovažuje, může to také ovlivnit jeho hierarchii hodnot a jeho další směřování (Vágnerová, 2012, s. 373-376). Mnoho dospívajících si výrazně uvědomuje fyzickou atraktivitu a snaha se alespoň přiblížit vysněné podobě může být zdrojem závažnějších obtíží ve vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy (Farková, 2009, s. 39).

*„Výrazná tělesná proměna z dítěte v dospívající a pohlavně zralou osobu může přechodně snížit spokojenost s tělem.“* Kromě posilujícího vlivu vrstevníků a oslabujícího vlivu rodičů je důležitý vliv médií (film, video, televize, knihy, časopisy a jiné). I tyto zdroje informací určují, jaké normy a vlastnosti jsou ve společnosti vyžadovány, jak se chovat a vybízejí k napodobování (Fialová, Krch, 2012, s. 100).

U některých děvčat se v době puberty objevuje obezita, která více nechává vyniknout druhotné pohlavní znaky (boky, hýždě, náhle se zvětšující prsa). U některých dívek to vzbuzuje stud a nadměrnou úzkost. Bývá tomu tehdy, když se stávají terčem posměšných poznámek spolužáků. V podobných chvílích dívka přestává jíst, svědomitě cvičí a někdy si po jídle sama vyvolává zvracení. Silný strach z ztloustnutí vede dívku ke studiu výživových tabulek, nejrůznějších diet, stálému přeshetřování vlastní hmotnosti a sledování tělesného obrazu v zrcadle (Jedlička, 2015, s. 196).



## **Emoční vývoj a socializace v období adolescence**

Období dospívání je spojeno s hormonální proměnou, která stimuluje změny v oblasti citového prožívání. Projevuje se větší labilita, kolísavé emoční ladění, dráždivost, tendence reagovat přecitlivěle. Často se dospívající snaží nedávat najevo své pocity, zejména pokud jde o negativní pocity smutku, ponížení, trapnosti a podobně. Svoje prožitky považují za intimní součást vlastní osobnosti a nechtějí je s kýmkoliv sdílet. S emoční nevyrovnaností u dospívajících jedinců souvisí také i výkyvy v sebehodnocení. Zranitelnost sebeúcty a nejistota se projevuje přecitlivělostí na projevy jiných lidí, které bývají, ne zcela adekvátně, interpretovány jako nepřátelské nebo urážlivé (Vágnerová, 2012, s. 390-392).

Přestože je nepravděpodobné, že negativní emocionalita vede k onemocnění poruch příjmu potravy, negativní nálada a zátěž jsou často uváděny doprovodným či předcházejícím jevem poruch příjmu potravy (Novák, 2010, s. 18).

V rámci socializace v každé životní etapě získává jedinec určitou roli, která se vztahuje k lidem v jeho okolí. Tyto role dávají určitý sociální status, ale také i pocit sounáležitosti.

*„Mnohé z adolescentních proměn jsou závislé na rodině a na vztazích s rodiči, respektive na tom, jak dokáže rodina reagovat na potřeby dospívajících. Doba dospívání je náročná i z hlediska udržení přijatelných vztahů s rodiči, problémy často vyplývají z rozporu mezi potřebou dospívajících dosáhnout větší autonomie a tendencí rodičů je v mnohém kontrolovat.“*  
(Vágnerová, M. 2012, s. 399)

Podle Heluse (in Farková 2009, s. 36) se v procesu socializace jedná o tyto základní oblasti:

- **Osobnostní složka**

Socializační procesy uvnitř osobnosti (sebehodnocení, sebepojetí, pohled na vlastní identitu). Vznikají vnitřní potřeby v rámci prožívání vlastního života, do kterých můžeme zařadit například potřebu interpretovat a orientovat se z vlastního pohledu běžné životní situace, potřebu začlenit se do vztahů a jiné).

- **Hodnotově normativní oblast**

Na základě společensky deklarovaných norem a hodnot působí společnost na vytvoření pozic a rolí přes instituce, právní a politický systém a sdělovací prostředky.

- **Mezilidsky vztahová oblast**

V mezilidsky vztahové oblasti se ukazuje konkrétní forma lidské vzájemnosti v rámci specifických sociálních situací.

- **Oblast rezultativních složek socializace**

Souvisí s výsledky společenským uspořádáním adolescentů, kooperativních aktivit adolescentů navzájem a jejich autorit. Výsledky se promítají do životního stylu, do materiálních produktů i do celé oblasti kultury (Farková, 2009, s. 36).

### 3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

O poruchu příjmu potravy se jedná tehdy, když jakýkoliv způsob narušených stravovacích vzorců začne mít závažný vliv na fyzické a psychické zdraví člověka. Naše společnost nás neustále zahlcuje zprávami o tom, že štíhlost rovná se úspěch. Zaměřit se na jídlo a váhu nabízí něco, co můžeme nebo bychom měli být schopni ovlivnit (Middleton, Smith, 2013, s.9-15).

M. Vágnerová (2014, s. 423) uvádí, že „*poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu.*“

Vyskytují se v 90-95 % případů u dospívajících dívek a mladých žen (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 278). Skutečnou prevalenci onemocnění u mužů lze zjistit velmi těžko, jelikož ze strachu před společenskou stigmatizací se vyhýbají léčbě a stydí se, že mají problémy jako ženy (Novák, 2010, s. 43).

Poruchy příjmu potravy zahrnují různé formy patologického jídelního chování, do kterých můžeme zařadit **mentální anorexii** (anorexia nervosa), **mentální bulimii** (bulimia nervosa) a **psychogenní přejídání** (binge rating disorder – BED), které vyplývají ze souhry mnoha faktorů (Rokyta, 2015, s. 293).

Mezi poruchy příjmu potravy se, ale nejčastěji řadí mentální bulimie a mentální anorexie. Obě tyto poruchy si jsou velmi podobné. Typické je pro ně intenzivní úsilí dosáhnout štíhlosti, která je spojená s energetickým příjmem a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky, nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu, jídlu a váze (Krch, 2010, s. 25).

Moderní pojetí chápe onemocnění poruch příjmu potravy jako spektrum nemocí od restriktivní formy mentální anorexie přes purgativní formu, mentální bulimii, různé formy přejídání až po obezitu (Uhlíková 2010, in Papežová, 2010, s. 134).

#### 3.1 Epidemiologie

Přesto, že se poruchy příjmu potravy (F50) vyskytovaly i v historii, lze sledovat od druhé poloviny minulého století nárůst jejich výskytu (Orel, 2012, s. 152).

Počet a výskyt onemocnění poruch příjmu potravy v České republice odpovídá mírně vzestupnému trendu západních zemí. „*V současné době dochází v ekonomicky rozvinutých zemích k ročnímu nárůstu 6-9 případů mentální anorexie na 100 000 obyvatel nebo 12-20 nových případů na 100 000 žen.*“ Nejvyšší počet mentální anorexie je u dívek mezi 15-19 lety.

U mužů je přibližně desetkrát nižší výskyt mentální anorexie než u žen. (Novák, 2010, s.12). Onemocnění mentální anorexie zřídka může nastoupit kolem 10. roku, onemocnění mívá vrchol kolem 14. a 15. roku, druhé období nástupu bývá mezi 17. a 18. rokem, prevalence je kolem 1 %. Častěji než mentální anorexie se objevuje mentální bulimie, která se objevuje později. Prevalence mentální bulimie se pohybuje kolem 3 %. Znovu více převazuje onemocnění u žen než u mužů (Kukla, 2016, s. 209-212). Pozdější práce uvádějí, že 20 až 70 % dívek jsou nespokojeny se svým tělem (Fialová, Krch, 2012, s. 189). Podle údajů (Krch, 2005) už dívky 35 % a 13 % chlapců ve věku třinácti let uvádí, že nejsou většinou spokojeny se svým tělem a téměř 50 % dívek si přeje zhubnout (Fialová, Krch, 2012, s. 194).

Vzestup poruch příjmu potravy se datuje do druhé poloviny 20. století, nejdříve v podobě onemocnění mentální anorexie, posléze mentální bulimie. „*K podstatnému vzestupu došlo v 90. letech minulého století.*“ Obě formy poruch příjmu potravy mohou předcházet jedna v druhou, častěji začne onemocnění jako mentální anorexie a později přejde do mentální bulimie (Kukla, Velemínský, 2016, s. 209).

### **3.1.1 Aktuální informace z Ústavu zdravotnických informací a statistiky**

#### **Péče o pacienty s onemocněním poruch příjmu potravy v letech 2011–2017 v České republice.**

V roce 2017 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) evidováno 454 hospitalizovaných pacientů pro poruchy příjmu potravy. „*Také v roce 2017 tvořily hospitalizace pacientů ve věku do 15 let necelou čtvrtinu z celkového počtu hospitalizací s diagnózami F50.0–F50.9. Ve věku 15–19 let bylo 39 hospitalizací.*“ Při porovnání roku 2011 a roku 2017 došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u jedinců ve věkovém období 10–14 let (ÚZIS ČR, 2018 [online]).

### 3.2 Rizikové faktory poruch příjmu potravy

Faktorů, který se podílí na vzniku těchto poruch, je mnoho a jsou velmi pestré. „*Vycházejí z celého bio-psycho-sociálně-spirituálního spektra.*“ (Orel, 2012, s. 152)

Poruchy příjmu potravy se netýkají jen lidí, kteří drží diety kvůli módě či z marnivých důvodů. Dlouhodobý vliv, který může mít na tělo a život nemocného se plíží postupně. Mnoho nemocných s poruchou příjmu potravy čtou zprávy o druhých lidech, kteří zápasí o své zdraví a životní pohodu a myslí si: „*Tohle se mi nikdy nestane.*“ (Middleton, Smith, 2013, s. 19).

„*Strach má velké oči*“, a tak strach z tloušťky je spojen přirozeně i se zkreslenou představou o vlastním těle. U dospívajících jedinců může podvýživa až vyhublost zpozdit nebo i dokonce zastavit tělesný růst (Krch, 2010, s. 26).

Na individuální úrovni existuje mnoho faktorů, o kterých se předpokládá, že mohou vést k rozvoji poruch příjmu potravy. Některé vycházejí z osobnosti člověka a jiné zahrnují osobní zkušenost. Dívky v adolescenci nadměrně věnují pozornost tomu, co si o nich ostatní jedinci myslí. Dělají si starosti, zda jsou dostatečně štíhlé, fyzicky atraktivní a populární. Dále do individuálních rizikových faktorů patří kritické životní události (Novák, 2010, s. 13-18). Až dvě třetiny nemocných anorektiček dávají vznik poruch příjmu potravy do souvislosti s nějakou životní událostí (Krch, 2010, s. 61).

Pacientky s onemocněním poruch příjmu potravy uvádějí více životních obtíží a stresu. S rozvojem toho to onemocnění se někdy také spojují zkušenosti, které zahrnují trauma, zneužití a také posměch. Stejně jako kritické události, je vliv vrstevníků dalším faktorem, který přispívá ke vzniku PPP. Adolescentní dívky si osvojují chování (zneužívání projímadel, dietní chování) a jisté postoje (důraz na štíhlost) od svých vrstevníků na základě výsměchu nebo povzbuzování, který pramení z nedodržování vrstevnických norem (Novák, 2010, s. 13-18).

#### Charakterové rysy, které přispívají k nemoci

- **Sebekritičnost** – jedinec vnímá sebe sama jako neschopného a bezmocného, potřebuje ubezpečování od ostatních a trvalou podporu.
- **Perfekcionismus** – snaha být dokonalý, a tím utišit nízké sebevědomí a sebekritičnost.

- **Zranitelnost** – nedostatek sebedůvěry a nejistota ohledně sebe sama vede ke zvýšené se snaze druhým lidem zalíbit.
- **Impulzivita** – je typická pro psychogenní přejídání a pro bulimii (Papežová, 2012, s. 20).

Za významný rizikový faktor je už považován samotný výskyt poruch příjmu potravy v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví. Výskyt mentální anorexie mezi sourozenci nemocných osob je uváděn v rozmezí 3-10 % (Krch, 2010, s. 63).

Spojení vlivu rodiny a kultury poskytuje neobvyklejší okolnost, při které dochází k rozvoji poruch příjmu potravy. „*Někteří autoři se domnívají, že nejpravděpodobnější úloha rodiny v rozvoji onemocnění spočívá v podněcování nemoci.*“ Členové rodiny chválí štíhlost nemocného a závidí jim jejich disciplínu a sebekontrolu. Tato zdánlivá podpora může přetrvávat až do chvíle, kdy se pacient stává extrémně vyhublým. Také matky dívek s poruchami příjmu potravy mohou mít značný vliv na patologii svého dítěte. Matka, která drží diety, není nebezpečná jen kvůli modelu, který dcera napodobuje, ale taková matka často hlídá množství zkonsumované potravy svého dítěte (Novák, 2010, s. 22-26).

Rostoucí počet poruch příjmu potravy vidí většina autorů jako příčinu v rychle se měnící kultuře, která oslavuje nekriticky štíhlost. Filmy, módní průmysl, televize a časopisy rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že nejdůležitějším aspektem k fyzické přitažlivosti je štíhlost (Krch, 2010, s.64).

Dívky v dospívajícím věku jsou vystaveny útokům médií, které dívky vybízejí k tomu, aby usilovaly o takovou postavu, kterou má jen málo žen od přírody. Idealizované tělo je však v rozporu s dědičnými faktory, které určují rozměry a tvary, které jsou pro většinu dívek přirozené. Pro některé osoby v dospívajícím věku, kteří zažili ve svém životě těžké trauma, ve své rodině zažívají domácí násilí nebo obtížně navazují přátelství, se stravovací návyky mohou stát jedním z mála aspektů svého života, který mohou mít pod kontrolou (Carr-Gregg, 2012, s. 104).

Různou měrou ke vzniku onemocnění poruch příjmu potravy také přispívají vlivy prostředí a kultury, ve které jedinec žije, také rysy osobnosti, které jsou částečně geneticky zprostředkovány a částečně způsobem výchovy. Podíl jednotlivých rizikových faktorů je u každého jedince jiný. „*Podle literatury genetický podíl tvoří 50-90 % při vzniku anorexie a 35-83 % u bulimie.*“ (Papežová, 2012, s. 16-20).

Middleton a Smith (2013) níže uvádí některé z běžných zkušeností, které mohou být spojeny s potížemi s váhou a jídlem:

- Problémy s nízkým sebehodnocením
- Stres, úzkost, deprese
- Šikana a zneužívání
- Traumatické zážitky
- Předchozí problémy s váhou
- Pohyb v prostředí, kde existuje tlak na štíhlou postavu (například gymnastika, tanec).
- Tlak na výkon (od ostatních nebo od sebe) (Middleton, Smith, 2013, s.29).

## **Diety**

Zvýšené riziko poruch příjmu potravy je u dívek, které jsou nespokojené se svou postavou a v důsledku toho drží nesmyslné diety (Papežová, 2018, s. 357).

Víc než polovina mladých žen drží redukční diety a snaží se zhubnout. Dieta je také zaměňována za normální jídelní režim a stává se něčím normálním. Úzce spolu souvisí diety a přejídání. Na jedné straně je strach přejídání a na druhé straně se po dietě snadněji jedinec přejí.

Diety zkreslují představu o tom, co je normální a staví před jedince nepřiměřené cíle. Když jedince sní něčeho více, než to odpovídá jeho dietního plánu, vnímá to jako přejedení (Krch, 2010, s. 101-103). „*Většina studií zatím prokázala, že redukční diety významně zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a bulimie*“ (Krch, 2010, s. 58).

### **Diety pro psychiku přinášejí mnoho nezdravého:**

- Zpomalují metabolismus, obtíže s udržením zdravé hmotnosti.
- Spouštějí se záchvaty přejídání.
- U jedince se objevuje deprese, snížené sebevědomí a izolace.
- Ovlivňují vnímání chuti, sytosti a vnímání normálních tělesných signálů hladu.
- Nadměrně kontrolují chování (Papežová, 2012, s. 106).

Vývoj potíží u mentální anorexie bývá plynulý a pozvolný. Na začátku se ani nejeví jako porucha, i když tendence nadměrně cvičit nebo dodržovat přísnou dietu může být nápadná. Zeštíhlení nemocného může být i dokonce na začátku zdravými jedinci pozitivně hodnoceno.

Počáteční schválení snahy, být hubený funguje jako posilující faktor. Postupně, s pokračujícím hubnutím u nemocného začnou lidé pochybovat o přiměřenosti jeho chování. Jedinci, kteří onemocnějí poruchou příjmu potravy popírají, že by měli nějaké potíže a bagatelizují závažnost svého počínání. S postupujícím úbytkem tělesné váhy dochází k únavě a k celkovému vyčerpání organismu. Podvyživení jedinci mohou začít být úzkostní, podráždění a depresivní. Mění se jejich výkonnost, osobnost, motivace. Ubývají také kontakty s vrstevníky. Mentální bulimie se rozvíjí též plynule jako mentální anorexie. Začíná nepatrnými výkyvy až k jednoznačně vyjádřeným potížím.

Nemocní jedinci se postupně dostávají do stádia, kdy choroba vede k různým somatickým poruchám a začíná silně narušovat život nemocného. Obvykle nemocný jí v ústraní a tajně. Jejich tělesná hmotnost často kolísá. Další vývoj závisí také na premorbidní osobnosti nemocného, snížené toleranci k zátěži, nízké sebeúctě (Vágnerová, 2014, s. 434-435).

### **3.2.1 Zdravotní rizika poruch příjmu potravy**

Middleton a Smith (2013) uvádí mezi **zdravotní rizika** hrozící při onemocnění poruch příjmu potravy následující:

- U nemocného se objevuje anémie (nedostatek červených krvinek, pocit únavy).
- Oslabení ostatních svalů, nemocný se může cítit slabý a bez energie.
- Má nízký krevní tlak, studené nohy a ruce.
- Oslabené srdce, snížený puls a kardiovaskulární poruchy.
- Zdravotním rizikem u nemocného může být i osteoporóza – řídnutí a slábnutí kostí.
- U přílišného zvýšení hmotnosti lze zaznamenat metabolické potíže včetně diabetu 2. typu – způsobeny nadměrnou a dlouhodobou konzumací sladkých potravin.
- Rizikem může být také, neplodnost, nepravidelná nebo úplné zastavení menstruačního cyklu.
- Nemocný má zažívací potíže, ztrácí tekutiny a je dehydratovaný.
- Objevují se poruchy spánku, apatie, náladovost a depresivní prožitky (Middleton, Smith, 2013, s.21-24).
- Mezi další zdravotní rizika patří – změny na kůži (suchá, šupinatá kůže), změny ochlupení na těle (zvýšené lanuginozní ochlupení).
- Změny na sklovině, kazivost zubů až její ztráta.
- Metabolické odchylky (například hypokalemie, hypokalcemie) (Papežová, 2010, s. 251-276).



### 3.2.2 Sociální význam poruch příjmu potravy

Většina laiků nepovažuje poruchy příjmu potravy za onemocnění. Aktivita, které jsou spojené s hubnutím, bývají obvykle přijímány jako důsledek působení aktuálních módních trendů a nevhodného působení médií propagující určitý životní styl. Lidé je hodnotí jako hloupost dotyčné osoby a mají tendenci bagatelizovat potíže s příjmem potravy i proto, že jde o mladé dívky. Postoje zdravých lidí k jedinci, který trpí onemocněním poruchou příjmu potravy bývá ambivalentní. Obvykle se nemocnému snaží pomoci, ale zároveň na nemocného mají zlost, že sám si škodí. Dochází také k narušení rodinných vazeb, partnerských i přátelských vztahů. Konfliktní vztahy mezi pacientem a jeho rodiči bývají spojeny s pocity viny a výčitkami svědomí na obou stranách. U nemocného, který onemocnění poruchou příjmu potravy se zvyšuje riziko izolace (Vágnerová, 2014, s. 435-436).

### 3.3 Následky a prognóza poruch příjmu potravy

Onemocnění poruch příjmu potravy se odvíjí od věku, stupně podvýživy a délky onemocnění. Zdravotní a psychické problémy tohoto onemocnění mohou přetrvávat u jedince po celý život. Návrat onemocnění se může objevit i po 2 až 3 letech od uzdravení (Fišarová, Novotná, in Petr, Marková, 2014, s. 247). Je to psychiatrické onemocnění život ohrožující a závažné. „*Údaje o standardizované mortalitě u mentální anorexie výrazně kolísají od necelého 1 % do téměř 18 %.*“ Zvýšená úmrtnost je popsána rovněž i u onemocnění mentální bulimie (Papežová, in Hosák, Hrdlička, Libiger 2015, s. 284).

U třetiny pacientů má toto onemocnění chronický průběh s předčasným úmrtím vlivem selhání srdce, ledvin, anebo také metabolického rozvratu. Častou příčinou úmrtí u osoby, která trpí poruchou příjmu potravy je suicidium.

„*V období dospívání jde o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností 2x vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a 10x vyšší v porovnání se zdravou populací*“ (Papežová, 2018, s. 140).

### **3.4 Mentální anorexie**

Mentální anorexie (F50.0) je spojena zejména s úmyslným a vědomým snižováním tělesné hmotnosti a udržováním výrazné podváhy (Orel, 2012, s. 152). Je to závažné psychické onemocnění, které postihuje především dospívající a mladé dívky (Petr, 2014, s. 247). Omezování se v jídle bývá doprovázeno zvýšeným zájmem o tělesné proporce a o jídlo (Fialová, 2012, s. 199). Jedinci s mentální anorexií se vyznačují základní trojicí symptomů, do které můžeme zařadit: úbytek tělesné hmotnosti, změny chování a amenorea (Rokyta, 2015, s. 294).

Hranice vzniku mentální anorexie u dětí se stále dnes snižuje, už nejde jen o nemoc nadprůměrně cílevědomých, inteligentních a perfekcionistačtých teenagerů z dobře situovaných rodin. Porucha příjmu potravy se může rozvíjet už na prvním stupni základní školy, častěji se tak děje u dívek z rodiny, kde matka sama trpí mentální anorexií, ale také v rodině, kde se vyskytuje závažná jiná duševní porucha. Velký podíl mají také média – televize, časopisy a internet (Kulhánek, 2019).

#### **3.4.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie**

Tělesná hmotnost se u nemocného pohybuje nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností, BMI je  $17,5 \text{ kg/m}^2$  či méně. Při začátku onemocnění jsou opožděny nebo zastaveny pubertální projevy (nevyvíjejí se sekundární pohlavní znaky, zastavuje se růst). Objevují se komplexní endokrinní změny, které se projevují u žen amenoreou a u mužů ztrátou potence a sexuálního zájmu. Přítomna je specifická psychopatologie, při které přetrvává zkreslená představa o vlastním těle a strach z tloušťky.

Pacient si způsobuje snížení hmotnosti tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“ a užívá jeden z následujících prostředků: užívání diuretik a anorektik, vyprovokované zvracení, defekace a nadměrné cvičení (Kukla, 2016, s. 211).

### **3.4.2 Zdravotní rizika a příznaky mentální anorexie**

- Nemocný má poruchy cirkulace, nízký krevní tlak, pomalý pulz a objevují se poruchy spánku.
- Dívky nebo ženy mají nepravidelnou menstruaci nebo menstruace úplně přestává.
- Dalším zdravotním rizikem jsou oslabené kosti, které mohou vést ke zlomeninám, bolestem a k deformacím páteře.
- Nedostatečná výživa u nemocného postihuje játra, ledviny jsou ohroženy selháním.
- Poškozují se svaly a nervy, nemocný je extrémně unavený.
- Nárůst jemného ochlupení na těle, převážně se hlavně objevuje v oblasti zad a na obličeji, objevuje se přecitlivělost na chlad.
- I malé množství zkonsumovaného jídla přináší nepříjemné pocity, střeva jsou pomalá a dochází k zácpě.
- Snížení krevního cukru přináší někdy stavy zmatenosti a paniky, při zanedbání může u dotyčného dojít ke kómatu až k smrti (Papežová, 2012, s. 61-62).

### **3.5 Mentální bulimie**

Mentální bulimie (F50.2) je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty a neodolatelné touhy po jídle s konzumací nadměrného množství jídla během krátké doby (Orel, 2012, s. 153).

Vyskytuje se častěji než mentální anorexie. Prevalence mentální bulimie se pohybuje kolem 3 %. Onemocnění se vyskytuje častěji u ženského pohlaví (Kukla, 2016, s. 212). „V průběhu krátkého časového období dochází opakovaně k výkyvům hmotnosti. Počátek onemocnění je nejčastěji mezi 17. - 18. rokem, úmrtnost je až 2 %“ (Fišarová, Novotná, in Petr, Marková, 2014, s. 248).

Mentální bulimie může být často doprovázena s depresivními stavy. Podle pohlaví mentální bulimie postihuje každého 500. muže a každou 50. ženu a podle odhadů se vyskytuje dvakrát častěji než mentální anorexie.

Rozlišují se dva typy mentální bulimie a to vypuzující (purgativní) a nevypuzující (nepurgativní) typ. U vypuzujícího (purgativního) typu si pacienti sami vyvolávají zvracení a používají jiné metody například laxativa, diuretika, někdy si také odpírají jídlo a cvičí. Pacienti s nevypuzujícím typem mentální bulimie po záchvatu přejídání drží půst nebo nadměrně cvičí, aby vykompenzovali svůj kalorický příjem (Carr-Gregg, 2012, s. 102-107).

#### **3.5.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie**

Pacient se stále zabývá jídlem, epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby a neodolatelná touha po jídle. Nemocný se snaží potlačit „výkrmný“ účinek jídla následujícími způsoby: zneužívání laxativ, střídavé období hladovění, vyprovokované zvracení, užívání léků ze skupiny diuretik, anorektik. Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a často, téměř vždy, je v anamnéze dřívější epizoda onemocnění mentální anorexie (Kukla, 2016, 213).

#### **3.5.2 Příznaky mentální bulimie**

- Nemocný má velmi nízké sebevědomí ve vztahu ke svému vzhledu a k vlastní váze.
- Postupně se nemocný stahuje do sebe a izoluje se od přátel a od své rodiny.
- Počítá kalorie a má přehnaný zájem o jídlo.
- Negativně vnímá vlastní tělo a má nízké sebehodnocení.
- Objevují se u nemocného vředy v ústech a potíže s chrupem, které jsou způsobené častým zvracením.

- Užívá pravidelně laxativa, diuretika.
- Následkem strkání prstů hluboko do krku s cílem vyvolat si zvracení má ztvrdlou kůži na kloubech prstů (Carr-Gregg, 2012, s. 108).

### 3.6 Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání charakterizují záchvaty přejídání (binge). Člověk během krátké doby sní větší množství jídla, které je výrazně větší, než by většina lidí zkonsumovala za stejnou dobu a za stejných okolností. „*Epidemiologické studie ukázaly, že mezi účastníky redukčních programů je 18-46 % jedinců s problémy se záchvatovitým přejídáním*“ (Papežová, 2018, s. 125). Ústředním rysem je pocit ztráty kontroly nad jídlem. První okamžiky přejídání mohou být příjemné, ale příjemný pocit je brzy vystřídán pocitem znechucení, studu a stavu úzkosti (Papežová, 2012, s. 13-14). Chronické psychogenní přejídání způsobuje vznik obezity. Studie uvádějí, že postihuje asi 2 % dospělých osob a výskyt této poruchy je častý především mezi pacienty se závažným stupněm obezity (Rokyta, 2015, s. 295).

Bariatrická operace, která je běžně známá jako „*bandáž žaludku*“ patří do intenzivní hubnoucí taktiky, která pomáhá při obezitě. Vyvolává výrazné a náhlé snížení kalorického příjmu. Operace vyžaduje od pacienta, aby výrazně snížil příjem potravy (Fung, Moore, 2018).

#### 3.6.1 Diagnostická kritéria psychogenního přejídání:

Pacient se neustále zabývá jídlem, typické je bažení po jídle – craving a časté záchvaty přejídání „binge eating“. Jedna čtvrtina záchvatů přejídání může trvat celý den. Pro diagnózu psychogenního přejídání podle DSM -5 je nutné splnit alespoň tři z následujících symptomů:

- Jedení bez pocitu hladu.
- Dotyčný rychle zkonsumuje jídlo.
- Osamělá konzumace s pocity studu.
- Objevuje se nepříjemný pocit plnosti.
- Vzápětí po jídle má pocity viny, znechucení a deprese.

Nepříjemné pocity po záchvatech přejídání, nespokojenost s vlastním tělem a strach z obezity vedou k neúčinným dietám. Obézní jedinci s psychogenním přejídáním vyhledávají pomoc dříve než obézní jedinci bez epizod přejídání, objevuje se u nich obezita v ranějším věku. Je u nich častější depresivní symptomatika (Hosák, Hrdlička, Libiger 2015, s. 281-282).

## 4 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Middleton, Smith (2013, s. 11) uvádí, že ze všech poruch příjmu potravy je možné se vyléčit. Toto onemocnění s sebou nese ohromující pocity beznaděje a zoufalství. Často se z nich nemocní snaží dostat, ale jelikož opakují znovu stále stejné vzorce chování, může dojít znovu ke selhání. Může být pro ně obtížné nalézt specializovanou a podporující péči.

Je samozřejmé, že uzdravení pouze nesouvisí s úpravou váhy nemocného a ukončení záchvatů, pokud ale způsobují závažná tělesná poškození je vhodné se na ně zaměřit jako první. Uzdravení je tedy proces, který odkrývá důvody, pro které nemocný používá jídlo jako prostředek, jak se vyrovnat se svojí zátěží a také jeho pohled na svůj život a na sebe sama.

*„Návrat domů z kliniky, kde jsem musela nabrat zpět svou normální váhu dle výšky a věku, to bylo jedno z nejhorších období v mém životě a skoro nikdo to nepoznal. Vypadala jsem stejně jako každý v mém věku. Naštěstí mi pomohla terapie a podpora, kterou jsem dostávala a stále dostávám, a začala jsem vidět svůj život a sebe jinak“* (Middleton, Smith (2013, s. 36-38).

První kontakt s nemocnými mají nejčastěji pediatr, praktický lékař nebo gynekolog, kteří hrají nezastupitelnou roli v diagnostice a motivaci pacienta k další léčbě. Největší problém pro všechny odborníky představuje utajování problémů a některých symptomů pacientkami i jejich okolím a také odmítání odborné pomoci (Papežová, 2018, s. 122).

Základním cílem léčby je navození normálního stravovacího režimu a odstranění somatických a psychopatologických důsledků podvýživy.

Z psychologických postupů se využívá hlavně kognitivně-behaviorální terapie, individuální psychoterapie. Z psychofarmakologie se preferují antidepresiva. Důležitou roli hraje také psychoedukace pacienta i jeho rodin a svépomocné skupiny. Často je prvním kontaktem také telefonická linka důvěry (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s.285). Příbuzní nemocného potřebují získat náhled nad situaci, aby si uvědomili, že porucha příjmu potravy není zlovyk (Vágnerová, 2014, s. 437). Pro rodiče se jedná možná o nejnáročnější pozici. Jsou často v obtížné situaci mezi dvěma rolemi. A to být emoční podporou a přítelem pro nemocného, ale zároveň dohlížet na harmonogram a jídelníček nemocného a plnění domácích úkolů zadaných terapeutu (Middleton, Smith, 2013, s. 72).

## 4.1 Farmakoterapie

V léčbě poruch příjmu potravy není farmakoterapie metodou první volby. Účinky jsou převážně sledovány v kombinaci s psychoedukací, nutričním poradenstvím, psychoterapií a režimovou terapií. (Papežová, 2010, s. 377). U podváhy je léčba antidepresivy málo účinná, lepší efekt mají v malé dávce neuroleptika. Nejčastěji se podávají u mentální anorexie antidepresiva ze skupiny SSRI (Papežová, 2010, s. 140).

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). *„Blokáda zpětného vychytávání serotoninu vede k normalizaci serotoninergní transmise. V současné době představují SSRI nejpoužívanější skupinu antidepresiv.“*

Jejich účinnost byla prokázána v prevenci relapsu mentální anorexie při depresivní symptomatice. U mentální bulimie jsou antidepresiva účinná při snižování frekvence zvracení, záchvatů přejídání a také při depresivní symptomatice.

U komorbidních forem poruch příjmu potravy například při sebepoškození, alkoholové nebo drogové závislosti, kleptomanii je současně s farmakoterapií nutný komplexní, specializovaný psychotherapeutický program (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 289).

## 4.2 Nutriční poradenství a nutriční terapie

V poruchách příjmu potravy se stále více účastní nutriční poradci, terapeuti a specialisté. Jejich úkolem je obnova výživy organismu a zdravé váhy, navození zdravých stravovacích návyků pacienta (Papežová, 2018, s. 446). Do ambulance zabývající se výživou a nutriční péčí přicházejí pacienti s poruchou příjmu potravy pro výrazné zhubnutí, malnutrici. Většinou je to na popud okolí například rodičů, přítele (Kohout, in Papežová, 2010, s. 179).

Nutná je však spolupráce samotného pacienta a jeho nejbližšího okolí. Nutriční terapeut patří do nelékařské zdravotní profese, který navrhuje jídelníčky, propočítává energetickou hodnotu konzumované stravy nemocnému, navrhuje opatření při jejím nedostatku a je zodpovědný za nutriční stav pacienta a jeho edukaci (Kohout, in Papežová, 2010, s. 183-186).



### 4.3 Psychoterapie

Na psychoterapii lze nahlížet jako na určitou léčebnou, specifickou formu lidského vztahu a setkání. Psychoterapie působí obecně na poruchu, nemoc, ale i na duševní stavy, na osobnost a její vztahy. Cílem je odstranit nebo zmírnit potíže klienta. (Orel, 2012, s. 224-225). Léčba psychologickými metodami má různé podoby. Terapie může být skupinová nebo individuální. Jedna z nejlépe propracovaných je **psychoterapie interpersonální**. Zaměřuje se na krátkodobé řešení mezilidských vztahů, které souvisí s psychickým problémem nebo poruchou příjmu potravy. Psychoterapie je aktivní proces změny, který se vyvíjí časem. Od účastníka psychoterapie se vyžaduje:

- Dobrá spolupráce s terapeutem.
- Aktivní sdělování vlastních reakcí, myšlenek, postojů, emocí a sebezpozorování.
- Klientova motivace ke změně.
- Aktivní konfrontace problémů a hledání nových způsobů řešení problémů.
- Snaha porozumět svým emocím, reakcím a potížím (Papežová, 2012, s. 41-42).

#### 4.3.1 Psychoterapie Anděl

Psychologické a psychoterapeutické centrum pro děti i dospělé nabízí psychoterapeutické, psychologické a poradenské služby pro dospělé, děti, pro celou rodinu i partnerské páry. Nabízí párovou, individuální i rodinnou terapii, léčbu duševních poruch, provázení v sebezrovoji, pomoc v krizi, nutriční poradenství a psychodiagnostiku. Centrum psychoterapie Anděl se nachází v Praze. Nejčastěji se klienti obracejí do centra například z následujících situací:

- Klient má depresivní a úzkostné problémy.
- Potřebuje pomoc při zvládnání životní krize.
- Klient má potíže s nechtěným či přejídáním (Psychoterapie Anděl, 2019).

### 4.4 Kognitivně – behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je v současnosti velmi často doporučovaných a užívaných směrů psychoterapie. Mezi KBT se může řadit například důraz na aktivní spolupráci, krátkodobost, zaměření na přítomnost, posílení soběstačnosti a samostatnosti klienta, konkrétnost v zaměření na problémy a cíle (Orel, 2012, s. 226-227).

V současné době dokáže pomoci při terapii širokého spektra obtíží například při problémech v oblasti vztahů, panických a úzkostných poruch, poruch příjmu potravy, ale také drogových a

alkoholových závislostí, sexuálních dysfunkcích a posttraumatických stresových poruch (Fennell, 2014, s. 23). Velmi účinný u poruch příjmu potravy je **kognitivně-behaviorální přístup**, který je založený na rozpoznání problému, popsání a změně chování (Papežová, 2012, s. 41). Vede k úplné nebo částečné remisi především u bulimie (40-60 %). Využívá prvky motivační, psychoedukační a interpersonální terapie k léčbě i prevenci relapsu. Systematicky využívá u poruch příjmu potravy klinickou zkušenost terapeuta (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 287). Přístup KBT se snaží respektovat dynamiku rozvoje příznaků a osobní historii nemocného. Přístup není založen na pátrání po příčinách poruchy, ale na intervencích, které směřují k přerušení nevhodných návyků a k potlačení faktorů (Krch, in Papežová, 2010, s. 343).

## **4.5 Rodinná a vícerodinná terapie**

Rodinná terapie vychází z neoddělitelné propojenosti klienta, jeho vztahů se členy rodiny, ale také i s dalšími klíčovými osobami v jeho životě (Orel, 2012, s.228). Především tato terapie zdůrazňuje systémový přístup. Indikována je převážně u dětí a mladších adolescentů a je účinná u většiny pacientů trpících mentální anorexií v adolescenci. Nový přístup v péči o adolescentní pacienty přinesly také „vícerodinné programy“, které spočívají v intenzivní psychoterapeutické práci se skupinou několika rodin a jedincem trpícím anorexií (Hosák, Hrdlička, Libiger 2015, s. 288).

### **4.5.1 Rodinná terapie – Projekt Mezi námi**

Onemocnění poruch příjmu potravy se netýká pouze samotného jednotlivce, ale i jeho blízkého okolí. V léčbě poruch příjmu potravy u dětí je důležitá práce s celou jeho rodinou. Každý člen rodiny může mít jiné dotazy, obavy a každý tuto situaci může prožívat jinak. Podporu poskytují sociální pracovníce, nutriční terapeuti a psychoterapeuti. Tento projekt je určen dětem a mladistvým ve věku od 9 do 18 let, jejich rodinám a také blízkým osobám. Projektu se mohou účastnit lidé z celé České republiky i ze Slovenska, sezení však probíhá pouze v Praze.

Projekt probíhá nejdříve se setkáním sociální pracovníce, toho to setkání se mohou zúčastnit rodiče s dětmi společně i samostatně. Se sociální pracovnící si promluví o jejich očekávání, potřebách a možnostech a sociální pracovník vysvětlí cíle a zásady projektu.

Je tu také možnost setkat se i s dalšími rodinami nebo rodinou, které zažívají podobnou situaci (Anabell 2016).

## **4.6 Svépomocné skupiny**

Svépomocné skupiny poskytují podporu pacientům a jejich rodinám, přispívají například k výchově ke zdravému přístupu k výživě, k primární a sekundární prevenci. Jsou vedené odborníky nebo laiky (Papežová, 2010, s. 294). Tato skupina může být také prvním místem a krokem, kde nemocný získá informace. Podstatou svépomocných skupin je, že trpící osoba má možnost pocítit a poznat, že není s daným onemocněním na světě sama. (Papežová, 2012, s. 41).

## **4.7 Hospitalizace**

Ordinace pediatra, praktického lékaře a dalších oborů především diagnostikují ohrožené osoby s poruchou příjmu potravy nebo s počínajícím onemocněním. Měli by je následně předávat k následné psychologické či psychiatrické specializované péči. Pacienti s fyzickou nestabilitou, výraznou podváhou, děti a adolescenti většinou vyžadují hospitalizaci (Papežová, 2018, s. 460).

Základní otázkou léčby onemocnění poruch příjmu potravy u dětí je rozhodující, zda je nutná léčba v rámci hospitalizace, nebo postačí forma péče ambulantní. Pokud dítě nemá závažné komplikace, které vyžadující somatickou intenzivní péči, měl by být nemocný hospitalizován na specializovaném psychiatrickém pracovišti s kvalifikovaným personálem. Výhodou hospitalizace je vytržení z domácího prostředí pacienta, kdy pacient ani jeho rodiče nezvládají jídelní patologii, vzájemnou komunikaci, své emoce, ale také otázky zodpovědnosti a rolí. Léčba začíná pozvolným obnovením výživy a vytvářením nebo obnovením nových jídelních návyků. Součástí léčby je také omezení manipulativního chování (pacienti schovávají jídlo, podvádí při vážení), snížení fyzické aktivity (Papežová, 2018, s. 141-142).

### **4.7.1 FN Brno Bohunice– Ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy**

Dětské a dorostové oddělení Psychiatrické kliniky je akutním, polootevřeným oddělením, které se orientuje jak farmakoterapeuticky, ale i psychoterapeuticky. Věnuje se se diagnostice, diferenciální diagnostice a také terapii u pacientů s komplikovanými případy. Psychoterapie se na akutním oddělení provádí ve formě individuální, skupinové i rodinné terapie. Lékaři a psychologové jsou edukováni v mnoha psychoterapeutických směrech. Například psychodynamická, kognitivně behaviorální a systemická rodinná terapie, což zajišťuje komplexní pohled na problematiku při zajišťování plánování a psychoterapie. Za rok je hospitalizováno v průměru 210 pacientů a průměrná délka hospitalizace u pacienta je 19 dnů. Hlavním vědecko-výzkumným zájmem je například obsedantně kompulzivní porucha a poruchy příjmu potravy (FN Brno Bohunice [online]).

#### **4.7.2 Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF, FN Motol**

Dětská psychiatrická klinika se zabývá diagnostikou a terapií duševních poruch u dětí a dospívajících osob do 18 let. V oboru dětské psychiatrie je jediným samostatným klinickým pracovištěm v České republice. Je zaměřeno na komplexní pedopsychiatrickou péči ambulantní i lůžkovou v celém biopsychosociálním spektru a se specializovanými programy v oblasti psychoterapeutické a také psychologické péče. Klinika je známá zejména svými výsledky v diagnostice poruch příjmu potravy. Těmito poruchami se pracovníci kliniky blíže výzkumně zabývají (LF UK a FN Motol, 2012 [online]).

#### **4.8 Denní stacionář pro adolescenty**

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN otevřela v říjnu 1999 v Praze zařízení pro diagnostiku a léčbu psychických poruch adolescentů. Denní stacionář s komunitní formou pečuje o mládež od 14 do 21 let, výjimečně jsou přijímáni žáci nižších ročníků základních škol a starší studenti. Terapeutický program oddělení probíhá každý pracovní den od 8 do 16 hodin a na oddělení je také zajištěna výuka ve třídě Základní školy při VFN.

Program stacionáře zahrnuje například skupinovou i individuální psychoterapii, arteterapii, ergoterapii, rodinnou terapii a pro pacienty s poruchami příjmu potravy specifický stravovací režim a skupinovou terapii ve spolupráci s Centrem pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky.

Oddělení má kapacitu pro 15 pacientů a je určeno pro diagnostiku a léčbu následujících poruch dospívání: emoční poruchy, neurotické poruchy, adaptační poruchy, psychosomatické poruchy, počínající nebo odeznívající schizofrenní epizody, poruchy příjmu potravy, symptomatický abúzus návykových látek (VFN, 2012 [online]).

#### **4.9 Ambulantní psychiatrická léčba**

U pacientů s hmotností pod 30 % ideální váhy je tato možnost jen při krátkém trvání onemocnění, dobré motivaci a kooperativní rodině. Je nutné časté monitorování léčby a váhy nemocného, zda dochází k úspěšné léčbě. Pacienti, kteří mají výraznou podváhu a fyzickou nestabilitu, děti a adolescenti vyžadují většinou hospitalizaci.

Hospitalizace je vhodná, také u pacientů, u nichž je jídelní režim mimo jejich kontrolu a při ambulantní léčbě se nelepší (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 286).

## **4.10 Krizová intervence**

*„Pacienti s poruchou příjmu potravy, vyžadují někdy bezprostřední psychologickou, psychiatrickou a socioterapeutickou pomoc při náhle vzniklých dekompenzacích stavu.“*

Centra krizové intervence poskytují kvalifikovanou telefonní pomoc, která by měla osobě s poruchou příjmu potravy i rodinným příslušníkům předat informace o formách a možnostech další léčby (Papežová, 2018, s. 461). Významným momentem krizové intervence je úvodní kontakt, který často zajišťuje sestra, případně sociální pracovníce (Novotná, in Petr, Marková, 2014, s. 149).

### **4.10.1 Linka bezpečí**

Posláním Linky bezpečí je poskytovat snadno dostupnou pomoc a kvalitní péči dětem, studentům a všem, kteří jednají v jejich zájmu. Pomáhá s řešením každodenních starostí a problémů, ale také s náročnými životními situacemi. Poskytuje poradenství a krizovou intervenci pro klienty z celé České republiky prostřednictvím telefonu, emailu, chatu. Poskytuje také sociální služby krizové pomoci. *„Linka bezpečí je akreditována v rámci systému sociálně-právní ochrany dětí v České republice a je členem celosvětové asociace dětských linek důvěry Child Helpline International.“* (Linka bezpečí [online])

## 5 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Vychází-li se z etiologie poruch příjmu potravy, pak prevencí v širším slova smyslu je zdravý životní styl rodiny, který se nezaměřuje na konzumní styl života a vládne vněm tolerance a soudržnost. Tato výchova začíná již v útlém věku jedince, svou úlohu má také škola. Důležité je seznámit žáky s jejich změnou tělesných rozměrů, upozornit na vývoj druhotných pohlavních znaků a vybudování realistického obrazu vlastního těla.

Svou úlohu v poskytování správných informací o onemocnění poruch příjmu potravy má i škola. Škola má zprostředkovat vědomosti v oblasti zásad zdravé výživy, významem jednotlivých složek potravy, poskytnout dostatek objektivních informací o příčinách, výskytu a důsledcích poruch příjmu potravy. V prevenci mentální anorexie a mentální bulimie své místo má také zvyšování sebevědomí, podpora sebedůvěry, vytváření vzájemné tolerance a důvěry a pozitivního sociálního klimatu ve třídě žáka (Machová, Kubátová, 2015, s. 203).

### **Rozlišujeme prevenci:**

**Primární prevence** poruch příjmu potravy spočívá především ve výchově v rodině, společenských vlivů a kultuře stravování. Důležité je sebehodnocení dětí a dospívajících, na které mají velký vliv kulturní vzory a média.

**Sekundární prevence** je detence a ovlivnění ohrožené skupiny, ke kterým můžeme zařadit jedince se zájmovými aktivitami související s kontrolou váhy a vzhledu, jako je tanec, modeling, gymnastika a jiné. Dále jedince se somatickým onemocněním, provázaným dietou a hubnutím.

**Terciární prevence** se zabývá obnovením plného zdraví a prevencí relapsu. V posledních letech se také terciární prevence zaměřuje na zamezení přenosu jídelní patologie na další generaci (Uhlíková, in Papežová, 2018, s. 143-144).

Prevenci poruch příjmu potravy přizpůsobujeme nejen zralosti populace, rizikovému prostředí, ale i znalostem pedagogů a jiných spolupracovníků (Papežová, 2018, s. 362).

Pedagogické konsekvence poruch tělesného sebepojetí přinášejí potřebu zaměřit se na prevenci negativního tělesného sebepojetí jedince. Ve vzdělávacím oboru „Člověk a zdraví“ by mělo jít o působení na snížení rizikových faktorů a o rozšíření protektivních programů (Fialová, Krch, 2012, s. 237).

## 5.1 Vzdělávací obor Výchova ke zdraví

Cílem výchovně – vzdělávacího procesu je naučit mladého jedince se dívat na veškeré činnosti nejen pouze z hlediska vlastních potřeb, ale i rozhodovat se i ve prospěch zdraví. Proto se do vzdělávacího procesu dostávají témata jako pohybový režim, zdravý životní styl, výživa a jiné. Rámcové vzdělávací programy kladou důraz na vzdělávací oblast „Člověk a zdraví“, do které je zařazena „Výchova ke zdraví“. Tento vzdělávací obor by se měl zcela věnovat prevenci sociálně patologických jevů, které ohrožují zdravý vývoj žáků (Fialová, Krch, 2012, s. 226).

Očekávaný výstup **RVP ZV VZ-9-1-07** - Žák dává do souvislostí složení stravy a způsob stravování s rozvojem civilizačních nemocí, v rámci svých možností také uplatňuje zdravé stravovací návyky.

**Indikátory:** Žák vybere do (svého) jídelníčku potraviny a potravinové skupiny na základě aktuálních výživových doporučení (omezuje příjem nevhodných a skrytých tuků, jednoduchých cukrů, několikrát denně volí ovoce a zeleninu a podobně). Žák určí, které faktory ovlivňují jeho výživu (rodina, média, kultura, hlad, čas a jiné), a z nich vyvozuje pozitivní, ale také i negativní vlivy na stravovací návyky. Žák uvede vliv výživy jako jednoho z faktorů životního stylu na zdravotní stav a také možný výskyt civilizačních, chronických neinfekčních nemocí (například obezita, srdečně-cévní choroby zubní kaz a jiné). Žák diskutuje o poruchách příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie) v souvislosti se vznikem a příznaky toho to onemocnění (RZV ZV [online]. 2013).

## 6 PREVENTIVNÍ PROGRAMY

V preventivních programech je nutné nemluvit pouze o váze, ale také o zdraví a zdravém životním stylu. Je nutné pracovat se zdravým sebevědomím, s přiměřenou tělesnou aktivitou a zdravým přístupem k vlastnímu tělu (Papežová, 2018, s. 361).

Fialová (2012) uvádí, že při výchově dětí s narušeným vztahem k vlastnímu tělu, ke své osobě, k pohybovým či stravovacím návykům je dobré se řídit těmito zásadami:

- Učit mít rád sám sebe a své nedostatky i přednosti.
- Poskytnout informace o žádoucích chování a návycích.
- Vést k toleranci druhých.
- Zdůrazňovat fakt, že nikdo není dokonalý a každý má své chyby.
- Nesnažit se formovat dítě „k obrazu svému“ za každou cenu.
- Vyvarovat se soudům například typu: „Ty vypadáš“, „Jsi tak vychrtlá, proč se nenajíš?“ (Fialová, Krch, 2012, s.238-239).

### 6.1 Preventivní programy školy

*„Školní program prevence rizikového chování, který je pod názvem Minimální preventivní program jsou povinny školy vytvářet“* a měl by být vodítkem, jak snížit u žáků možné projevy rizikových forem chování. V roce 2001 garantovalo vytvoření tohoto programu MŠMT. Dokument určuje cíle preventivního působení na základě aktuální situace ve škole. Hlavní náplň programu by měla být ucelená řada koncepčních opatření, včetně aktivit a akcí spojených s prevencí rizikového chování ve škole, dlouhodobých cílů. Program by měl vycházet ze znalostí komunity a z vytváření konkrétních a smysluplných nabídek aktivit pro žáky i pro pedagogy. Při plánování a realizaci preventivních opatření by ředitel školy, výchovný poradce, školní metodik prevence i další pedagogičtí pracovníci měli spolupracovat například s poradenskými pracovníky, zdravotníky, samosprávnými orgány a jiné (Jedlička, 2015, s. 367-368).

#### 6.1.1 Projekt „Škola podporující zdraví“

*„Škola podporující zdraví“* („*Health Promoting School*“) se stala ve školním prostředí úspěšným projektem podpory zdraví v celoevropském měřítku. Již v roce 1989 byla myšlenka byla publikována Skotskou jednotkou zdravotní výchovy ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Česká republika se připojila v roce 1992 pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR. V roce 1995 byly publikovány výsledky pilotního průzkumu a



ty ukázaly, že nejvýznamnějším přínosem projektu bylo zlepšení fyzického zdraví. Projekt získal i podporu MŠMT ČR. Výsledky ukazují, že největším přínosem škol podporující zdraví pozitivní atmosféra ve škole a v souvislosti s tím příznivé výsledky v oblasti chování a v oblasti socializace dítěte. Vytvoření pocitu psychosociální pohody a příznivého psychosociálního školního klimatu jsou důležitými předpoklady zdravého duševního a tělesného vývoje dětí. Následující příklad konkrétních cílů projektu:

- Užívání a zavádění takových metod vyučování, které po všech stránkách podporují zdravý rozvoj dítěte (duševní, tělesná, emotivní, kognitivní, dovednostní).
- Orientace na zdravý životní styl všech členů komunity (učitelského sboru, příkladné role rodiče a jiných dospělých autorit).

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání a Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání se plně shoduje s filozofií projektu „*Škola podporující zdraví*“. Podpora zdraví je celkovou součástí těchto dokumentů závazných pro MŠ i ZŠ. K výhodám pro školy, které zůstávají stále zapojené do tohoto projektu, nebo do něho nově vstupují, patří, že projekt je podporován státem, tedy ministerstvem zdravotnictví a realizován a zajišťován Státním zdravotnickým ústavem a koordinačními krajskými týmy (Machová, Kubátová, 2015, s. 287-289).

## 6.2 Preventivní program **idealni.cz**

Realizovaný preventivní program u nás je první internetová adresa, která je vedena odborníky – **www. idealni.cz** –, která vznikla s podporou Asociace pro pacienty s poruchami příjmu potravy a postupně rozšiřuje informace o onemocnění, mapování služeb a moderní literaturu pro rizikovou populaci.

## 6.3 Portál **Healthyandfree**

V České republice byl vytvořen webový portál **healthyandfree.cz**, svépomocná asociace psychogenních PPP. Portál obsahuje odborné i populárně-naučné články, informace o léčbě a kontakty, metodické materiály a postupy pro rodiče a učitele a svépomocné materiály.

Pro učitele je tu zde k nahlédnutí praktická příručka, která obsahuje informace o onemocnění, možnosti spolupráce s rodinou a odborníky, co je v kompetenci školy a další informace, se kterými se učitelé ve své praxi mohou setkat (Papežová, 2018, s. 365-367).

## 6.4 Program ProYouth

Program ProYouth je internetový program, který se zaměřuje na prevenci poruch příjmu potravy. Tento program je určen pro všechny žáky základních, středních škol i pro studenty vysokých škol ve věku 15–25 let. Je to mezinárodní program, programu se účastní 7 evropských zemí.

K dispozici jsou v programu například online chaty s psychology, specialisty na onemocnění poruch příjmu potravy, kteří mohou doporučit kontakty na odborníky a vhodnou formu léčby.

Vše je bezplatné a v českém jazyce, program je online a anonymní. Na [www.proyouth.eu](http://www.proyouth.eu) „je také volně ke stažení příručka pro školní praxi s postupy, co dělat když, student /studentka trpí poruchou příjmu potravy, jak ve škole rozpoznat známky onemocnění, co je v kompetenci školy, jaké jsou možnosti spolupráce s rodinou a odborníky a další praktické informace“ (PRO-YOUTH. Pražské centrum primární prevence [online]).

## 6.5 Praha, Brno, Ostrava: Centrum Anabell

Centrum Anabell vzniklo v roce 2002, poskytuje zdravotnické služby a sociální služby. Je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb. a organizací způsobilou ke vzdělávání pedagogických pracovníků. Pracovníky center jsou sociální pracovníci, psychologové, terapeuti, lékaři, nutriční specialisté. Centra poskytují ambulantní i terénní skupinové terapie, individuální terapie, které mohou být ambulantní i terénní. V občanském sdružení Anabell funguje internetové poradenství, telefonická krizová pomoc. Využít se dá i pomoc svépomocných skupin a nutriční poradny.

Centrum Anabell nabízí také na svých internetových stránkách zdarma publikace, které se věnují různým oblastem života s PPP (Anabell 2016, [online]).

**Hlavní cíle** občanského sdružení Anabell:

- Poskytnutí podpory pro rodinné příslušníky klienta – Rodinná terapie (Projekt Mezi námi).
- Podpora svépomocné aktivity.
- Poskytnutí odborného sociálního poradenství klientovi s onemocněním poruchou příjmu potravy.
- Posilování sociálních vazeb klienta a jeho následné integrace do společnosti.

- Trvalé zkvalitňování poskytovaných pomocí osobám s poruchami příjmu potravy.
- Zprostředkovávat dostatek informací pro širokou veřejnost o odpovědném přístupu k výživě a díky tomu předcházet vzniku poruch příjmu potravy ve společnosti.

### **6.5.1 Projekt Anabell\_online**

Předmětem tohoto projektu je realizace specifické sociální práce on-line. Primárně je plánováno působit na různých diskuzních fórech, pro-ana webových stránkách, chatech a sociálních sítí – všude tam, kde se setkávají osoby s onemocněním poruch příjmu potravy, sdílí svá trápení, hledají odpovědi na související problémy a vyměňují si své zkušenosti. Sociální práce bude poskytována pracovníky Kontaktních center Anabell. Hlavním cílem projektu Anabell\_online je zachytit ohrožené osoby, nemocné, kteří onemocněli poruchou příjmu potravy a pomoci jim řešit problémy s tímto onemocněním v reálném světě, nikoli jen na internetu. Dále motivovat potenciální klienty, aby vystoupili z prostředí internetu a vyhledali odbornou pomoc. Projekt je spolufinancován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky a je realizován 36 měsíců. Termín realizace projektu: od 1. 9. 2016 – do 31. 8. 2019 (Anabell 2016, [online]).

### **6.6 Projekt E-clinic**

Projekt E-clinic ve spolupráci s Centrem sociálních služeb Praha, oddělení Pražské centrum primární prevence získala v rámci Norských fondů 2015/2017 grant na vývoj tohoto programu. Portál obsahuje populárně-naučné i odborné informace o onemocnění poruch příjmu potravy, informace o léčbě a kontakty, svépomocné materiály, postupy pro učitele (doporučení pro výběr preventivního programu, kompetence školy,) a postupy pro rodiče. Na webové stránce je možnost anonymně chatovat s klinickou psycholožkou, která má specializaci na poruchy příjmu potravy. Portál také nabízí možnost chatu pro rodiče a blízké těch, kteří poruchami příjmu potravy trpí. Vše probíhá anonymně a zdarma (Ideální.cz, 2017 [online].).

## PRŮZKUMNÁ ČÁST

Na teoretickou část navazuje část průzkumná, která klade za hlavní cíl **zjistit, jaká je informovanost žáků 2. stupně základní školy o poruchách příjmu potravy**. Průzkumná část obsahuje stanovené cíle, průzkumné otázky a metodiku průzkumu. V této části jsou také prezentovány výsledky dotazníků. Dále diskuze a závěr.

## 7 CÍL PRŮZKUMU A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

### Hlavní cíl průzkumu

- Zjistit jaká je informovanost žáků 8. a 9. tříd základních škol o poruchách příjmu potravy.

### Průzkumné otázky

Průzkum byl realizován na základě průzkumných otázek.

- Jaké mají žáci povědomí o problematice poruch příjmu potravy?
- Jak se žáci základní školy orientují v prevenci poruch příjmu potravy?

## 8 METODIKA PRŮZKUMU

Pro průzkum jsem si zvolila metodu kvantitativního výzkumu. „*Kvantitativní výzkumný přístup lze charakterizovat klíčovými termíny „objektivnost“ a „měření.“* Výzkum kvantitativní se opírá o základy vědeckého vědění, tedy o produkci poznatků prostřednictvím pozorování (empirie) a ověřování (Loučková, 2010, s. 34). Nástrojem průzkumného šetření sběru dat byl dotazník. Podle Dismana (2011, s. 141) je dotazník efektivní metoda, jak od velkého počtu respondentů za relativně krátkou dobu získat informace. Respondenti vyplňovali dotazník anonymně. Dotazník vlastní konstrukce se skládal z celkem 20 otázek (viz příloha A). Byly použity otázky uzavřené (polytomické), uzavřené výčtové, polouzavřené. Jak uvádí Chráska (2016, s. 160-161) otázky uzavřené mají předem připravenou odpověď a mohou být dichotomické či polytomické. U otázek polytomických má respondent na výběr z více možností. Pokud je otázka nazývaná jako polouzavřená je součástí připravených odpovědí nabídka „jiná odpověď“.

### 8.1 Sběr dat

Průzkum proběhl na dvou základních školách v Pardubickém kraji. V každé základní škole byl jeden osmý ročník a jeden devátý ročník. Celkem se tedy dotazníky rozdaly ve čtyřech třídách základních škol. Průzkum proběhl na začátku měsíce ledna 2019. Spolupracovala jsem s žáky 8. a 9. ročníku ve věku od 13 do 16 let.

Než proběhl samotný průzkum, setkala jsem se osobně s panem ředitelem a s paní ředitelkou dané základní školy, kteří s průzkumem souhlasili a měli udělený souhlas zařízení s provádějícím průzkumem. Poté jsem každému řediteli nechala jeden vzorový dotazník k nahlédnutí a vysvětlila jsem strukturu mého dotazníku, který budou žáci vyplňovat.

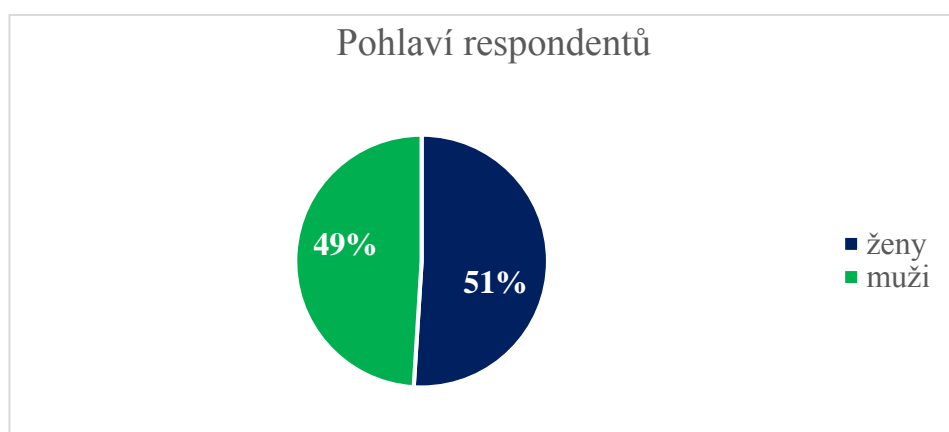
V daný termín na začátku měsíce ledna 2019 jsem osobně žákům 8. a 9. ročníků rozdala dotazníky, které byly v tištěné podobě. Na základě domluvy s ředitelem školy a za doprovodu pedagoga jsem navštívila žáky během jejich vyučovací hodiny. Dotazníky byli žákům rozdáni během vyučovací hodiny občanská nauka a výchova ke zdraví. Na vyplnění dotazníků měli respondenti časový limit 20 minut nebo dle potřeby respondenta. Celkem jsem navštívila čtyři třídy. Pokaždé jsem se žákům na úvod představila, sdělila jsem jim zkoumanou problematiku, vysvětlila účel mé práce a na co budou výsledky použity, dále jsem žákům podala instrukce k dotazníku. Celkem bylo rozdáno 69 dotazníků, návratnost dotazníků 100 %.

## 8.2 Zpracování dat

Výsledky metodou kvantitativního výzkumu jsou vyhodnoceny pomocí popisné statistiky. Podle Chrásky (2016, s.16) je úkolem popisné (deskriptivní) statistiky, popsat shromážděná data, která by poskytovala co nejpřesněji názornou a přehlednou informaci o měřených jevech. Získaná data jsou znázorněna formou grafů s absolutní a relativní četností. Při vyhodnocování dotazníků byly výsledky zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2016. Nejdříve byla stanovena absolutní četnost ( $n_i$ ), ze které byla následně vypočítána četnost relativní ( $f_i$ ). „Relativní četnost  $f_i$  je podíl četnosti (absolutní)  $n_i$  a celkové četnosti  $n$ “ (Chráska, 2016, s. 35). Otázky č. 4, 5, 6, 8, 14, 17, 19 mají možnost více odpovědí. Při prezentaci výsledků bude používána zkratka PPP. Zjištěné výsledky se pouze vztahují k průzkumnému zkoumanému souboru.

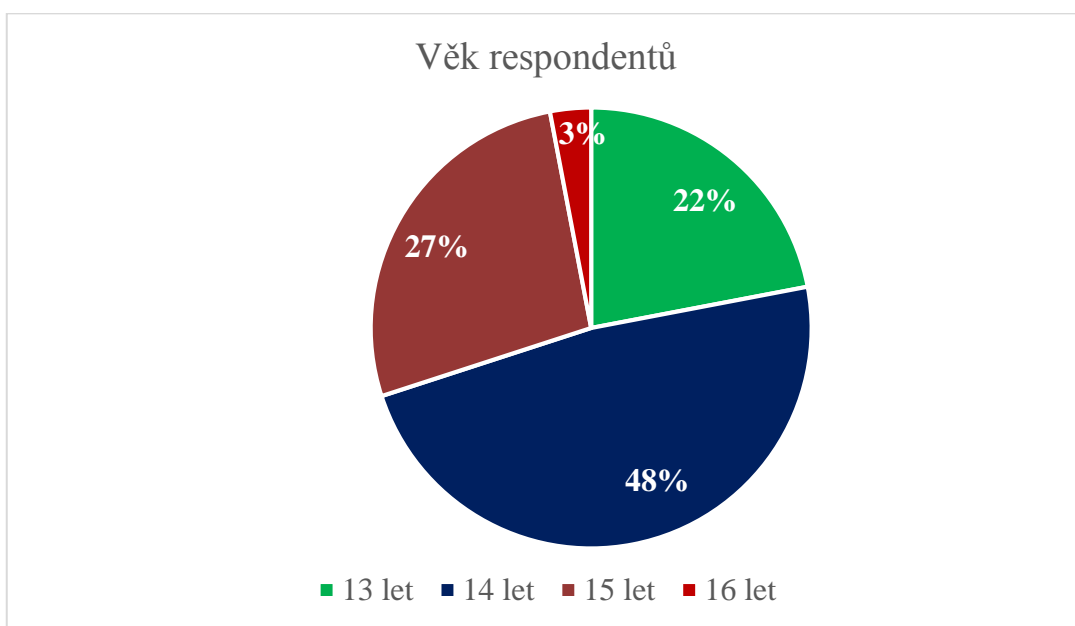
## 8.3 Soubor respondentů

Průzkumný soubor tvořili záměrně žáci 8. a 9. ročníků vybraných základních škol. Průzkum byl proveden se souhlasem zařízení a byla dodržena anonymita respondentů. V 8. třídách bylo zastoupeno 37 žáků a v 9. třídách 32 žáků. Respondentů, kteří vyplňovali dotazníky bylo tedy celkem 69 z toho 35 žen a 34 mužů. V procentním vyjádření se jednalo o 51 % dívek a 49 % chlapců. Pro lepší přehlednost znázornění na **obrázku 1**.



**Obrázek 1** - Pohlaví respondentů

Dotazníková **otázka č. 2** zjišťovala věk žáků. Dotazovaní žáci byly ve věkovém rozložení 13 až 16 let. Nejvíce dotazovaných žáků bylo ve věku čtrnácti let. Třináctiletých žáků bylo 15 (22 %) z toho 9 (13 %) dívek a 6 (9 %) chlapců. Čtrnáctiletých žáků bylo celkem 33(48 %) z toho bylo 15 (22 %) dívek a 18 (26 %) chlapců. Žáků, kteří dosáhli patnácti let bylo 19 (27 %) z toho patnáctiletých dívek bylo 10 (14 %) a 9 (13 %) patnáctiletých chlapců. Z dotazovaných byli pouze 2 respondenti ve věku šestnácti let (Obrázek 2).

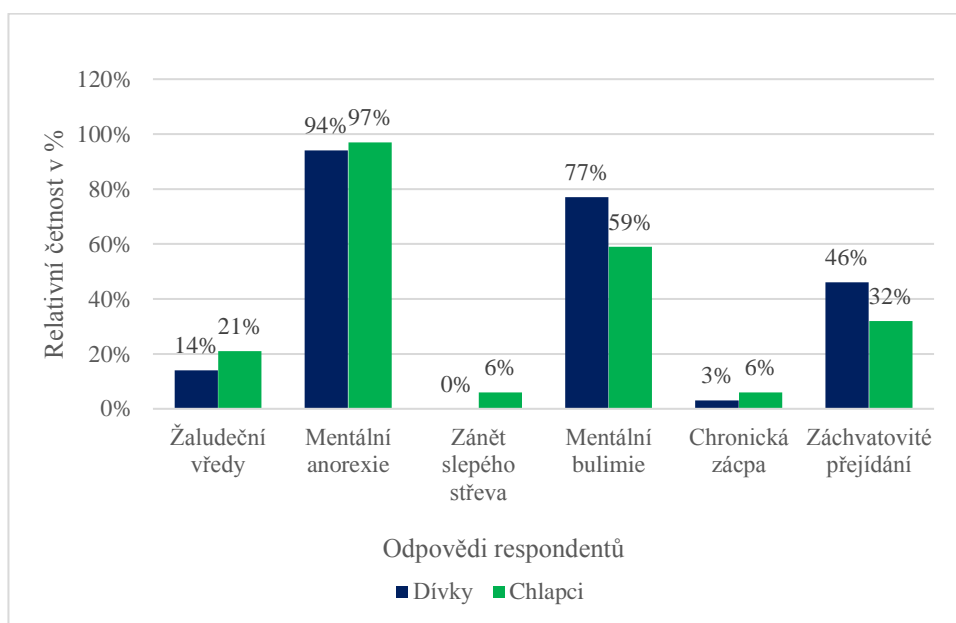


**Obrázek 2** - Věk respondentů

## 9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Výsledky průzkumu jsou znázorněny pomocí grafů a tabulek. Otázky č. 1–3 se nacházejí v kapitole Metodika průzkumu u popisu souboru respondentů.

**Otázka č. 4 Která z uvedených onemocnění patří mezi poruchy příjmu potravy? (lze zvolit více odpovědí)**

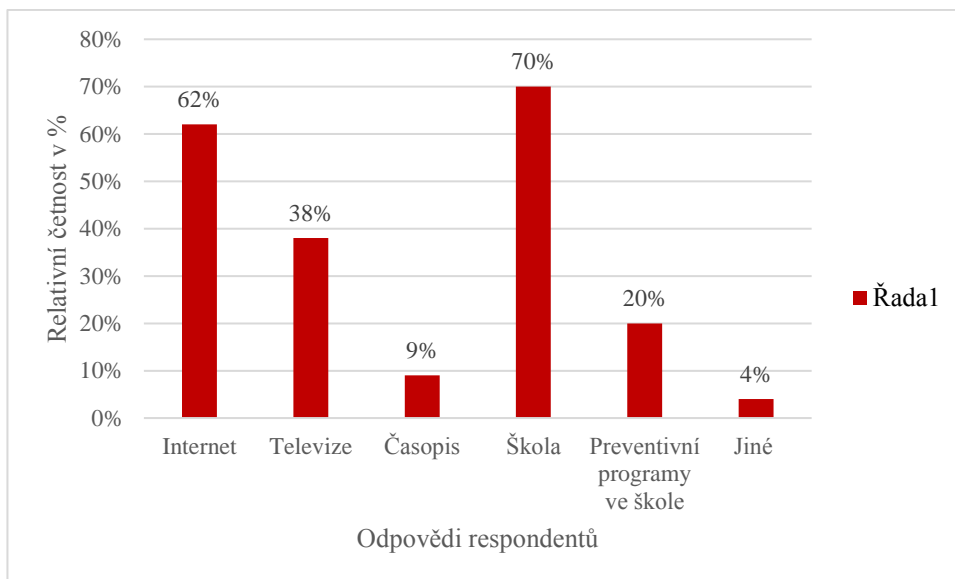


**Obrázek 3 - Onemocnění poruchy příjmu potravy dle respondentů**

Pomocí **otázky č. 4** bylo zjistit povědomí žáků, která onemocnění patří do poruch příjmu potravy. Absolutní četnost je vztažena k počtu zakroužkovaných odpovědí, nikoli k počtu respondentů, respondenti měli možnost zakroužkovat více odpovědí. Na grafu je patrné, že nejvíce respondenti kroužkovali onemocnění, která patří do poruch příjmu potravy, a to správné odpovědi „*mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání.*“ Z grafu (obrázku 3) lze také vyčíst, že nejvíce dívky 33 (94 %) i chlapci 33 (97 %) uváděli nejčastěji onemocnění „*mentální anorexie.*“ Vybraná odpověď „*záchvatovité přejídání*“ nebyla respondenty zvolena, tak častěji jako dvě předchozí správné odpovědi. Nesprávnou odpověď, že do onemocnění poruch příjmu potravy patří „*žaludeční vředy*“ vybralo, ale i 7 (21 %) chlapců.



**Otázka č. 5 Odkud jste se dozvěděl/a o poruchách příjmu potravy? (lze zvolit více odpovědí)**



**Obrázek 4 - Zdroj informací**

Cílem **otázky č. 5** bylo zjistit odkud se respondenti dozvěděli o poruchách příjmu potravy. Absolutní četnost je vztažena k počtu zakroužkovaných odpovědí, nikoli k počtu respondentů. Otázka je vztažena k odpovědi všech respondentů. Z grafu (obrázku 4) lze vyčíst, že nejvíce se o poruchách příjmu potravy žáci dozvěděli ve „škole“ 48 (70 %) a druhým nejčastějším zdrojem informací byl „internet“, který vybralo 43 (62 %) žáků. Nejméně zvolenou odpovědí respondentů byl „časopis“, který pouze uvedlo 6 (9 %) žáků. V možnosti „jiné“, mohli respondenti uvést i vlastní odpověď, kterou uvedli pouze 3 (4 %) žáci. První žák se o poruchách příjmu potravy dozvěděl od lékaře z preventivní prohlídky, další žák se o onemocnění dozvěděl od kamarádky, která měla anorexii a třetí žák uvedl, že informace o poruchách příjmu potravy mu předali rodiče.

**Otázka č. 6 Co je podle Vašeho názoru typické pro osobu, která trpí poruchou příjmu potravy? (lze zvolit více odpovědí)**

**Tabulka 1** - Názor dívek, co je typické pro osobu s poruchou příjmu potravy

Odpovědi	Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vysoké sebevědomí, snaží se mít vysokou tělesnou hmotnost	1	3 %
Má strach z tloušťky, sníženou tělesnou hmotnost	29	83 %
Nadměrně se věnuje pozorování své postavy	29	83 %
Omezuje konzumaci jídla, drží diety, hladoví	33	94 %
Má snížený zájem o svůj vzhled a sníženou snahu se druhým zalíbit	3	9 %
Vyvolává si zvracení, používá projímadla	26	74 %
Po přejedení se cítí velmi provinile	16	46 %

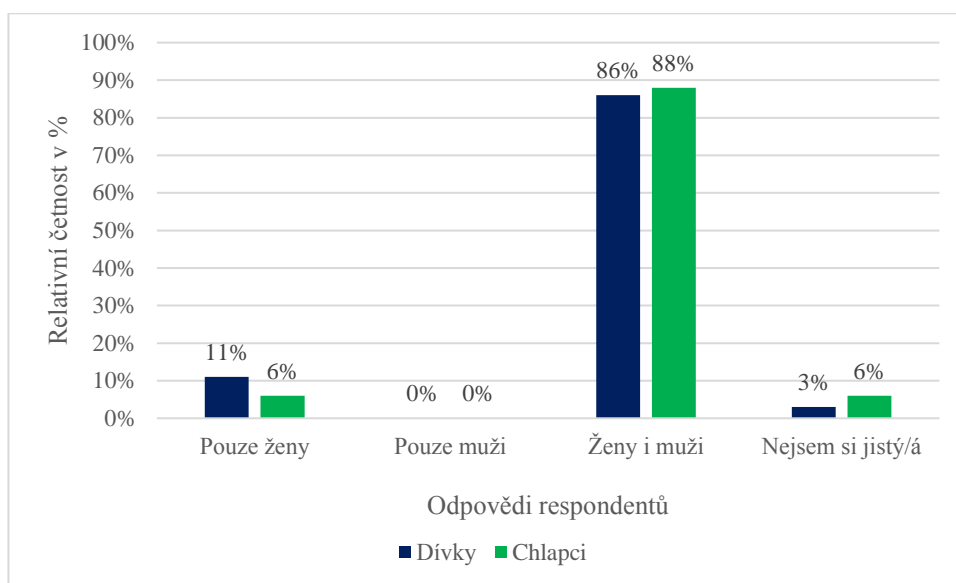
**Tabulka 2** - Názor chlapců, co je typické pro osobu s poruchou příjmu potravy

Odpovědi	Chlapci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vysoké sebevědomí, snaží se mít vysokou tělesnou hmotnost	2	6 %
Má strach z tloušťky, sníženou tělesnou hmotnost	28	82 %
Nadměrně se věnuje pozorování své postavy	19	56 %
Omezuje konzumaci jídla, drží diety, hladoví	29	85 %
Má snížený zájem o svůj vzhled a sníženou snahu se druhým zalíbit	1	3 %
Vyvolává si zvracení, používá projímadla	26	76 %
Po přejedení se cítí velmi provinile	11	32 %

**Otázka č. 6** zjišťovala, co je podle názoru respondentů typické pro osobu, která trpí poruchou příjmu potravy. Respondenti měli možnost zakroužkovat 7 odpovědí, z nichž měli možnost si vybrat jednu či více odpovědí. Absolutní četnost je vztažena k počtu zakroužkovaných odpovědí nikoliv k respondentům samotným. Nejčastější správná odpověď všech respondentů, byla že typické je u osoby s PPP „omezování konzumace jídla, držení diet a hladovění“, tuto odpověď zakroužkovalo celkem 33 (94 %) dívek a 29 (85 %) chlapců.

U dívek druhá nejčastější zvolená odpověď byla „*strach z tloušťky, snížená tělesná hmotnost*“ tu to odpověď vybralo celkem 29 (83 %) dívek, stejný počet měla i odpověď, „*nadměrné se věnování a pozorování své postavy.*“ Naopak u chlapců se tato odpověď od dívek v celku lišila, byla méně častá (viz tabulka 2). Nesprávné odpovědi převládaly více u dívek. Jednalo se o odpověď, že typické je pro osobu „*vysoké sebevědomí a snaha mít vysokou tělesnou hmotnost.*“ Tuto možnost označili 2 chlapci (6 %) a 1 dívka (3 %) a odpověď „*snížený zájem o svůj vzhled a sníženou snahu se druhým zalíbit*“, kterou vybral 1 chlapec (3 %) a 3 dívky (9 %).

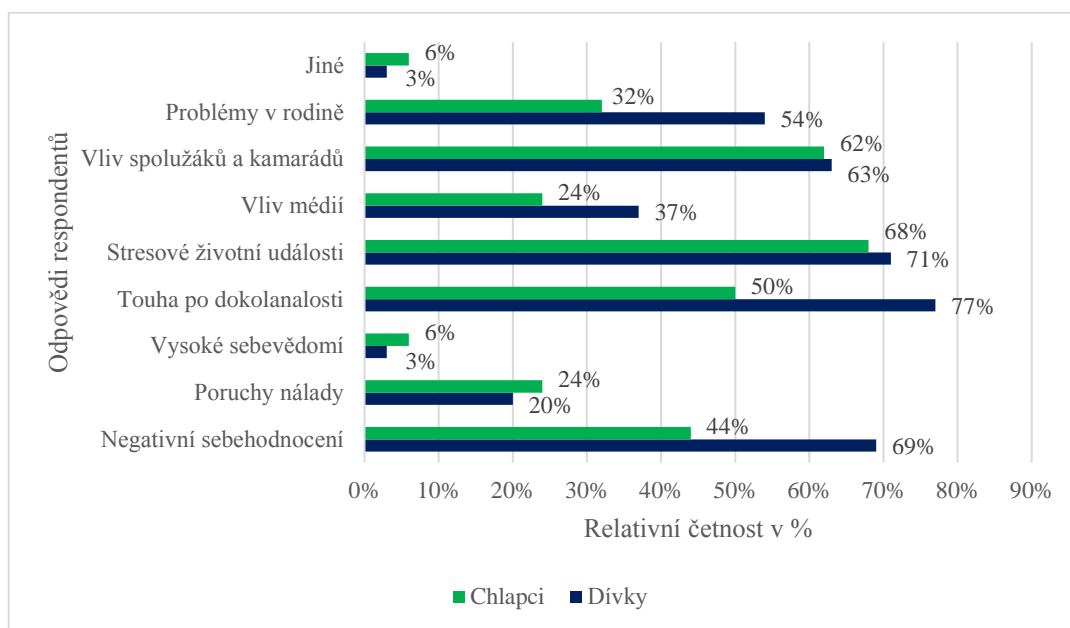
### Otázka č. 7 Kdo může onemocnět poruchou příjmu potravy?



Obrázek 5 – Jaké pohlaví může onemocnět poruchou příjmu potravy

Otázka č. 7 u respondentů zjišťovala, které pohlaví může onemocnět poruchou příjmu potravy. Z uvedeného grafu (obrázek č.5) lze vyčíst, že správnou odpověď, že poruchy příjmu potravy postihují „ženy i muže“ označila většina respondentů a to 30 (86 %) dívek a 30 (88 %) chlapců. Nesprávnou odpověď, že onemocněním trpí „pouze ženy“ označily 4 (11 %) dívky. Žádným respondentem nezvolila odpověď, že onemocnět mohou „pouze muži.“ Celkem si u této otázky nebyli jistí 3 (9 %) žáci. Z grafu vyplývá, že většina žáků si je vědoma, že PPP postihují obě pohlaví. Je také, překvapivé, že chlapci si jsou vědomi, že je onemocnění PPP může postihnout.

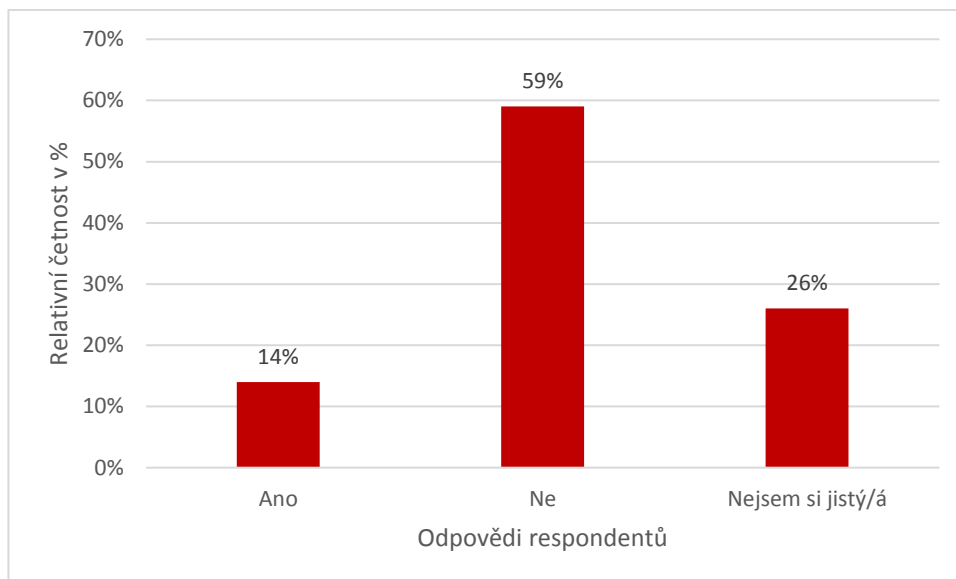
### Otázka č. 8 Co zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy? (lze zvolit více odpovědí)



Obrázek 6 - Rizika vzniku poruchy příjmu potravy

Cílem **otázka č. 8** bylo zjistit co podle respondentů zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy. Respondenti měli možnost zvolit 9 možných odpovědí, z toho u zvolené odpovědi jiné, mohli respondenti napsat svoji odpověď. Absolutní četnost je vztažena k počtu zakroužkovaných odpovědí nikoliv k samotným respondentům. Tento graf (obrázek 6) ukazuje, jakým způsobem odpovídali dívky i chlapci. Více než polovina všech respondentů řadí „*stresové životní události*“ mezi rizika vzniku PPP. Nejčastější zvolenou odpovědí dívek je riziko „*touha po dokonalosti*“, tuto odpověď zakroužkovalo 27 (77 %) dívek na rozdíl oproti dívkám toto riziko vybralo pouze 17 (50 %) chlapců. Z grafu je dále patrné, že více než polovina chlapců 21 (62 %) i dívek 22 (63 %) považují za riziko vzniku PPP „*vliv spolužáků a kamarádů*“. Variantu „*jiné*“ zakroužkovali celkem 3 (9 %) žáci z toho 1 dívka a 2 chlapci. Dívka uvedla, že riziko vzniku poruch příjmu potravy zvyšuje šikana a u chlapců byly odpovědi zbytečné přejídání a riziko, když se člověk cítí být pořád tlustý a chce být hubený. V rámci této otázky bylo dále zjištěno, že nesprávnou odpověď „*vysoké sebevědomí*“ zvolili pouze 3 respondenti (9 %), více tuto odpověď vybrali chlapci.

**Otázka č. 9 Znáte někoho, kdo má problém s poruchou příjmu potravy? (Pokud ano, napište prosím, kdo to je/byl)**



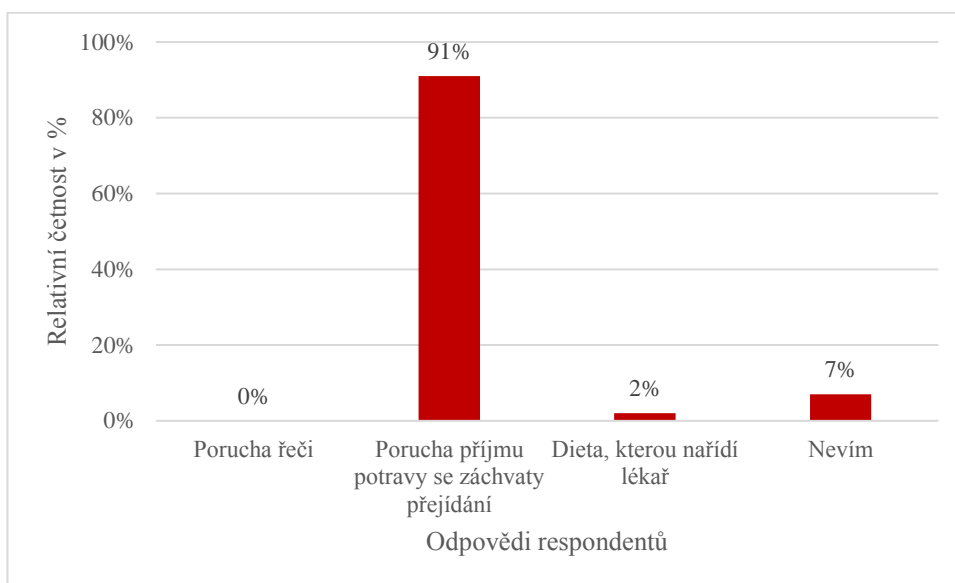
**Obrázek 7** - Zda mají respondent ve svém okolí osobu s poruchou příjmu potravy

**Tabulka 3** - Odpověď "Jiné"

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
<b>Ano</b>		
Kamarádka	8	80 %
Příbuzný	2	20 %
n	10	100 %

**Otázka č. 9** zjišťovala, zda respondenti znají někoho, kdo má poruchu příjmu potravy. Otázka je vztažená k odpovědi všech respondentů. Pokud žáci zakroužkovali odpověď „ano“, mohli do odpovědi napsat o koho se jedná. Z grafu (na obrázku 7) vyplývá, že více než polovina všech respondentů 41 (59 %) nezná nikoho, kdo by trpěl onemocněním poruchou příjmu potravy. Z celkového počtu respondentů, pouze 10 (14 %) žáků zná nějakou osobu, která tímto onemocněním trpí a 18 (26 %) žáků si není jistá. Nejčastěji žáci zmiňovali kamarádku - 8 (80 %) žáků a 2 (20 %) žáci zmínili příbuzného.

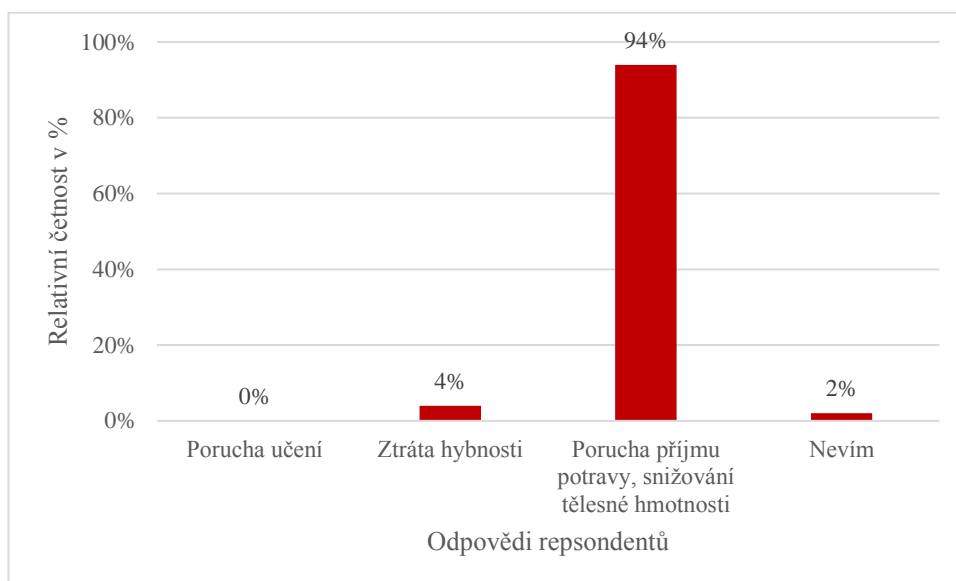
### Otázka č. 10 Co si představíte pod pojmem mentální bulimie?



Obrázek 8 - Mentální bulimie

**Otázka č. 10** zjišťovala, co si žáci představí pod pojmem mentální bulimie. Otázka je vztažená k odpovědi všech respondentů. Správnou odpověď, že mentální bulimie je „*porucha příjmu potravy spojená se záchvaty přejídání*“ vybrala většina žáků, jednalo se o 63 žáků (91 %). Celkem 5 (7 %) respondentů na tuto otázku nevědělo odpověď. Nesprávnou odpověď a pojem, že mentální bulimie je „*dieta, kterou nařídí lékař*“ vybral pouze jeden žák.

### Otázka č. 11 Co si představíte pod pojmem mentální anorexie?

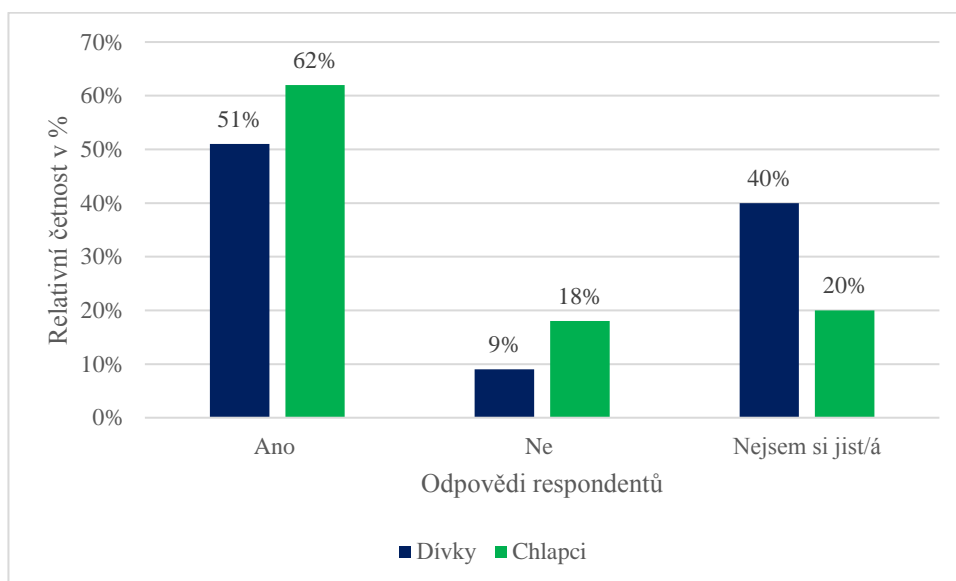


Obrázek 9 - Mentální anorexie

Cílem **otázky č. 11**, jejichž výsledky znázorňuje graf (obrázek 9) bylo zjistit co si respondenti představí pod pojmem mentální anorexie. Otázka je vztažená k odpovědi všech respondentů. Ze všech 69 (100 %) dotazovaných žáků vybralo 65 (94 %) žáků správnou odpověď, že mentální anorexie je „*porucha příjmu potravy, typické je snižování tělesné hmotnosti*“. Žádný respondent nevybral, že mentální anorexie je „*porucha učení*“. Pod pojmem mentální anorexie si 3 (4 %) žáci představují „*ztrátu hybnosti*“. Na tuto dotazníkovou otázku nedokázal odpovědět jeden žák.



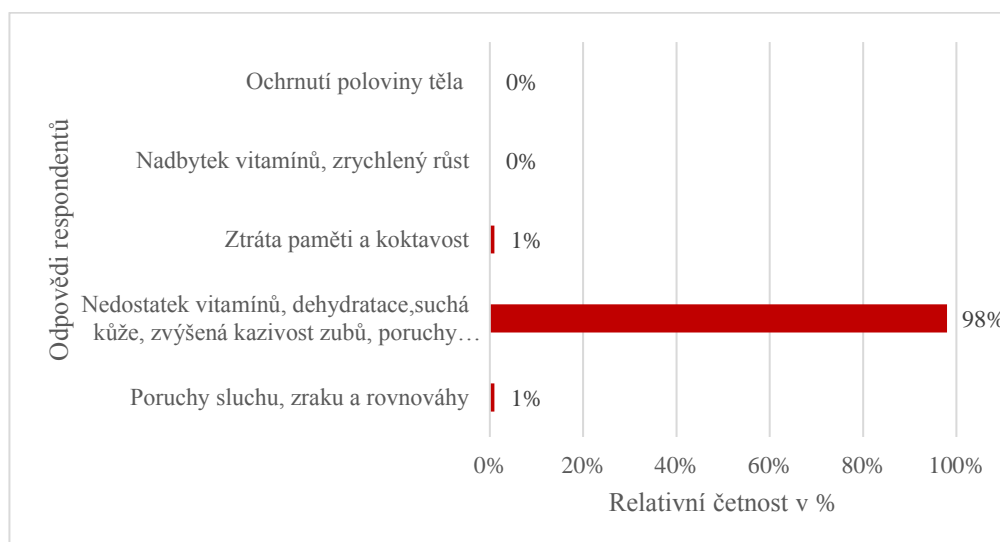
### Otázka č. 12 Patří záchvatové přejídání do onemocnění poruch příjmu potravy?



Obrázek 10 - Záchvatové přejídání

V rámci **otázky č. 12** bylo zjišťováno, jestli záchvatové přejídání podle respondentů patří do poruch příjmu potravy. Z grafu na (obrázku 10) vyplývá, že nejvíce žáků označilo správnou odpověď, že záchvatové přejídání se řadí do PPP. Je zajímavé, že více tuto odpověď označili chlapci 21 (62 %). Lze také z grafu vyčíst, že dívky si nebyly více u této odpovědi jistí, odpověď „nejsem si jistý/á“ vybralo 14 (40 %) dívek a pouze 7 (20 %) chlapců.

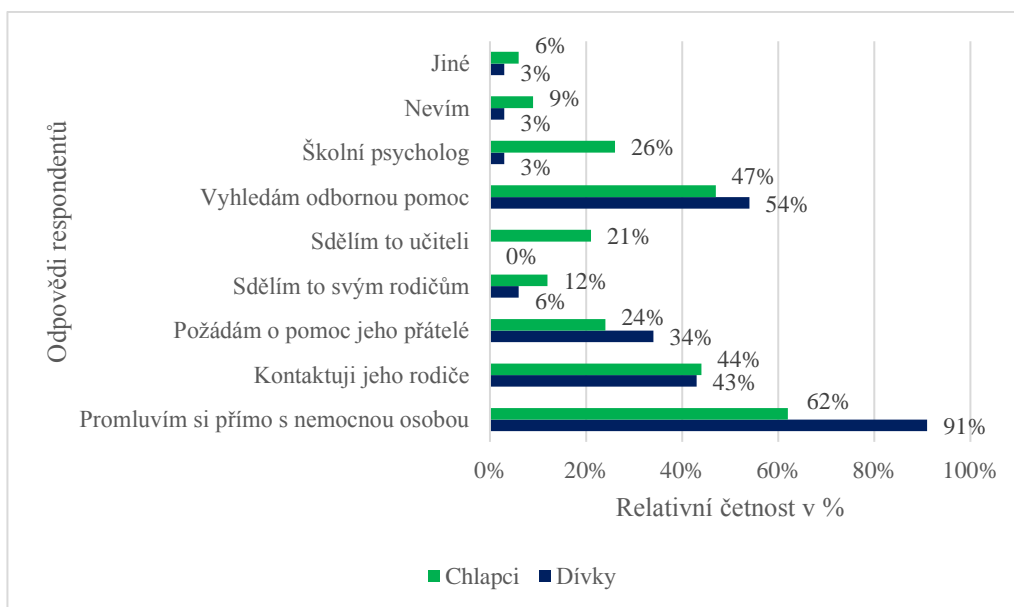
### Otázka č. 13 Jaké jsou zdravotní rizika u poruch příjmu potravy?



Obrázek 11 - Zdravotní rizika

**Cílem otázky č. 13** bylo zjistit jaké je povědomí žáků o zdravotních rizicích u poruch příjmu potravy. Otázka je vztažena k odpovědi všech respondentů. Respondenti měli zakroužkovat jednu správnou odpověď z pěti možných variant. Z grafického znázornění (obrázku 11) je patrné, že naprostá většina respondentů vybrala správnou odpověď, že do zdravotních rizik u poruch příjmu potravy patří „nedostatek vitamínů, dehydratace, suchá kůže, zvýšená kazivost zubů, poruchy srdeční činnosti, poruchy spánku“, tuto odpověď vybralo 67 (98 %) žáků. Pouze 2 (2 %) žáci na tuto otázku odpověděli nesprávně a to odpovědí, že zdravotním rizikem u poruch příjmu potravy je „ztráta paměti a kocktavost“, toto nesprávné zdravotní riziko vybral jeden žák, druhý žák vybral nesprávnou odpověď, že rizikem jsou „poruchy sluchu, zraku a rovnováhy“.

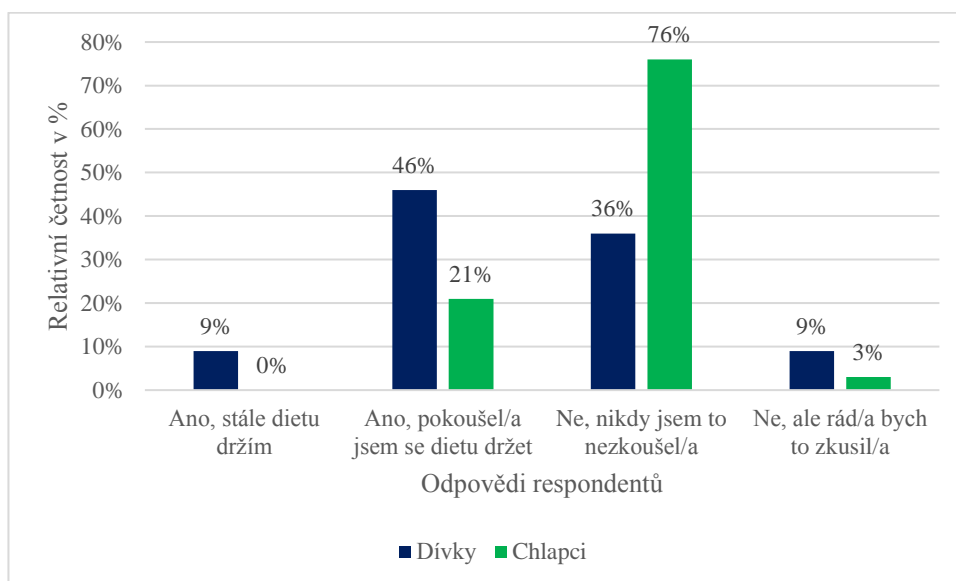
**Otázka č. 14 Když zjistíte, že ve vašem okolí jeví osoba příznaky poruch příjmu potravy, jak budete postupovat? (lze zvolit více odpovědí)**



Obrázek 12 - Postup respondentů

Pomocí dotazníkové **otázky č. 14** bylo zjišťováno, jak budou respondenti postupovat, když zjistí, že v jejich okolí jeví osoba příznaky poruch příjmu potravy. Respondenti měli možnost zvolit 9 možných odpovědí, z toho u zvolené odpovědi „jiné“, mohli respondenti napsat svoji vlastní odpověď. Absolutní četnost je vztažena k počtu zakroužkovaných odpovědí nikoliv k počtu respondentů. Z grafu (obrázku 12) je na první pohled patrné a překvapivé, že dívky i chlapci by si nejvíce promluvily přímo s nemocnou osobou, tuto odpověď vybralo celkem 32 (91 %) dívek a 21 (62 %) chlapců, druhou nejčastější odpovědí dívek i chlapců byla „vyhledám odbornou pomoc“, tuto odpověď vybralo 19 (54 %) dívek a 16 (47 %) chlapců. U některých odpovědí je překvapivý rozdíl odpovědí mezi chlapci a dívkami. Na rozdíl od chlapců žádná dívka nevybrala možnost „sdělím to učiteli“, tuto variantu, ale vybralo 7 (21 %) chlapců, což je překvapivé, že by žádná dívka nekontaktovala žádného vyučujícího, když se pohybují ve školním prostředí. Z grafu (obrázku 12) je dále patrné, že chlapci by více než dívky kontaktovali školního psychologa, jednalo se celkem o 9 (26 %) chlapců, ale pouze o 1 (3 %) dívku. Variantu „jiné“ s vlastní odpovědí vybrali celkem 3 (9 %) žáci, převažovali více chlapci. Do této odpovědi 2 (6 %) chlapci napsali, že nebudou dělat nic, že jim to bude jedno a 1 (3 %) dívka se bude snažit nemocnému s PPP co nejvíce pomoci.

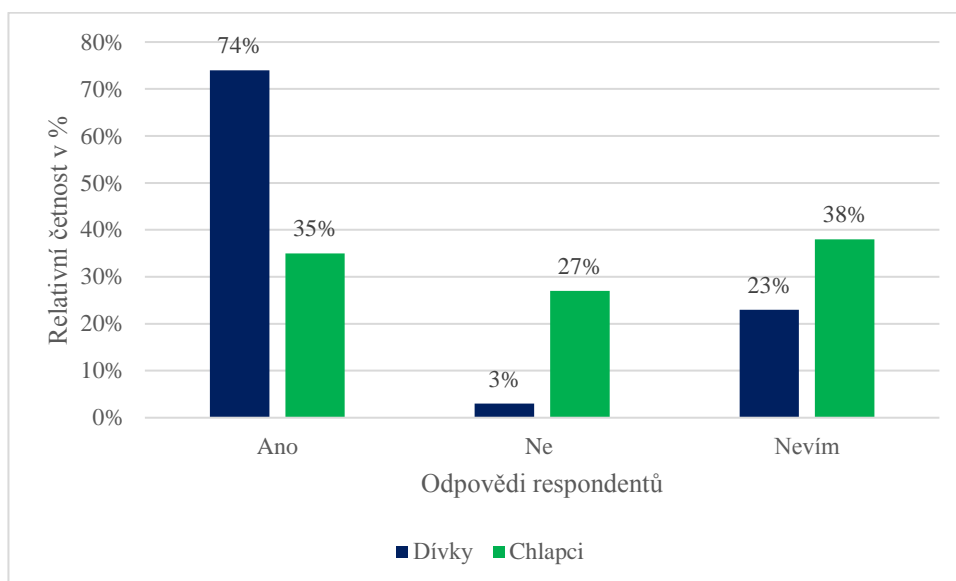
### Otázka č. 15 Drželi jste někdy dietu, kvůli zhubnutí z jiného než zdravotního důvodu?



Obrázek 13 - Držení diety

Cílem **otázky č. 15** bylo zjistit, zda respondenti drželi někdy dietu, kvůli zhubnutí z jiného než zdravotního důvodu. Nejčastější odpověď u chlapců byla, že se dietu nikdy nepokoušeli držet. Tuto variantu vybralo celkem 26 (76 %) chlapců. Na rozdíl u dívek byla nejčastější odpověď, že se někdy dietu držet pokoušely. Tuto odpověď vybrala skoro polovina dívek 16 (46 %). Z uvedeného grafu (obrázku 13) je patrné, že oproti chlapcům dívky drží dietu, pokoušely se dietu držet anebo by to chtěly zkusit.

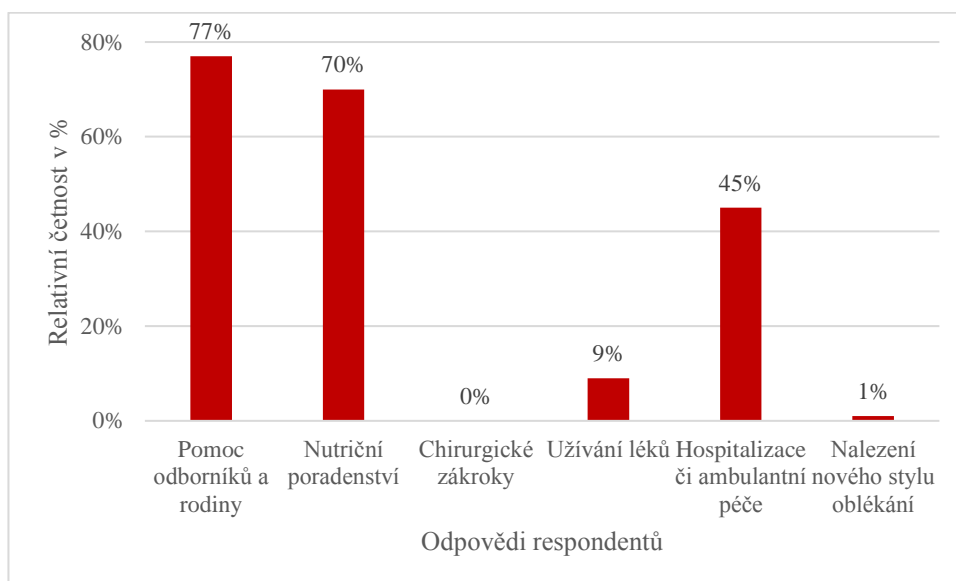
### Otázka č. 16 Uvítal/a byste ve škole více informací o poruchách příjmu potravy?



Obrázek 14 – Zda by žáci uvítali ve škole více informací o poruchách příjmu potravy

Otázka č. 16 zjišťovala, jestli by respondenti uvítali ve škole více informací o poruchách příjmu potravy. Z grafu (obrázku 14) je patrné, že dívky by uvítaly ve škole více informací o tomto onemocnění, celkem tuto odpověď vybrala více než polovina všech dívek. Oproti dívkám variantu „nevím“ vybralo více chlapců 13 (38 %). Pouze 1 (3 %) dívka a 9 (27 %) chlapců by neuvítali další informace o tomto onemocnění.

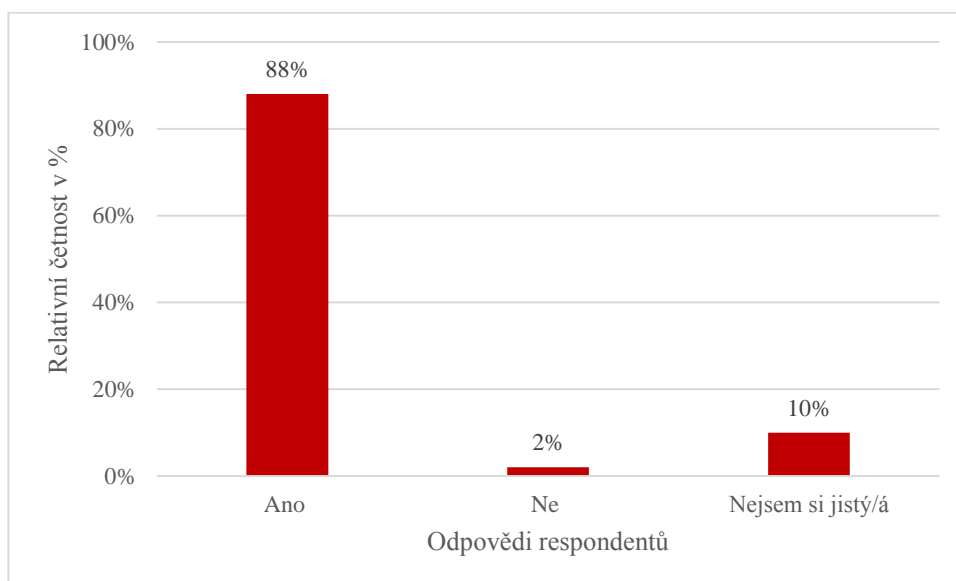
**Otázka č. 17 Jaká je léčba poruch příjmu potravy? (lze zvolit více odpovědí)**



**Obrázek 15 -** Léčba poruch příjmu potravy

Pomocí **otázky č. 17** bylo zjišťováno povědomí žáků o léčbě poruch příjmu potravy. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí a na výběr měli 6 možných variant. Otázka je vztažena k odpovědi všech respondentů. Absolutní četnost je vztažena k počtu odpovědí, nikoli k počtu respondentů. Nejčastější zvolenou správnou odpovědí respondentů byla „pomoc odborníků a rodiny“. Tuto odpověď vybralo až 53 (77 %) žáků. Jako druhou nejčastější léčbu žáci vybrali „nutriční poradenství“. Jedinou nesprávnou odpověď „nalézání nového stylu oblékání“ vybral pouze 1 žák. Překvapivé, ale je, že žádný žák nevybral jako možnou odpověď „chirurgické zákroky“, jelikož odborná literatura uvádí, že při léčbě záchvatovitého přejídání je možnost podvázání žaludku jako chirurgického zákroku. Lze, se ale domnívat, že žáci o tomto možném zákroku ještě neslyšeli.

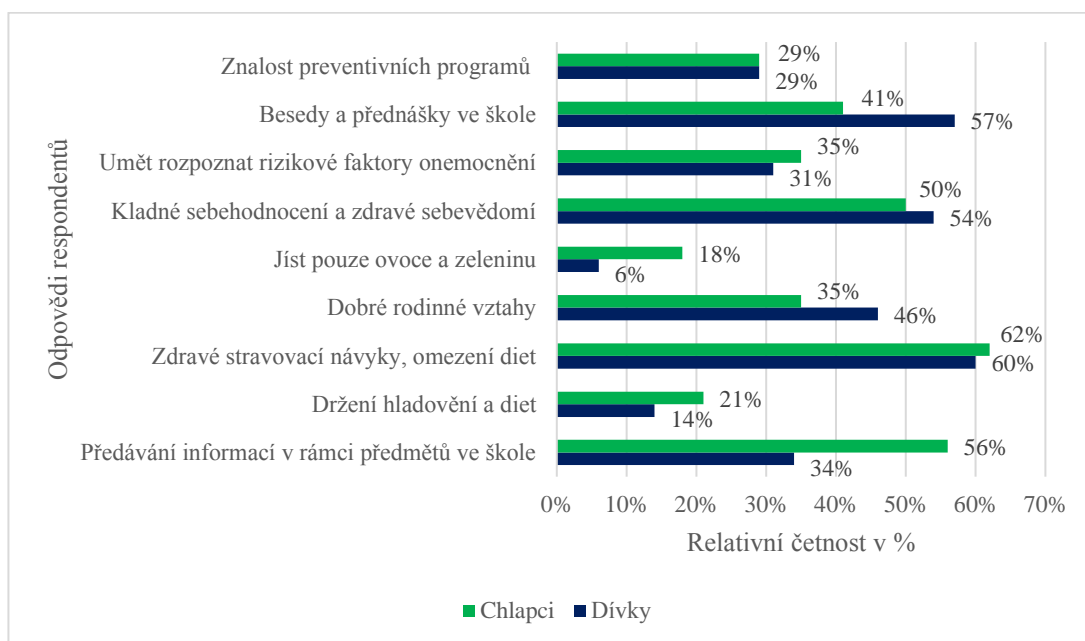
### Otázka č. 18 Myslíte si, že poruchy příjmu potravy se dají vyléčit?



Obrázek 16 - Názor studentů, zda jdou vyléčit poruchy příjmu potravy

Cílem **otázky č. 18** bylo zjistit, jestli si respondenti myslí, že se dají poruchy příjmu potravy vyléčit. Otázka je vztažená k odpovědi všech respondentů. Na grafu (obrázku 16) je patrné, že většina žáků vybrala správnou odpověď, že PPP vyléčit lze, tuto odpověď vybralo 61 (88 %) respondentů. Pouze 7 (10 %) žáků si u této odpovědi nebyli jistí a jeden žák si myslí, že PPP se vyléčit nedají.

**Otázka č. 19 Jaká je prevence poruch příjmu potravy? (lze zvolit více odpovědí)**

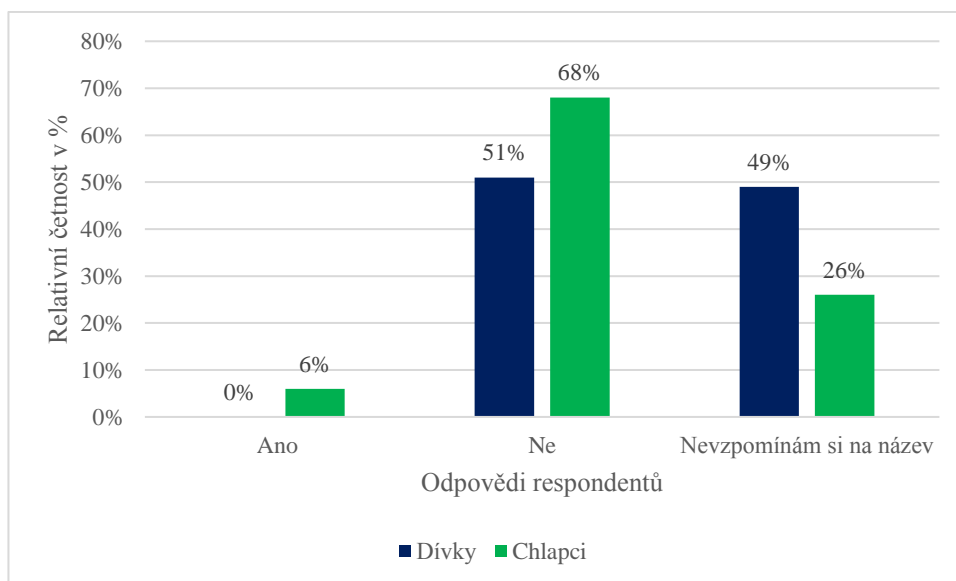


**Obrázek 17** - Prevence poruch příjmu potravy

**Otázka č. 19** zjišťovala povědomí žáků o prevenci poruch příjmu potravy. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí z 9 možných. Absolutní četnost je vztažena k počtu zakroužkovaných odpovědí, nikoli k počtu respondentů. Chlapci i dívky vybrali mezi nejčastější správnou odpověď, že do prevence poruch příjmu potravy patří „*zdravé stravovací návyky a omezení diet*“. Tuto odpověď vybralo 21 (62 %) chlapců a 21 (60 %) dívek, překvapivé, ale je, že v dotazníkové otázce, která se týkala držení diet, odpověděla více než polovina dívek, že dietu zkoušely držet nebo by se chtěly o ni pokusit. Odpověď „*znalost preventivních programů*“ udávali chlapci (29 %) i dívky (29 %) stejně. Nesprávné odpovědi však více převažovali u chlapců než u dívek. Nesprávnou odpověď „*jíst pouze ovoce a zeleninu*“ vybralo celkem 6 (18 %) chlapců a odpověď „*držení hladovění a diet*“ vybralo celkem 7 (21 %) chlapců a 5 (14 %) dívek.



**Otázka č. 20 Znáte nějakou organizaci, která se problematikou poruch příjmu potravy zabývá? (Pokud ano, napište prosím její název)**



Obrázek 18 - Znalost organizace

Pomocí **otázky č. 20** bylo zjišťováno povědomí žáků, jestli znají nějakou organizaci, která se problematikou poruch příjmu potravy zabývá. Pokud respondent vybral variantu „ano“, byl od respondenta vyžádán název organizace. Z grafu vyplývá, že více než polovina všech žáků o žádné organizaci neslyšela. Jednalo se o 23 (68 %) chlapců a 18 (51 %) dívek. O organizacích slyšeli, ale nevzpomínají si na název 9 (26 %) chlapců a 17 (49 %) dívek. Na uvedeném grafu (obrázku 18) můžeme vidět, že ze všech 69 respondentů pouze 2 (6 %) chlapci vybrali variantu, že znají nějakou organizaci a napsali vlastní odpověď. Byla zmíněna „Zdravá pětka“ a druhým žákem organizace „UNICEF“. „Zdravou pětku“, lze řadit jako správnou odpověď, jelikož se zabývá stravovacími návyky. Odpověď „UNICEF“ nelze považovat za správnou, jelikož jejich posláním je dětem pomáhat přežít a podporovat jejich rozvoj, od narození až do dospělosti. Zajišťuje například zdravotní péči, výživu, pitnou vodu a hygienu, základní vzdělání, ochranu před násilím, zneužíváním.

## 10 DISKUZE

Tato část bakalářské práce se zabývá diskuzí nad výsledky získaných z dotazníkového šetření a porovnáním výsledků s odbornou literaturou a s jinými výzkumy. V rámci diskuze budou zhodnoceny následující průzkumné otázky, které se zabývaly povědomím žáků o problematice poruch příjmu potravy a jak se žáci základní školy orientují v prevenci poruch příjmu potravy.

Jednotlivé průzkumné otázky byly formulovány na základě poznatků z odborné literatury a stanovených cílů. Průzkumné otázky jsou vyhodnoceny na základě odpovědí 69 respondentů.

### **Průzkumná otázka č.1: Jaké mají žáci povědomí o problematice poruch příjmu potravy?**

K této průzkumné otázce se vztahovalo k celkem 14 dotazníkových otázek. Jednalo se konkrétně o otázky č. 4,5, 6,7, 8, 9,10, 11,12,13,15,16, 17,18.

Podle publikace Rokyta (2015) poruchy příjmu potravy zahrnují různé formy patologického jídelního chování, do kterých můžeme zařadit mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Správné odpovědi byly vybrány respondenty nejčastěji, což mě příjemně překvapilo. Velmi mě zaujalo, že nejčastější vybraná správná odpověď od respondentů bylo onemocnění mentální anorexie, toto onemocnění nevybrali pouze 3 respondenti.

Nejvíce informací o poruchách příjmu potravy se respondenti dozvěděli ve škole. Tuto odpověď vybrala více než polovina respondentů. Stejného výsledku dosáhla ve své bakalářské práci Machová (2017), jejíž práce nesla název Problematika mentální anorexie v období dospívání. Tuto zvolenou odpověď vybrala z průzkumného vzorku také více než polovina všech žáků. Rovněž v diplomované práci Vozákové (2015), která nesla název Informovanost žáků přerovských základních škol o poruchách příjmu potravy byla prvním zdrojem informací o dané problematice škola. Domnívala jsem se, že dalším zdrojem informací bude pro respondenti internet, což se mi také potvrdilo. Tento zdroj informací byl od respondentů vybrán jako druhý nejčastější.

Na otázku, která zkoumala názor respondentů, co je typické pro osobu, která trpí PPP, mohli žáci zvolit více odpovědí. Většina žáků nejvíce zvolila, že osoba omezuje konzumaci jídla, drží diety a hladoví, tuto odpověď vybralo 33 (94 %) dívek a 29 (85 %) chlapců. Velice mě, ale překvapilo, že u dotazníkové otázky, zda žáci drželi někdy dietu odpověděla více než polovina dívek, že se pokoušela nebo stále dietu drží. Podle Papežové (2018) zvýšené riziko poruch příjmu potravy je u dívek, které jsou nespokojené se svou postavou a v důsledku toho drží nesmyslné diety. Dívky i chlapci se velmi podobně shodují i ve správné odpovědi, že si osoba vyvolává zvracení a používá projímadla. Podle Kukly (2016) si pacient způsobuje snížení hmotnosti tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“ a užívá jeden z následujících prostředků: užívání diuretik a anorektik, vyprovokuje si zvracení.

V této otázce mě velice pozitivně potěšily výsledky průzkumu především u chlapců. Domnívala jsem se, že chlapci budou mít menší povědomí o této otázce než dívky.

Podle Papežové (2010) se poruchy příjmu potravy vyskytují v 90-95 % případů u dospívajících dívek a mladých žen. U mladých chlapců a mužů je to jen 5-10 % případů. Správnou odpověď, tedy že PPP mohou onemocnět ženy i muži označilo 60 (87 %) respondentů. Je velice překvapivé, že dívky i chlapci tuto odpověď označili podobně. Velmi mě zaujalo, že chlapci si jsou vědomi, že je může toto onemocnění také postihnout.

Většina respondentů řadí mezi nejčastější rizika, která zvyšují vznik PPP stresové životní události a vliv spolužáků a kamarádů. Tuto správnou odpověď vybrala více než polovina všech respondentů. Žáci mohli zvolit v této otázce více odpovědí. Velmi mě zaujalo, že dívky více než chlapci dále řadí mezi rizika problémy v rodině, tuto odpověď vybrala více než polovina všech dívek. V porovnání s diplomovou prací Vozákové (2015) s názvem Informovanost žáků přerovských základních škol o poruchách příjmu potravy téměř polovina dívek i chlapců přisuzuje také příčinu onemocnění problémům v rodině.

Pouze malé množství respondentů na základní škole se někdy setkalo s osobou, která by trpěla poruchou příjmu potravy. V případě, že respondenti odpověděli kladně, že nějakou osobu znají, mohli položku doplnit o informaci, o jakou osobu se jedná. Více než polovina všech respondentů nikoho ve svém okolí s onemocněním PPP neznají. Pouze 10 (14 %) respondentů se setkalo s osobou, která tímto onemocněním trpí. Jednalo se o kamarádku a příbuzného. V bakalářské práci Nádvořníkové (2018) s názvem Informovanost žáků 6., 7., 8. a 9. tříd základních škol o poruchách příjmu potravy u dotazníkové otázky, zda respondenti se setkali s

vrstevníkem, který trpěl některou z poruch příjmu potravy všech respondentů potvrdilo 60 (19,6 %), že se s tímto onemocněním u svých vrstevníků setkali. Nejčastěji se respondenti setkali u svého vrstevníka s mentální anorexií a s mentální bulimií. Z výsledků dotazníkového šetření vyšlo najevo, že velká většina respondentů na základní škole nemá přímou zkušenost s onemocněním poruch příjmu potravy u svých vrstevníků. Necelých 20 % respondentů tuto zkušenost v práci Nádvořníkové (2018) potvrdilo.

Podle Orla (2012) je mentální bulimie porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty a neodolatelné touhy po jídle s konzumací nadměrného množství jídla během krátké doby. Příjemně mě překvapilo, že všech 63 (91 %) respondentů označilo správnou odpověď. V porovnání s bakalářskou prací Machové (2017) ke správné definici MB se přiklonilo 54 (88,52 %) žáků. Ze získaných výsledků lze usoudit, že někteří žáci mají ještě nedostatky s definicí mentální bulimie.

Podle Orla (2012) mentální anorexie je spojena zejména s úmyslným a vědomým snižováním tělesné hmotnosti a udržováním výrazné podváhy. Správnou odpověď dle publikace vybralo 65 (94 %) respondentů. Ze získaných výsledků je zřejmé a zaujalo mě, že žáci si jsou více s odpovědí u onemocnění mentální anorexie jistí než u mentální bulimie.

Podle Rokyta (2015) poruchy příjmu potravy zahrnují různé formy patologického jídelního chování, do kterých můžeme zařadit i záchvatovité přejídání. Povědomí respondentů, že do PPP patří i onemocnění záchvatovité přejídání dopadlo v celku pozitivně. Více než polovina všech respondentů vybrala správnou odpověď, že záchvatovité přejídání se řadí do PPP. Velice mě překvapilo, že více správnou odpověď označovali však chlapci 21 (62 %). Dívky se u této odpovědi nebyly více jistí. Lze tedy usoudit, že někteří žáci mají nedostatky ve znalostech, že toto onemocnění lze také řadit do PPP.

Middleton, Smith (2013), ale také Papežová (2010) uvádí ve svých publikacích mezi zdravotní rizika hrozící při onemocnění poruch příjmu potravy například dehydrataci, suchou kůži, zvýšenou kazivost zubů, metabolické odchylky (nedostatek vitamínů), poruchy srdeční činnosti a poruchy spánku. Povědomí žáků v oblasti možných zdravotních rizik PPP dopadlo velmi pozitivně. Nesprávnou odpověď vybrali pouze dva respondenti.

Ze získaných výsledků vyplynulo, že více než polovina všech dívek se pokoušela dietu držet, stále dietu drží nebo by to rádi chtěly zkusit 22 (64 %) dívek. V porovnání s bakalářskou prací Šindelkové (2012) v dotazníkové otázce, zda respondenti někdy drželi dietu ze získaných výsledků vyplynulo a zaujalo mě, že nadpoloviční většina tázaných respondentů odpověděla, že dietu nikdy nedrželi. Odpovědi respondentů poukazují však na fakt, že dívky mají více přímých zkušeností s držením diet a také můžeme ze získaných výsledků usoudit, že diety drží dívky častěji než chlapci.

Ze získaných odpovědí respondentů jsem zjistila, že více než polovina všech dívek by uvítala ve škole více informací o daném onemocnění. Tuto odpověď vybralo celkem 26 (74 %) dívek. Chlapci si nebyli více jistí, jestli by chtěli slyšet více informací o poruchách příjmu potravy, ale pouze 9 (27 %) chlapců více informací o PPP nechce. V porovnání s bakalářskou prací Šindelkové (2012) s názvem Informovanost žáků základních škol na Tišnovsku o poruchách příjmu potravy na dotazníkovou otázku, která se týkala, zda by žáci uvítali přednášky na poruchy příjmu potravy či hlubší rozbor tohoto problému odpovědělo až 79 % dívek a 46 % chlapců, že mají zájem se touto problematikou hlouběji zajímat. Podobných výsledky ve své bakalářské práci získala také i Nádvorníková (2018) s tématem Informovanost žáků 6., 7., 8. a 9. tříd základních škol o poruchách příjmu potravy. V její práci více než polovina žáků by uvítala více informací o této problematice. Z tohoto výsledku je patrné, že tato problematika by podle žáků měla být probírána ve škole hlouběji.

Nejčastějšími a správně zvolenými odpověďmi v oblasti léčby PPP byly odpovědi: pomoc odborníků a rodiny. Velice mě, ale překvapilo, že druhou nejčastější odpovědí respondentů bylo nutriční poradenství, které vybrala více než polovina všech respondentů, jednalo se o 48 (70 %) respondentů, domnívala jsem se, že tato odpověď nebude žáky tolik vybírána. Naopak žádný žák nevybral odpověď chirurgické zákroky. Fung, Moore (2018) uvádí, že bariatrická operace patří do intenzivní hubnoucí taktiky, která pomáhá při obezitě. Vyvolává výrazné a náhlé snížení kalorického příjmu. Výsledek žáků mě překvapil, protože jsem očekávala, že nějaký respondent tuto správnou odpověď zvolí. Jsem si, ale vědoma, že tato varianta možné léčby u záchvatovitého přejídání byla pro žáky náročnější.

Povědomí žáků, zda se PPP dají vyléčit dopadlo velmi pozitivně. Middleton, Smith (2013) uvádí, že ze všech poruch příjmu potravy je možné se vyléčit. Správnou odpověď vybralo všech 61 (88 %).

### **Průzkumná otázka č.2: Jak se žáci základní školy orientují v prevenci poruch příjmu potravy?**

Druhá průzkumná otázka se vztahuje k celkem 3 dotazníkovým otázkám. Jedná se konkrétně o otázky 14,19 a 20.

Na otázku, která zkoumala, jak budou žáci postupovat, když zjistí, že v jejich okolí jeví osoba příznaky PPP, a v které mohli žáci zvolit více odpovědí, z výsledků respondentů vyplývá, že většina žáků by si přímo promluvili s nemocnou osobou. Tato odpověď byla vybrána nejčastěji dívkami 32 (91 %), ale také i chlapci 21 (62 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že vyhledají odbornou pomoc. Zarážející pro mě ale je, že oproti chlapcům by žádná dívka tuto informaci nesdělila učiteli a pouze jedna dívka by to sdělila školnímu psychologovi. Jelikož se žáci pohybují ve školním prostředí velmi mě překvapilo, že by dívky nekontaktovali žádného pedagoga. Domnívala jsem se, že tato odpověď bude respondenty zvolena častěji. Podobného výsledku také dosáhla ve své bakalářské práci Jáglová (2013). V její práci respondenti mezi druhou nejčastější odpovědí řadili, že o problému si přímo promluví s nemocnou osobou, ale pouze 3 respondenti ze 108 žáků by na problém upozornili učitele.

Pomocí devatenácté otázky, jsem zjišťovala, co podle respondentů patří do prevence PPP. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Z výsledků vyplývá, že více než polovina všech respondentů řadí nejčastěji a vybrali mezi správné odpovědi zdravé stravovací návyky, omezení diet a kladné sebehodnocení a zdravé sebevědomí. Papežová (2012) ve své publikaci uvádí, že nízké sebevědomí a sebekritičnost, nejistota ohledně sebe sama vede ke zvýšené se snaze druhým lidem zalíbit a tyto charakterové rysy přispívají k nemoci PPP. Dále podle Papežové (2018) zvýšené riziko poruch příjmu potravy je u dívek, které jsou nespokojené se svou postavou a v důsledku toho drží nesmyslné diety. Velmi mě zaujalo, že žáci do prevence řadí velmi často prostředí školy. Jednalo se o odpovědi besedy a přednášky ve škole a předávání informací. V mé dotazníkové otázce č. 16, která se zaměřovala, zda by respondenti uvítali více informací o PPP by až 74 % dívek více těchto informací uvítala. Překvapivé zjištění pro mě, ale bylo, že nesprávnou odpověď, že držení hladovění a diet řadí až 21 % chlapců a 14 % dívek do prevence PPP. Domnívala jsem, se že tato odpověď nebude respondenty tolik vybírána.

Alarmující výsledky pro mě byly v otázce, zda respondenti znají nějakou organizaci, která se zabývá poruchami příjmu potravy. Překvapilo mě, že více než polovina všech respondentů o žádné organizaci ještě neslyšela. Ze všech 69 respondentů pouze 2 (6 %) chlapci uvedli, že nějakou organizaci znají a napsali vlastní odpověď. Byla uvedena „Zdravá pětka“, která by se zde dala řadit jako správná odpověď, jelikož je to program na zdravé stravovací návyky. Druhý chlapec uvedl UNICEF, zde tato odpověď už není správná, jelikož jejich posláním je dětem pomáhat přežít a podporovat jejich rozvoj. Němečková (2010) ve své diplomované práci s názvem Informovanost žáků SŠ v Táboře o problematice poruch příjmu potravy došla ke stejným výsledkům a to, že celkem 99 % všech žáků, a to již na střední škole o žádné organizaci neslyšela, v její práci pouze 1 dívka uvedla organizaci Občanské sdružení Anabell. Také v bakalářské práci Šindelkové (2012), která nese název Informovanost žáků základních škol na Tišnovsku o poruchách příjmu potravy, na tuto otázku správně odpověděla pouze jediná respondentka navštěvující ZŠ. Její odpovědí bylo také Občanské sdružení Anabell. Ostatní respondenti, neznají název žádné organizace zabývající se poruchami příjmu potravy. Pro mě je to velice zarážející zjištění. Jsem si však vědoma, že tato otázka byla pro respondenti náročnější.

## 11 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byly poruchy příjmu potravy v souvislosti s informovaností žáků základních škol. Teoretická část byla zaměřena na období dospívání, které je rizikovým obdobím pro onemocnění poruch příjmu potravy. Dále jsem se zabývala problematikou poruch příjmu potravy a v neposlední řadě jejich léčbou a prevencí. Na základě prostudované a uvedené odborné literatury a dalších zdrojů byla zpracována teoretická část práce.

V průzkumné části byl vypracován přehled z výsledků dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na zjištění, jak jsou žáci 8. a 9. tříd základních škol informováni o poruchách příjmu potravy. Také jsem pomocí dotazníkového šetření zjišťovala, jaké mají žáci povědomí o dané problematice a jak se orientují v její prevenci. Průzkumné otázky byly zodpovězeny, cíl se podařilo splnit.

Pomocí průzkumného šetření jsem zjistila a dané odpovědi respondentů prokázaly, že žáci vybraných základních škol jsou dobře informováni o dané problematice. Škola je pro žáky nejčastějším zdrojem informací, kde se o onemocnění poruch příjmu potravy dozvěděli. Lze předpokládat, že je to také dané tím, že PPP jsou ve škole obsahem předmětu s názvem výchova ke zdraví. Převážně by dívky, ale uvítaly ve škole ještě více informací o daném onemocnění. Žáci správně dokázali přiřadit definice k jednotlivým onemocněním, zdravotní rizika, léčbu a jsou si dobře vědomi, že poruchy příjmu potravy mohou postihnout obě pohlaví, jak ženy, tak i muže. Podle odpovědí žáků jsem také zjistila, že do rizik, která zvyšují vznik tohoto onemocnění nejčastěji řadí stresové životní události. Z dotazníkového šetření dále vyplývá, že kdyby žáci zjistili, že v jejich okolí jeví osoba příznaky PPP nejčastěji by volili možnost, že si promluví přímo s nemocnou osobou. Velice mě, ale překvapilo, že pouze malé množství žáků by tuto informaci sdělili učitelům nebo školnímu psychologovi. Toto zjištění je pro mě velice překvapivé, jelikož se žáci pohybují ve školním prostředí.

Nadále důležitým faktorem při předcházení onemocnění poruch příjmu potravy je vhodná prevence a také informovanost žáků o možných organizacích, které se zabývají problematikou tohoto onemocnění. Z výsledků je patrné, že většina žáků o žádné organizaci neslyšela. Ředitelé daných základních škol, ve kterých jsem prováděla průzkum si ode mě vyžádali výsledky z mého dotazníkového šetření. Proto bych ráda v těchto školách chtěla poukázat, na to, že by bylo vhodné se ještě více zabývat primární prevencí žáků v rámci předmětu výchova ke zdraví a věnovat se více problematice poruch příjmu potravy a žákům poskytnout přednášku vedenou odborníkem. Tato práce mapuje pouze čtyři třídy žáků, kteří se nacházejí v 8. a 9. tříd.



Zajímavé by bylo zaměřit se a zkusit porovnat informovanost žáků o problematice poruch příjmu potravy v jiných školách. Především by bylo, ale velice zajímavé se zaměřit na informovanost pedagogů základních škol o poruchách příjmu potravy. Například zachytit, zda se pedagogové orientují v problematice PPP a jaké mají znalosti o odbornících, kteří se zabývají poruchami příjmu potravy nebo o konkrétních organizacích.

Zpracování bakalářské práce bylo pro mě velikým přínosem. Jelikož jsem zjistila, mnoho nových informací o této problematice, zejména o preventivních programech a uvědomila jsem si, že jedinci, zejména v období dospívání mohou být onemocněním poruch příjmu potravy velice ohroženi. Získané znalosti o problematice poruch příjmu potravy jsem propojila se studiem psychologie, jelikož v rámci tohoto předmětu jsme se zabývali obdobím dospívání, především emočními a tělesnými změnami v tomto období a také s předměty psychiatrie a základy psychoterapie, ve kterých jsem se také dotkla tohoto tématu. Tyto získané znalosti jsou pro mě velice užitečné a uplatnitelné a věřím, že je v rámci své budoucí profese využiji.

## 12 POUŽITÁ LITERATURA

CARR-GREGG, Michael. Psychické problémy v dospívání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.

FARKOVÁ, Marie. Dospělost a její variabilita. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2480-5.

FENNELL, Melanie J. V. Jak překonat nízké sebevědomí: osobní průvodce pro změnu nezdravých vzorců v myšlení a chování. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3991-5.

FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2160-9.

FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. *Jídlo v životě dítěte a adoslescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.

FUNG, Jason a Jimmy MOORE. *Kompletní průvodce půstem: jak léčit své tělo pomocí jednodenního i dlouhodobějšího vynechání jídla*. Přeložil Lenka Marie ČAPKOVÁ. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2018. Fit & food. ISBN 978-80-7555-062-0.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.

JEDLIČKA, Richard. Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.

KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KUKLA, Lubomír. Sociální a preventivní pediatrie: v současném pojetí. Praha: Grada Publishing, 2016. MEDI. ISBN 978-80-247-3874-1.

LOUČKOVÁ, Ivana. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-79-3.

- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 53. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetěves: Doron, c2013. První kroky. ISBN 978-80-7297-115-2.
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice Postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
- PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.
- ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

Anabell. *Centrum Anabell* [online]. 2019 [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>

Anonymní pomoc – projekt E-clinic. *Idealni.cz* [online]. 2017 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/pomoc/anonymni-pomoc-projekt-e-clinic/>

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol. FN Motol [online]. 2012 [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-deti/detska-psychiatricka-klinika-2-lf-uk-a-fn-motol/>

JÁGLOVÁ, Štěpánka. *Poruchy příjmu potravy v období dospívání* [online]. České Budějovice, 2013 [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: [http://theses.cz/id/3curby/PORUCHY\\_PJMU\\_POTRAVY\\_V\\_OBDOB\\_DOSPVN.pdf](http://theses.cz/id/3curby/PORUCHY_PJMU_POTRAVY_V_OBDOB_DOSPVN.pdf).

Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

KULHÁNEK, Jan. *Šance dětem. Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání* [online]. 2019 [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: *Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání* Zdroj: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/poruchy-prijmu-potravy-v-detstvi-a-dospivani.shtml>

MACHOVÁ, Petra. *Problematika mentální anorexie v období dospívání* [online]. Pardubice, 2017 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/n5cg3f>  
Bakalářská práce. Univerzita Pardubice

NÁDVORNÍKOVÁ, Michaela. *Informovanost žáků 6., 7., 8. a 9. tříd základních škol o poruchách příjmu potravy* [online]. Olomouc, 2018 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/iq39bp/Bakalsk\\_prce.pdf](https://theses.cz/id/iq39bp/Bakalsk_prce.pdf)

Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

NĚMEČKOVÁ, Marta. *Informovanost žáků SŠ v Táboře o problematice poruch příjmu potravy* [online]. Brno, 2010 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/w1iam/Diplomova\\_prace\\_Informovanost\\_zaku\\_SS\\_v\\_Tabore\\_o\\_problematice\\_poruch\\_prijmu\\_potravy.pdf](https://is.muni.cz/th/w1iam/Diplomova_prace_Informovanost_zaku_SS_v_Tabore_o_problematice_poruch_prijmu_potravy.pdf).

Diplomová práce. Masarykova univerzita.

Oddělení dětské a dorostové psychiatrie. FN Brno Bohunice [online]. Brno [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/psychiatricka-klinika/oddeleni/t3225>

O nás. Linka bezpečí [online]. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <http://spolek.linkabezpeci.cz/o-nas/>

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017. ÚZIS ČR [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2018 [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2018\\_08\\_poruchy\\_prijmu\\_potravy\\_2011az2017.pdf](https://www.uzis.cz/system/files/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf)

PRO-YOUTH. Pražské centrum primární prevence [online]. Praha [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/pro-youth>

Psychoterapie Anděl [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: <https://www.psychoterapie-andel.cz/>

Stacionář pro adolescenty. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze [online]. Praha, 2012 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/pracoviste/kliniky-a-oddeleni/psychiatricka-klinika/odborne-ambulance/stacionar-pro-adolescenty/>

STANDARDY PRO ZÁKLADNÍ VZDĚLÁVÁNÍ Výchova ke zdraví. In: RZV ZV [online]. 2013, s. 18 [cit. 2019-03-07].

Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/artefact/file/download.php?file=67503&view=9832>

ŠINDELKOVÁ, Barbora. *Informovanost žáků základních škol na Tišnovsku o poruchách příjmu potravy* [online]. Brno, 2012 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/c5bif/Bakalarska\\_prace\\_odevzdani\\_.pdf](https://is.muni.cz/th/c5bif/Bakalarska_prace_odevzdani_.pdf).

Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

VOZÁKOVÁ, Michaela. *Informovanost žáků přerovských základních škol o poruchách příjmu potravy* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/yxpggk/Diplomov-prce.pdf>.

Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

## **13 PŘÍLOHY**

Příloha A – <i>Dotazník</i> .....	78
-----------------------------------	----

## Příloha A – Dotazník

Milí žáci,

jmenuji se Kamila Pilařová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice Fakulty zdravotnických studií, obor Zdravotně-sociální pracovník. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci na výzkumném šetření zabývajícím se poruchami příjmu potravy. Tímto výzkumem bych ráda zjistila, jaká je Vaše informovanost o poruchách příjmu potravy. Dotazníky jsou zcela anonymní, nepište prosím tedy své jméno. Dotazníky budou využity pouze pro účely výzkumné části mé bakalářské práce. Děkuji za vaši odpovědi a za váš čas.

**Pokyny pro vyplnění dotazníku:** zakroužkujte prosím jednu odpověď, není-li uvedeno jinak.

**1. Jaké je vaše pohlaví?**

- a) žena
- b) muž

**2. Kolik je vám let?**

- a) 13 let
- b) 14 let
- c) 15 let
- d) 16 let

**3. V jakém jste ročníku?**

- a) 8. ročník
- b) 9. ročník

**4. Která z uvedených onemocnění patří mezi poruchy příjmu potravy? (lze zvolit více odpovědí)**

- a) žaludeční vředy
- b) mentální anorexie
- c) zánět slepého střeva
- d) mentální bulimie
- e) chronická zácpa
- f) záchvatovité přejídání

**5. Odkud jste se dozvěděl/a o poruchách příjmu potravy? (lze zvolit více odpovědí)**

- a) internet
- b) televize
- c) časopis
- d) škola
- e) preventivní programy ve škole
- f) odjinud (vypište prosím) .....

**6. Co je podle Vašeho názoru typické pro osobu, která trpí poruchou příjmu potravy?**

(Ize zvolit více odpovědí)

- a) vysoké sebevědomí, snaží se mít vysokou tělesnou hmotnost
- b) má strach z tloušťky, sníženou tělesnou hmotnost
- c) nadměrně se věnuje pozorování své postavy
- d) omezuje konzumaci jídla, drží diety, hladoví
- e) má snížený zájem o svůj vzhled a sníženou snahu se druhým zalíbit
- f) vyvolává si zvracení, používá projímadla
- g) po přejedení se cítí velmi provinile

**7. Kdo může onemocnět poruchou příjmu potravy?**

- a) pouze ženy
- b) pouze muži
- c) ženy i muži
- d) nejsem si jistý/á

**8. Co zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy? (Ize zvolit více odpovědí)**

- a) negativní sebehodnocení
- b) poruchy nálady
- c) vysoké sebevědomí
- d) touha po dokonalosti
- e) stresové životní události (ztráta blízkého, milostné problémy)
- f) vliv médií (časopisy, televize)
- g) vliv spolužáků a kamarádů
- h) problémy v rodině
- i) jiné, doplňte prosím.....

**9. Znáte někoho, kdo má problém s poruchou příjmu potravy? (Pokud ano, napište prosím, kdo to je/byl)**

- a) ano, .....
- b) ne
- c) nejsem si jistý/á

**10. Co si představíte pod pojmem mentální bulimie?**

- a) porucha řeči
- b) porucha příjmu potravy se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti
- c) dieta, kterou nařídí lékař
- d) nevím odpověď



**11. Co si představíte pod pojmem mentální anorexie?**

- a) porucha učení
- b) ztráta hybnosti
- c) porucha příjmu potravy, typické je úmyslné snižování tělesné hmotnosti
- d) nevím odpověď

**12. Patří záchvatovité přejídání do onemocnění poruch příjmu potravy?**

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jistý/á

**13. Jaká jsou zdravotní rizika u poruch příjmu potravy?**

- a) poruchy sluchu, zraku a rovnováhy
- b) nedostatek vitamínů, dehydratace, suchá kůže, zvýšená kazivost zubů, poruchy srdeční činnosti, poruchy spánku
- c) ztráta paměti a koktavost
- d) nadbytek vitamínů, zrychlený růst
- e) ochrnutí poloviny těla

**14. Když zjistíte, že ve vašem okolí jeví osoba příznaky poruch příjmu potravy, jak budete postupovat? (lze zvolit více odpovědí)**

- a) promluví si přímo s touto osobou o jeho problému
- b) kontaktuji jeho rodiče
- c) požádám o pomoc jeho přátele
- d) sdělím to svým rodičům
- e) sdělím to učiteli
- f) vyhledám odbornou pomoc (lékaře, organizace)
- g) povím to školnímu psychologovi
- h) nevím
- i) jiná odpověď, prosím doplňte .....

**15. Drželi jste někdy dietu, kvůli zhubnutí z jiného než zdravotního důvodu?**

- a) ano, stále dietu držím
- b) ano, pokoušel/a jsem se dietu držet
- c) ne, nikdy jsem to nezkoušel/a
- d) ne, ale rád/a bych to zkusil/a

**16. Uvítal/a byste ve škole více informací o poruchách příjmu potravy?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**17. Jaká je léčba poruch příjmu potravy? (lze zvolit více odpovědí)**

- a) pomoc odborníků a rodiny
- b) nutriční poradenství, které se zabývá nutriční péčí a výživou
- c) chirurgické zákroky
- d) užívání léků
- e) hospitalizace v nemocnici, ambulantní péče
- f) nalezení nového stylu oblékání

**18. Myslíte si, že poruchy příjmu potravy se dají vyléčit?**

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jistý/á

**19. Jaká je prevence poruch příjmu potravy? (lze zvolit více odpovědí)**

- a) předávání informací a výukových materiálů o poruchách příjmu potravy v daném předmětu ve škole
- b) držení diet, hladovění
- c) zdravé stravovací návyky, omezení držení diet
- d) dobré rodinné vztahy, založené na vzájemné podpoře a důvěře
- e) jíst pouze ovoce a zeleninu
- f) kladné sebehodnocení a zdravé sebevědomí
- g) umět rozpoznat rizikové faktory onemocnění
- h) besedy a přednášky o poruchách příjmu potravy ve škole
- i) znalost preventivních programů

**20. Znáte nějakou organizaci, která se problematikou poruch příjmu potravy zabývá?**

(Pokud ano, napište prosím její název)

- a) ano, .....
- b) ne
- c) o organizacích jsem slyšel/a, ale nevzpomínám si na jejich název