

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Jaroslava Vitáčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Prevence poruch příjmu potravy u žáků základních škol

Jaroslava Vitáčková

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jaroslava Vitáčková**
Osobní číslo: **Z16308**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Prevence poruch příjmu potravy u žáků základních škol**
Zadávající 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:

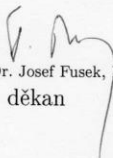
1. COOPER, Peter James. Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0706-1.
2. JEDLIČKA, Richard. Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5447-5.
3. KRCH, František David. Mentální anorexie. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
4. PAPEŽOVÁ, Hana. 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 2017**

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

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

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

Beru na vědomí, že v souladu s § 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

Jaroslava Vitáčková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce, paní Mgr. Barboře Faltové, za její odborné vedení, užitečné rady a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat paní ředitelce vybrané základní školy za umožnění provedení průzkumu a žákům za jejich ochotu se do průzkumu zapojit. Poděkování patří také mé rodině, která mě po celou dobu studia velmi podporovala.

ANOTACE

Teoreticko-průzkumná bakalářská práce se zabývá prevencí poruch příjmu potravy u žáků základních škol. Teoretická část vymezuje pojmy prevence, poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie a mentální bulimie. Dále je v práci popsána vývojová psychologie v období dospívání v důsledku tělesné a emoční proměny. Průzkumná část je zaměřena na informovanost žáků 8. a 9. třídy o poruchách příjmu potravy. Cílem praktické části práce je zmapovat informovanost žáků základních škol o poruchách příjmu potravy.

KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, prevence

TITLE

Prevention of Eating Disorders with Primary School Pupils

ANNOTATION

This theory research bachelor thesis deals with prevention of Eating Disorders with Primary School Pupils. The theoretical part defines terms prevention, eating disorders, especially mental anorexia and bulimia nervosa. Next part is about developmental psychology in the period of adolescence. The research part of the thesis is aimed at awareness of the eighth and ninth grade pupils in the area of food disorders. The main object of research part is to find out the awareness with primary school pupils about eating disorders.

KEYWORDS

Eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, prevention

OBSAH

Úvod.....	11
Cíl práce.....	12
Teoretická část.....	13
1 Prevence onemocnění.....	13
1.1 Preventivní programy školy.....	14
1.2 Prevence poruch příjmu potravy.....	14
1.2.1 Preventivní programy PPP v České republice.....	15
2 Poruchy příjmu potravy.....	16
2.1 Rizikové faktory.....	17
2.1.1 Biologické rizikové faktory.....	17
2.1.2 Psychologické rizikové faktory.....	18
2.1.3 Sociokulturní rizikové faktory.....	18
2.2 Mentální anorexie.....	19
2.3 Mentální bulimie.....	22
2.4 Další poruchy příjmu potravy.....	25
2.5 Poruchy příjmu potravy – mýty a omyly.....	25
2.6 Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících.....	26
2.7 Diagnostika a léčba.....	26
2.9.1 Psychoterapie.....	28
2.9.2 Farmakoterapie.....	28
2.9.3 Psychoanalýza.....	28
2.9.4 Kognitivně-behaviorální terapie.....	28
2.9.5 Nutriční poradenství a nutriční terapie.....	28
2.9.6 Svépomocné skupiny.....	29
2.9.7 Rodinná terapie.....	29
2.9.8 Krizová intervence.....	29

2.9.9	Občanské sdružení Anabell	29
3	Vývojové determinanty v období puberty a adolescence	30
3.1	Období dospívání – adolescence	30
3.1.1	Raná adolescence	30
3.1.2	Pozdní adolescence	31
3.1.3	Tělesný vývoj.....	32
3.1.4	Emoční vývoj.....	33
3.1.5	Socializace v období rané adolescence	33
3.2	Výživa v pubertě a adolescenci.....	34
3.3	Zásady optimální výživy a zdravého životního stylu.....	34
	Praktická část	36
4	Průzkumné otázky.....	36
4.1	Metodika průzkumu	36
4.2	Průzkumný nástroj	36
4.3	Charakteristika průzkumného souboru	37
4.3.1	Sběr dat	37
4.4	Vyhodnocení dat	37
5	Prezentace výsledků.....	38
6	Diskuze	59
7	Závěr	62
8	Použitá literatura	63
9	Přílohy.....	67

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Pohlaví respondentů	38
Obrázek 2 Věk respondentů.....	39
Obrázek 3 Příznaky mentální anorexie se mohou nejdříve objevit	40
Obrázek 4 Mentální anorexie podle respondentů je	41
Obrázek 5 Mentální bulimie podle respondentů je	42
Obrázek 6 Nejčastější věk vzniku mentální anorexie	43
Obrázek 7 Pohlaví trpící častěji mentální anorexií a bulimií.....	44
Obrázek 8 Pravidelná snídane každý den	45
Obrázek 9 Stravování respondentů během dne.....	46
Obrázek 10 Pitný režim respondentů.....	47
Obrázek 11 Důležitost vlastního stravování	48
Obrázek 12 Počet kusů snědeného ovoce během dne.....	49
Obrázek 13 Počet kusů snědené zeleniny během dne.....	50
Obrázek 14 Zkušenost s držním diety.....	51
Obrázek 15 Získání informací o poruchách příjmu potravy	52
Obrázek 16 Účast na přednášce o poruchách příjmu potravy	53
Obrázek 17 Zkušenost s osobou trpící poruchou příjmu potravy.....	54
Obrázek 18 Forma stravování.....	55
Obrázek 19 Kontakt z důvodu PPP.....	56
Obrázek 20 Potřeba více informovat veřejnost.....	57
Obrázek 21 Mýty o PPP.....	58

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
PPP	poruchy příjmu potravy
BMI	body mass index
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
Tzv.	takzvaný
Tj.	to jest
Např.	například
PO	průzkumná otázka
s.	strana

ÚVOD

Téma poruch příjmů potravy jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala jednak proto, že se jedná o závažná onemocnění a je zapotřebí této problematice věnovat celospolečenskou pozornost. Důležitá je osvěta a předcházení onemocnění, protože každá prevence je lepší, než následná terapie vzniklé poruchy. Druhým důvodem volby byl můj vlastní zájem o poruchy příjmu potravy a možnosti rozšíření znalostí v této oblasti.

Příjem potravy je nezbytnou součástí života každého z nás. Naše tělo potřebuje živiny, aby mohlo správně fungovat. Pro většinu lidí je přijímání potravy samozřejmostí. Ne však pro každého. Výskyt poruch příjmu potravy je celosvětovým problémem. Poruchy příjmu potravy jsou nebezpečná onemocnění s vážnými následky a dopadem na život jedince. Nemocní mají strach z jídla, tělesné váhy a tloušťky. Chtějí získat naprostou kontrolu nad sebou a nad svým stravováním. Ve společnosti je předávána zavádějící informace čím nižší hmotnost, tím lepší zdraví. Reklamování diet je skrýváno za propagaci zdravé výživy. Diety jsou prospěšné jen u jedinců trpících obezitou. Zvláště u dospívajících jsou diety se sníženým obsahem základních složek potravy – např. tuků nezdravé, vyřazování určitých potravin je rizikové. Při vzniku PPP hraje roli i genetická podmíněnost. Genetický podíl u MA je 50-90 % a u MB 35-83 %. Dědí se povahové rysy i skladba těla. V některých rodinách je PPP postiženo hned několik generací. Větší riziko PPP je u příbuzných ženského pohlaví (Papežová, 2012, s. 18–20). Nebezpečí rozvoje onemocnění hrozí také při narušené funkci rodiny. Vliv má absence rodičovské péče a přívětivého vztahu k dítěti, špatná nebo nepostačující komunikace, slabá důvěra, chybění rodičovské kontroly, deprese, alkoholismus nebo např. emoční poruchy (Novák, 2010, s. 24). Lidé v okolí jedince výrazně působí na vývoj člověka a osvojování sociálních vzorců a rolí. V malých sociálních skupinách si jedinci vytvářejí vzorce a pravidla myšlení a jednání. Ve skupině vrstevníků si jedinec osvojuje postoje, chování a srovnává se s ostatními členy. (Novák, 2010, s. 18).

Cílem bakalářské práce je zmapovat informovanost žáků základních škol o poruchách příjmu potravy. Práce je rozdělena na část teoretickou a část průzkumnou. První kapitola teoretické části se věnuje prevenci a preventivním programům poruch příjmů potravy. Druhá kapitola popisuje poruchy příjmu potravy, především mentální anorexii a mentální bulimii, rizikové faktory a léčbu. Ve třetí kapitole se věnuji vývojové psychologii a zásadám optimální výživy. Průzkumná část zjišťuje povědomí respondentů o poruchách příjmu potravy, vlastní stravování respondentů a zkušenosti respondentů s poruchami příjmu potravy.

CÍL PRÁCE

Cíle teoretické části práce

1. Definovat pojmy prevence a poruchy příjmu potravy.
2. Popsat jednotlivé druhy poruch příjmů potravy především mentální anorexie a mentální bulimie – rizikové faktory, příznaky, léčbu.
3. Popsat vývojovou psychologii v období dospívání – adolescence.

Cíl průzkumné části práce

Zmapovat informovanost žáků základních škol o poruchách příjmu potravy.

Dílčí cíle průzkumné části

Zjistit jaké mají respondenti povědomí o poruchách příjmu potravy.

Zjistit jakou pozornost respondenti věnují vlastnímu stravování.

Zmapovat zkušenosti respondentů s výskytem poruch příjmů potravy.

TEORETICKÁ ČÁST

Úkolem teoretické části bakalářské práce je pokusit vysvětlit pojmy prevence a poruchy příjmu potravy, seznámit s informacemi týkajícími se jednotlivých druhů PPP – především mentální anorexie a mentální bulimie, rizikovými faktory, příznaky, léčbou a zdravotními následky. Dále je v této části popsána vývojová psychologie, tělesná a emoční proměna v období dospívání a zásady optimální výživy.

1 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ

Preventivní opatření lze seřadit do tří kategorií:

- Primární prevence
- Sekundární prevence
- Terciální prevence

Primární prevence je soubor komplexních opatření směřujících k upevnění zdraví, posilování morálních kvalit společnosti a dodržování zásad. Zahrnuje mapování konkrétních rizik, uplatňování účinných obranných mechanismů a porozumění příčinám odchylek. Klíčové je soustavné, systematické a cílevědomé působení. Cílem je všeobecně ozdravné působení na případné předcházení určitým typům společenských problémů. Jedná se o preventivní činnost zaměřenou na běžnou populaci.

Sekundární prevence se zaměřuje v první řadě na jedince, kteří jsou nějak ohroženi. Může se jednat o děti a dospívající, u nichž se objevuje některá z forem rizikového chování. Důležité je včasné zmapování potřeby pomoci, rozpoznání problému a rychlé zahájení pomoci. Řadí se sem cílené vyhledávání rizikových znaků, odhalování časných stadií poruch a první pomoc poskytnutá v krizové situaci.

Terciální prevence se věnuje osobám, které již jsou chybnou socializací nějak poznamenané. Trpí případně stigmatizací či rozvinutou zdravotní poruchou. Nápravná opatření mají zredukovat následky existující poruchy a předcházet opětovnému propuknutí poruchy. Důležitou součástí je reedukace a psychoterapie a v neposlední řadě multidisciplinární spolupráce (Jedlička, 2015, s. 67-70).

1.1 Preventivní programy školy

Jedná se o programy prevence rizikového chování, které jsou školy povinny vytvářet. Cílem je snížit možné tendence k projevům rizikových forem chování žáků. Hlavní náplní by měla být ucelená řada opatření spojených s prevencí rizikového chování ve škole. Programy by měly zahrnovat komplexní řadu pedagogických přístupů, cílů, akcí a aktivit směřujících k podpoře sociálních vztahů a rozvoji osobnosti žáků. Vhodné podmínky pro zdravý vývoj dětí a studentů. Až v druhé řadě snaha o eliminaci možného rizika a sociálně patologických jevů ohrožujících žáky i společnost. Preventivní programy by měly vytvářet předpoklady pro uplatňování zdravého životního stylu ve škole, dbát na realizaci vzdělávání v oblasti zdravého životního stylu a sledovat individuální potřeby žáků (Jedlička, 2015, s. 367-368).

1.2 Prevence poruch příjmu potravy

Cílem prevence PPP je pomoci vytvářet zdravý způsob života s důrazem na dlouhodobou optimalizaci hmotnosti, správného jídelního režimu a vhodné pohybové aktivity (Fraňková, 2013, s. 209). Primární prevence má za úkol snížit riziko vzniku PPP. Je zapotřebí kvalitních preventivních programů. Využít internetové stránky, sociální sítě pro motivaci k prevenci vzniku PPP (Papežová, 2010, s. 140). Sekundární prevence je cílená na časně odhalování a intervenci onemocnění, prevence tělesných a psychologických důsledků dané choroby. Sleduje jednotlivce nebo skupiny, u kterých je vyšší výskyt rizikových faktorů (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s. 209). Terciální prevence se týká jedinců s již propuknutým onemocněním. Zabývá se obnovením zdraví včetně plodnosti a prevencí znovu propuknutí onemocnění. V posledních letech usiluje také o zamezení přenesení jídelní patologie na další generaci (Papežová, 2010, s. 140).

Preventivně lze působit na úrovni rizikových faktorů: edukací o vlivech dietování a vlivu genetických faktorů na tělesnou hmotnost. Na zvýšení ochranných faktorů: nácvikem sociálních dovedností např. řešením problémů a edukací o zdravém způsobu života. Dále na systémové změny v rodině: snížením možného negativního vlivu rodičů, úpravou jídelního režimu a jídelního chování (Smolaková 1996 in Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s. 209–210).

Základ prevence PPP tkví v rodině, rodina je první významnou sociální skupinou, ve které si jedinec osvojuje postoje. Rodina na jednotlivce výrazně působí, je pramenem uspokojení potřeb, ale zároveň s sebou nese omezení a zklamání. Pro prevenci PPP je důležitá komunikace mezi rodiči a dětmi, vztahy, postoje k jídlu a stravovací návyky v rámci rodiny. Po rodině je

dalším významným faktorem škola. Škola by měla žáky pomocí primární prevence informovat, vést žáky ke správným stravovacím návykům a podporovat pozitivní sociální prostředí. Vytvořit příznivé podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, posilovat sebedůvěru s cílem omezit projevy sebedestruktivního chování. Aby byla prevence PPP úspěšná, je potřeba, aby pedagogové, metodikové prevence, školní psychologové či výchovní poradci měli dostatečné množství teoretických znalostí a vhodným způsobem tyto informace žákům předali. Velmi důležité je žáky připravit, především dívky, na tělesné změny a psychické změny, které je v rizikovém období dospívání čekají. Upozornit na nevhodné jídelní návyky, rizikové způsoby kontroly hmotnosti. Učitel by měl demonstrovat, že fotografie uveřejňované v médiích jsou často nereálné, upravované a retušované, porovnat fotografie s realitou (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 46-48).

1.2.1 Preventivní programy PPP v České republice

Od devadesátých let 20. století přibývají v České republice preventivní programy pro oblast PPP. Vysoké školy připravují učitele na působení v primární prevenci. Projekty se zaměřují na prevenci, rozpoznání problémů v jídelním chování spojených s rizikem MA a MB a na včasnou intervenci. Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy začala realizovat programy pro učitele pro výchovu ke správné výživě. Cílem bylo poskytnout informace o zdravotních rizicích, rozvíjení sebevědomí žáků a sociálních dovedností, které jim mohou pomoci zvládat psychologické problémy období dospívání bez ohrožení MA a MB. Dále vznikají projekty prevence v oblasti výživy a stravovacích návyků. Např. aktivity poradenského fóra Výživa dětí, které vzniklo pod záštitou Odborné společnosti praktických lékařů v České lékařské společnosti J. E. Purkyně a projekt Zrcadlo výživy, zaměřený na školy libereckého kraje (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s. 217).

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou velmi závažná duševní onemocnění. „*Jsou považovány za kontinuum patologického jídelního chování*“ (Papežová, 2010, s. 126). Autoři se shodují v tom, že onemocnění nezpůsobuje jeden rizikový faktor, ale že je způsobené vlivem většího množství vzájemně působících rizikových činitelů. Jsou zmiňovány faktory biologické, psychologické, rodinné a sociokulturní. PPP narušují kvalitu života nemocného. Onemocnění nemá špatný vliv pouze na zdraví, ale dotýká se všech složek života jedince. Narušuje společenský život, vztahy, emoční, profesní i sociální sféru. Onemocnění postihuje nejen nemocného, ale i jeho rodinu, přátele a okolí. PPP jsou vleklá onemocnění s vážnými tělesnými, duševními a sociálními důsledky (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 7). Chronický průběh těchto onemocnění může vyústit až v sociální izolaci a omezení pracovní schopnosti jedince (Krch, 2012, s. 200).

Onemocnění, při němž dochází k narušení rovnováhy mezi výživným a citovým významem jídla a ostatními životními hodnotami. Myšlenky na jídlo ovládnou život, myšlení i vztahy. „*O poruše příjmu potravy hovoříme tehdy, když jakýmkoliv způsobem narušené stravovací vzorce začnou mít závažný vliv na psychické a fyzické zdraví člověka.*“ (Middleton, Smith, 2013, s. 9). U onemocnění je narušeno myšlení a chování týkající se jídla a vnímání vlastního vzhledu. Dochází ke ztrátě normálního vztahu k potravě. Lidé trpící PPP se zaměřují na jídlo a váhu v přesvědčení, že je to něco, co mohou ovlivnit (Middleton, Smith, 2013, s. 15). Omezování potravy vede u nemocných k získání pocitu větší kontroly nad vlastním životem. Nemocným poskytuje pocit výjimečnosti a zvýšenou pozornost okolí (Papežová, 2010, s. 148).

PPP ukazují dva póly jídelního chování od životu nebezpečné omezení příjmu potravy až po přejídání spojené se zvracením nebo jinou redukcí příjmu potravy. Charakteristický je strach z tloušťky, nespokojenost s tělem a nadměrná snaha o dosažení štíhlosti (Krch, 2012, s. 198). Nemocní spojují jídlo s emocemi, používají ho k řešení svých problémů. Věří, že se snížením váhy bude člověk úspěšnější. Jídlo postupně ovládá veškeré myšlení a soustředění. Stává se činitelem ohrožujícím celý jejich život. Nemocní se vyrovnávají se stresem pomocí hladovění nebo přejídání. Tento způsob řešení problémů pomáhá jen krátce, problémy přetrvávají nebo se zhoršují. (Papežová, 2012, s. 11, 16).

PPP většinou přichází v období, které je rozhodující pro další psychosociální vývoj jednotlivce. Nástup nemoci se udává nejčastěji v období puberty a adolescence, to znamená mezi 14-18 rokem (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 7). Do skupiny poruch příjmu potravy jsou v současné době řazeny dvě poruchy, mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB). Mezi

další méně známé poruchy příjmu potravy patří např. psychogenní přejídání, orthorexia spojená s posedlostí zdravou výživou a bigorexie pro kterou je typická posedlost získáním fyzické zdatnosti a množství svalové hmoty. PPP jsou velmi nebezpečná onemocnění spojená s rizikem úmrtí. Diety, hladovění, zvracení a užívání různých prostředků způsobují vážné ohrožení zdraví a zdravotní následky (Krch, 2010, s. 43). Onemocnění může odstartovat nadměrná psychická zátěž, trauma, např. stres v důsledku úmrtí někoho blízkého, onemocnění související s dietou a úbytkem váhy, negativní, ale i pozitivní hodnocení týkající se vzhledu. Mezi MA a MB je úzká hranice, onemocnění mohou na sebe navazovat nebo v sebe vzájemně přecházet (Papežová 2010, s. 137).

2.1 Rizikové faktory

Pro vznik PPP jsou popsány vlivy označované jako rizikové faktory. Přítomnost těchto faktorů znamená zvýšené riziko rozvoje onemocnění. U konkrétních jedinců působí faktory individuálně, různým měřítkem. U většiny autorů jsou členěny do tří kategorií. Objevují se dva typy rozdělení. Papežová (2010), Krch (2010) a Procházková, Sladká Ševčíková (2017) uvádějí členění na faktory biologické, psychologické a sociální. Další dělení, např. Novák zmiňuje členění upozorňující na faktory individuální, rodinné a sociokulturní.

2.1.1 Biologické rizikové faktory

Pro rozvoj PPP je jedním z hlavních rizikových faktorů pohlaví. Výskyt PPP je u žen výrazně častější než mužů. Papežová (2010) uvádí, že ženy onemocní MA a MB dokonce 10x častěji než muži. Ženy a dívky věnují větší pozornost své hmotnosti a množství tělesného tuku. Muži a chlapci se zabývají spíše množstvím svalové hmoty. Byly zjištěny rozdíly ve vnímání vlastního těla u dívek a chlapců už u dětí mladšího školního věku (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 13).

Jako další rizikový faktor je uváděn věk. Nejrizikovější věk pro propuknutí PPP je adolescence a časná dospělost. Toto období je však rizikové i pro vznik i jiných duševních onemocnění. (Papežová, 2010, s. 38). V dospívání se objevují psychologické jevy, které mají vztah k PPP. Patří mezi ně srovnávání s ostatními, rozvíjení sebeúcty, sebedůvěry, problémy s identitou a strach z dospělosti (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 17).

2.1.2 Psychologické rizikové faktory

Vliv může mít typ osobnosti, povaha a psychický stav, ve kterém se jedinec aktuálně nachází. Jsou uváděny určité osobnostní rysy, které mohou být rizikové pro vznik PPP.

- Impulzivita – sklon k náhlému jednání, je charakteristická pro bulimii.
- Perfekcionismus – velké nároky, nízké sebevědomí, nerealistické očekávání a snaha být bezchybný.
- Zranitelnost – nedostatek sebedůvěry, nízké sebehodnocení a úsilí zalíbit se ostatním.
- Závislost – ujišťování a potřeba řízení od okolí.
- Sebekritičnost
- Nestálost
- Nadměrná sebekontrola – štíhlost je přisuzována úspěšné sebekontrolě. Posedlost štíhlým tělem je důsledkem strachu z tloušťky (Papežová, 2012, s. 17-20).

2.1.3 Sociokulturní rizikové faktory

U některých lidí je štíhlé tělo důležité pro jejich profese nebo povolání. Například modelky, baletky, tanečnice a sportovci. Rizikové prostředí a sociální skupiny znamenají vyšší výskyt PPP. (Papežová, 2010, s. 38–39). Ohrožující jsou prostředí, kde je konkurence, klade se důraz na výkon, fyzickou kondici a udržení tělesné váhy (Novák, 2010, s. 73).

2.1.3.1 Kultura zaměřená na štíhlost a zdravou výživu

V popředí zájmu veřejnosti v současné době jsou diety a rady na hubnutí. Vyhublé modelky, herečky jsou představovány jako ideál krásy a úspěchu. Propagace přehnaně štíhlého vzoru krásy má za následek vyšší nespokojenost většiny žen se svou postavou a představuje vyšší riziko vzniku PPP (Papežová, 2012, s. 16-17). Je vyvíjen tlak na držení diet a nadváha je veřejně odsuzována, spojována s leností, ošklivostí a zdravotními problémy. Media vytváří nepravý obraz o ženské kráse (Fialová, 2012, s. 156). František Kreh (2001) upozorňuje na špatný vliv propagace medií, ale i potravinářského a lékárenského průmyslu. Propagují vyhublou štíhlost pro dívky a svalnatost pro chlapce, dietní a kosmetické prostředky a vytváří silnou psychologickou atmosféru. (s. 214) Organizují se soutěže krásy, to i pro děti mladší šesti let. Nebezpečné jsou také pro – anorektické weby, kde si nemocní předávají informace a zkušenosti. Vliv na vznik PPP mohou mít také nepříznivé životní události. Jako je šikana, zneužívání - 30-40 % pacientek PPP bylo sexuálně zneužíváno nebo znásilněno a zraňující zážitky v dětství např. špatná rodičovská péče, hádky, násilí mezi rodiči (Papežová, 2012 s. 46).

2.2 Mentální anorexie

MA je charakterizována úmyslným snižováním tělesné hmotnosti a nízkou tělesnou hmotností. Nemocným přináší radost schopnost kontroly a redukce hmotnosti. Bojují s dlouhodobým hladověním a myšlenkami na jídlo. Odmítání jídla je projevem jejich narušeného postoje k tělesné hmotnosti a proporcím (Procházková, Sladká Ševčíková 2017, s. 8). Při MA dochází k extrémnímu hmotnostnímu úbytku zapříčiněnému vlastní aktivitou spojenou s hlubokým přesvědčením o vlastní nadváze i přes evidentní podváhu. Jde o vědomé omezení příjmu potravy s následným hubnutím. Incidence MA stoupla do konce minulého tisíciletí na 8/100000 obyvatel, prevalence se pohybuje kolem 1 % (Kukla, 2016, s. 209).

Diagnostická kritéria Mezinárodní kvalifikace nemocí pro MA lze shrnout do pěti základních znaků:

1. Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou.
2. Nemocný si snižuje váhu sám dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, laxativ nebo nadměrným cvičením.
3. Přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé myšlenky na udržení podváhy.
4. U žen vynechání menstruace, u mužů ztráta sexuálního zájmu.
5. Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zataven růst a vývoj (Papežová, 2010, s. 126).

MA narušuje psychickou pohodu a společenský život. Jedinec ztrácí zájem o ostatní kromě jídla a vzhledu. Nemocní mají neustálý strach z tloušťky, který mohou popírat nebo zaměňovat za snahu jíst zdravě. Strach z tloušťky se pojí i se zkreslenou představou o vlastním těle. (Krch, 2010, s. 26). Pro nemocné je velice náročné uchovat si zdravou tělesnou hmotnost. Je zde silná touha po nezdravé štíhlosti. Snaží se udržet co nejnižší možnou váhu. Nárůst hmotnosti u lidí trpících MA vyvolává děsivé pocity. Váhu snižují omezením konzumace jídla, přílišným cvičením, zvracením nebo užíváním látek ovlivňující tělesnou hmotnost. Do těchto přípravků patří např. diuretika, látky odvodňující organismus, laxativa – projímadla, pročišťovací látky a různé typy dietních přípravků (Papežová, 2012, s. 12). Omezování jídla může být doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo. Neustálé myšlenky a představy o jídle, touha po přejedení. Nemocní často sbírají recepty a vaří jídlo pro ostatní. Postupně si zvykají na snížený příjem energie a pocit hladu. Typická je nadměrná kontrola jídla, strach z větší porce či energeticky hodnotnějšího jídla. Mění se tělesné proporce. I po konzumaci malé porce se cítí přejedení

(Krch, 2012, s 199). Dochází ke změně jídelníčku, jídelního režimu a jídelního chování. Nemocní nejprve začnou vynechávat jídla energeticky hodnotná. Přestanou konzumovat sladkosti a tučná jídla. Postupně vynechávají další jídla až nakonec zbydou jen dietní potraviny. Jídelní změny jsou důsledně dodržovány. Srovnávají své stravování s ostatními, používají různé výmluvy proč nejedí. Mění se i jídelní tempo, jedí velmi pomalu. Nemocným se pozměňují chutě, mohou více solit, často jídlo hodně zapijí (Krch, 2010 s. 29). Osoby s anorexií vytvářejí nejrůznější rituály spojené s jídlem. Zbavují se polknutého jídla a mají nápadné chování v průběhu jedení, manipulují s jídlem, často ho schovávají. Oddělují jednotlivé složky jídla, dlouho stravu míchají. Potrava je krájena na malé kousky, jedení je pomalé a důkladné. Sousta jsou pečlivě žvýkána, často si nemocní počítají, kolikrát rozkoušou každý kousek (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s. 120).

Nemocní chodí dlouhé vzdálenosti pěšky, běhají a posilují. Věnují nadměrnou pozornost postavě a tělesné hmotnosti. Neustále se prohlížejí v zrcadle, často se váží nebo naopak se vážení vyhýbají a nosí volné oblečení (Krch, 2010, s. 29).

Anorexie může propuknout v době, kdy se jedinec snaží zvládnout obtížnou životní situaci. Mysl se zabývá hubnutím a tělesnými proporcemi a problém se odsune do pozadí. Problém tím není vyřešen a může se objevit znovu (Papežová, 2012, s. 56) Nedostatečná a jednostranná výživa je spojena s mnoha riziky. Ve stravě chybí základní živiny, minerály a vitamíny (Krch, 2010, s. 45). Světová zdravotnická organizace stanovila pro MA hranici 17,5 BMI. 13, 5 kg/m² je kritická hodnota, při které je třeba zvažovat hospitalizaci (Papežová, 2012, s. 66).

Úmrtnost MA je vysoká, nejvyšší ze všech psychiatrických onemocnění. Pro svůj chronický průběh, sociální izolaci a vysokou psychiatrickou a tělesnou chorobnost. Nejvíce ohroženi jsou pacienti s mnohaletým průběhem onemocnění a nízkým BMI – body mass index, znamená index tělesné hmotnosti a je označován zkratkou BMI. Jedná se o indikátor používaný pro klasifikaci podváhy či nadváhy. Jen 10 % pacientů se uzdraví do dvou let. (Kukla, 2016, s. 212).

2.2.1 Příznaky mentální anorexie

MA se projevuje přecitlivělostí na chlad a zhoršeným krevním oběhem v končetinách. Přítomny jsou poruchy spánku s častým probouzením. Nemocní často močí přes den i v noci. Dochází k nárůstu jemného ochlupení na těle, nejvíce na zádech a obličeji. Jedinci mají pomalý pulz, nízký krevní tlak a omdlévají. Ženy trpí nepravidelnou menstruací až úplným zastavením menstruace (k menstruaci žena potřebuje alespoň 15 % tělesného tuku). Žaludek je zmenšen, i malé množství jídla přináší nepříjemný pocit, přítomnost žaludečních vředů. Zpomalená funkce střev

má za následek nadýmání a zácpu. Nedostatek výživy postihuje také játra, která nemohou tvořit tělesné proteiny a vznikají otoky kotníků a nohou. Zvyšuje se množství cholesterolu v krvi. Snížení krevního cukru někdy přináší stavy paniky a zmatenosti, které mohou vyústit až ke kómatu a smrti (Papežová 2012, s. 62).

2.2.2 Zdravotní následky

Hladovění má za následek psychické i fyzické důsledky. Nedostatek jídla poškozuje tělo, mysl i citění. Mozek a duševní pochody bývají ovlivněny, je poškozena pozornost, soustředění, učení i paměť. Mezi emoční problémy patří deprese a podrážděnost. Zvracením a používáním projímadel dochází ke zdravotním komplikacím. Jsou poškozeny zuby, ledviny, střeva a žaludek. Vypadávají vlasy, může docházet k řídnutí kosti tzv. osteoporóze. Ženy ztrácí menstruaci a hormonální produkci (Papežová, 2012, s. 62-64).

2.3 Mentální bulimie

MB je porucha, pro kterou jsou charakteristické opakující se záchvaty přejídání spolu s nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti. Při záchvatech je zkonzumováno velké množství jídla v krátkém čase. Střídají se epizody hladovění a zvracení. (Papežová, 2012, s. 13) Pro MB je charakteristický subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem. U nemocných se nedostavuje zcela pocit přejedení. Po přejedení přetrvává touha zůstat štíhlá, a to má za následek pocity viny a snahu zmírnit následky přejedení, nejčastěji vyvoláním zvracení. Nemocný si na rozdíl od osoby trpící MA uvědomuje patologii svého chování a mívá snahu se zbavit přejídání a následného zvracení (Kukla, 2016, s. 212).

MB začíná nejčastěji mezi 15 až 25 rokem věku (Krch, 2012, s. 198).

Diagnostická kritéria Mezinárodní kvalifikace nemocí pro mentální bulimii lze shrnout do tří základních znaků:

1. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
2. Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním nebo více způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty.
3. Specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než premorbidní váha (Papežová, 2010, s. 127).

MB se vyznačuje ztrátou kontroly nad jídlem. Záchvaty přejídání ale neznamenají slabou vůli. Jsou výsledkem hladovění a regulačních mechanismů organismu k obnovení energetické rovnováhy. Vliv mají i psychologické mechanismy jako stres a osamělost (Papežová, 2012, s.83). Záchvaty přejídání spouští série typických událostí. Může se jednat o situace týkající se jídla, což může být porušení pravidel stravování, dostupnost tzv. nebezpečných jídel, které si jedinec zakázal, pocit plnosti po jídle a myšlenky na jídlo. Záchvaty související s obavami o váhu, sklíčenost kvůli postavě, zjištění, že hmotnost je větší než očekávání, že je oblečení malé či těsné. Dostavují se stavy špatné nálady, kam patří deprese, pocity osamělosti, úzkosti strachu, hněvu a podrážděnosti. Záchvatovitě přejídání se vyznačuje konzumováním velkého množství kaloricky hodnotného jídla. Charakteristické je nepřiměřeně velké množství zkonzumovaného jídla a subjektivní pocit ztráty kontroly. Často se jedná o potraviny, které dotyčný vnímá jako jídlo, po kterém se přibírá a snaží se ho z jídelníčku vyřadit. Dotyčný sní jídlo ve velmi krátkém

čase, mechanicky ho vkládá do úst a zřídka kdy ho rozkouše. K přejídání dochází téměř vždy v soukromí a tajně. Postižený člověk často udržuje zdání, že se stravuje běžně (Cooper, 2014, s. 14–18).

Po záchvatu přejedení přichází pocity, které jsou směsicí emocí. Nejprve se dostaví úleva, později pocity zahanbení, viny a znechucení. Častý projev je deprese ze ztráty kontroly nad jídlem. Nemocní se své přejídání snaží kompenzovat pomocí diet, hladověním, vyvolaným zvracením, užíváním projímadel, močopudných přípravků a přípravků snižujících chuť k jídlu. Existují tři druhy diet typické pro stravovací návyky lidí s bulimií. První metodou je hladovění, druhou střídme stravování a snaha omezit příjem kalorií na co nejnižší. Třetí metodou je vyhýbat se určitým typům jídla z kterých se tloustne – tzv. zakázaná, nebezpečná jídla. Velké množství lidí s bulimií své přejídání kompenzuje vyvoláváním zvracení. Zvrací zpravidla v soukromí a tajně poté, co ztratí nad konzumací jídla kontrolu. Navodí si zvracení strčením prstů nebo jiného předmětu do krku a vyvoláním dávivého reflexu. Pravidelné užívání laxativ způsobuje, že si tělo zvykne a je potřeba zvyšování dávek. Tělo zadržuje vodu a dochází k otokům (Cooper, 2014, s. 20–21).

Společným rysem pro MA a MB je narušené vnímání vlastního těla. Sklon k negativnímu hodnocení vlastního těla. Vnímání našeho těla se odráží v sebedůvěře, ve smýšlení o sobě. Ke zkreslení může docházet kvůli zaměření pozornosti pouze na záporné stránky. Negativní vnímání může mít spojitost s nepřiměřeným perfekcionismem a touhou po dokonalosti (Papežová, 2012, s. 43). Nespokojenost se svým tělem může pramenit z nadměrného strachu z tloušťky. Ženy a dívky mají nereálný obraz vlastního těla. Připadají si mnohem silnější než ve skutečnosti jsou. Svůj dojem považují za skutečnost. V 9. třídě si téměř 40 % děvčat připadá, že jsou tlustá, i když skutečnou nadváhu trpí necelých 6 % (Krch, 2012, s. 194).

Atypická mentální bulimie je stav, kdy nejsou splněna všechna kritéria uváděná pro MB. Tito pacienti mají většinou normální či nadměrnou hmotnost. Avšak trpí charakteristickými obdobími přejídání a zvracení nebo zneužívání projímadel. Vyskytují se dílčí syndromy spolu s depresivními příznaky (Kukla, 2016, s. 213). MB může propuknout u lidí s jakoukoliv hmotností, u lidí obézních, i u lidí s běžnou hmotností. Odhady výskytu onemocnění se liší. V České republice se pohybují kolem 1-5 % žen a 1 % mužů. Počet zachycených osob s PPP každým rokem vzrůstá (Novák, 2014, s. 86).

2.3.1 Příznaky mentální bulimie

Objevují se opakované záchvaty přejídání, při nichž je zkonsumováno velké množství jídla, nejméně dvakrát v týdnu, po dobu tří měsíců. Nemocného obtěžují neustálé myšlenky na jídlo a často potravu konzumuje tajně. Po přejedení následuje kompenzační chování – zvracení, projímadla či střídavé období hladovění (Procházka, Šmahaj, Kolařík, 2014, s. 205)

2.3.2 Zdravotní následky

Pacienty trápí chronická únava a slabost, nejsou schopni se soustředit. Trpí bolestmi hlavy, závratěmi, bušením srdce a nepravidelností srdečního rytmu. Zubní sklovina je narušena, poleptána žaludečními šťávami. Zvýšená kazivost a bolestivost zubů, otoky slinných žláz. Chronické zvracení poškozují činnost trávicího traktu, může mít za následek žaludeční vředy. Užívání laxativ zeslabuje střeva a vede k životu ohrožujícímu stavu (Papežová, 2012, s. 83–84).

2.4 Další poruchy příjmu potravy

2.4.1 Psychogenní přejídání

Charakteristické záchvaty přejídání, při nichž člověk během krátké doby sní větší množství jídla, než je běžné pro většinu lidí ve stejných podmínkách. Hlavním rysem je pocit ztráty kontroly nad jídlem, pocit, že nelze přestat jíst. (Papežová, 2012, s.13).

2.4.2 Obezita

Na přelomu tisíciletí v důsledku životního stylu se stala obezita nejčastějším metabolickým onemocněním, při kterém dochází k zmnožení tukové tkáně. Obezita zhoršuje kvalitu života, zvyšuje nemocnost, úmrtnost a přináší závažné socioekonomické problémy (Hainer, 2011, s. 1).

2.4.3 Orthorexia nervosa

Projevuje se nepřiměřeným zájmem o zdravé jídlo, je uváděno, že se jedná o posedlost zdravým životním stylem. Může vést až k obsedantnímu chování. Motivací je snaha mít absolutní kontrolu nad svým zdravím (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s. 128). Zpočátku je orthorexia neškodná. Postupně začne v životě jedince dominovat jídlo a podobně jako u MA a MB se objevuje strach z toho, co má jedinec jíst a v jakém množství (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s. 128-129).

2.5 Poruchy příjmu potravy – mýty a omyly

- Poruchy příjmu potravy jsou jen pojem, který si mladí vymysleli, aby byli důležití.
- Lidé s poruchou příjmu potravy ve skutečnosti nechtějí pomoci.
- Pokud je člověk extrémně hubený, stačí jen přibrat a nehrozí mu žádné zdravotní problémy.
- Mentální anorexie se týká pouze vyhublých modelek.
- Poruchami příjmu potravy trpí jen mladí v pubertě.
- Mužů se tato psychická onemocnění netýkají (Galová, 2013, s. 6-18).

2.6 Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících

V posledních letech se začátek onemocnění poruchou příjmu potravy stále posouvá do mladších věkových skupin. PPP se vyskytují nejčastěji u dospívajících dívek a mladých žen. (Kukla, 2016, s. 209). Podvýživa v dětství a v dospívání je nebezpečná, může mít trvalé následky. V tomto období hrozí nebezpečí zpoždění, či dokonce zastavení tělesného růstu. U dívek se přeruší vývoj prsou, u chlapců přetrvávají dětské genitály. Vývoj kostí může být plně zastaven (Krch, 2010, s. 26).

Tělesná hmotnost stoupá s přibývajícím věkem. Patrné přibírání je především během dospívání. Významným ukazatelem u dětí mladších 15 let je předpokládaný nárůst tělesné váhy. BMI je u dospívajících méně důležitým ukazatelem (Krch, 2010, s. 25). Přirozené změny ženského těla v průběhu dospívání mohou způsobovat strach a nejistotu. Změny svou rychlostí a nápadností mohou překvapit (Krch, 2010, s. 47). Mezi nejvíce ohrožené patří ti, kteří během svého kritického období dospívání vyrůstali v prostředí, které kladlo velmi úzkostný, nebo naopak nekritický důraz na příjem potravy, tělesný výkon, či proporce dospívajícího (Galová, 2013, s. 4).

Děti mají menší tukové rezervy, proto se u nich dříve projeví zdravotní komplikace. Je zde zvýšené riziko dehydratace, narušení psychosociálního zrání dítěte a výskytu depresivních příznaků. Hrozí zastavení dospívání a opoždění sexuálního zrání (Krch, 2010, s. 32). Při léčbě je důležité navázání vztahu s nemocným i jeho rodiči. Brzké vyhledání lékaře a zabránění nejzávažnějším následkům nedostačující výživy. Stanovení diagnózy u dětí a dospívajících je složitější než u dospělých. Úmrtnost v dětském věku při PPP je uváděna 3 %. Při průběhu onemocnění před pubertou, tedy dříve než v 11 letech, má onemocnění horší prognózu. Záleží na době trvání onemocnění, BMI a kvalitě léčby (Papežová, 2010, s. 141).

2.7 Diagnostika a léčba

Základem léčby je správná diagnostika. Problém představuje utajování celého onemocnění nebo některých příznaků a odmítání adekvátní pomoci. Nejčastějším důvodem utajování je strach ze stigmatizace. První kontakt s nemocnými mají většinou praktičtí lékaři, pediatři nebo gynekologové. Ti mají nezastupitelnou roli v diagnostice a motivaci pacientky k další léčbě. Praktický lékař poradí, jaké kroky podniknout, doporučí potřebnou profesionální pomoc prostřednictvím psychiatrické a psychologické péče. (Papežová, 2010, s. 126). Pro léčbu PPP není známá jediná, jednoznačně efektivní léčebná metoda, medikament ani zákrok, který je účinný pro všechny. Významné je znovu začít přijímat náležitou výživu. Součástí léčby je

psychoedukace, vysvětlit nemocné charakter onemocnění, poučit o povaze nemoci, nepříznivých následcích hladovění a možnostech léčby. Důležitá je stabilizace váhy, působení na postoje, potřeby a práce s rodinou. V současnosti se při léčbě PPP uplatňuje multidisciplinární přístup. Týmová spolupráce více odborníků mnoha profesí. Spolupráce odborníků – praktického lékaře či pediatra, psychiatra, neurologa, gynekologa, psychologa, dermatologa a dalších (Papežová, 2012, s. 22).

Léčba musí být komplexní, s individuálním specifickým léčebným postupem. Je založená na dobrovolné spolupráci a motivaci k léčbě. Základem je aktivní přístup, změna jídelního chování, úprava jídelníčku, náročný proces – doplnění chybějící tukové hmoty. Upřednostňuje se ambulantní forma léčby, někdy je však hospitalizace nezbytná. Ambulantní léčba probíhá při pravidelných kontrolách u lékaře nebo v denních stacionářích. Indikací k hospitalizaci je chybějící váhový přírůstek při nízkém BMI, tělesné komplikace ohrožující život, těžká deprese a akutní ohrožení ze sebevraždy. Hlavními terapeutickými metodami jsou kognitivně-behaviorální terapie, rodinná a individuální terapie, nutriční poradenství a psychoedukace.

2.8 Léčba anorexie

Hlavními terapeutickými cíli v léčbě MA je navýšení tělesné hmotnosti, normalizace postoje k jídlu, zlepšení emočního stavu, vyřešení interpersonálních problémů, zlepšení sebehodnocení a zvládnutí rodinných problémů. Psychoterapie probíhá pohovorem, rodinnou terapií nebo psychologickým rozborem. Z hlediska psychoterapeutického jsou doporučeny přístupy: KBT, interpersonální terapie, psychoanalytická psychoterapie, skupinová terapie, rodinná terapie, u mladších pacientů herní terapie, arteterapie a muzikoterapie (Kukla, 2016, s. 212).

2.9 Léčba bulimie

V léčbě bulimie byla zjištěna účinnost řady antidepresiv. Frekvence záchvatů přejídání klesá během několika týdnů od zahájení léčby, spolu s tím klesá i frekvence zvracení a užívání laxativ. Pacienti lépe jedí a zlepšuje se jim nálada. Při léčbě bulimie je užívána KBT. Vychází z přesvědčení, že hlavním důvodem, který brání samovolnému uzdravení osob s bulimií, jsou jejich extrémní obavy o tělesnou hmotnost a tvar těla. Léčba se zaměřuje na získání kontroly nad stravováním a snížení obav o hmotnost. Probíhá obvykle při sezeních terapeuta s klientem po dobu přibližně pěti měsíců (Cooper, 2014, s. 47–49).

2.9.1 Psychoterapie

Léčba psychologickými metodami, většinou mluveným slovem. Základem je kvalitní terapeutický vztah mezi terapeutem a pacientem. Terapie může pomoci utřídit si myšlenky a pocity, posilovat důvěru v ostatní a vyrovnat se s minulostí. Prvotním úkolem terapeuta je vysvětlit rodině a pacientovi charakter onemocnění. Dále pak zvládnout problémy s navozením normální výživy a obnovit zdravou váhu a životní styl (Papežová, 2012, s. 21–22). Terapie může mít různé podoby, poskytuje psychoterapie individuální nebo skupinová. Používají se psychoterapie pomocí kreslení, hudby a tance, meditativní přístupy a terapie zaměřené na sebe přijetí a přijetí vlastního těla (Papežová, 2012, s. 41).

2.9.2 Farmakoterapie

Jedná se o podpůrnou léčbu, která mírní doprovodné příznaky jako jsou deprese, úzkost a impulzivita. Jsou podávána antidepressiva a anxiolytika, tj. léky na stavy úzkosti, případně antipsychotika, tj. léky potlačující psychotické symptomy – halucinace (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 56).

2.9.3 Psychoanalýza

Patří mezi klasické terapeutické metody u různých psychosomatických poruch. Byla využívána v počátcích léčby MA u adolescentů. Tato metoda klade důraz na uspokojování základních potřeb v raném věku. Terapie je cílena na odkrytí raných traumatických zážitků, které jsou pod prahem vědomí, ale mohou být základem poruchy (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s. 192).

2.9.4 Kognitivně-behaviorální terapie

KBT je formou psychoterapie. Mezi hlavní principy KBT patří: důraz na aktivitu, pozitivní vztah k tělu a proces učení se novým jídelním zvyklostem. Jedinec je odměňován za pozitivní výsledky. Terapie je zaměřena na zlepšení tělesného sebepojetí, sebedůvěry a trénink asertivity. Mezi hlavní cíle KBT patří vytváření pozitivního postoje k vlastnímu tělu. Terapie má zlepšovat kvalitu života a sebe přijetí (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s. 193).

2.9.5 Nutriční poradenství a nutriční terapie

Jedná se o podrobné jídelní poradenství. Nutriční terapeut vysvětluje nemocnému zákonitosti týkající se hladovění, přejídání, seznamuje s následky zvracení a užívání laxativ. Učí pacienta zaznamenávat váhové změny, cvičení a jídelní návyky. Terapie směřuje pacienta k postupnému nárůstu denních porcí jídla, pravidelnému stravování 4 - 6x denně. Součástí je denní záznam

jídel (Procházková, Sladká Ševčíková 2017, s. 57). Zahrnuje vytváření jídelníčku a poradenství o zdravém stravování. Jídelníček by měl být dostatečně pestrý s postupně se zvyšující energetickou hodnotou. Cílem nutriční podpory je normalizovat tělesnou váhu tak, aby odpovídala výšce a věku pacienta (Papežová, 2010, s. 179–185).

2.9.6 Svépomocné skupiny

Mohou být místem prvního kontaktu nebo doplňkovou metodou léčby. Svépomocné skupiny vedené odborníky nebo laiky poskytují podporu pacientům a rodinám. Jsou především pro ty, kteří si nedokáží říci o pomoc, ale vydrží ve skupině. Podpora, sdílení pocitů, zkušeností, pocit sounáležitosti, překonání sociální izolace a motivace k léčbě. Součástí je výchova ke zdravému přístupu k výživě a poučení o nebezpečí diet (Papežová, 2010, 294). K dispozici jsou také svépomocné příručky, které jsou vhodné pro pacienty s lehčí formou onemocnění. Obsahují detailně rozpracovaný program, jak překonat jídelní problémy a začít normálně jíst. Např. Manuál vydaný nakladatelstvím Grada v roce 2008 pod názvem „Bulimie: jak bojovat s přejídáním“ (Hainer, 2011, s. 380).

2.9.7 Rodinná terapie

Rodinná terapie pracuje s pacientem a jeho rodinou, pomáhá s obnovou narušených vztahů. Je indikována především u mladších adolescentů a dětí. Terapie spočívá v pravidelných setkáváních. V posledních letech se poukazuje na problémy rodin, kde trpí PPP i matka pacienta (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 288).

2.9.8 Krizová intervence

Při náhlém zhoršení stavu vyžadují pacienti s PPP bezprostřední psychologickou, psychiatrickou a sociálně-terapeutickou pomoc. Kvalifikovanou pomoc poskytují centra krizové intervence v místě bydliště (Papežová, 2010, s. 298).

2.9.9 Občanské sdružení Anabell

Sdružení Anabell poskytuje sociální a terapeutické služby v centrech v mnoha městech ČR. Nabízí např. telefonickou krizovou pomoc, psychologické a nutriční poradenství, internetové poradenství a svépomocné skupiny. Důležité kontakty na jednotlivá pracoviště Anabell o. s., lékaře, kliniky a poradny věnující se PPP je možné nalézt na stránkách občanského sdružení Anabell - www.anabell.cz (Geisslerová, 2012, s. 176).

3 VÝVOJOVÉ DETERMINANTY V OBDOBÍ PUBERTY A ADOLESCENCE

Autoři zmiňují, že MA je výrazem strachu z dospělosti a výsledkem obav ze změn v pubertě. MA se projeví v době, kdy jedinci nejsou schopni vyrovnat se změnám nebo požadavkům. Neklidné prožívání tělesných změn – přibírání na váze, pocit, že svou váhu nemohou kontrolovat. Pokusy o kontrolu ve formě diet a cvičení. Adolescenti přikládají nadměrný význam tomu, co si o nich ostatní myslí. Sbírají informace z okolí a formují si identitu (Novák 2010, s. 16).

Vztah k vlastnímu tělu si člověk utváří již od dětství. Na způsobu, jakým své tělo vnímáme, se značně podílí rodiče a výchova. Dítě v průběhu dětství přijímá a vytváří představy o své osobní identitě a o svém těle (Fialová, 2012, s. 99).

3.1 Období dospívání – adolescence

Adolescence je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí, od 10 do 20 let. Toto období začíná nástupem puberty. Nastávají změny v oblasti emoční, rozumové a sociální. Zvýšená produkce pohlavních hormonů má za následek bouřlivé fyzické změny doprovázené strachem pramenícím ze vzhledu, růstu, tělesných křivek a sexuality. V tomto období má jedinec nízké sebevědomí, je precitlivělý ve vztahu k vlastní osobě. Formuje se mozek, dozrává mozková kůra, zdokonalují se kognitivní procesy. Charakteristická proměnlivost emocí a intenzivnější prožívání. Jedinec je vystaven vyšší míře stresu, což se může projevit úzkostí a odmítáním dospělosti. Primárním úkolem adolescence je vytvoření identity, která umožní odpoutání od rodičů a dosažení takové míry nezávislosti, která umožní samostatné fungování ve světě. V tomto období se z dítěte stává dospělý člověk. Období dospívání lze rozdělit na dvě fáze, raná a pozdní adolescence (Thorová, 2015, s. 414–416).

3.1.1 Raná adolescence

Raná adolescence, období označované také jako pubescence. Jedná se o prvních pět let dospívání. Je to období přibližně mezi 11. - 15. rokem života, individuálně se může lišit. Dochází k tělesnému dospívání a pohlavnímu dozrávání – pubertě. Ve spojení s tím se mění vzhled dospívajícího, což má vliv na změnu sebepojetí i vnímání okolí. Proces dospívání zahrnuje změnu způsobu myšlení, jedinec je schopen abstraktního uvažování i o možnostech, které reálně neexistují. V souvislosti s hormonálními přeměnami dochází ke změnám emočního prožívání, emoční výkyvy. V tomto období se jedinec začíná osamostatňovat, oslabují se citové

vazby s rodiči, touží po soukromí. Jedinci v tomto období neuznávají autoritu. Usilují o odlišení od dětí i dospělých, úpravou zevnějšku, životního stylu, zájmů a hodnot. Budují si identitu a osobitost pomocí hudby, různým zdobením těla např. piercingem či tetováním a rizikovým chováním. Značný význam pro pubescenta mají vrstevníci se kterými se ztotožňuje. Velmi důležité je pro pubescenta přátelství, první lásky a partnerské vztahy. Významným mezníkem je ukončení povinné školní docházky a výběr dalšího profesního směřování (Vágnerová, 2012, 369–370). Výrazná tělesná proměna z dítěte v dospívajícího a pohlavně zralou osobu může přechodně snížit spokojenost s tělem. Kromě oslabujícího vlivu rodičů a posilujícího vlivu vrstevníků je důležitý vliv médií. I tyto zdroje určují, jak se chovat a jaké normy a vlastnosti jsou ve společnosti vyžadovány a vybízejí k napodobování. I po pubescenci se adolescent hodně zaobírá svým tělem, protože je jedním z nejdůležitějších komunikačních prostředků a vypovídá o zařazení jedince a také o jeho atraktivitě. Zevnějšek je důležitou součástí sebehodnocení (Fialová, 2012, 100–101).

S dospíváním nejsou spojeny jen fyzické ale i sociální změny, které mohou představovat významný stres a přinášet s sebou nejistotu. V období adolescence přirozeně stoupá míra úzkosti a citlivosti na reakce okolí (Krch, 2012, s. 195). Pubescent má potřebu citové akceptace, obecněji potřebu přijatelné pozice ve světě. Svou pozici je třeba si něčím zasloužit. Úkolem tohoto období je dosažení nové, přijatelné pozice, tím i potvrzení určité jistoty (Vágnerová, 2012, s. 370).

3.1.2 Pozdní adolescence

Pozdní adolescence je období od 15 do 20 let, individuálně se může lišit především v oblasti psychické a sociální. Nástup pozdní adolescence je vymezen pohlavním dozráním. Často v tomto čase dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Dobou pro komplexní psychosociální proměnu, měnící se osobnost a pozice jedince. Klíčovým sociálním mezníkem je ukončení profesní přípravy a s tím související dosažení či oddálení ekonomické samostatnosti. Adolescenti si potvrzují příslušnost k věkově vymezené skupině, směřují se se svou identitou a získávají nové sociální role. Rozvíjejí vztahy s vrstevníky, zejména v oblasti partnerství a stabilizují vztahy s rodiči. V 18 letech jedinec dosahuje plnoletosti, podle právní charakteristiky, zároveň se jedná o sociální mezník dospělosti. Plná zodpovědnost za své jednání. Hledání a rozvoj vlastní identity, projevující se snahou o sebepoznání, sebe vymezení v rámci vrstevnických skupin a experimentace s partnerstvím. Pozdní adolescence bývá označována jako období volnosti, kdy má jedinec dostatek svobody, ale minimální

zodpovědnost. Účelem pozdní adolescence je poskytnout jedinci čas a možnost, aby porozuměl sám sobě, zvolil si, čeho chce v budoucnosti dosáhnout a osamostatnil se ve všech oblastech, v nichž to současná společnost požaduje (Vágnerová, 2012, 370–372).

3.1.3 Tělesný vývoj

Tělesná proměna je důležitým ukazatelem dospívání. Z dítěte se stává člověk schopný reprodukce. Projevuje se znatelnými a pociťovanými důsledky, jehož zpracování může být pro pubescenta náročné. Projevem tělesného dozrávání je růst postavy, proměna proporcí, sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů a sexuální prožitky. (Vágnerová, 2012, 373).

Dochází k rychlému růstu, dítě naroste o 20 % své celkové výšky. Rychlý růst doprovází zhoršení motorické koordinace a snadná unavitelnost. Prvním znakem nástupu puberty u dívek je vývoj prsů, který se objevuje kolem 10. roku, důležitým mezníkem pro dívky je začátek menstruace. U chlapců je nástup puberty mezi 11. a 12. rokem. Později dochází k mutaci – změnám hlasu, mezi 15 a 17 začínají růst vousy (Thorová, 2015, s. 424-425).

Jelikož je vzhled součástí identity, bývá jeho změna intenzivně prožívána. Zásadní proměna těla může vyvolat pocit ohrožení celistvosti vlastní osobnosti a vést ke ztrátě sebejistoty. Pro přijetí proměny záleží na jedincově představě o atraktivitě dospělejšího zevnějšku, psychické vyspělosti a na sociálních reakcích. Proměna dětského těla je doprovázena i změnou chování lidí, kteří jsou s pubescentem v kontaktu. Reakce dospělých i vrstevníků mají pro jedince velký význam. Při negativním hodnocení okolí se zvyšuje nejistota jedince a zhoršuje se jeho sebehodnocení (Vágnerová, 2012, 373-374).

Pokud přijde tělesná proměna moc brzy, může ji pubescent těžce zvládat. Pro jedince může znamenat ztrátu jistoty, která je pro něho nepřijatelná, a tak se této zátěži různým způsobem brání, např. popíráním reality. Ranější dospívání je obtížné zvláště pro dívky. Dívky v průměru dospívají dříve než chlapci a nápadnost dospívání u dívek je pak větší. Pro chlapce je důležitý růst a rozvoj svalů. Rozvoj sekundárních pohlavních znaků není tak nápadný jako u dívek. Na konci období adolescence se většinou zvyšuje spokojenost s vlastním tělem. Jedinec své tělo srovnává s vrstevníky a s přijatelným ideálem. Pokud adolescent odpovídá aktuálnímu ideálu podporuje mu to sebevědomí, pocit jistoty a je sociálně akceptován. Pokud je v této oblasti nějak znevýhodněn dochází ke snížení sebedůvěry (Vágnerová, 2012, 374-375).

3.1.4 Emoční vývoj

Při dospívání dochází k hormonální proměně, která má za následek změny v citovém prožívání. Projevují se nestálostí emočního ladění, tendencí k přecitlivělému reagování i na běžné podněty. Citové prožitky jsou méně přiměřené a více proměnlivé. Proměna pocitů je pro dospívající nepříjemná, jelikož nejsou schopni vysvětlit si příčinu. Druhotnou reakcí bývá zhoršení nálady a její výkyvy, které mají rušivý vliv na okolí a dochází ke konfliktům. Narůstá negativismus a agresivita. Na projevy jiných lidí adolescent reaguje přecitlivěle. Kvůli svému chování bývají pubescenti méně akceptováni. Pro toto období bývá typická nechuť projevovat své city navenek. Zvyšuje se sklon ke špatné náladě a depresivnímu ladění.

Se všemi obtížnými pocity se dospívající snaží vyrovnat a používá k tomu obranné strategie:

- Mechanismus kyvadla – adolescent se vrací k dětskému chování nebo infantilnímu řešení situace. Krátkodobý návrat do vývojově nižší fáze umožňuje relaxaci a pocit jistoty.
 - Únik do fantazie – odpoutání od reality a symbolické zvládnutí situací, které pubescent reálně nezvládne řešit. Tato aktivita může být vhodná pro rozvoj nových složek identity.
- Ke konci tohoto období dochází k hormonálnímu vyrovnání a adaptaci organismu na pohlavní dospělost. Stabilizuje se emoční chování a prožívání. Adolescent nabývá zkušenosti, prožitky přestávají být překvapující a neznámě. Dostavuje se tzv. období vystrízlivění (Vágnerová, 2012, s. 390-393).

3.1.5 Socializace v období rané adolescence

„Dospívání bývá označováno jako doba druhého sociálního narození, spojeného se samotným vstupem do společnosti.“ (Corneau, 2000 in Vágnerová, 2012, s. 395)

Dva důležité mezníky signalizují změnu sociálního postavení adolescenta. Prvním je ukončení povinné školní docházky spojené s volbou dalšího profesního směřování a druhým je získání občanského průkazu, v 15 letech. Adolescent experimentuje s různými rolami a vztahy.

Pro rozvoj osobnosti dospívajícího jsou důležité sociální skupiny:

- Rodina – pubescenti se začínají osamostatňovat, ale ještě pořád je rodina důležitým sociálním zázemím. Autorita rodičů se mění a stává formálně danou nadřazeností.
- Škola – podstatná především kvůli budoucímu sociálnímu zařazení, školní úspěšnost je podmínkou pro přijetí do vyšší školské instituce.

- Volnočasové instituce – vliv na rozvoj jedincových schopností a dovedností a na jeho sociální zařazení.
- Vrstevnická skupina – je zdrojem potřebné, emoční a sociální podpory dospívajícího. Rozvíjí se zde symetrické vztahy typu přátelství a prvních lásek. (Vágnerová, 2012, s. 395-397).

3.2 Výživa v pubertě a adolescenci

Nástup puberty s sebou přináší urychlení růstu a nutnost dodání energie a odpovídajících živin. V tomto období je způsob výživy ovlivněn skupinou faktorů psychosociálních, sociálních a socioekonomických. Adolescent si osvojuje dovednost připravit si jídlo samostatně a stravuje se mimo domov. V tomto období se často objevuje nespokojenost se svým vzhledem a touha být uznáván vrstevníky. Ve stravování se přizpůsobuje s ostatním. Pro svůj způsob stravování – odmítání jídla, vynechávání jídel, nahrazování rychlým občerstvením a slazené nápoje, jsou adolescenti označováni jako riziková skupina. Problémy jsou častější u dívek, které užívají různé diety s cílem zhubnout. Rizikové jsou také alternativní formy stravování např. veganství a vegetariánství, které se v některých rodinách objevují (Kukla, 2016, s. 64).

3.3 Zásady optimální výživy a zdravého životního stylu

„Zdravý životní styl je takový styl našeho života, kdy se cítíme ve fyzické a duševní pohodě, a tento styl života nás v tomto stavu udržuje na dlouhá léta.“ (Astl, Astlová, Marková, 2009, s. 10).

Zdravá výživa by měla být pestrá s vyváženou skladbou a množstvím. Základní stavební prvky výživy jsou bílkoviny, sacharidy a tuky. (Krch, 2010, s. 124) Potrava má dodat organismu náležité množství potřebných živin. Jednotlivé složky potravy jsou tuky, bílkoviny, sacharidy, vitamíny, minerály, vláknina a voda. Vše v přiměřené a vyvážené míře a vhodných časových limitech. Při nedodržení těchto pravidel může mít nesprávná strava škodlivý vliv na zdraví. Typické situace jsou předávkování tuků, soli a cukrů (Křivohlavý, 2009, s. 220).

3.3.1 Nutriční pyramida

Odborníci na výživu vytvořili nutriční pyramidu, ve které je uvedena strava a množství, v jakém by měla být strava konzumována. V základně pyramidy jsou přílohy. Patří tam například pečivo, doporučované jsou celozrnné výrobky, luštěniny a ořechy. V prvním patře je ovoce a zelenina. Další patro znázorňuje živočišné potraviny, kam patří maso a mléčné výrobky. Vrchol

pyramidy tvoří potraviny, kterým bychom se měli vyhýbat – tuky, cukry a sůl (Astl, Astlová, Marková, 2009, str. 38).

3.3.2 Funkce jednotlivých složek potravy

Tuky jsou základní stavební složkou buněk našeho těla a zdrojem energie. Bílkoviny slouží k výstavbě nových tělesných buněk a k opravě poškozených buněk. Sacharidy jsou nezbytnou složkou buněčného metabolismu a zdrojem energie. Vláknina pomáhá správnému fungování trávicího ústrojí. Vitamíny přispívají k dobré funkci tělesných buněk i orgánů. Minerály podporují funkci tělesných orgánů, kostí a svalů. Voda je nepostradatelná pro zachování života. Lidské tělo je tvořeno ze 70 % vodou. Proto je důležité udržování přiměřeného množství v organismu, rovnováhy mezi příjmem a výdejem. Potřebné denní množství tekutin pro zdravého člověka v běžném prostředí by se mělo pohybovat mezi 2-3 litry (Astl, Astlová, Marková, 2009, s. 53).

Příjem potravy patří k základním životním počinům. Důležité je, aby tento příjem byl v souladu se zdravým způsobem výživy. Rovnováha mezi příjmem a výdejem energie ukazuje směr zdravému příjmu potravy. Přejídání a odmítání jídla jsou dva dimenzionálně odlišné extrémy. Poruchy příjmu potravy jsou příkladem překračování mezí normálu při uspokojování potřeb příjmu tekutin a potravy (Křivohlavý, 2009, s. 220–221).

3.3.3 Deset nejdůležitějších bodů správného stravování:

- Snídaně je nejdůležitější jídlo dne. Nevynechávejte snídani.
- Jezte během dne pravidelně 4-6 malých jídel.
- Vypijte denně 6-8 velkých sklenic vody, které vám pomohou udržet správnou hydrataci.
- Denně snězte pět čerstvých kusů zeleniny a tři kusy ovoce.
- Vyhýbejte se potravinám s obsahem cukru, mouky, soli.
- Vybírejte si celozrnné potraviny s vysokým obsahem vlákniny.
- Jezte týdně asi 3-4 porce mořského rybího masa.
- Vybírejte si kvalitní nízkotučné maso a drůbež.
- Nejezte pozdě večer nebo v noci.
- Jezte pouze ve stavu v klidu, pečlivě žvýkejte a nespěchejte (Astl, Astlová, Marková, 2009, s. 14).

PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem praktické části je zmapovat informovanost žáků základních škol o poruchách příjmu potravy.

4 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Jaké mají respondenti povědomí o poruchách příjmu potravy?

Jakou pozornost respondenti věnují vlastnímu stravování?

Jaké mají respondenti zkušenosti s výskytem poruch příjmů potravy?

4.1 Metodika průzkumu

Bakalářská práce má teoreticko-průzkumný charakter, pro zpracování průzkumné části jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Pro kvantitativní výzkum jsou klíčové pojmy, objektivnost a měření. Kvantitativní výzkum se opírá o základy vědeckého vědění, získává poznatky prostřednictvím pozorování (empirie) a ověřování. (Loučková, 2010, s. 34). Strukturovaný dotazník má pevnou strukturu, využívá většinou otázky s uzavřenou možností odpovědi. Výhodou je rychlost provedení a snadné zpracování. Nevýhodou je snížení informační hodnoty, protože respondent nemá možnost odpovědět jinak, než je mu nabízeno (Kozel, 2011, s. 185). V dotazníku byla použita intervalová škála. Odpovědi na uzavřené otázky jsou slovní nebo číselné kódy. Možné odpovědi, popřípadě jim příslušející kódy, tvoří škálu hodnot. Nejběžnější škály měření jsou nominální, ordinální a intervalové (Řezanková, 2010, s. 21).

4.2 Průzkumný nástroj

Za účelem získání validních informací v souladu s respektováním anonymity účastníků byl nástrojem sběru dat použit nestandardizovaný dotazník, který zcela dodržel anonymitu respondentů. Průzkum byl zaměřen na žáky v adolescentním věku, protože se jedná o jedno z nejrizikovějších období pro vznik PPP. Dotazník vlastní tvorby byl vytvořen na základě studia odborné literatury a obsahoval celkem 21 otázek. První dvě otázky byly identifikační a zjišťovaly pohlaví a věk respondentů. Dále se dotazník skládal z uzavřených otázek s možností výběru několika odpovědí a jedné otázky škálové. Dotazník se členil do tří částí. První část zjišťovala, jaké mají respondenti povědomí o poruchách příjmu potravy, druhá, jakou pozornost respondenti věnují vlastnímu stravování a poslední mapovala zkušenosti respondentů s výskytem poruch příjmů potravy.

4.3 Charakteristika průzkumného souboru

Soubor respondentů tvořili žáci a žákyně 8. a 9. ročníku vybrané základní školy ve Středočeském kraji. Průzkumu se zúčastnili žáci, kteří měli udělený souhlas zařízení s prováděným výzkumem. Při dotazníkovém šetření byla dodržena naprostá anonymita, průzkum byl proveden se souhlasem zařízení a rodičů dotazovaných. Do dotazníkového šetření se zapojilo celkem 46 respondentů. Průzkumu se zúčastnila obě pohlaví. Konkrétně 25 mužů a 21 žen. Věkové zastoupení žáků bylo 13,14 a 15 let.

Průzkumný vzorek

Účastníkem dotazníkového šetření se mohl stát žák, který splnil tyto podmínky:

- Žáci a žákyně 8. nebo 9. ročníku vybrané základní školy, procházející obdobím dospívání
- Udělený souhlas školy s prováděným průzkumem
- Udělený souhlas rodičů žáků s prováděným průzkumem

4.3.1 Sběr dat

Průzkum byl uskutečněn na vybrané základní škole ve Středočeském kraji. Dotazníky vyplnili žáci a žákyně 8. a 9. ročníku, ve věku 13-15 let. Průzkum byl proveden 13. 3. 2019. Provedení průzkumu předcházela schůzka s paní ředitelkou školy. Souhlas s provedením průzkumu byl udělen paní ředitelkou. Protože byli respondenti nezletilí, bylo zapotřebí získat písemné souhlasy rodičů. Paní ředitelce byl předán vzorový dotazník, kde se seznámila s obsahem. Paní ředitelkou mi byl poskytnut seznam informovaných souhlasů rodičů.

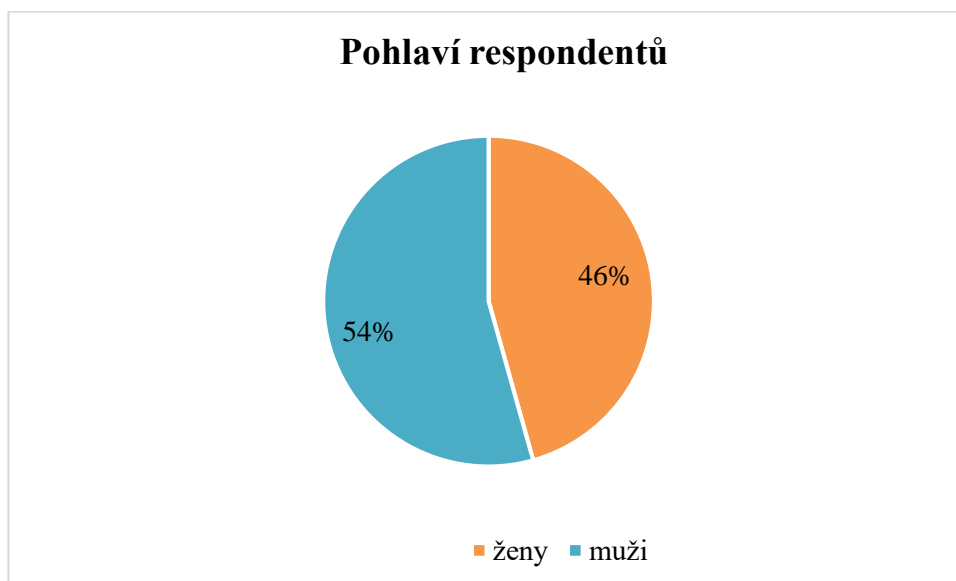
Po předchozí domluvě s paní ředitelkou jsem dne 13. 3. 2019 navštívila 8. a 9. třídu v rámci vyučování. V přítomnosti pedagoga jsem osobně žákům rozdala jednotlivé dotazníky v tištěné podobě. Před rozdáním dotazníků jsem žákům sdělila účel dotazníkového šetření, instrukce k vyplnění dotazníku a jejich naprostou anonymitu. Celkem bylo vyhodnoceno 46 dotazníků. Návratnost byla stoprocentní.

4.4 Vyhodnocení dat

Pro vyhodnocení dat jsem použila program Microsoft Office Excel 2016. Bylo využito absolutní a relativní četnosti. Získaná data byla vyhodnocena a prezentována pomocí grafů. Absolutní četnost n_i představuje sumu jednotlivých variant odpovědí. Relativní četnost f_i vyjadřuje poměr absolutní četnosti k rozsahu souboru -všech oslovených (Kozel, 2011, s. 112).

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

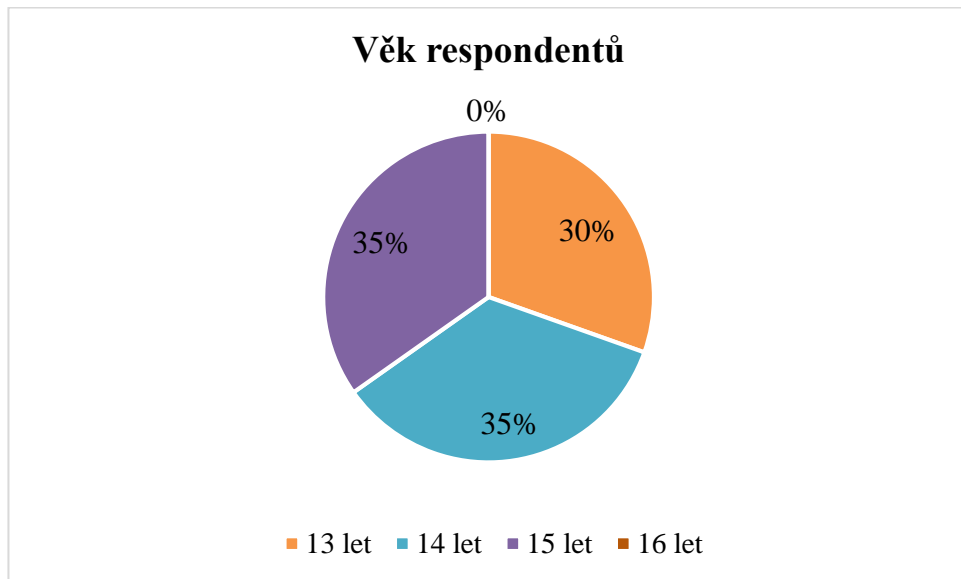
Otázka č. 1: Jaké je vaše pohlaví?



Obrázek 1 Pohlaví respondentů

První otázka dotazníku byla identifikační a zjišťovala pohlaví respondentů. Z obrázku č. 1 vyplývá, že dotazník vyplnilo více mužů než žen. Z celkového počtu všech 46 respondentů (100 %), se z hlediska pohlaví průzkumu zúčastnilo 25 (54 %) mužů a 21 (46 %) žen.

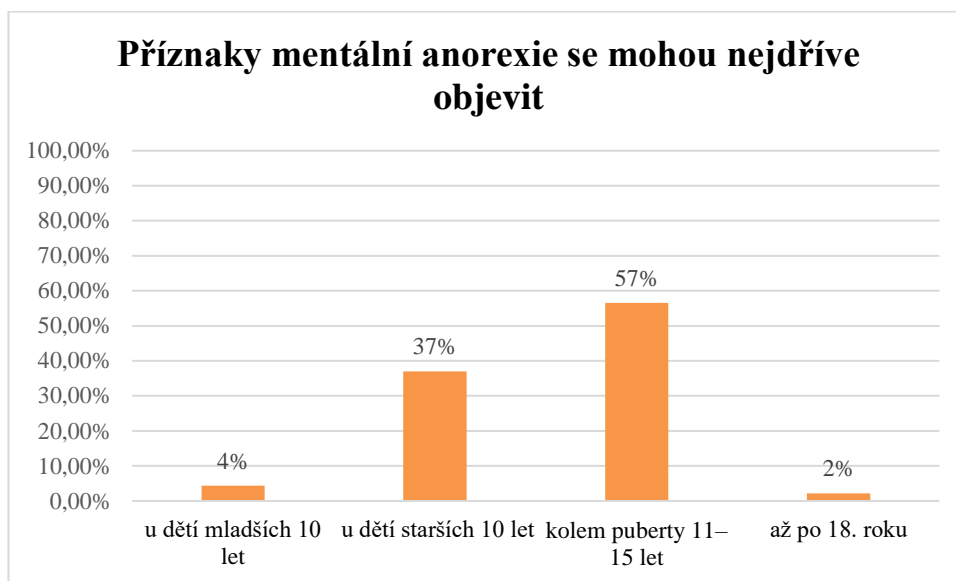
Otázka č. 2: Jaký je váš věk?



Obrázek 2 Věk respondentů

Druhá otázka byla také identifikační a zjišťovala věk respondentů. Na tomto grafu (obrázek č. 2) lze vidět, že největší skupina žáků byla ve věku 14 a 15 let, obě tyto kategorie byly zastoupeny stejným počtem žáků, a to 16 (35 %). Ve věku 13 let bylo 14 (30 %) žáků. Ve věku 16 let se průzkumu nezúčastnil žádný respondent.

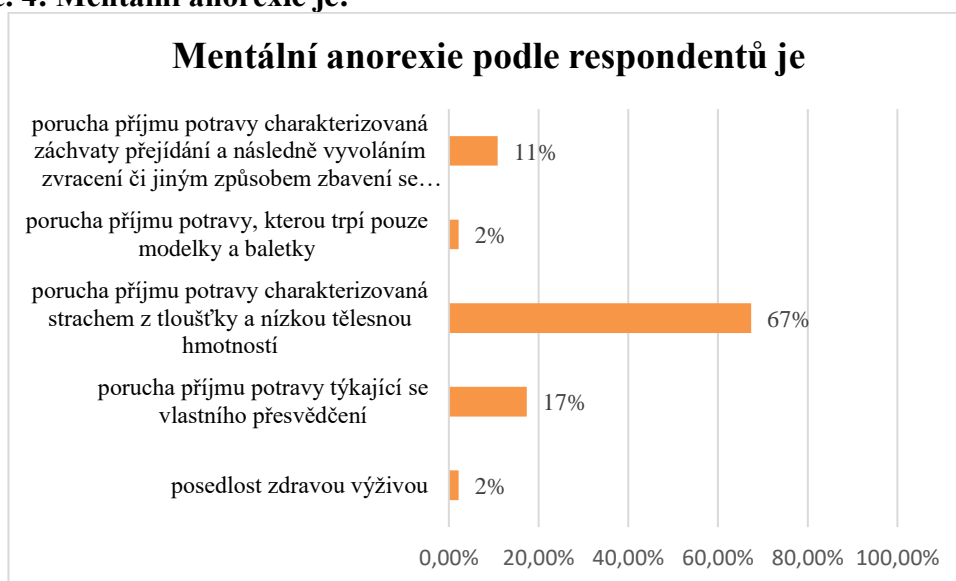
Otázka č. 3: V kolika letech se nejdříve mohou objevit příznaky anorexie?



Obrázek 3 Příznaky mentální anorexie se mohou nejdříve objevit

Z grafu (obrázek č. 3) je zřejmé, že většina žáků 26 (57 %) zvolila možnost, že se MA může objevit kolem puberty, ve věku 11-15 let. Druhá nejpočetnější skupina zvolila, že u dětí starších 10 let a byla zastoupena 17 (37 %) respondenty. Dva žáci zvolili možnost, že se může objevit u dětí mladších 10 let. Pouze jeden respondent vybral možnost, že se příznaky mohou objevit nejdříve až po 18. roku.

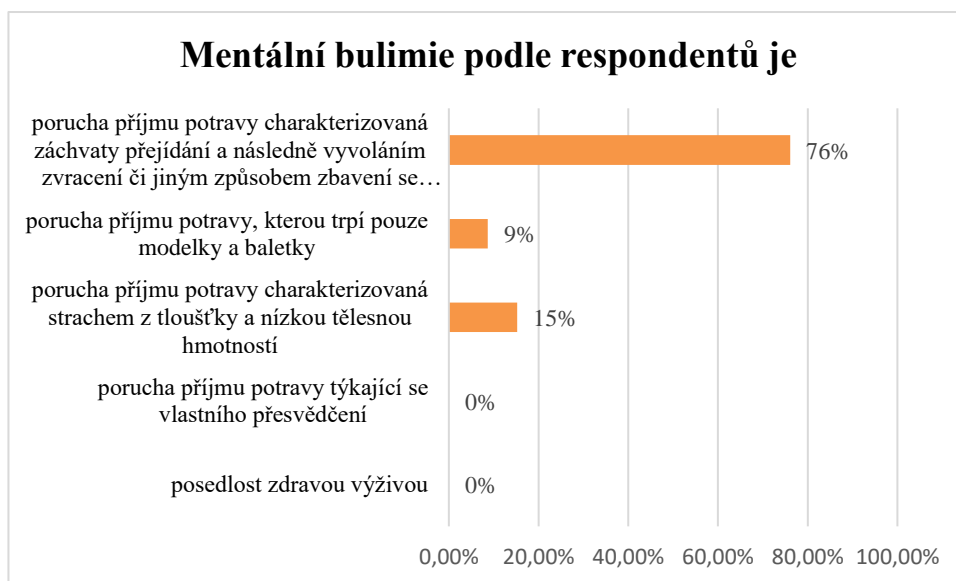
Otázka č. 4: Mentální anorexie je:



Obrázek 4 Mentální anorexie podle respondentů je

Z grafického znázornění otázky č. 4 vyplývá, že MA je porucha příjmu potravy, charakterizovaná strachem z tloušťky a nízkou hmotností, tuto možnost zvolilo 31 (67 %) respondentů. Druhá nejčetnější odpověď byla, že se jedná o poruchu příjmu potravy, týkající se vlastního přesvědčení, se zastoupením 8 (17 %) žáků. PPP charakterizovanou záchvaty přejídání a následné zvracení zvolilo 5 (11 %) dotazovaných. Že se jedná o posedlost zdravou výživou a o PPP, kterou trpí pouze modelky a baletky odpovědělo stejné množství respondentů. Obě tyto kategorie vybral pouze 1 (2 %) respondent.

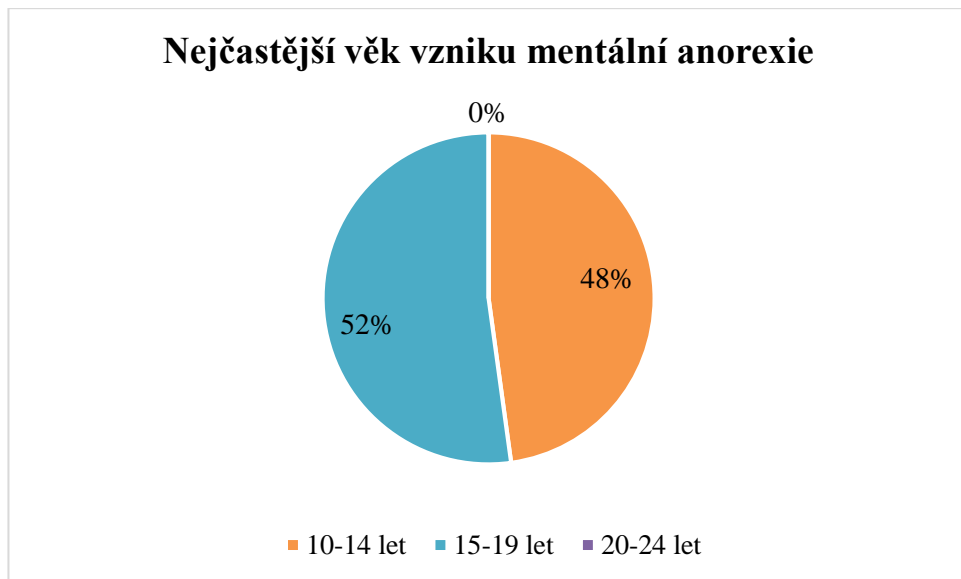
Otázka č. 5: Mentální bulimie je:



Obrázek 5 Mentální bulimie podle respondentů je

Obrázek č. 5 znázorňující odpovědi týkající se MB ukazuje, že více jak $\frac{3}{4}$ respondentů si myslí, že MB je porucha příjmu potravy charakterizovaná záchvaty přejídání s následným vyvoláním zvracení. Tato možnost byla zastoupena 35 (76 %) žáky. Celkem 7 (15 %) respondentů uvedlo, že je to PPP charakterizovaná strachem z tloušťky a nízkou tělesnou hmotností. Že se jedná o PPP, kterou trpí pouze modelky a baletky zvolili 4 (9 %) dotazovaní. Žádný z respondentů ne zvolil možnost, že jde o PPP týkající se vlastního přesvědčení 0 (0,00 %) ani možnost, že se jedná posedlost zdravou výživou 0 (0,00 %).

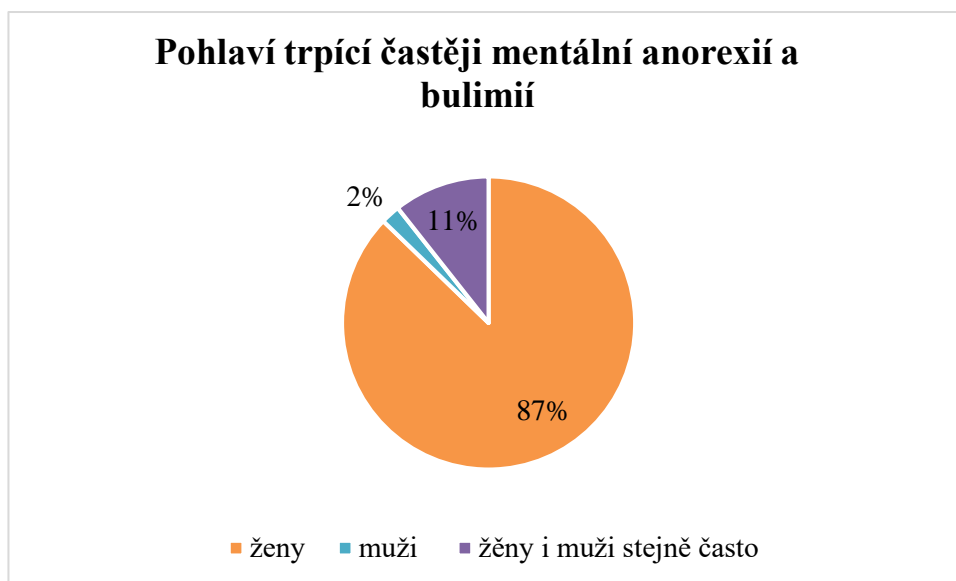
Otázka č. 6: Jaký je nejčastější věk vzniku mentální anorexie?



Obrázek 6 Nejčastější věk vzniku mentální anorexie

Z výsledků uvedených v obrázku č. 6 vyplývá, že nadpoloviční část respondentů si myslí, že nejčastější věk vzniku MA je 15–19 let a byla zastoupena 24 (52 %) respondenty. Menší část 22 (48 %) dotazovaných si myslí, že MA nejčastěji vzniká ve věku 10-14 let. Možnost 20-24 let ne zvolil žádný z dotazovaných 0 (0,00 %).

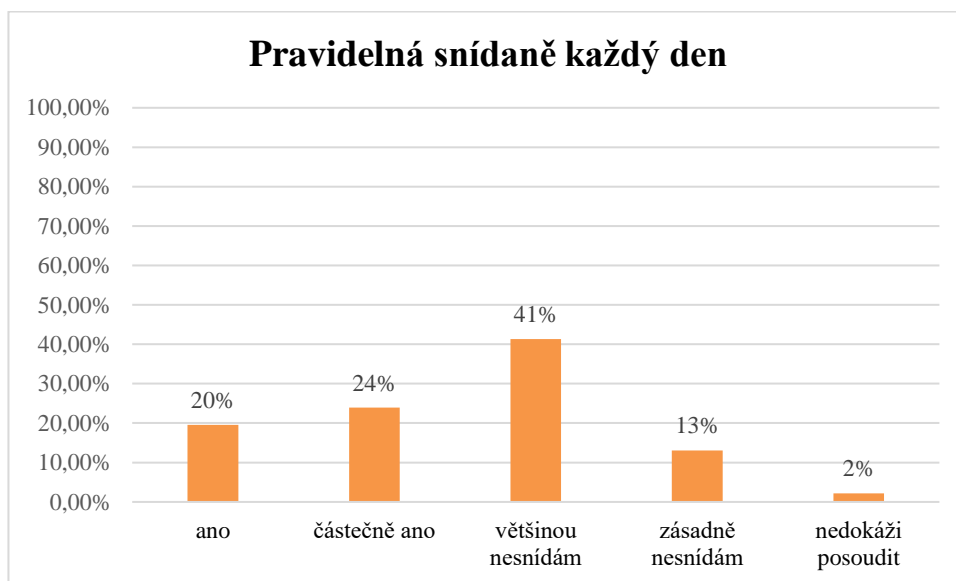
Otázka č. 7: Které pohlaví trpí častěji mentální anorexií a bulimií?



Obrázek 7 Pohlaví trpící častěji mentální anorexií a bulimií

Graf (obrázek č. 7) popisuje, které pohlaví trpí častěji MA a MB. Z obrázku je zřejmé, že z celkového počtu 46 (100 %) respondentů, většina žáků 41 (87 %) zvolila, že MA a MB trpí častěji ženy. Že MA a MB trpí ženy i muži stejně často uvedlo 5 (11 %) dotazovaných. Pouze 1 (2 %) žák si myslí, že MA a MB častěji onemocní muži.

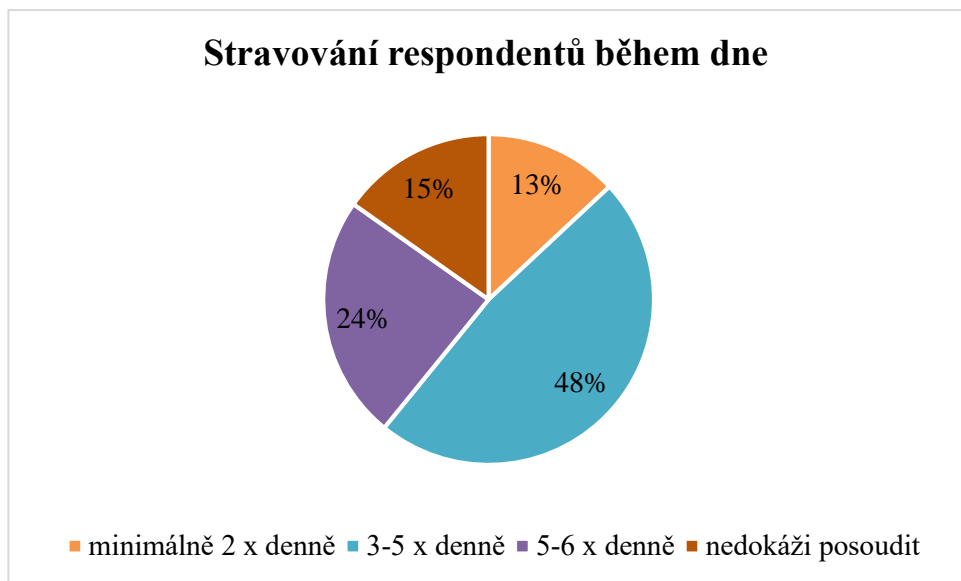
Otázka č. 8: Snídáte pravidelně každý den?



Obrázek 8 Pravidelná snídane každý den

Z obrázku č. 8 popisující snídání respondentů vyplývá, že 19 (41 %) dotazovaných většinou nesnídá. Částečně každý den snídá 11 (24 %) respondentů. Každý den pravidelně snídá 11 (20 %) žáků. Zásadně nesnídá 6 (13 %) dotazovaných. Možnost nedokáži posoudit zvolil 1 (2 %) žák.

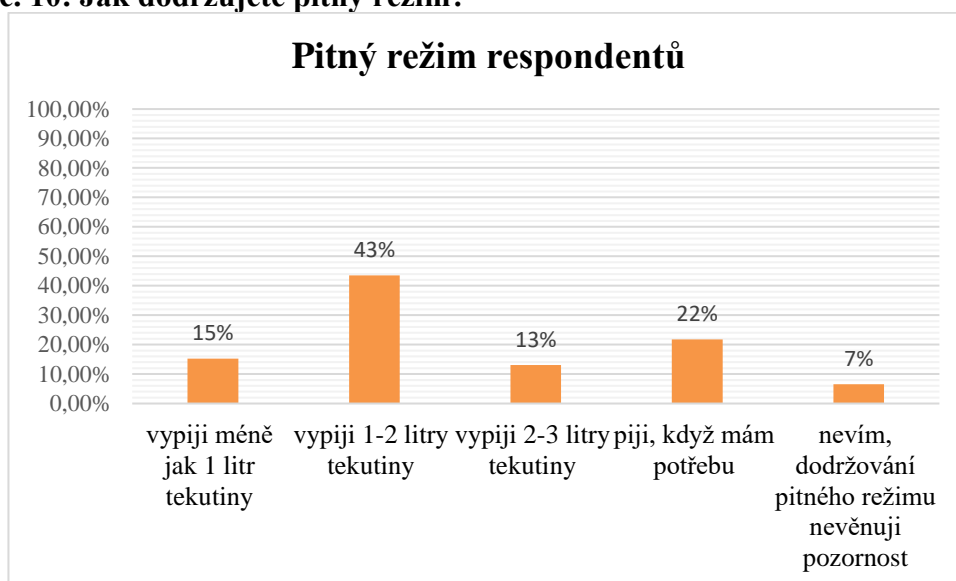
Otázka č. 9: Kolikrát během dne jíte?



Obrázek 9 Stravování respondentů během dne

Z výsledků uvedených na grafu (obrázku č. 9) bylo zjištěno, že 22 (48 %) dotazovaných jí 3- 5x denně. Celkem 11(24 %) žáků uvedlo, že se stravuje 5-6 x denně. Možnost nedokáži posoudit uvedlo 7 (15 %) respondentů. Minimálně 2 x denně jí 6 (13 %) žáků.

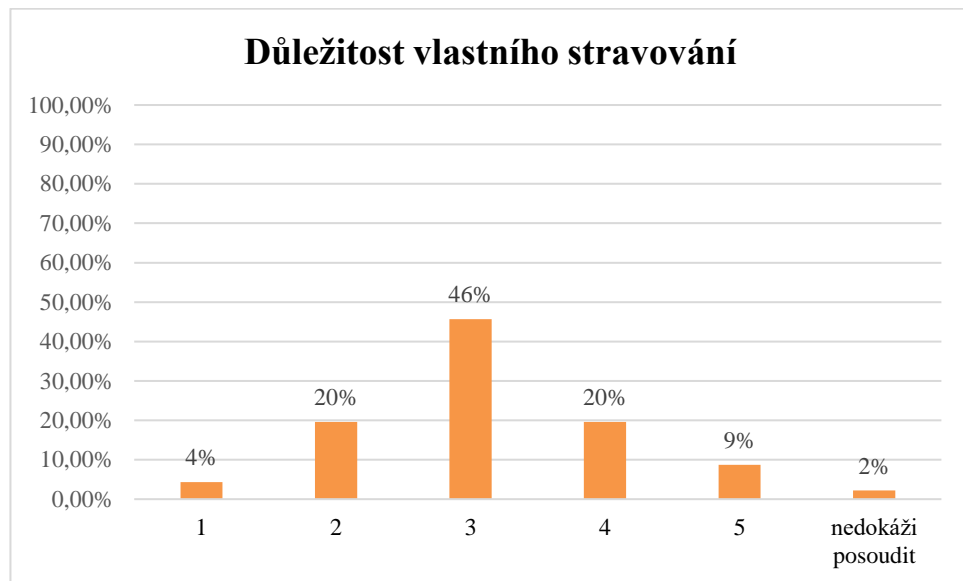
Otázka č. 10: Jak dodržujete pitný režim?



Obrázek 10 Pitný režim respondentů

Otázka č. 10 zjišťovala dodržování pitného režimu žáků. Denně vypiji 1-2 litry tekutiny uvedlo 20 (43 %) respondentů. Možnost piji, když mám potřebu zvolilo 10 (22 %) dotazovaných. Méně než 1 litr tekutiny vypije 7 (15 %) žáků. Respondenti, kteří vypijí 2-3 litry tekutiny byli zastoupeni 6 (13 %) žáky. Nejméně početnou skupinou byli dotazovaní, kteří uvedli, že neví, kolik toho vypijí, protože dodržování pitného režimu nevěnují pozornost, tuto odpověď zvolili 3 (7 %) respondenti.

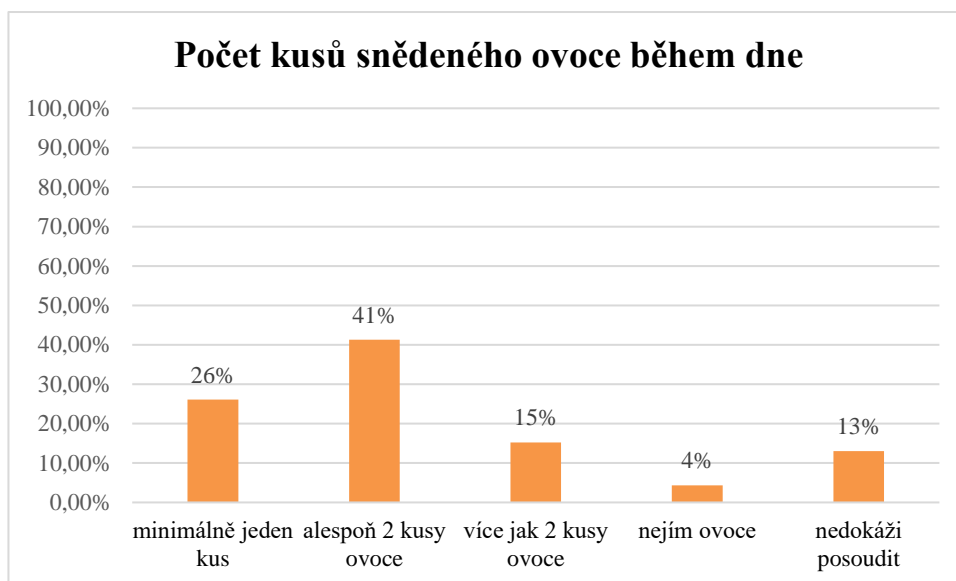
Otázka č. 11: Zakroužkujte prosím na škále, na kolik je pro vás důležité věnovat pozornost vlastnímu stravování.



Obrázek 11 Důležitost vlastního stravování

Pomocí otázky č. 11 jsem zjišťovala, na kolik je pro žáky důležité vlastní stravování. Na škále od 1 (nedůležité) do 5 (velmi důležité) měli žáci zakroužkovat číselnou hodnotu, která vyjadřovala jejich názor na důležitost věnování pozornosti vlastnímu stravování. Z obrázku č. 11 je zřejmé, že 21 (46 %) žáků zakroužkovalo na škále číslo 3. Další dvě hodnoty 2 a 4 tvořily stejně početné skupiny, které zvolil shodný počet respondentů, a to 9 (20 %) dotazovaných. Jako velmi důležité (číslo 5) vlastní stravování považují 4 (9 %) žáci. Za nedůležité (hodnota 1) své stravování zvolili 2 (4 %) respondenti. Odpověď nedokáži posoudit zvolil pouze 1 (2 %) žák.

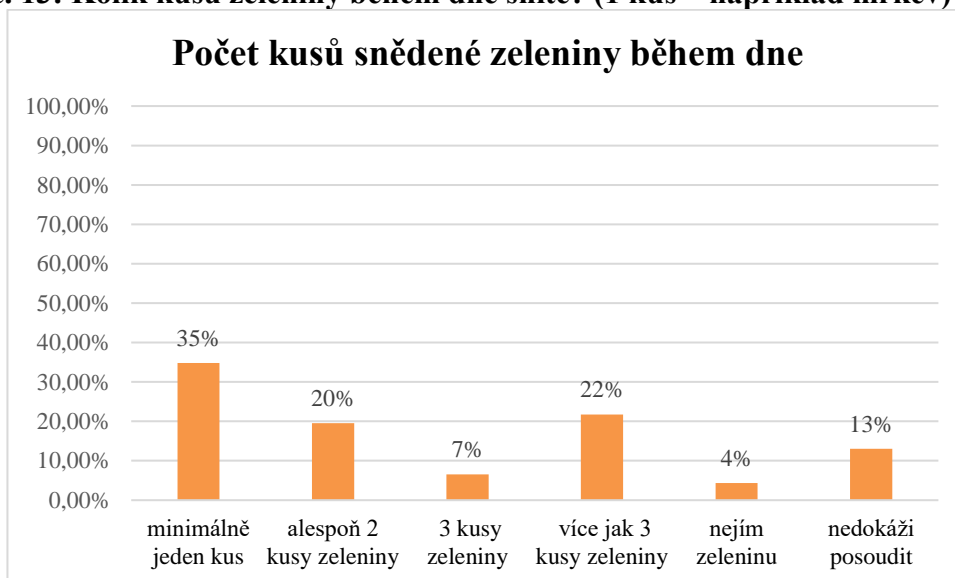
Otázka č. 12: Kolik kusů ovoce během dne sníte? (1 kus – například jablko)



Obrázek 12 Počet kusů snědeného ovoce během dne

Z grafu (obrázku 12) vyplývá, že alespoň 2 kusy ovoce během dne sní 19 (41 %) dotazovaných. Minimálně jeden kus ovoce uvedla 12 (26 %) dotazovaných a byla zastoupena 12 (26 %) žáky. Možnost více jak 2 kusy ovoce dotazovaných zastoupená 7 (15 %) žáky. Odpověď, nedokáží posoudit, uvedlo 6 (13 %) žáků. Ovoce nejí z celkového počtu 46 (100 %) respondentů 2 (4 %) žáci.

Otázka č. 13: Kolik kusů zeleniny během dne sníte? (1 kus – například mrkev)



Obrázek 13 Počet kusů snědené zeleniny během dne

Z obrázku č. 13 je možné vyčíst, že 16 (35 %) respondentů sní během dne minimálně 1 kus zeleniny. Více jak 3 kusy zeleniny sní 10 (22 %) žáků. Alespoň 2 kusy zeleniny uvedlo 9 (20 %) respondentů. Odpověď nedokáži posoudit označilo 6 (13 %) dotazovaných. Minimálně 3 kusy zeleniny zkonsumují 3 (7 %) žáci. Z celkového počtu 46 (100 %) dotazovaných zeleninu nejí 2 (4 %) respondenti.

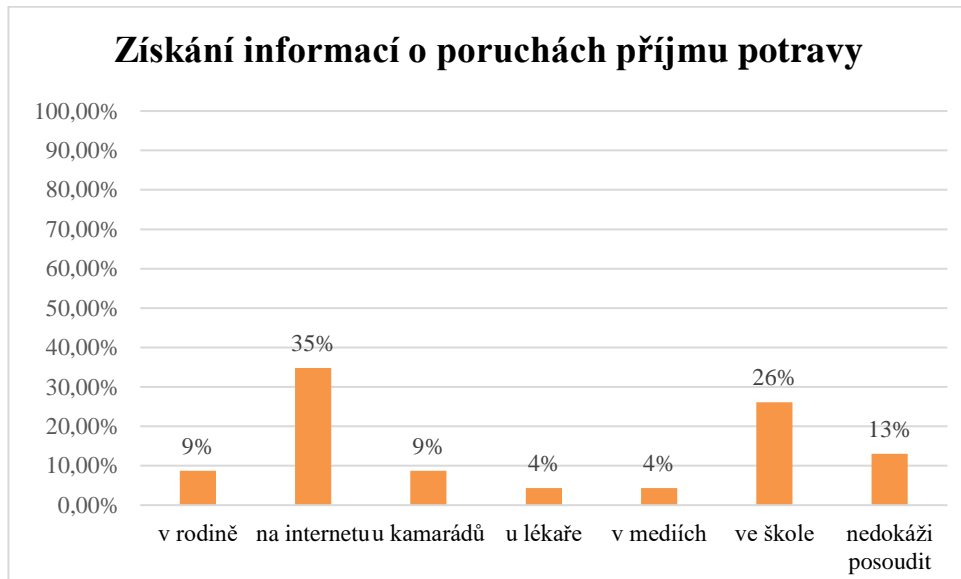
Otázka č. 14: Zkoušel/a jste někdy držet dietu?



Obrázek 14 Zkušenost s držením diety

Otázka č. 14 zjišťovala, zda žáci někdy zkusili držet dietu. Z dat zobrazených v grafu (obrázku č. 14) je patrné, že nadpoloviční většina 24 (52 %) respondentů již někdy dietu držela. Druhá skupina respondentů zastoupená 22 (48 %) žáky uvádí, že s držením diety nemá žádnou zkušenost.

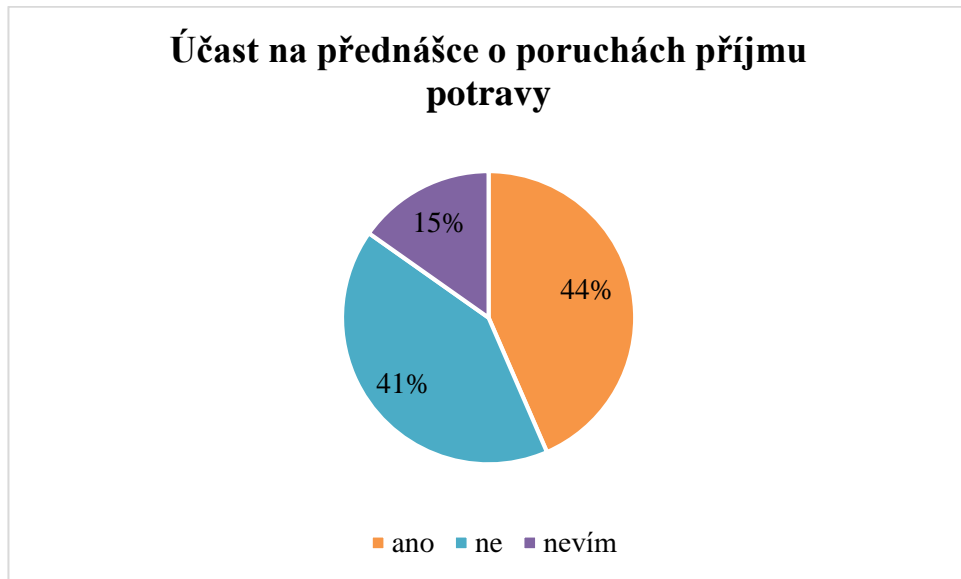
Otázka č. 15: Kde jste se setkal/a s největším množstvím informací o poruchách příjmu potravy?



Obrázek 15 Získání informací o poruchách příjmu potravy

Z obrázku č. 15 lze vyčíst, že se žáci setkali nejčastěji s informacemi o poruchách příjmu potravy na internetu, tak odpovědělo 16 (35 %) respondentů. Druhá nejčastěji zvolená možnost byla získání informací ve škole, zastoupena 12 (26 %) žáky. Původ získání informací nedokáže posoudit 6 (13 %) respondentů. O PPP se největší množství informací dozvěděli od kamarádů 4 (9 %) žáci. Taktéž 4 (9 %) žáci vybrali možnost setkání s informacemi v rodině. Odpověď získání informací u lékaře uvedli 2 (4 %) respondenti a v médiích také 2 (4 %) respondenti.

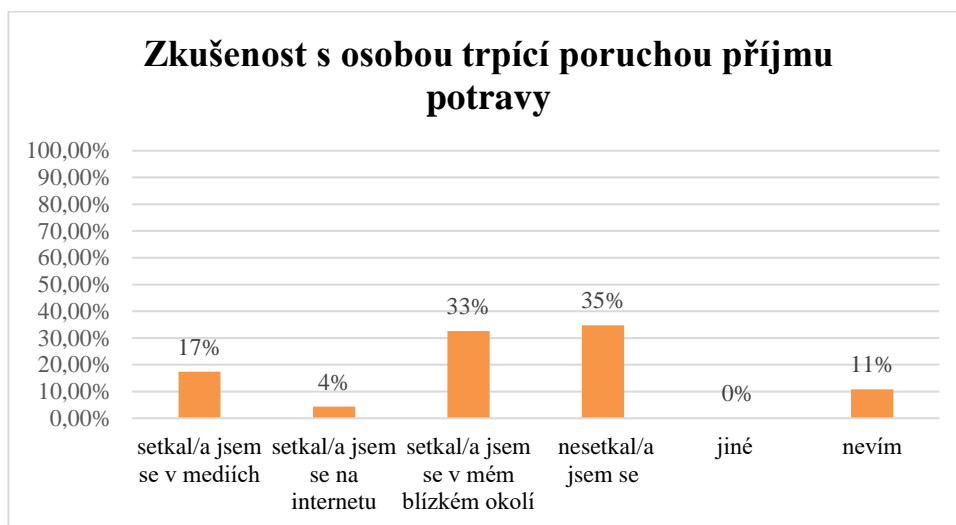
Otázka č. 16: Zúčastnil/a jste se ve škole výuky/přednášky na téma poruchy příjmu potravy?



Obrázek 16 Účast na přednášce o poruchách příjmu potravy

Graf (obrázek č. 16) znázorňuje účast respondentů na výuce či přednášce na téma PPP. Svou účast ve výuce či přednášce týkající se PPP potvrdilo 20 (44 %) dotazovaných. Neúčast udává 19 (41 %) žáků. Možnost nevím vybralo 7 (15 %) respondentů.

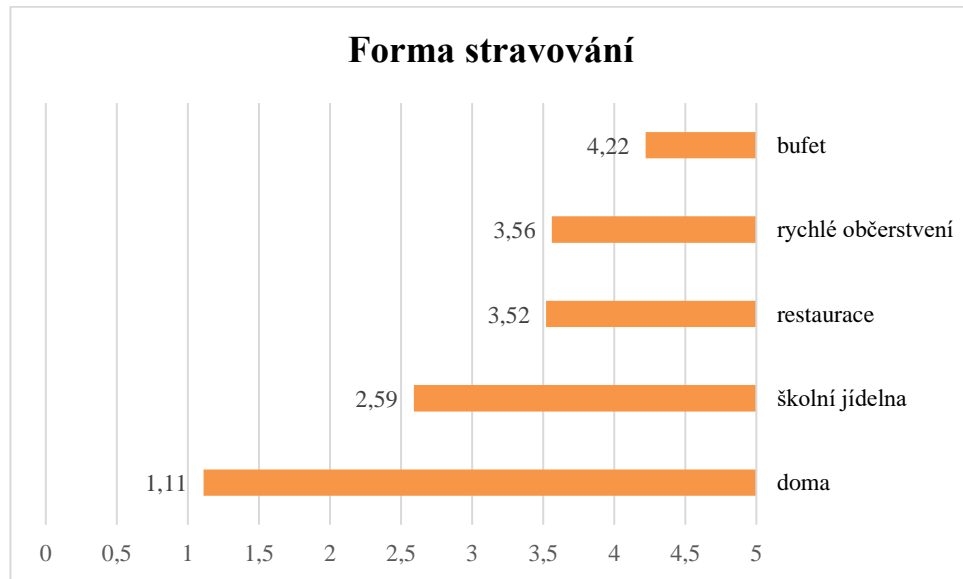
Otázka č. 17: Setkal/a jste se s osobou trpící poruchou příjmu potravy?



Obrázek 17 Zkušenost s osobou trpící poruchou příjmu potravy

Z grafu (obrázku č. 17) vyplývá, že 16 (35 %) respondentů nemá zkušenost s osobou trpící PPP. V blízkém okolí se s osobou trpící PPP setkala 15 (33 %) žáků. Možnost setkal/a jsem se v mediích zvolilo 8 (17 %) dotazovaných. Respondentů, kteří vybrali odpověď nevím, bylo 5 (11 %). Nejméně početná skupina respondentů zastoupena 2 (4 %) žáky, uvedla, že se s osobou PPP setkala/a na internetu.

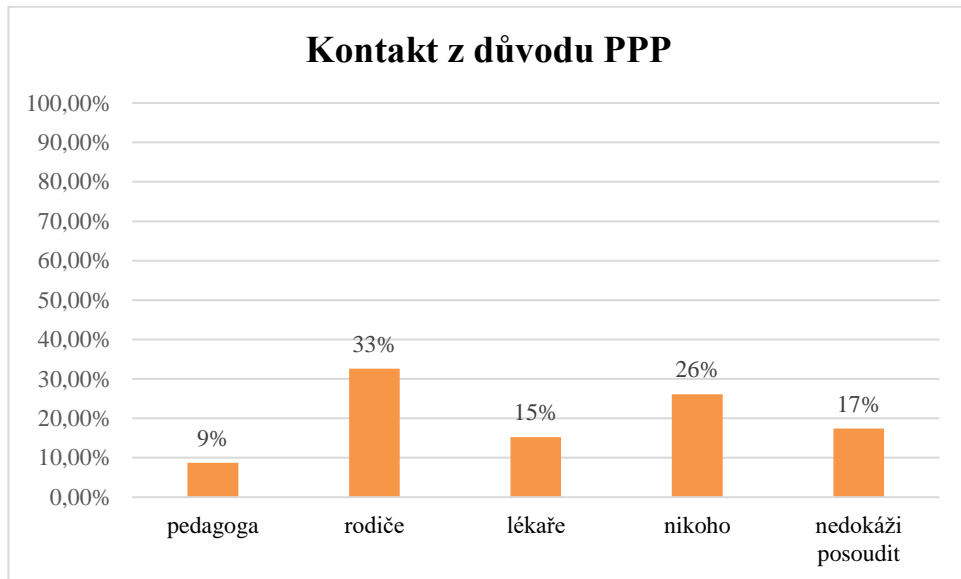
Otázka č. 18: Jakou formou se nejčastěji stravujete? Seřadte, prosím, jednotlivé odpovědi od nejčastějších po nejméně časté (očísľujte číslicemi od 1 do 5).



Obrázek 18 Forma stravování

Pro vyhodnocení otázky č. 18 jsem použila aritmetický průměr, odpověď s nejnižším aritmetickým průměrem vyjadřuje nejčastější formu stravování respondentů. Nejčastěji žáci jedí doma (1,11). Druhou nejčastější formou stravování je školní jídelna (2,59). Poté restaurace (3,52) a rychlé občerstvení (3,56). Nejméně často respondenti využívají možnost bufetu. Odpověď nedokáží posoudit uvedli 2 respondenti.

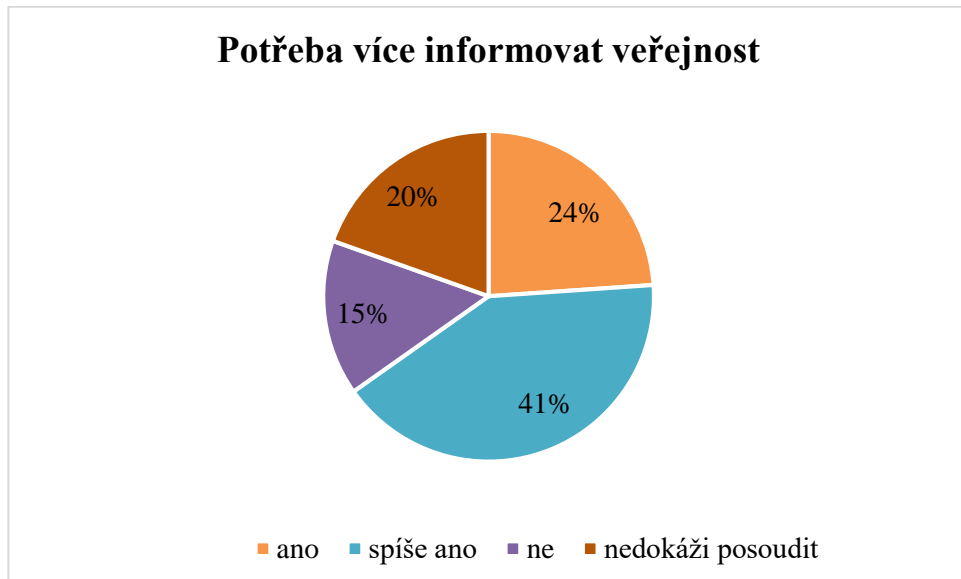
Otázka č. 19: Jestliže se setkáte s osobou trpící poruchou příjmu potravy, koho budete nejspíše kontaktovat?



Obrázek 19 Kontakt z důvodu PPP

Při setkání s osobou trpící PPP by žáci nejčastěji kontaktovali rodiče, tuto možnost uvedlo 15 (33 %) respondentů. Nikoho by nekontaktovalo 12 (26 %) respondentů. Nedokáží posoudit zvolilo 8 (17 %) dotazovaných. Lékaře by kontaktovalo 7 (15 %) žáků a na pedagoga by se obrátili 4 (9 %) žáci.

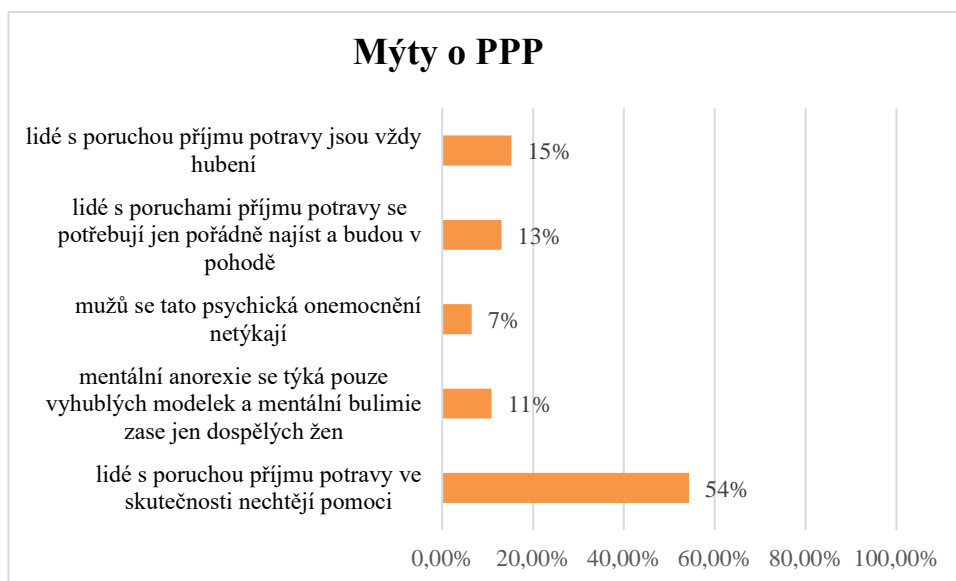
Otázka č. 20: Domníváte se, že by se o poruchách příjmu potravy mělo na veřejnosti více mluvit?



Obrázek 20 Potřeba více informovat veřejnost

Na otázku č. 20, zda by se o PPP mělo na veřejnosti více mluvit, odpovědělo 19 (41 %) žáků spíše ano. Že by se na veřejnosti o PPP mělo více mluvit, se domnívá 10 (24 %) dotazovaných. Nedokáži posoudit uvedlo 9 (20 %) žáků. O tom, že by se na veřejnosti o PPP nemělo více mluvit, je přesvědčeno 7 (15 %) respondentů.

Otázka č. 21: Co si myslíte o lidech trpících poruchou příjmu potravy?



Obrázek 21 Mýty o PPP

Otázka č. 21 zjišťovala, co si respondenti myslí o lidech, kteří trpí PPP, a ke kterým mýtům se respondenti přiklání. Z celkového počtu 46 (100 %) respondentů vybralo 19 (54 %) žáků odpověď, že lidé s PPP ve skutečnosti nechtějí pomoci. Dotazovaných, kteří si myslí, že lidé s PPP jsou vždy hubení bylo 7 (15 %). Lidé s PPP se potřebují jen pořádně najíst a budou v pohodě odpovědělo 6 (13 %) respondentů. MA se týká pouze vyhublých modelek a MB zase jen dospělých žen zvolilo 5 (11 %) respondentů. Nejméně početnou skupinu tvořili žáci, kteří byli přesvědčeni, že mužů se tato psychická onemocnění netýkají, takto odpověděli 3 (7 %) dotazovaní.

6 DISKUZE

V této části práce se budu zabývat odpověďmi na průzkumné otázky a pokusím se je porovnat s jinými pracemi stejného tématu a odbornou literaturou. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat informovanost žáků základních škol o poruchách příjmu potravy. Zjišťovala jsem povědomí žáků o PPP, pozornost žáků věnovanou vlastnímu stravování a zkušenosti respondentů s výskytem PPP.

PO 1: Jaké mají respondenti povědomí o poruchách příjmu potravy?

První průzkumná otázka se týkala celkem pěti otázek, konkrétně otázek č. 3, 4, 5, 6, a 7. Cílem bylo zjistit povědomí respondentů o PPP. Jak uvádí Kamarádová (2015, s. 101), do skupiny poruch příjmu potravy jsou v současné době řazeny dvě poruchy – mentální anorexie a mentální bulimie.

Podle publikace Krcha (2010, s. 32) byly příznaky MA zaznamenány už u dětí mladších deseti let. Nadpoloviční většina 26 (57 %) žáků zvolila, že se příznaky MA mohou nejdříve projevit kolem puberty, ve věku 11-15 let. Žáci si nedovedou správně představit období, kdy se mohou objevit příznaky MA. Jsou přesvědčeni, že se MA může objevit až kolem puberty.

Další otázka zjišťovala, jestli žáci vědí, co je to MA. Na otázku správně odpovědělo 31 (67 %) respondentů. V diplomové práci Alžběty Blahové (2010, s. 60) určilo správnou definici MA 55 (53,92 %) respondentů. Z toho vyplývá, že žáci, kteří se zúčastnili mého průzkumu ukázaly lepší znalosti týkající znalosti pojmu MA. Z mého šetření dále vyplynulo, že 3/4 dotazovaných má povědomí o tom, co je MB. Z celkového počtu 46 žáků zvolilo správnou odpověď 35 (76 %) žáků. Jen 7 respondentů zaměnilo příznaky MB s MA. Alžběta Blahová (2010, s. 63) ve své práci uvádí, že 41 (40,20 %) žáků definovalo pojem MB správně. I v této otázce žáci školy, ve které jsem uskutečnila průzkum, získali lepší výsledky.

Papežová (2010) uvádí, že nejčastější věk vzniku MA je 15-19 let. Více jak polovina, 24 (52 %) respondentů, zná nejčastější věk vzniku MA. Menší část dotazovaných si myslí, že se jedná o věk 10-14 let. K podobným závěrům došla i Petra Machová (2017, s. 65), že se MA nejčastěji objevuje u osob procházejícím dospíváním, mezi 10. a 20. rokem života.

Povědomí žáků týkající se vlivu pohlaví na onemocnění PPP dopadlo velmi dobře. Většina respondentů 41 (87 %) si myslí, že MA a MB častěji onemocní ženy. Jen 5 (11 %) žáků uvedlo, že onemocní ženy i muži stejně často.

PO 2: Jakou pozornost respondenti věnují vlastnímu stravování?

Druhá průzkumná otázka byla vypracována na základě otázek č. 8, 9, 10, 11, 12, 13, a 14. Účelem bylo zjistit, jakou pozornost respondenti věnují vlastnímu stravování. V průzkumu Alžběty Bláhové (2010, s. 50) vždy snídá 59,81 % žáků, nesnídá 7,84 % dozovaných. Hana Dupalová (2014, s. 36) uvádí, že pravidelně snídá 90 (45 %) žáků a nesnídá 20 (10 %) žáků. Výsledky mého průzkumu se liší od dvou předešlých. Pravidelně snídá pouze 11 (20 %) žáků, zásadně nesnídá 6 (13 %) žáků. Můj průzkum ukázal, že pravidelné snídání dodržuje jen 1/5 žáků, většina žáků nedodržuje zásady správného stravování, což hodnotím jako rizikové, protože obzvláště u adolescentů je pravidelné snídání důležité.

Při zjišťování důležitosti vlastního stravování zakroužkovalo 21 (46 %) žáků na škále číslo 3. Jako velmi důležité vlastní stravování považují 4 (9 %) žáci. Dále bylo zjišťováno kolikrát denně žáci jedí. Kateřina Strnadová (2009, s. 75) uvádí, že 2x denně jedí 3 žáci. Podobný výsledek vyšel i v mém průzkumu, minimálně 2x denně jí 6 žáků. V průzkumu Strnadové nejčastěji jedí žáci 4x denně, odpovědělo tak 26 žáků (39,40 %). Z mého šetření vyplynulo, že nejčastěji žáci jedí 3 -5x denně a uvedlo tak 22 (48 %) žáků.

Hana Dupalová (2014, s. 63) zjišťovala, jakým způsobem žáci získávají svačiny. Nejvíce děti mělo svačinu připravenou z domova (78,5 %), žáci si také často kupovali svačinu z bufetu a automatu (12,5 %). V porovnání s mým dotazníkem, ve kterém jsem zjišťovala nejčastější formu stravování žáků. Nejčastěji se žáci stravují doma, druhou nejčastější formou stravování je školní jídelna a nejméně často žáci využívají možnosti školního bufetu.

Výsledky průzkumu uskutečněného v rámci této práce ukazují, že méně jak 1 litr vypije 7 (15 %) žáků, 1-2 litry vypité tekutiny uvedlo 20 (43 %) respondentů a 2-3 litry vypije 6 žáků (13 %). Podobné výsledky uvádí ve svém průzkumu i Kateřina Strnadová (2009, s.73). Méně než 1 litr za den vypije 15 (22,73 %) dotazovaných, 1,5 litru vypije 17 (25,76 %) žáků a 13 (19,70 %) respondentů vypije více jak 2 l.

Zkušenost s držením diety uvedlo 24 (54 %) žáků, 22 (48 %) žáků žádnou dietu nikdy nedrželo. Výsledky se liší ve srovnání s průzkumem Lucie Ablové (2017, s. 61), která uvádí, že dietu drží 11 % žáků a 89 % žádnou dietu neuvádělo. Žáci, kteří se zúčastnili mého šetření, mají větší zkušenost s držením diety.

Podle Astla (2009, s. 14) by se denně mělo sníst pět čerstvých kusů zeleniny a tři kusy ovoce. Dotazníkové šetření v rámci této práce ukázalo, že více jak tři kusy zeleniny zkonsumuje 10 (22 %) žáků. Otázkou mapující denní počet snědeného ovoce bylo zjištěno, že 7 (15 %) dotazovaných sní denně více jak dva kusy ovoce. Výsledky ukazují, že předepsané množství zeleniny a ovoce nedodrží žádný z žáků, přesto považují tuto konzumaci za dostačující.

PO 3: Jaké mají respondenti zkušenosti s výskytem poruch příjmů potravy?

Třetí průzkumná otázka se týkala otázek 15, 16, 17, 18, 19, 20 a 21. Cílem bylo zjistit zkušenosti žáků s výskytem PPP. Největší množství informací o PPP získali žáci z internetu, jak uvádí 16 (35 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla škola, kterou zvolilo 12 (26 %) respondentů, pořadí zdrojů informací se shoduje s pořadím zdrojů v průzkumu Hany Malé (2009, s. 65), která zjistila, že nejčastějším zdrojem informací jsou masmédiá (televize, rádio, internet 73,08 %, na druhém místě poté školní výuka s procentním zastoupením 57,69 %.

Petra Machová (2017, s. 40) ve své bakalářské práci udává, že přednášky na téma PPP se zúčastnilo 38 (62,30 %) respondentů. Z mého šetření je zřejmé, že přednášky/výuky týkající se PPP se zúčastnilo 20 (44 %) respondentů. Z výsledků průzkumu lze vyčíst, že ve škole, ve které jsem prováděla dotazníkové šetření, byla menší účast na přednášce/výuce týkající se PPP.

Kateřina Semotánová (2010, s. 65) v diplomové práci zmiňuje, že 26,3 % žáků se již setkala s poruchami příjmu potravy. Ve svém průzkumu jsem zjišťovala, zda se respondenti setkali s osobou trpící PPP. V blízkém okolí se s osobou trpící PPP setkalo 15 (33 %) žáků.

Lucie Horáková (2017, s. 47) uvádí, že na otázku, zda by žáci věděli, jak se pokusit pomoci člověku trpícímu PPP, mezi nejčastější uvedené způsoby pomoci patřily následující: „Řekla bych mu, ať navštíví doktora či odborníka. Poslala bych ho k psychologovi. Řekla bych to dospělému nebo rodičům. Promluvila bych s ním. Poskytla bych mu psychickou podporu.“ V mém šetření by žáci nejčastěji kontaktovali rodiče (33 %), poté lékaře 7 (15 %) a na posledním místě pedagoga, kterého uvedli 4 (9 %) dotazovaní. Tento výsledek se shoduje s výsledkem průzkumu Petry Machové (2017, s. 55), ve kterém by pouze 2 (2,28 %) žáci kontaktovali učitele.

Na veřejnosti by se o PPP mělo více mluvit, to se domnívá 10 (24 %) dotazovaných. Odpověď spíše ano zvolilo 19 (41 %) žáků. Žáci cítí potřebu osvěty v oblasti PPP. Poslední otázka se věnovala mýtům a omylům o PPP. Většina žáků se přiklání k mýtu, že lidé s PPP ve skutečnosti nechtějí pomoci. Tato odpověď byla vybrána 19 (54 %) respondenty.

7 ZÁVĚR

Tato práce byla zaměřena na prevenci poruch příjmu potravy u žáků základních škol. Teoretická část se věnovala prevenci, PPP a vývojové psychologii v období dospívání. Průzkum byl proveden pomocí kvantitativního šetření a mapoval informovanost žáků 8. a 9. třídy o PPP. Dále bylo pomocí dotazníkového šetření zjišťováno vlastní stravování žáků a zkušenosti žáků s výskytem PPP.

Průzkumné otázky byly zodpovězeny a cíle bylo dosaženo. Pomocí průzkumu bylo zjištěno, že žáci mají dobré povědomí o poruchách příjmu potravy. Žáci znají pojmy a příznaky mentální anorexie a mentální bulimie. Pouze 7 žáků zaměnilo příznaky těchto onemocnění. Z průzkumu je patrné, že mají respondenti dobré znalosti o tom, jaký je nejčastější věk MA, a které pohlaví je onemocněním PPP více ohroženo. Horší představu mají žáci o tom, kdy MA může propuknout. Dotazovaní jsou přesvědčeni, že příznaky MA se mohou objevit až kolem puberty. Bylo by vhodné více informovat žáky o tom, že PPP mohou propuknout v daleko nižším věku. Při zjišťování vlastního stravování žáků mě překvapilo, že pravidelně snídá jen malé množství z nich. Z celkového množství 46 respondentů pravidelné snídání dodržuje pouze 11 respondentů. Jako nejčastější formu stravování uvedli žáci stravování doma, což se dalo předpokládat. Necelá polovina dotazovaných (43 %) denně vypije 1-2 litry, což hodnotím kladně, žáci vypijí přijatelné množství tekutin. Žáci mají značné zkušenosti s držetím diet, což je v období dospívání škodlivé. Především v období dospívání je důležitá pestrá a vyvážená strava, která obsahuje všechny základní složky potravy. Ovoce a zeleninu žáci konzumují v optimálním množství. Školu žáci uvedli, jako druhý nejčastější zdroj pro získání informací o PPP. Více jak třetina žáků se s poruchami příjmu potravy setkala ve svém blízkém okolí. Při setkání s osobou trpící PPP by žáci nejčastěji kontaktovali rodiče. Žáci jsou přesvědčeni, že je o PPP potřebné na veřejnosti více mluvit. Zároveň žáci nejčastěji volili mýtus, že lidé s PPP většinou nechtějí pomoci. Z toho vyplývá, že i přesto, že jsou žáci dostatečně informováni o těchto chorobách, osvěta a prevence je stále potřebná a důležitá.

Jako nedostatek této práce hodnotím, že byl průzkum proveden pouze na jedné základní škole a účastnil se ho malý počet respondentů. Zpracování této práce mě obohatilo o vědomosti týkající se poruch příjmu potravy. Tato práce pro mě byla velmi přínosná a přála bych si, aby byla práce přínosem i pro všechny, kteří se o téma PPP zajímají.

8 POUŽITÁ LITERATURA

ASTL, Jaromír, Eliška ASTLOVÁ a Eva MARKOVÁ. Jak jíst a udržet si zdraví: Aneb vyvážený zdravý životní styl pro každý den. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-175-2.

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

COOPER, Peter James. Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0706-1.

FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 987-80-246-2160-9.

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

GALOVÁ, Kristýna. *Mýty a omyly* [online]. Brno: Anabell, o. p. s, 2013, 22 [cit. 2019-04-28].

Dostupné

z:

http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/myty-a-omyly.pdf.

GEISLEROVÁ, Eli. Mít přehled: průvodce informačními a poradenskými službami pro mládež v ČR. Praha: Národní institut dětí a mládeže Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, 2012. ISBN 9788087449028.

HAINER, Vojtěch. Základy klinické obezitologie. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.

HOSÁK, Ladislav, Jan a Michal HRDLIČKA. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

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

KOZEL, Roman, Lenka MLYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. Moderní metody a techniky marketingového výzkumu. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3527-6.

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

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KUKLA, Lubomír. Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.
- LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. Suicidialita u psychických poruch. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9.
- LOUČKOVÁ, Ivana. Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-86429-79-3.
- MIDDLETON, Dr. Kate a Dr. Jane SMITH. První kroky z poruchy příjmu potravy. Uhřetěpe: Doron, 2013. 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.
- NOVÁK, Tomáš. Mnohem menší dareba, než jste čekali. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5069-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada, 2010. 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.
- PROCHÁZKA, Roman, Jan ŠMAHAJ, Marek KOLAŘÍK a Martin LEČBYCH. Teorie a praxe poradenské psychologie. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4451-3.
- PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ. Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, které jste se báli zeptat. Libčice nad Vltavou: Pasparta Publishing, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.
- ŘEZÁNKOVÁ, Hana. Analýza dat z dotazníkových šetření. 2. vyd. Praha: Professional Publishing, 2010. ISBN 978-80-7431-019-5.
- THOROVÁ, Kateřina. Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

Ablová, Lucie. Poruchy příjmu potravy z pohledu rizikových skupin dětí [online]. Brno, 2017 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z https://is.muni.cz/th/tkte6/Bakalarka_2017-Lucie_Ablova.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta.

Bláhová, Alžběta. Poruchy příjmu potravy [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: https://theses.cz/id/pnfq65/Poruchy_pjmu_potravy_-_Albta_Blahov.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta.

Dupalová, Hana. Stravování žáků 2. stupně v rámci školy a školní jídelny [online]. Brno, 2014 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z https://is.muni.cz/th/ylbc6/bc_work_last_version.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta.

Horáková, Lucie. Informovanost žáků 2. stupně základních škol v okrese Blansko o poruchách příjmu potravy [online]. Brno, 2017 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/gqc5t/Bakalarska_prace_Lucie_Horakova.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta.

Machová, Petra. Problematika mentální anorexie v období dospívání [online]. Pardubice, 2017 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z https://portal.upce.cz/StagPortletsJSR168/PagesDispatcherServlet?pp_destElement=%23ssSouboryStudentuDivId_1511&pp_locale=cs&pp_reqType=render&pp_portlet=souboryStudentuPagesPortlet&pp_page=souboryStudentuDownloadPage&pp_nameSpace=G4975&soubidno=51821 Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

Malá, Hana. Poruchy příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii [online]. Brno, 2009 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/g0xfm/Bc_prace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta.

Semotánová, Kateřina. Poruchy příjmu potravy u pubescentů [online]. České Budějovice, 2009 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: https://theses.cz/id/sjei5j/downloadPraceContent_adipIdno_10525. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta.

Strnadová, Kateřina. Zdravý životní styl žáků na II. stupni základní školy [online]. Brno, 2009 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/gabim/Diplomova_prace.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta.

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 - Dotazník	65
----------------------------	----

Příloha 1 - Dotazník

Dotazník

Jmenuji se Jaroslava Vitáčková a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice Fakulty zdravotnických studií, obor Zdravotně-sociální pracovník. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit k výzkumné části mé bakalářské práce. Ráda bych zjistila informovanost žáků 8. a 9. ročníků základních škol o poruchách příjmu potravy. Dotazník je zcela anonymní, neuvádějte prosím své jméno. Vždy prosím zvolte jednu odpověď, není-li uvedeno jinak. Děkuji za váš čas a co nejpravdivější vyplnění.

1. Jaké je vaše pohlaví?
 - a) žena
 - b) muž

2. Kolik vám je let?
 - a) 13
 - b) 14
 - c) 15
 - d) 16
 - e) jiné (prosím vypište)

3. V kolika letech nejdříve se mohou objevit příznaky anorexie?
 - a) u dětí mladších 10 let
 - b) u dětí starších 10 let
 - c) kolem puberty 11–15 let
 - d) až po 18. roku

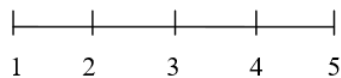
4. Mentální anorexie je:
 - a) posedlost zdravou výživou
 - b) porucha příjmu potravy týkající se vlastního přesvědčení
 - c) porucha příjmu potravy charakterizovaná strachem z tloušťky a nízkou tělesnou hmotností
 - d) porucha příjmu potravy, kterou trpí pouze modelky a baletky
 - e) porucha příjmu potravy charakterizovaná záchvaty přejídání a následně vyvoláním zvracení či jiným způsobem zbavení se snědeného jídla

5. Mentální bulimie je:
 - a) posedlost zdravou výživou
 - b) porucha příjmu potravy týkající se vlastního přesvědčení
 - c) porucha příjmu potravy charakterizovaná strachem z tloušťky a nízkou tělesnou hmotností
 - d) porucha příjmu potravy, kterou trpí pouze modelky a baletky
 - e) porucha příjmu potravy charakterizovaná záchvaty přejídání a následně vyvoláním zvracení či jiným způsobem zbavení se snědeného jídla

6. Jaký je nejčastější věk vzniku mentální anorexie?
- 10–14 let
 - 15–19 let
 - 20–24 let
7. Které pohlaví trpí častěji mentální anorexií a bulimií?
- ženy
 - muži
 - ženy i muži onemocní stejně často
8. Snídáte pravidelně každý den?
- ano
 - částečně ano
 - většinou nesnídám
 - zásadně nesnídám
 - nedokáži posoudit
9. Kolikrát během dne jíte?
- minimálně 2 x denně
 - 3-4 x denně
 - 5-6 x denně
 - nedokáži posoudit
10. Jak dodržujete pitný režim?
- vypiji méně jak 1 litr tekutiny
 - vypiji 1-2 litry tekutiny
 - vypiji 2-3 litry tekutiny
 - piji, když mám potřebu
 - nevím, dodržování pitného režimu nevěnuji pozornost
11. Zakroužkujte prosím na škále, na kolik je pro vás důležité věnovat pozornost vlastnímu stravování.

nedůležité

velmi důležité



- nedokáži posoudit

12. Kolik kusů ovoce během dne sníte? (1 kus – například jablko)
- minimálně jeden kus
 - alespoň 2 kusy ovoce
 - více jak 2 kusy ovoce
 - nejím ovoce
 - nedokáži posoudit

13. Kolik kusů zeleniny během dne sníte? (1 kus – například mrkev)
- a) minimálně jeden kus
 - b) alespoň 2 kusy zeleniny
 - c) 3 kusy zeleniny
 - d) více jak 3 kusy zeleniny
 - e) nejím zeleninu
 - f) nedokáži posoudit
14. Zkoušel/a jste někdy držet dietu?
- a) ano
 - b) ne
15. Kde jste se setkal/a s největším množstvím informací o poruchách příjmu potravy?
- a) v rodině
 - b) na internetu
 - c) u kamarádů
 - d) u lékaře
 - e) v médiích
 - f) ve škole
 - g) nedokáži posoudit
16. Zúčastnil/a jste se ve škole výuky/přednášky na téma poruchy příjmu potravy?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
17. Setkal/a jste se s osobou trpící poruchou příjmu potravy?
- a) setkal/a jsem se v médiích
 - b) setkal/a jsem se na internetu
 - c) setkal/a jsem se v mém blízkém okolí
 - d) neseťkal/a jsem se
 - e) jiné (prosím vypište)
 - f) nevím
18. Jakou formou se nejčastěji stravujete? Seřad'te, prosím, jednotlivé odpovědi od nejčastějších po nejméně časté (očísľujte číslicemi od 1 do 5).
- a) doma
 - b) bufet
 - c) školní jídelna
 - d) rychlé občerstvení
 - e) restaurace
 - f) nedokáži posoudit
19. Jestliže se setkáte s osobou trpící poruchou příjmu potravy, koho budete nejspíše kontaktovat?
- a) pedagoga
 - b) rodiče
 - c) lékaře
 - d) nikoho

e) nedokáží posoudit

20. Domníváte se, že by se o poruchách příjmů potravy mělo na veřejnosti více mluvit?

a) ano

b) spíše ano

c) ne

d) nedokáží posoudit

21. Co si myslíte o lidech trpících poruchou příjmu potravy?

a) lidé s poruchou příjmu potravy ve skutečnosti nechtějí pomoci

b) mentální anorexie se týká pouze vyhublých modelek a mentální bulimie zase jen dospělých žen

c) mužů se tato psychická onemocnění netýkají

d) lidé s poruchami příjmu potravy se potřebují jen pořádně najíst a budou v pohodě

e) lidé s poruchou příjmu potravy jsou vždy hubení