

Rozdíly ve výskytu poruch příjmu potravy u studentů Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně

Veronika Pavlíková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika PAVLÍKOVÁ**

Osobní číslo: **H09644**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Rozdíly ve výskytu poruch příjmu potravy u studentů
Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve
Zlíně**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti problematiky poruch příjmu potravy.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

COOPER, John. **Mentální bulimie a záchvatovité přejídání, jak se uzdravit.** Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

Chráska, Miroslav. **Metody pedagogického výzkumu.** Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

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

KRCH, František David a Ivana MÁLKOVÁ. **SOS nadváha, průvodce úskalím diet a životního stylu.** Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0.

LORRAINE, C. L. **Strach z jídla.** Rožumberok, 2006. ISBN 80-89191-53-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Růžičková
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. května 2013

Ve Zlíně dne 19. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 8.3.2013.....

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá vysvětlením pojmu poruchy příjmu potravy, mentální anorexii a bulimií, historií mentální anorexie a bulimie, dále jsou zde zmíněny nespecifické a atypické poruchy příjmu potravy, faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy, léčba, důsledky a prevence.

Jak říká název, praktická část zjišťuje rozdíly ve výskytu poruch příjmu potravy u studentů Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně a současně se zabývá i úrovní prevence poruch příjmu potravy na těchto školách.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, syndrom nočního přejídání, obezita, prevence, léčba

ABSTRACT

This thesis deals with the theoretical explanation of the concept of eating disorders, anorexia nervosa and bulimia, a history of anorexia nervosa and bulimia, are also mentioned non-specific and atypical eating disorders, the factors influencing the emergence of eating disorders, treatment, consequences and prevention.

As the name says, the practical part identifies the differences in re-occurrence of eating disorders among students TGM Grammar and Secondary Medical School in Zlín and deals with levels and prevention of eating disorders in those schools.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating syndrom Night, obesity, prevention, treatment

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Martině Růžičkové za odborné vedení bakalářské práce a konzultace. Dále bych chtěla poděkovat i všem studentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu a byli ochotni mi poskytnout informace vyplněním anonymního dotazníku.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VYMEZENÍ POJMU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	13
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	14
1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0).....	14
1.1.2 Specifické typy mentální anorexie	15
1.1.3 Historie mentální anorexie	15
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	17
1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2).....	18
1.2.2 Specifické typy mentální bulimie.....	19
1.2.3 Historie mentální bulimie.....	19
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U MUŽSKÉHO POHLAVÍ.....	20
3 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	21
3.1 SYNDROM NOČNÍHO PŘEJÍDÁNÍ.....	21
3.2 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ.....	23
3.3 OBEZITA	23
4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	25
4.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY	26
4.2 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI.....	26
4.3 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY	27
4.4 RODINNÉ PROSTŘEDÍ.....	27
5 ZPŮSOBY LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	29
5.1 AMBULANTNÍ LÉKAŘSKÁ PÉČE.....	29
5.2 HOSPITALIZACE.....	29
5.3 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE	30
5.4 INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE	31
5.5 FARMAKOTERAPIE	31

5.6	SVĚPOMOCNÉ SKUPINY	32
6	DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	32
6.1	ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY	32
6.2	PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY	33
7	PREVENCE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST	36
8	VÝZKUM.....	37
9	VÝZKUMY VÝSKYTU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	37
9.1	VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V PRŮBĚHU LET VE SVĚTOVÉM MĚŘÍTKU	37
9.1.1	Výskyt mentální anorexie.....	37
9.1.2	Výskyt mentální bulimie	38
9.2	VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČESKÉ REPUBLICĚ	39
10	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	40
10.1	OBECNÉ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
10.2	ROZVEDENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU DO DÍLČÍCH OTÁZEK	41
11	CÍL VÝZKUMU	41
12	DRUH VÝZKUMU	41
13	STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	41
14	ZÁKLADNÍ SOUBOR A VÝZKUMNÝ VZOREK.....	42
15	VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	42
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	63
	SEZNAM GRAFŮ	64
	SEZNAM PŘÍLOH.....	65

ÚVOD

V dnešní době, kdy život celé lidské populace ve značné míře ovládají média, je kladen až příliš velký důraz na náš vzhled. Ať už z časopisů, internetu, rádií, či billboardů se na nás usmívá ne jedna modelka s „dokonalým tělem“, či jsou nám všemožnými způsoby nabízeny prostředky na hubnutí. Jelikož ve snaze prosadit se ve světě módy, show businessu, nebo prodeje jsou lidé schopni udělat opravdu cokoli, a to aniž by se zamýšleli nad tím, jaký dopad mohou mít jejich činy na celou společnost, obzvláště pak na dospívající mládež. Protože kdo víc si zakládá na svém vzhledu než mladí lidé? Především tedy dívky, které touží vypadat hezky, aby se líbily opačnému pohlaví. Bohužel si ale, v důsledku výše uvedených tlaků společnosti a médií, myslí většina z nich, že vypadat hezky rovná se být hubená, a tak ve snaze snížit svoji váhu drží často různé diety a hladovky, od kterých je ale jen velmi malý krůček k poruchám příjmu potravy, kdy se z „nevinného“ hubnutí stává doslova posedlost.

Právě z tohoto důvodu jsem si jako téma mé bakalářské práce zvolila poruchy příjmu potravy. Jelikož si myslím, že se v poslední době na tento patologický jev hodně zapomíná. Jen někdy se objeví zpráva v novinách, či na internetu o úmrtí v důsledku mentální anorexie, či článek ze života napsaný osobou, která sama trpěla některou z poruch příjmu potravy. Protože jsem sama měla možnost, v době mého studia na střední škole, setkat se s mentální anorexií a mentální bulimií, a to prostřednictvím třech nejmenovaných dívek, vím, kam až může toto onemocnění zajít a do jak vysoké míry dokáže člověka zničit. Proto tedy zastávám názor, že by se neměla upouštět pozornost od této problematiky, ba naopak by se o ní mělo více mluvit a především bychom měli směřovat náš zájem k vytváření dostatečné prevence vzniku poruch příjmu potravy, která, podle mého názoru, je na velmi nízké úrovni.

Jako výzkumný vzorek pro moji práci jsem si stanovila studenty druhého ročníku Střední zdravotnické školy a Gymnázia T. G. M. ve Zlíně. Záměrně jsem volila studenty druhých ročníků, jelikož, podle mého názoru, je právě tento ročník na střední škole pro mnoho studentů tím stěžejním, neboť jsou ve věku mezi šestnácti a sedmnácti lety, kdy většina z nich navštěvuje diskotéky, zábavy a jiné veřejné akce za účelem seznámení se s opačným pohlavím, přičemž je pro ně, ve většině případů, velmi důležitý vzhled.

Dále jsem si vybrala tyto dvě školy, abych zjistila, jestli má studium na zdravotnické škole vliv na její studenty, co se týče pohledu na své tělo a vzniku poruch příjmu potravy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění postihující především dospívající dívky a mladé ženy (Krch, 1999).

Poruchy příjmu potravy se také charakterizují jako patologická změna postoje k vlastnímu tělu, která je provázena neadekvátním hodnocením tělesných proporcí a hmotnosti. Víceméně snad neexistuje ve společnosti člověk, který by nehodnotil své tělo, je však důležité, aby vnímání sebe samotného bylo objektivní a odpovídající skutečnosti, což ale v rámci poruch příjmu potravy není možné (Vágnerová, 1999, s. 230).

Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy jsou zařazovány mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB), které, ač se mohou zdát odlišné, mají mnoho společných znaků, jako jsou např. strach z tloušťky, nadměrné pozorování vlastního těla, a s ním spojená častá kontrola hmotnosti, přemíra cvičení aj. K jejich odlišení pak dochází volbou metod, jejichž prostřednictvím se jedinci snaží dosáhnout maximální hubenosti, a následně pak i hmotností, kdy v případě mentální anorexie je tato velmi nízká, a tudíž rozeznatelná „pouhým okem“, zatímco u mentální bulimie bývá hmotnost mnohdy běžná, odpovídající stavbě těla, či věku dané osoby (Krch, 2005, s. 15).

V mnoha případech však dochází k vzájemnému prolínání MA a MB, či spíše k přechodu od jedné poruchy ke druhé. Krch (2005, s. 16) uvádí, že asi u jedné třetiny nemocných mentální anorexií dochází postupně k rozvoji mentální bulimie s normální tělesnou hmotností. Podle autorů jiných (Russell, 1985; Hsu, 1990) uvádí až padesát procent bulimiček ve své anamnéze MA a cca polovina anorektiček (Cooper, 1995) pravidelně ztrácí kontrolu nad jídlem a přejídá se (Russell, 1985; Hsu, 1990; Cooper, 1995 cit. podle Krch, 2005, s. 16).

„Bulimie a anorexie jsou něčím víc než jen módními slovy. Jsou to dvě onemocnění fyzické, psychické a emocionální stránky člověka a týkají se mnoha lidí, mnohem většího počtu, než bychom se domnívali. Představují nešťastné dědictví přenášené z generace na generaci, protože se doposud nenašla protilátka na tuto „rakovinu duše“ (Ladishová, 2006, str. 27).

1.1 Mentální anorexie

Slovo anorexie je řeckého původu, přičemž se skládá z předpony an (což znamená ne, bez) a ze slova orexie, které se překládá jako chuť k jídlu, snaha, či žádostivost. Celkový význam slova tedy chápeme jako snížený nebo scházející popud pro příjem potravy (Leibold, 1995, s. 44).

Mentální anorexie je onemocnění, pro které je typické odmítání jídla a dramatický úbytek tělesné hmotnosti, pacientky postupně nabývají typického mrtvolného vzhledu, přestože ony považují sebe samy za tlusté (Ladishová, 2006).

Mentální anorexie je především strach z tloušťky a jídla a může mít různé podoby. Jako strach z nekonečného přibývání na váze, strach ze sladkostí, strach snídat, strach víc jíst, nebo strach mít plný žaludek. Avšak jako každý jiný strach, roste i strach z tloušťky přímo úměrně s pozorností, která je mu věnována, a s kroky, o které se před ním ustupuje. Což znamená, že, když se jedinec ze strachu z tloušťky nenají, má následně větší hlad, tudíž i více myslí na jídlo, ale současně se i více bojí o svoji váhu (Krch, 2002, s. 32).

Termín anorexie může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství, nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Naopak u některých pacientů je omezování se v jídle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo, kdy na něj myslí, sbírají různé recepty, dokonce i rádi vaří apod., a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Měli bychom vědět, že anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že nemají chuť k jídlu, ale proto, že nechtějí jíst, přičemž jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k vlastnímu tělu, k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce (Krch, 2005, s. 16).

1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

- anorektičtí jedinci si udržují tělesnou hmotnost cca 15% pod běžnou úroveň jim odpovídající váhy, nebo BMI 17,5 (kg/ m²) a nižší, přičemž u prepubertálních pacientů nedochází k očekávanému zvyšování hmotnosti během růstu
- nemocní se vyhýbají jídlům, po kterých by mohlo docházet k příbytku váhy, užívají např. laxativa, diuretika, nebo nadměrně cvičí s cílem co nejvíce snížit svoji hmotnost

- neustále přetrvává strach z tloušťky a zvyšování hmotnosti, v jehož důsledku si pacienti vytvářejí mylné představy o vlastním těle a stanovují si tak stále nižší hranice svojí tělesné hmotnosti

- rozsáhlá endokrinní porucha se u žen projevuje ztrátou menstruace, nebo v ojedinělých případech vzniká děložní krvácení u anorektiček užívajících náhradní hormonální léčbu v podobě antikoncepce, či jiné, u anorektických mužů pak dochází ke ztrátě zájmu o sex a vzniku potence

- pokud onemocnění začne před pubertou, opožd'ují se pubertální projevy, nebo mohou být i zastaveny, což znamená, že dívkám se nevyvíjejí prsa a nedostaví se první menstruace, u chlapců zůstávají dětské genitálie, ale po uzdravení dochází k běžnému dokončení puberty

(Krch, 2005, s. 16).

1.1.2 Specifické typy mentální anorexie

V případě mentální anorexie rozlišujeme dva typy. Jedná se o:

- **Nebulimický (restriktivní) typ-** v průběhu mentální anorexie nedochází u nemocných k opakovaným záchvatům přejídání
- **Bulimický (purgativní) typ-** během mentální anorexie dochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání, léčba tohoto typu mentální anorexie je obtížnější, neboť pacienti bývají často závislí na alkoholu, či drogách, což vyžaduje odlišnou terapii a často je nutná hospitalizace

(Krch, 2005, s. 17)

1.1.3 Historie mentální anorexie

Termín mentální anorexie (anorexia nervosa) implikuje, že porucha vzniká z neurotické ztráty chuti k jídlu. Odkazy na termín „anorexia“ lze najít už ve starověkých lékařských pramenech.

V antických dobách termín anorexia označoval stav nedostatečné „orexis“, to znamená celkové únavy a apatie. Galén, jedna z nejvýznamnějších postav medicíny té doby, použí-

val tento termín v užším slova smyslu jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu. Stejně jako Hippokrates, i Galén obvykle používal pojem „asitia“ (nebo „inedia“), když popisoval odmítání potravy. Tento stav byl připisován především špatným tělesným tekutinám a špatné funkci žaludku, který byl označován za původce všeho zla u anorexie (Krch, 2005, s. 28).

Ve středověku se na hladovějící dívky nenahlíželo jako na nemocné, jelikož půst byl v té době součástí křesťanského života, přičemž se zastával názor, že hladovění přiblíží „světi-ce“ k bohu. Hlad a fyzické strádání bylo ve středověku velmi populární u šlechty, jelikož mělo osvobodit duši a očistit tělo od hříchu. Zlom ve vnímání hladovění nastává v 16. století, v období renesance, kdy dochází k rozvoji vědeckého zkoumání inspirovaného anti-kou. Lidé začínají chápat dobrovolné hladovění jako něco nezdravého a nepřirozeného a jeho příčinu si vysvětlují posedlostí ďáblem (Navrátilová, Češková a Sobotka, 2000).

Významným mezníkem v historii mentální anorexie bylo popsání této choroby anglickým lékařem Richardem Mortonem, které se uskutečnilo v roce 1964 (Sladká- Ševčíková, 2003).

Avšak autorství jednoznačného popisu mentální anorexie přísluší pařížskému klinickému lékaři, Ernest- Charles Lasègue, a londýnskému lékaři, Sir William Withey Gull, kdy Lasègue publikoval v dubnu 1873 článek o „anorexie hysterique“, který ale vyšel v anglickém překladu jen velmi krátce před realizací Gullovi přednášky na téma „anorexia hysterica“, jež byla poté realizována v roce 1874 pod názvem „anorexia nervosa“.

Oba lékaři zastávali názor, že mentální anorexie je psychogenní choroba vyskytující se u mladých dívek a žen a mající charakteristické znaky jako jsou: úbytek na váze, zácpa, neklid, amenorea, neboli ztráta menstruace, atd. (Krch, 2005, s. 30-31).

Ve 20. století se pojímá štíhlost jako ideál krásy, jsou publikovány knihy o dietách, např. v roce 1917 Dr. Lulu Hunt Peters vydává knihu o dietách a zdraví, ve které poprvé zavádí pojem kalorie známý doposud jen z fyziky, a doporučuje nízkotučné, sacharidové diety. V důsledku propagace diet dochází k rozšiřování výskytu mentální anorexie, a to především ve vyšších vrstvách společnosti západní Evropy.

V 60. letech 20. století referuje Hilde Bruch o změnách myšlení a vnímání u jedinců mající mentální anorexii, dochází k častému výskytu poruch příjmu potravy u baletek a modelek, kdy ve známost vstupuje modelka Twiggy s hmotností 41kg a výškou 170cm, a tak se stává

vyhublá postava ideálem krásy. Tato skutečnost se odráží i ve světě modelingu, jelikož soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky. Společnost tedy chápe mentální anorexii jako nemoc celebrit, která se ale čím dál více objevuje i v běžné populaci. V roce 1970 švédský psychiatr, S. Theander, varuje před hroživým nárůstem poruch příjmu potravy, je uváděno, že 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické výrobky! V roce 1979 vznikají první speciální zařízení pro léčbu poruch příjmu potravy a od roku 1990 jsou realizovány preventivní a podpůrné programy pro poruchy příjmu potravy, přičemž veřejnost nesouhlasí s idealizací vyhublosti a držení nepřiměřených diet je považováno za nesmyslné (Navrátilová, Češková a Sobotka, 2000).

1.2 Mentální bulimie

„Nepřítelem číslo jedna pro mě byla zrcadla- byla hrozně nemilosrdná. Ukazovala mi každý faldík, každý přebytečný tuk a každou nerovnoměrnost na těle. Neustále jsem přemýšlela, jestli to či ono zrcadlo zobrazuje svůj- tedy můj- obraz správně. Jestli zkresluje do šířky, nebo naopak zužuje. Stále jsem nevěděla, do kterého zrcadla se mám dívat tak, abych byla spokojena, takže jsem koukala do všech a všude. Podle toho se pak odvíjela moje nálada a chuť hubnout či období, kdy jsem byla spokojená sama se sebou.“ (Sladká-Ševčíková, 2003, s. 51).

Mentální bulimii označujeme jako poruchu, pro kterou je typické záchvatovité přejídání spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2005, s. 18).

Výraz „prejídání“ se používá v různých významech. Na základě klinické definice je chápáno jako jídelní epizoda mající dva charakteristické rysy. Za první, podle běžných měřítek dochází, v rámci přejídání, k požití obrovského množství jídla. Za druhé je jedení doprovázeno subjektivním pocitem ztráty sebekontroly.

Přejídání probíhá skoro vždy tajně. Dochází k němu v ústraní za účelem udržení svého okolí v nevědomosti. K tomu je mnohdy potřeba velké dávky lstivosti a podvádění. K přejídání dochází většinou v místě, kde je jídlo uloženo, velmi často tedy v kuchyni, někteří jedinci se však přejídají i při nákupu potravin, cestou mezi jednotlivými obchody.

Během záchvatu přejídání dochází obvykle k velmi rychlé konzumaci jídla. Nemocní si doslova cpou jídlo do úst a téměř ho nežvýkají. První okamžiky záchvatu bývají často popisovány jako příjemné, načež se ale brzy vytrácí jakýkoliv pocit chuti a potěšení. Mnozí jedinci současně s jídlem pijí velké množství tekutin, což přispívá ke zvýšenému pocitu plnosti a nadmutosti (Cooper, 1995, s. 21).

Pacientky mající MB holdují masivnímu přejídání se, ke kterému dochází vždy ve velmi krátké době, i během několika minut, a které je prováděno skrytě, aby se poté pacientka mohla „očistit“ vyvolaným zvracením, nadměrnou aktivitou, půstem, nebo užitím laxativ, diuretik, či tablet na hubnutí. Typickým jevem je rovněž nenávisť a odpor k sobě samé, který obvykle nastupuje po fázi přejedení se a zvracení.

V případě MB vznikají velmi vážná fyzická poškození, jakož jsou např. praskliny zažívacího traktu způsobené masivním přejídáním se, průtrž bránice, chronická zácpa, dále pak arytmie, selhání srdce a dokonce i smrt (Ladishová, 2006).

1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

- jedná se o opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu třech měsíců), při kterých dochází k pozření velkého množství jídla ve velmi krátkém čase
- potřeba neustále se zabývat jídlem spojená s neodolatelnou touhou po něm
- potlačování „výkrmného“ účinku jídla prostřednictvím vyprovokovaného zvracení, zneužívání projímadel, diuretik, nebo hladověním, v případě diabetických pacientů snažit se vynechávat léčbu inzulínem
- pocit přílišné tloušťky spolu s neodbytnou obavou z tloustnutí, usilování o nižší hmotnost, nežli je hmotnost danému jedinci odpovídající (dle stavby těla, výšky atd.), často, avšak ne vždy, je v anamnéze epizoda mentální anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle (Krch, 2005, s. 19).

1.2.2 Specifické typy mentální bulimie

Stejně jako u mentální anorexie, tak i u mentální bulimie rozlišujeme dva typy:

- **Vypuzující (purgativní) typ-** je pravidelně prováděno zvracení, zneužívání laxativ a diuretik
- **Nevypuzující (nepurgativní) typ-** jedná se o držení přísných diet, hladovek nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (Krch, 2005, s. 199).

1.2.3 Historie mentální bulimie

Stejně jako mentální anorexie, tak i mentální bulimie je porucha vyskytující se již od pradávna.

„Dějiny přejídání jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo bezpochyby časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti a nadměrné přejídání existovalo v království medicíny od nepaměti“ (Krch, 2005, s. 31).

První dochovaná sbírka týkající se mentální bulimie pochází z 2. století našeho letopočtu. Jejím autorem je Galén, jenž stanovil rysy bulimie a označil ji pojmem bulimis. Přičemž vycházel ze slov bous a limos, jejichž doslovným překladem získáme označení býčí hlad. Tímto pojmem Galén vyjádřil, že bulimie představuje takový hlad, při kterém by člověk byl schopen sníst i celého vola (Krch, 2005, s. 32).

Pojmenování a vysvětlení pojmu mentální bulimie se od antiky až po dnešní dobu velmi různily, v osmnáctém století bylo dokonce rozlišováno sedm druhů mentální bulimie, přičemž primární bulimie byla rozdělována do tří kategorií: bulimia helluonum (nadměrný hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu) a bulimia emetica (prejídání se zvracením). Teprve v roce 1979 poprvé použil britský psychiatr Gerald Russel termín bulimia nervosa, jenž označil jako „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem ze ztloustnutí“ a vyhýbání se „ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální hmotností (Krch, 2005, s. 32).

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U MUŽSKÉHO POHLAVÍ

Přestože se poruchy příjmu potravy vyskytují převážně u ženského pohlaví, průzkumy ukazují, že přibližně deset procent jedinců bojujících s touto poruchou tvoří muži. U mužů je však obtížnější toto onemocnění správně identifikovat a diagnostikovat, jelikož se často spojuje s depresí a jí přidruženými symptomy, které odklánějí pozornost od mentální anorexie, či bulimie. Načež právě nezdravý životní styl, pracovní vytížení a stres mohou být právě takovou zástěrkou, za kterou se poruchy příjmu potravy mohou hezky skrýt.

Mezi mužským pohlavím se ale o poruchách příjmu potravy téměř nemluví, protože muži spolu o těchto věcech nehovoří, nesdílejí informace o zdravém životním stylu, či hubnutí tak, jak je tomu zvykem u žen. Důvodem je především to, že mužský svět je společností definovaný jako maskulinní a silný, a tak muži ve většině případů nehledají pomoc, nebo radu právě z jakéhosi odporu, či zdráhání se si problém připustit. Výzkumy však ukazují, že se zvyšuje procento mužů držících opakovaně v roce nějakou dietu a taktéž procento těch, kteří jídlo dobrovolně zvracejí, nebo se nárazovitě přejídají.

Komplikace, jež specificky ovlivňují anorexii u mužů, zahrnují fakt, že muž trpící mentální anorexií ztrácí především svalovou hmotu, což představuje významné nebezpečí, protože zásoby tuků a svalová hmota jsou jedním ze základních podmínek správné činnosti organismu a jeho funkcí.

Stejně jako u žen, tak i u mužů jsou za jedny z příčin vzniku poruch příjmu potravy považovány genetické faktory a predispozice a osobnostní povahové rysy, především perfekcionismus. Ten vede k touze být vždy dokonalý, akceptovaný a chválený.

Na základě výzkumů bylo zjištěno, že jednou z dalších příčin jsou dopaminové receptory v mozku regulující pocit blaha, radosti, či libosti, přičemž jedinec trpící poruchami příjmu potravy nepociťuje u jídla tytéž pocity, které jídlo a samotné jedení přináší zdravému jedinci. Dalším emocionálním faktorem bývá mnohdy i rodina, respektive rodinné vzorce chování. V souvislosti s nimi mluví muži často o přílišné kontrole, v jejímž důsledku se cítí jakoby dušeni a utiskováni svou rodinou, nebo naopak vynechávání, či nepochopení.

Americké průzkumy uvádějí, že existuje jistá podobnost mezi poruchami příjmu potravy u žen a u mužů, kde obě skupiny vykazují podobné symptomy, jedná se o nízký sebeobraz o vlastním těle, snížení sexuálních funkcí, časté cvičení, deprese, rituály při jídle (např. nad-

měrné přežvýkávání potravy), izolace od společnosti, vyhledávání samoty, vypadávající vlasy, kompulzivní chování a obsese, psychická i fyzická únava atd. (Hanzlovský, 2009).

3 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

V současné době přibývá pacientů, kteří mají problém s poruchami příjmu potravy. Ale dle daných kritérií jejich diagnóza nespadá pod poruchy příjmu potravy, jako jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Těmto jedincům je tedy stanovena diagnóza s názvem nespecifické a atypické poruchy příjmu potravy. Tento termín se užívá u pacientů, u kterých chybí jeden nebo více základních znaků onemocnění, ale zároveň se u nich projevuje skoro typický obraz poruch příjmu potravy.

Mezi nespecifikované a atypické poruchy příjmu potravy jsou řazeny případy, při kterých:

- jsou splněna veškerá kritéria stanovená pro mentální anorexii, ale tělesná hmotnost pacienta odpovídá normě
- jsou zcela splněna kritéria mentální bulimie, přičemž k záchvatům přejídání nedochází často
- potrava je jedincem pouze žvýkána, ale nedochází k jejímu spolknutí, tedy úplnému snědení
- dochází i k nočnímu „vyprazdňování ledničky“, což je tzv. Syndrom nočního přejídání

(Sladká-Ševčíková, 2003, s. 8)

3.1 Syndrom nočního přejídání

Syndrom nočního přejídání byl již v roce 1955 zařazen mezi psychogenní poruchy příjmu potravy a v roce 1991 došlo k jeho rozdělení na dva typy:

- **syndrom nočního jedlictví (NES)**
 - primární je porucha příjmu potravy
 - zvýšená konzumace jídla v pozdním odpolední a večer
 - pacient se během noci opakovaně budí a nemůže usnout, dokud něco nesní

- porce jídla mají zpravidla nezdravé složení a jsou velmi kalorické, často se jedná o sacharidy
 - jídlo nevyvolává potěšení, nýbrž stavy úzkosti, studu, znechucení a také pocity viny během samostatné konzumace
 - poruchy nálady, nervozita, často pak i deprese
 - zvyšování hmotnosti a neschopnost ovládnutí jejího nárůstu
 - pacient není schopen svou vůlí záchvaty ovládat
 - **syndrom poruchy spánku s nočním jedlictvím (NSRED)**
 - primární je porucha spánku, tzv. parasomnie
 - vymykání se kontrole
 - u mnohých pacientů v anamnéze abúzus drog a alkoholu
 - častý u mladých žen
 - může trvat až patnáct let
 - doprovázeno jinými psychickými poruchami a četnými hormonálními změnami
- (Faltus, 2007)

Syndrom nočního jedlictví (NES) byl nejdříve popsán u obézních jedinců, ale vyskytuje se i u osob neobézních. Jeho prevalence se odhaduje na 1,5% celkové populace, avšak ve vybraných souborech nemocných je podstatně vyšší. Mezi jedinci z obezitologických pracovišť je udávána prevalence ve výši 8,9% a mezi extrémně obézními se jedná o hodnoty 9-28% (Papežová, 2010, s. 255).

Podstatným rozdílem mezi oběma syndromy je to, že v případě syndromu nočního jedlictví si je jedinec plně vědom svého nočního přejídání, zatímco u syndromu druhého typu dochází k přejídání ve stavu porušeného vědomí, kdy si pacient další den své chování nepamatuje, anebo si jej vybavuje jen útržkovitě.

Z výzkumů vyplývá, že oba tyto syndromy se častěji vyskytují u žen, nežli u mužů. Je uváděn poměr výskytu 3:2 nebo 2:1 (Faltus, 2007).

V roce 1990 byl navíc definován syndrom nočního jedlictví a pití (NEDS), který se zařadil v roce 2000 do mezinárodní klasifikace poruch spánku American Academy of Sleep Medi-

cine. Syndrom se projevuje opakovaným probouzením se a neschopností usnout, pokud nedojde ke konzumaci jídla a pití. Syndrom není doprovázen duševními nebo somatickými onemocněními, jako jsou např. bulimie a hypoglykémie. Původně byl definován jako problém raného dětství, ale postupně se rozšířil i na období dospělosti, i když jeho výskyt u starších jedinců není tak častý (Faltus, 2007).

3.2 Záchvatové přejídání (tzv. vlčí hlad)

K poruchám příjmu potravy se zařazuje i záchvatové přejídání, pro něž je typické déle trvající nekontrolovatelné konzumování velkého množství potravin. V průběhu „záchvatu“ ztrácí jedinci kontrolu nad jídlem. Konzumují potravu rychleji než normálně a i přestože se cítí zcela plní, mají pocit, že nemohou s jedením přestat. Nepřejídají se však z pocitu hladu, nýbrž z nutkání vzbuzeného obvykle přítomným jídlem, nebo vnitřními impulzy jako jsou například stres a napětí. Z přejedení poté trpí pocity viny a depresí (Krch a Málková, 2001, s. 76).

3.3 Obezita

Obezita představuje závažný problém týkající se celé společnosti. Obezita je skupina nemocí s individuální poruchou řízení energetiky organismu s podílem dědičnosti a působení prostředí, jejichž vlivem dochází k hromadění tukových rezerv. Náchylnost k obezitě se projeví při pozitivní energetické bilanci organismu, která je nejčastěji způsobena nízkou pohybovou aktivitou a příjmem stravy s vysokým glykemickým indexem.

Obezita bývá většinou příčinou nebo průvodním jevem chronických onemocnění jako jsou např. onemocnění kardiovaskulárního systému, hypertenze, onemocnění ledvin a diabetes mellitus. K určení obezity se užívá tělesný hmotnostní index, neboli body mass index (BMI), kdy se dosazuje do vzorce: $\text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m)}^2$. V případě dosažení výsledku v rozmezí 20-25 má jedinec ideální hmotnost. Pokud je hodnota BMI pře 25, má jedinec nadváhu. V případě BMI přes 30 mluvíme o obezitě. Další limit při 40 (kg/m^2) se identifikuje jako naléhavé riziko vzniku nemoci. Americký Institut pro výzkum rakoviny považuje BMI v rozmezí 18,5 až 25 za ideální hodnoty zdravé osoby, avšak některé zdroje určují osobu s BMI nižším než 20 jako osobu s podváhou.

Na základě BMI rozlišujeme i stadia otylosti:

- stadium I. : BMI 25-30 kg/m²- lehká otylost
- stadium II. : BMI 30-40 kg/m²- výrazná otylost
- stadium III. : BMI nad 40 kg/m²- morbidní otylost

(Čeledová, Čevela a Dolanský, 2009).

V důsledku rozšiřování obezity v naší populaci vznikla Mezinárodní pracovní skupina pro obezitu sdružující národní obezitologické společnosti ve více než třiceti zemích. Velký nárůst obezity byl zaznamenán v USA, kde v podmínkách velkého přísunu potravy a nedostatku pohybu rychle přibýval počet obézních jedinců. Ke konci 20. století došlo i v Evropě k velkému nárůstu obezity, přičemž Česká republika se ve výskytu obezity řadí na jedno z předních míst v rámci evropských států. Na základě výzkumů můžeme říci, že obezitou je postiženo cca 20% populace středního věku. Můžeme tedy říci, že každý pátý dospělý Čech je obézní.

Ve výskytu obezity můžeme pozorovat několik faktorů:

- obézních jedinců přibývá s věkem a výskyt obezity vrcholí ve věku kolem padesáti až šedesáti let
- ve srovnání žen a mužů jsou právě ženy častěji obézní nežli muži
- vyšší vzdělání a lepší ekonomická situace snižují riziko výskytu obezity
- stravovací zvyky v rodině ovlivňují hmotnost jejich členů
- vliv na obezitu mají i genetické predispozice
- zvyklosti dané národní kuchyně se taktéž podílejí na vzniku obezity v populaci (obliba tučných jídel)
- k nárůstu hmotnosti vede i konzumace alkoholu
- snížení fyzické aktivity má za následek zvyšování hmotnosti jedinců

Základní preventivní opatření vzniku obezity:

- pravidelná kontrola tělesné hmotnosti a její udržování v mezích, které jsou pro danou osobu odpovídající v závislosti na výšce postavy a věku
- znalost příčin vzniku obezity
- dodržování pravidel stolování
- rozdělení denní stravy do pěti porcí, díky čemuž se zamezí nepravidelnému příjmu potravy a přejídání
- pravidelná tělesná aktivita

(Machová, 2009, s. 27-28).

4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Rizikovým faktorem podněcujícím vznik poruch příjmu potravy může být charakteristika nebo událost, jejíž přítomnost zvyšuje riziko výskytu poruch příjmu potravy.

K prozkoumání rizikových faktorů slouží průřezové studie, které zjišťují v jakých aspektech, např. osobnostních vlastnostech, se liší skupiny nemocných od skupiny zdravých. S výjimkou fixních faktorů, jako jsou rasa a pohlaví, nezodpoví průřezové studie, co je příčina a co následek poruch příjmu potravy. V případě, že existuje dostatek důkazů, že sledovaná okolnost se vyskytla dříve než onemocnění, jedná se o rizikový faktor (Papežová, 2010, s. 36).

Odborníci se ale shodují v názoru, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický faktor či jednoznačná příčinná událost, která by měla za následek vznik poruch příjmu potravy. Neboť toto onemocnění vzniká téměř vždy vlivem různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů a biologických a psychologických faktorů (Krch, 2005, s. 79).

4.1 Biologické faktory

Velmi rizikovým faktorem pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Postačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší, jelikož ženy vnímají své tělo a tělesné proporce podstatně jinak než je tomu u mužů. Už mezi dětmi mladšího školního věku byly zjištěny podstatné rozdíly ve vnímání vlastního těla. Nejvíce jsou ale tyto rozdíly znatelné v období puberty, kdy dochází k velmi dramatickým psychickým i tělesným změnám. Můžeme říct, že chlapci přijímají tyto změny s nadšením, jelikož jejich tělo sílí, přibývá svalová hmota a oni se tak přibližují k maskulinnímu ideálu mužské krásy. Naopak u dívek představují změny tělesných proporcí jakousi hrozbu, neboť jejich hubené tělo se začíná měnit, zvyšuje se jejich hmotnost, přibývá tělesný tuk, vytváří se boky a celá postava začne pomalu nabírat ženských tvarů. Tudíž dívky vnímají změny spojené s pubertou a dospíváním jako posun od toho, co je v současnosti považováno za krásné.

S nabývajícím tělesnou hmotností vzrůstá u žen nespokojenost s postavou a roste tak i nebezpečí redukčních diet a bulimie. Velkou roli při vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy hraje zejména distribuce tělesného tuku. Bylo prokázáno, že míra v pase a přes boky významně souvisí s tělesnou spokojeností a s výskytem poruch příjmu potravy. Rovněž bylo zjištěno, že ženy mající tuk uložen nejvíce na bocích, stehnech a hýždích jsou náchylnější k jídelní patologii než ostatní ženy (Krch, 2005, s. 61-62).

4.2 Životní události

Za významné spouštěcí faktory jsou často považovány různé životní situace. Jedná se většinou o nepříjemné situace spojené s narážkami na tloušťku, či tělesný vzhled, nebo sexuální a jiné konflikty, osobní neúspěch, nemoc, nebo problémy v rodině. Podle Nice (2004) je až u 70% případů mentální anorexie a bulimie spouštěcím mechanismem závažná životní událost, či obtíže. Naopak Hsu (1990) upozorňuje na skutečnost, že tato „příčinná“ zjištění mohou být spíše vyjádřením osobní perspektivy zaujatého výzkumníka, nežli skutečnou podstatou věci. Své tvrzení dokazuje rozdílem v jednotlivých výzkumech. Kdy spolu s Crispem zkoumal pacientky trpící poruchami příjmu potravy a 40% z nich označilo první menstruaci za výrazně stresující událost, která u nich souvisela s rozvojem poruch příjmu potravy. Naproti tomu pacientky při jiných výzkumech tuto událost ani nevzpomněly (Hsu, 1990; Nice, 2004 cit. podle Krch, 2005, s. 64-65).

4.3 Psychologické faktory

Na vzniku poruch příjmu potravy se obvykle podílí vnitřní nejistota a nízké sebevědomí jedinců, které způsobuje potřebu nadměrné sebekontroly, a to nejen v jídle. Jedinci velmi snadno vnímají sami sebe jako bezcenné, neschopné a neúspěšné i ve směru obecně uznávané hodnoty těla a dietních omezení, což poté vede k vyhýbání se jídlu a ritualizaci jídelního a purgativního chování (Krch, 2005, s. 72).

Dále je známo, že se poruchy příjmu potravy často vyskytují u lidí majících sklon k perfekcionismu a pedantérství. Tito jedinci kladou na svoji osobu vysoké nároky a neúnavně usilují o splnění svých cílů (Cooper, 1995, s. 54). Perfekcionismus přímo zapadá do logiky poruch příjmu potravy, které mu dávají prostor a konkrétní výraz především ve vztahu k tělu, stravovacím a pohybovým návykům a sebekontrolě.

Vyhublost a sebekontrola u anorektických pacientů může být také způsobena adolescentní soutěživostí, orientací na výkon a egocentristem, kdy je cílem jedinců být „nejšťihlejší“, a podle nich tedy „nejkrásnější“, ve svém okolí, či v jakékoli společnosti (Cooper, 1995 cit. podle Krch, 2005, s.74).

4.4 Rodinné prostředí

Rodina hraje v našem životě velmi důležitou roli, neboť právě vlivem rodiny dochází k utváření osobnosti jedince, který přijímá za své hodnoty, normy a zvyklosti rodiny, které ho poté ovlivňují celý život.

Naši rodiče mají své vlastní představy a sny o nás, chtějí pro nás jen to nejlepší. Snaží se nás vést cestou, o které věří, že je správná, ale mnohdy si neuvědomují, že nám mohou škodit. Bohužel je pravda, že právě rodina a vztahy uvnitř ní mohou být jedním z důvodů vzniku poruch příjmu potravy. V této souvislosti poté hovoříme o takzvané bio-psycho-sociální podmíněnosti nemoci a rodinu řadíme na hranici psychických a sociálních vlivů. V odborných publikacích je často uváděn život v problémové rodině jako spouštěcí okamžik. Jedná se například o situace, kdy dcera soupeří se svou matkou, nebo se rodiče rozvádějí, či je rodina rozvodem dlouhodobě narušena. Jsou uváděny i případy týraných, nebo dokonce zneužívaných dětí. Neznamená to však, že pokud si jedinec prošel některou z výše

uvedených situací, musí se u něj bezpodmínečně projevit poruchy příjmu potravy. Každý jedinec je totiž „unikát“ a na každého působí určité situace jinak (Sladká-Ševčíková, 2005).

Rodiny anorektických pacientů jsou většinou charakterizovány jako strnulé, obtížně se přizpůsobující změnám. Vztahy v těchto rodinách se označují jako velmi úzkostné, emoce jsou zde potlačovány a konflikty vytěšňovány. Rodiny bývají často vnímány jako bezchybně fungující.

Naproti tomu rodiny bulimických pacientů jsou označovány za chaotické. Je pro ně typická menší organizovanost, přičemž pravidla nejsou přesně určena a výchova je nedůsledná. Jedinci nikdy přesně neví, zda bude jejich chování pochváleno, nebo za něj budou potrestáni. Tato situace způsobuje vznik pocitů nejistoty a nepředvídatelnosti a s nimi spojené úzkosti. Rodiny bulimických pacientů jsou i konfliktnější nežli rodiny anorektických jedinců. Konflikty zde nejsou potlačovány, ba naopak.

Z celkového pohledu, bez rozlišování anorektických a bulimických pacientů, můžeme říci, že rodiny jsou konfliktnější, orientované na úspěch, více kontrolující a současně méně soudržné než rodiny jedinců bez tohoto onemocnění.

Jedinci trpící poruchami příjmu potravy vnímají své rodiče negativně, přičemž dívky s bulimií mají ve většině případů negativní vztah k otci, kdy uvádějí pocity úzkosti a strachu pramenící z jeho nevyzpytatelného chování. Otce často pak charakterizují jako chladného, kritického a nedostupného člověka. Ve vztahu k matce jsou taktéž chovány negativní city. Bulimičky popisují obvykle matky jako chladné, kritické a poskytující nedostatek opory. Naproti tomu dívky s anorexií uvádějí spíše lítost plynoucí z častého nezájmu otce, jeho nedostupnosti, odtažitosti a neschopnosti přijmout svoji dceru takovou, jaké je. Naopak u matky uvádějí anorektičky přehnanou starostlivost jako příčinu vzniku negativních emocí (Kocábová, 2006).

5 ZPŮSOBY LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Aby byla léčba poruch příjmu potravy úspěšná, je potřeba nejprve vytvoření dobrého vztahu mezi terapeutickým pracovníkem a pacientem. Následně pak musí být zvolen vhodný léčebný program a stanoveny cíle léčby. U pacientů s poruchami příjmu potravy však bývá často problém s léčbou, jelikož mnozí z nich vyhledají pomoc pouze na základě naléhání rodiny, či blízkého okolí. Jejich cílem ale není léčit se, ba naopak chtějí ostatním dokázat, že žádnou léčbu nepotřebují. Jejich postoje k léčbě se dají přirovnat k postojům pacientů zneužívajících psychotropní látky nebo závislých. Z toho důvodu je primární úlohou terapeuta poskytnout informace a vytvořit podmínky zlepšující motivaci pacienta k léčbě tak, aby bylo možné spolupracovat na dalších cílech léčby (Papežová, 2010, s. 288)

Výběr léčby a její koordinace má velmi zásadní charakter. Je velmi důležité, aby při něm byla zohledňována fáze onemocnění, neboť psychoterapeutické intervence často nejsou v akutním stádiu účinné, jelikož výrazné hladovění často vede k problémům s koncentrací, rigiditě postojů a obsedantnímu myšlení na jídlo a jídelní chování. Díky těmto skutečnostem může být schopnost spolupráce při psychoterapii omezena. Ale i předčasné zařazení do skupinové terapie může mít negativní účinek, jelikož se stává, že se pacientky ve skupině namísto léčby zajímají více o svůj vzhled, soutěží ve štíhlosti atd. (Papežová, 2010, s. 290).

5.1 Ambulantní lékařská péče

Lékařská péče se nezaměřuje na překonání poruch příjmu potravy, ale usiluje o navrácení jedince do stavu psychické a somatické stability. Tato léčba může být prováděna individuálně nebo ve skupině. V případě nutnosti by měl ošetřující lékař kontrolovat tělesnou hmotnost, stavy elektrolytů a další životně důležitá kritéria zdravotního stavu.

5.2 Hospitalizace

Pacienti s poruchami příjmu potravy jsou hospitalizováni z důvodu potřeby stabilizace jejich zdravotního stavu. Pobyt v nemocnici je zaměřen jak na fyzickou tak na psychickou stránku jedince. Získat pacientku k aktivní spolupráci však vyžaduje velké úsilí, a to ve všech etapách léčebného procesu.

Při rozhodování o nutnosti hospitalizace pacienta se zohledňují tyto skutečnosti:

- nutnost návratu k normální hmotnosti, nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých jedinců
- přerušení záchvatů přejídání, zvracení a zneužívání laxativ v případě, kdy v důsledku těchto činností vznikají vážné somatické komplikace, a pacient se nachází ve vážném zdravotním ohrožení
- potřeba léčby některých přidružených stavů jako jsou těžké deprese, riziko sebepoškození, či zneužívání psychoaktivních látek

V případě, že je u pacienta potřeba „pouze“ stabilizace zdravotního stavu, doporučuje se krátkodobá hospitalizace zahrnující i psychologické poradenství a následné navázání ambulantní psychoterapie. Naopak krátkodobá hospitalizace není vhodná pro vyhublé pacienty s mentální anorexií, u nichž je potřeba zlepšit stav výživy za účelem získání alespoň devadesáti procent z cílové hmotnosti. V tomto případě se doporučuje, aby jedinci přibrali jeden až jeden a půl kilogramu týdně.

Pro jedince, u kterých není potřeba pečlivého lékařského dozoru, je výhodnější formou terapie denní stacionář, nebo částečná hospitalizace. V rámci těchto programů je jedincům poskytnuta intenzivní terapie a vytvořen pro ně jídelní plán, pouze s tím rozdílem, že pacienti zde nemusejí zůstat přes noc. Tento druh terapie se doporučuje i při přechodu mezi hospitalizací a ambulantní léčbou.

5.3 Kognitivně-behaviorální terapie

Tato terapie se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a tvoří teoretické základy pro část léčby mentální anorexie. Je doporučována pacientkám, pro které, s přihlédnutím k jejich věku, není vhodná rodinná terapie, nebo mají středně těžké až závažné příznaky.

Hlavní body kognitivně-behaviorální terapie pro mentální bulimii:

- zřizování záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech vyvolávajících toto chování
- pravidelné vážení

- změna jídelních návyků (kontrolování redukčních diet, konzumace jídel, kterým se pacientka vyhýbala, plánování jídelníčku s cílem znormlizovat jídelní chování)
- změna chyb v myšlení a za nimi skrytých základních předpokladů souvisejících s rozvojem a udržováním poruchy příjmu potravy
- vytvoření prevence „návratu“ nemoci

V případě mentální anorexie se tato terapie doporučuje pro klinické užití a trvá většinou déle než u mentální bulimie. Kognitivní intervence se v případě mentální anorexie zaměřují na širší cíle zahrnující různé osobnostní a interpersonální oblasti. Kromě snahy o odstranění držení nepřiměřených diet a chronické touhy snižování hmotnosti se zaměřují i na práci s přesvědčeními týkajícími se interpersonálních konfliktů, pocitů neschopnosti a zápasů s autonomií a úzkostmi, které jsou spojeny s psychosociálním vývojem. Při dlouhodobé terapii jsou zařazovány i prvky rodinné a interpersonální terapie.

5.4 Interpersonální terapie

Interpersonální terapie byla původně vytvořena za účelem krátkodobé léčby deprese. Tato terapie se dělí na tři fáze, přičemž se přímo nezaměřuje na problémy s jídlem. V rámci první fáze se identifikují interpersonální problémy vedoucí k rozvoji a udržování problémů s jídlem. Ve fázi druhé dochází k uzavření terapeutické smlouvy o práci na interpersonálních problémech. Ve fázi třetí, tedy závěrečné, jsou klientovi kladeny otázky spojené s ukončením terapie.

Interpersonální terapie se doporučuje pro pacientky s mentální bulimií, jež nereagovaly dobře na počáteční průběh kognitivně-behaviorální terapie a u nichž převládaly interpersonální konflikty. Taktéž by se měla začleňovat do dlouhodobější psychoterapie u jedinců s mentální anorexií a přetrvávajícími příznaky.

5.5 Farmakoterapie

V posledních letech probíhá rozsáhlý výzkum farmakoterapie u mentální bulimie a bylo dokázáno, že některá antidepresiva jsou při léčbě mentální bulimie účinné. Doporučuje se však, aby jejich užívání nebylo hlavním způsobem terapie, a to z důvodů účinnosti psycho-

logických intervencí, vysokého počtu pacientek „odpadnuvších“ během léčby, riziku vedlejších účinků a taktéž z důvodu vysokého procenta relapsů po ukončení užívání léků.

U některých pacientek s mentální anorexií jsou antidepresiva využívána k prevenci relapsů a ke zvládnutí úzkosti, těžké deprese nebo nesnesitelných pocitů v žaludku po konzumaci jídla. Avšak v rámci obecného měřítka není při léčbě mentální anorexie užití antidepresiv nutné nebo užitečné.

5.6 Svépomocné skupiny

Svépomoc se v případě léčby poruch příjmu potravy uplatňuje v širokém rozsahu, a to od laických podpůrných skupin, přes nezávislé organizace, až po skupiny přímo začleněné do terapeutických programů léčebných center, či nemocnic.

Svépomocná skupina je otevřená s dobrovolnou účastí. Koordinátor skupiny ve většině případů není profesionál, může to být např. vyléčený pacient, nebo školený laický terapeut. Cíle těchto skupin jsou skromnější nežli cíle skupinových terapií. Umožňují účastníkům zorientování se v problematice poruch příjmu potravy, seznámení se s problémy a současně řešeními jiných pacientů. Taky pomáhají překonat osamocenosť a získat nové sociální kontakty. Některé jedince může účast na svépomocných skupinách motivovat k léčbě, pro jiné je zase mnohdy doplňkem terapie, anebo místem, které navštěvují po propuštění z léčby (Krch, 2005, s. 125-130).

6 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V důsledku poruch příjmu potravy dochází k narušení jak psychické, fyzické, tak i sociální stránky jedince.

6.1 Zdravotní důsledky

- zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení
- celková únavnost a svalová slabost
- spavost
- suchá, zažloutlá praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle

- vypadávání vlasů, které jsou suché, řídké a lámou se
- nemocným se snadno dělají modřiny
- zvýšená kazivost zubů
- snížená funkce střev a z toho plynoucí zácpa
- nepravidelná menstruace, nebo úplná ztráta menstruace, může zapříčinit neplodnost
- srdeční obtíže, např. arytmie, se vyskytují téměř u 90% anorektiček,
- oslabený krevní oběh, chudokrevnost, pomalý pulz, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, nízký krevní tlak
- odvápnění kostí, ty jsou poté křehké a tenké, nemocní s časným počátkem mentální anorexie bývají menší než jejich vrstevníci
- oslabení celkové obranyschopnosti organismu

(Krch, 2008, s. 35-36).

Dále jsou zmiňovány bolesti v krku, bolesti břicha, dehydratace a záněty slinných žláz, v jejichž důsledku dochází k opuchání obličeje. Může dojít i k vytvoření vředů v jícnu, v závažných případech k protržení jícnu a následně pak ke smrti (Maloney, 1997, s. 92).

6.2 Psychické a sociální důsledky

- přibývání nejistoty a úzkostných prožitků, malé problémy se zdají být neřešitelné
- potřeba úzkostné sebekontroly, ta je přenášena z jídla na ostatní oblasti života, např. pacientky si začínají rovnat své věci a úzkostně uklízet
- neustálé myšlenky na jídlo, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké, nebo naopak nechut' k jídlu
- zhoršení pozornosti i pracovního tempa, stejně tak intelektové výkonnosti
- snížení zájmu o okolí, ubývání společenských kontaktů, přibývání konfliktů s okolím
- ztráta zájmu o sex

(Krch, 2002).

7 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V současné době je velmi složité vytvořit kvalitní a účinnou prevenci, a to z důvodu stále narůstajícího vlivu médií na mladou generaci, či spíše na celou společnost. V ohrožení jsou především mladé dívky, které jsou nespokojené s vlastní postavou, jelikož nespĺňuje ideál, jež jim je současnou společností vnucován. Většina z těchto dívek si však neuvědomuje, že jde o jakýsi virtuální ideál, který je pro normálního, zdravým stylem žijícího jedince nedosažitelný. Nám představované fotky „dokonalých“ modelek jsou upravovány pomocí počítačové techniky takovým způsobem, aby na nich nebyla opravdu ani jedna „chybička“. V **mediálním boji** proti mentální anorexii se angažoval italský fotograf Olivero Toscani, který v Miláně vytvořil billboardy, pro něž mu stála modelem vyhublá herečka Isabelle Carová. Isabelle trpěla mentální anorexií a v době focení na billboardy vážila 31kg! Touto kampaní chtěl Toscani ukázat, kam až může zajít posedlost po „dokonalém“ a štíhlém těle a taktéž upozornit na vliv módního průmyslu na tuto problematiku (Papežová, 2010, s. 311).

Při prevenci poruch příjmu potravy je důležité předcházet nebezpečným návykům a postojům. K vytváření prevence poruch příjmu potravy by mělo docházet již na **základních školách**, kde se velmi často mluví o škodlivosti drog, či o nebezpečí šikany, ale právě poruchy příjmu potravy jsou opomíjeny. Což je podle mého názoru špatně, protože si myslím, že je důležité a potřebné, aby děti byly s touto problematikou seznamovány již od útlého věku.

Pro prevenci poruch příjmu potravy je taky důležitá **výchova a prostředí rodiny**, ve které jedinec vyrůstá. Důležité je dbát na to, aby děti předčasně nedospívaly a své dětství si prožily bezstarostně. Děti by neměly být nikdy zpovědníky rodičů. Mnohé z nich se mohou zdát vyspělé a rodiče poté mají tendence sdělovat jim své problémy a starosti, což ale není dobře. Je nutné a důležité podporovat standardní dětské chování.

Pro prevenci je taktéž důležité naučit dítě přijmout vlastní nedokonalost. Je potřeba dítěti vysvětlit, že mýlit se a chybovat je „lidské“ a přirozené. Ušetříme jej tak pocitů odpovědnosti a viny ze selhání.

Dále je potřeba dát dítěti pocit bezpečí, který by mu měli poskytnout rodiče, a to působením zdravé autority. Dítě potřebuje cítit jakýsi pevný bod, o nějž se může opřít. Což ale neznamená, že by se mělo rodičům ve všem podřizovat, ba naopak. Pro zdravý vývoj jedince je nutné i odporování autoritě, díky kterému si dítě formuje vlastní identitu.

Jako součást prevence je i důležité, aby rodiče naučili své děti nepřeceňovat problémy a vysvětlili jim, že většina nepříjemností, se kterými se v životě setkají, jsou ve své podstatě malicherné, a že je potřeba přistupovat k problémům optimisticky a s nadhledem. Neboť jedinci, jež jsou vnitřně negativní, mají sklony problémy zveličovat (Claude- Pierre, 2001, s. 174-177).

Rodiče by si měli uvědomit, že právě oni jsou vzorem pro své děti. Tudiž ať jejich kladné činy, tak jejich chyby budou dítětem odpozorovány, a to i co se týče stravovacích návyků.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 VÝZKUM

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na základní pojmy týkající se poruch příjmu potravy, a to mentální anorexie, mentální bulimie, obezity a specifických poruch příjmu potravy. Snažila jsem se problematiku poruch příjmu potravy popsat tak, aby byla co nejsrozumitelnější pro každého jedince, kterému se moje práce dostane do rukou. Zároveň doufám, že bude přínosem pro všechny, kteří mají co dočinění s poruchami příjmu potravy.

Praktická část je zaměřena na výskyt poruch příjmu potravy a míru prevence u studentů Střední zdravotnické školy a gymnázia T. G. M. ve Zlíně.

9 VÝZKUMY VÝSKYTU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

9.1 Výskyt poruch příjmu potravy v průběhu let ve světovém měřítku

9.1.1 Výskyt mentální anorexie

Incidence mentální anorexie (neboli počet nových případů) se obvykle uvádí v počtu nových případů na 100 000 obyvatel za rok.

Od let šedesátých začalo přibývat zpráv o rostoucím výskytu mentální anorexie, kdy důkazem jsou podle S. Theandera, záznamy o hospitalizovaných pacientech v jižním Švédsku, ze kterých se dozvídáme, že za třicet let vzrostl výskyt mentální anorexie více než čtyřikrát. V roce 1976 prostřednictvím dotazníkového šetření, které probíhalo mezi dívkami z několika britských škol, zjistili Crisp, Palmer a Kalucy jednaprocentní rozšíření mentální anorexie. Podobných výsledků dosáhl o sedm let později i Szmuckler, jenž prováděl šetření mezi šestnáctiletými až osmnáctiletými dívkami studujícími na státních školách, a zjistil, že zastoupenou této porucha je 0,8%.

V další práci z roku 1986, kterou realizoval Szmuckler a kolektiv bylo zjištěno, že incidence mentální anorexie vzrostla ze 4 případů na 30, přičemž byla přepočtena místo na 100 000 obyvatel na stejný počet žen ve věku 16-25 let.

Dále na zvyšování výskytu poruch příjmu potravy měla vliv i urbanizace, kdy tento jev zkoumal v letech 1985 a 1989 Hoek, přičemž zjistil průměrnou roční incidenci mentální anorexie 18,2 u žen z venkova, 13,2 u žen z města a 16,1 u žen z velkoměsta. Nejvyšší

výskyt nových případů mentální anorexie byl však v této studii zaregistrován u dívek v rozmezí 15 až 19 let.

V roce 1993 prováděli Rathner a Messnerová studium poruch příjmu potravy na severoitalských školačkách, kdy 0, 58% z nich splňovalo kritéria mentální anorexie (Krch, 1999).

V roce 2007 byla realizována studie výskytu mentální anorexie v Helsinkách, při které bylo zkoumáno 2880 žen, a u 292 z nich byla určena diagnóza mentální anorexie. Dále se výzkumem zjistilo, že 25% zkoumaných se uzdravilo do jednoho roku, 33% během dvou let a že úplné psychické zotavení trvalo 5-10 let (Keshki, 2009).

Podle statistik prováděných v Německu trpí až od 800. 000 do 2, 7 miliónů Němců poruchami příjmu potravy, kdy 90% z nich tvoří ženy a 10% muži, a 20% trpí konkrétně mentální anorexií (Informace o anorexii a poruchách příjmu potravy, 2009).

9.1.2 Výskyt mentální bulimie

V roce 1981 prováděl Halmi výzkum výskytu mentální bulimie, kdy mu jako výzkumný vzorek sloužilo 355 amerických studentek, přičemž u 19% z nich byla zjištěna mentální bulimie.

Rozsahem a výběrem respondentů je výjimečná studie Randa a Kuldaua , jenž v letech 1984 až 1985 vyšetřili ve státě Florida více než dva tisíce respondentů starších 18 let, vybraných zcela náhodně. Tato studie byla první, ve které bylo užito strukturovaného rozhovoru k posouzení prevalence (aktuálního rozšíření) mentální bulimie na reprezentativním vzorku u obecně dospělé populace. Výsledky výzkumu ukázaly, že u celkového vzorku (ženy i muži) je prevalence 1, 1% a 4, 1% u žen ve věku 18- 30 let. Přičemž autoři výzkumu dále zjistili, že bulimické příznaky byly častější u žen než u mužů a taktéž u mladších než u starších respondentů, čtvrtina identifikovaných osob trpících bulimií byla starších 45 let a k tomu 2% žen starších 74 let uváděla časté přejídání a hubnutí.

V roce 1990 analyzovali Faiburn a Beglin výsledky více než padesáti studií zaměřených na prevalenci mentální bulimie. Studie, které si nestanovily žádný limit, zjistily záchvaty přejídání v průměru u 35,8% respondentů a ty, které si daly podmínku „alespoň jednou týdně“, dosáhly výsledků 15,7% respondentů. Podobně to bylo i v případech zvracení, kdy cca 8% uvádělo úmyslné zvracení ve snaze kontrolovat svoji hmotnost, ale častěji než jednou týdně zvracelo 2,4% dotázaných.

Další výzkumy týkající se mentální bulimie prováděl např. v roce 1997 Veltrone a kolektiv, kdy za výzkumný vzorek zvolili studentky tří římských středních škol, u 8,1% dívek zjistili poruchu příjmu potravy a kritéria mentální bulimie splňovalo 1,7% dívek (Krch, 1999).

Podle studií prováděných ve Velké Británii trpí mentální bulimií 1 až 2% tamních žen a každý rok přibude cca 18 nových případů bulimie na 100 000 obyvatel. Bulimie postihuje převážně ženy v rozmezí 16 až 40 let. Dále se prostřednictvím výzkumu dovídáme, že asi pět z deseti bulimických jedinců se uzdraví až za 10 let po stanovení diagnózy, dva z deseti jedinců zůstanou po stanovení dále bulimiky a u tří z deseti se bulimie po léčbě částečně znovu obnoví (Statistiky organizací v UK, 2001).

9.2 Výskyt poruch příjmu potravy v České republice

První zmínka o pravděpodobně rostoucím výskytu poruch příjmu potravy v Československu pochází z let osmdesátých a je založena na rostoucím počtu pacientů s mentální anorexií, kteří byli hospitalizováni na Psychiatrické klinice VFN v Praze 2. Byla stanovena frekvence výskytu mentální anorexie 1,08 případu na 100 000 obyvatel.

Podle údajů ze Statistického úřadu MZ ČR bylo v roce 1985, v naší republice, hospitalizováno 0,92 případu mentální anorexie na 100 000 obyvatel.

Další studie Statistického úřadu říkají, že v roce 1996 bylo v ČR hospitalizováno 389 žen a 23 mužů s diagnózou poruch příjmu potravy, z tohoto počtu bylo 48% bulimiček a 47% anorektiček hospitalizováno prvně (Krch, 1999).

V roce 1996 realizovali Krch a Drábková populační studii zaměřenou na rozšíření Poruch příjmu potravy a narušení jídelních postojů mezi uční, středoškoláky a vysokoškoláky v Praze a ve Vlašimi, kdy průměrný věk respondentů byl 18 let a výzkumný vzorek tvořilo 258 chlapců a 723 dívek, přičemž tři čtvrtiny dívek, a jedna třetina chlapců nebylo spokojených se svým tělem, 69% dívek a 17,8% chlapců chtělo zhubnout. 4,8% dívek a 1,6% chlapců mělo podváhu, ale přesto nebylo 0,7% dívek spokojeno se svou hmotností a přálo si zhubnout. Kritériím pro mentální bulimii odpovídalo 39 dívek, což činí 5,7% výzkumného vzorku, a žádný chlapec. 4,6% dívek užívalo jako kompenzaci přejídání hladovky, či přísné diety a 1,1% laxativa, nebo zvracení a 4,6% všech dívek uvedlo, že občas zvrací ve snaze zhubnout, z toho 0,7% častěji než jednou týdně (Krch, 1999).

Podle dat z Ústavu zdravotních informací a statistiky České republiky bylo v roce 2011 v psychiatrických ambulancích léčeno 3389 pacientů, z toho téměř 90% žen. Pacienti léčící se s PPP poprvé tvořili více než 38% z celkového počtu pacientů.

V témže roce bylo evidováno v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 339 hospitalizací z důvodu poruchy příjmu potravy. Více než 63% z těchto jedinců trpělo mentální anorexií, cca 20% mentální bulimií a 7% atypickou mentální anorexií.

Dále statistika říká, že ve sledovaném období, od roku 2006 do roku 2011, prvně klesl počet anorektických pacientů, kteří byli hospitalizováni, z 59% v roce 2006 na 54% v roce 2010, avšak v roce 2011 došlo k nárůstu na 63%. V případě mentální bulimie se počet hospitalizovaných pacientů, v letech 2006-2010, pohyboval kolem 25% a v roce 2011 došlo ke snížení počtu na 20%.

Celkový počet hospitalizací měl během sledovaného období kolísavý průběh, kdy do roku 2009 se jednalo cca o 400 hospitalizací. V roce 2009 poté došlo k meziročnímu snížení počtu hospitalizací ze 419 na 382, v roce 2010 se počet opět snížil na 363 hospitalizací a v roce 2011 došlo ke snížení na 339 hospitalizací. V témže roce tvořili dětští pacienti ve věku do 15 let více než 19 % z celkového počtu hospitalizací, ve věku 15–19 let bylo hospitalizováno 36 % pacientů. U pacientů starších 19 let bylo zaznamenáno nejvíce hospitalizací ve věkových skupinách 20–24 let a 25–29 let.

K největšímu úbytku hospitalizací v roce 2011 oproti roku 2006 došlo u věkové skupiny 25–29 let, kdy se jednalo o poloviční pokles, tzn. o 33 pacientů, a u věkové skupiny 20–24 let, a to o 44 % snížení, tedy o 37 pacientů. K největšímu nárůstu došlo však u věkových skupin s menší četností výskytu, a to u pacientů ve věku 35–39 let, u nichž činil nárůst 15 pacientů, a ve věku 10-14 let, kdy se jednalo o 11 pacientů (Nechanská, 2012).

10 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Hlavní výzkumný problém se týká výskytu poruch příjmu potravy mezi studenty Střední zdravotnické školy ve Zlíně a Gymnázia T. G. M. ve Zlíně.

10.1 Obecné výzkumné otázky

1. V jaké výši se vyskytují poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) u studentů druhého ročníku Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně?

2. Působí střední zdravotnická škola na její studenty z hlediska vztahu ke svému tělu a sklonu k PPP?
3. Je na dotazovaných školách realizována prevence vzniku PPP?

10.2 Rozvedení výzkumného problému do dílčích otázek

1. Jak vysoký je výskyt PPP u studentů druhého ročníku Gymnázia T. G. M. ve Zlíně?
2. Jak vysoký je výskyt PPP u studentů druhého ročníku Střední zdravotnické školy ve Zlíně?
3. Do jaké míry jsou studenti obeznámeni s tematikou PPP?
4. Je na Gymnáziu T. G. M. ve Zlíně realizována prevence PPP?
5. Je na Střední zdravotnické škole ve Zlíně realizována prevence PPP?

11 HYPOTÉZY

1. Mezi drženími diet u dívek z druhého ročníku Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně je statisticky významný rozdíl.
2. V míře realizace prevence na Gymnáziu T. G. M. a Střední zdravotnické škole ve Zlíně je statisticky významný rozdíl.

12 CÍL VÝZKUMU

Cílem mého výzkumu je zjistit, zda se u studentů druhého ročníku Gymnázia T. G. M. ve Zlíně a Střední zdravotnické školy ve Zlíně vyskytují PPP a pokud ano, v jakém rozsahu, tzn., kolik studentů z ročníku trpí PPP, zda se PPP vyskytují pouze u dívek, nebo i u chlapců. Dále pak jestli je výskyt PPP u studentů 2. ročníku Gymnázia T. G. M. vyšší než u studentů 2. ročníku Střední zdravotnické školy ve Zlíně, a taky jaká je úroveň prevence na obou školách.

13 DRUH VÝZKUMU

Pro moji práci jsem zvolila kvantitativní výzkum, protože jsem přesvědčena, že vzhledem k mnou stanovenému tématu zkoumání, je tato metoda nejvhodnější.

Kvantitativní výzkum je charakteristický tím, že se v něm řeší buď jeden, nebo více problémů, které spolu zpravidla souvisejí. Řešení vědeckého problému poté představuje řadu kroků a činností, jež jsou vzájemně propojené a na sobě závislé.

Jedná se o:

- stanovení problému
- formulaci hypotézy
- vyvození závěrů a jejich prezentaci (Chráska, 2007, s. 12).

14 ZÁKLADNÍ SOUBOR A VÝZKUMNÝ VZOREK

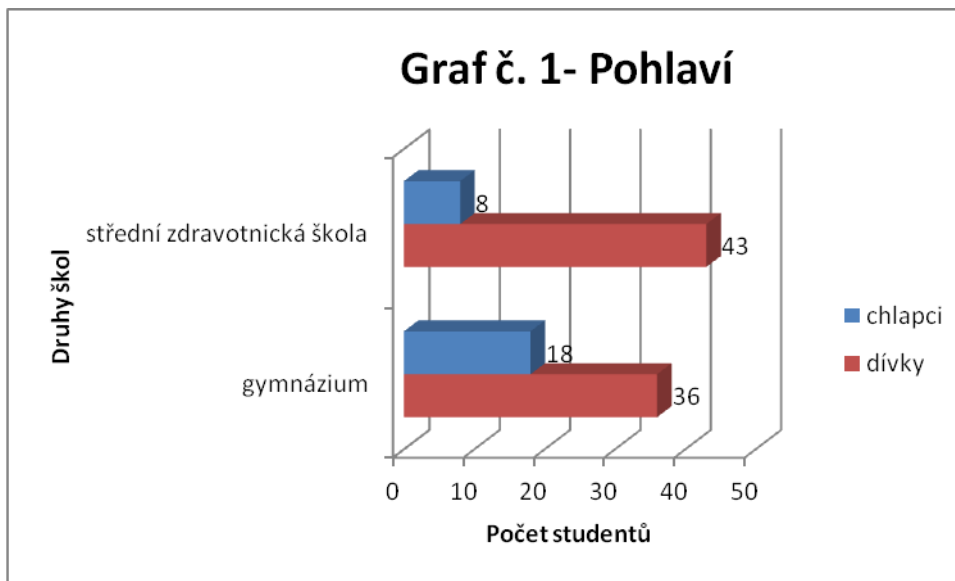
Základní soubor pro můj výzkum tvoří studenti, dívky i chlapci, druhého ročníku Střední zdravotnické školy a Gymnázia T. G. M. ve Zlíně. Jejich věková hranice se pohybuje v rozmezí 16 až 17 let, což znamená, že se jedná o adolescenty. Období adolescence je označováno za období emoční labilit, která je způsobena vnitřními změnami v organismu. Jedinci jsou citliví, až přecitlivělí na různé vnější podněty. Dochází u nich k častým změnám nálad, „rozladěnosti“, nestálosti a nepředvídatelnosti reakcí a postojů. Typické je také impulzivní jednání. Častá je i zvýšená unavitelnost, střídání ochablosti a apatičnosti s fázemi vysoké aktivity. V tomto období se také vyskytují poruchy spánku a nechut' k jídlu (Krejčířová a Langmeier, 1998, s. 143).

Dotazníkové šetření bylo realizováno ve dvou třídách na Střední zdravotnické škole a ve dvou třídách na Gymnáziu T. G. M. ve Zlíně. Původním plánem bylo oslovit 60 respondentů na každé ze škol. Z důvodu absence některých žáků, v den realizace výzkumu, bylo na zdravotní škole osloveno 51 studentů a na gymnáziu 54 studentů.

15 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

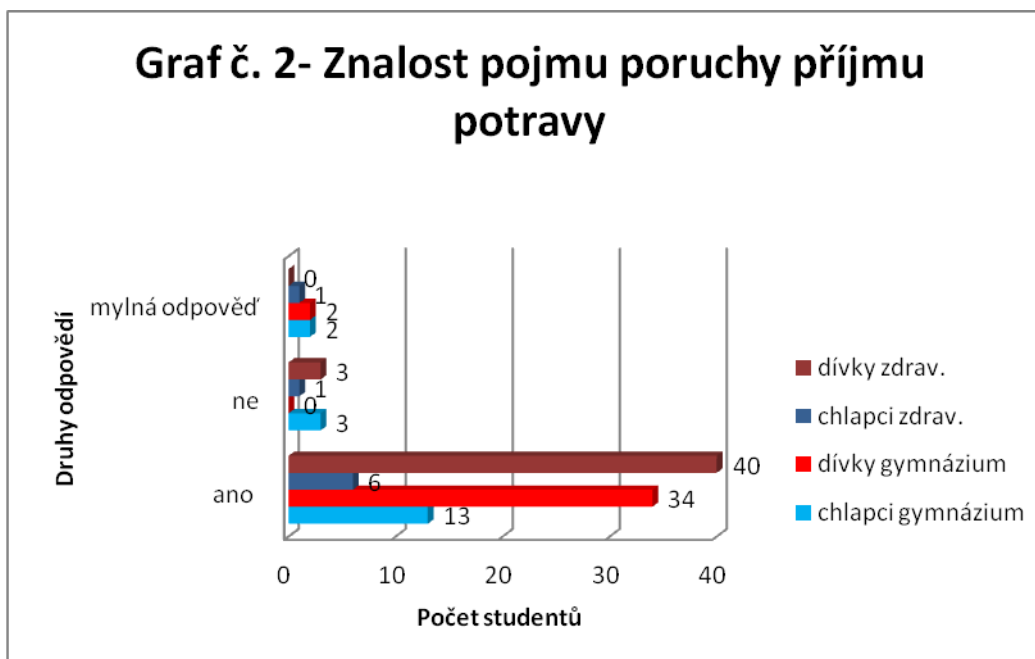
Stanovené výzkumné otázky byly řešeny na základě dotazníkového šetření. Uvádím zde grafy, ve kterých již přímo srovnávám výsledky výzkumu ze Střední zdravotnické školy a Gymnázia T. G. M. ve Zlíně. Abych mohla tyto grafy vytvořit, musela jsem nejdříve zpracovat výsledky z jednotlivých škol do tabulek. Toto zpracování přikládám do přílohy.

Otázka č. 1- Pohlaví



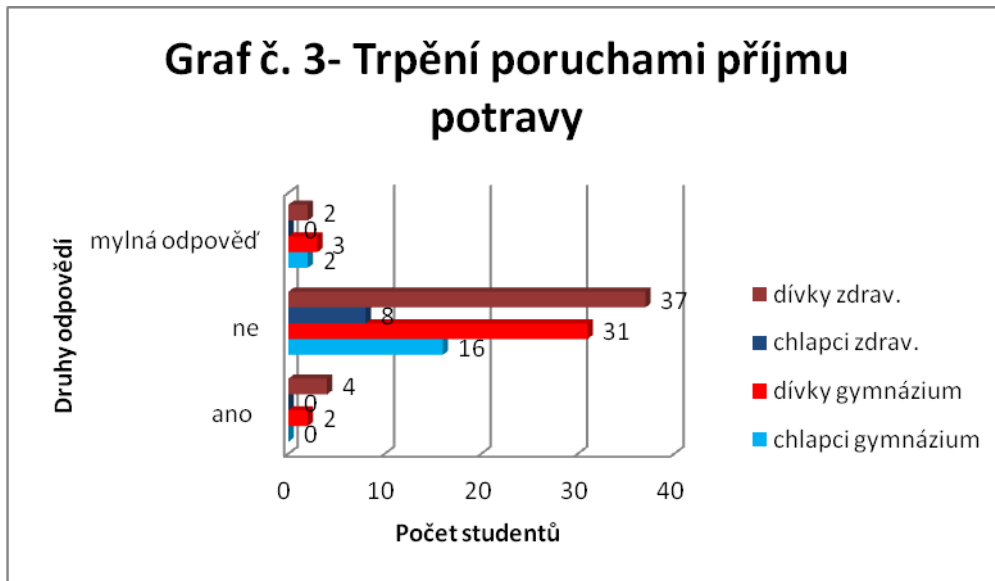
V mém výzkumu bylo dotazováno 36 dívek a 18 chlapců z gymnázia a 43 dívek a 8 chlapců ze střední zdravotnické školy.

Otázka č. 2 Víte, co znamená pojem poruchy příjmu potravy?



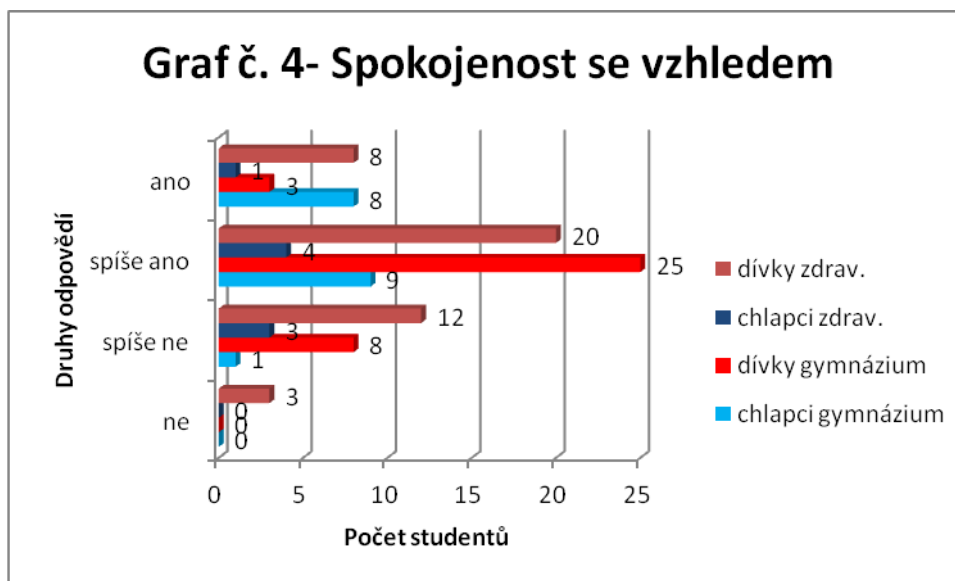
Z grafu je patrné, že převažuje počet studentů, kteří znají význam pojmu poruchy příjmu potravy.

Otázka č. 3 Trpěl/a jste už někdy poruchami příjmu potravy?



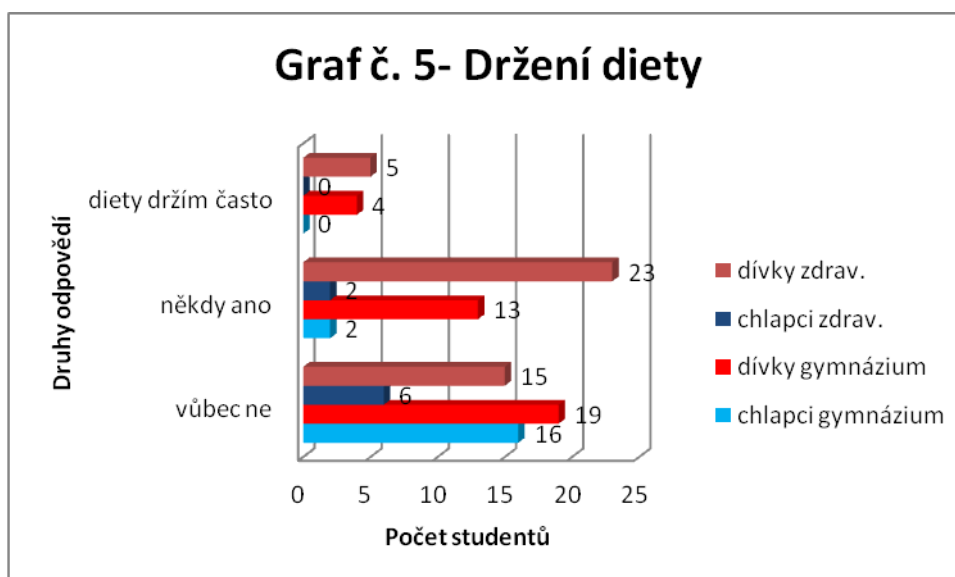
Výsledky viditelné v tomto grafu mi poskytují odpovědi **na výzkumné otázky číslo 1 a 2**, ve kterých jsem se dotazovala na výši výskytu PPP u studentů druhého ročníku gymnázia a střední zdravotnické školy. Zjistila jsem se, že na střední zdravotnické škole trpěly poruchami příjmu potravy 4 dívky, na gymnáziu 2 dívky. U chlapců těmito poruchami netrpěl žádný z nich. Nutno však podotknout, že výsledky mohou být zkreslené, jelikož jedinci, trpící poruchami příjmu potravy, ve většině případů nepřiznají svůj problém.

Otázka č. 4 Jste spokojený/á se svým vzhledem?



Na základě údajů z grafu vidíme, že převažuje počet jedinců, kteří jsou se svým vzhledem spíše spokojeni. Dívky z gymnázia potom více, než dívky ze střední zdravotnické školy. Ale hodně jedinců je i se svým vzhledem spíše nespokojeno, na zdravotní škole je to 12 dívek a na gymnáziu 8 dívek. Co se týče chlapců: na střední zdravotnické škole jsou 3 se svým vzhledem nespokojeni a na gymnáziu pouze 1.

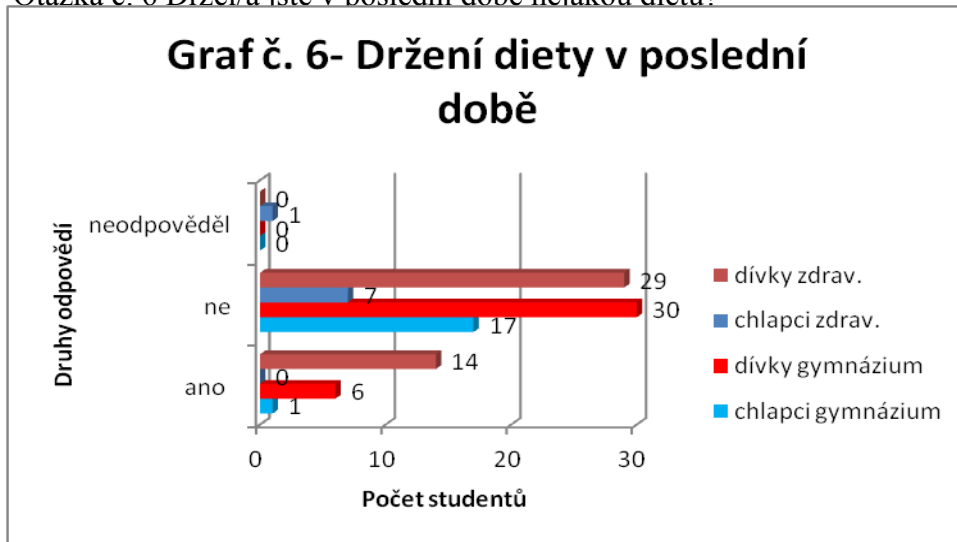
Otázka č. 5 Držel/ a jste někdy dietu?



Dle odpovědí studentů zjišťujeme, že na střední zdravotnické škole 5 dívek drží dietu často, 23 někdy a 15 dívek nedeždí dietu vůbec. Na gymnáziu drží diety často 5 dívek, 13 dívek někdy drží dietu a 19 dívek nedeždí dietu vůbec. Zatímco chlapci z obou škol spíše diety

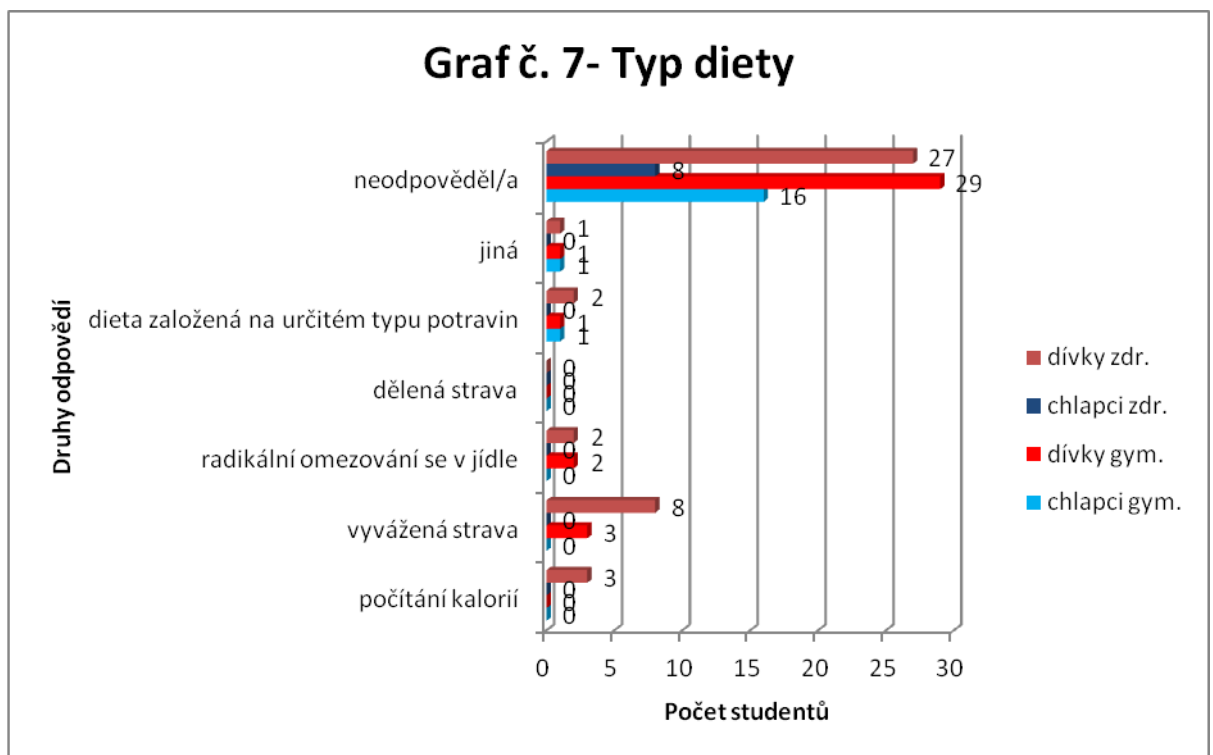
nedrží vůbec, neboť z obou škol pouze dva zvolili odpověď „někdy ano“.

Otázka č. 6 Držel/a iste v poslední době nějakou dietu?



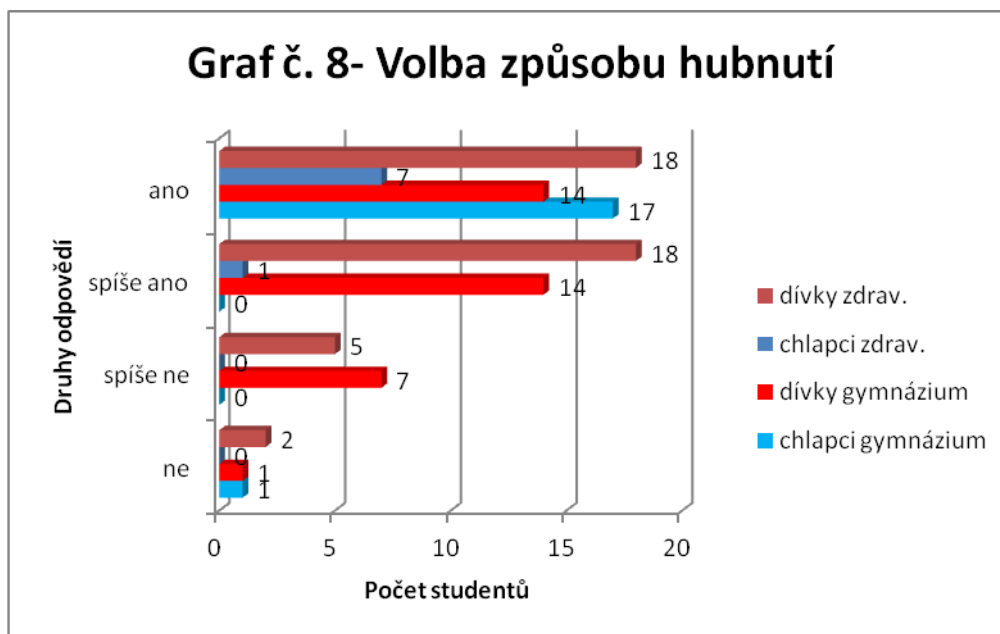
Dle hodnot uvedených v grafu je zřejmé, že na obou školách převažuje počet jedinců, kteří v poslední době dietu nedrželi. U střední zdravotnické školy se jedná o 29 dívek a 7 chlapců a u gymnázia je to 30 dívek a 17 chlapců.

Otázka č. 7 V případě že ano, o jaký typ diety šlo?



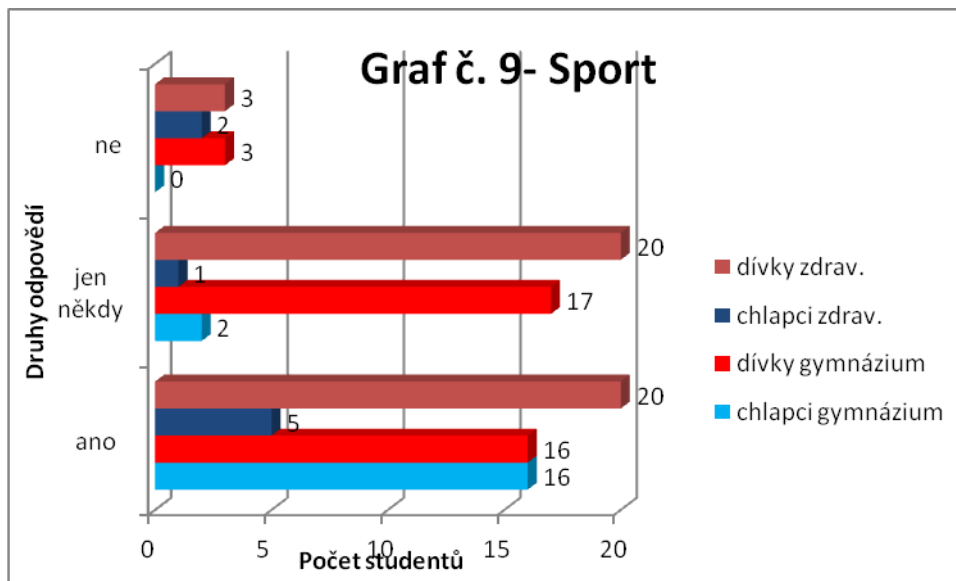
Tato otázka navazuje na otázku č. 6, a jelikož většina studentů na tuto otázku odpověděla, že v poslední době dietu nedržela, nemohli tito studenti kroužkovat žádnou možnost, tudíž převažuje počet těch, kteří neodpovídali. A co se týče „odpovídajících studentů“ - 8 dívek ze střední zdravotnické školy volilo jako dietu vyváženou stravu, 3 dívky z téže školy počítání kalorií, 2 dívky dietu založenou na určitém druhu potravin, další 2 radikální omezování se v jídle a 1 volila jinou dietu. 3 dívky z gymnázia zvolily vyváženou stravu, 2 radikální omezování se v jídle, 1 dietu založenou na určitém typu potravin a další 1 zvolila jinou dietu. Chlapci na střední zdravotnické škole na tuto otázku neodpověděli vůbec a chlapci na gymnáziu, kteří odpověděli, zvolili 1 jinou dietu a další 1 dietu založenou na určitém typu potravin.

Otázka č. 8 Volíte jako způsob hubnutí raději sport, nežli diety?



Na obou školách převažuje počet dívek i chlapců, kteří volí jako způsob hubnutí raději sport, což je velmi dobře.

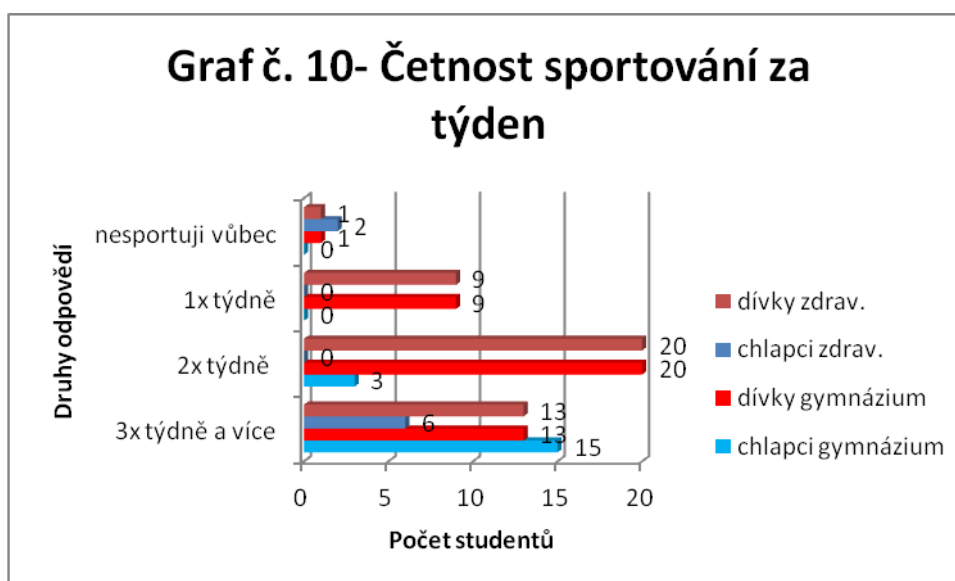
Otázka č. 9 Děláte nějaký sport?



Na střední zdravotnické škole odpovědělo 20 dívek, že sportuje, stejný počet dívek sportuje jen někdy a 3 dívky nesportují vůbec. Na gymnáziu odpovědělo 16 dívek, že sportuje, 17 dívek sportuje jen někdy a 3 nesportují vůbec. Co se týče chlapců, tak na střední zdravotnické škole 5 chlapců sportuje, 1 jen někdy a 2 nesportují vůbec a na gymnáziu sportuje 16 chlapců, 2 jen někdy a vůbec nesportuje 0 chlapců.

Myslím si, že u této odpovědi jsou velmi pěkné výsledky, jelikož jsem očekávala, že bude převažovat počet „nesportujících studentů“.

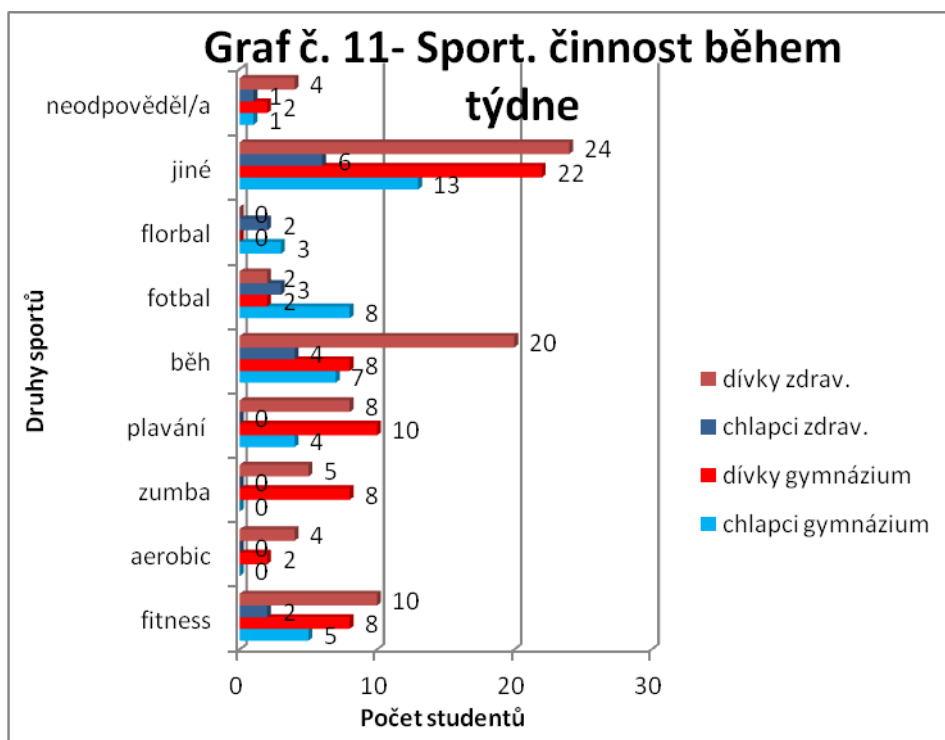
Otázka č. 10 Kolikrát týdně sportujete?



U této otázky jsou odpovědi studentů, co se týče dívek, na obou školách stejné. 13 dívek sportuje 3x týdně a více, 20 dívek sportuje 2x týdně, 9 dívek sportuje 1x týdně a vůbec nesportuje 1 dívka na gymnáziu a 1 na střední zdravotnické škole. Co se týče chlapců, tak na gymnáziu sportuje 15 chlapců 3x týdně a více, a 3 sportují 2x týdně a více. Šest chlapců ze střední zdravotnické školy sportuje 3x týdně a více a 2 nesportují vůbec.

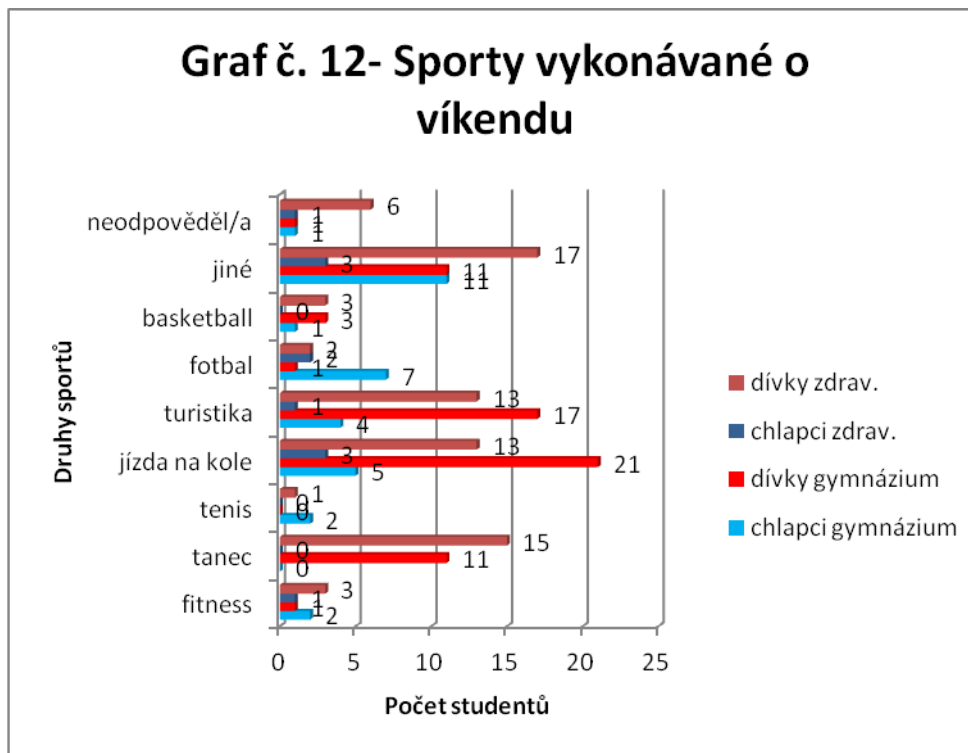
S odpověďmi na tuto otázku mě studenti také překvapili. Jejich frekvenci sportování během týdne považují za dobrou, obzvláště v dnešní době, kdy většina z dospívajících tráví čas převážně u počítače.

Otázka č. 11 Jakou sportovní činnost vykonáváte v rozmezí dnů pondělí až pátek?



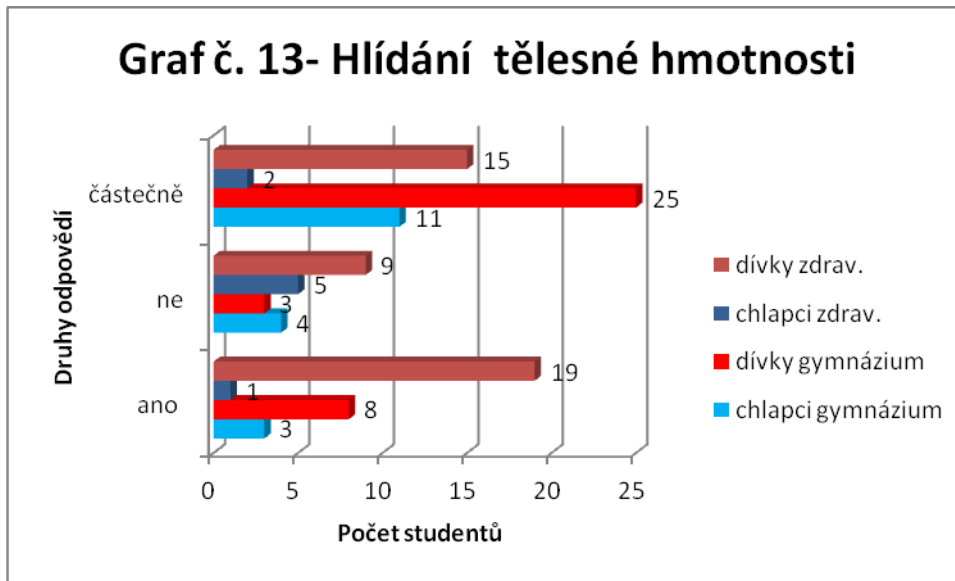
U této otázky mohli jednotliví respondenti křížkovat více možností, tudíž celkový součet neodpovídá počtu dotazovaných studentů. Z grafu je patrné, že nejvíce se dívky ze střední zdravotnické školy věnují sportům jiným, než těm, které byly v dotazníku na výběr, ale hodně dívek se věnuje i běhu a návštěvě fitness centra. U chlapců z téže školy převažuje běh a fotbal, florbal a fitness jsou na stejné úrovni oblíbenosti. Dívky z gymnázia taktéž nejvíce volily možnost „jiné“, dále potom plavání a stejně oblíbené jsou u nich běh, zumba a fitness centrum. Chlapci na gymnáziu taky nejvíce vybírali odpověď „jiné“, jako oblíbený byl u nich volen fotbal, poté běh a fitness.

Otázka č. 12 Jakou sportovní činnost vykonáváte o víkendu?



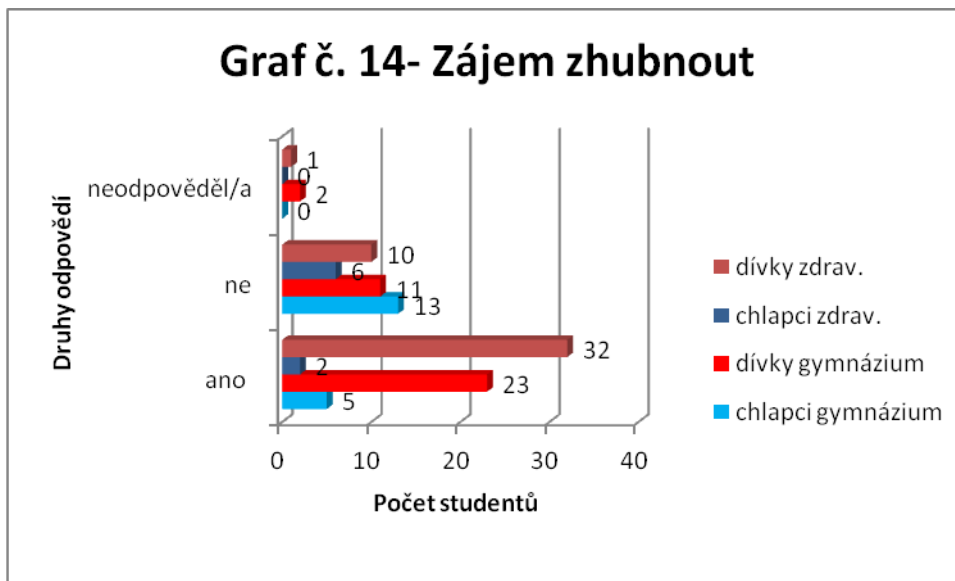
U této otázky mohli rovněž studenti křížkovat více odpovědi, což znamená, že při celkovém součtu opět dostaneme větší počet, než je počet dotazovaných studentů. O víkendu hodně dívek z gymnázia volí jako sport jízdu na kole a turistiku, chlapci z gymnázia nejvíce křížkovali možnost „jiné“ a poté fotbal. Dívky ze střední zdravotnické školy taky nejvíce volily jiné sporty, potom tenis a za stejně oblíbené mají turistiku a tanec, chlapci z této školy o víkendu jezdí na kole a vykonávají jiné sporty.

Otázka č. 13 Hlídáte si Vaši tělesnou hmotnost?



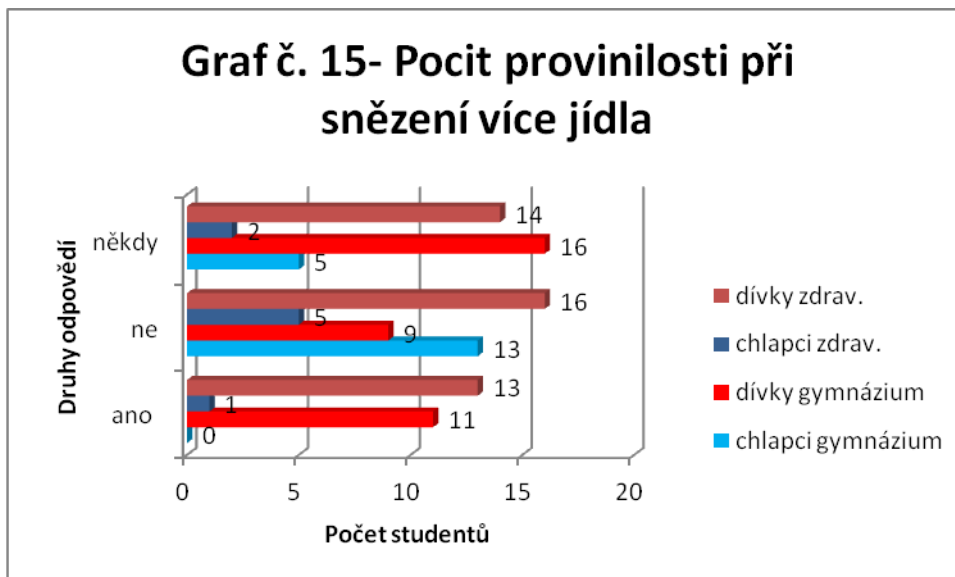
Jak je vidět z hodnot uvedených v grafu, většina studentů si svoji hmotnost hlídá úplně, anebo částečně. Na střední zdravotnické škole zvolilo odpověď „ano“ 19 dívek, 9 dívek volilo odpověď „ne“ a 15 dívek odpovědělo, že si hlídají hmotnost částečně. Na gymnáziu odpovědělo 8 dívek „ano“, 3 dívky „ne“ a 25 dívek si hlídá svoji hmotnost částečně. Překvapili mě však chlapci, u kterých jsem spíše očekávala, že si svou hmotnost nehlídají, ale 3 chlapci z gymnázia odpověděli „ano“, 11 chlapců „částečně“ a 4 chlapci si hmotnost nehlídají. Na střední zdravotnické škole si hmotnost hlídá 1 chlapec, 2 chlapci částečně a 5 si hmotnost nehlídá. Při porovnání obou škol vidíme, že na střední zdravotnické škole převažuje počet dívek, které si svou hmotnost hlídají, ale na gymnáziu zase převažuje počet dívek hlídajících si svou hmotnost částečně.

Otázka č. 14 Chtěl/a byste zhubnout?



Na obou školách převažuje počet dívek, které by chtěly zhubnout, na střední zdravotnické škole je to 32 dívek a na gymnáziu 23 dívek. Opět mě překvapili chlapci, kdy na gymnáziu 5 a na střední zdravotnické škole 2 chtějí zhubnout.

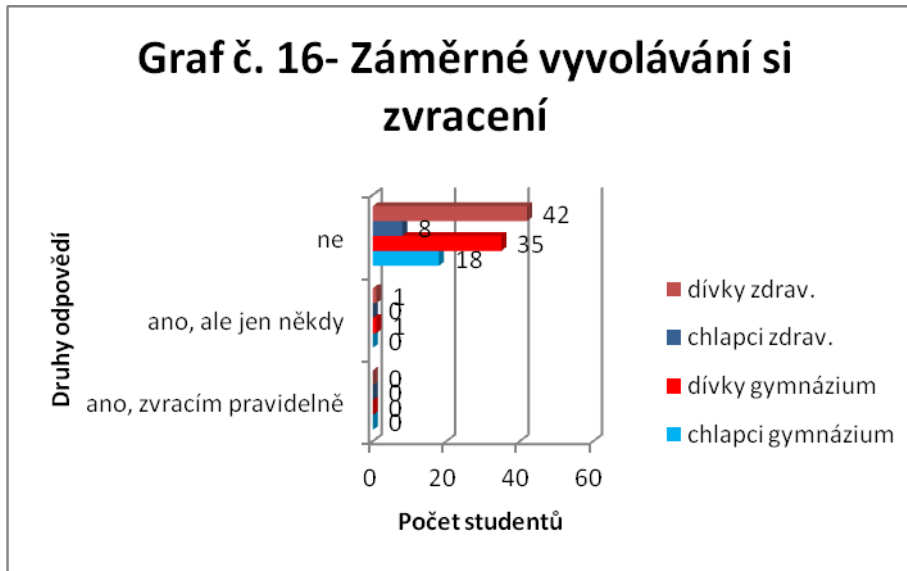
Otázka č. 15 Cítíte se provinile, když sníte více jídla?



Na tuto otázku taktéž hodně studentek odpovědělo, že se cítí provinile, když sní více jídla. Mezi počty studentek nejsou nijak velké rozdíly, a to jak v počtu těch, které volily odpověď „ano“, tak i v těch volících odpověď „někdy“. U chlapců z obou škol převažuje odpověď

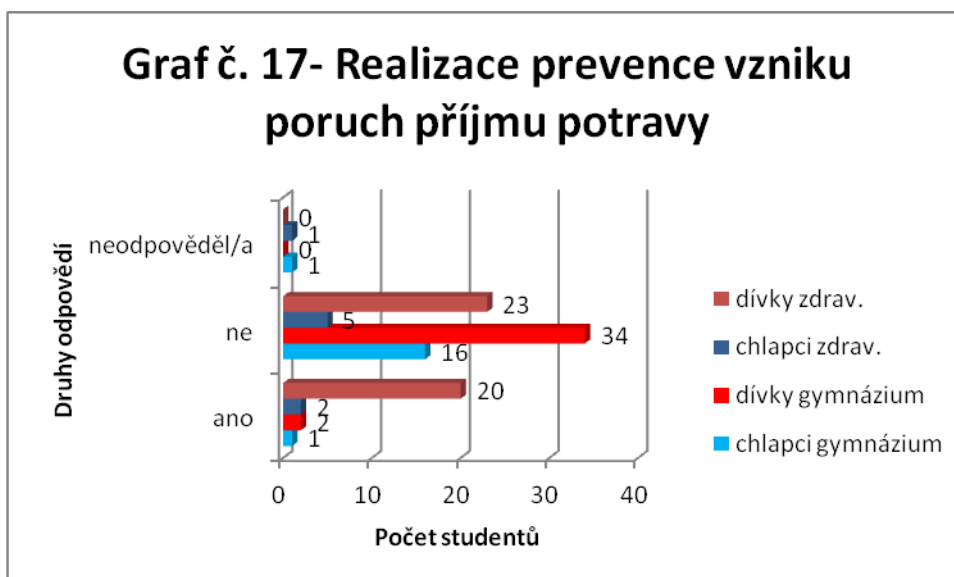
ne, ale 5 chlapců z gymnázia a 2 ze střední zdravotnické školy zvolili odpověď „někdy“ a 1 chlapec ze střední zdravotnické školy odpověděl „ano“.

Otázka č. 16 Vyvoláváte si záměrně zvracení po jídle?



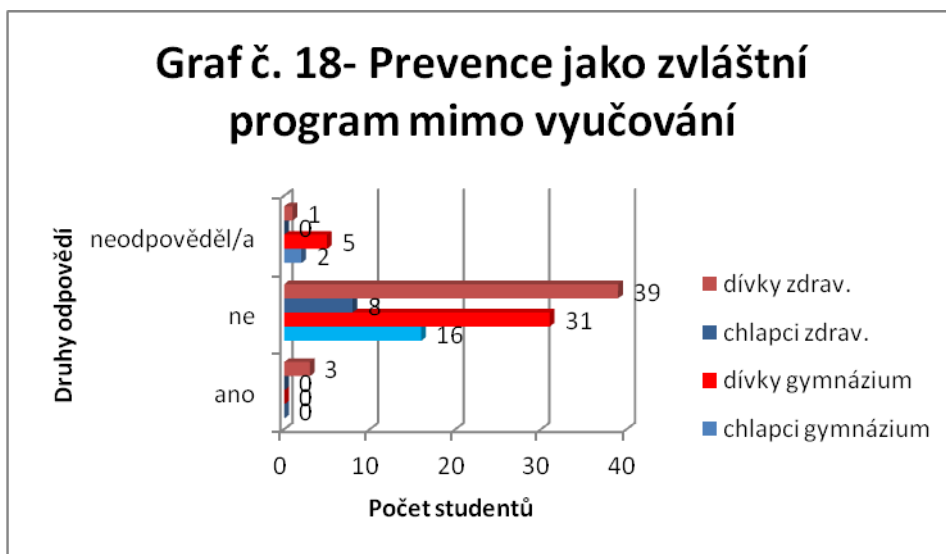
Záměrně si vyvolává zvracení 1 dívka ze střední zdravotnické školy a 1 dívka z gymnázia. Ostatní studenti zvolili odpověď „ne“. Nutno však zdůraznit, že jsem si vědoma choulostivosti této otázky. Vím tedy, že jen málo který jedinec se přizná, když si zvracení záměrně vyvolává.

Otázka č. 17 Je na Vaší škole realizována prevence vzniku poruch příjmu potravy?



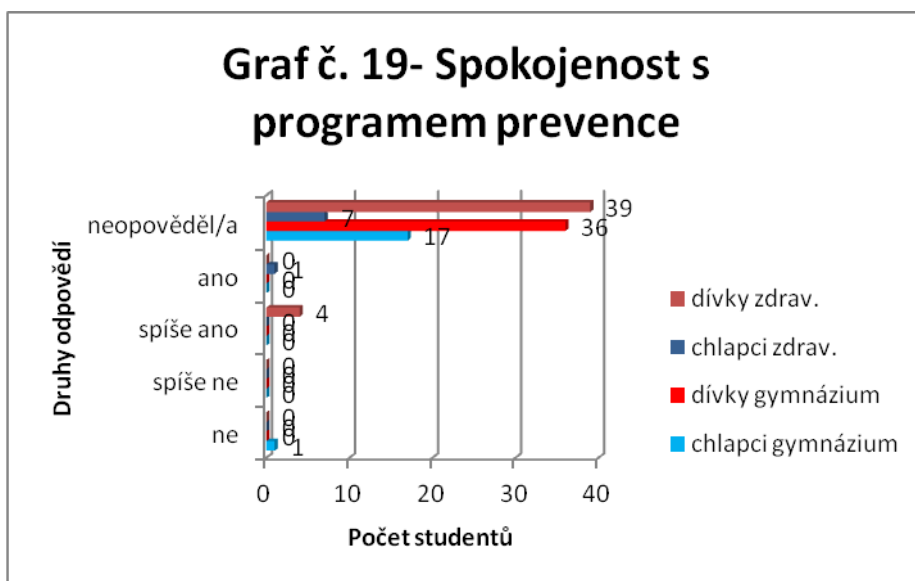
Na základě výsledků zobrazených v grafu č. 17 získávám odpověď na **4. a 5. výzkumnou otázku**. Předmětem těchto otázek bylo zjistit, zda je na Gymnáziu T. G. M. a Střední zdravotnické škole ve Zlíně realizována prevence vzniku PPP. Podle odpovědí studentů vidíme, že na gymnáziu se nerealizuje prevence vzniku poruch příjmu potravy, jelikož 34 dívek a 16 chlapců z této školy volilo odpověď „ne“. Co se týče střední zdravotnické školy, volilo 23 dívek a 5 chlapců odpověď „ne“, ale 20 dívek a 2 chlapci volili odpověď „ano“. Dochází tedy k jakémusi rozporu názorů studentů. Myslím si, že studenti, kteří volili odpověď ano, měli pravděpodobně jako prevenci namysli to, že se o PPP učili, či si povídali v různých předmětech. Jelikož právě na tuto skutečnost jsem se jich dotazovalo v otázce č. 20. Ale musíme to brát v úvahu jako skutečnost, že prevence je alespoň nějakým způsobem poskytována.

Otázka č. 18 Jedná se o zvláštní program prevence probíhající mimo rámec vyučovacích hodin?



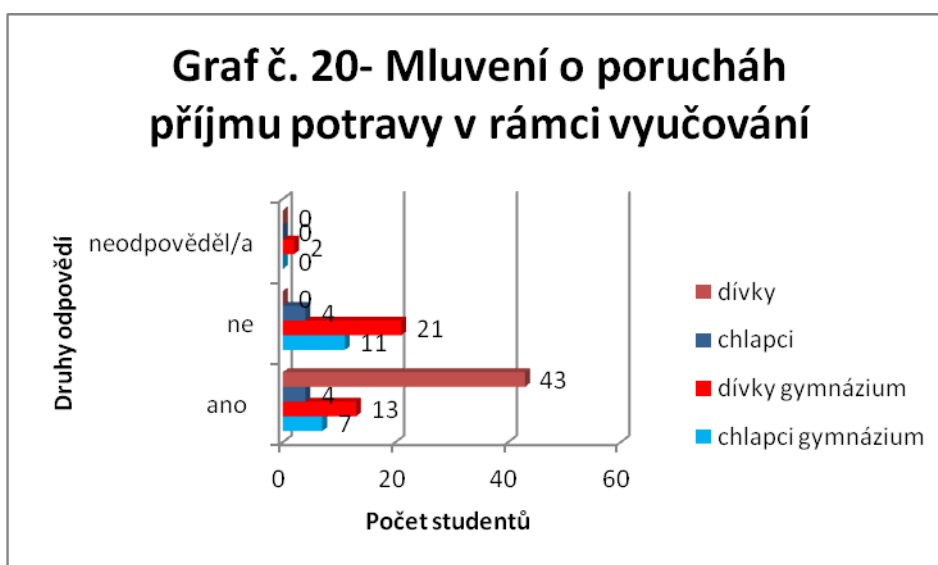
Tato otázka navazuje na otázku č. 17 týkající se realizace prevence ve škole. Je vidět, že na obou školách není realizován žádný program prevence mimo vyučování. Vidíme, že 3 studentky ze střední zdravotnické školy zvolily odpověď „ano“, ale nevím, z jakého důvodu takto odpovídaly, neboť převažuje počet studentů, jejichž odpověď byla, že žádný program prevence realizován není.

Otázka č. 19 Pokud ano, jste s tímto programem spokojený/á?



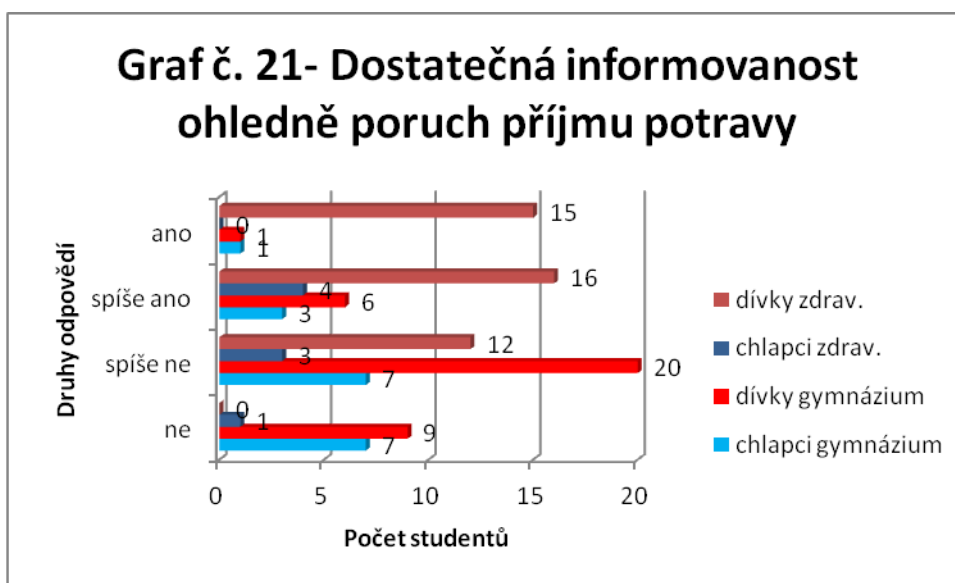
U této otázky převažuje počet „neodpovídajících studentů“, což je správně, jelikož tato otázka opět navazuje na otázku č. 18 a v této otázce se nám dostalo dopovědí, že na žádné ze dvou škol není realizován program prevence. Je překvapující, že 4 studentky ze střední zdravotnické školy zvolily odpověď „spíše ano“, 1 chlapec ze střední zdravotnické školy zvolil odpověď „ano“ a 1 chlapec z gymnázia zvolil odpověď ne. Tyto odpovědi bych přisuzovala špatnému pochopení otázky.

Otázka č. 20 Mluvíte v některých vyučovacích hodinách o poruchách příjmu potravy?



Jak je vidět z grafu, na obou školách se mluví v rámci vyučování o poruchách příjmu potravy. Zaráží mě však fakt, že někteří ze studentů na obou školách zvolili odpověď „ne“. Ale přisuzovala bych to subjektivnímu pocitu z rozmluvy o poruchách příjmu potravy ve vyučování.

Otázka č. 21 Myslíte si, že se Vám ve škole dostává dostatečné množství informací ohledně poruch příjmu potravy?



Těmito výsledky se zodpovídá **výzkumná otázka č. 3**, která zní: „**Do jaké míry jsou studenti obeznámeni s tematikou PPP?**“ Jak je vidět z grafu, na gymnáziu převažuje počet dívek i chlapců, kteří si myslí, že se jim ve škole nedostává dostatek informací ohledně poruch příjmu potravy. Což znamená, že o PPP nemají příliš informací. Na střední zdravotnické škole zvolilo 15 dívek odpověď „ano“, 16 dívek „spíše ano“ a 12 dívek „spíše ne“, chlapci na střední zdravotnické škole volili 4 odpověď „spíše ano“ a 3 zvolili odpověď „spíše ne“. Znamená to tedy, že na střední zdravotnické škole převažuje počet studentů, kteří si myslí, že mají dostatek informací ohledně PPP, ale jsou zde i studenti kteří mají názor opačný, z čehož usuzuji, že studenti nejsou příliš moc obeznámeni s problematikou PPP.

V rámci vyhodnocení výzkumu jsem zjistila, že mnou stanovená hypotéza č. 1, týkající se rozdílu držení diet u dívek druhého ročníku dotazovaných škol, se nepotvrdila, neboť se prokázalo, že mezi držením diet u dívek není statisticky významný rozdíl.

Naopak tomu je u hypotézy č. 2, ve které jsem předpokládala, že mezi výší realizované prevence PPP na Gymnáziu T. G. M. a Střední zdravotnické škole ve Zlíně je statisticky významný rozdíl.

Tato hypotéza se mi potvrdila, jelikož 23 studentů ze střední zdravotnické školy uvedlo, že je u nich realizována prevence PPP. Je zřejmé, že se nejedná o program prevence, nýbrž o rozmluvu o PPP během vyučovacích předmětů, avšak tato skutečnost nebyla v dané otázce studentům specifikována, musíme tedy jejich odpovědi přijmout. Zde vzniká rozdíl s gymnáziem, kde 50 studentů odpovědělo, že na jejich škole prevence PPP realizována není.

ZÁVĚR

Když jsem se svěřila svým spolužákům s tématem mé bakalářské práce, reakce mnohých z nich nebyly příliš kladné, spíše se divili, jaký má význam psát o poruchách příjmu potravy. Chvíli jsem se rozmýšlela, jestli opravdu mám volit toto téma, ale rozhodla jsem se, že ano a myslím si, že mé rozhodnutí bylo správné.

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda se mezi studenty druhého ročníku Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně vyskytují poruchy příjmu potravy, dále jsem chtěla zjistit, zda je mezi těmito studenty rozdíl co se týče poruch příjmu potravy (přístupu k dietám atd.) a rovněž jsem se zaměřila i na prevenci poruch příjmu potravy.

Na základě vyhodnocení odpovědí studentů jsem dospěla k názoru, že mezi studenty výše uvedených škol se poruchy příjmu potravy nevyskytují nijak rozsáhle, ale přece jen se mezi studentkami jejich výskyt potvrdil.

Podle mého názoru by měla být brána v potaz skutečnost, že výzkum byl na obou školách prováděn pouze mezi studenty druhých ročníků, je tedy možné, že v případě testování všech ročníků by se potvrdil výskyt PPP vyšší. To je ale pouze moje osobní úvaha, kterou bych chtěla říci, že přestože se výskyt PPP potvrdil jen u malého počtu studentek, je potřeba, aby byla realizována prevence vzniku PPP. Mým výzkumem jsem totiž zjistila, že ani jedna z dotázaných škol nevytváří program prevence vzniku PPP. Tato skutečnost mě překvapila, jelikož jsem očekávala, že alespoň na zdravotní škole tomu bude jinak. Opak je však pravdou. Na základě odpovědí studentů jsem nabyla dojmu, že zdravotnická škola na studenty nemá vliv ohledně vztahu ke svému tělu a sklonu k PPP. V porovnání s gymnáziem více studentek ze střední zdravotnické školy drží diety, není spokojeno se svým vzhledem, cítí se provinile v případě snědení většího množství jídla a chce zhubnout. Tyto skutečnosti mohou být brány jako patologické jevy, které mohou, ale samozřejmě nemusí, přerůst právě v poruchy příjmu potravy.

Ráda bych se přičinila o to, aby byla prevence vzniku PPP ve školách vytvořena, a proto bych chtěla oslovit ředitele škol, ve kterých jsem vedla svůj výzkum, předložit jim výsledky a navrhnout, aby do programu prevence zařadili i poruchy příjmu potravy. Podle mého názoru bychom si totiž měli uvědomit, že tento patologický jev je pro společnost rovněž tak nebezpečný jako např. alkohol. Proč o něm tedy nemluvit více?

Doufám, že postoj ředitelů k mému návrhu bude kladný a tedy, že můj výzkum bude užitečný pro dobrou věc.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] COOPER, Peter, 1995. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání, Jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-85885-97-2.
- [2] CLAUDE- PIERRE, Peggy, 2001. *Tajná řeč těla a poruchy příjmu potravy*. Praha: Pragma. ISBN 80-7205-818-5.
- [3] ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2860-5.
- [4] FALTUS, František, 2007. *Syndrom nočního jedliectví. Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz>
- [5] HANZLOVSKÝ, Michal, 2009. *Mentální anorexie u mužů* [online]. Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/mentali-anorexie-u-muzu.htm>
- [6] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [7] KESKI, Rahkonen, 2009. *Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community* [online]. Dostupné z: <http://www.eufic.org/page/cs/show/latest-science-newspage/LS/fftid/Anorexia-prevalence-patients-recovery>
- [8] KOCÁBOVÁ, Zuzana, 2006. *Zpravodaj Anabell. Rodina* [online]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_04.pdf
- [9] KRCH, František, David, 1999. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-627-7.
- [10] KRCH, František, David a Iva MÁLKOVÁ, 2001. *Sos nadváha. Průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-521-0.
- [11] KRCH, František, David, 2002. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-598-9.
- [12] KRCH, František, David, 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.
- [13] KRCH, František, David, 2008. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2130-9.

- [14] LADISHOVÁ, Lorraine C., 2006. *Strach z jídla. Jak odhalit anorexii a bulimii, jak jim předcházet, jak je léčit*. Ružomberok: Epos. ISBN 80-89191-53-3.
- [15] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-195-X.
- [16] LEIBOLD, Gerhard, 1995. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda. ISBN 80-205-0499-0.
- [17] MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2715-8.
- [18] MALONEY, Michael, 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-248-0.
- [19] NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Eva ČEŠKOVÁ a Luboš SOBOTKA. *Historie poruch příjmu potravy*[online]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz>
- [20] NECHANSKÁ, Blanka, 2012. *Péče o pacienty s diagnózou poruch příjmu potravy* [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijmu-potravy-psychiatrickych-ambulantnich-luzkovych-zar>
- [21] PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [22] SLADKÁ- ŠEVČÍKOVÁ, Jana, 2003. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-795-7.
- [23] SLADKÁ- ŠEVČÍKOVÁ, Jana, 2005. *Zpravodaj Anabell* [online]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz>
- [24] *Statistiky organizací v UK*, 2001.[online]. Dostupné z: <http://www.disordered-eating.co.uk/eating-disorders-statistics/anorexia-nervosa-statistics-uk.html>
- [25] VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.
- [26] *Informace o anorexii a poruchách příjmu potravy*, 2009.[online]. Dostupné z: <http://www.magersucht.org>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Aj	A jiné
BMI	Body Mass Index
cca	přibližně
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
PPP	poruchy příjmu potravy

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví	43
Graf č. 2 Znalost pojmu poruchy příjmu potravy	43
Graf č. 3 Trpění poruchami příjmu potravy	44
Graf č. 4 Spokojenost se vzhledem	45
Graf č. 5 Držení diety	45
Graf č. 6 Držení diety v poslední době	46
Graf č. 7 Typ diety	46
Graf č. 8 Volba způsobu hubnutí	47
Graf č. 9 Sport	48
Graf č. 10 Četnost sportování za týden	48
Graf č. 11 Sportovní činnost během týdne	50
Graf č. 12 Sporty vykonávané o víkendu	51
Graf č. 13 Hlídaní tělesné hmotnosti	52
Graf č. 14 Zájem zhubnout	53
Graf č. 15 Pocit provinilosti při sněžení více jídla	53
Graf č. 16 Záměrné vyvolávání si zvracení	54
Graf č. 17 Realizace prevence vzniku poruch příjmu potravy	54
Graf č. 18 Prevence jako zvláštní program mimo vyučování	55
Graf č. 19 Spokojenost s programem prevence	56
Graf č. 20 Mluvení o poruchách příjmu potravy v rámci vyučování	56
Graf č. 21 Dostatečná informovanost ohledně poruch příjmu potravy	57

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník

P II Tabulky

P III Výpočet hypotéz

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia Fakulty humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci studijního programu Specializace v pedagogice zde studuji obor Sociální pedagogika.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění **anonymního dotazníku**, jehož data budou použity výhradně pro účely mé bakalářské práce týkající se výskytu poruch příjmu potravy mezi studenty a takéž prevence vzniku těchto poruch. Dotazník vyplňujte, prosím, formou křížkování.

Děkuji za Váš čas.

Veronika Pavlíková

1. Pohlaví: dívka

chlapec

2. Víte, co znamená pojem poruchy příjmu potravy? V případě, že zvolíte odpověď ano, definujte tento pojem.

ano

ne

Vlastní definice:.....
.....

3. Trpěl/a jste již někdy poruchami příjmu potravy? Pokud ano, uveďte, prosím, o jakou konkrétní poruchu se jednalo?

ano

ne

.....

4. Jste spokojený/á se svým vzhledem? Vyberte z možností 1 až 4 a zakroužkujte.

1 ne

2 spíše ne

3 spíše ano

4 ano

12. Jakou sportovní činnost vykonáváte o víkendu? Odpovědi zaznačte do tabulky křížkem. V případě volby jiné doplňte, prosím, název sportu.

Dny	Druh sportu							
	Návštěva fitness centra	Tanec	Tenis	Jízda na kole	Turistika	Fotbal	Basketbal	Jiné....
Sobota								
Neděle								

13. Hlídáte si Vaši tělesnou hmotnost?

ano ne částečně

14. Chtěl/a byste zhubnout?

ano ne

15. Cítíte se provinile, když sníte více jídla?

ano ne někdy

16. Vyvoláváte si záměrně zvracení po jídle?

ano, zvracím pravidelně ano, ale jen někdy ne

17. Je na Vaší škole realizována prevence vzniku poruch příjmu potravy?

ano ne

18. Jedná se o zvláštní program prevence probíhající mimo rámec vyučovacích hodin?

ano ne

19. Pokud ano, jste s tímto programem spokojený/á?

spíše ano ano spíše ne ne

20. Mluvíte v některých vyučovacích hodinách o poruchách příjmu potravy? V případě volby ano, vypište, prosím, o které předměty se jedná.

ano ne

Předměty:.....

21. Myslíte si, že se Vám ve škole dostává dostatečné množství informací ohledně poruch příjmu potravy?

ano spíše ano spíše ne ne

PŘÍLOHA P II: TABULKY

Tabulka k otázce č. 1

Druhy škol	dívky	chlapci
gymnázium	36	18
střední zdravotnická škola	43	8

Tabulka k otázce č. 2

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ano	13	34	6	40
Ne	3	0	1	3
mylná odpověď	2	2	1	0

Tabulka k otázce č. 3

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ano	0	2	0	4
Ne	16	31	8	37
mylná odpověď	2	3	0	2

Tabulka k otázce č. 4

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
Ne	0	0	0	3
spíše ne	1	8	3	12
spíše ano	9	25	4	20
Ano	8	3	1	8

Tabulka k otázce č. 5

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
vůbec ne	16	19	6	15
někdy ano	2	13	2	23
diety držím často	0	4	0	5

Tabulka k otázce č. 6

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ano	1	6	0	14
Ne	17	30	7	29
neodpověděl	0	0	1	0

Tabulka k otázce č. 7

druhy odpovědí	chlapci gym.	dívky gym.	chlapci zdr.	dívky zdr.
počítání kalorií	0	0	0	3
vyvážená strava	0	3	0	8
radikální omezování se v jídle	0	2	0	2
dělená strava	0	0	0	0
dieta založená na určitém typu potravin	1	1	0	2
Jiná	1	1	0	1
neodpověděl/a	16	29	8	27

Tabulka k otázce č. 8

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
Ne	1	1	0	2
spíše ne	0	7	0	5
spíše ano	0	14	1	18
Ano	17	14	7	18

Tabulka k otázce č. 9

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ano	16	16	5	20
jen někdy	2	17	1	20
Ne	0	3	2	3

Tabulka k otázce č. 10

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
3x týdně a více	15	13	6	13
2x týdně	3	20	0	20
1x týdně	0	9	0	9
nesportuji vůbec	0	1	2	1

Tabulka k otázce č. 11

Druhy sportů	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
fitness	5	8	2	10
aerobic	0	2	0	4
zumba	0	8	0	5
plavání	4	10	0	8
Běh	7	8	4	20
fotbal	8	2	3	2
florbal	3	0	2	0
Jiné	13	22	6	24
neodpověděl/a	1	2	1	4

Tabulka k otázce č. 12

Druhy sportů	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
fitness	2	1	1	3
Tanec	0	11	0	15
Tenis	2	0	0	1
jízda na kole	5	21	3	13
turistika	4	17	1	13
fotbal	7	1	2	2
basketball	1	3	0	3
Jiné	11	11	3	17
neodpověděl/a	1	1	1	6

Tabulka k otázce č. 13

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ano	3	8	1	19
Ne	4	3	5	9
částečně	11	25	2	15

Tabulka k otázce č. 14

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ano	5	23	2	32
Ne	13	11	6	10
neodpověděl/a	0	2	0	1

Tabulka k otázce č. 15

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ano	0	11	1	13
Ne	13	9	5	16
někdy	5	16	2	14

Tabulka k otázce č. 16

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ano, zvracím pravidelně	0	0	0	0
ano, ale jen někdy	0	1	0	1
ne	18	35	8	42

Tabulka k otázce č. 17

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ano	1	2	2	20
ne	16	34	5	23
neodpověděl/a	1	0	1	0

Tabulka k otázce č. 18

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ano	0	0	0	3
ne	16	31	8	39
neodpověděl/a	2	5	0	1

Tabulka k otázce č. 19

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ne	1	0	0	0
spíše ne	0	0	0	0
spíše ano	0	0	0	4
Ano	0	0	1	0
neodpověděl/a	17	36	7	39

Tabulka k otázce č. 20

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci	dívky
ano	7	13	4	43
ne	11	21	4	0
neodpověděl/a	0	2	0	0

Tabulka k otázce č. 21

druhy odpovědí	chlapci gymnázium	dívky gymnázium	chlapci zdrav.	dívky zdrav.
ne	7	9	1	0
spíše ne	7	20	3	12
spíše ano	3	6	4	16
ano	1	1	0	15

Příloha P III: Výpočet hypotéz

Hypotéza č. 1

H₀ Mezi držím diet u dívek z gymnázia a střední zdravotnické školy není statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi držím diet u dívek z gymnázia a střední zdravotnické školy je statisticky významný rozdíl.

Výpočet:

studentky	dieta ano	dieta ne	Σ
dívky gymnázium	17 (20,5)	19 (15,5)	36
dívky stř.zdrav. škola	28 (24,5)	15 (18,5)	43
	Σ 45	34	79

- hodnoty v závorkách jsou očekávané četnosti

$x^2 = (P-O)^2/O$, vypočítala jsem jednotlivá x^2 a sečetla je

$$x^2 = 0,598$$

$$x^2 = 0,5$$

$$x^2 = 0,790$$

$$x^2 = 0,662$$

$x^2 = 2,55$

Dále jsem vypočítala stupeň volnosti podle vzorce $f = (r-1) \times (s-1)$

r=počet řádků a s=počet sloupců

$$f = (2-1) \times (2-1) = 1$$

$$x^2_{0,05(1)} = 3,841$$

$x^2 = 2,55 < 3,841 \rightarrow$ přijímám nulovou hypotézu.

Hypotéza č. 2

H₀ V míře realizované prevence na Gymnáziu T. G. M. a Střední zdravotnické škole není statisticky významný rozdíl.

H_A V míře realizované prevence na Gymnáziu T. G. M. a Střední zdravotnické škole je statisticky významný rozdíl.

Výpočet:

Odpovědi	chlapci gym.	dívky gym.	chlapci stř. zdr.	dívky stř. zdr.	Σ	
ano	1 (4,1)	2 (8,7)	2 (1,7)	20 (10,4)	25	
Ne	16 (12,9)	34 (27,3)	5 (5,3)	23 (32,6)	78	
	Σ	17	36	7	43	103

$$x^2=2,344$$

$$x^2=0,745$$

$$x^2=5,159$$

$$x^2=1,644$$

$$x^2=0,053$$

$$x^2=0,017$$

$$x^2=8,862$$

$$x^2=0,294$$

$$x^2=19,118$$

- výpočet stupně volnosti dle vzorce: $f=(r-1) \times (s-1)$

r =počet řádků a s =počet sloupců

$$f=(2-1) \times (4-1)=3$$

$$x^2_{0,05(3)}=7,815$$

$x^2=19,118 > 7,815 \rightarrow$ přijímám alternativní hypotézu