

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Znalosti žáků 9. tříd vybraných základních škol o poruchách příjmu potravy

Knowledge of eating disorders of pupils from the ninth grade of selected
primary schools

Klára Navrátilová

Vedoucí práce: Ing. Bc. Alena Váchová, PhD.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Biologie, geologie a environmentalistika – Výchova ke zdraví se
zaměřením na vzdělání

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Znalosti žáků 9. tříd vybraných základních škol o poruchách příjmu potravy potvrzují, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 4. 5. 2020

Velmi děkuji Ing. Bc. Aleně Váchové, PhD. za čas, který mi věnovala při vedení práce, za odborné rady a celkově veškerou pomoc při vypracovávání. Dále bych ráda poděkovala školám, jejím pedagogům a studentům, za zapojení se do výzkumné části mé práce. Poděkování také patří mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje především na znalosti žáků 9. tříd vybraných základních škol o poruchách příjmu potravy. Jejím cílem bylo mimo jiné zjistit, zdali žáci o PPP někdy slyšeli a případně odkud se o nich doslechli. Dílčím cílem této bakalářské práce také bylo ukázat, zdali tito žáci vědí o někom, kdo trpí nebo trpěl nějakou poruchou příjmu potravy. V případě, že o někom takovém vědí, tak o koho se jedná. Jako dalším dílčím cílem bylo objasnit, zdali žáci dokáží identifikovat příznaky PPP a komu by se, v případě podezření na PPP u svého kamaráda, svěřili se svými obavami. Dále byla tato práce zaměřena na to, zdali si jsou zapojení žáci vědomi potencionálního ohrožení jich samotných, co se týče PPP. V neposlední řadě bylo dílčím cílem práce zjistit vztah mezi stigmatizací a PPP.

K získání informací bylo využito dotazníkové šetření, které bylo anonymní.

Výsledky práce ukazují, že žáci mají 58% znalosti, co se týče PPP. Všichni o PPP někdy slyšeli, přičemž nejvíce byla do odpovědí zahrnuta média. 60 % žáků ví o někom s PPP, přičemž se nejčastěji jedná o veřejně známou osobnost. Pouze 27 % respondentů správně vybralo všechny 3 uvedené příznaky osoby trpící PPP a celkem 35 % vybralo alespoň dva. Podle průzkumu by se nejvíce žáků (celkem 51 %) svěřilo se svými obavami samotnému kamarádovi, u kterého mají podezření na PPP. Výsledky také ukazují, že 57 % žáků nepřipouští, že by i oni mohli být PPP postihnuti. Ve vztahu PPP a stigmatizace převažovaly výrazně (51 %) pojmy týkající se anorexie.

KLÍČOVÁ SLOVA

bulimie, mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, záchvatovité přejídání, znalosti, žáci základních škol

ABSTRACT

This bachelor's thesis is focused mainly on the knowledge of 9th-grade pupils of selected primary schools about eating disorders (shortly ED). Among other things, it aimed to find out whether pupils had ever heard of ED and, if so, where they had heard about it. A partial goal of this bachelor thesis was also to show whether these pupils know about someone who suffers or has suffered from an eating disorder. If they know of such a person, who this person is? Another partial goal was to clarify whether pupils can identify the symptoms of ED and to whom they would confide their concerns, in case of suspicion of ED within their friends. Furthermore, this work focused on whether the pupils involved are aware of the potential threat to themselves in terms of ED. Last but not least partial goal of the work was to find out the relationship between stigmatization and ED.

An anonymous questionnaire survey was used to obtain information

The results show that pupils have 58 % knowledge of ED. Everyone has heard of ED at some point, with the media being most involved in the responses. 60 % of pupils know of someone with ED, most often a publicly known person. Only 27 % of respondents correctly selected all 3 symptoms of a person suffering from ED and a total of 35 % chose at least two. According to the survey, most pupils (51 % in total) would confide their concerns to a friend they suspect of ED. The results also show that 57 % of pupils do not admit that they too may be affected by ED. In a relationship concerning ED and stigmatization, terms related to anorexia predominated significantly (51 %).

KEYWORDS

bulimia, anorexia nervosa, eating disorders, binge eating, knowledge, pupils of primary schools

Obsah

Úvod.....	7
1 Poruchy příjmu potravy.....	8
1.1 Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy.....	9
1.1.1 Subjektivní příčiny vzniku poruch příjmu potravy.....	10
1.2 Léčba poruch příjmu potravy.....	11
1.2.1 Formy léčby.....	11
1.2.2 Léčebná centra a pomoc.....	13
1.3 Výskyt PPP.....	15
1.4 Mentální anorexie.....	15
1.4.1 Příčiny vzniku mentální anorexie.....	16
1.4.2 Příznaky mentální anorexie.....	17
1.4.3 Následky mentální anorexie.....	18
1.4.4 Léčba mentální anorexie.....	19
1.5 Mentální bulimie.....	20
1.5.1 Příčiny vzniku mentální bulimie.....	21
1.5.2 Následky bulimie.....	22
1.5.3 Léčba bulimie.....	23
1.6 Porovnání mentální anorexie a mentální bulimie.....	24
1.7 Záchvatovité přejídání.....	25
1.8 Další poruchy příjmu potravy.....	26
2 Praktická část.....	28
2.1 Cíle výzkumu.....	28
2.2 Metoda výzkumu.....	28
2.2.1 Místa výzkumu a dotazování respondenti.....	29

2.3	Interpretace výsledků dotazníkového šetření	31
2.4	Diskuze	51
2.4.1	Komparace	56
2.4.2	Doporučení.....	57
	Závěr	58
	Seznam použitých informačních zdrojů	60
	Seznam grafů	64
	Seznam použitých zkratk	65
	Seznam příloh.....	65

Úvod

V mé bakalářské práci bych se ráda zaměřila na znalosti žáků 9. tříd vybraných základních škol o poruchách příjmu potravy. Tuto věkovou kategorii jsem si vybrala, jelikož se jedná o skupinu žáků, kteří již brzy budou součástí věkové skupiny, která je nejohroženější a nejpostiženější, co se týče poruch příjmu potravy.

V teoretické části bych se ráda zaměřila na obecné informace ohledně PPP, jako jsou příčiny vzniku těchto poruch, formy léčby a pomocná centra. Podrobněji bych se chtěla věnovat zejména 2 poruchám, a to mentální anorexii a bulimii. U těchto poruch bych se chtěla hlouběji zaměřit na jejich příčiny vzniku, popřípadě příznaky, následky a formy léčby. Mimo jiné bych se také chtěla věnovat i jiným formám poruch příjmu potravy, jakými jsou například psychogenní přejídání či orthorexie.

V praktické části bych se chtěla věnovat primárně znalostem žáků 9. tříd o poruchách příjmu potravy. Dále bych se ráda zaměřila na to, zdali a kde se žáci o PPP doslechli. Mimo jiné je mým cílem zjistit, zdali žáci ví o někom, kdo trpí nebo trpěl PPP a případně o koho se jedná. Dále bych chtěla zabývat tím, zdali žáci dokáží identifikovat příznaky poruch příjmu potravy u osoby jimi trpící. Také se budu zaměřovat na to, pokud by žáci v případě, že budou mít podezření na nějakou z poruch příjmu potravy u svého kamaráda/ky, komu by se v takové situaci se svými obavami svěřili. Ráda bych se také zaměřila na to, zdali si jsou žáci vědomi potencionálního ohrožení jich samotných, co se PPP týče. V praktické části bych se také chtěla věnovat poruchám příjmu potravy ve spojitosti se stigmatizací. K získání informací využiji pro svůj výzkum anonymní dotazník.

Teoretická část

V teoretické části mé bakalářské práce se budu věnovat obecně historii, příčinám vzniku, léčbě a výskytu poruch příjmu potravy (dále jen PPP). Dále bych se ráda podrobněji věnovala mentální anorexii a bulimii. U těchto poruch bych se chtěla více věnovat příčinám, příznakům, možným následkům a léčbě. V závěru bych ráda porovнала rozdíl mezi těmito uvedenými poruchami. Také se budu věnovat jiným PPP, jako je záchvatovité přejídání či orthorexie.

1 Poruchy příjmu potravy

Dle mezinárodní klasifikace nemocí řadíme mezi poruchy příjmu potravy mentální anorexii, atypickou mentální anorexii, mentální bulimii, atypickou mentální bulimii, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy a poruchu příjmu potravy NS. V této klasifikaci nemocí jsou PPP řazeny do poruch duševních a poruch chování a jsou označeny F50 (Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50-59, 2018, MKN-10).

Stejně tak dělí poruchy příjmu potravy i Americká psychiatrická asociace v diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch. Zde jsou popsány tyto poruchy: pika, ruminační porucha, psychogenní ztráta chuti k jídlu, mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání. Všechny tyto poruchy jsou řazeny v kapitole poruchy příjmu potravy a poruchy jídelního chování (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015).

Historie poruch příjmu potravy sahá až do starověku a nelze je tedy považovat za problém posledních pár let. Již v 5. století před naším letopočtem Hippokrates označuje poruchy příjmu potravy jako asithia. Ve 2. století našeho letopočtu použil Galén pojem anorexie, jakožto pojem týkající se poruchy příjmu potravy. První doložená oběť, jejíž smrt byla zapříčiněna poruchou příjmu potravy, pochází ze 14. století. První diagnostikovaná mentální anorexie byla v 17. století. Popsána byla lékařem Richardem Mortonem. V 19. století francouzský lékař F. Imbert popisuje dva druhy anorexie, a to anorexii gastrickou a

nervovou. V průběhu 19. století docházelo k mnoha popisům poruch příjmu potravy. Prvními, kdo popsali mentální anorexii tak, jak ji popisujeme dnes, jsou Sir William Whitney Gull a Ernest Charles Lasègue. Tito lékaři nezávisle na sobě popsali tyto příznaky: velký hmotností úbytek, amenorea, zácpa a neklid. Ve 40. letech 20. století byla mentální anorexie zařazena mezi duševní poruchy. Jako takový byl pojem mentální anorexie přijat koncem 19. století. Oproti diskutované anorexii byla mentální bulimie spíše v pozadí (Papežová, 2018). Přejídání a následné zvracení či použití laxativ bylo dříve připisováno anorexii. Již v roce 1874 popsali již zmínění Gull a Lasègue příznaky bulimie u dívek, které se léčily z anorexie. V roce 1944 Binwanger napsal kazuistiku dívky, jejíž příznaky korespondovaly s příznaky mentální bulimie (Krch, 2005). V roce 1979 britský lékař Gerald Russel užil jako první pojem mentální bulimie a definoval ho jako přejídání, které je neovladatelné a nutkavé. Příčinou přejídání a následného zvracení či jiného vyprazdňování byl chorobný strach ze ztloustnutí (Papežová, 2018). Ke vzniku PPP přispívají určité rizikové faktory, jež bych ráda uvedla v následující podkapitole.

1.1 Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy

Příčiny vzniku PPP jsou velmi rozmanité a v závislosti na typu poruchy se liší. Co mají obě poruchy společné je, že osoby postižené PPP jsou převážně ženy. Pohlaví hraje ve vzniku onemocnění důležitou roli a můžeme ho tak považovat za velmi silný rizikový faktor. Konkrétně u záchvatovitého přejídání jsou třikrát více postiženy ženy oproti mužům. Co se týče mentální anorexie a mentální bulimie, postihuje toto onemocnění ženy až desetkrát více. Z celkového počtu mužů postižených poruchou příjmu potravy je celkem 27 % mužů homosexuálů či bisexuálů. Tito jedinci jsou zřejmě postiženi tímto druhem psychických poruch, jelikož je na ně v jejich postavení kladen podobný důraz na ideál krásy a stíhlosti jako na ženy. Někteří pacienti z řad homosexuálů a bisexuálů uvedli, že důvodem, proč začali snižovat svou hmotnost, bylo že chtěli vypadat více žensky (Papežová, 2010).

Dalším společným znakem PPP je věk osob, kdy nemoci propukají. Věk je považován za jeden z nejrizikovějších faktorů vzniku těchto poruch. Mezi nejrizikovější období, kdy vznikají PPP, se řadí adolescence a časná dospělost. Vzhledem k tomu, že věk podléhá změně a neustále stárneme, definuje tento faktor jako faktor proměnlivý (Papežová, 2010).

Riziková je také skupina osob, u nichž je rodinná predispozice ke vzniku PPP. Predispozicemi je myšlen například výskyt poruchy v rodině. U takovýchto jedinců může být spouštěčem stresující událost. Za stresující událost lze považovat například rozvod rodičů či špatné pracovní klima (Papežová, 2012). Zajímavostí je, jaké vnímají příčiny vzniku PPP samotné osoby trpící PPP. Tyto subjektivní faktory uvedu v další kapitole.

1.1.1 Subjektivní příčiny vzniku poruch příjmu potravy

V roce 2004 byl proveden výzkum, jehož hlavním cílem bylo zjistit subjektivní vlivy, které měly ovlivnit vznik PPP u dívek, které byly anebo jsou nějakou z poruch postiženy. Hlavním cílem celého výzkumu bylo tyto subjektivní vlivy shromáždit, analyzovat a snažit se pochopit, proč právě tyto faktory popsaly dívky jako stěžejní ve vzniku jejich poruch. Ke sběru informací byla využita internetová diskuzní fóra na 4 českých a 1 slovenském portále věnujících se PPP. Celkem bylo do výzkumu zapojeno 259 dívek, jež uvedly 378 příspěvků. Výsledky výzkumu byly rozděleny do 31 kategorií, které byly dále děleny na více než 100 podkategorií. Všechna dílčí témata byla následně rozdělena do 9 kategorií.

Výsledky výzkumu ukázaly, že v naprosté většině všech příspěvků dívky uvedly jako primární příčinu vzniku poruchy touhu po snížení tělesné hmotnosti. Podněty ke snížení hmotnosti byly již různé. Mezi podněty byly uváděny subjektivní pocity nespokojenosti s vlastní postavou, snížení tělesné hmotnosti kvůli jiné osobě, především příteli, snížení hmotnosti v důsledku porovnávání se s osobami v blízkém okolí respondentek, snížení tělesné hmotnosti na základě poznámek na postavu respondentek, inspirace veřejně známými osobnostmi jako jsou slavné herečky a modelky. Častým podnětem k hubnutí byla také touha po dokonalosti a sebekontrolole ve spojení s precizností.

Jako důležitý faktor dívky uváděly reakce okolí na prvotní snížení hmotnosti osoby. Při prvním snížení hmotnosti se respondentkám od okolí dostávalo hlavně kladných reakcí. Ve fázi, kdy byly poznámky od okolí varující či negativní, se reakce dívek rozrůznily. Výzkum prokázal, že zatímco jedna skupina dívek se nad možným vznikajícím problémem zamyslela, tak druhá skupina dívek reagovala odmítavě, dokonce až arogantně a pobouřeně, a naopak je to přimělo k razantnějším krokům při snižování hmotnosti.

Mezi subjektivními vlivy se také vyskytly příspěvky týkající se vztahu s matkou. Zde byly uváděny příklady, kdy se respondentky chtěly vyvarovat tomu, jak vypadá postava jejich

matky, popřípadě inspirace v tom, že matky zapojených respondentek neustále držely nějaké redukční diety za účelem snížení tělesné váhy. V souvislosti nejen s rodinou byly také uváděny za iniciační faktory absence citových projevů jako je láska, lítost a empatie (Sládková, Vybíral, 2008). Všechny výše uvedené faktory vedou k propuknutí a následnému rozvinutí nějaké PPP, které je nutné následně léčit.

1.2 Léčba poruch příjmu potravy

Pro úspěšnou léčbu je základním kritériem motivace osoby trpící PPP. K motivovanosti osoby má mimo jiné přispívat rodina a terapeut. Proces k motivaci ke změně lze popsat v 5 krocích. Prvním z nich je stádium popírání, kdy si postižená osoba nepřipouští, že má nějaký problém. Druhým stádiem je stádium úvahy. V této fázi se u dané osoby začínají objevovat myšlenky o tom, že by s ní mohlo být něco v nepořádku. Jeho činy jsou zatím v rovině mentální, nevykonává nic aktivně. Třetí je stádium přípravy, kdy pacient přistoupí na změnu v jídelním režimu, ale není si jist, co mu změna přinese a jak ho ovlivní. Ve stádiu akce dochází k aktivním krokům od postižené osoby PPP. Za poslední fázi je považováno stádium udržení, kdy je nejdůležitější setrvání konání činů k odstranění PPP (Papežová, 2003). Poruchy lze léčit několika způsoby, konkrétní formy léčby zmíním v navazujících odstavcích.

1.2.1 Formy léčby

Dle závažnosti se využívají následné formy pro léčbu poruch příjmu potravy: hospitalizace nebo částečná hospitalizace, ambulantní lékařská péče, svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace, rodinná terapie, kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální terapie, psychodynamická terapie a farmakoterapie. Dále se budu jednotlivým formám blíže věnovat.

Hospitalizace a částečná hospitalizace

Hospitalizace se nařizuje u pacientů, u kterých je potřebná lékařská stabilizace. V procesu hospitalizace se řeší jak problémy fyzické, tak psychické, které PPP doprovázejí. Důležitým bodem je aktivní spolupráce pacientek. Plné hospitalizace se většinou dostává těm pacientům, u kterých byly předešlé pokusy o vyléčení PPP neúspěšné, nebo je u nich velké

riziko sebepoškození. Dále jsou hospitalizováni pacienti se špatným, až život ohrožujícím stavem.

Další možností léčby je částečná hospitalizace nebo docházka do denního stacionáře. Zde jsou osobám s PPP poskytovány terapeutické služby, aniž by musely přespávat mimo domov.

Ambulantní lékařská péče

Oproti ostatním metodám, jako je například psychoterapie, nemá tato metoda za hlavní cíl vyléčit PPP. Avšak jejím hlavním cílem je dostat pacienty do somatické a psychické stability. Tato metoda se využívá u pacientů, u nichž je PPP chronická, či jsou to pacienti léčbě nepoddajní. Většinou se jedná o pacienty, u kterých v minulosti proběhlo více forem léčení PPP, avšak neúspěšně. Péče touto formou probíhá jedenkrát týdně, ve skupině či individuálně. V případě nutnosti mají lékaři specialisté možnost kontrolovat celkový životní stav pacienta, včetně tělesné hmotnosti či stavu elektrolytů v těle pacienta.

Svépomoc a psychoedukace

Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace je forma léčby vhodná pro osoby s méně závažnými příznaky PPP (Krech, 2005). Pro svépomocné programy je velmi důležité zapisování a sledování jídelního režimu, jelikož si mnoho postižených osob své jídelní návyky nepřipouští jako špatné a nevidí v nich problém, někdy dochází k tomu, že si je daná osoba vymýšlí. Dobrým způsobem pro zaznamenávání jídelního režimu je komplexní tabulka, kam se doplňuje čas příjmu stravy, co a kde bylo konzumováno, zdali došlo k přejedení, zvracení či užití laxativ. Poslední pole tabulky je vhodné pro zaznamenávání pocitů, důsledků či jiných informací (Papežová, 2003). Stěžejním prvkem psychoedukace je seznámení léčící se osoby se vším, co s onemocněním souvisí. Do těchto informací jsou zahrnuty možnosti léčby, celkový průběh onemocnění a jeho možné důsledky. Při dlouhodobém využívání této metody dochází k prohlubování získaných informací a zároveň k samotnému porozumění nemoci. Vhodné je zapojení blízkých osob pacienta, které mohou být při léčbě nápomocné (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

Rodinná terapie

Forma léčby pomocí rodinné terapie je hojně využívána u mladých osob trpících PPP a u osob žijících se svou rodinou. Velmi účinná je tato forma v případě, že se v rodině postižené

osoby často vyskytují rodinné konflikty. V tomto případě je rodinná terapie doplňující k individuální terapii (Krch, 2005).

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je vhodná pro osoby trpící PPP se středně těžkými až závažnými příznaky, pro které je rodinná terapie nevhodná. Tato metoda je jedna z hlavních, která se využívá k léčbě PPP (Krch, 2005).

Interpersonální terapie

Interpersonální terapie jsou vhodné především při depresivních stavech. Jedná se o krátkodobou formu řešení problému mezilidských vztahů, jenž ovlivňují psychické problémy a PPP (Papežová, 2003).

Farmakoterapie

Formou léčby využívanou poté, co je kognitivně-behaviorální terapie neúspěšná, může být farmakoterapie. Tato forma léčby se využívá především u mentální bulimie nebo záchvatovitého přejídání. K léčbě jsou využívána především antidepresiva, která by neměla být stěžejní formou léčby (Krch, 2005). U využívání antidepresiv dochází pouze ke snížení frekvence příznaků, nikoli k samotnému vyléčení daného onemocnění. Osoby trpící bulimií po užívání antidepresiv snižují užívání laxativ a také se snižuje frekvence zvracení až o polovinu. Zlepšuje se také jejich pohled na jejich postavu a méně se zaobírají tím, co konzumují (Cooper, 2014). Většinu výše uvedených forem léčby poskytují níže zmíněné instituce.

1.2.2 Léčebná centra a pomoc

Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy se nachází na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN. Centrum poskytuje pomoc v šesti formách. První z nich je poskytnutí lůžkového specializovaného oddělení, kde je poskytována hospitalizace podle stavu pacienta. Toto oddělení je vhodné pro pacienty, u nichž nebyla předchozí ambulantní léčba úspěšná, nebo mají jiné závažné onemocnění. Umístění na toto oddělení je po doporučení ambulantního terapeuta se souhlasem osoby trpící PPP. Doporučení k hospitalizaci se následně umísťuje do pořadníku, kde je čekací doba na příjem na oddělení od 1 týdne do 3 měsíců. Hospitalizace obvykle trvá 4-8 týdnů. Během léčby je zde vytvořen komplexní terapeutický, jídelní, pracovní a sociální plán. Pro úspěšnou léčbu je velmi důležitá

spolupráce pacientů samotných a také příbuzných pacientů společně s následnou péčí o pacienta.

Dále je klinikou poskytován denní stacionář, kam pacienti dochází. Oproti klasické hospitalizaci je zde výhodou, že pacienti nejsou vytrženi z domácího prostředí, jelikož v centru nezůstávají přes noc. Na klinice probíhá ambulantní péče po dobu 3 měsíců. Čekací doba do zapojení je 2–4 týdny. Denní sazba za placení stravy činí 55 Kč.

Specializovaná ambulantní péče je třetí forma pomoci osobám s PPP. Její charakter je krátkodobý a dochází zde k prvotnímu kontaktu pacienta s odborným pracovníkem. Je zde poskytováno psychologické poradenství, prevence, terapie a zaměření se na psychosomatické obtíže.

V dostupnosti jsou také internetové diskuzní skupiny pro rodiče dětí trpících PPP, které jsou anonymní. Je zde možné online konverzovat o příznacích, příčinách a pomoci s odbornými pracovníky.

Klub pro rodiče, příbuzné a partnery osob trpících PPP je informativní fórum, které je pod vedením odborníka na PPP F.D. Krcha. Blízké osoby se zde mohou seznámit se základními informacemi o PPP a poučit se zde, jak napomoci k úspěšné léčbě.

Klub pro pacienty a zájemce o léčbu je vedený odborníky na PPP. Zde jsou zájemci o léčbu seznamováni s formami a průběhy poskytovaných léčeb.

Doléčovací skupiny jsou určeny pro osoby, které ukončily hospitalizaci (Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, 2019, 1. LF UK).

Dalšími specializovanými centry a formy pomoci pro léčbu PPP jsou například na Dětské psychiatrické klinice 2. LF UK a FN Motol či terapeutická skupina na Psychoterapii Anděl. V dostupnosti jsou také workshopy konané pro blízké osoby pacientů s PPP. Mimo jiné je možné využít Linku Anabell, což je Linka důvěry specializovaná na pomoc s PPP (Štěpánková, Ratajová, 2015). Léčba je potřebná pro všechny pacienty trpící PPP. Výskyt osob, které tuto léčbu potřebují, je následující.

1.3 Výskyt PPP

Podle statistik se počet osob trpících poruchou příjmu potravy mezi roky 2011 až 2017 navýšil. V roce 2017 byl počet ambulantně léčených pacientů 3731, z čehož bylo 3373 žen. Z celkového počtu ambulantně léčených to činí necelých 91 % léčených žen. Největší výskyt onemocnění byl Praze. Nejmenší výskyt byl poté v Karlovarském kraji. Největší výskyt PPP byl zaznamenán u věkové skupiny 15-19 let, kde byl počet nemocných v roce 2017 celkem 1627, z čehož bylo 1184 nemocných ve věkové skupině 15-19 let (Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50-59, 2018, MKN-10).

Prevalence MA je u žen uváděna kolem 0,4 %, u mužů tato hodnota není stanovena, jelikož muži jsou postiženi MA méně nežli ženy, a to zhruba 10:1. Prevalence bulimie u žen je okolo 1,5 %. Stejně tak jako u MA jsou i zde převážnou většinou postižených osob ženy, a proto se prevalence u mužů neudává. U psychogenního přejídání se hodnoty prevalence uvádějí 1,6 % pro ženy a 0,8 % pro muže (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015).

Ve výše uvedených kapitolách jsem již obecně popsala rizikové faktory vzniku poruch, formy léčby a výskyt. Následně bych se ráda věnovala podrobněji některým z nich a jako první bych uvedla mentální anorexii.

1.4 Mentální anorexie

Mentální anorexie je onemocnění, jež se řadí mezi poruchy příjmu potravy. „*Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.*“ (Krch, 2010, s. 25) Anorektici odmítají jídlo z důvodu, že jíst nechtějí, ač to někdy sami popírají. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění. U některých pacientů je možné pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s jídlem souvisí. Diagnostická kritéria mentální anorexie lze shrnout do tří základních znaků. Prvním znakem je aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85 % normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI). Druhým znakem je až chorobný strach z tloušťky, který přetrvává i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost pacienta. U žen je třetím znakem porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky (Krch, 2010).

Podle Papežové (2012) je pro mentální anorexii typické, že pacienti s touto nemocí zásadně odmítají nebo nejsou schopni si udržet normální tělesnou váhu. Pouhá představa zvýšení tělesné váhy je pro je jedince s anorexií děsivá. Typickým znakem je u těchto lidí zkreslená představa o vlastním těle, kdy i přes viditelnou podváhu snímá jedinec svou osobu jako obézní.

Jedná se o psychické onemocnění, kterým jsou postiženy převážně ženy a mladé dívky. Jejich cílem je zabránění zvýšení tělesné hmotnosti. Obavy z navýšení tělesné hmotnosti jsou často spojovány s vývojem sekundárních pohlavních znaků u žen, mezi něž můžeme řadit zvýšené ukládání tuku v bocích a růst prsou. Tyto znaky se více či méně projevují v pubertě (Mentální anorexie, 2020, Velký lékařský slovník online).

V mezinárodní klasifikaci nemocí je pod kódem F50.0 mentální anorexie definována takto: „*Porucha charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje.*“ (Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50-59, 2018, MKN-10).

Ke vzniku této poruchy přispívá řada příčin, které jsou uvedeny následovně.

1.4.1 Příčiny vzniku mentální anorexie

Krch (2010) rozděluje faktory posilující strach z tloušťky do dvou skupin, a to do skupiny individuálních faktorů a faktorů společenských a kulturních.

Mezi individuální faktory řadí úzkostnost, perfekcionalismus, nejistotu v dospívání (zejména jeli postižený nějakým traumatem), tloušťku či nevhodnou distribuci tělesného tuku a také zdravotní problémy spojené s dietou.

Mezi společenské a kulturní faktory řadí vlivy médií, obecně spojované hodnoty hubenosti se zdravím a nadváhy s leností a ošklivostí. Dále také to, že lidé se nechtějí lišit od ostatních. Mezi další faktory Krch uvádí přílišnou orientaci dnešní společnosti na vnější vzhled a s tím i spojená šikana kvůli vzhledu, jídelní trendy ve společnosti a všeobecně deklarovaný ideál štíhlosti a krásy.

Leibold (1995) příčiny mentální anorexie také dělí na sociální a individuální příčiny. Mezi sociální příčiny pak řadí nadbytek potravin, přehnaný ideál štíhlosti a změnu v pojetí úlohy

ženy. Mezi individuální příčiny řadí poruchu ve vnímání vlastního těla, odpor k dospívání a usilování o výjimečnost.

Rizikovými faktory mohou být i zaměstnání. Mezi ohroženou skupinu se řadí modelky a vrcholoví sportovci (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015). Výše uvedené příčiny vedou k rozvinutí anorexie, která má různé příznaky.

1.4.2 Příznaky mentální anorexie

Mezi prvotní příznaky mentální anorexie se řadí změna jídelníčku a jídelních návyků. Osoby trpící mentální anorexií si ze začátku mění jídelníček, z něhož obvykle vyřazují nezdravá jídla, jako jsou sladkosti a tučná jídla. Později takto vyřazují například bílé pečivo, knedlíky, maso a další potraviny. Celkově se mění i jejich jídelní režim. Nejedí nic „navíc“ a s postupem času z jejich jídelníčku ubývají i jídla jako snídaně, oběd nebo večeře. Lidé trpící mentální anorexií si vždy hledají výmluvy, proč dané jídlo vynechali. Neradi jedí ve společnosti a často se jim po jídle dělá špatně. Postižení se hojně věnují svému vzhledu a řeší svou tělesnou hmotnost. Někteří jedinci se neustále váží, druzí se naopak vážení ze strachu vyhýbají. Příznakem mentální anorexie je velký úbytek tělesné hmotnosti za krátký časový úsek. Za anorektika se považuje osoba s hodnotou BMI 17,5 a nižším. S rapidně se snižující hmotností dochází také ke zdravotním obtížím (Krch, 2010).

Mezi příznaky mentální anorexie se také řadí velmi omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a vyvolávání průjmu, k čemuž jsou využívána anorektika¹ a diuretika² (Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50-59, 2018, MKN-10).

Mentální anorexie se podle DSM5 vymezuje těmito kritérii. Osoby trpící MA mají omezený energetický příjem, což zapříčiňuje nízkou tělesnou váhu vůči věku, pohlaví jedince a vývoji. Dalším kritériem je neustálý strach z příbytku hmotnosti a s tím i spojené adekvátní chování. V tomto stavu je také typická nedostatečná a zkreslená sebereflexe společně s ovlivněným sebevědomím jedince. Ukazatelem závažnosti onemocnění je BMI (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015). Oproti Krchovi (2010), který uvádí, že hraniční je hodnota

¹ Anorektika – léky užívající se k potlačení chuti k jídlu; místem účinku je centrální nervová soustava; jejich možné využití je při léčbě obezity

² Diuretika – látky užívající se ke zvýšení tvorby a vylučování moči; jejich možné využití je při léčbě vysokého tlaku, popřípadě k vyloučení většího množství vod při otocích těla

BMI 17,5, Raboch, Hrdlička, Mohr a spol. (2015) uvádí hranice BMI 17,0. S touto hodnotou se dá považovat anorexie za mírnou. U dětí je vhodně užívat BMI v závislosti na věku jedince.

Príznaky anorexie mají vliv na člověka samotného a mohou mít různé následky.

1.4.3 Následky mentální anorexie

Mentální anorexie může mít velmi velký vliv na celkové fungování organismu. Může dojít k postižení mozku a nervové soustavy. Projevy tohoto postižení jsou potíže se soustředěním, strach z nárůstu tělesné hmotnosti, náladovost, horší paměť, úbytek inteligence nebo například vznětlivost. Díky MA může také dojít k postižení srdce a krevního oběhu, kdy může dojít k poklesu krevního tlaku, zpomalení tepové frekvence, anemii, bušení na hrudi, snížení množství draselných kationtů v krvi, což může vést až k celkovému srdečnímu selhání, které může být fatální. Z nedostatku tekutin může dojít k poškození ledvin či vzniku ledvinových kamenů. Díky absenci podkožního tuku jsou časté pocity chladu. MA také může poškodit správné fungování hormonů v těle, což může vést k nepravidelnosti nebo až ke ztrátě menstruace, řídnutí kostí, zpomalení či celkovému zastavení tělesného růstu, neplodnosti. V případě otěhotnění je vysoké riziko potratu či následných poporodních depresí (Následky mentální anorexie a bulimie, 2015, Psychoterapie Anděl Praha).

Důsledkem mentální anorexie je podvýživa, která má mnoho negativních somatických důsledků. Mezi ně můžeme řadit například snížení kvality kůže a kožních derivátů, často dochází k poškození vnitřních orgánů. V důsledku silné podvýživy může dojít k narušení vnitřního prostředí a v souvislosti s tím k porušení orgánových soustav. Porušení orgánových soustav může být natolik vážné, že ho tělo nemusí zvládnout (Orel, 2012).

Jako důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti můžeme mimo jiné uvést poruchy spánku, zvýšenou kazivost zubů, nažloutlou praskající pleť, zvýšené ochlupení po celém těle, zpomalení funkce střev vedoucí k zácpě, bradykardii³ či arytmií⁴, zvýšení hladiny cholesterolu v krvi. V důsledku nedostatku živin může dojít k poškození jater, které může vést k otokům těla. Také může dojít k celkovému oslabení imunitního systému jedince. Velmi časté jsou pocity nevolnosti, poruchy vědomí a mdloby (Krch, 2008).

³ Bradykardie – typ srdeční arytmie projevující se pomalou srdeční činností

⁴ Arytmie – porucha srdečního rytmu

Aby došlo k co nejmenšímu poškození lidského organismu, je důležité mentální anorexii léčit.

1.4.4 Léčba mentální anorexie

Leibold (1995) ve své publikaci zmiňuje, že aby byla léčba úspěšná, musí být komplexní, což zahrnuje léčbu jak psychických, tak somatických příčin a následků. V případě, že byly v průběhu nemoci zneužívány nemocným nějaké léky, mělo by dojít i k detoxikační a odvykací kúře. Léčebné postupy by vždy měl určit lékař a měla by se vztahovat na psychoterapie a na změnu a dohled nad jídelníčkem pacienta. Léčba se liší s ohledem na dobu a vážnost poruchy. V asi 10 % případů přicházejí pacienti na kost vyhublí ve stavech, kdy se jim již nedá pomoci. Tyto případy jsou ovšem ojedinělé, jelikož ve většině případů přiměje k léčbě jedince rodina a přátelé. Akutně ohrožení anorektici na pokraji života jsou v nemocnici léčeni infúzemi výživných roztoků a roztoků s elektrolyty. Toto je nejrychlejší způsob, jak tělu, aspoň částečně, vynahradit ztrátu živin a často i dehydrataci. Dále se mohou podávat léky posilující srdeční činnost a krevní oběh. Další medikace závisí na konkrétní diagnostice a potížích pacienta. Později, když je stav pacienta stabilizován, následují rutinní vyšetření na zjištění, jak bylo tělo během anorexie postiženo. Následná léčba je spojena s psychoterapií. V rámci léčby by měly být podávány vitamíny, minerální a stopové prvky, které tělo během hladovění a podvýživy ztratilo. Hladina těchto i makrobiogenních prvků by se měla sledovat po celou dobu léčby, dokud se neustálý jejich hodnoty v normách a nedojde k dostatečnému nárustu látek zásobních. Postižení těla ovšem nemusí být vždy stoprocentně vyléčeno a pacientovi tak můžou zůstat trvalé následky mezi něž nejčastěji řadíme poruchy trávicího traktu. Jelikož se mentální anorexie řadí mezi chorobné závislosti, řadí se do léčby také již zmiňovaná psychoterapie, která většinou zabírá delší čas. U pacientů, u kterých se mentální anorexie zachytí v počátcích, je doporučena terapie a samozřejmě dohled nad příjmem potravy (Leibold, 1995). Abych se oprostila od toho, že PPP jsou pouze o odmítání jídla, uvedu následně významnou poruchu, kterou je mentální bulimie, které se od anorexie velmi liší.

1.5 Mentální bulimie

Britský klinický psycholog a výzkumný pracovník Peter J. Cooper (2014) definuje bulimii jako opakované epizody přejídání, přičemž přejídání je charakterizováno dvěma následujícími rysy. Prvním rysem je, že daná osoba spořádá v krátkém časovém úseku tolik jídla, kolik by v tomto úseku většina lidí nespořádala. Druhým rysem je pocit ztráty kontroly nad jídlem během jezení. Po takovémto přejídání následuje pocit studu a strachu ze ztloustnutí, a proto daná osoba ve snaze zabránit navýšení hmotnosti praktikuje kroky k vyprázdnění. Nejčastěji pak dochází k vyvolanému zvracení, následnému půstu, extrémnímu cvičení nebo zneužívání laxativ a diuretik. Takovéto přejídání a následné kompenzační chování se vyskytuje u postižené osoby alespoň dvakrát do týdne během tří měsíců.

V MKN10 (Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50-59, 2018, MKN-10) je mentální bulimie klasifikována jako syndrom, který je charakteristický více rysy. Mezi ně se řadí záchvaty přejídání, které se opakují, dále také abnormální kontrola tělesné hmotnosti jedincem. Po záchvatech běžně dochází ke zvracení či požití látek vyvolávajících vypuzení jídla z těla, jako jsou například projímadla. Z uvedené definice lze tedy definovat přehnanou kontrolu tělesné váhy jedince za společný znak bulimie a anorexie.

Jakožto diagnostická kritéria jsou tedy uváděny záchvaty přejídání, které se opakují s návazným chováním, které má za účel vykompenzovat tyto záchvaty. Tyto záchvaty se opakují minimálně jedenkrát do týdne po dobu 3 měsíců. Stejně tak jako u MA je i zde znakem sebekritika vlastního těla osoby trpící bulimii (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015).

Bulimii lze dělit na dva typy. Prvním z nich je typ pročišťující, kdy daná osoba po přejedení záměrně zvrací nebo zneužívá léky na pročištění těla. Druhým typem je typ nepročišťující. Pacienti s tímto typem bulimie nevyvolávají zvracení, nýbrž se snaží své záchvaty přejídání kompenzovat například půstem či extrémně přehnaným a intenzivním cvičením. (Cooper, 2014) Ke vzniku výše popsané poruchy vedou následně uvedené vybrané příčiny.

1.5.1 Příčiny vzniku mentální bulimie

Rizikovým faktorem pro vznik mentální bulimie je jednoznačně pohlaví. Ženy mají větší riziko vzniku této poruchy. Pro dívky nastává těžké období již během puberty, kdy se začnou projevovat sekundární pohlavní znaky, jako je ukládání tuku v bocích a růst prsou. Celkově se tělo začíná měnit a pro dívku v pubertě je tradičně důležité to, jak vypadá a jaké jsou její celkové tělesné proporce. To může vést ke vzniku bulimie. Možnost vzniku bulimie může souviset i s fázemi menstruačního cyklu u dívek, kdy může dojít k hormonálnímu výkyvu v rámci premenstruačního syndromu. Díky hormonálnímu výkyvu může docházet k přejídání, které následně vede k výčítkám, které vedou ke kompenzačním metodám, jako je například zvracení nebo extrémní cvičení (Krch, 2008).

Dalším rizikovým faktorem je také věk. Nejčastěji jsou bulimií postiženi pacienti mezi 14-30 lety. V pubertálním věku dochází u jedinců k uvědomování si sebe samotného a také k zájmu o druhé pohlaví. To vede ke snaze zalíbit se (Krch, 2008). Propuknutí bulimie před začátkem puberty či po 40. roku je velmi nepravděpodobné a většinou se tomu také neděje (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015).

Rizikovým faktorem jsou také nebezpečné redukční diety. V případě neúspěšné snahy o redukci tělesné váhy může docházet k pocitům zmaru a neúspěchu. V tomto případě může dojít ke ztrátě motivace a následně i kontroly. To může vést k přejídání a následnému zvracení. Z nevhodných redukčních diet se tak může stát série neúspěšných pokusů o snížení tělesné váhy s návaznými záchvaty přejídání a zvracení. Tyto nebezpečné diety zvyšují riziko vzniku poruch až osmkrát (Krch, 2008).

Zvýšené riziko vzniku bulimie je také u osob, jež trpěly v dětství obezitou či předčasně dosáhly puberty (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015).

Cooper (2014) říká, že příčiny vzniku mentální bulimie nejsou dostatečně prozkoumány. Uvádí, že vznik bulimie je zapříčiněn více faktory, které spolu souvisí. Mezi tyto faktory řadí faktory psychické, fyzické a sociální. Působení těchto faktorů je velmi individuální.

Fyzické faktory

Mezi fyzické faktory řadí genetický vliv rodiny. Říká, že je pravděpodobné, že jsou PPP geneticky kódovány. Jeho teorie vychází z četností výskytu PPP v rodinách. Dále také z teorie o jednovaječných dvojčatech, kdy v případě, že jedno z dvojčat trpí nějakou PPP, je

u toho druhého vysoká pravděpodobnost vzniku nějaké poruchy. Ovšem tyto teorie založené na genetické dědičnosti zatím nebyly dostatečně prozkoumány. Proto se přiklání k názoru, že velký vliv na vznik bulimie má výskyt v rodině a prostředí rodiny postihnuté bulimií. V souvislosti s dalšími faktory můžou vznik této poruchy také ovlivnit geneticky podmíněné sklony k nadváze.

Psychické faktory

Mezi psychické faktory Cooper uvádí ztrátu kontroly u osob držících dietu. Ke ztrátě kontroly může vést alkohol, deprese, či vybočení z dietního plánu, které se následně vymkne kontrole. Mezi dalšími psychickými faktory jsou uvedeny stres a požívání jídla k překonání pocitů zoufalství a hněvu.

Sociální faktory

Mezi sociální faktory řadí Cooper například kritiku vzhledu od okolí či připojení se k dietě, kterou lidé v blízkém okolí dodržují.

Za rizikové faktory jsou také považovány stresové situace. Za nejvíce stresující je v Holmesově – Rahově stupnici považováno úmrtí partnera, následované rozvodem a uvězněním. Dále je ve zkrácené stupnici uvedeno úmrtí blízkého člena rodiny, sňatek, propuštění z práce, změna zdravotního stavu člena rodiny a těhotenství (Papežová, 2003). Následky nemoci, které mohou způsobit zmíněné příčiny, jsou různorodé a uvádím je v následující kapitole.

1.5.2 Následky bulimie

Mezi největší zdravotní rizika lze zařadit podvýživu, hladovění a zvracení.

Důsledkem přejedení může dojít ke ztrátě dechu a vzniku dýchavičnosti, která je způsobena tlakem přeplněného žaludku působícího na bránici. Vlivem přeplnění žaludku může dojít až k prasknutí stěny žaludku. V ojedinělých případech může dojít k akutnímu zánětu slinivky břišní. S přejedením je také často spjata plynatost, průjem či zácpa. Kombinace časté konzumace sladkostí a nevhodného stravovacího režimu může vést k hypoglykémii.

Při nedostatečné stravovacím režimu může dojít k vyhublosti, která má mnoho důsledků. Velmi závažné následky může způsobit zvracení. Při snaze k vyvolání zvracení může dojít

k poškození krku a jícnu. V důsledku vyvolávání zvracení může dojít k otoku slinných žláz pod čelistí, které je velmi bolestivé (Krch, 2008).

V mezinárodní klasifikaci nemocí (Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50-59, 2018, MKN-10) je popsáno riziko poruchy elektrolytové rovnováhy, které je způsobeno opakovaným zvracením. Elektrolytová nerovnováha může způsobit somatické komplikace.

Homeostázu⁵ také narušují laxativa⁶ a diuretika, která také způsobují nerovnováhu tělesných tekutin a iontů v těle. Při častém a velkém požití projímadel hrozí nebezpečí poškození stěny střev.

Mezi psychické a sociální následky lze uvést sebelítost, úzkostlivost, nejistota, nízké sebevědomí a celkový pocit „ničemnosti“ vedoucí k depresím (Krch, 2008). Aby došlo k co nejmenším zmíněným dopadům mentální bulimie, je potřebná léčba samotné poruchy.

1.5.3 Léčba bulimie

Hlavní a nejúčinnější metodou využívající se k léčbě bulimie je kognitivně-behaviorální terapie. Jejím cílem je navrácení kontroly nad stravováním a snížení pochybností a obav o vzhled těla postižené osoby. Terapie probíhá pomocí dvaceti sezení, které se uskutečňují během pěti měsíců. Dalšími typy terapií mohou být behaviorální terapie, psychoedukační léčba či fokální terapie. Běžně se využívá kombinace dvou z těchto metod či kombinace psychologické a farmaceutické pomoci. Tato varianta léčby se volí u osob, které nereagují na kognitivně-behaviorální terapii (Cooper, 2014).

Z pohledu adiktologie můžeme na bulimii pohlížet také jako na závislost či návykové chování. Toto začlenění je jednak díky shodným znakům, které jsou typické jak pro závislost obecně, tak pro mentální bulimii. Těmito znaky jsou *neodolatelná touha* a *neustálé zabývání se*. V takovýchto případech může docházet ke zdánlivému vyléčení se z bulimie, avšak často dochází pouze k přechodům mezi jednotlivými závislostmi, či naopak může jedna druhou ještě více posílit. V souvislosti s PPP často dochází k prolínání se se závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách (Nešpor, 2011). Po seznámení se s mentální anorexií a bulimií bych ráda shrnula rozdíly mezi nimi.

⁵ Homeostáza – stálost a rovnováha v s organismu a procesy, které tento stav zajišťují

⁶ Laxativa – projímadla

1.6 Porovnání mentální anorexie a mentální bulimie

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou si velmi podobné, spojuje je chorobný strach z tloušťky a pozornost, které pacientky věnují svému vzhledu a tělesné hmotnosti. Cílem pacientek je snížení tělesné hmotnosti, nebo alespoň nepřibrat. Avšak rozdíly mezi těmito poruchami nalezneme. Hned prvním rozdílem je přibytěk či úbytek na tělesné váze. U mentální anorexie dochází k velkému snížení tělesné hmotnosti a u dětí obvykle dochází k zastavení přibytku tělesné váhy. Oproti tomu u mentální bulimie můžeme sledovat pouze mírný až nepatrný úbytek na váze, avšak častěji pozorujeme zvýšení tělesné hmotnosti. Dalším rozdílem, který můžeme u těchto poruch popsat, je problém s menstruačním cyklem. U 60-100 % případů mentální anorexie dochází ke ztrátě menstruace. Tento fakt je velmi ovlivněn poklesem hmotnosti. U pacientů trpících bulimií nastává tento problém pouze v 10-30 % případů. Mechanicky vyvolané zvracení se vyskytuje v 15-30 % u anorektiků, u bulimiků se procenta pohybují okolo 75-90 %. Sebekontrola se s delším trváním nemoci u lidí trpících mentální anorexií zvyšuje. Tito lidé se například striktněji odepírají jídlo či více cvičí. Naopak tomu je u osob trpících mentální bulimií, jelikož jejich sebekontrola se zeslabuje, což vede k záchvatům přejídání, následným výčitkám svědomí vedoucím například k vyvolání zvracení. Anorektici obvykle jedí velmi pomalu, požívají malá sousta, jsou vybíraví v tom, co snědí a co ne, a pijí málo tekutin. Bulimici oproti tomu jedí spíše rychleji, ukusují velká sousta a obvykle pijí i velké množství tekutin. Mentální anorexie se objevuje mezi 13-20 rokem života, ve výjimečných případech pak i v pozdějším věku. U bulimiků se počátek obtíží pohybuje od 14 do 30 let, výjimečně pak i v mladším věku. V obou případech trpí těmito poruchami více ženy nežli muži. Deprese se v souvislosti s těmito poruchami vyskytuje v 10-60 % mentální anorexie, v případě mentální bulimie pak ve 20-90 % případech. Mentální bulimie je často spojovaná s užíváním alkoholu, oproti tomu mentální anorexie pouze výjimečně. K léčbě donutí většinu anorektiků pouze problémy způsobené nemocí či osoby z jejich okolí. Bulimici oproti tomu mají sami snahu zbavit se dané poruchy. Častým podnětem pro přístup k léčbě je snaha o snížení tělesné hmotnosti či snaha oprostít se od souvisejících záchvatů přejídání (Krch, 2008). Mimo uvedené PPP, jakými jsou mentální anorexie a bulimie, existují také další poruchy, které bych ráda popsala. Jelikož má záchvatovité přejídání prevalenci 1,6 % u žen a 0,8 % u mužů, budu mu věnovat celou kapitolu.

1.7 Záchvatovité přejídání

Záchvatovité přejídání můžeme charakterizovat dvěma základními rysy. Prvním z nich je, že jedinec zkonsumuje nepřiměřeně velké množství jídla. Druhým rysem je subjektivní ztráta kontroly nad tímto počinem. Obvyklými potravinami, které osoby konzumují během záchvatů, jsou potraviny vysoce kalorické a energeticky bohaté. Bývají to většinou potraviny, které se snaží daná osoba ze svého jídelníčku vyřadit a nekonzumovat je (Cooper, 2014).

Dalšími faktory definujícími tuto poruchu jsou, že osoby trpící touto poruchou jí při záchvatu mnohem rychleji, než je obvyklé. Konzumují potraviny, aniž by měli pocit hladu a přestanou, až když jsou nepříjemně plni. Přejídání probíhá v tajnosti o samotě, jelikož se za své chování stydí. Po přejedení přichází pocity studu a znechucení, deprivace a dané osoby se cítí velmi provinile. Objevují se pocity úzkosti, avšak nedochází k žádnému kompenzačnímu chování jako u bulimie. Frekvence výskytu záchvatů je dvakrát do týdne po dobu šesti měsíců (Krch, 2005).

Volná definice z MKN10 je ta, že se jedná o přejídání, jenž je způsobováno nějakou stresující událostí, za níž můžeme považovat například úmrtí v rodině či někoho blízkého či narození dítěte (Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50-59, 2018, MKN-10). Tuto definici lze označit za nedostatečnou, jelikož neobsahuje žádné typické rysy popisující záchvatovité přejídání. (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016).

Dle počtu záchvatů týdně lze psychogenní přejídání rozdělit do 4 skupin dle závažnosti. Pokud probíhají záchvaty 1-3x týdně, jedná se o mírnou formu. V případě, že se záchvaty opakují 4-7 do týdne, klasifikujeme tuto poruchu jako středně těžkou. Při frekvenci výskytu poruchy 8-13x do týdne, označujeme poruchu jako těžkou. Za extrémně těžkou poruchu označujeme přejídání se záchvaty probíhajícími 14x a více za jeden týden (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015).

Co se týče přejídání, můžeme se setkat s pojmy záchvatovité přejídání neboli přejídání nutkavé/kompulzivní/obsedantní a psychogenní přejídání. Záchvatovité přejídání řadíme mezi PPP a je jím výše zmíněná konzumace velkého množství jídla za velmi krátký časový úsek, kdy daná osoba trpí pocitem, že se musí najíst, aniž by byla hladová. Oproti tomu

přejídání psychogenní je spíše reaktivním chováním na předešlou stresující událost, kterou může být například ztráta blízké osoby. Tato porucha je řazena k poruchám přejídání spojenými s jinými psychickými událostmi (Hartl, Hartlová, 2000).

Za typ přejídání se také považuje přejídání v noci neboli noční přejídání. To je definováno přejídáním v nočních hodinách, kdy daná osoba zkonsumuje minimálně 25 % kalorií zkonsumovaných během dne a s tím je také spojena nespavost. Tento problém může být spojen s psychickými chorobami. (Papežová, 2003) K přejídání dochází většinou po večeři či při vzbuzení se ze spánku, přičemž k němu dochází zcela vědomě (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015).

Neřešené přejídání může vést k jiným poruchám příjmu potravy anebo k obezitě. Může vést k celoživotní snaze o štíhlou postavu za neúspěšného držení různých diet. Také může být přejídání negativní složkou při řešení složitých životních situací (Papežová, 2012). Dále bych krátce uvedla i jiné PPP.

1.8 Další poruchy příjmu potravy

Mimo mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání se řadí do PPP i jiné poruchy. Mezi nimi je například pika, což je porucha, při které osoby trpící touto poruchou konzumují nestravitelné látky a předměty. Diagnostickým kritériem je přetrvávání této poruchy minimálně po dobu 1 měsíce. Další poruchou je porucha ruminační, kdy u osoby trpící touto poruchou dochází ke zpětnému vracení již spolknuté potravy. Při návratu potravy zpět do úst dochází k opětovnému přežvýkání, spolknutí či vyplivnutí. Diagnostickým kritériem této poruchy je stejně jako u piky přetrvávání minimálně 1 měsíc. K regurgitaci⁷ nedochází v důsledku somatickému onemocnění gastrointestinálního traktu. U psychogenní ztráty chuti k jídlu, která se také řadí mezi PPP, dochází k vyhýbání se jídlu z různých důvodů. Z nich je možné jmenovat nezájem a vyhýbání se jídlu v důsledku jejich pachu a celkovému vzhledu. Typickými znaky osob trpících touto poruchou je pokles tělesné hmotnosti, nutriční deficit, strava založená především na nutričních doplňcích. Tato porucha není způsobena nedostatkem potravin. Důvodem k tomuto stravování není pochybnost

⁷ Regurgitace – v tomto významu se jedná o zpětný návrat již spolknuté potravy zpět do jícnu a následně do úst

daného pacienta o jeho postavě (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015). Orthorexie je porucha příjmu potravy, kdy dané osoby konzumují pouze zdravou stravou a jsou jí až posedlí. Odmítají vše, co je považováno za nezdravé, mimo jiné i geneticky modifikované potraviny či jiné potraviny nežli v bio kvalitě. Porucha, u níž jsou postiženi převážně muži, se nazývá bigorexie. Při této poruše je hlavním cílem osob mít co nejvyšší podíl svalové hmoty. Tato porucha je nebezpečná z hlediska výživového, jelikož jídelníček je sestaven z potravin, které podporují růst svalů. Dále je jídelníček doplňován o různé suplementy podporujících růst svalů, jakými jsou například anabolické steroidy (Beránková, 2010).

2 Praktická část

V praktické části bakalářské práce se budu věnovat získávání a vyhodnocování informací týkajících se výzkumného šetření. Tyto informace mají za úkol zodpovězení předem zadaných cílů. V závěru bych ráda uvedla celkové výsledky práce, jejich zhodnocení, komparaci dat a případná doporučení.

2.1 Cíle výzkumu

Cílem práce je zjistit, na základě počtu správných odpovědí, jaké mají žáci 9. tříd vybraných základních škol znalosti o poruchách příjmu potravy. Hlavní výzkumná otázka tedy je, jaké jsou znalosti žáků 9. tříd o poruchách příjmu potravy? Dotazník je mimo hlavní cíl zaměřen na zodpovězení 5 dílčích cílů. Prvním dílčím cílem je zjistit, zdali žáci o PPP slyšeli a pokud ano, tak kde. V souvislosti s těmito cíli je znění výzkumných dílčích otázek následující: Slyšeli někdy žáci o PPP? Odkud se o PPP doslechli? Druhým dílčím cílem je objasnit, zdali žáci 9. tříd vědí o někom s PPP a případně o koho se jedná nebo jednalo. S druhým dílčím cílem korespondují tyto dílčí výzkumné otázky: Vědí žáci 9. tříd o někom, kdo trpí nebo trpěl PPP? V případě, že někoho s takovou poruchou znají, o koho se jedná? Třetím dílčím cílem je objasnit, zdali žáci vědí, jak by mohli poznat osobu trpící PPP? V souvislosti s tím bych ráda zjistila, komu by se žáci 9. tříd svěřili, pokud by měli podezření na PPP u svého kamaráda/ky. Znění souvisejících dílčích výzkumných otázek tedy je: Dokáží žáci 9. tříd poznat uvedené příznaky PPP? Komu by se žáci svěřili, pokud by u svého kamaráda/ky měli podezření na PPP? Čtvrtým dílčím cílem bych se chtěla zaměřit na to, zdali žáci vědí o potencionálním ohrožení jich samotných, co se týče PPP. Dílčí otázka tedy zní: Vědí žáci o tom, že by mohli být potencionálně i oni ohroženi PPP? A v neposlední řadě je mým dílčím cílem přiblížit spojení mezi PPP a stigmatizací. Co si žáci jako první vybaví, když se řekne poruchy příjmu potravy?

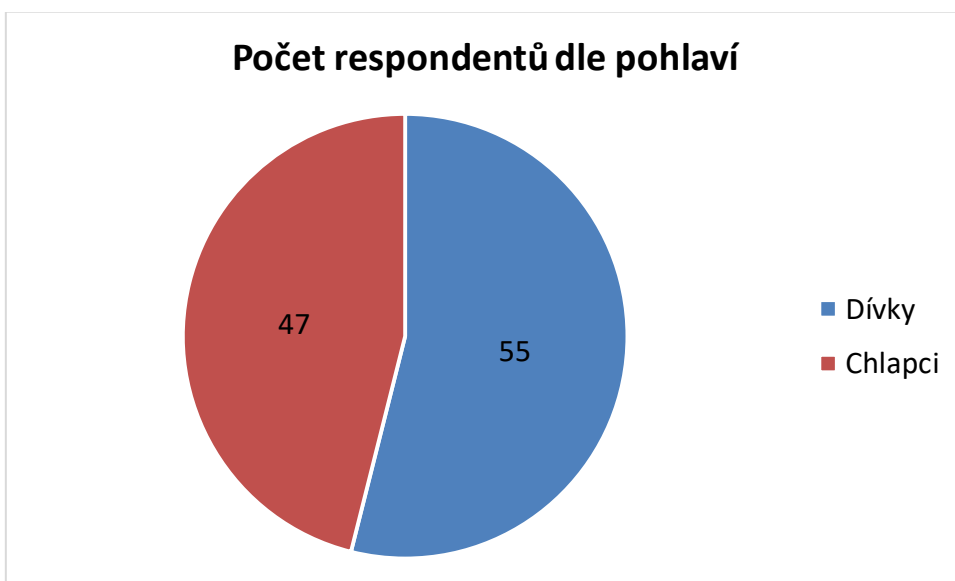
2.2 Metoda výzkumu

Pro získání informací k zodpovězení cílů uvedených v kapitole 2.1. *Cíle výzkumu* jsem využila formu dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje 20 výzkumných otázek, přičemž otázky 5-14 slouží ke zodpovězení hlavního cíle, kterým je zjistit znalosti žáků 9. tříd. První otázka dotazníku slouží čistě k rozdělení žáků podle pohlaví. K zodpovězení prvního dílčího

cíle, kterým je zjistit, zdali žáci o PPP někdy slyšeli a případně od koho nebo odkud, slouží otázka 2. Otázky 3 a 4 slouží k zodpovězení druhého dílčího cíle, a to, zdali se žáci vědí o někom, kdo trpí nebo trpěl PPP a případně o koho se jedná. Otázka 16 má za cíl zjistit, komu by se žáci svěřili v případě podezření na nějakou PPP u svého kamaráda/ky. Pomocí otázky 15 bych také chtěla zjistit, zdali žáci dokáží identifikovat všechny uvedené příznaky PPP. Otázky 17-19 jsou zaměřeny na potenciální ohrožení žáků samotných. Otázka číslo 20 je zaměřena na dílčí téma zabývající se stigmatizací v souvislosti s PPP u vybrané skupiny respondentů. U otázek 2, 4, 5 a 15 bylo možné vybrat více odpovědí, u zbylých otázek byla povolena pouze 1 odpověď. V otázkách 2, 4, 16 a 18 byla vždy jedna z možností otevřenou odpovědí. Otázka 20 byla otázkou otevřenou.

2.2.1 Místa výzkumu a dotazování respondentů

Dotazník byl umístěn do třech základních škol v okrese Mladá Boleslav. Mezi vybranými školami byla Základní škola Bakov nad Jizerou, kde se do výzkumu zapojilo celkem 37 žáků, přičemž do výsledků výzkumu bylo použito 30 dotazníků. Jako další byla do výzkumu zapojena Základní škola Mnichovo Hradiště, Studentská 895 (2. ZŠ Mnichovo Hradiště), kde bylo do výzkumu zapojeno 39 žáků, přičemž do zpracování výsledků bylo zahrnuto 36 zodpovězených dotazníků. Poslední zapojenou školou do mé výzkumné části práce byla Základní škola Mnichovo Hradiště, Sokolovská 254 (1. ZŠ Mnichovo Hradiště). Zde se do výzkumu zapojilo 44 žáků a celkem bylo z této školy do výsledku zahrnuto 36 dotazníků. Celkem tedy bylo do šetření započítáno 102 ze 120 vypracovaných dotazníků. Celkem 18 dotazníků bylo vyřazeno, jelikož nebyly zcela vyplněné. Školám a žákům zapojených do mé práce byla zaručena anonymita spojená s interpretací výsledků. Dotazník byl v papírové formě a na jeho vypracování byl časový limit 20 minut. Žákům byl podán k vypracování v hodinách výchovy ke zdraví. Šetření bylo prováděno v únoru roku 2020.



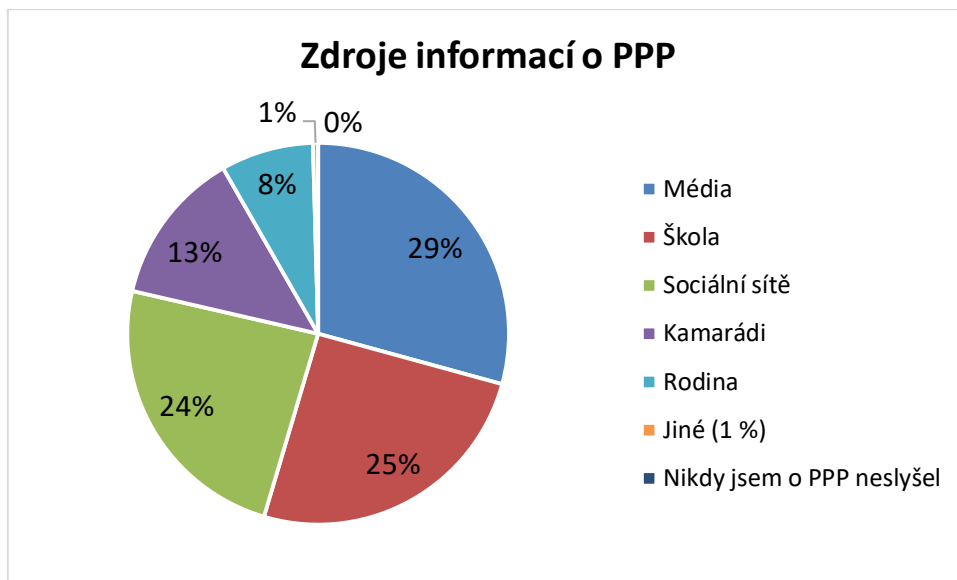
Graf 1: Odpovědi na otázku č. 1

Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 1 můžeme vidět, že z celkového počtu 102 respondentů bylo 55 (54 %) dívek a 47 (46 %) chlapců.

2.3 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

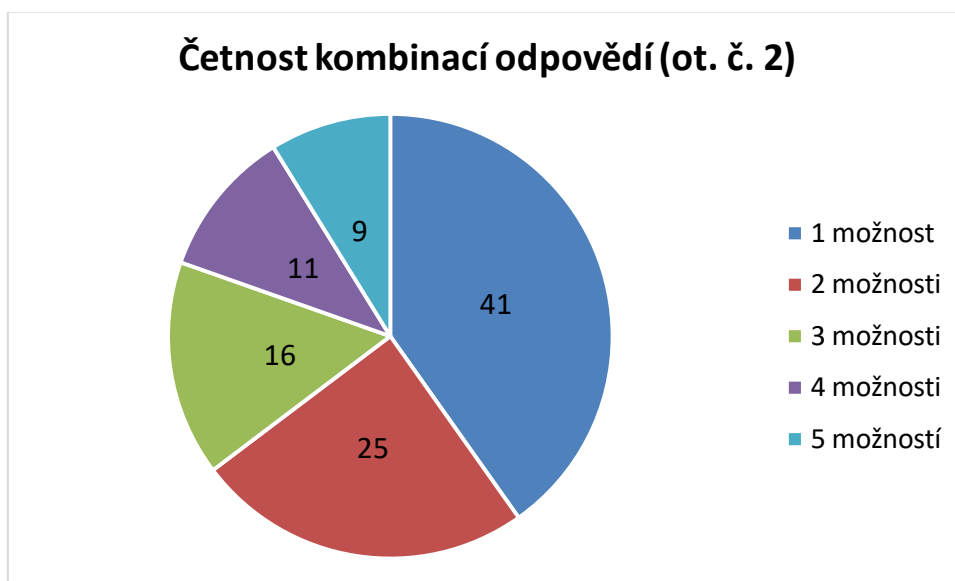
Odpovědi na otázku číslo 2 a 3 zaměřující se na to, odkud žáci získali informace týkající se PPP



Graf 2: Odpovědi na otázku č. 2 – četnost jednotlivých odpovědí

Zdroj: vlastní šetření

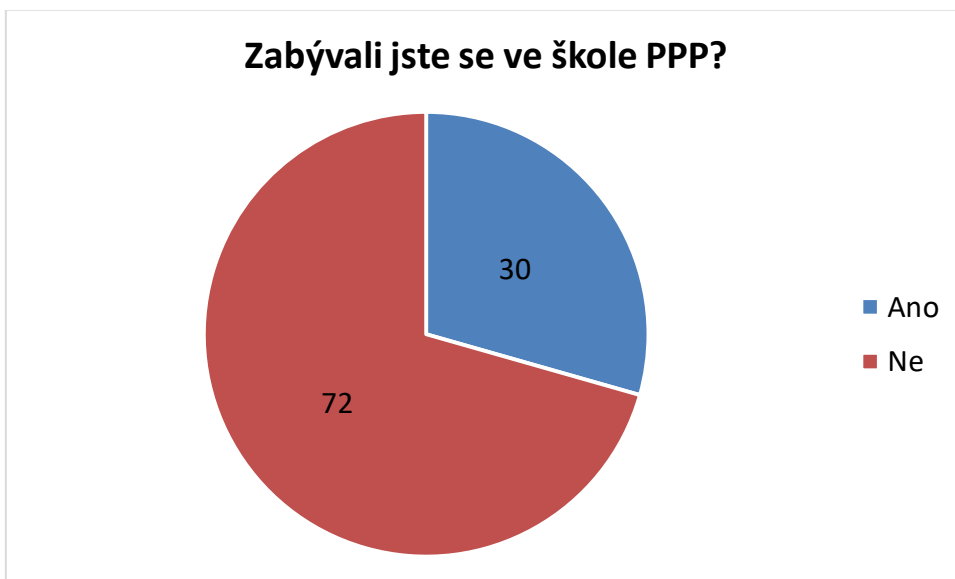
Otázka č. 2 byla otázka s více možnými odpověďmi. Dále jsou uvedeny četnosti výběru jednotlivých odpovědí. V největším zastoupení, jakožto zdroj informací, odkud se respondenti doslechli o PPP, byla vybrána možnost a, která zahrnovala masová média jako jsou televize, rádio či internet. Média byla vybrána 67 x (29 %). Za druhý nejvíce využívaný zdroj informací byla respondenty označena škola. Celkově byla tato možnost vybrána 58 x (25 %). Jako další se umístily sociální sítě. Ty byly vybrány celkem 55 x (24 %). 30 x (13 %) byla do odpovědí zahrnuta možnost d, kde byli jako zdroj uvedeni kamarádi. Z grafu 2 je zřejmé, že 18 x (8 %) byla vybrána jako zdroj informací rodina. Pouze 1 x (1 %) byla vybrána otevřená odpověď f, kdy respondentka uvedla jako zdroj informací sebe samou, jelikož nějakou poruchou trpí. Nikdo ze zapojených do dotazníku nevybral odpověď g, kde je psáno, že nikdy o PPP neslyšel (viz graf 2).



Graf 3: Odpovědi na otázku č. 2- četnost kombinací odpovědí

Zdroj: vlastní šetření

Z celkového počtu 102 respondentů vybralo 41 (40 %) z nich pouze jednu možnost odpovědi. Jednotlivé odpovědi mají tuto četnost: 18 x (17 %) a – média, 13 x (13 %) b – škola, 6 x (6 %) c – sociální sítě, 2 x (2 %) d – kamarádi, 1 x (1 %) e – rodina a 1 x (1 %) f – volná odpověď. Odpověď g – nikdy jsem o PPP neslyšel/a, nebyla vybrána ani jednou. Z uvedených možností vybralo 2 kombinace celkem 25 (24 %) respondentů. Kombinace možností a jejich četnost jsou tyto: 8 x (8 %) (média – sociální sítě), 6 x (6 %) (média – škola) a (škola – sociální sítě) 2 x (2 %) (sociální sítě – kamarádi) a 1 x (1 %) (sociální sítě – rodina) a (kamarádi – rodina). 16 respondentů (16 %) vybralo 3 kombinace z uvedených možností. Kombinace 3 vybraných možností a jejich četnosti jsou následující: 7 x (7 %) (média – škola – sociální sítě), 3 x (3 %) (média – sociální sítě – kamarádi), 2 x (2 %) (média – škola – kamarádi) a 1 x (1 %) byly zvoleny kombinace (média – škola – rodina), (média – sociální sítě – rodina), (škola – sociální sítě – kamarádi) a (škola – sociální sítě – rodina). Celkem 11 respondentů (11 %) uvedlo kombinace 4 možností, jakožto zdroj informací. Uvedené kombinace 4 možností s jejich četnostmi byly vybrány takto: 8 x (8 %) (média – škola – sociální sítě – kamarádi), 2 x (2 %) (média – škola – sociální sítě – rodina) a 1 x (1 %) (média – škola – kamarádi – rodina). Ze 102 respondentů vybralo celkem 9 z nich (9 %) 5 možností. Kombinace 5 možností byla pouze 1, a to (a, b, c, d, e) viz graf 3.

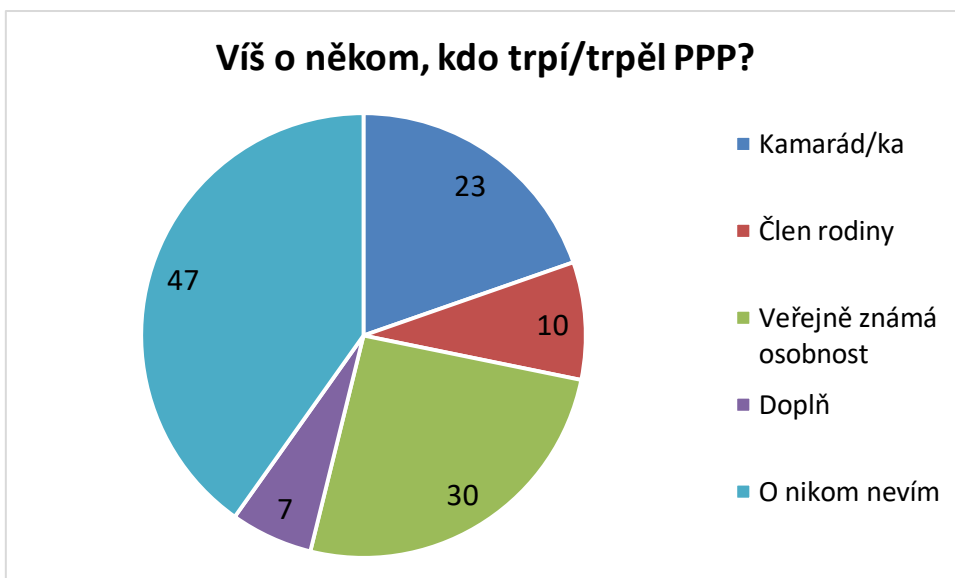


Graf 4: Odpovědi na otázku č. 3

Zdroj: vlastní šetření

Z výše uvedeného grafu 3 vyplývá, že pouze 30 (29 %) respondentů si pamatuje školní výuku týkající se PPP. Zbýlých 72 (71 %) respondentů odpovědělo, že se ve škole PPP nezabývali.

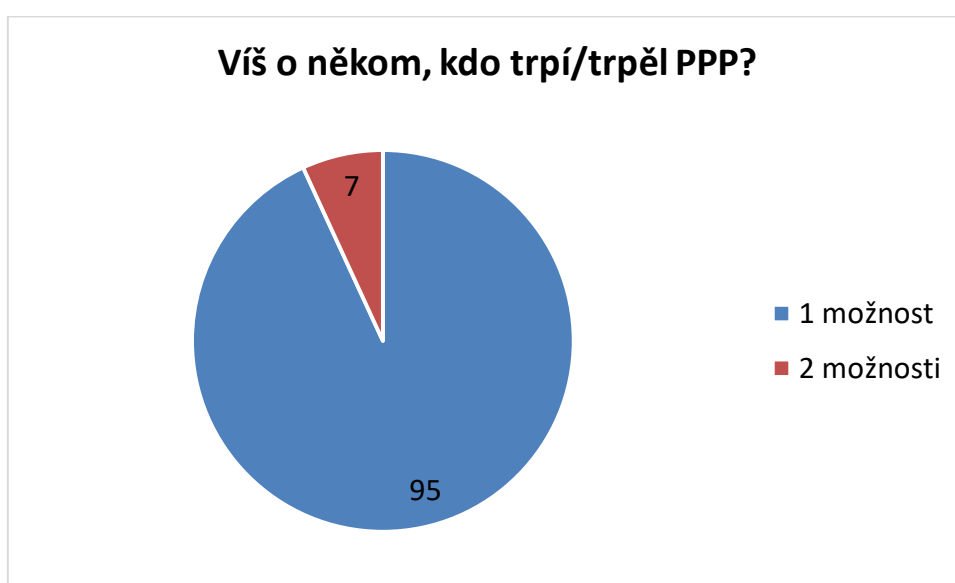
Odpovědi na otázku číslo 4 věnující se tomu, zdali žáci vědí o někom s PPP



Graf 5: Odpovědi na otázku č. 4 – četnost jednotlivých odpovědí

Zdroj: vlastní šetření

47 x (40 %) bylo uvedeno, že respondenti neví o nikom, kdo by trpěl nebo trpí PPP. 30 x (26 %) byla vybrána možnost c, veřejně známá osobnost. Celkem 23 x (20 %) byla zahrnuta do odpovědí respondentů možnost a, kdy odpověděli, že osobou, o které ví, že trpí nebo trpěla PPP, je kamarád/kamarádka. Ze všech odpovědí byla možnost b – člen rodiny vybrána celkem 10 x (8 %). 7 x (6 %) byla vybrána otevřená odpověď. V otevřené odpovědi byly jako osoby, o kterých respondenti ví, že trpí nebo trpěli PPP, kamarádi/ kamarádky kamarádů, které ovšem respondenti nikdy nepotkali osobně. Jedna z respondentek vyplnila do otevřené otázky svou osobu, jelikož uvedla, že sama PPP trpí (viz graf 5).

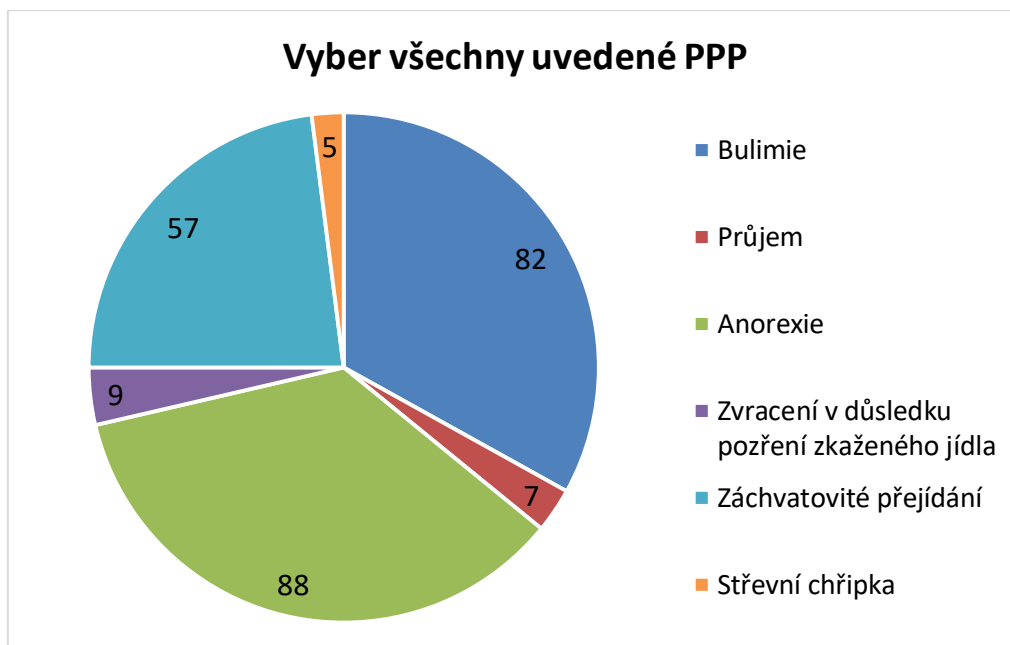


Graf 6: Odpovědi na otázku č. 4- četnost kombinací odpovědí

Zdroj: vlastní šetření

Z celkového počtu 102 respondentů uvedlo 95 (93 %) z nich pouze 1 možnost. Četnost výskytu jednotlivých možností je následující: 14x (14 %) a – kamarád/ka, 6 x (6 %) b – člen rodiny, 22 x (21 %) c – veřejně známá osobnost, 7 x (7 %) d – otevřená odpověď a 46 x (45 %) e – o nikom s PPP nevím. 7 (7 %) respondentů uvedlo kombinaci 2 možností, přičemž všechny byly stejné, a to kombinace možností a a c (kamarád/ka – veřejně známá osobnost) viz graf 6.

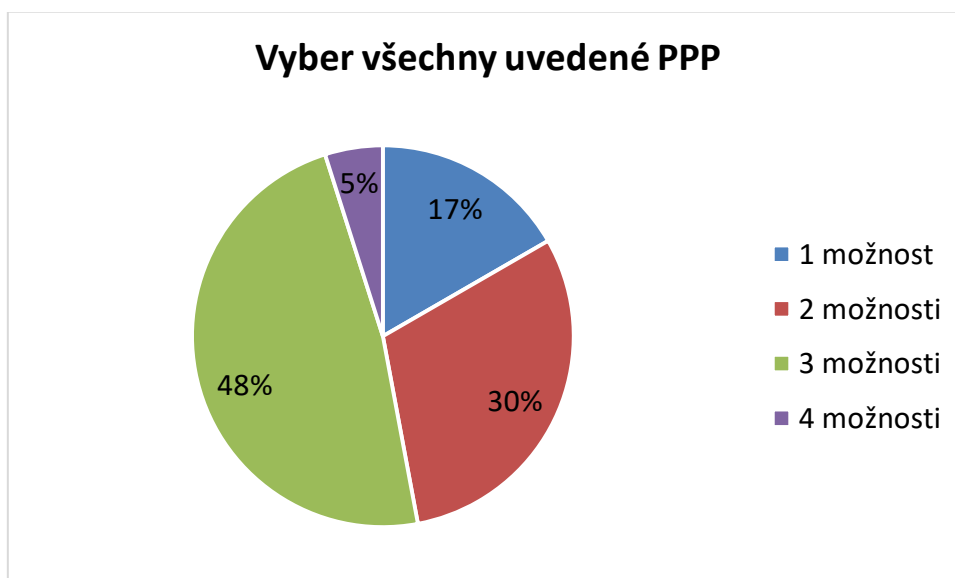
Odpovědi na otázku číslo 5 týkající se znalosti existence poruch příjmu potravy



Graf 7: Odpovědi na otázku č. 5- četnost jednotlivých odpovědí

Zdroj: vlastní šetření

První znalostní otázkou v dotazníku byla uzavřená otázka s více možnými odpověďmi. V této otázce bylo úkolem respondentů vybrat všechny uvedené PPP, přičemž zde byly uvedeny 3 - anorexie, bulimie a záchvatovité přejídání. Do výběru byly zařazeny 3 špatné možnosti – průjem, zvracení v důsledku pozření zkaženého jídla a střevní chřipka. Z grafu 7 lze vidět, že celkem 88 x (35 %) byla vybrána odpověď c, kde byla napsána anorexie. 82 x (33 %) byla vybrána možnost a, kde byla napsána bulimie. 57 x (23 %) byla vybrána možnost e, kde bylo napsáno záchvatovité přejídání. Chybně byla 9 x (4 %) vybrána možnost d – zvracení v důsledku pozření zkaženého jídla. Dále byla chybně vybrána 7 x (3 %) možnost b – průjem. 5 x (2 %) byla také chybně označena za PPP střevní chřipka.



Graf 8: Odpovědi na otázku č. 5- četnost kombinací odpovědí

Zdroj: vlastní šetření

Celkem 17 % (17) respondentů ze 102 vybralo pouze 1 odpověď, přičemž 4 (4 %) vybrali možnost a – bulimie, 10 (10 %) vybralo možnost c – anorexie, 2 (2 %) možnost e – záchvatovité přejídání a 1 (1 %) možnost f – střevní chřipka. Nikdo z respondentů nevybral pouze možnost b – průjem nebo d – zvracení v důsledku pozření zkaženého jídla. V celku 2 možnosti vybralo 30 % (31) respondentů. Následně jsou uvedeny jednotlivé kombinace a jejich četnost: 25x (25 %) (bulimie – anorexie), 2x (2 %) (bulimie – záchvatovité přejídání) a (anorexie – záchvatovité přejídání), 1x (1 %) (průjem – zvracení v důsledku pozření zkaženého jídla) a (průjem – záchvatovité přejídání). 48 % (49) respondentů vybralo 3 možnosti z výběru, přičemž kombinace a jejich četnost jsou následující: **42x (41 %) (bulimie – anorexie – záchvatovité přejídání)**, 2x (2 %) (bulimie – anorexie – zvracení v důsledku pozření zkaženého jídla) a 1x (1 %) (bulimie – průjem – střevní chřipka), (bulimie – anorexie – střevní chřipka), (bulimie – zvracení v důsledku pozření zkaženého jídla – záchvatovité přejídání), (průjem – anorexie – záchvatovité přejídání) a (anorexie – zvracení v důsledku pozření zkaženého jídla – záchvatovité přejídání). Kombinaci 4 možností vybralo celkem 5 % (5) respondentů. Kombinace a jejich četnost jsou následující: 2x (2 %) (a, b, c, d) a 1x (1 %) (a, c, e, f), (a, d, e, f) a (b, c, d, e) viz graf 8.

V této otázce tedy odpovědělo **zcela správně 41 % (42) respondentů**. Celkem 29 % (29) respondentů vybralo správně alespoň 2 poruchy, přičemž 25 % (25) respondentů vybralo

kombinaci anorexie – bulimie a shodně po dvou 2 % (2) bylo respondenty vybráno bulimie – záchvatovité přejídání a anorexie – záchvatovité přejídání.

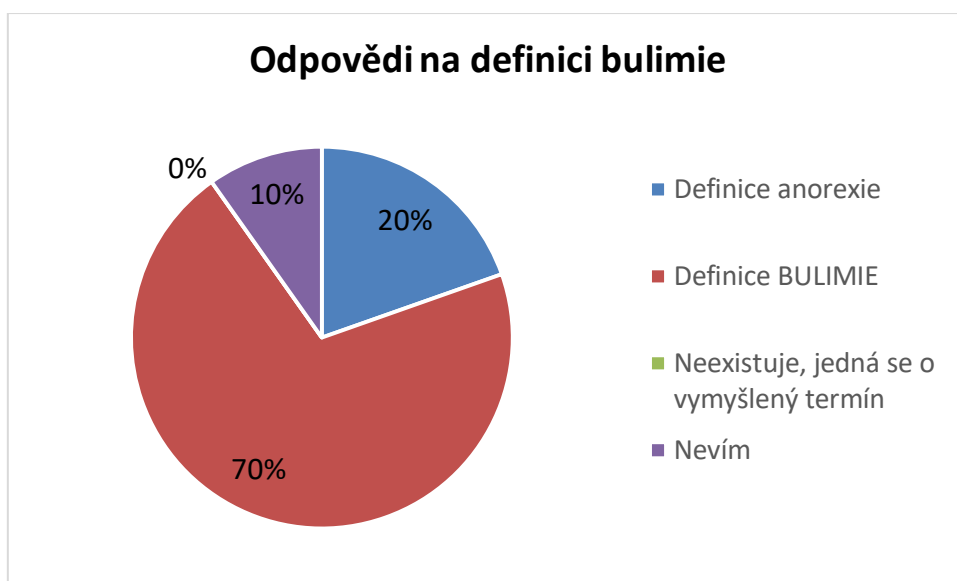
Odpovědi na otázky číslo 5, 6 a 7 týkající se definic jednotlivých poruch

Další tři otázky v dotazníku (5, 6 a 7) byly zaměřeny na zjištění, zdali respondenti znají významy jednotlivých nemocí, konkrétně pak definici anorexie, bulimie a orthorexie. Dále jsou uvedeny jednotlivé definice tak, jak byly uváděny v dotaznících:

Anorexie – Porucha charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti spojená se zkreslenou představou o vlastním těle, kdy se postižený přes nízkou tělesnou hmotnost cítí být tlustý a nejí (Papežová, 2012)

Bulimie – Porucha charakterizovaná opakovanými záchvaty přejídání a v důsledku toho následovaným zvracením nebo použitím projímadel (Cooper, 2014)

Orthorexie – Porucha, kdy je osoba chorobně posedlá zdravým jídlem (Beránková, 2010)

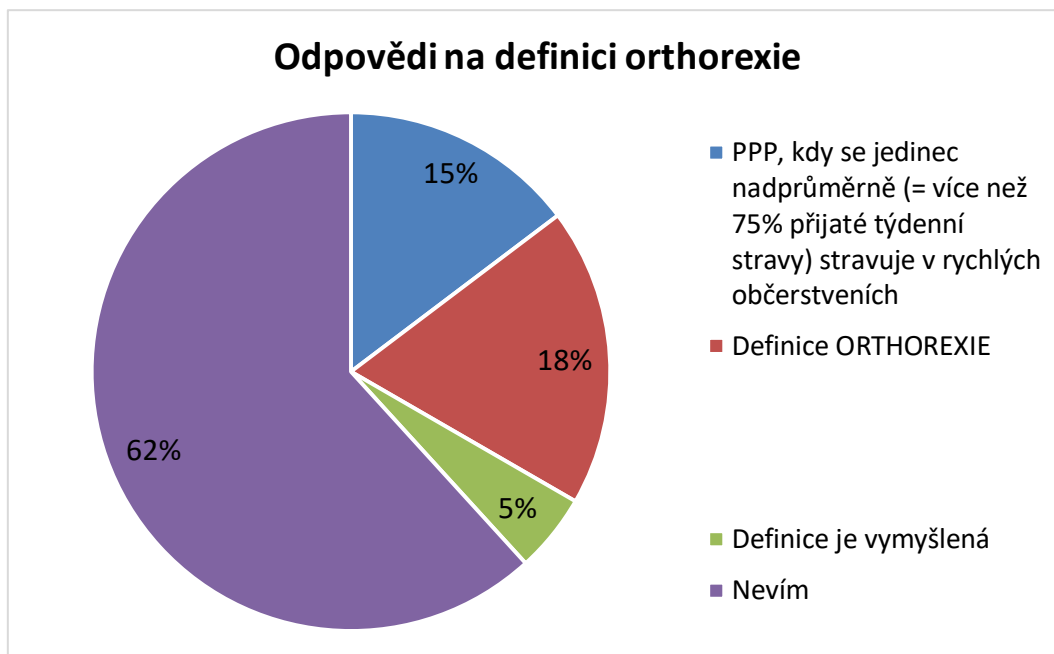


Graf 9: Odpovědi na otázku č. 6

Zdroj: vlastní šetření

V otázce týkající se výběru **definice bulimie** vybralo celkem **70 % (72)** respondentů **správnou odpověď** a vybrali tedy odpovídající definici. Na grafu 9 uvedeném výše můžeme vidět, že celkem 20 % (20) respondentů vybralo v této otázce chybně definici anorexie a 10

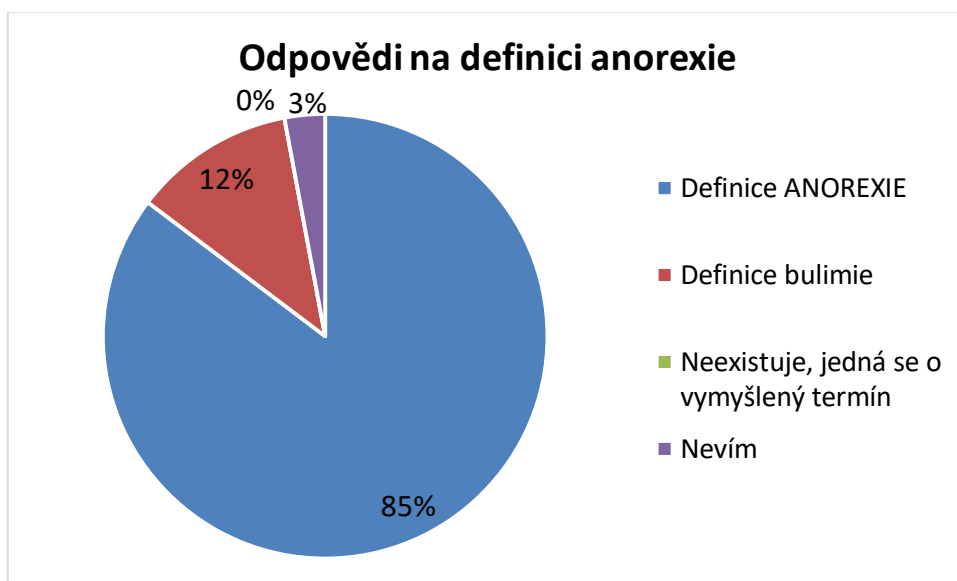
% (10) respondentů uvedlo, že odpověď na danou otázku neví. Nikdo z respondentů nevedl odpověď c, kde bylo uvedeno, že daný pojem je pouze smyšlený.



Graf 10: Odpovědi na otázku č. 7

Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 10 vychází tato data odpovídající na otázku týkající se definice PPP orthorexie. Pouze **18 % (19)** respondentů zvolilo odpověď b, kde byla **správně** popsána **definice orthorexie**. Celkem 62 % (63) respondentů uvedlo, že neví definici PPP orthorexie. Celkem 15 % (15) respondentů vybralo chybně odpověď a, kde byla mnou smyšlená definice. Zbýlých 5 % (5) respondentů uvedlo, že pojem orthorexie je pojem smyšlený, čímž odpověděli na otázku chybně.

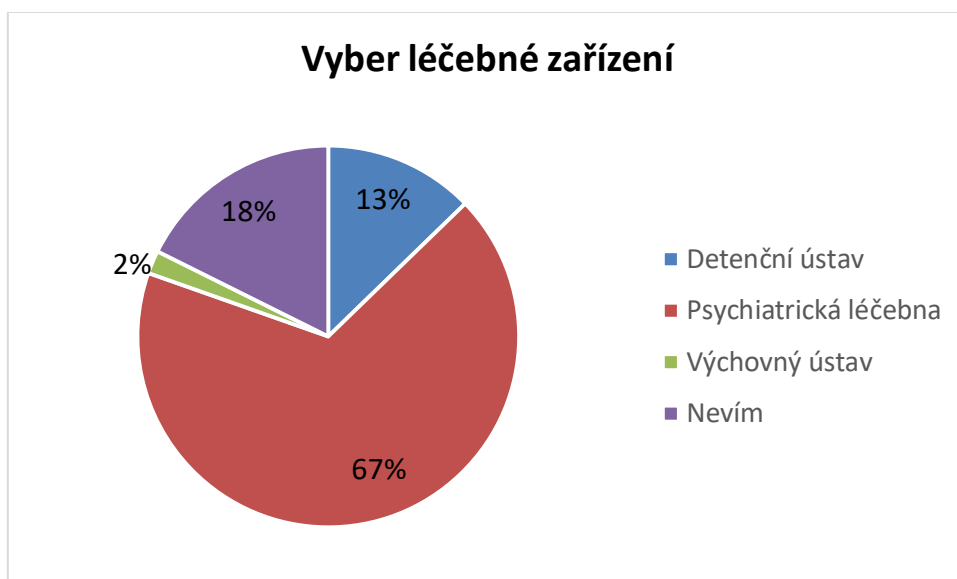


Graf 11: Odpovědi na otázku č. 8

Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 11 je zřejmé, že **85 % (87)** dotazovaných respondentů uvedlo odpověď a. Pod tímto bodem byla **správně** popsána **definice anorexie**. Z celkového počtu 102 dotazovaných odpovědělo 12 % (12) respondentů na tuto otázku písmenem b, pod kterým byla uvedena bulimie. Tato odpověď byla tedy chybná. Celkem 3 % (3) respondentů uvedla, že správnou definici anorexie neví. Nikdo z dotazovaných nevybral odpověď c, kde bylo uvedeno, že se jedná o vymyšlený pojem.

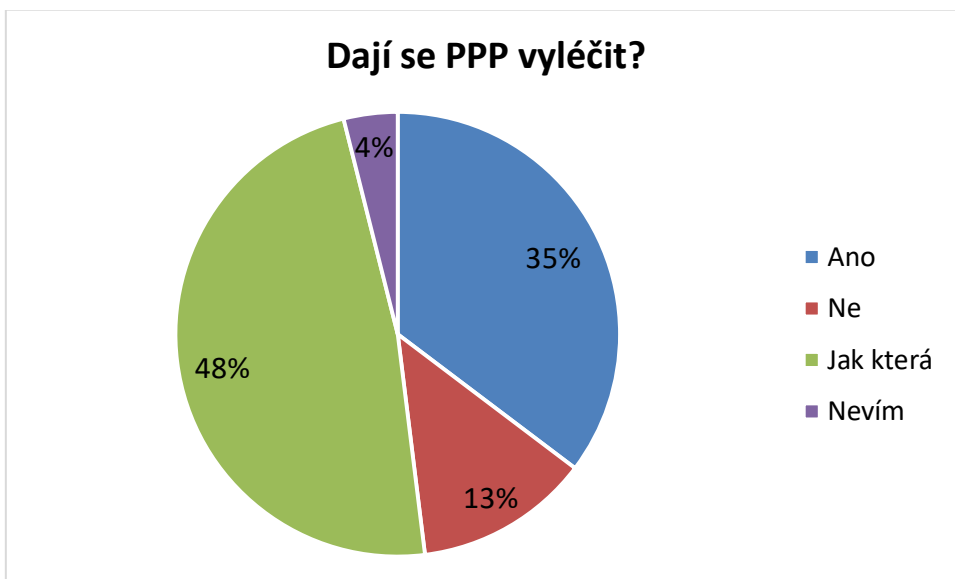
Odpovědi na otázky číslo 9–14 týkající se obecných znalostí poruch



Graf 12: Odpovědi na otázku č. 9

Zdroj: vlastní šetření

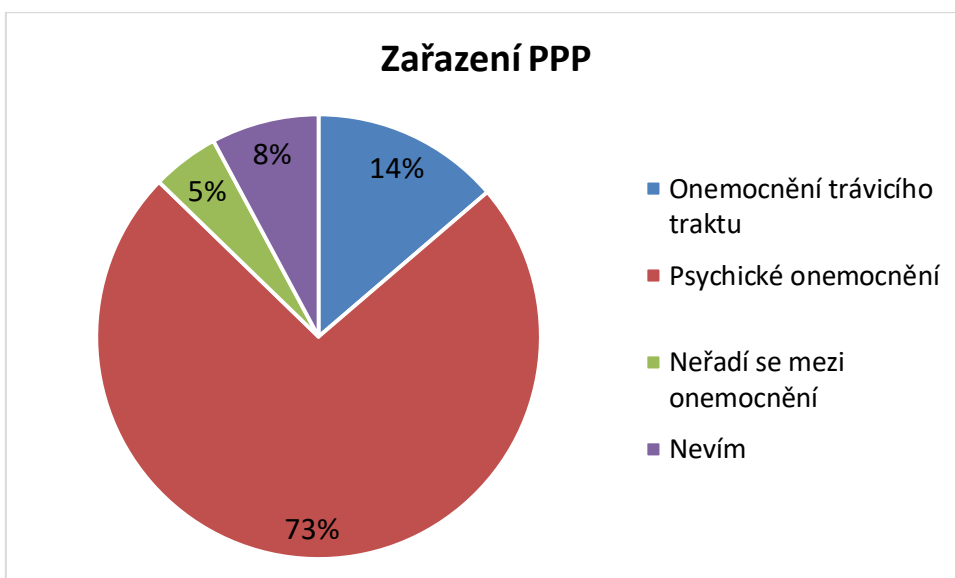
V otázce, která se zaměřovala na **správný výběr léčebného zařízení**, kde se věnují léčbě PPP, vybralo **67 %** (69) respondentů správnou odpověď b. Pod tímto bodem byla uvedena psychiatrická léčebna jakožto místo, které se zaobírá PPP. Z výše uvedeného grafu 12 vyplývá, že celkem 13 % (13) respondentů vybralo odpověď a, kde byl uveden detenční ústav, který se ovšem nezaobírá léčbou PPP. Tyto odpovědi byly tedy chybné. Taktéž chybně uvedla 2 % (2) respondentů, že se léčbou PPP zaobírají ve výchovném ústavu. 18 % (18) odpovědí bylo, že respondenti neví, kde se léčí PPP.



Graf 13: Odpovědi na otázku č. 10

Zdroj: vlastní šetření

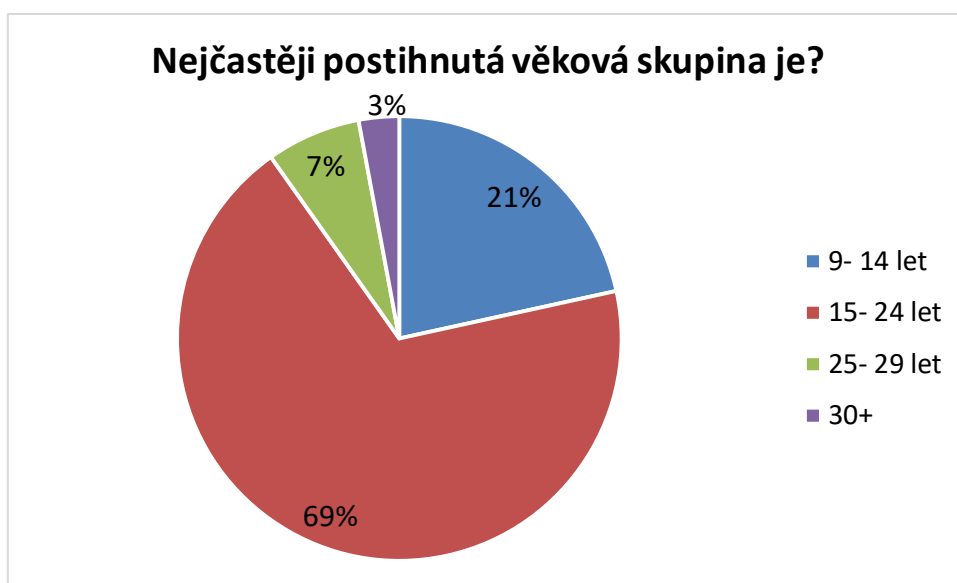
V následující otázce číslo 10, zdali se **dají PPP zcela vyléčit**, uvedlo **správnou odpověď b** – ne pouze **13 % (13)** respondentů. 35 % (36) respondentů si myslí, že se PPP dají zcela vyléčit a vybrali tak odpověď **a**. Nejvíce odpovědí bylo, že z PPP se dá vyléčit jak která. Tato odpověď byla téměř u poloviny respondentů, a to celkem u 48 % (49). Pouze 4 % (4) respondentů uvedla, že odpověď na tuto otázku neví.



Graf 14: Odpovědi na otázku č. 11

Zdroj: vlastní šetření

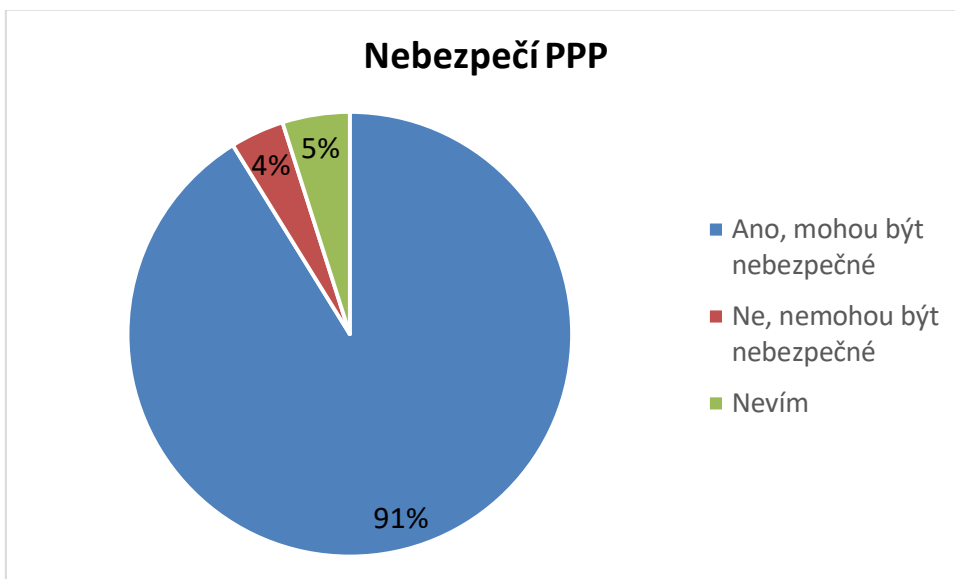
Z grafu 14 je zřejmé, že nadpoloviční většina čili **73 % (75)** respondentů **uvedlo správně**, že PPP se řadí mezi **psychické onemocnění**. Oproti tomu 14 % (14) respondentů uvedlo, že se PPP řadí mezi onemocnění trávicího traktu. 5 % (5) odpovědí bylo u odpovědi c, kde je uvedeno, že se PPP neřadí mezi onemocnění. Z celkového počtu odpovědělo 8 % (8) respondentů, že odpověď na tuto otázku neznají.



Graf 15: Odpovědi na otázku č. 12

Zdroj: vlastní šetření

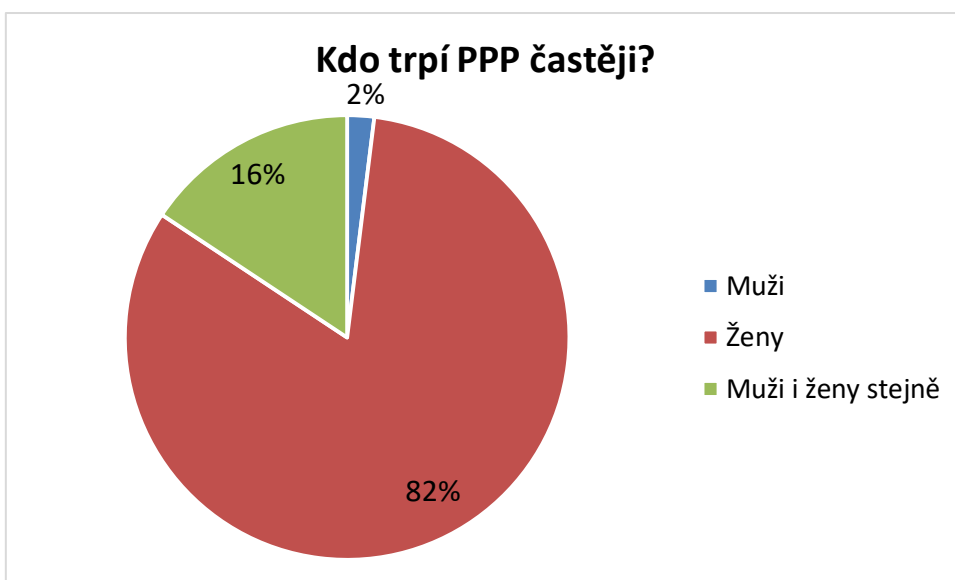
Z výše uvedeného grafu 15 vychází, že **69 % (70)** respondentů **odpovědělo správně** na otázku, **která věková skupina lidí je nejčastěji postihnuta PPP**, a to skupina 15–24 let. 21 % (22) respondentů si myslí, že nejvíce postihnutou věkovou skupinou je skupina 9-14 let. Z celkového počtu vybralo 7 % (7) respondentů odpověď c, která zahrnovala skupinu 25–29 let. Pouhá 3 % (3) odpovědí byla odpověď d, věková skupina 30 let a více.



Graf 16: Odpovědi na otázku č. 13

Zdroj: vlastní šetření

Z uvedeného grafu 16 je patrné, že naprostá většina, **celkem 91 % (93), ví o fatálním nebezpečí**, které hrozí při PPP. Pouze 4 % (4) respondentů se domnívá, že PPP nemohou být život ohrožující. Celkem 5 % (5) respondentů odpovědělo, že neví, zdali mohou být PPP životu nebezpečné.

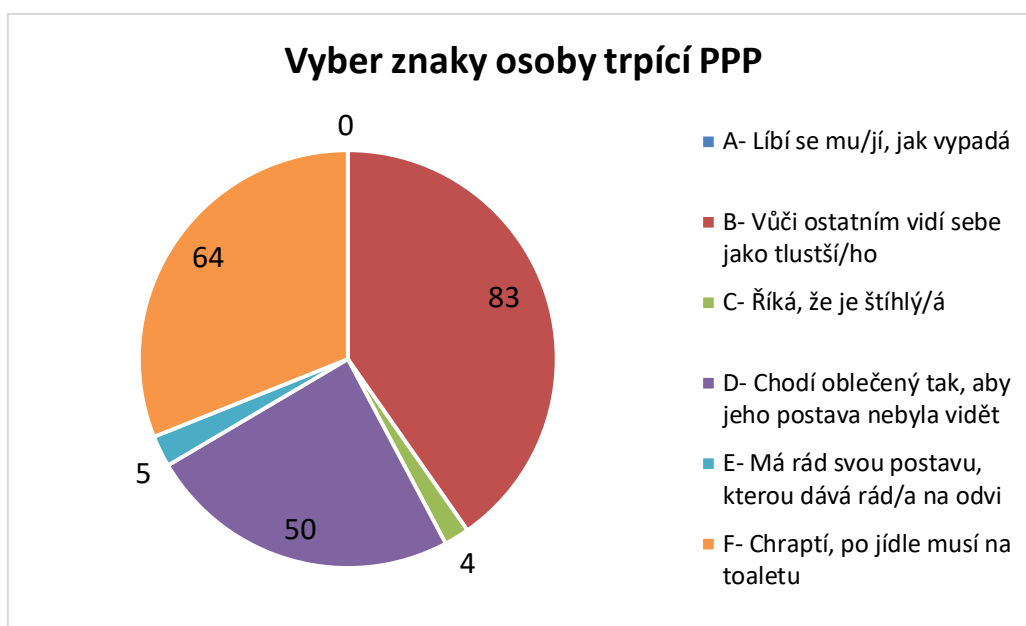


Graf 17: Odpovědi na otázku č. 14

Zdroj: vlastní šetření

Podle grafu 17 interpretujícího výsledky otázky č. 14 lze říci, že **82 % (84)** respondentů **odpovědělo správně** na tuto otázku a to odpovědí b. V této odpovědi je psáno, že **PPP trpí častěji ženy** nežli muži. Z celkového počtu byla 18 % (18) respondentů zodpovězena tato otázka špatně, jelikož 16 % uvedlo, že PPP trpí častěji muži, a 2 % (2) respondentů uvedla, že PPP trpí muži i ženy stejně.

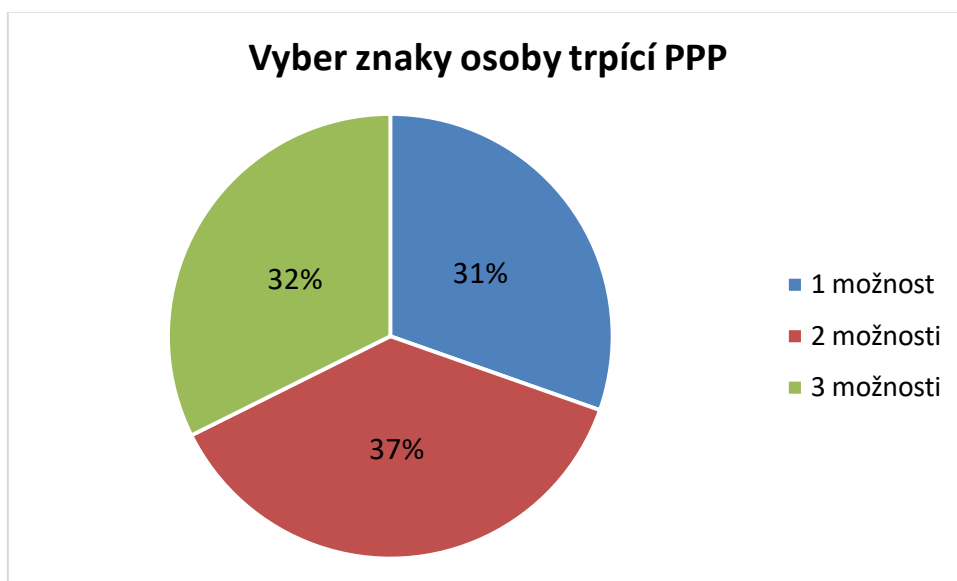
Odovědi na otázku číslo 15 zaměřující se na znaky osob trpících PPP



Graf 18: Odovědi na otázku č. 15 - četnost jednotlivých odovědí

Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 18 vyplývá, že nejčastěji vybíraným znakem byl znak **b**, kde bylo napsáno, že osoba trpící PPP neustále s někým porovnává svou postavu, přičemž tu svou hodnotí vždy jako tlustší. Tato možnost byla vybrána respondenty celkem 83x (40 %). 64x (31 %) byla vybrána možnost **f**, kde je psáno, že daná osoba chrapčí a po jídle musí vždy na toaletu. 50x (24 %) byla vybrána odověď **d**. V této odovědi je napsáno, že dané osoby chodí hodně navlečené, aby nebyla vidět jejich postava. 5x (3 %) byla zvolena možnost **e** – osoba trpící PPP má ráda svou osobu, kterou dává ráda na odvi, například upnutým oblečením. Možnost **c** byla zvolena celkem 4x (2 %) – daná osoba o sobě říká, že je štíhlá. Nikdo (0 %) nezvolil možnost **a**, kde je psáno, že osobě trpící PPP se líbí, jak vypadá.

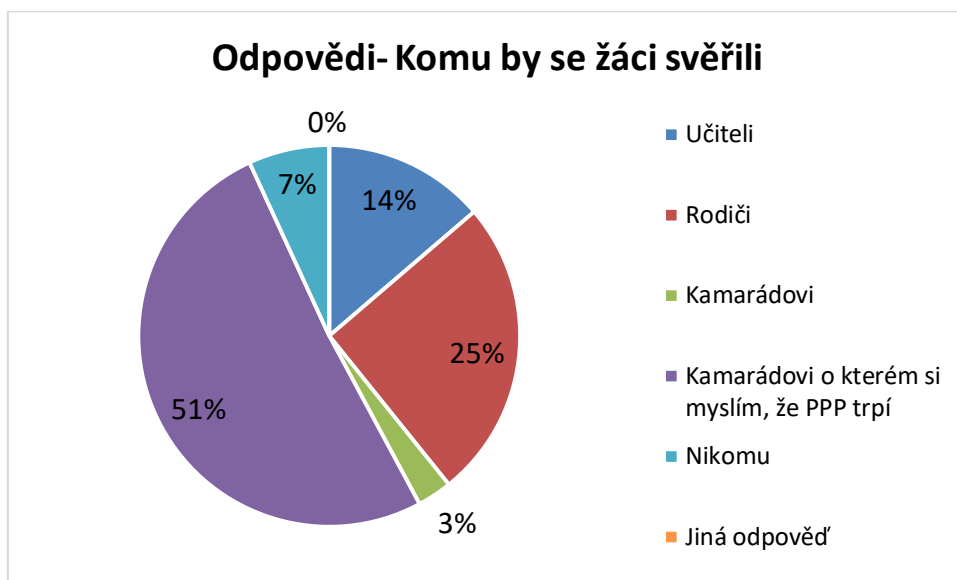


Graf 19: Odpovědi na otázku č. 15 - četnost kombinací odpovědí

Zdroj: vlastní šetření

Celkem 31 % (33) respondentů zvolilo pouze jeden znak, podle kterého by poznali osobu trpící PPP. Možnost b (osoba trpící PPP neustále s někým porovnává svou postavu, přičemž vždy sebe hodnotí jako tlustšího) zvolilo 22 % (23) respondentů, možnosti c (říká o sobě, že je štíhlý) a d (chodí hodně navlečený, aby nebyla vidět jeho postava) byly zvoleny každá jedním (1 %) respondentem a pouze možnost f (neustále chraptí, po jídle musí vždy na toaletu) zvolilo 7 % (8) respondentů. 37 % (38) respondentů zvolilo kombinaci 2 možností. Variace kombinací a jejich četnost jsou následující: 1x (1 %) (b, c), 11x (11 %) (b, d), 2x (2 %) (b, e), 16x (15 %) (b, f) a 8x (8 %) (d, f). Kombinaci 3 možností zvolilo 32 % žáků, přičemž 1 (1 %) respondent zvolil kombinaci (b, e, f), 2 (2 %) zvolili kombinaci (b, c, f) a (d, e, f) a **28 respondentů (27 %)** zvolilo všechny správné možnosti, kterými byla kombinace odpovědí (**b, d, f**), viz graf 19.

Odpovědi na otázku číslo 16 zaměřující se na výběr osoby, které by se žáci svěřili při podezření na PPP u svého kamaráda/kamarádky

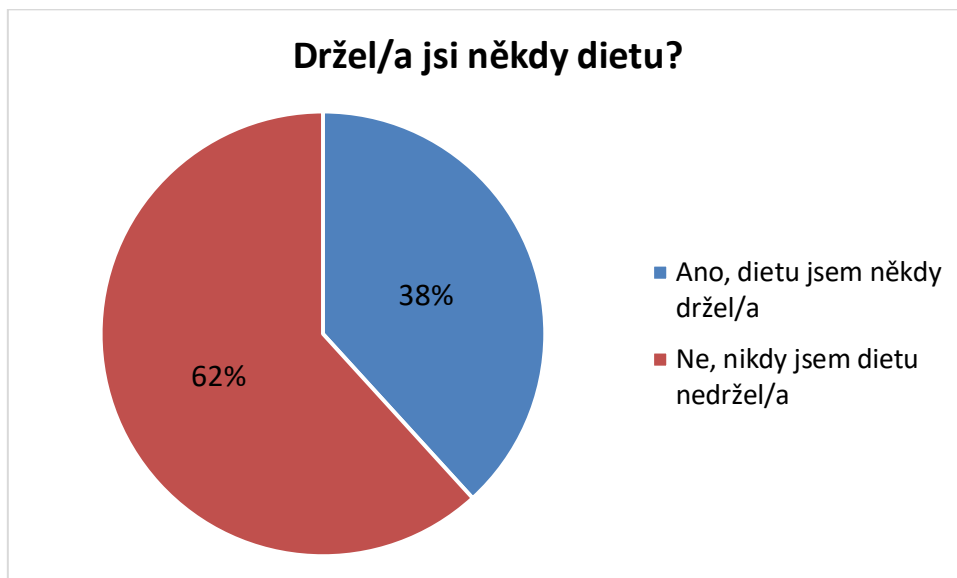


Graf 20: Odpovědi na otázku č. 16

Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 20 je zřejmé, že 51 % (52) respondentů by o svém podezření na PPP informovalo kamaráda, o kterém si myslím, že PPP trpí. Celkem 18 respondentů do dotazníku navíc dopsalo, že by se dané osobě snažili pomoci sami. Jakožto první možnost, koho by respondenti oslovili v této souvislosti, vybralo 25 % (26) respondentů rodiče. Pouze 14 % (14) by primárně oslovilo učitele. Celkem 7 % (7) by o svém podezření nikoho neinformovalo. Kamarádovi by se dle výše uvedeného grafu svěřila 3 % (3) respondentů. Žádný respondent nevybral volnou odpověď.

Odpovědi na otázky číslo 17, 18 a 19 zaměřujících se na potenciaální ohrožení zapojených respondentů

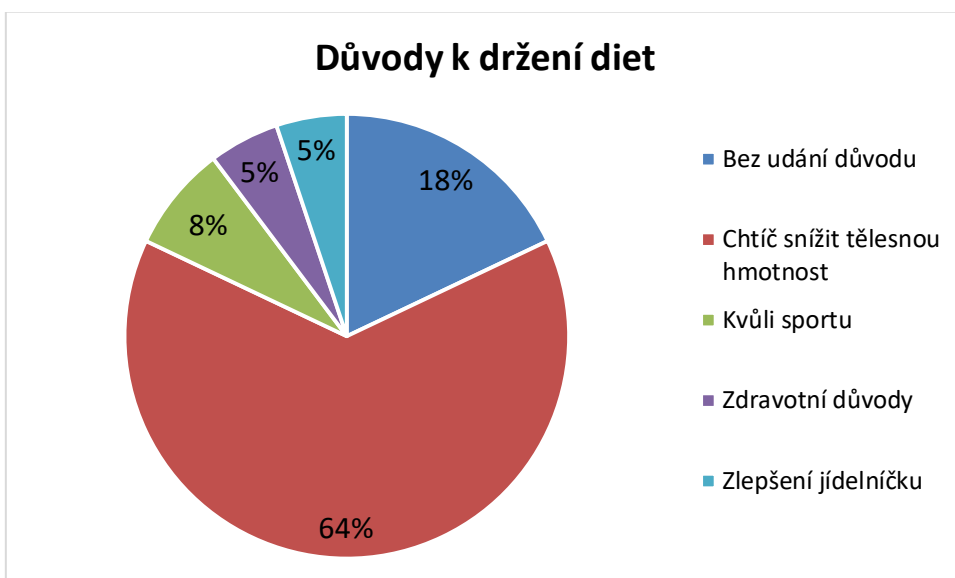


Graf 21: Odpovědi na otázku č. 17

Zdroj: vlastní šetření

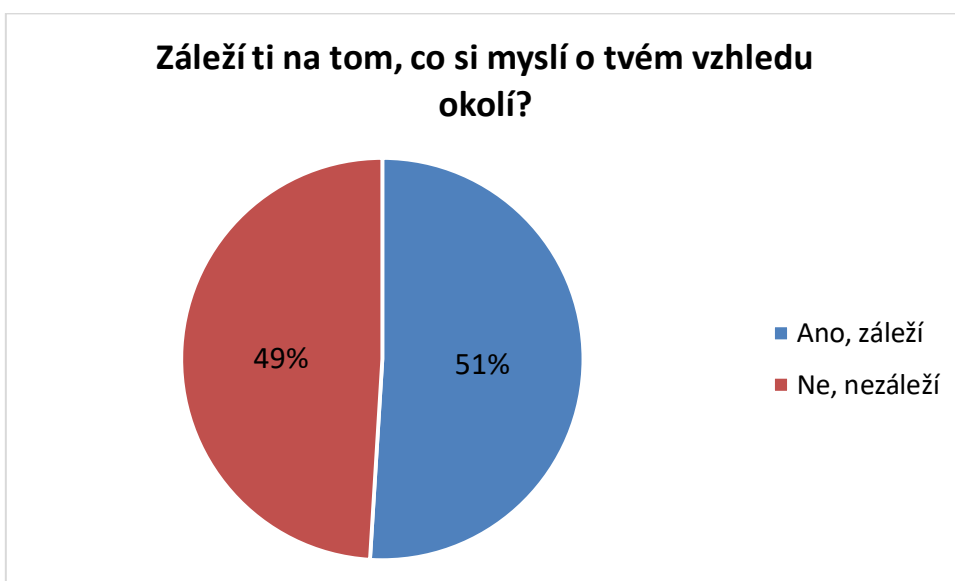
Z celkového počtu respondentů uvedlo 62 % (63), že dietu nikdy nedrželi. Oproti tomu 38 % (39) respondentů uvedlo, že dietu někdy drželi (viz graf 21).

Důvody, proč daných 62 % (63) dietu drželo, jsou znázorněny v grafu 22. Nejčastější odpovědí (64 %; 25) byla snaha o snížení tělesné hmotnosti. Celkem 8 % (3) uvedlo jako důvod sport, ovšem dále toto tvrzení nebylo specifikováno. Shodně po 5 % (2) byly udávány důvody zdravotní a celková změna jídelníčku ke zdravějšímu. V součtu 18 % (7) důvod neuvedlo.



Graf 22: Odpovědi na otázku č. 17, odpovědi a – otevřená otázka

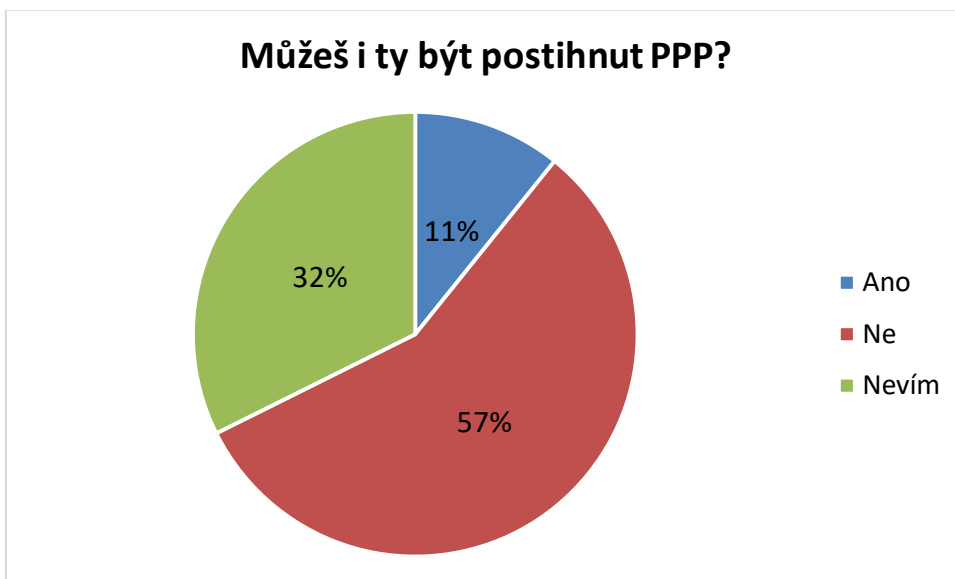
Zdroj: vlastní šetření



Graf 23: Odpovědi na otázku č. 18

Zdroj: vlastní šetření

V grafu 23 je popsáno, zdali respondentům záleží na tom, co si o jejich vzhledu myslí jejich okolí. S nepatrným rozdílem je častější odpověď a s hodnotami 51 % (52), kde je uvedeno, že jim záleží na tom, co si o vzhledu myslí jejich okolí. Odpověď b vybralo 49 % (50) respondentů.

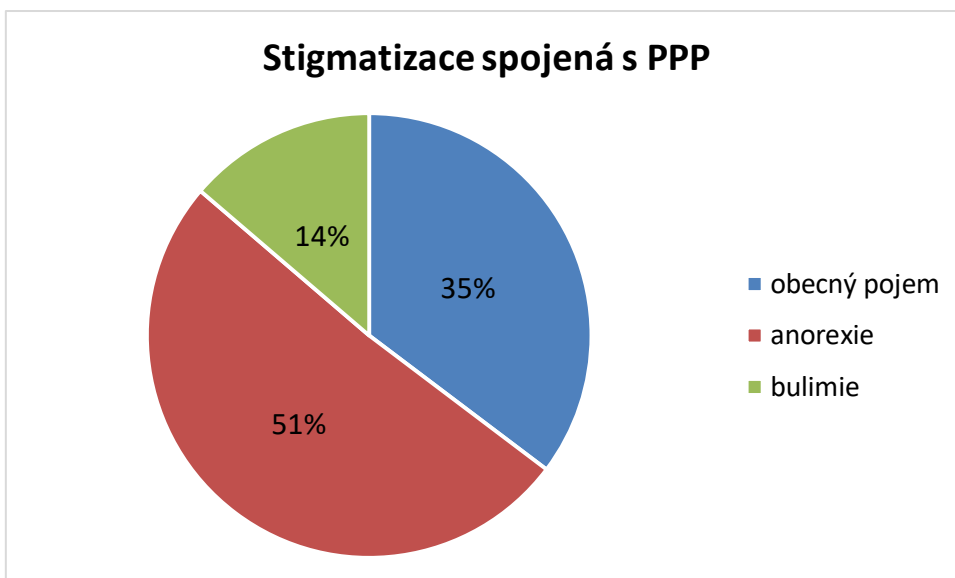


Graf 24: Odpovědi na otázku č. 19

Zdroj: vlastní šetření

Celkem 57 % (58) respondentů si nemyslí, že by mohli být postiženi nějakou z PPP. Oproti tomu 11 % (11) uvádí, že by PPP být postiženi mohli. Zbýlých 32 % (33) uvedlo, že odpověď na tuto otázku neví (viz graf 24).

Odpovědi na otázku číslo 20 zaměřující se na stigmatizaci spojenou s PPP



Graf 25: Odpovědi na otázku č. 20

Zdroj: vlastní šetření

Celkem 102 pojmů jsem rozdělila do 3 hlavních kategorií, kterými byly obecné pojmy týkající se PPP, anorexie a bulimie. Jednotlivé pojmy s četností výskytu jsou uvedeny v příloze 2. Z výsledku šetření vyplývá, že více jak polovina respondentů si spojuje PPP s anorexií, a to celkem 51 % (52). Celkem 35 % (36) respondentů uvedlo jako první slovo, které je napadne, když se řekne PPP, slovo týkající se obecně PPP jako takových. Pouhých 14 % (14) respondentů uvedlo pojem týkající se bulimie.

2.4 Diskuze

Hlavním cílem výzkumné části mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké mají žáci 9. tříd vybraných základních škol znalosti o poruchách příjmu potravy. Na tuto otázku jsem se v dotazníku zaměřila znalostními otázkami 5-15. Tyto hlavní otázky se zaměřovaly jak na definici vybraných nemocí, tak na jejich léčbu, zařazení a ohrožené skupiny lidí. V níže uvedené tabulce shrnuji výsledky na jednotlivé znalostní otázky a následně uvádím celkové zhodnocení znalostní části jako takové.

Tabulka 1: Seznam znalostních otázek s interpretací výsledků

Zdroj: Vlastní šetření

Seznam znalostních otázek	Celkový počet odpovědí	Správné odpovědi	Špatné odpovědi včetně odpovědi nevím
*Ot. 5/ Vyber onemocnění, které se řadí mezi poruchy příjmu potravy.	102	42 (41 %)	60 (59 %)
Ot. 6/ Vyber správnou definici bulimie.	102	72 (71 %)	30 (29 %)
Ot. 7/ Vyber správnou definici orthorexie	102	19 (19 %)	83 (81 %)
Ot. 8/ Vyber správnou definici anorexie	102	87 (85 %)	15 (15 %)
Ot. 9/ Vyber zařízení, které se zabývá léčbou PPP	102	69 (68 %)	33 (32 %)
Ot. 10/ Dají se PPP zcela vyléčit?	102	13 (13 %)	89 (87 %)
Ot. 11/ Zařazení PPP	102	75 (74 %)	27 (26 %)
Ot. 12/ V jaké věku lidé nejčastěji trpí PPP?	102	70 (69 %)	32 (32 %)
Ot. 13/ Mohou být PPP životu nebezpečné?	102	93 (91 %)	9 (9 %)
Ot. 14/ PPP trpí častěji?	102	84 (82 %)	18 (18 %)
*Ot. 15/ Jak bys poznal někoho, kdo trpí PPP	102	28 (27 %)	74 (73 %)
Celkem	1122	652 (58 %)	470 (42 %)
*U otázek bylo možné vybrat více odpovědí. Hodnoty v sekci <i>celkový počet respondentů</i> udávají počty respondentů, kteří otázku zodpovídali. V sekci <i>správné odpovědi</i> je udán počet respondentů, kteří zodpověděli otázku zcela správně. V sekci <i>špatné odpovědi včetně odpovědi nevím</i> je uveden zbylý počet respondentů.			

V první znalostní otázce, kterou byla v dotazníku otázka č. 5, vybralo správně **všechny uvedené PPP celkem 41 %** respondentů. Uvedenými PPP, které měli respondenti vybrat, byly anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Výsledky páté otázky také podrobněji ukazují, že více jak polovina žáků ví o existenci anorexie a bulimie, jelikož anorexie byla správně označena 86 % respondentů jako PPP a stejně tak označilo 80 % respondentů bulimii. V souvislosti s tím znají i definice uvedených poruch. Při výběru definice **bulimie**

odpovědělo správně **70 %** respondentů a při výběru definice **anorexie** dokonce **85 %**. Vzhledem k výsledkům otázek 5 a 7 také usuzuji, že o jiných PPP mají již výrazně menší znalosti. V otázce 5 označilo pouze 56 % respondentů psychogenní přejídání jakožto PPP a správnou definici **orthorexie** vybralo pouze **19 %** respondentů.

Celkem **67 %** respondentů také v dotazníku správně označilo **psychiatrické léčebny** jakožto zařízení, kde se věnují PPP. O tom, že se PPP **nedají zcela vyléčit** ví pouze **13 %** respondentů. Oproti tomu **73 %** respondentů správně zařadilo PPP do **psychických onemocnění**. Také **69 %** respondentů ví, že **nejčastěji postihnutá skupina**, co se týče PPP, je skupina ve věku 15-24 let. Velmi dobrého výsledku dosáhli respondenti u otázky 13, kdy celkem **91 %** respondentů správně odpovědělo, že **PPP mohou být životu nebezpečné**. Překvapil mne i výsledek otázky 14, kde správně označilo **82 %** respondentů **ženy**, jakožto osoby, které jsou **více postiženy PPP**. Pro mne jedním z nejhorších výsledků bylo, že pouze **28 %** žáků vybralo správně **všechny 3 uvedené znaky**. Dalších 35 % žáků označilo alespoň 2 ze 3 uvedených znaků PPP. Tento výsledek bych označila za nedostačující. V tomto případě totiž 37 % žáků není schopno poznat více než jeden znak PPP, což by mohlo být při jejich usuzování nedostačující. Mohlo by to vést k tomu, že by žáci neinformovali další osoby, které by mohly případný problém nějak řešit.

Z výše uvedených výsledků tedy vyplývá odpověď na hlavní výzkumnou otázku, že respondenti zapojeni do dotazníkového šetření mají **58%** znalosti o PPP. Tento průměr nejvíce snižují otázky týkající se definice orthorexie a celkového vyléčení PPP. V průběhu vypracovávání mé bakalářské jsem narazila v literárních zdrojích na rozdíly, které bych následně ráda uvedla.

V metodické příručce pro učitele výchovy ke zdraví týkající se učiva PPP se nepojednává o orthorexii a je zde také uvedeno, že se PPP dají zcela vyléčit. Příručku schválilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (Krch, Marádová, 2003). Avšak na PPP můžeme pohlížet i jinak, a to z pohledu závislosti a návykového chování. V tomto případě hovoříme tedy o potlačení nutkavého chování nebo o abstinenci nežli o celkovém vyléčení. O vyléčení nemůžeme hovořit, jelikož zpětným spouštěčem například bulimie může být jakákoliv emocionálně vypjatá situace (Nešpor, 2011).

Vzhledem k tomuto rozporu, jsem se rozhodla vytvořit výsledky dva. V případě započítání veškerých výsledků pro znalostní část dotazníku, činí výsledek již zmíněných **58 %**. V dalším případě, kdyby vybrané otázky týkající se celkového vyléčení se PPP a definice orthorexie, nebyly zahrnuty do celkového vyhodnocování znalostí žáků, činí výsledek správně zodpovězených otázek **73 %**. Oba tyto výsledky bych označila za velmi nedostačující, jelikož ani v jednom případě nemá ani $\frac{3}{4}$ žáků základní informace o PPP.

Jedním z dílčích cílů mé bakalářské práce bylo zjistit, zdali žáci o PPP někdy slyšeli. V případě že ano, tak odkud se o těchto poruchách doslechli. Výsledek, který mne nejvíce zaujal, byl ten, že všichni respondenti o PPP někdy již slyšeli. Výsledek ukazuje na to, že tyto formy poruch se dostávají různými formami do povědomí žáků 9. tříd základních škol a nejsou razantně tabuizovány, jak jsem se původně domnívala. Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji se žáci doslýchají o PPP v médiích, jelikož tato možnost byla vybrána celkem 67 x. Tyto výsledky dokazují, že na žáky mají média, co se týče PPP, největší vliv. Do výběru respondentů bylo také 57 x zahrnuta škola, jakožto místo, kde se doslechli o PPP. Hodnota těchto odpovědí je 2. nejvyšší. Tento fakt ovšem nekorresponduje ve 28 případech s následující otázkou, zdali se žáci ve škole PPP věnovali. Na tuto otázku totiž odpovědělo „ano, ve škole jsme se PPP věnovali“ celkem 30 respondentů. Možnou neshodnost těchto odpovědí shledávám v tom, že respondenti mohli do odpovědi zahrnout kohokoliv a cokoli z prostředí školy, nikoliv pouze výuku. Avšak zářejícím je samotný fakt, že pouze 30 respondentů uvedlo, že se PPP ve škole věnovali. Zástupci všech škol totiž uvedli, že žáci zapojení do dotazníku se již v rámci výuky PPP věnovali. Vzhledem k tomuto faktu a k výsledkům dotazníku usuzuji, že vzdělávání v této oblasti nebylo dostatečné. Možnými příčinami mohl být krátký čas věnovaný této problematice, pro žáky nezáživná forma podání výkladu či nezájem ze strany žáků samotných. Jako třetí nejčastější zdroj informací uvedli žáci sociální sítě, které jsou v dnešní době nedílnou součástí nejen života teenagerů. Vzhledem k tomu, že sociální sítě jsou rozsáhle a v obsahu můžou být podávány dezinformace, jelikož se zřejmě ve většině případech nejedná o vědecky podložené informace, jsem toho názoru, že se jedná o nebezpečný zdroj. Jak jsem již zmínila výše, mohou zde být podávány různé dezinformace, nejen ohledně PPP, ale například ohledně nevhodných redukčních diet, které mohou být rizikovým faktorem PPP, jak uvádí Krch (2008). Nejčastější kombinací více zdrojů byly vybrány kombinace médií a sociálních sítí.

Mou další výzkumnou otázkou bylo, zdali žáci 9. tříd vybraných základních škol vědí o někom, kdo trpí nebo trpěl nějakou PPP. V případě, že o někom s takovou poruchou vědí, o koho se jedná? Celkem 40 % žáků uvedlo, že neví o nikom, kdo by trpěl nebo trpí PPP. Zbylých 60 % žáků, kteří o PPP vědí, zahrnulo do svých odpovědí 23 x kamarád/ku. Zdali tento výsledek označit za kladný či záporný je, dle mého názoru, sporné. V případě, že by žáci někoho s takovou poruchou znali například ze svého okolí, mohl by pro ně tento jedinec být odstrašujícím příkladem. Na druhou stranu hrozí také nebezpečí. V případě, že by žáci v počátečních fázích například anorexie viděli úbytek váhy u jedince s touto nemocí a s tím i spojenou chválu a obdiv od okolí. Tato závist a chtíč by pro ně mohla být spouštěčem, jež by mohla vést k rozvinutí nemoci. Celkem 30 x bylo v odpovědích zahrnuto, že respondenti vědí o veřejně známé osobnosti trpící PPP, což činí tuto možnost nejčastěji vybranou. Tento fakt pouze dokazuje mou výše zmíněnou teorii, že média a veřejně známé osobnosti v nich vystupující mají velký vliv na žáky 9. tříd základních škol. Věřím, že většina případů je podávána v negativním kontextu a poslouží tak jako primární prevence před vznikem PPP. Za velmi ohroženou skupinu bych označila 10 žáků, kteří uvedli, že osoba trpící PPP je člen jejich rodiny. V případě, že by se jednalo o člena blízké rodiny, jsou tyto žáci ohroženi, jelikož se tento výskyt v odborné literatuře označuje jako rizikový faktor viz kapitola *1.2 Rizikové faktory vzniku PPP*.

Mým dalším dílčím cílem bylo zjistit, zdali by žáci dokázali poznat znaky osoby trpící PPP. Tyto odpovědi jsem také zahrnula do hlavní znalostní části mého šetření. Dále bylo mým cílem zjistit, komu by se respondenti svěřili v případě, že by u svého kamaráda nebo kamarádky takovéto podezření měli. Pouze **28 %** respondentů dokázalo správně vybrat **všechny 3 uvedené znaky** a dalších 35 % žáků uvedlo alespoň dva z nich. Tento výsledek by mohl vést k tomu, že by žáci neinformovali další osoby, které by mohly případný problém nějak řešit. S tímto výsledkem také souvisí následující otázka, která se věnovala tomu, komu by se v případě podezření na PPP žáci svěřili. Celkem **51 %** žáků by o svých obavách informovalo samotného **kamaráda, o kterém toto podezření má**. V dotaznících bylo často uvedeno, že by se mu snažili pomoci sami. Jsem toho názoru, že v tomto případě by neinformování dospělé osoby mohlo být problémem, jelikož by mohlo dojít k rozvinutí nemoci a s tím i ke zvýšení rizik spojenými s PPP. Pouze **14 %** žáků by se svěřilo se svými obavami **učiteli**. Tento výsledek si vysvětluji tak, že si žáci mohli vzít za příklad jakéhokoliv

kamaráda, který ovšem nemusí být jejich spolužák. V tomto případě bych pochopila, že by například zvolili k oslovení **rodiče**, jak uvedlo **25 %** žáků. Nicméně ani v případě, že by se nejednalo o žáka ze školy, shledávám klady v tom, že by se žáci svěřili učitelům. V nejlepším případě by jim měl poradit, jak by měli nadále postupovat. Celkem **3 %** žáků by se svěřila se svými obavami **jinému kamarádovi**. Ač bych tuto variantu neoznačila za nejprůhodnější, tak bych ji také neoznačila za špatnou. Další osoba by mohla být již poučena o tom, jak se v dané situaci zachovat a koho dále oslovit. Možné nebezpečí shledávám v případě, že by došlo k šíření informací a k následnému posměchu, což by mohlo situaci pouze zhoršit. Celkem **7 %** žáků by si problémů u svého kamaráda nebo kamarádky **nevšímal**. Znepokojující pro mne také bylo, že více než polovina respondentů, která vybrala tuto možnost, dopsala do dotazníku hanlivé připomínky na konto osob trpících PPP.

Dílním cílem mé bakalářské práce je také zjistit, zdali si jsou žáci vědomi potenciálního ohrožení jich samotných, co se týče PPP. Z celkového počtu uvedlo celkem **11 %** žáků, že i oni **by mohli být postiženi** nějakou z PPP. **57 %** odpovědělo, že **si nemyslí, že by i oni mohli být postiženi** a **32 %** odpovědělo, že **neví**, zdali by mohla nějaká PPP potkat i je. Tento výsledek považuji za zneklidňující vzhledem k otázce 18, která se ptala na to, zdali žákům záleží na tom, co si o jejich vzhledu myslí jejich okolí. Na tuto otázku totiž **51 %** žáků odpovědělo, že jim **záleží na tom, co si o jejich vzhledu myslí okolí**. Zároveň mne tyto výsledky znepokojují v souvislosti s otázkou 17, jelikož **38 %** žáků někdy **drželo dietu**, přičemž **64 %** z nich uvedlo jako hlavní **cíl snížení tělesné hmotnosti** a **18 % důvod** k držení určité diety **neuveďlo**. Jak jsem již zmínila v kapitole 1.7.1 příčiny vzniku bulimie, tak Krch (2008) popisuje za jeden z rizikových faktorů redukční diety.

V neposlední řadě bylo mým cílem zjistit, co si žáci jako první vybaví, když se řekne poruchy příjmu potravy? Touto dílní otázkou jsem chtěla zjistit vztah mezi PPP a stigmatizací. Nadpoloviční většina (celkem **51 %**) žáků uvedlo pojem, který je **anorexie**, nebo je s anorexií nějak spojen. Vzhledem k výsledkům otázky číslo 5 a 8, kdy anorexie byla správně vybrána 88 x (viz graf 7) a správnou definici vybralo 85 % žáků (viz graf 11), se dal tento pojem očekávat s mnohem větším výskytem. **35 %** žáků zvolilo pojem **obecně vázaný k PPP**. Z mého pohledu to bylo zapříčiněno zadáním otázky, jelikož poslední, co žáci před vyplněním této otázky četli, bylo právě *poruchy příjmu potravy*. Pouze **14 %** respondentů

napsalo pojem týkající se **bulimie**. Tento výsledek otázky vyhodnocuji tak, že první, co si obecně žáci 9. tříd pod pojmem PPP vybaví, je vyhublý člověk na kost trpící anorexií. Také si myslím, že celkově je anorexie více rozšířena a široká veřejnost má o ní větší povědomí nežli o jiných PPP. Za zmínku také stojí, že ve výčtu pojmů, které žáci napsali, se ani jednou neobjevilo slovo týkající se nadváhy či přejídání. Vzhledem k tomu, že pouze 57 x bylo psychogenní přejídání (viz graf 7) označeno za PPP, věnovala bych této problematice v hodinách více pozornosti. Dle mého názoru by bylo vhodné upozornit žáky na to, že existují více než dvě PPP, které mohou mít na člověka špatný vliv a zhoršit mu tak stav zdraví.

2.4.1 Komparace

Zajímavostí je, že z celkem 42 respondentů, kteří správně označili v otázce 5 všechny uvedené PPP, 38 z nich správně vybralo definici bulimie a 39 vybralo správně definici anorexie. U respondentů, kteří odpověděli špatně, došlo téměř u všech k záměně definice bulimie a anorexie. Jeden respondent vybral u obou otázek stejnou definici, kterou byla definice anorexie.

Celkem u 3 respondentů byly odpovědi u otázky týkající se výběru PPP všechny vybrané možnosti špatně čili označili za PPP průjem, zvracení v důsledku pozření zkaženého jídla a střevní chřipku. 2 z uvedených respondentů následně u dalších otázek týkající se výběru definic jednotlivých poruch vybrali odpověď c. U té bylo napsáno tvrzení, že daná porucha neexistuje a jedná se pouze o vymyšlený pojem. Z mého pohledu se jednalo o úmyslný výběr špatných odpovědí. Pokud by tomu tak bylo a tito respondenti skutečně vybrali špatné odpovědi, pouze by to dokazovalo, že umí správné PPP, jelikož označili pouze ty špatné. Avšak co se týče vyhodnocení dotazníku, tyto 3 dotazníky by bývalo lepší do výzkumu nezahrnovat, jelikož jsou znehodnoceny a snižují tak celkový výsledek.

V odpovědích se také vyskytla jedna respondentka, která uvedla, že sama nějakou PPP trpí nebo trpěla. Podle toho, že u poslední otázky, týkající se stigmatizace PPP uvedla anorexii, usuzuji, že právě touto poruchou trpěla nebo trpí. Tato respondentka uvedla jako zdroj informací, odkud se doslechla o PPP, sebe samou. Předpokládám tedy, že si sama o těchto poruchách něco nastudovala, bližší zdroj informací bohužel nebyl dopsán. Respondentka také uvedla, že se ve škole PPP věnovala, avšak sporně do otázky 5 neuvedla, že by se o PPP

ve škole doslechla. Co se týče znalostních otázek u této dívky, tak až na otázku týkající se definice orthorexie a vyléčení se PPP, uvedla vše správně. Ve správně zodpovězených otázkách jsou zahrnuty i otázky s více možnými odpověďmi, kde respondentka správně vybrala všechny uvedené PPP a stejně tak i všechny uvedené znaky PPP. Respondentka také uvedla, že ví, že PPP mohou být životu nebezpečné, což označuji za kladné, jelikož ví o daném nebezpečí. Respondentka také uvedla, že drží nebo držela dietu ze zdravotních důvodů. Zde předpokládám, že se jednalo o dietu k podpoře léčby PPP a dodržování pravidelného jídelního režimu.

2.4.2 Doporučení

Mým doporučením je určitě se více zaměřit na prohloubení znalostí PPP u žáků 9. tříd, vzhledem k výsledkům (58 % správných odpovědí), kterých zapojení žáci do výzkumu dosáhli. Vzhledem k tomu, že se jedná o věkovou kategorii 14-15 let, kladla bych větší důraz na vzdělávání v této oblasti, a to nejen proto, že se jedná o skupinu, která se nyní blíží k věkové kategorii, která je nejvíce ohrožena a zasažena PPP. V rámci primární prevence by, dle mého názoru, bylo vhodné u této věkové skupiny prohloubit znalosti a rizika spojená s výskytem PPP. Pro zpestření bych také do výuky zapojila i jiné PPP nežli mentální anorexii a bulimii. Prevalence psychogenního přejídání činní u žen 1,6 %, což je o 0,1 % vyšší než u bulimie a o 1,2 % vyšší než u anorexie (Raboch, Hrdlička, Mohr a spol., 2015). Vzhledem k tomuto číslu bych se také více zaměřila na tuto konkrétní poruchu. Jelikož pouze 57 x bylo psychogenní přejídání označeno za PPP. Toto doporučení bych ráda směřovala k pedagogům vyučujícím problematiku týkající se PPP, ale také k samotným žákům jak základních, tak středních. Mimo jiné bych ráda apelovala na masová média, komunity a jedince veřejně se vyjadřující na sociálních sítích, aby poskytovali co nejvíce edukativních a ověřených informací nenásilnou formou. Jelikož jsou tyto zdroje podle mého výzkumu jedněmi z hlavních, o kterých žáci uvedli, že u nich slyšeli o PPP. Celkem tyto zdroje informací uvedlo 53 % odpovídajících žáků viz graf 2. Dále bych doporučila rodičům žáků zjistit si základní informace týkající se PPP a případné postupy v situacích, kdy by se k nim dostalo podezření o PPP.

Závěr

Moje bakalářská práce je zaměřena na znalosti žáků 9. tříd vybraných základních škol o poruchách příjmu potravy. V teoretické části práce jsou popsána obecná fakta týkající se PPP. Mezi ně patří historie týkající se PPP, obecné příčiny vzniku PPP včetně subjektivních faktorů, které osoby trpící PPP vnímají za zásadní při vzniku PPP. Dále jsou zde popsány formy léčby a některá pomocná centra České republiky zaměřující se na léčbu PPP. Teoretická část je také věnována výskytu poruch. Podrobněji jsem se také věnovala mentální anorexii a bulimii, kde jsem se zaměřila na příčiny, příznaky, následky a léčbu. Také jsem se v teoretické části práce zabývala psychogenním přejídáním a jiným PPP jako je orthorexie a bigorexie.

V praktické části jsem se pomocí dotazníkového šetření primárně zaměřila na znalosti žáků týkající se PPP. Výsledkem této části je, že žáci 9. tříd vybraných základních škol mají 58% znalosti, co se týče PPP. Jako další jsem se také zaměřila na to, zdali žáci o PPP slyšeli, a v případě že ano, tak co bylo zdrojem informací. Z dotazníkového šetření je zřejmé, že všech 102 respondentů o PPP někdy slyšelo, přičemž nejvíce z nich zahrnuje do svých odpovědí jako zdroj informací média, která tvoří celkem 29 % odpovědí. Dílčím cílem práce bylo také zjistit, zdali žáci vědí o někom, kdo trpí nebo trpěl PPP a v případě že ano, tak o koho se jedná. Celkem 40 % respondentů neví o nikom, kdo by trpěl nebo trpí PPP. U zbylých 60 % respondentů byla nejvíce (26 %) zastoupena odpověď veřejně známá osobnost jako někdo, o kom respondenti vědí, že trpí nebo trpěl PPP. Cílem pro mne také bylo zjistit, zdali žáci umí poznat příznaky PPP u osob trpících nějakou z poruch a komu by se, v případě podezření na nějakou PPP u svého kamaráda, se svými obavami svěřili. Celkem 27 % respondentů dokázalo vybrat všechny 3 uvedené příznaky osoby trpící PPP a dalších 35 % vybralo alespoň 2 uvedené příznaky. U otázky, komu by se žáci svěřili v případě, že by měli podezření na nějakou PPP u svého kamaráda/ky, byl v 51 % odpovědí vybrán kamarád samotný. V bakalářské práci jsem se také chtěla dozvědět, zdali žáci 9. tříd vědí o potenciálním ohrožení jich samotných, jelikož se věkem dostávají do nejkritičtější skupiny, co se týká PPP. Výsledkem tohoto dílčího cíle je, že celkem 57 % žáků nepřipouští, že by i oni mohli být postiženi nějakou PPP. V neposlední řadě jsem se zaměřila na PPP ve spojení se stigmatizací. Dílčí výzkumnou otázkou zde bylo, co si žáci jako první vybaví,

když se řekne PPP? Zde je mým výsledkem, že celkem 51 % respondentů napsalo pojem týkající se anorexie, z čehož usuzuji, že si PPP spojují právě s anorexií.

Byla bych ráda, kdyby má práce posloužila nejen mne, ale také jiným pracovníkům například ve školství či žákům a studentům samotným. Věřím, že z mé strany mi bude tato práce dobrým zdrojem pro vypracování dalších závěrečných prací.

Seznam použitých informačních zdrojů

Literární zdroje

COOPER, Peter J., 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 9788026207061.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024716206.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 807178303x.

KRCH, František D., 2008. *Bulimie; Jak bojovat s přejídáním*, Praha: Grada Publishing, a. s.

KRCH, František D., 2010. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd., Praha: Portál. ISBN 9788073678074.

KRCH, František D., 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 802470840x.

LEIBOLD, Gerhard, 1995. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda. ISBN 8020504990.

NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

OREL, Miroslav, 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024737379

PAPEŽOVÁ, Hana, 2018. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 9788020449047.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2003. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 8085121816.

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ, 2012. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. ISBN 9788087258989

PAPEŽOVÁ, Hana, ed., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024724256

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed., 2015. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum. ISBN 9788086471525.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 8085912430.

Elektronické zdroje

BERÁNKOVÁ J., 2010. Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy [online]. Chrudim, 12. 4. 2010, [cit. 27. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.celostnimediceina.cz/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.htm>

KRCH, František D., Eva MARÁDOVÁ, 2003. Výchova ke zdraví, Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele. Praha, 2003, [cit. 8.3.2020]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/vychova-ke-zdravi-poruchy-prijmu-potravy>

KVIATKOVSKÁ, Katarína, Jakub ALBRECHT, Hana PAPEŽOVÁ, 2016. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie [online]. Praha: 2016, [cit. 21. 2. 2020]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1120&fbclid=IwAR10UJfJwhoDIYoZqJzzCKyxtom9eKG0Kz2XmbfOWwdb9XKHC_SUuj-BSio

VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK ONLINE, 2020. Mentální anorexie [online]. Praha: 2020, [cit. 18. 1. 2020]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/mentalni-anorexie>

SLÁDKOVÁ, I., VYBÍRAL, Z., 2008. Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy. E-psychologie [online], 2(4), 13-23 [cit. 2. 2. 2020]. Dostupný z: https://e-psycholog.eu/pdf/sladvkova_etal.pdf: . ISSN 1802-8853

WHO/ÚZIS ČR, 2018. Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50-59 [online]. 7. 3. 2018, [cit. 18. 1. 2020]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

1. lékařská fakulta Univerzita Karlova, 2019. Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy [online]. 2. 7. 2019, [cit. 18. 1. 2020]. Dostupné z: <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecby-poruch-prijmu-potravy>

ŠTĚPÁNKOVÁ, Tereza a Dagmar, RATAJOVÁ, 2015. Kde se léčit [online]. 2015, [20. 1. 2020]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/kde-se-lecit>

Psychoterapie Anděl Praha – Psycholog, Terapeut Pro Děti I Dospělé, 2015. Následky mentální anorexie a bulimie [online]. 2015, [20. 1. 2019]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/nasledky-mentalni-anorexie-a-bulimie/>

Seznam grafů

Graf 1: Odpovědi na otázku č. 1.....	30
Graf 2: Odpovědi na otázku č. 2.....	31
Graf 3: Odpovědi na otázku č. 2- Četnost kombinací.....	32
Graf 4: Odpovědi na otázku č. 3.....	33
Graf 5: Odpovědi na otázku č. 4.....	33
Graf 6: Odpovědi na otázku č. 4- četnost kombinací odpovědí	34
Graf 7: Odpovědi na otázku č. 5- četnost jednotlivých odpovědí.....	35
Graf 8: Odpovědi na otázku č. 5- četnost kombinací odpovědí	36
Graf 9: Odpovědi na otázku č. 6.....	37
Graf 10: Odpovědi na otázku č. 7	38
Graf 11: Odpovědi na ot. č. 8	39
Graf 12: Odpovědi na otázku č. 9	40
Graf 13: Odpovědi na otázku č. 10	41
Graf 14: Odpovědi na otázku č. 11	41
Graf 15: Odpovědi na otázku č. 12	42
Graf 16: Odpovědi na otázku č. 13	43
Graf 17: Odpovědi na otázku č. 14	43
Graf 18: Odpovědi na otázku č. 15 - četnost jednotlivých odpovědí.....	44
Graf 19: Odpovědi na otázku č. 15 - četnost kombinací odpovědí.....	45
Graf 20: Odpovědi na otázku č. 16	46
Graf 21: Odpovědi na otázku č. 17	47
Graf 22: Odpovědi na otázku č. 17, odpovědi a – otevřená otázka	48
Graf 23: Odpovědi na otázku č. 18	48
Graf 24: Odpovědi na otázku č. 19	49
Graf 25: Odpovědi na otázku č. 20	49

Seznam použitých zkratk

PPP – poruchy příjmu potravy

ED – eating disorders

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

Č. – číslo

1. LF UK – 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MKN–10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize

DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Tabulka s odpověďmi na otázku číslo 20 rozdělených do 3 kategorií

PŘÍLOHA 1

DOTAZNÍK – ZNALOSTI ŽÁKŮ 9. TŘÍD O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY

Ahoj, jmenuji se Klára a tohle je dotazník k mé bakalářské práci, kterou vypracovávám jakožto závěrečnou práci na VŠ. Chtěla bych tě požádat, zdali i ty bys mi mohl/a pomoci, a to tím, že vyplníš tento dotazník. Dotazník je zcela anonymní.

Předem ti děkuji za tvůj čas a práci!

Užité zkratky: PPP – poruchy příjmu potravy

1. Jsi žena nebo muž?
 - a. žena
 - b. muž
2. Slyšel jsi někdy o poruchách příjmu potravy? Pokud ano, kde? (Více možných odpovědí)
 - a. V médiích (televize, rádia, internet...)
 - b. Ve škole
 - c. Na sociálních sítích
 - d. Od kamarádů
 - e. V rodině
 - f. Jiné, (doplň).....
 - g. Nikdy jsem o poruchách příjmu potravy neslyšel/a
3. Měli jste ve škole besedu/přednášku/dokument/výuku týkající se PPP?
 - a. Ano
 - b. Ne
4. Víš o někom, kdo trpí nebo trpěl poruchou příjmu potravy? (Více možných odpovědí)
 - a. ANO, kamarád/kamarádka
 - b. ANO, člen rodiny
 - c. ANO, veřejně známá osobnost
 - d. ANO, (doplň).....
 - e. NE
5. Vyber onemocnění, které se řadí mezi poruchy příjmu potravy: (Více možných odpovědí)
 - a. Bulimie
 - b. Průjem
 - c. Mentální anorexie
 - d. Zvracení v důsledku pozření zkaženého jídla
 - e. Záchvatovité přejídání
 - f. Střevní chřipka

6. Vyber správnou odpověď. Bulimie je:
- Porucha charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti spojená se zkreslenou představou o vlastním těle, kdy se postižený přes nízkou tělesnou hmotnost cítí být tlustý a nejlí
 - Porucha charakterizovaná opakovanými záchvaty přejídání a v důsledku toho následovaným zvracením nebo použitím projímadel
 - Neexistuje, jedná se pouze o vymyšlený termín
 - Nevím
7. Orthorexie je:
- Je porucha příjmu potravy, kdy se jedinec nadprůměrně (=více než 75% přijaté týdenní stravy) stravuje v rychlých občerstveních
 - Porucha, kdy je osoba chorobně posedlá zdravým jídlem
 - Neexistuje, jedná se pouze o vymyšlený termín
 - Nevím
8. Anorexie je:
- Porucha charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti spojená se zkreslenou představou o vlastním těle, kdy se postižený přes nízkou tělesnou hmotnost cítí být tlustý a nejlí
 - Porucha charakterizovaná opakovanými záchvaty přejídání a v důsledku toho následovaným zvracením nebo použitím projímadel
 - Neexistuje, jedná se pouze o vymyšlený termín
 - Nevím
9. Vyber zařízení, které se zaobírá léčbou PPP
- Detenční ústav
 - Psychiatrická léčebna
 - Výchovný ústav
 - Nevím
10. Myslíš si, že se dají poruchy příjmu potravy zcela vyléčit?
- Ano
 - Ne
 - Jak která
 - Nevím
11. PPP se řadí mezi
- Onemocnění trávicího traktu
 - Psychické onemocnění
 - Neřadí se mezi onemocnění
 - Nevím
12. V jakém věku lidé nejčastěji trpí PPP?
- 9-14
 - 15-24
 - 25-29
 - 30+

13. Myslíš si, že PPP mohou být životu nebezpečné?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
14. PPP trpí častěji
- Muži
 - Ženy
 - Muži i ženy stejně
15. Jak bys poznal, že někdo trpí PPP? (možné více odpovědí; v odpovědích mohou být zahrnuty příznaky více poruch)
- Líbí se mu, jak vypadá
 - Neustále s někým porovnává svou postavu, přičemž vždy sebe hodnotí jako tlustšího
 - Říká o sobě, že je štíhlý
 - Chodí hodně navlečený, aby nebyla vidět jeho postava
 - Má rád svou postavu, kterou rád dává na odív, například oblečením „na tělo“
 - Neustále chraptí, po jídle musí vždy na toaletu
16. V případě, že bys měl u svého kamaráda/kamarádky podezření na poruchu příjmu potravy, komu bys to primárně řekl?
- Řekl/a bych to učiteli
 - Řekl/a bych to rodičům
 - Řekl/a bych to kamarádovi
 - Řekl/a bych to kamarádovi, o kterém si myslím, že trpí PPP a snažila bych se mu pomoci
 - Nikomu, nevšiml bych si toho
 - Jiná odpověď.....
17. Držel/a jsi někdy dietu a proč?
- Ano,
 - Ne
18. Záleží ti na tom, co si myslí o tvém vzhledu okolí?
- Ano, záleží
 - Ne, nezáleží
19. Myslíš si, že by tě mohla postihnout nějaká PPP?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
20. Napiš první slovo, které tě napadne, když slyšíš pojem poruchy příjmu potravy
.....

PŘÍLOHA 2

SEZNAM POJMŮ UVEDENÝCH V OT. 20 ROZDĚLENÝCH DO 3 KATEGORIÍ

OBEČNÉ POJMY	Četnost	ANOREXIE	Četnost	BULIMIE	Četnost
Zhroucení	1	Anorexie	40	Bulimie	3
Hloupost, hlupák	3	Hubnutí	3	Zvracení	11
Myšlení	1	Štíhlost, hubenost, vyhublí, kostra	5		
Jídlo	13	Hlad, hladovka, nejí	3		
Nespokojenost, nenávisť	2	Nechuť	1		
Strach	2				
Trávení	1				
Porucha	1				
Psychika	3				
Problémy	2				
Nemoc	5				
Kamarádka	1				
Trápení	1				
Celkem	36	52	11		