

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Pohled žáků středních škol na problematiku poruch příjmu potravy  
The View of High School Students on the Issue of Eating Disorders

Michaela Černá

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Český jazyk se zaměřením na vzdělávání – Speciální pedagogika se zaměřením na vzdělávání

2020

Odevzdáním této bakalářské práce na téma *Pohled žáků středních škol na problematiku poruch příjmu potravy* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 1. 5. 2020

Mé poděkování náleží PaedDr. Evě Marádové, CSc.. Nejen za odborné vedení, ale zejména za neskonalou trpělivost a shovívavost, kterou mi během tvorby této práce projevila. Dále své díky směřuji všem respondentům, kteří překonali stud a s ochotou se zapojili do mého výzkumu. V neposlední řadě se obracím ke svému strážnému anděli, který nade mnou od začátku držel ochrannou ruku. Děkuji.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Cílem bakalářské práce je popsat problematiku poruch příjmu potravy, se zřetelem ke znalostem a zkušenostem žáků středních škol a učilišť v této oblasti. V teoretické části jsou charakterizovány hlavní formy poruch příjmu potravy, jejich příčiny, následky a možnosti léčby. Popsána jsou také specifika adolescence. Na teoretická východiska je navázáno popisem vlastního kvantitativního výzkumného šetření, jehož cílem bylo analyzovat znalosti a zkušenosti žáků středních škol, týkající se poruch příjmu potravy. Dílčím cílem bylo zjistit, jaký vztah mají žáci středních škol k vlastnímu tělu. Dalšími dílčími cíli bylo zjistit, jaký je přístup žáků středních škol ke stravování a též jaký je přístup žáků středních škol k problematice poruch příjmu potravy. Výzkumný soubor tvořilo 120 respondentů, kterým byl administrován dotazník vlastní konstrukce. K analýze dat byla zvolena popisná statistika. Z výzkumu vyplynulo, že oslovení žáci středních škol mají základní informace o poruchách příjmu potravy, neznají však některé zdravotní následky. Téměř pětina respondentů uvedla, že v minulosti trpěla některou z forem poruch příjmu potravy a přibližně stejný počet respondentů soudí, že poruchou příjmu potravy trpí v současnosti. Jako nedostatečná byla zjištěna prevence v dané oblasti, týkající se zejména získávání informací o tématu z nevhodných zdrojů, kterými jsou média. Práce obsahuje doporučení, týkající se vhodné koncepce prevence v dané oblasti.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Adolescent, mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, zdraví.

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the issue of eating disorders. The aim of the bachelor thesis is to describe the issue of eating disorders, with regard to the knowledge and experience of high school students and vocational schools in this area. The theoretical part characterizes the main forms of eating disorders, their causes, consequences and treatment options. The specifics of adolescence are also described. The theoretical background is followed by a description of our own quantitative research, which aimed to analyze the knowledge and experience of high school students regarding eating disorders. A partial goal was to find out how high school students relate to their own bodies. Other partial goals were to find out what is the approach of high school students to eating and also what is the approach of high school students to the issue of eating disorders. The research group consisted of 120 respondents who were administered a questionnaire of own design. Descriptive statistics were chosen for data analysis. The research showed that the addressed high school students have basic information about eating disorders, but do not know some health consequences. Nearly one-fifth of respondents said they had suffered from some form of eating disorder in the past, and about the same number said they had an eating disorder. Prevention in the given area was found to be insufficient, especially concerning obtaining information on the topic from inappropriate sources, which are the media. The work contains recommendations concerning the appropriate concept of prevention in the area.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Adolescent, anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, health.

## Obsah

Úvod .....	8
1 Teoretická východiska .....	9
1.1 Vývojové období adolescence .....	9
1.2 Historie poruch příjmu potravy .....	11
1.3 Základní vymezení poruch příjmu potravy .....	13
1.3.1 Mentální anorexie .....	14
1.3.2 Mentální bulimie .....	16
1.3.3 Porovnání mentální anorexie a bulimie .....	17
1.4 Faktory ovlivňující vznik a rozvoj poruch příjmu potravy .....	18
1.4.1 Rodinné faktory .....	19
1.4.2 Sociálně-kulturní faktory .....	19
1.4.3 Média .....	20
1.4.4 Biologické faktory .....	21
1.4.5 Osobnostní faktory .....	21
1.4.6 Životní události .....	22
1.5 Zdravotní důsledky poruch příjmu potravy .....	23
1.5.1 Zdravotní důsledky mentální anorexie .....	23
1.5.2 Zdravotní důsledky mentální bulimie .....	24
1.6 Léčba poruch příjmu potravy .....	24
1.6.1 Hospitalizace .....	25
1.6.2 Denní stacionáře .....	25
1.6.3 Ambulantní lékařská péče .....	26
1.6.4 Svépomocné skupiny .....	26
1.7 Shrnutí teoretických východisek .....	26

2	Praktická část.....	28
2.1	Výzkumný problém a metodologie výzkumného šetření .....	28
2.2	Cíle a hlavní výzkumné otázky.....	28
2.3	Popis metodologie.....	29
2.4	Výzkumný soubor.....	30
2.5	Průběh výzkumného šetření.....	30
2.6	Způsob vyhodnocení dat.....	31
3	Výsledky výzkumného šetření .....	32
3.1	Charakteristika výzkumného souboru .....	32
3.2	Výsledky výzkumného šetření.....	33
3.2.1	Vztah k vlastní postavě.....	33
3.2.2	Přístup ke stravování .....	35
3.2.3	Informovanost žáků o poruchách příjmu potravy .....	37
3.2.4	Hodnocení prevence v oblasti poruch příjmu potravy.....	38
3.2.5	Znalosti o poruchách příjmu potravy.....	39
3.2.6	Přístup k poruchám příjmu potravy .....	45
4	Shrnutí a diskuse výsledků .....	47
5	Návrh a doporučení pro výuku na středních školách .....	58
	Závěr.....	60
	Souhrn.....	62
	Summary.....	63
	Seznam použitých informačních zdrojů .....	64
	Seznam příloh.....	70





## Úvod

V průběhu historického vývoje se proměňuje ideál krásy. Barokní ženy nahradila vyhublá Twiggy, kterou vystřídala Marilyn Monroe s ženskými křivkami. V posledních letech dominoval trend štíhlosti až nezdravé podvýživy, prezentovaný modelkami a dalšími celebritami. Tento přístup k ideálu krásy se však postupně mění, a to i v návaznosti na nárůst poruch příjmu potravy v moderních vyspělých státech. Přesto je však stále hodně žen, navíc i mužů, kteří mají nezdravé představy o tom, jakou hmotnost by měli mít, což se následně promítá do jejich přístupu ke stravování a celkovému životnímu stylu.

Zejména u dospívajících představují poruchy příjmu potravy značné riziko. Nejen že je výrazně ohroženo jejich zdraví, ale též dochází k utváření nezdravého sebepojetí, které poznamenává vztah k sobě samému i druhým. Ze zájmu o dané téma, ale též kvůli jeho závažnosti je v bakalářské práci věnována pozornost problematice poruch příjmu potravy. Cílem bakalářské práce je popsat problematiku poruch příjmu potravy a analyzovat znalosti a zkušenosti žáků vybraných středních škol s poruchami příjmu potravy.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. První kapitola představuje teoretická východiska. Uvedeny jsou s využitím dostupných odborných českých i zahraničních zdrojů základní informace o poruchách příjmu potravy. Nastíněn je přístup k tématu v minulosti, popsány jsou hlavní formy poruch příjmu potravy, jejich následky v oblasti zdraví, možnosti léčby, příčiny vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy. Téma je vztaženo k problematice dospívání.

V druhé kapitole je popsáno realizované kvantitativní výzkumné šetření, u něž byly stanoveny následující cíle: analyzovat znalosti a zkušenosti žáků středních škol, týkající se poruch příjmu potravy. Zjistit, jaký vztah mají žáci středních škol k vlastnímu tělu a též zjistit, jaký je přístup žáků středních škol ke stravování a též jaký je přístup žáků středních škol k problematice poruch příjmu potravy. Výzkumný soubor budou tvořit žáci středních škol, výzkumným nástrojem bude dotazník vlastní konstrukce.

Hlavní zjištění budou v diskusi vztažena k formulovaným výzkumným otázkám a teoretickým východiskům, shrnuta budou v závěru práce. Součástí práce bude doporučení pro praxi.

## 1 Teoretická východiska

Kapitola obsahuje teoretická východiska zkoumané problematiky poruch příjmu potravy. Stručně je charakterizováno období adolescence, v němž se tyto poruchy nejčastěji objevují, nastíněna je historie jevu, ve smyslu jeho výskytu a přístupu k léčbě v historickém kontextu.

Pozornost je věnována zejména detailnímu popisu poruch příjmu potravy. Uvedeny jsou projevy nejčastěji se vyskytujícími formami poruch příjmu potravy, tedy mentální anorexie a mentální bulimie. Pojednáno je o možnostech diagnózy, léčby, projevech poruch a faktorech, které determinují jejich výskyt i průběh.

### 1.1 Vývojové období adolescence

Termín adolescence pochází z latinského výrazu *adolescere*, což lze přeložit jako dorůstat, mohutnět, ale též dospívat. Jako synonymum tohoto termínu se tak užívá v české prostředí též výraz dospívání. Oba pojmy jsou však pojímány odborníky nejednoznačně. Dospívání může být chápáno jako fáze adolescence i jí předcházející pubescence, šířeji pak jako období mezi dětstvím a dospíváním, přičemž neexistuje shoda ani v horní hranici adolescence, tedy době, kdy adolescence přechází v dospělost. V užším pojetí je za adolescenci pokládán věk 15-20 let (Dolejš, Zemanová, Vavrysová, 2018).

Adolescence byla v minulosti pojímána jako období značně bouřlivé, ovšem od tohoto náhledu na dospívání je již upouštěno. Nicméně stále existuje shoda v tom, že se jedná o období velmi rizikové s ohledem na další životní směřování, což je dáno mimo jiné změnami, kterými adolescent prochází v rámci svého biopsychosociálního vývoje.

Již v pubertě dochází k výrazné tělesné proměně. Roste postava, mění se její proporce, objevují se sekundární pohlavní znaky. Sekundární pohlavní znaky jsou viditelnější u dívek (růst prsou) a u dívek také dochází k fyzickému dospívání dříve. U chlapců je patrný zejména růst svalů, mohutnění postavy, začínají růst vousy. Vzhledem k tomu, že je tělesný vzhled součástí identity, tedy toho, jak jedinec sám sebe vnímá či za koho se považuje, mají tyto změny značný dopad na dospívajícího, neboť právě formování identity je v adolescenci hlavním vývojovým úkolem, jehož naplňování je často poznamenáno značnou nejistotou či úzkostí. Pakliže je tedy tělesná proměna výrazná a dospívající na ni není připraven, zvyšuje se riziko ohrožení integrity osobnosti, nastat může ztráta sebejistoty. Tělesná proměna

vyvolává v sociálním okolí dospívajícího různé reakce, ne vždy pro adolescenta příznivé a snadno přijímané. Tato oblast je problematická zejména u dívek, chlapci jsou citliví zejména na zpomalení tělesného dospívání. Vzhled adolescenta velkou měrou determinuje jeho postavení ve vrstevnickém kolektivu, kdy právě v tomto období nabývá vztah k vrstevníkům a jejich přijímání adolescenta na významu, neboť se dospívající vymaňuje z úzké vazby na rodiče a autoritami se pro něj stávají vrstevníci. Kromě toho se musí dospívající vyrovnat i se společensky prosazovaným kultem těla, kterého chtějí dosáhnout zejména dívky, a to i za cenu zdravotních rizik. Až pozdní fáze adolescence přináší v tomto ohledu určité zklidnění, rozvíjí se individuální styl jako protiklad tendence k uniformitě, charakteristické pro dřívější fáze adolescence (Vágnerová, 2012).

Šimíčková-Čížková a kol. (2005) považují za významné též kognitivní změny. Adolescent se více přiklání k realitě, zároveň však dokáže být velmi radikální a nekompromisní, zejména ve vztahu vůči formálním autoritám, jakými jsou rodiče nebo učitelé. I když se myšlení významně kvalitativně mění, kdy je např. adolescent schopen v mnohem větší míře abstraktního myšlení, zohlednění jiných, alternativních hledisek, řešení apod., nedostatečně rozvinuté je předvídání následků vlastního chování, což souvisí mimo jiné i s pocitem omnipotence: adolescent je přesvědčen o své výjimečnosti, až nezranitelnosti či nesmrtnosti, kterou si nepřipouští. S tím je spojen zvýšený výskyt rizikového chování, k němuž patří např. užívání návykových látek, agresivní až kriminální jednání či poruchy příjmu potravy. Pro oblast kognice je dle autorů u adolescentů charakteristické též introspektivní zaměření a zvýšená sebekritičnost.

Jak již bylo uváděno, dospívání je úzce spojeno s formováním identity. Tento koncept rozpracoval německý psycholog Erikson a později na něj navázal americký psycholog Marcia. Úkolem dospívajícího je nalézt sám sebe, tedy uvědomit si, kým jedinec je, kým chce být, v jakých rolích se ocitá. Identita se utváří postupně, a to s tím, jak dospívající na sebe přebírá závazky, které se pojí s tímto věkem, ale i následnou dospělostí, musí činit důležitá životní rozhodnutí (profesní volba apod.), hledá své místo ve světě. Ne každý adolescent je schopen v této fázi dospět do stádia získání identity. Identita může být rozptýlená či náhradní, související s nekritickým přijímáním názorů či hodnot vrstevníků. Experimentování s různými sociálními rolemi značí status moratoria (Macek, 2003). Jak

zdůrazňuje Vágnerová (2012), součástí identity je i identita pohlavní nebo též genderová, ale i identita skupinová. Prožitek skupinové identity je pro adolescenta velmi důležitý, neboť mu poskytuje oporu v nejistém světě a nejistém vnitřním prožívání.

Nielsen Sobotková a kol. (2014) shrnují, jakým způsobem se adolescent adaptuje na probíhající změny v tělesné, psychické i sociální rovině. Jedná se zejména o nápodobu dospělých, která mívá podobu rizikového chování (konzumace alkoholu, cigaret), nicméně prostřednictvím tohoto jednání se adolescent cítí více dospělý. Rizikové chování zprostředkovává pocit autonomie, je odrazem sebepotvrzování a experimentování. Pro dospívající je charakteristické vyhledávání nových zážitků, překračování limitů, zkoumání reakcí sociálního okolí. V rámci adaptace jsou významní vrstevníci a z tohoto hlediska dospívající vyhledávají především sdílené zážitky, včetně sdílených rituálů, což může být dáno jejich absencí v moderních vyspělých společnostech, na rozdíl od národů přírodních. Důležité jsou též diference a opozice jako nástroje formování identity.

## 1.2 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále též jako PPP) jsou podle Papežové (2009, s. 339) „*charakterizovány jako kontinuum patologického potravního chování, které je podmíněné biopsychosociálně.*“ Detailnější vymezení, reflektující i následky PPP, podali Krch a Švédová (2013, s. 8), a to následovně: „*Poruchy příjmu potravy představují mezní polohy narušeného jídelního chování s velmi závažnými důsledky na tělesné i psychické zdraví, sociální život a pracovní výkon nemocného.*“

Jak uvádí Agras (2010), není pochyb o tom, že poruchy příjmu potravy byly mezi lidmi zastoupeny již v dávné době, nicméně není jistota v tom, že projevy spojené se specifickým chováním v kontextu příjmu potravy naplňovaly kritéria PPP, která platí dnes. Skutečná historie poruch příjmu potravy je tak dle autora spojena především s 19. a 20. stoletím, kdy byly popsány první případy mentální anorexie a později i kazuistiky pacientů s mentální bulimií.

Podle Faltuse (2010) lze nalézt první projevy porušeného příjmu potravy již ve starověku a jsou i doloženy např. v díle Hippokrata pod názvem *asithia*. Termín anorexie užil poprvé Galén ve 2. století našeho letopočtu, první zmínka o dívce, která zemřela v důsledku hladu

z vlastní vůle, se datuje do 14. století. První dokonalejší popis choroby přinesl anglický lékař Morton.

Pro mentální anorexii se užívá oficiální název anorexianervosa (AN), pro mentální bulimii pojem bulimianervosa (BN) (Papežová, 2009). Tento dnes oficiální termín byl jako první nalezen ve francouzské literatuře. Francouzský fyziolog a frenolog Imbert rozlišil dva druhy anorexie, a to gastrickou anorexii jako poruchu trávení a nervovou anorexii jako důsledek poruchy mozkové činnosti, kdy mozek nevysílá signály chuti k jídlu a pocitu hladu. Nicméně první detailněji popsané případy se začaly objevovat až v 19. století a byly označovány různě: např. jako hypochondrické delirium označil mentální anorexii francouzský lékař Marcé, který sledoval několik pubertálních dívek, odmítajících jíst, při snaze změnit jejich stravovací návyky byly zřetelné v jejich chování lži a značný odpor. Na jeho práci navázal o mnoho let později Angličan Gull, který užil pojem hysterická apepsie pro zdůraznění jiných než somatických příčin extrémního hubnutí. Gull byl také tím, kdo později užil termín anorexianervosa a mimo jiné popsal i její hlavní znaky, které platí dodnes: převažující výskyt u mladých žen a dívek, velký hmotnostní úbytek, amenorea, tj. vynechání minimálně dvou cyklů menstruace, zácpa, neklid a psychogenní příčiny (Faltus, 2010).

Z hlediska rozvoje PPP je považován za významný mezník počín francouzského módního návrháře Poireta, který veřejnosti představil novou, štíhlou siluetu postavy. Dalším negativním faktorem bylo zavedení počítání kalorií v rámci výživy a diet Petersem. Postupně začala v populacích vyspělých států narůstat obezita. Začal se proměňovat fenomén krásy a módu ovládla americká modelka Twiggy, jejíž index tělesné hmotnosti (BMI) činil pouhých 14,2. S pokračujícím trendem obezity se začal rozvíjet i trend diet a nezdravého hubnutí a na konci 70. let minulého století tak začaly v Kalifornii vznikat první zařízení specializovaná na léčbu anorexie. Jako medicínský či společenský problém začaly být PPP pojímány až v 60. letech minulého století (Krch, Švédová, 2013).

V českém prostředí se zkoumání AN věnovali např. Jonáš či Janota, který přednášel a publikoval o mentální anorexii ve 40. letech minulého století a mimo jiné také referoval o úspěšné léčbě mentální anorexie pomocí elektrických šoků (Faltus, 2010).

### 1.3 Základní vymezení poruch příjmu potravy

V kapitole je věnována pozornost především mentální anorexii a mentální bulimii jako nejčastěji se vyskytujícím zástupcům poruch příjmu potravy.

Okruh poruch příjmu potravy není vyčerpán pouze těmito dvěma nejčastěji se vyskytujícími poruchami. Krch a Švédová (2013) uvádějí, že bývají užívány i termíny psychogenní přejídání, záchvatovité přejídání, kontinuální jedení, noční přejídání, ortorexie (ve smyslu patologické závislosti na zdravé výživě), bigorexie či Adonisův komplex jako nadměrné zabývání se vlastním vzhledem. Nicméně v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) MKN-10 lze podle autorů nalézt kromě mentální anorexie a mentální bulimie pouze přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy a poruchu příjmu potravy nespecifikovanou. Agras (2010) však zmiňuje též americkou klasifikaci, tj. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM), v němž v rámci DSM-V bylo záchvatovité přejídání pojímáno ještě jako neoficiální diagnóza, což bylo změněno v nové verzi DSM-V.

Aktuálně je užíváno DSM-V a i když je stále vycházeno z MKN-10, již je připravena její revize MKN-11. V obou nových verzích těchto klasifikačních systémů jsou poruchy příjmu potravy pojímány zcela odlišně oproti svým předchozím verzím, zároveň však MKN-11 vychází ve své revize z dříve zavedeného DSM-V, tudíž jsou oba tyto klasifikační systémy značně podobné.

Jak vysvětluje Raskin (2019), v MKN-10 se nachází mentální anorexie a mentální bulimie, a to pod širší kategorií Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Pica a ruminační porucha je v MKN-10 obsažena též, ovšem na jiném místě (Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání). V MKN-10 chybí jak záchvatovité přejídání, tak i restriktivní porucha příjmu potravy (AFRID), které se objevily v DSM-V. Nově tedy již v MKN-11 jsou též, po vzoru DSM-V, a podobně byly sloučeny druhy PPP v MKN-11 do jedné kategorie, opět po vzoru DSM-V.

Americký diagnostický manuál DSM-V není klíčovým v českém prostředí a dosud ani není v českém prostředí vycházeno z MKN-10. Dále v textu je tedy zachováno pojetí MKN-10 a vzhledem k rozsahu práce je pojednáno detailněji pouze o mentální anorexii a mentální bulimii, jak již bylo zmíněno v úvodu kapitoly.

### **1.3.1 Mentální anorexie**

Jak vysvětluje Faltus (2010), význam slova anorexie je jiný, než je podstata jevu, pro který se toto označení užívá. Platón tímto výrazem nazýval osvobození od žádostivosti, Hippokrates nedostatek požitku z jídla a v současné době je jím míněna ztráta chuti k jídlu. Ovšem AN není o nechutenství, ale o vědomém odmítání jídla, a to ze strachu z tloušťky, se souběžně se vyskytující touhou po vyhublosti, která je ovšem chorobná.

Kocourková et al. (1997) uvádí, že se mentální anorexie vyskytuje přibližně u 0,5-1 % adolescentních dívek. Dle Pavlové (2010a) se údaje o epidemiologii AN či obecně PPP liší, je udávána i přes 2 % z celé populace žen. Průměrně je však na základě dat z primární péče udáváno 5 osob ze 100 000, studie vycházející z nemocničních registrů přinášejí nižší čísla, což je tedy dáno tím, že ne všichni nemocní se léčí. Pražský (2014) uvádí, že nejčastěji se AN objevuje u dětí ve věku 12-13 let a právě její výskyt v tomto období je velmi závažný, s ohledem na dopad AN na další psychosociální vývoje jedince.

Krch (2010) doplňuje, že až 15 % nemocných tvoří muži. Co se týče českých údajů, v roce 2017 bylo v psychiatrických ambulancích léčeno pro PPP celkem 3 731 osob, z nichž 90 % tvořily ženy. Největší měrou byly zastoupeny ženy starší 20 let (56 %), nejméně osoby do 14 let (12 %). V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo pro PPP hospitalizováno 454 osob, v roce 2011 se jednalo o 399 osob, tedy sledován je mírný nárůst. Z tohoto počtu bylo 63 % hospitalizovaných pro diagnózu AN.

#### **Kritéria pro stanovení diagnózy mentální anorexie**

Mentální anorexie je pojímána jako PPP, pro kterou je charakteristická nízká tělesná hmotnost, a to minimálně o 15 % menší, než je norma v daném věku a u dané výšky. Zároveň musí být přítomna snaha hubnout či nepřibírat na váze. V MKN-10 jsou uvedeny tři základní projevy, které musí být splněny pro stanovení diagnózy a kterými jsou vyhublost a aktivní udržování nízké tělesné hmotnosti, která je mimo normu, dále strach z tloušťky, byť jedinec trpí i podváhou, a v případě žen též amenorea (Krch, Švédová, 2013, s. 8), navíc se jedná o stanovení kritérií AN před začátkem puberty, kdy je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, rozvíjí se primární amenorea, u chlapců zůstávají dětské genitály. Po úzdavě je však vývoj dokončen, menarché ale může být opožděna (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Jak doplňuje Pražský (2014), v DSM-V se již amenorea jako diagnostické kritérium neobjevuje, což je dáno maskováním tohoto symptomu užíváním hormonální antikoncepce, kdy je tedy vaginální krvácení často vyvoláno hormonální antikoncepcí. Pokud chybí jeden či více symptomů, v obou klasifikacích je volena atypická forma PPP. Dle Hosáka, Hrdličky, Libigera a kol. (2015) se u mužů objevuje ztráta sexuálního zájmu.

Marádová (2007) zdůrazňuje, že klíčové jsou tři hlavní symptomy, a to aktivní udržování velmi nízké tělesné hmotnosti, která je již mimo normu, strach z tloušťky, a to i přesto, že jí dívka netrpí, naopak u ní může být přítomna i podvýživa, a posledním příznakem je amenorea u žen.

### **Bulimický a nebulimický mentální typ mentální anorexie**

Jak již bylo nastíněno, rozlišovány jsou, a to i v rámci mentální bulimie, dvě formy: restriktivní a purgativní typ, někdy též označovaný jako bulimický. V prvním případě dochází ke snižování hmotnosti výhradně pomocí diet, nadměrného cvičení a hladovění, ve druhém případě dochází k záchvatovitému přejídání, ale dívka může jíst i velmi střídavě, vždy však následuje snaha zbavit se zkonsumované potravy, a to zvracením či cvičením, užívána jsou i projímadla nebo diuretika (Vilímovský, 2019).

Dle Krcha a kol. (2004) primární rozdíl spočívá tedy v tom, zda je či není přítomno záchvatovité přejídání – jeho absence je u nebulimického (restriktivního) typu, u bulimického (purgativního) typu přítomno bývá.

### **Projevy mentální anorexie**

Krch (2010) přibližuje, jak mohou mentální anorexii poznat např. nejbližší osoby: dochází k změně jídelníčku, kdy jsou z něj nejprve vynechávána jídla hodnocená jedinci jako příliš kalorická či nezdravá (sladkosti, tučná jídla). Postupně se ovšem přidávají další: bílé pečivo, knedlíky, maso, přílohy. Na konci jedince konzumuje pouze potraviny light či ty, které si sám připravuje. Snižuje se počet denních jídel (vynechání obědu apod.), jedinec je v tomto stále důslednější, obhajoby jsou promyšlenější. Dochází ke srovnávání s ostatními (kolik toho sní), hlad či chuť k jídlu jsou zaháněny žvýkačkami, kouřením, postižení jídlo pouze „uždibuje“. Jedí pomalu, předtím si jídlo dlouze prohlížejí, vybírají, co nesnědí, dělí jídlo na miniaturní kousky, dívka tak jí např. jogurt 20 minut. Mění se chuť, po jídle může být



špatně, dívky hodně pijí, nebo naopak velmi málo, až hrozí dehydratace. Postižení jsou neradi, když jedí s ostatními, jídlo si sami připravují a při jeho konzumaci vypadají až vystrašeně. Zároveň narůstá aktivita, činorodost, hodně a nezdravě cvičí, nedokáží jen tak být v klidu, narušena začíná být pozornost, s podvýživou přichází únava, apatie, vyčerpanost. Je zřetelný silný akcent na hmotnost a podobu postavy (stále se váží, nebo se naopak váze vyhýbají, halí se do volného oblečení, nebo naopak velmi kopírujícího postavu, o jídle hovoří nadměrně nebo vůbec).

### **1.3.2 Mentální bulimie**

Mentální bulimie se objevuje později než mentální anorexie, často však na ni navazuje (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015). Je odhadováno, že se vyskytuje u 1-3 % žen, častěji se u žen také vyskytuje (Kocourková et al., 1997).

V roce 2017 tvořili pacienti s diagnózou mentální bulimie 13 % všech hospitalizovaných v České republice (Nechanská, 2018).

#### **Kritéria pro stanovení mentální bulimie**

Při mentální bulimii je přítomno neustálé se zabývání jídlem, neodolatelná touha po jídle, která se projevuje epizodami přejídání, kdy jedinec dokáže zkonzumovat enormní množství potravy, a to za velmi krátký čas. Následuje snaha potlačit dopady tohoto jednání, a to vyprovokovaným zvracením, užíváním laxativ (ale i anorektik, diuretik či tyreoidních preparátů), střídána mohou být období hladovění, pacienti s diabetes mellitus mohou úmyslně zanedbávat inzulínovou léčbu. Psychopatologie se týká chorobného strachu z jídla. Nemocný si stanoví hmotnost, které chce dosáhnout, většinou nižší než před vznikem onemocnění, přičemž v té době byla většinou hmotnost jedince v normě (Kocourková et al., 1997).

V DSM-V je stanovena frekvence přejídání a to zvracení, kdy oproti dřívější frekvenci 3x týdně nastalo snížení na 1x týdně, a to z důvodu včasné diagnostiky a léčby (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

#### **Projevy mentální bulimie**

Pro mentální bulimii je charakteristické záchvatovité přejídání, a to opakovaně, ve spojení s přehnanou kontrolou hmotnosti. Nicméně pocit přejedení může být velmi subjektivní

a nemusí se vždy v praxi jednat o vlčí hlad: dívka často sní jen o něco málo více jídla, než je běžně zvyklá či plánovala. Přejídání se týká tedy hlavně subjektivního pocitu ztráty nad konzumací jídla, nikoliv množství zkonsumované potravy. Na rozdíl od AN se u BN neobjevuje závažnější úbytek hmotnosti, ani se nemusí objevit amenorea. Projevy mohou být blízké obsedantně-kompulzivní poruše, jednat se může i o neurologickou poruchu, primární poruchu horního gastrointestinálního traktu, který tak vede ke zvracení, tento přístup k jídlu může být spojen i s depresí, mánií či snížením intelektu, spojitost existuje i se závislostí na alkoholu (Hainer a kol., 2011).

Švédová (2012) doplňuje, že pro BN je charakteristické střídání období, kdy jedinec zvládne poměrně tvrdý dietní režim, který je však narušen záchvaty přejídání. Nemocní pociťují silné výčitky svědomí, jsou znechuceni sami sebou, což vede k začátkům zvracení. Poté, co se dívka vyzvrací, pociťuje úlevu, a to fyzickou i psychickou. Ovšem posléze se pocity viny vrací, dostavuje se deprese, a cyklus se opakuje. Doba přejídání může pro jedince představovat velmi specifickou situaci, kterou si maximálně užívá, ovšem za cenu toho, že v danou chvíli dochází k určitému vystoupení z reality, „vypnutí“.

### **1.3.3 Porovnání mentální anorexie a bulimie**

Hlavní odlišnosti mentální anorexie a mentální bulimie podává tabulka 1.

V tabulce 1 si lze povšimnout např. rozdílu v hmotnosti osob s PPP, kdy mentální bulimie na rozdíl od mentální anorexie bývá spojena i se zvýšením hmotnosti. Mentální bulimie je v populaci zastoupena častěji a má i vyšší pravděpodobnost vyléčení nemocných, pochopitelně při vhodné odborné intervenci.

Tabulka 1 Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

Faktory spojené s poruchami příjmu potravy	Srovnání anorexie a bulimie	
	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku	mírný nebo zvýšení hmotnosti
Amenorea	60-100 %	10-30 %
Navozené zvracení	15-30 %	75-95 %
Sebekontrola	vysoká	oslabená
Jídelní chování	pomalé jídelní tempo, vybíravost, nízký příjem tekutin	rychlejší jídelní tempo, velký příjem tekutin
Počátek obtíží	především 13.-20. rok	především 14.-30. rok
Poměr ženy: muži	(10-15):1	20:01
Výskyt v populaci žen ve věku 15-30 let	0,5-0,8 %	2,5-6 %
Deprese	10-60 %	20-90 %
Konzumace alkoholu	výjimečně	často
Významné zlepšení	20-75 %	60-85 %
Náhled na chorobu	minimální	vyšší u přejídání, nízký u diet
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha zbavit se přejídání nebo snaha zhubnout

Zdroj: podle Krch (2008, s. 23)

Za jeden z hlavních rozdílů lze považovat kontrolu chování, která je u mentální bulimie výrazně oslabena, zatímco u mentální anorexie bývá velmi silná, ve smyslu odmítání potravy, nadměrného, nezdravého cvičení apod. Oslabená kontrola v případě mentální bulimie je následně patrná i v dalších projevech, jakými jsou konzumace alkoholu či přejídání. Jak však bude uváděno dále v textu, lze se setkat s různými specifiky a obraz poruchy se tak může u pacientů i značně lišit.

#### 1.4 Faktory ovlivňující vznik a rozvoj poruch příjmu potravy

Etiologie PPP je vždy multifaktoriální, a nelze tak určit jednu příčinu. V obecné rovině se jedná o faktory osobnostní, ale i vnější, spjaté zejména s rodinou, vrstevnickou skupinou, ale i médií. Dále v textu jsou stručně přiblíženy hlavní faktory, které determinují vznik i průběh PPP, nicméně jak zdůrazňuje Pavlová (2010b), u PPP nelze často odlišit příčinu a důsledek. Jevy, které mohou být příčinami, působí buď přímo, nebo jako mediátor

### **1.4.1 Rodinné faktory**

Rodina je považována za významný faktor, vedoucí k PPP. Zejména pokud byla PPP přítomna v rodině, tedy nejčastěji u matky, zvyšuje se riziko, že se nemoc objeví i u dítěte. Mezi sourozenci činí výskyt PPP 3-10 %. Jako rizikový se jeví i přístup rodiny k jídlu, tělesnému vzhledu, hmotnosti. Nicméně vliv má i to, jak rodina přistupuje k úspěchu, jak internalizuje hodnoty společnosti a dále je předává dítěti – jedná se např. o zaměření na výkon, úspěch, krásu, životní styl, pohybové návyky. Rodiče jsou často shledáváni jako velmi kritičtí, mají vysoká očekávání vůči dětem. Pozornost je věnována výkonu, upozaděna je péče, empatie. V rodinách se také může objevovat psychopatologie rodičů (duševní poruchy, závislostní chování). Mnohdy rodiny při léčbě nespolupracují (Krch, 2010).

Kocourková et al. (1997) zmiňuje i téma separace, k níž dochází nejen v raném dětství, ale též v dospívání. Dítě se vymaňuje z úzké vazby na rodiče, nicméně rodina může tomuto nutnému a zcela přirozenému procesu z různých důvodů bránit (obava o ztrátu koheze rodiny, nepřipravenost na uvolňování dítěte ze závislosti na rodiči, nevhodný přístup k dítěti, který je považován za partnera jednoho z rodičů než za vlastní dítě apod.).

### **1.4.2 Sociálně-kulturní faktory**

Stále častěji je poukazováno na to, že na nárůst PPP ve vyspělých státech má společnost, kultura, což je patrné zejména v zemích jako je Japonsko či Hongkong, kdy se tyto země snaží přiblížit Evropě a Severní Americe, včetně toho, jak je nahlíženo na ideál krásy a zdraví. Narůstá tak v nich PPP. Společnost odmítá nadváhu a štíhlost až vyhublost je spojována nejen se zdravím, ale i s životní spokojeností a úspěchem v životě. Mnohem méně se pak uvádí, jaké negativní důsledky může mít důraz na tuto oblast. Ve společnostech, v nichž je hladovění odmítáno, nadváha není pojmána jako vada charakteru či vada estetická, je výskyt PPP minimální, neboť nemá být čím sycen (Krch, 2010).

Kocourková et al. (1997) se zabývá tím, jak muži nahlízejí na štíhlé ženy či ženy, které nemají téměř žádné sekundární pohlavní znaky, nebo naopak trpí nadváhou, obezitou. V druhém případě může mít muž obavu z infantilní pozice vůči matce, či si více uvědomuje vlastní pasivitu a závislost. Ženy s málo zřetelnými ženskými rysy zase mohou vyvolávat kastrační úzkost. Nicméně jednat se může obecně i o tlak na unisexuální pozici, stírající rozdíly mezi pohlavími.

### 1.4.3 Média

PPP se vyskytuje zejména u žen z moderních vyspělých států, bílé rasy, a neplatí původní předpoklad, že se jedná o záležitost vyšších sociálních vrstev. Móda západních zemí propaguje kult štíhlosti, v médiích jsou prezentovány modelky trpící podváhou, celebrity se dělí se světem o své dietní postupy. Již malé holčičky si hrají s panenkami Barbie, jejichž tělesné proporce neodpovídají běžným tělesným proporcím žen a jsou i nereálné. Tyto postoje a přístupy mohou PPP spouštět, ale i udržovat (Papežová, 2000).

Krch (2010) vysvětluje, že média podávají zkreslený obraz krásy a zdraví. Navíc vyvolávají v jedinci dojem, že lze dosáhnout čehokoliv, co si stanoví, což platí především pro reklamy.

Nelson (2017) považuje za velmi nebezpečné zejména sociální sítě a prezentaci celebrit na nich. Celebrity, jako modelky či herečky, mají mnoho sledujících, nicméně to, co na sociálních sítích prezentují, většinou vůbec neodpovídá realitě. Užívány jsou různé úpravy fotografií, filtry, které změň vzhled dle přání. Celebrity bývají také obklopeny týmem specialistů, pečujících o jejich vzhled, výběr vhodného oblečení, čímž lze snáze dosáhnout perfektního vzhledu. Pas je zeštíhlen a nohy protaženy během pár sekund a mnohdy tak není možné po těchto úpravách ani celebritu poznat.

Nutno ovšem doplnit, že v posledních letech se rozvíjí boj proti tomuto kultu krásy a nerealistickému zobrazování známých osob. Populární se stávají tzv. plus size modelky, které mají i nadváhu. Někteří módní návrháři si na vybírají na své módní přehlídky právě tyto modelky. Osvícené celebrity ukazují mladým ženám, jak snadno lze pomocí filtrů na Instagramu dosáhnout plochého břicha apod. Stále se však jedná spíše o okrajovou záležitost.

Novodobým tématem jsou tzv. Pro-ANA a Pro-MIA blogy, tedy blogy či webové stránky zaměřené na problematiku AN či BN, které se poprvé objevily v roce 2001 a vyvolaly poměrně velké pozdvižení mezi odbornou i laickou veřejností. Na základě těchto reakcí byly mnohé z nich zrušeny, v roce 2010 existovala většina z nich na sociálních sítích, kam se přesunuly. Jejich počet je však stále značně velký. Některé z nich přímo podněcují k rozvoji PPP, legitimizují pocity a projevy spojené s PPP. Anorexie na nich bývá zobrazována jako projev neobyčejně silné vůle. Profesionálové z této oblasti před nimi varují jako před spouštěči či katalyzátory existující PPP. Nicméně nahlížet na ně lze i opačným způsobem:

stávají se platformou, na níž nemocní PPP mohou vyjádřit své pocity, získat podporu komunity, čímž mohou zažívat přijetí. Ukazuje se také, že pronásledování těchto stránek či blogů vede spíše k tomu, že jsou následně vyhledávány jedinci, kteří v nich vidí zdroj pro posilování nemoci, nikoliv způsob, jak s ní bojovat. Kromě toho tyto blogy přinášejí mnoho užitečných informací o PPP a jsou tak zdrojem osvěty. Z hlediska dynamiky PPP tak lze nahlížet na jejich existenci jako na přínosnou a šanci ke změně: PPP začíná skrytě a projevy dílčích poruch jsou též skrývány. Pro osoby zvenčí může být znepokojující vnímat slova nemocných, expresi jejich prožívání, ovšem mnohem více nebezpečné je, pakliže jsou nemocní nuceni i veřejností skrývat se, skrývat své emoce, včetně těch nejvíce bolestných, neboť výsledkem bude posílení tohoto chování, utvrzení se v něm. Nicméně dosud nebylo prokázáno, jaký z těchto dvou protichůdných vlivů dominuje (Nelson, 2017).

#### **1.4.4 Biologické faktory**

Značně determinující je pohlaví, tedy pohlaví ženské. Mužům méně vadí tloušťka, nedrží tedy tolik často diety, navíc dospívání, ve smyslu biologického zrání, je jiné u chlapců a dívek. U chlapců narůstá svalová hmota, zatímco u dívek se ukládá tuk, a to v částech těla, jakými jsou boky, hýždě apod. Tělo se připravuje na dospělost a mateřství. Dívky tyto proměny znejšťují, vedou ke snížení sebevědomí a mohou být i příčinami nepříznivých pocitů při účasti ve vrstevnickém kolektivu. V minulosti byly hojně propagovány teorie, že je mentální anorexie přáním dívky nedospět, nebýt ženou, zejména ne ženou, jakou je matka, tedy že se jedná o určitý boj s matkou, ovšem tyto teorie prokázány nebyly (Krch, 2010).

Těž Kocourková et al. (1997) zdůrazňuje v rámci etiologie dospívání, nicméně zabývá se i psychosociální rovinou. Dospívání, započaté zráním biologickým, pokračuje i dospíváním psychosociálním a dospívání má splnit určité vývojové úkoly. Jedná se např. o formování identity, včetně přijetí vlastního těla, což může být pro osoby s AN problematické. Existuje i hypotéza, že se jedná o odchylku ve funkci hypothalamu, ovšem opět se může jednat i o následek hladovění, vedoucí ke specifickým v mozkové činnosti.

#### **1.4.5 Osobnostní faktory**

Dle Kocourkové et al. (1997) lze v rámci osobnosti jedinců trpících AN a BN rozlišit určité rozdíly, přičemž osobnost je faktorem, který se na PPP významně podílí. Dívky s mentální

anorexií bývají poslušné, značně přizpůsobivé, úspěšné ve škole či v zájmových kroužcích, již jako malé také bývají hodně zodpovědné. Dívčám s AN i BN je společný perfekcionismus, avšak dívky s BN bývají mnohem více závislé na hodnocení druhých. Je pro ně důležitá sebekontrola, nicméně tím, že jí nejsou schopny dostát, zažívají často velmi silné pocity viny a studu.

Pavlasová (2010) řadí k osobnostním faktorům zejména impulzivitu, perfekcionismus, obsedantně-kompulzivní osobnost. Impulzivita je spojena i s užíváním návykových látek, přičemž podle autorky u žen častěji vyvolává impulzivita PPP, u mužů užívání návykových látek. Perfekcionismus je patrný u dívek již v dětství: dívky si plní samostatně úkoly, mívají uklizený pokoj, dbají na svůj vzhled a úpravu zevnějšku. Pokud je navíc přítomno nízké sebezpojetí a nespokojenost s vlastním tělem, narůstá riziko PPP, nicméně perfekcionismus je zapotřebí chápat spíše jako korelát než příčinu PPP.

Papežová (2010) doplňuje i zranitelnost spojenou s nízkým sebevědomím, puritánství a asketismus, považovaný za důkaz vysoké morální hodnoty jedince, ale i sebetrestání, které se pojí s perfekcionismem a stává se následkem nedodržení vysokých životních cílů a standardů.

Zejména v oblasti emocionality má velkou roli strach. Ten může vyvolat pohled do zrcadla, hodnocení druhých apod. Jeho intenzita narůstá, což vede k aktivitám charakteristickým pro PPP. Tyto aktivity na chvíli prožívají strach snižují, aby se znovu objevil, ovšem s větší silou. To souvisí s opakováním chování typického pro PPP, které má charakter rituálů, kompulzí. Ty přináší klid, uspokojení, narůstání pocitu, že má jedinec vše pod kontrolou. Jejich přerušení však dává prostor pro znovu se objevení strachu (Krch, 2010).

#### **1.4.6 Životní události**

Krch (2010) uvádí, že až dvě třetiny dívek s AN spojuje vznik AN s určitou životní událostí, jako je např. významná životní změna, negativní události v rodině, nepříjemné komentáře vzhledu dívky ze strany jejich vrstevníků či významných osob. Ovšem jak autor dodává, podobně jako u jiných faktorů, nepodařilo se dosud určit, zda se jedná o příčinu, nebo následek PPP.

Kocourková et al. (1997) zmiňuje jako jednu z možných příčin trauma sexuálního zneužití. Nicméně tato oblast je obtížná ke zkoumání, nastávat mohou i případy, kdy ve skutečnosti k sexuálnímu zneužití nedošlo, ovšem dívka měla tyto fantazie, které mohly mít stejnou sílu, jako samotný prožitek. Nelze však popřít, že takový zážitek vliv na vztah k vlastnímu tělu či zvládnutí vývojového úkolu přijetí genderové identity či obecně identifikaci s ženskou rolí, k níž sexualita přináleží.

## **1.5 Zdravotní důsledky poruch příjmu potravy**

K hlavním zdravotním důsledkem řadí Marádová (2007) úbytek hmotnosti, citlivost na chlad, zácpy. Zhoršuje se pleť, vypadávají vlasy, kazí se zuby, celkově je snížena obranyschopnost organismu. Tím, že jedinci chybí živiny, poškozena bývají játra a PPP mají značně negativní dopad na kardiovaskulární systém. Konzumace jídla se stává problémem, projevujícím se pocity nevolnosti. Velkým problémem je pak podvýživa, od níž se odvíjí i výše uvedené problémy, rizikem je dehydratace. Jak autorka zdůrazňuje, zejména před 14. rokem jsou tyto následky dramatičtější. Může být zastaven tělesný růst, zpomaleno je pohlavní zrání. I v tomto věku se objevují deprese.

Suchá a málo hydratovaná kůže vede k častějším modřinám. Zvyšuje se hladina cholesterolu v krvi. Patrná je celková únavnost a svalová slabost. Objevují se poruchy spánku, přecitlivělost na různé zvuky, světlo. Dlouhodobé hladovění vede ke smrti (Krch, 2010).

### **1.5.1 Zdravotní důsledky mentální anorexie**

Ze zdravotních následků se objevuje porucha menstruačního cyklu u žen, zácpa, zimomřivost. Kazí se pleť, vypadávají vlasy, po těle se objevují jemné chloupky. Dochází k postupnému se stahování ze sociálního světa, zejména nejbližších vazeb. V psychice dominuje podrážděnost, přecitlivělost. Na tlak k jídlu reagují silnými emočními reakcemi (Krch, 2010).

Dle Vilímovského (2019) se často objevují i obsedantně kompulzivní poruchy (obsese projevující se chorobným sbíráním receptů, schováváním potravin na různých místech). Porucha má dramatický dopad na fyzické zdraví: organismus je vyčerpaný, poškozený. Objevuje se řídnutí kostí, neplodnost při nepřítomnosti menstruačního cyklu, v nejzávažnějších případech selhává srdce, mozek či další orgány, porucha může končit



i smrtí. Mortalita podle Kocourkové et al. (1997) činí 6-20 %, sebevraždu spáchá přibližně 1 % nemocných. Dle Krcha (2010) vede AN prvenství v rámci sebevražednosti u duševních poruch.

### **1.5.2 Zdravotní důsledky mentální bulimie**

Přejídání a zvracení, v opakujícím se sledu, vede k závažným zdravotním důsledkům, jakými jsou ztráta elektrolytické a chemické rovnováhy v těle, poškození srdce (jednat se může o arytmií, hrozit může i zástava srdce), ale i jiných životních orgánů. Časté jsou zácpy, žaludeční vředy, dehydratace, záněty a praskliny trávicího traktu, poškození skloviny či narušení metabolismu (Švédová, 2012).

Byť se zvracení objevuje i u AN, s BN se úzce pojí a s tím souvisí i vliv zvracení na zdraví. Marádová (2007) zmiňuje zranění krku a jícnu, s čímž mohou souviset infekce i prasknutí jícnu. Vznikají otoky slinných žláz pod čelistí, obličej se tak jeví jako více kulatý. Narušena je homeostáza solí a tekutin, což má nepříznivý dopad na srdce a ledviny. Nízká hladina draslíku vede k nepravidelnostem srdečního rytmu. Objevit se tak může i ztráta vědomí. Kvalita zubů je nízká, což souvisí jak se zvracením, tak i intenzivním čištěním zubů, kdy je narušena sklovina. Smrt bývá spojena mimo jiné i s užitím nevhodných léků vyvolávajících zvracení. Na projímadlech vzniká závislost a jejich užívání narušuje trávicí trakt či vylučovací systém. V psychické rovině se jedná kromě změn nálad a depresí či sociálních fobií obecně o narušení sebepojetí, které ani před propuknutím nemoci nebylo zdravé. Posiluje se egocentrismus, snižují se adaptační funkce jedince, zhoršují se kognitivní procesy, kdy tyto projevy mají vliv na sociální fungování jedince.

### **1.6 Léčba poruch příjmu potravy**

Léčba poruch příjmu potravy je velmi náročná, a ne vždy úspěšná. Měla by být co nejvíce komplexní a většinou, a to zejména u mladých dívek, je nutné získat ke spolupráci i rodinu, která se může účastnit např. rodinné terapie. Pavlová (2010) uvádí, že v rámci léčby je pracováno s faktory determinujícími PPP. Z tohoto hlediska se pak rozlišují faktory zesilující, které zvyšují negativní vliv rizikového faktoru a na tyto faktory je zapotřebí soustředit se především v prevenci. Faktory, které se nepodílejí na vzniku onemocnění, ale PPP udržují, jsou faktory udržovacími a na ty je vhodné působit zejména v rámci léčby.

Jak zdůrazňuje Krch (2010, s. 71): „Z anorexie vás nikdo nevyлéčí, ani se z ní nemůžete vyležet. Rozhodující je vaše přičinění. Překonat návyk a postavit se svému strachu znamená každodenní práci, ve které nemůžete na dlouho polevit.“

### **1.6.1 Hospitalizace**

Hospitalizace nastává většinou po neúspěšné ambulantní léčbě, nebo pokud je pacientka ohrožena na životě. Hospitalizace probíhá na psychiatrickém oddělení a trvá 1-2 měsíce. Pokud je ovšem pacient ohrožen na životě, hospitalizace probíhá na metabolické jednotce nebo jednotce intenzivní péče. Při sebevražedném pokusu je prostorem hospitalizace uzavřené oddělení, poté následuje zařazení do některé ze skupin pacientů s PPP. Postižený se učí vhodnému přístupu k jídlu, dodržování jídelního režimu, součástí je i psychoterapie. Bývá uzavírána s pacientkou písemná smlouva, že jedince dosáhne váhového přírůstku, bude dodržovat režim léčby. Pacient u sebe nesmí mít žádné své jídlo, jídlo dostává ze zařízení, a to šestkrát denně. Součástí léčby je i psychoedukace. Sestra je přítomna konzumaci podávané stravy nemocným, nicméně neužívá násilí. Pokud je pacient v ohrožení života, může být vyživován sondou. Pacientovi je zadán úkol, aby za daný časový úsek přibral na váze, přičemž jej přesně stanoven požadovaný váhový přírůstek. Personál musí být velmi trpělivý a spíše podpůrný a empatický než trestající. Hospitalizace je léčbou komplexní, kromě psychoedukace a psychoterapie probíhá např. též léčebná tělesná výchova, relaxační cvičení apod. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

### **1.6.2 Denní stacionáře**

Denní stacionář představuje mezistupeň mezi hospitalizací a ambulantní léčbou. Pacientům se dostává psychoterapie, sociální rehabilitace. Pacienti v závislosti na svém stavu, a tedy i závažnosti poruchy dochází na léčbu např. každý den, po 6 hodin, nebo několikrát do týdne po kratší čas (3 hodiny apod.). Často má funkci doléčovací, kdy navazuje na psychoterapii. Výhodou je nevytržení jedince z jeho přirozeného prostředí, ovšem není vhodný pro všechny jedince s PPP, tedy zejména pro závažné případy, kdy není stacionář připraven na jedince v ohrožení života či s nezpracovanými traumaty apod., navíc příliš velká volnost není vhodná pro pacienty, kteří dosud ještě s PPP obtížně bojují (Chudobová et al., 2005).

### **1.6.3 Ambulantní lékařská péče**

Ambulantní péče není možná, pokud je hmotnost jedince pod 30 % normální hmotnosti, resp. v tomto případě ji lze zvážit, ovšem pokud je pacientka vhodně motivována k léčbě, rodina kooperuje a symptomy trvaly po kratší čas. Ambulantní léčba probíhá formou péče psychologa nebo psychiatra. U jedinců s BN je častější než u osob s AN. Existuje i specializovaná ambulance pro PPP, kdy se jedná o spolupráci odborníků v rámci jednoho týmu. Péče je zajišťována v rovině somatické i psychologické (Papežová, Novotná, 2010).

### **1.6.4 Svépomocné skupiny**

Jedná se o prostor pro nemocné s PPP, vedený či koordinovaný odborníkem na tuto oblast. Jedinci s PPP si takto vyměňují zkušenosti, podporují se, motivují se k léčbě. Nabízí je např. organizace Anabell, která se specializuje na PPP, dále existují při jednotkách specializované péče PPP. Mohou doplňovat individuální psychoterapii či zde mohou účastníci získat odvalu k návštěvě odborníka a začátku boje s nemocí. Léčba pouze tímto způsobem možná není (Černá, 2008).

## **1.7 Shrnutí teoretických východisek**

Poruchy příjmu potravy nejsou jevem novým, ovšem ve větší míře se začaly v moderních vyspělých státech objevovat až v 19. století. Hlavní formy poruch příjmu potravy jsou uvedeny v diagnostických manuálech MKN-10 a DSM-V. V práci bylo pojednáno především o mentální anorexii a mentální bulimii.

Poruchy příjmu potravy nacházíme zejména v populaci dospívajících a mladých dospělých, nicméně dnes není výjimečné setkat se s přítomností poruchy příjmu potravy i u dětí mladších než dospívajících, stejně jako už také neplatí, že se poruchy příjmu potravy vyskytují takřka výlučně u dívek a žen.

V rámci teoretických východisek byla blíže uvedena kritéria pro stanovení těchto poruch, popsány byly projevy mentální anorexie a mentální bulimie, pozornost byla věnována zejména faktorům, které přispívají k jejich rozvoji.

Počátky se pojí pochopitelně s rodinou. Aby si dítě osvojilo zdravý přístup ke stravování, potřebuje k tomu vhodné vzory k nápodobě. Důležitý je i zájem rodičů o to, jak dítě prospívá, včetně toho, jak se stravuje.

S proměnou lidského těla v dospívání se výrazněji utváří vztah adolescenta k vlastnímu tělu, a právě v této době také sledujeme nárůst počtu poruch příjmu potravy. Velký vliv, a to zejména vliv negativní, mají média. I když i v tomto ohledu se situace mění a lze se setkat s tzv. plus size modelkami, tedy ženami, které mají tělesnou hmotnost více se blížíci běžným ženám v populaci, stále jsou propagovány modelky štíhlé, spíše podvyživené, které z pohledu módních návrhářů mohou lépe prezentovat a prodat jejich tvorbu. Mladé dívky s ohledem na dosaženou úroveň psychosociálního vývoje nejsou většinou schopny porozumět nereálnosti tohoto stavu, při neznalosti problematiky si také neuvědomují rizika, která z poruch příjmu potravy vyplývají pro fyzické i psychické zdraví.

Je proto velmi důležité, aby dospívající byli obeznámeni s tímto tématem a utvářeli si zdravý postoj ke svému tělu. Této oblasti byla věnována pozornost ve výzkumu popsáném dále v textu.

## **2 Praktická část**

Kapitola popisuje realizované výzkumné šetření, které bylo provedeno na vybraných středních školách, včetně středních odborných učilišť. Uvedeny jsou cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky, zvolená metodika výzkumného šetření, organizace výzkumného šetření, blíže je popsán způsob sběru a analýzy dat. Výsledky jsou prezentovány v kapitole třetí.

### **2.1 Výzkumný problém a metodologie výzkumného šetření**

Výzkumný problém, který zněl: Jaké jsou znalosti a zkušenosti žáků středních škol s problematikou poruch příjmu potravy?

Formulace výzkumného problému určila tedy zaměření výzkumného šetření, včetně rozhodnutí o sestavení výzkumného souboru. Žáky středních škol lze považovat za jednu z nejrizikovějších skupin populace ve vztahu k poruchám příjmu potravy, a to jak z hlediska věku, tak i hodnot těchto osob, byť jak uvádí Papežová v rozhovoru s Holou (2017), v současné době je sice věková skupina 13-18 let stále částí populace ohroženou PPP, nicméně objevuje se oproti minulosti daleko více případů osob s poruchou příjmu potravy i mezi lidmi věkově mladšími či staršími. Pro dospívající je důležitý vzhled, poruchy příjmu potravy ovšem mohou spouštět i potíže v rodině, školní neúspěch, záleží na tom, jaké hodnoty jedinec vyznává a jak je osobnostně zralý a stabilní.

Od výzkumného problému byly odvozeny cíle výzkumu, výzkumné otázky a metodologie výzkumného šetření. Blíže je koncept výzkumného šetření popsán dále v textu.

### **2.2 Cíle a hlavní výzkumné otázky**

Cílem výzkumného šetření bylo analyzovat znalosti a zkušenosti žáků středních škol, týkající se poruch příjmu potravy. Dílčím cílem bylo zjistit, jaký vztah mají žáci středních škol k vlastnímu tělu a stravování. Dalšími dílčími cíli bylo zjistit, jaký je postoj žáků středních škol ke stravování a též jaký je postoj žáků středních škol k problematice poruch příjmu potravy.

Výzkumné otázky (VO) byly následující:

VO1: Jaký je postoj žáků středních škol k vlastnímu tělu?

VO2: Jaký je postoj žáků ke stravování?

VO3: Odkud čerpají žáci středních škol informace o poruchách příjmu potravy?

VO4: Jak žáci středních škol hodnotí prevenci v oblasti poruch příjmu potravy?

VO5: Jaké jsou znalosti žáků středních škol o poruchách příjmu potravy?

VO6: Jaké jsou zkušenosti a postoje žáků středních škol k poruchám příjmu potravy?

### **2.3 Popis metodologie**

Výzkumné šetření bylo koncipováno jako kvantitativní, zvolen byl příležitostný výběr respondentů.

Jak vysvětluje Reichel (2009), kvantitativní výzkumné šetření umožňuje získat data od většího počtu respondentů. Toto výzkumné šetření pracuje s numerickými daty, zkoumány jsou vybrané aspekty sledovaného jevu. Ke sběru i analýze dat jsou užívány statistické metody. Zjištěné výsledky následně bývá možné generalizovat na populaci, která je zastoupena výběrovým souborem.

Před vlastní realizací výzkumu byl proveden předvýzkum. Disman (2011) tento postup doporučuje, neboť prostřednictvím předvýzkumu lze odhalit případné nedostatky v konstrukci dotazníku, podobě jednotlivých položek, jejich srozumitelnosti.

Předvýzkum byl proveden na vzorku 3 osob z blízkého sociálního okolí autorky práce. Jednalo se, obdobně jako tomu bylo v případě výzkumného souboru, o adolescentynavštěvující střední školu. Na základě jejich zpětné vazby byly k vybraným otázkám (otázky č. 3, 16) doplněny další možnosti odpovědí, otázka č. 11 byla převedena na otázku otevřenou. Osoby, které se předvýzkumu zúčastnily, nebyly dále zahrnuty do výzkumného souboru.

Výzkumným nástrojem byl dotazník, který byl sestaven v návaznosti na stanovené cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky. Podoba dotazníku je uvedena v oddílu příloh (Příloha 1).

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek, z nichž většinu tvořily otázky uzavřené. Pouze jedna otázka byla otevřená a čtyři otázky byly polouzavřené, u nichž respondenti mohli volit vlastní odpověď.

## **2.4 Výzkumný soubor**

Jak již bylo uváděno, k sestavení výzkumného souboru byl zvolen příležitostný výběr. Autorka práce sestavila seznam středních škol a učilišť v Praze. Sběr dat však neprobíhal oficiální cestou, přes oslovení ředitelů škol. Autorka oslovovala přímo žáky před budovou školy, nejprve s dotazem, týkajícím se zájmu o účast ve výzkumném šetření.

Při zjištění zájmu a získání ústního souhlasu s účastí ve výzkumném šetření byl žákům předán dotazník, který žáci vyplnili, případně autorka práce předčítala otázky a vyplňovala dotazník dle odpovědí žáků. Druhým kritériem tvorby výzkumného souboru byl studovaný obor. Ten autorka práce zaznamenávala, při větším počtu respondentů následně žáky oslovila též s dotazem, jaký obor studují: záměrem bylo získat vždy stejný počet respondentů (stanoveno na hodnotu 15) z jednoho oboru či školy. Jak bude popsáno v kapitole 6.1, tímto způsobem byl sestaven výzkumný soubor celkem 120 žáků středních škol.

## **2.5 Průběh výzkumného šetření**

Sběr dat probíhal v období od 15. září do 17. října roku 2018.

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s cílem výzkumného šetření, využitím získaných dat, způsobem vyplňování dotazníku. První tři otázky sloužily k popisu výzkumného souboru.

Žáci byli v úvodu seznámeni také s tím, že je jejich účast ve výzkumu dobrovolná, mohou kdykoliv od vyplňování dotazníku odstoupit. Převzetí dotazníku bylo ze strany žáků stvrzeno ústním souhlasem s účastí ve výzkumném šetření.

Po celou dobu administrace dotazníků byla přítomna autorka práce, která tak byla žákům k dispozici v případě potřeby doptat se na některé otázky.

Žáci byli ujištěni o zachování jejich anonymity, což je důležité z hlediska etiky výzkumného šetření. Z tohoto důvodu také není uváděn přesný název škol, z nichž pocházeli žáci, kteří se výzkumného šetření zúčastnili.

## **2.6 Způsob vyhodnocení dat**

Data získaná z vyplněných dotazníků byla přepsána do programu Microsoft Office, Excel, verze 2016. Následně byla analyzována, a to pomocí popisné statistiky. Zjišťována byla absolutní a relativní četnost odpovědí u každé položky dotazníku.

U otázky, která byla otevřená, byla k analýze takto získaných dat užita metoda vytváření trsů, kterou lze vnímat jako období otevřeného kódování zakotvené teorie. Miovský (2006) vysvětluje, že analýza dat probíhá rozčleněním části výroků či celých výroků do trsů (skupin), a to na základě zvoleného kritéria, kterým může být tematická shoda, časový, prostorový překryv. Zvolen byl tematický překryv: výroky obdobného významu byly slučovány do trsů, každý trs byl označen názvem a určen byl počet odpovědí v každém z trsů.



### 3 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky jsou prezentovány v pořadí, v jakém byly v dotazníku uspořádány. Využito je grafické zobrazení, doplněné o slovní komentář. Pro větší přehlednost jsou výsledky rozděleny do dílčích částí, které tvořily dotazník a které se vztahovaly k problematice poruch příjmu potravy, ale i přístupu žáků k vlastnímu tělu, stravování.

#### 3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 2 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 let	30	25,0 %
16 let	45	37,5 %
17 let	28	23,3 %
18 let	17	14,2 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

V tabulce 2 si lze povšimnout, že ve výzkumném souboru byli nejvíce zastoupeni žáci ve věku 16 let, kdy se jednalo o 45 (37,5 %) respondentů. Nejméně bylo žáků, kteří uvedli, že je jim 18 let (celkem 17, tj. 14,2 % žáků).

Zjišťováno bylo také pohlaví žáků. Výsledky prezentuje tabulka 3.

Tabulka 3 Pohlaví žáků

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	69	57,5 %
Muž	51	42,5 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Zjištěna byla mírná převaha dívek (69, tj. 57,5 % dívek) nad chlapci (51, tj. 42,5 % chlapců), což též odpovídá složení žáků středních škol, opět se zohledněním studijních preferencí apod. Dívky častěji volí studium na gymnáziích, některé obory v případě středních odborných škol (SOŠ) či učilišť však mohou být spíše doménou chlapců (automechanik apod.). Obory či typ školy, který respondenti navštěvují, prezentuje tabulka 4.

Tabulka 4 Škola či studijní obor respondentů

<b>Obor, škola</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Gymnázium	15	12,5 %
SOŠ – gastronomie	15	12,5 %
Ekonomie	15	12,5 %
SOŠ – zdravotnictví	15	12,5 %
SOŠ – zahradnictví	15	12,5 %
SOŠ – hotelnictví	15	12,5 %
Administrativa pro EU	15	12,5 %
SOŠ – oděvnictví	15	12,5 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Každý typ školy či oboru byl zastoupen 15 žáky. V tabulce 4 si lze povšimnout, že výzkumný soubor tvořili jak žáci středních škol (gymnázium, ekonomie, administrativa pro EU, tj. Evropskou unii), tak i žáci středních odborných škol (obory zdravotnictví, zahradnictví, hotelnictví, oděvnictví).

## 3.2 Výsledky výzkumného šetření

### 3.2.1 Vztah k vlastní postavě

#### Otázka č. 1: Jsi spokojený/á se svým tělem?

Tabulka 5 Spokojenost s vlastním tělem

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	30	25,0 %
Ne	51	42,5 %
Neřeším to	39	32,5 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Spokojenost s vlastním tělem, k níž se měli respondenti vyjádřit, úzce s problematikou poruch příjmu potravy souvisí. Zejména v dospívání, tedy věku respondentů, se vzhled stává pro jedince důležitý, je spojen s přijetím ze strany vrstevníků, sebehodnocením. Nespokojenost s vlastním tělem, kterou vyjádřilo 51 (42,5 %) respondentů, může být příčinou PPP. Zjištění, že jen čtvrtina respondentů je spokojena s vlastním tělem, lze považovat za odpovídající věku respondentů, zároveň však vypovídá o značném riziku

ohrožení poruchou příjmu potravy u velké části respondentů, neboť ani odpověď „neřeším to“ není optimální. Dosavadní neutralita v hodnocení vlastního těla se může změnit i v hodnocení negativní.

### **Otázka č. 2: Zkoušel/a jsi někdy v minulosti hubnout?**

Tabulka 6 Pokusy respondentů o hubnutí

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	75	62,5 %
Ne	45	37,5 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Více než polovina respondentů (konkrétně 75, tj. 62,5 % respondentů) se pokoušela v minulosti o snížení své hmotnosti, což opět může představovat riziko PPP, záleží však i na motivu hubnutí a způsobu hubnutí. Motivace k hubnutí byla zjišťována další otázkou.

### **Otázka č. 3: Pokud ano, co jsi pro to dělal/a?**

Zjištěné výsledky podává tabulka 7. Z celkového počtu 75 respondentů, kteří odpověděli v předchozí otázce, že zkoušeli v minulosti hubnout, nejčastěji respondenti odpovídali, že volili pohybovou aktivitu souběžně s omezením tučných a nezdravých jídel a též s omezením konzumace nadměrného množství jídla. Tuto odpověď podalo 38 (50,7 %) respondentů, tedy přibližně polovina respondentů, kteří se v minulosti snažili zhubnout.

Druhou nejčastěji uváděnou formou odpovědi byla kombinace diety, pohybové aktivity a omezení nezdravých a tučných jídel, což uvedlo 11 (14,7 %) respondentů.

Dále se již jednalo spíše o menší skupiny respondentů nebo jednotlivce, kteří volili svůj vlastní přístup ke snížení hmotnosti. Zcela jistě je vhodným způsobem omezení nezdravých a tučných jídel společně s omezením abnormálního množství jídla, kdy tuto kombinaci uvedlo 5 (6,6 %) respondentů. Obdobně lze kladně hodnotit také pohybovou aktivitu ve spojitosti s omezením konzumace abnormálního množství jídla, kdy tímto způsobem přistoupilo k redukci hmotnosti celkem 6 (8 %) respondentů.

Tabulka 7 Způsob snižování hmotnosti

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Dieta	1	1,3 %
Dieta, pohybová aktivita	1	1,3 %
Dieta, pohybová aktivita, omezení nezdravých a tučných jídel	11	14,7 %
Dieta, omezení abnormálního množství jídla	2	2,7 %
Dieta, pohybová aktivita, omezení nezdravých a tučných jídel, omezení abnormálního množství jídla	2	2,7 %
Pohybová aktivita	1	1,3 %
Pohybová aktivita, omezení nezdravých a tučných jídel	6	8,0 %
Pohybová aktivita, omezení nezdravých a tučných jídel, omezení abnormálního množství jídla	38	50,7 %
Pohybová aktivita, omezení abnormálního množství jídla	6	8,0 %
Omezení nezdravých a tučných jídel, omezení abnormálního množství jídla	5	6,6 %
Omezení abnormálního množství jídla	2	2,7 %
<b>Celkem</b>	<b>75</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Lze také kladně hodnotit, že jen minimálně byly zmiňovány diety. Zejména u dospívajících je při redukci hmotnosti dostačující zdravé stravování společně s dostatečným a vhodným pohybem.

### 3.2.2 Přístup ke stravování

#### Otázka č. 4: Využil/a jsi někdy tyto (nebo jiné) metody k ovlivnění hmotnosti?

Tabulka 8 Zkušenost s metodami ovlivnění hmotnosti

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Projímadla	24	20,0 %
Zvracení	23	19,2 %
Diuretika	1	0,8 %
Kombinace uvedených výše	1	0,8 %
Jiné	2	1,7 %
Nezkoušel/a jsem	77	64,2 %

Zdroj: autorka práce

Celkem 77, tj. 64,2 % žáků nevyzkoušelo žádnou z nabídnutých metod ke snížení hmotnosti. Nejčastěji uváděli žáci projímadla (24 (20 %) žáků) a zvracení (23, tj. 19,2 % respondentů), 2 (1,7 %) respondenti uvedli vlastní možnost, kdy se jednalo v prvním případě o půst a ve druhém případě o užití léků na předpis, určený pro osoby s obezitou.

Užívání projímadel a zvracení již lze považovat za značně rizikové. Nastat může poškození zdraví, ale též rozvoj PPP. Užití léků na předpis, určených pro redukci obezity, je zcela nevhodné: tyto léky může užívat jedinec pouze po rozhodnutí lékaře, pro osoby bez obezity či nadváhy mohou být velmi rizikové.

#### **Otázka č. 5: Zkoušel/a sis někdy schválně vyvolat zvracení?**

Tabulka 9 Zkušenost se záměrným zvracením

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	36	30,0 %
Ne	84	70,0 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Nejčastěji respondenti uváděli, že se nesnažili zvracet, ovšem téměř třetina respondentů (konkrétně 36, tj. 30 % žáků) ano, což lze považovat za poměrně vysoké číslo. Tento údaj je vyšší než u předchozí otázky. Je možné, že záměrné zvracení nesouviselo se snahou o redukci hmotnosti.

#### **Otázka č. 6: Přemýšlíš o jídle:**

Tabulka 10 Četnost úvah o jídle

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Skoro vůbec	34	28,3 %
Často	54	45,0 %
Neustále	7	5,9 %
Nikdy	25	20,8 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Jak je z tabulky 10 patrné, respondenti k úvahám o jídle přistupují různě. Z hlediska PPP je rizikové časté přemítání o jídle, nicméně ani to, že jedinec „nikdy“ nepřemýšlí o jídle, jak uvedlo 25 (20,8 %) respondentů, taktéž nelze považovat za vhodnou odpověď: úvahy

o stravování patří k zásadám racionální výživy. Z hlediska poruch příjmu potravy lze považovat za rizikové zejména odpovědi „často“ (54, tj. 45 % respondentů) a „neustále“ (7, tj. 5,9 % respondentů).

### Otázka č. 7: Cítíš se po jídle provinile?

Tabulka 11 Pocity provinilosti po jídle

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	19	15,8 %
Ne	48	40,0 %
Někdy	53	44,2 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Pocity provinilosti po jídle, které mohou být projevy začínající nebo již existující poruchy příjmu potravy, uvedlo 19 (15,8 %) respondentů. Zejména v populaci dospívajících, pro které je vzhled důležitý, lze rozumět větší pozornosti, věnované stravování, nicméně vhodnější než pocity viny po přejedení či konzumaci nezdravých potravin je správné stravování.

### 3.2.3 Informovanost žáků o poruchách příjmu potravy

#### Otázka č. 8: Hovořilo se u tebe ve škole o PPP?

Tabulka 12 Informace o PPP ve škole

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	119	99,2 %
Ne	1	0,8 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Kromě 1 respondenta všichni oslovení žáci uvedli, že se o PPP hovořilo ve škole, kterou navštěvují.

### Otázka č. 9: Odkud jsi získal/a informace o PPP?

Tabulka 13 Zdroje informací o PPP

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Škola	119	99,2 %
Internet	111	92,5 %
Televize	66	55,0 %
Rádio	2	1,7 %
Sociální síť	89	74,2 %
Časopisy	17	14,2 %
Od kamarádů	1	0,8 %
Jiné	1	0,8 %

Zdroj: autorka práce

V souladu s předchozí otázkou uvedli s výjimkou jednoho respondenta všichni oslovení žáci, že se s informacemi o PPP seznámili ve škole. Dále se jednalo zejména o internet, což uvedlo 111 (92,5 %) respondentů, sociální síť zmínilo 89 (74,2 %) respondentů a televizi 66 (55 %) respondentů).

#### 3.2.4 Hodnocení prevence v oblasti poruch příjmu potravy

### Otázka č. 10: Myslíš si, že je ve tvém okolí dostatek odborníků na prevenci PPP?

Tabulka 14 Názor na dostatek odborníků na PPP

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	107	89,2 %
Ne	13	10,8 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Pouze 13 (10,8 %) respondentů se domnívá, že ve svém okolí nemá dostatek odborníků na prevenci PPP. Lze vnímat jako nedostatek koncepce dotazníku, že tito respondenti nedoplňovali dále svoji odpověď. Prevence je důležitá a je zapotřebí zajistit, aby se všem dospívajícím dostalo včasných a potřebných informací o PPP, ideálně právě v rámci prevence.

### Otázka č. 11: Jaká je podle tebe efektivní forma prevence – uveď:

Tabulka 15 Názory na efektivní formu prevence

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ve škole	115	95,8 %
Na sociální síti	89	74,2 %
V televizi	30	25,0 %
Přednášky	99	82,5 %
Informace od osob s PPP	34	28,3 %
Prevence nepomůže	27	22,5 %
Nevím	31	25,8 %

Zdroj: autorka práce

Tato otázka byla otevřená. Vytvořené trsy prezentuje tabulka 15. Jak je z tabulky patrné, efektivní formu prevence si respondenti spojují zejména se školou (115, tj. 95,8 % respondentů), přednáškami (99, tj. 82,5 % respondentů), kdy nebylo specifikováno, kde by se tyto přednášky měly odehrávat nebo co by mělo být jejich obsahem, třetí nejčastěji uváděnou odpovědí byly sociální sítě (89, tj. 74,2 % respondentů).

Žáci by měli mít zkušenost s tím, co je z hlediska prevence efektivní – zcela jistě se jedná např. o informace podané od osob, které mají zkušenost s PPP. Tuto možnost však uvedlo jen 34 (28,3 %) respondentů. Nelze souhlasit s 27 (22,5 %) respondenty, že prevence nepomůže a počet respondentů, kteří zvolili odpověď „nevím“, je poměrně vysoký (31, tj. 25,8 % respondentů).

### 3.2.5 Znalosti o poruchách příjmu potravy

#### Otázka č. 12: Mezi poruchy příjmu potravy patří:

Tabulka 16 Znalost poruch příjmu potravy

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mentální anorexie	119	99,2 %
Mentální bulimie	119	99,2 %
Záchvatovité přejídání	77	64,2 %

Zdroj: autorka práce

Prevence, o níž bylo pojednáno v předchozí části dotazníku, by měla vést k tomu, aby žáci dobře toto téma znali. Tři předložené možné odpovědi lze považovat za formy PPP, přičemž



v případě záchvatovitého přejídání se již v DSM-V jedná o oficiální diagnózu, jak bylo uváděno v kapitole 2.3, zatímco v MKN-10 je nutné přidružení i jiného psychického onemocnění. Záchvatovité přejídání je tedy součástí poruch příjmu potravy, nicméně zatímco mentální anorexii i mentální bulimii, jako hlavní zástupce PPP, uvedli opět s výjimkou jednoho respondenta všichni oslovení žáci, záchvatovité přejídání jako formu PPP uvedlo jen 77 (64,2 %) respondentů.

### **Otázka č. 13: Mezi typické znaky anorexie patří:**

Tabulka 17 Typické projevy mentální anorexie

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Nízká tělesná hmotnost	117	97,5 %
Extrémní sledování váhy a tvaru/vzhledu postavy	113	94,2 %
Zvracení	1	0,8 %
Nepřítomnost menstruace	99	82,5 %
Nadměrné cvičení	79	65,8 %

Zdroj: autorka práce

Všechny výše uvedené projevy lze přiřadit k mentální anorexii, nicméně zvracení bývá přítomno zejména u bulimického typu mentální anorexie a nebývá považováno za typický projev mentální anorexie. Jako charakteristický projev mentální anorexie jej označil pouze 1 respondent. Zcela jistě by však měli mít žáci povědomí o tom, že i zvracení k mentální anorexii patří, byl očekáván větší výskyt této odpovědi.

Naopak nepřítomnost menstruace je typickým projevem mentální anorexie, uvedlo ji pouze 99 (82,5 %) respondentů. Nadměrné cvičení lze přiřadit k typickým projevům, neboť jak bylo uváděno v kapitole 2.3.1, k typickým projevům mentální anorexie patří aktivní udržování nízké hmotnosti, za což lze považovat nadměrné cvičení – tento projev uvedlo jen 79 (65,8 %) respondentů.

#### Otázka č. 14: Mezi typické znaky bulimie patří:

Tabulka 18 Typické znaky bulimie

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Extrémně nízká tělesná hmotnost	5	4,2 %
Zvracení	119	99,2 %
Přejídání	120	100,0 %
Nadměrné cvičení	9	7,5 %
Nadměrná sebekontrola	76	63,3 %

Zdroj: autorka práce

Z výčtu uvedeného v tabulce 18, k němuž se měli respondenti vyjádřit, lze za typické znaky mentální bulimie označit pouze zvracení a přejídání. U osob s bulimií většinou nebývá přítomna extrémně nízká tělesná hmotnost, která se naopak pojí s mentální anorexií, podobně jako nadměrné cvičení, nadměrná sebekontrola. Osoby s bulimií mívají naopak nízkou sebekontrolu, resp. střídát se mohou období vyšší a menší kontroly v oblasti stravování. Jak bylo zmiňováno v kapitole 2.3.2, mentální bulimie má blízko k obsedantně-kompulzivní poruše, kdy tedy jedinec opakuje určité chování, nedokáže jej zastavit.

V případě přejídání uvedli tuto správnou odpověď všichni respondenti, u zvracení se jednalo o 119 (99,2 %) respondentů. Opět lze konstatovat, že znalosti respondentů nejsou dostatečné. Nadměrnou sebekontrolu uvedlo 76 (63,3 %) respondentů.

#### Otázka č. 15: Mezi typické vlastnosti lidí s anorexií patří:

Odpovědi na tuto otázku jsou uvedeny v tabulce 19. Uvedené vlastnosti či formy chování lze s výjimkou asertivního jednání považovat za typické pro mentální anorexií. Perfekcionismus je častým rysem osob s mentální anorexií. Uzavřenost a lhaní a podvádění se již stávají projevem onemocnění.

Tabulka 19 Typické vlastnosti osob s mentální anorexií

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Perfekcionismus	119	99,2 %
Uzavřenost	114	95,0 %
Lhaní a podvádění	33	27,5 %
Asertivní jednání	13	10,8 %

Zdroj: autorka práce

Jak je z tabulky 19 patrné, nejčastěji byl uváděn perfekcionismus (119, tj. 99,2 % respondentů) a uzavřenost (114, tj. 95 % respondentů), lhaní a podvádění bylo uváděno mnohem méně často (33, tj. 27,5 % respondentů) a mylně bylo uváděno i asertivní jednání (13, tj. 10,8 % respondentů), které sice též u osob s mentální anorexií nacházíme, nejedná se však o charakteristický rys či projev. Znalosti oslovených žáků středních škol se tedy i s ohledem na předchozí výsledky jeví jako nekomplexní a nepřesné.

**Otázka č. 16: Mezi typické vlastnosti lidí s bulimií patří:**

Tabulka 20 Typické vlastnosti osob s mentální bulimií

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Lhaní a podvádění	119	99,2 %
Časté výčitky svědomí	114	95,0 %
Nízká sebekontrola	33	27,5 %
Dobrá nálada	13	10,8 %

Zdroj: autorka práce

V tomto případě lze považovat za správné odpovědi časté výčitky svědomí, které uvedlo 114 (95 %) respondentů, a dále nízkou sebekontrolu (33, tj. 27,5 % respondentů). Odpověď, kterou podali téměř všichni respondenti (119, tj. 99,2 % žáků), správná není. Zcela jistě se může u osob s mentální bulimií objevit lhaní a podvádění v případě maskování projevů mentální bulimie, ovšem ta je méně viditelná než mentální anorexie, lhaní a podvádění tak není v takové míře nutné. Dobrou náladu tito lidé mít mohou, častěji se však jedná spíše o negativní emocionální prožívání, v důsledku silných pocitů viny kvůli přejídání, resp. ztrátě kontroly nad konzumací potravin.

**Otázka č. 17: Mezi zdravotní důsledky anorexie patří:**

Tabulka 21 Zdravotní důsledky anorexie

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Padání vlasů	119	99,2 %
Osteoporóza	11	9,2 %
Snížená imunita	118	98,3 %
Deprese	107	89,2 %

Zdroj: autorka práce

Všechny nabídnuté možnosti, uvedené v tabulce 21, prezentují možné důsledky mentální anorexie. Všichni respondenti tedy mohli zvolit všechny nabídnuté odpovědi, což se tedy nestalo. Nejmenší povědomí respondentů se týkalo vzniku osteoporózy, kterou uvedlo jen 11 (9,2 %) respondentů, také depresi někteří respondenti nezmínili (uvedlo ji 107, tj. 89,2 % respondentů).

### Otázka č. 18: Mezi zdravotní důsledky bulimie patří:

Tabulka 22 Zdravotní důsledky mentální bulimie

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Problémy s trávením a zažíváním	120	100,0 %
Problémy se zuby	96	80,0 %
Zhoršování zraku	2	1,7 %
Deprese	119	99,2 %

Zdroj: autorka práce

Těž u této otázky vyjadřovaly všechny uvedené možnosti správné odpovědi. Ovšem pouze 2 (1,7 %) respondenti uvedli možnost zhoršování zraku jako zdravotního důsledku mentální bulimie, též problémy se zuby uvedlo jen 96 (80 %) respondentů.

### Otázka č. 19: Co podle tebe musí být součástí léčby PPP?

Odpovědi na tuto otázku jsou uvedeny v tabulce 23. Vzhledem k tomu, že měli respondenti uvést, co *musí* být součástí léčby PPP, lze z nabídnutých možností vyjmout hormonální léčbu. Ta nastupuje v případě dlouhodobé amenorey, pochopitelně i psychiatrická léčba nemusí být indikována, v praxi se tak velmi často děje, tedy tuto možnost lze považovat za správnou odpověď. Hormonální léčbu uvedli jen 2 (1,7 %) respondenti, psychologickou léčbu, která je ovšem samozřejmostí v případě PPP, uvedlo jen 103 (85,8 %) respondentů.

Tabulka 23 Co musí být součástí léčby PPP

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Psychologická léčba	103	85,8 %
Psychiatrická léčba	117	97,5 %
Dostatečná výživa	116	96,7 %
Hormonální léčba	2	1,7 %
Jiné	1	8,3 %

Zdroj: autorka práce

Jeden respondent zvolil možnost „jiné“ a uvedl, že se jedná o kombinaci všech nabídnutých možností.

Lze shrnout, žáci u těchto otázek, mapujících znalosti žáků v problematice PPP, chybovali, jen malé množství žáků dokázalo odpovědět na všechny otázky. Přehled odpovědí dle jejich správnosti, tedy kolik otázek zodpověděli žáci správně, je podán v tabulkách 24 a 25. Roztřídění otázek do těchto tabulek je dle počtu správných odpovědí, které měli žáci na otázky uvést. Tabulka 24 zachycuje otázky, na které měli žáci uvést 4 správné odpovědi, tabulka 25 se týká otázek se třemi správnými odpověďmi.

Tabulka 24 Odpovědi na otázky se 4 správnými odpověďmi

Otázky	4 body		3 body		2 body		1 bod		0 bodů	
	N	%	N	%	N	%	0	0,0 %	0	0,0 %
13. Projevy anorexie	63	52,5 %	43	35,7 %	13	10,8 %	1	0,8 %	0	0,0 %
17. Důsledky anorexie	7	5,8 %	101	84,2 %	12	10,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
19. Součást léčby PPP	0	0,0 %	101	84,2 %	16	13,3 %	2	1,7 %	1	0,8 %

Zdroj: autorka práce

V tabulce 24 si lze povšimnout, že nejvíc správných odpovědí bylo uváděno na otázku č. 13, která se týkala projevů anorexie. Všechny projevy této formy PPP uvedlo 63 (52,5 %) žáků. Lepší výsledky byly získány také u odpovědí týkajících se důsledků anorexie.

Tabulka 25 Odpovědi na otázky se 3 správnými odpověďmi

Otázky	3 body		2 body		1 bod		0 bodů	
	N	%	N	%	N	%	0	0,0 %
12. Výčet forem PPP	76	63,4 %	43	35,8 %	1	0,8 %	0	0,0 %
14. Projevy bulimie	9	7,5 %	110	91,7 %	1	0,8 %	0	0,0 %
15. Vlastnosti lidí s anorexií	32	26,7 %	82	68,3 %	6	5,0 %	0	0,0 %
16. Vlastnosti lidí s bulimií	28	23,3 %	89	74,2 %	3	2,5 %	0	0,0 %
18. Důsledky bulimie	101	84,2 %	16	13,3 %	2	1,7 %	1	0,8 %

Zdroj: autorka práce

Při porovnání výsledků tabulky 24 a 25 je patrné, že žáci častěji uváděli správné odpovědi, týkající se problematiky mentální anorexie než mentální bulimie. U mentální bulimie určilo všechny správné odpovědi jen 9 (7,5 %) žáků. Ovšem důsledky bulimie znalo 101 (84,2 %) žáků. Další zjištění jsou uvedena v kapitole čtvrté.

### 3.2.6 Přístup k poruchám příjmu potravy

#### Otázka č. 20: Svěřil/a by ses se svými potížemi, komu?

Tabulka 26 Přístup ke svěřeni se blízkým s obtížemi ve stravování

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	60	50,0 %
Ne	60	50,0 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Jak je z tabulky 26 patrné, přesně polovina respondentů by se v případě, že by zaznamenala obtíže v kontextu PPP, svým blízkým svěřila, druhá polovina respondentů by tak neučinila.

#### Otázka č. 21: Myslíš si, že v současnosti trpíš některou z PPP?

Tabulka 27 Přítomnost PPP u respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	16,7 %
Ne	100	83,3 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Celkem 20 (16,7 %) respondentů uvedlo, že se domnívá, že trpí některou z poruch příjmu potravy. Jedná se téměř o pětinu respondentů. Toto číslo v kontextu závažnosti PPP lze hodnotit jako značně vysoké. Jak bylo uváděno v kapitole 2.3, výskyt mentální anorexie činí přibližně 0,5 – 1 % v populaci adolescentních dívek, u mentální bulimie se jedná o 1 –3 %. Pochopitelně respondenti mohli mít na mysli jinou formu PPP (např. záchvatovité přejídání), v tomto případě by bylo dobré blíže odpovědi respondentů prozkoumat. Určité vodítko však nabízí další otázka, mapující výskyt PPP u respondentů v minulosti.

## Otázka č. 22: Trpěl jsi v minulosti některou z PPP?

Tabulka 28 Výskyt PPP v minulosti

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	22	18,3 %
Ne	98	81,7 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Získané výsledky jsou v souladu s předchozími odpověďmi, ve smyslu míry zastoupení PPP ve výzkumném souboru: celkem 22 (18,3 %) respondentů uvedlo, že v minulosti trpělo některou z forem PPP, tedy i předchozí odpovědi lze vnímat jako odpovědi vyjadřující poměrně značný výskyt PPP ve výzkumném souboru, ovšem přesto nelze tvrdit, že skutečně tito respondenti PPP mají nebo měli: záleží na subjektivním hodnocení, pravdivosti odpovědí, znalosti PPP respondenty. Nicméně i kdyby se jednalo o méně závažnou formu poruchy příjmu potravy, je toto číslo, stejně jako údaj získaný předchozí položkou, značně vysoký.

## 4 Shrnutí a diskuse výsledků

Z výsledků šetření lze vyvodit řadu cenných poznatků o vztahu cílové skupiny k problematice poruch příjmu potravy. Komparací dat byly získány odpovědi na výzkumné otázky, ale i další zajímavé poznatky.

### První výzkumná otázka VO1 zněla: Jaký je postoj žáků středních škol k vlastnímu tělu?

Přítomnost poruchy příjmu potravy souvisí zejména u adolescentů, k nimž žáci středních škol patří, se vztahem k vlastnímu tělu. V tomto věku je dle Vágnerové (2012, s. 474) pro dospívající velmi důležité, jaký je jejich vzhled. Postava a další atributy vnějšího vzhledu se stávají prostředkem ke srovnávání s druhými, jsou významné z hlediska přijetí vrstevníky, mají značný dopad na formování identity jako hlavního vývojového úkolu adolescence. Je tedy žádoucí, aby byl u dospívajících zastoupen kladný vztah k vlastnímu tělu.

Z výzkumu vyplynulo, že téměř polovina respondentů (konkrétně 42,5 %) respondentů není spokojena s vlastním tělem, což lze vnímat jako rizikové z hlediska vzniku a rozvoje PPP. Tato data však nejsou překvapivá a blíží se údajům uváděných Krchem (2013), dle kterého přibližně 60 % českých středoškoláků (zejména dívek) není spokojeno se svým tělem a přeje si zhubnout.

Pokud se podíváme na to, jak odpovídaly vybrané skupiny žáků, získáme detailnější představu o tom, jaké faktory ovlivňují postoj žáků k tělu či jak se tento postoj k vlastnímu tělu promítá do chování žáků v souvislosti s PPP.

Tabulka 29 vyjadřuje spokojenost s vlastním tělem dle pohlaví žáků.

Tabulka 29 Spokojenost s tělem dle pohlaví žáků

Spokojenost s tělem	Dívky		Chlapci	
	N	%	N	%
Ano	13	18,8 %	17	33,3 %
Ne	41	59,4 %	10	19,6 %
Neřeším to	15	21,8 %	24	47,1 %
<b>Celkem</b>	<b>69</b>	<b>100,0 %</b>	<b>51</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce



Není překvapující, že s **vlastním tělem nejsou častěji spokojené dívky (59,4 %)** než chlapci (19,6 %), ovšem ani počty nespokojených chlapců nejsou nízké. Chlapci své tělo spíše „neřeší“ (47,1 % chlapců oproti 21,8 % dívek). Tabulka 30 zachycuje vztah k vlastnímu tělu dle věku, přičemž sloučení byli do jedné skupiny žáci ve věku 15-16 let, tedy žáci ve střední adolescenci, druhou skupinu tvořili žáci v pozdní adolescenci (17-18 let).

Tabulka 30 Spokojenost s tělem dle věku žáků

Spokojenost s tělem	15+16 let		17+18 let	
	N	%	N	%
Ano	20	26,7 %	10	22,2 %
Ne	33	44,0 %	18	40,0 %
Neřeším to	22	29,3 %	17	37,8 %
<b>Celkem</b>	<b>75</b>	<b>100,0 %</b>	<b>45</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Z tabulky 30 je patrné, že s věkem se spokojenost s tělem u těchto respondentů příliš neliší. Nespokojenost uvedlo 33 (44 %) žáků ve věku 15-16 let a 18 (40 %) žáků ve věku 17-18 let.

Tabulka 31 vyjadřuje spokojenost žáků s vlastním tělem dle studijního oboru.

Tabulka 31 Spokojenost s tělem dle studijního oboru

ŽÁCI	EKO	GASTRO	GYM	HOTEL	ODĚV	SOŠ EU	ZAHRAD	ZDRAV
Spokojení	4	5	7	4	4	4	1	1
Nespokojení	7	6	2	4	9	5	8	10
Neřeší to	4	4	6	7	2	6	6	4

Zdroj: autorka práce

Tím, že v každém oboru byl stejný počet žáků, se lze rychle zorientovat v tom, jak žáci ke svému tělu přistupují. Oranžová barva značí tři nejvyšší hodnoty u vyjádření, že žáci nejsou spokojeni s vlastním tělem. Nejčastěji se tedy jednalo o žáky ze střední odborné školy zdravotnické (10 žáků), dále o žáky ze střední odborné školy oděvní (9 žáků) a žáky ze střední odborné školy zahradnické (9 žáků). Naopak nejvíce jsou spokojeni žáci z gymnázia (7 žáků). Tabulka 32 zachycuje opět rozdělení žáků do oborů, tentokrát ovšem ve vztahu ke snaze zhubnout (otázka č. 2: zkoušel/a jsi někdy v minulosti zhubnout?).

Tabulka 32 Snaha zhubnout dle studijního oboru

ŽÁCI	EKO	GASTRO	GYM	HOTEL	ODĚV	SOŠ EU	ZAHRAD	ZDRAV
Ano	9	7	7	9	12	10	12	9
Ne	6	8	8	6	3	5	3	6

Zdroj: autorka práce

Jak je zřejmé, nejčastěji vykazovali tendenci zhubnout, tedy usilovali o snížení hmotnosti, žáci ze středních odborných škol, nejčastěji z oborů oděvnictví, zahradnictví a dále se jednalo o administrativu pro EU.

Tabulka 33 vyjadřuje odlišnost v přístupu ke snižování hmotnosti dle vztahu respondentů k vlastnímu tělu.

Tabulka 33 Snaha zhubnout dle vztahu k vlastnímu tělu

Snaha zhubnout	Spokojení s tělem		Nespokojení s tělem		Neřeší to	
	N	%	N	%	N	%
Ano	3	10,0 %	48	94,2 %	24	61,5 %
Ne	27	90,0 %	3	5,8 %	15	38,5 %
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,0 %</b>	<b>51</b>	<b>100,0 %</b>	<b>39</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Z tabulky 33 je patrné, že ti, co jsou spokojení s vlastním tělem (30 žáků), se nejčastěji (90 %) nesnažili hubnout. Tuto snahu lze pozorovat u žáků, kteří jsou nespokojeni se svým tělem: 94,2 % těchto žáků se snažilo hubnout. Nicméně neméně zajímavý je i výsledek u žáků, kteří tvrdili, že svůj vztah k tělu „neřeší“: patrně tomu tak není, neboť 24 (61,5 %) z nich se snažilo zhubnout. Tabulka 32 vyjadřuje spokojenost s vlastním tělem dle jednotlivých oborů žáků. Tabulka 34 zachycuje snahu hubnout dle toho, zda respondenti uvedli, že aktuálně trpí či netrpí poruchou příjmu potravy.

Tabulka 34 Snaha zhubnout dle přítomnosti PPP

Snaha zhubnout	Aktuálně PPP		Aktuálně PPP ne	
	N	%	N	%
Ano	19	95,0 %	56	56,0 %
Ne	1	5,0 %	44	44,0 %
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

V tabulce si lze povšimnout, že z respondentů, kteří se domnívají, že aktuálně trpí poruchou příjmu potravy, se snaží zhubnout 19 (95 %) žáků, nicméně zanedbatelný není ani počet žáků, kteří se snaží zhubnout a netrpí dle vlastního úsudku poruchou příjmu potravy – jedná se o 56 (56 %) žáků.

Tabulka 35 zachycuje způsoby snižování hmotnosti dle toho, jak jsou respondenti spokojeni se svým tělem. Pro větší přehlednost byly vytvořeny 4 hlavní způsoby hubnutí, tj. dieta, dále pouze pohyb, další kategorie je tvořena kombinací více faktorů (pohyb ve spojení se změnou stravy, ať již formou diety nebo omezení nezdravých a tučných jídel), poslední kategorie zastupuje zdravé stravování, ve smyslu omezení nezdravých, tučných jídel a konzumaci běžných porcí, tj. omezení abnormálního množství jídla. Poslední řádek v tabulce vyjadřuje počet žáků, kteří se žádným způsobem (ani stravou, ani pohybem) nesnažili snížit svoji váhu.

Tabulka 35 Způsob hubnutí dle spokojenosti s vlastním tělem

Diety apod.	Spokojení s tělem		Nespokojení s tělem		Neřeší to	
	N	%	N	%	N	%
Dieta	1	3,3 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Pohyb	0	0,0 %	0	0,0 %	1	2,6 %
Pohyb + strava	1	3,3 %	42	82,4 %	23	59,0 %
Omezení tučných, nezdravých jídel, abnormálního množství jídla	1	3,3 %	5	9,8 %	0	0,0 %
Nic	27	90,1 %	4	7,8 %	15	38,4 %
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,0 %</b>	<b>51</b>	<b>100,0 %</b>	<b>39</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Jak je z tabulky 35 patrné, žáci, kteří jsou spokojeni se svým tělem, většinou ani žádnou změnu nečiní (90,1 %) – tito žáci se nezačali více věnovat pohybovým aktivitám, ani nezměnili stravování. V případě žáků, kteří se své tělo „neřeší“, žádnou změnu neučinilo 38,4 % žáků. Nespokojení žáci většinou nezůstali pouze u zdravějšího stravování (9,8 %), zároveň ani nezačali držet dietu či se nezačali pouze věnovat pohybovým aktivitám,

ale změnil způsob stravování a začali se věnovat pohybu, což uvedlo 42 (82,4 %) žáků, kteří jsou nespokojeni se svým tělem.

**Celkově lze shrnout, že častěji jsou se svým tělem nespokojeny dívky, žáci středních odborných škol, věk vliv nemá. Téměř všichni žáci, kteří jsou nespokojeni se svým tělem, se snaží zhubnout, častěji se tak děje opět u žáků středních odborných škol a dále žáků, kteří se domnívají, že mají poruchu příjmu potravy. Tito žáci se také snaží častěji zhubnout. Žáci, kteří jsou nespokojeni se svým tělem, se nejčastěji snaží snížit hmotnost kombinací více faktorů, tj. pohybem a změnou stravování.**

#### **Druhá výzkumná otázka VO2 zněla: Jaký je postoj žáků ke stravování?**

Negativně lze hodnotit zkušenosti respondentů se způsoby redukce hmotnosti, které mohou značně ohrozit zdraví jedince: 20 % respondentů zkoušelo projímadla, 19,2 % respondentů má zkušenost se zvracením. Krch (1998), jeden z předních odborníků na problematiku poruch příjmu potravy, v provedeném výzkumu mezi studentkami středních škol zjistil prevalenci zvracení 1,4 %, kdy toto číslo hodnotí jako značně vysoké. Zkušenost téměř pětiny respondentů se zvracením v souvislosti se snahou zhubnout je tak velmi vysoká ve sledovaném souboru žáků středních škol, svědčí o podceňování zdravotních rizik zvracení. Nutno doplnit, že záměrné zvracení uvedlo 30 % respondentů, ovšem nebylo zkoumáno, z jakého důvodu takto respondenti činili. Nicméně vzhledem k tomu, že takřka pětina respondentů volila zvracení kvůli redukci hmotnosti, lze předpokládat, že v této skupině respondentů byli velkou měrou zastoupeni ti, kteří měli redukci hmotnosti jako důvod ke zvracení. Obdobně negativní zjištění se týká pocitů provinilosti po konzumaci potravy, které uvedlo 60 % respondentů.

Zvracení se pojí nejčastěji s mentální anorexií. Tabulka 36 dokládá, jak přistupují žáci ke zvracení dle toho, zda se domnívají, že trpí či netrpí PPP.

Tabulka 36 Zvracení dle přítomnosti PPP

Zvracení	Aktuálně PPP		Aktuálně PPP ne	
	N	%	N	%
Ano	12	60,0 %	24	24,0 %
Ne	8	40,0 %	76	76,0 %
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

V tabulce si lze povšimnout, že nezvrací pouze žáci, kteří se domnívají, že trpí poruchou příjmu potravy. Tito žáci sice zvrací častěji (60 %), ovšem i druhá skupina žáků, která se nedomnívá, že má PPP, zvrací ve snaze ovlivnit hmotnost (24 %).

Nevhodné reakce, jako zvracení, užívání diuretik apod., se pojí s pocity viny, pokud člověk více jí a není spokojen se svým tělem. Tabulka 37 zachycuje přítomnost pocitů viny po jídle dle vztahu žáků k vlastnímu tělu.

Tabulka 37 Pocity viny dle vztahu k vlastnímu tělu

Pocity viny	Spokojení s tělem		Nespokojení s tělem		Neřeší to	
	N	%	N	%	N	%
Ano	3	10,0 %	15	29,4 %	1	2,5 %
Ne	23	76,7 %	4	7,8 %	21	53,9 %
Někdy	4	13,3 %	32	62,8 %	17	43,6 %
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,0 %</b>	<b>51</b>	<b>100,0 %</b>	<b>39</b>	<b>100,0 %</b>

Zdroj: autorka práce

Pocity provinilosti po jídle mají nejčastěji žáci, kteří jsou nespokojeni se svým tělem (15, tj. 29,4 % těchto žáků), nicméně „někdy“ je mají často i žáci, kteří tvrdili, že své tělo neřeší. Opět se tak ukazuje, že tito žáci ve skutečnosti „řeší“ podobu svého těla či své stravování.

### Třetí výzkumná otázka VO3 byla ve znění: Odkud čerpají žáci středních škol informace o poruchách příjmu potravy?

Co se týče informovanosti žáků o problematice PPP, až na některé výjimky lze tuto informovanost hodnotit kladně. Respondenti získali informace o PPP ve škole, též z internetu, sociálních sítí a televize. Pozitivní je působení školy. Sociální sítě patrně

zastupují kontakt s vrstevníky, kteří nemusí podávat správné informace, stejně jako např. televize může zajišťovat různý typ informací, nezřídka může docházet i k nevhodnému působení na diváky, ve smyslu preference nezdravé hmotnosti u celebrit, moderátorů televizních pořadů apod. Žádoucí by bylo, aby žáci získávali tyto informace od odborníků, měli možnost na toto téma hovořit se svými rodiči či jinými autoritami. Dialog je vždy vhodnější než pasivní přejímání informací.

Ve snaze získat větší vhled do dané oblasti bylo zkoumáno, jak se liší při získávání o informacích o PPP žáci dle oboru, který studují a dále dle toho, zda soudí, že mají či nemají PPP. Výsledky dokládají tabulky 38 a 39.

Tabulka 38 Získávání informací o PPP dle studijních oborů

<b>ŽÁCI</b>	<b>EKO</b>	<b>GASTRO</b>	<b>GYM</b>	<b>HOTEL</b>	<b>ODĚV</b>	<b>SOŠ EU</b>	<b>ZAHRAD</b>	<b>ZDRAV</b>
Škola	15	15	15	15	15	15	14	15
Internet	15	14	14	14	15	13	13	13
Televize	9	13	10	8	13	6	1	6
Rádio	0	0	0	0	0	0	1	1
Sociální síť	13	14	6	13	7	10	13	13
Časopisy	2	0	0	2	2	3	4	4
Od kamarádů	0	0	0	1	0	0	0	0
Jiné	0	0	0	0	0	0	0	1

Zdroj: autorka práce

V tabulce 38 si lze povšimnout, že školu a internet jako zdroj informací o PPP uváděli takřka všichni žáci. Rozdíl je patrný u televize, z níž méně čerpají žáci z většiny SOŠ, žáci z gymnázií ze všech skupin nejméně využívají sociální síť.

Co se týče získávání informací o PPP dle toho, zda žáci soudí, že mají PPP, nebyly zjištěny výraznější rozdíly, jak dokládá tabulka 39. Pouze žáci, kteří se domnívají, že nemají PPP, ve větší míře čerpají informace z televize (18,5 %) oproti žákům, kteří soudí, že mají aktuálně PPP (7,6 %). Žáci, kteří si myslí, že mají PPP, také častěji čerpají informace o PPP ze sociálních sítí (28,8 % těchto žáků oproti 20,3 % žáků z druhé skupiny).

Tabulka 39 Získávání informací o PPP dle subjektivního hodnocení přítomnosti PPP

Žáci	Aktuálně PPP		Aktuálně PPP ne	
	N	%	N	%
Škola	20	30,3 %	100	29,4 %
Internet	18	27,3 %	92	27,1 %
Televize	5	7,6 %	63	18,5 %
Rádio	0	0,0 %	1	0,3 %
Sociální síť	19	28,8 %	69	20,3 %
Časopisy	4	6,0 %	13	3,8 %
Od kamarádů	0	0,0 %	1	0,3 %
Jiné	0	0,0 %	1	0,3 %
Celkem	66	100,0 %	340	100,0 %

Zdroj: autorka práce

Lze tedy shrnout, že větší rozdíly v informovanost respondentů dle sledovaných kritérií nejsou, pouze tedy žáci ze SOŠ a žáci, kteří soudí, že mají PPP, častěji čerpají informace o PPP ze sociálních sítí, což pochopitelně není vhodné a více je tomuto tématu věnována pozornost v kapitole páté.

#### **Čtvrtá výzkumná otázka VO4 zněla: Jak žáci středních škol hodnotí prevenci v oblasti poruch příjmu potravy?**

Za pozornost stojí, že dle 22,5 % respondentů prevence v oblasti PPP nepomáhá. Zcela jistě lze souhlasit s tím, že pouhé předání informací není efektivní. Jak uvádí Pavlas Martanová (2014), v rámci prevence jsou nejvhodnější KAB modely – tj. programy, které cílí na změnu znalostí (knowledge), postojů (attitude) a chování (behavior) ve vztahu k rizikovému chování, k němuž poruchy příjmu potravy patří.

Zkoumáno bylo dále, zda se v názorech na to, že jsou k dispozici odborníci na PPP, liší žáci dle oborů. Zjištěno bylo, že negativní odpověď podali žáci pouze ze tří škol či oborů, kdy se jednalo o 2 žáky z ekonomie, 9 žáků z oboru zahradnictví a 6 žáků z oboru zdravotnictví.

Bylo též zjišťováno, o jaké žáky se jedná v případě, že se 27 žáků domnívalo, že PPP nepomáhá. Jednalo se častěji o žáky, kteří dle vlastního názoru mají PPP, dle oborů se jednalo o všechny žáky studující SOŠ (tj. tuto odpověď nepodal žádný žák, který studuje

gymnázium, ekonomii) a při zohlednění věku tuto odpověď uváděli častěji žáci starší (ve věku 17-18 let).

### **Pátá výzkumná otázka VO5 zněla: Jaké jsou znalosti žáků středních škol o poruchách příjmu potravy?**

Co se týče konkrétních znalostí o PPP, respondenti příliš neznají záchvatovité přejídání, o mentální anorexii a mentální bulimii mají správné, ovšem především základní znalosti: mentální anorexii si tak např. nespojují se zvracením, více než třetina respondentů nevěděla, že lidé s mentální anorexií nadměrně cvičí, pětina respondentů nevěděla, že důsledkem mentální anorexie bývá amenorea. Mentální bulimie není spojena s nadměrnou kontrolou, tu nalézáme u mentální anorexie. Přesto ji v případě bulimie uvedlo 63,3 % respondentů. Naopak jen velmi málo respondentů vědělo, že lidé s mentální anorexií často lžou a podvádějí, tedy především v souvislosti se svými stravovacími návyky a životním stylem (správnou odpověď podalo jen 27,5 % respondentů), též nejsou respondenti příliš obeznámeni s tím, že lidé s mentální anorexií dokážou být velmi asertivní – tuto odpověď podala desetina oslovených žáků.

Tabulka 40 uvádí, kolik žáků z jednotlivých oborů podalo na předložené otázky vždy všechny správné odpovědi (tj. 3 nebo 4 správné odpovědi).

V tabulce si lze povšimnout, že ze žáků z oboru zdravotnictví s výjimkou projevů bulimie a důsledků anorexie téměř všichni uvedli na předložené otázky správné odpovědi. Naopak žáci z oboru zdravotnictví a žáci z oboru gastronomie nejvíce selhávali. Ani žáci z gymnázií příliš správné odpovědi neznali, nicméně tyto žáci byli hned druzí v pořadí za žáky z oboru zdravotnictví, kteří podali nejvíce plně správných odpovědí.



Tabulka 40 Správné odpovědi dle oborů

Otázky	Eko	Gastro	Gym	Hotel	Oděv	SOS EU	Zahrad	Zdrav
12. Výčet forem PPP	7	13	14	6	11	9	3	13
13. Projevy anorexie	4	5	12	9	12	5	1	15
14. Projevy bulimie	2	0	0	2	0	0	0	5
15. Vlastnosti lidí s anorexií	3	2	5	2	2	3	0	15
16. Vlastnosti lidí s bulimií	1	1	3	1	2	4	1	15
17. Důsledky anorexie	0	0	2	0	0	0	0	5
18. Důsledky bulimie	12	15	15	10	15	14	14	15
19. Součást léčby PPP	0	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: autorka práce

### **Šestá výzkumná otázka VO6 zněla: Jaké jsou zkušenosti a postoje žáků středních škol k poruchám příjmu potravy?**

V závěru je zapotřebí uvést výsledky týkající se zastoupení PPP ve zkoumaném souboru. Téměř pětina respondentů se domnívá, že trpí některou z forem PPP a obdobně stejné množství respondentů zmínilo, že v minulosti některou z forem PPP trpělo. Tyto údaje jsou velmi vysoké a svědčí pro potřebu důkladné a důsledné edukace žáků středních škol v problematice poruch příjmu potravy.

U otázek vztahujících se k této výzkumné otázce bylo zkoumáno, zda se žáci liší v tom, zda by se svěřili někomu v případě potíží v souvislosti s příjmem potravy a dále bylo zjišťováno zastoupení PPP (dle subjektivního hodnocení) v závislosti na oborech, které žáci studují.

Výsledky týkající se svěřeni se jiné osobě o potížích v souvislosti s PPP podává tabulka 41.

Tabulka 41 Svěření se s potížemi dle věku

Svěření se	15+16 let		17+18 let	
	N	%	N	%
Ano	36	48,0 %	24	53,3 %
Ne	39	52,0 %	21	46,7 %
<b>Celkem</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>	<b>45</b>	<b>100,0%</b>

Zdroj: autorka práce

Výsledky se příliš nelišily, častěji by se svěřili žáci starší. Tabulka 42 se týká zastoupení PPP dle oborů, které žáci studují.

Tabulka 42 Přítomnost PPP dle oborů

ŽÁCI	EKO	GASTRO	GYM	HOTEL	ODĚV	SOŠ EU	ZAHRAD	ZDRAV
Ano	4	2	0	2	1	5	3	3
Ne	11	13	15	13	14	10	12	12

Zdroj: autorka práce

Jak je z tabulky 42 patrné, pouze žáci z gymnázia se nedomnívají, že trpí PPP. Nejvíce respondentů, kteří soudí, že mají PPP, bylo mezi žáky SOŠ EU a žáky z ekonomie. Zajímavé je zjištění, že žáci ze zdravotnické školy, kteří prokázali nejlepší znalosti daného tématu, též uváděli (konkrétně 3 žáci), že mají PPP.

Výsledky tedy svědčí o značně nehomogenní skupině žáků, kteří mají PPP. Jak je z výsledků zřejmé, znalosti o problematice ještě neznamenají, že jedinec PPP nepodlehne.

## 5 Návrh a doporučení pro výuku na středních školách

Návrhy a doporučení jsou adresovány pro všechny žáky, kteří se výzkumu zúčastnili, vybrané návrhy se ovšem týkají pouze některých skupin žáků:

- zaměřit prevenci především na dívky, ovšem nevynechat ani chlapce: dívky byly častěji než chlapci nespokojené s vlastním tělem, přičemž jak bylo dále zjištěno, nespokojenost s vlastním tělem vede k tendenci hubnout, a to mnohdy nezdravým způsobem. Chlapci by měli být důsledně seznamováni s tím, že i u nich je riziko poruch příjmu potravy;
- věnovat pozornost v rámci edukace také žákům, kteří tvrdí, že se vůbec nezabývají vlastním tělem. Jak bylo zjištěno, není to pravdou – i tito žáci se snaží zhubnout, opět ne vždy zcela vhodným způsobem. U těchto žáků by bylo vhodné zkoumat, proč proklamují, že nemají problém se svým tělem – mohou se stydět apod. Nicméně skrývat tento problém může vést k jeho nevhodnému řešení, které může vyústit v PPP;
- edukace vybraných skupin žáků: jako nejohroženější skupina žáků z hlediska PPP se jeví žáci ze středních odborných škol, a to i to, kteří téma PPP dobře znají. Jak bylo dále zjištěno, i když žáci mají velmi dobré znalosti o PPP, přesto vykazují vzorce chování či smýšlení, které vedou k tomu, že se sami označují za osoby s PPP. Edukace však musí být realizována způsobem, který povede k případné změně – lze volit přednášky vedené odborníky, kteří nabízejí programy formou různých workshopů, se zážitkovým učením, vhodné jsou i bývalí pacienti s PPP. Velký prostor se skýtá pro intervence ze strany speciálních pedagogů, kteří by měli také tuto oblast zahrnout do tématu rizikového chování. Speciální pedagogové na školách mohou vytvořit různé edukační či metodické materiály pro ostatní pedagogy, jak toto téma předkládat žákům středních škol. Lze také doporučit předávání znalostí a dovedností speciálních pedagogů ostatním učitelům, jak pracovat se žáky středních škol, pro které je toto téma citlivé, a tak nemusí být otevření a upřímní v diskusích na toto téma;

- využívat podpory ze strany školských poradenských zařízení: odborníci ve školských poradenských zařízeních, včetně speciálních pedagogů, mohou vytvořit seznam organizací či osvědčených programů, které mohou využít školy při edukaci žáků v této oblasti. Speciální pedagogové z těchto zařízení mohou též v případě zjištění školy, že je téma poruch příjmu potravy v určité třídě silně akcentováno, ve smyslu rizika vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy, systematicky pracovat s třídním kolektivem, rozvíjet u žáků vhodné vzorce chování spojené se zdravým životním stylem, včetně racionálního stravování.
- u žáků ze středních odborných škol je zapotřebí apelovat na volbu vhodných informačních zdrojů o PPP. Tito žáci častěji volí sociální sítě, které mohou být i návodné pro chování související s PPP. Zároveň by měli být všichni žáci seznámeni s tím, že v prostředí internetu nemusí získat správné informace, měli by být vybaveni znalostmi o organizacích, které se soustředí na problematiku PPP;
- žáci by měli být seznámeni s tím, jak vhodně snižovat váhu: pohyb není dostatečně zastoupen, ovšem právě pohyb by měl být v životě žáků středních škol zastoupen pravidelně. Společně se zdravým stravováním vede pohyb k zachování optimální hmotnosti, s čímž pak může souviset i větší spokojenost s vlastním tělem;
- žáci, kteří přiznávají PPP, by měli být dobře seznámeni s riziky projevů PPP. Zjištěno bylo, že tito žáci ve srovnání s žáky bez PPP častěji zvrací – je potřeba edukovat je o zdravotních rizicích tohoto jednání, vést je případně k vhodnějšímu snižování hmotnosti (pohyb, zdravé stravování);
- zacílení prevence u osob s existencí PPP: žáci, kteří se domnívají, že trpí poruchou příjmu potravy, si častěji oproti ostatním žákům myslí, že prevence nepomáhá. Je tedy zapotřebí nejdříve zjistit důvody těchto názorů, poté společně hledat formy prevence, které by tito žáci kladně přijímali;

## **Závěr**

Bakalářská práce se zabývala problematikou poruch příjmu potravy. Cílem bakalářské práce bylo popsat problematiku poruch příjmu potravy, se zřetelem ke znalostem a zkušenostem žáků středních škol s daným tématem.

K naplnění tohoto cíle byla nejprve v druhé kapitole práce podána teoretická východiska, popisující specifika adolescence a detailně přibližující téma poruch příjmu potravy. Na teoretická východiska bylo navázáno realizací vlastního výzkumu, jehož cílem bylo analyzovat znalosti a zkušenosti žáků středních škol, týkající se poruch příjmu potravy. Dílčím cílem bylo zjistit, jaký vztah mají žáci středních škol k vlastnímu tělu. Dalšími dílčími cíli bylo zjistit, jaký je přístup žáků středních škol ke stravování a též jaký je přístup žáků středních škol k problematice poruch příjmu potravy. Výzkumný soubor tvořilo 120 žáků středních škol, kterým byl administrován dotazník vlastní konstrukce. Tento výzkumný soubor lze z hlediska zjištěných výsledků označit jako značně rizikový ve vztahu k poruchám příjmu potravy.

I když oslovení žáci středních škol mají základní informace o této problematice, více než pětina respondentů zaujímá nevhodný přístup k vlastnímu tělu, které hodnotí značně kriticky, pětina respondentů má zkušenost se zvracením a užíváním projímadel v souvislosti se snahou snížit svoji hmotnost a dosáhnout postavy, kterou chtějí mít. Tyto projevy pochopitelně souvisí s adolescencí, v níž narůstá význam hodnocení vlastní postavy, spokojenosti s ní, ovšem zároveň jsou rizikové pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy.

V kontextu těchto zjištění by pak bylo žádoucí, aby měli respondenti více přesné a ucelené informace o rizicích poruch příjmu potravy, včetně jejich dopadů na rovinu zdraví. To se týká zejména žáků ze středních odborných škol, u nichž bylo zjištěno největší zastoupení poruch příjmu potravy, negativního nahlížení na vlastní tělo a snahy zhubnout.

Je také nutné, aby žáci věděli, co je projevem poruch příjmu potravy. Respondenti si nejsou vědomi všech možných projevů (např. nevědí o amenorei, informace o léčbě PPP nemají takřka žádní žáci, resp. tyto informace jsou velmi kusé), což ovšem může vést i k tomu, že zavedením neodhadnou, kdy je jejich chování spojené s příjmem potravy a vztahem k vlastnímu tělu rizikové. Je také důležité, aby žáci čerpali z odborných zdrojů. Zejména žáci ze středních

škol častěji vyhledávají tyto informace na sociálních sítích, což může být velmi nevhodné i s ohledem na skutečnost, že v tomto prostoru se objevují i rady, jak nevhodně snižovat svoji hmotnost.

Nejzávažnější zjištění se týká zastoupení poruch příjmu potravy ve sledovaném souboru žáků středních škol. Necelá pětina respondentů uvedla, že v minulosti trpěla některou z forem poruch příjmu potravy a obdobný počet soudí, že je u něj některá z forem poruch příjmu potravy přítomna. Tato čísla jsou velmi vysoká, vyšší, než je udávána prevalence jednotlivých forem příjmu potravy v populaci.

Pochopitelně zjištěné výsledky nemusí odrážet skutečný stav. Za nedostatek výzkumu lze považovat i kromě nereprezentativnosti výzkumného souboru také absenci doplňujících otázek, prostřednictvím nichž by bylo možné zjistit, jaké příznaky poruch příjmu potravy respondenti mají. Bylo by tak vhodné na toto výzkumné šetření navázat další studií, mapující do větší hloubky, např. formou kvalitativního výzkumu, zkušenosti žáků středních škol s poruchami příjmu potravy.

V návaznosti na zjištěné výsledky je zapotřebí apelovat na výchovné autority (rodiče, učitele, ale i celebrity), aby více hovořily na toto téma s dospívajícími. Pravdivé a podrobné informace o dané problematice mohou změnit přístup dospívajících k vlastnímu tělu a stravování, mohou ohrožené jedince nasměrovat k vyhledání odborné pomoci. Prevence by však měla začínat v rodině, rodiče by měli být v tomto ohledu vzorem. Lze využívat metodické a odborné pomoci speciálních pedagogů, kteří mohou zprostředkovat učitelům, ale i rodičům vhodný způsob práce s dospívajícími žáky na toto téma. Je však nezbytné, aby toto téma nebylo v rámci studia speciální pedagogiky opomíjeno a studenti tak byli o dané problematice sami dobře informováni.

Účast respondentů ve výzkumu mohla vést k větší obeznámenosti těchto žáků středních škol s danou problematikou, což lze vnímat jako přínos předložené práce. Bakalářská práce může být také cenná pro všechny učitele a rodiče žáků středních škol, kterým poskytuje informace o tom, na jaké oblasti se v rámci edukace o poruchách příjmu potravy u dospívajících zaměřit, jakých projevů si u dospívajících všimnout. Práce též přispívá k potřebné osvětě a přibližuje možnosti dalšího zkoumání v této oblasti.

## Souhrn

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Jedná se o téma, které je aktuální a které se týká zejména dospívajících, kteří jsou vzhledem k formování vlastní identity, jejíž součástí je i vnímání vlastního těla, poruchami příjmu potravy značně ohroženi.

Cílem bakalářské práce bylo popsat problematiku poruch příjmu potravy, se zřetelem ke znalostem a zkušenostem žáků středních škol s daným tématem. V rámci teoretických východisek bylo popsáno, jak se vyvíjel přístup k poruchám příjmu potravy, jaké jsou nejčastější formy poruch příjmu potravy, jak lze tyto poruchy léčit, jaká jsou rizika jejich vzniku a též jaký dopad poruchy příjmu potravy mají na zdraví jedince.

Na teoretická východiska bylo navázáno realizací vlastního výzkumného šetření, jehož cílem bylo analyzovat znalosti a zkušenosti žáků středních škol, týkající se poruch příjmu potravy. Dílčím cílem bylo zjistit, jaký vztah mají žáci středních škol k vlastnímu tělu. Dalšími dílčími cíli bylo zjistit, jaký je přístup žáků středních škol ke stravování a též jaký je přístup žáků středních škol k problematice poruch příjmu potravy. Výzkumný soubor tvořilo 120 žáků středních škol, kterým byl předložen dotazník vlastní konstrukce.

Z výzkumu vyplynulo, že mnozí oslovení žáci vykazují nevhodný přístup ke svému tělu a stravování. Výjimkou není užívání laxativ a zvracení ve snaze snížit svoji váhu, téměř pětina respondentů uvedla, že v minulosti trpěla poruchou příjmu potravy, taktéž necelá pětina respondentů uváděla, že je u nich aktuálně přítomna některá z forem poruch příjmu potravy.

Důvodem této skutečnosti mohou být některé dílčí nedostatky v informovanosti respondentů o dané problematice, nevhodně realizovaná prevence, resp. získávání informací o tomto tématu z médií, včetně sociálních sítí a televize. Limitem výzkumu je nereprezentativní výzkumný soubor a absence hlubšího zkoumání získaných výsledků. Práce obsahuje doporučení pro možnosti dalšího výzkumného šetření v této oblasti a též doporučení týkající se vhodně koncipované prevence.

## **Summary**

The bachelor thesis deals with the issue of eating disorders. This is a topic that is actual and which concerns especially adolescents who, due to the formation of their own identity, which includes the perception of their own body, are significantly endangered by eating disorders.

The aim of the bachelor's thesis was to describe the issue of eating disorders, with regard to the knowledge and experience of high school students with the topic. Within the theoretical background, it was described how the approach to eating disorders developed, what are the most common forms of eating disorders, how these disorders can be treated, what are the risks of their occurrence and also what impact eating disorders have on the health of individuals.

The theoretical basis was followed by the implementation of our own research, which aimed to analyze the knowledge and experience of high school students regarding eating disorders. A partial goal was to find out how high school students relate to their own bodies. Other partial goals were to find out what is the approach of high school students to eating and also what is the approach of high school students to the issue of eating disorders. The research group consisted of 120 high school students who were presented with a questionnaire of their own design.

The research showed that many of the addressed students show an inappropriate approach to their body and diet. The use of laxatives and vomiting in an effort to reduce their weight is no exception, almost a fifth of respondents stated that they had an eating disorder in the past, and less than a fifth of respondents stated that they currently have some form of eating disorder.

The reason for this fact may be some partial shortcomings in the awareness of respondents about the issue, improperly implemented prevention, it means obtaining information on this topic from the media, including social networks and television. The limit of the research is the unrepresentative research set and the absence of a deeper examination of the obtained results. The work contains recommendations for the possibility of further research in this area and also recommendations for appropriately designed prevention.



## Seznam použitých informačních zdrojů

AGRAS, Steward W. *The Oxford Handbook of Eating Disorders*. New York: Oxford University Press, 2010. ISBN 978-0-19-537362-2.

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

DOLEJŠ, Martin, ZEMANOVÁ, Vanda a Lucie VAVRYSOVÁ. *Kdo a co řídí české adolescenty?* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5425-2.

FALTUS, František. Historie poruch příjmu potravy. In PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010, s. 20-24. ISBN 978-80-247-2425-6.

HAINER, Vojtěch a kol. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.

HEBE BRAND, Johannes and Beate HERPETZ-DAHLMANN. *Eating Disorders and Obesity in Children and Adolescents*. St. Louis: Elsevier, 2019. ISBN 978-0-323-54852-6.

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

CHUDOBOVÁ, Petra et al. Možnosti a limity léčby pacientů s poruchami příjmu potravy formou denního stacionáře v České republice a v zahraničí. *Česká a slovenská psychiatrie*, **201(5)**, 213-217. ISSN 1212-0383.

KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.

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

- KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ. *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Anabell, 2013. ISBN 978-80-905436-5-2.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2., uprav. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.
- MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
- MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina a Mira BABIAKOVÁ. *Psychická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-1151-6.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- NELSON, KristenRajczak. *Eating Disorders: When Food is an Obsession*. New York: Lucent Press, 2017. ISBN 978-1-5345-6014-7.
- NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4042-3.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-32-8.
- PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy. In FIŠAR, Zdeněk a kol. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, s. 339-352. ISBN 978-80-247-2737-0.
- PAPEŽOVÁ, Hana a Petra NOVOTNÁ. Léčebné programy pro poruchy příjmu potravy. Klinická doporučení, cíle, možnosti, limity a organizace léčby. In PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010, s. 288-310. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAVLOVÁ, Barbora. Epidemiologie poruch příjmu potravy. In PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010a, s. 25-35. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAVLOVÁ, Barbora. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010b, s. 36-55. ISBN 978-80-247-2425-6.

RASKIN, Jonathan D. *Abnormal Psychology: Contrasting Perspectives*. London: Red Globe Press, 2019. ISBN 978-1-137-54716-3.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-244-0629-2.

ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Svépomocný manuál aneb jak si mohu sám/sama pomoci*. Brno: Anabell, 2012. ISBN 978-80-260-4270-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-2667-0.

Internetové zdroje:

ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. *Herial*. [online] 2008 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: <http://www.herial.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>

KRCH, David. Mentální anorexie a bulimie: Poruchy příjmu potravy jako cena za štíhlost. *Vesmír* [online] *Vesmír*, 1998, č. 9 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1998/cislo-9/mentalni-anorexie-bulimie.html>

MLČOCH, Zbyněk. Pica, pika (pajka) syndrom – příznaky, projevy, symptomy. *Zbyněk Mlčoch*. [online] 31. 1. 2011 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: <https://www.zbynekmlcoch.cz/medicina/nemoci-lecba/pica-pika-pajka-syndrom-priznaky-projevy-symptomy>

NECHANSKÁ, Blanka. Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011 až 2017. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [online] 2018 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-o-pacienty-s-poruchami-prijmu-potravy-v-cr-v-letech-2011-2017>

PAVLAS MARTINOVÁ, Veronika. Co je efektivní ve školské primární prevenci. *Národní ústav pro vzdělávání*. [online] 2014 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/co-je-efektivni-ve-skolske-primarni-prevenci>

PRAŽSKÝ, Bohumil. Poruchy příjmu potravy. *Zdravotnictví a medicína*. [online] 11. 6. 2014 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/poruchy-prijmu-potravy-475777>

ŘEHÁKOVÁ, Veronika. Prof. Papežová: Posedlost zdravou výživou vede až k poruše příjmu potravy. *Vitalia*. [online] 4. 11. 2016 [cit. 2019-10-25] Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/prof-papezova-posedlost-zdravou-vyzivou-vede-k-poruse-prijmu-potravy/>

VILÍMOVSKÝ, Michal. 6 poruch příjmu potravy a jejich projevy. *Zdraví od A do Z*. [online] 2. 5. 2019 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1333-poruchy-prijmu-potravy>

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie .....	18
Tabulka 2 Věk respondentů .....	32
Tabulka 3 Pohlaví žáků .....	32
Tabulka 4 Škola či studijní obor respondentů .....	33
Tabulka 5 Spokojenost s vlastním tělem .....	33
Tabulka 6 Pokusy respondentů o hubnutí .....	34
Tabulka 7 Způsob snižování hmotnosti .....	35
Tabulka 8 Zkušenost s metodami ovlivnění hmotnosti .....	35
Tabulka 9 Zkušenost se záměrným zvracením .....	36
Tabulka 10 Četnost úvah o jídle .....	36
Tabulka 11 Pocity provinilosti po jídle .....	37
Tabulka 12 Informace o PPP ve škole .....	37
Tabulka 13 Zdroje informací o PPP .....	38
Tabulka 14 Názor na dostatek odborníků na PPP .....	38
Tabulka 15 Názory na efektivní formu prevence .....	39
Tabulka 16 Znalost poruch příjmu potravy .....	39
Tabulka 17 Typické projevy mentální anorexie .....	40
Tabulka 18 Typické znaky bulimie .....	41
Tabulka 19 Typické vlastnosti osob s mentální anorexií .....	41
Tabulka 20 Typické vlastnosti osob s mentální bulimií .....	42
Tabulka 21 Zdravotní důsledky anorexie .....	42
Tabulka 22 Zdravotní důsledky mentální bulimie .....	43
Tabulka 23 Co musí být součástí léčby PPP .....	43
Tabulka 24 Odpovědi na otázky se 4 správnými odpověďmi .....	44
Tabulka 25 Odpovědi na otázky se 3 správnými odpověďmi .....	44
Tabulka 26 Přístup ke svěřeni se blízkým s obtížemi ve stravování .....	45
Tabulka 27 Přítomnost PPP u respondentů .....	45
Tabulka 28 Výskyt PPP v minulosti .....	46
Tabulka 29 Spokojenost s tělem dle pohlaví žáků .....	47

Tabulka 30 Spokojenost s tělem dle věku žáků.....	48
Tabulka 31 Spokojenost s tělem dle studijního oboru.....	48
Tabulka 32 Snaha zhubnout dle studijního oboru .....	49
Tabulka 33 Snaha zhubnout dle vztahu k vlastnímu tělu .....	49
Tabulka 34 Snaha zhubnout dle přítomnosti PPP .....	49
Tabulka 35 Způsob hubnutí dle spokojenosti s vlastním tělem.....	50
Tabulka 36 Zvracení dle přítomnosti PPP.....	52
Tabulka 37 Pocity viny dle vztahu k vlastnímu tělu .....	52
Tabulka 38 Získávání informací o PPP dle studijních oborů .....	53
Tabulka 39 Získávání informací o PPP dle subjektivního hodnocení přítomnosti PPP.....	54
Tabulka 40 Správné odpovědi dle oborů.....	56
Tabulka 41 Svěření se s potížemi dle věku .....	57
Tabulka 42 Přítomnost PPP dle oborů.....	57

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Dotazník

## **Příloha 1 – Dotazník**

### **Poruchy příjmu potravy se zaměřením na anorexii a bulimii a jejich výskyt na středních školách**

Vážení studenti, pedagogové, jmenuji se Michaela Černá, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia – obor Speciální pedagogika. Ve své bakalářské práci se věnuji poruchám příjmu potravy (PPP a jejich výskytu na středních školách. Na základě tohoto dotazníku bych chtěla zjistit informovanost studentů o této problematice. Věnujte prosím několik minut svého času k vyplnění následujícího dotazníku. Děkuji.

Ve všech otázkách je možné zaškrtnout více odpovědí, případně vytvořit pod dalším bodem odpověď vlastní.

- Věk:
- Pohlaví:
- Studijní obor:

**1. Jsi spokojený/á se svým tělem?**

- a) **Ano**
- b) **Ne**
- c) **Neřeším to**

**2. Zkoušel/a jsi někdy v minulosti hubnout?**

- a) **Ano**
- b) **Ne**



- 3. Pokud ano, co jsi pro to dělal/a?**
- a) **Dieta**
  - b) **Pohybová aktivita**
  - c) **Dieta a pohybová aktivita**
  - d) **Omezení nezdravých a tučných jídel**
  - e) **Omezení abnormálního množství jídla**
  - f) **Jiné**
- 4. Využil/a jsi někdy tyto (nebo jiné) metody k ovlivnění hmotnosti?**
- a) **Projímadla**
  - b) **Zvracení**
  - c) **Diuretika**
  - d) **Kombinace výše uvedených**
  - e) **Jiné**
  - f) **Nezkoušel/a**
- 5. Zkoušel/a sis někdy schválně vyvolat zvracení?**
- a) **Ano**
  - b) **Ne**
- 6. Přemýšlíš o jídle:**
- a) **skoro vůbec**
  - b) **často**
  - c) **neustále**
  - d) **nikdy**
- 7. Cítíš se po jídle provinile?**
- a) **Ano**
  - b) **Ne**
  - c) **Někdy**

**8. Hovořilo se u tebe ve škole o PPP?**

- a) Ano
- b) Ne

**9. Odkud jsi získal/a informace o PPP?**

- a) Škola
- b) Internet
- c) Televize
- d) Rádio
- e) Sociální sítě
- f) Časopisy
- g) Od kamarádů
- h) Jiné (uved')

**10. Myslíš si, že je ve tvém okolí dostatek odborníků na prevenci PPP?**

- a) Ano
- b) Ne

**11. Jaká je podle tebe efektivní forma prevence- uved':**

**12. Mezi poruchy příjmu potravy patří:**

- a) Mentální anorexie
- b) Mentální bulimie
- c) Záchvatovité přejídání

**13. Mezi typické znaky anorexie patří:**

- a) Nízká tělesná hmotnost
- b) Extrémní sledování váhy a tvaru/vzhledu postavy
- c) Zvracení
- d) Nepřítomnost menstruace
- e) Nadměrné cvičení

**14. Mezi typické znaky bulimie patří:**

- a) Extrémně nízká tělesná hmotnost
- b) Zvracení
- c) Přejídání
- d) Nadměrné cvičení
- e) Nadměrná sebekontrola

**15. Mezi typické vlastnosti lidí s anorexií patří:**

- a) Perfekcionismus
- b) Uzavřenost
- c) Lhaní a podvádění
- d) Asertivní jednání

**16. Mezi typické vlastnosti lidí s bulimií patří:**

- a) Lhaní a podvádění
- b) Časté výčitky svědomí
- c) Nízká sebekontrola
- d) Dobrá nálada

**17. Mezi zdravotní důsledky anorexie patří:**

- a) Padání vlasů
- b) Osteoporóza
- c) Snížená imunita
- d) Deprese

**18. Mezi zdravotní důsledky bulimie patří:**

- a) Problémy s trávením a zažíváním
- b) Problémy se zuby
- c) Zhoršování zraku
- d) Deprese

**19. Co podle tebe musí být součástí léčby PPP?**

- a) **Psychologická léčba**
- b) **Psychiatrická léčba**
- c) **Dostatečná výživa**
- d) **Hormonální léčba**
- e) **Jiné**

**20. Svěřil/a by ses se svými potížemi, komu?**

- a) **Ano**
- b) **Ne**

**21. Myslíš si, že v současnosti trpíš některou z PPP?**

- a) **Ano**
- b) **Ne**

**22. Trpěl jsi v minulosti některou z PPP?**

- a) **Ano**
- b) **Ne**