

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 TEORETICKÉ POZNATKY	9
1.1 Historie poruch příjmu potravy	9
1.2 Tělové schéma, jeho utváření a sociální význam	11
1.3 Význam jídla, pyramida vyvážené stravy	14
1.4 Výskyt poruch příjmu potravy.....	14
2 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	16
2.1 Mentální anorexie	17
2.2 Mentální bulimie	19
2.3 Další typy PPP	21
2.4 Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci	24
3 PŘÍČINY, PŘÍZNAKY A NÁSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	27
3.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy	27
3.1.1 Biologické faktory	27
3.1.2 Osobnost a psychologické faktory	28
3.1.3 Rodinné okolnosti a genetické faktory.....	28
3.1.4 Emocionální faktory.....	29
3.1.5 Sociokulturní faktory	29
3.1.6 Životní události	30
3.2 Příznaky poruch příjmu potravy	31
3.2.1 Příznaky mentální anorexie.....	31
3.2.2 Příznaky mentální bulimie	32
3.3 Následky poruch příjmu potravy	34
3.3.1 Následky mentální anorexie.....	34
3.3.2 Následky mentální bulimie	36
4 TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	38
4.1 Ambulantní léčba.....	39
4.2 Hospitalizace	41
5 MOŽNOSTI PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	43
6 METODIKA PRÁCE	47

6.1	Cíle a hypotézy práce	47
6.2	Metoda použitá ve výzkumu	48
6.3	Charakteristika vzorku.....	49
6.4	Postup při výzkumu	50
6.5	Interpretace výsledků dotazníku.....	51
6.5.1	Znalost pojmu PPP a názorové postoje respondentů na PPP.....	52
6.5.2	Hodnocení tělesné hmotnosti a postavy žáků	66
6.5.3	Stravovací návyky respondentů a jejich volnočasové aktivity	72
6.6	Statistické ověření dat.....	89
6.6.1	Teorie statistické metody	89
6.6.2	Test nezávislosti v kombinační tabulce u vybraných dat.....	90
7	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE	96
	ZÁVĚR.....	102
	SEZNAM LITERATURY	105
	SEZNAM TABULEK	108
	SEZNAM GRAFŮ	109
	SEZNAM ZKRATEK	110
	SEZNAM PŘÍLOH	111

ÚVOD

Problematika poruch příjmu potravy je stále živá, aktuální a je potřeba, abychom na ni reagovali. Patří mezi témata primární prevence sociálně patologických jevů. Skupina nemocných s poruchou příjmu potravy je velmi různorodá a podobně různorodý je i průběh poruchy. Přestože se o poruchách příjmu potravy dnes ve společnosti více ví, značně stoupá počet pacientů, kteří odmítají něco tak banálního, ač životně důležitého, jako je příjem potravy. Lze jen těžko pochopit, že se jídlo či odmítání jídla – jako je tomu v případě mentální anorexie – může stát opravdovým návykem, stejně jako je návykové zneužívání drog, léků nebo alkoholu. Postupně se vyvíjí stejně těžká fyzická poškození a psychické a sociální následky. Myšlení a jednání pacientů je při výrazných projevech nemoci koncentrováno už jen na závislost, na uspokojení chorobné touhy. Ostatní tělesné, psychické a sociální potřeby jsou zcela zanedbávány.

Narušený postoj k jídlu nevzniká z jedné příčiny, ale působením několika činitelů. Existují také individuální předpoklady k tomu, aby sociální faktory vedly nakonec ke vzniku takového onemocnění.

Dospívání je kritickým obdobím k formování psychiky jedince. V tomto věku jsou lidé ovlivněni svým okolím, médií, vrstevníky. Snaží se podobat svému vzoru.

Až čtvrtina dětí s anorexií a bulimií je mladších 15let. V rizikové kategorii od 12 – 17 let trpí anorexií nebo bulimií šest procent populace, asi desetina z nich na nemoc umírá. Zhruba třetina až polovina se vyléčí, u dalších nemocných v různých podobách přetrvává.

Cílem diplomové práce je především snaha podat ucelený teoretický obraz o problematice poruch příjmu potravy, objasnit některé základní pojmy v této oblasti a doplnit je o praktickou část věnovanou informovanosti žáků středních zdravotnických škol o dané problematice, včetně jejich subjektivního hodnocení. Teoretická část se věnuje poruchám příjmu potravy obecně – jsou zde vysvětleny základní pojmy, možné příčiny a následky, terapie a prevence poruch příjmu potravy. V empirické části je proveden výzkum formou nestandardizovaného dotazníku, jehož cílem bylo zjistit úroveň informovanosti mezi žáky středních zdravotnických škol o dané problematice. Zároveň se zajímáme také o hodnocení tělesné hmotnosti žáků, o jejich postavu a stravovací návyky a volnočasové aktivity.

Tuto skupinu žáků jsme vybrali záměrně vzhledem k typu školy, kterou si žáci zvolili pro své studium. Jedná se o budoucí zdravotnické asistenty, kteří budou působit v různých zdravotnických zařízeních, budou se potkávat s pacienty každý den, budou

s nimi komunikovat a působit na ně celou svoji osobností. Měli by pro ně být vzorem a vzbuzovat důvěru. To je možné za předpokladů, že oni sami si uvědomí význam zdravého životního stylu.

1 TEORETICKÉ POZNATKY

1.1 Historie poruch příjmu potravy

Nejrůznější formy narušeného příjmu potravy jsou popisovány už celá staletí. Názory na odmítání jídla se v minulosti značně měnily. Někteří považovali tyto jedince za držitele nadpřirozených sil nebo pod vlivy ďábla, jiní sdíleli názor, že se jedná o počáteční stav duševní poruchy. Zejména ve středověku mělo cílené hladovění podstatnou roli v životě silně nábožensky založených dívek a žen. (Krch, 1999).

Důležitá historická data v souvislosti s poruchami příjmu potravy (Staňková, 2005):

2. století - Galén poprvé popisuje příznaky mentální anorexie,

12. - 15. století - ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo, a prohlašují se za světice; sebetřýzněním odčiňují své hříchy a osvobozují duši,

16. století - tzv. anorektické světice jsou prohlašovány za „posedlé ďáblem" a jsou pronásledované církví,

1694 - britský lékař Richard Morton poprvé definuje mentální anorexii,

1873 - Charles Lasague definuje symptomatickou triádu anorexie: nechutenství, absence menstruačního cyklu, vyhublost,

1874 - lékař William Gull poprvé diagnosticky vymezil termín anorexie nervosa, avšak první zmínka o této nemoci se datuje do roku 1694, kdy tento termín užil vůbec poprvé britský lékař Richard Morton

1883 - Gilles de La Tourette rozlišuje primární a sekundární (psychogenní) anorexii,

1884 - Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie

1890 - spisovatelka H. B. Stoařová kritizuje společnost, která považuje normálně urostlou ženu za „monstrum“

1908 - P. Poiret – pařížský módní návrhář poprvé představil novou štíhlou módní siluetu, což v praxi znamená, že poprvé v historii je tělo vidět pod šaty

1917 – Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín kalorie, vydává knihy o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sacharidové diety

1930 - přibývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přináší grapefruitové diety,

1950 – Dr. Keys zveřejnil práci o důsledcích polohladovění – neurózy

1962 - Hilde Bruch referuje o změnách myšlení a vnímání u mentální anorexie, častý výskyt poruch příjmu potravy u modelek a baletek, v New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením,

1967 - Twiggy na titulní straně módního časopisu Vogue (41 kg/170 cm),

1970 – S. Theander, švédský psychiatr, varuje před hrozivým nárůstem poruch příjmu potravy, 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny

1979 - G. Russel a termín bulimia nervosa, vznik prvních speciálních zařízení pro léčbu poruch příjmu potravy,

1980 – vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie

1983 - R. C. Casper poukazuje na rostoucí riziko obezity a poruch příjmu potravy,

1986 - až 80 % desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety, Garnel a Garfinkel předpokládají multifaktoriální etiologii poruch příjmu potravy,

1987 – WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace, Pyle, Katzman, Pope, Hsu popisují nápadný až epidemiologický růst incidence poruch příjmu potravy,

1990 až dosud - preventivní a podpůrné programy pro poruchy příjmu potravy, veřejnost nespokojena s nepřiměřenou idealizací vyhublosti a s nepřiměřenými dietními opatřeními; konkrétní metody a důkladná znalost specifik poruch příjmu potravy.

Rozvojem masmédií, objevením fotografie v polovině **19. století** zažívá svět nárůst mýtu krásy. Obrazy „krásných“ žen se v této době začaly používat v reklamě, v módních časopisech. Po 2. světové válce nastává období preferování tzv. *frapper stylu* (z angličtiny mladá, emancipovaná, nekonvenční žena), který na ženách prosazuje spíše chlapeckou postavu s téměř plochou hrudí. Řady feministek zastávají názor, že získané volební právo ve většině západních zemí ve **20. století** bylo „vykoupeno“ novým

omezením a to štíhlostí. Z této doby jsou nám známé korzety, stahování pasů, držení hladovek... Již v této době můžeme zaznamenat nabídku nejrůznějších projímadel, čajů na hubnutí a jiných výrobků korigujících váhu. **Období 30. – 50. let** zaznamenalo opět určitý posun. Mluvíme o trendu Marilyn Monroe, coby představitelky spíše mírně plnějších tvarů. Preferována jsou plná ňadra, štíhlý pas. Opět však dochází k „tělesnému redukcionismu“, jsou tu totiž **60. léta** a s nimi razená teze, že štíhlost je jednou z cest vedoucích k vyšší společenské vrstvě. Ikonou se stává britská modelka TWIGY (z angličtiny větévka, štíhlounký, hubený jako proutek), která plní titulní stránku časopisu VOGUE v roce 1967, coby 41 kg vážící při výšce 170 cm. Tento trend setrvává i v **70. letech**, rovněž **80. léta** preferují štíhlý styl, ale fyzicky zdravý – vzpomeňme např. Cindy Crawford. **90. léta** však znamenají razantní nástup vychrtlých tvarů. Je prokázáno, že řada modelek, splňujících představu vizážistů a návrhářů má, co dočinění s problematikou poruch příjmu potravy (dále jen PPP). (Brimová, 2006, Ulrichová 2007).

Trochu jiný pohled na problematiku PPP v 90. letech nabízí ve své publikaci Krch (2003), který uvádí, že srovnáme-li výsledky zkoumání jídelního chování studentek Harvardu v roce 1982 a 1992, tak právě v roce 1992 významně méně studentek drželo redukční diety. Bylo to dáno mimo jiné i tím, že častěji jedly tři jídla denně a méně tak trpěly PPP, byly zároveň více spokojeny se svými tělesnými proporcemi, i když ve srovnání s jejich staršími kolegyněmi měly v průměru o 2,5 kg více. Americký psycholog David Garner tak popisuje nový společenský trend: „*Je načase být v souladu se svým tělem, i když naše tělo neodpovídá kulturnímu ideálu.*“ (Krch, 2003, s. 36).

1.2 Tělové schéma, jeho utváření a sociální význam

Tělo, tedy zevnějšek člověka, je hlavním identifikačním činitelem osobnosti. Pro sociálního partnera představuje první informaci, kterou o jedinci dostává, zároveň tedy můžeme říci, že tělo je sociálním reprezentantem každé identity. Představu o vlastním těle nazýváme tělovým schématem, které prezentuje nejen mentální obraz, ale také hodnotící složku. (Vágnerová, 1999)

Velmi důležitý je proto celkový postoj člověka k dané situaci. Bývá naprosto přirozené, že každý člověk vnímá své tělo zcela odlišně, někteří lidé mají tendenci se přeceňovat, což se ukázalo zejména u jedinců drobnějších postav, naopak jsou mezi námi lidé, kteří své tělo vnímají mnohem mohutněji, než odpovídá reálně měřitelným normám.

Subjektivní zkreslení, které zahrnuje vztah k sobě samému tak může způsobit, že vlastní tělo se člověku může jevit jinak, než jaké ve skutečnosti je. (Vágnerová, 1999)

Představu vlastního těla ovlivňuje a zkresluje také řada emocionálních faktorů. Člověk se cítí tak, jak tomu odpovídá jeho aktuální psychický stav. V souvislosti s tělovým schématem musíme ještě zdůraznit velmi důležitou charakteristiku, a tou je rigidita. „*Jakákoli změna je subjektivně citlivě prožívána, a to i tehdy, když neznamena zhoršení, ale jenom proměnu. Zásadní a zjevná proměna těla může v krajním případě stimulovat pocit ohrožení vlastní integrity a vede ke ztrátě sebejistoty.*“ (Vágnerová, 1999, s. 227)

Tělové schéma je výraznou součástí identity, neboť kultura, ve které žijeme, klade značný důraz na zevnějšek. Většina žen je ovlivněna módními trendy, které jsou prezentovány v řadě ženských časopisů, ve filmu, v televizi, na internetu.... Současný sociokulturní trend prezentuje štíhlost jako ideál, ke kterému se směřuje, kterého je třeba dosáhnout. A jediné to, co se přibližuje k ideálu, může být atraktivní, jakákoliv jiná změna vzbuzuje pochybnost. Tělesná atraktivita ovlivňuje řadu ženských vlastností, z těch stěžejních uvedme sebehodnocení a sebedůvěru, na tu navazující úspěšnost či neúspěšnost v profesi, osobním životě. Porucha tělového schématu („body image“) a s tím související zkreslená představa těla („body image distortion“) vede k chápání těchto pojmů za fenomén poslední doby, neboť pro většinu dívek a žen je tato „ideální meta“ nedosažitelná. (Krch, 1999)

Řada dospívajících dívek je nespokojena se svým zevnějškem, vzhlíží k modelkám, herečkám. Představa o postavě úzce souvisí s výživou, což ovlivňuje výrobu a distribuci prostředků zaměřených na redukci váhy. Podstatnou roli sehrává rovněž dietní průmysl s nabídkou knih, dietních programů, nápojů a potravin.

Za důležitý mezník utváření tělového schématu se uvádí období dospívání, kdy nabývá tělo jiné formy, mění se. Pro dospívající dívku nebo chlapce toto období představuje určitou zátěž, kdy se snaží orientovat v novém těle, přijmout novou identitu. (Ulrichová, 2007)

V této souvislosti je třeba zmínit několik aspektů:

- **v dospívání vzrůstá subjektivní význam zevnějšku**, protože dospívající už ví, že může ovlivnit podobu svého zjevu, tedy že může vypadat lépe, nebere realitu svého těla jako danost,
- **patologický vztah k vlastnímu tělu** může ovlivnit negativní zkušenost v tomto období (ve většině případů se jedná o výsměch pro tloušťku, neúspěch, nízký sociální status apod.),

- **změna postavy představuje pro každé pohlaví zcela jinou zátěž** - zatímco u chlapců pozorujeme převážně nárůst svalové hmoty, což je vnímáno spíše pozitivně, u dívek dochází k nápadnějším kvalitativním proměnám, které mohou někdy přijít příliš rychle, neočekávaně a tím atakovat psychiku dotyčné dívky (Vágnerová, 1999).

Faktory posilující strach z tloušťky, lze rozdělit na kulturní (vliv společnosti a rodiny) a individuální. (Krch, 2002)

Kulturní faktory:

- Tlak médií (zejména televize) na představy a životní vzory současného člověka (kladní a úspěšní hrdinové jsou obvykle štíhlí, krásní; příliš často se mluví o tom, jak kdo vypadá...)
- Hubnoucí „ideál“ krásy, vyhublý „heroinový“ nebo „dětský“ módní typ
- Povrchní a jednostranné spojování vyhublosti se zdravím
- Skandalizace obezity (jednostranné spojování nadváhy s leností, ošklivostí a zdravotními problémy)
- Přílišný důraz na konformitu, malá tolerance k různorodosti, největší roli v průběhu dospívání hraje konformita s postoji vrstevníků
- Přílišný důraz na fyzický výkon, sebekontrolu (postoje typu „stačí chtít“, „je třeba umět zatnout zuby“...) a soutěživost
- Přílišná orientace na vnější vzhled a na to, jak kdo vypadá (ženy, dospívající, některé profese...)
- Příliš velký důraz na tělesný vzhled a výkon v rodině; příliš velký důraz na to, co se jí, jestli to je či není zdravé; příliš velká soutěživost v rodině; obezita, diety v rodině, nevhodné jídelní návyky rodičů, sourozenců

Individuální faktory:

- Úzkostnost, pedanterie, přílišná ctižádost
- Nejistota dospívání, zejména je-li posílena nějakým traumatem
- Tloušťka, nevhodná distribuce tělesného tuku
- Zdravotní problémy spojené s dietou
-

1.3 Význam jídla, pyramida vyvážené stravy

Téměř ve všech publikacích zabývajících se správnou výživou a zásadami výživy se setkáváme s termínem *pyramida vyvážené stravy*. Jedná se v podstatě o hierarchii druhů potravin, odstupňovaných právě tak, jak se všeobecně doporučuje. Stručný přehled z publikace (Pamplona Roger, 1995):

- základnu pyramidy tvoří **ovoce, obiloviny, zelenina** – tyto potraviny se doporučují konzumovat v hojném množství
- střed pyramidy tvoří **luštěniny, ořechy, vejce, mléko a mléčné výrobky** – opět se doporučuje konzumace těchto druhů, ale už v omezené míře
- vrchol pyramidy tvoří **tuky, cukry a sladkosti** a tady je velmi nutné omezovat frekvenci konzumace potravin obsahujících právě tyto složky.

Důvody proč se zabývat správnou výživou, stravovacími návyky:

- v závislosti na naší potravě, na tom co sníme, jsou tvořeny všechny buňky a tkáně v našem těle
- jídlo je zdrojem energie pro tělesné funkce organismu člověka
- příjem potravy je podstatnou součástí našeho života
- jídlo je požítkem, který získáváme prostřednictvím stravy (Ulrichová, 2007)

„Jídlo slouží k tomu, aby bylo nedílnou součástí naší radosti ze života, a naše smysly nám umožňují hodnotit jeho kvalitu, chuť a složení. Jídlo by mělo být něčím více než jen biologickou potřebou – měla by to být radost! Vnímání, paměť a všechny naše složité tělesné funkce jsou možné jen díky tomu, že naše tělo obsahuje enzymy, hormony, geny, chemické posly, neurotransmitery a jiné zázraky, které se v těle vytvářejí z toho, co sníme.“ (Foster, 1996, s. 163)

1.4 Výskyt poruch příjmu potravy

Rozšíření poruch příjmu potravy je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku z dvou set (0,5 – 0,8%). Výskyt mentální anorexie se zvýšil v posledních desetiletích 20. století, zejména v prepubertálním, pubertálním

a adolescentním věku dívek a též chlapců. U dívek a žen dosahuje asi 1 % v celé populaci. Mentální bulimie má prevalenci 1-3 % a vyskytuje se spíše u pozdně adolescentních dívek a mladých žen. Prognóza onemocnění není jednoznačná – u 30 až 40 % pacientů potíže přetrvávají i po absolvování léčby, asi 1 % případů skončí sebevraždou, asi 6 % pacientů na následky onemocnění umírá (Krch, 2002).

Dieta je stále větším počtem žen zaměňována za normální jídelní režim a jen málokterá dívka má reálnou představu o tom, kolik by měla vážit. Narušené jídelní postoje lze proto pozorovat až u 10% mladých žen. 60% českých středoškolaček není spokojeno se svým tělem a polovina z nich si přeje zhubnout (Krch, 2002).

2 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Jedná se o onemocnění spojené s konzumací potravy. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) patří mezi nejčastěji vyskytované PPP mentální anorexie a mentální bulimie. V rámci MKN-10 mají své místo rovněž **Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci**, uváděné ve většině publikací jako samostatná podkapitola, neboť zvláště diagnostická kritéria jsou tomuto věkovému vymezení zásadně přizpůsobena.

O poruchách příjmu potravy se hovoří tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. Je možné konstatovat, že se jedná o závislost na jídle, podobnou jako je závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy se stává jídlo hlavní náplní života (Kranzová, Maloney, 1997).

Jedná se o psychické poruchy, které mají komplexní charakter - mají dopad nejen na psychickou a fyzickou stránku člověka, ale i na sociální okolí. Z tohoto důvodu se hovoří o poruchách příjmu potravy jako o psychosomatických poruchách. Tyto poruchy mají biopsychosociální charakter (Málková, Krch, 2001).

Křehká hranice mezi normou a patologií je staví na pomezí více oborů, tzn. psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie (Krch, 1999).

Podle Krcha (1999) si jsou mentální anorexie a mentální bulimie velmi podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména dle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole váhy. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se snaží neustále hubnout a zabývají se tím, jak vypadají, kolik váží.

U mentální anorexie a mentální bulimie můžeme hovořit o propojení těchto dvou poruch. Asi u jedné třetiny případů mentální anorexie se časem rozvine mentální bulimie (Krch, 1999).

Podle některých autorů 50% bulimiček uvádí mentální anorexiu v anamnéze a téměř polovina anorektiček pravidelně ztrácí kontrolu nad jídlem a přejídá se (Cooper, Russel in Krch, 1997,1999).

Kranzová a Maloney (1997) zařazují mezi poruchy příjmu potravy i záchvatovité přejídání. Ti, co trpí záchvatovitým přejídáním, konzumují velké množství jídla, i když právě nemají hlad. Jí dokonce i takové jídlo, které jim nechutná, zkrátka proto, že mají pocit, že musí jíst.

V poslední době se samostatně problematice záchvatovitého přejídání věnuje velká pozornost (Fairburn a Wilson in Krch, 1999).

Počátek poruchy se často projevuje až v dospělosti. Na rozdíl od mentální anorexie a mentální bulimie je u záchvatovitého přejídání zastoupeno i mnohem větší procento mužů trpících touto poruchou. (Ulrichová, 2007)

2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie, anorexie nervosa (a = ne, bez, orexie = chuť k jídlu, snaha) patří mezi závažné PPP. „*Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.*” (Krch, 1999, s. 14)

Nemocný se snaží redukovat příjem potravy na minimum. Zpočátku je chuť k jídlu vědomě potlačována. Postupem času ztrácí chuť k jídlu, a tak u nich dochází k oslabení pocitu hladu, teprve poté dochází k nechutenství. Projevem anorexie je narušený postoj k tělesné hmotnosti a tloušťce (Málková, Krch, 2001).

Diagnostická kritéria mentální anorexie dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí lze shrnout do tří základních znaků. (Krch, 2002):

1. snaha o aktivní udržení abnormálně nízké tělesné hmotnosti, přičemž index hmotnosti (BMI – Body Mass Index) je nižší než 17,5
2. patologická obava z přibírání tělesné váhy, v případě, že jde o velmi nízkou tělesnou hmotnost
3. absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, i přestože nejsou indikovány žádné hormonální přípravky

Rozeznáváme dva specifické typy:

nebulimistický (restriktivní) typ – nedochází k opakovaným záchvatům přejídání v průběhu epizody mentální anorexie

bulimistický (purgativní) typ – dochází k opakovaným záchvatům přejídání v průběhu epizody mentální anorexie (Krch, 2002)

Dívka, či mladá žena, si často udržuje tělesnou hmotnost pod hranici BMI 17,5 (kg/m) a nižší. BMI je index tělesné hmotnosti, který se vypočítá podílem váhy v kilogramech a druhé mocniny výšky v metrech. Normální hodnota pro ženy je mezi 20 až 24, pro muže od 21 do 25.

Narušené vnímání vlastního těla je způsobeno strachem z tloušťky. Dívky sledují některé své tělesné partie, které jim připadají tlusté, a nadhodnocují jejich proporce, a tím strach z tloušťky ještě více sílí. Následkem toho je vnímání vlastního těla více zkreslené, svoji postavu hodnotí jako tlustou, i když tento názor jejich sociální okolí nesdílí (Krch, 2002).

Anorektičky se snaží zhubnout i přes nízkou tělesnou hmotnost, odmítají příjem potravy a lžou, pokud je někdo z okolí nutí jíst, např. vymlouvají se, že už jedly v restauraci, nebo ve škole. Často dochází mezi anorektičkami a rodinou, či jinou osobou, k hádkám. Někdy se stává, že se nemocné dívky nadměrně zajímají o jídlo, tzn., že ostatním členům rodiny jídlo chystají, rády vaří. Lze říci, že anorektičky tímto způsobem získávají pocit, že jí prostřednictvím jiné osoby (Kranzová, Maloney, 1997).

Dívky trpící mentální anorexií si často představují, že jídlo, kontrola nad jídlem a redukční diety jsou to jediné, co mohou ve svém životě ovládat. Ve svém osobním životě si připadají často neúspěšné. Jedině hubnutí a hladovění jim dává pocit, že směřují k dokonalosti (Krch, 2002).

Většina lidí ví, že prostřednictvím diet a hubnutí nevyřeší problémy v rodině, v zaměstnání, ve škole či mezi přáteli. Nutno ale zdůraznit, že anorektička tento pocit má. Přičemž postupem času ona sama tyto problémy odsunuje, prioritou je pro ni jen redukce tělesné hmotnosti.

Zpočátku onemocnění dívky a ženy uvádí velký přísun energie, cítí se být svěží. Často se cítí nadřazeny ostatním lidem v okolí, ostatní lidi považují za slabé, protože musí jíst, přičemž ony se dokáží ovládat v oblasti jídla (Kranzová, Maloney, 1997).

Postupem času se nemocné dívky či ženy snaží izolovat od svého sociálního okolí. Mentální anorexii doprovází mnoho psychických obtíží - anorektičky jsou často podrážděné, vztahovačné, úzkostné a přecitlivělé, též se u nich zvyšuje únavnost (Málková, Krch, 2001).

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku od 13 do 20 let. Anorexie se však objevila i u dvanáctiletého děvčete či čtyřicetileté ženy (Krch, 1999).

Pokud začátek nemoci začne již před počátkem puberty, mohou být pozastaveny fyziologické pubertální projevy, a to může zpozdit, nebo zastavit růst dítěte. U dívek se zastaví růst prsou, u chlapců zůstávají dětské genitálie. Po vrácení se k normě tělesné hmotnosti pokračuje tělesný vývoj dál. Růst kostí se však může zcela zastavit. Podvýživa v dětství může mít trvalé následky (Krch, 2002).

2.2 Mentální bulimie

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.”(Krch, 1999, s. 17)

Stejně jako u mentální anorexie, vymezuje 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí určité diagnostické zásady, které uvádí ve své publikaci Krch (2002):

- epizody přejídání, které se opakují nejméně 2 x týdně po dobu 3 měsíců, pro které je charakteristická konzumace velkého množství jídla v krátkém časovém úseku
- patologická kontrola tělesné hmotnosti, kterou kromě užívání léků, projímadel, vyvolaného zvracení také provází nadměrné cvičení a opakující se hladovky
- chorobný strach z tloušťky
- žádostivost po jídle, neustálé zabývání se jídlem...

Rozeznáváme dva specifické typy:

- **purgativní typ**, pro který je typické zneužívání laxativ a diuretik a provázené zvracením

nepurgativní typ, který je typický dodržováním přísných diet, úplných hladovek, případně intenzivního fyzického cvičení, ale nepreferuje pravidelné purgativní metody (Krch, 1999)

Mentální bulimie má některé znaky společné s mentální anorexií. (viz kapitola číslo 2.1.). Anorektičky na rozdíl od bulimiček dokáží nejíst nebo redukovat příjem potravy více intenzivně a dlouhodobě. Bulimička však po určité době nezvládá tzv. hladovku a nají se více než by chtěla - vnímá to jako velkou osobní prohru. Zpočátku se to

obvykle snaží kompenzovat další dietou, přísnější než předtím. Později však přichází na účinnější prostředky, jak jíst a nepřibrat: pročišťování (zvracení), nebo využívá jiných prostředků, např. nadměrný pohyb, projímadla, zneužívá nebezpečné léky (diuretika, anorektika). Přejedením ztrácí bulimička kontrolu nad jídlem, když se vyvrací, nebo využije jiného prostředku, ztracenou kontrolu znovu nachází (Krch, 2000).

Bulimičky si ve srovnání s anorektičkami připadají neúspěšné, a proto trpí pocity viny z přejedení, výčitkami svědomí a depresemi. (Málková, Krch 2001). U bulimiček tělesná hmotnost a proporce ovlivňují sebehodnocení a sebevědomí (Cohn, Hall, 2003).

Nemocné mají často během záchvatu přejedení pocit, že ztrácí kontrolu nad jídlem, že nemohou přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jí (Krch, 1999).

Důvody bulimických záchvatů se opakují, rozlišují se vnější a vnitřní důvody přejedení. Mezi vnější důvody zařazujeme snadný přístup k potravinám, nevhodné stolování, jídelní a denní režim, také hádky s rodiči, partnerem. Z vnitřních důvodů to jsou na prvním místě hlad, poté myšlenky na jídlo, pocit tloušťky, změnu na váze. Důležitým spouštěčem přejedení mohou být i negativní nálady – např. úzkost, deprese, pocit osamělosti a vzteku (Krch, 2000).

Záchvat může trvat několik hodin, ale i několik dní. Někteří pacienti jí svá oblíbená jídla, jiní jí taková jídla, kterým se normálně vyhýbají. Většinou jde ale o jídla sladká, vysoce kalorická, tučná. Často se stává, že nemocný se přejedení brání. Snaží se před sebou jídlo schovávat, znehodnocovat, ale jakmile cítí potřebu přejíst se, je schopen si jídlo sehnat za jakékoliv situace.

Bulimičky, stejně jako anorektičky, své iracionální chování v souvislosti s jídlem tají. U bulimičky je však mnohem těžší objevit tuto poruchu. Jejich tělesná hmotnost je oproti hmotnosti anorektičky v normě. Často trpí tzv. jojo syndromem, tzn., že jejich tělesná hmotnost se pohybuje v rozpětí 2, 4, 6 kilogramů.

Bulimičky jsou často úspěšné v zaměstnání i ve studiu, jsou i společensky uznávané. V jejich zevnějšku, ani v jejich chování nemusí být patrné, že by trpěly nějakou poruchou.

Jak uvádí Málková, Krch (2001), mentální anorexie má mnohem větší publicitu, její průběh je drastičtější a porucha je viditelná. Mentální bulimie je naproti tomu mnohem rozšířenější.

Nemocní bulimií se za své chování stydí. Často uvádějí, že se cítí jako dvě osobnosti – jedna chce přejídání a zvracení zanechat a být zdravá, zatímco druhá chce úplný opak. (Cohn, Hall, 2003).

Pacienti mohou mít v období, kdy se nepřejídají, také tzv. uvolněné jídelní návyky, nebo se snaží držet přísné diety.

2.3 Další typy PPP

Záchvatovitá psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání je charakterizováno záchvaty přejídání „binges“, které udává v současnosti každá pátá žena, ale s lišícím se významem. Záchvaty přejídání se od prostého přejídání liší následujícími rozdíly:

- konzumace většího množství jídla obvykle do 2 hodin, než je pro většinu zdravé populace normální
- pocit ztráty kontroly nad jídlem – v podstatě se jedná o situaci, kdy jsou chvíle příjemné chuti střídány s pocitem znechucení, studu a dysforie. Je dokázáno, že ženy s bulimií jedí až 2 x rychleji než normální ženy. Jsou známy i případy, kdy takto nemocní lidé dojídají vyhozené zbytky a dělají tak to, co sami považují za ponižující a ostudné. (Papežová, 2003)

V podstatě se jedná o poruchu, psychické pohnutí, kterým trpí převážně ženy, kdy se celý jejich den (stejně jako tomu je i u anorektiček či bulimiček) točí převážně kolem jídla, ale po pozření stravy nedochází k následné kompenzaci v podobě zvracení, aplikací projímadel, diuretik apod. Jedna z publikovaných definic je, že v osobě se neustále zmítá strach, pocity viny střídá očekávání a potěšení. Těší se na jídlo, ale po jeho konzumaci se cítí provinile, protože snědla něco sladkého nebo kalorického, bojí se, že se přestane ovládat a bude mít záchvat přejídání. (www.anorexie.czechian.net)

Problémem je většinou strach spojený s obavami, že nedokáží přestat, jakmile začnou jíst a následné výčitky svědomí. Tento stav je často doprovázen pocity méněcennosti, frustrace a ztrátou sebekontroly. (Ulrichová, 2007)

Symptom nočního přejídání

„V roce 1990 se noční pití a přejídání dostalo do klasifikace poruch spánku jako samostatný problém, bez dalších psychických či zdravotních problémů. Popis obtíží se

mění v různých kulturách, je třeba přihlédnout k časovým zvyklostem v čase jídel (např. ve Středomoří většina lidí večeří po půl deváté).“ (Papežová, 2003, s. 18)

Tento symptom je velmi častý u jedinců s normální váhou, vede však k obezitě, neboť se jedná o opakované vyjídání ledničky v pozdních nočních hodinách. Tento stav se podobá bulimistickým záchvatům. Jedná se o spánkovou poruchu, kterou trpí zejména úzkostlivější a depresivnější typy lidí.

Nové typy poruch příjmu potravy

Ortorexie, bigorexie a drunkorexie jsou relativně novými typy poruch příjmu potravy, které jsou ve své extrémní podobě stejně nebezpečné jako mentální anorexie, bulimie či psychogenní přejídání.([www. pppifo.cz](http://www.pppifo.cz))

Ortorexie

Jedná se o patologickou posedlost zdravou výživou, slovo se skládá ze dvou řeckých slov „ortos“ - správný a „orexis“ - chuť. Tato porucha se projevuje tak, že se u nemocného z počáteční orientace na zdravou stravu, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí, stává posedlost a hlavní náplň času. Roste strach z nezdravého jídla, zdravé jídlo je podrobováno stále většímu zkoumání a i to postupně přestává být dost zdravé, tedy bezpečné. Jídelníček se tak zužuje na minimum, nemocný ztrácí na tělesné hmotnosti a trpí podvýživou. Navíc musí na jídlo podobně jako při mentální anorexii velmi často myslet, trápí ho úzkosti a deprese, které vedou k pocitu osamění a skutečné izolaci. Častěji se tento problém vyskytuje u žen, i když v menší míře, než je tomu u mentální anorexie či bulimie.([www. pppifo.cz](http://www.pppifo.cz))

Nemocní ortorexií jsou radikálními odpůrci uměle hnojených, geneticky upravovaných potravin bez použití chemických konzervantů a barviv, výhradně se orientují na bio-potraviny ze specializovaných obchodů. Patologické je na tom extrémní odmítání všeho ostatního, nikoliv samotná myšlenka, že by mělo být jídlo maximálně přírodní a tedy zdravější. Seznam povolených potravin se však dále časem zužuje, ani bio-potraviny nemusejí být přeci bezpečné, záleží na tom, kdo je vyrobil, jestli skutečně dodržel všechny bio-postupy, jestli potraviny nekontaminoval znečištěný vzduch. Zároveň s tím se nezdravé potraviny mění v jedy, kterými by se nemocný po jejich požití jistě otrávil nebo by určitě vážně onemocněl.([www. pppifo.cz](http://www.pppifo.cz))

Označení ortorexie použil pro označení fanatického zaujetí zdravou výživou poprvé americký lékař Steven Bratman ve své knize Healthfood Junkies. Původně totiž

sám založil komunitu lidí, kteří se zabývali zdravou výživou, ovšem časem zjistil, že přehnané zabývání se zdravým jídlem vede k extrémním změnám ve stravovacích návycích pod vlivem obsesivních omezení se značnými negativními důsledky na tělesné i psychické zdraví a sám komunitu rozpustil. (www.pppinfo.cz)

Bigorexie

Zabývá se naopak převážně tělesnými proporcemi ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem. Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti, svých tělesných proporcí. V odborné literatuře se o této duševní poruše píše také jako o variantě dysmorfofobie (nadměrné zaobírání se domnělým defektem vzhledu u běžně vyhlížející osoby) nebo ji lze nalézt pod označením „Adonisův komplex“. (www.pppinfo.cz)

Bigorektici si připadají slabí. Nedostatečné svalové vyvinutí je trápí, a proto jsou ochotni pro dosažení vzhledu z kulturistických časopisů nebo akčních filmů udělat opravdu hodně. Často jsou závislí na posilování, zneužívají zejména bílkovinné potravinové doplňky a látky, které podporují svalový růst a ovlivňují metabolismus. (www.pppinfo.cz)

Mezi hlavní rizika této poruchy patří tzv. „overuse syndrom“ - poškození pohybového aparátu dlouhodobým přetěžováním. Naprosto nevyváženou stravou a nadužíváním ergogenických prostředků (doplňky, obsahující vysoké množství bílkovin a aminokyselin) bývá také přetěžovaný trávicí systém, ledviny a játra. Bigorektici trpívají nadváhou, ke které se dopracují záměrně vysokým příjmem energie kvůli svalovému růstu. Podstatné riziko hlavně pro duševní zdraví přináší sociální izolace, podobně jako u jiných závislostí i zde ztrácejí nemocní společná témata s ostatními lidmi, před společenskými kontakty dávají přednost fitcentru. Do psychických problémů se mohou bigorektici dostat také kvůli nedostatku financí (fitcentra, strava i potravinové doplňky představují velké výdaje a zároveň dochází k problémům či ztrátě zaměstnání). (www.pppinfo.cz)

Drunkorexie

Označuje opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu. Tato posedlost vychází z faktu, že alkohol, zejména tvrdý, je poměrně kalorický. Opět tu hraje hlavní roli nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze. Drunkorexie také zahrnuje cílené zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji.

Tato porucha se týká více žen, i když ani muži nejsou výjimkou. Statistiky v americké populaci říkají, že 30% dívek ve věku 18-24 let vynechává jídlo, aby mohly pít více alkohol. Hlavní nebezpečí takového chování spočívá v tom, že bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává mnohem rychleji, do jater se může dostat za méně než 15 minut. Účinek alkoholu je silnější a také mnohem nebezpečnější. Tělo ho hůře vstřebává, navíc ho dostane často ve vyšší dávce. Po fyzické stránce je také velmi nebezpečné míchat alkohol s energy-drinkem. Po této kombinaci dochází k razantnímu zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, zároveň ke snížení schopnosti vnímat únavu, nejen lidé se srdeční vadou nebo hypertenzí jsou ohroženi kolapsem, existuje již řada případů náhlého úmrtí.(www.pppifo.cz)

Psychiku ohrožuje drunkorexie podobně jako jiná porucha příjmu potravy. Nemocní zažívají úzkost při snaze kontrolovat své proporce. Jsou nespokojeni, protože se to nedaří podle jejich naprosto nereálných představ, trpí depresemi z množství vypitého alkoholu a často i snědeného jídla (v opilosti či v kocovině se nemocní prostě dojí). Nemocný člověk postupně strádá také společensky. Opakovaná podrážděnost z hladu či rychlé opilosti z pití nalačno výrazně snižují společenskou atraktivitu a mohou vést k pocitům odcizení, osamělosti a izolace.(www.pppinfo.cz)

2.4 Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci

Poruchy příjmu potravy jsou typickou poruchou období dospívání, i když počátek vzniku mentální anorexie bývá často přítomen již před 14 rokem života. U časného počátku poruchy je tedy třeba vždy počítat s možnými komplikacemi, co nejrychleji vyhledat lékaře a snažit se zabránit nejdramatičtějším následkům nedostatečné výživy (dehydratace, zástava tělesného růstu). Příznaky anorexie byly zaznamenány už u dětí mladších 10 let. (Krch, 2002)

V dětském věku ovlivňuje vznik těchto poruch řada faktorů (individuální, společenské, rodinné) a rovněž tak vzájemná propojenost a potenciálnost psychických a tělesných obtíží. Z počátku si rodiče nejprve stěžují na špatné stravovací návyky svého dítěte, na jeho vybíravost v jídle, případně úplnou nechuť cokoliv sníst. Přičemž děti

nejčastěji argumentují tím, že nemají hlad, že když něco sní, bude jim určitě špatně, často udávají po jídle bolesti břicha. (Ulrichová, 2007)

Ve chvíli, kdy samy začnou nepřiměřeně vnímat svojí váhu, postavu, můžeme začít mluvit o mentální anorexii u dětí. (www.rodina.cz)

Rozdíly mezi časným (do 14let) a pozdějším začátkem anorexie (Krch, 2002):

- Menší tukové zásoby – rychlejší nástup zdravotních obtíží, vyšší riziko dehydratace
- Omezení potravy vede k rychlejšímu a výraznějšímu vzniku vyhublosti
- Možnost zastavení tělesného růstu, nástupu puberty a zpomalení sexuálního dozrávání
- Mentální bulimie začíná před 14. rokem života jen velmi vzácně, mezi mladšími pacienty jsou relativně více zastoupeni chlapci
- Větší důslednost v dodržování osobních dietních pravidel. Děti se méně často přejídají, zvrací či užívají projímadla.
- Na domluvy a snahu vykrmit je reagují mladší pacienti často dramatičtější odporem, jsou útoční, agresivní anebo se naopak chovají jako, malé děti“
- U dětí je léčba velmi obtížná, často nespolupracují (cíl léčby často nechápou), vykrmování pociťují velmi úkorně
- Častý výskyt depresivních příznaků
- Konflikty v rodině mohou vést k obviňování rodičů mezi sebou, rodiče se často cítí provinile, obvykle ustupují konfliktům s dítětem. Zájem rodiny se stále více soustřeďuje na problematiku dítě, ostatní sourozenci zůstávají stranou
- Do léčby vždy zapojit rodiče, kteří by měli zajistit kontrolu nad tím, jak jejich dítě přijímá stravu a tekutiny
- Vyšší riziko výrazného narušení psychosociálního zrání dítěte.

Nemocné dítě je ve věku, kdy se formuje jeho osobnost, utváří si představu o okolním světě, vytváří si sociální návyky a pracovní zvyklosti. Velké riziko představuje pro takovéto dítě jednostranná zkušenost s jeho postavením v rodině – stává se středem pozornosti celé rodiny, nadměrně se soustřeďuje sám na sebe a svoje pocity, přestává nacházet uspokojení v běžných aktivitách a postrádá normální kontakt s vrstevníky. (Krch, 2000)

U dětí se můžeme setkat ještě s celou řadou dalších jídelních problémů a poruch. **Ztráta chuti k jídlu v souvislosti s nějakým zdravotním problémem**, s depresí, s úzkostí, ale také ve spojitosti s nevhodnými jídelními návyky dítěte a jeho rodiny.

Je důležité, aby dítě mělo zajištěn pravidelný jídelní režim. Není příliš vhodné nechávat na dítěti, aby si jedlo pouze, když ono chce. Rodiče by měli dbát také na skladbu jídelníčku a nenechávat výběr potravin pouze na dítěti. Některé takto vybíravé děti jedí pak pouze to, co jim chutná (chipsy, sladkosti, sušenky...). Dříve či později začnou odmítat některá běžná jídla a budou upřednostňovat svoje oblíbené pamlsky. Jejich problém nebývá potom podvýživa, protože preferovaná jídla jsou naopak energeticky velmi vydatná. Mohou mít drobné zdravotní obtíže, které rychle ustoupí, když rozšíří svůj jídelníček.(Krch, 2002)

Závažnější poruchou je **emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu**. Dítě udává různé důvody, proč nejí (strach, že mu bude špatně, strach z nákazy, udušení). Výsledky této poruchy bývají při léčbě úspěšnější než v případech mentální anorexie.

Léčba mentální anorexie u dětí je ovlivněna větším rizikem zdravotního ohrožení a je závislá na věku nemocného dítěte a jeho skutečných možnostech spolupráce. Více se klade důraz na spolupráci s rodiči, se školou, s vrstevníky. Důležité je zbavit rodiče pocitu provinění za problém dítěte a přimět je ke vzájemné spolupráci a spojení v boji s anorexií.(Krch, 2002)

Hospitalizace je u dětí do 14 let doporučována v následujících případech:

- Váhový úbytek více než 25% optimální tělesné váhy
- Dehydratace
- Známky oběhového selhávání (pomalý tep, nízký krevní tlak)
- Přetrvávající zvracení nebo zvracení krve
- Těžká deprese a sebevražedné chování (Krch, 2002)

3 PŘÍČINY, PŘÍZNAKY A NÁSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

3.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Existuje mnoho hypotéz, teorií a dohadů příčin poruch příjmu potravy. Odborníci se shodují, že na vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy se podílí celá řada různých faktorů (Krch, 2000).

Většina autorů dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy (Krch, 1999).

Krch (1999) mezi tyto faktory řadí následující:

- biologické faktory
- osobnost a psychologické faktory
- rodinné okolnosti a genetické faktory
- emocionální faktory
- sociokulturní faktory
- životní události

3.1.1 Biologické faktory

„Proč je mentální anorexie a bulimie typickým onemocněním dospívajících dívek? Stačí být ženou, a riziko poruchy příjmu potravy je nejméně desetkrát větší.” (Málková, Krch, 2001, s. 77)

Pro ženu hraje tělo a jeho proporce důležitější roli než tělo pro muže. K velice dramatickým změnám dochází u ženy v období puberty a adolescence. Dochází k růstu tělesné hmotnosti a k přibývání tělesného tuku. Ženy, ve srovnání s muži, mají mnohem větší tendenci tloustnout (Krch, 2000).

S rostoucí hmotností roste riziko, že dívka je nespokojena se svou postavou, a tím hrozí nebezpečí redukčních diet, které úzce souvisí nejen s mentální anorexií, ale i s mentální bulimií (Krch, 1999).

Již u dvanáctiletých dívek lze pozorovat, že jsou úzkostnější v oblasti své postavy a cítí se být ohroženy nadváhou (Krch, 2002).

Vzhled má pro ženu velice důležitou roli. V souvislosti s ženským pohlavím souvisí i společenské a kulturní požadavky na ženskou roli, a to může být jeden z dalších rizikových faktorů.

Typickým obdobím vzniku mentální anorexie je puberta, u mentální bulimie je to období adolescence, významnou roli hraje i adaptace na dospívání. Puberta a adolescence jsou pro některé jedince velice náročná období, v kterých se dívky často podceňují, mají nízké sebevědomí. Riziko těchto období v souvislosti s poruchami příjmu potravy hrozí podobou negativních emocí. Často se stává, že dívka je úzkostná, má labilní nálady, je podrážděná. Její nespokojenost může vyústit ve snahu zlepšit svůj vzhled pomocí redukčních diet (Krch, 1999).

„S dospíváním je spojen i problém přijetí sexuální role, prvních sexuálních zkušeností a dosažení autonomie (separace od rodiny).” (Krch, 1999, s. 64)

3.1.2 Osobnost a psychologické faktory

U pacientek, které trpí mentální anorexií či mentální bulimií bývají rozdíly v osobnostní charakteristice.

Dívky s poruchou příjmu potravy se vyznačují tím, že na sebe a okolí kladou příliš velké nároky, jsou nadměrně kritické k vlastní osobě, často se podceňují, mají vnitřní neklid, nízké sebehodnocení a trpí nadměrnou sebekontrolou. (Cohn, Hall 2003)

Anorektičky jsou často úzkostné, jsou zaměřené na úspěch, perfekcionistické, snaží se o dokonalost, které nikdy nemohou dosáhnout. Ve společnosti se chovají nenápadně, respektují společenské, etické, rodičovské hodnoty a normy. Naproti tomu bulimičky jsou obvykle emocionálně labilnější, impulsivnější, depresivní. Často mají tendenci k sebepoškození (Kocourková, Koutek in Jana Sladká-Ševčíková, 2003).

3.1.3 Rodinné okolnosti a genetické faktory

Důležitým problémem v rodině s anorektickým či bulimickým dítětem představuje komunikace, a to jak její formální znaky, tak i její obsah (Kocourková, Koutek in Jana Sladká-Ševčíková, 2003).

Byly detailně popsány rodiny s anorektickým dítětem, kde je dítě charakterizováno jako rigidní, tzn. málo přizpůsobivé, obtížně vyjadřující své emoce, vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím (Krch, 1999).

Většina lidí trpících bulimií pochází z rodin, kde nejsou dostatečně plněny emoční, duchovní nebo fyzické potřeby. V těchto rodinách se můžeme setkat s alkoholiky, depresí, zneužíváním drog a s poruchou příjmu potravy (Cohn, Hall, 2003).

Ve většině klinických studií se pohybuje výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3-10%. V rodinách, kde matka trpí nebo trpěla, poruchou příjmu potravy se vyskytují čtyřikrát až pětkrát častěji než v obvyklé populaci (Krch, 1999).

V rodinách pacientek s poruchou příjmu potravy se můžeme častěji setkat s dietami, obezitou, posedlostí zdravou výživou (Krch, 1999).

„Dosud nebylo potvrzeno, že by existovala nějaká typická anorektická nebo bulimická rodina.” (Krch, 2000, s. 26).

3.1.4 Emocionální faktory

„U pacientek s mentální anorexií a bulimií se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky.” (Krch, 1999, s. 69)

Dívky mají často negativní nálady, a to může způsobit, že začnou držet diety, nebo může začít cyklus přejídání a pročišťování. Také často trpí nedůvěrou ve vlastní pocity. Depresivní nálady mohou být jak skrytou příčinou poruchy příjmu potravy, ale často i důsledkem (Krch, 1999).

3.1.5 Sociokulturní faktory

„Módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty. Ti pak ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a k úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti.” (Krch, 1999, s. 58)

Ideál krásy ženy se v různých dobách měnil. Počátkem sedmdesátých let 20. století se stala ideálem anorektická modelka Twiggy (míry 81-56-81), která vážila 41 kg při 170 cm výšky. Ale bohužel i v posledních desetiletích je tento ideál krásy štíhlé postavy stále uznávaný, a to traumatizuje velký počet dívek. Vývoj tohoto ideálu se již pozastavuje,

ale tato „štíhlost“ je i nadále ideálem spousty žen. Většina z nich trpí pocity nadváhy, nebo je jinak nespokojena se svým tělem. Následně poté drží různé redukční diety (Málková, Krch, 2002).

Krch (2000) mimo jiné uvádí, že v USA a Kanadě má ve 13 letech osobní zkušenost s dietami 80% procent dívek a 10% chlapců. V ČR drží diety asi 20% šestnáctiletých dívek a kolem 60 % děvčat se o ni už někdy pokoušelo.

V západních zemích, ale i u nás, je přeceňováno nebezpečí obezity, obézní jsou popisováni jako líní, hloupí a oškliví. Strach z tloušťky se tímto faktem mnohonásobně zvyšuje.

Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s přirozeností lidského těla, ale oslabují sebedůvěru mladých žen a dívek, které mají následně nerealistické cíle a nevhodné vzory vůči svým postavám (Krch, 1999).

Média mají v naší společnosti velký vliv. Jsme obklopeni různými časopisy, reklamami, televizí. Většina masmédií tlumočí, že žena má být štíhlá, hezká, svůdná a smyslná. Je ironií, že některé herečky, zpěvačky, modelky, které jsou reprezentovány jako štíhlé, šťastné a zdravé, samy trpí poruchou příjmu potravy, např. Naomi Campbell (Cohn, Hall, 2003).

Poruchy příjmu potravy se neustále mění a vyvíjí. Jejich kulturní a sociální podmíněnost je nesporná. (Krch, 1999).

3.1.6 Životní události

U bulimických pacientů mohou být první epizody s přejedením a vyprazdňováním (zvracením) spojovány s konkrétními událostmi, např. odchod z domova, uzavření sňatku, úmrtí někoho blízkého, rozchod s partnerem (Cohn, Hall, 2003).

Některé výzkumy uvedly, že příčinou může být sexuální zneužití. Přímý vztah mezi pohlavním zneužitím nebo jinými traumatickými zážitky a následným rozvojem poruch příjmu potravy nebyl dosud prokázán (Krch, 1999).

„Ve srovnání s běžnou populací žen bývá poměr pohlavního zneužití u pacientek s poruchami příjmu potravy vyšší.“ (Krch, 1999, s. 108)

Těžká životní zkušenost může, ale nemusí, být spouštěčem poruchy příjmu potravy (Krch, 1999).

3.2 Příznaky poruch příjmu potravy

Nemocní s poruchami příjmu potravy tvoří velmi početnou a různorodou skupinu, je stále obtížnější je charakterizovat (Krčh, 2002).

3.2.1 Příznaky mentální anorexie

Pacienti s touto poruchou mají nezvladatelnou touhu zhubnout. Hlavním znakem nemoci je pokřivený obraz vnímání sebe samého. Anorektičky se nejsou schopny smířit se svou váhou a zaměřují se na drastické diety a až hyperaktivně se věnují sportu. Pohybovou aktivitou se snaží krom spalování kalorií zahnat i pocity hladu, kterým trpí.

Anorexie má někdy tendenci přejít do bulimie. Nastane období, kdy pacient neodolá a podlehne záchvatu přejedení, aby získal opět kontrolu nad svým tělem, vyvolává zvracení, začne užívat projímadla či léky pro potlačení chuti k jídlu. Rozdíl mezi anorexií a bulimií je v jejich podstatě. Zatímco bulimička v zásadě žije proto, aby se přejídala a následně zvracela, anorektička má tyto stavy jen příležitostně. (Krčh, 2000)

Jak rozpoznat mentální anorexii:

- Mění se jídelníček (na začátku vynechávají pacienti sladkosti, tučná jídla, energeticky příliš vydatná jídla, dále bílé pečivo, knedlíky, maso...až nakonec zbývají dietní „light“ potraviny).
- Mění se jídelní režim, jídelní změny jsou dodržovány se stále větší důsledností (přibývá výmluv a podvodů kolem jídla), anorektičky ráno uvádí, že nejsou zvyklé jíst, nebo že nemají čas a večer jsou už většinou po večeři.
- Úzkostlivé srovnávání s ostatními u jídla (často hodně žvýkají, kouří a uždibují)
- Změna jídelního tempa a chování (jedí velmi pomalu, v jídle se nimrají, dlouho si je prohlížejí, vybírají, co nesnědí, potraviny si dělí na miniaturní kousíčky, jídlo jim trvá tak dlouho, že se pak opravdu nestihnou najíst, trvají na tom, že si musí jídlo vychutnat nebo jíst v klidu).
- Mění se jejich chutě (někdy hodně solí, pijí kávu, snadno se jim udělá po něčem špatně)
- Hodně pijí – zapíjejí tak hlad, jindy nepijí skoro vůbec, až jsou ohroženy dehydratací.

- Vyhýbají se jídlu ve společnosti, když jedí, vypadají napjatě, strnule a vyděšeně, snadno se cítí přejedené a mluví o tom, kolik toho snědly.
- Často vzrůstá jejich aktivita, neustále někde pobíhají, mají potřebu něco dělat, chtějí si „dát do těla“ – dokážou mnohdy chodit mnohakilometrové vzdálenosti pěšky, posilovat několik hodin vkuse...s rostoucí podvýživou může přijít únava, apatie a vyčerpání.
- Příliš se zabývají svojí postavou a tělesnou hmotností, postávají před zrcadlem a neustále se váží nebo naopak se váže ze strachu vyhýbají, nosí volné oblečení či naopak upnuté, které umožňuje předvádět jejich plochou vyhublou postavu.
- Objevují se první zdravotní obtíže, jako jsou zácpa, poruchy menstruačního cyklu, zimomřivost, vypadávání vlasů, kazí se jim pleť a po těle se objevují jemné chloupky.
- První zhubnutí je zpravidla spojeno se vzrůstem sebevědomí a zlepšení nálady. V této době bývají nemocní velmi aktivní a společenští. Postupně se však soustředují stále více na sebe, svoje tělo a jídlo.
- Začínají se vyhýbat přátelům i rodině, uzavírají se do sebe. Vzrůstá jejich přecitlivělost a podrážděnost, zhoršuje se jim nálada
- Na tlak donutit je jíst reagují anorektičky většinou kategorickým odporem. Vyhrožují, emočně vydírají a na každý argument mají svoje protiargumenty. Dokážou hodiny mluvit o tom, jak se cítí nafouklé, probírat jídelníček a svoje pocity. Když jsou nuceny jíst, snaží se podvádět. Někdy podvádějí také proto, aby „uklidnili“ rodiče. (Krčh, 2002)

3.2.2 Příznaky mentální bulimie

Mnoho bulimických pacientů uvádí počátky své nemoci v mentální anorexii. Je tomu tak právě díky podobnosti těchto onemocnění. Neustálé kontrolování se v jídle je otázkou velkého sebezapření. Pokud dojde k tomu, že je pacient trpící mentální anorexií donucen k jídlu (nebo se sám neovládne a sní jídlo), po kterém ve svých očích musí nutně přibrat, zpanikaří. Cítí zoufalou ztrátu kontroly nad jídlem a jeho přirozená reakce je tedy vyzvrátit ho. Pokud k tomuto procesu „selhání“ dochází opakovaně, velice snadno se stane, že pacient nalezne nový prostředek ke kontrole své hmotnosti – zvracení kombinované se záchvaty přejídání. Z mentální anorexie se stává mentální bulimie (Krčh, 2002).

Opakují se epizody záchvatovitého přejídání (alespoň dvakrát týdně), pro které jsou typické následující znaky:

- Konzumace mnohem většího množství jídla, než by většina lidí dokázala sníst za stejnou dobu
- Pocit ztráty kontroly nad jídlem (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím)
- Opakující se nepřiměřená snaha zabránit zvýšení hmotnosti (například vyvolané zvracení, zneužívání projímadel, diuretik, hladovka a cvičení v nadměrné míře)
- Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti (www.anorexie.czechian.net).

Mentální bulimie významně narušuje psychickou pohodu postižených, jejich společenský a rodinný život. To, co mělo sloužit k získání například vyššího sebehodnocení (vyhublost), má ve svých dlouhodobých důsledcích zcela opačný efekt - možnosti seberealizace jsou stále omezenější a sebevědomí se prudce snižuje. Po prvotním uspokojení z poklesu tělesné hmotnosti se běžně objevují různé příznaky deprese a úzkosti, které však většinou mizí, když se postiženým podaří znovu získat kontrolu nad příjmem potravy (normálně jíst, ne hubnout). Lidé s touto poruchou touží po jídle, i když nemají hlad. Typem nutkavého jídla jsou až orgie v přejídání, kdy člověk sní v krátké době obrovské množství jídla. Přitom nemá pocit sytosti a při jídle se nedokáže ovládnout. Takoví lidé stráví mnoho času plánováním jídelníčku, nakupováním potravin. Za svou nenasytost se ovšem stydí, mívají pocity viny, a proto jedí většinou tajně (www.anorexie.czechien.net).

Nemocní trpící mentální bulimií mohou mít váhu normální. Opakované zvracení vyvolává únavu, kazivost zubů, trvalé bolesti v krku, bolesti břicha, nadýmání, poruchy trávení a poruchy látkové výměny. Zneužití projímadel může porušit činnost svalů ve stěnách střev a vést k chronické zácpě. Mohou nastat i poruchy z nedostatku tekutin, elektrolytů a nutričních látek, především minerálů a vitamínů. Lidé s nutkavou touhou po jídle dávají často přednost moučné stravě s vysokým obsahem cukru, po níž hladina krevního cukru rychle stoupá. Slinivka na to reaguje zvýšenou tvorbou inzulinu, který může naopak vyvolat pokles hladiny cukru v krvi. To však jako v bludném kruhu opět vzbuzuje touhu po dalším jídle. Většina bulimických pacientů se uchyluje k jídlu v

důsledku stresu, proto je vhodnější zvládat stres jinými způsoby, než jídlem např. aromatická koupel, masáž, ruční domácí práce.([www. anorexie.czechien.net](http://www.anorexie.czechien.net))

3.3 Následky poruch příjmu potravy

3.3.1 Následky mentální anorexie

Následky mentální anorexie jsou individuální. Jejich závažnost závisí především na tom, v jaké míře a intenzitě nemoc u pacientky propukla a na stupni její podvážky. Nemoc se může obejít bez dlouhodobých následků, může se však stát pro pacientku i smrtelnou. Jako kritický bývá uváděn váhový úbytek vyšší než 25% původní hmotnosti.

V případě ztráty jedné třetiny tělesné hmotnosti dochází zpravidla u osob, které nebyly před začátkem mentální anorexie obézní, k úmrtí. Obecně se uvádí, že třetina anorektických pacientek zemře. Další třetina se zcela vyléčí a třetina bude celoživotně držet diety a hlídat si svůj jídelníček (Krch, 2002).

Následky mentální anorexie lze rozdělit do dvou hlavních kategorií. Jedná se o následky zdravotní a psychosociální.

Zdravotní následky mentální anorexie:

Nedostatečná výživa a vyhublost jsou příčinou nejrozumnějších zdravotních problémů. Těmi jsou dle Krcha (1999, 2002) především:

- zvýšená citlivost na chlad, nebezpečí podchlazení
- suchá, zažloutlá praskající plet', zvýšený růst ochlupení po celém těle, vypadávání vlasů, které jsou suché, řídké a lámou se. Mohou se vyskytovat různé vyrážky, nemocným se snadno dělají modřiny, Tenkou, šupinatou a suchou kůží se sníženým množstvím kolagenu má asi čtvrtina lidí trpících podvýživou.
- metabolické změny (zácpa v důsledku zpomalení činnosti střev), zpomalení vyprazdňování žaludku, záněty slinivky břišní, zpomalení bazálního metabolismu. Snížení hladiny draslíku způsobující nepravidelný srdeční tep. V jeho důsledku dochází k závratím, ztrátě vědomí, křečím a dalším neurologickým komplikacím.
- zvýšená kazivost zubů

- změny v kardiovaskulárním systému (chudokrevnost, nízký krevní tlak, pomalý pulz, hypoglykemie, zvýšená hladina cholesterolu v krvi). V důsledku nízkého krevního tlaku anorektické pacientky často omdlévají. Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny anorektiček. Jejich závažnost stoupá se stupněm vyhublosti. Velmi často (téměř u 90%) se vyskytují srdeční obtíže jako bradykardie (zpomalení srdeční frekvence) a arytmie. Ve vážnějších případech může dojít až k srdečnímu selhání.
- nespavost, ale i různé poruchy spánku (děsivé sny, časně probuzení), přecitlivělost na světlo a zvuky
- celková únavnost a svalová slabost. Výraznější křeče bývají spojeny s narušením vnitřní rovnováhy v důsledku zvracení a nadužívání projímadel.
- nedostatek živin poškozuje játra nedostatečnou výrobou bílkovin, také se vyskytují poruchy funkce ledvin
- pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku žaludečních vředů. Pokud pacientka využívá zvracení k redukci své hmotnosti, hrozí vdechnutí zvratků, které mohou způsobit záněty plic. Zvracení je také spojeno s otoky slinných žláz a narušením rovnováhy tělesných tekutin a solí, které zatěžují srdce a ledviny.
- nepravidelná menstruace (bylo zjištěno, že u žen vážících jen o 10% méně, než je jejich optimální tělesná hmotnost, dochází ke změnám menstruačního cyklu, které mohou zapříčinit neplodnost).
- u žen i u mužů dochází v důsledku vyhublosti ke snížení činnosti pohlavního systému a výraznému oslabení zájmu o sex
- odvápnění kostí, ty jsou tenké a křehké, v důsledku mentální anorexie může být zpomalen či zcela zastaven růst a opožděna puberta.
- oslabení močového měchýře (častější nutnost močení)
- celkové oslabení obranyschopnosti organismu
- u některých pacientů se mohou objevit poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy

Nebezpečí podvýživy a dehydratace výrazně vzrůstá s klesajícím věkem a tělesnou hmotností nemocného. Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou vždy spojeny s tělesným i psychickým utrpením a mohou skončit smrtí. Mentální anorexie vede ze všech

psychických poruch nejčastěji ke smrti. Nebezpečí úmrtí může být až 18x vyšší než u zdravých vrstevníků (Krch, 2002).

Psychosociální následky mentální anorexie:

Mentální anorexie významným způsobem narušuje také psychickou pohodu, osobní a společenský život nemocného.

Podle Krcha (2002) se jedná především o tyto následky:

- změny nálad jsou závislé na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Zpočátku bývají anorektičky velmi aktivní a živé, s postupující vyhublostí nebo naopak, když jsou donuceny jíst, je jejich nálada pokleslá, depresivní a podrážděná
- nejistota, úzkostné prožitky (i malé problémy se zdají neřešitelné)
- vzrůstá potřeba úzkostné sebekontroly, která se přenáší z jídla i na jiné oblasti života (potřeba mít vše srovnané, nutkavé uklízení.), u anorektických pacientů se často vyskytuje silná vnitřní tenze
- v myšlenkách se neustále zabývají jídlem, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké nebo naopak nechut' k jídlu, prožitky spojené s jídlem mohou být přehnaně dramatické
- koncentrace pozornosti, pracovní tempo, pohotovost chápat komplexní problémy, intelektová výkonnost se zhoršuje
- posiluje se závislost nemocného na jeho okolí, které na jeho problémy reaguje zvýšenou úzkostí a obavami. Některé anorektičky se adaptují na roli nemocného, chronického pacienta nebo duševně nemocného
snižuje se zájem o okolí (vzrůstá egocentrismus a vztahovačnost), ubývá společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím

3.3.2 Následky mentální bulimie

Bulimie a záchvatovité přejídání s sebou přináší také řadu fyzických a psychických následků, komplikací. Jako u mentální anorexie bychom je mohli rozdělit na následky zdravotní a psychosociální.

Zdravotní následky mentální bulimie:

- nepříjemný pocit plnosti, který vyvolává přejedení, někdy i akutní bolest v břišní krajině. (žaludek tlačí vzhůru na bránici, a tím překáží dýchání, může dojít

k poškození stěny žaludeční, ale i k jejímu protržení, a to vyžaduje okamžitý zákrok lékaře.

- celkové problémy zažívání (zácpa, průjem). Těmito komplikacemi mohou trpět i anorektičky, jak nebulimického, tak bulimického typu (Cooper, 1995).
- nadměrná konzumace sladkostí vedou k hypoglykémii
- závažné následky způsobuje vyvolané zvracení (dávicí reflex, který je vyvolán prstem, či různými předměty může mít za následek poranění krku a jícnu). Mezi další následky zvracení patří otoky slinných žláz, které se objevují asi u třetiny postižených.
- narušená rovnováha tělesných tekutin a solí, vzrůstá zatížení srdce a ledvin.
- hypokalémie (nízká hladina draslíku) je dalším velmi závažným problémem.
- závratě, křeče, ztráta vědomí jsou následkem těchto vážných komplikací (Krch, 2000).
- zvýšená kazivost zubů je způsobena působením žaludečních kyselin ve zvracích
- diuretika a projímadla působí negativně na organismus, snadno na ně vzniká závislost. Vyšší dávky projímadel způsobují komplikace v oblasti tlustého střeva, mohou narušit vstřebávání bílkovin a poškodit střevní stěnu (Krch, 2000).

Psychosociální následky mentální bulimie:

- u dívek trpících bulimií lze pozorovat obdobné psychosociální následky, jako u anorektických pacientů (viz kap. č. 3.3.1).
- v důsledku hladovění dochází často ke zhoršení nálad, bulimičky mají větší sklony k plačtivosti, pesimismu,
- časté touhy po přejedení, neustálé myšlenky na jídlo a vše, co s jídlem souvisí,
- snížený zájem o společnost, vytrácí se schopnost udržovat vztahy,
- snížení koncentrace a výkonnosti,
- i sebemenší problém se zdá neřešitelný, nezvladatelný,
- časté problémy s flexibilitou myšlení. (Papežová, 2003)

4 TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Léčba mentální anorexie není jednoduchá a ukazuje se velmi zdlouhavou. Jedná se o jednu z nejobtížněji léčitelných poruch. Základním předpokladem léčby je odhalení nemoci. To bývá mnohdy velice problematické. Sám nemocný si ve většině případů svou nemoc nepřipouští. A pokud ano, zásadně odmítá jakékoliv způsoby léčby. V případě smíření se s léčbou, však k prvním problémům dochází v situaci, kdy začne nemocný přibírat. Zde většinou veškerá vůle pacientů a snaha o vyléčení mizí. Nyní je nejdůležitější správná reakce okolí, které je nedílnou součástí léčby.

Častokrát však pacient svoji nemoc úspěšně skrývá před okolím velice dlouho. V mnohých rodinách si naopak rodiče nechtějí připustit, že je jejich dítě nemocné. Nebo si kvůli chybějící komunikaci v rodině, změn chování své dcery ani nevšimnou. Mentální anorexie potom bývá v těchto případech odhalena již v pokročilém stádiu nemoci, což vzhledem k silné podvaze dívky výrazně zhoršuje její šance na uzdravení (Krch, 2002).

Neexistuje pouze jediný postup v léčbě, který zaručeně vede k uzdravení. Existují různé druhy terapie. Ideální je mít možnost si s pomocí odborníka vybrat. Protože to, co je dobré pro jednoho, nemusí být dobré pro druhého.

Terapie poruch příjmu potravy by měla sledovat tři cíle (jejich následující pořadí nic nevypovídá o tom, je-li některý z nich důležitější než jiný):

1. léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží, způsobených opakovaným zvracením, zneužíváním projímadel apod.,
2. psychoterapie, která by nemocnému přinesla pochopení příčin jeho onemocnění a zejména pak úlohy, jakou v jeho současném životě onemocnění plní,
3. psychoterapie, zaměřená na změnu "špatných" jídelních návyků případně "špatného" životního stylu nemocného.

Při léčbě tělesných obtíží nejde pouze o záchranu tělesného zdraví, které je samozřejmě velmi důležité. Nemocné tělo má vliv také na psychický stav, asi nejvýraznější jsou deprese a silné pocity únavy a vlastní neschopnosti, které přicházejí jako doprovod dlouhodobé podvýživy. Dalším doprovodným příznakem nemocného těla je zvýšená labilita - náladovost, předrážděnost, neadekvátní reakce na situace, které byly dříve

zvládány v pohodě. Do třetice jsou tu poruchy spánku a soustředění. V těle dochází také k hormonálním poruchám, jejichž projevem je např. ztráta menstruace (www.idealni.cz).

Mentální anorexie i bulimie je v podstatě formou závislosti, v níž drogou je zvládání redukce hmotnosti či záchvaty přejídání. Jednou z věcí, která nemocného v jeho závislosti udržuje, je samotné „nemocné chování“. Psychoterapie „zevnitř“ je v léčbě velmi důležitá, ale nemocnému člověku je třeba pomoci také „zvenčí“ nácvikem změny jídelního režimu, zmapováním situací, v nichž se obtíže zhoršují (zvyšuje se nechutenství případně strach z tloušťky nebo se spouští záchvat přejídání). K tomu existuje řada úspěšných technik, s nimiž umí odborníci pracovat.

Při terapii je důležité:

- podporovat zodpovědnost nemocného za vlastní osobu, jeho aktivní přístup a motivaci ke změně,
- dávat nemocnému informace, související s jeho onemocněním,
- vycházet z nynější situace nemocného,
- poskytovat nemocnému podporu při náročných změnách, kterými při uzdravování prochází. (www.idealni.cz).

Léčbu poruch příjmu potravy, bychom mohli rozdělit na dva základní způsoby. Jednak je to léčba ambulantní, která se doporučuje v lehčích případech. Těžší formy onemocnění však vyžadují hospitalizaci v nemocnici, případně zajištění umělé výživy.

4.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je vhodná především pro spolupracující pacientky, které nejsou ohroženy na životě výraznou podváhou či selháváním orgánů. Doporučuje se také u nezletilých pacientů, do jejichž léčby se v rámci rodinné terapie zapojují i rodiče a sourozenci. Pacienti díky tomu získávají pocit, že na svůj problém nejsou sami a jejich návrat k „normálnímu“ životu je tak snazší. Také metody ambulantní léčby nejsou tak tvrdé jako v případě hospitalizace. Je tomu tak především díky faktu, že pacienti navštěvující odborníka ambulantně, nebývají přímo ohroženi na životě. Léčba je tedy založena spíše na plnění dlouhodobějších reálných cílů. (www.pppinfo.cz).

Důležitou součástí ambulantní léčby je, kromě poučení o správném jídelním režimu a skladbě jídelníčku, také psychoterapie. Ta je založena na důvěře a pochopení.

Mezi hlavní psychoterapeutické metody patří:

- **individuální psychoterapie**

Individuální psychoterapie probíhá formou pravidelných na sebe navazujících sezení s odborníkem.

- **rodinná psychoterapie**

Tato terapie je vhodná především pro děti a dospívající. Na léčbě se podílí celá rodina společně s psychologem. Výhodou této terapie je, že rodina se naučí správně přistupovat k nemocnému. Rodina zároveň funguje jako dozor nad jídlem pacienta a pomáhá mu zvládnout i psychickou stránku léčby. Při sezeních s psychologem je možné odhalit případné problémy v rodině, které se mohly prvotně podílet na propuknutí nemoci.

- **kognitivně-behaviorální terapie**

Cílem této terapie je vytvořit změny v postojích k jídlu a k vnímání svého tělesného schématu a sebe samé. Novější formy kognitivně behaviorální terapie pracují s motivací, terapeutickými a interpersonálními vztahy, s emočními reakcemi na ohrožení (Němečková, 2007)

- **psychoedukace pacienta i rodičů**

Psychoedukace je metoda léčby, která poskytuje pacientům informace o podstatě nemoci a její léčbě, ale také o svých emočních stavech. Cílem léčby je naučit se „zacházet“ s nemocí.

- **další psychoterapeutické přístupy**

Mezi nejčastější z nich patří především tyto: interpersonální terapie (= vztahová terapie), kognitivně analytická terapie, dialektická behaviorální terapie, psychoanalytická a psychodynamická terapie.

- **skupinová terapie**

Jedná se o sezení více pacientů, kteří pod vedením psychologa konzultují mezi sebou své problémy a pocity. Vzájemně se při léčbě podporují. Přítomnost psychologa je nutná, aby nedošlo k výměnám informací o hubnutí a dietách. Mezi skupinovou terapii lze zařadit i tzv. svépomocné skupiny. Cílem těchto skupin je pomoc pacientům při výběru vhodné terapie. Zároveň slouží jako způsob vyměňování zkušeností a zážitků pro pacienty,

kterí již léčbou prošli. Jedná se zde především o prevenci před recidivou. Narozdíl od odborně vedené skupinové terapie, zde však není přítomen psycholog. (www.anabell.cz).

- **farmakoterapie**

U poruch příjmu potravy není metodou první volby. Ve farmakoterapii jsou užívány antidepresiva, které ovlivňují depresivní a úzkostné prožitky, strach z jídla, nutkavý charakter myšlenek na jídlo. Doporučuje se podávání fluoxetinu. Dávkování je u těchto poruch vyšší než u depresivních poruch, doporučuje se postupná úprava dávky na 60 někdy až 80mg/den. Využívají se i ostatní antidepresiva této skupiny, některá z nich jsou preferovaná především pro svůj anxiolytický účinek. Pro možnost ovlivnění poruch vnímání vlastního tělesného schématu jsou podávány neuroleptika – jsou volena atypická neuroleptika pro menší výskyt vedlejších účinků. Zejména na počátku léčby bývají přechodně podávány prokinetika. Zároveň je možno zahrnout do této oblasti i hormonální léčbu, která slouží jako prevence před vznikem osteoporózy.

(Němečková, 2007)

Další možností léčby je **tzv. svépomoc**. Jedná se o léčbu vhodnou pro lehčí případy a zároveň pro pacienty, kteří si svou nemoc již plně uvědomili a opravdu se chtějí uzdravit. Probíhá formou práce se svépomocnou knihou či příručkou, která obsahuje rady jak překonat své problémy s jídlem. Pacienti zde naleznou také odborný výklad týkající se problematiky mentální anorexie, doplněný o konkrétní příběhy. Cílem těchto publikací je prostřednictvím nejrůznějších úloh a úkolů objasnit pacientovi problém mentální anorexie, naučit je správně odhadovat množství jídla a skladbu jídelníčku, naučit je mít rád své vlastní tělo (www.anabell.cz).

Tato forma léčby však mnohdy nevede k úspěchu. Kritická je především skutečnost, že pacient musí zvýšit svoji tělesnou hmotnost a to je pro ně, jak již bylo několikrát zmíněno, obrovský problém.

4.2 Hospitalizace

Závažnější případy poruch příjmu potravy je nutné léčit prostřednictvím hospitalizace v nemocnici nebo jiném středisku zaměřeném na léčbu poruch příjmu potravy. Terapie probíhá na pracovištích, jako jsou anesteziologicko-resuscitační oddělení,

metabolické jednotky či psychiatrická oddělení. Doba trvání hospitalizace se většinou pohybuje kolem dvou měsíců.

Tato metoda se uplatňuje především v případě těžké podvýživy (BMI pod 15). Vzhledem k psychice patientek však není zdaleka tou nejlepší volbou. Zaměřuje se především na zvýšení tělesné hmotnosti, a to pomocí zvýšených dávek jídla, jehož konzumace je pečlivě hlídána. Pro pacienty, kteří byli až dosud zvyklí přijímat pouze nepatrné množství jídla denně, je přechod na nový stravovací režim velice problematický. Navíc je systém „nebudeš jíst – nepůjdeš na vycházku“ pro dívky, už tak psychicky velice labilní a přecitlivělé, poměrně tvrdý. Nedá se však nic dělat. Hospitalizovaní pacienti jsou většinou „kost a kůže“ a balancují na hranici života a smrti (www.anabell.cz, www.pppinfo.cz).

Aby nemocný přibral, musí se jeho energetický příjem pohybovat kolem 3500 kcal denně. To je zhruba o 1000 – 1500 kcal více, než je doporučený denní příjem dospělé ženy (Krch, 2002).

V případě těžkého ohrožení života, metabolického a minerálního rozvratu a neschopnosti či neochotě pacienta přijímat potravu existuje možnost umělého vyživování sondou. Tito pacienti však mnohdy naprosto odmítají i umělou výživu. Často se navíc velmi brzy naučí se sondou samostatně manipulovat. Výrazně tak znesnadňují svoji léčbu a prodlužují dobu hospitalizace. Další možností je zavedení parenterální výživy. Jedná se o výživu podávanou přímo do cévního systému člověka (www.pppinfo.cz).

Součástí hospitalizace však není pouze přibrat a zabránit zdravotním rizikům spojeným s mentální anorexií. Léčba je soustředěna i na psychiku jedince, a to především formou psychoterapií, skupinových terapií, nejrůznějších relaxačních cvičení a pracovních terapií. Na léčbě se kromě psychologů a specialistů v nutričním poradenství podílejí také pediatři, gynekologové, internisté, endokrinologové a stomatologové. Během léčby je také třeba zvládnout další jevy související s mentální anorexií. Jsou jimi především těžké deprese, nebezpečí zneužívání návykových látek a v neposlední řadě i sebevraždy. Po ukončení hospitalizace dále probíhá ambulantní léčba pod vedením psychologa.

Další možnou formou léčby je tzv. denní stacionář. Jedná se vlastně o denní docházku do specializovaného centra. Zde jsou pacienti pod dohledem zdravotních sester, účastní se skupinových a jiných terapií a zapojují se do denního programu. Na rozdíl od hospitalizace však pacienti neztrácí kontakt s rodinnou, což příznivě působí na jejich psychiku (www.anabell.cz).

5 MOŽNOSTI PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Problém mentální anorexie a bulimie je vždy nějak spojen se strachem z jídla, se strachem z nadváhy, se strachem ze společenského neúspěchu a někdy i se strachem z dospělosti nebo z odpovídající sexuální role. Každý strach má reálné kořeny a pomáhá, když se mu dokážeme postavit. Proto je i nejlepší **prevencí PPP zbytečně v dětech neposilovat strach z některých potravin a nadváhy** (pozor na kategorická, snadno jednostranně interpretovaná tvrzení), ale na druhé straně jim vytvářet prostor pro stabilizaci přiměřených jídelních návyků. (Krch, 2005)

V tomto směru vždy platí, že to co je únosné pro chlapce, nemusí být bezpečné pro děvčata. Z hlediska PPP je nejbezpečnější předcházet možnosti držet redukční diety.

Z komplexnějšího hlediska je **prevence PPP vždy spojena s prevencí obezity**. Proto by na školách neměly být snadno dostupné automaty na lahůdky, žvýkačky a slazené nápoje. Děti by měly mít dostatek času na jídlo. Oběd by měly stihnout do dvou hodin odpoledne.

Pohybová aktivita dětí je nezbytná, ale měla by mít více relaxační a méně výkonový charakter. Na druhé straně je do ní třeba aktivně zapojit i zlenivělé, obratně manipulující děti starších ročníků. Poznámky na tělesný vzhled dětí staršího školního věku, skandalizace nadváhy a neobratnosti může mít stejně těžké následky jako šikana. Mnoho pacientů dává vznik anorexie do souvislosti s komentářem spolužáků a někdy i učitelů na jejich tělesný vzhled. Z toho důvodu by se nikdy neměly ve škole zveřejňovat údaje o tělesné váze dětí a příliš komentovat jejich tělesné proporce. (Krch, 2005)

Přímé varování před mentální anorexií a bulimií většinou nepomáhá a mnoho pacientů začíná často zvracet nebo nadměrně hubnout po tom, co se seznámily s příběhem nějaké bulimičky nebo si něco přečetly o anorexii.

To, co pomáhá, je varování, že diety, zvracení a projímadla jsou nejenom nebezpečná, ale dlouhodobě i neúčinná. Navozené zvracení posiluje mylná představa, že zvracením se tělo zbaví veškeré energetické hodnoty snědeného jídla. Zejména cukry, které se začínají štěpit už v ústech, dokáže lidské tělo zpracovat velmi rychle. To také vysvětluje, proč pacienti, kteří zvracejí po každém jídle, nemusí ještě hubnout. Zvracení oslabuje strach z tloušťky a tak vede k častějšímu přejídání. S plným žaludkem se také lépe

zvrací. Není proto pravda, že přejedení opravňuje zvracení, ale naopak, že zvracení podporuje přejídání. Nemocný, který si „ulevuje“ zvracením se většinou začne častěji a ve větší míře přejídat a může naopak tloustnout.

Podobně nebezpečná a především zcela neúčinná jsou i projímadla. Jen málo pacientů, které uspokojí krátkodobé snížení váhy po užití projímadel, si uvědomuje, že se jen rychleji vyprázdnily a dočasně zbavily tekutin. Užití projímadla totiž nemá žádný vliv na regulaci tělesné hmotnosti, protože způsobují především vyprázdnění tlustého střeva, které nastane tehdy, kdy už byla energie využita v tenkém střevě. Zácpa spojená s užíváním projímadel naopak posiluje pocit tloušťky. (Krch, 2005)

Jak jednat s dítětem, které má problémy s jídlem? (Krch, 2005)

Vzhledem k četnosti PPP je pravděpodobné, že se s nimi v různé formě rozvoje budou učitelé stále častěji setkávat. Pokud má být jejich případná intervence účinná, je vhodné, aby oni, děti, kterých se to týká, a především jejich rodiče věděli, že:

- z anorexie a bulimie není možné někoho vyléčit bez jeho přičinění. Překonat návyk a postavit se strachu znamená každodenní práci, odhodlání a v případě nemotivovaných dětí dlouhodobý, trpělivý a udržitelný tlak, ze kterého nelze polevit. Učitelé mohou rodičům (na požádání) pomoci se supervizí nad jídlem dítěte (např. dohlédnout jestli svačí), ale nemohou přejímat zodpovědnost za jídelní chování dítěte;
- u vyhublejších, mladších, nespolupracujících, navykle zvracejících a depre-sivních nemocných je třeba se co nejrychleji obrátit na praktického lékaře, který by měl doporučit specializovanou léčbu;
- zbavit se anorexie a bulimie znamená změnit složité chování a některé postoje. Nestačí začít o tom mluvit a občas něco sníst. Některé z těchto změn mohou být příjemné, některé se ale nemusí nemocnému líbit nebo mohou být bolestivé;
- "Za všechno je třeba platit" není v tomto případě přehnaným tvrzením, ale bolestivou skutečností, která platí doslovně. V těchto případech se za zdraví a možnost žít normální život čtrnácti nebo šestnáctileté dívky platí nejistotou, pocitem přejedení a větším strachem z tloušťky. Většina nemocných hledá nějaké snadné nebo méně bolestivé řešení, které však neexistuje. Nejvíce bolestivé jsou nakonec odklady;
- nikdo není stoprocentní, každý se může dopouštět chyb. Pokud k nim dojde, není třeba propadnout panice. Na druhé straně je možné některým chybám předcházet;

- je nevhodné začínat od složitých a vzdálených řešení, ale od konkrétních, srozumitelných a aktuálních kroků. Důležité je to, co lze dnes a zítra začít, vyzkoušet a nacvičit. Co naopak nepomáhá, je pátrat po složitých psychologických příčinách poruchy;
- nelze dítě chránit před následky poruchy a neřešit problém podvýživy a nedostatečného příjmu energie. Problémy ve škole, zdravotní a sociální obtíže jsou právě často důvody, které anorektické děvče přimějí k léčbě;
- anorexie nebo bulimie přišla s některými názory, které nemocný a jeho okolí pokládali za správné, a se změnami jídelního chování, které mu v určitém směru musely vyhovovat. Některé z těchto názorů a návyků je proto nezbytné změnit. Například zpravidla nelze zvládnout anorexii a nerozšířit svůj jídelníček. Nestačí maso bez přílohy a nebezpečná může být i vegetariánská dieta (je třeba začít jíst alespoň drůbež a ryby). Argumenty „nikdy jsem to nejedla“ nebo „nestihnu se nasnídat“ u PPP vylučují řešení;
- vyléčit se z anorexie nebo bulimie znamená naučit se jíst. Jídlo je vhodné brát jako lék a učit se jíst mechanicky. Na pocity chutě, sytosti a hladu, které jinak kontrolují příjem jídla nelze spoléhat;
- učitel ani spolužáci by neměli nahrazovat terapeuta. Jsou ale důležitý vzor, mohou po dohodě s rodiči vypomoci přiměřeným dohledem, podporou a přiměřenou zpětnou vazbou;
- bližší informace o tom, jak konkrétně řešit problematiku anorexie a bulimie a jak intervenovat v různých situacích každodenního života lze najít ve svépomocných příručkách. Podle typu problému si nemocní, jejich rodiče a učitelé mohou opatřit příručku "Mentální anorexie" (Portál, 2002) nebo "Mentální bulimie - jak bojovat s přejídáním" (Grada, 2003);
- mentální anorexie a bulimie jsou problémy, které lze zvládnout. Většina nemocných se nakonec vyléčí, nejde to ale bez jejich přičinění ani bezbolestně. Změna návyků a postojů není možná, když bude okolí nadměrně ustupovat chorobnému strachu z tloušťky, ztráty kontroly nad jídlem a pocitu plnosti, který tyto poruchy doprovází. Překonat strach z tloušťky nepomůže žádný argument, proto je lepší se některým argumentům raději vyhnout, zbytečně nekomentovat současný a dřívější vzhled nemocného a to i v případě, že máme radost z pozitivní změny. Na druhé straně nevadí autentické zděšení a konstatování vyhublosti, pokud to překročí únosnou míru (stačí jednou a raději ne před větším kolektivem).

- Nevhodné jsou i nekonečné diskuse o přiměřenosti porcí. Přiměřené je to, „co projde okénkem“ v jídelně. Dlouhodobě přínosný může být menší důraz na vzhled a soutěživost dětí, ocenění různorodosti a vhodné dietní poradenství.

6 METODIKA PRÁCE

6.1 Cíle a hypotézy práce

Hlavní cíl diplomové práce bylo zjistit informovanost žáků Středních zdravotnických škol v oblasti poruch příjmu potravy. Pro upřesnění hlavního cíle výzkumného šetření byly formulovány tyto dílčí cíle:

- zjistit úroveň znalostí pojmu poruch příjmu potravy
- zjistit subjektivní hodnocení oblasti poruch příjmu potravy
- zjistit tělesnou hmotnost, BMI a charakteristiku postavy.
- zjistit úroveň stravovacích návyků
- zjistit náplň volnočasové aktivity

Vzhledem k formulovaným dílčím cílům jsem stanovila hypotézy. Nulová hypotéza vždy předpokládá existenci nezávislosti vybraných jevů. Alternativní hypotéza naopak předpokládá existenci závislosti vybraných jevů.

Znalost pojmu „PPP“

H₀ předpokládáme, že existuje nezávislost v osobním kontaktu s osobou trpící PPP mezi žáky jednotlivých škol

H_A předpokládáme, že existuje závislost v osobním kontaktu s osobou trpící PPP mezi žáky jednotlivých škol

Spokojenost s tělesnou hmotností a postavou

H₀ předpokládáme, že existuje nezávislost ve vlivu při posuzování postavy mezi žáky jednotlivých škol

H_A předpokládáme, že existuje závislost ve vlivu při posuzování postavy mezi žáky jednotlivých škol

Stravovací návyky a volnočasové aktivity

H₀ předpokládáme, že existuje nezávislost v držení diety mezi žáky jednotlivých škol

H_A předpokládáme, že existuje závislost v držení diety mezi žáky jednotlivých škol

6.2 Metoda použitá ve výzkumu

Pro získání údajů pro výzkumné šetření byla zvolena metoda anonymního nestandardizovaného dotazníku. Jedná se v podstatě o explorační metodu, kterou se zjišťují předloženým souborem položek (otázek) hromadné údaje od respondentů. Umožňuje vyzkoumat, jak jednotlivci posuzují tentýž jev.

V úvodu dotazníku byl vysvětlen účel prováděného výzkumu. Respondenti byli informováni, jak dotazník vyplnit a bylo jim poděkováno za objektivní posouzení.

Druhá část dotazníku obsahovala vlastní položky. Celkem bylo použito 24 položek, které lze rozdělit do těchto oblastí:

Položky zaměřené přímo na PPP, kterými zjišťujeme úroveň informovanosti žáků o pojmu PPP, informovanost o zdravotních problémech osob s PPP, kontakt s osobami s PPP a položky zaměřené na subjektivní hodnocení oblasti PPP žáky (1, 2, 18-24), položky zaměřené na oblast tělesné hmotnosti a postavu žáků (3-7), položky zaměřené na oblast stravování, jídelní návyky žáků a jejich volnočasové aktivity (8-17).

Posledním údajem v dotazníku jsou informace o žácích z hlediska pohlaví, zařazení do Střední zdravotnické školy a zdali se jedná o žáka 1. a 2. ročníku či 3. a 4. ročníku.

V dotazníkovém šetření byly použity různé typy položek. Jedním typem položek v dotazníku byly tzv. uzavřené (strukturované) položky, z toho byly položky 3, 19 tzv. dichotomické. Položky 5, 6, 7, 13, 24, jsou označeny za tzv. polytomické výběrové položky a položky 12, 17, 18 za polytomické výčtové položky. Nevýhodou všech uzavřených položek je, že nabízejí hotové alternativní odpovědi. Dotazovaného omezují, vnucují mu volbu, neumožňují proniknout hlouběji do zkoumaného jevu. Jejich výhodou je jednoduché vyhodnocení. Většina položek v dotazníku byla označena za položky polouzavřené (2, 4, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 20, 21, 23). Tyto položky umožňují respondentům použít také nabídky „jiné odpovědi“, v případě, že jim nevyhovuje žádná z nabízených možností. Dotazník obsahuje také tzv. otevřené položky (1, 8, 22), které poskytují prostor pro vyjádření vlastních postojů, názorů, myšlenek respondentů, čímž umožňují získat více informací z hlediska subjektivního posouzení problematiky. Nevýhodou těchto otázek je jejich složitější zpracování, vyhodnocení.

Žáci dostali k vyplnění dotazníku jasné instrukce v ústní formě. Během vyplňování dotazníku se mohli kdykoliv na případné nejasnosti zeptat, protože jsem byla celou dobu s nimi ve třídě. Kompletní verze dotazníku je uvedena v příloze č. 1.

Způsob zpracování výsledků dotazníkového šetření byl proveden formou verbální, tabulární a grafickou. Ověření hypotéz proběhlo pomocí statisticky významných testů.

6.3 Charakteristika vzorku

Pro výzkumné šetření byla zvolena Střední zdravotnická škola v Ústí nad Orlicí a Střední zdravotnická škola v Hradci Králové. Tyto dvě školy byly zvoleny také záměrně, zejména kvůli jejich lokalitě menšího a většího města. Žáci byli dále rozděleni na skupinu nižších ročníků (1. a 2. ročník) a skupinu vyšších ročníků (3. a 4. ročník). Tento systém dělení umožňuje jak srovnání informovanosti žáků z nižších a vyšších ročníků, tak srovnání výsledků výzkumného šetření obou zdravotnických škol.

Celkem odpovědělo 260 respondentů, z toho bylo 64 respondentů nižších ročníků a 66 respondentů vyšších ročníků ze SZŠ v UO. Na SZŠ v HK to bylo 66 respondentů z nižších ročníků a 70 respondentů z vyšších ročníků. Celkový počet vyplněných dotazníků u žáků z nižších ročníků z obou škol byl 130, u žáků z vyšších ročníků 136.

Z hlediska zastoupení pohlaví respondentů, kteří vyplňovali dotazník, jsem získala následující údaje. Celkem dotazník vyplňovalo 247 dívek a 19 chlapců. Z toho bylo 122 dívek a 8 chlapců ze SZŠ UO a 125 dívek a 11 chlapců ze SZŠ HK. Podrobnější dělení vzorku respondentů z hlediska pohlaví a zastoupení na jednotlivých středních zdravotnických školách je uvedeno v tabulce č. 1,2.

Bohužel nelze soubor hodnotit dle pohlaví, vzhledem k velmi výrazné nevyváženosti počtu zastoupených dívek a chlapců.

Tabulka 1. Charakteristika vzorku

Charakteristika vzorku			
	SZŠ UO	SZŠ HK	CELKEM
1. a 2. roč.	64	66	130
3. a 4. roč.	66	70	136
CELKEM	130	136	266

Tabulka 2. Charakteristika vzorku pohlaví

Charakteristika vzorku					
	SZŠ UO		SZŠ HK		CELKEM
	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	
1. a 2. roč.	60	4	61	5	130
3. a 4. roč.	62	4	64	6	136
CELKEM	122	8	125	11	266

6.4 Postup při výzkumu

Dotazníky byly rozděleny na SZŠ v UO do jedné třídy prvního ročníku (31 žáků) a z části do druhé třídy prvního ročníku (11 žáků). Do celé jedné třídy druhého ročníku na SZŠ UO bylo rozdáno 28 dotazníků. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, návratnost zcela vyplněných dotazníků byla 64 dotazníků. Ve vyšších ročnících na SZŠ UO bylo rozdáno 28 dotazníků do jednoho třetího ročníku, 26 dotazníků do jednoho čtvrtého ročníku a 16 dotazníků do druhého čtvrtého ročníku. Ze 70 dotazníků bylo zcela vyplněno 66 dotazníků.

Na SZŠ v HK bylo rozdáno 30 dotazníků do jedné třídy prvního ročníku a z části do druhé třídy prvního ročníku (14 žáků). Do jedné třídy druhého ročníku na SZŠ HK bylo rozdáno 26 dotazníků. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, návratnost zcela vyplněných dotazníků byla 66 dotazníků. Ve vyšších ročnících na SZŠ HK bylo rozdáno 26 dotazníků do jednoho třetího ročníku, 26 dotazníků do jednoho čtvrtého ročníku a 18 dotazníků do druhého čtvrtého ročníku. V tomto případě návratnost zcela vyplněných dotazníků činila všech 70 dotazníků.

Kontakt na žáky byl získán přes třídní učitele. Vyplňování dotazníků probíhalo většinou v rámci třídnických hodin. Na vyplnění dotazníku měli žáci dostatečný čas (45minut). Během vyplňování dotazníků jsem byla pouze já a v některých třídách také třídní učitel.

Tabulka 3. Návratnost dotazníku v 1. a 2. ročnících

Návratnost dotazníku						
	SZŠ UO			SZŠ HK		
	Rozdané	Vrácené	%	Rozdané	Vrácené	%
1. A	31	28	90%	30	28	93%
1. B	11	10	91%	14	14	100%
2. B	28	26	93%	26	24	92%
CELKEM	70	64	91%	70	66	94%

Tabulka 4. Návratnost dotazníku v 3. a 4. ročnících

Návratnost dotazníku						
	SZŠ UO			SZŠ HK		
	Rozdané	Vrácené	%	Rozdané	Vrácené	%
3. A	28	26	93%	26	26	100%
4. A	26	24	92%	26	26	100%
4. B	16	16	100%	18	18	100%
CELKEM	70	66	94%	70	70	100%

Tabulka 5. Celková návratnost dotazníku

Návratnost dotazníku									
	SZŠ UO			SZŠ HK			CELKEM UO + HK		
	Rozdané	Vrácené	%	Rozdané	Vrácené	%	Rozdané	Vrácené	%
1. a 2. roč.	70	64	91%	70	66	94%	140	130	93%
3. a 4. roč.	70	66	94%	70	70	100%	140	136	97%
CELKEM	140	130	93%	140	136	97%	280	266	95%

6.5 Interpretace výsledků dotazníku

Pro lepší přehlednost byly získané informace rozděleny do tří oddílů:

- 6.5.1. Znalost pojmu PPP a názorové postoje respondentů na PPP
- 6.5.2. Hodnocení tělesné hmotnosti a postavy respondentů
- 6.5.3. Stravovací návyky respondentů a jejich volnočasové aktivity

6.5.1 Znalost pojmu PPP a názorové postoje respondentů na PPP

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 96% respondentů 1. a 2. ročníků a 100% respondentů 3. a 4. ročníků mělo správné znalosti a představy o pojmu PPP. Respondenti 1. a 2. ročníků charakterizovali většinou onemocnění jako je anorexie a bulimie (57%), u respondentů vyšších ročníků to bylo (79%). Někteří popisovali problémy s příjmem potravy, nechutenství, nepravidelné stravování, zvracení (39%) respondentů 1. a 2. ročníků a (21%) respondentů 3. a 4. ročníků. Pouze 5 respondentů (4%) z 1. a 2. ročníků nevědělo, čeho se pojem týká. Všichni respondenti 3. a 4. ročníků znají pojem PPP (tabulka č. 6). Odpovědi respondentů z hlediska zastoupení na jednotlivých SZŠ jsou uvedeny v tabulce č. 7.

Některé zajímavě formulované výroky respondentů zde cituji:

„psychické problémy s příjmem potravy – anorexie, bulimie“

„nechut' k jídlu, odmítání jídla, zvracení po jídle, rychlé hubnutí“

„poruchy štítné žlázy, motání hlavy, únava, padání vlasů, spavost“

„člověk je nadměrně hubený nebo zase obézní“

„jsou to mentální poruchy, kdy se osoba cítí tlustá a záměrně hubne, projevuje se nechutí k jídlu“

„za každou cenu být štíhlá...nevidíte toho člověka jíst nebo hůř, slyšíte ho zvracet...pořád!!“

„problém se zažíváním, špatné trávení, problémy se žaludkem – něco sní – vyzvrací to“

„je to nemoc a projevuje se tím, že osoba nejí, je velice vychrtlá a vidí se tlustá“

Tabulka 6. Charakteristika pojmu PPP – porovnání ročníků

Co si představujete pod pojmem PPP?										
	1. a 2. roč.				3. a 4. roč.				CELKEM	
	UO	HK	Celkem		UO	HK	Celkem		n	%
Neví	2	3	5	4%	0	0	0	0%	5	2%
Anorexie, bulimie, obezita	35	39	74	57%	49	58	107	79%	181	68%
Nepravidelné stravování, poruchy s příjmem potravy, nechutenství	27	24	51	39%	17	12	29	21%	80	30%
CELKEM	64	66	130	100%	66	70	136	100%	266	100%

Tabulka 7. Charakteristika pojmu PPP

Co si představujete pod pojmem PPP?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Neví	2	2%	3	2%	5	2%
Anorexie, bulimie, obezita	84	65%	97	71%	181	68%
Nepravidelné stravování, poruchy s příjmem potravy, nechutenství	44	34%	36	26%	80	30%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Pojem PPP vysvětlili respondentům SZŠ UO učitelé v 41% a u respondentů SZŠ HK v 38%. Dále to byla média, která informovala respondenty o pojmu PPP (31% respondentů SZŠ UO a 36% respondentů SZŠ HK). Na třetím místě byli zastoupeni rodiče u respondentů SZŠ UO v 19% a u respondentů SZŠ HK v 18 %. Respondenti mohli volit více možností odpovědí. U respondentů 1. a 2. ročníků byly ještě početně zastoupeni kamarádi, na SZŠ UO to bylo 18 respondentů a na SZŠ HK to bylo 14 respondentů. Na SZŠ v HK si v jednom případě respondentka zjišťovala informace sama a jednou ji podal informace lékař. Pět respondentům SZŠ UO a pět respondentům SZŠ HK nevysvětlil pojem PPP nikdo, na obou SZŠ tuto položku zvolili respondenti z nižších ročníků. (tabulka č. 8).

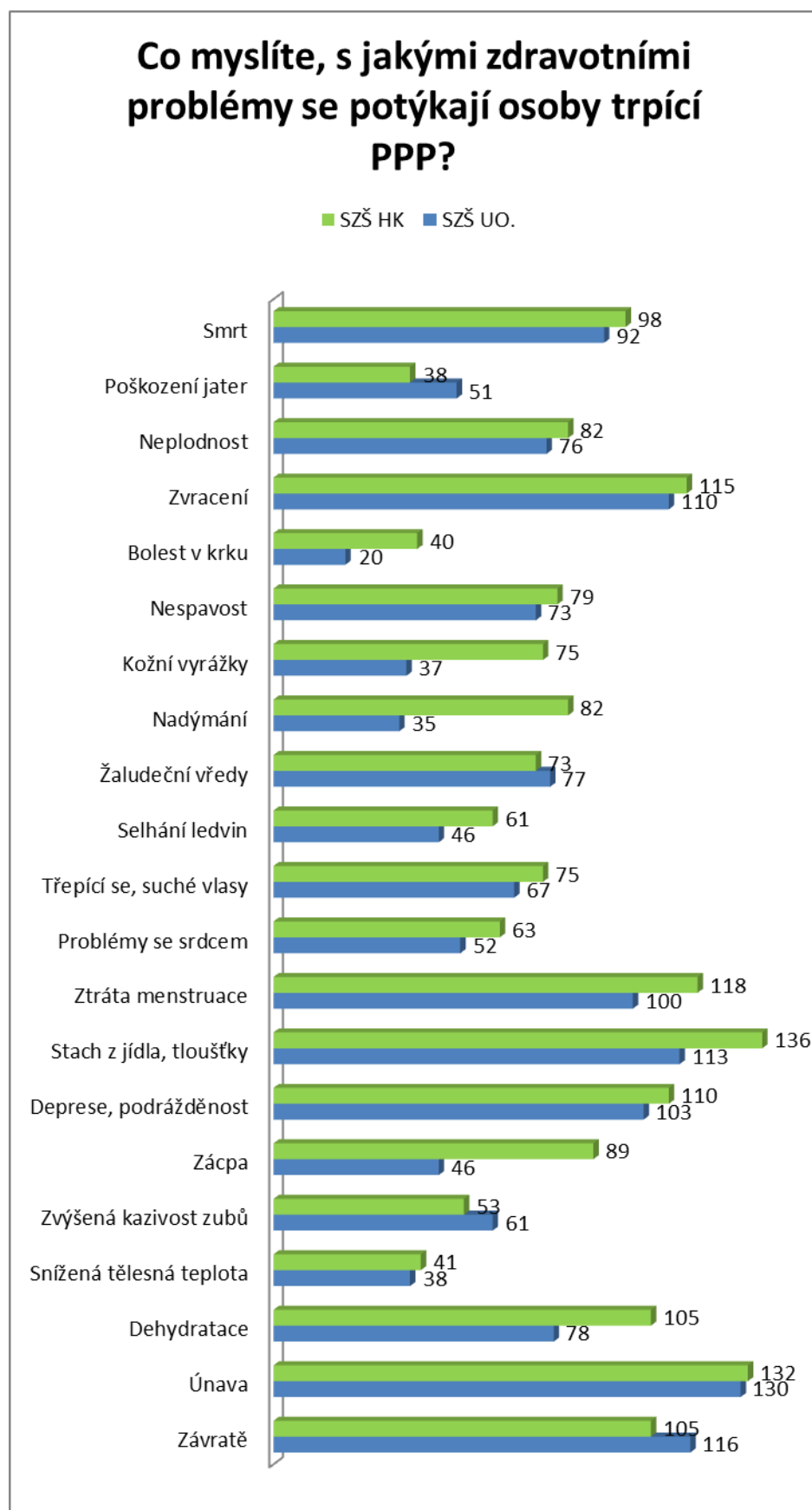
Tabulka 8. Zdroj informací

Vysvětlil Vám někdo pojem PPP?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Rodiče	49	19%	46	18%	95	19%
Učitelé	103	41%	97	38%	200	39%
Kamarádi	18	7%	14	5%	32	6%
Média	79	31%	94	36%	173	34%
Jiné	0	0%	2	1%	2	0%
Nikdo	5	2%	5	2%	10	2%
CELKEM	254	100%	258	100%	512	100%

Povědomost respondentů o zdravotních následcích PPP na člověka je následující: nejvíce respondentů SZŠ UO uvádělo jako nejčastější zdravotní problémy: únava (9%), závratě (8%), strach z jídla, tloušťky (7%), zvracení (7%), deprese, podrážděnost (7%). Nejmenší zastoupení u respondentů SZŠ UO měly zdravotní problémy jako: bolest v krku (1%), nadýmání (2%), kožní vyrážky (2%), snížená tělesná teplota (2%). 52 respondentů ze SZŠ UO označilo všechny uvedené položky (tabulka č. 9, graf č. 1).

Nejvíce respondentů SZŠ HK uvádělo jako nejčastější zdravotní problémy: strach z jídla, tloušťky (8%), únava (7%), ztrátu menstruace (7%), zvracení (6%), deprese, podrážděnost (6%). Nejméně zastoupeny byly zdravotní problémy jako: poškození jater (1%), bolest v krku (2%), nadýmání (2%), snížená tělesná teplota (2%), zvýšená kazivost zubů (3%). 58 respondentů označilo všechny uvedené položky (tabulka č. 9, graf č. 1).

Graf 1. Zdravotní problémy osob s PPP



Tabulka 9. Zdravotní problémy osob s PPP

Co myslíte, s jakými zdravotními problémy se potýkají osoby trpící PPP?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Závratě	116	8%	105	6%	221	7%
Únava	130	9%	132	7%	262	8%
Dehydratace	78	5%	105	6%	183	6%
Snížená tělesná teplota	38	2%	41	2%	79	2%
Zvýšená kazivost zubů	61	4%	53	3%	114	3%
Zácpa	46	3%	89	5%	135	4%
Deprese, podrážděnost	103	7%	110	6%	213	6%
Stach z jídla, tloušťky	113	7%	136	8%	249	8%
Ztráta menstruace	100	7%	118	7%	218	7%
Problémy se srdcem	52	3%	63	4%	115	3%
Třepící se, suché vlasy	67	4%	75	4%	142	4%
Selhání ledvin	46	3%	61	3%	107	3%
Žaludeční vředy	77	5%	73	4%	150	5%
Nadýmání	35	2%	82	5%	117	4%
Kožní vyrážky	37	2%	75	4%	112	3%
Nespavost	73	5%	79	4%	152	5%
Bolest v krku	20	1%	40	2%	60	2%
Zvracení	110	7%	115	6%	225	7%
Neplodnost	76	5%	82	5%	158	5%
Poškození jater	51	3%	38	2%	89	3%
Smrt	92	6%	98	6%	190	6%
CELKEM	1521	100%	1770	100%	3291	100%

Z dotazníkového šetření vyplývá že, 100% respondentů SZŠ UO a 99% respondentů SZŠ HK se domnívá, že PPP postihují častěji dívky. Jeden respondent ze SZŠ HK (1.a 2.roč.) označil druhou možnost, že PPP postihují častěji chlapce (tabulka č. 10).

Tabulka 10. Vazba PPP na pohlaví

Poruchy příjmu potravy postihují častěji						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Dívky	130	100%	135	99%	265	100%
Chlapce	0	0%	1	1%	1	0%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

S osobou trpící PPP se ještě nesetkalo 46% respondentů SZŠ UO a 38% respondentů SZŠ HK.

S osobou trpící PPP se již setkalo 55% respondentů SZŠ UO a 62% respondentů SZŠ HK. Respondenti SZŠ UO, kteří se již setkali s osobou trpící PPP, označili v tomto případě jako onu osobu v 15% spolužáka/spolužačku, v 25% kamaráda/kamarádku, v 5% někoho z rodiny. Respondenti SZŠ HK, kteří se již setkali s osobou trpící PPP, označili v tomto případě jako onu osobu v 14% spolužáka/spolužačku, v 29% kamaráda/kamarádku, v 6% někoho z rodiny.

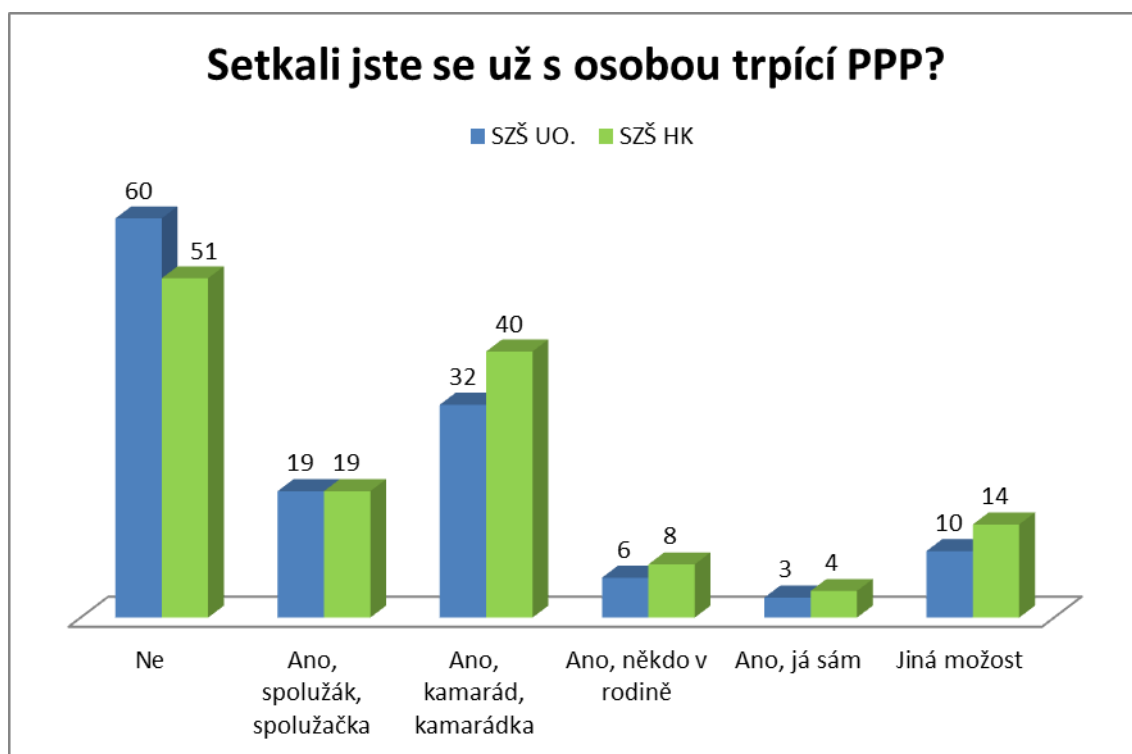
Celkový počet respondentů, kteří měli či mají sami problémy s PPP je u SZŠ UO 2% (3 respondenti) a u SZŠ HK 3% (4 respondenti), (tabulka č. 11, graf č. 2).

Alternativu „jiná možnost“ označilo 8% respondentů SZŠ UO a 10% SZŠ HK. Zde byly uvedeny tyto údaje: respondenti označili svou učitelku za osobu s PPP v 8 případech, 6 respondentů se setkalo s osobou s PPP na ulici a 4 respondenti označili za onu osobu trpící PPP přítele své kamarádky. 6 respondentů 3. a 4. ročníků ze SZŠ v Hradci Králové uvedla, že se s člověkem trpícím PPP setkalo během své ošetrovatelské praxe v nemocnici (tabulka č. 12, graf č. 3).

Tabulka 11. Kontakt s osobou s PPP

Setkali jste se už s osobou trpící PPP?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ne	60	45%	51	38%	111	42%
Ano, spolužák, spolužačka	19	15%	19	14%	38	14%
Ano, kamarád, kamarádka	32	25%	40	29%	72	27%
Ano, někdo v rodině	6	5%	8	6%	14	5%
Ano, já sám	3	2%	4	3%	7	3%
Jiná možnost	10	8%	14	10%	24	9%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

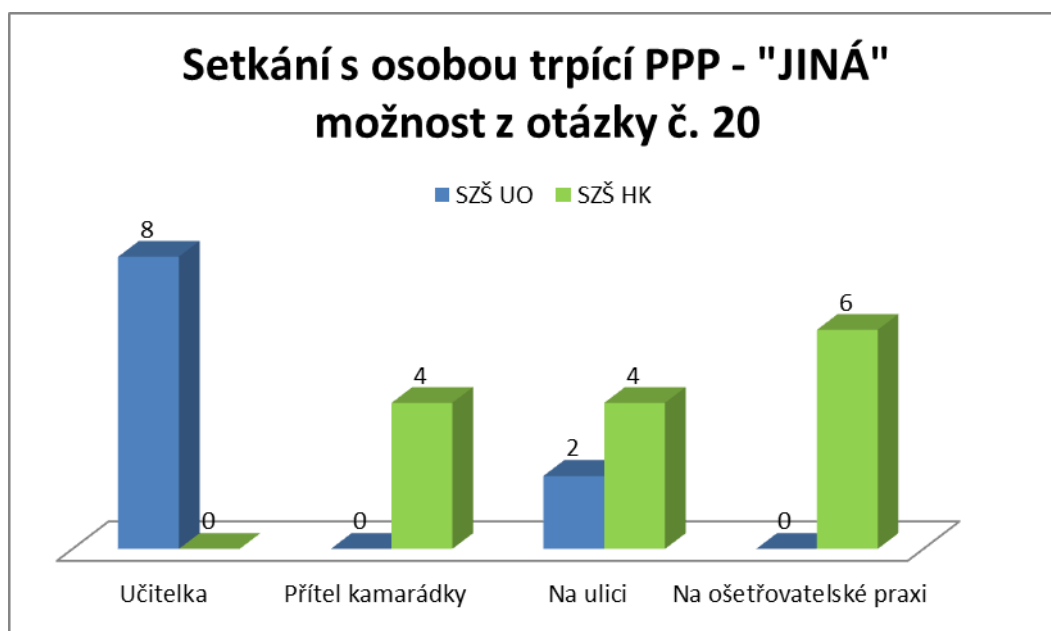
Graf 2. Kontakt s osobou s PPP



Tabulka 12. Kontakt s osobou s PPP – jiná možnost

Setkání s osobou trpící PPP "JINÁ" možnost z otázky č. 20						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Učitelka	8	80%	0	0%	8	33%
Přítel kamarádky	0	0%	4	29%	4	17%
Na ulici	2	20%	4	29%	6	25%
Na ošetrovatelské praxi	0	0%	6	43%	6	25%
CELKEM	10	100%	14	100%	24	100%

Graf 3. Kontakt s osobou s PPP – jiná možnost

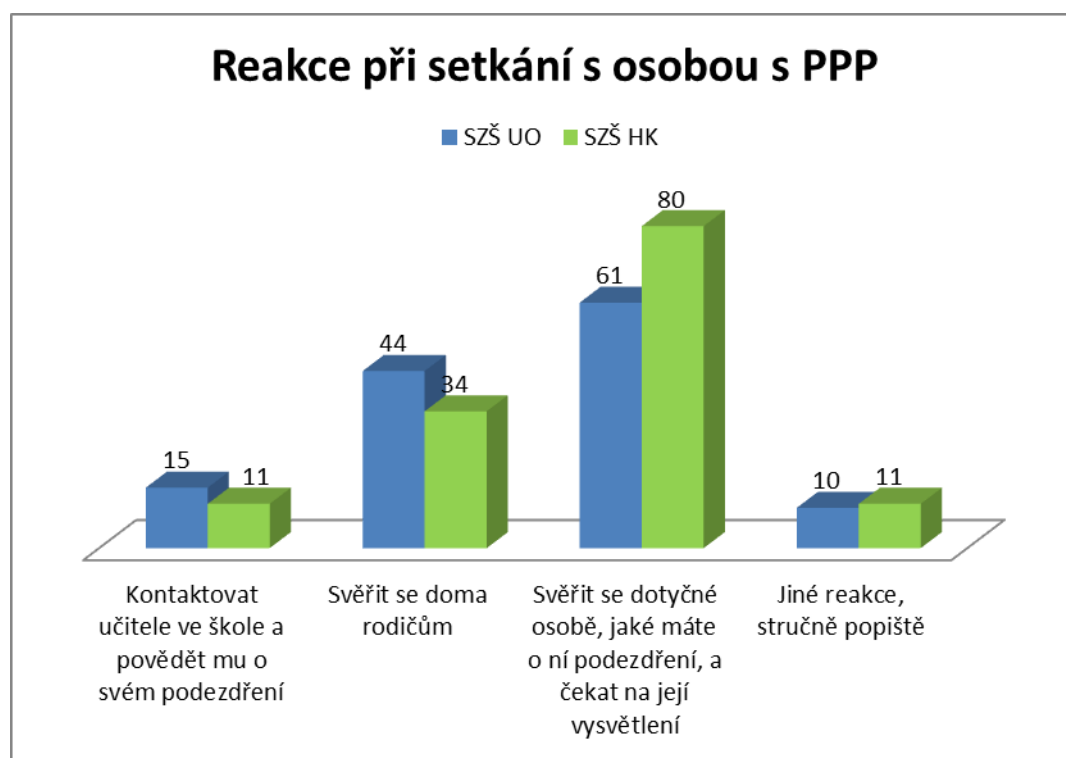


Analýzou dat bylo zjištěno, že nejvíce respondentů, jak ze SZŠ UO (52%), tak ze SZŠ HK (54%), by se při setkání s osobou s PPP svěřilo dotyčné osobě, jaké o ní má podezření a čekalo na její vysvětlení. Doma rodičům by se svěřilo 34 % respondentů SZŠ UO a 25% respondentů SZŠ HK. Učitele by informovalo pouhých 12 % respondentů SZŠ UO a 8% respondentů SZŠ HK (tabulka č. 13, graf č. 4). Jiným způsobem by reagovalo 8% respondentů SZŠ UO a 8% respondentů SZŠ HK. Nejčastější reakce, které zde respondenti uváděli, jsou uvedeny v tabulce č. 14.

Tabulka 13. První reakce při setkání s osobou s PPP

Reakce při setkání s osobou s PPP						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Kontaktovat učitele ve škole a povědět mu o svém podezření	15	12%	11	8%	26	10%
Svěřit se doma rodičům	44	34%	34	25%	78	29%
Svěřit se dotyčné osobě, jaké máte o ní podezření, a čekat na její vysvětlení	61	47%	80	59%	141	53%
Jiné reakce, stručně popište	10	8%	11	8%	21	8%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 4. První reakce při setkání s osobou s PPP



Tabulka 14. Jiné reakce na kontakt s osobou s PPP

Jiné reakce žáků						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Domluvit se s kamarády a pomoci jí	6	60%	4	36%	10	48%
Nevím, co bych dělala	2	20%	1	9%	3	14%
Nechám si to pro sebe a zkusím jí pomoci	2	20%	1	9%	3	14%
Nevšíkala bych si jí, je to její věc	0	0%	3	27%	3	14%
Pokusím se vyhledat psychiatra, odbornou pomoc	0	0%	2	18%	2	10%
CELKEM	10	100%	11	100%	21	100%

Dále respondenti subjektivně hodnotili „anorektickou ženu“ na obrázku. Respondenti odpovídali pouze dle svého uvážení. Ze všech odpovědí jak respondentů SZŠ UO, tak SZŠ HK, jednoznačně vyplynulo odsouzení, odpor a nepochopení psychiky ženy

na obrázku. Nikdo z respondentů by takto vypadat nechtěl. Ani jedna odpověď nebyla pozitivní, přívětivá. Některé časté a zajímavé komentáře, zde cituji:

„je to hrůza a hnus“

„není to vůbec hezké, nechápu, že to ta žena nevidí“

„smutný pohled, každý by se měl na toto téma zamyslet“

„dívka je na hranici mezi životem a smrtí“

„utrpení – neuvěřitelné, kam až to může zajít“

„vychrtlá, přehnaně hubená, nešťastná“

„anorektička“

„křehká, nedotkla bych se jí“

„je blbka, kráva – bude mít zdravotní potíže celý život“

„myslím si, že pro kluka je tato holka odpuzující“

„šílený, navíc tak hubené holky nejsou už v módě“

„nechtěla bych takhle nikdy vypadat“

„nemám slov, je to odporné“

„nehezké, je to k pláči, jak takto může někdo dopadnout – a zřejmě žena na obrázku bude už mrtvá“

11% respondentů SZŠ UO a 17% respondentů SZŠ HK si myslí, že pokud je člověk štíhlý, je také úspěšnější. Jako důvod své odpovědi uváděli:

„lidé se na vás lépe koukají“

„je to nynější trend, většinou si lidé vybírají podle vzhledu“

„když se to nepřehání“

„je to postavení společnosti“

„dívka se cítí dobře, je více zajímavá pro ostatní“

„myslím, že se to týká i práce, kdo by chtěl obézní pracovníci např. v kanceláři“

„někdy to může znamenat být úspěšný (modelky), ale nemusí to tak být, dnešní společnost vyžaduje od žen být štíhlá, ale myslím, že to není zdravé“

„je to určitě lepší pro zdraví“

„lepší vzhled některé práce vyžadují“

„větší zájem od okolí“

„všude každého hodnotí podle postavy, vzhledu“

Tuto variantu odpovědi zvolily také tři respondentky, které označily samy sebe za osobu trpící PPP, jejich důvody byly:

„dívka se cítí dobře, je více zajímavá pro ostatní“

„je to hezké, a když se k tomu docílí vlastní snahou, proč ne“

„je to pravda, navíc je to krásné třeba v létě v plavkách“

89% respondentů SZŠ UO a 83% respondentů SZŠ HK volilo variantu „ne“ a jako důvod své odpovědi uváděli:

„postava není všechno“

„úspěšný mohou být i obézní“

„záleží na tom, co má člověk v hlavě a ne jak vypadá“

„být úspěšný znamená bojovat za své cíle“

„každý je dobrý, takový jaký je“

„štíhlost není všechno a každému se to nelíbí“

„záleží na chování, šikovnosti, rozumu“

„kdo se moc zaobírá postavou, nemůže být úspěšný“

„silnější lidi mi jsou sympatičtější, vzbuzují důvěru“

„každý jsme jiný, každý má být sám sebou“

„každý nemůže být dokonalý“

„na váze nezáleží“

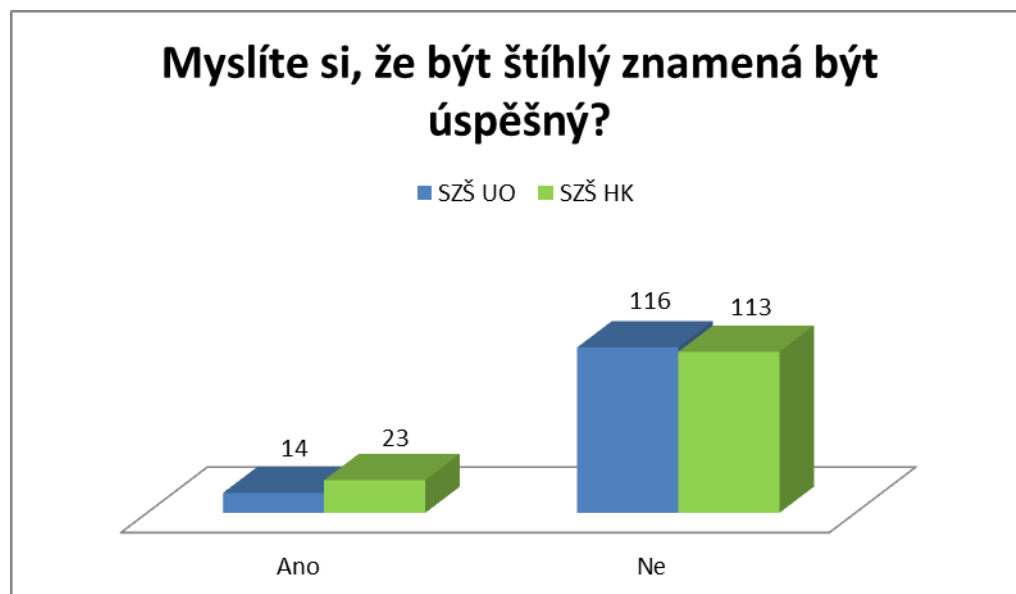
„je to blbost“

Grafické znázornění odpovědí je uvedeno v tabulce č. 15a grafu č. 5.

Tabulka 15. Posouzení štíhlosti a úspěšnosti

Myslíte si, že být štíhlý znamená být úspěšný?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ano	14	11%	23	17%	37	14%
Ne	116	89%	113	83%	229	86%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 5. Posouzení štíhlosti a úspěšnosti

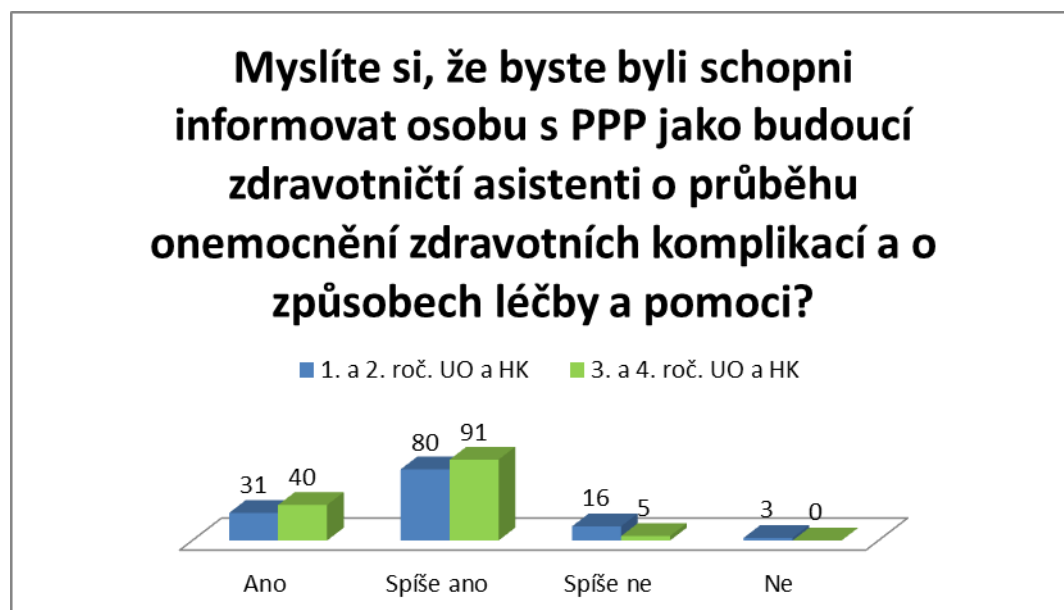


24 % respondentů 1. a 2. ročníků a 29% respondentů 3. a 4. ročníků by bylo schopno informovat osoby s PPP o jejich onemocnění. Variantu „spíše ano“ volilo 62% respondentů 1. a 2. ročníků a 67% respondentů 3. a 4. ročníků. Variantu „spíše ne“ volilo 12% respondentů 1. a 2. ročníků a 4% respondentů 3. a 4. ročníků. Informace by nebyly schopni podat 3 respondenti (2%) z 1. a 2. ročníků, v každém případě se jednalo o chlapce. Z respondentů vyšších ročníků tuto možnost nikdo nezvolil (tabulka č. 16, graf č. 6).

Tabulka 16. Schopnost informovat osobu s PPP – porovnání ročníků

Myslíte si, že byste byli schopni informovat osobu s PPP jako budoucí zdravotní asistenti o průběhu onemocnění zdravotních komplikací a o způsobech léčby a pomoci?										
	1. a 2. roč.				3. a 4. roč.				CELKEM	
	UO	HK	Celkem		UO	HK	Celkem		N	%
Ano	17	14	31	24%	18	22	40	29%	71	27%
Spíše ano	38	42	80	62%	45	46	91	67%	171	64%
Spíše ne	7	9	16	12%	3	2	5	4%	21	8%
Ne	2	1	3	2%	0	0	0	0%	3	1%
CELKEM	64	66	130	100%	66	70	136	100%	266	100%

Graf 6. Schopnost informovat osobu s PPP - porovnání ročníků

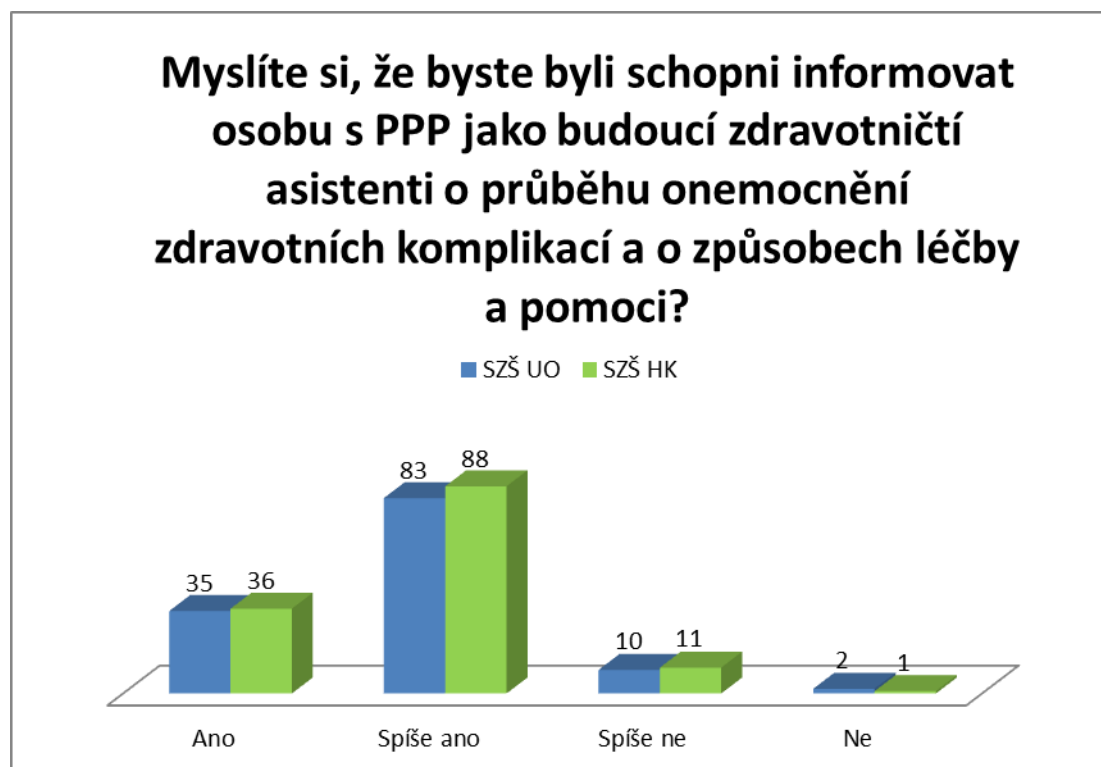


Analýzou dat bylo zjištěno, že schopnost informovat osobu s PPP respondenty v rámci porovnání škol je procentuálně velmi podobné.(tabulka č. 17, graf č.7)

Tabulka 17. Schopnost informovat osobu s PPP

Myslíte si, že byste byli schopni informovat osobu s PPP jako budoucí zdravotníci asistenti o průběhu onemocnění zdravotních komplikací a o způsobech léčby a pomoci?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ano	35	27%	36	26%	71	27%
Spíše ano	83	64%	88	65%	171	64%
Spíše ne	10	8%	11	8%	21	8%
Ne	2	2%	1	1%	3	1%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 7. Schopnost informovat osobu s PPP



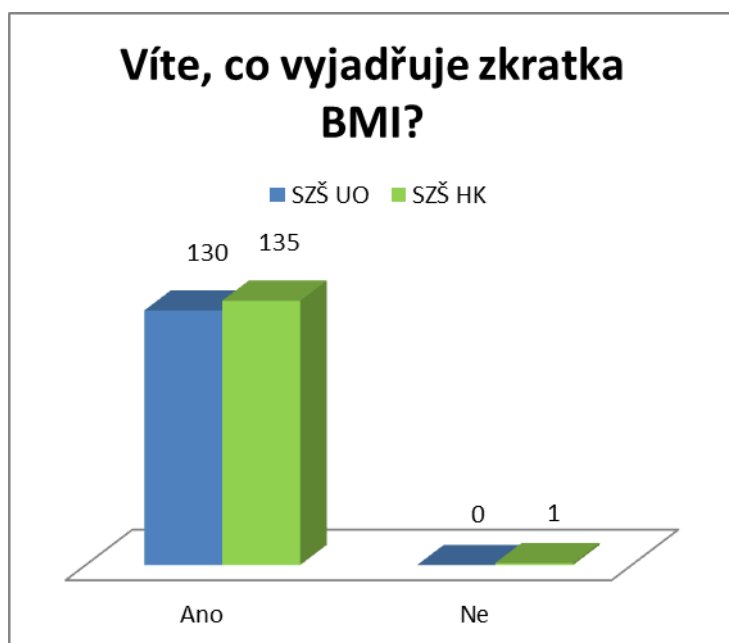
6.5.2 Hodnocení tělesné hmotnosti a postavy žáků

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 100% respondentů SZŠ UO a 99% respondentů SZŠ HK vědělo, co vyjadřuje zkratka BMI. Jeden respondent (1%) z 1. ročníku SZŠ HK zvolil špatnou alternativu (tabulka č. 18, graf č. 8).

Tabulka 18. Znalost pojmu BMI

Víte, co vyjadřuje zkratka BMI?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ano	130	100%	135	99%	265	100%
Ne	0	0%	1	1%	1	0%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 8. Znalost pojmu BMI

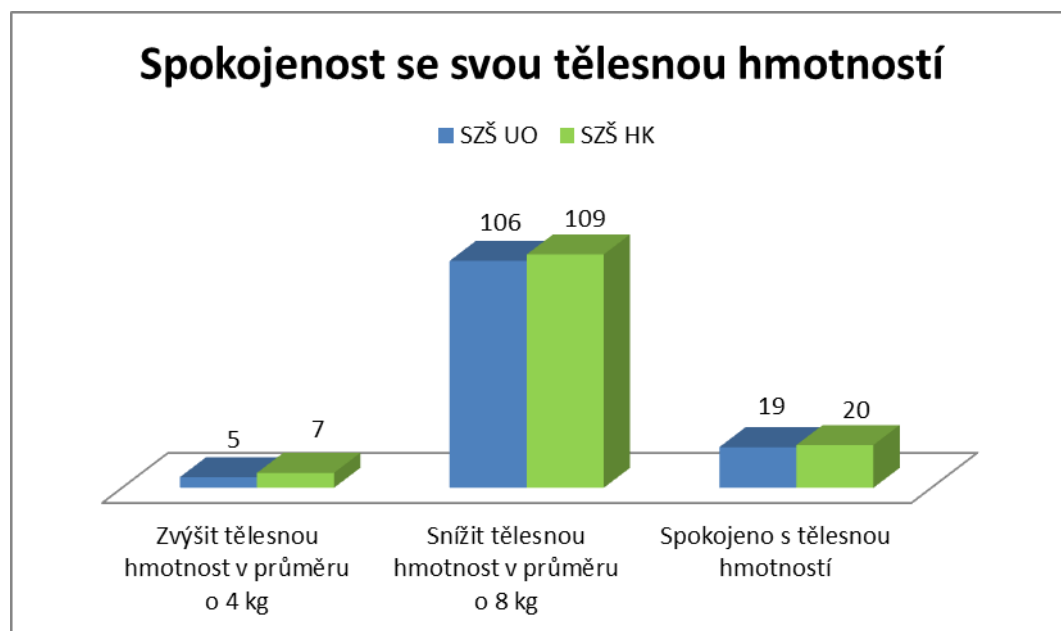


81% respondentů obou SZŠ není spokojena se svou současnou váhou. 82% respondentů ze SZŠ UO a 80% respondentů ze SZŠ HK by chtěli mít v průměru o 8 kg méně. V průměru o 4 kg více by chtělo vážit 4% respondentů SZŠ UO a 5% respondentů SZŠ HK. Spokojeno se svou váhou je pouhých 15 % respondentů SZŠ UO a 15% respondentů SZŠ HK (tabulka č. 20, graf č. 9).

Tabulka 19. Spokojenost s tělesnou hmotností

Spokojenost se svou tělesnou hmotností						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Zvýšit tělesnou hmotnost v průměru o 4 kg	5	4%	7	5%	12	5%
Snížit tělesnou hmotnost v průměru o 8 kg	106	82%	109	80%	215	81%
Spokojeno s tělesnou hmotností	19	15%	20	15%	39	15%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 9. Spokojenost s tělesnou hmotností

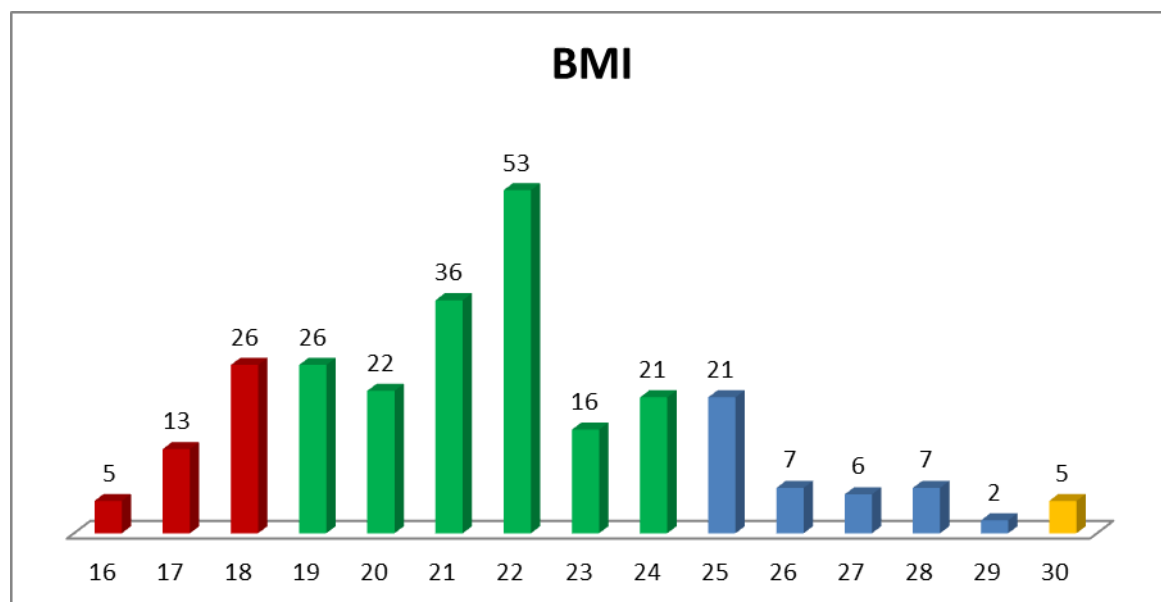


Každému respondentovi byla počítána také hodnota jejich BMI. 66% respondentů SZŠ UO a 65% respondentů SZŠ HK mají hodnoty BMI v rozmezí normy, podváhou trpí 15% respondentů SZŠ UO a 18% respondentů SZŠ HK. Nadváhu má 17% respondentů SZŠ UO a 15% respondentů SZŠ HK. Obezitu mají 2 respondenti SZŠ UO a 3 respondenti SZŠ HK (tabulka č. 21, graf č. 10).

Tabulka 20. BMI respondentů dle ročníků

BMI						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
BMI 16-18 Podváha	20	15%	24	18%	44	17%
BMI 19-24 Norma	86	66%	88	65%	174	65%
BMI 25-29 Nadváha	22	17%	21	15%	43	16%
BMI 30 a více Obezita	2	2%	3	2%	5	2%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 10. BMI celkového počtu respondentů

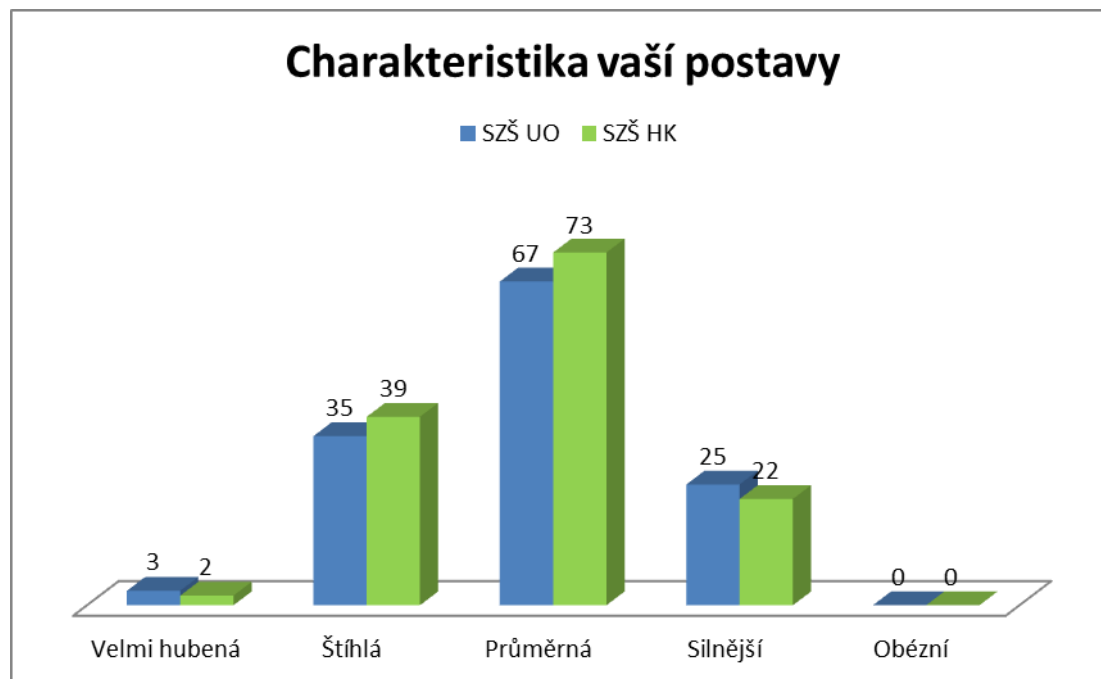


52 % respondentů SZŠ UO a 54 % respondentů SZŠ HK označilo svoji postavu za průměrnou. Štíhlou postavu zvolilo 27 % respondentů SZŠ UO a 29 % respondentů SZŠ HK. Silnější postavu zvolilo 19 % respondentů SZŠ UO a 16 % respondentů SZŠ HK. Velmi hubenou postavu označilo 2 % respondentů SZŠ UO a 1 % respondentů SZŠ HK. Alternativu obézní postavy nezvolil nikdo (tabulka č. 22, graf č. 11).

Tabulka 21. Charakteristika postavy

Který z uvedených termínů nejlépe charakterizuje Vaši postavu?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Velmi hubená	3	2%	2	1%	5	2%
Štíhlá	35	27%	39	29%	74	28%
Průměrná	67	52%	73	54%	140	53%
Silnější	25	19%	22	16%	47	18%
Obézní	0	0%	0	0%	0	0%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 11. Charakteristika postavy

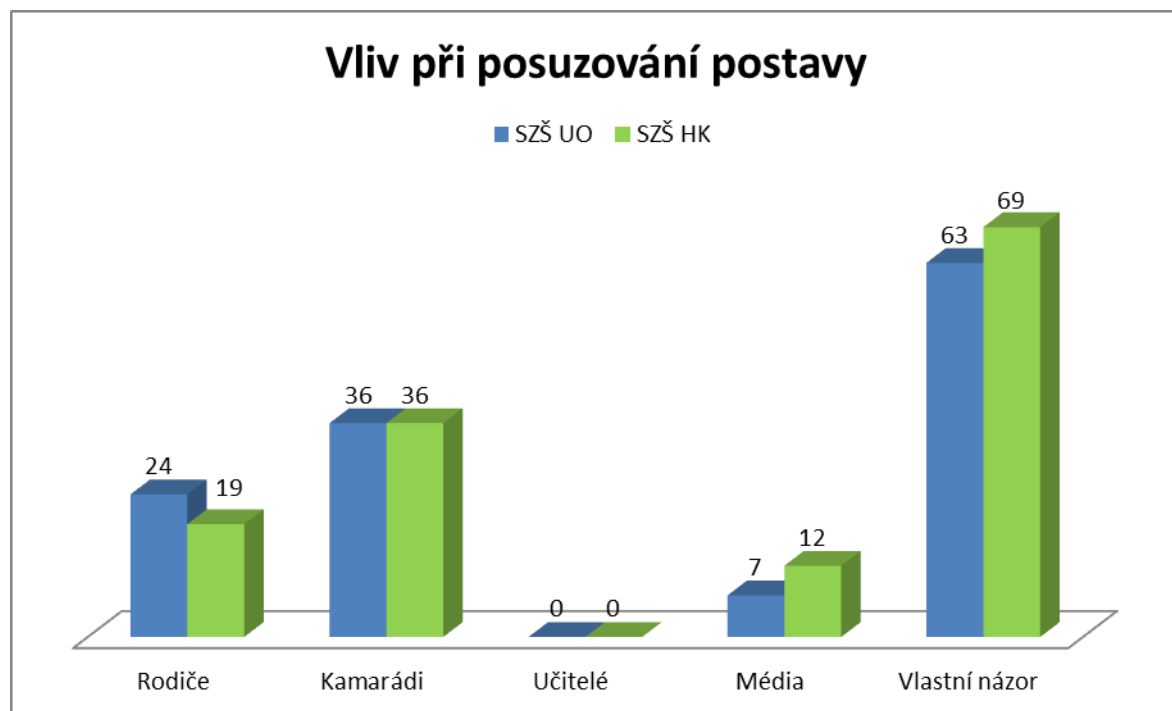


Dle výzkumného šetření vyplynulo, že nejdůležitější při posuzování postavy je pro respondenty SZŠ UO jejich vlastní názor (48%) a u respondentů SZŠ HK je to (51%). Na druhém místě to byl názor kamarádů, u respondentů SZŠ UO v 28% a u respondentů SZŠ HK v 26%. Názor rodičů je důležitý pro 18 % respondentů SZŠ UO a 14% respondentů SZŠ HK, informace o ideální postavě z médií je důležitá pro 5 % respondentů SZŠ UO a 9% respondentů SZŠ HK. Je zajímavé, že položku - názor učitelů, nezvolil nikdo (tabulka č. 23, graf č. 12).

Tabulka 22. Vliv při posuzování postavy

Vliv při posuzování postavy						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Rodiče	24	18%	19	14%	43	16%
Kamarádi	36	28%	36	26%	72	27%
Učitelé	0	0%	0	0%	0	0%
Média	7	5%	12	9%	19	7%
Vlastní názor	63	48%	69	51%	132	50%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 12. Vliv při posuzování postavy

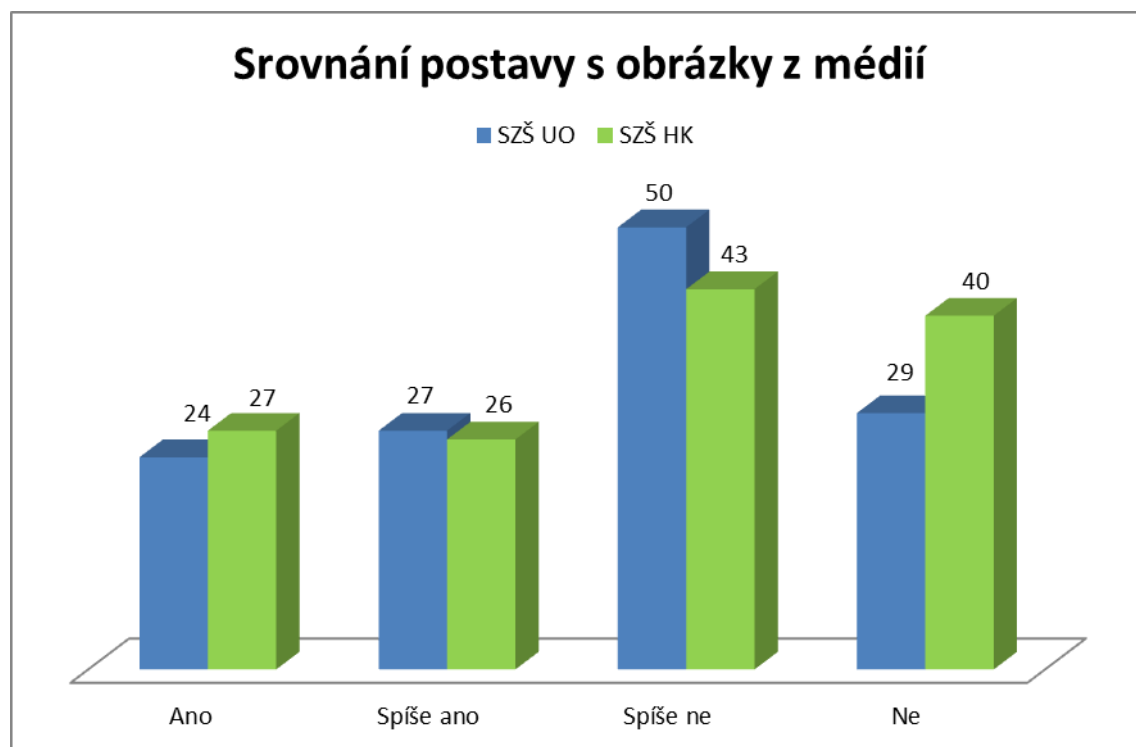


22% respondentů SZŠ UO a 29% respondentů SZŠ HK odpovědělo, že svou postavu s obrázky z médií nesrovnává, alternativu „spíše ne“ volilo 38% respondentů SZŠ UO a 32% respondentů SZŠ HK. Svou postavu porovnává s obrázky z médií 18% respondentů ze SZŠ UO a 20% respondentů ze SZŠ HK. Alternativu „spíše ano“ si vybralo 21% respondentů ze SZŠ UO a 19% respondentů ze SZŠ HK (tabulka č. 24, graf č. 13).

Tabulka 23. Porovnávání postavy s obrázky z médií

Srovnání postavy s obrázky z médií						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ano	24	18%	27	20%	51	19%
Spíše ano	27	21%	26	19%	53	20%
Spíše ne	50	38%	43	32%	93	35%
Ne	29	22%	40	29%	69	26%

Graf 13. Porovnávání postavy s obrázky z médií



6.5.3 Stravovací návyky respondentů a jejich volnočasové aktivity

Nejvíce je „dieta“ chápána respondenty jako určitá změna životního stylu, vyšší příjem zdravých potravin (ovoce, zelenina) a omezení jídel tučných a sladkostí. Současně respondenti popisovali také příjem stravy po malých porcích, častěji během dne. Vyjadřovali se také ke zvýšení tělesné aktivity jako doplňku diety. S tímto názorem se ztotožňovalo 76% respondentů. Jako hladovění, omezení stravy a úmyslné snižování hmotnosti charakterizovalo termín „dieta“ 17% respondentů. 5 % respondentů uvedlo, že „dieta“ se týká zdravotního problému a 3 respondenti (1%) charakterizovalo dietu jiným způsobem (tabulka č. 25).

Některé charakteristiky termínu „dieta“ respondenty zde citují:

„jednoduchá, nekalorická jídla“

„úprava jídelníčku, úprava váhy“

„pravidelně jíst, po malých dávkách, ne po 18 hodině“

„člověk úmyslně hubne“

„hladovění“

„hloupost, kterou vymysleli muži, aby ženy trpěly“

„zdravý životní styl – více se hýbat, zdravě jíst“

„omezení sladkostí, hamburgerů, jíst ovoce, zeleninu, zvýšit tělesnou aktivitu“

„je na prd“

Tabulka 24. Charakteristika „diety“

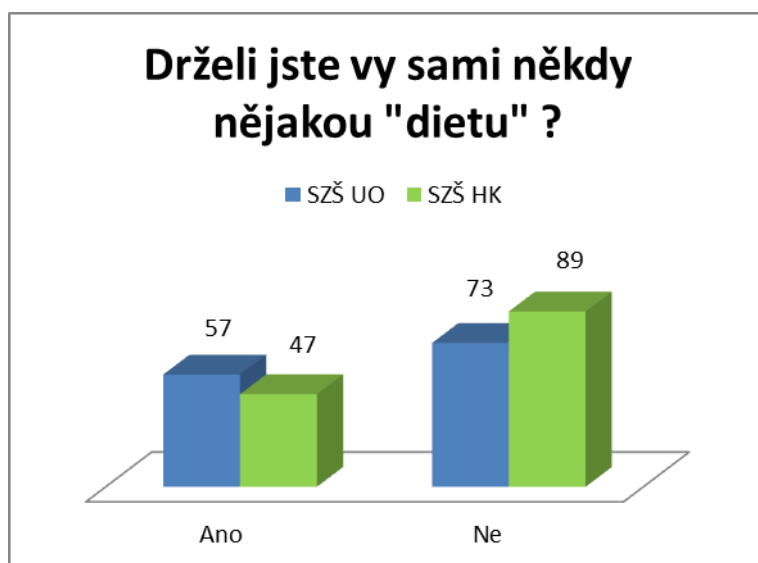
Jak byste nejlépe charakterizovali svými slovy termín "dieta"						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
"Stravování dle zdravého životního stylu, nekalorická jídla v pravidelných intervalech, zvýšení tělesné aktivity"	98	75%	105	77%	203	76%
"Omezení stravy, nejí se, úmyslné hladovění, snižování hmotnosti"	24	18%	22	16%	46	17%
"Ostatní charakteristiky"	3	2%	0	0%	3	1%
"Dietní omezení kvůli onemocnění"	5	4%	9	7%	14	5%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Z výzkumného šetření vyplynulo, že 56% respondentů ze SZŠ UO a 65% respondentů ze SZŠ HK nemá zkušenosti s držením diety. 44% respondentů ze SZŠ UO a 35% respondentů ze SZŠ HK má zkušenosti s držením diety (tabulka č. 26, graf č. 14). Ti, co zkušenost s dietou mají, volili obvykle celkem přijatelnou formu diety. Nejčastější odpovědi byly: „držela jsem dietu při onemocnění, ze zdravotních důvodů“ nebo „upravila jsem si jídelníček, jedla jsem častěji a méně, více jsem se hýbala“. Zazněly ovšem i takové typy diet jako: „nejedla jsem vůbec nic, pouze jsem pila“; „jedla jsem pouze zeleninu, ovoce“ (tabulka č. 27).

Tabulka 25. Zkušenost respondentů s "dietou"

Drželi jste vy sami někdy nějakou "dietu"?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ano	57	44%	47	35%	104	39%
Ne	73	56%	89	65%	162	61%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 14. Zkušenost respondentů s „dietou“



Tabulka 26. Typy diet

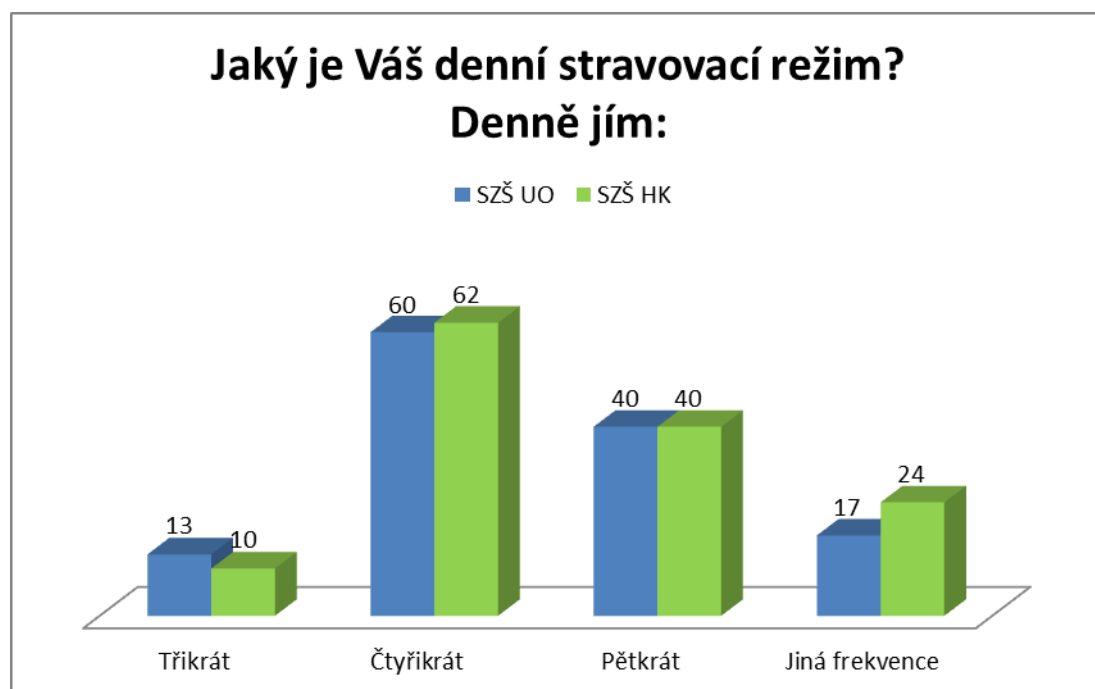
Jaké typy diet jsou uváděny						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Redukční	1	2%	4	7%	5	5%
Pobyt v lázních	0	0%	1	2%	1	1%
Omezení celkové stravy, počítání kalorií	15	35%	19	31%	34	33%
Omezení sladkostí, více se hýbe hýbat	12	28%	16	26%	28	27%
Při nemoci	9	21%	12	20%	21	20%
Zeleninová	1	2%	2	3%	3	3%
Ovocná	2	5%	4	7%	6	6%
Mléčná	1	2%	2	3%	3	3%
Bez pečiva	1	2%	0	0%	1	1%
Pouze příjem tekutin	1	2%	1	2%	2	2%
CELKEM	43	100%	61	100%	104	100%

Z odpovědí vyplynulo, že 3x denně se stravuje 10% respondentů ze SZŠ UO a 7 % respondentů ze SZŠ HK, 46% respondentů ze SZŠ UO a 46% respondentů ze SZŠ HK se stravuje 4x denně a 31% respondentů ze SZŠ UO a 29 % respondentů ze SZŠ HK 5x denně. 15% respondentů uvádělo jinou frekvenci příjmu stravy. Zde respondenti nejčastěji uváděli, že „*jedí tak jak oni chtějí, když mají hlad*“ anebo uváděli vyšší počet, než jim byl nabídnut např. „*6x denně, 8x denně; jím stále*“ (tabulka č. 28, graf č. 15).

Tabulka 27. Denní stravovací režim

Jaký je Váš denní stravovací režim? Denně jím:						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Třikrát	13	10%	10	7%	23	9%
Čtyřikrát	60	46%	62	46%	122	46%
Pětkrát	40	31%	40	29%	80	30%
Jiná frekvence	17	13%	24	18%	41	15%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 15. Denní stravovací režim

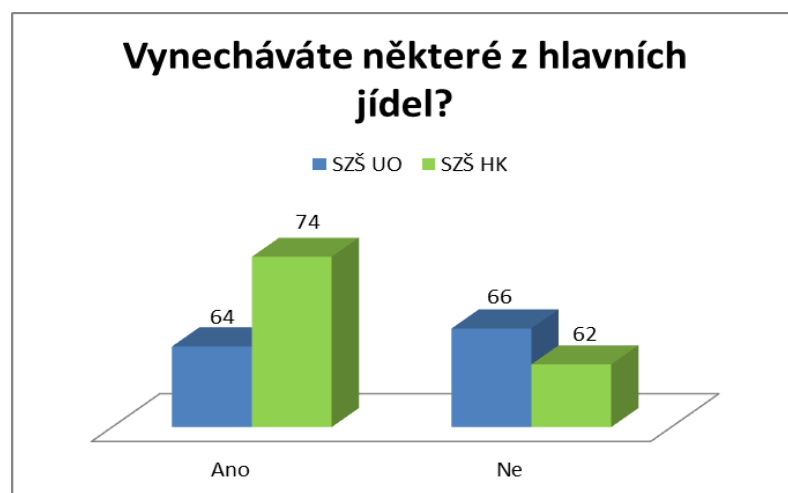


Respondenti sice zvolili v předešlé položce, že jejich příjem stravy během dne je většinou 4x a 5x denně, ale z analýzy dat vyplynulo, že 49% respondentů ze SZŠ UO a 54% respondentů ze SZŠ HK vynechává i přesto některé z hlavních jídel (tabulka č. 29, graf č. 16). Nejčastěji respondenti vynechávají snídani (79%) ze SZŠ UO a (76%) respondentů ze SZŠ HK a jako důvod uvádějí „*nestíhám, nemám čas, беру si větší svačinu do školy, po ránu nemůžu nic jíst, je mi pak špatně*“. Oběd vynechává celkem 14% respondentů ze SZŠ UO a 19% respondentů ze SZŠ HK. Jako nejčastější důvody uváděli respondenti „*nemám čas; nechodím do školní jídelny; nemám hlad*“. Večeři vynechává celkem 8% respondentů ze SZŠ UO a 6% respondentů ze SZŠ HK. Jako důvod uvedli „*mám dlouho školu – přijdu pozdě domů, vezmu si odpolední svačinu a večer pak už nemám hlad*“ a dalším důvodem byl také argument „*nemám čas*“ (tabulka č. 30, graf č. 17).

Tabulka 28. Vynechávání hlavního jídla

Vynecháváte některé z hlavních jídel?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ano	64	49%	74	54%	138	52%
Ne	66	51%	62	46%	128	48%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

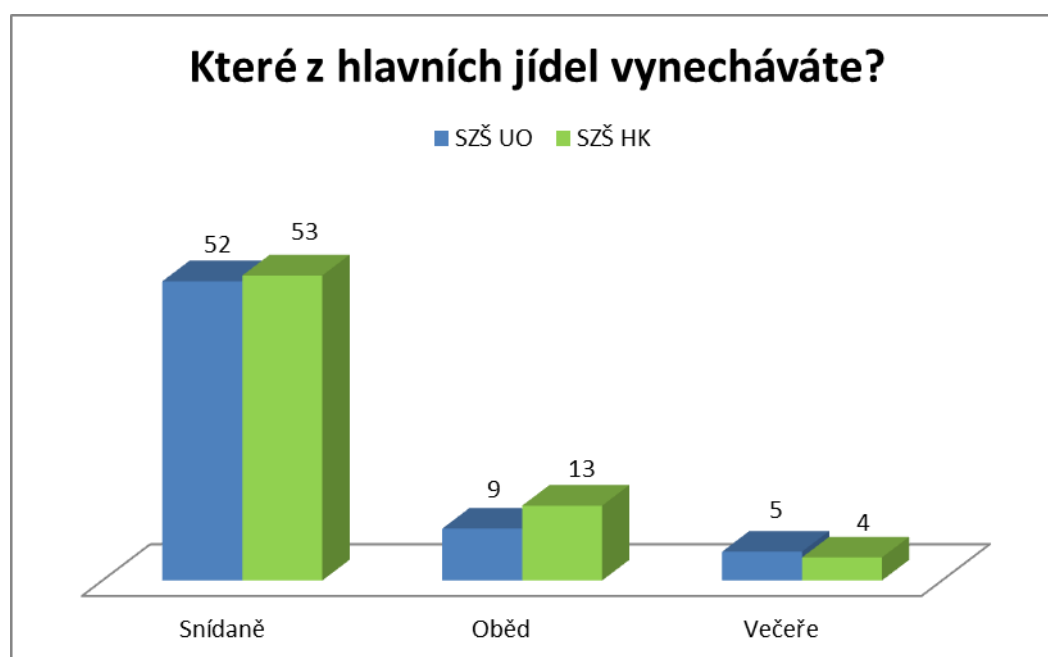
Graf 16. Vynechávání hlavního jídla



Tabulka 29. Četnost vynechaných hlavních jídel

Které z hlavních jídel vynecháváte?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Snídaně	52	79%	53	76%	105	77%
Oběd	9	14%	13	19%	22	16%
Večeře	5	8%	4	6%	9	7%
CELKEM	66	100%	70	100%	136	100%

Graf 17. Četnost vynechaných hlavních jídel



Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce potravin, které respondenti SZŠ UO konzumují každý den, to jsou: bílé pečivo (75%), mléčné výrobky, sýry (70%), ovoce a zelenina (55%), těstoviny, brambory, rýže (51%). Z potravin, které respondenti konzumují alespoň 3x týdně, uváděli nejčastěji cereálie (tmavé pečivo, müsli) (56%), bílé maso (králík, kuře, krůta) (51%), těstoviny brambory, rýže (45%), ovoce, zelenina (38%), slané věci (brambůrky, křupky, oříšky) (36%), sladkosti (čokoláda, bonbóny, oplatky) (29%). Nejvíce respondentů konzumuje 2x týdně luštěniny (62%), uzeniny (60%), červené maso (hovězí, vepřové) (39%), další uváděné položky byly opět slané (32%) a sladké pochutiny (30%). Ryby (37%) konzumuje většina respondentů 1x týdně. Nejvíce respondentů uvádělo, že nikdy nekonzumují ryby (24%), červené maso (hovězí, vepřové) (12%) a

luštěniny (8%). V položce „jiné“ 8 respondentů uvádělo potraviny jako vejce, houby, hranolky, hamburger, knedlík, přičemž nejčastější frekvence konzumace byla 1x týdně (tabulka č. 31).

Tabulka 30. Zastoupení potravin v jídelníčku respondentů SZŠ UO

SZŠ UO	Každý den	%	3 x týdně	%	2 x týdně	%	1 x týdně	%	nikdy	%	Jiná frekvence	%
Ovoce, zelenina	72	55%	49	38%	9	7%	0	0%	0	0%	0	0%
Mléčné výrobky, sýry	91	70%	28	22%	8	6%	3	2%	0	0%	0	0%
Cereálie (tmavé pečivo, müsli)	29	22%	73	56%	18	14%	8	6%	2	2%	0	0%
Uzeniny	5	4%	16	12%	78	60%	18	14%	10	8%	3	2%
Luštěniny	0	0%	13	10%	81	62%	23	18%	11	8%	2	2%
Ryby	0	0%	11	8%	24	18%	48	37%	31	24%	16	12%
Bílé pečivo, chléb	97	75%	21	16%	5	4%	0	0%	7	5%	0	0%
Bílé maso (kuře, krůta)	2	2%	66	51%	49	38%	10	8%	3	2%	0	0%
Červené maso (hovězí, vepřové)	0	0%	32	25%	51	39%	27	21%	15	12%	5	4%
Sladkosti	24	18%	38	29%	39	30%	23	18%	3	2%	3	2%
Slané věci	17	13%	47	36%	41	32%	29	22%	2	2%	4	3%
Těstoviny, brambory, rýže	51	39%	58	45%	16	12%	4	3%	0	0%	1	1%
Jiné	0	0%	0	0%	1	1%	5	4%	0	0%	2	2%

U respondentů SZŠ HK byly zjištěny analýzou dat velmi podobné výsledky jako u respondentů SZŠ UO. Nejvíce potravin, které respondenti konzumují každý den, bylo: bílé pečivo (75%), mléčné výrobky, sýry (67%), ovoce a zelenina (68%), těstoviny, brambory, rýže (40%). Z potravin, které respondenti konzumují alespoň 3x týdně, uváděli nejčastěji cereálie (tmavé pečivo, müsli) (66%), bílé maso (králík, kuře, krůta) (61%), těstoviny brambory, rýže (47%), ovoce, zelenina (33%), slané věci (brambůrky, křupky, oříšky) (32%), sladkosti (čokoláda, bonbóny, oplatky) (32%). Nejvíce respondentů konzumuje 2x

týdně luštěniny (60%), uzeniny (53%), červené maso (hovězí, vepřové) (47%), další uváděné položky byly opět slané (31%) a sladké pochutiny (21%). Ryby (39%) konzumuje většina respondentů 1x týdně. Nejvíce respondentů uvádělo, že nikdy nekonzumují ryby (7%) a luštěniny (5%). V položce „jiné“ 4 respondenti uvedli potraviny jako vejce, houby, hranolky, pizza, přičemž nejčastější frekvence konzumace byla 1x týdně vejce, 1x za měsíc houby, hranolky, pizza (tabulka č. 32).

Tabulka 31. Zastoupení potravin v jídelníčku respondentů SZŠ HK

SZŠ HK	Každý den	%	3 x týdně	%	2 x týdně	%	1 x týdně	%	nikdy	%	Jiná frekvence	%
Ovoce, zelenina	85	65%	43	33%	8	6%	0	0%	0	0%	0	0%
Mléčné výrobky, sýry	87	67%	31	24%	18	14%	0	0%	0	0%	0	0%
Cereálie (tmavé pečivo müsli)	31	24%	86	66%	9	7%	7	5%	3	2%	0	0%
Uzeniny	7	5%	21	16%	69	53%	14	11%	5	4%	10	8%
Luštěniny	0	0%	28	22%	78	60%	21	16%	6	5%	0	0%
Ryby	0	0%	23	18%	38	29%	51	39%	9	7%	15	12%
Bílé pečivo, chléb	98	75%	23	18%	9	7%	3	2%	3	2%	0	0%
Bílé maso (kuře, krůta)	0	0%	79	61%	40	31%	12	9%	5	4%	0	0%
Červené maso (hovězí, vepřové)	0	0%	19	15%	61	47%	27	21%	16	12%	13	10%
Sladkosti	32	25%	41	32%	27	21%	16	12%	7	5%	13	10%
Slané věci	18	14%	42	32%	40	31%	28	22%	4	3%	4	3%
Těstoviny, brambory, rýže	52	40%	61	47%	15	12%	8	6%	0	0%	0	0%
Jiné	0	0%	0	0%	0	0%	6	5%	0	0%	0	0%

Nejvíce respondentů SZŠ UO zařazuje mezi své každodenní nápoje: šťávu, džus (83%), vodu (72%), ochucenou minerální vodu (62%) a čaj (40%). Sladké nápoje (cola, sprite, limo...) pije nejvíce respondentů 1x týdně (44%), 2x týdně je to (23%). Kávu konzumuje stejný počet respondentů každý den (22%) nebo 1xtýdně (22%). Alkohol konzumuje respondentů 1xtýdně (35%). Jinou frekvenci konzumace alkoholu uváděli respondenti jednou za měsíc, jednou za 14 dnů, příležitostně. Respondenti nikdy nepijí kávu (24%), alkohol (18%), sladké nápoje (11%), (tabulka č. 33).

Tabulka 32. Zastoupení tekutin v jídelníčku respondentů SZŠ UO

SZŠ UO	Každý den	%	3 x týdně	%	2 x týdně	%	1 x týdně	%	nikdy	%	Jiná frekvence	%
Voda	93	72%	27	21%	0	0%	0	0%	8	6%	2	2%
Ochucená minerální voda	81	62%	23	18%	0	0%	13	10%	12	9%	1	1%
Šťáva, džus	108	83%	0	0%	9	7%	11	8%	2	2%	0	0%
Sladké nápoje (cola, sprite, limo..)	8	6%	0	0%	30	23%	57	44%	14	11%	21	16%
Čaj	52	40%	12	9%	38	29%	13	10%	5	4%	10	8%
Káva	28	22%	17	13%	23	18%	28	22%	31	24%	3	2%
Alkohol	0	0%	0	0%	10	8%	45	35%	24	18%	51	39%

Respondenti SZŠ HK zařazují mezi své každodenní nápoje: šťávu, džus (75%), vodu (73%), ochucenou minerální vodu (68%) a čaj (39)%. Sladké nápoje (cola, sprite, limo.) pije nejvíce respondentů 1x týdně (44%), 2x týdně je to (23%). Kávu konzumuje nejvíce respondentů každý den (52%). Alkohol konzumuje 35% respondentů 1x týdně. Jinou frekvenci konzumace alkoholu uváděli respondenti nejčastěji: jednou za měsíc, jednou za 14 dní, příležitostně. Nikdy nepije 24% respondentů kávu, alkohol (18%) a sladké nápoje (11%), (tabulka č. 34).

Tabulka 33. Zastoupení tekutin v jídelníčku respondentů SZŠ HK

SZŠ HK	Každý den	%	3 x týdně	%	2 x týdně	%	1 x týdně	%	nikdy	%	Jiná frekvence	%
Voda	95	73%	31	24%	0	0%	0	0%	8	6%	2	2%
Ochucená minerální voda	88	68%	23	18%	0	0%	13	10%	12	9%	1	1%
Šťáva, džus	97	75%	0	0%	9	7%	11	8%	2	2%	0	0%
Sladké nápoje (cola, sprite, limo...)	0	0%	0	0%	30	23%	57	44%	14	11%	21	16%
Čaj	51	39%	12	9%	38	29%	13	10%	5	4%	10	8%
Káva	67	52%	17	13%	23	18%	28	22%	31	24%	3	2%
Alkohol	0	0%	0	0%	10	8%	45	35%	24	18%	51	39%

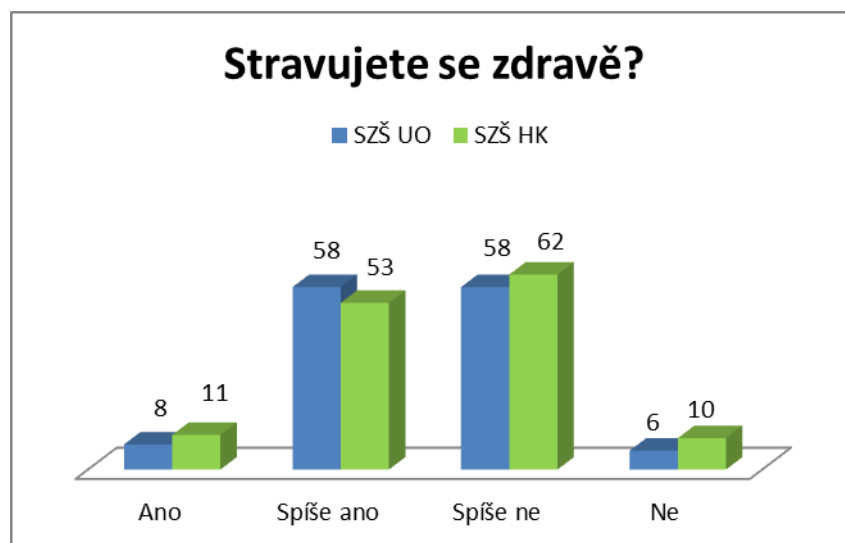
Z dotazníkového šetření vyplynulo, že celkový denní příjem tekutin je v průměru u respondentů SZŠ UO 1,5 litru a u respondentů SZŠ HK 2 litry.

Pouze 6 % respondentů SZŠ UO a 8% respondentů SZŠ HK si myslí, že se stravují zdravě. 45% respondentů SZŠ UO a 39% respondentů SZŠ HK si vybralo alternativu spíše ano. Spíše ne zvolilo 45% respondentů SZŠ UO a 46% respondentů SZŠ HK. 5% respondentů SZŠ UO a 7 % respondentů SZŠ HK se dle jejich úsudku zdravě nestravuje (tabulka č. 35, graf č. 17).

Tabulka 34. Stravování u respondentů

Stravujete se zdravě?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Ano	8	6%	11	8%	19	7%
Spíše ano	58	45%	53	39%	111	42%
Spíše ne	58	45%	62	46%	120	45%
Ne	6	5%	10	7%	16	6%
CELKEM	130	100%	136	100%	266	100%

Graf 18. Stravování u respondentů



44% respondentů SZŠ UO a 41% respondentů SZŠ HK vedou ke zdravé stravě jejich rodiče. Další uváděnou položkou byla „touha po štíhlé postavě“, toto zvolilo 28% respondentů SZŠ UO a 36% respondentů SZŠ HK. Učitelé vedou respondenty ke zdravé stravě v 11% na SZŠ UO a v 6% na SZŠ HK. Spolužáci a kamarádi ovlivňují zdravou stravou respondenty SZŠ UO v 3% a respondenty SZŠ HK v 6%. Alternativu „někdo nebo něco jiného“ zvolilo 14% respondentů SZŠ UO a 11% respondentů SZŠ HK. Nejčastější odpovědi respondentů v rámci této zvolené možnosti byly „*nikdo; já sama; přítel; vlastní zdraví; dobrý pocit*“ (tabulka č. 36).

Tabulka 35. Vliv na zdravé stravování respondentů

Kdo Vás vede ke zdravé stravě?						
	SZŠ UO.		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Rodiče	71	44%	65	41%	136	43%
Učitelé	17	11%	10	6%	27	8%
Spolužáci, kamarádi	5	3%	9	6%	14	4%
Touha po štíhlé postavě	44	28%	58	36%	102	32%
Někdo nebo něco jiného	23	14%	17	11%	40	13%
CELKEM	160	100%	159	100%	319	100%

Z výzkumného šetření vyplynulo, že 78% respondentů 1. a 2. ročníků ze SZŠ UO a 61 % respondentů 3. a 4. ročníků ze SZŠ UO navštěvuje školní jídelnu během polední pauzy na oběd. 6% respondentů 1. a 2. ročníků ze SZŠ UO a 16% respondentů 3. a 4. ročníků ze SZŠ UO navštěvuje školní jídelnu občas a 16% respondentů 1. a 2. ročníků a 23% respondentů 3. a 4. ročníků ze SZŠ UO školní jídelnu vůbec nenavštěvuje. Na SZŠ HK jsem zjistila tyto data: 45 % respondentů 1. a 2. ročníků a 33% respondentů 3. a 4. ročníků ze SZŠ HK chodí do školní jídelny, 11% respondentů 1. a 2. ročníků a 15% respondentů 3. a 4. ročníků školní jídelnu navštěvuje občas. A 44% respondentů 1. a 2. ročníků a 51% respondentů 3. a 4. ročníků školní jídelnu nenavštěvuje (tabulka č. 37, 38 a graf č. 19). Jako nejčastější důvody, proč respondenti nechodí do školní jídelny, uváděli: „nechce se mi tam chodit“ (30%); „nechutná mi tam“ (26%); „obědvám doma“ (24%). Další důvody jsou uvedeny v tabulce č. 37.

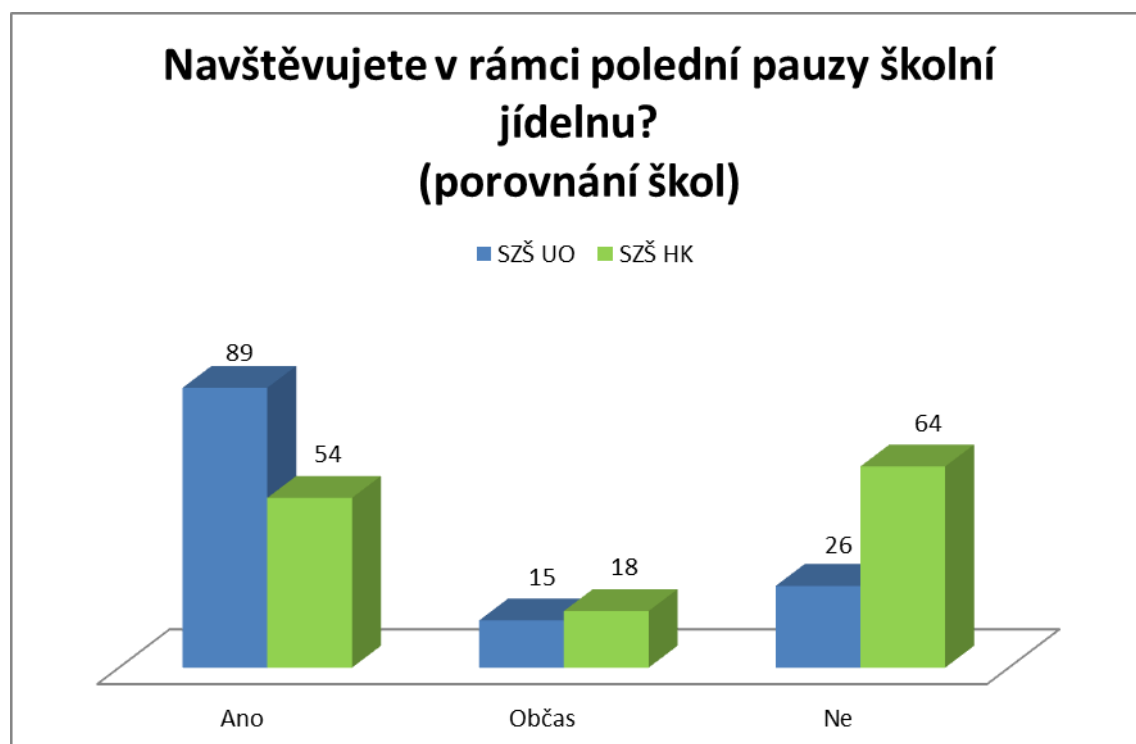
Tabulka 36. Návštěvnost školní jídelny v rámci ročníků

Navštěvujete v rámci polední pauzy školní jídelnu? (porovnání ročníků)										
	1. a 2. roč.				3. a 4. roč.				CELKEM	
	UO		HK		UO		HK			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	50	78%	30	45%	39	61%	24	33%	143	54%
Občas	4	6%	7	11%	10	16%	11	15%	32	12%
Ne	10	16%	29	44%	15	23%	37	51%	91	34%
CELKEM	64	100%	66	100%	64	100%	72	100%	266	100%

Tabulka 37. Návštěvnost školní jídelny v rámci škol

Navštěvujete v rámci polední pauzy školní jídelnu? (porovnání škol)										
	SZŠ UO				SZŠ HK				CELKEM	
	1. a 2. roč	3. a 4. roč	celkem	%	1. a 2. roč	3. a 4. roč	celkem	%	n	%
Ano	50	39	89	68%	30	24	54	40%	143	54%
Občas	4	11	15	12%	7	11	18	13%	33	12%
Ne	10	16	26	20%	29	35	64	47%	90	34%
CELKEM	64	66	130	100%	66	70	136	100%	266	100%

Graf 19. Návštěvnost školní jídelny v rámci škol



Tabulka 38. Důvody, proč respondenti nenavštěvují školní jídelnu

Žáci, kteří odpověděli "NE" jako důvod uvedli						
	SZŠ UO		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Obědvám doma	7	27%	15	23%	22	24%
Nechce se mi tam chodit	8	31%	19	30%	27	30%
Nechutná mi tam	6	23%	17	27%	23	26%
Nebaví mě stát frontu	2	8%	4	6%	6	7%
Vaříme si sami na internátu	2	8%	4	6%	6	7%
nedostatek financí	1	4%	3	5%	4	4%
Jídlo je z umělých přísad	0	0%	1	2%	1	1%
Nejím jídlo, které nevím, jak se vaří	0	0%	1	2%	1	1%
CELKEM	26	100%	64	100%	90	100%

Nejvíce dotázaných respondentů ze SZŠ UO si připravuje z domu větší svačinu (31%) ze SZŠ HK je to 39% respondentů, většinou mají obložený rohlík či housku. Na SZŠ UO uváděli respondenti v 27%, že chodí na obědy domů na SZŠ HK to bylo 23% respondentů. Další důvody, které respondenti uvedli, jsou zaznamenány v tabulce č. 40.

Tabulka 39. Místo a druh stravy, kterou respondenti konzumují, mimo školní jídelnu

Pokud jste odpověděli NE, uved'te kam nejčastěji chodíte na oběd a co obědváte.						
	SZŠ UO		SZŠ HK		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
Obědvám doma	7	27%	15	23%	22	24%
Mám větší svačinu	8	31%	25	39%	33	37%
Restaurace, pizzerie	2	8%	4	6%	6	7%
Vaříme si sami na internátu (těstoviny, instantní polévky)	2	8%	4	6%	6	7%
Rychlé občerstvení (párek v rohlíku, hranolky, hamburger)	4	15%	11	17%	15	17%
Neobědvám	3	12%	5	8%	8	9%
CELKEM	26	100%	64	100%	90	100%

Analýzou dat bylo zjištěno, že většina respondentů SZŠ UO tráví svůj volný čas každý den s kamarády či partou 83% nebo u televizní obrazovky 78%. U počítače nebo na internetu je každý den 39 % respondentů. V 33% čtou každý den respondenti knihy, časopisy či noviny a v 25 % každý den sportují. Zájmové kroužky navštěvuje 48% respondentů 2x týdně, také sportu se věnuje nejvíce respondentů 32% 2x týdně. Do přírody chodí 1x týdně 32% respondentů. Kino či divadlo navštěvuje 33% respondentů 1x týdně nebo uváděli „jinou frekvenci“ 61% – nejčastěji 1x za měsíc. Nakupováním tráví svůj volný čas 1x týdně 29%, většina ale uvedla položku „jiná frekvence“ 52% – 1x za měsíc. Na diskotéky, do baru či kavárny chodí nejvíce respondentů 1x týdně 64%, 6% dokonce 2x týdně, 22% uvádělo položku „jiná frekvence“ a nikdy na diskotéky, do baru a kavárny nechodí 8% respondentů. Respondenti také uváděli, že v 12% nikdy nesportují, nikdy nechodí do zájmových kroužků 8%, nikdy nečtou 3%, nikdy nechodí na procházky do přírody 2%. Respondenti mohli také uvést jinou náplň volného času, než položky, které jim byly nabídnuty. Uváděli nejčastěji tyto aktivity: pracuji na zahradě, chodím na brigádu, pomáhám doma matce, starám se o mladší sourozence, starám se o dědu a babičku, učím se.

Tabulka 40. Volnočasové aktivity respondentů SZŠ UO

SZŠ UO	Jak trávíte Váš volný čas											
	Každý den	%	3 x týdně	%	2 x týdně	%	1 x týdně	%	nikdy	%	Jiná frekvence	%
Dívám se na TV	102	78%	15	12%	7	5%	2	2%	0	0%	4	3%
Internet, PC	51	39%	23	18%	17	13%	18	14%	0	0%	21	16%
Čtu knihy, časopisy, noviny	43	33%	36	28%	23	18%	14	11%	4	3%	10	8%
Zájmové kroužky (hudební, výtvarný, ...)	11	8%	29	22%	63	48%	8	6%	11	8%	8	6%
Sportuji	32	25%	14	11%	41	32%	11	8%	15	12%	17	13%
Procházky do přírody	18	14%	20	15%	25	19%	41	32%	3	2%	23	18%
Kino, divadlo	0	0%	0	0%	8	6%	43	33%	0	0%	79	61%
Nakupuji (oblečení, kosmetika, ...)	0	0%	5	4%	19	15%	38	29%	0	0%	68	52%
Jsem s kamarády, parta	108	83%	0	0%	12	9%	0	0%	0	0%	10	8%
Chodím na disco, bar, kavárna	0	0%	0	0%	8	6%	83	64%	10	8%	29	22%

Analýzou dat bylo zjištěno, že většina respondentů SZŠ HK tráví svůj volný čas každý den s kamarády či partou 82% nebo u televizní obrazovky 72%. U počítače nebo na internetu je každý den 51 % respondentů. V 46% čtou každý den respondenti knihy, časopisy či noviny a v 13% každý den sportují. Sportu a procházkám do přírody se věnuje nejvíce respondentů 2x týdně 38%. Zájmové kroužky navštěvuje nejvíce respondentů 1x týdně 36% a 2x týdně 34%. Kino či divadlo navštěvují respondenti 1x týdně 45% nebo uváděli „jinou frekvenci“ 53% – nejčastěji 1x za měsíc. Nakupováním tráví svůj volný čas 1x týdně 35%, většina uvedla položku „jiná frekvence“ 54% – 1x za měsíc. Na diskotéky, do baru či kavárny chodí nejvíce respondentů 1x týdně 76%, 18% dokonce 2x týdně, 6% uvádělo položku „jiná frekvence“ a nikdy na diskotéky, do baru a kavárny nechodí 1% respondentů. Respondenti také uváděli, že v 4% nikdy nesportují, nikdy nechodí do zájmových kroužků 22%, nikdy se nedívají na TV 2%, nikdy nechodí na procházky do přírody 1%. Respondenti mohli také uvést jinou náplň volného času, než položky, které jim byly nabídnuty. Uváděli nejčastěji tyto aktivity: chodím na brigádu, pomáhám doma matce, starám se o mladší sourozence, učím se.

Tabulka 41. Volnočasové aktivity respondentů SZŠ HK

SZŠ HK	Jak trávíte Váš volný čas											
	Každý den	%	3 x týdně	%	2 x týdně	%	1 x týdně	%	nikdy	%	Jiná frekvence	%
Dívám se na TV	98	72%	16	12%	16	12%	3	2%	3	2%	0	0%
Internet, PC	69	51%	30	22%	27	20%	10	7%	0	0%	0	0%
Čtu knihy, časopisy, noviny	62	46%	50	37%	21	15%	0	0%	0	0%	3	2%
Zájmové kroužky (hudební, výtvarný, ...)	4	3%	7	5%	46	34%	49	36%	30	22%	0	0%
Sportuji	18	13%	47	35%	51	38%	14	10%	6	4%	0	0%
Procházký do přírody	17	13%	9	7%	51	38%	52	38%	1	1%	6	4%
Kino, divadlo	0	0%	0	0%	3	2%	61	45%	0	0%	72	53%
Nakupuji (oblečení, kosmetika, ...)	0	0%	9	7%	7	5%	47	35%	0	0%	73	54%
Jsem s kamarády, parta	112	82%	9	7%	10	7%	5	4%	0	0%	0	0%
Chodím na disco, bar, kavárna	0	0%	0	0%	24	18%	103	76%	1	1%	8	6%

6.6 Statistické ověření dat

V této části práce bychom rádi otestovali námi stanované hypotézy. Konkrétně se jedná o odpovědi na položky z dotazníkového šetření číslo: **6, 9 a 20**. Těmito položkami jsme zjišťovali, kdo má na žáky při posuzování jejich postavy největší vliv, kolik žáků má již zkušenost s držením diety a osobní kontakt žáků s osobami s PPP. Na ověření našich předpokladů jsme použili test nezávislosti v kombinační tabulce

6.6.1 Teorie statistické metody

Při testování našich předpokladů jsme zvolili následující postup:

1. formulace nulové hypotézy, jejíž platnost se bude ověřovat,
2. zvolení hladiny významnosti – stanovení hranice, pod níž je platnost nulové hypotézy málo pravděpodobná,
3. výpočet testového kritéria – pomocí něj lze jednoznačně rozhodnout o platnosti či zamítnutí nulové hypotézy,
4. správná interpretace výsledků.

Test nezávislosti v kombinační tabulce testuje, zda existuje vztah (neboli závislost) mezi dvěma veličinami v tabulce. Postupovali jsme podle těchto kroků:

1. sestavení nulové hypotézy – nulová hypotéza předpokládá nezávislost mezi oběma znaky,
2. sestavení tabulky absolutních četností (x_{ij}) mezi dvěma zkoumanými veličinami,
3. teoretické počty (y_{ij}) odpovědí za předpokladu nezávislosti veličin:

$$\text{➤ } p_{ij} = \frac{x_{ij}}{n}; r_i = \sum_{j=1}^s p_{ij}; r_j = \sum_{i=1}^r p_{ij}; s = \text{počet sloupců}, r = \text{počet řádků}$$

$$\text{➤ } y_{ij} = r_i * r_j * n$$

4. testové kritérium:

$$\text{➤ } \chi^2 = \sum_{i=1}^s \sum_{j=1}^r \frac{(x_{ij} - y_{ij})^2}{y_{ij}}$$

5. kritická hodnota:

➤ stupně volnosti: $f = (r-1) * (s-1)$

➤ hladina významnosti: $\alpha = 0,05$ (5%)

➤ kritická hodnota $\chi^2_{(\alpha;f)}$ v tabulkách nebo v Excelu pomocí funkce $\text{chiinv}(\alpha; f)$

6. nulová hypotéza se zamítá, pokud hodnota testového kritéria je větší než kritická hodnota (Hindls, Hronová, Segel, Fischer, 2007, s. 415).

6.6.2 Test nezávislosti v kombinační tabulce u vybraných dat

Při testování budeme postupovat po jednotlivých otázkách v pořadí uvedeném v dotazníku.

Otázka číslo 6:

V položce číslo 6 jsme zjišťovali, kdo má na žáky největší vliv při posuzování vlastní postavy. Žáci mohli zvolit dle svého uvážení jednu z pěti variant možných odpovědí. Dle výzkumného šetření vyplynulo, že nejdůležitější při posuzování postavy je pro respondenty SZŠ UO jejich vlastní názor (48%) a u respondentů SZŠ HK je to (51%). Na druhém místě to byl názor kamarádů, u respondentů SZŠ UO v 28% a u respondentů SZŠ HK v 26%. Názor rodičů je důležitý pro 18 % respondentů SZŠ UO a 14% respondentů SZŠ HK, informace o ideální postavě z médií je důležitá pro 5 % respondentů.

Tabulka 42. Absolutní četnost odpovědí na otázku č. 6

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Rodiče	24	19	43
Kamarádi	36	36	72
Učitelé	0	0	0
Média	7	12	19
Vlastní názor	63	69	132
CELKEM	130	136	266

Stanovili jsme si následující statistickou hypotézu:

H_0 předpokládáme, že existuje nezávislost ve vlivu při posuzování postavy mezi žáky jednotlivých škol

H_A předpokládáme, že existuje závislost ve vlivu při posuzování postavy mezi žáky jednotlivých škol

Tabulka 43. Relativní četnost odpovědí na otázku č. 6

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Rodiče	0,09	0,07	0,16
Kamarádi	0,14	0,14	0,27
Média	0,03	0,05	0,07
Vlastní názor	0,24	0,26	0,50
CELKEM	0,49	0,51	1

Tabulka 44. Očekávaná četnost odpovědí na otázku č. 6

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Rodiče	21,02	21,98	43
Kamarádi	35,19	36,81	72
Média	9,29	9,71	19
Vlastní názor	64,51	67,49	132
CELKEM	130	136	266

Tabulka 45. Pomocné výpočty pro testové kritérium odpovědí na otázku č. 6

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Rodiče	0,423982	0,405277	0,829259
Kamarádi	0,018739	0,017912	0,036652
Média	0,562637	0,537815	1,100452
Vlastní názor	0,035404	0,033842	0,069246
CELKEM	1,040763	0,994847	2,035609

7,814728

TESTOVÉ KRITÉRIUM = 2,035609

KRITICKÁ HODNOTA = 7,814728

Hodnota testového kritéria je menší než kritická hodnota, existuje tedy nezávislost mezi jednotlivými zdravotnickými školami ve vlivu při posuzování postavy mezi žáky. H_0 se přijímá a H_A se zamítá.

Otázka číslo 9:

V otázce číslo 9 jsme zjišťovali kolik žáků, již má zkušenosti s držním diety. Žáci mohli volit dvě možnosti odpovědi – variantu ne a variantu ano. Pokud zvolili variantu ano, měli ještě specifikovat, s jakým druhem diety zkušenost mají. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 56% respondentů ze SZŠ UO a 65% respondentů ze SZŠ HK nemá zkušenosti s držním diety. 44% respondentů ze SZŠ UO a 35% respondentů ze SZŠ HK má zkušenosti s držním diety. Ti, co zkušenost s dietou mají, volili obvykle celkem přijatelnou formu diety. Nejčastější odpovědi byly: „držela jsem dietu při onemocnění, ze zdravotních důvodů“ nebo „upravila jsem si jídelníček, jedla jsem častěji a méně, více jsem se hýbala“. Zazněly ovšem i takové typy diet jako: „nejedla jsem vůbec nic, pouze jsem pila“; „jedla jsem pouze zeleninu, ovoce“.

Tabulka 46. Absolutní četnost odpovědí na otázku č. 9

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Ano	57	47	104
Ne	73	89	162
CELKEM	130	136	266

Stanovili jsme si následující statistickou hypotézu:

H_0 předpokládáme, že existuje nezávislost v držní diety mezi žáky jednotlivých škol

H_A předpokládáme, že existuje závislost v držní diety mezi žáky jednotlivých škol

Tabulka 47. Relativní četnost odpovědí na otázku č. 9

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Ano	0,21	0,18	0,39
Ne	0,27	0,33	0,61
CELKEM	0,49	0,51	1

Tabulka 48. Očekávaná četnost odpovědí na otázku č. 9

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Ano	50,83	53,17	104
Ne	79,17	82,83	162
CELKEM	130	136	266

Tabulka 49. Pomocné výpočty pro testové kritérium odpovědí na otázku č. 9

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Ano	0,749701	0,716626	1,466327
Ne	0,481289	0,460056	0,941345
CELKEM	1,23099	1,176682	2,407672

3,841459

TESTOVÉ KRITÉRIUM = 2,407672

KRITICKÁ HODNOTA = 3,841459

Hodnota testového kritéria je menší než kritická hodnota, existuje tedy nezávislost mezi jednotlivými zdravotnickými školami v držení diety mezi žáky. **H_0 se přijímá a H_A se zamítá.**

Otázka číslo 20:

V otázce číslo 20 jsme zjišťovali, kolik žáků se již setkala s osobou trpící PPP. Žáci mohli volit odpovědi z šesti možných variant. S osobou trpící PPP se ještě nesetkalo 46% respondentů SZŠ UO a 38% respondentů SZŠ HK.

S osobou trpící PPP se již setkala 55% respondentů SZŠ UO a 62% respondentů SZŠ HK. Respondenti SZŠ UO, kteří se již setkali s osobou trpící PPP, označili v tomto případě jako onu osobu v 15% spolužáka/spolužačku, v 25% kamaráda/kamarádku, v 5% někoho z rodiny. Respondenti SZŠ HK, kteří se již setkali s osobou trpící PPP, označili v tomto případě jako onu osobu v 14% spolužáka/spolužačku, v 29% kamaráda/kamarádku, v 6% někoho z rodiny.

Celkový počet respondentů, kteří měli či mají sami problémy s PPP je u SZŠ UO 2% (3 respondenti) a u SZŠ HK 3% (4 respondenti).

Alternativu „jiná možnost“ označilo 8% respondentů SZŠ UO a 10% SZŠ HK. Zde byly uvedeny tyto údaje: respondenti označili svou učitelku za osobu s PPP v 8 případech, 6 respondentů se setkala s osobou s PPP na ulici a 4 respondenti označili za onu osobu trpící PPP přítele své kamarádky. 6 respondentů 3. a 4. ročníků ze SZŠ v Hradci Králové uvedla, že se s člověkem trpícím PPP setkala během své ošetrovatelské praxe v nemocnici.

Tabulka 50. Absolutní četnost odpovědí na otázku č. 20

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Ne	60	51	111
Ano, spolužák, spolužačka	19	19	38
Ano, kamarád, kamarádka	32	40	72
Ano, někdo v rodině	6	8	14
Ano, já sám	3	4	7
Jiná možnost	10	14	24
CELKEM	130	136	266

Stanovili jsme si následující statistickou hypotézu:

H_0 předpokládáme, že existuje nezávislost v osobním kontaktu s osobou trpící PPP mezi žáky jednotlivých škol

H_A předpokládáme, že existuje závislost v osobním kontaktu s osobou trpící PPP mezi žáky jednotlivých škol

Tabulka 51. Relativní četnost odpovědí na otázku č. 20

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Ne	0,23	0,19	0,42
Ano, spolužák, spolužačka	0,07	0,07	0,14
Ano, kamarád, kamarádka	0,12	0,15	0,27
Ano, někdo v rodině	0,02	0,03	0,05
Ano, já sám	0,01	0,02	0,03
Jiná možnost	0,04	0,05	0,09
CELKEM	0,49	0,51	1

Tabulka 52. Očekávaná četnost odpovědí na otázku č. 20

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Ne	54,25	56,75	111
Ano, spolužák, spolužačka	18,57	19,43	38
Ano, kamarád, kamarádka	35,19	36,81	72
Ano, někdo v rodině	6,84	7,16	14
Ano, já sám	3,42	3,58	7
Jiná možnost	11,73	12,27	24
CELKEM	130	136	266

Tabulka 53. Pomocné výpočty pro testové kritérium odpovědí na otázku č. 20

	SZŠ UO.	SZŠ HK	CELKEM
Ne	0,609867	0,582961	1,192827
Ano, spolužák, spolužačka	0,00989	0,009454	0,019344
Ano, kamarád, kamarádka	0,288825	0,276082	0,564907
Ano, někdo v rodině	0,103644	0,099071	0,202715
Ano, já sám	0,051822	0,049536	0,101357
Jiná možnost	0,254964	0,243716	0,49868
CELKEM	1,319011	1,26082	2,579831

11,0705

TESTOVÉ KRITÉRIUM = 2,579831

KRITICKÁ HODNOTA = 11,0705

Hodnota testového kritéria je menší než kritická hodnota, existuje tedy nezávislost mezi jednotlivými zdravotnickými školami v osobním kontaktu s osobou trpící **H₀** se přijímá a **H_A** se zamítá.

7 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE

V diskuzi bychom rádi zrekapitulovali zjištěná data a zamysleli se nad některými otázkami. Zjištěným faktům se budeme věnovat v pořadí dle tří základních oddílů, kterými jsou znalost pojmu PPP a názorové postoje respondentů na PPP; hodnocení tělesné hmotnosti a postavy respondentů a stravovací návyky respondentů a jejich volnočasové aktivity.

Znalost pojmu PPP a názorové postoje respondentů na PPP

První otázkou jsme zjišťovali představu žáků o pojmu PPP. Analýzou dat jsme zjistili, že znalosti a představy respondentů o pojmu PPP jsou velmi vysoké a to jak u respondentů nižších, tak vyšších ročníků. 98% všech dotázaných respondentů má představu o tom, co tento pojem znamená, pouhým 2% respondentů tento pojem nic neříká. Vždy se v tomto případě jednalo o respondenty nižších ročníků, respondenti vyšších ročníků znají pojem PPP v 100%. Domníváme se, že tyto znalosti mohou pramenit také z učiva, které je probíráno v rámci předmětu ošetřovatelství k tomuto tématu ve vyšších ročnících. Při porovnání úrovně znalosti pojmu PPP mezi jednotlivými SZŠ jsme získali výsledky velmi podobné. Pod pojmem PPP si 65% respondentů ze SZŠ UO a 71% respondentů ze SZŠ HK představuje onemocnění jako anorexie, bulimie, ale vyjadřovali se také poměrně často k obezitě. Jako nepravdivé stravování, nechutenství, poruchy s příjmem potravy charakterizovalo pojem PPP 34% respondentů ze SZŠ UO a 26% respondentů ze SZŠ HK. Pojem PPP neznal stejný počet respondentů z obou SZŠ (2%).

Dále jsme zjistili, že z celkového počtu respondentů nebylo nikým seznámeno s pojmem PPP 2% respondentů, 6% seznámili s tímto pojmem kamarádi, 19% rodiče, 34% média a 39% učitelé. U obou SZŠ byla nejpočetněji volena právě tato varianta, což považujeme za pozitivní zjištění a zároveň nás tento výsledek vede k zamýšlení jak důležitá je funkce učitele pro ovlivnění a rozvoj vědomostí žáka.

Dále jsme zjišťovali povědomost respondentů o zdravotních problémech osob s PPP. Výsledky ukázali, že nejvíce respondentů z obou SZŠ volili nejčastěji varianty jako únava 8%, strach z jídla a tloušťky 8%, zvracení 7%, ztráta menstruace 7%, závratě 7%, podrážděnost, deprese 6%, což jsou velmi typické příznaky PPP. Proto předpokládáme povědomost respondentů o pojmu PPP také z hlediska chápání nemoci. Respondenti si uvědomují, že se nejedná pouze o somatický problém s příjmem potravy, ale že významnou součástí onemocnění jsou právě také psychické obtíže, které uvedli. Protože

většinu dotazníků vyplňovaly dívky, zajímalo nás, kolik z nich uvede vliv PPP na ztrátu menstruace a neplodnost. Ztrátu menstruace uvedlo 7% respondentů ze SZŠ UO a zároveň i ze SZŠ HK, neplodnost uvedlo 5% respondentů SZŠ UO a také ze SZŠ HK. Domníváme se proto, že respondenti mají povědomost o vlivu PPP na plánování mateřství. Další položkou, která nás také zajímala, byla alternativa „smrt“. Tu označil stejný počet respondentů z obou SZŠ (6%). Z tohoto usuzujeme, že si respondenti zároveň také uvědomují závažnost onemocnění, kterým PPP beze sporu je a dále, že některé osudy osob s onemocněním PPP mohou skončit až velmi tragicky. Dle statistických údajů končí smrtí až 6% případů.

Výzkumným šetřením byly zjištěny velmi vyrovnané znalosti žáků nižších a vyšších ročníků o problematice PPP. Myslíme si, že hlavním důvodem těchto znalostí u respondentů nižších ročníků by mohlo být, zařazení výchovně preventivního programu do výuky již na základních školách.

V další otázce jsme zjišťovali kontakt respondentů s osobami s PPP. 45% respondentů ze SZŠ UO a 38% respondentů ze SZŠ HK se ještě s nikým s PPP nesetkalo. 55% respondentů ze SZŠ UO a 62% ze SZŠ HK se již s osobou s PPP setkalo. Na základě odpovědi na tuto otázku jsme statistickou metodou testovali, zda existuje nezávislost mezi jednotlivými zdravotnickými školami v osobním kontaktu s osobou s PPP. Testováním jsme zjistili, že tato nezávislost existuje. Zajímalo nás to také z důvodu lokalizace SZŠ v malém a velkém městě. Mohli bychom předpokládat, že kontakt s osobou s PPP bude u respondentů ze SZŠ HK vyšší než ze SZŠ UO, ale získaná fakta ukazují velmi vyrovnané výsledky z obou SZŠ. Proto se domníváme, že faktor umístění SZŠ v malém či velkém městě není v tomto případě významný.

Touto položkou jsme zjistili také údaje o počtu respondentů, kteří označili sami sebe za osobu trpící PPP. Celkový počet je 7 respondentů z 266 dotázaných, rozdělení v rámci jednotlivých SZŠ je podobné (SZŠ UO – 3 respondenti a SZŠ HK 4 respondenti). Myslíme si, že toto zjištění není příliš příznivé, ale i tak odpovídá statistickým studiím.. Krch (2002) uvádí, že rozšíření poruch příjmu potravy je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku z dvou set (0,5 – 0,8%). V našem případě jsou to 3% z 266 respondentů. Bohužel, ale nevíme, kolik respondentů z těchto 3% má PPP v současné době a kolik respondentů mělo PPP již v minulosti, a nevíme ani v jak závažné formě se nemoc u respondentů projevuje či projevila. Centrum pro poruchy příjmu potravy podle ředitelky Hany Papežové eviduje asi dvě stě až tři sta hospitalizovaných pacientů ročně. Podle odborných odhadů poruchami příjmu potravy (PPP) celkově trpí asi 5 až 8%

procent mladých lidí. Dokonce každoročně stoupá procento chlapců a mužů, již mají potíže s přijímáním potravy. Dnes je poměr mužů a žen s potížemi 1:10.(www. novinky.cz)

Dále respondenti subjektivně hodnotili ženu trpící anorexií na obrázku, který byl v dotazníku a také souvislost úspěšnosti a štíhlosti. Postoje respondentů k obrázku byly pouze negativní, ani jedna odpověď nebyla přívětivá. V názorech respondentů se objevovalo nepochopení, odpor a zděšení. Měli bychom si ale uvědomit, že odmítání a odpor takto nemocného člověka není pro jeho léčbu optimální. Proto bychom se měli snažit vést respondenty zároveň také k pochopení problému, jedná se přeci o člověka, který je nemocen a potřebuje naší pomoc. A jako budoucí zdravotničtí asistenti by si to měli uvědomovat dvojnásob.

„Štíhlost přisuzuje člověku úspěšnost“, toto si myslí 14% respondentů. Většina respondentů (86%) se domnívá, že to jak člověk vypadá, nemusí znamenat zároveň úspěch. V některých odpovědích je ovšem názorně vidět smýšlení dnešní společnosti, pro kterou je až příliš důležitá krása a štíhlost, a ve které se až příliš často mluví o tom, jak kdo vypadá.

Hodnocení tělesné hmotnosti a postavy respondentů

Analýzou dat bylo zjištěno, že většina respondentů (81%) obou SZŠ není spokojeno se svou současnou tělesnou hmotností. 82% respondentů ze SZŠ UO a 80% respondentů ze SZŠ HK by chtěli mít v průměru o 8 kg méně. V průměru o 4 kg více by chtělo vážit 4% respondentů SZŠ UO a 5% respondentů SZŠ HK. Spokojeno se svou váhou je pouhých 15 % respondentů SZŠ UO a 15% respondentů SZŠ HK. Zde se ukazuje, že toto výzkumné šetření potvrzuje statistiky, které poukazují na nespokojenost středoškoláků se svou tělesnou hmotností až v 60% a polovina z těchto středoškoláků si přeje zhubnout (Krch, 2002).

Každému respondentovi bylo počítáno BMI. Nejvíce respondentů se pohybuje v rozmezí normy (65%). 17% má dokonce podváhu, přesto jsou nespokojeny se svou tělesnou hmotností. 16% respondentů se pohybuje v rozmezí nadváhy a 2% mají obezitu. Dle výsledků celostátního antropologického výzkumu u dospívajících dívek nedochází ke zvyšování průměrné tělesné hmotnosti již od roku 1951, s věkem klesá podíl jedinců s nadváhou a obezitou a stoupá podíl jedinců s nízkou hmotností.(www.szu.cz)

Z výzkumného šetření vyplynula 81% nespokojenost se svou tělesnou hmotností, ale i přesto 53% respondentů hodnotí svou postavu za průměrnou a 28% dokonce za štíhlou.

V další otázce jsme zjišťovali, kdo nebo co má největší vliv na respondenty při posuzování vlastní postavy. Na základě odpovědi na tuto otázku jsme statistickou metodou testovali, zda existuje nezávislost mezi jednotlivými zdravotnickými školami ve vlivu při posuzování postavy. Testováním jsme zjistili, že tato nezávislost existuje. Dle výzkumného šetření vyplynulo, že nejdůležitější při posuzování postavy je pro respondenty SZŠ UO jejich vlastní názor (48%) a u respondentů SZŠ HK je to (51%). Na druhém místě to byl názor kamarádů, u respondentů SZŠ UO v 28% a u respondentů SZŠ HK v 26%. Názor rodičů je důležitý pro 18 % respondentů SZŠ UO a 14% respondentů SZŠ HK, informace o ideální postavě z médií je důležitá pro 5 % respondentů SZŠ UO a 9% respondentů SZŠ HK. Na jednu stranu je velmi zajímavé, že položku - názor učitelů, nikdo nezvolil. Nemyslíme si, že by učitelé neměli žádný vliv na žáky při hodnocení jejich postavy, ale otázka zněla, či názor je pro ně *nejdůležitější* a z uvedených variant, jim byly zřejmě nabídnuty takové varianty, které byly nadřazeny nad názor učitele.

Stravovací návyky respondentů a jejich volnočasové aktivity

Zde jsme zjišťovali, jak by nejlépe respondenti charakterizovali termín „dieta“. Jednalo se o volnou otázku, na kterou respondenti odpovídali vlastními slovy. Na výsledek této otázky jsme byli velmi zvědaví, zejména proto, že se jedná o žáky Středních zdravotnických škol, kde se učí v rámci odborného předmětu ošetřovatelství o dietním systému. Většina z nich, ale i přesto popsala „dietu“ jako určitý proces či prostředek jak snížit svou tělesnou hmotnost a nikoliv jako stav, který je nutno dodržovat v rámci např. nějakého onemocnění či zdravotního problému.

Další otázkou jsme zjišťovali kolik respondentů má osobní zkušenost s „dietou“. 44 % respondentů ze SZŠ UO drželo již někdy nějakou dietu, ze SZŠ HK to bylo překvapivě menší procento respondentů (35%). Na základě odpovědi na tuto otázku jsme statistickou metodou testovali, zda existuje nezávislost mezi jednotlivými zdravotnickými školami v držení diety. Testováním jsme zjistili, že tato nezávislost existuje.

60% respondentů popisovalo svojí osobní zkušenost s dietou jako úprava jídelníčku, zařazení více „zdravých potravin“, ovoce a zeleniny, snížit příjem sladkostí a

tučných jídel, jíst malé porce a častěji, více se pohybovat. U 11% respondentů zazněly ovšem i takové dietní opatření jako např. nejíst vůbec nic, dodržovat pouze pitný režim, jíst pouze ovoce a zeleninu. Tento drastický přístup není určitě vhodný pro dospívajícího člověka, který potřebuje dostatečně energetickou a pestrou stravu, vzhledem k jeho růstu a upevňování si jídelních zvyklostí. Krch 2002 uvádí, že dieta je stále větším počtem žen zaměňována za normální jídelní režim a jen málokterá dívka má reálnou představu o tom, kolik by měla vážit. Narušené jídelní postoje lze proto pozorovat až u 10% mladých žen.

Myslíme si, že hodně respondentů ví, že by se mělo jíst častěji a menší porce, což vyplynulo i z odpovědí dotazníku. 46% respondentů se stravuje 4x denně a 30% respondentů se stravuje 5x denně. Respondenti se také vyjadřovali, zdali vynechávají některé z hlavních jídel. A i když většina z nich se stravuje 4x či 5x denně, i přesto vynechává 52% respondentů některé z hlavních jídel. Nejčastěji (77%) to jsou snídaně u respondentů obou SZŠ.

Myslíme si, že zde by stálo za zvážení, seznámit respondenty s výzkumem prováděným za účelem zdůraznění prospěšnosti snídaně na organismus. V současné době existují poznatky, že pravidelně snídající děti jsou většinou štíhlejší. Nedávné systematické zhodnocení šestnácti studií, ve kterých bylo sledováno 59.000 evropských dětí a dorostenců, prokázalo, že u dětí, které pravidelně snídají, byly zjištěny nižší hodnoty BMI. Obdobné poznatky jsou uváděny i v dalších studiích. Pro zdůraznění významu snídaně pro děti byla v roce 2008 zahájena kampaň s názvem „Snídaně je nejlepší“ (Breakfast is Best). Kampaně se zúčastnila celá řada zdravotních a školních organizací, a je podporována Evropskou komisí pro zdravé spotřebitele. Cílem je obecná podpora pravidelné snídaně ve veřejných zdravotních kampaních i v rámci školních programů. Snídaně obecně zlepšuje celkový příjem živin a podstatně ovlivňuje celkovou výkonnost a hmotnost, s možností ovlivnění energetického příjmu. Děti většinou snídají v rodině, proto rodiče musí být dětem dobrým příkladem.(www.eufic.org)

Zajímalo nás také, kolik respondentů navštěvuje v rámci polední pauzy školní jídelnu, v porovnání obou SZŠ jsme dospěli k těmto výsledkům. 68% respondentů SZŠ UO a pouhých 40 % respondentů SZŠ HK navštěvují školní jídelnu. Důvody, proč respondenti nechodí do školní jídelny, nejčastěji byly: obědvám doma, nosím velkou svačinu, nechce se mi tam chodit, nechutná mi tam. U respondentů ze SZŠ v Hradci Králové by mohlo mít poměrně velké procento respondentů (47%), kteří nechodí do školní

jídelny, opodstatnění také ve vzdálenosti školní jídelny od budovy školy, která je poněkud větší (cca 400m).

Zjišťovali jsme také zastoupení jednotlivých potravin v jídelníčku respondentů. Analýzou dat bylo zjištěno, že výsledky v porovnání obou SZŠ jsou velmi podobné. Většina respondentů jí každý den bílé pečivo (75% respondentů SZŠ UO a 75% respondentů SZŠ HK), ovoce a zeleninu (55% respondentů SZŠ UO a 68% respondentů SZŠ HK), mléčné výrobky (70% respondentů SZŠ UO a 67% respondentů SZŠ HK), ale také sladké pochutiny (18% respondentů SZŠ UO a 25% respondentů SZŠ HK) konzumují respondenti poměrně často. Bílé maso jedí obvykle 3x do týdne, červené maso 2x do týdne a ryby 1x týdně. Zajímalo nás také pitný režim, který byl v průměru 1,5l u respondentů SZŠ UO a 2litry tekutin u respondentů SZŠ HK. Nejčastěji respondenti pijí vodu, ochucenou minerální vodu nebo šťávu. Zjistili jsme ale také poměrně velké procento respondentů, kteří pijí alkohol alespoň 1x týdně (35%) a někteří dokonce 2x týdně (8%). Tento údaj je znepokojivý také z toho hlediska, že se jedná ve většině případů o osoby nezletilé.

Dále nás zajímaly volnočasové aktivity respondentů, jaká je náplň jejich volného času, z hlediska porovnání SZŠ byly výsledky opět velmi podobné. Nejvíce respondentů se každý den dívá na TV (78% respondentů SZŠ UO a 72% respondentů SZŠ HK), je u počítače (39% respondentů SZŠ UO a 51% respondentů SZŠ HK), jsou s kamarády či partou (83% respondentů SZŠ UO a 82% respondentů SZŠ HK), ale zjistili jsme, že 39% respondentů ze SZŠ UO a 46% respondentů ze SZŠ HK čtou každý den knihy, časopisy, což je určitě příjemné zjištění. Aktivním činností jako je sport, procházky do přírody se věnuje nejvíce respondentů 2x a 1x týdně. Myslíme si, že tato položka by mohla být zastoupena výrazněji. Zejména také z toho důvodu, že zařazení pohybu do svého každodenního života je velmi podstatné a do určité míry se může také považovat za určitou prevenci před rizikovým chováním dospívajících. V období dospívání se vytvářejí a upevňují návyky v oblasti stravovacích zvyklostí či obecně v postoji ke zdravému životnímu stylu, proto je důležité, aby pedagogové nezapomínali působit na dospívající také v tomto směru.

ZÁVĚR

Diplomová práce pojednává podrobně o PPP, o jejich charakteristice, příčinách, následcích, terapii a také o prevenci. A právě znalost prevence z řad pedagogů je velmi důležitá, zejména proto, aby dospívající byli vystaveni rizikovému chování, které doprovází období adolescence, v co nejmenší míře. Je proto nutné být informován o problematice PPP, hovořit o ní s žáky, zajímat se o jejich názory a postoje, které k této oblasti zaujímají. V současné době se neustále zvyšuje počet jedinců s PPP, ne jenom v řadách dívek a žen, ale také v řadách chlapců a mužů. Za důležitý mezník utváření tělového schématu se uvádí období dospívání. Tělo nabývá jiné formy, mění se. Pro dospívající dívku nebo chlapce toto období představuje určitou zátěž, kdy se snaží orientovat v novém těle, přijmout novou identitu. U dospívajících vzrůstá subjektivní význam zevnějšku, proto je velmi důležité, aby si toto uvědomili právě učitelé, kteří mohou nevhodným jednáním či slovem zasáhnout citlivou psychiku dospívajícího člověka velmi hluboko. Následky tohoto prvotního momentu mohou být potom velmi bolestné. Doufejme, že již neprobíhá např. ponižující vážení před celou třídou, kdy se údaj o tělesné hmotnosti, zejména těch silnějších jedinců, stal náhle z údaje soukromého údajem veřejným. Také tělesná výchova by měla být méně zaměřena na fyzický výkon jednotlivce a podporovat více u žáků tzv. „týmového ducha“ a spolupráci při řešení problémů. Dobrý pedagog by neměl odradit žáka od pohybové aktivity, ale naopak o ní u něho zájem vzbudit.

V empirické části jsme zjišťovali formou nestandardizovaného dotazníku informovanost a postoje žáků k problematice PPP, jejich spokojenost s tělesnou hmotností, stravovací návyky včetně zastoupení jednotlivých potravin a nápojů v jejich jídelníčku a také nás zajímala náplň jejich volného času. Na základě výzkumu jsme dospěli k závěru, že povědomost žáků středních zdravotnických škol o PPP je velmi dobrá, většina žáků má správné představy o onemocněních, které do této oblasti patří. Nejčastěji o nich byli informováni od svých učitelů, u žáků vyšších ročníků předpokládáme také znalosti této problematiky z odborných předmětů, jako jsou ošetrovatelství a výchova ke zdraví. Postoje žáků k anorexii jsou negativní, anorexie v nich vzbuzuje nechuť a odpor. Tady bychom se měli, ale zamyslet nad možným dopadem tohoto postoje pro nemocné s anorexií. Je důležité, aby si žáci uvědomili svůj odmítavý pocit, který je samotné může ochránit před tímto onemocněním, ale zároveň, aby neodmítali pacienty s tímto onemocněním,

neignorovali je, ale snažili se jim pomoci svým zájmem o ně a dovednostmi, které získali či získají v rámci studia na SZŠ.

Další oblast, na kterou byla naše práce zaměřena, je oblast tělesné hmotnosti a postavy žáků. Poměrně vysoké procento žáků není spokojeno se svou současnou tělesnou hmotností, 81% žáků by chtělo mít průměrně o 8 kg méně. Tento fakt je znepokojivý zejména díky výsledkům, které jsme získali při vyhodnocení BMI žáků. Kdyby totiž většina z nich opravdu vážila o 8kg méně, jejich BMI by se pohybovalo v rozmezí podváhy. Proto se domníváme, že zde je také názorně vidět vliv dnešní kultury, která propaguje především prostřednictvím médií nerealistické obrazy lidského těla. Za pozitivní fakt ovšem můžeme alespoň z části považovat to, že i když většina žáků by chtěla vážit méně, zkušenost s dietou má 39% žáků. Můžeme vycházet tedy z toho, že u většiny z nich zůstává toto pouze přáním.

V oblasti stravovacích zvyklostí a zastoupení jednotlivých potravin v jídelníčku jsme zjistili poměrně uspokojivé údaje. Žáci mají částečnou povědomost o tom, jak se stravovat, většinou vědí, že bychom měli jíst častěji a menší porce jídla během dne, ale zároveň poměrně velké procento žáků uvádí, že vynechává některé z hlavních jídel. Také návštěvnost školní jídelny, zejména u žáků ze SZŠ v HK je poměrně nízká. Stálo by za úvahu, zabývat se tímto faktem podrobněji, zjistit přesné důvody, proč žáci jídelnu nenavštěvují a zdali by se něco změnilo, kdyby se vedení školní jídelny snažilo je odstranit. Skladba jídelníčku je podle potravin, které žáci uváděli poměrně vyhovující normám zdravého stravování, myslíme si ale, že kdybychom se opět ještě více a důkladněji na tuto oblast zaměřili, nebyly by výsledky až tak uspokojivé. Po krátké diskuzi s žáky, bylo zjištěno, že mají rádi smažené produkty, hranolky, párky v rohlíku, ale i sladké a slané pochutiny, zejména chipsy. Příjem tekutin během dne byl poměrně dostačující. Pohyboval se kolem 1,5 – 2l tekutin za den. Údaj, který se ale objevoval v příjmu tekutin u žáků, podle našeho mínění až příliš ve velkém procentu, byl příjem alkoholu. Většina ho konzumuje pravidelně 1x týdně, což u nezletilých není nikterak uspokojivé. Tyto výsledky ukazují, jak důležité je působit na žáky z hlediska prevence a výchovy ke zdravému životnímu stylu. Hodnotili jsme také oblast volnočasových aktivit u žáků, a i zde jsme získali výsledky, které jsou charakteristické pro dnešní mládež. Nejčastější náplní jejich volného času je sledování televize, sezení u počítače, pobývání v partě. Těch, co se pravidelně věnují sportu či pohybu v jakékoliv podobě je méně, než by bylo optimální. Myslíme si, že také zde by se mohli pedagogové významně podílet na aktivizaci žáků a vzbudit u nich zájem o pohyb a sport jako takový.

V dnešní době existuje velké množství různé literatury, článků či dalšího informačního materiálu o pozitivním přístupu k životnímu stylu člověka. Na straně pedagogů potom je seznámit s těmito informacemi také své žáky a snažit se je k tomuto postoji motivovat. Samozřejmě je důležitý i přístup rodiny žáka a také přístup žáka samotného. Období dospívání je citlivým obdobím každého jedince. Dochází u něho k formování jeho názorů a postojů, je ohrožen řadou rizikových faktorů, mezi které můžeme zařadit nejen alkohol, kouření a užívání návykových látek, ale také PPP. Zlepšené znalosti o tělesných aktivitách, volbě a preferenci potravin jsou proto určitě vhodnou součástí prevence před rizikovým chováním žáků.

SEZNAM LITERATURY

Použitá literatura

1. COHN, L., HALL, L. *Rozlučte se s bulimií*. Šlapanice: ERA, 2003. ISBN 80-86517-60-8
2. COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-7854-145-9
3. FOSTER, V. W. *Nový začátek*. Praha: Advent Orion, 1996. ISBN 80-7172-132-8
4. HRONKOVÁ, V. Mentální anorexie ve Žďáře nad Sázavou. Absolventská práce Gymnázium Žďár nad Sázavou, 2010. Nepublikováno
5. KRANZOVÁ, R., MALONEY, M. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: NLN, s. r. o., 1997. ISBN 80-7172-632-5
6. KRCH, F., D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0527-3
7. KRCH, F., D. *Mentální anorexie*, Praha: Portál. 2002. ISBN 80-7178-598-9
8. KRCH, F., D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7
9. MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D. *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7169-627-7
10. PAMPLONA ROGER, J.D. *Vychutnej život*. Praha: Advent Orion, 1995. ISBN 80-7172-628-1
11. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervos*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6
12. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7
13. STAŇKOVÁ, H. *Poruchy příjmu potravy*. Bakalářská práce PdF MU, 2005. nepublikováno
14. ULRICHOVÁ, M. Informovanost o problematice poruch příjmu potravy u žáků ZŠ a SŠ. Diplomová práce. PdF MU, 2007. nepublikováno.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0

16. HINDLS, R., HRONOVÁ, S., SEGEL, J., FISCHER J. *Statistika pro ekonomy*. Praha: Professional Publishing, 2007. ISBN 978-80-86946-43-6

Použité články

1. BRIMOVÁ, E. *Mýtus krásy*. In: Zpravodaj ANABELL, 4, 2006, str. 15-17
2. KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy*. In: *Prevence*, 2, 2005, č. 3, str. 8 – 12, 15. ISSN 1214-8717
3. NĚMEČKOVÁ, P. *Poruchy příjmu potravy*. In: *Psychiatrie pro Praxi*, 4, 2007, str. 155-157

Použité internetové zdroje

1. *Hospitalizační léčba mentální anorexie* /online/. /cit. 2006-12-12/.
Dostupné na WWW: <<http://www.anabell.cz/clanky/cl215/>.
2. *Mentální anorexie* /online/. /cit. 2006-05-11/.
Dostupné na WWW: <<http://www.anorexie.czechian.net/MA.htm/>.
3. *Mentální bulimie* /online/. /cit. 2006-05-17/.
Dostupné na WWW: <<http://www.anorexie.czechian.net/MB.htm/>.
4. *Mentální bulimie* /online/. /cit. 2006-04-22/.
Dostupné na WWW: <<http://www.anorexie.czechian.net/ZP.htm/>.
5. *Životní styl a zdraví* /online/. /cit. 2006-06-02/.
Dostupné na WWW: <<http://www.rodina.cz/poradna/vyziva/>.
6. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* /online/. /cit. 2006-06-02/.
Dostupné na WWW: <http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=2251#ixzz1LfC48VdT
7. *Poruchy příjmu potravy – léčba* /online/. /cit. 2006-06-02/.
Dostupné na WWW: <http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=22#ixzz1LfBTy4q8
8. *Hospitalizace nemocných mentální anorexií a bulimií* /online/. /cit. 27.1.2010/.
Dostupné na WWW: http://www.idealni.cz/hospitalizace-nemocnychmentalni-anorexii-a-bulimii+terapie_show.asp?id=1629
9. *Základní druhy terapie* /online/. /cit. 27.1.2010/.

Dostupné na WWW: <http://www.pppinfo.cz/zakladni-druhy-terapie+terapie_show.asp?id=1624

10. *Pravidelná snídane – zdravý zvyk* /online/. /cit. 14.5.2010/

Dostupné na WWW: <http://www.eufic.org/article/cs/health-lifestyle/healthy-eating/artid/Regular-breakfast-healthy-habit-in-childhood/>

11. *Celostátní antropologický výzkum* /online/. /cit. 2008/

Dostupné na <http://www.szu.cz/publikace/data/6-celostatni-antropologicky-vyzkum>

12. *Bulimii v Česku trpí každá dvacátá dívka, nemoc se nevyhýbá ani chlapcům* /online/. /cit./

Dostupné na <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/226548-bulimii-v-cesku-trpi-kazda-dvacata-divka-nemoc-se-nevyhyba-ani-chlapcum.html>

Prostudovaná literatura

1. BOVEY, S. *Zakázané tělo. Být tlustý není hřích*. Olomouc: VOTOBIA, 1995. ISBN 80-85885-61-1
2. KOCOURKOVÁ, J.aj. *Mentální anorexie a bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-858424-51-5
3. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, s. r. o., 2006, ISBN 80-7367-122-0
4. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0
5. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85121-32-8

Prostudované internetové zdroje

1. *Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o PPP* /online/. /cit. 2007-01-14/.
Dostupné na WWW: <<http://www.anabell.cz/clanky/cl248/>.
2. *Mentální anorexie v kontextu rodinného systému* /online/. /cit. 27.1.2010/.
Dostupné na WWW: <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalnianorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>
3. *Historie poruch příjmu potravy* /online/. /cit. 27. 1. 2010/

Dostupné na WWW: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-prijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Charakteristika vzorku	49
Tabulka 2. Charakteristika vzorku pohlaví	50
Tabulka 3. Návrtnost dotazníku v 1. a 2. ročnících	51
Tabulka 4. Návrtnost dotazníku v 3. a 4. ročnících	51
Tabulka 5. Celková návratnost dotazníku	51
Tabulka 6. Charakteristika pojmu PPP – porovnání ročníků	53
Tabulka 7. Charakteristika pojmu PPP	53
Tabulka 8. Zdroj informací	54
Tabulka 9. Zdravotní problémy osob s PPP	56
Tabulka 10. Vazba PPP na pohlaví	56
Tabulka 11. Kontakt s osobou s PPP	57
Tabulka 12. Kontakt s osobou s PPP – jiná možnost	58
Tabulka 13. První reakce při setkání s osobou s PPP	59
Tabulka 14. Jiné reakce na kontakt s osobou s PPP	60
Tabulka 15. Posouzení štíhlosti a úspěšnosti	63
Tabulka 16. Schopnost informovat osobu s PPP – porovnání ročníků	64
Tabulka 17. Schopnost informovat osobu s PPP	65
Tabulka 18. Znalost pojmu BMI	66
Tabulka 19. Spokojenost s tělesnou hmotností	67
Tabulka 20. BMI respondentů dle ročníků	68
Tabulka 21. Charakteristika postavy	69
Tabulka 22. Vliv při posuzování postavy	70
Tabulka 23. Porovnávání postavy s obrázky z médií	71
Tabulka 24. Charakteristika „diety“	73
Tabulka 25. Zkušenost respondentů s "dietou"	73
Tabulka 26. Typy diet	74
Tabulka 27. Denní stravovací režim	75
Tabulka 28. Vynechávání hlavního jídla	76

Tabulka 29. Četnost vynechaných hlavních jídel	77
Tabulka 30. Zastoupení potravin v jídelníčku respondentů SZŠ UO	78
Tabulka 31. Zastoupení potravin v jídelníčku respondentů SZŠ HK	79
Tabulka 32. Zastoupení tekutin v jídelníčku respondentů SZŠ UO	80
Tabulka 33. Zastoupení tekutin v jídelníčku respondentů SZŠ HK	81
Tabulka 34. Stravování u respondentů	82
Tabulka 35. Vliv na zdravé stravování respondentů.....	83
Tabulka 36. Návštěvnost školní jídelny v rámci ročníků	84
Tabulka 37. Návštěvnost školní jídelny v rámci škol.....	85
Tabulka 38. Důvody, proč respondenti nenavštěvují školní jídelnu.....	86
Tabulka 39. Místo a druh stravy, kterou respondenti konzumují, mimo školní jídelnu	86
Tabulka 40. Volnočasové aktivity respondentů SZŠ UO	87
Tabulka 41. Volnočasové aktivity respondentů SZŠ HK	88
Tabulka 42. Absolutní četnost odpovědí na otázku č. 6	90
Tabulka 43. Relativní četnost odpovědí na otázku č. 6	91
Tabulka 44. Očekávaná četnost odpovědí na otázku č. 6	91
Tabulka 45. Pomocné výpočty pro testové kritérium odpovědí na otázku č. 6.....	91
Tabulka 46. Absolutní četnost odpovědí na otázku č. 9	92
Tabulka 47. Relativní četnost odpovědí na otázku č. 9	92
Tabulka 48. Očekávaná četnost odpovědí na otázku č. 9	92
Tabulka 49. Pomocné výpočty pro testové kritérium odpovědí na otázku č. 9.....	93
Tabulka 50. Absolutní četnost odpovědí na otázku č. 20	94
Tabulka 51. Relativní četnost odpovědí na otázku č. 20	94
Tabulka 52. Očekávaná četnost odpovědí na otázku č. 20	94
Tabulka 53. Pomocné výpočty pro testové kritérium odpovědí na otázku č. 20.....	95

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Zdravotní problémy osob s PPP	55
Graf 2. Kontakt s osobou s PPP	58
Graf 3. Kontakt s osobou s PPP – jiná možnost	59
Graf 4. První reakce při setkání s osobou s PPP	60

Graf 5. Posouzení štíhlosti a úspěšnosti.....	63
Graf 6. Schopnost informovat osobu s PPP - porovnání ročníků	64
Graf 7. Schopnost informovat osobu s PPP	65
Graf 8. Znalost pojmu BMI	66
Graf 9. Spokojenost s tělesnou hmotností	67
Graf 10. BMI celkového počtu respondentů.....	68
Graf 11. Charakteristika postavy	69
Graf 12. Vliv při posuzování postavy	70
Graf 13. Porovnávání postavy s obrázky z médií	71
Graf 14. Zkušenost respondentů s „dietou“	74
Graf 15. Denní stravovací režim.....	75
Graf 16. Vynechávání hlavního jídla.....	76
Graf 17. Četnost vynechaných hlavních jídel	77
Graf 18. Stravování u respondentů	82
Graf 19. Návštěvnost školní jídelny v rámci škol.....	85

SEZNAM ZKRATEK

PPP – poruchy příjmu potravy

Např. – například

Apod. – a podobně

Tzn. – to znamená

Tzv. – tak zvaně

MKN-10 – Mezinárodní desátá revize klasifikace nemocí

BMI – Body mass index

SZŠ – Střední zdravotnická škola

UO – Ústí nad Orlicí

HK – Hradec Králové

Roč. - ročník

ČR – Česká republika

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník
2. BMI
3. Tématické plány
4. Obrázky dívek s mentální anorexií