

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Petra Šafářová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Informovanost žáků středních zdravotnických škol o poruchách příjmu potravy

Bakalářská práce

2022

Petra Šafářová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2020/2021

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra Šafářová**  
Osobní číslo: **Z19129**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Informovanost žáků středních zdravotnických škol o poruchách příjmu potravy**  
Téma práce anglicky: **Awareness students of secondary health schools about eating disorders**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5014-9.
- MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetěpe: Doron, 2013. ISBN 978-80-7297-115-2.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4904-7.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.*
- PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Libčice nad Vltavou: Pasparta Publishing, s. r. o., 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petra Růžičková**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **5. května 2022**

L.S.

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.**  
děkanka

**Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2022

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Práci s názvem „Informovanost žáků středních zdravotnických škol o poruchách příjmu potravy“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 02. 05. 2022

Petra Šafářová v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Petře Růžičkové za její odborné rady, pomoc a zkušenosti při vedení mé bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji vedením a žákům vybraných středních zdravotnických škol v Pardubickém kraji za spolupráci při realizaci průzkumného šetření v rámci mé bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Tématem bakalářské práce je informovanost žáků středních zdravotnických škol o poruchách příjmu potravy. Teoretická část popisuje poruchy příjmu potravy, především se zaměřuje na mentální anorexii a mentální bulimii, jejich epidemiologii, klinický obraz, diagnostiku a zdravotní rizika. Dále se zabývá etiopatogenezí, léčbou, prevencí a zdravotními následky. Průzkumná část se zabývá analýzou a interpretací výsledků, které byly získány pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby od žáků 4. ročníků, oboru praktická sestra ve dvou středních zdravotnických školách Pardubického kraje. Cílem průzkumného šetření je zjistit informovanost žáků středních zdravotnických škol o poruchách příjmu potravy.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, adolescenti

## **TITLE**

Awareness students of secondary health schools about eating disorders

## **ANNOTATION**

The topic of the bachelor's thesis is the awareness of eating disorders among secondary medical school students. The theoretical part describes eating disorders, mainly focusing on anorexia nervosa and bulimia nervosa, their epidemiology, clinical picture, diagnosis and health risks. It also discusses the aetiopathogenesis, treatment, prevention and health consequences. The practical part deals with the analysis and interpretation of the results obtained by means of an anonymous non-standardized questionnaire of own creation from the students of the 4th year of practical nursing in two secondary medical schools of the Pardubice Region. The aim of the survey is to determine the awareness of eating disorders among students of secondary medical schools.

## **KEYWORDS**

eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescents

# OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce .....	14
1.1 Cíl teoretické a praktické části práce .....	14
1.2 Metody k dosažení cílů .....	14
Teoretická část .....	15
2 Poruchy příjmu potravy .....	15
2.1 Mentální anorexie.....	16
2.1.1 Klinický obraz mentální anorexie.....	17
2.1.2 Diagnostika mentální anorexie .....	17
2.1.3 Specifické typy mentální anorexie.....	18
2.1.4 Zdravotní rizika mentální anorexie.....	18
2.2 Mentální bulimie .....	19
2.2.1 Klinický obraz mentální bulimie .....	20
2.2.2 Diagnostika mentální bulimie .....	20
2.2.3 Zdravotní rizika mentální bulimie .....	21
2.3 Další typy poruch příjmu potravy .....	21
3 Etiopatogeneze.....	24
3.1 Biologické rizikové faktory.....	24
3.2 Psychologické rizikové faktory.....	25
3.3 Sociální a kulturní rizikové faktory.....	26
3.4 Rodinné rizikové faktory.....	27
4 Léčba.....	28
4.1 Nutriční terapie.....	29
4.2 Farmakoterapie.....	29
4.3 Psychoterapie .....	30
4.4 Hospitalizace .....	30



4.5	Denní stacionář.....	30
4.6	Svépomocné skupiny .....	31
5	Prevence.....	32
6	Zdravotní následky .....	34
	Průzkumná část.....	35
7	Metodika průzkumu.....	35
7.1	Průzkumné otázky.....	36
7.2	Sběr dat.....	36
7.3	Průzkumný soubor .....	37
7.4	Analýza získaných dat.....	37
8	Prezentace získaných dat .....	38
9	Diskuze .....	69
10	Závěr .....	74
11	Použitá literatura .....	76
12	Přílohy.....	81

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Pohlaví respondentů.....	38
Obrázek 2 - Věk respondentů .....	39
Obrázek 3 - Informovanost respondentů o PPP .....	40
Obrázek 4 - Informovanost respondentů o konkrétních PPP.....	41
Obrázek 5 - Charakteristika MA.....	45
Obrázek 6 - Charakteristika MB .....	46
Obrázek 7 - Možnost vyléčení PPP .....	47
Obrázek 8 - Poskytování léčby při rozvoji PPP.....	48
Obrázek 9 - Nejvíce ohrožené pohlaví pro rozvoj PPP .....	49
Obrázek 10 - Rizikové faktory PPP .....	52
Obrázek 11 - Zdravotní následky PPP .....	55
Obrázek 12 - Podvaha u PPP .....	56
Obrázek 13 - Zkušenost respondentů s PPP .....	57
Obrázek 14 - Kritika postavy respondentů .....	58
Obrázek 15 - Dopad hodnocení postavy na respondenty .....	59
Obrázek 16 - Denní stravování respondentů.....	62
Obrázek 17 - Snížení příjmu potravy za účelem redukce váhy .....	63
Obrázek 18 - Vyčítavé pocity v návaznosti na příjem potravy.....	64
Obrázek 19 - Sledování tělesné hmotnosti .....	65
Obrázek 20 - Číselné hodnocení své postavy .....	67
Obrázek 21 - Spokojenost se svou postavou .....	68

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - PPP uvedené respondenty SZŠ A.....	42
Tabulka 2 - PPP uvedené respondenty SZŠ B.....	42
Tabulka 3 - Zdroje informací o PPP u žáků SZŠ A.....	43
Tabulka 4 - Zdroje informací o PPP u žáku SZŠ B.....	44
Tabulka 5 - Věková skupina, která je nejvíce ohrožena PPP dle respondentů SZŠ A.....	50
Tabulka 6 - Věková skupina, která je nejvíce ohrožena PPP dle respondentů SZŠ B.....	51
Tabulka 7 – Rizikové faktory k rozvoji PPP podle respondentů SZŠ A.....	53
Tabulka 8 - Rizikové faktory k rozvoji PPP podle respondentů SZŠ B.....	54
Tabulka 9 – Jak respondenty SZŠ A ovlivnila kritika jejich postavy.....	60
Tabulka 10 – Jak respondenty SZŠ B ovlivnila kritika jejich postavy.....	61
Tabulka 11 – Jak často sledují žáci SZŠ A svou hmotnost.....	66
Tabulka 12 – Jak často sledují žáci SZŠ B svou hmotnost.....	66

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorders (Porucha pozornosti s hyperaktivitou)
AN	Anorexia nervosa
ARFID	Avoidant/restrictive food intake disorders (Vyhýbavě omezující porucha příjmu potravy)
atd.	a tak dále
BED	Binge eating disorders (Záchvatovité poruchy příjmu potravy)
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia Nervosa
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
EKG	Elektrokardiogram
FED	Feeding or eating disorders (Poruchy krmení nebo příjmu potravy)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
JIMP	Jednotka intenzivní multioborové péče
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
NEDS	Nocturnal eating/drinking syndrome (Syndrom nočního příjmu potravy a pití)
NES	Night eating syndrome (Syndrom nočního přejídání)
NSRED	Nocturnal sleep-related eating disorders (Noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchou spánku)
PP	Psychogenní přejídání
PPP	Poruchy příjmu potravy
RVP	Rámcové vzdělávací programy

SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors (Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)
SZŠ	Střední zdravotnická škola
tzv.	takzvaně
UK	Univerzita Karlova
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## ÚVOD

Potrava je nezbytnou složkou pro život. Pro mnohé je příjem stravy instinktivní a bezproblémový proces. Naopak pro jedince trpícího poruchami příjmu potravy (PPP) představuje konzumace jídla a všeobecně oblast okolo výživy válečné pole, do kterého je zapojena současně rodina a okolí nemocného (Middleton, 2013).

V dnešní vyspělé společnosti je vyvíjen určitý mediální nátlak na každého jedince, jelikož je v mnoha případech zobrazován dokonalý fyzický vzhled a štíhlá postava jako ideál krásy, který bývá milně prezentován jako základ úspěšnosti. Takové jednání představuje nebezpečí pro rozvinutí PPP zejména pro jedince v období dospívání, kdy se odehrávají změny tělesného vzhledu, utvářejí si sociální vztahy a upevňují svou roli ve společnosti (Papežová, 2012).

PPP jsou závažným biopsychosociálním onemocněním. Udává se, že v 90-95 % se vyskytují u dívek v období dospívání a mladých žen. Zbylých 5-10 % případů zaujímají chlapci a muži. Největší riziko vzniku PPP představuje věkové období okolo 13–15 let, avšak v posledních letech se rozvoj onemocnění přesouvá do časných a pozdějších věkových hranic, tedy mezi předpubertální děti a dospělé ženy (Hosák, 2015).

Téma bakalářské práce „Informovanost žáků středních zdravotnických škol o poruchách příjmu potravy“ jsem zvolila z několika důvodů. Prvním z nich byly postupně zvyšující se počty hospitalizací pacientů s PPP. Podle nejaktuálnějších dostupných dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) bylo zjištěno, že celkový počet hospitalizací pro PPP se v sledovaném období 2011–2017 zvýšil z 339 na 454 jedinců. Nejvíce postiženou skupinou jsou nepracující, dětští, studující a svobodní pacienti, a to až z 85-90 % (ÚZIS, 2018). Dospívající ve věku 15-19 let tvořili v roce 2017 nepočtenější skupinu hospitalizací s diagnózami PPP, a proto jsem se rozhodla zaměřit na tuto věkovou kategorii, konkrétněji na žáky 4. ročníků středních zdravotnických škol (SZŠ), jelikož jako absolventi, tedy budoucí praktické sestry představují důležitou roli při rozpoznání a léčbě PPP. Dalším kritériem, proč jsem se rozhodla realizovat průzkum ve zdravotnických školních zařízeních je výrazně vyšší četnost ženského pohlaví, které je pro rozvoj onemocnění rizikovější. Průzkumné šetření je orientováno na lokalitu Pardubického kraje, jelikož v roce 2017 se jednalo o čtvrtý nejpostiženější kraj v ČR. ÚZIS (2018) evidoval v daném roce celorepublikový průměr 4,3 hospitalizace na 100 000 obyvatel. V Pardubickém kraji se jednalo o 5, 2 hospitalizace na 100 tisíc obyvatel. Hlavním cílem v průzkumné části je zjistit informovanost žáků SZŠ o PPP.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Cíl teoretické a praktické části práce**

### **Cíl teoretické části práce**

Cíl teoretické části je popsat problematiku PPP s bližší orientací na mentální anorexii (MA) a mentální bulimii (MB).

### **Cíle průzkumné části práce**

Hlavním cílem průzkumné části bakalářské práce je zjistit informovanost žáků SZŠ o PPP. Dále pomocí dílčích cílů je zjistit, jaké mají respondenti stravovací návyky, jestli se někdy setkali s kritikou jejich postavy a zároveň, jak vnímají své tělo. V neposlední řadě se průzkumná část zabývá tím, jak se liší informovanost žáků vybraných SZŠ Pardubického kraje o PPP.

## **1.2 Metody k dosažení cílů**

### **Metody k dosažení cíle teoretické části práce**

Na základě vybraného tématu bakalářské práce byla zvolena vhodná knižní a internetová literatura. Následovalo studium odborných knih a internetových pramenů, rozbor a syntéza vytvořených poznámek.

### **Metody k dosažení cílů průzkumné části práce**

Získané poznatky během zpracování teoretické části poskytují východisko pro vytvoření části průzkumné. Pro samotný průzkum je použita metoda kvantitativního šetření. Sběr dat je zrealizován formou anonymního nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby, jehož cílem je zjistit informovanost žáků SZŠ o PPP. Konkrétní průzkumný soubor tvoří žáci 4. ročníků, oboru praktická sestra ve dvou SZŠ Pardubického kraje. Získaná data jsou zpracována v programu Microsoft Excel 2016 a výsledky znázorněny v grafech nebo tabulkách, které udávají absolutní a relativní četnost.

## TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na obecný popis problematiky PPP, konkrétněji se orientuje na MA a MB. Dále se zabývá léčbou, prevencí, etiopatogenezí a možnými zdravotními následky tohoto onemocnění. Na informace popsané v teoretické části navazuje část průzkumná.

## 2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

V současnosti podle Papežové (2018) trpí PPP všechny pohlaví, rasy, etnicity, jedinci s různou tělesnou hmotností, sexuální orientací a socioekonomickou úrovní. Jedná se o jedny z nejzávažnějších onemocnění postihující zejména dospívající dívky v pubertálním a adolescentním věku a ženy v rané dospělosti. Dle Krcha (2016) byly na podkladě klinických zkušeností před třiceti až padesáti lety nejčastěji postižené dívky z vyšších a středních společenských vrstev, na které byl vyvíjen větší tlak z rodinného prostředí. V současnosti se PPP vyskytují u jedinců z různých společenských skupin (Krch, 2016; Papežová, 2018).

Představují okruh onemocnění, pro které je typické strach z tloušťky, manipulace s jídlem, zkreslené vnímání těla, nespokojenost s vlastním tělem a snižování hmotnosti. Jedinci trpící PPP mají narušený vzorec stravování s vážnými důsledky na psychické, fyzické i duševní zdraví. Nemocný je negativně ovlivněn v pracovním, sociálním a sexuálním životě. PPP jsou řazeny mezi závažné psychiatrické onemocnění a proto 2.6.2016 byl vyhlášen první Světový den PPP (Krch, 2013; ÚZIS, 2018; Wildová 2016).

Častým problémem PPP je komorbidita dalších onemocnění, nejčastěji se jedná o poruchy osobnosti, poruchy nálady, závislosti na návykových látkách, úzkosti a poruchy autistického spektra. Podle Papežové (2012) několik výzkumů dokládá vyšší výskyt PPP u dívek s diagnózou ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), což je porucha pozornosti s hyperaktivitou. Další riziko představuje depresivní porucha, která je charakterizována jako chorobně sklíčená, smutná nálada, působící jedinci duševní utrpení. Mnoho komorbidních onemocnění mohou přecházet PPP, objevit se v jejich průběhu nebo po vyléčení (Papežová, 2012).

Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization) přijala v květnu roku 2019 na 72. Světovém zdravotnickém zasedání Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů, zkráceně MKN. V originálním znění International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD, která nabyla platnost



dne 1. 1. 2022. Jedná se o 11. revizi, je tedy označována jako MKN-11, která kodifikuje klasifikace a systém označování lidských poruch, onemocnění, zdravotních komplikací a dalších situací, příznaků nebo okolností. Nahradila původní 10. revizi MKN (MKN-10). Inovací u MKN-11 jsou významné technické a obsahové změny. Navrhované diagnostické pokyny MKN-11 překonaly MKN-10. Studie doktorky Angélica M. Claudino a jejího výzkumného týmu z roku 2019 naznačuje, že navrhované diagnostické pokyny MKN-11 pro PPP představují významné zlepšení oproti MKN-10. Očekává se zvýšení klinické přesnosti v diagnostice. PPP byly podle MKN-11 překlasifikovány na poruchy krmení nebo příjmu potravy (FED – Feeding or eating disorders). Podle WHO PPP zahrnují neobvyklé jídelní chování, které nelze vysvětlit jiným zdravotním stavem a neodpovídají vývojové fázi jedince či jeho kultuře. Dále zahrnují abnormální stravovací návyky, zaujetí jídlem, které je doprovázeno obavami o tělesnou hmotnost a tvar. Poruchy krmení zahrnují poruchy chování, které nesouvisí s obavami o tělesné proporce a hmotnost. MKN-11 konceptualizovala následující poruchy, 6B80 Mentální anorexie (AN – anorexia nervosa), 6B81 Bulimie (Bulimia Nervosa), 6B82 Záchvatovité poruchy příjmu potravy (BED – binge eating disorder), 6B83 Vyhýbavě omezující porucha příjmu potravy (ARFID – avoidant/restrictive food intake disorder), 6B84 Pika (Pica), 6B85 Porucha ruminace a regurgitace (Rumination-regurgitation disorders), 6B8Y Jiné specifikované poruchy krmení nebo příjmu potravy (OSFED – a type of Other Specified Feeding or Eating Disorder), 6B8Z Poruchy krmení nebo příjmu potravy, nespecifikované (WHO, 2019; Claudino, 2019).

V roce 2018 byla 1. lékařskou fakultou UK pořádána pravidelná debata. Medialogy, tedy dialogy o medicíně (nejen) s medii. Profesorka Hana Papežová zde konstatovala, že PPP jsou závažná onemocnění s vysokou mortalitou. Úmrtnost přesahuje až 10 % a průměrný věk smrti se v průměru odhaduje okolo 25. roku života. Ve srovnání s jinými psychiatrickými diagnózami je dvakrát větší riziko úmrtí a nebezpečí sebevražd je oproti běžné populaci 200násobně vyšší. Rovněž vysvětluje, že třetina pacientů často přechází do chronického průběhu onemocnění, které trvá 20-30 let a poté nastává předčasná smrt (Papežová, 2018).

## **2.1 Mentální anorexie**

Nejvíce postiženou skupinou, která má predispozice k rozvinutí MA jsou z 90-95 % dospívající dívky v prepubertálním a pubertálním věku a ženy v mladém věku. Zbýlých 5-10 % tvoří chlapci a muži (Papežová, 2018).

Světová zdravotnická organizace definuje MA jako onemocnění s výrazně nízkou hmotností pro výšku, věk a vývojovou fázi jedince, které není zapříčiněno nedostupností jídla nebo jiným

zdravotním stavem. Jedná se o psychosomatické onemocnění, které se negativně promítá do fyzického stavu nemocného. Hlavním charakteristickým znakem je vědomé omezování příjmu potravy a následně snižování vlastní tělesné hmotnosti. Dlouhodobá malnutrice, respektive zneužívání diuretik, laxativ nebo anorektik je doprovázeno značnými tělesnými a psychickými změnami (Lebl, 2014; WHO, 2019).

### **2.1.1 Klinický obraz mentální anorexie**

Na počátku rozvinutí PPP mají mnohdy jedinci výchozí váhu normální někdy až nižší. Nemocní trpící MA, nalézají požitky v neustálé kontrole a ovládnutí se v jídle. Svádějí vnitřní boj s příjmem potravy, chutí a hladem. Narušený vzorec stravování je projevem negativního postoje k sobě samému, především ke svému tělesnému vzhledu a rozvíjí se u nich narušené vnímání vlastního těla. Nemocní neztrácejí chuť k jídlu, pouze se vyhýbají konzumaci potravin. Jídelní opatření jsou postupně čím dál drastičtější, nejdříve omezují sladkosti poté i další potraviny nebo dokonce eliminují i příjem tekutin. Tyto dietní návyky si nemocní často racionalizují snahou po tzv. zdravé stravě. V důsledku dlouhodobého hladovění se může rozvinout nechutenství nebo ztráta chuti. Současně se u jedinců objevují neustálé myšlenky na jídlo, zvýšený zájem o jeho přípravu ostatním nebo hledání nových receptů. Nemocní mají i přes abnormální vyhublost pocit, že jsou obézní a trpí panickou hrůzou z přibrání. Současně se u nich objevuje i excesivní cvičení. V období dospívání dochází kvůli odmítání jídla ke konfliktům s rodiči, kteří velmi často své dítě do konzumace stravy nutí. Dochází k dramatickému zhoršení vztahů v rodině. Velmi často se objevuje manipulace a schovávání jídla (Procházková, 2017; Krch, 2013; Lebl, 2014).

### **2.1.2 Diagnostika mentální anorexie**

V klinické praxi při stanovení diagnózy MA je třeba vyloučit somatické či jiné psychické příčiny hubnutí. Velké hmotnostní úbytky a nechutenství se mohou projevit u pacientů s nádorovým onemocněním (Procházková, 2017).

V roce 2013 byl publikován Americkou psychiatrickou asociací Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, páté vydání (DSM-5). Poskytuje odborníkům kritéria pro diagnostiku specifických duševních poruch. Z dvou dřívějších kategorií PPP (Eating Disorders) a Porucha krmení v kojeneckém nebo raném dětství (Feeding Disorder in Infancy or Early Childhood) byla vytvořena v DSM – 5 kategorie Porucha krmení a příjmu potravy (Feeding and eating disorders). V pátém vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch došlo ke dvěma důležitým změnám v diagnostických kritériích pro MA.

Na rozdíl od DSM-4 se v aktualizovaném DSM-5 neuvádí jako kritérium amenorea (ztráta menstruace), což umožňuje jedincům splnit kritéria pro diagnostiku MA, kteří i přes úbytek tělesné váhy a podvýživu nadále menstrují. Dále bylo revidováno kritérium nízké hmotnosti, jelikož MA se může objevit i u jedinců, kteří podle grafu BMI nebudou objektivně spadat do kategorie podváhy. V současnosti musí být k diagnostice splněna všechna následující kritéria, kterými jsou omezení příjmu potravy, které vede k nízké tělesné hmotnosti, než která by se dala očekávat pro daný věk, výšku a váhu jedince. Dále strach z tloušťky, přibírání tělesné hmotnosti nebo také chování, které zabraňuje zvyšování tělesné hmotnosti. Posledním kritériem je narušení vnímání vlastního těla, zkreslený pohled na svou osobu a tělesnou hmotnost (Crowden, 2020; Pražský, 2014).

Dle MKN-11 k diagnostickým kritériím pro MA je u dospělých index tělesné hmotnosti (BMI) nižší než 18,5 kg/m<sup>2</sup> a u dětí a dospívajících se jejich tělesná hmotnost pohybuje na růstovém grafu pod 5. percentilem. Děti a dospívající mohou vykazovat selhání při přibývání na váze, kdy se individuální vývojová trajektorie na růstovém grafu zpomalí a nezvyšuje se podle očekávaného stavu růstu. Nízká tělesná váha jedince je doprovázena přetrvávajícím chováním, které zabraňuje navrácení normální hmotnosti, což může zahrnovat chování orientované na snížení energetického příjmu (omezené stravování), očištné chování (např. zneužití laxativ, diuretik nebo vyvolané zvracení) a chování zaměřené na zvýšení energetického výdeje (např. excesivní cvičení), většinou doprovázeno strachem z přírůstku hmotnosti. Nízká tělesná váha nebo tvar vlastního těla je hlavním bodem sebehodnocení osoby. Jedinci, i přes nízkou tělesnou hmotnost nepřesně vnímají svou váhu jako normální nebo dokonce nadměrnou (WHO, 2019; Claudino, 2019).

### **2.1.3 Specifické typy mentální anorexie**

Do specifických typů MA jsou řazeny restriktivní (nebulimický) a purgativní (bulimický) typ. Pro nebulimický typ MA je charakteristické, že jedinec hladověním extrémně sníží svůj denní energetický příjem. U nemocného, který trpí bulimickým neboli purgativním typem MA je typické střídání období hladovění a záchvatovitá konzumace velkého množství potravy. Poté se jedinec snaží vyvolat zvracení. Užívají léky na snížení hmotnosti laxativa či diuretika (Meisnerová, 2013).

### **2.1.4 Zdravotní rizika mentální anorexie**

Hlavní zdravotní rizika typické pro MA, které ovlivňují somatickou stránku lidského těla jsou hypokalémie, hypochloremická alkalóza při zvracení nebo zneužívání diuretik či laxativ.

Pokles příjmu tekutin má za následek zvýšenou hodnotu urey v krevním řečišti. Zvyšuje se riziko kazivosti zubů a periodontitis. Dále může postižený jedinec trpět gastrointestinálními problémy, jako např. zácpou, žaludečními vředy, zpomaleným vyprazdňováním nebo nadýmáním. Mezi závažná rizika jsou řazeny poruchy kardiovaskulárního systému, ke kterým patří zpomalená cirkulace krve, která se projevuje hypotenzí, bradykardií nebo synkopami. Horší krevní oběh má vliv i na nedostatečné prokrvování končetin, které se projevuje promodráním, skvrnami, otoky a někdy i omrzlinami. V důsledku iontového rozvratu v těle mohou být způsobeny abnormality na EKG a narušení homeostázy. MA může způsobit i hematologické problémy, jako jsou např. anémie, trombocytopenie, leukopenie nebo hypercholesterolémie. Nedostatek fosforu a kalcia ve stravě vede k osteoporóze. Jedinci trpící MA mají suchou praskající kůži a nehty, vypadávají jim vlasy, objevuje se růst jemného ochlupení převážně na zádech a obličeji (lanugo). Játra kvůli nedostatku výživy nesyntetizují tělesné proteiny a rozvíjí se dysproteinémie, která se projevuje otoky dolních končetin. Nízká tělesná hmotnost může způsobit nepravidelnou menstruaci nebo zcela její vymizení (amenorea). Ženy k udržení menstruačního cyklu potřebují alespoň 15 % tělesného tuku. Při nedostatku estrogenu stoupá v krevním řečišti cholesterol. MA narušuje spánkový režim, nemocný se několikrát za noc probudí a vstává časně ráno. K ohroženým orgánům patří i ledviny, u kterých hrozí rozvoj infekce, urolitiázy nebo jejich úplné selhání (Papežová 2012; Hosák 2015).

Ztráta tělesné hmotnosti, hormonální změny a dopad na neurotransmitery (látky přenášející informace) v mozku vedou k psychickým obtížím, např. depresi, podrážděnosti, úzkosti nebo obsedantně kompulzivní poruše. Jedinci zvyšují své anorektické chování při snaze vyrovnat se s psychickými obtížemi. Představy o jídle ovlivňují duševní život nemocného. Dochází k poruše centrálního nervového systému, jako např. atrofie mozku, neurologické obtíže (křeče nebo svalová slabost). Pozornost, paměť, soustředění, učení, komplexní myšlení, řešení několika plánů najednou a problémů je zhoršeno a zpomalené (Papežová, 2012; Koller, 2014).

## **2.2 Mentální bulimie**

MB neboli bulimia nervosa se objevuje v pozdějším věku, nejčastěji v rané dospělosti nebo pozdní adolescenci. Stejně jako u MA jsou více postiženou skupinou ženy. Prevalence MB se v populaci pohybuje okolo 1-3 %, u adolescentních dívek se odhaduje asi 8 %. Uvádí se, že okolo 50 % případů trpěli před MB epizodami MA (Lebl, 2014).

Onemocnění je charakterizováno opakujícími se epizodami záchvatovitého přejídání, kdy jedinec zažívá subjektivní ztrátu kontroly nad jídlem a cítí se neschopně k tomu, aby přestal jíst nebo omezil množství nebo druh jídla. Přejídání je doprovázeno kompenzačním chováním, které má předcházet přibíráním na váze. Může se jednat o zneužívání laxativ, vyvolané zvracení nebo nepřiměřené cvičení. MB se současně může vyskytovat s depresi, obsedantně kompulzivní poruchou nebo jinými psychickými onemocněními (Pugnerová, 2016; WHO, 2019).

Jedinci trpící MB jsou stejně jako u MA zaujati tvarem svého těla, tělesnou hmotností a mají obavy z tloustnutí. Fyzickému vzhledu věnují extrémní pozornost a jsou k němu velice kritičtí. MB doprovází rostoucí impulzivita, pocity ztráty sebekontroly a překračování určitých hranic např. konzumace alkoholu, krádeže, konflikty s blízkými osobami nebo záškoláctví. Na rozdíl od MA, kdy jedinci jsou k sobě pedantští, uznávají určitou disciplínu (Krch, 2013; Tancerová, 2020).

### **2.2.1 Klinický obraz mentální bulimie**

Jedince trpící MB se snaží udržet svůj denní příjem a tělesnou hmotnost pod kontrolou. Nejčastěji dopoledne a v poledne hladoví, ale poté jejich snahy selžou a následuje záchvatovité přejídání, které bývá označováno jako vlčí hlad. Ztráta kontroly nad jídlem pramení ze subjektivních pocitů jedince, který vnímá, že snědl větší množství potravin, než on sám považoval za správné. Následují pocity selhání a zklamání ze ztráty sebekontroly, chtějí zkonsumovanou potravu, co nejrychleji vypudit z gastrointestinálního traktu, proto si jedinci vyvolávají zvracení nebo užívají laxativa, diuretika či jiné přípravky na hubnutí (Fialová, 2012; Lebl, 2014).

Postupem se rozvíjí typický opakující se cyklus. Začíná hladověním následuje ztráta sebekontroly a nekontrolovatelné přejídání. Poté následují pocity viny a užití laxativ, zvracení či jiný způsob rychlého vyloučení potravy z těla, tzv. očista“. Uzavření stále opakujícího koloběhu je, znovu získání sebekontroly a hladovění. Celý cyklus se může opakovat i několikrát denně (Middleton, 2013).

### **2.2.2 Diagnostika mentální bulimie**

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5) udává následující diagnostická kritéria pro stanovení MB. Jedinec zkonsumuje během dvou hodin rozhodně větší množství jídla, než co by snědla většina jedinců v podobném časovém intervalu za podobných podmínek. Dále má nemocný pocit, že nemůže přestat jíst nebo kontrolovat kvantum přijímaných potravin.

Přítomné je opakující se kompenzační chování, které má zabránit přibývání na váze, např. zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, samovolné zvracení nebo nadměrné fyzické cvičení. Interval záchvatovitého přejídání a kompenzačního chování se vyskytuje v průměru jednou týdně po dobu tří měsíců. Dalším kritériem pro diagnostiku je, že tvar těla a hmotnost jedince ovlivňuje sebehodnocení a porucha se nevyskytuje během epizod mentální anorexie (Firman, 2020).

### **2.2.3 Zdravotní rizika mentální bulimie**

U MB mohou jedinci při opakovaném zvracení, zneužívání diuretik nebo laxativ trpět hypokalémií, hyperchlorickou alkalózou a periorální dermatitidou. Záchvatovité přejídání, které je pro onemocnění charakteristické může vést k dilataci žaludku. Působením žaludečních kyselin, které jsou obsaženy ve zvracích, mají jedinci vyšší předpoklady ke kazivosti zubů a periodontitidě. Opakovaně vyvolávání zvracení může způsobit dehydrataci, která způsobuje zácpu, únavu, zvýšenou spavost, suchou a rozpraskanou kůži, lámání nehtů, padání vlasů a edémy, jelikož se lidské tělo snaží udržet vodu v organismu. Dalším zdravotním rizikem při zvracení nebo užívání laxativ či diuretik mohou být záněty slinných žláz, zvědovatění jícnu a v závažných případech může dojít až k jeho samotné ruptuře. Závažnou zdravotní komplikací je porucha srdečního rytmu v důsledku dehydratace a narušené homeostázy (Hosák, 2015; Placová, 2020).

## **2.3 Další typy poruch příjmu potravy**

Ve společnosti se méně často vyskytují i jiné PPP, které nejsou příliš ve veřejném povědomí. Existují ve změněných nebo přetvořených podobách MA a MB. Mohou se přidružit stavy jako záchvatovité přejídání nebo nadměrná konzumace potravy s psychickými poruchami. I přes jejich nižší výskyt v populaci, jsou pro dospívající jedince nebezpečné. Podle Papežové (2018) je v posledních letech věnováno více pozornosti psychogennímu přejídání, jelikož úzce souvisí s obezitou (Procházková, 2017; Papežová, 2018).

### **Psychogenní přejídání**

Jedná se o nepravidelně opakující se stavy konzumace velkého množství potravy (binge) během krátkého časového intervalu, uvádí se cca. 2 hodiny. V prvotní fázi nastává neovladatelná touha po jídle (craving), ztráta kontroly a následuje záchvatovité přejídání. V začátcích se mohou objevovat uspokojivé pocity, které brzy přechází ve velmi negativní emoce plné studu a znechucení z vlastní osoby. Jedinci se ocitnou jakoby v transu a nemohou přestat

s přejídáním. Dychtivost po jídle může gradovat až v konzumaci cizího jídla nebo pojídání zbytků (Papežová, 2012).

Hlavním rozdílem mezi MB a psychogenním přejídáním (dále jen PP) je nepřítomnost eliminačních metod (zvracení, užívání laxativ nebo intenzivní cvičení), což způsobuje u většiny jedinců obezitu, která dále rozvíjí zdravotní komplikace. Dříve se PP vyskytovalo u nemocných v dospělosti, v současnosti vzrostla incidence potvrzených případů v období dospívání. U adolescentů se časněji rozvíjí depresivní a úzkostné stavy (Hosák, 2015).

### **Noční přejídání**

NES-night eating syndrome (syndrom nočního přejídání), NEDS – nocturnal eating/drinking syndrome (syndrom nočního příjmu potravy a pití), NSRED – nocturnal sleep-related eating disorders (noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchou spánku). Charakteristickým jsou konzumace většího množství jídla po večeři a problémy se spánkem. Objevuje se i noční probouzení, kdy následuje další příjem potravy. Syndrom nočního přejídání je odlišný od záchvatovitého přejídání v množství porcí a časových intervalech. Pro noční přejídání je typická častá konzumace jídla během noci. Jedinec trpící záchvatovitým přejídáním přijme velké množství potravy během jednoho krátkého časového intervalu (Hosák, 2015).

### **Bigorexie**

Syndrom je nazýván také jako anorexie naruby, kdy jsou preference jedince orientovány na získání větší a svalnatější postavy, což je přesný opak MA. Onemocnění se vyskytuje převážně u mužů a dospívajících chlapců. Nejčastěji se rozvíjí okolo 12. - 13. roku života. U pubescentů a adolescentů je charakteristický pomalý nástup onemocnění. Typickým příznakem je narušení jídelního režimu, kdy dochází k přísnému dodržování příjmu bílkovin a počítání makro nutričních hodnot potravin. Dále se objevuje zkreslené vnímání vlastního těla, nadměrné cvičení za účelem nabytí svalové hmoty, obsedantní myšlenky na muskulaturu a současně užívání steroidních hormonů (Papežová, 2018; Fialová, 2012; Hosák, 2015).

### **Ortorexie**

Ortorexie je patologická posedlost zdravou výživou. Podle Fraňkové (2013) se tato porucha rozvinula kvůli preferenci o chemicky neupravené a zdravé potraviny ve společnosti. Nemocní jedinci nejsou schopni přijmout potravu s obsahem barviv, bílé mouky, průmyslově zpracované potraviny, konzervačních látek, cukrů atd. Neustálé přemýšlení nad příjmem zdravých potravin je na pomezí až s fanatismem. Obavy ze špatného složení jídla může

směřovat k výraznému úbytku hmotnosti. Příjem pouze určitých potravin zužuje spektrum dostupných potravin na minimum. Podle Fraňkové (2013) mají někteří rodiče extrémní obavu z nepříznivého vlivu některých látek a určitých potravin, a proto usilují o dodržování zdravé stravy a eliminují z rodinného jídelníčku některé potraviny, které vnímají jako škodlivé (Procházková, 2017; Fraňková, 2013).

### **Drunkorexie**

Drunkorexie bývá popisována jako chování, jehož hlavní podstatou je snížení příjmu potravy a kalorický deficit nahradit množstvím požitého alkoholu. Podle Procházkové (2017) byla tato PPP zaznamenána především v USA a pomocí statistik bylo zjištěno, že 30 % amerických adolescentních dívek eliminuje svůj denní energetický příjem potravy, kvůli pití více alkoholu. Zároveň se jedinci snaží úmyslně zvyšovat energetický výdej, např. na diskotéce tancováním. Drunkorexií trpí více ženy než muži. Toto chování představuje nebezpečí při konzumaci alkoholu společně s energy nápoji, kdy dochází k zvýšení srdeční činnosti a krevního tlaku a zároveň je u jedince sníženo vnímání únavy, což může vést až k náhlému úmrtí. Další riziko představuje rychlejší vstřebávání alkoholu při stavu, kdy je žaludek lačný. Při drunkorexii jedinci prožívají stejně jako u ostatních PPP pocity úzkosti, samoty, odloučení, deprese (Procházková, 2017; Ideální.cz, 2014).

### **Diabulimie**

Název pojednává o komorbiditě MB a diabetu mellitu. V dětském věku nejčastěji vzniká diabetes mellitus I. typu. Jde o autoimunitní onemocnění, při němž vlastní imunitní systém napadne buňky pankreatu (slinivky břišní) produkující hormon inzulin, který snižuje hladinu cukru v krvi (glykemie). Z toho důvodu si musí jedinec do těla inzulin substituovat. Hormon má dále významný vliv na ukládání tuků a regulaci hmotnosti. Nemocný tedy ve snaze o snížení váhy začne manipulovat s dávkami dodávaného inzulinu, což ohrožuje jedince na životě. V souvislosti s diabetem mellitem II. typu se u PPP objevuje nejčastěji záchvatovité přejídání. Hrozí vyšší riziko vzniku chronických komplikací až smrtelné následky komorbidity (Procházková, 2017).



### 3 ETIOPATOGENEZE

Hladovění nebo přejídání může pro některé jedince představovat únik a vyrovnání se s těžkou nebo stresovou životní situací. Tato metoda přináší pouze krátkodobou úlevu postiženému, ale nevyřešené problémy zůstávají nebo se prohlubují a zároveň nastupují komplikace a následky spojené s PPP (Papežová, 2012).

Okolnosti vedoucí k vzniku PPP jsou multifaktoriální. Mezi rizikové faktory se řadí psychologické, individuální vývojové, psychosociální, ke kterým patří věk, pohlaví a etnicita, dále sociální a biologické rizikové faktory. Mezi nespecifické faktory jsou řazeny osobnostní rysy jedince, např. perfekcionismus, impulzivita, negativní emocionalita, které mohou být přítomny i u jiných duševních onemocněních. Další riziko mohou představovat depresivní a úzkostné poruchy. Příčiny, které mohou přispět k rozvoji onemocnění jsou nepříznivé životní události, zážitky separace nebo zneužívání v dětství. Predispozice k rozvoji PPP mohou být zážitky studu, vleklé problémy v rodině, ze strany rodiny nebo společnosti vyvíjení nepřiměřeného tlaku na výkon. Přes všechny známe rizikové faktory je velice obtížné zjistit hlavní příčinu vzniku nebo počáteční okamžik PPP. Uvádí se, že pokud by existovala specifická příčina, tak její odstranění by automaticky znamenalo vyléčení jedince (Procházková, 2017; Hosák, 2015).

#### 3.1 Biologické rizikové faktory

Genetika je jeden z biologických faktorů, který se podílí na vzniku a rozvoji PPP. Dědičný podíl tvoří 50-90 % při vzniku MA, u MB se jedná o 35-83 %. Několik genetických studií s celogenomovými asociačními studiemi odhalily několik lokusů (přesná pozice na chromozomu) zapojených do molekulárních drah, které by mohly vést k rozvoji mentální anorexie. Jedná se o serotoninovou, opioidní, dopaminovou, endokrinní dráhu o vitamin D3 jako neurosteroid a hormony podporující chuť k jídlu. V rodině může být také předávána určitá riziková predispozice, která může vést k rozvoji onemocnění. Jedná se o povahové rysy (úzkostnost, perfekcionalismus, vyhýbavost nebo impulzivita), vzorce chování (preferenci některých jídel) nebo tělesnou skladbu těla. Podle Wildové (2017) dochází k narůstajícímu počtu obézních dětí. Dědičný předpoklad pro vyšší tělesnou váhu zvyšuje riziko dietního chování u jedinců, které poté může vést k rozvoji PPP. Podle Procházkové (2017) bylo prokázáno, že držením redukčních diet se zvyšuje riziko vzniku MB a MA. Tyto diety jsou určeny ke snižování tělesné hmotnosti a až z 30 % mohou jedinci při jejich držení přejít v tzv.

patologickou dietu, u které se z 20-30 % případů rozvine PPP. (Papežová, 2012; Procházková, 2017; Wildová, 2017; Paolacci, 2020).

Mezi další neovlivnitelné rizikové faktory, které mnohonásobně zvyšují riziko vzniku PPP jsou ženské pohlaví a věk. Uvádí se, že ženy jsou postiženy 10x častěji než muži. Rizikovým faktorem je období adolescence. Jedná se o vývojovou fázi mezi dětstvím a dospělostí, která je plná somatických, psychických a sociálních změn. V literatuře bývá celá tahle vývojová etapa členěna na fáze prepubertální, vlastní puberty a období adolescence. Nejvíce rizikovým vývojovým obdobím je puberta, která bývá označována, jako období hormonálních a somatických změn. U dívek se začne tvarovat jejich tělo, rozšiřovat boky, růst prsa, ukládat tělesný tuk v oblasti břicha, což mohou některé dívky vnímat, jako vzdalování se od představy, co považují za krásné. Chlapci se naopak přibližují k mužskému ideálu krásy, jelikož nabírají svalovou hmotu. Z hlediska věku je puberta, kterou řadíme do období dospívání pro onemocnění PPP nejrizikovější skupinou, avšak vznik onemocnění se posouvá do mladších a starších věkových skupin. Po pubertální akceleraci se tělesný růst zpomaluje a je u dívek mezi 16.-18. rokem zcela ukončen, u chlapců se zastavuje až po 20. roce života. Vrcholí hormonální vyzrávání pohlavních orgánů, vývoj sekundárních pohlavních znaků a charakteristické změny v tělesné konstituci, např. rozložení svalstva, ukládání tuků atd. Adolescent hledá v tomto období své místo a postavení ve společnosti. Vyrovnává se s novou úlohou vlastního těla a osobností. Zaměřuje se na své tělo, protože ho vnímá jako jeden z nejdůležitějších komunikačních prostředků a zobrazuje sociální zařazení jedince a jeho atraktivitu. Vnější vzhled zaujímá velmi důležitou stránkou sebehodnocení. Očekává se od něj volba budoucího povolání, připravit se na roli sociálně a ekonomicky nezávislého dospělého jedince, který bude schopen si najít vhodného partnera a založit fungující rodinu. Adolescence bývá označována jako období vztahové intimity (Klizsová, 2015; Klíma, 2016; Fialová, 2012).

### **3.2 Psychologické rizikové faktory**

Pro vznik a rozvoj PPP jsou rizikovými určité osobnostní rysy a psychické znaky, které se u jedinců vyskytují již před onemocněním. Společným znakem u MA a MB je vnitřní nejistota, negativní sebehodnocení a nízké sebevědomí (Klizsová, 2015).

Existuje několik osobnostních rysů u dívek trpících MA. Prvním z nich je konformita, což představuje snahu o nevybočování z normy, plnit vše dle očekávání a pravidel, klást důraz na výkon, svědomitost, zodpovědnost a perfekcionalismus. Druhým je úspěšnost ve studiu. MA se často objevuje u dívek s nižším sebevědomím, vnitřní nejistotou nebo pochybností o své

osobě. Za další osobnostní rys je považována introverze a senzitivita, kdy chybí potřeba svěřování, kritika je považována za projev nepřátelství, potlačování emocí, ale zároveň vše hluboce prožívat (Pugnerová, 2016).

U MB se často projevuje emoční labilita, sebekritičnost, nezdrženlivost vůči psychoaktivním látkám, zranitelnost a impulzivita, která se může projevovat i v promiskuitě (Klizsová, 2015).

### **3.3 Sociální a kulturní rizikové faktory**

Fyzický vzhled a přehnaný zájem o hmotnost a proporce těla se stávají určitou společenskou normou, která může být spouštěcím faktorem k rozvoji PPP. Jistou zodpovědnost za zvyšující se počet onemocnění nesou média, která proklamují důraz na štíhlost, jako aspekt úspěšnosti a atraktivity. Přitom tyto společenské a kulturní nároky jsou velmi často v rozporu s přirozeností lidského těla a většinou život ohrožující. Zásadním rizikovým faktorem je zobrazování abnormálně hubených postav jako tzv. ideál krásy. Podle docentky Stárkové (2018) rozvoj PPP u dívek může být spojen s raným přijímáním panenky Barbie jako vzoru symbol krásy, která neodpovídá reálným proporcím ženského těla (Klizsová, 2015; Stárková, 2018).

Internet je jedním z nejvyužívanějších zdrojů informací. Odborníci často upozorňují na rizika spojená s jeho užíváním. Internet je plný reklam, které propagují hubnutí. Spousta blogů a serverů radí ženám a dívkám, jak zredukovat svou váhu pomocí diet nebo cvičení. Jeden z nejrizikovějších faktorů pro rozvoj PPP jsou pro-anorektické a pro-bulimické blogy. Jedná se o internetovou komunitu dívek, které trpí PPP, ale nechtějí se léčit. Onemocnění vnímají jako životní filozofii. Obsahem blogů jsou rady, jak zhubnout nebo fotografie vyhublých ženských těl, které jsou označovány, jako inspirativní pro ostatní. Dívky se zde navzájem podporují v hladovění, hubnutí a zároveň si předávají informace, jak nepocítovat hlad, např. požívání vatových tamponů. Portály jsou rizikovým faktorem pro rozvoj PPP, jelikož mohou v jedinci vyvolat nebezpečné chování, avšak prozatím nejsou podloženy důkazy o negativním vlivu obou blogů (Hosák, 2015).

Dalšími rizikovými determinanty pro rozvoj PPP jsou pracovní profese nebo příprava na ně, kde fyzický vzhled, štíhlá postava nebo udržovaná postava je nezbytným předpokladem pro rozvoj kariéry (např. balet, gymnastika, modeling nebo sport) (Klizsová, 2015).

### **3.4 Rodinné rizikové faktory**

Rodina představuje významnou prvotní sociální skupinu, ve které dochází k uspokojování potřeb jedince, ale zároveň přináší první zklamání a omezení. Rodina výrazně působí na formování osobnosti jedince, může jej příznivě ovlivnit, ale i způsobit narušení vývoje, schopností a charakteru osobnosti. Zvýšené riziko vzniku onemocnění je výskyt PPP u členů rodiny, především příbuzné ženského pohlaví (matka, teta nebo babička). Rizikovým faktorem nemusejí být pouze dědičné predispozice, ale i působení rodinného prostředí na jedince. Pokud je celkové prostředí plné hádek, nadávek, zesměšňování, konfliktních nebo jiných depresivních situací, je riziko vzniku PPP vyšší. Většina pacientek uvádí, že před rozvinutím PPP trpěly depresemi. Dalším společným znakem, který se objevil u nemocných dívek, byl velký zájem a snaha odvděčit se svým rodičům. Děti a dospívající mohou někdy značně závidět svému sourozenci, což u některých jedinců může vyvolat snahu o dosažení dokonalosti s ideou, že budou oblíbenější u rodičů. Ve snaze odlišit se od svého sourozence, může nastat efekt tzv. polarizace, kdy je například jedno dítě úspěšné ve sportu, tak druhé se snaží dosáhnout vynikajících studijních výsledků. Děti většinou nejsou ve svých rolích šťastné a může dojít k rozvinutí PPP (Procházková, 2017).

## 4 LÉČBA

Terapeutický postoj k nemocným jedincům by měl být individuální a odvíjet se od jejich zdravotního stavu a aktuálních potřeb. V terapii PPP se užívají léčebné a psychoterapeutické přístupy. Nelze stanovit, které léčebná metoda je nejefektivnější. Celkový léčebný proces by měl sledovat tři základní cíle, a sice léčbu dlouhodobé podvýživy a tělesných komplikací (vlivem zneužívání laxativ, dlouhodobého hladovění nebo opakovaného zvracení), psychoterapie zaměřená na pochopení příčin onemocnění a porozumění jakou roli zaujímá nemoc v životě jedince spolu s psychoterapií, která se orientuje na změnu nevhodných stravovacích návyků a životního stylu nemocného. Léčba PPP je dlouhodobý proces, který trvá několik let. V klinické praxi se uvádí, že nelze průběh uzdravení předpovědět dříve než do 5 let. Zhruba polovina pacientů s MA se do této doby uzdraví. Okolo 30 % zůstane s trvalými následky a u 20 % jsou stále známky onemocnění. Mortalita u MA se uvádí okolo 2-10 %. Nemocní jedinci umírají na somatické komplikace nebo v důsledku sebevražd, které jsou mnohem častější u MB (Papežová, 2012; Krch, 2013; Procházková, 2017).

Na léčbě PPP se podílí multidisciplinární tým. Terapie vychází z technik kognitivně behaviorální psychoterapie, kde hlavními cíli jsou změna stravovacího chování, postoje k váze, příjmu potravy, vizuálnímu vzhledu a sebehodnocení a úprava hmotnosti a tělesného zdraví. Platí, že spolupráce nemocného je horší, čím je mladší a psychicky nezralejší. Obtížné je dosáhnout dobrovolné kooperace nebo motivace k uzdravení. Léčba je zaměřena nejen na postiženého jedince, ale i jeho rodinu. Podstatná je včasná a správná diagnostika, stanovení přidružených poruch a zhodnocení stupně somatického, psychického a sexuálního vývoje u dětí a adolescentů (Papežová, 2018).

Prvotní kontakt s pacienty má většinou praktický lékař, jehož úkolem je vyloučit organickou příčinu obtíží, posoudit stav výživy a celkový tělesný stav. Musí pomýšlet nad rozvinutím PPP. Pokud dojde k vyloučení primárně tělesného onemocnění, musí lékař oznámit pacientovi a rodičům podezření na diagnózu PPP, edukovat rodiče a vysvětlit jim důsledky nemoci. Dalším důležitým krokem je podstoupit psychologické a psychiatrické vyšetření, které spočívá ve stanovení a sdělení diagnózy PPP, případně jiné diagnózy. Další léčebné kroky závisí na aktuálním somatickém a psychickém stavu jedince. Pro stanovení adekvátního individuálního léčebného plánu by měla být zahrnuta spolupráce s gynekologem, psychiatrem, psychologem, endokrinologem, kardiologem, dermatologem, nutričním terapeutem nebo

stomatologem. Odborníci musí zhodnotit nutnost hospitalizace nebo ambulantní péči (Koutek, 2014; Papežová, 2018).

#### **4.1 Nutriční terapie**

Nutriční terapie je nedílnou součástí léčby v ambulantní péči, tak i při hospitalizaci. Pacientovi jsou vysvětleny všechny zákonitosti týkající se přejídání, hladovění, váhového rozmezí atd. Nutriční terapeut vysvětluje postiženému zdravotní rizika a následky zvracení, hladovění, užívání laxativ, diuretik a různých léků na hubnutí. V průběhu terapie se pacient naučí, vést si záznamy o denním příjmu potravin, zaznamenávat váhové úbytky, cvičení nebo i zvracení. Léčba je směřována k postupnému nárůstu denních porcí jídla, ale zároveň ukázat pacientovi správné a pravidelné stravování, které by u zdravého jedince mělo být 4 - 6x denně (Procházková, 2017).

Vážnou komplikací v počáteční fázi po zahájení nutriční podpory u jedinců trpících dlouhodobou malnutricí je takzvaný refeeding syndrom. Rychlá realimentace způsobuje zvýšenou sekreci inzulínu. Důsledkem bývá hypokalémie, hypomagnezémie a hypofosfátemie, což může zapříčinit poruchy srdečního rytmu, selhání ledvin, svalovou slabost nebo poruchy střevní motility. V počátečním období obnovení výživy by měly být sledována hladiny kalcia, kalia, fosfátu, magnezia, ury a kreatinu. Nemocní by ze začátku měli přijímat převážně stravu bohatou na bílkoviny a postupně zvyšovat příjem sacharidů. Žádoucím je i suplementace vitamínu B. S rostoucí tělesnou hmotností narůstají i obavy nemocných, že nebudou schopni zastavit tloustnutí. Jedince děsí měnící se tělesné disproporce a často začnou trpět depresemi. Jistou úlevu z tenze si často hledají v sebepoškození např. řezné rány, spáleniny od cigarety, modřiny nebo silně rozškrábaná místa. Především při léčbě MB jsou užívána antidepresiva, která jsou pouze podpůrnou terapií (Krch, 2013).

#### **4.2 Farmakoterapie**

Farmakoterapie při léčbě PPP by měla být využívána za přítomnosti další psychiatrické komorbidity. Dle doporučených postupů psychiatrické péče z roku 2018 jsou u jedinců trpících MA s vážnými depresivními nebo obsedantně kompulzivními příznaky indikovány SSRI antidepresiva, mirtazapin nebo olazapin při hyperaktivitě. Účinnou medikaci u MB a psychogenního přejídání jsou SSRI antidepresiva, které prokazatelně snižují frekvenci přejídání a zvracení. Nicméně bez behaviorálních programů, které jsou orientované na změnu patologického jídelního chování, může být účinek farmakoterapie pouze dočasný. Medikace je řízena podle klinického stavu nemocného (Papežová, 2018).

### **4.3 Psychoterapie**

Nejčastěji používanou psychoterapií je kognitivně behaviorální terapie, která se zaměřuje na řešení problémů a cílů v životě jedince za pomoci změny kognitivních procesů, emočních reakcí a chování, což často souvisí se změnou některých hodnot nemocného. Hodnoty jsou základní hodnotící postoje, které řídí chování jedince a jeho duševní pochody. Pro řešení vztahových problémů, bývá používána interpersonální psychoterapie. Při selhávání krátkodobých intervencí nebo v případě, když byli jedinci vystaveni traumatu, jako např. sexuální zneužití je indikována psychodynamická psychoterapie. Dále bývá používána v léčbě PPP rodinné terapie, která představuje opravdu významnou roli (Praško, 2014; Medialogy, 2018).

### **4.4 Hospitalizace**

K hospitalizaci lékaři přistupují při nezvládnutí ambulantní péče nebo při velkém hmotnostním úbytku jedince. Při vážném ohrožení života, tedy kdy je tělesná hmotnost nemocného pod 85% normální váhy, dále pacient trpí hypoglykemií, hypotenzí, bradykardií, dehydratací a hrozí renální, kardiovaskulární a jaterní selhání se přistupuje k hospitalizaci na JIMP (Jednotce intenzivní multioborové péče). Po zvládnutí akutní fáze onemocnění, kdy je ohrožen somatický stav pacienta se přistupuje k psychoterapii (Medialogy, 2018).

Během sledovaného období se v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) celkový počet hospitalizací pro PPP zvýšil. Dle ÚZIS ČR bylo v roce 2011 evidováno 339 hospitalizací pro PPP a v roce 2017 až 454. Ženy se podílely na celkovém počtu lůžkové péče z 90–95 % a muži z 5-10 %. V roce 2017 zaujímala léčba v psychiatrických lůžkových zařízeních u pacientů do 15 let necelých 25 %, adolescenti ve věku 15-19 let tvořili 39 % a dospělí ve věku 20-29 let činili jednu pětinu z celkového počtu hospitalizací s diagnózami PPP. V letech 2011-2017 bylo nejvíce hospitalizací (cca. 84 %) ve skupině „nepracující, dítě, studující“. Celorepublikový průměr v roce 2017 činil 4,3 hospitalizace na 100 000 obyvatel podle kraje bydliště. V Ústeckém kraji bylo evidováno 5,5 hospitalizace na 100 tisíc obyvatel, Středočeském kraji a Kraji Vysočina 5,3 hospitalizace, Pardubickém kraji 5,2 hospitalizace, Praha 4,8, Jihočeském kraji 4,7 a Královéhradeckém kraji 4,5 hospitalizace (ÚZIS, 2018).

### **4.5 Denní stacionář**

Jedná se o zařízení, ve kterém probíhá komplexní psychoterapeutický program. Forma denního stacionáře je pro většinu jedinců trpících PPP výhodnější, protože struktura poskytovaného

programu se vztahuje jak k jídelnímu režimu, tak k terapeutickým aktivitám. Klient navštěvuje zařízení každý pracovní den a po skončení denního plánu se vrací zpátky domů. Nedochází tedy k vytržení jedince z domácího prostředí a nepřichází o podporu rodiny, která s ním sdílí jeho cestu k uzdravení (Štěpánková, 2015).

První stacionář pro adolescenty byl otevřen v říjnu 1999 na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Zařízení je zaměřeno na diagnostiku a léčbu psychických poruch u adolescentů. Ve svém programu zahrnuje arteterapii, ergoterapii, rodinnou terapii, autogenní trénink, léčebnou tělesnou výchovu a specifický stravovací režim, individuální a skupinovou psychoterapii, která probíhá ve spolupráci s Centrem pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky. Na oddělení probíhá i individuální výuka podle osnov základní školy. Od středoškoláků a vysokoškoláků se požaduje samostudium. Denní stacionář je určený pro dospívající ve věku od 14 do 21 let, výjimečně jsou přijímáni jedinci mladších nebo starších věkových skupin. Do denního stacionáře nemohou být přijímáni adolescenti, kteří zneužívají alkohol a návykové látky, odmítají léčbu nebo vážný zdravotní stav, který vyžaduje hospitalizaci. Denní poplatek za stravu je 55 Kč (Denní stacionář pro adolescenty, 2016)

#### **4.6 Svépomocné skupiny**

Svépomocné skupiny mohou být dobrým zdrojem pro nemocného, ale i pro jeho blízké. Osoba, která skupinu vede si ve většině případů prošla poruchami příjmu potravy a uzdravila se. Na základě toho, může své osobní zkušenosti a dovednosti předávat dál. Nemocní jedinci ji také mohou vnímat jako ztělesněnou naději na uzdravení (Middleton, 2013).



## 5 PREVENCE

Jednou z prevencí dle Krcha (2013) je nastavení rozumných jídelních návyků. Zdravá strava by měla být přiměřená věku a zdravotnímu stavu. Primární prevence spočívá v rodinné výchově, kultuře stravování a v působení společenských vlivů. Zřejmě nejdůležitější roli v předcházení vzniku PPP mají rodiče, kteří působí na dítě nejvíce v období vytváření základních postojů, hodnot a správných stravovacích návyků. Významné je budování zdravého sebevědomí u dítěte. Přibývající incidence obezity u dětí a dospívajících je vážný problém, se kterým roste význam a četnost PPP. Rodiče by měli být obezřetní, pokud nezletilý trpí nadváhou a rozhodne se k redukci hmotnosti, aby nedošlo k překročení hranice a nevedlo hubnutí k rozvinutí PPP. Bohužel velmi často při objevení prvních známek onemocnění u dospívajícího si rodiče nevšimnou, neuvědomí nebo nepřipustí, že jejich dítěte by mohlo mít problém s příjmem potravy, proto je důležité, aby si učitelé ve škole všímali svých žáků a v případě problému jim byli oporou a citlivě upozornili jejich zákonné zástupce. Pokud pokračuje zhoršování zdravotního stavu dítěte nebo rodiče nespolupracují je učitel povinen kontaktovat sociální pracovníci (Emmerová, 2019; Papežová, 2018; Krch, 2013).

Současná společnost se zaměřuje na osobní prestiž, výkon, společenský úspěch, aktivní seberealizaci a fyzický vzhled jednotlivce. V rámci prevence tohoto působícího tlaku se do vzdělávacího procesu zavádí tzv. Rámcové vzdělávací programy (RVP), které se zaměřují na vzdělávací oblast „Člověk a zdraví“, do které byla zařazena i Výchova ke zdraví. Tento vzdělávací obor by se měl zaměřovat na prevenci sociálně patologických jevů, které mohou narušit zdravý vývoj žáka (Fialová, 2012).

Rámcový vzdělávací program (RVP) pro obor vzdělání Praktická sestra explicitně nepoužívají termín PPP, nicméně je problematika implicitně obsažena ve vzdělávací oblasti Výchova ke zdraví, Základ pro poskytování ošetrovatelské péče a Ošetrovatelství. Hlavní cíl oblasti vzdělávání pro zdraví je vybavit žáky potřebnými znalostmi a dovednostmi k preventivní a aktivní péči o zdraví. Dále podpořit a rozvinout jejich postoje a chování ke zdravému způsobu života. Žáci jsou vedeni k tomu, aby porozuměli tomu, jak působí výživa, pohybové aktivity, emoce, dodržování hygieny, životní prostředí, mezilidské vztahy a jiné vlivy na lidský organismus a jeho zdraví. Zaměřuje se na výchovu proti závislostem, mediím, které společnosti vnucují ideál tělesné krásy a také nabádá žáky k odpovědnému sexuálnímu chování. Tělesná výchova je součástí oblasti vzdělávání pro zdraví, kde jsou žáci vedeni k pravidelným pohybovým aktivitám (RVP, 2018).

K efektivním a účinným formám, které mohou vést k zabránění incidence PPP jsou programy napomáhající čelit sociálnímu tlaku, zlepšení komunikace, nenásilné zvládnání konfliktů, zvládnání stresu a úzkosti, zvyšování sebevědomí nebo realizování aktivit, které jsou orientované na pozitivní přístup k vlastnímu tělu. Zajímavým online programem, který slouží k prevenci PPP je ProYouth, který je určen především mladým lidem, kterým je internetová komunikace velmi blízká. Program vnikl za mezinárodní účasti v Evropě. Orientuje se především na adolescenty, kteří trpí nespokojeností s vlastním tělem, nezdravými stravovacími návyky nebo PPP. ProYouth je zaměřen na podporu zdravého životního stylu, zdraví, spokojenosti s vlastním tělem a prevenci PPP. Sjednocuje pomocí internetu svépomocné aktivity, psychoedukaci a včasnou poradenskou a terapeutickou intervenci. Na projekt ProYouth navazuje projekt E – Clinic, na jehož portálu je možné nalézt informace o PPP, svépomocné materiály (např. pro obnovení zdravého jídelního režimu při přejídání), postupy pro učitele (např. výběr vhodného preventivního programu), postupy pro rodiče, informace o léčbě a potřebné kontakty. Na webu je možnost anonymně chatovat s psycholožkou, která se specializuje na PPP. (Kocourková, 2014; Emmerová, 2019; Idealni.cz, 2017).

Další programy primární prevence může poskytnout škola ve spolupráci s Občanským sdružením Anabell v Ostravě, Brně, Praze, Plzni a v okolních městech dle domluvy (Bartáková 2012).

Podstata sekundární prevence spočívá v detekci ohrožených skupin, ke kterým jsou řazeny děti, léčené pro obezitu nebo trpící nějakým somatickým onemocněním. Další rizikovou skupinou jsou nezletilí, kteří si v rámci zájmových aktivit musí hlídat tělesnou hmotnost a vzhled, např. gymnastika, tanec nebo modeling. Terciální prevence je zaměřena na prevenci prolapsu a obnovení zdraví (Papežová, 2018).

Podstatou terciální prevence je komplexní léčba PPP, zabránit relapsu onemocnění a navrácení plného zdraví včetně plodnosti. Pacienti jsou motivováni k hledání nových zájmů. Naučit postiženého jedince i jeho rodinu správným stravovacím návykům. Terciální prevence se zaměřuje i na zabránění přenosu PPP na další generaci (Uhlíková, 2019).

## 6 ZDRAVOTNÍ NÁSLEDKY

Není možné vždy zcela jednoznačně odpovědět na otázku, zda postiženému jedinci zůstanou trvalé zdravotní následky v návaznosti na vznik a průběh PPP. Závislost je především na tom, v jakém věku onemocnění propuklo a na jeho délce trvání. Převážná část zdravotních problémů po úpravě tělesné hmotnosti vymizí. Za kritické období je považována puberta, kdy může být nevratným způsobem narušen tělesný růst, hustota kostí, pohlavní vývoj nebo reprodukční systém. Pokud dojde k plnému navrácení zdraví, tak i přes to může mít žena problémy s početím, někdy je nezbytná hormonální léčba. Ženě mohou nadále hrozit problémy během těhotenství, spontánní potraty. Papežová (2012) uvádí, že u třetiny až poloviny postižených jedinců zůstávají některé zdravotní následky i po dosažení optimální tělesné hmotnosti. Navrácení pevnosti a hustoty kostní tkáně může být dlouhodobým procesem, kdy uzdravení nemusí být vždy úplné a kost zůstane oslabena a hrozí při větší námaze zlomenina. Dalšími zdravotními následky mohou být chronické bolesti kvůli ztrátě výšky a dynamiky páteře. Po navrácení zdraví mohou přetrvávat střevní obtíže, které se mohou projevovat průjmami nebo zácpou, dále může zůstat pálení žáhy nebo žaludeční vředy. Iontová nerovnováha může vést k trvalému poškození ledvin. Dlouhodobé hladovění, dehydratace nebo držení drastických diet s jo-jo efektem může mít trvalý dopad na kardiovaskulární systém (Papežová, 2012).

## PRŮZKUMNÁ ČÁST

Na teoretickou část navazuje průzkumná část, kde hlavním cílem je zjistit informovanost žáků SZŠ o PPP. Součástí jsou i průzkumné otázky, popis souboru respondentů a samotné metodiky průzkumu. Dále obsahuje analýzu a prezentaci výsledků, které byly získány pomocí dotazníkového šetření. V poslední řadě průzkumná část obsahuje diskuzi a závěr.

## 7 METODIKA PRŮZKUMU

Pro zjištění všech stanovených cílů v průzkumné části byla použita metoda kvantitativního šetření. Sběr dat byl realizován formou anonymního nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby (viz Příloha A). Průzkumný soubor tvořili žáci 4. ročníků, oboru praktická sestra ve dvou SZŠ v Pardubickém kraji. Respondenti byli do průzkumného šetření vybráni záměrným výběrem. Z důvodu zachování anonymity budou dále školní zařízení označována jako SZŠ A a SZŠ B. Dotazníkového šetření se celkově zúčastnilo 49 respondentů.

V každém školním zařízení bylo rozdáno 35 dotazníků. Podmínkou pro zařazení dotazníku do průzkumného šetření bylo úplné jeho vyplnění. Dále byli vyřazeni respondenti, kteří dosáhli věku 20 let, jelikož nespádají do věkové kategorie 15-19 let, která dle nejaktuálnějších dat ÚZIS měla v roce 2017 největší četnost hospitalizací s PPP. Ze SZŠ A bylo vyřazeno 14 (40 %) dotazníků, 12 respondentů nedostatečně vyplnili všechny jeho položky a 2 respondenti dosáhli věku 20 let. Celkově ze SZŠ A bylo použito 21 dotazníků. Ze SZŠ B bylo vyřazeno 7 (20 %) dotazníků, jelikož u 6 dotazníků nebyly vyplněné všechny jeho položky a 1 respondent byl ve věku 20 let. Celkově bylo tedy ze SZŠ B použito 28 dotazníků. Do průzkumného šetření bylo tedy zařazeno 49 dotazníků.

Složení vlastního dotazníku se skládá z úvodu, který obsahuje oslovení respondentů, mé představení a téma samotné práce. V další části jsou žáci ujištěni o anonymitě průzkumného šetření a použití získaných dat pouze v rámci bakalářské práce. V poslední řadě jsou popsány instrukce k jeho vyplnění. Dotazník se skládá ze strukturovaných (uzavřených), polouzavřených, uzavřených výběrových a výčtových položek. Dle Chráska (2016) lze uzavřené otázky rozdělit podle počtu předpokládaných odpovědí na dichotomické a polytomické. Pokud se odpovědi na danou položku vzájemně vylučují, např. odpovědi (ano – ne), tak se jedná se o dichotomické položky. U polytomických otázek se předpokládá více odpovědí. Při výběrových položkách musí respondent z několika předložených odpovědí vybrat pouze jednu. Ve vytvořeném dotazníku se objevuje škálová otázka, což je zvláštním typem

výběrových položek. U výčtových položek se předpokládá výběr více odpovědí. Polouzavřené otázky jsou charakteristické tím, že při nevyhovující nabídce si může respondent v položce „jiná odpověď“ uvést svou vlastní odpověď. Samotná dotazovaná část obsahuje dvě identifikační otázky, které se respondentů dotazují na věk a pohlaví. Dalších 21 otázek byly sestaveny tak, aby získané odpovědi odpovídaly na předem stanovené průzkumné otázky.

## 7.1 Průzkumné otázky

Na základě průzkumných otázek byly stanoveny cíle v průzkumné části.

- **Průzkumná otázka č. 1:** Jak jsou žáci středních zdravotnických škol informováni o poruchách příjmu potravy?
- **Průzkumná otázka č. 2:** Setkali se někdy žáci středních zdravotnických škol s kritikou jejich postavy?
- **Průzkumná otázka č.3:** Jaké jsou stravovací návyky žáků středních zdravotnických škol?
- **Průzkumná otázka č.4:** Jak žáci středních zdravotnických škol vnímají vlastní tělo?

## 7.2 Sběr dat

Samotné průzkumné šetření bylo uskutečněno ve dvou SZŠ Pardubického kraje. Dotazníky byly rozdány žákům čtvrtých ročníků, oboru praktická sestra.

Na začátku ledna roku 2022 jsem oslovila prostřednictvím elektronické komunikace (e-mail) vedení všech SZŠ v Pardubickém kraji s prosbou o možnosti realizace průzkumného šetření v rámci mé bakalářské práce. Zájem projevily dvě školy. Před samotným průzkumem jsem se osobně setkala s ředitelkami obou SZŠ, které jsem seznámila s cílem mé bakalářské práce, předala jim vzorový dotazník a vysvětlila jim jeho stavbu a obsah. Dále mi podepsaly souhlas s provedením průzkumu v jejich zařízení. V neposlední řadě jsme se domluvily na celkové organizaci dotazníkového šetření.

Den před uskutečněním samotného průzkumu jsem kontaktovala třídního učitele čtvrtých ročníků v jednotlivých zařízeních a potvrdila předem domluvený termín s ředitelkami školy. V den průzkumu jsem žáky SZŠ A i SZŠ B navštívila ve vyučovacích hodinách psychologie. Nejprve jsem se jim představila a sdělila jim zkoumanou problematiku, vysvětlila účel dotazníkového šetření a cíl mé práce. Dále je ujistila, že průzkumné šetření je anonymní a získaná data budou použita pouze v rámci mé bakalářské práce. Následně jsem žákům podala instrukce k vyplnění dotazníků a zeptala se jich na případné dotazy. Časový limit na vyplnění nebyl stanoven. Po dopsání, mi žáci dotazníky odevzdali a já je vložila do obálky. Kvůli následnému zpracování získaných dat a dodržení anonymity, jsem si obálky označila SZŠ

A a SZŠ B podle školního zařízení, ve kterém byl průzkum vykonáván. Na závěr jsem oběma třídám poděkovala za spolupráci a vyzvala je, že v případě jejich zájmu o výsledky zpracovaných dat z dotazníků mi mohou na papír napsat svůj email a já je po ukončení průzkumu kontaktuji. Poté jsem se s pedagogy a žáky rozloučila.

### **7.3 Průzkumný soubor**

Průzkumný soubor tvořili žáci 4. ročníků vybraných SZŠ, oboru praktická sestra v Pardubickém kraji. Na základě souhlasu vedení obou školních zařízení s provedením průzkumu, bylo uskutečněno dotazníkové šetření. Při sběru dat byla u žáků dodržena naprostá anonymita. V každém zařízení byl rozdán stejný počet dotazníků. Celkem se tedy průzkumného šetření zúčastnilo 49 žáků obou pohlaví. Dotazovaní byli ve věku 18-20. Na základě největšího počtu hospitalizací pro PPP za rok 2017 ve věkové kategorii od 15-19 let dle ÚZIS nebyli žáci, kteří dosáhli 20. roku života do průzkumného šetření zařazeni. Respondenti 4. ročníků SZŠ byli vybráni z toho důvodu, že jako absolventi, tedy praktické sestry představují důležitou roli v diagnostice a léčbě jedinců s PPP, proto by měli být dostatečně informováni o tomto onemocnění.

### **7.4 Analýza získaných dat**

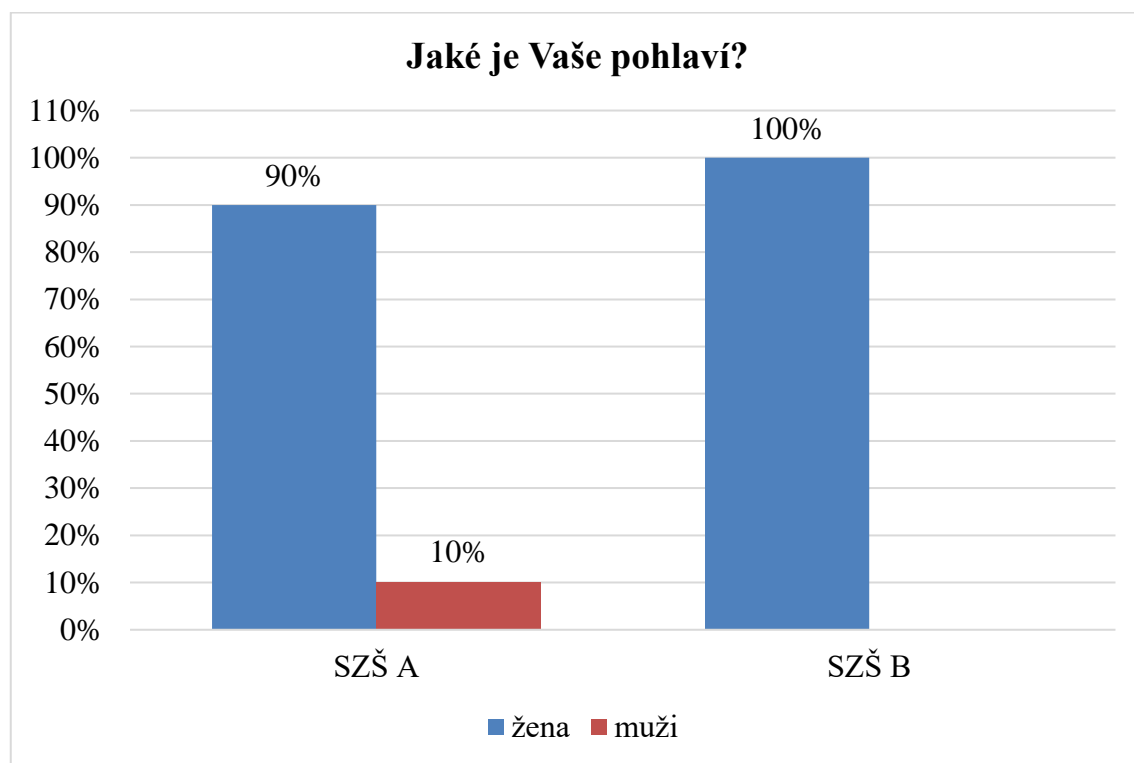
Za pomoci kvantitativního průzkumného šetření jsou podle Chráska (2016) zpravidla získávána velká množství číselných dat o zkoumaných jevech. Pro dosažení potřebných informací je nejdříve zapotřebí nabytá data zpracovat.

Získaná data byla zpracována v programech Microsoft Excel 2016 a znázorněna pomocí grafů nebo tabulek s absolutní a relativní četností. Nejprve byla určena absolutní četnost ( $n_i$ ) a na základě jejího podílu s celkovou četností ( $n$ ) bylo dosaženo relativní četnosti ( $f_i$ ). Získaná hodnota relativní četnosti byla následně vynásobena 100 % kvůli procentuálnímu vyjádření. V průzkumné části bude nadále vyjadřována pouze v procentech. Pro lepší přehlednost získaných výsledků byla procenta v grafech a tabulkách zaokrouhlena na celá čísla. Absolutní četnost se v průzkumném šetření vztahuje na počet žáků, kteří dosáhli určitého výsledku nebo při možnosti více odpovědí na dotazníkovou otázku se četnost vztahuje právě na počet odpovědí v průzkumném souboru. Celkovou četnost představuje ze SZŠ A 21 žáků a ze SZŠ B 28 respondentů. Výsledky zjištěné v průzkumné části se vztahují pouze k průzkumnému souboru.

## 8 PREZENTACE ZÍSKANÝCH DAT

Výsledky z průzkumného šetření jsou zobrazeny v sloupcových grafech a u polouzavřených nebo uzavřených výčtových položek jsou odpovědi respondentů pro lepší přehlednost znázorněny pomocí tabulek, zobrazující absolutní a relativní četnost. Zjištěné výsledky jsou také podrobněji popsány.

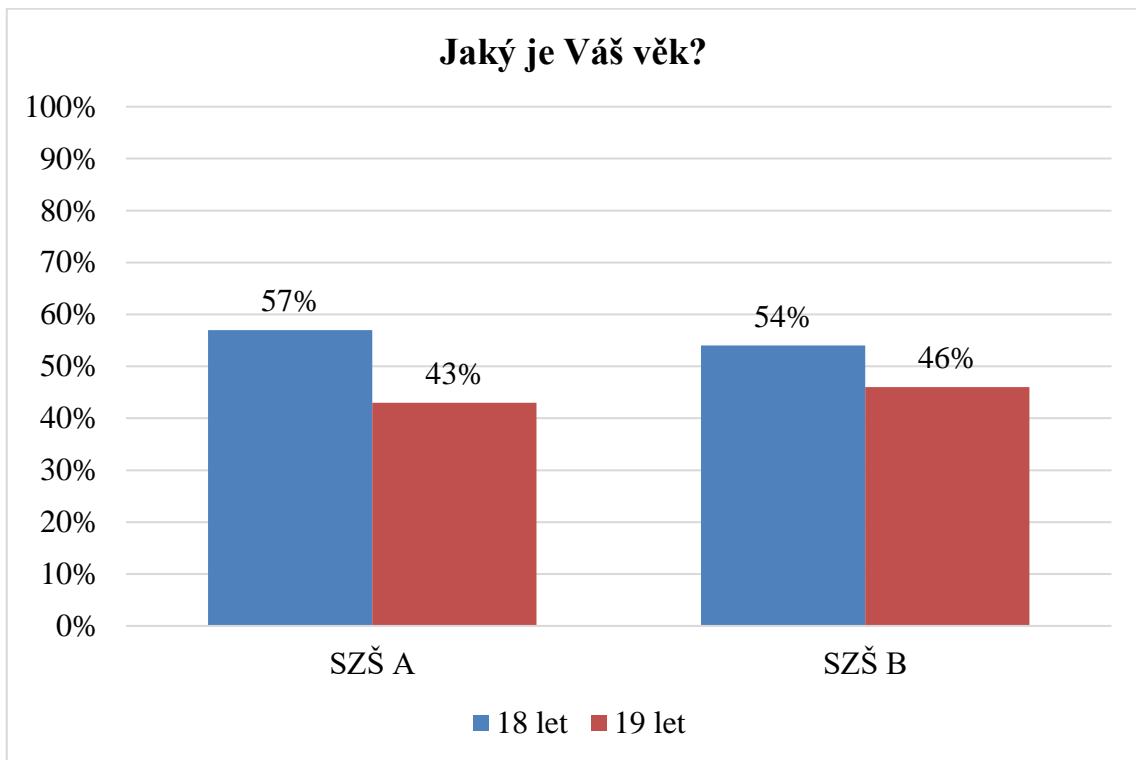
### Identifikační otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?



**Obrázek 1 - Pohlaví respondentů**

První dotazníková otázka byla identifikační a zjišťovala pohlaví respondentů. Celkový počet respondentů SZŠ A činil 21 žáků (100 %) z toho bylo 19 žen (90 %) a 2 muži (10 %). V SZŠ B byl celý průzkumný soubor ženského pohlaví, tedy 28 žákyň (100 %).

## Identifikační otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

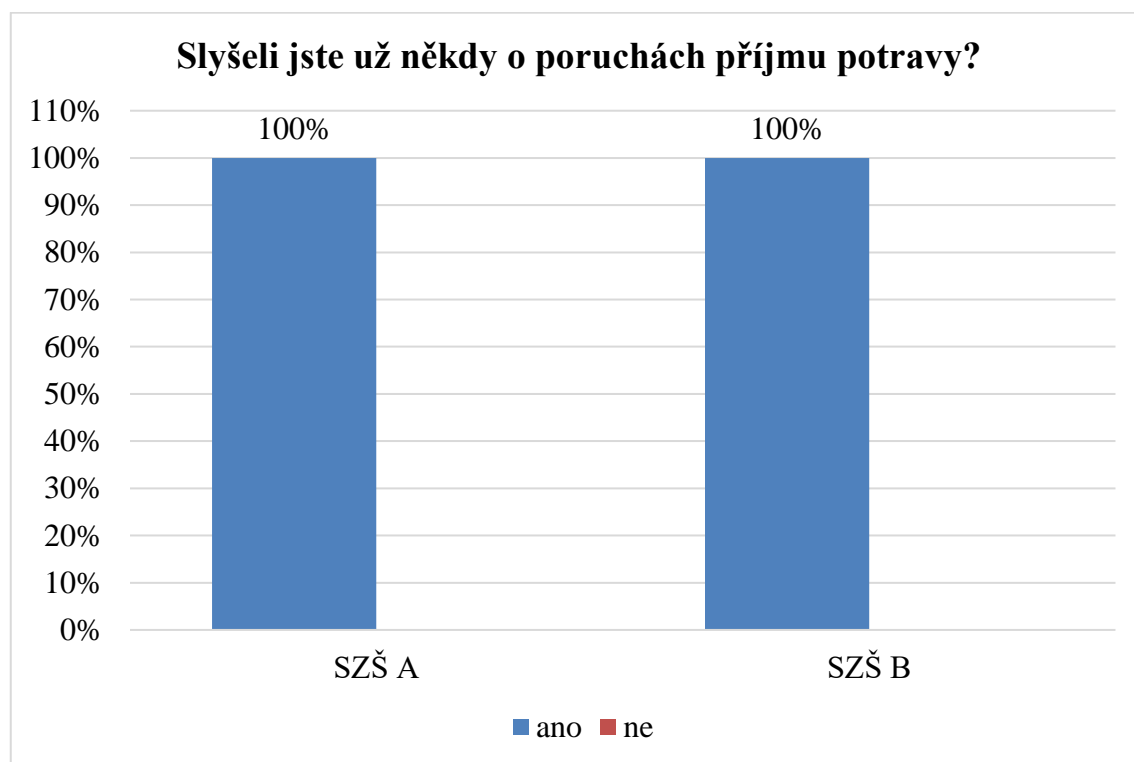


**Obrázek 2 - Věk respondentů**

Druhá identifikační položka zjišťovala věk respondentů. Z celkového počtu 21 (100 %) dotázaných SZŠ A bylo 12 (57 %) jedinců ve věku 18 let a zbylých 9 (43 %) ve věku 19 let. Ve SZŠ B bylo z celkového počtu 28 (100 %) žáků 15 (54 %) ve věku 18 let a 13 (46 %) dosáhlo věku 19 let.



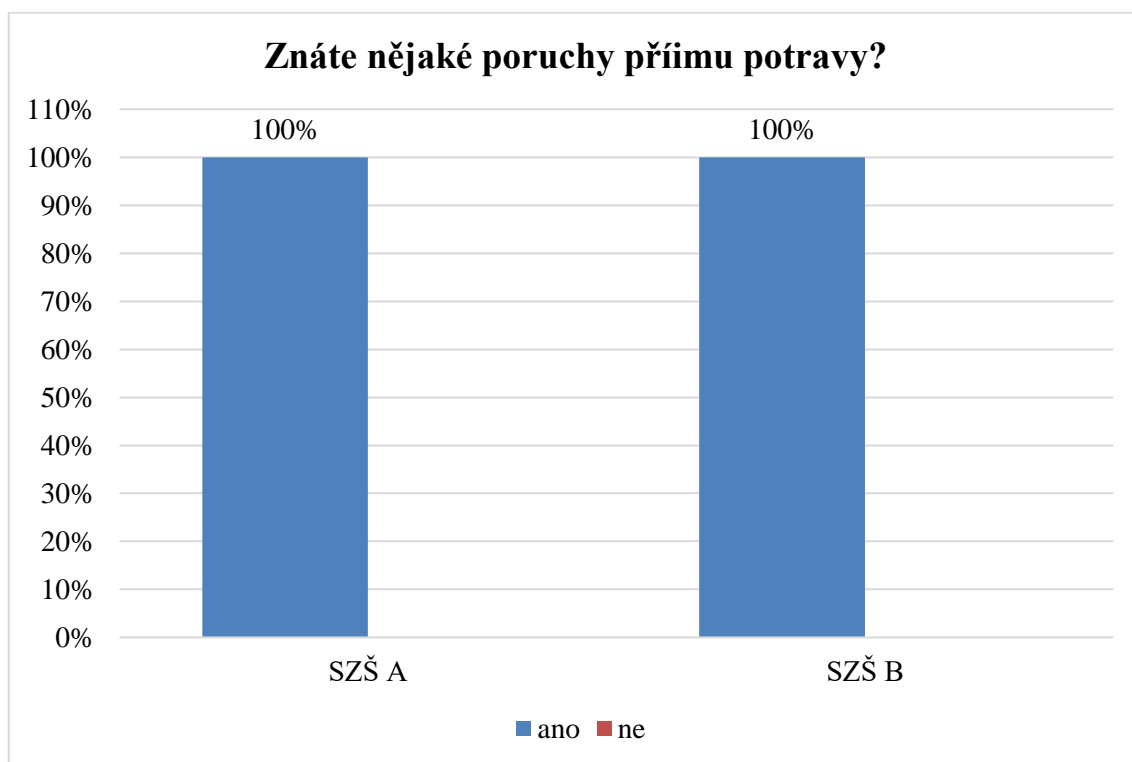
**Otázka č. 1: Slyšeli jste už někdy o poruchách příjmu potravy?**



**Obrázek 3 - Informovanost respondentů o PPP**

Cílem otázky č. 1 bylo zjistit, zda dotazovaní respondenti už někdy slyšeli o PPP. Ze SZŠ A všech 21 (100 %) žáků už někdy v životě slyšeli o PPP. Stejně tomu bylo i v druhém školním zařízení, kde celý průzkumný soubor SZŠ B je informován o PPP, tedy 28 žáků (100 %).

## Otázka č. 2: Znáte nějaké poruchy příjmu potravy?



**Obrázek 4 - Informovanost respondentů o konkrétních PPP**

Otázka č. 2 zjišťovala, jestli žáci znají nějaké PPP. Ze SZŠ A odpovědělo 21 (100 %) respondentů „ano“. Stejného výsledku bylo dosaženo i v SZŠ B, kde celý soubor 28 žáků (100 %) odpovědělo na tuto otázku „ano“.

Pokud žáci odpověděli na položku č. 2 „ano“ tak v další části otázky měli uvést konkrétní PPP. V tabulkách 1 a 2 jsou zobrazeny konkrétní odpovědi žáků SZŠ, absolutní a relativní četnosti. Dotazovaní měli možnost napsat více odpovědí, proto se absolutní četnost nevztahuje na počet respondentů, ale právě na počet napsaných odpovědí.

**Tabulka 1 - PPP uvedené respondenty SZŠ A**

<b>Odpovědi respondentů SZŠ A</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
mentální anorexie	20	95 %
mentální bulimie	20	95 %
přejídání	5	24 %
obezita	3	14 %

Tabulka 1 zobrazuje konkrétní PPP, které uvedl průzkumný soubor SZŠ A. Relativní četnost jedné odpovědi činí 4,76 %. Z 21 žáků (100 %), uvedlo 20 respondentů (95 %) odpověď „*mentální anorexie*“, stejnou četnost zaujímala i odpověď „*mentální bulimie*“. Z tabulky 1 je patrné, že žáci SZŠ A jsou nejvíce informováni o MA a MB. Nicméně další skupinou, která byla respondenty uvedena je „*přejídání*“, kterou napsalo 5 žáků (24 %). Poslední odpověď, která se objevila v průzkumném souboru SZŠ A byla „*obezita*“, kterou uvedli 3 respondenti (14 %).

**Tabulka 2 - PPP uvedené respondenty SZŠ B**

<b>Odpovědi respondentů SZŠ B</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
mentální anorexie	28	100 %
mentální bulimie	28	100 %
přejídání	5	18 %
obezita	3	11 %

Tabulka 2 vyjadřuje konkrétní PPP, které uvedli respondenti SZŠ B. Relativní četnost jedné odpovědi činí 3,57 %. Z tabulky 2 je patrné, že odpovědi „*mentální anorexie*“ a „*mentální bulimie*“ uvedl celý průzkumný soubor SZŠ B, tedy 28 dotázaných (100 %). Odpověď „*přejídání*“ napsalo 5 žáků (18 %) a položku „*obezita*“ uvedli 3 respondenti (11 %).

### **Otázka č. 3: Pokud jste v předešlé otázce odpověděli ano, kde jste informace o poruchách příjmu potravy získali?**

Cílem otázky č. 3 bylo od respondentů zjistit, ze kterých zdrojů nejvíce získali informace o PPP. Na otázku odpovídali pouze ti žáci, kteří v předešlé otázce označili odpověď „ano“ a znají tedy nějaké PPP, což činilo 100 % respondentů z obou školních zařízení, proto zde byl zahrnut celý průzkumný soubor respondentů, tedy 21 žáků z SZŠ A a 28 žáků z SZŠ B. Dotázaní měli v otázce č. 3 možnost zvolit více odpovědí, proto se absolutní četnost nevztahuje na počet respondentů, ale právě na počet označených odpovědí. Výsledky jsou zobrazeny v následujících tabulkách 3 a 4.

**Tabulka 3 - Zdroje informací o PPP u žáků SZŠ A**

<b>Odpovědi respondentů SZŠ A</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
na internetu	20	95 %
ve škole	19	90 %
od kamarádů	12	57 %
v rodinném prostředí	6	29 %
na sociálních sítích (Facebook, Instagram, Twitter, Tik Tok a jiné...)	16	76 %
v televizi	11	52 %
od lékaře nebo zdravotního personálu	9	43 %
jiné (uveďte)	0	0 %

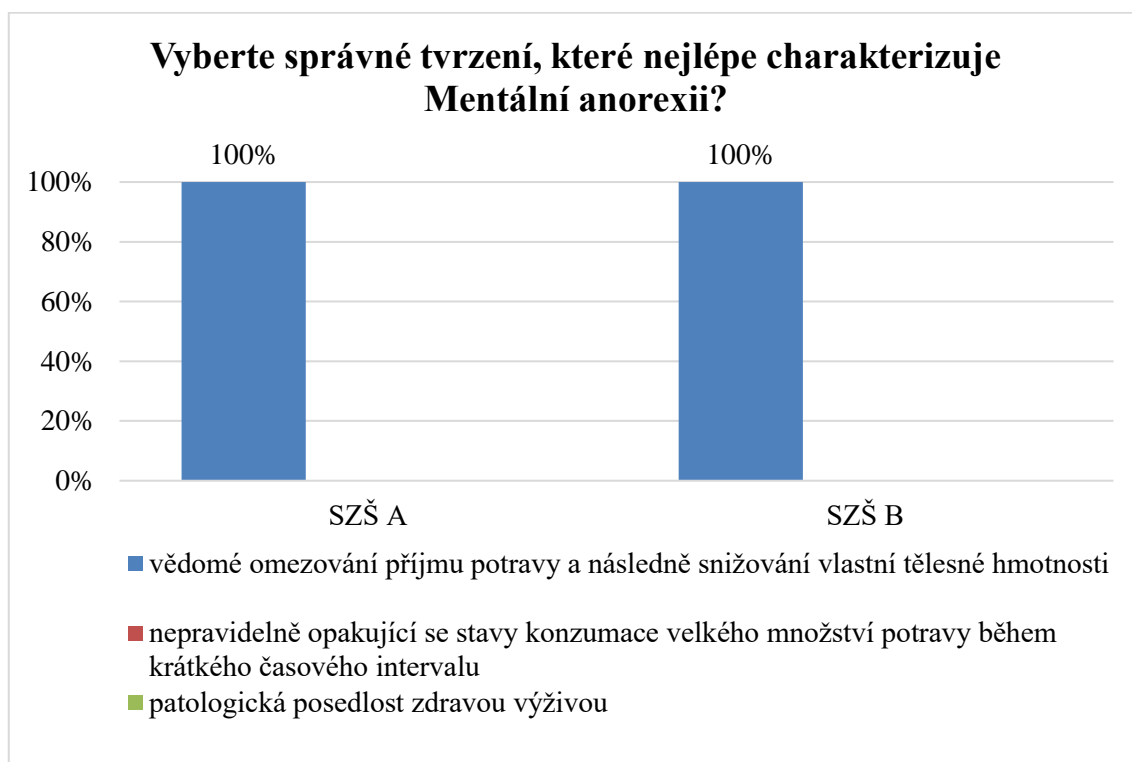
Tabulka 3 prezentuje zdroje informací o PPP, které byly uvedeny žáky SZŠ A. Relativní četnost jedné odpovědi je 4,76 %. Z celkového počtu 21 respondentů (100 %) označilo 20 žáků (95 %) odpověď „na internetu“, 19 (90 %) „ve škole“, 12 (57 %) „od kamarádů“, 6 (29 %) „v rodinném prostředí“, 16 (76 %) „na sociálních sítích“, 11 (52 %) „v televizi“, 9 (43 %) „od lékaře nebo zdravotního personálu“. V odpovědi „jiné“ mohli dotázaní uvést vlastní zdroj informací, pokud jim nevyhovovala nabídka odpovědí. Žádný respondent ze SZŠ A nenapsal jinou možnost zdroje o PPP.

**Tabulka 4 - Zdroje informací o PPP u žáku SZŠ B**

<b>Odpovědi respondentů SZŠ B</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
na internetu	27	96 %
ve škole	28	100 %
od kamarádů	13	46 %
v rodinném prostředí	6	21 %
na sociálních sítích (Facebook, Instagram, Twitter, Tik Tok a jiné...)	25	89 %
v televizi	22	79 %
od lékaře nebo zdravotního personálu	7	25 %
jiné (uveďte)	1	4 %

Tabulka 4 zobrazuje zdroje, které žáky SZŠ B nejčastěji informovaly o PPP. Relativní četnost jedné odpovědi je 3,57 %. Z celkového počtu 28 žáků (100 %) označilo 27 jedinců (96 %) odpověď „na internetu“, 28 (100 %) „ve škole“, 13 (46 %) „od kamarádů“, 6 (21 %) „v rodinném prostředí“, 25 (89 %) „na sociálních sítích“, 22 (79 %) „v televizi“ a 7 (25 %) „od lékaře nebo zdravotního personálu“. Respondenti měli možnost uvést jiný zdroj informací o PPP, který nebyl výše uveden. Pouze jeden žák (4 %) napsal vlastní odpověď a to „plakáty a letáky“.

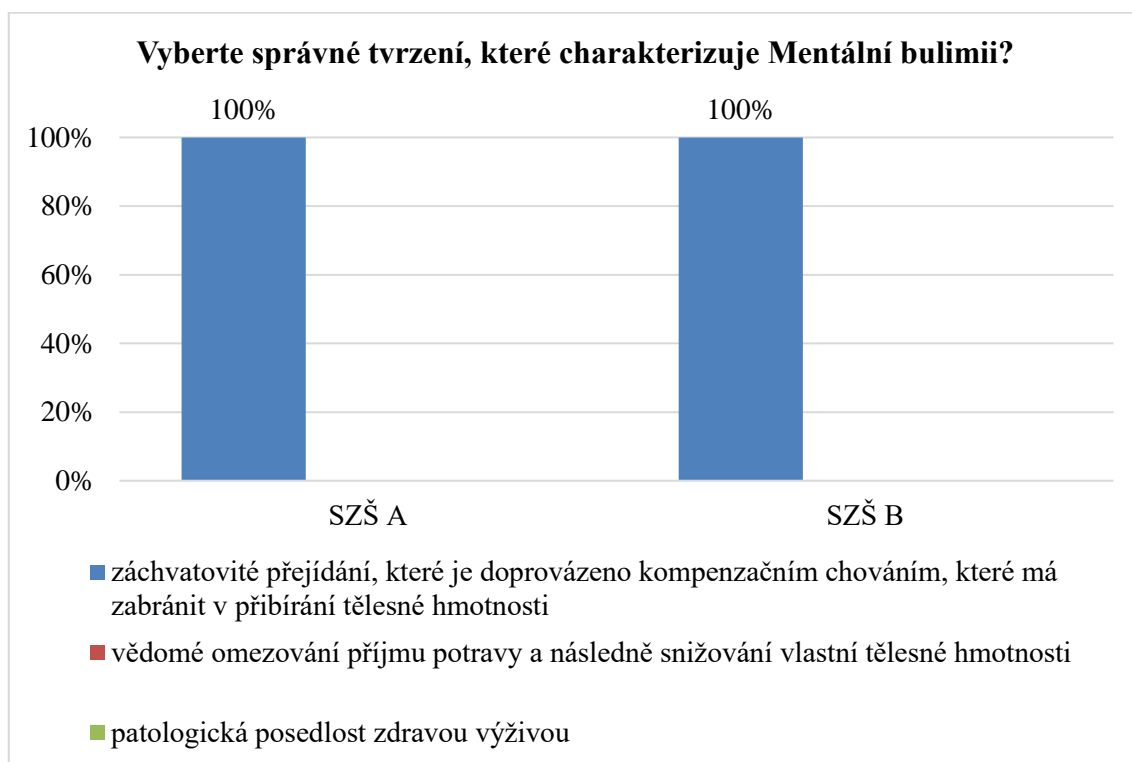
**Otázka č. 4: Vyberte správné tvrzení, které nejlépe charakterizuje Mentální anorexii?**



**Obrázek 5 - Charakteristika MA**

Respondenti v otázce č. 4 měli vybrat odpověď, která nejlépe charakterizuje MA. Z celkového počtu žáků na SZŠ A odpovědělo 21 (100 %), že MA je „*vědomé omezování příjmu potravy a následně snižování vlastní tělesné hmotnosti*“. Stejnou odpověď označilo i 28 (100 %) respondentů SZŠ B.

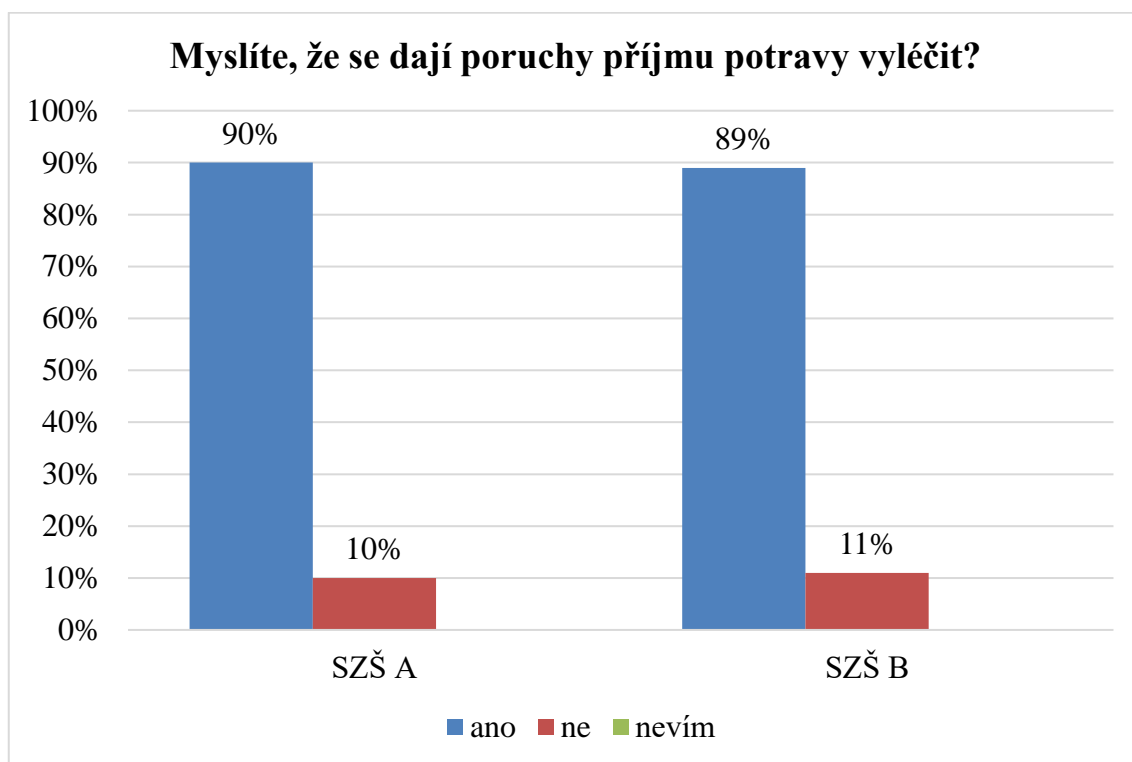
**Otázka č. 5: Vyberte správné tvrzení, které nejlépe charakterizuje Mentální bulimii?**



**Obrázek 6 - Charakteristika MB**

V otázce č. 5 měli žáci vybrat, která z odpovědí nejlépe charakterizuje MB. Průzkumný soubor respondentů SZŠ A a SZŠ B odpověděl jednotně „záchvatovité přejídání, které je doprovázeno kompenzačním chováním, které má zabránit v přibírání tělesné hmotnosti“. Jedná se teda o 21 (100 %) dotázaných v SZŠ A a 28 (100 %) žáků v SZŠ B.

**Otázka č. 6: Myslíte, že se dají poruchy příjmu potravy vyléčit?**

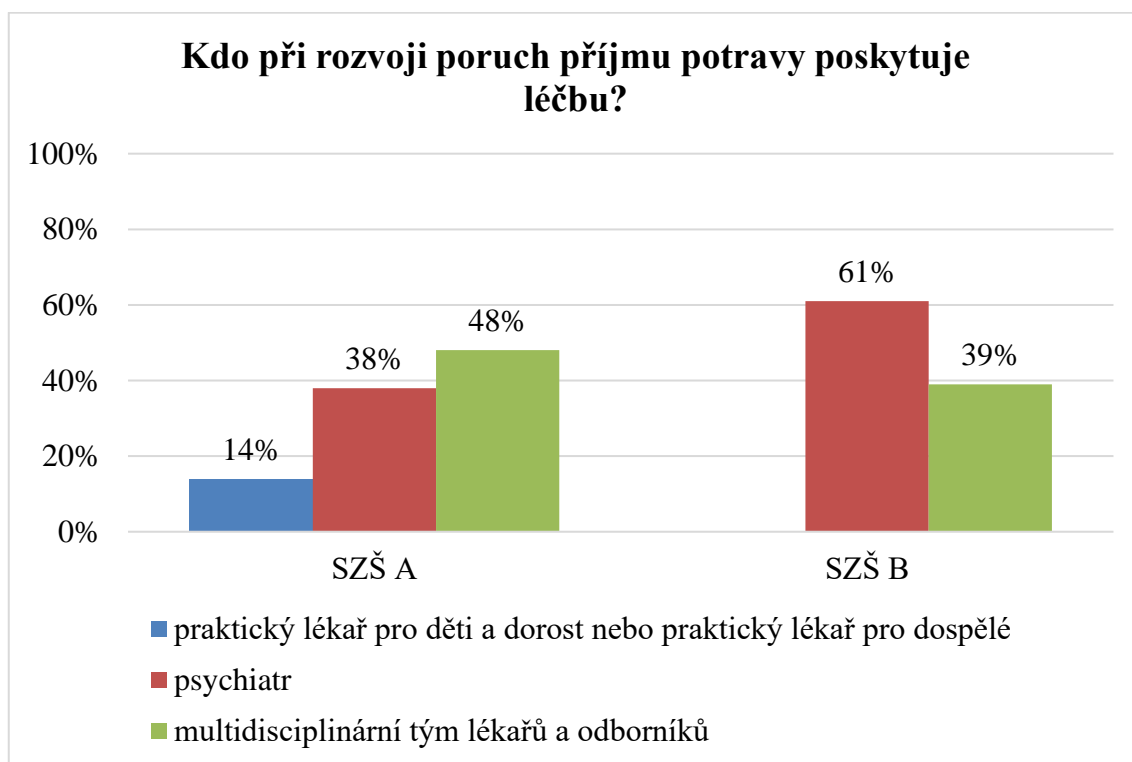


**Obrázek 7 - Možnost vyléčení PPP**

Pomocí otázky č. 6 bylo zjistit, zda si respondenti myslí, že se dají PPP vyléčit. Z celkového počtu dotázaných na SZŠ A odpovědělo 19 (90 %) „ano“ zbylí 2 (10 %) žáci vybrali odpověď „ne“. Ve SZŠ B zvolilo 25 (89 %) respondentů odpověď „ano“ a 3 (11 %) „ne“. Žádný žák z celého průzkumného souboru obou škol nezvolil odpověď „nevím“.



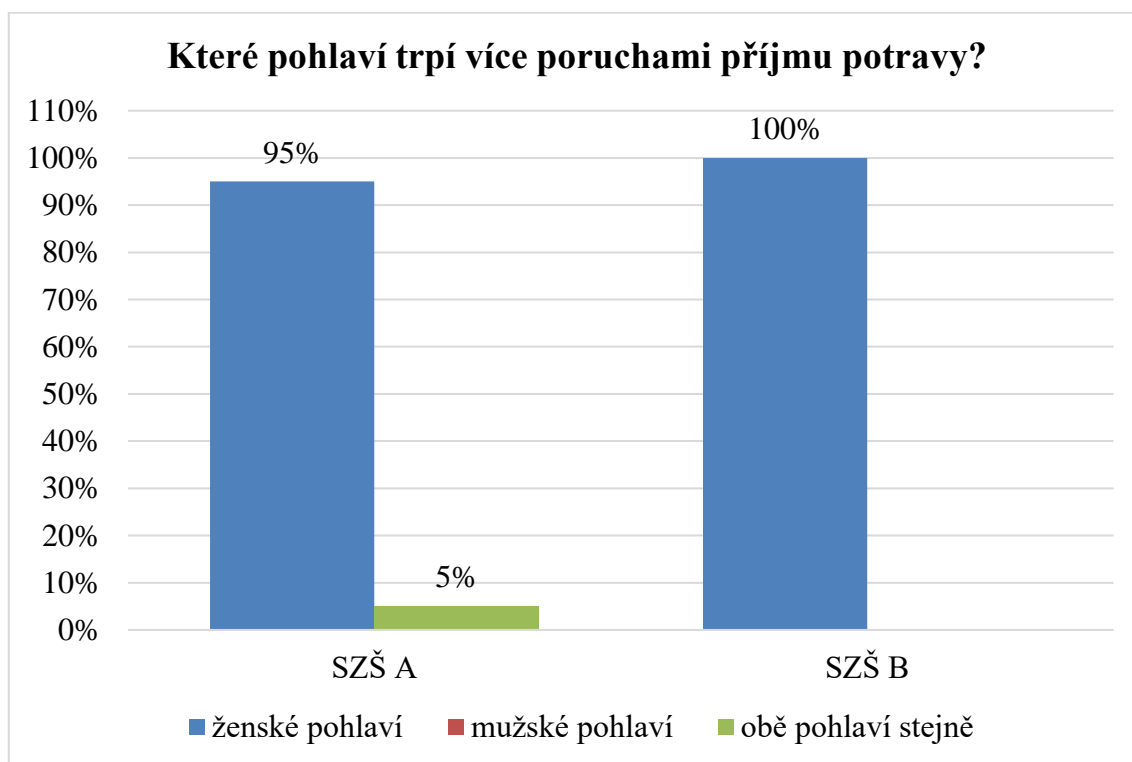
### Otázka č. 7: Kdo při rozvoji poruch příjmu potravy poskytuje léčbu?



**Obrázek 8 - Poskytování léčby při rozvoji PPP**

Cílem otázky č. 7 bylo zjistit, kdo podle respondentů při rozvoji poruch příjmu potravy poskytuje léčbu. Z celkového počtu žáků SZŠ A 21 (100 %) odpověděli 3 (14 %) „*praktický lékař pro děti a dorost nebo praktický lékař pro dospělé*“, 8 (38 %) „*psychiatr*“ a zbylých 10 žáků (48 %) označilo jako správnou odpověď „*multidisciplinární tým lékařů a odborníků*“. V SZŠ B byla v 17 (61 %) případech zvolena odpověď „*psychiatr*“ a zbylých 11 (39 %) žáků uvedlo odpověď „*multidisciplinární tým lékařů a odborníků*“. Žádný z respondentů SZŠ B neoznačil odpověď „*praktický lékař pro děti a dorost nebo praktický lékař pro dospělé*“.

### Otázka č. 8: Které pohlaví trpí více poruchami příjmu potravy?



**Obrázek 9 - Nejvíce ohrožené pohlaví pro rozvoj PPP**

Cílem otázky č. 8 bylo zjistit, zda žáci vědí, které pohlaví více trpí PPP. Respondenti SZŠ A odpověděli ve 20 (95 %) případech „ženské pohlaví“, pouze 1 žák (5 %) odpověděl „obě pohlaví stejně“. V SZŠ B odpovědělo všech 28 (100 %) respondentů „ženské pohlaví“. V žádném z dotazníků nebyla zaznamenána odpověď „mužské pohlaví“.

**Otázka č. 9: Jaká věková skupina je podle Vás nejvíce ohrožena rizikem vzniku poruch příjmu potravy?**

Otázka č. 9 zjišťovala, jaká je podle respondentů nejvíce ohrožena věková skupina pro vznik PPP. Jelikož zde měli žáci možnost zvolit více odpovědí, tak absolutní četnost se vztahuje k počtu vybraných odpovědí, nikoli k počtu dotázaných. V tabulkách 5 a 6 jsou zobrazeny odpovědi žáků, absolutní a relativní četnost.

**Tabulka 5 - Věková skupina, která je nejvíce ohrožena PPP dle respondentů SZŠ A**

<b>Odpovědi respondentů SZŠ A</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Děti do čtrnácti let	2	10 %
Adolescenti od 15-19 let	21	100 %
Dospělí od 20-39 let	3	14 %
Dospělí od 40-65 let	0	0 %
Senioři	1	5 %

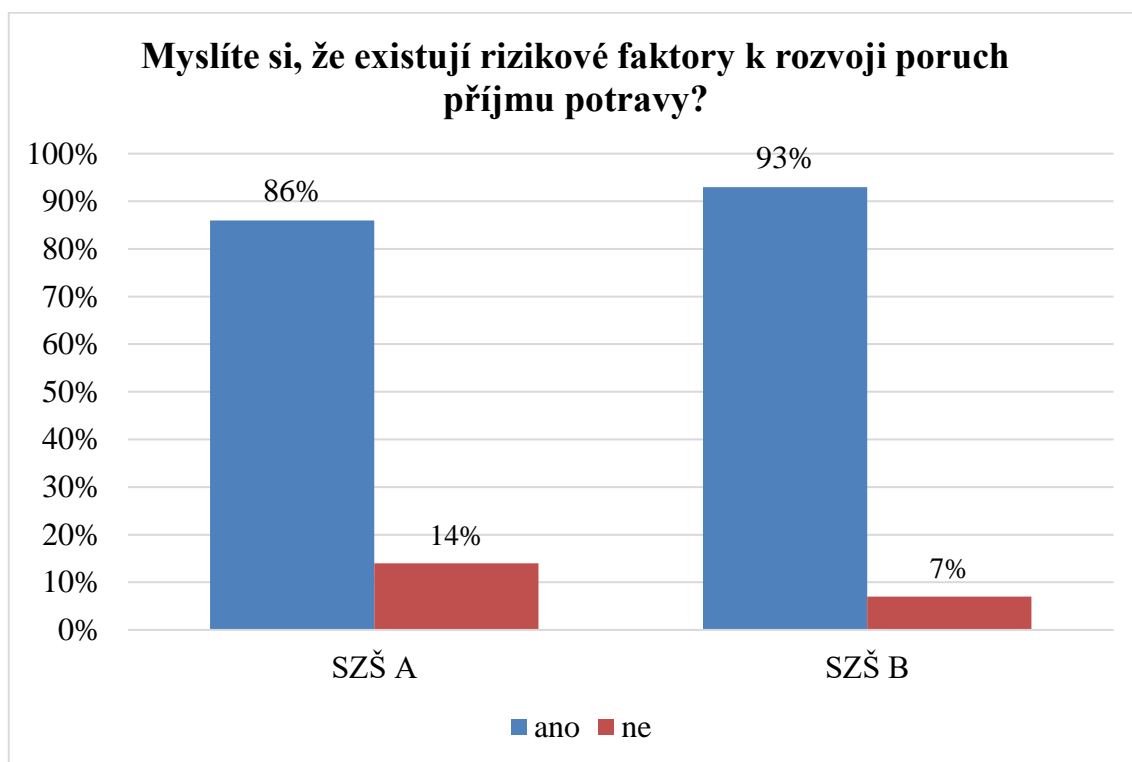
V tabulce 5 jsou zobrazeny odpovědi žáků SZŠ A na otázku, která věková skupina je nejvíce ohrožena vznikem PPP. Relativní četnost jedné odpovědi představuje 4, 76 %. Všichni respondenti 21 (100 %) označili „*adolescenti od 15–19 let*“. Odpověď „*děti do čtrnácti let*“ zvolili 2 žáci (10 %). Dále 3 dotázaní (14 %) vybrali věkovou skupinu „*dospělí od 20-39 let*“ a 1 respondent (5 %) označil odpověď „*senioři*“. Nikdo nevybral věkovou kategorii „*dospělí od 40–65 let*“.

**Tabulka 6 - Věková skupina, která je nejvíce ohrožena PPP dle respondentů SZŠ B**

<b>Odpovědi respondentů SZŠ B</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Děti do čtrnácti let	11	39 %
Adolescenti od 15-19 let	28	100 %
Dospělí od 20-39 let	1	4 %
Dospělí od 40-65 let	0	0 %
Senioři	2	7 %

Tabulka 6 zobrazuje odpovědi respondentů SZŠ B na otázku, která věková skupina je nejvíce ohrožena vznikem PPP. Zastoupení relativní četnosti jedné odpovědi je 3,57 %. Z tabulky 6 je patrné, že odpověď „*adolescenti od 15–19 let*“ zvolilo všech 28 žáků (100 %). Druhá nejvíc zastoupená skupina je „*děti do čtrnácti let*“, kterou označilo 11 respondentů (39 %). Dále 2 jedinci (7 %) označili odpověď „*senioři*“ a 1 dotázaný (4 %) zvolil věkovou kategorii „*dospělí od 20-39 let*“. Žádný respondent nevybral skupinu „*dospělí od 40–65 let*“.

**Otázka č. 10: Myslíte si, že existují rizikové faktory k rozvoji poruch příjmu potravy?**



**Obrázek 10 - Rizikové faktory PPP**

Cílem otázky č. 10 bylo zjistit, jestli podle respondentů existují rizikové faktory k rozvoji PPP. Z celkového počtu dotázaných 21 žáků (100 %) na SZŠ A zvolilo 18 žáků (86 %) odpověď „ano“ a zbylí 3 žáci (14 %) označili odpověď „ne“. Z 28 respondentů (100 %) SZŠ B vybralo 26 žáků (93 %) odpověď „ano“ a 2 respondenti (7 %) označili odpověď „ne“.

Pokud respondenti v otázce č. 10 zvolili odpověď „ano“, a tedy si myslí, že existují rizikové faktory, které se podílejí na rozvoji PPP, tak v další části otázky měli vypsát konkrétní příklady, které znají. Odpovědi žáků jsou zobrazeny v tabulkách 7 a 8. V závislosti na otázce č. 10 je celkový průzkumný soubor SZŠ A 18 žáků a v SZŠ B 26 žáků. Respondenti mohli uvést více odpovědí, proto se absolutní četnost nevztahuje na počet respondentů, ale ke kvantu napsaných položek v průzkumném souboru.

**Tabulka 7 – Rizikové faktory k rozvoji PPP podle respondentů SZŠ A**

<b>Odpovědi respondentů SZŠ A</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
obezita	1	6 %
nevyrovnanost	1	6 %
nízké sebevědomí	5	28 %
nátlak společnosti	1	6 %
psychické problémy	4	22 %
internet a sociální sítě	5	28 %
šikana	7	39 %
rodinné prostředí	2	11 %
negativní hodnocení postavy	1	6 %
emocionálně nestabilní jedinci	1	6 %
přehnaně zdravé stravování	1	6 %
genetické předpoklady	1	6 %
snaha o dokonalost	2	11 %
vliv společnosti	1	6 %

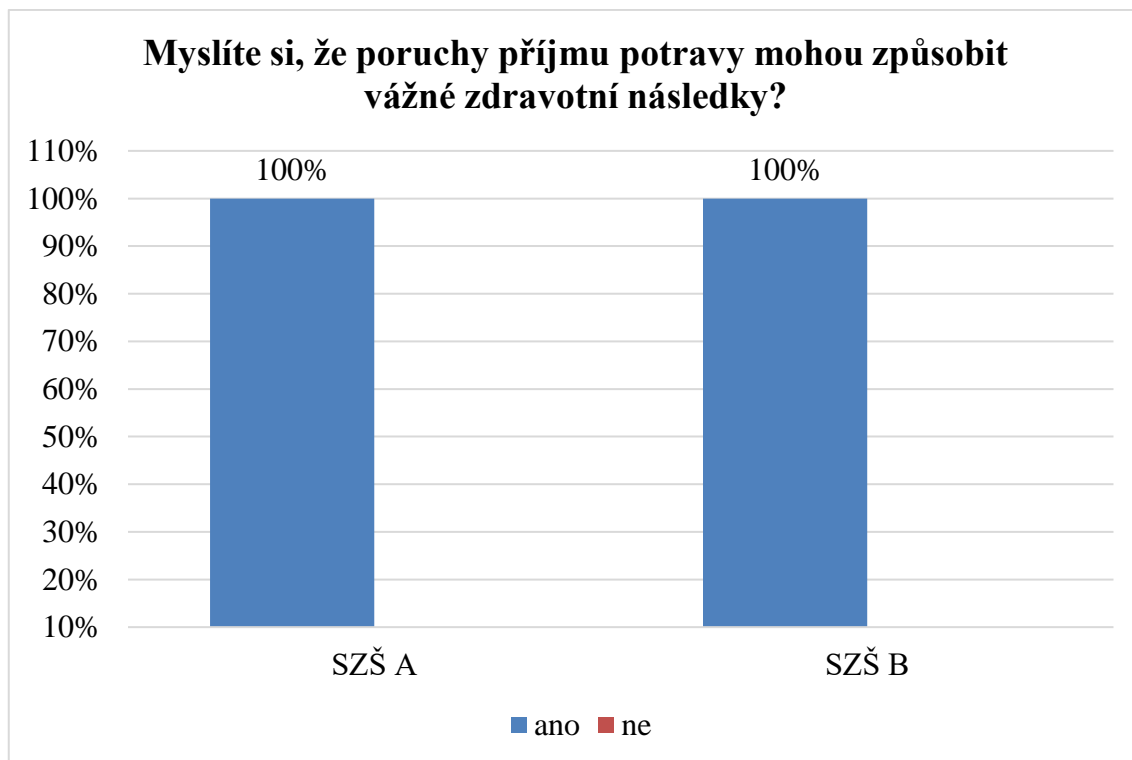
Tabulka 7 vyjadřuje uvedené rizikové faktory, které se mohou podílet na rozvoji PPP podle žáků SZŠ A. Relativní četnost jedné odpovědi činí v průzkumném souboru 18 žáků 5, 55 %. Následující odpovědi „*obezita*“, „*nevyrovnanost*“, „*nátlak společnosti*“, „*negativní hodnocení postavy*“, „*emocionálně nestabilní jedinci*“, „*přehnaně zdravé stravování*“, „*genetické předpoklady*“, „*vliv společnosti*“ se objevily v 1 případě (6 %) v průzkumném souboru SZŠ A. Odpovědi „*rodinné prostředí*“ a „*snaha o dokonalost*“ se vyskytly u dvou respondentů (11 %). „*Psychické problémy*“ uvedli 4 žáci (22 %). Položky „*nízké sebevědomí*“ a „*internet a sociální sítě*“ se objevily v průzkumném souboru u 5 respondentů (28 %). Největší četnost mezi respondenty byla odpověď „*šikana*“, kterou uvedlo 7 žáků (39 %).

**Tabulka 8 - Rizikové faktory k rozvoji PPP podle respondentů SZŠ B**

<b>Odpovědi respondentů SZŠ B</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
šikana	9	35 %
psychické problémy	4	15 %
rodinné prostředí	10	38 %
tlak školního prostředí	2	8 %
těžké životní situace	4	15 %
nezdravé hubnutí	2	8 %
prostředí mezi vrstevníky	4	15 %
internet a sociální sítě	9	35 %
věk	1	4 %
kritika postavy	4	15 %
genetické faktory	1	4 %
nízké sebevědomí	1	4 %
ženské pohlaví	1	4 %
modeling	1	4 %

Tabulka 8 zobrazuje uvedené odpovědi rizikových faktorů, které se mohou podílet na rozvoji PPP podle žáků SZŠ B. Relativní četnost jedné odpovědi činí v průzkumné souboru 26 žáků 3,84 %. V celém počtu 26 žáků (100 %) SZŠ B se následující odpovědi objevily jednou (4 %) „věk“, „genetické faktory“, „nízké sebevědomí“, „ženské pohlaví“ a „modeling“. Odpovědi „tlak školního prostředí“ a „nezdravé hubnutí“ byly uvedeny u 2 respondentů (8 %). „Psychické problémy“, „těžké životní situace“, „prostředí mezi vrstevníky“ a „kritika postavy“ odpověděli 4 žáci (15 %). Dále položky „internet a sociální sítě“ a „šikana“ se vyskytly u 9 respondentů (35 %). Z tabulky 8 je patrné, že nejvíce četným rizikovým faktorem pro rozvoj PPP u žáků SZŠ B je „rodinné prostředí“, které uvedlo 10 dotázaných (38 %).

**Otázka č. 11: Myslíte si, že poruchy příjmu potravy mohou způsobit vážné zdravotní následky?**

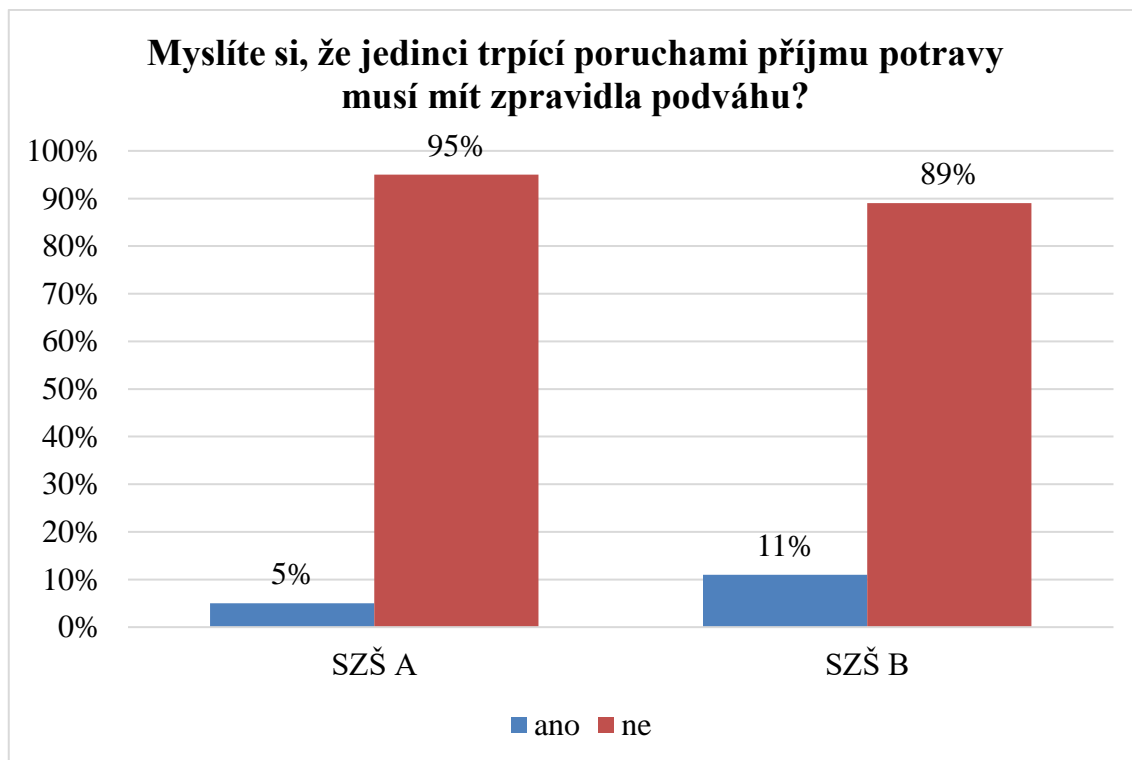


**Obrázek 11 - Zdravotní následky PPP**

Za pomoci otázky č. 11 bylo zjistit, zda si žáci SZŠ myslí, že PPP mohou způsobit vážné zdravotní následky. Z celkového počtu respondentů ze SZŠ A označilo 21 (100 %) žáků odpověď „ano“. Stejný výsledek byl i na SZŠ B, kde zvolilo odpověď „ano“ 28 (100 %) respondentů.



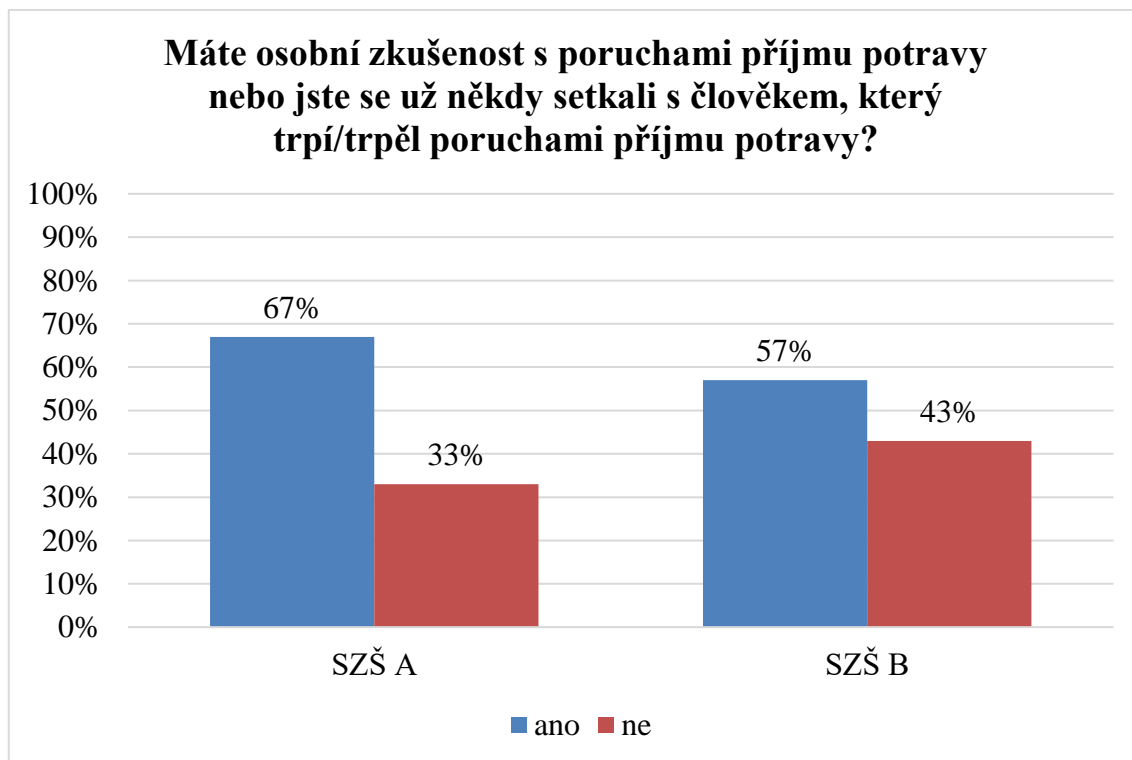
**Otázka č. 12: Myslíte si, že jedinci trpící poruchami příjmu potravy musí mít zpravidla podváhu?**



**Obrázek 12 - Podváha u PPP**

Otázka č. 12 zjišťovala, zda si dotázaní respondenti myslí, že jedinci trpící PPP musí mít zpravidla podváhu. Z 21 žáků (100 %) SZŠ A zvolilo 20 jedinců (95 %) odpověď „ne“ a pouze 1 respondent označil odpověď „ano“, což činí 5 %. V celkovém souboru 28 dotázaných (100 %) SZŠ B označilo 25 žáků (89 %) odpověď „ne“ a 3 jedinci (11 %) vybrali odpověď „ano“.

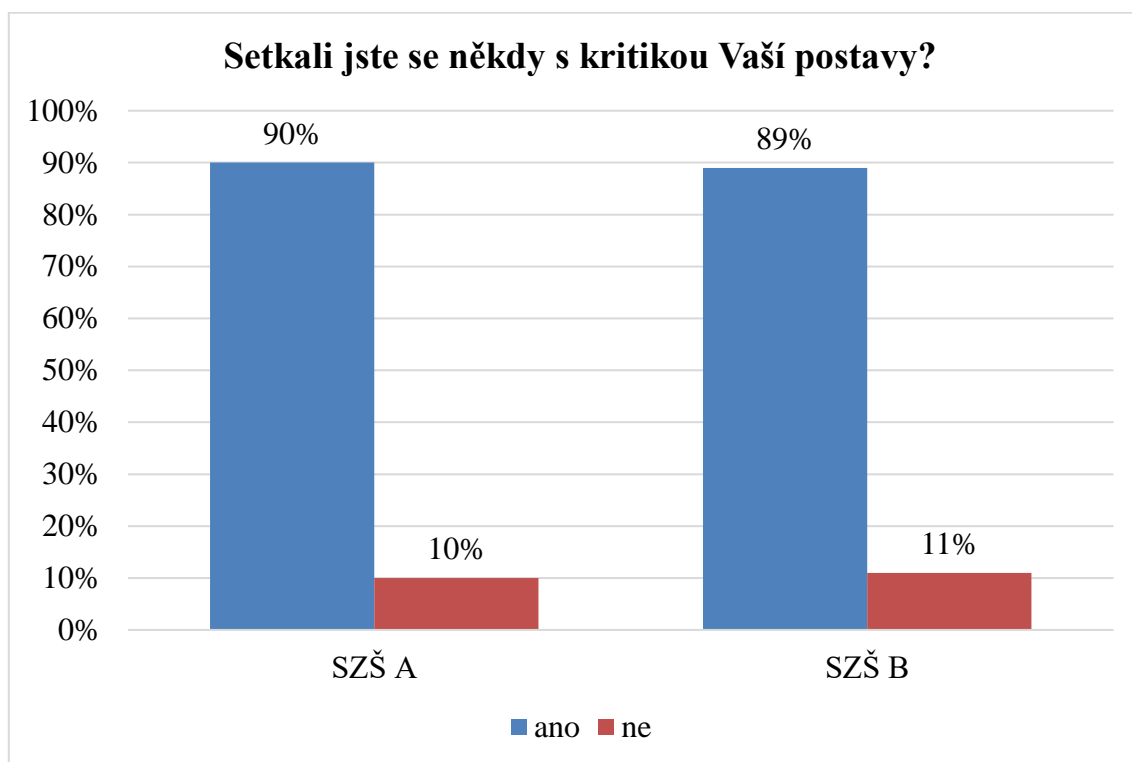
**Otázka č. 13: Máte osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy nebo jste se už někdy setkali s člověkem, který trpí/trpěl poruchami příjmu potravy?**



**Obrázek 13 - Zkušenost respondentů s PPP**

Pomocí otázky č. 13 bylo zkoumáno, jestli mají žáci nějakou osobní zkušenost s PPP nebo se někdy setkali s člověkem, který trpěl nebo stále trpí tímto onemocněním. Z celkového počtu 21 respondentů (100 %) SZŠ A označilo 14 žáků (67 %) odpověď „ano“ a zbylých 7 dotázaných (33 %) vybralo odpověď „ne“. V druhém dotazovaném zařízení SZŠ B zvolilo z 28 jedinců (100 %) 16 respondentů (57 %) odpověď „ano“ a 12 žáků (43 %) označilo odpověď „ne“.

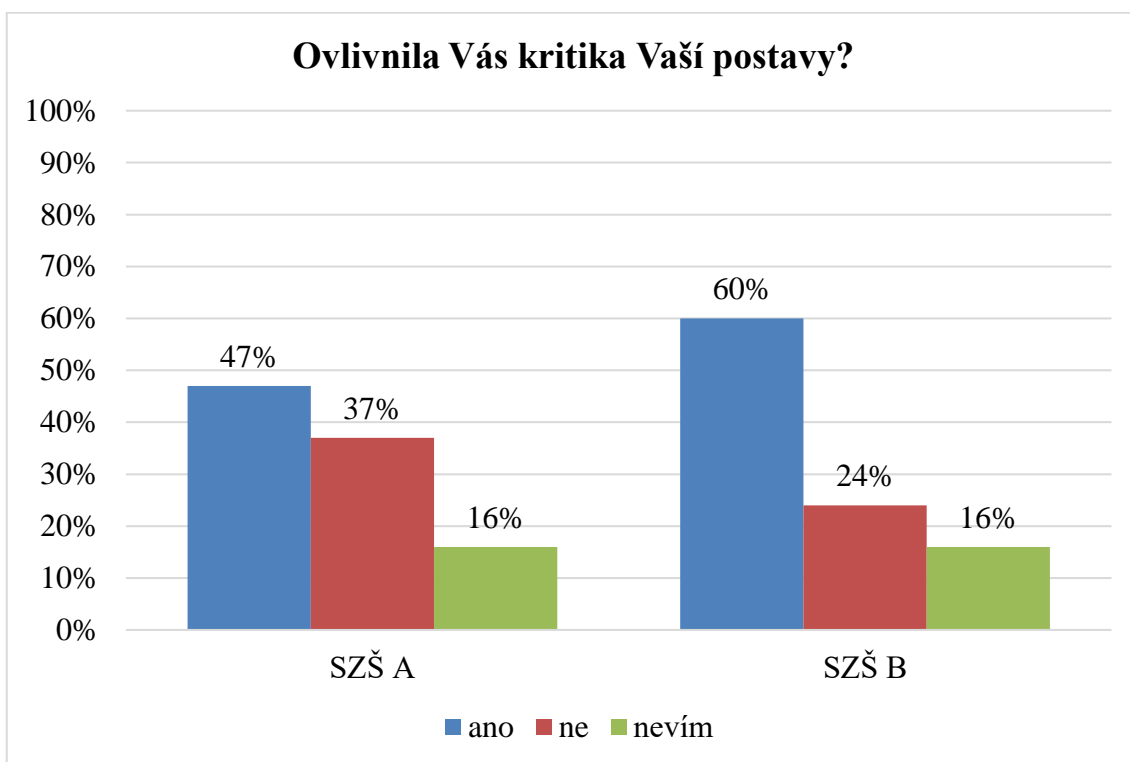
**Otázka č. 14: Setkali jste se někdy s kritikou Vaší postavy?**



**Obrázek 14 - Kritika postavy respondentů**

Cílem otázky č. 14 bylo zjistit, zda se už někdy respondenti setkali s kritikou jejich postavy. Z 21 respondentů (100 %) SZŠ A odpovědělo 19 žáků (90 %) „ano“ a zbylí 2 jedinci (10 %) označili položku „ne“. Z celkového počtu 28 dotázaných (100 %) SZŠ B odpovědělo 25 žáků (89 %) „ano“ a 3 jedinci (11 %) „ne“.

### Otázka č. 15: Ovlivnila Vás kritika Vaší postavy?



**Obrázek 15 - Dopad hodnocení postavy na respondenty**

Cílem otázky č. 15 bylo zjistit, jestli respondenty nějakým způsobem ovlivnila kritika jejich postavy. Celkový průzkumný soubor respondentů pro vyhodnocení této otázky určoval počet žáků, kteří v předchozí otázce č. 14 označili odpověď „ano“, a tedy už se někdy v životě setkali s kritikou jejich postavy. Jedná se tedy o 19 žáků z SZŠ A a 25 žáků z SZŠ B. Z celkového počtu 19 respondentů (100 %) SZŠ A označilo 9 žáků (47 %) odpověď „ano“, 7 (37 %) „ne“ a 3 (16 %) „nevím“. V druhém dotazovaném zařízení SZŠ B vybralo z 25 žáků (100 %) 15 dotázaných (60 %) odpověď „ano“, 6 (24 %) „ne“ a 4 (16 %) „nevím“.

Pokud respondenti v otázce č. 15 označili odpověď „ano“, a tedy je kritika jejich postavy nějakým způsobem ovlivnila, tak v další části otázky měli vypsát, jakým způsobem. V tabulkách 9 a 10 jsou zobrazeny odpovědi žáků SZŠ, absolutní a relativní četnost.

**Tabulka 9 – Jak respondenty SZŠ A ovlivnila kritika jejich postavy**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
začala jsem se více zajímat o svůj vzhled	1	11 %
začala jsem cvičit a držet diety	2	22 %
chtěla jsem zhubnout	1	11 %
cítila jsem se špatně	1	11 %
pochybovala jsem o svém vzhledu	1	11 %
začala jsem sportovat	1	11 %
přestala jsem jíst (max. jsem snědla 1 jablko denně)	1	11 %
přestala jsem jíst mezi lidmi a nosím volné oblečení	1	11 %

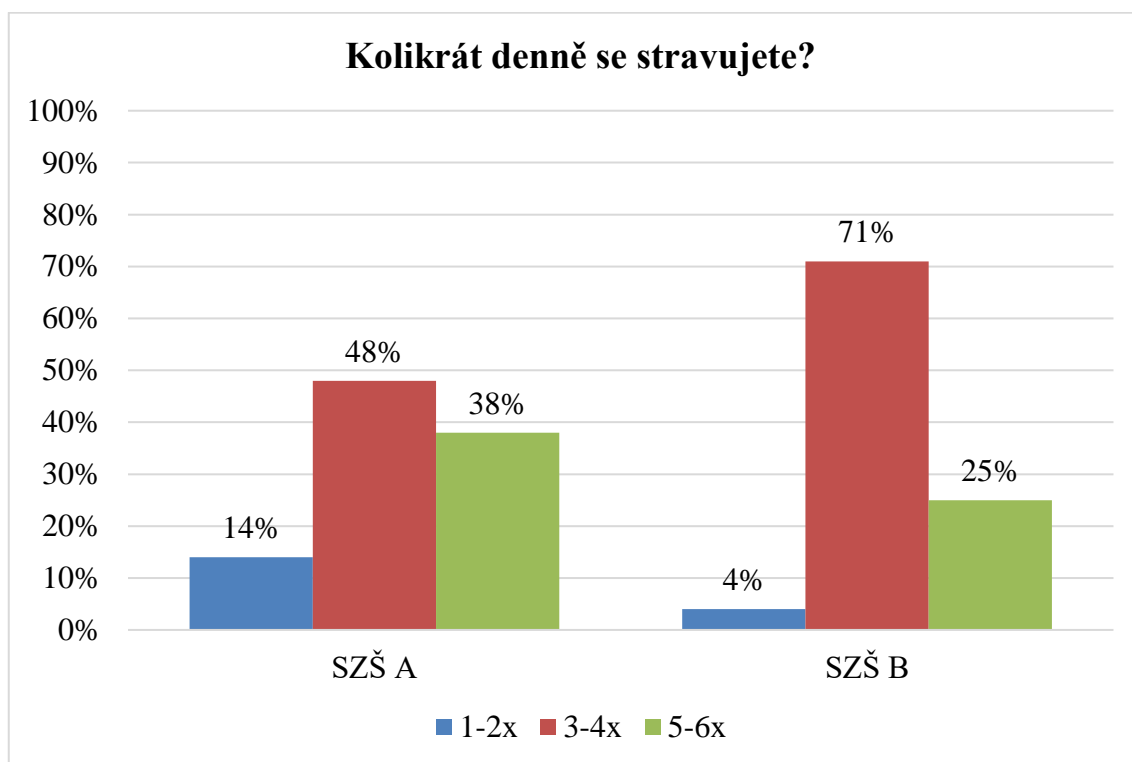
Tabulka 9 zobrazuje, jak žáky SZŠ A ovlivnila kritika jejich postavy. Celkový počet žáků SZŠ A, na které mělo hodnocení jejich postavy vliv je 9 (100 %). Relativní četnost jedné odpovědi je 11, 11 %. V dotazovaném zařízení odpověděla 1 žákyně (11 %) „začala jsem se více zajímat o svůj vzhled“, 2 (22 %) „začala jsem cvičit a držet diety“, 1 (11 %) „chtěla jsem zhubnout“, 1 (11 %) „cítila jsem se špatně“, 1 (11 %) „pochybovala jsem o svém vzhledu“, 1 (11 %) „začala jsem sportovat“, 1 (11 %) „přestala jsem jíst (max. jsem snědla 1 jablko denně)“, 1 (11 %) „přestala jsem jíst mezi lidmi a nosím volné oblečení“.

**Tabulka 10 – Jak respondenty SZŠ B ovlivnila kritika jejich postavy**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
chtěla jsem být hubenější	2	13 %
začala jsem cvičit, přestala jsem jíst	1	7 %
snížilo se mi sebevědomí	5	33 %
začala jsem cvičit	2	13 %
přestala jsem jíst před lidmi a nosila volné oblečení	1	7 %
přestala jsem jíst	2	13 %
porovnávám se s ostatními	1	7 %
nelíbila jsem se sama sobě	1	7 %

Tabulka 10 zobrazuje, jak žáky SZŠ B ovlivnila kritika jejich postavy. Celkový počet respondentů SZŠ B, kteří v otázce č. 15 označili odpověď „ano“ je 15 (100 %). Relativní četnost jedné odpovědi je 6, 66 %. V dotazovaném zařízení SZŠ B odpověděly 2 žákyně (13 %) „*chtěla bych být hubenější*“, 1 (7 %) „*začala jsem cvičit a přestala jsem jíst*“, 5 (33 %) „*snížilo se mi sebevědomí*“, 2 (13 %) „*začala jsem cvičit*“, 1 (7 %) „*přestala jsem jíst před lidmi a nosila volné oblečení*“, 2 (13 %) „*přestala jsem jíst*“, 1 (7 %) „*porovnávám se s ostatními*“, 1 (7 %) „*nelíbila jsem se sama sobě*“.

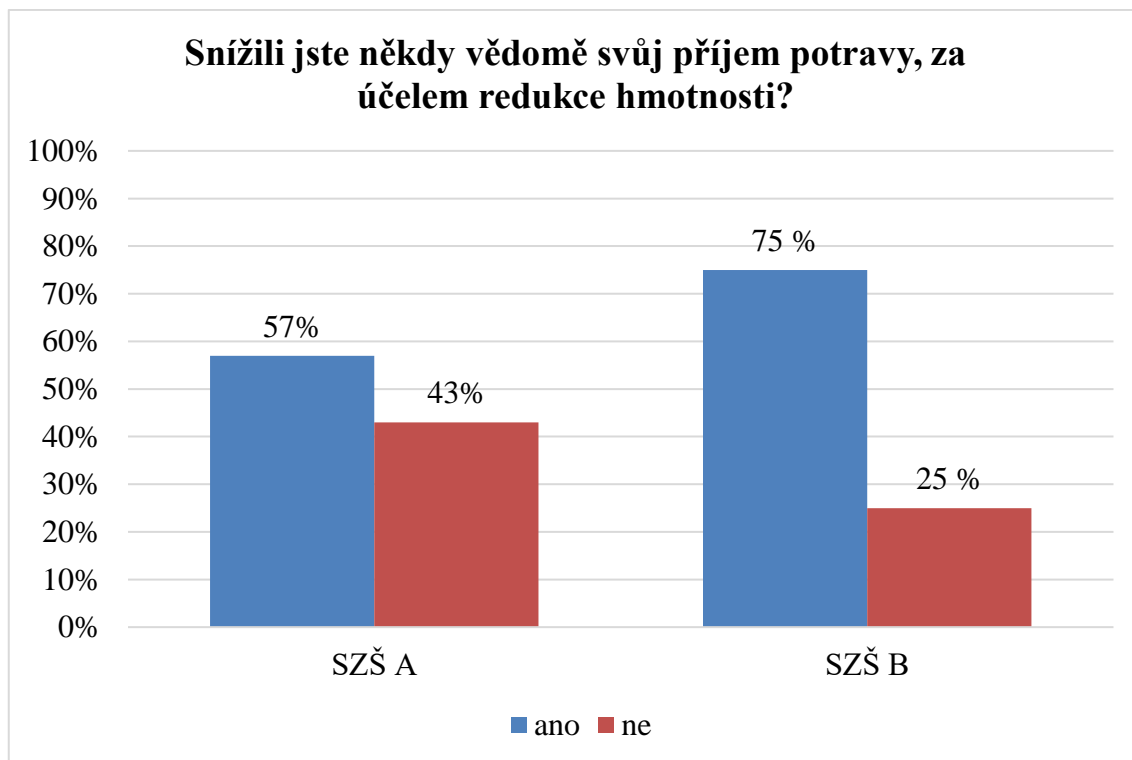
### Otázka č. 16: Kolikrát denně se stravujete?



**Obrázek 16 - Denní stravování respondentů**

Pomocí otázky č. 16 bylo zjistit, kolikrát denně se respondenti stravují. Z 21 žáků (100 %) SZŠ A odpověděli 3 (14 %) „1-2x“, 10 jedinců (48 %) označilo „3-4x“ a zbylých 8 (38 %) vybralo odpověď „5-6x“. Z celkového počtu 28 (100 %) respondentů SZŠ B zvolil jeden žák (4 %) odpověď „1-2x“, 20 jedinců (71 %) vybralo „3-4x“ a 7 žáků (25 %) označilo odpověď „5-6x“.

**Otázka č. 17: Snížili jste někdy vědomě svůj příjem potravy, za účelem redukce hmotnosti?**

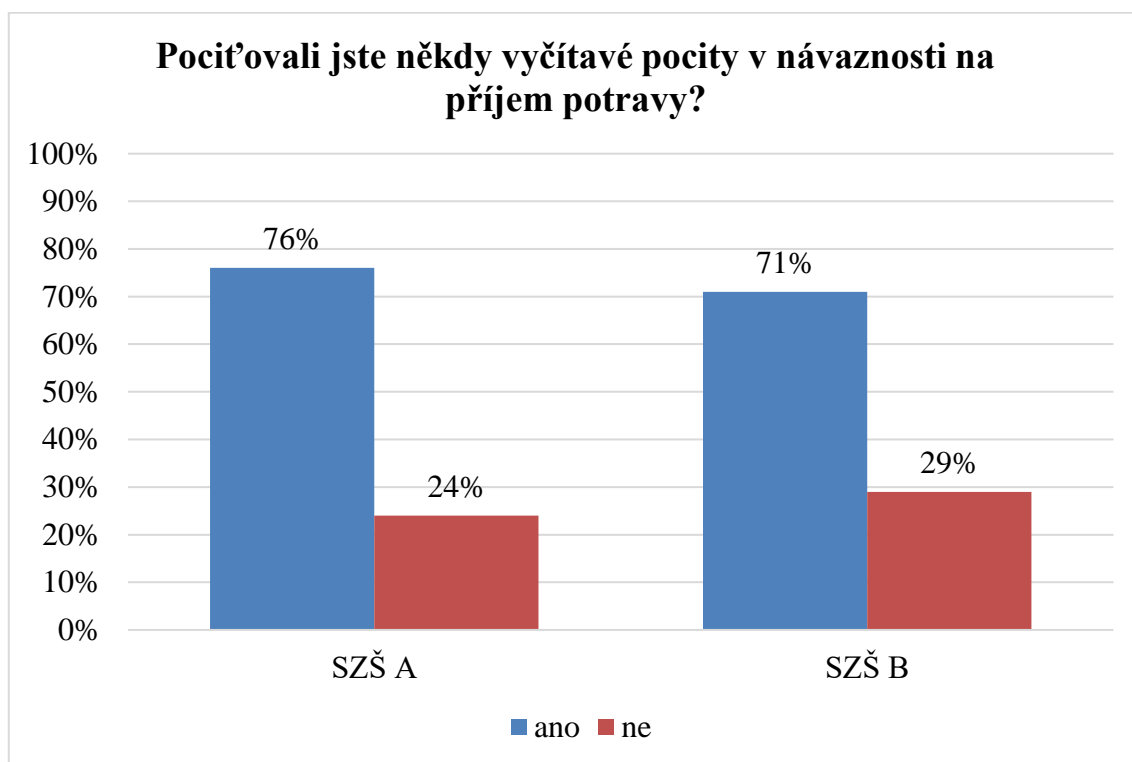


**Obrázek 17 - Snížení příjmu potravy za účelem redukce váhy**

Otázka č. 17 zjišťovala, jestli někdy žáci vědomě snížili svůj příjem potravy za účelem redukce hmotnosti. Bylo zaznamenáno, že z celkového počtu 21 respondentů (100 %) SZŠ A vybralo 12 jedinců (57 %) odpověď „ano“ a zbylých 9 označilo „ne“. V druhém dotazovaném zařízení SZŠ B z 28 žáků (100 %) uvedlo 21 dotázaných (75 %) odpověď „ano“ a 7 jedinců (25 %) označilo „ne“.



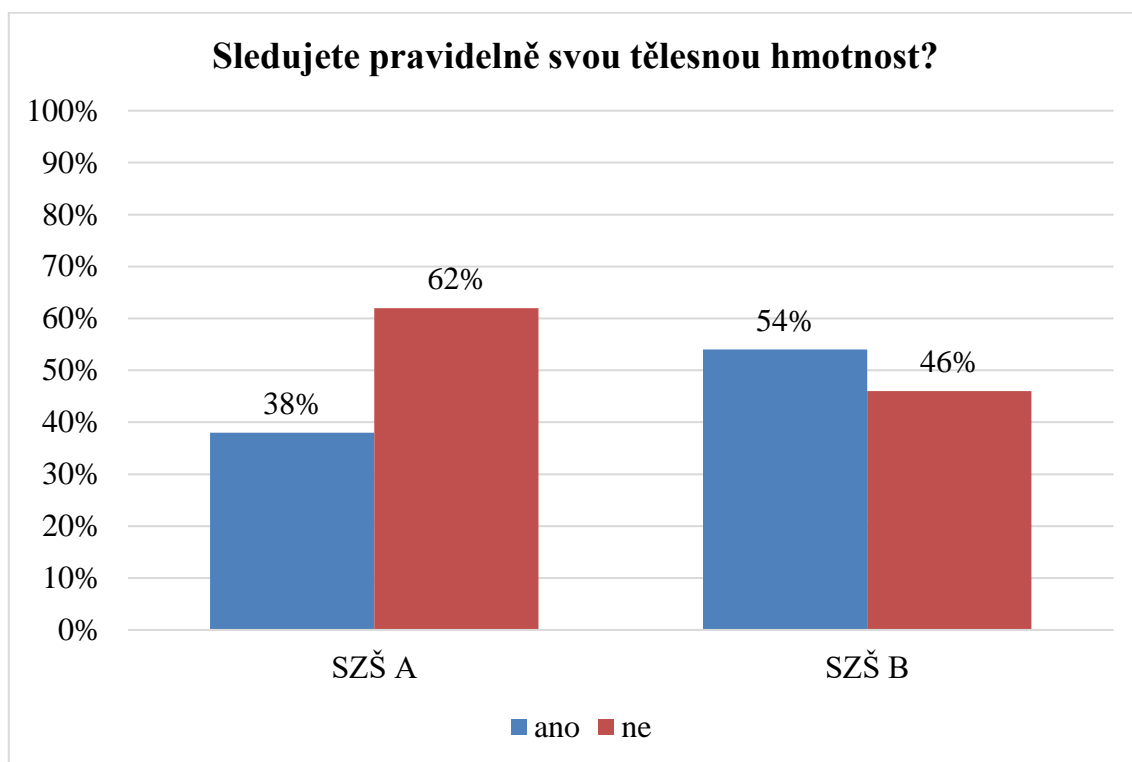
**Otázka č. 18: Pociťovali jste někdy vyčítavé pocity v návaznosti na příjem potravy?**



**Obrázek 18 - Vyčítavé pocity v návaznosti na příjem potravy**

Pomocí otázky č. 18 bylo zjistit, jestli žáci někdy pociťovali vyčítavé pocity v návaznosti na příjem potravy. Z 21 respondentů (100 %) SZŠ A označilo 16 jedinců (76 %) odpověď „ano“ zbylých 5 dotázaných (24 %) „ne“. Z celkového počtu 28 žáků (100 %) SZŠ B vybralo 20 žáků (71 %) odpověď „ano“ a 8 jedinců (29 %) „ne“.

### Otázka č. 19: Sledujete pravidelně svou hmotnost?



**Obrázek 19 - Sledování tělesné hmotnosti**

Otázka č. 19 měla za cíl zjistit, zda respondenti pravidelně sledují svou tělesnou hmotnost. Z 21 žáků (100 %) SZŠ A odpovědělo 8 respondentů (38 %) „ano“ a zbylých 13 (62 %) „ne“. Na SZŠ B z celkového počtu 28 dotázaných (100 %) zvolilo 15 jedinců (54 %) odpověď „ano“ a zbylých 13 (46 %) „ne“.

Pokud respondenti v otázce č. 19 uvedli, že pravidelně sledují svou tělesnou hmotnost, tak v další části otázky měli napsat, jak často svou váhu sledují. V tabulkách 11 a 12 jsou zobrazeny odpovědi žáků SZŠ, absolutní a relativní četnost. Celkovým součtem absolutní četnosti je počet žáků SZŠ, kteří zvolili odpověď ano, tedy pro SZŠ A 8 a pro SZŠ B 15.

**Tabulka 11 – Jak často sledují žáci SZŠ A svou hmotnost**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
každý den	1	13 %
1x za týden	5	62 %
1x za 2 týdny	2	25 %

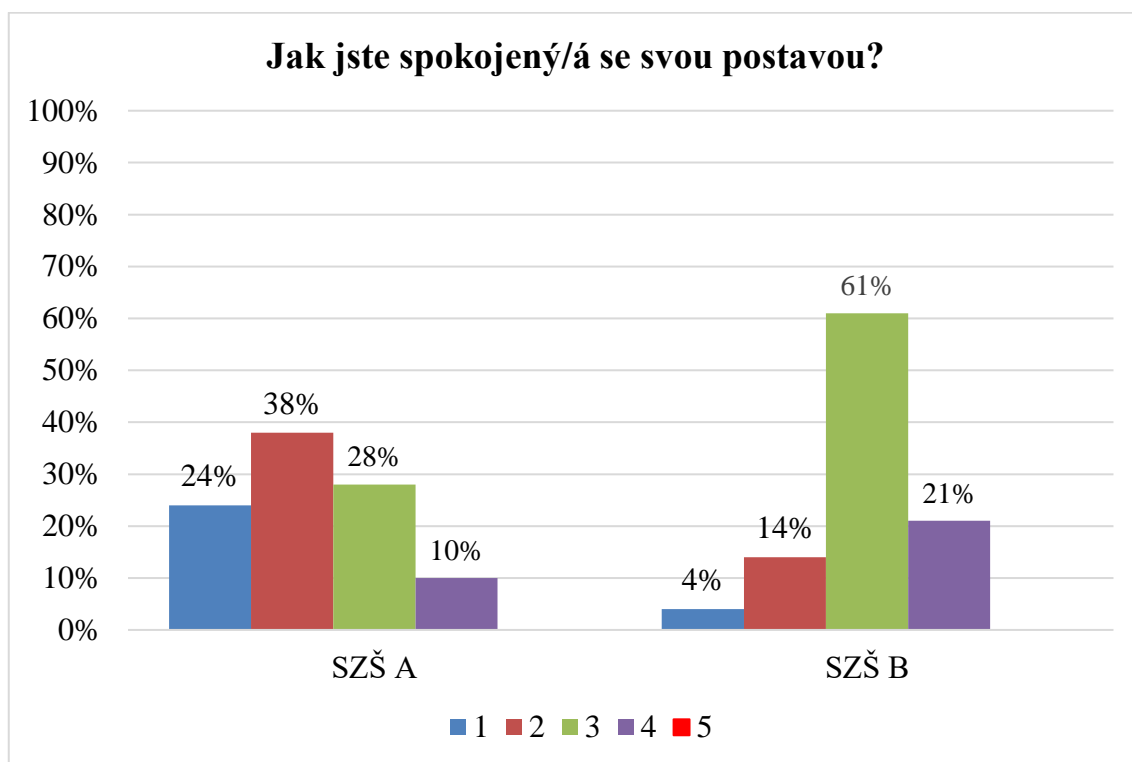
Tabulka 11 zobrazuje, jak často respondenti SZŠ A sledují svou tělesnou hmotnost. Celkový počet žáků SZŠ A, kteří pravidelně sledují svou hmotnost je 8 (100 %). Relativní četnost jedné odpovědi je 12,5 %. V SZŠ A odpověděl 1 žák (13 %) „každý den“, 5 jedinců (62 %) „1x za týden“ a 2 respondenti (25 %) „1x za 2 týdny“.

**Tabulka 12 – Jak často sledují žáci SZŠ B svou hmotnost**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
každý den	1	7 %
1x za 2 dny	2	13 %
1x týdně	5	33 %
1x za 2 týdny	3	20 %
1x měsíc	2	13 %
2-3 x do měsíce	1	7 %
1x za 6 měsíců	1	7 %

Tabulka 12 zobrazuje, jak často respondenti z SZŠ B sledují svou tělesnou hmotnost. Celkový počet respondentů SZŠ B, kteří pravidelně sledují svou tělesnou váhu je 15 (100 %). Relativní četnost jedné odpovědi je 6,66 %. Jeden jedinec (7 %) odpověděl „každý den“, 2 žáci (13 %) „1x za 2 dny“, 5 (33 %) „1x týdně“, 3 (20 %) „1x za 2 týdny“, 1 (7 %) „2-3 do měsíce“, 1 (7 %) „1x za 6 měsíců“.

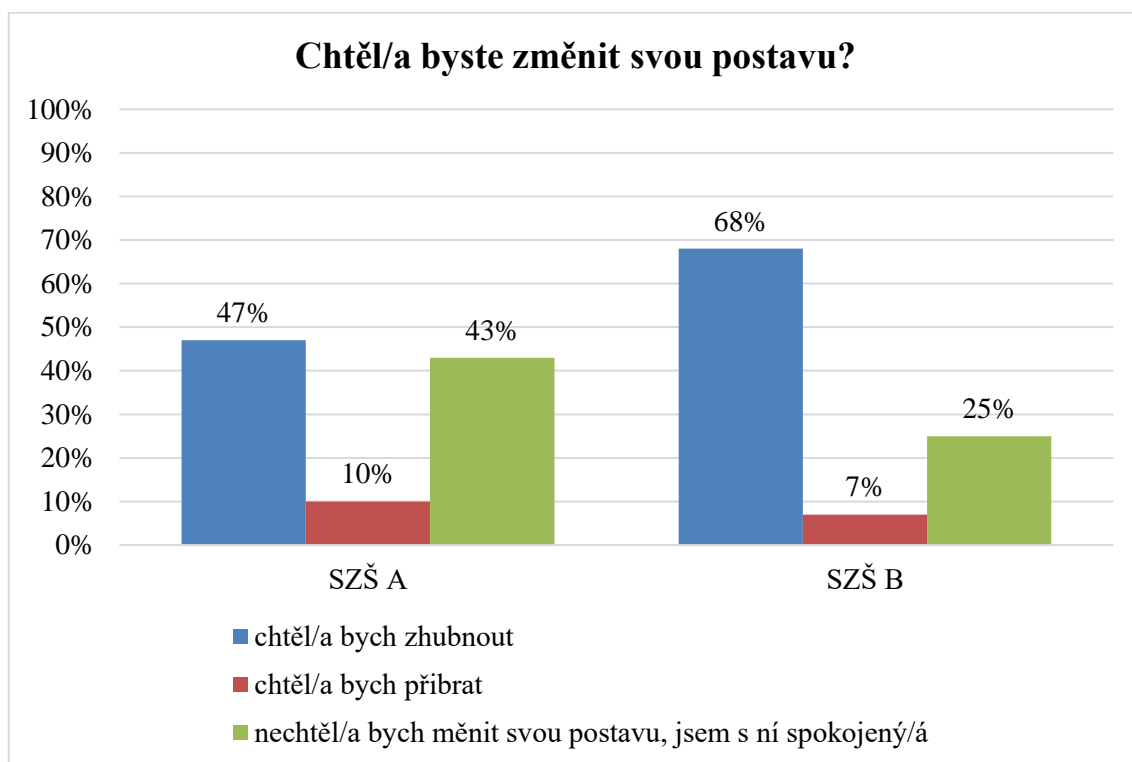
### Otázka č. 20: Jak jste spokojený/á se svou postavou?



Obrázek 20 - Číselné hodnocení své postavy

Cílem otázky č. 20 bylo zjistit, jak jsou žáci spokojeni se svou postavou pomocí numerické posuzovací škály od 1-5, kdy jednička bylo nejlepší hodnocení, tedy nejvíce spokojený/á se svými tělesnými proporcemi a pětka nejhorší hodnocení, tedy absolutní nespokojenost. V dotazovaném zařízení SZŠ A označilo 5 jedinců (24 %) odpověď „1“, 8 (38 %) vybralo „2“, 6 (28 %) zvolilo „3“, 2 (10 %) zakroužkovali „4“ a bodové skóre „5“ ne zvolil žádný respondent SZŠ A. V SZŠ B zvolil 1 jedinec (4 %) odpověď „1“, 4 (14 %) vybrali „2“, 17 (61 %) označili „3“, 6 (21 %) zakroužkovali „4“ a odpověď „5“ ne zvolil žádný respondent SZŠ B.

### Otázka č. 21: Chtěl/a byste změnit svou postavu?



Obrázek 21 - Spokojenost se svou postavou

Otázka č. 21 byla zaměřená na spokojenost respondentů se svou postavou a zda by ji chtěli změnit. Z celkového počtu žáků SZŠ A označilo 10 jedinců (47 %) odpověď „*chtěl/a bych zhubnout*“, 2 žáci (10 %) označili „*chtěl/a bych přibrat*“ a zbylých 9 žáků (43 %) zvolili odpověď „*nechtěl/a bych měnit svou postavu, jsem s ní spokojený/á*“. V SZŠ B vybralo 19 respondentů (68 %) „*chtěl/a bych zhubnout*“, 2 (7 %) zvolilo „*chtěl/a bych přibrat*“ a 7 žáků (25 %) označilo odpověď „*nechtěl/a bych měnit svou postavu, jsem s ní spokojený/á*“.

## 9 DISKUZE

Tato část bakalářské práce se zabývá shrnutím získaných výsledků z dotazníkového šetření a porovnáním s výsledky jiných průzkumů a odbornou literaturou. Budou zde zhodnoceny průzkumné otázky, které byly vytvořeny na základě studia odborné literatury a stanovených cílů. Průzkumné otázky se zabývaly informovaností o problematice PPP, stravovacími návyky, zkušenostmi s kritikou postavy a jak žáci SZŠ vnímají své tělo. Zhodnocení získaných výsledků bylo provedeno za účasti 49 respondentů, což znamená, že výsledky průzkumného šetření na větším nebo jiném průzkumném souboru se mohou lišit.

Na základě identifikačních otázek lze určit, že více než 90 % respondentů z obou dotázaných škol jsou ženského pohlaví. Druhá filtrační položka umožnila stanovit, že dvě věkové kategorie 18 a 19 let jsou přibližně v obou školních zařízeních v padesáti procentuálním poměru.

**K průzkumné otázce č.1: Jak jsou žáci středních zdravotnických škol informováni o poruchách příjmu potravy?** se vztahuje celkem 13 položek z dotazníku (otázky. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

První otázka zjišťovala, jestli někdy žáci SZŠ slyšeli o PPP. Pomocí analýzy získaných dat bylo zjištěno, že všichni respondenti z obou školních zařízení se někdy v životě už střetli s pojmem PPP. Podobného výsledku dosáhla i Roupcová (2020) ve své bakalářské práci na téma Středoškoláci a poruchy příjmu potravy. Při dotazování na konkrétní onemocnění, která patří do PPP zjistila, že 92 % žáků zvolilo MA a MB. Výsledek mě výrazně nepřekvapil, protože Krch (2013) uvádí, že tyto dvě poruchy jsou jedny z hlavních a v populaci nejrozšířenějších. Podobných dat dosáhla i Kročilová (2015) ve své bakalářské práci, která nesla název Informovanost žáků středních škol Jihomoravského kraje o poruchách příjmu potravy. V jejím průzkumném šetření zjistila, že z 96 % dotázaných, byla největší četnost odpovědí také MA a MB. Dále se v mém dotazníkovém šetření na otázku uvedení konkrétních PPP objevily z 10-25 % odpovědi přejídání a obezita, které podle Papežové (2018) spolu vzájemně souvisí.

Na základě výsledků získaných pomocí analýzy dat bylo zjištěno, že pro žáky SZŠ A je nejvíce používaným zdrojem informací o problematice PPP internet. Tuto odpověď zvolilo až 95 % žáků. Druhou nejpočetnější skupinou, kterou označilo 90 % dotázaných bylo ve škole. V druhém školním zařízení se dosáhlo podobných výsledků, kdy první místo obsadil internet, a to ze 100 % a druhou nejčastěji volenou odpovědí pro zdroj informací o PPP byla z 96 % škola. Podobných výsledků dosáhla i Sluková (2020) ve své bakalářské práci, která se zabývala informovaností adolescentů o poruchách příjmu potravy. Ve svém dotazníkovém šetření

zjistila, že nejčastějším zdrojem informací o PPP je internet. Avšak u této otázky mohli respondenti Slukové označit pouze jednu odpověď. Vrbová (2012) zjistila ve své bakalářské práci, na téma Poruchy příjmu potravy u školní mládeže ve Zlínském kraji, že v jejím souboru nejvíce respondentů získalo informace o PPP ve školním prostředí. U této otázky mohli žáci Vrbové stejně jako v mém průzkumu označit více odpovědí. Nejméně voleným zdrojem informací v obou kvalifikačních pracích byla rodina. Rovněž tomu bylo i v mém průzkumném šetření, kdy rodina v obou školních zařízeních zaujímá poslední místo zdroje, kde respondenti získávají informace o PPP. Z těchto výsledků jsem byla opravdu velmi překvapená, jelikož dle Procházkové a Ševčíkové (2017) a Papežové (2018) představuje rodina primární prevenci pro rozvoj PPP.

Dále byla zjišťována informovanost žáků o charakteristice MA a MB. V obou školních zařízeních odpověděli všichni respondenti (100 %), že MA je: vědomé omezování příjmu potravy a následně snižování vlastní tělesné hmotnosti. Stejně tomu bylo u charakteristiky MB, kde také všichni žáci (100 %) uvedli správnou odpověď a to, že MB je: záchvatovité přejídání, které je doprovázeno kompenzačním chováním, které má bránit v přibírání na tělesné hmotnosti. O trochu nižších výsledků dosáhla ve své bakalářské práci Sluková (2020). V jejím průzkumném šetření uvedlo 70 % respondentů správnou charakteristiku MA a 75 % žáků správnou charakteristiku MB. Důvodem by mohl být početnější průzkumný soubor 103 žáků a zastoupení 1., 2., 3., a 4. ročníku SZŠ. Rozdílnost může také pramenit z učiva, které je často probíráno ve vyšších ročnících, a to je Výchova ke zdraví a předměty ošetřovatelství, ve kterých je daná problematika obsažena.

Ze získaných dat vyplynulo že skoro 90 % žáků z obou SZŠ si myslí, že PPP se dají vyléčit. Skoro stejného výsledku dosáhla i Kalábová (2015) ve své bakalářské práci s názvem Poruchy příjmu potravy a žáci středních škol. Z jejího průzkumného šetření uvedlo 91 % respondentů stejnou odpověď. Podle Krcha (2013) je léčba možná, ale jedná se o dlouhodobý proces, který trvá několik let (udává se zhruba 5 let). Další položka zjišťovala, kdo při rozvoji PPP poskytuje léčbu. Průzkumný soubor mohl vybrat pouze jednu možnou odpověď. Správnou odpověď multidisciplinární tým lékařů a odborníků označilo ze SZŠ A 48 % respondentů a ze SZŠ B 61 % žáků.

V průzkumném šetření bylo zjišťováno, které pohlaví trpí více PPP. Skoro celý průzkumný soubor odpověděl správně ženské pohlaví. Pouze 5 % žáků ze SZŠ A odpovědělo obě pohlaví stejně. Podle Hosáka (2015) se PPP v 90-95 % vyskytují u dívek v období dospívání a mladých

žen. Zbylých 5-10 % představují chlapci a muži. Další otázka byla také zaměřena na informovanost respondentů o rizikovém neovlivnitelném faktoru. Položka zjišťovala informovanost žáků o nejvíce ohrožené věkové skupině pro rozvoj PPP v populaci. U této otázky mohli dotázaní označit více možností. V celém průzkumném souboru obou SZŠ všichni žáci (100 %) označili za nejrizikovější skupinu adolescenty od 15–19 let. Druhou početnou skupinou, kterou respondenti vybrali byly děti do čtrnácti let.

Většina dotázaných respondentů si myslí, že existují rizikové faktory k rozvoji PPP. Ze SZŠ A se jedná o 86 % žáků a ze SZŠ B o 93 % jedinců. Žáci mohli v další části otázky vypsat konkrétní rizika. Největší četnost v obou školních zařízeních představovala odpověď šikana, kterou uvedla jedna třetina průzkumného souboru v každé SZŠ. Dalšími početnými rizikovými faktory, které respondenti uváděli byly, rodinné prostředí, internet a sociální síť. Podle Procházkové (2017) je internet rizikem, jelikož se pomocí něj mohou jedinci dostat k jednomu z nejrizikovějších faktorů, které představují určité riziko pro rozvoj PPP, a to jsou pro-anorektické a pro-bulimické weby.

Na položku, která zkoumala informovanost žáků SZŠ o tom, zda PPP mohou způsobit vážné zdravotní následky, odpověděl celý průzkumný soubor jednotně. Všichni respondenti z obou školních zařízení si myslí, že PPP mohou způsobit vážné zdravotní následky. Podobnému výsledku dospěla i Lialina (2020) ve své bakalářské práci, která sledovala PPP se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii. Analyzovala v dotazníkovém šetření, jestli studenti vědí o tom, že MA a MB mohou způsobit trvalou pracovní neschopnost, invaliditu a smrt. Chtěla zjistit, jestli mají respondenti znalosti o těžkých a fatálních dopadech těchto onemocnění. Výsledky jejího šetření byly příznivé, 85 % jedinců je informováno o zdravotních následcích PPP. Rovněž v porovnání s bakalářskou prací Vrbové (2012) s názvem Poruchy příjmu potravy u školní mládeže ve Zlínském kraji si 100 % dívek a 94 % chlapců z jejího průzkumného souboru uvědomuje nebezpečí tohoto onemocnění.

Podle Middleton (2013) je jedním z velkých mýtů, že jedinci trpící PPP musejí být vyhublí. Tvrdí, že mnoho lidí i samotní nemocní si myslí, že to je nejdůležitějším faktorem pro stanovení diagnózy. Z tohoto důvodu mě příjemně překvapilo, že 95 % žáků SZŠ A a téměř 90 % respondentů SZŠ B označilo správnou odpověď.

Více než polovina respondentů z obou školních zařízení mají osobní zkušenost s PPP nebo se někdy už v životě setkali s někým kdo trpí/trpěl tímto onemocněním. Podobného výsledku dosáhla i Sluková (2020). Více než polovina jejího průzkumného souboru se v životě už střetla



s takto nemocnou osobou. Dále byly výsledky porovnány s bakalářskou prací Vrbové (2012). Pomocí dotazníkových otázek zjišťovala kontakt respondentů s osobou, která trpěla PPP a zároveň, jestli sami dotazovaní trpěli tímto onemocněním. Vrbová zjistila, že 39 % žáků se někdy v životě setkala s někým, komu byla diagnostikována PPP a 1 dívka sama osobně trpěla MB. Rozdílnost výsledků mezi pracemi mohla být způsobena samotným průzkumným souborem, jelikož respondenti Slukové jsou žáci SZŠ, stejně jako v mé bakalářské práci, takže při své praxi v nemocnici mají větší šanci se střetnout s takto nemocnou osobou. Oproti tomu respondenti Vrbové jsou žáci obchodní akademie a střední průmyslové školy, takže se dá předpokládat, že rozdílnost výsledků bude na základě tohoto faktu.

**K průzkumné otázce č. 2: Setkali se někdy žáci středních zdravotnických škol s kritikou jejich postavy?** se vztahují 2 položky z dotazníku (otázky 14 a 15).

Cílem následujících dvou položek bylo zjistit, jestli se někdy žáci SZŠ setkali s kritikou jejich postavy a pokud ano, tak jak je v jejich životě ovlivnila. Z analýzy průzkumného šetření bylo zjištěno, že téměř 90 % respondentů z obou školních zařízení mají zkušenost s hodnocením jejich figury. Kritika ovlivnila necelých 50 % žáků ze SZŠ A a 60 % respondentů ze SZŠ B. Nejčastěji žáci dospěli k rozhodnutí, že začali cvičit nebo drželi různé diety. Také si přáli být hubenější a 33 % respondentům ze SZŠ B se snížilo sebevědomí. Podobných výsledků dosáhla i Sluková (2020). V dotazníkovém šetření zjistila, že 80 % dotázaných se setkala s kritikou jejich postavy a 71 % z nich jí bylo ovlivněno a chtěli zhubnout.

**K průzkumné otázce č. 3: Jaké jsou stravovací návyky žáků středních zdravotnických škol?** se vztahují celkem 3 položky z dotazníku (otázky 16, 17, 18).

Z průzkumného šetření bylo zjištěno, že z celkového souboru se nejvíce žáci stravují 3-4x denně. V SZŠ A se jedná o 48 % respondentů a z SZŠ B o 71 % dotázaných. Naopak nejméně zastoupenou skupinou byla kategorie stravování 1–2x denně, kterou označilo 14 % žáků SZŠ A a 4 % dotázaných z SZŠ B. Rovněž stejných výsledků dosáhla i Sluková (2020). Na položku, kde zjišťovala kolikrát se žáci za den stravují, odpovědělo 58 % žáků 3-4x denně. Stejně výsledky získala i u kategorie stravování 1-2x denně, kterou označilo 15 % žáků. Tato skupina v jejím průzkumném šetření představovala nejmenší zastoupení respondentů. Dále byla tato otázka porovnávána s výsledky bakalářské práce Lialiny (2020). Ve své dotazníkové otázce zvolila odlišnou nabídku kategorií stravování, a tedy 1-2x, 3-5x a 5x a více. Analýzou získaných dat zjistila, že téměř polovina žáků se stravuje 3-5x denně. Druhou nepočetnější skupinou v jejím průzkumu byla odpověď 1-2x denně, a to až z 33 %.

Více než polovina respondentů z obou školních zařízení vědomě snížila svůj příjem potravy za účelem redukce hmotnosti. Dotazníková otázka byla porovnáвана s bakalářskou prací Pilařové (2019), která se zabývala informovaností žáků základních škol o poruchách příjmu potravy. Ve své dotazníkové otázce zkoumala, jestli respondenti někdy drželi dietu kvůli zhubnutí z jiného než zdravotního důvodu. Pomocí analýzy získaných dat zjistila, že skoro polovina dívek 46 % a 21 % chlapců se někdy pokoušeli držet dietu. Průzkumného šetření Pilařové se zúčastnili žáci ve věku od 13 do 16 let. Rozdílnost v získaných výsledcích mohla být způsobena věkovou hranicí respondentů a je tedy možné, že s rostoucím věkem se zvyšuje i dietní chování u jedinců a tendence k hubnutí. Rovněž podobných výsledků dosáhla i Sluková (2020) ve svém průzkumném šetření, kdy zjistila, že 52 % respondentů zkouší opakovaně držet diety.

Ze získaných dat bylo zjištěno, že více než 70 % respondentů z obou školních zařízení pociťovali ve svém životě vyčítavé pocity v návaznosti na příjem potravy. Podle Middleton (2013) existují dvě skupiny lidí v cestě k PPP. Jedna z nich je úspěšná v kontrole toho, co jí a druhá skupina selže i přes veškerou snahu udržet striktní stravovací omezení. Neschopnost nesníst potraviny, které si předtím zakázali vyvolává v jedincích po jejich zkonsumování frustrující pocity, lítost, sebenenávist, a především chtějí vrátit čas o odčinit to.

**K průzkumné otázce č. 4: Jak žáci středních zdravotnických škol vnímají vlastní tělo?** se vztahují celkem 3 položky z dotazníku (otázky 19, 20, 21).

Rozdílných výsledků bylo dosaženo v otázce, která zjišťovala, jestli žáci SZŠ pravidelně sledují svou tělesnou hmotnost. Ze SZŠ A se jednalo o 38 % a ze SZŠ o 54 %, tedy víc než polovina dotázaných. Zpracováním získaných dat bylo zjištěno, že z obou zařízení žáci kontrolují 1x týdně svou váhu. Podobných výsledků dosáhla i Sluková (2020) ve své bakalářské práci. Z jejího průzkumného šetření vyplynulo, že 56 % respondentů sleduje pravidelně svou tělesnou hmotnost a rovněž nejčastěji opakovanou odpovědí bylo 1x do týdne.

V průzkumném šetření bylo zjištěno, že téměř polovina žáků ze SZŠ A a 68 % respondentů ze SZŠ B by chtělo zhubnout. Výsledky byly porovnány s bakalářskou prací Slukové (2020). Zjistila, že 71 % respondentů z jejího průzkumného šetření by si přálo zhubnout.

## 10 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá informovaností žáků SZŠ o PPP. Teoretická část obecně popisovala PPP, avšak konkrétněji se zaměřila na charakteristiku, klinický obraz, diagnostiku a zdravotní rizika MA a MB. Dále se zabývala etiopatogenezí, léčbou, prevencí a následky, které jsou spojené s PPP. V neposlední řadě byly zmíněny i další typy PPP. Hlavním cílem teoretické části bylo na základě odborné literatury a dalších uvedených zdrojů popsat problematiku PPP s bližší orientací na MA a MB.

V praktické části byla pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby zjišťována informovanost žáků středních zdravotnických škol o PPP. Konkrétní průzkumný soubor představovali žáci 4. ročníku, oboru praktická sestra ve dvou SZŠ Pardubického kraje. Dalšími cíli bylo zjistit, jaké mají respondenti stravovací návyky, jestli se někdy setkali s kritikou jejich postavy, zároveň jak vnímají své tělo a v neposlední řadě, jak se liší informovanost žáků SZŠ o PPP v odlišných městech jednoho kraje.

Pomocí průzkumného šetření bylo zjištěno, že všichni respondenti obou školních zařízení uvedli konkrétní PPP, správně přiřadili definici k MA a MB a také jsou si vědomi jejich vážných zdravotních následků. Nejčastějšími zdroji informací, kde se žáci obou SZŠ dozvěděli o PPP jsou internet a škola. Předpokládám, že takového výsledku bylo dosaženo, protože vzdělávací systém pro obor praktická sestra zahrnuje tuto problematiku v předmětech Výchova ke zdraví, Základ pro poskytování ošetrovatelské péče a Ošetrovatelství. Respondenti jsou v této oblasti nejméně informováni z rodinného prostředí. Rodiče představují důležitou roli v předcházení vzniku PPP, jelikož u dětí a dospívajících vytváří základní stravovací návyky. Většina dotázaných z obou školních zařízení si je vědoma ženské predispozice pro vznik PPP a možného vyléčení. Dále si uvědomují existenci rizikových faktorů, kde nejčastěji uváděli rodinné prostředí, internet a sociální sítě. Velice překvapená jsem byla z vysoké četnosti správných odpovědí, kde většina žáků z obou SZŠ uvedla, že podváha nemusí být zpravidla kritériem pro diagnostiku PPP. Toto zjištění je pro mě velmi překvapivé, jelikož spousta fotografií na internetu zobrazují vždy vyhublé jedince, takže lze předpokládat, že veřejností to může být vnímáno jako určující faktor. Na základě získaných výsledků lze usoudit, že žáci 4. ročníků, oboru praktická sestra vybraných SZŠ Pardubického kraje jsou dobře orientováni v problematice PPP a zároveň je možno tvrdit, že informovanost respondentů SZŠ v odlišných městech Pardubického se výrazně neodlišuje, jelikož v otázkách, které zjišťovaly informovanost o PPP se žáci SZŠ ve správných odpovědích neodlišovali ve více než 10 %. Žáci SZŠ A jsou lépe informováni o léčbě a respondenti SZŠ B jsou lépe informováni

o existenci rizikových faktorů a o tom, které pohlaví více trpí PPP. Získané výsledky považují za velice pozitivní zjištění, jelikož jako absolventi, zaujímají významnou roli při rozpoznání a léčbě PPP.

Dále bylo z průzkumného šetření zjištěno, že skoro celý průzkumný soubor se někdy v životě setkal s kritikou jejich postavy a necelou polovinu z jedné SZŠ a více než polovinu z druhého školního zařízení to ovlivnilo. Žáci nejčastěji dospěli k rozhodnutí, že musí začít cvičit nebo držet různé diety. Většina žáků obou SZŠ by chtělo zhubnout. V období dospívání je velmi důležitá pestrá a vyvážená strava. Převážná část respondentů se stravuje 3-4 x denně. Více než polovina dotázaných v obou školních zařízeních někdy v životě pocítovali vyčítavé pocity, které souvisely s konzumací potravy a také vědomě snížili svůj příjem jídla za účelem redukce hmotnosti.

Lze tvrdit, že průzkumné otázky byly zodpovězeny a stanovených cílů dosaženo. Důležité je podotknout, že výsledky získané prostřednictvím mého průzkumného šetření se vztahují pouze na vybraný soubor respondentů. Nelze tedy učinit stejný závěr na všechny SZŠ v Pardubickém kraji, věkovou skupinu dospívajících nebo obecně z průzkumu vyvodit nějaké obecné stanovisko.

### **Doporučení pro praxi**

Závěrem bych chtěla zmínit mé doporučení pro praxi. Na základě průzkumného šetření bylo zjištěno, že žáci vybraných SZŠ nejsou dostatečně informováni o problematice PPP z rodinného prostředí. Z tohoto důvodu bych doporučovala prostřednictvím školy nebo praktického lékaře více informovat rodiče o tomto onemocnění, důležitosti dbát u dítěte na správné stravování a zajímat se o jeho city a prožívání. Dále jim poradit, že v případě podezření na rozvinutí PPP se, co možná nejrychleji obrátit na odborníky.

## 11 POUŽITÁ LITERATURA

Anonymní pomoc – projekt E-clinic. *Idealni.cz* [online]. 2017 [cit. 2021-12-04]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/pomoc/anonymni-pomoc-projekt-e-clinic>

BARTÁKOVÁ, M., 2012. Poruchy příjmu potravy ...a co s tím? In: *Zdravotně výchovný leták*. Brno: Občanské sdružení Anabell.

CLAUDINO, Angélica M. et al. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Medicine* [online]. BioMed Central, 2019, 93 [cit. 2021-11.25.]. ISSN 1741-7015. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1327-4>.

COWDEN, Susan. Diagnostic Criteria for Anorexia Nervosa. *Verywellmind* [online]. 2020 [cit. 2021-11.22.]. Dostupné z: [Diagnostic Criteria for Anorexia Nervosa \(verywellmind.com\)](https://www.verywellmind.com/diagnostic-criteria-for-anorexia-nervosa/).

EMMEROVÁ, Ingrid. Poruchy příjmu potravy u dětí a mládeže a možnosti preventivního pôsobenia. *Pediatric pro praxi*. [online]. Solen, s.r.o., 2019, 20(1) [cit. 2021-11-06]. Dostupné z: <https://solen.cz/pdfs/ped/2019/01/05.pdf>

FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Vydání první. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN978-80-246-2160-9.

FIRMAN, Guillermo. Diagnostic criteria for bulimia nervosa (Dsm-5). *medicalcriteria.com* [online]. 2020 [cit. 2021-11-09]. Dostupné z: <https://medicalcriteria.com/web/bulimia/>.

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

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.

KALÁBOVÁ, Pavlína. *Poruchy příjmu potravy a žáci středních škol* [online]. Brno, 2015 [cit. 2022-04-01]. bakalářská práce. Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání. Vedoucí práce Mgr. Ivona Martínková. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8qd1js/>.

KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5014-9.

KLISZOVÁ, Viera. Poruchy příjmu potravy 3 – příčiny vzniku. In: *psychologicke-poradenstvi.com* [online]. Praha: Viera Kliszová – psychologické poradenství a psychoterapie, 23. června 2015 [cit. 2021-11-08]. Dostupné z: <http://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priciny-vzniku/>

KOHOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatric pro praxi*. [online]. Solen, s.r.o., 2014, 15(4) [cit. 2021-11-06]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: [ped\\_04\\_14.indd \(pediatriepropraxi.cz\)](ped_04_14.indd (pediatriepropraxi.cz)).

KOLLER, M., 2014. Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie. [online]. [cit. 2021-12-21]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/poruchy-prijmu-potravy-mentalnianorexie-476799/check>

KRCH, František a Jana ŠVÉDOVÁ, 2013. Příručka pro zdravotníky, aneb, Různé tváře poruch příjmu potravy. [online]. Brno: Občanské sdružení Anabell [cit. 2021-12-23]. ISBN: 978-80-905436-5-22. Dostupné z: [http://knihovna.anabell.cz/components/com\\_jshopping/files/demo\\_products/priruckapro-zdravotniky.p](http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/priruckapro-zdravotniky.p).

KRCH, František. Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících. In: *YouTube* [online]. 1.11. 2013 [cit. 2022-01-08]. Kanál uživatele Šance Dětem. Dostupné z: [\(173\) Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících - YouTube](#)

KRCH, František. Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, s.r.o., 2016; 17(4) [cit. 2022-01-11]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: [09.pdf \(pediatriepropraxi.cz\)](09.pdf (pediatriepropraxi.cz))

KROČILOVÁ, Michaela. *Informovanost žáků středních škol Jihomoravského kraje o poruchách příjmu potravy* [online]. Brno, 2015 [cit. 2022-04-01]. bakalářská práce. Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání. Vedoucí práce Mgr. Ivona Martínková. Dostupné z: <https://theses.cz/id/zuxwtg/>.

KVIATKOVSKÁ, Katarína, Jakub ALBRECHT a Hana PAPEŽOVÁ. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2016, 112(6) [cit. 2021-10-10]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [Česká a slovenská psychiatrie \(cspsychiatr.cz\)](Česká a slovenská psychiatrie (cspsychiatr.cz))

LEBL, Jan. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5.

LIALINA, Tatiana. *Poruchy příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii* [online]. Praha, 2020 [cit. 2022-04-01]. bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Vedoucí práce doc. MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

MEISNEROVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, s.r.o., 2013, 15(8–9) [cit. 2021-11-08]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [int\\_08\\_13.indd \(internimedicina.cz\)](#).

MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, 2013. ISBN 978-80-7297-115-2.

Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. *Idealni.cz* [online]. 2014 [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: [Ortorexie, bigorexie, drunkorexie | Anorexie, bulimie, přejídání \(idealni.cz\)](#)

PAOLACCI, Stefano et al. Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment. *Molecular genetics and genomic medicine* [online]. Wiley online liberály, 2020, 8(7) [cit. 2022-01-11]. ISSN 2324-9269. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/mgg3.1244>

PAPEŽOVÁ, Hana, Jana KOCOURKOVÁ a Jiří KOUTEK. Doporučené postupy psychiatrické péče 2018. In: *psychiatrie.cz* [online]. Česká psychiatrická společnost z.s., 10. června 2018 [cit. 2021-11-23]. Dostupné z: Doporučené postupy psychiatrické péče 2018 (psychiatrie.cz).

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4904-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. MEDialogy Poruchy příjmu potravy. In: *Youtube* [online]. 27.11.2018 [cit. 2022-01-07] Kanál uživatele LF1UK. Dostupné z: [\(173\) MEDialogy Poruchy příjmu potravy - YouTube](#)

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.

*Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017* [online]. Praha: ÚZIS, 2018. [cit. 2021-11-19]. Dostupné z: [Aktuální informace č. 8/2018, Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017 \(uzis.cz\)](#)

PILAŘOVÁ, Kamila. *Informovanost žáků základních škol o poruchách příjmu potravy* [online]. Pardubice, 2019 [cit. 2022-04-01]. bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Barbora Faltová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/o1cupw/>.

PLOCOVÁ, Monika. *Bulimie*. [monikaplocova.cz](http://monikaplocova.cz) [online]. Branické sanatorium Moniky Plocové, 2020 [cit. 2022-01-11]. Dostupné z: <https://monikaplocova.cz/bulimie>.

Poruchy příjmu potravy v Čechách. *MEDialogy* [online]. Praha: 1. Lékařská fakulta Univerzita Karlova, 2018. [cit. 2022-01-19]. Dostupné z: [Poruchy příjmu potravy v Čechách - 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy \(cuni.cz\)](http://Poruchy_prijmu_potravy_v_Cechach_-_1._lekaraska_fakulta_Univerzity_Karlovy_(cuni.cz))

PRAŠKO, Ján. et al. Hodnoty a kognitivně behaviorální terapie. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, s.r.o., 2014, 15(2) [cit. 2021-11-05]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: [psy\\_02\\_14.indd \(psychiatriepropraxi.cz\)](http://psy_02_14.indd(psychiatriepropraxi.cz)).

PRAŽSKÝ, Bohumil. Poruchy příjmu potravy. In: *zdraví.euro.cz*. [online]. 2014 [cit. 2021-12-03]. Dostupné z: [Poruchy příjmu potravy - Zdraví.Euro.cz](http://Poruchy_prijmu_potravy_-_Zdravi.Euro.cz)

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Vydání první. Pasparta Publishing, s.r.o., 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN. Denní stacionář pro adolescenty. *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN* [online]. 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2016 [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/denni-stacionar-pro-adolescenty>

PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVITOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.

*Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53 – 41 – M/03 Praktická sestra* [online]. Praha: MŠMT, 2018 [cit. 2021-11-19]. Dostupné z: [RVP 5341M03 Prakticka sestra.pdf \(nuov.cz\)](http://RVP_5341M03_Prakticka_sestra.pdf(nuov.cz)).

ROUPCOVÁ, Anna. *Středoškoláci a poruchy příjmu potravy* [online]. Brno, 2020 [cit. 2022-04-15]. bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Dana Soldánová. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/y7q34/>.



SLUKOVÁ, Anna. *Informovanost adolescentů o poruchách příjmu potravy* [online]. Praha, 2020 [cit. 2022-04-01]. bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Vedoucí práce doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Dostupné z: <https://is.vszdrav.cz/th/t1hak/>.

STÁRKOVÁ, Libuše. MEDialogy Poruchy příjmu potravy. In: *Youtube* [online]. 27.11.2018 [cit. 2022-01-07] Kanál uživatele LF1UK. Dostupné z: [\(173\) MEDialogy Poruchy příjmu potravy - YouTube](#)

ŠTĚPÁNKOVÁ, Tereza a Dagmar RATAJOVÁ. Přístupy k léčbě poruch příjmu potravy. In: *healthyandfree.cz* [online]. E-clinic z.ú., 2015 [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: [Centrum pro diagnostiku a léčbu PPP \(healthyandfree.cz\)](#).

TANCEROVÁ, Tereza. Mentální bulimii často doprovází myšlenky na sebevraždu. Ohroženy jsou hlavně dospívající dívky. *zdravi.euro.cz* [online]. Mladá fronta a.s., 2020 [cit. 2022-01-11]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/mentalni-bulimie-priznaky-a-lecba>.

UHLÍKOVÁ, Petra. Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci – kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance? *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, s.r.o., 2012, 13(6) [cit. 2021-09-26]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: [ped\\_06\\_12.indd \(pediatricpropraxi.cz\)](#).

VRBOVÁ, Gabriela. *Poruchy příjmu potravy u školní mládeže ve Zlínském kraji* [online]. Olomouc, 2012 [cit. 2022-04-01]. bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/y91v8g/>.

WILDOVÁ, Olga. Pomůže léčbě poruch příjmu potravy reforma psychiatrie? *medicina.cz*. [online]. 2017 [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: [Medicina.cz - První český zdravotnický portál](#)

WILDOVÁ, Olga. První Světový den poruch příjmu potravy. *medicina.cz*. [online]. 2016 [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: [Medicina.cz - První český zdravotnický portál](#).

World Health Organization. *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). [online] 2019. [cit. 2021-12-01]. Dostupné z: <https://icd.who.int/>

## 12 PŘÍLOHY

### *Příloha A – Dotazník*

Vážené studentky, vážení studenti,

jmenuji se Petra Šafářová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci v rámci kvantitativního průzkumného šetření zabývajícího se informovaností žáků středních zdravotnických škol o poruchách příjmu potravy. Dotazníky budou zpracovány anonymně a budou použity v rámci mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci

Pokyny k vyplnění dotazníku:

Dotazník obsahuje dvě identifikační a dvacet jedna uzavřených nebo polouzavřených otázek. Vámi vybranou variantu zakroužkujte, případně dopište odpověď.

Identifikační otázky:

#### **Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) žena
- b) muž

#### **Jaký je Váš věk?**

---

#### **1. Slyšeli jste už někdy o poruchách příjmu potravy?**

- a) ano
- b) ne

#### **2. Znáte nějaké poruchy příjmu potravy?**

- a) ano
- b) ne

Při odpovědi ano, uveďte jaké?

---

---

**3. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli ano, kde jste informace o poruchách příjmu potravy získali?**

(možnost uvést více odpovědí)

- a) na internetu
  - b) ve škole
  - c) od kamarádů
  - d) v rodinném prostředí
  - e) na sociálních sítích (Facebook, Instagram, Twitter, Tik Tok a jiné...)
  - f) v televizi
  - g) od lékaře nebo zdravotního personálu
  - h) jiné (uveďte):
- 

**4. Vyberte správné tvrzení, které nejlépe charakterizuje Mentální anorexii?**

- a) vědomé omezování příjmu potravy a následně snižování vlastní tělesné hmotnosti
- b) nepravidelně opakující se stavy konzumace velkého množství potravy během krátkého časového intervalu
- c) patologická posedlost zdravou výživou

**5. Vyberte správné tvrzení, které charakterizuje Mentální bulimii?**

- a) záchvatovité přejídání, které je doprovázeno kompenzačním chováním, které má zabránit v přibírání tělesné hmotnosti
- b) vědomé omezování příjmu potravy a následně snižování vlastní tělesné hmotnosti
- c) patologická posedlost zdravou výživou

**6. Myslíte, že se dají poruchy příjmu potravy vyléčit?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**7. Kdo při rozvoji poruch příjmu potravy poskytuje léčbu?**

- a) praktický lékař pro děti a dorost nebo praktický lékař pro dospělé
- b) psychiatr
- c) multidisciplinární tým lékařů a odborníků

**8. Které pohlaví trpí více poruchami příjmu potravy?**

- a) ženské pohlaví
- b) mužské pohlaví
- c) obě pohlaví stejně

**9. Jaká věková skupina je podle Vás nejvíce ohrožena rizikem vzniku poruch příjmu potravy?**

(možnost uvést více odpovědí)

- a) děti do čtrnácti let
- b) adolescenti od 15–19 let
- c) dospělí od 20–39 let
- d) dospělí od 40–65 let
- e) senioři

**10. Myslíte si, že existují rizikové faktory k rozvoji poruch příjmu potravy?**

- a) ano
- b) ne

Při odpovědi ano, vypište jaké?

---

---

**11. Myslíte si, že poruchy příjmu potravy mohou způsobit vážné zdravotní následky?**

- a) ano
- b) ne

**12. Myslíte si, že jedinci trpící poruchami příjmu potravy musí mít zpravidla podváhu?**

- a) ano
- b) ne

**13. Máte osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy nebo jste se už někdy setkali s člověkem, který trpí/trpěl poruchami příjmu potravy?**

- a) ano
- b) ne

**14. Setkali jste se někdy s kritikou Vaší postavy?**

- a) ano
- b) ne

**15. Ovlivnila Vás kritika Vaší postavy?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Při odpovědi ano, napište, jak Vás ovlivnila?

---

---

**16. Kolikrát denně se stravujete?**

- a) 1 – 2x
- b) 3 – 4x
- c) 5 – 6x

**17. Snížili jste někdy vědomě svůj příjem potravy za účelem redukce hmotnosti?**

- a) ano
- b) ne

**18. Pociťovali jste někdy vyčítavé pocity v návaznosti na příjem potravy?**

- a) ano
- b) ne

**19. Sledujete pravidelně svou tělesnou hmotnost?**

- a) ano
- b) ne

Při odpovědi ano, napište, jak často?

---

---

**20. Jak jste spokojený/á se svou postavou?**

Ohodnoťte body od 1-5, kdy jednička je nejlepší hodnocení a pětka je nejhorší.

1 – 2 – 3 – 4 – 5

**21. Chtěl/a byste změnit svou postavu?**

- a) chtěl/a bych zhubnout
- b) chtěl/a bych přibrat
- c) nechtěl/a bych měnit svou postavu, jsem s ní spokojený/á