

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Riziko vzniku poruch příjmu potravy u žáků ZŠ a SŠ

Bc. Anna Konečná

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením paní Mgr. Petry Kurkové, Ph.D. a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou řádně uvedeny v seznamu zdrojů.

V Olomouci dne

Bc. Anna Konečná

Poděkování

Poděkování patří vedoucí mé diplomové práce paní Mgr. Petře Kurkové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a podporu při zpracování práce. Velké díky patří mé rodině a blízkým za podporu během celého studia.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Anna Konečná
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Kurková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Riziko vzniku poruch příjmu potravy u žáků ZŠ a SŠ
Název v angličtině:	The risk of developing eating disorders in elementary and secondary school pupils
Anotace práce:	Diplomová práce s výzkumným zaměřením (kvantitativní studie) je zaměřena na zkoumání vlivu vybraných faktorů (znalosti, pohlaví, věk a BMI) u žáků základních a středních škol na riziko rozvoje poruch příjmu potravy. Dále bylo zkoumán vliv pohlaví na BMI a rozdíly v informovanosti ohledně poruch příjmu potravy mezi žáky základní a střední školy. Do zkoumaného souboru bylo celkem zařazeno 356 žáků a žákyň ze dvou základních a čtyřech středních škol. Nástroj ke sběru dat byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby. K popisu analyzovaného souboru byla použita základní popisná statistika a k testování hypotéz byl použit test nezávislosti Chí-kvadrát na hladině významnosti 0,05.
Klíčová slova:	Poruchy příjmu potravy, rizikové faktory, školní věk, adolescence, žáci, BMI, prevence
Anotace v angličtině:	This thesis with a research orientation (quantitative study) is focused on the investigation of the influence of selected factors (knowledge, gender, age and BMI) among primary and secondary school students on the risk of developing eating disorders. Furthermore, the influence of gender on BMI and differences in awareness of eating disorders between

	<p>primary and secondary school pupils were investigated. A total of 356 pupils from two elementary and four secondary schools were included in the research group. A non-standardized questionnaire by the owner of the creation was used as a tool for data collection. Basic descriptive statistics were used to describe the analyzed set, and the Chi-square test of independence at the 0.05 significance level was used to test the hypotheses.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Eating disorders, risk factors, school age, adolescence, pupils, BMI, prevention</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha č. 1: Dotazník ke sběru dat Příloha č. 2: Souhlas s provedením výzkumného šetření Příloha č. 3: Informovaný souhlas</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>70 stran</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>český</p>

OBSAH

1 ÚVOD A HLAVNÍ CÍL PRÁCE	8
2 PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY	10
2.1 Popis literární rešerše.....	10
2.2 Poruchy příjmu potravy	12
2.2.1 Mentální anorexie a atypická mentální anorexie	13
2.2.2 Mentální bulimie a atypická mentální bulimie	14
2.2.3 Psychogenní přejídání	15
2.2.4 Vyhubavá – restriktivní porucha příjmu potravy (ARFID).....	16
2.2.5 Ortorexie, bigorexie a drunkorexie	16
2.3 Rizikové faktory	18
2.3.1 Pohlaví, sexuální orientace a věk.....	18
2.3.2 Rodinné prostředí	18
2.3.3 Osobnostní faktory	19
2.3.4 Negativní životní události	20
2.3.5 Rizikové prostředí	20
2.3.6 Ideál krásy a média	21
2.3.7 Body mass index	21
2.4 Poruchy příjmu potravy u dětí a adolescentů	22
2.4.1 Školní věk	23
2.4.2 Adolescence	24
2.4.3 Děti, dospívající a poruchy příjmu potravy	24
2.4.4 Důsledky poruchy příjmu potravy	26
2.4.5 Léčba poruch příjmu potravy	27
2.5 Prevence poruch příjmu potravy.....	29
2.5.1 Prevence ve škole.....	31
2.5.2. Preventivní programy.....	32

3 VÝZKUMNÁ ČÁST	35
3.1 Metodika studie	35
3.2 Výsledky	38
3.2.1 Výsledky testování hypotéz	43
4 DISKUSE	50
4.1 Popis rešerší výzkumných studií k diskusi	50
4.2 Text diskuse	55
5 SHRNU TÍ A ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62
SEZNAM ZKRATEK	69
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	69
SEZNAM PŘÍLOH	70
PŘÍLOHY	71

1 ÚVOD A HLAVNÍ CÍL PRÁCE

Jídlo a stravovací návyky člověka provázejí od narození. Již od narození je budován vztah k potravinám. Člověk se začne vyvíjet jak po fyzické, tak i psychické stránce. Pokud se člověk nenachází v milujícím a přijímajícím prostředí, může začít především jeho psychická stránka trpět a může si začít kompenzovat ukrytou bolest jinými způsoby. A právě strava a stravovací návyky může být jedním z těchto způsobů.

Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažným psychickým onemocněním, které může končit i smrtí. Postihují především dívky a ženy, ale nevyhýbají se ani chlapcům a mužům. Již ve školním věku se můžou poruchy příjmu potravy rozvinout na základě různých faktorů, ať už je to pohlaví, věk, osobnost jedince, rodinné prostředí, traumatická událost apod. Některým faktorům se vyhnout nelze, s jinými se dá pracovat a je možnost je ovlivnit.

Jelikož je rizikovým obdobím pro rozvoj poruch příjmu potravy právě školní věk a adolescence, kdy tráví děti velkou část času ve škole, právě zde by měly přicházet do kontaktu s touto problematikou a nacházet zde odpovědi, rady a budovat zdravé sebevědomí. K tomu by měli přispět především pedagogové. V současné době se rozvíjejí další poruchy příjmu potravy, které nejsou tak známé jako mentální anorexie a mentální bulimie. Proto je důležité se i v této problematice dále vzdělávat.

V dnešní společnosti se mezi námi nachází lidé pohybující se kolem nás, kteří trpí poruchami příjmu potravy. A my ani netušíme, čím si tyto lidé procházejí. Společností se nese ideál krásy spojený se štíhlostí a dokonalým tělem a celkovým vzhledem. O tom, jaká rizika to sebou nese pro rozvoj poruch příjmu potravy, se hovoří velmi málo. Lidé jsou hnáni touhou po dokonalosti a úspěchu ve společnosti. Někteří jsou schopni udělat cokoli, zajít i přes své zdravotní fyzické i psychické hranice jen proto, aby si zasloužili obdiv, přijetí, pochvalu a pocit hrdosti.

Motivací k tématu byl můj zájem o hlubší zkoumání dané problematiky. V mém okolí se nacházejí lidé, kteří trpí poruchami příjmu potravy. Člověk netuší, jak k takovým lidem přistupovat, co může říct a co by naopak mohlo nemocného zranit, a ještě zhoršit jeho nemoc. U mé blízké osoby si nemoc vybrala svou daň smrtí, proto jsem chtěla hlubší pochopení a souvislosti v dané problematice. Jako budoucí pedagožka uplatním v praxi zjištěná fakta a budu moci budovat u žáků zdravý postoj sám k sobě.

Diplomová práce je kombinací teorie a výzkumu. V přehledové části jsou zde čtyři kapitoly. Kapitola poruchy příjmu potravy nabízí obecný náhled do dané problematiky a přináší jednotlivé typy poruch příjmu potravy, známé i ty méně známé. Dále je zde kapitola věnující se rizikovým faktorům poruch příjmu potravy a kapitola zaměřená na poruchy příjmu potravy u dětí a adolescentů. Jako poslední je zde kapitola věnující se prevenci poruch příjmu potravy. Výzkumná část je provedena formou kvantitativního výzkumu. Ke sběru dat byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby. Výzkumné šetření probíhalo na dvou základních školách a čtyřech středních školách nacházejících se ve Zlínském kraji.

Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce v přehledové části bylo zaměřeni se na riziko rozvoje poruch příjmu potravy u žáků a přinést přehled aktuálních publikovaných poznatků v dané problematice. Hlavním cílem studie ve výzkumné části bylo zjistit, zda mají vybrané faktory u žáků, jako je informovanost, pohlaví, BMI a věk, souvislost s rizikem vzniku poruch příjmu potravy.

2 PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY

Tato diplomová práce předkládá aktuální poznatky, které se týkají dané problematiky. Jsou zde uvedeny základní informace, ale i výsledky výzkumných studií, doporučení pro pedagogy. Práce přináší několik kapitol – poruchy příjmu potravy, rizikové faktory, prevence poruch příjmu potravy, kapitola zaměřená na poruchy příjmu potravy u dětí a adolescentů. Text práce je zpracován díky odborným knižním publikacím a odborným textům.

2.1 Popis literární rešerše

Před samotným psaním práce bylo třeba prozkoumat a najít odborní relevantní zdroje k danému tématu práce. Na základě toho byla provedena literární rešerše, která probíhala pomocí rešeršních otázek. Každá z rešeršních otázek obsahovala osobu neboli participanta (P), hlavní pojem neboli concept (Co) a okolnost neboli context (Co).

Literární rešerše byla prováděna v období březen–listopad 2023 za primárně za pomoci elektronických databází EBSCO host a Google Scholar. Při vyhledávání byly uplatněny tyto limity: datum publikování na roky 2003–2023 z důvodů nedostatečného množství aktuálních textů, plný text, bez bakalářských, diplomových, kvalifikačních a závěrečných prací. Dále pak bylo prováděno vyhledávání pomocí Katalogu Univerzity Palackého v Olomouci.

Použité rešeršní otázky (RO):

1. Jaké jsou dostupné informace o poruchách příjmu potravy u dětí či adolescentů?
2. Jaké jsou dostupné informace o druzích poruch příjmu potravy u dětí či adolescentů?
3. Jaké jsou dostupné informace o rizikových faktorech poruch příjmu potravy u dětí či adolescentů?
4. Jaké jsou dostupné informace o následcích poruch příjmu potravy u dětí či adolescentů?
5. Jaké jsou dostupné informace o prevenci poruch příjmu potravy u dětí či adolescentů?

K literární rešerši byla použita primární hesla uvedená v tabulce.

Tabulka 1. *Primární hesla v českém jazyce*

RO	Participant	Concept	Context
1.	Děti OR adolescenti	Poruchy příjmu potravy	
2.	Děti OR adolescenti	Poruchy příjmu potravy	Druhy
3.	Děti OR adolescenti	Poruchy příjmu potravy	Rizikové faktory
4.	Děti OR adolescenti	Poruchy příjmu potravy	Následky
5.	Děti OR adolescenti	Poruchy příjmu potravy	Prevence

Primární hesla byla ještě dále při literární rešerši rozšířena o tato synonyma:

Participant: děti OR adolescenti OR žáci OR dospívající

Concept: poruchy příjmu potravy OR PPP

Context: rizikové faktory OR riziko, druhy OR typy, následky OR důsledky OR dopady, prevence OR ochrana OR předcházení OR preventivní opatření

Bylo uskutečněno vyhledávání v anglickém jazyce. Pro tuto rešerši byla použita primární hesla:

Tabulka 2. *Primární hesla v anglickém jazyce*

RO	Participant	Concept	Context
1.	Children OR adolescents	Eating disorders	
2.	Children OR adolescents	Eating disorders	Types
3.	Children OR adolescents	Eating disorders	Risk factors
4.	Children OR adolescents	Eating disorders	Consequences
5.	Children OR adolescents	Eating disorders	Prevention

Primární hesla v anglické jazyce byla dále rozšířena o následující synonyma:

Participant: children OR adolescents OR pupils OR teenage

Concept: Eating disorders OR ED

Context: risk factors OR risk, consequences OR impacts Or aftermath, prevention OR protection OR preventive measures

Vyhledané zdroje byly následně vyhodnoceny dle obsahu textu vůči rešeršní otázce, která byla položena. U první rešeršní otázky bylo z výsledků mezi relevantní zdroje vybráno 12 relevantních textů. U druhé rešeršní otázky bylo po vyhodnocení obsahů textů vybráno z výsledků 18 relevantní textů. Třetí rešeršní otázka přinesla z mnoha výsledků 26 relevantní textů. U čtvrté otázky bylo nalezeno a do relevantních zdrojů pouze zařazeno 6 textů. Pátá rešeršní otázka přinesla po vyhodnocení obsahů textů 9 relevantních zdrojů. Jednalo se především o výzkumné studie či přehledové články. Celkem bylo k tvorbě přehledové části použito 44 odborných zdrojů. Všechny bibliografické citace jsou uvedeny v Seznamu použitých zdrojů.

2.2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) se řadí k jednomu z nejzávažnějších duševních onemocnění kvůli svým důsledkům i dlouhodobému průběhu. Jedná se o abnormální jednání spojené s příjmem potravy, které vyvolává zdravotní, sociální a psychické následky. Často se PPP rozvíjejí postupně a skrytě, jak uvádí Krch (2007).

Papežová (2010, s. 20) udává, že už od starověku jsou zmiňovány různé formy poruch příjmu potravy, kdy je Hippokrates v 5. století před naším letopočtem označuje názvem asithia. Jako první zmínka o dívce, která dobrovolně umírá na hlad, má původ ve 14. století. Jedná se o sv. Kateřinu ze Sienny, která od 16 let žila pouze o chlebu, vodě a čerstvé zelenině. Pokud se stalo, že snědla více, snědla kořínky vyvolávající zvracení. Označení nervová anorexie a první věrohodné případy mentální anorexie se v literatuře objevují v 19. století. Bulimie nervosa se poprvé oficiálně objevuje až v roce 1979.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadí mezi poruchy příjmu potravy (F50) mentální anorexii, atypickou mentální anorexii, mentální bulimii, atypickou mentální bulimii, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy a porucha příjmu potravy NS (MKN-10, 2023).

V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-5), který je americkou národní klasifikací duševních poruch, avšak je podrobnější než MKN-10, se řadí mezi poruchy příjmu potravy ještě vyhubavá a restriktivní porucha příjmu potravy (ARFID), ruminační porucha a pica, která se řadí v MKN-10 pod jiné poruchy příjmu potravy (MKN-10, 2023, Papežová et al., 2018, s. 138-139).

Procházková a Sladká Ševčíková (2017, s. 11) zmiňují další typy poruch příjmu potravy, které jsou méně známé. I když nejsou součástí MKN-10 a nevyskytují se tak často, i přesto jsou pro populaci nebezpečné. Jedná se o ortorexií, drunkorexií, bigorexií, diabulimii a pregorexií.

2.2.1 Mentální anorexie a atypická mentální anorexie

Mentální anorexie je v MKN-10 je pod označením F50.0. Jedná se o poruchu, která je charakterizovaná záměrným zhubnutím, kterého jedinec sám dosáhl a udržuje jej. Pro tuto poruchu je typický strach ze ztloustnutí, který způsobí, že jedinec usiluje o ještě nižší tělesnou váhu (MKN-10, 2023).

Mezi diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 se řadí tělesná váha, která pod 15 % předpokládanou hodnotou váhy, BMI jedince je rovno či menší než 17, 5 a nedochází k nárůstu hmotnosti během růstu. Jedinec svou váhu snižuje vlastním úsilím, například nadměrným cvičením či hladověním. Dále je to neustálý strach z nadváhy, amenorea u žen, u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence, opožděná puberta. Pokud jedinec nevykazuje všechny kritéria, chybí u něj jeden či více projevů, může se jednat o atypickou mentální anorexií (F50.1) (Baraníková a Nesrstová, 2005).

S mentální anorexií se váže více teorií jejího vzniku. Vágnerová (2002, s. 234) uvádí několik z nich. Jedna z teorií dává do popředí vztah mezi matkou a dítětem. Jedná o citovou nenaplněnost dítěte, což se pak stává příčinou neschopnosti odpoutání adolescenta od matky či obou rodičů. Další z teorií poukazuje na význam dysfunkční rodiny a jejich vztahů. Rodina se snaží vypadat před druhými jako bez problémů a tím je zasažen život všech členů rodiny. Jedná se především o rodiny perfekcionistické a zaměřené na výkon, což se v rodině očekává i od dětí. Teorie zaměřená psychoanalyticky dává důraz na tendence vyhýbání se sexualitě a strachu z role ženy. Mentální anorexie slouží k vyhýbání se ženské role. Dochází při ní k zastavení sekundárně pohlavních znaků a ztrátě menstruace a postava dívky nevypadá žensky. V jiné teorii je mentální anorexie považována za přehnané chování na společností ukazovaný ideál krásy.

Typickými psychickými projevy u mentální anorexie můžeme sledovat změny nálad, depresivní ladění, které může vést až k depresivním stavům, nespavost a únava, pokles výkonnosti a nesoustředěnost a další projevy nervového systému. Onemocnění může vést k závažnějším tělesným projevům. Jedná se o záněty průšních žláz, vznik anemie, popraskaná suchá kůže, poškozené nehty, postižení centrálního nervového systému (CNS) a riziko selhání srdce. Pokud jedinec během onemocnění zvrací může dojít k velké kazivosti zubů a poškození

zubní skloviny až k parodontóze. V extrémních případech hrozí riziko neplodnosti (Němečková, 2011).

Vágnerová (2002, s. 232) uvádí, že mentální anorexie a její průběh začíná pozvolně, často bez povšimnutí. Zhubnutí může být kladně hodnocené a jedinec je pochválen za pevnou vůlí. Postupně je ale hubnutí nápadnější a začíná být zpochybňována přiměřenost tohoto chování. Avšak nemocný reaguje lhaním na jakékoliv argumenty. Nevidí závažnost svého chování a popírá jakékoliv potíže. Rodiče či laici jsou v tomto momentu schopni uvěřit, že jedinec nemá problém, situace není závažná, a přestanou ji řešit.

Proto je vhodné znát typické osobnostní rysy jedinců, kteří trpí mentální anorexií. Často se jedná o bezproblémové jedince, kteří nevybočují a ve všem se přizpůsobují. Jsou svědomití, s dobrou inteligencí a dbají na výkon. Ve škole se to projevuje výbornými výsledky a vysokými ambicemi. Většinou si lze povšimnout u nemocných dívek nízkého sebevědomí, nejistoty a vysoké sebekritiky. Dalším z typických rysů může být introverze, nedůvěřivost a uzavřenost vůči ostatním lidem. Nemocní bývají citlivější, hluboce prožívají emoce. Ale umí je schovat či potlačovat, čímž ještě více ubližují své psychice (Vágnerová 2002, s. 233)

2.2.2 Mentální bulimie a atypická mentální bulimie

Mentální bulimii můžeme nalézt v MKN-10 pod označením F50.2. vyznačuje se opakovanými epizodami přejídání a nadměrnou snahou o kontrolování své hmotnosti, která pak vede k následnému zvracení nebo používání projímadel. Mnohé z příznaků jsou podobné s mentální anorexií a může se stát, že jedinec trpící mentální bulimií, trpěl i mentální anorexií (MKN-10, 2023).

Diagnostická kritéria pro mentální bulimii je neustálé zabývání se a touha po jídle spojená s přejídáním velkých porcí jídla během krátkého času. Aktivní snaha o potlačení kalorického účinku jídla různými způsoby jako například zvracením, hladovkami, laxativy apod. Další kritériem je přítomnost patologického strachu z tloušťky. Jedinec s diagnózou mentální bulimie vykazuje všechna kritéria, pokud jedno či více chybí, jedná se o atypickou mentální bulimii (Papežová et al. 2018, s. 123).

Před samotným přejídáním může nemocný prožívat smutek, depresivní náladu, samotu či prázdnotu. Po záchvatu se objevují pocity viny, pocity selhání a zklamání ze sebe samotného až to může vést k sebepoškozování či sebevražedným pokusům. Časté jsou otoky slinných žláz, chrup postižen zubními kazy, únava, točení hlavy a bolesti břicha. Mentální bulimie souvisí

s poruchami chování jako jsou krádeže jídla nebo peněz, které jsou pak použity na nákup jídla (Němečková, 2011).

Průběh mentální bulimie je jako u mentální anorexie pozvolný. Bulimii může vyvolat psychosociální zátěž. Nemocný potíže tají, z důvodu záchvatů jídla se zásobují jídlem a jedí potají. Nedokážou se normálně najíst, většinou jsou o hladu nebo se přejí. Typické znaky nemocných jsou podobné jako u mentální anorexie. Jedná se o nejistotu spojenou s nízkým sebevědomím, snahou se přizpůsobit všem z důvodu závislosti na názoru druhých. Typickým rysem bývá neschopnost sebeovládání a impulzivita. I přesto, že nemocní dbají na sebekontrolu, nedovedou se ovládnout. Toto chování vyvolává pocity studu, viny a selhání, které je spojeno s bezmocí a úzkostí (Vágnerová 2002, s. 235-236).

2.2.3 Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání je v MKN-10 definováno pod Přejídání spojené s psychologickými poruchami (F50.4). Je zde popisována jako přejídání, které je způsobeno stresující událostí a vede k obezitě. Více je popsána tato porucha v klasifikaci DMS-5, kde se nachází jako samostatná diagnóza. Psychogenní přejídání je definováno přijímání většího množství jídla, než co přijímají ostatní lidé za stejných okolností a stejný čas a zároveň jedince doprovází pocity ztráty kontroly a neodolatelné nutkání k přijímání jídla (craving). Nemocný přijímá potravu i bez pocitu hladu a přes pocit sytosti až často dochází k bolestem. I přesto, že nemocné jedince provázejí nepříjemné pocity a následky, neuchylují se k žádným metodám eliminace (Papežová et al. 2018, s. 125).

Diagnostickými kritérii MKN-10 pro psychogenní přejídání jsou nepřetržité myšlení a touha po jídle, přejídání se velkými porcemi jídla během krátkého časového úseku bez eliminačních metod, které jsou přítomny u mentální bulimie. Je spojeno s chorobným strachem z tloušťky, snahou dosáhnout nereálnou váhu a záchvaty přejídání jsou spojeny s neschopností se vyrovnat se stresem. Obezita, tedy BMI větší než 30, je součástí diagnostických kritérií. Dalším kritériem v DMS-5 je přejídání se alespoň jednou za týden po dobu posledních uplynulých třech měsíců (Papežová et al. 2018, s. 126).

Psychogenní přejídání je nejvyskytovanějším onemocněním z poruch příjmu potravy. Nemocný často jí o samotě a vyhýbá se společnosti, protože se stydí za množství jídla, které sní. Někdy se stydí i za to, že jí. Po záchvatu se vyskytují pocity viny, znechucení ze sebe sama a depresivní nálada. Během každého záchvatu přichází velký stres. Někdy epizoda přejídání trvá celý den, je to až 25 % případů (Kviatkovská et al., 2016).

2.2.4 Vyhýbavá – restriktivní porucha příjmu potravy (ARFID)

V MKN-10 tuto poruchu příjmu potravy nenajdeme, ale je součástí 11. revize MKN. Je zde zařazena jako samostatná porucha. V DSM-5 ji najdeme pod názvem Avoidant – restrictive food intake disorder. Z tohoto názvu je pak používána zkratka ARFID na označení této nemoci (Papežová et al. 2018, s. 138).

Jedná se o vyhýbavé a omezující přijímání potravy. Následky vedou k poklesu váhy a k nedostatečnému množství a rozmanitosti potravy, což vede k nutričnímu deficitu. Taktéž se může jednat o následky psychosociální jako jsou problémy v osobní, rodinné, pracovní, vzdělávací oblasti. Jedinec trpící ARFID není zaujat svým tělem ani hmotností jako je to u většiny jiných poruch příjmu potravy. Nejedná se taktéž o projev jiného zdravotního stavu jedince jako jsou například potravinové alergie, projev jiné duševní nemoci nebo nedostupnost potravin (ICD-11, 2023).

Nemocný k vyhýbavému chování může mít různé důvody jako je vyhýbání se potravinám, které mají určité sensorické vlastnosti (vůni, vzhled, barvu, chuť apod.), vyhýbání se potravinám, které v nemocném vzbuzují obavy z negativních důsledků (dušení, zvracení) nebo nedostatek zájmu o jídlo a nízká chuť k jídlu (ICD-11, 2023). Papežová et al. (2018, s. 128) uvádějí, že vybíravé jídelní chování se objevuje u 14-50 % dětí předškolního věku a u některých dětí je přechodnou etapou, která se v průběhu života upraví.

2.2.5 Ortorexie, bigorexie a drunkorexie

Další diagnózy, které nejsou v klasifikaci nemocí, ale mohou být vést k závažnému narušení jídelního chování a mohou být kombinovány s jinými formami PPP. Mezi ně můžeme zařadit ortorexii. Papežová (2018, s. 130) ji popisuje jako patologickou posedlostí na zdravém stravování a potravinách biologicky čistých. Nemocný upřednostňuje kvalitu před kvantitou. Gkiouleka et al. (2022) zpřesňuje, že se nemocní jedinci snaží vyhýbat jídlu ošetřenému chemikáliemi, umělými sladidly a proteiny, dále nasyceným tukům, soli a cukru. Zaměřují se i na přípravu surovin a zajištění a udržení čistoty potravy. Pokud se stane, že něco z toho poruší, může to u jedince vyvolat pocity viny a s tím spojené sebetrestání, kdy si zvolí přísnou dietu nebo očišťující půst, aby se jedinec opět cítil čistý.

Na první pohled se může zdát, že se jedná o nevinný pokus jíst zdravě, kdy pozornost potravinám není patologická, ale může se to změnit v posedlost, která proniká do všech aspektů života jedince. Toto omezení může vést až k vyloučení celých skupin potravin, což pak vede k vážným nutričním deficitům a komplikacemi podobnými jako u mentální anorexie. Nemocný

se potýká se strachem z nemoci, úzkostí a studem, sociálním vyloučením a narušením vztahů (Gkiouleka et al., 2022).

Bigorexie nebo také označována jako svalová dysmorfie je popisována jako abnormální zaujetí o svalovou hmotu a její růst tak, aby nedošlo k vysoké hladině tělesného tuku. Jedinec trpící bigorexií má snahu o navýšení svalové hmoty a tělesné hmotnosti. Nemocný má pokřivený pohled na své tělo, což má za následek snižování tělesného tuku, i přesto že má zdravý index tělesné hmotnosti. Častěji se vyskytuje u mužů než u žen (Izydorczyk, 2022).

Jedná se o psychický stav, kdy má jedinec pocit, že některá část jeho těla není přitažlivá, ošklivá či nepřiměřená ostatním částem a příliš se tím začne zabývat. Jedinec začíná nadměrně cvičit, zneužívat steroidy a neustále myslí na svalstvo. Začne být posedlí počty kalorií a bílkovin a dodržuje velmi přísné diety (Bartel, 2021). Papežová (2018, s. 127) označuje bigorexii jako tzv. Adonisův komplex. Hlavními riziky je přetěžování pohybového aparátu, nevyvážená strava a přílišné užívání doplňků stravy, což v důsledku může vést k poškození jater, ledvin a trávicího systému. Je třeba myslet na tuto diagnózu a její následky zejména u mladých mužů, sportovců.

Strach z tloustnutí a záměrné omezení příjmu potravy s účelem snížit přijaté kalorie proto, aby se mohl navýšit příjem vypitého kalorického alkoholu. Tímto se vyznačuje drunkorexie. Tato porucha se objevuje zejména v USA u mladých dospívajících. Statistiky uvádějí až 30 % dospívajících dívek, které záměrně vynechávají jídlo, aby mohly vypít více alkoholu (Procházková a Sladká Ševčíková 2017, s. 12).

Drunkorexie je nelékařský pojem, relativně nově vzniklý a propagovaný zejména médii. Již v minulosti bylo provedeno několik výzkumů, zda jedinci omezují kalorie v den, kdy plánují pít alkohol. Ale stále tato oblast není dostatečně prozkoumaná, i když v posledních letech roste u vědců zájem více prozkoumat drunkorexii. Většinou se studie zabývají vysokoškolskými studenty a zaměřují se převážně na ženy (Pompili a Laghi, 2018).

Velkým rizikem je, že pokud jedinec nejí a vypije alkohol, ten se v žaludku vstřebává mnohem rychleji a roste jeho účinek a vstřebávání mnohem vyšší dávky a hrozí riziko otravy alkoholem. Trendem mezi mladými je míchání alkoholu s energetickými nápoji, což vede k výraznému zvýšení krevního tlaku a činnosti srdce. Objevují se proto i případy náhlého úmrtí nebo celkový kolaps už u adolescentů (Procházková a Sladká Ševčíková 2017, s. 12).

2.3 Rizikové faktory

Národní zdravotnický informační portál (2023) popisuje rizikový faktor jako vliv vnitřního či vnějšího prostředí, který může ovlivnit vznik onemocnění nebo se na vzniku podílet. Může se jednat o ovlivnitelné rizikové faktory, což může být způsob života, strava apod. nebo neovlivnitelné rizikové faktory, zde se jedná například o věk, pohlaví. Papežová (2010, s. 36) zmiňuje, že v případě rizikového faktoru u poruch příjmu potravy se nejedná o příčinu onemocnění. Rizikovým faktorem pro PPP je mladý věk a pohlaví žena, ale většina mladých žen neonemocní.

2.3.1 Pohlaví, sexuální orientace a věk

Jedním z významných rizikových faktorů pohlaví. Z výzkumů vyplývá, že PPP trpí významně častěji ženy než muži. Anorexií a bulimií onemocní desetkrát více ženy než muži (Papežová 2010, s. 37). Ženy se více zajímají o svoji hmotnost a tělesný tuk. V pubertě se lidské tělo mění, u dívek přibývá více tělesného tuku než u chlapců. U chlapců rostou spíše svaly, což berou jako pozitivní změnu. Kdežto dívky se vzdalují od ideálu krásy. Nejen fyzický vývoj ovlivňuje vnímání těla, ale i psychický vývoj. Dívky mají nižší sebevědomí, jsou si nejisté a mají nižší úctu k tělu než chlapci (Krch, 2004).

Barakat et al. (2023) ve své studii uvádí sexuální orientaci a genderovou roli, které mohou být taky rizikovým faktorem. Větší nespokojenost těla je u gayů a bisexuálních mužů než u heterosexuálních mužů. Ve srovnání mezi heterosexuálními jedinci a jedinci, kteří se řadí do LGBTQI+ skupin, je zvýšený rozvoj PPP u jedinců z LGBTQI+ skupin. Tito jedinci jsou vystaveni zvýšenému riziku patologie duševního zdraví včetně PPP, což zmiňuje ve své studii McGregor et al. (2023).

Dalším rizikovým faktorem je věk. Nejrizikovějším obdobím pro vznik PPP je období adolescence a časná dospělost (Papežová 2010, s. 38). Jak bylo výše zmíněno, v období puberty a dospívání se vyvíjí lidské tělo a podle Krcha (2004) až 35 % děvčat už ve věku třinácti let není spokojeno se svým tělem. U chlapců je to 13 %. Tedy už během puberty se mohou rozvíjet první příznaky PPP.

2.3.2 Rodinné prostředí

Na rozvoji PPP se může podílet i vliv rodiny. Pokud se u nejbližších příbuzných již vyskytlo onemocnění PPP, můžeme to považovat za rizikový faktor. Nejen výskyt PPP v rodině může mít vliv na jejich rozvoj u dalších členů rodiny, ale i nevhodné komentáře na postavu a váhu, diety v rodině, kritické komentáře na jídlo (Krch, 2004). Kocourková et al.

(2014) uvádí jako rizikové faktory ještě komplikované vztahy v rodinném prostředí nebo tlak, který rodiče vyvíjejí na dítě kvůli výkonu.

Zanedbávání, jak už citové, tak i fyzické, může vést k rozvoji PPP. Ve studii od Krug et al. (2016) bylo zjištěno, že u chlapců neměla výrazný vliv citová vřelost rodičů na rozvoj poruch příjmu potravy. Kdežto u dívek to bylo právě naopak. Nízká rodičovská citová vřelost byla spojena s bulimií. Pokud byli jedinci vystaveni nízké citové vřelosti spojené s nízkým sledováním jejich stravovacích návyků, byla zvýšena až pětkrát pravděpodobnost nespokojenosti s tělem a touhy po hubenosti.

V rodině se člověk učí stravovacím návykům a vytváří si vztah k jídlu. Dítě má vzor v rodičích a v tom, jak se oni stravují. Vliv na stravování má i ekonomická stránka rodiny. Atmosféra při stravování hraje pro dítě velkou roli. Zda se cítí u stolu přijato, zažívá radostnou a bezpečnou atmosféru či naopak se rodiče u stolu hádají, přinášejí kritické komentáře za jídlo nebo jídlem dítě trestají. Dítě je vhodné učit rovnováze mezi záměrným utlumováním touhy po jídlu a vyzdvihováním jídla nad ostatní aspekty života. Od rodičů by mělo mít vzor, že jídlo je třeba si vychutnat, vnímat potřebu hladu a vhodně na ni reagovat, bez starostí se najíst ve společnosti a jíst bez výčitek (Pipová et al. 2021, s. 22).

2.3.3 Osobnostní faktory

Mezi osobnostní rizikové faktory řadí Papežová (2010, s. 38) impulzivitu a perfekcionismus. Impulzivita je spojována s nedostatečnou kontrolou sebe samého a může to mít za následek rozvoj psychogenního přejídání či bulimie. U zvýšené míry perfekcionismu na sebe člověk klade vysoké požadavky a dodrží to, co si předsevzal. Tak to může být u rozvoje anorexie či bulimie, kdy si jedinec předsevzal, že zhubne nejvíc ze všech, aby byl nejlepší. Další faktory s těmito spojenými je nadměrná poslušnost a přizpůsobivost, úzkostnost, pochybování o sobě samém a nízké sebevědomí, vysoká sebekontrola, emoční labilita a sebekritičnost (Procházková a Ševčíková 2017, s. 15).

Barakat et al. (2023) ve své studii uvádějí možnou souvislost mezi rozvojem PPP a další psychickými onemocněními, liší se to podle druhu PPP. U mentální anorexie byla souvislost s obsedantně – kompulsivní poruchou, schizofrenií, autismem a klinickou depresí. Mentální bulimie korelovala nejvíce s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Dále zde uvádějí autoimunitní onemocnění jako Crohnova choroba, celiakie či diabetes typu 1 a 2 jako významnou souvislost se zvýšeným rizikem rozvoje mentální bulimie.

2.3.4 Negativní životní události

Negativní životní události poznamenají každého jedince. Mohou být taky jedním z rizikových faktorů vzniku PPP. U jedinců, kteří trpí PPP, se většinou nejedná o jednu negativní událost, ale o opakované traumatické zážitky. Často se může jednat o zážitky z rodiny jako hádky mezi rodiči, vleklý rozvod, obrovský tlak na výkon, problémy se sourozencem. Sexuální zneužívání je další traumatická událost, která může být rizikovým faktorem. Pokud se jedná o sexuální zneužití rodinným příslušníkem nebo spojené s násilím, riziko rozvoje PPP ještě více stoupá (Papežová 2010, s. 40).

Další negativní rizikovou událostí, kterou zmiňuje Kocourková et al. (2014), může být odloučení od své rodiny nebo přizpůsobování se cizí kultuře. Může se jednat o jedince, který odjel studovat nebo pracovat do zahraničí. Porucha příjmu potravy se v ten moment stává prostředkem, který tiší negativní emoce v zátěži. Papežová (2010, s. 43) uvádí jako rizikový faktor odloučení od rodiny v momentě, kdy se mladý jedinec osamostatňuje. Můžou se objevit u jedince jídelní patologie, které pak způsobí rozvoj PPP.

Mezi negativní životní zážitky můžeme zařadit pandemii Covid – 19, která postihla celou zemi. Proběhla řada výzkumů na duševní zdraví u dětí, adolescentů i dospělých během pandemie. Pandemie vedla k izolaci, pocitům samoty, více času stráveného na sociálních sítích, více stresu a narušení kontaktů. Ve studii od Spettigue et al. (2021) uvedlo 40 % respondentů, kteří trpěli PPP, pandemii Covid – 19 jako spouštěč jejich onemocnění. Taktéž tyto jedinci trpěli větší zdravotní nestabilitou a více jich potřebovali hospitalizaci než jedinců, kteří neuvedli Covid – 19 jako spouštěč. Podobné výsledky přinesla přehledová studie, která však konkretizuje, že se jednalo o vyšší nárůst mentální anorexie a atypické mentální anorexie (Pillai et al., 2023).

2.3.5 Rizikové prostředí

Někteří autoři zmiňují některé profese, které zvyšují riziko vzniku PPP. Jedná se o profese, kde je zdrojem obživy především štíhlé tělo jedince. Je to například modeling, balet, gymnastika. Je to spojeno s negativním vnímáním tvaru vlastního těla (Bencko a Tryfos, 2014). Papežová (2010, s. 44) však upřesňuje, že se většinou jedná o průřezové studie a nedá se s jistotou tvrdit, že tomu tak je. Avšak většinou tyto studie ukazují zvýšenou pravděpodobnost vzniku PPP u baletek, modelek či gymnastek. Tudíž pohybování se v prostředí, které se zaměřuje na štíhlost těla lze označit za významnou proměnnou.

2.3.6 Ideál krásy a média

Ideál krásy přináší do společnosti zejména média, která ovlivňují pohled na člověka a jeho sebehodnocení. Může u jedince budit přesvědčení, že štíhlost by měla být cílem každé dívky. Média tak mohou vyvolat u jedinců negativní sebehodnocení a srovnávání s ostatními dívkami (Kocourková et al., 2015). Pokud jedinec vidí na sociálních sítích příspěvky idealizovaného života někoho jiného ovlivňuje to jeho přemýšlení o sobě samém. V dnešní době je velmi snadné najít si jakékoli informace, ať už je to o vzhledu, hubnutí či příspěvky o tělu.

Z výzkumů vyplývá, že vyšší využívání sociálních médií předpovídá nižší tělesnou spokojenost (Jarman et al., 2021). Tayhan (2023) ve své studii dospěl k závěru, že závislost na sociálních médiích je spojena s vyšším rizikem PPP. I Mushtaq et al. (2023) dospěli k podobným závěrům, kde ještě upřesnili, že se jedná zejména o riziko vzniku mentální bulimie. Ideál krásy, který je spojený se štíhlostí je rizikovým faktorem pro negativní emoce a nespokojenost s vlastním tělem a taktéž s tím souvisí držení diet (Papežová 2010, s. 47).

Fyzický vzhled je součástí identity člověka. Je srovnáván s normou dané kultury, kde se jedinec nachází. Většinou jde o ideál štíhlosti, mládí a zdraví. Především ženy jsou vystavovány tomuto sociálnímu tlaku. Ženy jsou především svým vzhledem určovány, význam vzhledu je připomínán již v dětství a jsou na ně kladeny větší nároky než na muži. Často to může ale přesahovat hranice možného a přirozeného. Panenky Barbie jsou toho příkladem. U dítěte, které si s panenkou hraje, může se stát panenka a její tělo vzorem, který je ve skutečnosti nereálný (Pipová et al. 2021, s. 62).

2.3.7 Body mass index

BMI neboli body mass index, dříve označován jako Queteletův index, je jeden z indexů, díky kterému můžeme určit přiměřenost hmotnosti ve vztahu k výšce u jedince. Hodnota BMI se vypočítá jako hmotnost jedince v kilogramech děleno výškou v metrech na druhou (kg/m^2). Z daných hodnot se poté dá vyčíst, zda jedinec trpí podváhou, nadváhou či obezitou nebo má jeho hodnota je normální. U dospělých jedinců je normální hodnotou BMI 18,5 až 25. U dětí není vhodné určovat stejné hodnoty jako u dospělých, jelikož u dětí a dospívajících ještě nedošlo k ukončení růstu. Proto je vhodné BMI hodnotit pomocí percentilových grafů (Emel Önal, 2019).

BMI neurčuje přesné procento tuků v těle. Může nadhodnocovat tělesný tuk u sportovců či kulturistů, kteří mají více svalů. Ne vždy se dá s jistotou určit, zda jedinec s vysokým BMI

patří do rizikové skupiny. BMI přesně neurčí viscerální tuk, jenž je rizikovější pro jedince, protože sebou nese vyšší riziko patologických stavů. Ale stále se jedná o jednoduchou zjiřitelnost nadváhy či obezity u jedinců (Zierle-Ghosh a Jan, 2023).

Dle studií Mikheeva (2019) a Escolar-Llamazares et al. (2023) se u jedinců se zvýšeným BMI, vyskytuje vyšší riziko vzniku poruch příjmu potravy. Jedinci mají nadváhu či obezitu a často nejsou spokojeni se svým vzhledem, což může vést k dietám a různým kompenzačním chováním, která mají dovést jedince ke spokojenosti se svým vzhledem. Pak se může stát, že jedinec sklouzne k nevhodným stravovacím návykům a rozvine se u něj porucha příjmu potravy. I D. Brewerton a Baker Dennis (2014) ve své publikaci uvádějí vyšší BMI jako rizikový faktor PPP.

Vyšší BMI v dětství může být spíše rizikovým faktorem pro rozvoj mentální bulimie či záchvatovitého přejídání. Na druhou stranu i výrazně nižší BMI v dětství může představovat rizikový faktor pro rozvoj mentální anorexie (Barakat et al., 2023).

2.4 Poruchy příjmu potravy u dětí a adolescentů

Poruchy příjmu potravy patří mezi psychická onemocnění, která se mohou rozvinout u dětí až po dospělé. Nejčastěji se PPP vyskytuje u adolescentů a mladých dospělých, ale výjimkou nejsou ani děti či starší dospělí. Jde o třetí nejčastější psychické onemocnění v době dospívání, jeho úmrtnost je dvakrát vyšší v porovnání s ostatními psychickými onemocněními a až desetkrát vyšší ve srovnání se zdravou populací. Až 40 % jedinců trpící PPP trpí taktéž sebepoškozováním, 49 % afektivní poruchou nebo 35 % příznaky obsedantně kompulzivní poruchy (Papežová et al. 2018, s. 136).

Již od narození se formují stravovací návyky a vztah k jídlu. Novorozenec hledá prs matky, aby uspokojil mlékem nejen hlad, ale i potřebu bezpečí a blízkosti. Jídlo je spojováno s pocity pohodlí, něhy a lásky. Tím, jak matka dítě krmí, se posiluje kontakt a emocionální vztah a dítě si všímá, jak se matka chová, když dítě prosí o nakrmení. Dítě se postupně učí stravovacím návykům, jak vhodným, tak nevhodným a vytváří si vztah k jídlu. V české kultuře mezi nevhodné návyky lze zařadit jídlo ve spěchu, hladovění přes den, nezdravá tučná jídla (fast food), nepravidelnost v jídelníčku, požívání nevhodných jídel během sledování televize (Pipová et al. 2021, s. 21).

Abychom se lépe orientovali a pochopili PPP u dětí a adolescentů, je zde krátká charakteristika těchto vývojových období.

2.4.1 Školní věk

Při vstupu do školy přichází u dítěte významná životní změna a s ní vstup do vývojové etapy školního věku. Školní věk je dále rozdělen do dvou etap, období mladšího školního věku a období staršího školního věku. Období mladšího školního věku je ve věku od 6 do 11 let a je někdy označováno také jako období prepubescence. Starší školní věk se udává od 12 do 15 let a označováno je jako období pubescence (Šimíčková – Čížová a kol., 2010, s. 105).

Mladší školní věk začíná nástupem dítěte do školy. Jedná se o významnou životní změnu, kdy dítě dosahuje takové úrovně zralosti, aby bylo schopné zvládnout školní nároky. Dítě získává novou sociální roli žáka a učí se základům vzdělanosti jako je psaní, čtení a počítání. Škola ovlivňuje rozvoj osobnosti dítěte a projeví se v prožívání zbytku dětství a v sebehodnocení (Vágnerová, 2012, s. 254-255).

Toto období je na rozdíl předešlého období emocionální stability. Charakteristické je relativní vyrovnanost a harmonií. Rozvíjí se emoční inteligence a školák lépe rozumí svým pocitům i emocím druhých. Vytváření a přijímání genderové identity se objevuje v mladším školním věku. Školák si uvědomuje rozdíly mezi muži a ženami. Je pro něj důležité patřit do skupiny či party (Pugnerová a kol., 2019, s. 47-48).

Významnou roli zde hraje socializace. Ve školním věku se žák připravuje na život ve společnosti. Dítě začíná rozvíjet vztahy mimo rodinu, jak s učiteli, tak i se svými vrstevníky. Rodina hraje stále důležitou roli v mladším školním věku. Rodina je emočním zázemím a oporou, kde se uspokojuje většina potřeb dítěte. Vztahy dítěte k rodičům jsou stále silné. Rodiče často berou školu jako místo učení a výkonu, kde se potvrzuje kvalita dítěte. Proto se může stát, že na dítě vyvíjejí tlak na výkon a přihlásí jej do spousty kroužků, aby zajistili pro dítě dobrou budoucnost. Může pak docházet k přetížení dítěte a školní úspěšnost se pro dítě potvrzením toho, že je dost dobré (Vágnerová, 2012, s. 311-316).

Starší školní věk je označován za jedno z nejsložitějších a nejnáročnějších období. Dochází zde ke konfliktům a vzdoru vůči rodičům, kdy si dospívající s rodiči nerozumí. Výraznou změnou je tělesné dozrávání, kdy se mění tělo dospívajícího. Přichází hormonální změny, které přispívají ke změnám emočního prožívání. Důležitým mezníkem, kterým končí toto období, je ukončení povinné školní docházky, kdy přichází k určování profesního směřování žáka (Pugnerová a kol., 2019, s. 71).

Dospívající hledá svou vlastní identitu, kam patří, jakou zaujímá roli a postavení. S tím souvisí skupinová identita. Pro jedince je důležitá vrstevnická skupina, kde řeší podobné

problémy a sdílí podobné hodnoty a způsob života. Přichází snaha se distancovat od rodiny, rodiče už ti, ke komu dospívající vzhlíží. Začíná vidět rozdíly v názorech a chování mezi rodiči a přátel, proto začne své rodiče kritizovat, vytýkat jim nedostatky a zavrhuje jejich kontrolu, protože má pocit, že on má vše pod kontrolou (Pugnerová a kol., 2019, s. 78-79).

Starší školní věk provází tělesné dospívání, z dítěte se stává člověk schopný reprodukce. Dochází k pohlavnímu dozrávání a hormonálním změnám. Projevuje se to růstem, změna proporcí, u dívek růst prsou, příchod menstruace, růst ochlupení, u chlapců to je rozvoj svalů, růst ochlupení a mutace hlasu. Dívky většinou dospívají dříve, více se zaměřují na změny svého těla a intenzivněji to prožívají. Může to vést ke ztrátě sebejistoty a sebevědomí (Vágnerová, 2012, s. 373-374).

2.4.2 Adolescence

Adolescencí je označováno období ve věku od 15 do 20 let. Jedná se o přechod od dítěte k dospělému. V tomto období se dokončuje tělesný růst, nabývá plná reprodukční zralost a začínají hlubší partnerské vztahy. Oproti předešlému období emoční prožívání se uklidňuje a přichází optimističtější postoje. Dochází k řadě komplexních psychosociálních změn. Významným přelomem je dokončení přípravy na profesi, následující vstup do zaměstnání či pokračování ve studiu (Vágnerová, 2012, s. 370-371).

Adolescent stále hledá vlastní identitu. Toto období mu poskytuje čas, aby porozuměl sám sobě, ujasnil si, čeho chce dosáhnout v budoucnu a postupně se osamostatňoval. Přicházející proměny působí u jedince pocity nejistoty, s níž se musí v tomto období vyrovnat. Sebehodnocení jedinců klesá, zvyšuje se kritičnost vůči sobě samému. Mnoho z nich nejsou schopni objektivně posoudit svůj zevnějšek, svou váhu ani výšku (Vágnerová a Lisá, 2021, s. 446-449).

Tělesný vzhled se velmi odráží v identitě adolescenta, ze vzhledu získává pocit jistoty zejména ve vztahu k opačnému pohlaví. Pokud není spokojen se svým vzhledem, bude mít nižší sebedůvěru. Ve vzhledu hledá jedinec svoji hodnotu. Postava je spojena s výživou, což pak může projevit ve vztahu k jídlu a přejít k poruchám příjmu potravy (Vágnerová a Lisá, 2021, s. 384-385).

2.4.3 Děti, dospívající a poruchy příjmu potravy

Strava má důležitý význam v roli člověka, jak uvádí i Papežová (2010, s. 134-135). Již od narození patří k základním potřebám jídlo. Postupně se v životě dítěte objevuje období negativismu, kdy všechno odmítá, a to včetně jídla. Pokud rodič začne dítě nutit do jídla a jídlo

se stává nástrojem citového vydírání a manipulace, může to způsobit vytváření nevhodných stravovacích návyků. Až 28 % dětí do věku 6 měsíců má problémy s jídlem.

V dětství se může vyskytnout infantilní ruminační porucha, která se projevuje návratem spolknuté potravy zpět do úst, opětovným žvýkáním a znovupolykáním potravy, což je doprovázeno pocitem libosti. Většinou se porucha objevuje u mentálně retardovaných dětí, deprivovaných dětí, u dětí z dysfunkčních rodin. Syndrom pika se u dětí projevuje zvrácenými chutěmi, kdy dítě pojídá nejedlé látky. Bývá to škrob, hlína, vlasy, výkaly apod. Může vést až k otravě kovy, infekci a ucpaní střev. Další poruchy, které se mohou objevit u dětí je syndrom pervazivního odmítání potravy nebo syndrom vybíravosti v jídle (Papežová, 2010, s. 135).

V dětském věku je mnohem náročnější diagnostikovat PPP než u dospělých. Průběh PPP u dětí provází odlišnosti a nedají se použít stejná kritéria diagnostiky jako pro dospělé. Například u mentální anorexie je jedno z kritérií ztráta menstruace, což u dětí, které ještě nemají menstruaci, nelze použít. Proto je vhodné znát předchozí stav a vývoj dítěte. Někdy prvotní příznaky PPP mohou u dětí unikat pozornosti, protože zastavení růstu a váhy je v některých vývojových obdobích normální. Nutriční stav u dětí a adolescentů se nejlépe vyhodnotí pomocí antropometrických vyšetření a percentilových grafů (Papežová et al., 2018, s. 136-137).

PPP může začít v rámci změn v dospívání. Snaha přizpůsobit se vrstevníkům, experimenty s různými životními styly, kritika týkající se vzhledu, psychická zátěž k tomu mohou přispět. Zpravidla se jedná ze začátku o snahu zredukovat příjem potravin vynecháním tučných a sladkých jídel. Spolu s tím se začnou vyskytovat psychické změny jako depresivní příznaky, emoční labilita, zhoršené soustředění. Dospívající se začne zaobírat až moc jídlem, kontroluje jídelníček ostatních členů v rodině, odmítá jíst s ostatními, jí pomalu a šťourá se v jídle (Papežová et al., 2018, s. 137).

Procházková a Sladká Ševčíková (2017, s. 33) uvádějí poruchy příjmu potravy jako něco, čím nemocný sděluje nějaký příběh. Žijeme v prostředí, kde se neustále naháníme za ideálem krásy, touha po kráse, štíhlosti, mladosti a dokonalosti žene lidi až k překročení svých hranic. Ve společnosti je nedostatek pochopení pro hodnotu a výjimečnost každé lidské osoby a nedostatek láskyplných vztahů. Často se u nemocných PPP jedná o víc než touhu po dokonalém těle. Skrývá se za tím mnohem hlubší věci. Nejistota, strach z nepřijetí od druhých, sebekritika, nízké sebevědomí, rodinná krize, nenávisť k sobě, touha po lásce a přijetí, volání o pomoc spojená s neschopností ji přijmout apod. Nemocný si tyto pocity

neuvědomuje, nechce si je připustit a PPP je pro něj pomocníkem ke zvládnání. Jídlem a stravováním začne jedinec řešit své problémy.

Potřeba jídla je ovlivněna psychosociálně. Vágnerová (2002, s. 229) popisuje jídlo nejen jako prostředek k uspokojení hladu, ale i jako zdroj slasti, náhražka ve chvílích stresu, kompenzace přijetí a lásky, pomocník při emoční zátěži apod. Strava se stává odměnou, únikem nebo způsobem komunikace. U lidí se objevuje hlad fyzický a hlad emocionální. Rozdíl mezi nimi je takový, že fyzický hlad po nasycení mizí, zatímco u emocionálního hladu nemizí, a ještě se k němu objevuje vina a stud.

2.4.4 Důsledky poruchy příjmu potravy

U dětí a dospívajících jsou důsledky ještě závažnější než u dospělých. PPP zasahují do vyvíjejícího se organismu a mohou způsobit celoživotní důsledky. Následkem PPP může být menší vzrůst, poruchy štítné žlázy, porucha imunity, osteoporóza a porucha termoregulace. Díky zvracení se objevuje větší kazivost zubů a poškození zubní skloviny. Vyskytují se bolesti břicha, anémie, dochází k dehydrataci, arytmiie a může to vést až k zástavě srdce. Častými jsou lámavé nehty a vlasy, může se vyskytnout lanugo (Papežová et al., 2018, s. 140-141).

Ani poruchy menstruačního cyklu nejsou u pacientek s PPP nic neobvyklého. Ženské tělo je naprogramováno na reprodukci a mateřství, je to jedna z nejvýznamnějších úloh ženy. Lidská tuková tkáň je důležitá pro tvorbu estrogenů, což je jeden z pohlavních hormonů. Procentuálně by mělo být tukové tkáně v lidském těle minimálně 23,5 % tělesné hmotnosti. Bylo prokázáno, že mezi hmotností a poruchou menstruačního cyklu existuje korelace. Jedno z diagnostických kritérií u mentální anorexie je amenorea. Pokud nastane u dívek s PPP před dosažením pohlavní zralosti, hrozí velké narušení menstruačního cyklu a celoživotní následky. Amenorea často přetrvává nějaký čas i po vyléčení PPP či nabrání tělesné hmotnosti. Ztráta menstruace a poruchy menstruačního cyklu mohou u žen vést až neplodnosti (Papežová et al., 2018, s. 231-234).

S mentální bulimií souvisí přejedení. Krch (2008, s. 35-36) uvádí v důsledku přejedení nepříjemné pocity plnosti, které mohou vést k zástavě dechu. Často se přidává nevolnost, plynatost, zácpa v důsledku zpomalení funkce střev či naopak průjem. Nedostatečně bohatá strava poškozuje játra, která pak vyrábí nedostatek tělesných bílkovin, což vede k otokům. Celková imunita nemocného je oslabena. Hladovění trvající dlouhou dobu nebo jednostranná strava či až podvýživa způsobují vždy tělesné a psychické trápení.

Papežová (2010, s. 138) taktéž zmiňuje opoždění puberty. Adolescenty nemoc zasáhne v jejich procesu dospívání a osamostatňování, které je odsunuto na druhou kolej. Neumožní mu objevovat a experimentovat ve věcech typických pro toto vývojové období, kdy si díky tomu utváří vlastní identitu. Onemocnění zasahuje nejen oblast fyzickou a psychickou, ale i sociální. Někdy může být těžké se vrátit do společnosti mezi své vrstevníky. Následky PPP se neobjeví jen u dítěte či dospívajícího, ale postihnou celou rodinu. Často se stává, že celá pozornost je v rodině směřována k nemocnému a ostatním sourozencům se dostává minimální pozornosti.

PPP sebou nesou i zhoršení psychického zdraví. Nemocný prožívá úzkosti spojené se vzhledem a stravou. Své myšlenky upíná jen ke svému vzhledu a jídlu, díky čemuž se přestává zajímat o okolí. Žije neustále v nervovém napětí, což může být spojeno i s fyzickými těžkostmi. Pocity úzkosti u některých nemocných vedou až k sebepoškozování nebo užívání alkoholu či drog. Dochází ke zhoršení pozornosti, pracovního tempa a ke zhoršení výsledků ve škole. Podrážděná nálada, pocity studu a viny a napětí sebou nese nerušení sociální vztahů. Dochází k nedorozuměním a k utajování problémů (Krch 2008, s. 40-41).

Mentální anorexie má mnohem vyšší úmrtnost než mentální bulimie. Mentální anorexie se stává velmi závažným somatickým stavem, ve kterém ženy často dlouho zůstávají, což může vést až ke smrtelným stavům. Příčinou smrti se u pacientů s PPP uvádí většinou kardiovaskulární selhání či sebevražda. Ovšem příčina smrti vždy není zcela zřejmá. Jen málokdy je v médiích ukázáno, jak extrémně štíhlé modelky zkolabují přímo na molu. Málokdy se objeví v médiích, jaká rizika sebou nesou PPP. Proto se často společnost ani netuší, co všechno se v těle děje při onemocnění PPP (Stárková, 2009).

2.4.5 Léčba poruch příjmu potravy

Všimnout si, že se s dítětem něco děje a začít mít podezření na poruchy příjmu potravy, může rodič či pedagog. V této chvíli je důležité se správně zachovat. Je třeba myslet na to, že PPP je duševní onemocnění, které vede ke lhaní, popírání problémů a většinou si nemocný nechce přiznat, že je něco špatně. Je třeba být v komunikaci opatrný a promluvit si o obavách a pocitech s nemocným. Dále nabídnout pomoc, oporu a pokud má podezření na PPP u dítěte pedagog, měl by dát vědět rodičům dítěte. Může se stát, že dítě odmítne spolupracovat, nic nepřizná, v tomto momentě je možné se poradit v organizacích, které se věnují dané problematice, jak dále postupovat. Je třeba myslet na to, že nemocný si většinou sám nepomůže, riziko poškození organismu je u PPP vysoké, a proto je třeba jednat co nejdříve (Švédová a Mičová, 2010).

Jelikož jsou poruchy příjmu potravy multifaktoriální onemocnění, je důležité i během léčby zajistit multidisciplinární přístup. Jedná se o spolupráci praktického lékaře, psychologa, pediatra, gynekologa, nutričního specialisty, psychiatra atd. Terapeutických přístupů a metod je více a nedá se posoudit, kterou se dosáhne největší účinek. K nemocnému by se však mělo přistupovat individuálně a vytvořit takový plán léčby zaměřený na jeho problémy a potřeby (Švédová a Mičová, 2010).

V porovnání s dospělými nemocnými, u kterých se léčba zakládá na motivaci a dobrovolnosti, tomu tak u dětí a dospívajících být nemusí. Většinou se mladí nemocní léčbě brání a vzdorují jí. Musí být stanovena jasná pravidla a jejich důsledné dodržování. Je důležité, na rozdíl od léčby u dospělých, spolupracovat v rámci terapie nejen s nemocným ale i s jeho rodiči. Rozhodnutí o hospitalizaci nebo o ambulantní péči je při léčbě důležitá otázka. Jsou daná medicínská, psychosociální a psychoterapeutická kritéria, která rozhodují, zda je potřebná hospitalizace dítěte (Papežová 2010, s. 138-139).

Pro mladší pacienty, kteří mají malou míru motivace k léčbě je vhodnější hospitalizace. Nemocný je mimo domácí prostředí obklopen kvalifikovaným zkušeným personálem, kteří se orientují v problematice PPP u dětí. Odborníci jsou zodpovědní za zvládání nevhodného chování u dětí a dospívajících a postupně je učí, jak přebírat tuto zodpovědnost na sebe a ovládat své emoce a chování. Děti se učí správným stravovacím návykům, docházejí na psychoterapeutické aktivity a postupně se přibližují k dosažení žádoucího jídelního režimu a tělesné hmotnosti (Papežová 2010, s. 139).

Papežová (2010, s. 139) řadí mezi hlavní psychoterapeutické metody kognitivně behaviorální terapii, rodinnou terapii, individuální terapii, psychoedukaci a nutriční poradenství. Kognitivně behaviorální terapii popisují Švédová a Mičová (2010) jako souhrn různých přístupů, např. psychoterapie zaměřená na sebedůvěru, posilování sociálních dovedností, trénink komunikace. Rodinná terapie je zaměřena na celou rodinu nemocného, a zvláště u dětí je důležitou součástí úspěšné léčby. Psychofarmaka jsou až druhořadé v léčbě, jejich úkolem je zmírnit stavy úzkosti. Na PPP neexistují léky.

Pro podporu a motivaci pacienta a jeho rodiny může být navštěvování svépomocných skupin. Zabráňují sociální izolaci a poskytují včasnou nabídku pomoci. Nemocní mohou využívat taktéž sociálních služeb, které jim pomáhají se sociálními problémy. Jelikož se nemocný většinou během nemoci uzavře do sebe, omezí kontakty a izoluje se, dlouhodobě to může být problémem pro schopnost tvoření vztahů a sociální adaptaci. Sociální začleňování

je důležitá součást léčby. K pravidelnému stravování a správné výživě se věnuje nutriční poradenství, které má být součástí léčby PPP. Nutriční terapeut pomáhá nemocnému hledat chyby ve stravování, zhodnocuje jeho nutriční stav, přináší informace, jaké potraviny jsou vhodné zařadit a pomáhá plánovat, jak a kdy pacient bude jíst (Krčh a Švédová 2013, s. 26).

Cílem uzdravení je dosažení uspokojivé úrovně fyzických, psychických i sociálních změn a vytvoření a udržení vhodných jídelních návyků, které nevedou ke snižování hmotnosti. Někdy mohou vzorce chování stále přetrvávat, až v 50 % případů, ale je důležitá prevence relapsu. S relapsem je vhodné počítat a připravit se na něj, je to přirozená součást léčby. Neznamená, že se celkově nemoc vrátí zpět, jen se mohou objevit některé příznaky. Mezi prevencí lze zařadit udržování žádoucí váhy, dodržování vhodného stravovacího režimu a pohybového režimu, naučit se zvládat stres a naučit se vážit si svého těla a zdraví (Krčh a Švédová 2013, s. 27).

Pro nemocného a jeho rodinu je léčba poruch příjmu potravy náročnou a většinou dlouhou cestou, na kterou není jednoduché nalézt motivaci a udržet si rozhodnutí vyléčit se. Důležité je přistupovat k léčbě v rámci efektivního multidisciplinárního přístupu, kdy jsou průběhu léčby zapojeni profesionální odborníci z mnoha oblastí, jak fyzického, tak duševního zdraví. Důležitá je podpora rodiny a nalezení porozumění a empatie u druhých (Pipová et al. 2021, s. 163). Cílem léčby je vyléčení tělesných obtíží a podvýživy, terapie zaměřená na pochopení příčin onemocnění a psychoterapie zaměřující se na vytvoření zdravých stravovacích návyků a celého životního stylu pacienta. Výsledkem léčby je pacient, který přijímá svou postavu a váhu, pohlíží na sebe v pozitivním smyslu, ve stravě spatřuje potěšení a jeho vztahy došly obnovení (Švédová a Mičová, 2010).

2.5 Prevence poruch příjmu potravy

Zdraví je řazeno mezi největší hodnoty, které člověk má. Proto je důležité si jej chránit, pečovat o něj a připomínat si hodnotu vlastního zdraví. Prevence a její opatření mají za úkol chránit zdraví a pomáhat předcházet onemocnění. Rozlišuje se primární prevence, sekundární prevence a terciální prevence. Dále se dá prevence dělit na univerzální, selektivní a indikovanou prevenci. Univerzální prevence se zaměřuje na všechny skupiny jedinců a podporuje obecné zdraví všech. Selektivní prevence je zacílena na skupiny jedinců, u kterých se objevuje vyšší riziko vzniku onemocnění, například u poruch příjmu potravy to mohou být ženy. Indikovaná prevence je ještě více zaměřena na danou oblast. Oproti programům selektivní prevence,

programy indikované prevence mohou nabízet pomoc jedincům s bojem proti onemocnění a snaží se o zmírnění příznaků onemocnění (Pipová et al. 2021, s. 110-113).

Primární prevence PPP by měla začínat především v rodině při výchově, dále pak ve společnosti se zaměřením na působení různých vlivů a kulturu stravování. Je vhodné se zaměřit na sebehodnocení dětí, protože je často ovlivněno médii a kulturními vzory. Primární prevence má zabránit vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy. U sekundární prevence je podstatné najít ohrožené skupiny, ať už to jsou děti s obezitou, děti dodržující diety či je provází hubnutí kvůli somatickému onemocnění, děti navštěvující zájmové kroužky zaměřené na vzhled a kontrolu váhy apod. a pracovat s nimi. Úkolem terciální prevence je zabránit návratu se k nemoci a obnovit plné zdraví jedince a zamezit přenosu špatných stravovacích návyků na další generaci (Papežová et al., 2018, s. 357-358).

Tou nejdůležitější rolí v prevenci zastupují rodiče. V předškolním věku se začínají vytvářet u dítěte základní hodnoty a postoje, proto je důležité podporovat dítě ve zdravém sebevědomí a vytváření vhodných stravovacích návyků. V adolescenci se pak hodnoty dotváří, což je pro vznik PPP kritické období. Je důležité pomáhat dítěti vytvářet zdravý obraz o sobě samém založený na jiných hodnotách, než je vzhled a váha (Papežová et al., 2018, s. 144). Papežová (2017) dále uvádí vytváření prostoru pro dospívajícího, aby se sám mohl rozhodnout a nesl za to i případné následky, respektovat jeho názory, budovat důvěru a otevřeně s ním komunikovat. Omezování či zakazování něčeho není považováno za účinné. Je potřeba dítě naučit bezpečnému chování, schopnost hodnotit a srovnávat podle hodnotového žebříčku.

Kvalitní primární prevence je v dnešní době stále více náročnější z hlediska zvýšeného mediálního vlivu. Mladí vidí na obrazovkách a sociálních sítích dokonalá štíhlá těla, návody na to, jak zhubnout a jak dosáhnout ideálu krásy. Dívky, které nejsou pak spokojené se svou vlastní postavou, začnou držet nesmyslné diety, které jsou komerčně ale výnosné. V reklamách se objevují na první pohled nevinné nabídky, ale jsou to skryté hrozby, jako například Bebe dobré ráno – energie na celý den nebo reklamy, kdy se čokoládou vyřeší problém. Je proto těžké proti tomu bojovat a přinášet kvalitní obsah prevence PPP (Papežová et al., 2018, s. 359).

Prevence dle odborníků musí mít komplexní rámec, často se v zahraničí setkali s negativními vlivy preventivních opatření. Proto preventivní program, který by měl dlouhodobý vliv na děti a adolescenty, je v této oblasti vzácný. Při prevenci alkoholu a drog většina lidí přijímá fakt, že jsou drogy a alkohol pro lidské tělo, zvláště pro děti, škodlivé.

U PPP je obtížnější toto tvrzení zargumentovat, jelikož je štíhlá postava spojena se zdravým životním stylem, strachem z obezity a s úspěšností (Papežová et al., 2018, s. 359).

Pipová et al. (2021, s. 115) uvádějí několik bodů, které by měly obsahovat preventivní programy PPP, které jsou zaměřeny na děti a dospívající. Především se jedná o mediální gramotnost, rozvíjení sebeúcty a vlastní identity, podpora přiměřeného přístupu k pohybu a stravě, rozvíjení zvládacích strategií, upozornění na tlak být štíhlý ve společnosti a jaké následky a rizika to sebou nese. Mohou se využít i programy zaměřené na pozitivní vnímání svého těla a sebeúcty. Tyto programy se zaměřují na rizikové faktory, které jdou změnit a na protektivní faktory, které lze posílit.

2.5.1 Prevence ve škole

Jak bylo zmíněno výše, primárně by měla probíhat prevence v rodině. Ale ani ve škole by neměla být opomíjena. Děti tráví ve škole spoustu času, i zde si osvojují hodnoty a postoje. Pedagog svým chováním působí na žáky a může ovlivnit to, co rodiče nezvládli. Nejde pouze o to předávat a zastrašovat žáky tím, jaká jsou rizika PPP a co by se mohlo stát. Pedagog má vést žáky k rozvoji zdravého sebevědomí a sebepřijetí, zvládnutí negativní emoce, umět se rozhodnout, ověřovat si informace a rozvíjení kritického myšlení (Švédová a Mičová, 2010, s. 14-15).

Důležité je v prevenci, aby nebyl u žáků podporován strach z obezity nebo některých potravin. Pedagog může upozornit žáky na nevhodné stravovací návyky, ukázat jim zdravé jídelní návyky a sám být příkladem, protože žáci jsou všímaví na své okolí a jejich chování, tím probíhá prevence obezity. Je podstatné se zaměřit na mediální stránku, ukázat žákům, že ne všechny fotografie zveřejněné na sociálních sítích, v časopisech jsou reálné, často upravené nebo vyretušované (Procházková a Ševčíková 2017, s. 48).

Je důležité se zaměřit na sociální klima ve třídě, jak uvádějí Švédová a Mičová (2010, s. 15). Žáci se potřebují ve třídě cítit příjemně, prostředí by mělo napomáhat jejich osobnímu zdravému růstu a sebedůvěře. Učení žáků sebepoznání, skupinové práci a jak pracovat se stresem, kritikou či neúspěchem je další preventivní opatření, tak jako učení se asertivitě, řešení konfliktů a umění se prosadit. U pedagoga nejde pouze o to, aby měl teoretické znalosti a odbornost v této oblasti, ale aby měl i pozitivní přístup k této problematice.

Je velká pravděpodobnost, že ve škole si učitel jako první všimne příznaků poruch příjmu potravy. Pokud je zachytí včas a začne to s žákem řešit, může předejít rozvoji PPP. Proto by měl znát základní projevy PPP a jakmile vyzpozoruje prvotní příznaky, začít tuto situaci řešit

s metodikem prevence, školním psychologem, rodiči žáka. Hlavní projevy, kterých si učitel může všimnout je změna hmotnosti, izolace žáka, ztráta zájmů, zvýšený pohyb, velký důraz na vzhled, změny ve stravování, zhoršení zdravotního či psychického stavu (Procházková a Sladká Ševčíková 2014, s. 49).

Poukazování na duševní zdraví jako na důležitou složku zdraví je úkol pedagoga. Není vhodné stigmatizovat nebo vytvářet negativní postoj k psychologické či psychiatrické pomoci, pokud člověk sám nezvládá životní situaci. Využití pomoci neznamená vlastní selhání nebo selhání rodiny. Pedagog má ukázat a nasměrovat žáky, kam se můžou v případě potřeby obrátit a vyhledat pomoc (Kocourková et al., 2014).

2.5.2. Preventivní programy

Zapojení se do preventivních programů a léčby PPP lákají lidi, kteří sami mají problém s PPP. Jednodušší je pro ně poradit druhým lidem než měnit své vlastní návyky. Ovšem není vhodné, aby lektor preventivního programu měl viditelnou podváhu, protože u nemocných to může vyvolávat opět touhu zhubnout než poslechnout rady, které jim lektor dává. Děti se především učí nápodobou, tedy tím, co vidí. I adolescenti, kteří jsou sami sebou nejistí a až přehnaně kritičtí k sobě, podlehnou lehce okolí a jeho tlaku (Papežová et al., 2018, s. 360).

Preventivní programy, které jsou účinné, zahrnují osobnostní a psychosociální podporu, zmiňuje Papežová et al. (2018, s. 360-361). Obsah programu je zaměřen na zvládání negativních emocí, podpora zdravého sebevědomí, sebedůvěry, copingové strategie, ukazují realitu sociálních sítí apod. Neúčinné je pouze předávání teoretických informací o rizicích, které PPP přinášejí. Pozor by se mělo dát i na neodborné preventivní programy obezity, které mohou vést k negativnímu vnímání svého těla vyvěšením hmotnostních tabulek na nástěnkách poznámkami k hmotnostnímu výkyvu během dospívání.

Papežová et al. (2018, s. 362) taktéž uvádí důležitou oblast v preventivních programech, na kterou je třeba cílit, což je internet. Tráví na něm až 90 % studentů ve věku 12–20 let, kde se více než polovina z nich ujišťuje o svých hodnotách, normách a názorech. Technologie se neustále rozvíjejí, proto je potřeba se tomu přizpůsobovat. Tak jako dříve byly často navštěvované weby se články, nyní je to spíše zaměřeno na krátké příspěvky ve formě fotografií a kratšího textu, případně krátkých videí. Síla preventivních programů spočívá v tom, že dokážou zasáhnout nejen žáky ve škole, ale i mimo ni. Programy, které jsou efektivní, mají k dispozici profesionální podporu za pomoci online chatů, moderní design webových stránek

a sociálních sítí, nabízí interaktivní prvky, hry, diskusi s ostatními účastníky. Velmi podstatné je zachování anonymity a uchovávání dat, proto jsou tyto programy využívány nemocnými.

Na školách je primární prevence realizována díky metodikovi prevence, který by měl mít za sebou absolvováno 250hodinové studium. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) schválilo v roce 2013 Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování (Papežová et al., 2018, s. 365 a MŠMT, 2024). Díky tomu mohou školy nalézt na stránkách MŠMT seznam certifikovaných školské primární prevence, který bývá pravidelně aktualizován. Z poslední aktualizace, která proběhla v únoru 2021, lze v rámci prevence PPP zmínit certifikované organizace jako ACET ČR z.s., Centrum podpory zdraví, z.ú., Prev-centrum z.ú., Podané ruce o.p.s. a další (MŠMT, 2024).

Za zmínku taktéž stojí projekt Healthy and free, který byl založen za pomoci neziskové organizace E-clinic z.ú., který cílí především na dospívající a dospělé, u nichž je se objevují rizika a obtíže z oblasti PPP. Na webovém portálu lze nalézt odborně-naučné články, metodické materiály a postupy pro rodiče i pedagogy, nabídka workshopů, přednášek či konzultací (Papežová et al., 2018, s. 366 a Healthy and free, 2015). Pro mladší cílovou skupinu je vytvořena metodika Zipyho kamarádi a Jablíkovi kamarádi. Jedná se o metodiku pro práci s dětmi ve věku 5-7 let a zaměřuje se na pocity, emoce, komunikaci, vztahy, řešení konfliktů, vyrovnává se se změnou, umět si říct o pomoc. To pak vede k vytvoření protektivních faktorů k snížení PPP v dětství a dospívání (Papežová et al., 2018, s. 368 a Zipyho kamarádi, 2019).

V rámci prevence lze taktéž jedince odkázat na internetové stránky, kde mohou nalézt pomoc, ať už ve formě článků nebo využitím anonymního chatu. Centrum Anabell je jednou z možností, kde může jedinec najít pomoc. Centrum Anabell nabízí odbornou pomoc a podporu osobám s poruchou příjmu potravy a jejich rodinám. Lze zde najít bezplatnou anonymní telefonní linku, internetové poradenství, nutriční poradenství, ale dá se využít i osobního poradenství, které v kontaktních centrech Anabell (Centrum Anabell, 2024). Další službou může být Linka bezpečí, kde jedinec najde pomoc ve formě článků, ale taktéž může využít poradenství přes telefon, chat či email (Linka bezpečí, 2024).

Jelikož PPP se řadí do duševních onemocnění, je třeba myslet především na duševní zdraví jedince. V tomto případě lze odkázat na neziskovou státní organizaci Nevypusť duši, která má snahu o šíření prevence v péči o psychiku, přinášení ověřených informací a snaha o prosazení systémových změn v oblasti péče o duševní zdraví. Webové stránky obsahují

články, infografiky, videa, pracovní listy k vyplnění. Nabízejí programy pro středoškoláky, vysokoškoláky, vyučující s názvem Duševní zdravotní péče (Nevypusť duši, 2024).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Hlavní cíl:

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda mají vybrané faktory u žáků, jako je informovanost, pohlaví, BMI a věk, souvislost s rizikem vzniku poruch příjmu potravy.

Dílčí cíle práce:

1. Popsat a vyhodnotit jednotlivé položky ze sesbíraných dat.
2. Ověřit, zda existuje souvislost mezi BMI žáků a jejich pohlavím.
3. Zjistit, zda je rozdíl mezi znalostmi žáků základních škol a žáků středních škol.
4. Zjistit, zda se žáci setkali s problematikou poruch příjmu potravy ve škole.

3.1 Metodika studie

Pro dosažení stanovených cílů byl zvolen kvantitativní přístup ke zkoumání, konkrétní metoda ke sběru dat byl použit dotazník a data byla vyhodnocována pomocí statistického testu chí-kvadrát test.

Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor byl stanoven záměrným výběrem. Byl tvořen dětmi ve věku 11 až 20 let, které navštěvují základní či střední školu. Se spoluprací souhlasily dvě základní školy a čtyři střední školy. Jednalo se o školy nacházející se ve zlínském kraji. Z celkového počtu 356 vyplněných dotazníků, odevzdalo dotazník 167 žáků základní školy a 189 žáků střední školy. Jednalo se o 188 dívek a 168 chlapců.

Tabulka 3. Počet respondentů dle pohlaví a školy, kterou navštěvují

ŠKOLA N (%)	POHLAVÍ		CELKEM N (%)
	dívka N (%)	chlapec N (%)	
základní škola	84 (50,3)	83 (49,7)	167 (100,0)
střední škola	104 (55,0)	85 (45,0)	189 (100,0)

(Zdroj: vlastní výzkum)

Nástroj ke sběru dat

Ke sběru dat byl uplatněn nestandardizovaný dotazník, který byl vytvořen pro účely této diplomové práce. Dotazník se skládal ze dvou částí. První část byla vytvořena pomocí vlastní konstrukce na základě vybrané literatury a literární rešerše. Tato část obsahovala znalostní část pěti položek, které měli za úkol zjistit základní znalosti z oblasti poruch příjmu potravy. Inspirací byli Metodické komentáře a úlohy ke Standardům pro základní vzdělávání (Tupý, 2016, s. 53). Následovala položka týkající se toho, zda se respondent setkal ve škole s problematikou poruch příjmu potravy. Všechny položky byly uzavřené.

Druhá část obsahovala převzatý dotazník Eating Attitude test. Tento test, známý též pod zkratkou EAT – 26, je testem stravovacích postojů, který obsahuje 26 otázek. Jedná se o standardizované měření symptomů a obav, které jsou charakteristické pro poruchy příjmu potravy. Je užitečným nástrojem pro hodnocení rizika poruch příjmu potravy. EAT – 26 je zdokonalenou a zkrácenou verzí EAT – 40, který byl poprvé publikován v roce 1979 díky autoru Davidu Garnerovi. Od té doby je přeložen do mnoha jazyků (EAT – 26). Česká verze byla použita z publikace Hany Papežové (2018).

EAT – 26 je složen z 26 otázek, na které se odpovídá pomocí odpovědí vždy, velmi často, často, někdy, zřídka, nikdy. Jednotlivé odpovědi jsou ohodnoceny bodově, za odpověď vždy jsou to tři body, za odpověď velmi často dva body, za často jeden bod a ostatní odpovědi jsou za nula bodů. U jedné z otázek, u použité verze je to konkrétně 25. otázka, je to právě naopak. Za odpověď nikdy jsou tři body, za zřídka dva body, za odpověď někdy jeden bod a za ostatní odpovědi nula bodů. Rizikové skóre pro EAT – 26 je hranice 20 bodů a více. EAT – 26 není určen k tomu, aby stanovil diagnózu nebo nahradil odborné vyšetření.

Na konci celého dotazníku byly demografické položky týkající se pohlaví a věku. Následovaly položky ke zjištění BMI, tedy výška a váha. Použitý nástroj ke sběru dat je uveden v příloze 1.

Organizace výzkumu a sběru dat

Před zahájením samotného sběru dat, byl dotazník zkontrolován s vedoucí práce. Následně byl podán deseti respondentům ve věku 13–17 let kvůli ověření jasnosti a srozumitelnosti položek. Poté byl započat oficiální sběr dat.

Data byla sbírána od konce září do listopadu 2023. Bylo osloveno přes patnáct škol, se sběrem dat souhlasilo šest škol. Jednalo se o dvě základní školy a čtyři střední školy

ze zlínského kraje. Jména škol zde nejsou uvedena z důvodu anonymity, kterou si přály zachovat. Na základních školách byly podány dotazníky v papírové podobě a byly vyplněny společně s pedagogickým dohledem v hodinách výchovy ke zdraví. Na střední školy byl dotazník poslán v podobě elektronické, kde opět probíhalo jeho vyplňování pod pedagogickým dohledem ve vyučovací hodině. Elektronický dotazník byl vytvořen pomocí Microsoft Forms, kam byla zaznamenávána data.

Etické parametry studie

Během realizace sběru a zpracování dat byly dodržen etický přístup. Ředitelům škol byl zaslán souhlas s provedením výzkumného šetření na jejich škole. Ti, kteří se sběrem dat na škole souhlasili, potvrdili svým podpisem a razítkem školy tento souhlas. Kopie souhlasu je k nalezení v příloze č. 2. Zároveň většina respondentů nedosáhla plnoletosti, tudíž byl vypracován informovaný souhlas se zpracováním dat pro jejich zákonné zástupce. Součástí je i poučení o dodržení anonymity, dobrovolné účasti na výzkumu a možnosti kdykoliv spolupráci ukončit či od ní odstoupit. Kopie informovaného souhlasu je taktéž součástí příloh (příloha č. 3).

Postupy deskriptivního a statistického zpracování dat

Sesbíraná data od respondentů, ať už z papírových podoby či elektronické podoby, byla vložena do Microsoft Excel. V něm byly data dále zpracovávány do tabulek a grafů. K popisu souboru sloužila základní popisná statistika a pro popis byly vypočítáni jednotliví ukazatelé – absolutní četnosti (N), relativní četnosti v procentech (%), maximum a minimum, průměr a směrodatná odchylka (SD). Grafy vyznačují sesbíraná data v procentech.

Ke statistickému vyhodnocení hypotéz byl použit test nezávislosti Chí-kvadrát test pro kontingenční tabulku. Test nezávislosti slouží především v případě, kdy je potřeba zjistit, zda mezi dvěma jevy existuje souvislost, zda se ovlivňují vzájemně (Chráška, 2016, s. 69). Hladina významnosti statistického testu byla zvolena na 0,05. Pokud byla p-hodnota menší než 0,05, byla zamítnuta nulová hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy. V tomto případě byly považovány rozdíly za statisticky významné.

Výzkumné otázky

1. Má vliv pohlaví na riziko vzniku poruch příjmu potravy u žáků?
2. Ovlivňuje věk žáků riziko vzniku poruch příjmu potravy?
3. Má BMI žáků souvislost s rizikem rozvoje poruch příjmu potravy?

4. Ovlivňuje informovanost žáků o poruchách příjmu potravy riziko vzniku poruch příjmu potravy?
5. Má souvislost BMI žáků s jejich pohlavím?
6. Jsou rozdíly mezi znalostmi o problematice poruch příjmu potravy mezi žáky základní školy a střední školy?

Formulace hypotéz ke statistickému testování

Na základě výzkumných otázek byly stanoveny statistické hypotézy. Ke každé výzkumné otázce je stanovena nulová a alternativní hypotéza.

H01: Mezi pohlavími a rizikem vzniku poruch příjmu potravy není vztah.

HA1: Mezi pohlavími a rizikem vzniku poruch příjmu potravy je vztah.

H02: Věk neovlivňuje riziko vzniku poruch příjmu potravy.

HA2: Věk ovlivňuje riziko vzniku poruch příjmu potravy.

H03: Mezi BMI a rizikem rozvojem poruch příjmu potravy není souvislost.

HA3: Mezi BMI a rizikem rozvojem poruch příjmu potravy je souvislost.

H04: Informovanost neovlivňuje riziko vzniku poruch příjmu potravy.

HA4: Informovanost ovlivňuje riziko vzniku poruch příjmu potravy.

H05: Mezi BMI a pohlavími není souvislost.

HA5: Mezi BMI a pohlavími je souvislost.

H06: Mezi žáky základní a střední školy neexistují rozdíly ve znalostech o problematice poruch příjmu potravy.

HA6: Mezi žáky základní a střední školy existují rozdíly ve znalostech o problematice poruch příjmu potravy.

3.2 Výsledky

Soubor zahrnoval celkem 356 respondentů ve věku 11 až 20 let, z toho bylo 188 (52,8 %) dívek a 168 (47,2 %) chlapců. Průměrný věk respondentů se pohyboval kolem 15 let,

u dívek 14,8 a u chlapců 15,1. V průměrná výška byla u chlapců o necelých 10 cm více, dosahovala 173,1 cm, u dívek to bylo 163,5 cm. Nejmenší a největší výška ze souboru se objevila u chlapců. Bylo to 130 cm a 200 cm. Váhový rozdíl u obou pohlaví se vyskytnul taktéž. Průměrná váha u dívek byla 53,9 kg, zatímco u chlapců byla průměrná váha o 11 kg vyšší, tedy 64,9 kg. Maximální hmotnost byla 90 kg u dívek a 120 kg u chlapců a minimální hmotnost 32 kg u chlapců a 29 kg u dívek. Průměrné BMI se mezi oběma pohlavími výrazně nelišilo jako tomu bylo u váhy a výšky. U dívek se pohybovalo průměrné BMI kolem 20 a u chlapců kolem 21 (tabulka 2.).

Tabulka 4. Základní charakteristika souboru

Charakteristika souboru	Dívky N=188 průměr (SD) medián (min.; max.)	Chlapci N=168 průměr (SD) medián (min.; max.)
Věk (let)	14,8 (2,1) 14 (11; 19)	15,1 (2,2) 15 (11; 20)
Výška (cm)	163,5 (0,01) 165 (142; 182)	173,1 (0,01) 175 (130; 200)
Váha (kg)	53,9 (10,6) 53 (29; 90)	64,9 (17,3) 65 (32; 120)
BMI (kg/m²)	20,1 (3,3) 19,5 (13,5; 35,2)	21,3 (4,0) 20,7 (14,3; 36,8)

N – velikost souboru; SD – směrodatná odchylka; min. – minimum; max. – maximum

(zdroj: vlastní výzkum)

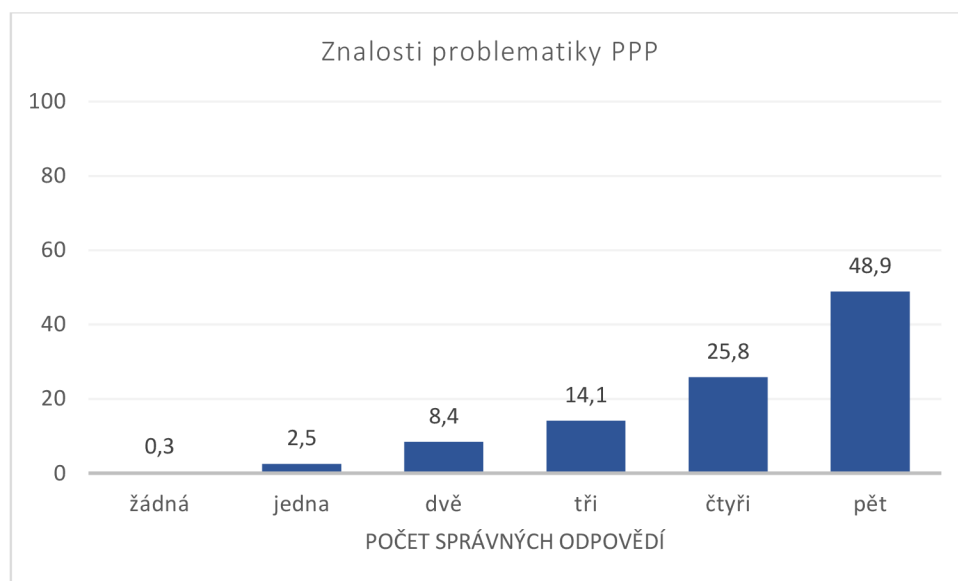
Položky týkající se znalostí problematiky PPP

Položek, týkajících se znalostí ohledně problematiky poruch příjmu potravy, bylo celkem pět. U každého respondenta bylo vyhodnoceno, kolik položek zodpověděl správně. Největší počet respondentů zodpověděl správně na všech pět položek, bylo to 48,9 % (Graf 1.). Nejvíce se chybovalo u položky s otázkou: Co všechno řadíme mezi poruchy příjmu potravy? Správně uvedlo odpověď 61,5 % respondentů. Respondenti uváděli převážně mentální anorexii a bulimii a nezařadili mezi PPP záchvatovité přejídání. Největší počet správných odpovědí se vyskytl u otázky: Kdo může onemocnět poruchami příjmu potravy? Zde odpovědělo až 97,5 % respondentů správně.

Tabulka 5. Znalosti problematiky PPP

	Žádná N (%)	Jedna N (%)	Dvě N (%)	Tři N (%)	Čtyři N (%)	Pět N (%)	Celkem N (%)
Počet správně zodpovězených otázek	1 (0,3)	9 (2,5)	30 (8,4)	50 (14,1)	92 (25,8)	174 (48,9)	356 (100,0)

(zdroj: vlastní výzkum)



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 1. Znalosti problematiky PPP

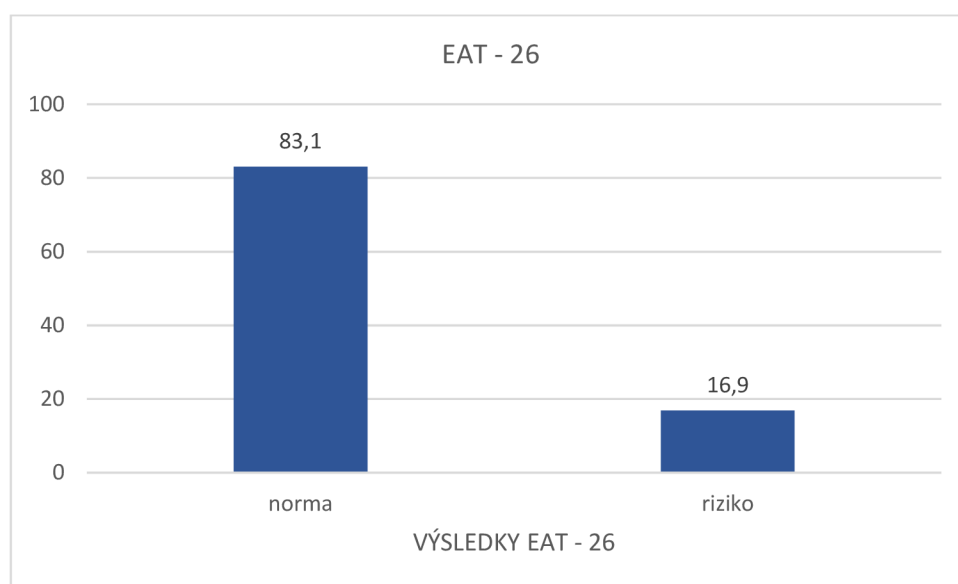
EAT – 26

EAT – 26 byl vyhodnocován u každého respondenta dle postupu zmíněného výše. Riziková hranice je stanovena na dvacetibodech. Od těchto bodů a výš je považováno riziko vzniku poruch příjmu potravy u jedince. Z 356 respondentů získalo v EAT – 26 rizikový počet bodů 60 jedinců (Tabulka 4.). Jedná se téměř o 17 % z celkového souboru (Graf 2.) Nejvyšší počet bodů bylo 68, které získala dívka ve věku patnácti let. Průměrný počet bodů z EAT – 26 byl 11 (SD 12,9).

Tabulka 6. EAT - 26

	Norma N (%)	Riziko N (%)	Celkem N (%)
Výsledky EAT – 26	296 (83,1)	60 (16,9)	356 (100,0)

(zdroj: vlastní výzkum)



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 2. EAT – 26

BMI

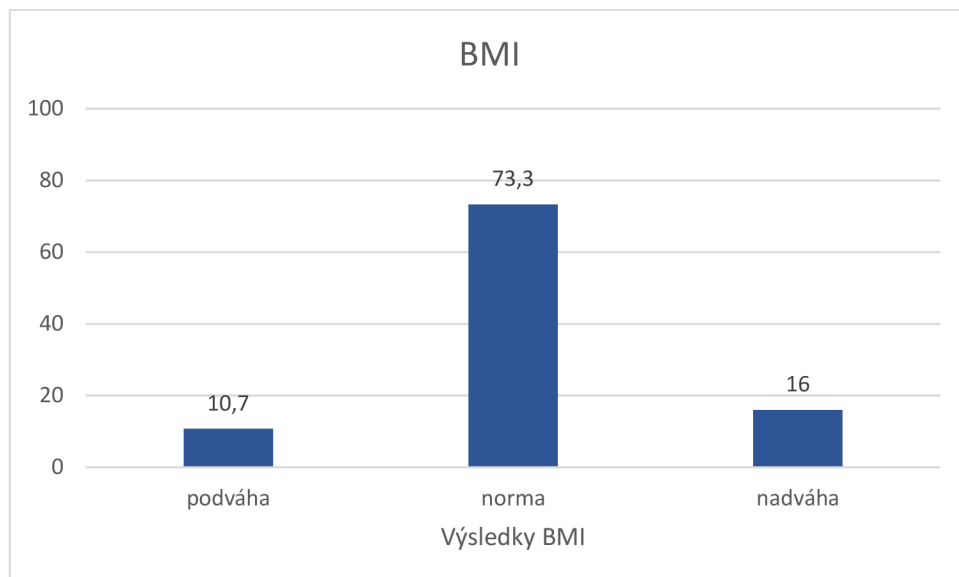
Položky týkající se BMI byly dvě. Jednalo se o váhu a výšku jedince. Díky tomu, že se jednalo převážně o respondenty, u kterých ještě nebyl dokončen růst, nebylo by vhodné určovat dle BMI podváhu, normální váhu či nadváhu jako u dospělých, u kterých platí hodnoty BMI pro všechny věkové kategorie. Proto se v tomto případě určovala podváha, normální váha či nadváha pomocí percentilových grafů BMI s přihlédnutím na pohlaví a věk respondenta. Tyto grafy jsou volně k dispozici stránkách Státního zdravotního ústavu (szu.cz, 2023).

Z celkového souboru 356 (100,0 %) respondentů po vyhodnocení mělo 38 (10,7 %) respondentů podváhu a 57 (16,0 %) respondentů nadváhu. Nejčastější byla normální váha, což bylo u 261 (73,3 %) respondentů. Výsledky lze shlédnout v Tabulce 7. a Grafu 3. níže.

Tabulka 7. BMI

	Podváha N (%)	Norma N (%)	Nadváha N (%)	Celkem N (%)
BMI	38 (10,7)	261 (73,3)	57 (16,0)	356 (100,0 %)

(zdroj: vlastní výzkum)



(zdroj: vlastní výzkum)

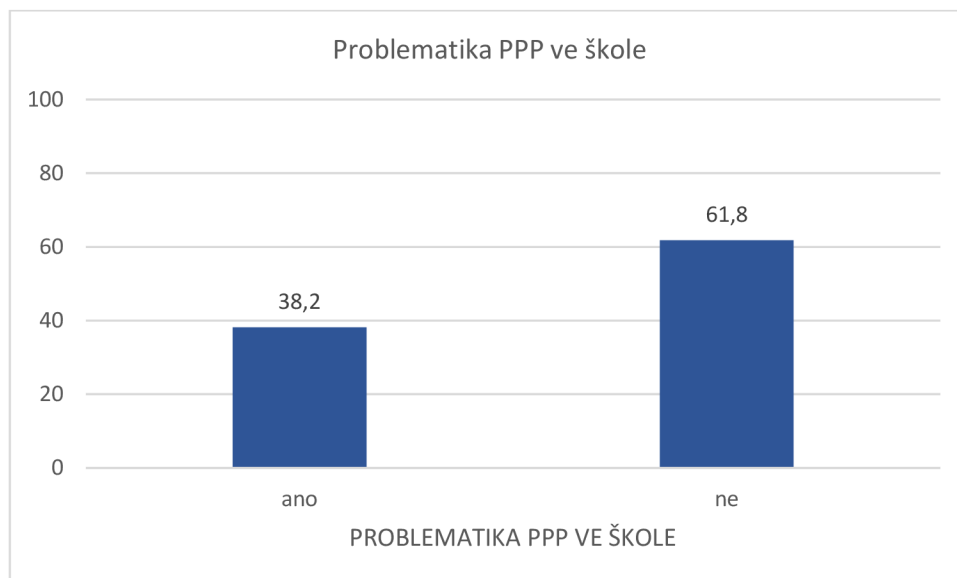
Graf 3. BMI**Problematika PPP ve škole**

Jeden z dílčích cílů bylo zjistit, zda se žáci ve škole setkali s problematikou PPP. Tudiž jedna položka směřovala právě k dosažení zmíněného dílčího cíle. Z celkového počtu respondentů uvedlo 136 (38,2 %) respondentů za odpověď ano, ovšem o téměř 90 více respondentů uvedlo odpověď ne (Tabulka 5.). Ze 167 žáků základní školy se s problematikou PPP setkalo 40 žáků (24,0 %). Žáci střední školy, kterých celkově bylo 189, uvedlo 96 (50,8 %) jako svou odpověď, že se setkalo s problematikou PPP ve škole.

Tabulka 8. Setkání se s problematikou PPP ve škole

	Ano N (%)	Ne N (%)	Celkem N (%)
Problematika PPP ve škole	136 (38,2)	220 (61,8)	356 (100,0)

(zdroj: vlastní výzkum)



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 4. Setkání se s problematikou PPP ve škole

3.2.1 Výsledky testování hypotéz

Na základě formulování statistických hypotéz proběhlo jejich statistické ověřování. Celkem bylo stanoveno pět hypotéz, vždy nulová a alternativní. K jejich statistickému ověření byl použit test nezávislosti Chí-kvadrát test pro kontingenční tabulku s hladinou významnosti 0,05. Vyhodnocení a tvorba tabulek byla provedena prostřednictvím Microsoft Excel.

Hypotéza č. 1

- H01: Mezi pohlavím a rizikem vzniku poruch příjmu potravy není vztah.
- HA1: Mezi pohlavím a rizikem vzniku poruch příjmu potravy je vztah.

K vyhodnocení stanovené hypotézy sloužila demografická položka s otázkou ohledně pohlaví a Test jídelních postojů (EAT – 26). Výsledky EAT – 26 vyšly pro 296 (100,0 %) respondentů v normě, tedy bodové skóre nedosáhlo ani nepřekročilo hranici dvaceti bodů. Z této skupiny respondentů to bylo 140 (47,3 %) dívek a 156 (52,7 %) chlapců. Jako rizikové skóre EAT – 26 vyšlo u 60 (100,0 %) respondentů, z nichž 48 (80,0 %) byly dívky a 12 (20,0 %) chlapci. Výsledky s absolutními četnostmi (N) i relativními četnostmi (%) jsou uvedeny v Tabulce 8.

Po statistickém ověřování hypotéz pomocí testu nezávislosti Chí-kvadrát test bylo zjištěno, že mezi pohlavími a rizikem vzniku poruch příjmu potravy je statisticky významný rozdíl. Zjistilo se, že $\chi^2 = 21,41$ a p -hodnota = 0,000004. Na tomto základě lze zamítnout

nulovou hypotézu H01 ve prospěch alternativní hypotézy HA1, protože výsledná p -hodnota je menší než hladina významnosti 0,05.

Tabulka 9. Výsledky EAT – 26 v souvislosti s pohlavím

	Dívky N (%)	Chlapci N (%)	Celkem N (%)	χ^2	p
Výsledky EAT-26 N (%)	188 (52,8)	168 (47,2)	356 (100,0)		
Norma N (%)	140 (47,3)	156 (52,7)	296 (100,0)	21,41	0,000004
Riziko N (%)	48 (80,0)	12 (20,0)	60 (100,0)		

(zdroj: vlastní výzkum)

Hypotéza č.2

- H02: Věk neovlivňuje riziko vzniku poruch příjmu potravy.
- HA2: Věk ovlivňuje riziko vzniku poruch příjmu potravy.

Pro tuto hypotézu a její vyhodnocení sloužil výsledky z EAT – 26 a demografická položka týkající se věku. Věk byl rozdělen do dvou kategorií. Toto rozdělení věku bylo provedeno v návaznosti na kapitolu 2.4, kde jsou popsány vývojová období, kterými se tato práce zabývá. Jedná se o dvě vývojová období, starší školní věk, který je od 11 do 15 let a druhé vývojové období je adolescence, které je od 15 do 20 let. Aby se 15. rok nevyskytoval v obou skupinách, bylo provedeno rozdělení skupin na 11-15 let a 16-20 let.

Z 296 (100,0 %) výsledků EAT – 26, které byly v normě, se jednalo o 185 (62,5 %) respondentů, kteří byli ve věku 11-15 let a 111 (37,5 %) respondentů bylo ve věku 16-20 let. U rizikového skóre, které vyšlo 60 (100,0 %) respondentům, bylo 31 (51,7 %) z mladší věkové skupiny a 29 (48,3 %) ze starší věkové skupiny. Výsledky s absolutními (N) i relativními četnostmi (%) lze nalézt v Tabulce 9.

Proběhlo statistické ověření hypotézy pomocí Chí-kvadrát testu s hladinou významnosti 0,05, na jehož základě nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi rizikem vzniku poruch příjmu potravy a věkem. Byla zjištěna p -hodnota = 0,117 a $\chi^2 = 2,45$. Na základě této

skutečnosti nebyla zamítnuta nulová hypotéza H02, protože zjištěná *p*-hodnota je větší než hladina významnosti.

Tabulka 10. *Výsledky EAT – 26 v porovnání s věkem*

	11-15 let N (%)	16-20 let N (%)	Celkem N (%)	χ^2	<i>p</i>
Výsledky EAT-26 N (%)	216 (60,7)	140 (39,3)	356 (100,0)		
Norma N (%)	185 (62,5)	111 (37,5)	296 (100,0)	2,45	0,117
Riziko N (%)	31 (51,7)	29 (48,3)	60 (100,0)		

(zdroj: vlastní výzkum)

Hypotéza č.3

- H03: Mezi BMI a rizikem rozvojem poruch příjmu potravy není souvislost.
- HA3: Mezi BMI a rizikem rozvojem poruch příjmu potravy je souvislost.

Pro vyhodnocení třetí hypotézy sloužily položky s váhou a výškou a výsledky EAT – 26. Díky váze a výšce bylo vypočteno BMI u každého respondenta. Na základě věku, pohlaví a výsledného BMI bylo díky percentilovým grafům určeno, zda respondent spadá do podváhy, normy nebo nadváhy. Do těchto kategorií byli pak respondenti rozděleni.

Skóre EAT – 26 spadající do normy mělo 296 (100,0 %) respondentů, z nichž 36 (12,2 %) vykazovalo podváhu, 214 (72,3 %) normu a 46 (15,5 %) nadváhu. Těch, kteří měli rizikové skóre EAT - 26, bylo 60 (100,0 %). 2 (3,3 %) z nich spadali do kategorie podváhy, 47 (78,3 %) byli zařazeni dle BMI do kategorie norma a 11 (18,4 %) jich vykazovalo nadváhu. Výsledky jsou uvedeny v Tabulce 10. pro lepší přehled.

Hypotéza byla statisticky ověřena chí-kvadrát testem nezávislosti s hladinou významnosti 0,05. χ^2 vyšla hodnota 4,13 a *p*-hodnota 0,127. Po tomto statistickém ověření se může uvést, že mezi BMI a rizikem vzniku poruch příjmu potravy nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. *P*-hodnota je vyšší než hladina významnosti, proto nebyla zamítnuta nulová hypotéza H03.

Tabulka 11. *Výsledky EAT – 26 v porovnání s BMI*

	Podváha N (%)	Norma N (%)	Nadváha N (%)	Celkem N (%)	χ^2	<i>p</i>
Výsledky EAT-26 N (%)	38 (10,7)	261 (73,3)	57 (16,0)	356 (100,0)	4,13	
Norma N (%)	36 (12,2)	214 (72,3)	46 (15,5)	296 (100,0)		
Riziko N (%)	2 (3,3)	47 (78,3)	11 (18,4)	60 (100,0)		

(zdroj: vlastní výzkum)

Hypotéza č.4

- H04: Informovanost neovlivňuje riziko vzniku poruch příjmu potravy.
- HA4: Informovanost ovlivňuje riziko vzniku poruch příjmu potravy.

Pro ověření hypotézy č.4 bylo nutné zpracovat položky týkající se informovanosti respondentů a jejich výsledky z EAT – 26. Položek týkajících se informovanosti bylo pět. U každého respondenta bylo vyhodnoceno, na kolik položek odpověděl správně, mohl tedy odpovědět správně nejvíce na pět otázek, nejméně na žádnou z otázek. Dále pak byli respondenti rozděleni do dvou skupin, co se týká počtu správně zodpovězených otázek. Do první skupiny spadali ti, kteří zodpověděli správně 2 a méně otázek, do druhé skupiny naopak ti, kteří odpověděli na více než polovinu otázek správně, tedy 3 až pět.

Z celkového počtu 356 (100,0 %) respondentů správně zodpověděla větší část na 3 a více otázek, bylo to 316 (88,8 %) respondentů. U rizikového skóre EAT – 26, které získalo 60 (100,0 %) respondentů, 4 (6,7 %) z nich zodpovědělo správně na 2 a méně otázek, 56 (93,3 %) z nich zodpovědělo správně 3 a více otázek. U skóre EAT – 26 spadajícího do normy, které získalo 296 (100,0 %) respondentů, bylo 36 (12,2 %) respondentů se 2 a méně správnými odpověďmi a 260 (87,8 %) respondentů se 3 a více správnými odpověďmi. Pro přehlednější prezentaci dat byla zpracována Tabulka 11.

Následně proběhlo statistické ověření hypotézy pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti s hladinou významnosti 0,05 a bylo zjištěno, že mezi rizikem vzniku poruch příjmu potravy a informovaností neexistuje statisticky významný rozdíl. U χ^2 vyšla hodnota 1,51 a p-hodnota

0,219, což ukazuje, že výsledná p-hodnota je vyšší než hladina významnosti. Z tohoto zjištění tedy nelze zamítnout nulovou hypotézu H04.

Tabulka 12. Výsledky EAT– 26 v porovnání se znalostmi

	Počet správně zodpovězených otázek		Celkem N (%)	χ^2	p
	2 a méně N (%)	3 a více N (%)			
Výsledky EAT-26 N (%)	40 (11,2)	316 (88,8)	356 (100,0)		
Norma N (%)	36 (12,2)	260 (87,8)	296 (100,0)	1,51	0,219
Riziko N (%)	4 (6,7)	56 (93,3)	60 (100,0)		

(zdroj: vlastní výzkum)

Hypotéza č.5

- H05: Mezi BMI a pohlavími není souvislost.
- HA5: Mezi BMI a pohlavími je souvislost.

K vyhodnocení páté hypotézy sloužily položky spojené s BMI – výška a váha a položka s otázkou ohledně pohlaví. Jak bylo zmíněno výše, respondenti byli rozděleni do tří skupin dle percentilových grafů BMI na respondenti s podváhou, normální váhou a nadváhou.

Celkový soubor se skládal z 356 (100,0 %) respondentů a z nich 38 (10,7 %) mělo podváhu a 57 (16,0 %) nadváhu. U obou pohlaví byla nejpočetnější skupina s normální váhou. U dívek, kterých bylo celkem 188 (100,0 %), se jednalo o 140 (74,5 %) dívek. U chlapců, kterých bylo celkem 168 (100,0 %), zde spadalo 121 (72,0 %) chlapců. 23 (12,2 %) dívek mělo podváhu a 25 (13,3 %) nadváhu. U chlapců mělo 15 (8,9 %) z nich podváhu a 32 (19,1 %) nadváhu.

Na základě statistického ověření hypotézy pomocí Chí-kvadrát testu s hladinou významnosti 0,05, nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl mezi pohlavími a BMI. Byla zjištěna p-hodnota = 0,245 a $\chi^2 = 2,81$. Na základě této skutečnosti nebyla zamítnuta nulová hypotéza H05, protože zjištěná p-hodnota je větší než hladina významnosti.

Tabulka 13. Výsledky BMI v porovnání s pohlavím

	Podváha N (%)	Norma N (%)	Nadváha N (%)	Celkem N (%)	χ^2	<i>p</i>
Pohlaví N (%)	38 (10,7)	261 (73,3)	57 (16,0)	356 (100,0)	2,81	
Dívky N (%)	23 (12,2)	140 (74,5)	25 (13,3)	188 (100,0)		
Chlapci N (%)	15 (8,9)	121 (72,0)	32 (19,1)	168 (100,0)		

(zdroj: vlastní výzkum)

Hypotéza č.6

- H06: Mezi žáky základní a střední školy neexistují rozdíly ve znalostech o problematice poruch příjmu potravy.
- HA6: Mezi žáky základní a střední školy existují rozdíly ve znalostech o problematice poruch příjmu potravy.

Ověření hypotézy proběhlo za pomoci položek týkajících se znalostí a toho, zda byl dotazník sesbírán ze základní školy či střední školy. Data z dotazníků byla importována do Microsoft Excel a tříděna dle školy, ze které přišel. Žáci a jejich informovanost zde byli tříděni opět do dvou skupin jako tomu bylo při předešlé hypotéze, tedy na skupinu se 2 a méně správnými odpověďmi a skupinu se 3 a více správnými odpověďmi.

Respondentů, kteří navštěvovali základní školu a měli 2 a méně správných odpovědí, bylo z celkového počtu 167 (100,0 %) žáků základních škol 34 (20,4 %) respondentů. 133 (79,6 %) respondentů zodpovědělo na 3 a více otázek správně. U žáků středních škol, kterých celkem bylo 189 (100,0 %), mělo 2 a méně správných odpovědí pouze 6 (3,2 %) respondentů. Většina, tedy 183 (96,8 %) respondentů, zodpovědělo správně na 3 a více otázek (viz. Tabulka 12.).

Ověření hypotéz pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti přineslo takový výsledek, že v rámci znalostí existuje statisticky významný rozdíl mezi žáky základní a střední školy. Zjistilo se, že $\chi^2 = 26,25$ a $p\text{-hodnota} = 0,0000003$. V porovnání zjištěné $p\text{-hodnoty}$ s hladinou významnosti, která byla stanovena na 0,05, je $p\text{-hodnota}$ výrazně nižší. Proto byla nulová hypotéza H06 zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy HA6.

Tabulka 14. Škola, kterou žák navštěvuje, v porovnání se znalostmi

	Počet správně zodpovězených otázek		Celkem N (%)	χ^2	<i>p</i>
	2 a méně N (%)	3 a více N (%)			
Škola, kterou žák navštěvuje N (%)	40 (11,2)	316 (88,8)	356 (100,0)		
ZŠ N (%)	34 (20,4)	133 (79,6)	167 (100,0)	26,25	0,0000003
SŠ N (%)	6 (3,2)	183 (96,8)	189 (100,0)		

(zdroj: vlastní výzkum)

4 DISKUSE

4.1 Popis rešerší výzkumných studií k diskusi

Pro vyhledávání výzkumných studií byly stanoveny cílené rešeršní otázky s primárními hesly v českém i anglickém jazyce s jejich synonymy:

1. Jaké jsou dostupné studie o vlivu informovanosti žáků na rozvoj poruch příjmu potravy?

P: žáci OR děti OR adolescenti OR studenti (pupils OR children OR adolescents OR students)

I: informovanost OR znalost OR vědomosti (awareness OR knowledge)

O: poruchy příjmu potravy OR PPP (eating disorders OR ED)

2. Jaké jsou dostupné studie o vlivu pohlaví žáků na rozvoj poruch příjmu potravy?

P: žáci OR děti OR adolescenti OR studenti (pupils OR children OR adolescents OR students)

I: pohlaví (sex)

O: rozvoj poruch příjmu potravy OR rozvoj PPP OR vznik poruch příjmu potravy OR vznik PPP (the development of eating disorders OR the development of ED OR the emergence of eating disorders OR the emergence of ED)

3. Jaké jsou dostupné studie o vlivu věku žáků na rozvoj poruch příjmu potravy?

P: žáci OR děti OR adolescenti OR studenti (pupils OR children OR adolescents OR students)

I: věk OR stáří (age)

O: rozvoj poruch příjmu potravy OR rozvoj PPP OR vznik poruch příjmu potravy OR vznik PPP (the development of eating disorders OR the development of ED OR the emergence of eating disorders OR the emergence of ED)

4. Jaké jsou dostupné studie o vlivu BMI žáků na rozvoj poruch příjmu potravy?

P: žáci OR děti OR adolescenti OR studenti (pupils OR children OR adolescents OR students)

I: BMI OR body mass index OR index tělesné hmotnosti (BMI OR body mass index)

O: rozvoj poruch příjmu potravy OR rozvoj PPP OR vznik poruch příjmu potravy OR vznik PPP (the development of eating disorders OR the development of ED OR the emergence of eating disorders OR the emergence of ED)

5. Jaké jsou dostupné studie o výuce tématu poruchy příjmu potravy žáků základních a středních škol?

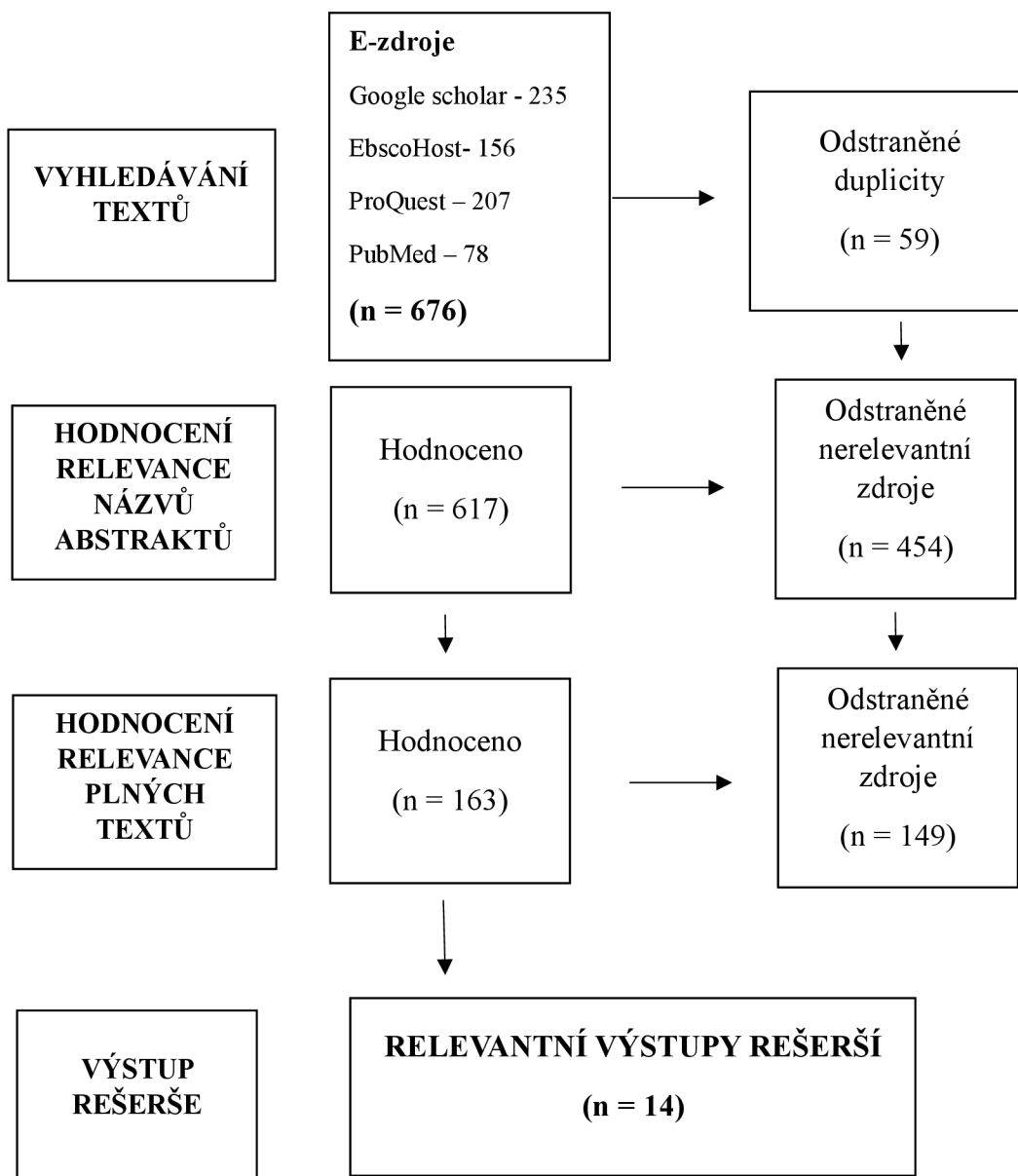
P: žáci OR děti OR adolescenti OR studenti (pupils OR children OR adolescents OR students)

I: výuka OR vzdělávání OR vyučování (teaching OR education)

O: poruchy příjmu potravy OR PPP (the development of eating disorders OR the development of ED OR the emergence of eating disorders OR the emergence of ED)

Pro rešerši byly zvoleny vyhledávače Google Scholar, EbscoHost, ProQuest a PubMed. Zadané limitace byly zvoleny na plný text, vyřazeny bakalářské, diplomové, disertační a kvalifikační práce a kritérium pro místo studií byly zvoleny evropské státy a publikační období bylo zvoleno na roky 2013-2024. Jedna studie byla použita starší z důvodu nedostatečného množství textů. Rešerše byla provedena během února až března 2024.

Postupový diagram rešerše



Bibliografické citace relevantních výstupů řešerše:

A. WIKLUND, Camilla; KUJA-HALKOLA, Ralf; M. THORNTON, Laura; BÄLTER, Katarina; WELCH, Elisabeth et al., 2018. Childhood body mass index and development of eating disorder traits across adolescence. [online]. *European Eating Disorders Review*. Roč. 26, č. 5, s. 462-471. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/erv.2612>. [cit. 2024-03-06].

BIERING LETH-MØLLER, Katja; HEBEBRAND, Johannes; STRANDBERG-LARSEN, Katrine; LYN BAKER, Jennifer a Britt WANG JENSEN, 2023. Childhood body mass index and the subsequent risk of anorexia nervosa and bulimia nervosa among women: A large Danish population-based study. [online]. *Eating Disorders*. Roč. 56, č. 8, s. 1614-1622. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.23986>. [cit. 2024-03-06].

ESCOTO PONCE DE LEÓN, M.d.C., CERVANTES-LUNA, B.S. a E.J. CAMACHO RUIZ, 2021. Cross-validation of the body appreciation scale-2: invariance across sex, body mass index, and age in Mexican adolescents. [online]. *Eat Weight Disord*. Roč. 26, č. 4, s. 1187-1194. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01022-2>. [cit. 2024-03-04].

FACCIO, Elena; FUSA, Valentina a Antonio IUDICI, 2013. When Informing About Eating Disorders Exacerbates the Problem Instead of Preventing it: Which Programs Work and Which Ones do not? [online]. *The European Journal of Counselling Psychology*. 2013-12-20, roč. 2, č. 2, s. 111-119. ISSN 2195-7614. Dostupné z: <https://doi.org/10.5964/ejcop.v2i2.39>. [cit. 2024-03-09].

KALMAN, Michal; SIGMUND, Erik; SIGMUNDOVÁ, Dagmar; HAMŘÍK, Zdeněk; BENEŠ, Luděk et al., 2011. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)“*. [online]. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2986-1. Dostupné z: https://hbcs.cz/wp-content/uploads/2018/09/narodni_zprava_zdravi_ziv_styl.pdf. [cit. 2024-03-09].

KOCOURKOVÁ, Jana; PAPEŽOVÁ, Hana a Jiří KOUTEK, 2015. Prevence poruch příjmu potravy v adolescenci. [online]. *AUC PHILOSOPHICA ET HISTORICA*. 2015-10-29, roč. 2014, č. 2, s. 105-111. ISSN 2464-7055. Dostupné z: <https://doi.org/10.14712/24647055.2015.15>. [cit. 2023-12-29].

KVARDOVA, Nikol; LACKO, David a Hana MACHACKOVA, 2023. The validity of the Czech version of Body Appreciation Scale-2 for adolescents. [online]. *Journal of Eating Disorders*. Roč. 11, č. 1, s. 1-15. ISSN 20502974. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00897-7>. [cit. 2024-03-04].

ÖZDEMİR, Aysel; KOÇOĞLU, Gülay; HICRAN, Yildiz a Neriman AKANSEL, 2016. Association of Body Mass Index with Eating Attitudes, Self Concept and Social Comparison in High School Students. [online]. *International Journal of Caring Sciences*. Roč. 9, č. 1, s. 258-273. ISSN 1791-5201. Dostupné z: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/association-body-mass-index-with-eating-attitudes/docview/1786462315/se-2?accountid=16730>. [cit. 2024-03-06].

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017, 2018. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Č. 8, s. 1-12. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011a_z2017.pdf. [cit. 2024-03-04].

RAHIMINIA, Hoorieh; REZAPOORAN, Sara; TAVAKOLIZADEH, Fatemeh a Nasrin GHASEMI, 2017. The Effect of Nutrition Education on Eating Disorders Attitude in Girls High School Students. [online]. *Majallah-i Dānishgāh-i Ulūm-i Pizishkī-i Qum*. Roč. 10, č. 12, s. 17-23. ISSN 17357799. Dostupné z: https://journal.muq.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-255-1&slc_lang=en&sid=1. [cit. 2024-03-09].

Stručný přehled činnosti oboru psychiatrie za období 2007–2020, 2021. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008386/nzis-rep-2021-k07-a013-psychiatrie-2020.pdf>. [cit. 2024-03-04].

SUCHOPÁROVÁ, Lenka a Martin FOREJT, 2013. Pohled žáků základních škol na problematiku a výuku poruch příjmu potravy. [online]. *Hygiena*. Roč. 58, č. 4, s. 157-161. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2013/04/06.pdf>. [cit. 2024-03-06].

SUCHOPÁROVÁ, Lenka a Martin FOREJT, 2014. Prevence poruch příjmu potravy a propagace správné výživy na základních školách. [online]. *Hygiena*. Roč. 59, č. 4, s. 157–161. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2014/04/03.pdf>. [cit. 2024-04-09].

ŠTEFANOVÁ, Eliška; BAKALÁR, Peter a Tibor BAŠKA, 2020. Eating-Disordered Behavior in Adolescents: Associations with Body Image, Body Composition and Physical Activity.

[online]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Roč. 17, č. 18. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186665>. [cit. 2024-03-06].

Více než 60 procent Čechů má nadváhu, trpí jí až čtvrtina dětí. Obezita způsobuje závažné zdravotní komplikace, 2024. [online]. Státní zdravotní ústav. Dostupné z: <https://szu.cz/aktuality/vice-nez-60-procent-cechu-ma-nadvahu-trpi-ji-az-ctvrtina-deti-obezita-zpusobuje-zavazne-zdravotni-komplikace/>. [cit. 2024-03-10].

4.2 Text diskuse

Výsledky, které byly zjištěny ze sesbíraných dat sloužící k této práci, byly porovnány s výsledky z jiných výzkumů a studií, které již proběhly. Díky stále větší aktuálnosti témata poruch příjmu potravy, je třeba mít přehled o tom, jaká je aktuální situace v této oblasti.

Hlavní cíl práce vedl k ověření, zda vybrané faktory souvisí s rizikem rozvoje poruch příjmu potravy. K ověřování byly stanoveny statistické hypotézy, které byly ověřovány statistickým testem nezávislosti Chi-kvadrát test pro kontingenční tabulku.

Prvním faktorem, který byl ověřován s rizikem rozvoje poruch příjmu potravy, bylo pohlaví. Ze získaných výsledků bylo 60 (100,0 %) respondentů, u kterých se objevovalo riziko vzniku PPP. Z nich pak bylo 48 (80,0 %) dívek a pouze 12 (20,0 %) chlapců. Na základě provedeného chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,05, byla potvrzena statistická významnost mezi pohlavím žáků a rizikem vzniku PPP. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Potvrdilo se tedy, že mezi pohlavím a rizikem vzniku poruch příjmu potravy je vztah.

Kocourková et al. (2014) potvrzují, že vyšší riziko je u ženského pohlaví, a to v poměru 1:10. Ovšem PPP se nevyhýbají ani mužskému pohlaví, na které by se nemělo zapomínat. Ústav zdravotnických informací a statistiky uvádí, že v roce 2017 bylo léčeno s PPP v psychiatrických ambulancích 3 731 pacientů a z toho bylo 90 % žen (Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017, 2018). Tato skutečnost opět přidává na pravdivosti přijaté hypotézy.

Věk byl dalším faktorem ke zkoumání, zda souvisí s rizikem rozvoje PPP. Ovšem v této práci se porovnával starší školní věk a věk adolescentů. Tedy, zda se může v jednom či druhém období více či méně vyskytnout PPP. Rizikových respondentů zde bylo 60 (100,0 %) a 31 (51,7 %) byli ve vývojové fázi staršího školního věku a 29 (48,3 %) ve vývojové fázi

adolescence. Tyto skupiny byly na první pohled vyrovnané. I po statistickém ověření s hladinou významnosti 0,05, nebyla potvrzena statistická významnost mezi věkem žáků a rizikem vzniku PPP. Proto byla přijata nulová hypotéza: Věk žáků neovlivňuje riziko vzniku poruch příjmu potravy.

Pipová et al. (2021) uvádějí pubertu a dospívání za charakteristické období pro rozvoj PPP. Většina literatury uvádí tato období jako rizikový faktor pro rozvoj PPP, ovšem v tomto období probíhá mnoho tělesných i psychických změn, proto by mohlo být vhodné zkoumat rozvoj PPP v různých skupinách dospívajících. V rámci výzkumů a studií v ČR Kvardová et al. (2023) zkoumali vnímání vlastního těla u dětí ve věku 13-18 let, kde porovnávali výsledky mezi skupinou 13-15 let a 16-18 let. Výsledky přinesly, že kladnější hodnocení svého těla se objevuje více ve starší než v mladší skupině. Facio et al. (2013) publikovali podobné výsledky, kdy skupina mladších žáků 14-15 let byli náchylnější k rozvoji PPP než skupina 16-18 let. Escoto Ponce de León et al. (2021) prováděli podobný výzkum, ale na vzorku mexických dospívajících, kde výsledky přinesly opak. Kladnější hodnocení se objevilo v mladší skupině. Ovšem statisticky významná souvislost se neobjevila ani v jednom z případů.

V roce 2020 bylo léčených pacientů s PPP v České republice 526 jedinců ve věku 0-14 let. Ve věku 15-19 let bylo pacientů s PPP 1511 mladých z celkových 4 334 pacientů. Lze vidět od roku 2014 do roku 2020 nárůst pacientů s PPP. V roce 2014 jich bylo 2 871, v roce 2020 jich bylo 4 334. Ovšem nejpočetnější skupinou léčených pacientů s PPP jsou jedinci ve věku 20 a více let (Stručný přehled činnosti oboru psychiatrie za období 2007–2020, 2021).

Třetí faktor, který byl zkoumán, zda souvisí s rizikem rozvoje poruch příjmu potravy, bylo BMI. Z 60 rizikových respondentů, mělo 47 (78,3 %) respondentů váhu v normě, 2 (3,3 %) měli podváhu a 11 (18,4 %) z nich měli nadváhu. Po statistickém ověření chí-kvadrát testem nezávislosti, nebyla zjištěna statistická významnost. Byla přijata nulová hypotéza: Mezi BMI a rizikem rozvoje poruch příjmu potravy není souvislost.

Özdemir et al. (2016) prováděli výzkumnou studii asociace BMI se stravovacím chováním a dalšími charakteristikami. Stravovací chování měřili pomocí EAT – 40, což je delší verze EAT – 26, který byl využit v rámci výzkumu této práce. Podle výsledků taktéž nebyla nalezena statistická významnost mezi BMI a rizikem PPP. Naopak ve studii A. Wiklund et al. (2018) i ve slovenské studii (Štefanová et al., 2020) byl prokázán vzájemný vztah mezi BMI a PPP. V dánské studii bylo zjištěno, že vyšší BMI v dětství je spojeno s nižším rizikem mentální anorexie, ale vyšším rizikem mentální bulimie (Biering Leth-Møller et al., 2023).

BMI bylo porovnáváno i ve vztahu k pohlaví, zda se bude nacházet mezi BMI a pohlavími souvislost. U obou pohlaví byla převážně větší skupina s normální váhou. U děvčat pak mezi nadváhou a podváhou nebyli výraznější rozdíly, 12,2 % mělo podváhu a 13,3 % nadváhu. U chlapců se převažovala pak nadváha. 19,1 % mělo nadváhu a 8,9 % mělo podváhu. Průměrné BMI u dívek bylo 20,1 a u chlapců 21,3. Díky statistickému testování nebyla mezi BMI a pohlavími zjištěna statistická významnost.

Až 60 % obyvatel České republiky má BMI nad zdravou hranicí. Státní zdravotní ústav předkládá fakta, že u dětí ve věku 13-17 let od roku 1996 stoupá počet dětí s nadváhou z 10 % na 25 % (2024). Kalman et al. (2011) uvádějí, že mnohem více chlapců má vyšší BMI, které ukazuje na nadváhu či obezitu, než dívky ve věku 11-15 let v České republice. U 13letých dětí mají chlapci třikrát vyšší pravděpodobnost přítomnosti nadváhy či obezity.

Byl zkoumán i vztah mezi informovaností žáků a rizikem rozvoje PPP. Z výsledků této práce se nepotvrdil vztah mezi informovaností a rizikem rozvoje PPP. U 93,3 % respondentů, kteří spadali do rizikové skupiny rozvoje PPP, byla zaznamenána zvýšené povědomí o PPP, tito respondenti měli více než padesát procentní úspěšnost ohledně znalostí PPP. Jelikož nebyla potvrzena statistická významnost mezi jevy, byla přijata nulová hypotéza.

Aktuálnost témata PPP by měla přivádět k záměru více o této problematice mluvit a přinášet prevenci PPP. Primární prevence by měla být zejména v rodinách, ale místo, kde tráví dítě taktéž hodně času je škola. Dle výzkumu této práce uvedlo téměř 62 % respondentů, že se s problematikou PPP ve škole nesetkali. Jednalo se jak o žáky základních škol, tak i žáky středních škol. Sběr dat byl proveden ve Zlínském kraji, tedy se jedná o školy ze Zlínského kraje. Suchopárová a Forejt (2013), kteří prováděli svůj výzkum v Praze a Středočeském kraji, uvedlo 77 % respondentů, že ve škole o problematice hovořili. Dále uvádějí, že i když o tomto tématu ve školách hovoří, uchylují se žáci k dietám, které mohou být rizikem vzniku PPP. Je důležité dbát na rozvoj zdravého sebevědomí, pouze informace o PPP v prevenci nestačí.

Rahiminia et al. (2017) ve své studii porovnávali výsledky EAT – 26 před edukací o nutriční výživě a po realizaci této výuky. Výuka přinesla žádoucí účinky, po nutriční výchově se skóre EAT – 26 snížilo a byl zjištěn statisticky významný rozdíl před a po výuce. Italská studie přinesla zjištění, že na školách, kde nebyli prováděny programy na podporu zdraví, těla a stravování, byli studenti náchylnější k PPP (Facio et al., 2013).

V Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání (2023) je ve vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví zařazeno mezi učivo výživy a zdraví i téma poruch příjmu potravy.

Je alarmující, kolik žáků se s tímto tématem vůbec ve škole nesetkalo. Je třeba ale podotknout, že mezi respondenty výzkumu této práce, se nacházejí žáci, kteří se ještě mohou setkat s danou problematikou ve vyšších ročnících. Ale i přesto, se jedná o vysoké procento. Suchopárová a Forejt (2014) uvádějí na základě studie, že pouze 12 % respondentů z řad pedagogů, školních psychologů či pracovníků v primární prevenci, odpovědělo správně na otázky ohledně problematiky PPP, což odhalilo nízkou znalost tohoto tématu. Může se tedy jednat o jednu z příčin, proč se žáci ve škole nesetkají s touto problematikou.

V této diplomové práci byly porovnávány výsledky informovanosti mezi žáky základní školy a žáky střední školy. Byla očekávána vyšší úspěšnost u žáků středních škol, což bylo i potvrzeno. U žáků středních škol mělo téměř 97 % z nich více než padesát procent úspěšnost ve znalostech z PPP. U žáků základní školy to byla o něco menší část, téměř 80 % mělo více než dvě odpovědi z pěti správně. Na základě chí-kvadrát testu nezávislosti na hladině významnosti byla potvrzena statistická významnost. Byla zamítnuta nulová hypotéza ve prospěch alternativní. Potvrdilo se tedy, že mezi žáky základní a střední školy existují rozdíly ve znalostech o problematice PPP.

Limitace výzkumné studie

Mezi limitace této výzkumné studie, které neumožňují zobecnit výsledky na celou populaci žáků České republiky, je považována omezenost v distribuci dotazníků. Sběr dat proběhl pouze na školách ve Zlínském kraji z důvodu nezájmu nebo záměrného nezapojení se do výzkumu od škol z jiných krajů. Dalším limitujícím aspektem lze považovat zkreslování výsledků při vyplňování. Všechny děti vyplňovaly dotazníky pod dohledem pedagoga, i tak mohly děti vyplnit dotazník pod vlivem subjektivních pocitů a emocí.

5 SHRNU TÍ A ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy je velmi nebezpečným onemocněním, které může postihnout kohokoliv. Tato diplomová práce se zabývá rizikem vzniku poruch příjmu potravy u žáků základních a středních škol. Převážně rizikovým obdobím pro vznik poruch příjmu potravy je starší školní věk a adolescence, kdy u dospívajícího dochází k mnoha změnám, jak fyzickým, tak psychickým. Je náročné vytvořit si v tomto období zdravé sebevědomí a přijat se takový jaký člověk je. K tomu by měla být oporou především rodina, ale i pedagogové ve škole, kde dospívající tráví spoustu času.

V mém okolí se vyskytují osoby, které trpí poruchami příjmu potravy, byla jsem svědkem, kdy tato porucha vedla až k smrti. Tyto skutečnosti mě vedly k hlubšímu zkoumání a bylo to pro mě motivací, zjistit si více o problematice poruch příjmu potravy. Může to být i přínosem do mé budoucí učitelské praxe, kde se budu setkávat s těmito problémy.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda mají vybrané faktory u žáků, jako je informovanost, pohlaví, BMI a věk, souvislost s rizikem vzniku poruch příjmu potravy. Součástí byly dále ještě čtyři dílčí cíle, na které jsme hledali odpověď. Byl zvolen kvantitativní přístup ke zkoumání a sběr dat probíhal pomocí nestandardizovaného dotazníku elektronicky i v papírové podobě. Dotazník byl tvořen ze dvou částí. První část byla tvořena pomocí vlastní konstrukce, která obsahovala demografické položky, znalostní položky, položky pro výpočet body mass indexu (BMI) a položky, zda se žák setkal s danou problematikou ve škole. Druhá část obsahovala dotazník Eating Attitude test (EAT – 26). Jedná se o test stravovacích postojů, který obsahuje 26 položek. Slouží jako nástroj pro hodnocení rizika poruch příjmu potravy. Na základě sesbíraných dat byl vytvořen popis souboru pomocí popisné statistiky. Byly popsány četnosti, relativní četnosti, průměr, medián, směrodatná odchylka, minimum a maximum. K vyhodnocení stanovených hypotéz sloužil test nezávislosti Chí-kvadrát test pro kontingenční tabulku. Pro hladinu významnosti byla zvolena hodnota 0,05. Popis dat, tvorba tabulek a grafů i vyhodnocení hypotéz bylo provedeno v programu Microsoft Excel.

Sběr dat proběhl na dvou základních a čtyřech středních školách ve Zlínském kraji. U realizace sběru byl dodržen etický přístup. Zkoumaný soubor byl tvořen dětmi ve věku 11-20 let. Celkový počet respondentů byl 356, z nichž 167 byli žáci základní školy a 189 byli žáci střední školy. Jednalo se o 188 dívek a 168 chlapců. Průměrný věk u obou pohlaví se pohyboval kolem 15 let. V průměrné výšce a hmotnosti se dívky s chlapci lišily. U dívek byla průměrná výška 163,5 cm a průměrná hmotnost 53,9 kg, u chlapců byla průměrná výška

173,1 cm a průměrná hmotnost 64,9 kg. Průměrné BMI u dívek bylo 20,1 kg/m² a u chlapců 21,3 kg/m². Nejčastější BMI u obou pohlaví spadalo do skupiny s normální váhou (73,1 %). 10,7 % trpělo podváhou a 16,0 % mělo nadváhu. Průměrný počet bodů v EAT – 26 byl jedenáct. Od dvaceti bodů už se považuje riziko poruch příjmu potravy. Mezi rizikové respondenty se řadilo 16,9 %. Jedním s dílčích cílů této práce bylo zjistit, zda se ve škole žáci s tématem poruch příjmu potravy setkali. Z výše uvedených výsledků bylo zjištěno, že s problematikou poruch příjmu potravy se ve škole setkalo 38,2 % respondentů. 61,8 % uvedlo jako svou odpověď ne. Ze znalostní části dotazníku vyšlo, že většina žáků má základní informace o poruchách příjmu potravy. Na více než polovinu otázek odpovědělo správně 88,8 % žáků. Všechny správné odpovědi mělo 48,9 % žáků.

Z formulovaných hypotéz byly na základě výše uvedených výsledků potvrzeny dvě hypotézy, a to HA1 a HA6. U ostatních hypotéz nebyla potvrzena statistická významnost. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn mezi pohlavími žáků a rizikem vzniku poruch příjmu potravy. Zde do rizikové skupiny spadalo 48 dívek a 12 chlapců. Tedy lze vidět, že náchylnější k riziku vzniku poruch příjmu potravy jsou dívky. Nemělo by se samozřejmě zapomínat ani na chlapce, i u nich se může rozvinout porucha příjmu potravy. Druhý statisticky významný rozdíl byl shledán u informovanosti mezi žáky základní a střední školy. Zde se jednalo se o dílčí cíl v porovnávání znalostí mezi mladšími a staršími žáky. Byla přijata hypotéza, že mezi žáky základní a střední školy existují rozdíly ve znalostech o problematice poruch příjmu potravy. Byl potvrzen fakt, že žáci středních škol jsou ve vzdělávání a znalostech o PPP dále než žáci základních škol. Více než polovinu správných odpovědí mělo 79,6 % žáků základní školy a 96,8 % žáků střední školy.

U vybraných faktorů pro tuto diplomovou práci, které by mohly být rizikovými pro vznik PPP, byla potvrzena statistická významnost pouze u jednoho, a to pohlaví. U informovanosti, věku a BMI nebyla zjištěna statistická významnost, tudíž na základě tohoto výzkumu je nemůžeme považovat za rizikové. U dílčích cílů nebyla zjištěna statistická významnost mezi BMI a pohlavími. Nelze tedy říct, že pohlaví ovlivňuje BMI. Výsledky byly v diskusi porovnávány s výsledky studií a výzkumů jiných autorů. Jednalo se o 12 jiných studií, především zahraničních. Hlavní cíl i cíle dílčí byly naplněny.

Z výsledků práce vyplývá, že pohlaví jedince má vliv na riziko vzniku poruch příjmu potravy. Mnohem častěji se vyskytuje u dívek, respektive ženského pohlaví. Rizikový věk pro rozvoj PPP je puberta a adolescence, kde se jedná o delší časový úsek. Avšak mezi

jednotlivými roky v tomto období nebyla shledána statistická významnost. Informovanost a vyšší nebo nižší BMI u žáků neukazuje ve výzkumu této práce nižší riziko vzniku PPP. Rizikovými faktory PPP se lze dále zabývat a zkoumat více, protože PPP může být zapříčiněno více faktory najednou. Proto je důležité mít alespoň základní povědomí o tom, co všechno může způsobit vznik PPP. Zejména pro rodiče a pedagogy je důležité se orientovat v dané problematice. I tato zjištění mohou napomoci pedagogům, aby se více zaměřili na problematiku a všimli si jednotlivých ukazatelů u žáků, kdy mohou odhalit prvotní náznaky rozvoje PPP a zabránit tak plnému rozvinutí onemocnění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

A. WIKLUND, Camilla; KUJA-HALKOLA, Ralf; M. THORNTON, Laura; BÄLTER, Katarina; WELCH, Elisabeth et al., 2018. Childhood body mass index and development of eating disorder traits across adolescence [online]. *European Eating Disorders Review*. Roč. 26, č. 5, s. 462-471. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/erv.2612>. [cit. 2024-03-06].

BARAKAT, Sarah; MCLEAN, Siân A.; BRYANT, Emma; LE, Anvi; MARKS, Peta et al., 2023. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review [online]. *Journal of Eating Disorders*. Roč. 11, č. 1, s. 121-152. ISSN 20502974. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>. [cit. 2023-12-29].

BARANÍKOVÁ, Zlata a Marie NESRSTOVÁ, 2005. Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou atypických forem mentální anorexie Olanzapinem u dětí a adolescentů [online]. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 6, č. 6, s. 282-284. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/06/03.pdf>. [cit. 2024-01-03].

BARTEL, Heike, 2021. *Men writing eating disorders*. 1. Emerald publishing. ISBN 978-1-83909-923-6.

BIERING LETH-MØLLER, Katja; HEBEBRAND, Johannes; STRANDBERG-LARSEN, Katrine; LYN BAKER, Jennifer a WANG JENSEN, Britt, 2023. Childhood body mass index and the subsequent risk of anorexia nervosa and bulimia nervosa among women: A large Danish population-based study [online]. *Eating Disorders*. Roč. 56, č. 8, s. 1614-1622. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.23986>. [cit. 2024-03-06].

BENCKO, Vladimír a Michail TRYFOS, 2015. Psychosomatické poruchy výživy: incidence, rizikové faktory, šance a úskalí prevence [online]. *Hygiena*. Roč. 60, č. 2, s. 59-62. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2015/02/06.pdf>. [cit. 2024-01-02].

Centrum Anabell, 2002 [online]. 2024. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>. [cit. 2024-03-05].

D. BREWERTON, Timothy a Amy BAKER DENNIS (ed.), 2014. *Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders* [online]. 1. Springer Berlin / Heidelberg. ISBN 9783642453786. Dostupné z: <https://www.proquest.com/legacydocview/EBC/1783231?accountid=16730>. [cit. 2024-02-07].

Eating Attitudes Test [online]. 2024. Dostupné z: <https://www.eat-26.com/>. [cit. 2024-03-02].

EMEL ÖNAL, Ayşe (ed.), 2019. *Introductory Chapter: Life, Health and Body Mass Index*. IntechOpen. ISBN 978-1-78985-006-2.

ESCOLAR-LLAMAZARES, María-Camino; MARTÍNEZ-MARTÍN, María-Ángeles; MEDINA-GÓMEZ, María-Begoña; GONZÁLEZ-ALONSO, María-Yolanda; MERCADO-VAL, Elvira et al., 2023. Sociodemographic Variables and Body Mass Index Associated with the Risk of Eating Disorders in Spanish University Students [online]. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. Roč. 13, č. 3, s. 595-612. ISSN 2254-9625. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ejihpe13030046>. [cit. 2024-02-07].

ESCOTO PONCE DE LEÓN, M.d.C., CERVANTES-LUNA, B.S. a E.J. CAMACHO RUIZ, 2021. Cross-validation of the body appreciation scale-2: invariance across sex, body mass index, and age in Mexican adolescents. [online]. *Eat Weight Disord.* Roč. 26, č. 4, s.1187–1194. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01022-2>. [cit. 2024-03-04].

FACCIO, Elena; FUSA, Valentina a Antonio IUDICI, 2013. When Informing About Eating Disorders Exacerbates the Problem Instead of Preventing it: Which Programs Work and Which Ones do not? [online]. *The European Journal of Counselling Psychology*. 2013-12-20, roč. 2, č. 2, s. 111-119. ISSN 2195-7614. Dostupné z: <https://doi.org/10.5964/ejcop.v2i2.39>. [cit. 2024-03-09].

GKIOULEKA, Maria; STAVRAKI, Christina; SERGENTANIS, Theodoros N. a Tonia VASSILAKOU, 2022. Orthorexia Nervosa in Adolescents and Young Adults: A Literature Review. Online. *Children*. Roč. 9, č. 3, s. 365-379. ISSN 2227-9067. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/children9030365>. [cit. 2024-01-04].

Healthy and free, 2015 [online]. Dostupné z: <http://healthyandfree.cz/index.php>. [cit. 2024-03-05].

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

ICD-11, 2023 [online]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. [cit. 2024-01-09].

IZYDORCZYK, Bernadetta, 2022. *Body Image in Eating Disorders*. 1. Routledge. ISBN 978-1-032-13862-6.

JARMAN, Hannah K; MCLEAN, Siân A; SLATER, Amy; MARQUES, Mathew D a Susan J PAXTON, 2021. Direct and indirect relationships between social media use and body satisfaction: A prospective study among adolescent boys and girls [online]. *New Media & Society*. Roč. 26, č. 1, s. 292-312. ISSN 1461-4448. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/14614448211058468>. [cit. 2024-01-03].

KALMAN, Michal; SIGMUND, Erik; SIGMUNDOVÁ, Dagmar; HAMŘÍK, Zdeněk; BENEŠ, Luděk et al., 2011. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)“*. [online]. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2986-1. Dostupné z: https://hbcs.cz/wp-content/uploads/2018/09/narodni_zprava_zdravi_ziv_styl.pdf. [cit. 2024-03-09].

KOCOURKOVÁ, Jana; PAPEŽOVÁ, Hana a Jiří KOUTEK, 2015. Prevence poruch příjmu potravy v adolescenci [online]. *AUC PHILOSOPHICA ETHISTORICA*. 2015-10-29, roč. 2014, č. 2, s. 105-111. ISSN 2464-7055. Dostupné z: <https://doi.org/10.14712/24647055.2015.15>. [cit. 2023-12-29].

KRCH, František David, 2004. Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory [online]. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 5, č. 1, s. 14-16. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200401-0004_Poruchy_prijmu_potravy-rizikove_faktory.php. [cit. 2023-12-29].

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

KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ, 2013. *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Občanské sdružení Anabell. ISBN 978-80-905436-5-2.

KRUG, Isabel; KING, Ross M.; YOUSSEF, George J.; SORABJI, Anisha; WERTHEIM, Eleanor H. et al., 2016. The effect of low parental warmth and low monitoring on disordered eating in mid-adolescence: Findings from the Australian Temperament Project [online]. *Appetite*. Roč. 105, č. 1, s. 232-241. ISSN 01956663. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.015>. [cit. 2024-01-02].

KVARDOVA, Nikol; LACKO, David a MACHACKOVA, Hana. The validity of the Czech version of Body Appreciation Scale-2 for adolescents [online]. *Journal of Eating Disorders*.

2023, roč. 11, č. 1, s. 1-15. ISSN 20502974. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00897-7>. [cit. 2024-03-04].

KVIATKOVSKÁ, Katarína; ALBRECHT, Jakub a Hana PAPEŽOVÁ, 2016. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie [online]. *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 112, č. 6, s. 275-279. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_275_279.pdf. [cit. 2024-01-04].

Linka bezpečí, 1994 [online]. 2024. Dostupné z: <https://www.linkabezpeci.cz/>. [cit. 2024-03-05].

MCGREGOR, Kerry; MCKENNA, John L.; BARRERA, Ellis P.; WILLIAMS, Coleen R.; HARTMAN-MUNICK, Sydney M. et al., 2023. Disordered eating and considerations for the transgender community: a review of the literature and clinical guidance for assessment and treatment [online]. *Journal of Eating Disorders*. Roč. 11, č. 1. ISSN 2050-2974. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00793-0>. [cit. 2024-01-02].

MIKHEEVA, Olesya Vladimirovna, 2019. *Losing weight and eating disorder risk: The role of diet type, dieting strategies, BMI, and psychological factors in achieving weight loss and increasing eating disorder risk*. Disertační práce. United States: WASHINGTON STATE UNIVERSITY.

MŠMT, 2013 [online]. 2024. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/>. [cit. 2024-03-05].

MUSHTAQ, Tehreem; ASHRAF, Seemab; HAMEED, Huma; IRFAN, Ali; SHAHID, Maria et al., 2023. Prevalence of Eating Disorders and Their Association with Social Media Addiction among Youths [online]. *Nutrients*. Roč. 15, č. 21, s. 275-288. ISSN 2072-6643. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/nu15214687>. [cit. 2024-01-03].

Nevypust' duši, 2016 [online]. 2024. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/>. [cit. 2024-03-05].

ÖZDEMİR, Aysel; KOÇOĞLU, Gülay; HICRAN, Yildiz a Neriman AKANSEL, 2016. Association of Body Mass Index with Eating Attitudes, Self Concept and Social Comparison in High School Students [online]. *International Journal of Caring Sciences*. Roč. 9, č. 1, s. 258-273. ISSN 1791-5201. Dostupné z: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/association-body-mass-index-with-eating-attitudes/docview/1786462315/se-2?accountid=16730>. [cit. 2024-03-06].

PAPEŽOVÁ, Hana (ed.), 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2425-6.

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

PAPEŽOVÁ, Hana, 2017. Prevence poruch příjmu potravy [online]. *Časopis lékařů českých*. Roč. 156, č. 2, s. 68-76. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=28508655&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>. [cit. 2024-02-08].

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017, 2018 [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Č. 8, s. 1-12. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011a_z2017.pdf. [cit. 2024-03-04].

PILLAI, Rea; PATEL, Isha a Rajesh BALKRISHNAN, 2023. Risk factors and strategies for prevention of depression, anxiety and eating disorders among adolescents during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: a review [online]. *Global Health Journal*. Roč. 7, č. 2, s. 78-86. ISSN 24146447. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2023.04.004>. [cit. 2024-01-03].

PIPOVÁ, Helena; DOLEJŠ, Martin; SUCHÁ, Jaroslava; KOSTKOVÁ, Markéta a Anna UREŠOVÁ, 2021. *Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století*. Praha: Togga ve spolupráci s Univerzitou Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-7476-217-8.

POMPILI, Sara a Fiorenzo LAGHI, 2018. Drunkorexia among adolescents: The role of motivations and emotion regulation [online]. *Eating Behaviors*. Roč. 29, č. 1, s. 1-7. ISSN 14710153. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.01.001>. [cit. 2024-01-05].

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88-163-46-6.

PUGNEROVÁ, Michaela, 2019. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0532-8.

RAHIMINIA, Hoorieh; REZAPOORAN, Sara; TAVAKOLIZADEH, Fatemeh a Nasrin GHASEMI, 2017. The Effect of Nutrition Education on Eating Disorders Attitude in Girls High School Students [online]. *Majallah-i Dānishgāh-i Ulūm-i Pizishkī-i Qum*. Roč. 10, č. 12, s. 17-23. ISSN 17357799. Dostupné z: https://journal.muq.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-255-1&slc_lang=en&sid=1. [cit. 2024-03-09].

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2023 [online]. Praha: MŠMT. Dostupné z: <https://www.edu.cz/rvp-ramcove-vzdelavaci-programy/ramcovy-vzdelavacici-program-pro-zakladni-vzdelavani-rvp-zv/>. [cit. 2024-03-09].

SPETTIGUE, Wendy; OBEID, Nicole; ERBACH, Madison; FEDER, Stephen; FINNER, Natalie et al., 2021. The impact of COVID-19 on adolescents with eating disorders: a cohort study [online]. *Journal of Eating Disorders*. Roč. 9, č. 1. ISSN 2050-2974. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00419-3>. [cit. 2024-01-03].

STÁRKOVÁ, Libuše, 2009. Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy [online]. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 10, č. 3, s. 112-116. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/02.pdf>. [cit. 2024-02-27].

Státní zdravotní ústav [online]. 2023. Dostupné z: <https://szu.cz/>. [cit. 2024-03-20].

Stručný přehled činnosti oboru psychiatrie za období 2007–2020, 2021 [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008386/nzis-rep-2021-k07-a013-psychiatrie-2020.pdf>. [cit. 2024-03-04].

SUCHOPÁROVÁ, Lenka a Martin FOREJT, 2013. Pohled žáků základních škol na problematiku a výuku poruch příjmu potravy [online]. *Hygiena*. Roč. 58, č. 4, s. 157-161. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2013/04/06.pdf>. [cit. 2024-03-06].

SUCHOPÁROVÁ, Lenka a Martin FOREJT, 2014. Prevence poruch příjmu potravy a propagace správné výživy na základních školách [online]. *Hygiena*. Roč. 59, č. 4, s. 157–161. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2014/04/03.pdf>. [cit. 2024-03-09].

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, 2010. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2433-0.

ŠTEFANOVÁ, Eliška; BAKALÁR, Peter a Tibor BAŠKA, 2020. Eating-Disordered Behavior in Adolescents: Associations with Body Image, Body Composition and Physical Activity

[online]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Roč. 17, č. 18. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186665>. [cit. 2024-03-06].

TAYHAN, Fatma, 2023. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI, BEDEN ALGISI, VÜCUT KOMPOZİSYONU VE YEME BOZUKLUKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ [online]. *Karya Journal of Health Science*. 2023-08-31, roč. 4, č. 2, s. 139-145. ISSN 2717-9540. Dostupné z: <https://doi.org/10.52831/kjhs.1302837>. [cit. 2024-01-03].

TUPÝ, Jan, 2016. *Metodické komentáře a úlohy ke Standardům pro základní*

vzdělávání. ISBN: 978-80-7481-175-3. Dostupné z: https://archiv-nuv.npi.cz/uploads/Publikace/FINAL_KOMENTARE_STANDARDY_VkZ_fin.pdf

VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-717-8678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ, 2021. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4961-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

Více než 60 procent Čechů má nadváhu, trpí jí až čtvrtina dětí. Obezita způsobuje závažné zdravotní komplikace, 2024 [online]. Státní zdravotní ústav. Dostupné z: <https://szu.cz/aktuality/vice-nez-60-procent-cechu-ma-nadvahu-trpi-ji-az-ctvrtina-deti-obezita-zpusobuje-zavazne-zdravotni-komplikace/>. [cit. 2024-03-10].

Zierle-Ghosh Asia a Arif Jan, 2023. Physiology, Body Mass Index. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 30571077. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30571077/>. [cit. 2024-02-06].

Zipyho kamarádi, 2012 [online]. 2019. Dostupné z: <https://zipyhokamaradi.cz/>. [cit. 2024-03-05].

SEZNAM ZKRATEK

ARFID – Avoidant – restrictive food intake disorder

BMI – body mass index (index tělesné hmotosti)

CSN – centrální nervová soustava

ČR – Česká republika

DSM – 5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

EAT – 26 – Eating Attitudes test (Test stravovacích postojů)

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

PPP – poruchy příjmu potravy

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1. Primární hesla v českém jazyce

Tabulka 2. Primární hesla v anglickém jazyce

Tabulka 3. Počet respondentů dle pohlaví a školy, kterou navštěvují

Tabulka 4. Základní charakteristika souboru

Tabulka 5. Znalosti problematiky PPP

Graf 1. Znalosti problematiky PPP

Tabulka 6. EAT - 26

Graf 2. EAT – 26

Tabulka 7. BMI

Graf 3. BMI

Tabulka 8. Setkání se s problematikou PPP ve škole

Graf 4. Setkání se s problematikou PPP ve škole

Tabulka 9. Výsledky EAT – 26 v souvislosti s pohlavím

Tabulka 10. Výsledky EAT – 26 v porovnání s věkem

Tabulka 11. Výsledky EAT – 26 v porovnání s BMI

Tabulka 12. Výsledky EAT – 26 v porovnání se znalostmi

Tabulka 13. Výsledky BMI v porovnání s pohlavím

Tabulka 14. Škola, kterou žák navštěvuje, v porovnání se znalostmi

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník ke sběru dat

Příloha č. 2: Souhlas s provedením výzkumného šetření

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník ke sběru dat

Milý žáku, milá žákyně,

jmenuji se Anna Konečná a jsem studentkou navazujícího magisterského studijního oboru Učitelství Výchovy ke zdraví a Matematiky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého. Ráda bych tě poprosila o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce.

Děkuji za tvůj čas, který si dotazníku věnoval/a. **Dotazník je zcela anonymní.**

Vyber, prosím **jednu** odpověď, která si myslíš, že je správná a tu zakroužkuj. Pokud jsi zakroužkoval/a špatnou odpověď, škrtni tuto odpověď a zakroužkuj správnou. U položky s věkem doplň svůj věk na tečkovaný řádek.

1. Setkal/a ses ve škole s problematikou poruch příjmu potravy?
 - a) Ano
 - b) Ne

2. Co všechno řadíme mezi poruchy příjmu potravy?
 - a) Mentální anorexii, záchvatovité přejídání
 - b) Zánět slepého střeva, mentální anorexii a mentální bulimii
 - c) Mentální anorexii, mentální bulimii
 - d) Mentální anorexii, mentální bulimii, záchvatovité přejídání

3. Kdo může onemocnět poruchami příjmu potravy?
 - a) Pouze ženy
 - b) Pouze muži
 - c) Ženy i muži

4. Poruchy příjmu potravy řadíme do:

- a) Nemocí srdce
- b) Infekčních nemocí
- c) Duševních onemocnění
- d) Nemocí žaludku

5. Jaké jsou možné projevy poruch příjmu potravy?

- a) Strach z přibírání, nechutenství, vysoké sebevědomí
- b) Strach z přibírání, vyvolává zvracení, rád chodí mezi lidmi na společný oběd, drží diety
- c) Neustálá kontrola své váhy, strach z přibírání, hladoví, po jídle se cítí provinile

6. Co je BMI?

- a) Index tělesné hmotnosti, dá se podle něj zjistit podváha, zdravá váha či nadváha
- b) Měřítka, podle kterého se dá zjistit, zda člověk trpí poruchou příjmu potravy
- c) Index, který slouží ke zjištění, zda člověk jí zdravě

V tabulce udělej křížek do políčka, které nejlépe vystihuje tvé pocity. Pokud jsi zakřížkoval špatnou odpověď, škrtni křížek a zakřížkuj jinou odpověď.

		vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.	Mám hrůzu z nadváhy.						
2.	Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.						
3.	Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.						
4.	Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopna/a přestat.						
5.	Krájím jídlo na malé kousky.						
6.	Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.						
7.	Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.).						
8.	Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více.						
9.	Po jídle zvracím.						
10.	Po jídle se cítím velmi provinile.						
11.	Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší.						
12.	Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie.						
13.	Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á).						
14.	Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku.						
15.	Jídlo mi trvá déle než ostatním.						
16.	Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr.						
17.	Jím dietní jídla.						
18.	Cítím, že jídlo ovládá můj život.						
19.	Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.						
20.	Cítím, že ostatní mě nutí do jídla.						
21.	Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.						
22.	Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.						
23.	Držím diety.						
24.	Mám rád/a prázdný žaludek.						
25.	Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.						
26.	Po jídle mívám nucení ke zvracení.						

Na vytečkované řádky napiš svou odpověď.

Má výška (v cm): Má váha (v kg):

Jsem: a) muž

b) žena

Můj věk:

Příloha č. 2: Souhlas s provedením výzkumného šetření

Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,

žádám Vás o souhlas s realizací výzkumného šetření pro mou diplomovou práci ve Vašem zařízení. Tématem práce je Riziko vzniku poruch příjmu potravy u žáků ZŠ a SŠ. Výzkumné šetření bude probíhat ve vyučovacích hodinách na Vaší škole a bude probíhat formou dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a sesbíraná data budou využita pouze k účelu diplomové práce. Účastníci výzkumu budou žáci 2. stupně ZŠ či žáci SŠ.

Zákonní zástupci žáků jsou s výzkumným šetřením obeznámeni a souhlasí s ním. Jsou informováni, že mají možnost od spolupráce kdykoliv odstoupit.

Děkuji za Vaši ochotu.

Bc. Anna Konečná

Učitelství výchovy ke zdraví a matematiky

PDF UP v Olomouci

annakonecna1211@gmail.com

Pokud s výše uvedeným souhlasíte, prosím o Váš podpis.

V dne

Podpis a razítko školy:

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Anna Konečná a nyní jsem studentkou navazujícího magisterského oboru Učitelství výchovy ke zdraví a matematiky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci diplomové práce provádím výzkumné šetření týkající se rizika vzniku poruch příjmu potravy u žáků ZŠ a SŠ. Výzkumné šetření realizuji formou dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a data budou využita pouze pro účely diplomové práce. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, zda vybrané faktory mají vliv na riziko vzniku poruch příjmu potravy u žáků. Dílčím cílem je zjistit, zda jsou rozdíly v informovanosti ohledně poruch příjmu potravy mezi žáky základních a středních škol. Předem děkuji za Vaši ochotu spolupracovat na diplomové práci.

Pokud s účastí na diplomové práci souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Bc. Anna Konečná

Učitelství výchovy ke zdraví a matematiky

PDF UP v Olomouci

annakonecna1211@gmail.com

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedené diplomové práci. Byl/a jsem informován/a o podstatě a realizaci výzkumu. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumného šetření, a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

V dne

Jméno, příjmení účastníka výzkumu a podpis zákonného zástupce:

.....