

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Informovanost studentů Středních odborných učilišť a
Gymnází v Žatci a v Lounech o poruchách příjmu
potravy**

bakalářská práce

Autor práce: Šárka Prokúpková
Studijní program: Veřejné zdravotnictví
Studijní obor: Ochrana veřejného zdraví
Vedoucí práce: MUDr. Dagmar Smitková

Datum odevzdání práce: 2. května 2012

Abstrakt

Tato bakalářská práce pojednává o informovanosti studentů o poruchách příjmu potravy a částečně o jejich způsobu stravování. Zaměřena je především na děti a rané adolescenty.

Teoretická část popisuje základní druhy poruch příjmu potravy, kterými jsou mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání, ale i méně časté a to drunkorexii, bigorexii a ortorexii. Dále pojednává o jejich historii, prevalenci a incidenci. Zmíněny jsou i rizikové faktory, které mohou mít vliv na vznik nebo také na průběh poruch příjmu potravy.

Druhá polovina teoretické části se zabývá energetickou bilancí, stručným popsáním Body mass indexu, zdravotními komplikacemi, klinickou praxí, léčbou a terapií. Závěr teorie je věnován problematice poruch příjmu potravy v dětství a rané adolescenci – definici a diagnóze, somatickým aspektům, terapii, školnímu vzdělávání a následkům v dospělosti.

V praktické části jsem využila výsledky zpracovaných anonymních dotazníků, které byly vyplněny studenty Středních odborných učilišť a Gymnázií ze Žatce a z Loun. Výsledky jsou v práci prezentovány v přehledných grafech.

Bakalářská práce ukazuje nedostatečnost informovanosti studentů, i když se jich problematika poruch příjmu potravy přímo dotýká. Velmi důležitá je prevence a proto by se neměla v tomto směru podceňovat. Děti a adolescenti ve svém věku často s výživou experimentují a neuvědomují si, že to pro ně může mít fatální důsledky.

Abstract

This thesis deals with students' awareness about eating disorders and partly about their eating habits. It is focused mainly on children and early adolescents.

The theoretical part describes the basic types of eating disorders, which are anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorders, but also the less frequent drunkorexia, bigorexia and orthorexia. It also deals with history, prevalence and incidence of the eating disorders. Risk factors that may affect the development or the course of eating disorders are mentioned as well.

The second half of the theoretical part deals with energetic balance, briefly describes the Body Mass Index, health complications, clinical practice, treatment and therapy. The conclusion of the theory section is devoted to the issue of eating disorders in childhood and early adolescence - definition and diagnosis, somatic aspects, therapy, school education and consequences in adulthood.

In the practical part, I used the findings obtained from anonymous questionnaires filled in by students of Secondary vocational schools and Grammar schools in Žatec and Louny. The results are presented in well-arranged graphs.

The bachelor study shows an insufficient awareness of students, despite they might be directly affected by eating disorders. Prevention is very important and therefore this should not be underestimated in this respect. Children and adolescents at their age often experiment with food and do not realize that this may have fatal consequences for them.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2012

.....

Poděkování

Dovolím si tímto poděkovat vedoucí práce MUDr. Dagmar Smitkové za její odbornou a přínosnou spolupráci při zpracování mé bakalářské práce na téma *Informovanost studentů Středních odborných učilišť a Gymnázíí v Žatci a v Lounech o poruchách příjmu potravy*. Dále děkuji studentům, kteří vyplnili dotazníky k této práci a příslušných školám, které mi umožnily provedení výzkumu.

Obsah

ÚVOD

1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1. Vymezení poruch příjmu potravy	10
1.1.1 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy	11
1.2. Historie poruch příjmu potravy	14
1.3. Výskyt poruch příjmu potravy	16
1.3.1. Mentální anorexie	17
1.3.2. Mentální bulimie	18
1.3.3. Atypické formy poruch příjmu potravy	18
1.4. Rizikové faktory	19
1.4.1. Biologické faktory	19
1.4.2. Osobnostní faktory	21
1.4.3. Situační a rodinné faktory	22
1.4.4. Sociální faktory	23
1.5. Energetická bilance	24
1.5.1. Body Mass Index	24
1.6. Zdravotní komplikace	25
1.7. Klinická praxe	28
1.8. Léčba a terapie	29
1.9. Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci	30
1.9.1. Definice a diagnóza	30
1.9.2. Somatické aspekty	31
1.9.3. Terapie	32
1.9.4. Školní vzdělávání	33
1.10. Následky v dospělosti	34
2. CÍLE A HYPOTÉZY	35
2.1. Cíl práce	35
2.2. Hypotézy	35

3. METODIKA	36
3.1. Výzkum	36
3.1.1. Velikost vzorku	38
3.1.2. Analýza údajů a závěry	39
3.1.3. Výzkum kvantitativní a kvalitativní.....	39
3.2. Vlastní výzkum	40
3.3. Charakteristika souboru.....	40
4. VYHODNOCENÍ	41
5. DISKUZE	63
6. ZÁVĚR	69
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
8. KLÍČOVÁ SLOVA	74
9. PŘÍLOHY	75

Seznam použitých zkratk

BMI – Body Mass Index

SOU – Střední odborné učiliště

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

CNS – Centrální nervová soustava

MA – Mentální anorexie

MB – Mentální bulimie

EDNOS – Eating Disorders Otherwise Specified

PPP – Poruchy příjmu potravy

DSM – Diagnostický a statistický manuál

Úvod

Téma mé bakalářské práce je: Informovanost studentů Středních odborných učilišť a Gymnázií v Žatci a v Lounech o poruchách příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) a jejich rostoucí incidence a prevalence představují v posledních letech čím dál větší problém vznikající již v dětství a rané adolescenci. PPP jsou předmětem zájmu mnoha oborů, které se na ně více či méně zaměřují. Jejich závažnost stojí za pozorností nejen odborné, ale i laické veřejnosti, jejímž jedním z cílů je nalezení faktorů, které podporují jejich vznik a tím snížit celkovou incidenci těchto poruch.

K volbě tohoto tématu mě vedlo několik důvodů. Jednak jsem se několikrát setkala ve svém okolí s člověkem trpícím PPP a také jsem se o tuto problematiku již dříve zajímala. Dále jsem touto cestou chtěla zjistit, jaké vlastně mají adolescenti obecně na středních školách jídelní návyky.

Teoretická část zahrnuje poznatky z odborné literatury o daném tématu. Definuji zde základní typy PPP jako mentální anorexii, mentální bulimii, záchvatovité přejídání, ale i méně známé atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy jako je drunkorexie, bigorexie a ortorexie. Dále v teoretické části popisuji historii jednotlivých PPP, incidenci a prevalenci, rizikové faktory, které se berou jako soubor mechanismů či událostí, kdy jejich přítomnost zvyšuje pravděpodobnost výskytu onemocnění. Zahrnují biologické, osobnostní, situační, rodinné a sociální faktory. Důležitá je i zmínka pojmu Body mass index, jež je součástí energetické bilance. Ve druhé části teorie se věnuji zdravotním komplikacím, klinické praxi, léčbě a terapii a poslední část je věnována problematice PPP v dětství a rané adolescenci.

V praktické části se nacházejí grafy, které jsem zpracovala na základě anonymních dotazníků, jež vyplnili studenti Středních odborných učilišť a Gymnázií v Žatci a v Lounech.

Myslím si, že má bakalářská práce je účelně zaměřena na děti a rané adolescenty a jejich informovanost. Vhodné informování dětí o všech příčinách, komplikacích a důsledcích může pomoci snížit incidenci a prevalenci těchto poruch.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Vymezení poruch příjmu potravy

Pod pojem poruchy příjmu potravy se zahrnují podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) shodně s DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál) dva nejlépe vymezené syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie. Tyto dvě poruchy jsou si velice podobné. U obou jde především o úsilí dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, nespokojenost s vlastním tělem, nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a váze. Nemocní si neustále kontrolují svojí váhu, hlídají se jak vypadají a snaží se zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Některé společné příznaky těchto poruch, jako například podrážděnost, zvýšený zájem věnovaný jídlu, uzavřenost nebo chuť se přejíst, mohou být důsledkem hladovění nebo redukčních diet. (21) Poruchy příjmu potravy představují ve svých mezních projevech spektrum od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až po přejídání spojené se zvracením nebo jinou nevhodnou kompenzací energetického příjmu. PPP mají pomalé a nenápadné rozvíjení, ztracené v nevhodných stravovacích návycích rodiny a vrstevníků. (15)

Mentální anorexie je charakterizována omezováním jídla, ne proto, že by pacienti neměli hlad a chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají.(28) Hladověním se dostavuje nechutenství nebo změněná chuť. U některých nemocných je pozorován zvýšený zájem o jídlo a vše, co s ním souvisí. Myslí na něj, sbírají recepty a podle nich rádi vaří. (15) Diagnostická kritéria jsou určena podle MKN-10 třemi základními znaky: 1) aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (BMI 17,5 a nižší), 2) strach z tloušťky i přes abnormálně nízkou tělesnou váhu a 3) u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky. (17) DSM-IV umožňuje mentální anorexii rozlišit na dva specifické typy: nebulimický (restriktivní) typ a bulimický (purgativní) typ, kdy se pacient opakovaně přejídá a následně si navodí zvracení nebo užívá laxativa. Pacienti trpící purgativním typem anorexie mají horší průběh onemocnění především v tom, že jsou více impulzivní a emočně labilní, častěji jsou drogově závislí, pokoušejí se o sebevraždu a sebepoškozují

se. **(15)** Někteří jedinci trpící anorexií váží pouze polovinu své normální tělesné hmotnosti. Anorektičtí jedinci si navíc myslí, že jsou stále příliš tlustí. Onemocnění může vést k řadě nebezpečných vedlejších příznaků, včetně ochablosti, náchylnosti k infekcím a jiným příznakům podvýživy. V extrémních případech mohou vést vedlejší příznaky ke smrti. **(4)**

Mentální bulimie je definována jako opakující se záchvatovité přejídání provázené přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Podobně jako anorexie není bulimie novým pojmem. K určení diagnózy je třeba především třech základních znaků: 1) Opakovaná, silná a nepotlačitelná touha se přejídat, 2) Nadměrná a opakující se kontrola hmotnosti, kdy pacient vyvolává zvracení, zneužívá purgativa, nadměrně cvičí nebo zahajuje hladovky a 3) strach z tloušťky, kontrolování vzhledu a váhy. **(19)** U mentální bulimie rozlišujeme dva specifické typy: purgativní typ, kdy pacient opakovaně, pravidelně zvrací a zneužívá laxativa či diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti a nepurgativní typ. Tento druhý typ se vyznačuje používáním přísné diety, hladovky nebo intenzivním fyzickým cvičením, ne však pravidelné purgativní metody. **(21)** Protože po požití velkého množství jídla dochází k následnému odstranění potravy z těla, hmotnost bulimiček může zůstat relativně normální. Zvracení má ale pro fyziologii organismu závažné důsledky. I nadužívání projímadel může narušovat elektrolytickou rovnováhu draslíku v těle, což může vést až k dehydrataci, srdeční arytmií a močové infekci. **(4)**

1.1.1. Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Změnou životního stylu nepřibývá jen poruch příjmu potravy, ale také těch, co diagnostická kritéria nenaplnují, i když u některých případů dojde k rozvoji kompletních příznaků. MKN-10 rozlišuje i diagnózy atypické mentální anorexie a atypické mentální bulimie. Tyto typy by se měli diagnostikovat u pacientů, kteří netrpí jedním či více základními znaky, ale vykazují téměř typický klinický obraz. EDNOS (Eating Disorders Otherwise Specified – jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy) oproti DSM-IV nerozlišuje dvě diagnózy, ale připouští i například i tyto případy: pokud

jsou splněna všechna kritéria pro mentální anorexii a nemocná má pravidelnou menstruaci nebo jsou splněna všechna kritéria MA, došlo k výraznému poklesu hmotnosti, ale je stále v normě nebo jsou splněna všechna kritéria mentální bulimie, ale k záchvatům přejídání dochází méně často.

Pod EDNOS lze zařadit i „syndrom nočního přejídání“, který se vyznačuje, jak už název napovídá, nespavostí a nočním přejídáním. Průběh je pravděpodobně spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Nemocní si často stěžují na neschopnost přestat jíst, když jednou začnou, ale nespojují tuto poruchu s pocitem hladu. V posledních letech se stále častěji objevují pacienti, kteří se přejídají, ale žádným způsobem to nekompenzují. Tento typ záchvatovitého přejídání je spojen s nadváhou či obezitou. **(15)** Pokud je nedostatečná frekvence stravování (1-2x denně) zvyšuje se ukládání tuku v organismu. Kolísá také glykémie a její pokles způsobuje pocit hladu, tím se zvyšuje příjem potravy s opětovným ukládáním přebytku tuku do tukové tkáně. Noční hlad může také vznikat jako reakce na přísnou redukční dietu. **(11)** Existuje návrh pro klasifikaci této kategorie jako třetího druhu poruch příjmu potravy pod termínem „záchvatovité přejídání“. V posledních letech se této problematice věnuje velká pozornost. Ve srovnání s jinými obézními, obézní, kteří trpí záchvatovitým přejídáním v průměru rychleji hubnou. Zatím, ale mnoho odborníků udává stále více důvodů, aby se tento problém řešil v širším kontextu. **(15)**

Dalšími typy, které byly pojmenovány poměrně nedávno a jsou méně známé se nazývají ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Tyto tři poruchy jsou ve své podstatě stejně nebezpečné jako již zmíněná mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání.

Ortorexie (orthorexia nervosa) je tzv. posedlost zdravou výživou a biologicky čistou stravou. Oproti lidem trpícím mentální anorexií se tito zaměřují na kvalitu ne na kvantitu. Společnou charakteristiku s MA a MB naopak může být sklon k perfekcionismu, touha po štíhlosti, nutkání mít vše pod přísnou kontrolou či utváření vlastní identity. Slovo se skládá ze dvou řeckých slov, a to „orthos“ (správný) a „orexis“ (chuť). Na začátku se onemocnění neprojevuje nijak nápadně, jde o vyhledávání obchodů se zdravou výživou, zájem o veškeré informace týkající se stravy

a jejich složek. Postupem času se stává tato činnost hlavní náplní dne. Jejich jídelníček se zužuje na minimum a tělesná hmotnost klesá. Stále častěji musí myslet na jídlo, zužuje ho deprese a úzkost. Tímto onemocněním trpí jako u mentální anorexie více dívky i když v menší míře. Rozlišit zda nejde pouze o přirozenou touhu žít zdravě od posedlosti zdravou výživou nám umožňuje Bratmanův test tvořený deseti otázkami, nebo dotazník ORTO-15, což je rozšířený Bratmanův dotazník. **(24)** Nemocní ortorexií jsou radikální odpůrci uměle hnojených, geneticky upravovaných potravin bez použití chemických konzervantů a barviv. Orientují se výhradně na bio potraviny, které nakupují ve specializovaných obchodech. Seznam potravin se zužuje na minimum, protože časem získají pocit, že ani bio potraviny nemohou být bezpečné. Někdy to dokonce může dojít až k tomu, že potraviny, které nejsou vypěstovány podle bio postupů, tak po jejich požití by se nemocní ortorexií otrávil nebo by určitě vážně onemocněli. **(22)**

Bigorexie označuje poruchu vnímání vlastního těla a svých svalových proporcí. Často normálně vyhlížející osoby nadměrně cvičí, snaží se dosáhnout ve směru fyzické zdatnosti maximálních hodnot a požívají různé aminokyseliny, bílkovinné potravinové doplňky a látky, často i steroidy, aby dosáhli vysněného vzhledu. Připadají si slabí a nedostatečně svalově vyvinutí. Dalším negativním aspektem je nadměrný příjem potravy za účelem tvorby svaloviny, přičemž nadměrná svalovina přetěžuje kosti a klouby. Nadměrné posilovací cvičení zase poškozují pohybový aparát, vysoký příjem nadbytečné energie narušuje funkci ledvin a jater a nadměrné užívání anabolik ohrožuje život. K rizikovým faktorům patří i nadváha v dětském věku, kdy dítě trpí nízkým sebevědomím a komplexy k vlastnímu tělu. Člověk trpící bigorexií zvyšuje dávky anabolik, čím dál častěji navštěvuje posilovnu, pokud se mu některý den naruší tréninkové plány trpí depresí nebo úzkostí. Nezanedbatelná je i finanční stránka bigoretiků. Často padnou jejich úspory na nelegální léky, doplňky stravy, permanentky do posiloven či sportovní oblečení. Tato porucha se někdy označuje jako „Adonisův komplex“, svalová dysmorfická porucha, dysmorfofobie či obrácená anorexie. Touto poruchou trpí především muži, výjimku tvoří ženy kulturistky. Vzhledem k tomu, že je používání anabolických steroidů pro účely bodybuildingu nelegální, neexistuje žádná

relevantní studie výskytu tohoto onemocnění. (24) Velkým problémem při léčení je skutečnost, že si nemocní nepřipouští žádné potíže, jsou se svým způsobem života spokojeni a lidé z jejich okolí jim dávají najevo, že se chovají normálně až vzorně, protože pravidelně cvičí, k čemuž oni sami se nedokáží přinutit. Tuto psychickou poruchu by měli rozpoznat lidé pracující ve fitcentrech nebo ve sportovních a kulturistických oddílech. Vždy se mají pokusit předat tyto pacienty do rukou odborníků a neměli by se pouštět sami o sice nadšené a dobře míněné, ale amatérské a tedy většinou negativní zásahy. (16)

Drunkorexie je další z forem výživových poruch, kdy se postižený snaží snížit příjem kalorických hodnot na minimum, aby poté mohl konzumovat více alkoholických nápojů a to především tak zvaně tvrdé, protože ty jak známo obsahují nejvíce kalorií. Jedná se o spojení dvou slov a to drunkenness – opilství a anorexia. Kombinace těchto poruch má vysoká rizika hlavně hrozícími otravami, krvácením do trávicí trubice nebo stavy bezvědomí či cévními mozkovými poruchami v důsledku rychlého zvýšení krevního tlaku. Opět tu hraje roli nespokojenost s vlastním tělem a přibírání na váze. Tito lidé často vynechávají nebo omezují jídlo, aby mohli přijmout více alkoholu. Pití alkoholu nalačno vede i k rychlejšímu vstřebávání alkoholu se všemi dalšími důsledky. V případě této poruchy jde o kombinaci tří problémů – anorexie, bulimie a nárazové pití. Opět tímto onemocněním trpí více dívky, i když v ČR je drunkorexie celkem běžná i mezi muži – pijáky piva. Drunkorexie zahrnuje i zvýšenou fyzickou aktivitu na párty či diskotéce spojenou s popíjením tvrdého alkoholu kombinovaného s energetickými nápoji. (27)

1.2. Historie poruch příjmu potravy

Ideál krásy se samozřejmě stále mění a v průběhu historie několikrát přibral a zase ubral na váze. Věstonickou Venuši vystřídala už o něco štíhlejší Venuše Mélská, která byla symbolem ideálu ženské krásy v antice. V gotice zase ztvárňovali ženy vyzáblé. Renesance a gotika zdůrazňovala na ženě boky, břicho a prsa a na dnešní poměry byl ideál tlustý. Ideál kulaté ženy přežil až do 19. století. (23) Již od starověku

jsou popisovány nejrůznější formy poruch příjmu potravy. Je také známa pica, touha po bizarních jídlech nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci nebo jev zvaný ruminace neboli vracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. V 5. století před naším letopočtem se Hippokrates zmiňuje o poruchách příjmu potravy a označuje je názvem asithia.

Ve druhém století našeho letopočtu Galén jako první v historii vůbec použil termín anorexie. Až do roku 1914 převládal takřka jednoznačně názor, že mentální anorexie je duševní poruchou. V témže roce hamburský patolog Morris Simmonds objevil i u některých vyhublých nemocných léze v hypofýze. Od této chvíle začaly diagnostické spory. Mentální anorexie začala být spojována se „Simmondsovou chorobou (kachexií)“. Po dobu dvou desetiletí dominovala tato hypotéza. Ve čtyřicátých letech 20. století zásluhou psychosomatické medicíny a psychoanalýzy byla mentální anorexie zařazena mezi duševní poruchy. U nás to byl prof. Vratislav Jonáš, který v roce 1941 tvrdil, že kromě klasické kachexie Simmondsovy se vyskytují formy hypofyzární hubenosti, které podle něho byly prognosticky méně závažné, schopné zlepšení a snad i úpravy. Ze vzácné a málo známé diagnózy se v posledních letech stala porucha, která je považována za módní trend sledovaný veřejností s velkým zájmem. **(21)**

Tak jako termín anorexie, má svou vlastní historii i pojem bulimie. Nejstarší přirovnání pro diagnózu popisuje psí hlad (kynorexia nebo fames canina), ale bulimie se vztahovala i na slabost a mdloby způsobené hladem. Dokonce se dříve rozlišovalo až sedm druhů bulimie. Čtyři z nich byly symptomatické, provázeny dalšími příznaky – cizopasníky, průjmem a křečemi, ostatní byly emocionální. Primární byla rozdělena do tří kategorií: bulimia helluonum (nadměrný hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu) a bulimia emetica (přejídání se zvracením). Teprve v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russel poprvé použil termín bulimia nervosa, který označil: „silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí a s vyhýbáním se ztloustnutí jako následku jídla vyvoláním zvracení nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím u žen s normální tělesnou hmotností“. **(25)** Nejlépe popsanou kazuistiku publikoval v roce 1944 švýcarský psychiatr Ludwig

Binswanger jako působivý příběh Ellen Westové, jejího neúnavného zápasu se štíhlostí a boje s bulimií, která ji dovedla k násilnému zvracení a extrémnímu nadužívání laxativ. Dodnes však přetrvávají spory o tom, zda je mentální bulimie skutečně klinickou diagnózou.(21)

1.3. Výskyt poruch příjmu potravy

Pomocí epidemiologických studií lze do jisté míry zjistit, jaká je incidence a prevalence určité poruchy či nemoci a jaké mohou být její základní determinanty. Prevalence určuje počet všech nemocí nebo zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu. Obvykle se dává do poměru k velikosti populace a vyjadřuje se v procentech. Incidence je počet nově se vyskytujících onemocnění v určitém čase a prostoru. Čím nejasnější jsou hranice mezi normou a patologií, tím je výzkum obtížnější. U poruch příjmu potravy je to o to složitější, že u mentální bulimie byla od sedmdesátých let několikrát změněna nebo upřesněna diagnostická kritéria. Výsledky různých epidemiologických studií se mohou lišit podle sledovaného vzorku populace, metody výzkumu a diagnostických kritérií. (21) Studie využívající registry od obvodních lékařů nebo registry hospitalizovaných pacientů, které nemusí být vždy spolehlivé, jsou ekonomicky dostupnější a jednodušší, ale na druhou stranu obsahují jen podchycené případy. Takový výzkum může vést k podcenění reálné incidence/prevalence. Populační studie mohou být ekonomicky nákladné, časově náročné a také vyžadují velký počet subjektů. Některé výzkumy využívají screening pomocí dotazníků nebo interview. Tyto dvou etapové studie mohou mít nízký počet odpovědí a vysoké procento nesprávně vyplněných dotazníků, protože mnoho lidí trpících některou z poruch příjmu potravy si přeje, aby se diagnóza nepotvrdila a tudíž i neléčila. Všechny epidemiologické studie používají různé metody, proto se jednotlivé výsledky incidence a prevalence mohou lišit. (25) Za posledních čtyřicet let se markantně zvýšil důraz na štíhlost žen, což odpovídá skutečnosti, že se zvýšil i výskyt poruch příjmu potravy. (4) Současné zkušenosti ukazují, že se mění časování nástupu poruch příjmu potravy,

některé jejich projevy v souvislosti s aktuálně probíhajícími sociálními procesy, kulturními a dalšími ději. Příčina mnohých typů poruch výživy je multifaktoriální. (11)

1.3.1. Mentální anorexie

Incidence. Epidemiologické studie zaměřené na incidenci využívají záznamy obvodních lékařů, kteří nemusí každého pacienta doporučit do specializované péče a psychiatrické záznamy, kde jsou registrováni jak ambulantně léčení, tak hospitalizovaní pacienti. Incidence je obvykle uváděna v počtu nových případů na 100 tisíc obyvatel za rok. Některé studie rozlišují výskyt poruchy u žen a u mužů různého věku. Mnoho anorektiček není léčeno, ani hospitalizováno, tudíž se nedostane ani do lékařských záznamů, proto jsou výsledky studií pouze orientační. (21) Údaje kolísají okolo 0,1 až 0,5 na 100 000 obyvatel. (29) Anorexia nervosa vzniká obvykle v adolescenci. Věkové rozmezí je nejčastěji popsáno mezi 10-25 lety. Celkově z mnoha studií založené na primární péči vyplývá, že incidence u této poruchy dosahuje kolem 5/100 tisíc obyvatel. Studie založené na nemocničních registrech docházejí k nižším číslům a studie populační ukazují, že podstatná část jedinců nevyhledává lékařskou pomoc. (25)

Prevalence. Jednou z posledních prací, zabývajících se prevalencí, je finská studie (Keski-Rahkohen et al., 2007), která zkoumala epidemiologii mentální anorexie u žen narozených v letech 1975-1979. Zjistilo se, že celoživotní prevalence dosáhla 2,2 % a při použití „širší“ definice, která nevyžadovala splnění všech kritérií, stoupla na 4,2 %. Prevalence u mužů je výrazně nižší a to kolem 0,3 %. Celkový odhad celoživotní prevalence v západní Evropě a USA na základě populačních studií se pohybuje v rozmezí mezi 0,5-2,2 % u žen. Nižší počty bývají u studií na základě registrů. Muži tvořili 10-25 % všech případů s mentální anorexií. (25) Celoživotní prevalence pro ženy je 0,1 %. V poslední době se diskutuje o nárůstu četnosti onemocnění. (29)

1.3.2 Mentální bulimie

Incidence. Do roku 1979 se mentální bulimie nevyskytovala v žádných lékařských záznamech, proto je málo epidemiologických studií zaměřených na incidenci této poruchy. Většina studií byla prováděna za pomoci dotazníků. Většina autorů se shoduje, že v průběhu sedmdesátých a osmdesátých let incidence mentální bulimie vzrůstala mnohem rychleji, než incidence mentální anorexie. (21) Studie v Holandsku a ve Velké Británii došly k výsledkům, že 6,6/100 tisíc obyvatel trpí mentální bulimií. (25)

Prevalence. Strach z tloušťky zná mnoho mladých žen, stejně tak experimentování s různými dietami, které nakonec většinou skončí tzv. jo-jo efektem. Dominantním příznakem mentální bulimie je přejídání a proto první populační studie ukazovaly až 10 % výskyt prevalence. Pokud se jasně specifikují dané kritické příznaky a především jejich frekvence, poté četnost bulimie klesá. V současné době můžeme předpokládat, že prevalence mentální bulimie kolísá v rozmezí mezi 1 až 4 % žen kritického věku a tento počet může být ve skutečnosti mnohem vyšší. Předpokládá se, že u 5 až 10 % dívek a mladých žen se můžeme setkat s výrazněji narušenými stravovacími návyky a chováním. V tomto počtu mohou být zahrnuty i lehčí, subklinické nebo hraniční případy. Zkoumány byli především lidé ve věku 18-44 let. (A) Prevalence mentální bulimie je mezi 1-3 % (rizikový věk 15-30 let), přičemž v polovině případů jí předchází epizoda mentální anorexie. (6)

1.3.3 Atypické formy poruch příjmu potravy

Přestože psychogenní přejídání nepatří mezi poruchy příjmu potravy, tak diagnostická kritéria pro výzkum umožnila odhady prevalence tohoto problému. Mnoho studií, zabývajících se prevalencí jídelního chování nesplňovalo diagnostická kritéria. Například Hudson et al. Z roku 2007 popisují celoživotní prevalenci u podprahového psychogenního přejídání 1,2 % a jakéhokoliv přejídání dokonce 4,2 % v americké populaci. Studie Fairburn a Beglin z roku 1990 zaměřená na abnormální jídelní postoje

odhadla prevalenci dietního chování nad 25 %, záchvaty přejídání na 15,7 %, navozené zvracení 2,4 %, a užívání laxativ 2,7 % a vše nejméně jednou týdně. (25)

1.4 Rizikové faktory

Rizikové faktory se berou jako soubor mechanismů či událostí, kdy jejich přítomnost zvyšuje pravděpodobnost výskytu onemocnění. Rizikový faktor není příčina choroby. Prvním krokem pro zkoumání těchto faktorů jsou průřezové studie, které zjišťují ve kterých aspektech se skupina nemocných liší od skupiny zdravých. Nezodpoví však otázku, co je příčina a co následek. Pokud je dostatek důkazů, že sledovaná okolnost se vyskytla dříve než porucha, jedná se o rizikový faktor. (25) Epidemiologické výzkumy si někdy protirečí nebo zdůrazňují příliš obecné a nespécifické faktory, jako je pohlaví či věk. Většina specialistů se shoduje v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlovala jejich obtíže. Téměř ve všech případech jde o souhrn různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů. (21)

1.4.1 Biologické faktory

Pohlaví, etnický původ a věk jsou charakteristiky, které se nedají nijak ovlivnit. Umožňují však efektivně zaměřovat preventivní programy na rizikové skupiny. (21) Podle jedné hypotézy může být anorexie způsobena nedostatečnou funkcí hypotalamu, tedy částí mozku pomáhajícího regulovat příjem potravy. Byla zjištěna nižší aktivita hypotalamu a dále abnormality několika neurochemických látek důležitých pro jeho správné fungování. U pacientek nemocných bulimií se může jednat o nedostatek neurotransmiteru serotoninu, který výrazně ovlivňuje regulaci nálady a chuti k jídlu. (4)

Pohlaví. Jedním z nejrizikovějších faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Ženy trpí záchvatovitým přejídáním 2,5x častěji než muži a mentální

anorexií nebo bulimií onemocní dokonce 10x častěji. Na ženské tělo se klade větší důraz z hlediska proporcí, proto je na něj zpravidla vyvíjen vyšší nátlak z okolí. **(21)** Stále častěji jsou považovány poruchy příjmu potravy za „ženské nemoci“. Proto je zvláštní, že přichází stále více mužů. Některé výzkumy se proto zaměřili na souvislost mezi poruchami příjmu potravy a jejich sexuální preferencí a identitou. Studie jsou průřezové, proto se nedá jednoznačně vyvodit závěr. Z malého množství údajů bylo popsáno 27 % mužů nemocných, kteří jsou homosexuálně nebo bisexuálně zaměřeni. Pokud bereme v potaz pouze bulimii, tak je to dokonce 42 %. Je možné, že tito homosexuálně zaměřeni muži jsou vystaveni podobně velkému tlaku být štíhlí a krásní jako ženy.

Etnický původ. Výsledky některých výzkumů pocházejících z USA naznačují, že Afroameričanky jsou se svým tělem spokojenější a proto drží diety méně často než „bílé“ dívky, a to i přes to, že mají v průměru vyšší BMI. Na straně druhé trpí častěji záchvaty přejídání. Není zcela jasné do jaké míry je etnický původ rizikovým faktorem, proto je nutné posuzovat poruchy příjmu potravy bez ohledu na pacientovu barvu pleti.

Věk. Nejrizikovější věk pro onemocnění je puberta, adolescence a časná dospělost. Věk podléhá změně a je tedy proměnlivým znakem. Pro toto období je rizikové i propuknutí jiných duševních poruch, proto je označován věk jako nesespecifický rizikový faktor. **(25)** Typickým znakem rozvoje mentální anorexie je puberta, která trvá nejméně tři roky. U dívek je známkou ukončení puberty první menstruace. Zdá se, že dívky oproti chlapcům vnímají své tělo nejistě, mají větší obavy o to, zda jsou nebo nejsou oblíbené a mají také nižší úctu k vlastnímu tělu a nižší sebevědomí. Dívky se často podceňují až do své dospělosti. Puberta je také obdobím výrazných tělesných změn. S časnější fyzickou zralostí je často spojen strach z dalšího nabírání hmotnosti, pocity nedostačivosti a některé další depresivní příznaky. V současné době nízká sebedůvěra snadno vyústí ve snahu zlepšit svůj vzhled a držet diety. K rozvoji poruch příjmu potravy však může dojít i v dospělém věku. Pubertu a dospívání lze však považovat za období nashromáždění rizikových faktorů, které může být spojeno s mimořádným stresem. **(21)**

1.4.2 Osobnostní faktory

Impulzivita. U pacientek s mentální anorexií a bulimií se často vyskytují depresivní a úzkostné stavy. Přestože výzkumy dotazníkové formy tuto teorii nepotvrdily, existuje silná souvislost mezi zneužíváním návykových látek a pozdějším onemocněním poruchami příjmu potravy. **(25)** Především u bulimie jsou výrazné známky deprese, kde je zaznamenáno 20 % až 80 % případů. Některá zjištění naznačují, že poruchy příjmu potravy mohou být variantou primární depresivní poruchy. Příznaky deprese bývají vysvětlovány jako důsledek různých psychických, zdravotních a sociálních problémů spojených s malnutricí nebo s nepřiměřenou sebekontrolou. Většina úzkostných symptomů je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. **(21)** Existují důkazy, že některé pacientky trpící anorexií se symptomy skleslé nálady, se zlepší poté co se začnou léčit. Důležité je rozlišit skleslou náladu od depresivního onemocnění. **(7)**

Perfekcionismus a obsedantně-kompulzivní osobnost. Obsedantní příznaky u anorektiček se často prolínají s depresí. Deprese se dá označit jako finální možnost nejen v případě poruch příjmu potravy, ale i v případě alkoholismu nebo schizofrenie. **(21)** Podle některých učitelů pozorujících osobnost chlapců zaznamenalo, že byli méně kooperativní, uzavření, méně oblíbeni kamarády, měli problémy v sociálních vztazích. Někteří chlapci byli dokonce popisováni jako agresivní a nepřátelští. Zřejmě trpěli určitou sociální izolací, což může způsobit problémy při začleňování do společnosti. **(11)** Některé bulimičky a obézní uvádějí, že se přejídají, aby snížili hladinu úzkosti, výsledkem jsou však další pocity viny a depresivní příznaky. Negativní sebehodnocení, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocity představují významné, i když pravděpodobně nespecifické faktory zvyšující riziko vzniku poruch příjmu potravy. **(21)** Rodinné studie zjistily u přímých příbuzných lidí s některou poruchou příjmu potravy rovněž zvýšenou míru perfekcionismu, z toho vyplývá, že obsedantně-kompulzivní porucha nebo osobnostní rysy s ní spojené mohou být dědičné. Perfekcionistické rysy u nemocných trpících anorexií či bulimií, se objevovaly již v dětství. Snaží se mít vše tak, jak má být, domácí úkol i precizně uklizený pokojíček. **(25)**

1.4.3 Situační a rodinné faktory

Životní události. Životní nebo situační události jsou často považovány za spouštěče poruch příjmu potravy. Nejčastěji to jsou různé narážky na tloušťku a celkový tělesný vzhled ať už ze strany spolužáků či rodiny, dále sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdar nebo nemoc, nebo také problémy v rodině. Podcenění nebo naopak přecenění životních událostí je problémem skoro každé studie, protože už formulace otázky vyjadřuje určitou hypotézu o problému. Většina studií je založena na dotazníkové formě, kdy se nemocní sami posuzují. (21) Srovnání lidí trpících poruchami příjmu potravy se zdravými lidmi nespočívá v zážitku jedné negativní události, ale v opakované expozici traumatickým událostem. Výzkumy se nesusoustředí pouze na to, kolik toho nemocní prožili, ale i na to, co prožili. Některé průřezové studie ukazují na 3x vyšší výskyt sexuálního zneužívání u žen s bulimií než u kontrolní skupiny zdravých žen. Toto riziko vzrůstá, pokud se jednalo o zneužití rodinným příslušníkem nebo pokud v rámci tohoto zneužívání docházelo k násilí. Sexuální zneužívání je spojeno s pocitem studu a může vést až k depresi, proto se uvádí jako rizikový faktor pro rozvoj poruch příjmu potravy. Další, dosud nepřilíš prozkoumanou oblastí jsou zážitky separace a akulturace. Separací se rozumí odloučení od původní rodiny, akulturací přizpůsobení se cizí kultuře a životu v zahraničí. (25)

Rodinné faktory. Často se ukazuje, že v rodinách majících pacienta s poruchou příjmu potravy, se vyskytuje alkoholismus, rodina je nestabilní vlivem opakované nepřítomnosti otce, partneři se často střídají. Rodiny bydlí v nevyhovujících, hygienicky závadných podmínkách, vybavení domácností je nedostatečné. Prostředí málo stimuluje kognitivní vývoj i tím, že rodiče mají nízké nebo žádné vzdělání. (11) Naopak se opakovaně ukazuje, že nemocní s anorexií zažili neadekvátní tlak. Tímto tlakem se rozumí rodičovské odhodlání dovést dceru k akademickým či sportovním výkonům bez ohledu na její schopnosti nebo rozhovor o sexualitě dřív, než je na něj připravena. Dalším problémem může být nesoulad mezi rodiči nebo chronické onemocnění některého z nich, které závažně narušilo rodinné chování. Pacientky s anorexií nervosa uvádějí, že zhruba rok před propuknutím nemoci zažili ve své rodině chronické

problémy se sourozencem. V tomto kontextu může být jejich onemocnění chápáno jako snaha získat opět rodičovskou pozornost, kterou na sebe strhl problematický sourozenec. Klinické studie ukazují, že výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci pacientů se pohybuje v rozmezí 3 až 10 %. Také matky dívek s anorexií jsou popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní. Matka je prvním zdrojem potravy dítěte, proto je samozřejmě spojována i se vznikem a rozvojem poruchy příjmu potravy. Na druhé straně může být rizikovým faktorem i otec, který je charakterizován jako pasivní, slabý a udržující si emoční odstup, někdy zase jako dominantní osoba. (25) Dále tyto rodiny, kde se vyskytuje pacient s poruchami příjmu potravy, odmítají projevy citů a potlačují konflikty. Některé mladé ženy se pak snaží získat projevy emocí a zájmu ze strany rodičů právě svou kontrolou jídelního chování. Naopak bulimičky se v silném návalu rozčilení nárazově přejídají. (4)

1.4.4 Sociální faktory

Na člověka působí hlavně média. Tlak vyvíjí silný natolik, aby některý slabší jedinec podlehl a naslouchal poselstvím, které nám předesílají. Být štíhlý znamená krásný. Být krásný znamená měřítko úspěšnosti. Pokud neuspějí, cítí se mizerně a pokoušejí se zhubnout. Zobrazovací prostředky prosazují do svých reklam stále štíhlejší modelky. Stále větší pozornost je věnována hubnoucím prostředkům a mylně je propagováno, že zhubnout je stejně snadné jako změna barvy vlasů. Dietním trendům se přizpůsobuje i potravinářský průmysl tím, že propaguje stále více nízkotučných výrobků s označením light. Před 40 až 60 lety byly ve společnosti oblíbené prostředky na přibrání, které měly za úkol bojovat proti podvýživě a tuberkulóze. V rozporu s tím, jak hubne kulturní ideál, roste průměrná hmotnost lidí v populaci zejména v západních zemích. Obézní jsou ve většině případech popisováni jako líní, hloupí a oškliví. (21) Jako další sociální faktor působí na lidstvo různé diety, nabízené všude možně. Diety jsou propagovány jako řešení problémů v trávicím systému i vzhledu člověka. Málomocný dietolog se zabývá tím, že každý člověk je originál a každý má jinou příčinu svých problémů a nebo jinou kombinaci příčin, že každý má jinou krevní skupinu, ale i

genetický typ a že ženy, muži a děti mají rozdílné počty, ale i druhy biokatalyzátorů – enzymů. (8)

1.5 Energetická bilance

Energetickou bilancí se rozumí rovnováha mezi energetickým příjmem a výdejem. Jak příjem a jeho skladba, tak výdej jsou ovlivňovány řadou exogenních a endogenních faktorů. Pozitivní energetická bilance vzniká, převyšuje-li energetický příjem energetický výdej. Dlouhodobě působící pozitivní energetická bilance vyvolává hromadění tukových zásob a vzestup hmotnosti i u jedinců, kteří nemají genetické předpoklady ke vzniku obezity. Naopak negativní energetická bilance způsobuje úbytek tukových zásob a pokles tělesné hmotnosti. Za hladovění nebo při dodržování přísných redukčních diet dochází nejen k redukci tukových zásob, ale i k neadekvátní redukci aktivní svalové hmoty. (1) Novorozenec potřebuje dvakrát větší dávku živin než dospělý jedinec, protože rychle roste a vyvíjí se. Zároveň by měl dostat více vitamínů a minerálních látek, které mu pomáhají v boji proti infekcím. (2)

1.5.1 Body mass index

Hodnota body mass indexu se vypočítá podle vzorce: váha v kilogramech dělená výškou v centimetrech na druhou. Vypočtená hodnota by se měla pohybovat v rozmezí 18,5 a 25. BMI pod 18,5 trpí patrně podvýživou, nad 25 nadváhou a nad 30 obezitou. Jako mnoho jiných ukazatelů není body mass index dokonalý, nicméně patří mezi nejlepší parametry. BMI hodnoty jsou nezávislé na věku a jsou stejná pro obě pohlaví. Proto se stále využívá i v ordinacích lékařů. Jako ukazatel obezity se osvědčilo i měření obvodu pasu. Ženy by neměly mít více než 88 cm a muži nad 102. World Health Organization provádí další výzkumy a posouzení dostupných údajů o vztahu mezi obvodem pasu, hodnotami BMI a zdravotními riziky. (30)

1.6. Zdravotní komplikace

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti.

Kardiovaskulární komplikace. Téměř u 90 % postižených se můžeme setkat v průběhu onemocnění s kardiovaskulárními komplikacemi. Nejčastěji to je sinusová bradykardie s frekvencí méně než 60 tepů za minutu. Vysoké užívání diuretik nebo projímadel může jak u anorexie, tak u bulimie vést k narušení elektrolytové rovnováhy, a tím k vyvolání srdečních arytmií. Může také dojít ke smrtelné srdeční zástavě.

Renální komplikace. U dvou třetin anorektiček se mohou objevit renální abnormality. Většina z nich přijímá dostatečné množství bílkovin, může u nich dojít ke zvýšení hladiny urey v krvi. Zvýšené riziko vzniku močových kamenů může způsobit dehydratace, nízký výdej moči, nadužívání projímadel a diuretik a zvláštnosti ve stravovacích návycích.

Gastrointestinální komplikace. Téměř u poloviny postižených bulimií je dobře známý příznak benigní zduření parotických slinných žláz. Pravidelné zvracení ukazuje jasnou souvislost s ústními a zubními komplikacemi jako jsou eroze zubní skloviny a zuboviny na povrchu předních zubů horní čelisti. Žaludeční potíže nejsou příliš časté. Sporadicky se objevuje nevolnost, zvracení, bolesti břicha a dilatace žaludku. Asi u poloviny pacientek s anorexií lze zjistit na rentgenu dilataci duodena a asi u třetiny přechodnou dilataci jejunu. Komplikace v oblasti tlustého střeva způsobují zácpu a průjem.

Kosterní komplikace. Pacientky s mentální anorexií bývají o něco menší než jejich vrstevnice, i když rozdíl není markantní. Vyžívání kostí se v období aktivní anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit, když hmotnostní úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruačního cyklu. Pokud pacientka zcela odmítá mléčné produkty, mohou se výjimečně vyskytnout případy osteomalacie. Přiměřené cvičení má ochranný vliv na denzitu kostí, protože snižuje metabolický obrat kostní tkáně a zvyšuje tvorbu kostí. **(21)**

Psychické komplikace. Dalšími komplikacemi, které působí na nemocné poruchami příjmu potravy již od časného věku přímo či nepřímo spojených s jídlem, je narušení psychického vývoje. Rozsah poruch je obvykle dán fází ontogeneze, která je postižena. Horší prognóza je při časném vývojovém stádiu, ale i pozdější nevhodné stravování může výrazně zasáhnout do osudů jedince. Může být postižen organismus jako celek nebo pouze jeho struktury i funkce. Vývoj CNS se opožďuje a tím dochází k fyzické i mentální retardaci, oddálení puberty a k dalším poruchám. Nastávající matka s poruchami příjmu potravy má malou rezervu živin a minerálií, nutných pro stavbu a vývoj kostí. Dítě se rodí s nízkou tělesnou hmotností, může dojít k předčasnému porodu, novorozenec je celkově nezralý. (11)

Endokrinní komplikace. Příznak endokrinní abnormality u dívek, trpících anorexií je amenorea. Objevuje se při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti, když obsah tělesného tuku klesne pod kritickou úroveň daného jedince. Pro vznik amenorey jsou zřejmě významné i jiné faktory než úbytek hmotnosti, protože nepravidelnost menstruačního cyklu se objevuje u jedné třetiny pacientek ještě před propuknutím nemoci. Po návratu k normální tělesné hmotnosti amenorea téměř u poloviny dívek po nějakou dobu přetrvává. Pro obnovení normální tělesné funkce je nezbytné zlepšit psychický stav pacientky. Sérové hladiny testosteronu zůstávají u žen v normě, ale jsou sníženy u mužů trpících anorexií, podobně jako u pacientek, které jsou podvyživené z jiných příčin.

Hematologické komplikace. U více než poloviny pacientek s mentální anorexií se vyskytují změny krevního obrazu a kostní dřeně a jejich klinická závažnost roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti. Leukopenií trpí 40 až 60 % pacientek. Vyšetření celého krevního obrazu se provádí vždy při úvodním vyšetření. (21)

Somatické komplikace. U mentální anorexie je typická podvýživa, což způsobuje hubnutí a proximální slábnutí končetin, dále se objevuje nízká teplota periferních částí těla, omrzliny, lanugo, bradykardie, hypotenze a otoky kotníků. Sekundární pohlavní znaky jsou zachovány. Vlivem podvýživy může vzniknout osteoporóza s častými patologickými zlomeninami. (7)

Neurologické komplikace. Nadužíváním projímadel a diuretik může způsobit řadu neurologických komplikací včetně generalizovaných tonicko-klonických křečí, stavů akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti, zvýšení hlubokých šlachových reflexů a přechodných neurologických příznaků, které se podobají příznakům přechodné ischemie mozku. Mohou se také objevit abnormální záznamy EEG, charakteristické je střední až výrazné difúzní zpomalení a paroxysmální rytmy. Dále můžeme pozorovat celkovou svalovou slabost, periferní neuropatii. Z méně častých komplikací jsou známy bolesti hlavy, křeče, náhlá ztráta vědomí při absenci ortostatické hypotenze, dvojité vidění a poruchy hybnosti. **(3)**

Metabolické komplikace. Narušení funkce hypofýzy a autonomních funkcí u pacientek s mentální anorexií je zhoršení regulace tělesné teploty. Pokud se vystaví chladu, nedochází u nich ke zvýšení jádrové tělesné teploty a stejně tak nedochází ke stabilizaci tělesné teploty ani ke třesu. Při vystavení vysoké teplotě u nich dochází jen k minimální vazodilataci a jádrová tělesná teplota se abnormálně zvyšuje. Také zvýšený cholesterol není výjimkou a objevuje se až u 50 % pacientů s mentální anorexií a i u podvýživy. Studie, které zkoumají spánek ukazují, že ženy trpící bulimií s normální tělesnou hmotností se neliší od kontrolní skupiny v žádném ze sledovaných ukazatelů. Poruchy spánku korelují s úbytkem hmotnosti a mizí při její úpravě na normální hodnotu.

Dermatologické komplikace. Nedostatečná výživa způsobuje například suchou šupinatou kůži, lanugo a karotenodermii, úmyslně zvracení může zapříčinit purpuru, modřiny, mozoly na hřbetech rukou a kožní vyrážky z užívání projímadel a diuretik. Asi čtvrtina pacientek má tenkou šupinatou a suchou kůži se sníženým množstvím kolagenu nebo se objevuje jemné, lanugo podobné ochlupení na tvářích, končetinách a trupu a etiologie není známa. Některé léky, které používají pacientky na snížení své tělesné hmotnosti způsobují kožní vyrážky. **(21)**

1.7 Klinická praxe

V primární péči dochází nejčastěji k posouzení diagnózy, zdravotních rizik a následků onemocnění a k zabezpečení adekvátní následné péče. Většina pacientek se může léčit ambulantně nebo v rámci perciální hospitalizace na denním stacionáři. Součástí zdravotnického týmu je lékař, nutriční sestra, terapeut a psychiatr. Většina pacientů v ordinaci praktického lékaře si obvykle zpočátku nestěžuje na hlavní symptomy poruch příjmu potravy. Vztah mezi lékařem a pacientem je zásadní stejně jako u ostatních psychosomatických onemocnění, i když je jeho vybudování velmi náročné, vyžaduje znalost onemocnění, změn myšlení a chování, která s sebou onemocnění nese a které je někdy velmi těžké ovlivnit. **(25)** Pacientky často upoutávají lékaře svojí dívčí nesmělostí, v mnoha případech spojenou s toužebným pohledem, nebo u něho vyvolávají starost a soucit v důsledku kachexie. Díky tomu, že pacientky mají rozumné a diferencované vystupování, podaří se jim přesvědčit lékaře, že nejsou v ohrožení života. Lékař musí být v každém ohledu profesionál a tuto situaci by měl zvládnout. Pacientky již po krátkém čase začínají lhát, nedodržují smluvená ujednání, vůči lékařům vystupují arogantně a přivádějí je až k bezmoci. Často se dokonce stahují z léčby zpět, protože mají pocit, že je pacientky podvádějí. Toto chování je nutno brát jako boj o vlastní nezávislost. Lékař stojí před obtížným úkolem a je jen na něm, jestli dokáže zvládnout problematiku autonomie těchto pacientek. Na rozdíl od pacientek s anorexií není u pacientek s bulimií na první pohled nic poznat, protože mají zpravidla běžnou tělesnou hmotnost. Zubní lékař může zpozorovat špatný stav skloviny vlivem zvracení a poškození ústní sliznice. **(29)** Vyšetření somatického stavu má být komplexní a časově nenáročné. Důležitá je pak anamnéza ke stanovení rizika dalších komplikací. Postup multidimenzionálního vyšetření je třeba přizpůsobit somatickému stavu nemocného i jeho zralosti a stupni motivace. U všech pacientů by mělo být provedeno vyšetření krevního obrazu, biochemické vyšetření, tyreoidální funkce a vyšetření moče. Další vyšetření se volí dle průběhu onemocnění. Nutná hospitalizace je u života ohrožující kolísání váhy a krevního tlaku, metabolických a kardiovaskulárních komplikací, suicidálních myšlenek a pokusů a jiných impulzivních a kompulzivních

sebeпоškozování. Většina komplikací je reverzibilních po úpravě hmotnosti a jídelního chování. Mezi nevratná poškození patří osteoporóza. Pokud je již stanovena diagnóza, měla by být pacientka pravidelně kontrolována, vážena, sledovány její zdravotní komplikace a nutriční stav. (25)

1.8 Léčba a terapie

Mentální anorexie. Léčba zahrnuje psychoterapii, medikamentózní léčbu a terapii režimovou. Ihned po stanovení diagnózy musí být stanovena psychoterapie. Na začátku je vhodné použít systém individuálních pohovorů s psychologem prováděný s kontrolovaným stravovacím režimem. Nejčastěji jsou doporučovány kognitivně behaviorální metody psychoterapie, v dalším průběhu léčení může mít dobrý účinek arteterapie nebo skupinová psychoterapie. Asi u čtvrtiny pacientů je nutné nasadit antidepressiva nebo jsou někdy přechodně indikována anxiolytika. Hormonální terapii estrogeny a gestageny volíme po dosažení váhového přírůstku, pokud přetrvává amenorea, vždy po vyšetření a konzultaci s gynekologem. (6) Často je zahajována terapie při hospitalizaci. Mortalita 5-20% je zapříčiněna srdeční zástavou, banální infekcí nebo sebevraždou. (5)

Mentální bulimie. Základní léčba je psychoterapie, kdy je efektivní multidisciplinární spolupráce pediatra, psychiatra a psychologa. Nejčastěji se používají kognitivně-behaviorální metody a část pacientů potřebuje antidepressiva. (6)

Při léčebném postupu všech poruch příjmu potravy se musí přihlížet ke stupni zralosti pacienta a k psychickému a somatickému stavu. Základním cílem je navození normálního stravovacího režimu a odstranění důsledků podvýživy. Optimální je hmotnostní přírůstek 0,5-1,5 kg za týden. Důležitou roli hraje i psychoedukace jak rodiny, tak pacienta. Význam v podpoře pacientů mají svépomocné skupiny. Další léčba zahrnuje psychologické postupy a psychofarmakologii. Většina pacientů se léčí ambulantně, ale v případě suicidality nebo v případě výskytu život ohrožujících somatických komplikací je nutná hospitalizace. Při metabolickém rozvratu jsou nemocní umístěni na jednotkách intenzivní péče, v případě nebezpečí suicidia na

uzavřeném psychiatrickém oddělení. Poruchy příjmu potravy mají sklon ke chronifikaci a vleklému průběhu onemocnění, proto zhruba třetina pacientů zůstává nevléčena. (5)

1.9 Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci

Poruchy příjmu potravy v dětství mají mnoho společných znaků s poruchami příjmu potravy začínající v pozdějším věku, ale je na ně nutné pohlížet odděleně s ohledem na možné důsledky, terapii a potřebu jejich vymezení. Základ při léčbě je multidisciplinární přístup s úzkou spoluprací s rodiči. V mnoha směrech, zejména pokud jde o psychický vývoj a kognitivní funkce, jsou však poznatky nedostatečné.(21) Bulimie stejně jako anorexie, postihuje především ženy mladého věku. Bulimie postihuje mladší dívky než anorexie, odhaduje se, že v Americe je do určité míry postiženo 5-10 % mladých žen. Bulimie není nijak omezena. Je možno ji nalézt ve všech rasových, etnických a socioekonomických skupinách společnosti. (4)

1.9.1 Definice a diagnóza

Uznání počátku onemocnění v dětství je začleněno v definici znaků mentální anorexie Diagnostického a statického manuálu duševních poruch i Mezinárodní klasifikace nemocí. Tím, že se snaží obě diagnostické příručky podat jasnou definici základních znaků poruchy, nedaří se jim brát v úvahu vývojové faktory. Například narušená představa o svém vlastním těle se sice může v dětství objevovat, je však těžké ji s jistotou rozeznat a proto stanovení diagnózy mentální anorexie není přesné. Na základě mnohaletého pozorování byl navrhnout diagnostický systém pro děti. Tento systém vychází z přesvědčení, že jakýkoliv úbytek hmotnosti v dětství není přirozený a může být dostatečným důvodem pro zástavu nebo opoždění v tělesném růstu a pubertálním vývoji. Mentální anorexie se vyskytuje již u 6letých dětí, naopak mentální bulimie je ve skupině dívek, které ještě nemají menstruaci, vzácná, i když zvracení se objevuje běžně. Používání projímadel a jiných léků je v tomto věku vzácné. Atypické poruchy příjmu potravy jsou u dětí velmi důležité. Z hlediska nebezpečnosti snížení

tělesné hmotnosti ohrožují jejich tělesný růst a celkový vývoj. (21) Děti pod 12 let zastupují zhruba 5 % ze všech onemocnělých poruchami příjmu potravy. Z etiologického hlediska se opakovaně zdůrazňuje biopsychosociální pohled na poruchu, novější práce již ale tento pohled vidí jako konzervativní a orientují se spíše na rizikové faktory a mechanismy, které vedou ke specifické symptomové formaci poruch příjmu potravy. (14) Spektrum poruch příjmu potravy se začátkem v dětství zahrnuje emoční poruchu s vyhýbáním se jídlu, vybíravost v jídlu, odmítání jídla a syndrom pervasivního odmítání. Často se u dětí objevuje takzvaná vybíravost v jídlu. Jejich středem zájmu je spíše rozmanitost než množství jídla. Tyto děti, spíše chlapci, jedí obvykle jen dvě nebo tři určité potraviny, často to jsou sacharidy, jako například chipsy nebo sušenky. V adolescenci se ve většině případů poruchové chování samo upraví. Vyhýbání nebo odmítání jídla se může objevit i jako součást jiné somatické nebo psychické poruchy. Často to mohou být obavy z toho, že je jídlo znečištěné, ztráta chuti k jídlu v souvislosti s depresí nebo chronickým únavovým syndromem, vyhýbání se jídlu u poruch jako gastroezofageální reflux a zánětlivé poruchy střev, změny chuti k jídlu při organických poruchách a méně často jako přímý důsledek dysfunkce hypotalamu. Zatím existuje jen málo informací o epidemiologii a demografii poruch příjmu potravy s časným začátkem.

1.9.2 Somatické aspekty

Somatické nálezy u dospělých lze přenést na děti jen částečně, a to hlavně proto, že děti stále rostou a vyvíjejí se a důsledky, které jsou u dospělých se zvýšením hmotnosti reverzibilní, mohou mít u dětí nezvratné následky. A za druhé, vzhledem k rozdílům ve velikosti a složení těla může akutní nebo chronické hladovění vystavovat děti v určitých aspektech většímu riziku, zatímco u dospělých funguje jako nárazník. Děti před pubertou začnou rychleji hubnout, protože mají nedostatek tělesného tuku a také mají sklon k rychlejší dehydrataci. (21) Zhoršení motorických dovedností a zpomalení psychomotorického tempa, bylo pozorováno u dětí, kteří přežili fázi časně malnutrice. Děti, které prošli těžkou fází malnutrice, se potýkají s opožděným vývojem

řeči. Ovšem vývoj jazyka je závislý na rodinném zázemí a na stimulaci ze strany rodičů, sourozenců i dalších osob z okolí dítěte. Pokud je velmi časná podvýživa, byla pozorována i nižší inteligence. **(11)** Somatické vyšetření se od starších pacientů liší. Mladší děti si neuvědomují svou nízkou tělesnou váhu a mohou ji chtít ukazovat, na rozdíl od adolescentů, který se zahalují do volného dlouhého oblečení. Samotný poměr výšky a váhy není tak dobrý ukazatel jako známky oběhové dekompenzace ve formě hypotenze, bradykardie a nepřítomnosti periferního pulsů. Pokud tělesné vyšetření ukazuje tyto faktory, je nutná hospitalizace. Podvýživa v dětství, ať už jakékoli etiologie, může mít vážné a trvalé následky. **(21)**

1.9.3 Terapie

Podstata léčby je ve všestranném přístupu, který bere v úvahu biologické, psychické a sociální potřeby. Terapeuti by s rodiči měli tvořit silný tým. Proto je nezbytné vzájemně si oboustranně důvěřovat a vyměňovat si informace ohledně pacienta. Důležitým krokem je poskytnout informace o nemoci ve formě literatury, brožur, specifické sdělení o povaze potíží dítěte. Rodiče potom nemají pocity viny a osamocení, které často cítí, když jsou konfrontováni s chováním svého dítěte. Poruchy příjmu potravy v dětském věku mohou mít dramatický průběh, zvláště když se objeví dehydratace. Prvním krokem léčby je zajistit kontrolu obou rodičů, i když třeba žijí odděleně nad přijímáním jídla a tekutin. U případů, kde není potřeba zajistit nejprve nárůst hmotnosti je nutné se soustředit na emoční stránku pacienta. **(14)** Ještě před tím, než se stačil vytvořit terapeutický vztah musí být rozhodnuto, zda je nutná hospitalizace. K tomu dávají souhlas rodiče, i když je to pro ně velmi těžké. Je snazší předstírat, že se nic neděje a dál posílat dítě do školy a na cvičení, i přes to, že je nemocné a doma zůstat nemůže. V takovém případě je na odbornících, aby jasně rodičům vysvětlili vážnost situace. Stav pacienta je třeba neustále sledovat v každé fázi léčby dokud není stabilizován a je třeba znovu a znovu zvažovat hospitalizaci. V poslední době jsou stále více populárnější denní programy, které nahrazují nutnost hospitalizace, ale přijetí do psychiatrické léčby je dosud nejvhodnější. Cílem lékaře je

dosáhnout takové hmotnosti pacienta, aby byly dostatečně obnoveny fyziologické funkce a tím pádem růst a vývoj v pubertě mohl normálně pokračovat. Výška dítěte se pravděpodobně za dobu léčby změní, proto je nutné dítě i rodiče upozornit, že se změní i rozpětí cílové hmotnosti. **(21)** Byla prokázána i důležitost poradenství pro rodiče, při kterém oběma rodičům lékař poskytuje cenné rady a podporu. Toto poradenství je stejně účinné jako rodinná terapie, kdy se v rodině objasní názory nebo konflikty. Rodina má na pacienta silný vliv. **(14)** Na rozvoj sebeúcty u adolescentů se obvykle zaměřuje skupinová terapie. U starších adolescentů má význam individuální terapie. Vhodnost určování terapie se řídí podle nutričního stavu dítěte s stupně jeho kognitivního a emočního vývoje. Použití medikace v dětství je omezené. U pacientů, kteří trpí obsedantně – kompulzivní poruchou nebo depresí, by se mělo uvažovat o použití antidepresiv. U dětských pacientů by se o medikaci mělo uvažovat jen jako doplněk k jiným terapiím. **(21)** Na psychiatrické klinice VFN v Praze existuje jednotka zabývající se specializovanou péčí pro poruchy příjmu potravy. Tato jednotka byla založena v roce 1983 a čerpala ze zkušeností jednotky pro poruchy příjmu potravy v Kotenbergu v Belgii. Hospitalizováni jsou pacienti v kompenzovaném somatickém stavu na dobu 1-2 měsíců. **(5)**

1.9.4 Školní vzdělávání

I při těžké podvýživě se pacientkám s mentální anorexií často daří udržet ve škole výborné výsledky. Proto se o těchto pacientkách předpokládá, že jsou vysoce inteligentní, i když to nebylo empiricky dokázáno. Léčba obvykle přináší přerušování školní práce, což přináší pacientům s anorexií stresovou situaci. Bylo zjištěno, že si dítě ve škole udržuje vysoký výkon za cenu dlouhých hodin práce navíc a ohrožení přátelských vztahů. Nezřídka kdy za to mohou rodiče svým přístupem ke studijním výsledkům, ale často si za to dítě může samo svou snahou udržet si uznání a sebeúctu. Jako při každé emoční poruše je třeba přerušit školní docházku a návrat do školy je nutné pečlivě naplánovat a zajistit úzkou spoluprací se školními odborníky. **(21)** Na druhou stranu těžké formy časné podvýživy znamenají riziko vzniku dlouhodobých

poruch v učení, soustředění a poznávacích procesech. Školní prospěch je velmi individuální záležitostí a je výsledkem řady faktorů, například zájmu žáka o učení, schopností soustředit se atd. Horší výkony jsou hlavně při učení, které vyžaduje dlouhodobé soustředění. Nedostatek koncentrace může být způsobován menší úrovní jejich energie, častých chorob, apatie, nízké spontánní aktivity a nepříznivých sociálních podmínek. **(11)**

1.10 Následky v dospělosti

Čím dříve onemocnění začne, tím je horší prognóza. Je to tím, že u dítěte, které onemocní mentální anorexií, se naruší celý tělesný vývoj. I když se léčba v posledních letech nezměnila, její výsledky se liší. Je to tím, že daleko důležitější je psychologická pomoc než dosažení normální váhy. **(2)** Více než polovina děvčat po dosažení normální váhy začne znovu menstruovat, ale u chlapců je prognóza mnohem horší. Asi u 20 % se vyvine chronické onemocnění, které přímo souvisí s anorexií. Nejvíce zneklidňující je, že 5% mladých lidí nemoci podlehne. Mentální bulimie byla popsána před necelými dvaceti lety, proto nebyla možnost studovat dlouhodobé následky. Na rozdíl od mentální anorexie se zdá, že čím dříve ženy onemocní bulimií, tím lépe se uzdravují. Více než polovina je po deseti letech zcela zdráva. Závažnost psychologických problémů neumožňuje předvídat nakolik se nemocný uzdraví. **(9)**

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti studentů Středních odborných učilišť a Gymnázií v Žatci a v Lounech o poruchách příjmu potravy.

2.2 Hypotézy

- 1.** Na Gymnáziích je vyšší informovanost studentů než u studentů na Středních odborných učilištích.
- 2.** Informovanost studentů je vyšší u děvčat než u chlapců.
- 3.** Informovanost není celkově dostatečná.

3. METODIKA

3.1 Výzkum

Výzkum je systematické určování, shromažďování, analyzování a vyhodnocování informací, týkajících se určitého problému. (17) Výzkum se skládá z pěti základních kroků: definování problému, plán výzkumu, sběr informací, analýza údajů, závěry a doporučení.

Definování problému. Definování problému je prvním a důležitým krokem při výzkumu. Tento krok obsahuje specifikaci problému, který má být prostřednictvím výzkumu řešen, a určení příslušných informací, kterých bude zapotřebí. Bez jasného definování problému a příčin jeho vzniku se stává výzkum většinou bezcenným.

Plán výzkumu. Nejdříve je třeba zajistit a shromáždit základní a obecné informace o podstatě problému. Tento výzkum nazýváme předběžným výzkumem. Způsoby předběžného výzkumu mohou být různé. Příslušné informace lze zjistit studiem odborné literatury, časopisů či jiných publikovaných zdrojů, ve kterých jsou zjišťovány údaje relevantní k předmětu výzkumu. Dalším zdrojem informací může být konzultace s osobou do problému zasvěcenou a mající zkušenosti v dané oblasti.

Sběr informací. Sběr dat rozdělujeme na primární a sekundární údaje. Důležitou výhodou využívání sekundárních údajů je úspora času, nižší náklady a snadnější dostupnost informací. V některých případech může již analýza sekundárních údajů vyřešit problém. Využívání sekundárních údajů má však i své nevýhody a úskalí. Získané údaje nemusí vždy odpovídat potřebám studie a nemusí být vždy přesné.

Mezi základní metody výzkumu patří pozorování, průzkum a experiment. Při pozorování výzkumník zaznamenává skutečné chování a jednání, a to buď osobně, nebo pomocí techniky. Tato metoda výzkumu se využívá při získávání informací, které nám normálním způsobem nositel informací nemůže nebo nechce poskytnout. Nevýhodou je skutečnost, že nám neposkytne informace o názoru jednotlivců a motivech jeho chování. Je nemožné rovněž získat informace o málo četných jevech. Z těchto důvodů se pozorování jeví jako vhodná metoda ve spojení s ostatními metodami výzkumu.

K nejrozšířenějším metodám, které podchytí informace o motivech, názorech a preferencích, patří průzkum. Výzkumník je v přímém kontaktu s nositelem informací. Průzkum se uskutečňuje prostřednictvím dotazníků a vhodně zvoleného kontaktu s nositeli informací (pohovor či písemný dotazník). **(27)**

Přednosti dotazníku:

- respondent má více času na zodpovězení otázek
- pokud je dosaženo vysoké návratnosti, potom je tato metoda méně nákladná než osobní rozhovory
- není zde možnost subjektivního ovlivnění tazatelem **(13)**

Při sestavování dotazníku je třeba dávat pozor na jeho správné formulování. Špatně sestavený dotazník může zpochybnit získané informace, které nemusí odpovídat cílům a potřebám průzkumu. Proto je hlavním krokem stanovení jasných cílů, které chceme dotazníkovým průzkumem dosáhnout. **(27)**

Základní typy otázek:

- otevřené (volné, nestandardizované) – žádné varianty odpovědí, vyjádření podle svých slov, volnost v odpovědi, potíže při následném zpracování
- uzavřené (standardizované, řízené) – nabízí několik možných variant odpovědí, ze kterých je dotazovaný nucen si jednu nebo více vybrat, výhodou je rychlé a snadné vyplnění, nevýhodou nutnost vyjadřovat se v daných variantách
- případně jejich kombinace v podobě otázek polootevřených (polozavřených) – na konec nabízených odpovědí se ještě přidá varianta “jiné“ **(26)**

Do každého dotazníku by měly být zahrnuty i kontrolní otázky, jejichž cílem je prověřovat spolehlivost získaných údajů. I když se pravidla snažíme dodržovat, musíme

neustále prověřovat správnost sestavení dotazníku. Můžeme to uskutečnit prostřednictvím zkušebního průzkumu, kdy kvalitu dotazníku prověřujeme zhruba na 10 % předpokládaného vzorku respondentů.

Jednou z nejčastějších metod vyplňování dotazníku je pohovor. Proškolený výzkumník hovoří přímo se zákazníkem.

Jinou formou je pohovor prostřednictvím telefonu. V prvním případě je větší pravděpodobnost ochoty zákazníka spolupracovat s výzkumníkem. V případě nejasné odpovědi je větší možnost upřesnění.

Která z kontaktních metod je nejlepší, závisí na tom, jaké informace potřebujeme získat, na jaký typ respondentů se chceme obrátit, jak rychle má být průzkum proveden a kolik na něj máme vyčleněno finančních prostředků.

Experiment je nejčastěji využíván ke studiu kauzálních vztahů mezi proměnnými. Může se uskutečňovat buď v laboratorních podmínkách, nebo v terénu. V prvním případě je výzkumníky vybráno několik skupin osob, u každé z těchto skupin se uplatňuje odlišný postup, přičemž je sledována reakce osob ve skupině na experiment. (27)

3.1.1. Velikost vzorku

Velikost vzorku představuje, kolik lidí by mělo být dotazováno. S rostoucím počtem bývají výsledky pochopitelně spolehlivější (při eliminování nevýběrových chyb). Důležitější než vlastní rozsah je správný postup při sestavování výběrového vzorku. (18)

Z různých druhů výběru vzorku můžeme uvést následující:

- náhodný výběr, který provádíme, když nemáme žádné znalosti o základním (celkovém) souboru, nebo známe-li jen jeho rozsah. Spočívá v tom, že každá jednotka celkového souboru má stejnou možnost, aby se dostala do výběru. Náhodný výběr s opakováním je takový, při němž každou jednotku znovu vracíme do základního

souboru. Bez opakování je takový náhodný výběr, při němž vybranou jednotku nevracíme do souboru.

- záměrný výběr provádíme tehdy, pokud máme o základním souboru dostatečné informace, a spočívá v tom, že vybíráme záměrně jednotky, o nichž přepokládáme, že budou pro daný soubor typickými (například mladé lidi ve věku do 20 let)

- typický výběr je založen na skloubení principu náhodnosti s využitím určitých informací o základním souboru. Spočívá v tom, že rozdělíme základní soubor na stejnorodé části a v každé z nich provedeme náhodný výběr. (27)

3.1.2. Analýza údajů a závěry

Jakmile byly průzkumem zjištěny a shromážděny potřebné údaje, je dalším krokem jejich zpracování a analýza. (27)

3.1.3. Výzkum kvantitativní a kvalitativní

Primární výzkum prováděný v terénu se člení na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní výzkum zkoumá rozsáhlejší soubory stovek i tisíců respondentů, chce postihnout dostatečně veliký a reprezentativní vzorek. Mezi techniky patří osobní rozhovory, pozorování, experiment a písemné dotazování, ale také obsahová analýza textů a jiných symbolických vyjádření. Kvantitativní výzkumy jsou časově i finančně náročnější, přinášejí ale obvykle reprezentativní výsledky v přehlednější, číselné podobě za celý soubor.

Kvalitativní výzkum je oproti kvantitativnímu rychlejší a méně nákladný. Má ale významné omezení, protože soubor respondentů je velmi malý a jeho výsledky není možné zobecnit na celou populaci. Kvalitativní výzkumy umožňují poznat motivy chování lidí, vysvětlit příčiny. (10)

3.2 Vlastní výzkum

Informovanost studentů o poruchách příjmu potravy jsem zkoumala pomocí sestaveného anonymního dotazníku, který se skládal z 21 otázek. Dotazník jsem rozdala studentům Středních odborných učilišť a Gymnázií v Žatci a v Lounech. První část dotazníku se zaměřuje na informovanost studentů o poruchách příjmu potravy a ve druhé části zkoumám stravovací návyky jednotlivých studentů.

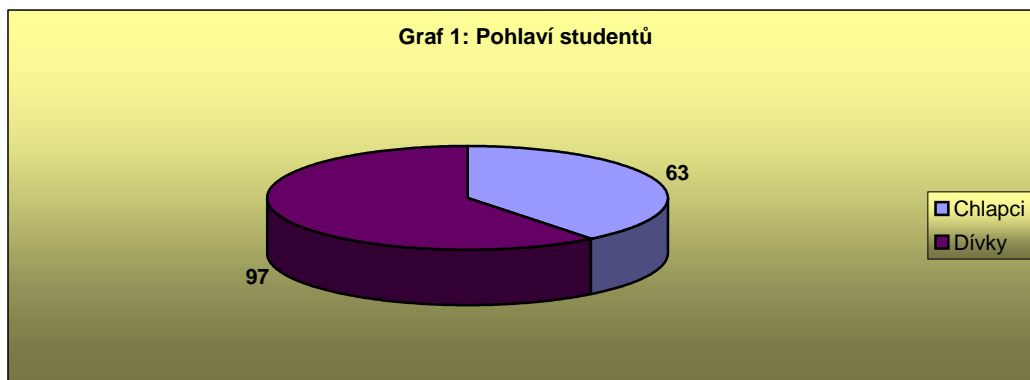
Na každé škole bylo rozdáno 40 dotazníků náhodně vybraným studentům. Celkově bylo vyplněno 160 dotazníků se 100 % návratností. Pro získání údajů o informovanosti studentů o poruchách příjmu potravy byl použit kvantitativní výzkum.

3.3 Charakteristika souboru

Zkoumaný soubor tvořilo 40 studentů studujících na Středním odborném učilišti v Žatci z toho 29 dívek a 11 chlapců, 40 studentů studujících na Středním odborném učilišti v Lounech z toho 24 dívek a 16 chlapců, 40 studentů studujících na Gymnáziu v Žatci z toho 17 dívek a 23 chlapců a 40 studentů studujících na Gymnáziu v Lounech z toho 27 dívek a 13 chlapců. Celkem dotazníky vyplnilo 160 studentů z toho 97 dívek a 63 chlapců.

4. VYHODNOCENÍ

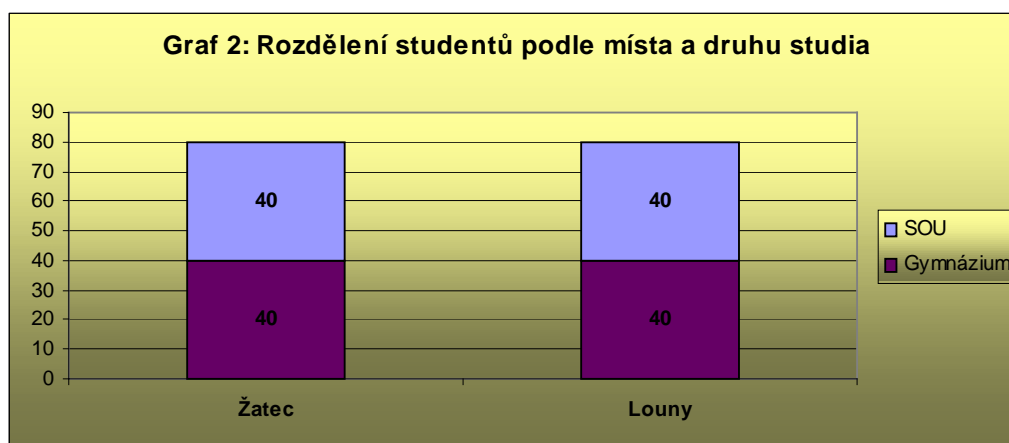
Otázka č.1: **Jaké je Vaše pohlaví?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo jedna zkoumá pohlaví respondentů. Dívky tvořili 60 % a chlapci 40 % z celkového množství 160 studentů.

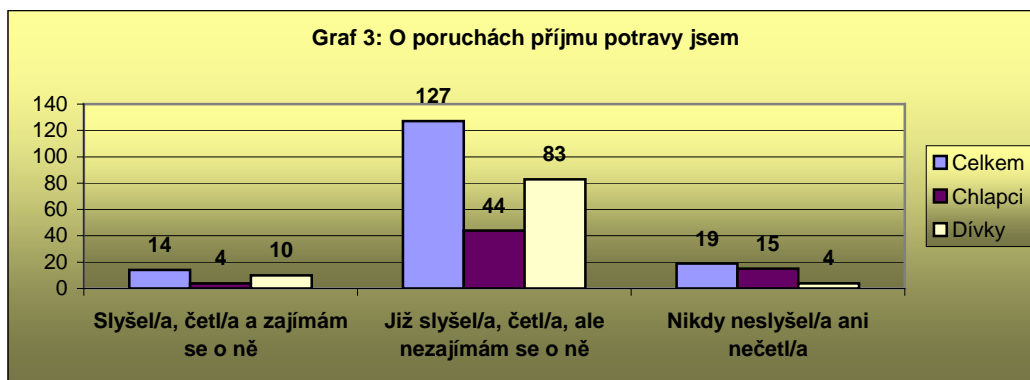
Otázka č.2 a 3: **Na jaké škole studujete a v jakém městě?**



Zdroj: Vlastní výzkum

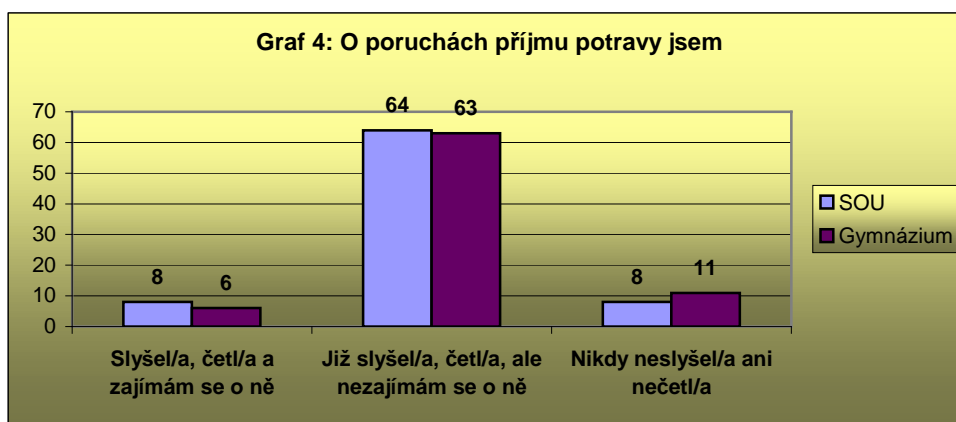
Studenti ze Žatce, kteří navštěvují Střední odborné učiliště představují 25 % a Gymnázium 25 %. Studenti studující v Lounech Střední odborné učiliště tvoří 25 % a Gymnázium také 25 %.

Otázka č.4: O poruchách příjmu potravy (dále jen PPP) jsem?



Zdroj: Vlastní výzkum

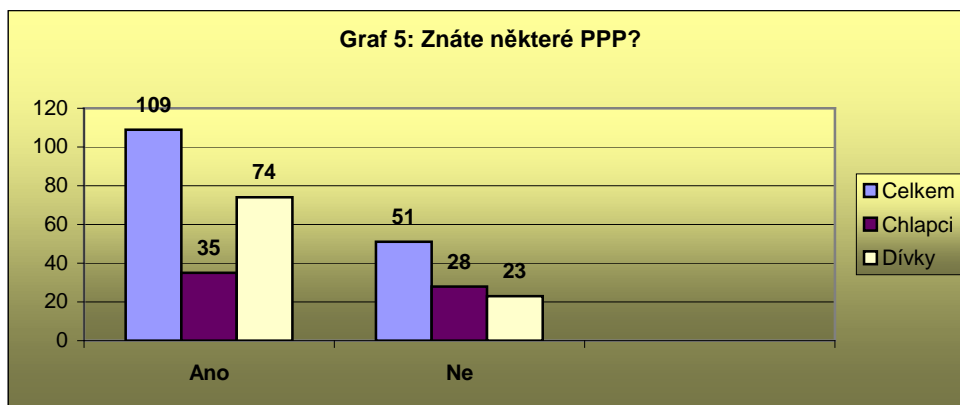
Na otázku číslo tři odpovědělo zaškrtnutím první možnosti 14 studentů (9 %) z toho 4 chlapci a 10 dívek, druhou možnost zaškrtnulo celkem 127 studentů (79 %) z toho 44 chlapců a 83 dívek. Odpověď nikdy jsem neslyšel/a ani nečetl/a o poruchách příjmu potravy zvolilo celkem 19 studentů (12 %) z toho 15 chlapců a 4 dívky.



Zdroj: Vlastní výzkum

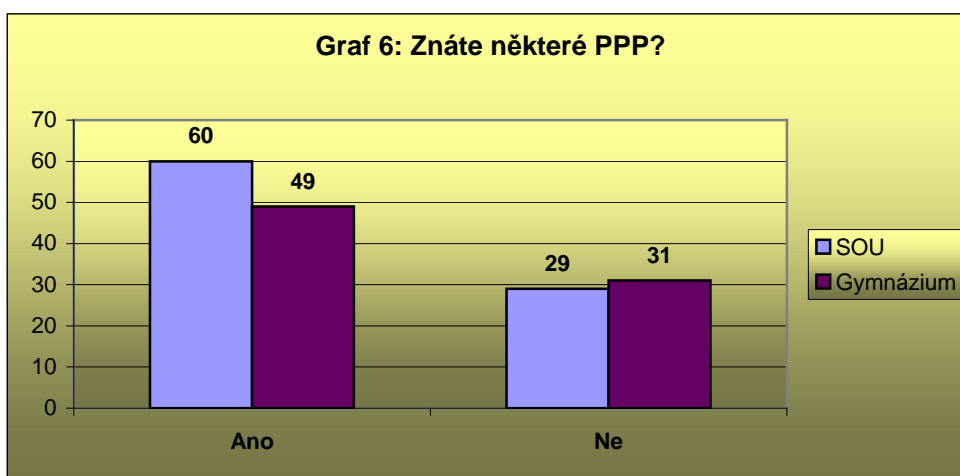
Studenti studující Střední odborné učiliště označili možnost A) 8 studentů (5 %), možnost B) 64 studentů (40 %) a možnost C) 8 studentů (5 %). Studenti, kteří navštěvují Gymnázium odpověděli možností A) 6 studentů (4 %), možností B) 63 studentů (39 %) a možností C) 11 studentů (7 %).

Otázka č.5: Znáte některé PPP?



Zdroj: Vlastní výzkum

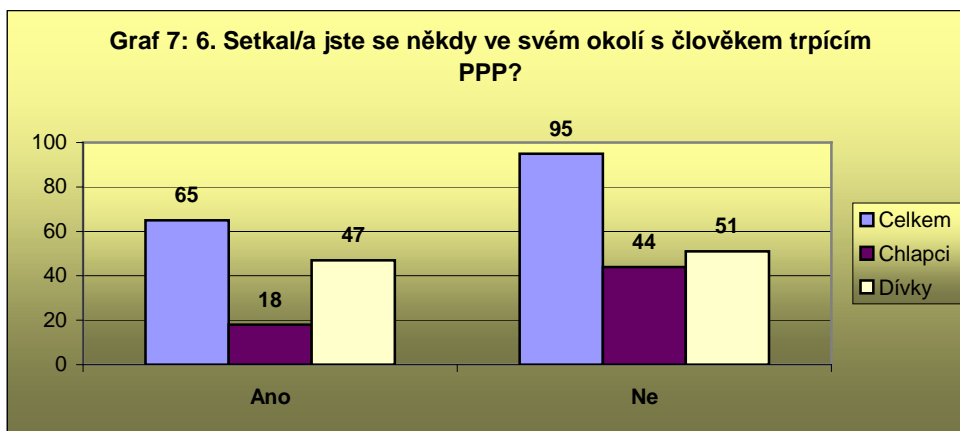
V páté otázce mohli studenti zvolit dvě možnosti. Možnost ANO zvolilo celkem 109 studentů (68 %) z toho 35 chlapců a 74 dívek. Možnost NE zvolilo celkem 51 studentů (32 %) z toho 28 chlapců a 23 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

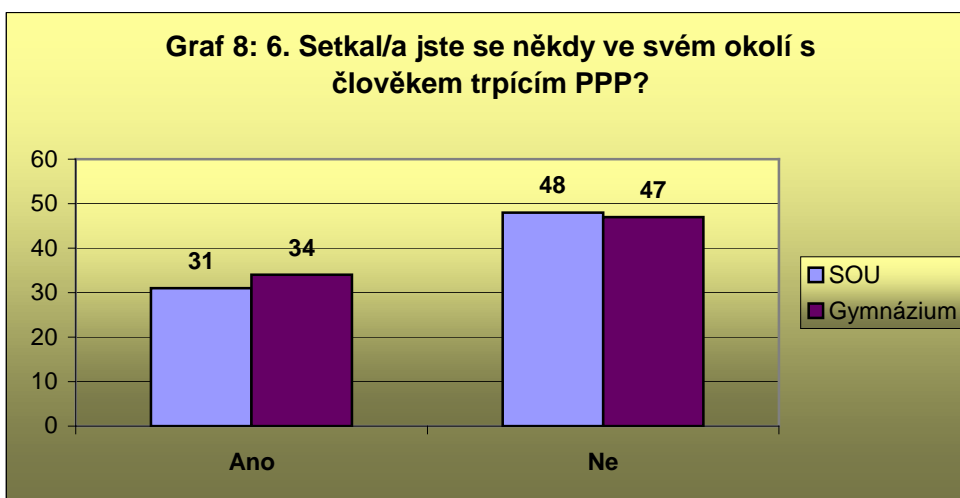
Studenti ze Středních odborných učilišť zaškrtili možnost ANO v 38 % a možnost NE v 18 %. Z Gymnázia zvolilo odpověď ANO 31 % studentů a odpověď NE 19 % studentů.

Otázka č.6: **Setkal/a jste se někdy ve svém okolí s člověkem trpícím PPP?**



Zdroj: Vlastní výzkum

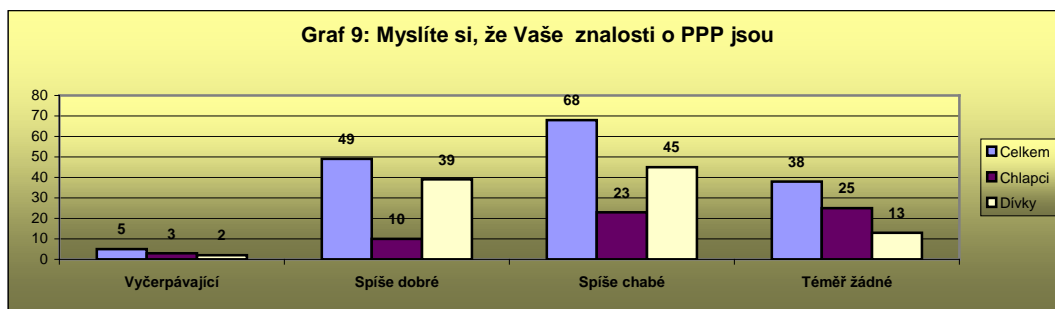
S poruchou příjmu potravy se ve svém okolí setkalo celkem 65 studentů (41 %) z toho 18 chlapců a 47 dívek. S člověkem trpícím PPP se nesetkalo 95 studentů (59 %) z toho 44 chlapců a 51 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

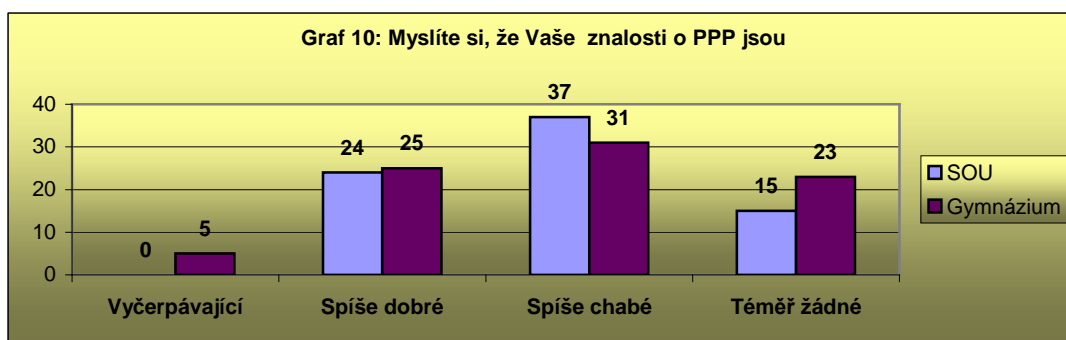
31 studentů (19 %) navštěvující Střední odborné učiliště se setkalo ve svém okolí s PPP a 48 studentů (30 %) se nesetkalo s PPP. Studenti z Gymnázia se s PPP setkali v počtu 34 studentů (21 %) a nesetkali v počtu 47 studentů (29 %).

Otázka č.7: Myslíte si, že Vaše znalosti o PPP jsou?



Zdroj: Vlastní výzkum

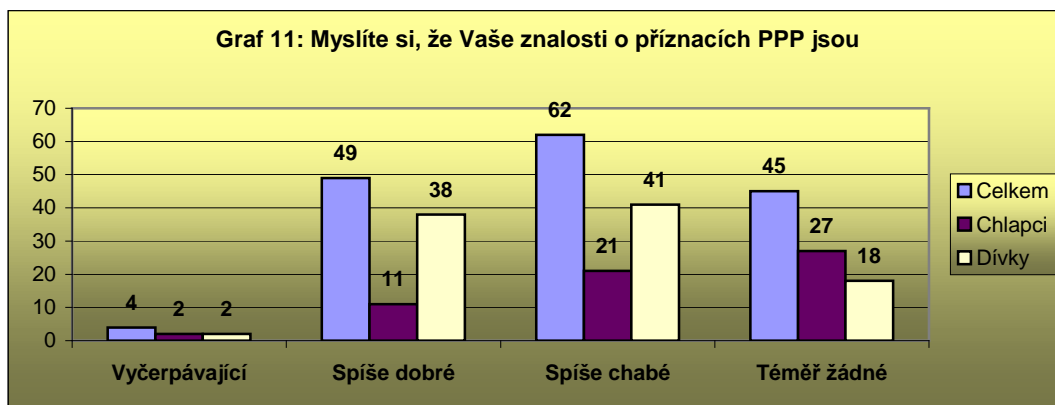
Otázka sedmá zjišťuje jak dobře studenti znají PPP. Odpověděli následovně: možnost A) zvolilo 5 studentů (3 %) z toho 3 chlapci a 2 dívky, možnost B) zvolilo 49 studentů (30 %) z toho 10 chlapců a 39 dívek, možnost C) zaškrtnulo 68 studentů (43 %) z toho 23 chlapců a 45 dívek a možnost D) označilo 38 studentů (24 %) z toho 25 chlapců a 13 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

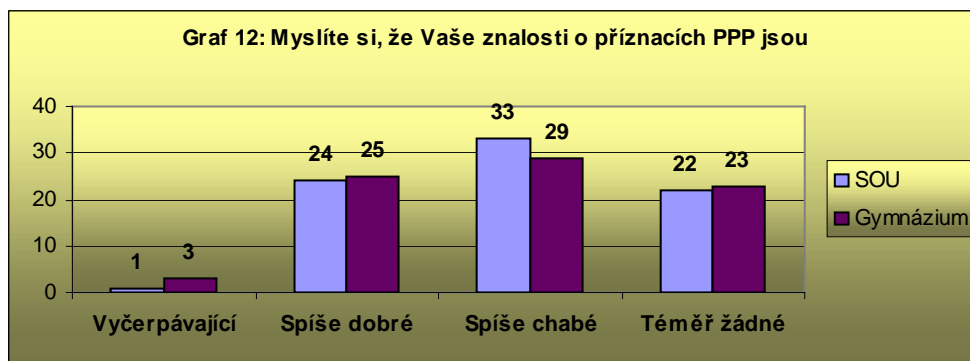
Studenti studující na SOU odpovídali takto: Možnost A) zvolilo 0 studentů, možnost B) 24 studentů (15 %), možnost C) uvedlo 37 studentů (23 %), možnost D) zaškrtnulo 15 studentů (9 %). Studenti z Gymnázia odpovídali následovně: možnost A) uvedlo 5 studentů (3 %), možnost B) 25 studentů (16 %), možnost C) 31 studentů (19 %) a možnost D) 23 studentů (14 %).

Otázka č.8: Myslíte si, že Vaše znalosti o příznacích PPP jsou?



Zdroj: Vlastní výzkum

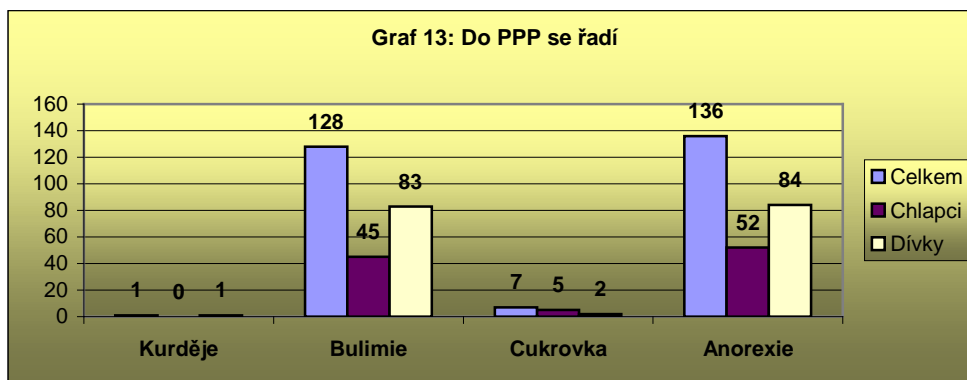
Na osmou otázku odpověděli studenti následovně: vyčerpávající úroveň znalostí měli celkem 4 studenti (3 %) z toho 2 chlapci a 2 dívky, spíše dobrou úroveň 49 studentů (31 %) z toho 11 chlapců a 38 dívek, spíše chabou 62 studentů (39 %) z toho 21 chlapců a 41 dívek a téměř žádnou 45 studentů (28 %) z toho 27 chlapců a 18 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

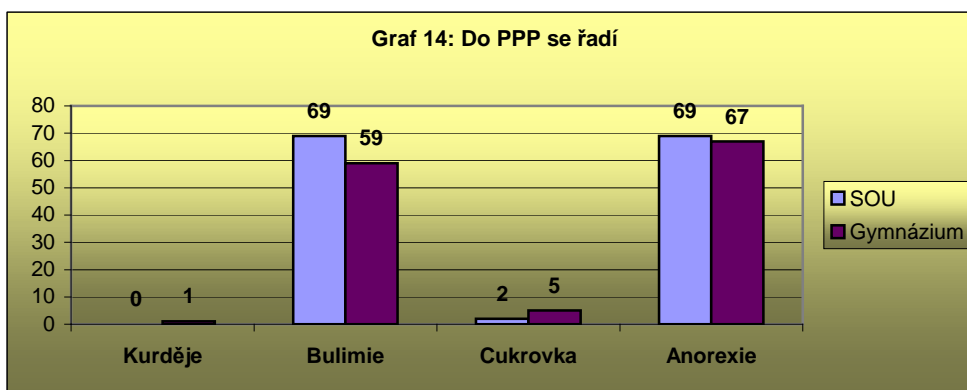
Studenti ze SOU zaškrtili odpověď A) v počtu 1 student (1 %), odpověď B) 24 studentů (15 %), odpověď C) 33 studentů (21 %) a odpověď D) 22 studentů (14 %). Studenti z Gymnázia odpověděli takto: možnost A) zvolili 3 studenti (1 %), možnost B) 25 studentů (16 %), možnost C) 29 studentů (18 %) a 23 studentů (14 %) zvolilo možnost D).

Otázka č.9: Do PPP se řadí



Zdroj: Vlastní výzkum

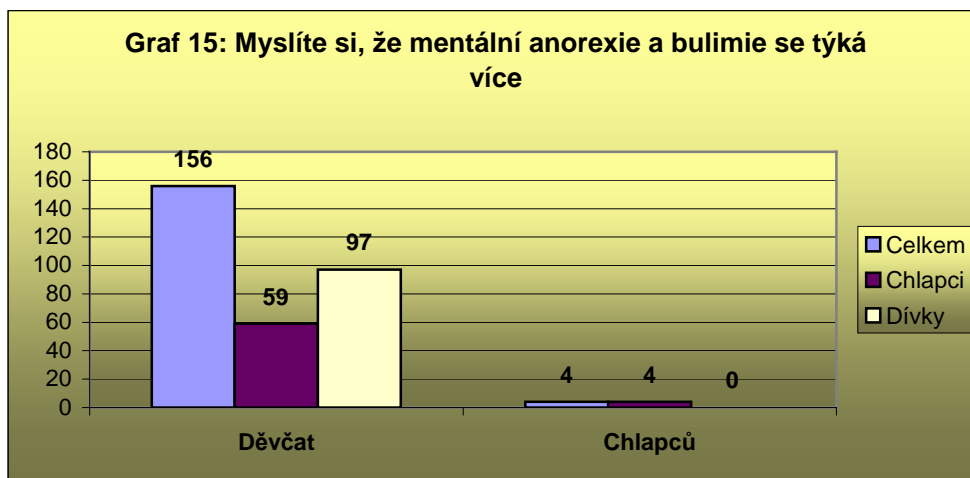
Celkem zaškrtnla 1 dívka (1 %), že se do PPP řadí kurděje, bulimii uvedlo celkem 128 studentů (80 %), z toho 45 chlapců a 83 dívek, cukrovku zaškrtnlo 7 studentů (4 %) z toho 5 chlapců a 2 dívky, anorexii označilo 136 studentů (85 %) z toho 52 chlapců a 84 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

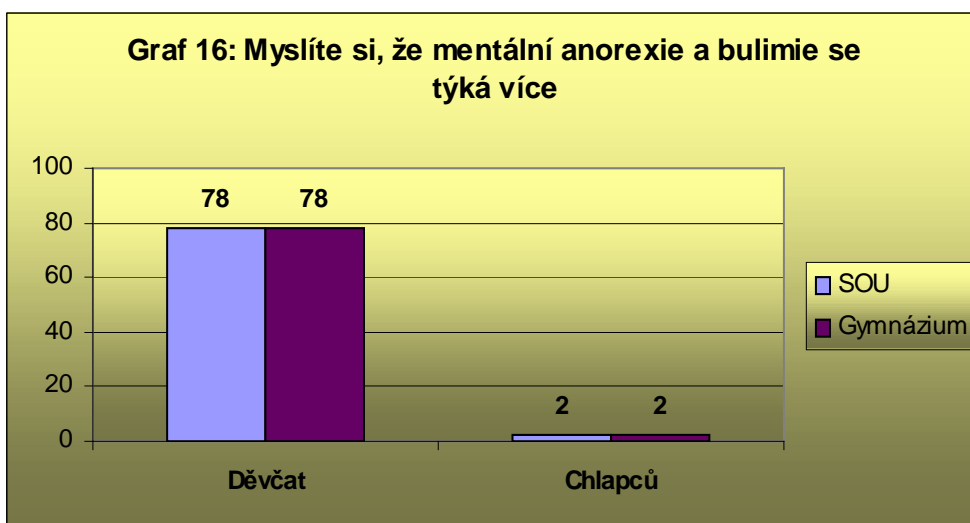
Jedna studentka (1 %) z Gymnázia uvedla, že se do PPP řadí kurděje, bulimie 59 studentů (37 %), cukrovka 5 studentů (1 %) a anorexie 67 studentů (42 %). Studenti ze SOU odpověděli následovně: žádný student nevedl kurděje, bulimii uvedlo 69 studentů (43 %), 2 studenti (1 %) zaškrtnli cukrovku a anorexii 69 studentů (43 %).

Otázka č.10: **Myslíte si, že mentální anorexie a bulimie se týká více?**



Zdroj: Vlastní výzkum

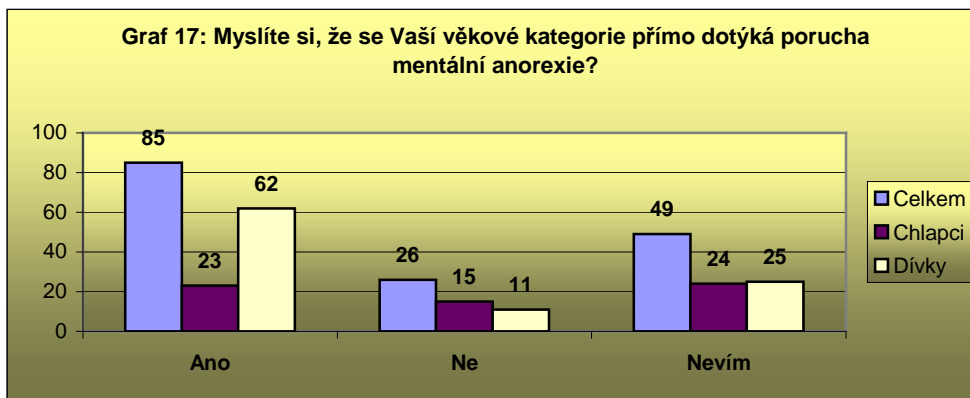
Možnost A) označilo celkem 156 studentů (98 %) z nichž bylo 59 chlapců a 97 děvčat. Možnost B) označili 4 chlapci (2 %).



Zdroj: Vlastní výzkum

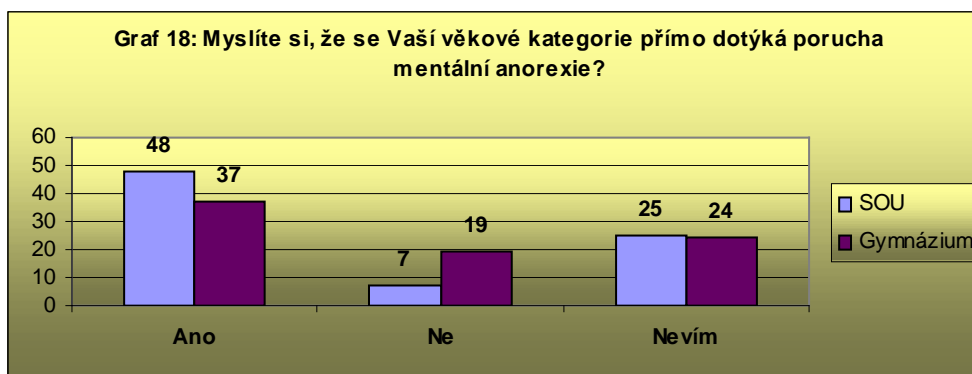
78 studentů (49 %) navštěvující Střední odborné učiliště uvedlo jako odpověď A) a odpověď B) označili 2 studenti (1 %). Stejný poměr studentů odpověděl na tuto otázku studujících na Gymnáziu.

Otázka č.11: **Myslíte si, že se Vaší věkové kategorie přímo dotýká porucha mentální anorexie?**



Zdroj: Vlastní výzkum

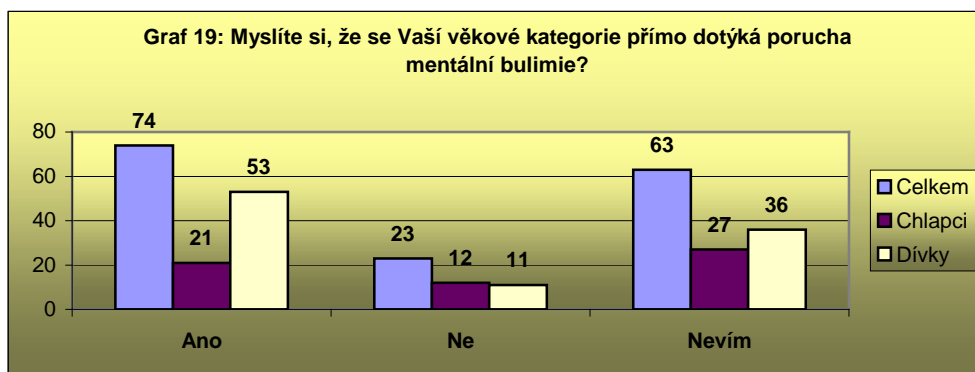
Na otázku číslo jedenáct odpovědělo 85 studentů (53 %) celkem možností A) z toho 23 chlapců a 62 dívek, možnost B) zvolilo 26 studentů (16 %) z toho 15 chlapců a 11 dívek a možnost C) označilo celkem 49 studentů (31 %) z toho 24 chlapců a 25 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

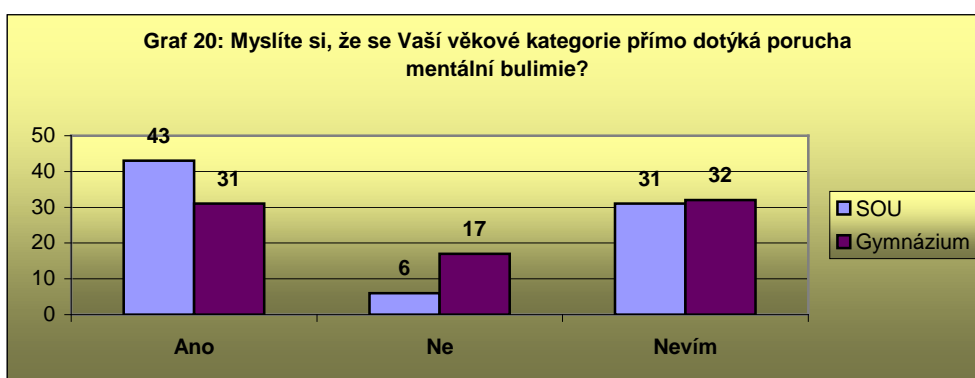
Odpověď ANO zaškrtnulo 48 studentů (30 %) navštěvující Střední odborné učiliště, odpověď NE 7 studentů (1 %) a odpověď NEVÍM uvedlo 25 studentů (16 %). Studenti z Gymnázia odpověděli v tomto poměru: odpověď A) označilo 37 studentů (23 %), B) 19 studentů (12 %) a C) 24 studentů (15 %).

Otázka č.12: Myslíte si, že se Vaší věkové kategorie přímo dotýká porucha mentální bulimie?



Zdroj: Vlastní výzkum

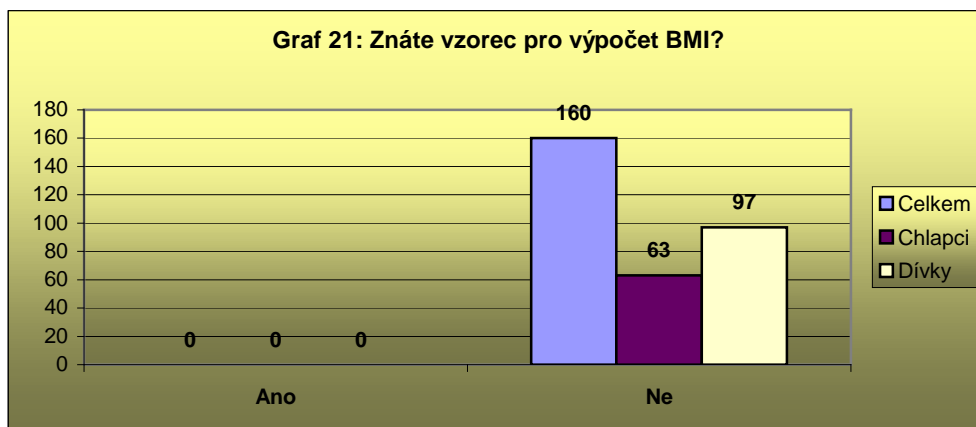
Celkem 74 studentů (46 %) označilo odpověď ANO z toho 21 chlapců a 53 dívek, odpověď NE uvedlo 23 studentů (14 %) z toho 12 chlapců a 11 dívek a možnost NEVÍM zaškrtno 63 studentů (39 %) z toho 27 chlapců a 36 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

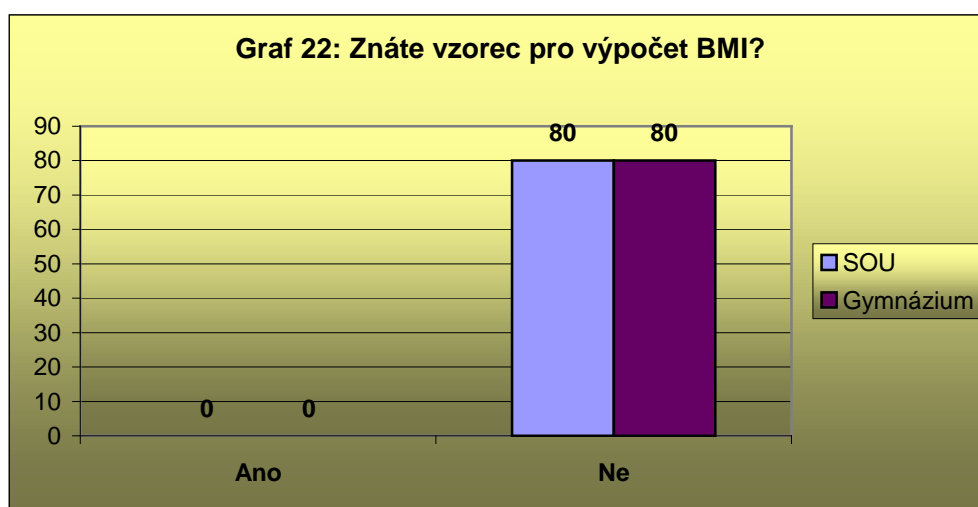
Na dvanáctou otázku odpověděli studenti Středních odborných učilišť následovně: možnost ANO zvolilo 43 studentů (27 %), možnost NE zvolilo 6 studentů (1 %) a možnost NEVÍM uvedlo 31 studentů (19 %). Studenti Gymnázia odpovídali takto: ANO zvolilo 31 studentů (19 %), odpověď NE 17 studentů (11 %) a NEVÍM 32 studentů (20 %).

Otázka č.13: **Znáte vzorec pro výpočet BMI?**



Zdroj: Vlastní výzkum

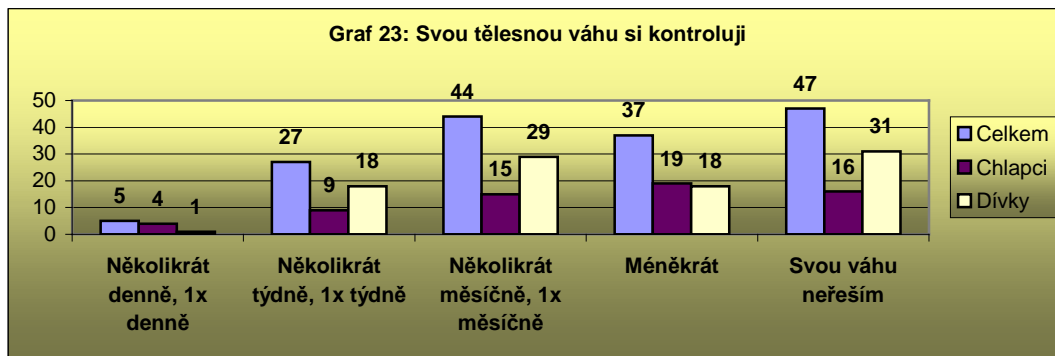
Na otázku číslo třináct odpověděli všichni studenti odpovědí NE a to z celkového počtu 160 studentů (100 %) zaškrtno 63 chlapců a 97 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

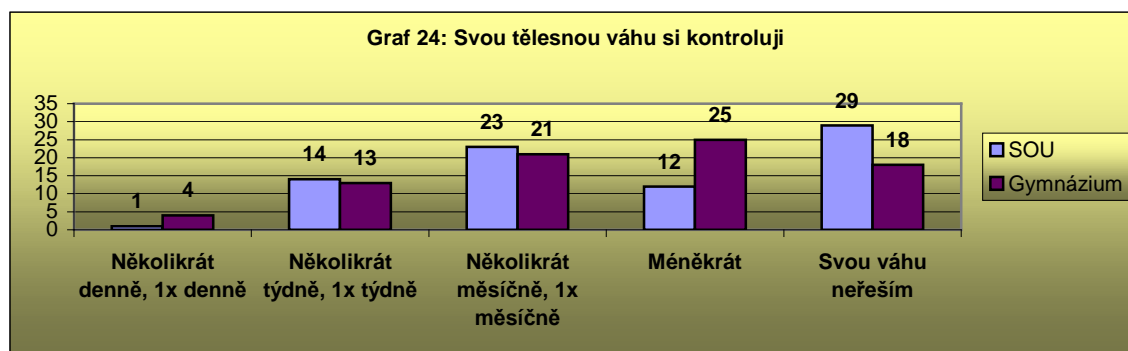
Stejný počet studentů ze Středního odborného učiliště (80 studentů) a z Gymnázia (80 studentů) odpovědělo na otázku jestli znají vzorec pro výpočet BMI odpovědí NE.

Otázka č.14: Svou tělesnou váhu si kontroluji:



Zdroj: Vlastní výzkum

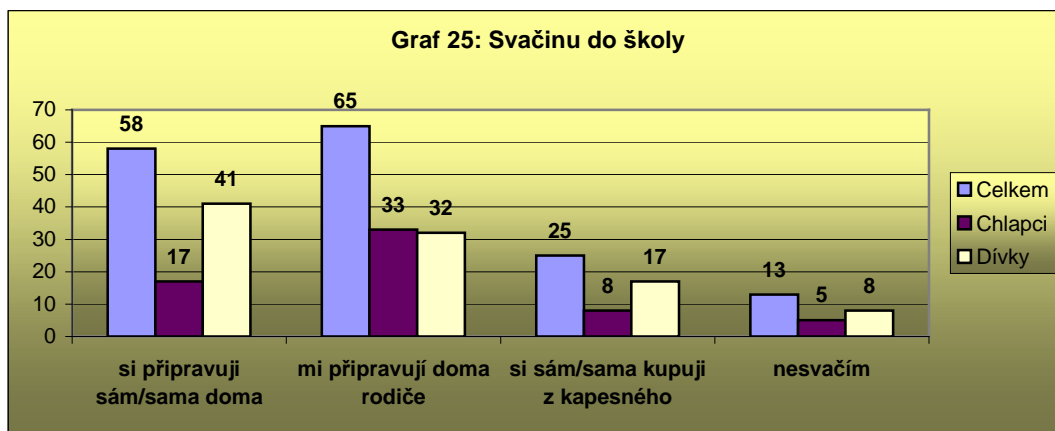
Odpověď A) zvolilo 5 studentů (1 %) z toho 4 chlapci a 1 dívka, možnost B) zaškrtnulo 27 studentů (17 %) z toho 9 chlapců a 18 dívek, možnost C) uvedlo 44 studentů (28 %) z toho 15 chlapců a 29 dívek, možnost D) zvolilo 37 studentů (23 %) z toho 19 chlapců a 18 dívek a odpověď E) uvedlo 47 studentů (29 %) z toho 16 chlapců a 31 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

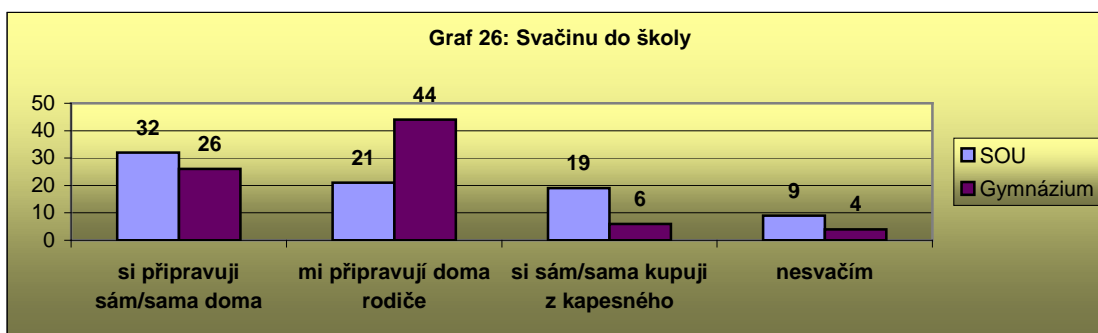
Odpověď A) zvolil jeden student ze SOU a 4 studenti z Gymnázia, možnost B) uvedlo 14 studentů ze SOU a 13 z Gymnázia, možnost C) zaškrtnulo 23 studentů ze SOU a 21 studentů z Gymnázia, D) zvolilo 12 studentů ze SOU a 25 z Gymnázia a možnost E) uvedlo 29 studentů studujících SOU a 18 studentů z Gymnázia.

Otázka č.15: Svačinu do školy:



Zdroj: Vlastní výzkum

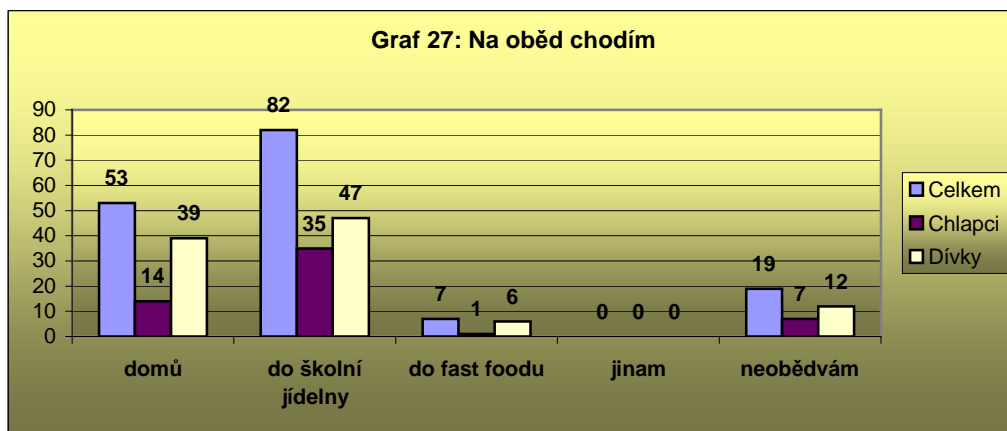
Možnost A) zvolilo celkem 58 studentů (36 %) z toho 17 chlapců a 41 dívek, možnost B) uvedlo celkem 65 studentů (41 %) z toho 33 chlapců a 32 dívek, odpověď C) zaškrtno 25 studentů (16 %) z toho 8 chlapců a 17 dívek, odpověď D) zvolilo 13 studentů (1 %) z toho 5 chlapců a 8 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

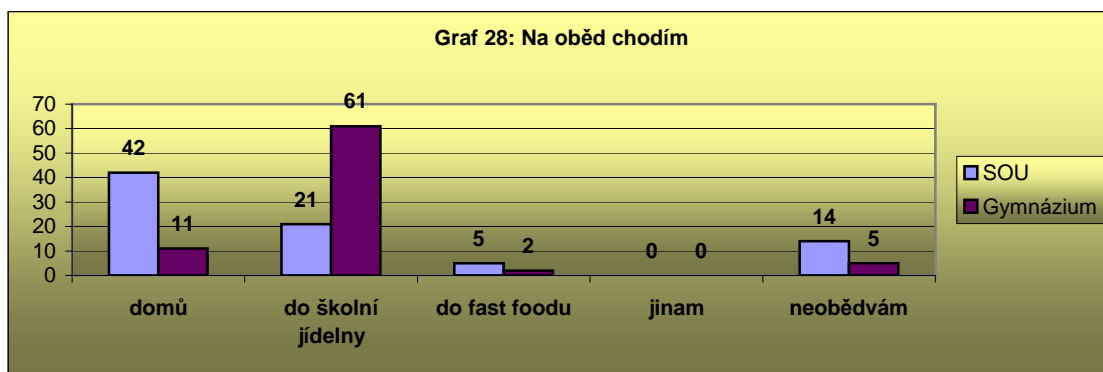
Studenti ze SOU odpověděli na patnáctou otázku v poměru: možnost A) zvolilo 32 studentů (20 %), možnost B) 21 studentů (13 %), možnost C) 19 studentů (12 %) a možnost D) 9 studentů (1 %). Studenti z Gymnázíí odpovídali takto: možnost A) zvolilo 26 studentů (16 %), možnost B) 44 studentů (28 %), možnost C) 6 studentů (1 %) a možnost D) 4 studenti (1 %).

Otázka č.16: Na oběd chodím:



Zdroj: Vlastní výzkum

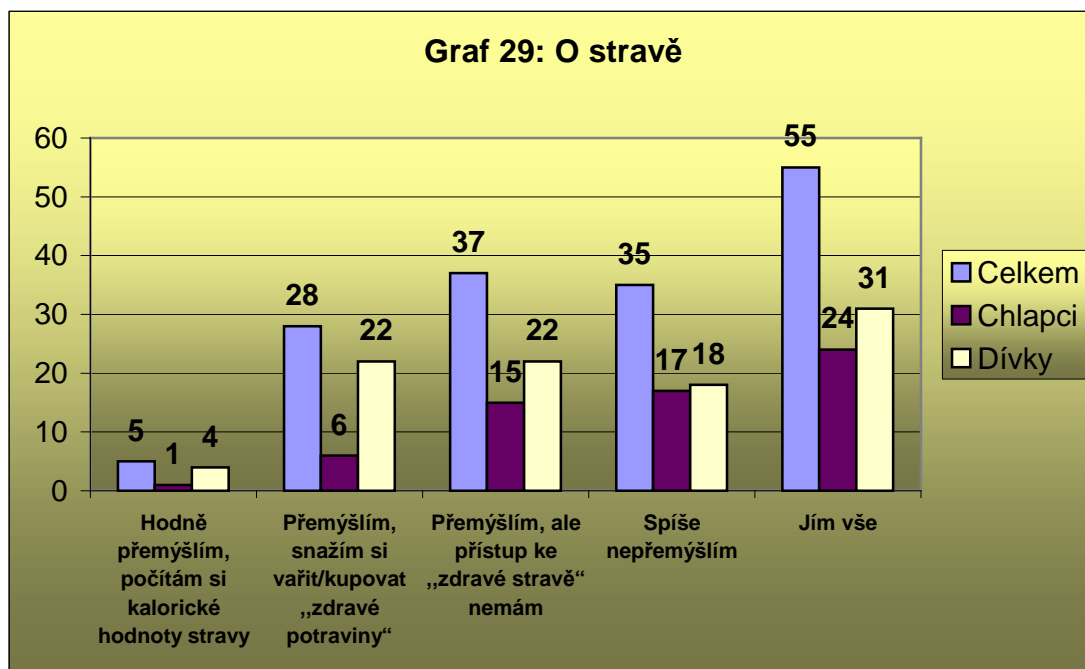
Domů chodí na oběd celkem 53 studentů z toho 14 chlapců a 39 dívek, do školní jídelny chodí celkem 82 studentů z toho 35 chlapců a 47 dívek, do fast foodu celkem 7 studentů z toho 1 chlapec a 6 dívek, neobědvá 19 studentů z toho 7 chlapců a 12 dívek a volbu jinam ne zvolil žádný student.



Zdroj: Vlastní výzkum

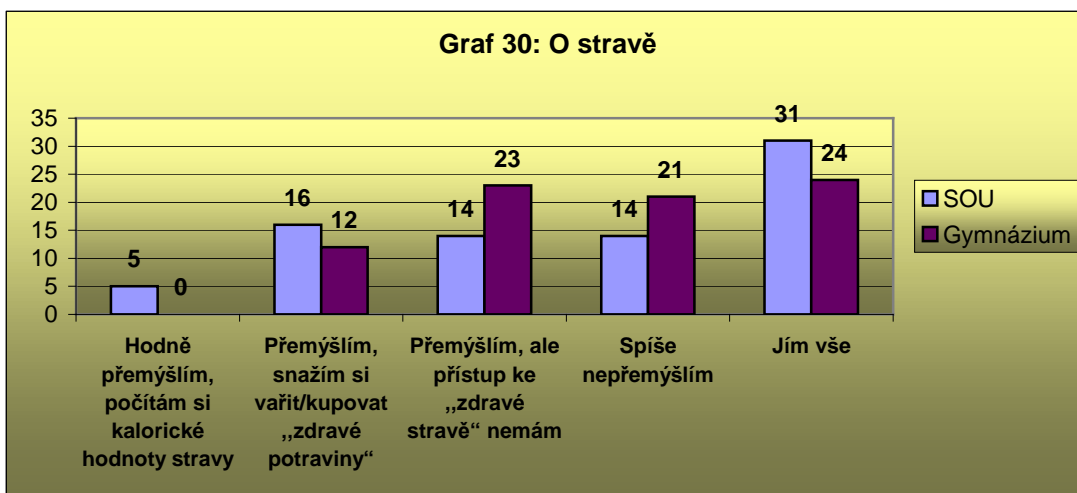
Studenti SOU chodí na oběd domů - 42 studentů (26 %), 21 studentů (13 %) do školní jídelny, 5 studentů (1 %) do fast foodu a 14 studentů (1 %) neobědvá. Studenti navštěvující Gymnázium chodí na oběd domů – 11 studentů (1 %), 61 studentů (38 %) do školní jídelny, 2 studenti (1 %) do fast foodu a 5 studentů (1 %) neobědvá.

Otázka č.17: O stravě:



Zdroj: Vlastní výzkum

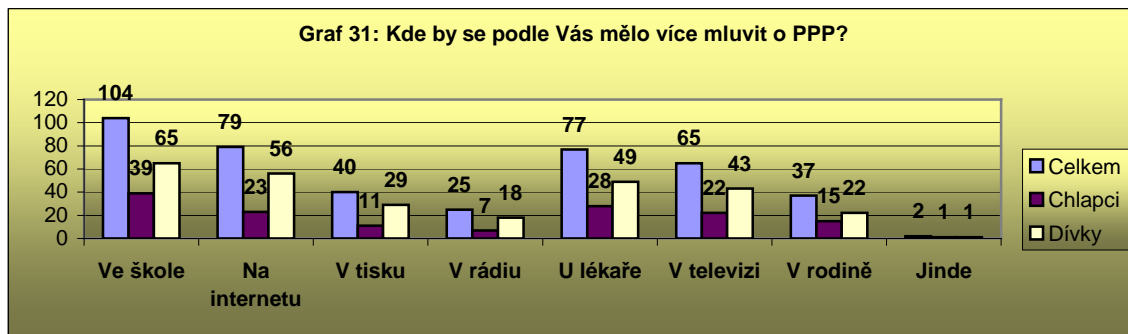
Odpoď A) zvolilo celkem 5 studentů (1 %) z toho 1 chlapec a 4 dıvky, B) uvedlo 28 studentů (18 %) z toho 6 chlapců a 22 dıvek, C) zaškrtlo 37 studentů (23 %) z toho 15 chlapců a 22 dıvek, D) 35 studentů (22 %) a E) zvolilo 55 studentů (34 %).



Zdroj: Vlastní výzkum

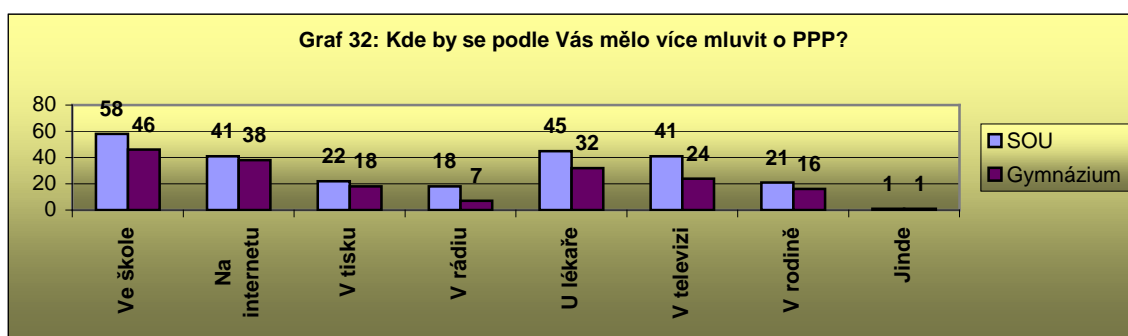
Studenti SOU volili odpověď: A) 5 studentů (1 %), B) 16 studentů (10 %), C) 14 studentů (9 %), D) 14 studentů (9 %), E) 31 studentů (19 %). Studenti navštěvující Gymnázium odpovídali takto: B) 12 studentů (8 %), C) 23 studentů (14 %), D) 21 studentů (13 %) a E) 24 studentů (15 %).

Otázka č.18: Kde by se podle Vás mělo více mluvit o PPP?



Zdroj: Vlastní výzkum

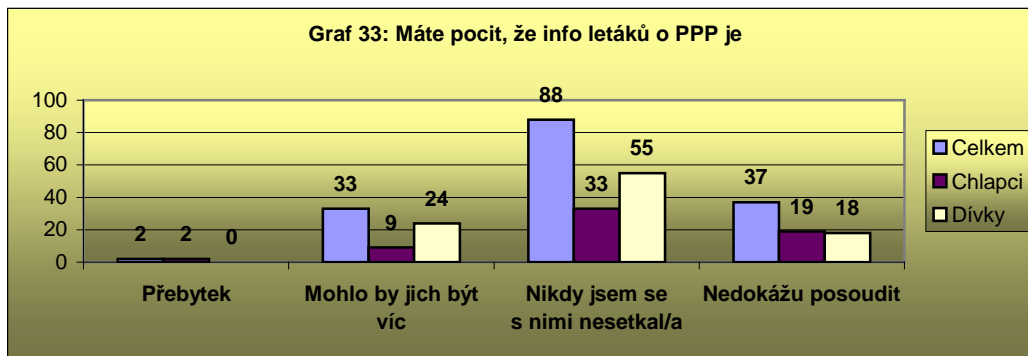
Odpoověď A) uvedlo 104 studentů (65 %) – 39 chlapců, 65 dívek, B) 79 studentů (49 %) – 23 chlapců, 56 dívek, C) 40 studentů (25 %) – 11 chlapců, 29 dívek, D) 25 studentů (16 %) – 7 chlapců, 18 dívek, E) 77 studentů (48 %) – 28 chlapců, 49 dívek, F) 65 studentů (41 %) – 22 chlapců, 43 dívek, G) 37 studentů (23 %) – 15 chlapců, 22 dívek, H) 2 studenti (1 %) – 1 chlapec, 1 dívka.



Zdroj: Vlastní výzkum

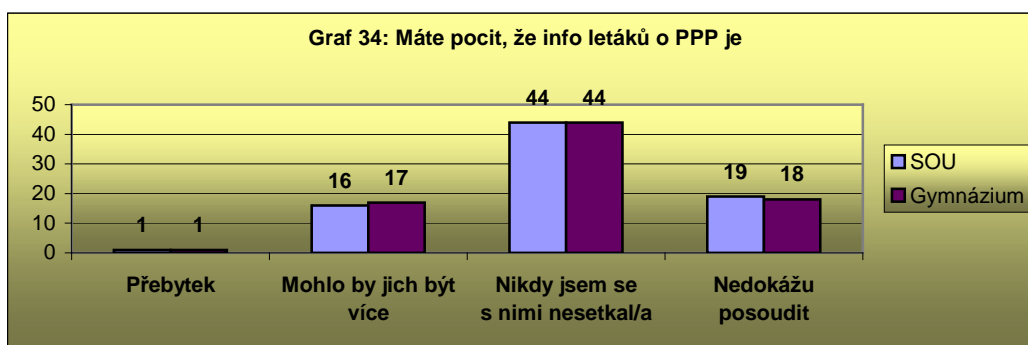
Možnost A) volilo 58 studentů (36 %) studujících na SOU, možnost B) 41 studentů (26 %), C) 22 studentů (14 %), D) 18 studentů (11 %), E) 45 studentů (28 %), F) 41 studentů (26 %), G) 21 studentů (13 %) a H) zvolil 1 student (1 %). Odpoověď A) zvolilo 46 studentů (29 %) studujících na Gymnáziu, B) 38 studentů (24 %), C) 18 studentů (11%), D) 7 studentů (1 %), E) 32 studentů (20 %), F) 24 studentů (15 %), G) 16 studentů (10 %) a H) 1 student (1 %).

Otázka č.19: Máte pocit, že info letáků o PPP je:



Zdroj: Vlastní výzkum

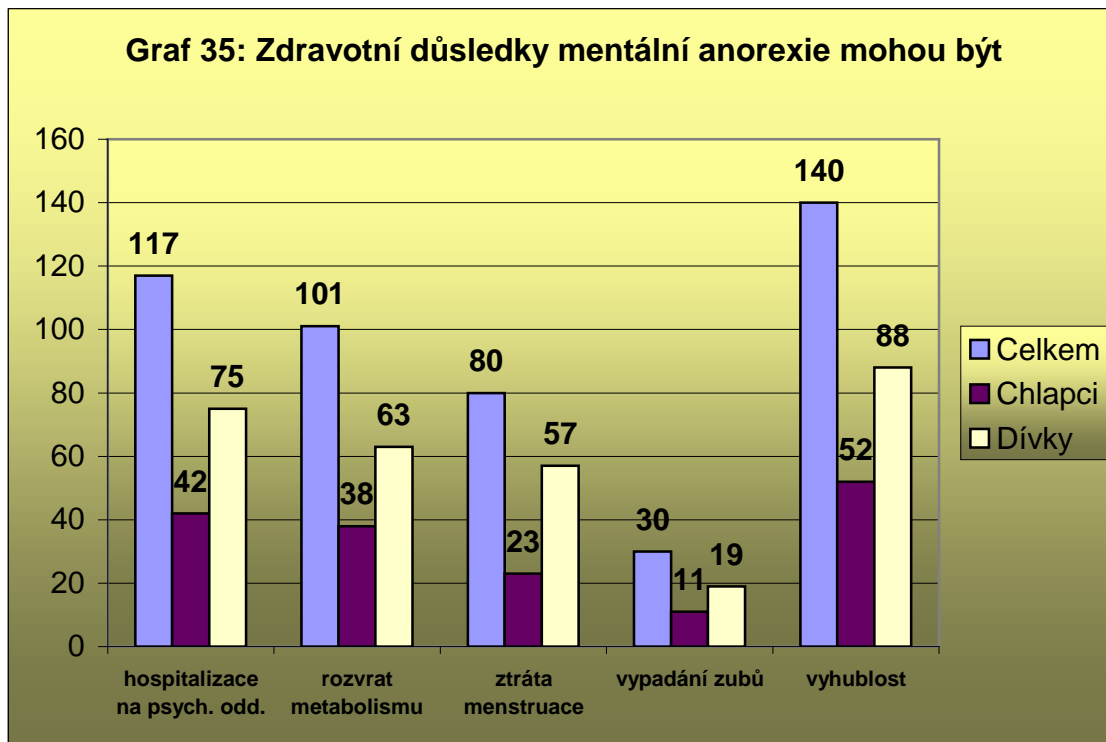
Na otázku číslo devatenáct odpovídali studenti takto: možnost A) zvolili 2 chlapci (1 %), možnost B) zaškrtno 33 studentů (21 %) z toho 9 chlapců a 24 dívek, možnost C) uvedlo 88 studentů (55 %) z toho 33 chlapců a 55 dívek a možnost D) zvolilo 37 studentů (23 %) z toho 19 chlapců a 18 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

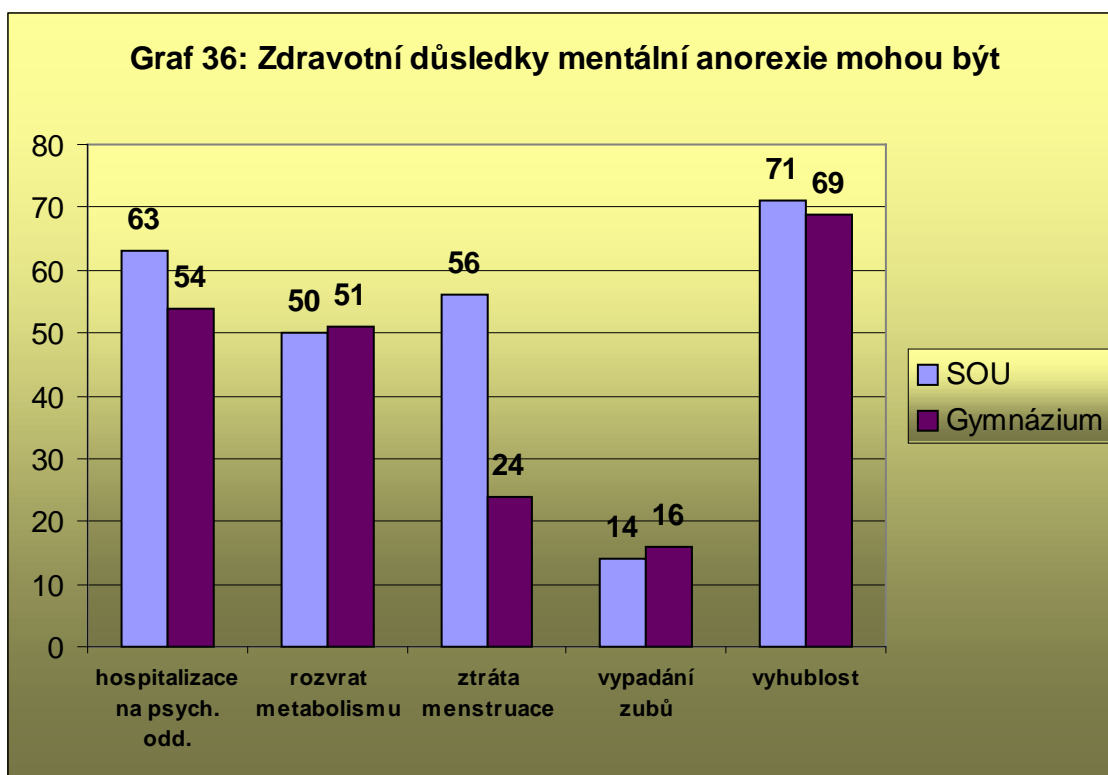
Jeden student (1 %) ze SOU má pocit, že je přebytek info letáků o PPP, 16 studentů (10 %) si myslí, že by jich mohlo být více, 44 studentů (28 %) se s nimi nikdy nesešel/a a 19 studentů (12 %) nedokáže posoudit. Shodně 1 student (1 %) z Gymnázia má pocit, že info letáků je přebytek, 17 studentů (11 %) si myslí, že by jich mohlo být více, 44 studentů (28 %) se s nimi nikdy nesešel/a a 18 studentů (11 %) nedokáže posoudit.

Otázka č.20: Zdravotní důsledky mentální anorexie mohou být:



Zdroj: Vlastní výzkum

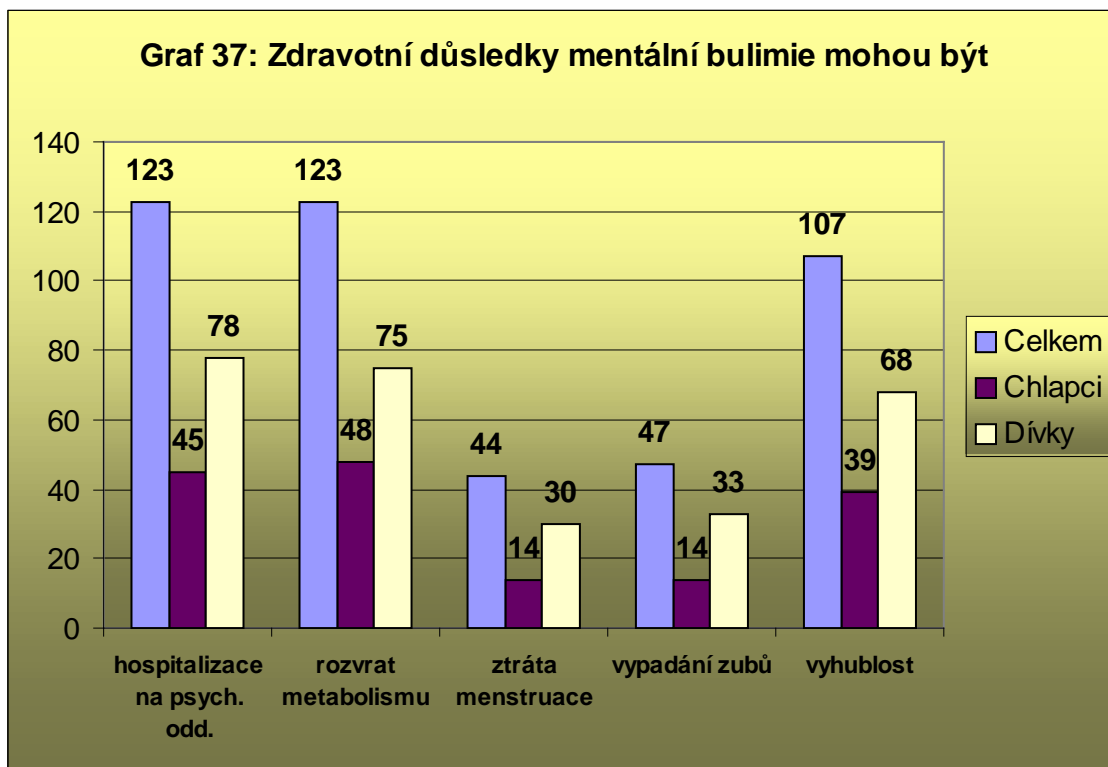
Celkem 117 studentů (73 %) – 42 chlapců a 75 dívek si myslí, že zdravotní důsledky mentální anorexie může být hospitalizace na psychiatrickém oddělení, 101 studentů (63 %) – 38 chlapců a 63 dívek, uvedlo jako zdravotní důsledek rozvrat metabolismu, 80 studentů (50 %) – 23 chlapců a 57 dívek zaškrtnulo možnost C) ztrátu menstruace, 30 studentů (19 %) – 11 chlapců a 19 dívek má pocit, že mezi zdravotní důsledky patří vypadání zubů a 140 studentů (88 %) – 52 chlapců a 88 dívek uvedlo možnost E) vyhublost.



Zdroj: Vlastní výzkum

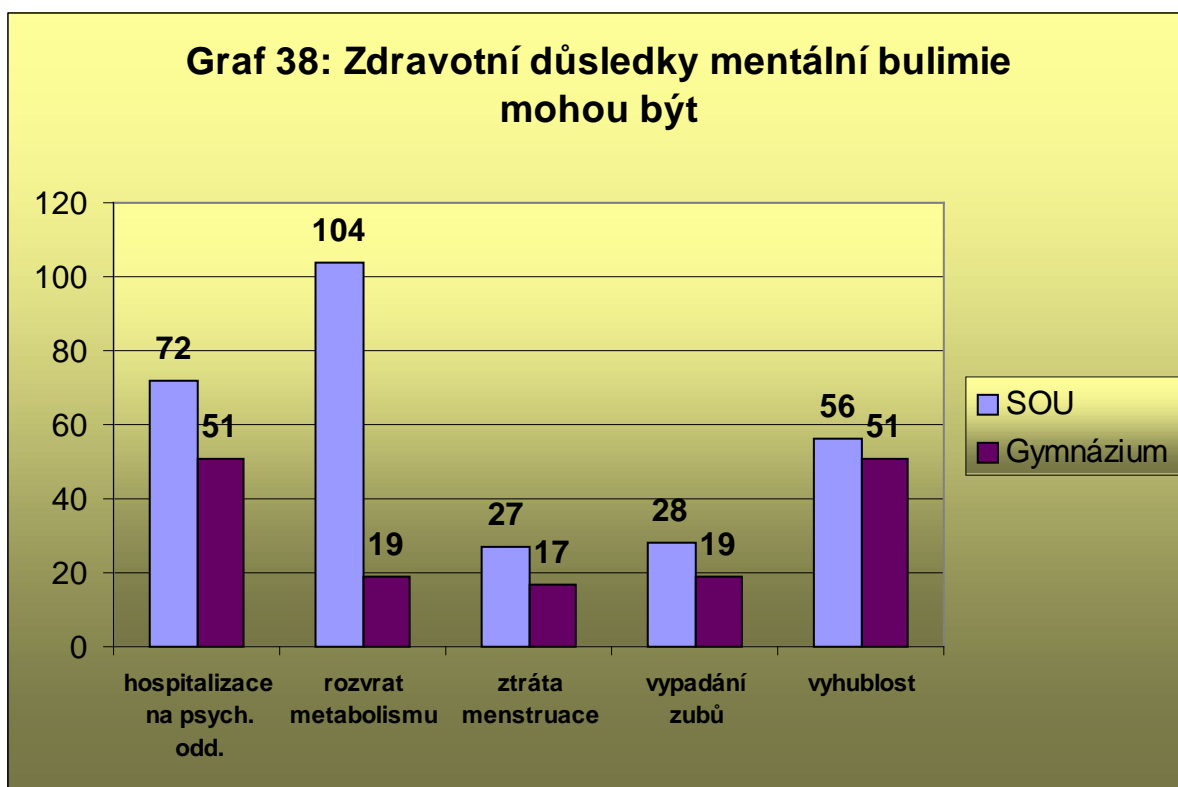
Studenti studující Střední odborné učiliště zvolili možnost A) v počtu 63 studentů (39 %), možnost B) volilo 50 studentů (31 %), odpověď C) zaškrtno 56 studentů (35 %), možnost D) zvolilo 14 studentů (8 %) a možnost E) zaškrtno 71 studentů (44 %). Studenti navštěvující Gymnázium volili takto: 54 studentů (34 %) uvedlo možnost A), 51 studentů (32 %) možnost B), 24 studentů (15 %) možnost C), možnost D) zaškrtno 16 studentů (10 %) a 69 studentů (43 %) odpověď E).

Otázka č.21: Zdravotní důsledky mentální bulimie mohou být:



Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 123 studentů (77 %) – 45 chlapců a 78 dívek zvolilo možnost A), možnost B) zaškrtnulo celkem 123 studentů (77 %) – 48 chlapců a 75 dívek, odpověď C) uvedlo 44 studentů (28 %)– 14 chlapců a 30 dívek, možnost D) zvolilo 47 studentů (29%) – 14 chlapců a 33 dívek a možnost E) zaškrtnulo celkem 107 studentů (67 %) – 39 chlapců a 68 dívek.



Zdroj: Vlastní výzkum

72 studentů (45 %) studujících na Středním odborném učilišti si myslí, že zdravotní důsledek je hospitalizace na psychiatrickém oddělení, 104 studentů (65 %) má pocit, že zdravotní důsledek může být rozvrat metabolismu, 27 studentů (17 %) označilo odpověď C) ztrátu menstruace, možnost D) uvedlo 28 studentů (17 %) a možnost E) 56 studentů (35 %) uvedlo vyhublost. Studenti Gymnázia odpovídali takto: 51 studentů (32 %) označilo odpověď A), možnost B) uvedlo 19 studentů (12 %), možnost C) zaškrtnulo 17 studentů (11 %), 19 studentů (12 %) označilo odpověď D) a odpověď D) zaškrtnulo 51 studentů (32 %).

5. DISKUZE

Na úvod anonymního dotazníku jsem po studentech Středních odborných učilišť a Gymnázií ze Žatce a z Loun, požadovala vyplnění své hmotnosti a výšky, pro celkové porovnání Body mass indexu. Průměrné BMI chlapců i dívek je 22,01, což je normální stav, dle tabulky (Příloha č.2 – Tabulka BMI). Z Dívek, které vyplňovali dotazník má 13 studentek podváhu, 74 dívek má normální stav BMI, 9 dívek má mírnou obezitu, 1 dívka má dle tabulky č 1. střední stupeň obezity a žádná z dívek nemá těžký stupeň obezity. Chlapci na tom jsou podobně a to 9 studentů má podváhu, 40 chlapců má normální stav BMI, 13 chlapců má mírnou obezitu, 1 chlapec má střední stupeň obezity a žádný ze studentů nemá těžký stupeň obezity.

Otázky číslo 2 a 3 jsou zaměřeny na to, kde a jakou studenti navštěvují střední školu. Jak již bylo řečeno vybrala jsem z každé školy stejný počet náhodně vybraných studentů. Ze Středního odborného učiliště ze Žatce mi vyplnilo dotazníky 40 studentů, taktéž 40 studentů ze Středního odborného učiliště z Loun, 40 studentů z Gymnázia ze Žatce a stejně 40 studentů z Gymnázia v Lounech.

Otázkou číslo 4 jsem zkoumala do jaké míry studenti znají poruchy příjmu potravy (dále jen PPP). Nejvíce studentů zvolilo možnost B) a to celkem 127 studentů - o PPP slyšelo, nebo četlo, ale nezajímají se o ně. U této otázky jsou lépe informovaní dívky, protože pouze 4 o nich nikdy nečetly ani neslyšely. Graf číslo 4 ukazuje, že s informovaností o PPP jsou lépe studenti na Středních odborných učilištích.

Otázka č. 5 se ptala na to, jestli studenti znají některé PPP. Opět jsou na tom s informovaností lépe dívky s počtem 74 z 97 dívek. Asi polovina chlapců (35) zná některé PPP a druhá polovina (28) nezná žádné poruchy příjmu potravy. Asi 2/3 studentů studujících na Středním odborném učilišti zná poruchy příjmu potravy a 1/3 nezná, tudíž jsou lépe informováni než studenti z Gymnázia.

Otázka číslo 6 se spíše nezaměřovala na informovanost o PPP, ale na to, jestli mají studenti s lidmi, kteří trpí nebo trpěli některou z poruch příjmu potravy zkušenosti. Dle mého názoru mají jiný pohled na tuto problematiku, pokud zažili ve svém okolí nemocného s touto poruchou. Překvapilo mě, že dokonce celkem 65 studentů se ve

svém okolí setkala s PPP. Z toho 47 dívek a 18 chlapců. 95 studentů se s nimi nesetkalo. Jelikož se tato otázka nezaměřuje na informovanost o PPP, tak pouze pro zajímavost uvádím poměr studentů, kteří se setkali ve svém okolí s PPP. 31 studentů ze SOU a 34 studentů z Gymnázia. 48 studentů ze SOU a 47 z Gymnázia se nikdy s touto poruchou nikdy nesetkalo.

Otázkou číslo 7 se vracím zpět k informovanosti studentů o poruchách příjmu potravy. Na tuto otázku, která zněla: Myslíte si, že vaše znalosti o PPP jsou? Odpovědělo nejvíce a to 68 studentů z toho 45 dívek a 23 chlapců, že jejich znalosti jsou spíše chabé. Nejméně studentů (5) zaškrtno odpověď A) Vyčerpávající. Spíše dobré znalosti má 49 studentů, ale jen o jedenáct méně studentů označilo možnost D) Téměř žádné. O něco lépe jsou na tom s informovaností studenti navštěvující Gymnázium. Další otázka číslo 8 je velmi podobná otázce číslo 7. Touto otázkou se ptám do jaké míry znají studenti příznaky PPP. Zde jsou výsledky obdobné: 62 studentů má spíše chabé znalosti o příznacích poruch příjmu potravy. 1/3 studentů je dostatečně informovaná, ale 2/3 studentů není dostatečně informovaná. Dívky prokázaly vyšší informovanost. Vyšší informovanost prokázali i studenti Gymnázia oproti studentům SOU.

Otázka číslo 9 zkoumá, jestli studenti rozpoznají z daných možností poruchy příjmu potravy od jiných onemocnění. Správnou možnost zvolilo 95 % studentů, což je velmi uspokojivé. Zbýlých 5 % studentů, kteří odpověděli nesprávně byli převážně studenti Gymnázia.

Desátá otázka byla zaměřena na znalost studentů o tom, zda vědí, koho se týká mentální anorexie a bulimie více. Zde odpovědělo 98 % studentů správně a to, že se mentální anorexie a bulimie týká více děvčat. Na tuto otázku odpovědělo 100 % dívek správně a tudíž jsou lépe informováni než chlapci. Polovina studentů SOU i polovina studentů Gymnázia zvolilo možnost A) a stejně tak možnost B).

Otázka číslo 11 a otázka číslo 12 jsou si velice podobné jak zněním, tak výsledky. Správně odpovědělo 85 studentů z toho 62 dívek na otázku 11 a na otázku 12 odpovědělo správně 74 studentů z toho 53 dívek. Z grafu číslo 17 a 19 vyplývá, že jsou na tom s informovaností lépe dívky než chlapci i přes to, že na tyto dvě otázky není

dostatečná celková informovanost, protože mnoho studentů označilo špatnou odpověď nebo vůbec nevědělo. Jestliže porovnáme studenty dle škol, které navštěvují, jsou na tom s informovaností v obou případech lépe studenti SOU.

Otázka číslo 13 je zaměřena na znalost studentů vzorce Body mass indexu. Zde shodně odpověděli všichni studenti záporně. Tudíž je informovanost všech studentů o vzorci BMI nedostatečná.

Další otázka číslo 14 zkoumá návyky studentů ohledně kontrolování své tělesné hmotnosti. Nejvíce studentů označilo odpověď E) Svou váhu neřeším. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost C) Několikrát měsíčně, 1x měsíčně. Na dalším pořadí se umístila odpověď D) Méněkrát, poté B) Několikrát týdně, 1x týdně a na posledním místě se umístila možnost A) Několikrát denně, 1x denně. Svou váhu spíše neřeší studenti SOU oproti studentům Gymnázia.

Otázky číslo 15, 16 a 17 řeší především stravovací návyky studentů. Zde jsem se hlavně chtěla dozvědět, zda jsou studenti vedeni ke správným stravovacím návykům, nebo mají v této souvislosti volnou ruku. Z dotazníků jsem zjistila, že celkem 13 studentů nesvačí z toho 8 dívek a 5 chlapců, což vůbec neschvaluji, protože doba mezi snídaní a obědem je dlouhá a pro dospívající tělo není správné nesvačit. Velice uspokojivě odpověděli ostatní studenti a to tak, že 58 studentů si připravuje svačinu doma sám, 65 studentům ji připravují rodiče a 25 studentů si svačinu kupuje sám z kapesného. I když si myslím, že studenti, co si kupují svačinu z kapesného sami doma nesdělují jakou stravu si kupují, tudíž jejich rodiče neznají jejich stravovací návyky. Z grafu 26 vyplývá, že studenti Gymnázia jsou v tomto ohledu samostatnější. Oběd vynechává 19 studentů z toho 12 dívek a 7 chlapců. Největší podíl studentů chodí na oběd do školní jídelny a to 82 studentů a domů jich chodí 53. Je zajímavé, že chodí do školní jídelny převážně studenti Gymnázia a domů spíše studenti SOU. Otázkou číslo 18 jsem se chtěla dozvědět jaký mají studenti pohled na stravu. Nejvíce studentů označilo možnost E) Jím vše. Na druhém místě se umístila možnost C) O stravě přemýšlím, ale přístup ke „zdravé stravě“ nemám a na třetím místě se umístila možnost D) O stravě spíše nepřemýšlím, což je z mého pohledu velice neuspokojivé. Pouze 28

studentů se snaží vařit a kupovat „zdravé potraviny“ a 5 studentů si počítá kalorické hodnoty stravy. Těchto 5 studentů navštěvuje SOU.

Otázka číslo 18 a 19 je zaměřena na propagaci a osvětu poruch příjmu potravy. Nejvíce by se podle studentů mělo mluvit o poruchách příjmu potravy ve škole (104 studentů označilo odpověď A), poté na internetu, dále u lékaře, v televizi, v tisku, v rodině a na posledním místě se umístila možnost v rádiu. Pouze 2 studenti označili možnost H) Jinde, ale už nenapsali kde. S tímto souhlasím, protože si také myslím, že by přednostně měli studenti získávat informace hlavně ze školy. Velmi znepokojující je fakt, že na otázku číslo 19: „Máte pocit, že info letáků o PPP je?“, studenti v největším počtu (88) zaškrtnuli možnost C) Nikdy jsem se s nimi nesetkal/a, 33 studentů má pocit, že by jich mohlo být více a pouze 2 – je jich přebytek. Shodný počet studentů jak z Gymnázia, tak z SOU se s info letákem nikdy nesetkalo.

Poslední 2 otázky a to číslo 20 a 21 jsem zaměřila na informovanost studentů o zdravotních důsledcích. Na výběr měli studenti 5 možností a mohli jich vybrat více než jednu. Otázka číslo 20 zněla: Zdravotní důsledky mentální anorexie mohou být. Na tuto otázku odpovědělo nesprávně 30 studentů a to 19 dívek a 11 chlapců. Ostatní možnosti studenti zaškrtnuli správně, ale nikdy ne v plném počtu. S informovaností o zdravotních důsledcích mentální anorexie jsou na tom lépe studenti SOU. Poslední otázka číslo 21 se ptá na zdravotní důsledky mentální bulimie. Opět měli studenti na výběr z 5 stejných možností jako u otázky číslo 20. Překvapilo mě, že 107 studentů z toho 68 dívek a 339 chlapců nesprávně označilo možnost E) Vyhublost. Nicméně opět jsou na tom s informovaností lépe studenti studující na Středním odborném učilišti.

Výsledky jsem porovnávala s již vzniklou prací na obdobné téma a to Informovanost studentů vybraných středních škol v Milevsku o poruchách příjmu potravy, která vznikla v roce 2011 a autorem je Michaela Kluiberová. V této práci se hypotéza č. 1: Informovanost studentek gymnázia je vyšší než studentek Střední integrované školy potvrdila. Mnou stanovená obdobná hypotéza č. 1 se oproti bakalářské práci Michaeli Kluiberové nepotvrdila.

Byly stanoveny celkem 3 hypotézy:

Hypotéza č.1: Na Gymnáziích je vyšší informovanost studentů než u studentů na Středních odborných učilištích.

K této první hypotéze jsem vyčlenila ve svém anonymním dotazníku celkem 10 otázek a to, číslo 4., 5., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 20., 21. Z grafů (číslo 4, 6, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 36 a 38) vyplynula vyšší informovanost u studentů Středních odborných učilišť. Avšak jejich názor na vlastní informovanost o PPP a příznacích byl, že jejich znalosti jsou spíše chabé. A i přes svou neznalost výpočtu BMI, který se nepřímo dotýká informovanosti o PPP.

Hypotéza číslo jedna se **nepotvrdila**, protože na všechny otázky kromě jedné odpovídalo správně vyšší procento studentů Středních odborných učilišť.

Hypotéza č.2: Informovanost student je vyšší u děvčat než u chlapců.

Na tuto hypotézu bylo opět vyčleněno 10 otázek a to, číslo 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 21. Z grafů (3, 5, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 35, 37) je zřejmá vyšší informovanost o poruchách příjmu potravy u děvčat než u chlapců. Tato hypotéza se **potvrdila**. Avšak na otázky číslo 7 a 8 shodně odpovídali, že jejich informovanost o PPP a o příznacích PPP je spíše chabá.

Hypotéza č.3: Informovanost není celkově dostatečná.

Jak jsem správně předpokládala, tak informovanost studentů není celkově dostatečná, proto byla hypotéza číslo 3 **potvrzena**. Dokonce 19 studentů o poruchách příjmu potravy nikdy neslyšelo ani nečetlo (graf č.3), 51 studentů nezná žádné poruchy příjmu potravy, což je jedna třetina dotazovaných studentů, 68 studentů má spíše chabé znalosti o PPP, 38 studentů nemá téměř žádné znalosti a obdobné je to i se znalostmi o příznacích PPP. Sedm studentů zvolilo možnost, že do PPP se řadí cukrovka a jeden student označil kurděje. V ostatních otázkách mají studenti také mezery. Na příklad, 4

studenti zaškrtili možnost B) chlapci, na otázku koho se více týká mentální anorexie a bulimie. Na otázku číslo 11 odpovědělo pouze 85 studentů správně a na otázku číslo 12, jen 74. Zda znají vzorec Body mass indexu, odpověděli shodně všichni studenti, že vzorec pro výpočet BMI neznají. I v otázkách číslo 20 a 21 měli studenti značné mezery.

7. ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti studentů Středních odborných učilišť a Gymnázií v Žatci a v Lounech o poruchách příjmu potravy. Ze stanovených hypotéz se hypotéza č. 1 nepotvrdila - informovanost je vyšší u studentů Středních odborných učilišť než u studentů Gymnázií. Hypotéza č. 2 (informovanost studentů je vyšší u děvčat než u chlapců) a hypotéza č. 3 (informovanost není celkově dostatečná) se potvrdila.

V dnešní době začínají být poruchy příjmu potravy velkým problémem, který se stále více rozšiřuje. Je proto velmi důležité informovat širokou veřejnost o komplikacích, které z těchto poruch vyplývají. Lidé mají alespoň minimální povědomí, že poruchy příjmu potravy existují, ale už nevědí o veškerých rizicích, které tyto poruchy s sebou nesou a jaké důsledky jsou s nimi spojeny.

Výsledky, jež jsem získala z výzkumu, mě velmi překvapily. Je zřejmé, že děti nemají z řad rodičů přirozenou podporu ke zdravému způsobu života a stravování. Většina rodičů se nezajímá, jak se jejich dítě ve vývinu stravuje a to je hrubá chyba. Příklad by měl plynout jak z domova, tak ze školských zařízení. Myslím si, že jen málo škol se tomuto problému věnuje. Pedagog by měl alespoň předat informace o poruchách příjmu potravy studentům, kterých se to přímo dotýká, protože jsou nesprávně naváděny z medií a z dalších různých zdrojů na cestu plnou sebezapření, utrpení a nenávidění svého vlastního těla. Je špatné, že se v současnosti propaguje a nabádá různými cestami k nepřirozené až morbidní vyhublosti.

V tomto směru je velmi důležité soustředit se hlavně na děti a rané adolescenty, protože pokud onemocní některou z těchto poruch, je vysoká pravděpodobnost, že budou mít následky v dospělosti. Tato bakalářská práce by měla alespoň napovědět pedagogům či rodičům jak správně postupovat pokud hrozí nebezpečí vzniku poruch příjmu potravy.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. *Abeceda zdraví s.r.o.* [online]. Copyright © 2005 – 2012 [cit. 2012-03-24]. Dostupné z WWW: <www.abecedazdravi.cz/bmi>
2. ANITEI, Stefan. *Top 4 eating diseases.* [online] © 2001-2012 [cit. 2012-03-28]. Dostupné z WWW: <<http://news.softpedia.com/news/Top-4-Eating-Diseases-76051.shtml>>
3. *Anorexia nervosa* [online] © 2012 [cit. 2012-03-28]. Dostupné z WWW: <<http://health.nytimes.com/health/guides/disease/anorexia-nervosa/complications-of-anorexia.html>>
4. ATKINSON, Rita, ATKINSON, Richard. *Psychologie.* Druhé vydání. Praha: Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3
5. BABIAKOVÁ, Mira, MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Psychiatrická ošetrovatelská péče.* Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
6. BAYER, Milan. *Pediatric.* První vydání. Praha: Triton, 2011. 350 s. ISBN 978-80-7387-388-2
7. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* První vydání. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4
8. DARBORIM, Imra. *Nemoci v souvislostech a jejich příčiny.* První vydání. Smrkový Týnec: Medynamis, 2003. 535 s. ISBN 80-903216-0-7

9. ELLIOTT, Julian, PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích*. První vydání. Praha: Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0
10. Foret, M., Stávková, J. *Marketingový výzkum. Jak poznávat své zákazníky*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0358-8
11. FRAŇKOVÁ, Slávka, DVORÁKOVÁ-JANŮ, Věra. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. První vydání. Praha : Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0548-1
12. GILÍK, Richard. *Drunkorexie – nová diagnóza? Nejedí, aby mohli večer pít*[online]. Copyright © 2009 – 2012 [cit. 2012-02-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza/>>.
13. Kavan, M. *Marketing je naslouchání trhu*. Praha: PROFESS, 1997. ISBN 80-85253-21-8
14. KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří. *Psychiatrie pro praxi. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky*. [online] Praha, 2001 [cit. 2012-03-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.sekceppp.eu/doc/010300.pdf>>
15. KOHOUT, Pavel, RUŠAVÝ, Zdeněk, ŠERCLOVÁ, Zuzana. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. 1.vyd. Praha: Forsapi, 2010. 184 s. ISBN 978-87250-08-2
16. KOLOUCH, Vladimír. *Občanské sdružení Anabell: Bigorexie*. [online]. Copyright © 2002-2010 Anabell o.s. [cit. 2012-03-28] Dostupné z WWW: <www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/207-bigorexie>

17. Kotler, P. *Marketing management*. 10. rozšířené vydání. Praha: Grada, 2001, 116 s. ISBN 80-247-0016-6
18. Kozel, R. *Moderní marketingový výzkum*. Praha: Grada, 2006, 159 s. ISBN 80-247-0966-X
19. KRCH, František. *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3
20. KRCH, František. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha:Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9
21. KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vyd. Praha: Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-1840-X
22. KULHÁNEK, Jan. Orthorexie, bigorexie, drunkorexie. In *Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí* [online]. [cit. 2012-03-28]. Dostupné z WWW: <www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251>.
23. Lidové noviny : *Historie krásy - jak se vyvíjel fyzický ideál?* [online]. Copyright © 2002-2010 Anabell o.s. [cit. 2012-03-28] Dostupné z WWW: www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/219-historie-krasy-jak-se-vyvijel-fyzicky-ideal
24. MARTYKÁNOVÁ, Lucie. Orthorexie a bigorexie : méně známé formy poruch příjmu potravy. In *Výživa a potraviny*[online]. [s.l.] : Vizus, 2011 [cit. 2011-02-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>>.

25. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. První vydání. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6
26. Příbylová, M. et al. *Marketingový výzkum v praxi*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-299-9
27. Světlík, J. *Marketing cesta k trhu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Čeněk, s. r. o., 2005. ISBN 80-86898-48-2
28. THOMPSON, Colleen. *Anorexia nervosa* [online] © 2011 [cit. 2012-03-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.mirror-mirror.org/anorexia.htm>>
29. TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes, OTT, Jurgen. *Základní psychosomatická péče*. První vydání. Praha: Portál, 2008. 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3
30. World Health Organization. *BMI classification* [online]. Copyright © 2006 World Health Organization [cit. 2012-03-28] Dostupné z WWW: <apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Studenti

Body Mass Index

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1. Dotazník

Příloha č. 2. Tabulka BMI

Příloha č. 1 - Dotazník

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Šárka Prokúpková a studuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který se týká Vaší informovanosti o poruchách příjmu potravy. Předem děkuji za ochotu při jeho vyplňování.

Váha:

Výška:

1. Pohlaví:

a) Muž

b) Žena

2. Studuji:

a) Střední odborné učiliště

b) Gymnázium

3. Ve městě:

a) Žatec

b) Louny

4. O poruchách příjmu potravy (dále jen PPP) jsem:

a) Slyšel/a, četl/a a zajímám se o ně

b) Již slyšel/a, četl/a, ale nezajímám se o ně

c) Nikdy neslyšel/a ani nečetl/a

5. Znáte některé PPP?

a) ano – vypište.....

b) ne

6. Setkal/a jste se někdy ve svém okolí s člověkem trpícím PPP?

a) ano

b) ne

7. Myslíte si, že Vaše znalosti o PPP jsou:

a) Vyčerpávající

b) Spíše dobré

c) Spíše chabé

d) Téměř žádné

8. Myslíte si, že Vaše znalosti o příznacích PPP jsou:

a) Vyčerpávající

b) Spíše dobré

c) Spíše chabé

d) Téměř žádné

9. Do PPP se řadí:

a) Kurděje

b) Bulimie

c) Cukrovka

d) Anorexie

19. Máte pocit, že info letáků o PPP je:

- a) Přebytek
- b) Mohlo by jich být víc
- c) Nikdy jsem se s nimi nesešel/a
- d) Nedokážu posoudit

20. Zdravotní důsledky mentální anorexie mohou být (možnost více odpovědí):

- a) hospitalizace na psychiatrickém oddělení
- b) rozvrat metabolismu
- c) ztráta menstruace
- d) vypadání zubů
- e) vyhublost

21. Zdravotní důsledky mentální bulimie mohou být (možnost více odpovědí):

- a) hospitalizace na psychiatrickém oddělení
- b) rozvrat metabolismu
- c) ztráta menstruace
- d) vypadání zubů
- e) vyhublost

Příloha č. 2 – Tabulka BMI

BMI=	hmotnost (kg)	
	výška ² (m)	
Ženy	Muži	
pod 18,5	pod 20	podváha
18,6 - 23,9	20 - 24,9	normální stav
24 - 28,9	25 - 29,9	mírná obezita
29 - 38,9	30 - 39,9	střední stupeň
39 a více	40 a více	těžký stupeň