Rozdíly ve výskytu poruch příjmu potravy u studentů Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně

Veronika Pavlíková
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Veronika PAVLIKOVÁ
Osobní číslo: H09644
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Forma studia: kombinované

Téma práce: Rozdíly ve výskytu poruch přijmu potravy u studentů Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti problematiky poruch přijmu potravy.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.
Rozsah bakalářské práce:
Rozsah příloh:
Forma zpracování bakalářské práce: tisková/elektronická

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Růžičková
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2012
Termin odevzdání bakalářské práce: 3. května 2013

Ve Zlíně dne 19. února 2013

doc. Ing. Anetka Lengálková, Ph.D.
děkanka

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu
PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdaním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby 1)
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 2)
- podle § 60 3) odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 3) odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci ke jímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mně požadovat priměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vyňaloženy (až do jejích skutečné výše);
- pokud bylo k výpracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tiskněna verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.

V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 4. 3. 2013

.................................

1) § 35 odst. 3
2) § 35 odst. 3
3) § 60 3)

(1) Vysoká škola nevyžaduje vytváření dvojné, doplňovací, bakalářské a rozenic práce, a kterých prohledá obhajoba, včetně použití oponenta a výsledku obhajoby prostranstvům databází kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění znamení vnitřní předpis vysoké školy.
(2) Disparitní, diplomiční a výsledné práce odvězněné uchovalcem k obhajobě musí být založeny potravně na příčině konaní obhajoby zveřejněnou k naházení uchovalce v místě určeném výslovně předpisem vysoké školy nebo nemíť dobře vychováno v místě pracovišť vysoké školy, kde se má konat obhajobní práce. Keďže si může ze zveřejnění práce potřebovat na své náklady výjmy, opory nebo rozmnožování.

(3) Platí, že odvězné práce autor nezahájí ze zveřejnění své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech srovnatelných s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3.

(3) Do práva autorského také název nebo škola nebo vzdělávací zařízení, včetně několik za účelem prvního nebo druhého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vzniku povinného díla vytvořeného zákonom nebo studentem ke splnění školního nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školnímu nebo vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech srovnatelných s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo.

(1) Škola nebo školní nebo vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na acervu obou členů městské, střední nebo vyšší školy a jeho díla (čl. 35 odst. 1).

(3) Odprůnikává autorského dílu udělit vzniklý bez výše uvedeného důvodu, mohou se tyto osoby domácí nebo obyvatelé obce obou členů městské školy a jeho díla podle § 35 odst. 3 zákona neschůjí.

(3) Věci v obou členů městské školy a jeho díla udělit vzniklý bez výše uvedeného důvodu, mohou se tyto osoby domácí nebo obyvatelé obce obou členů městské školy a jeho díla podle § 35 odst. 3 zákona neschůjí.

3) Škola nebo školní nebo vzdělávací zařízení je v případě požadovaného, aby jím autor školního díla z výššíka jeho díla dovoz jim díla dovoz jim díla dovoz jim díla dovoz jim díla dovoz jim díla dovoz jim díla dovoz jim díla.
ABSTRAKT

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá vysvětlením pojmu poruchy příjmu potravy, mentální anorexii a bulimie, historii mentální anorexie a bulimie, dále jsou zde zmíněny nespecifické a atypické poruchy příjmu potravy, faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy, léčba, důsledky a prevence.

Jak říká název, praktická část zjišťuje rozdíly ve výskytu poruch příjmu potravy u studentů Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně a současně se zabývá i úrovní prevence poruch příjmu potravy na těchto školách.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, syndrom nočního přejídání, obezita, prevence, léčba

ABSTRACT

This thesis deals with the theoretical explanation of the concept of eating disorders, anorexia nervosa and bulimia, a history of anorexia nervosa and bulimia, are also mentioned non-specific and atypical eating disorders, the factors influencing the emergence of eating disorders, treatment, consequences and prevention.

As the name says, the practical part identifies the differences in re-occurrence of eating disorders among students TGM Grammar and Secondary Medical School in Zlín and deals with levels and prevention of eating disorders in those schools.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating syndrome Night, obesity, prevention, treatment
Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Martině Růžičkové za odborné vedení bakalářské práce a konzultace. Dále bych chtěla poděkovat i všem studentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu a byli ochotni mi poskytnout informace vyplněním anonymního dotazníku.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahrána do IS/STAG jsou totožné.
OBSAH

ÚVOD ................................................................................................................................................. 10

I TEORETICKÁ ČÁST .......................................................................................................................... 12

1 VYMEZENÍ POJMU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .......................................................................... 13

1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE .................................................................................................................. 14

1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0) ...................................................................... 14

1.1.2 Specifické typy mentální anorexie ......................................................................................... 15

1.1.3 Historie mentální anorexie ...................................................................................................... 15

1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE .................................................................................................................... 17

1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2) ...................................................................... 18

1.2.2 Specifické typy mentální bulimie ......................................................................................... 19

1.2.3 Historie mentální bulimie ...................................................................................................... 19

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U MUŽSKÉHO POHLAVÍ ............................................................. 20

3 ATPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY ...................................................... 21

3.1 SYNDROM NOČNÍHO PŘEJÍDÁNÍ ............................................................................................... 21

3.2 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ ........................................................................................................ 23

3.3 OBEZITA ...................................................................................................................................... 23

4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY ...................................................... 25

4.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY ............................................................................................................... 26

4.2 ŽIVOTNÍ UDÁlosti ........................................................................................................................ 26

4.3 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY ..................................................................................................... 27

4.4 RODINNÉ PROSTŘEDÍ .................................................................................................................. 27

5 ZPŮSOBY LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .......................................................................... 29

5.1 AMBULANTNÍ LÉKAŘSKÁ PĚČE ................................................................................................. 29

5.2 HOSPITALIZACE ........................................................................................................................ 29

5.3 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE ............................................................................... 30

5.4 INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE ....................................................................................................... 31

5.5 FARMAKOTERAPIE .................................................................................................................. 31
5.6 SVÉPOMOCNÉ SKUPINY .................................................................32
6 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY ...........................................32
  6.1 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY ...............................................................32
  6.2 PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY ............................................33
7 PREVENCE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .................................34
II PRAKTICKÁ ČÁST ...........................................................................36
8 VÝZKUM .........................................................................................37
9 VÝZKUMY VÝSKYTU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .................................37
  9.1 VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V PRŮBĚHU LET VE SVĚTOVÉM MĚŘITKU ......37
    9.1.1 Výskyt mentální anorexie .....................................................37
    9.1.2 Výskyt mentální bulimie .....................................................38
  9.2 VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČESKÉ REPUBLICE ..................39
10 VÝZKUMNÝ PROBLÉM ....................................................................40
  10.1 OBECNÉ VÝZKUMNÉ OTÁZKY ....................................................40
  10.2 ROZVEDENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU DO DÍLČÍCH OTÁZEK ..........41
11 CÍL VÝZKUMU ..............................................................................41
12 DRUH VÝZKUMU ............................................................................41
13 STANOVENÍ HYPOTÉZ ...................................................................41
14 ZÁKLADNÍ SOUBOR A VÝZKUMNÝ VZOREK ....................................42
15 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU ............................................................42
  ZÁVĚR ...........................................................................................59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY ..........................................................61
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK ........................................63
SEZNAM GRAFŮ ................................................................................64
SEZNAM PŘÍLOH ..............................................................................65
ÚVOD

V dnešní době, kdy život celé lidské populace ve značné míře ovládají média, je kladen až příliš velký důraz na náš vzhled. Ať už z časopisů, internetu, rádií, či billboardů se na nás usmívá ne jedna modelka s „dokonalým tělem“, či jsou nám všemožnými způsoby nabízeny prostředky na hubnutí. Jelikož ve snaze prosadit se ve světě módy, show businessu, nebo prodeje jsou lidé schopní udělat opravdu cokoliv, a to aniž by se zamýšleli nad tím, jaký dopad mohou mít jejich činy na celou společnost, obzvláště pak na dospívající mládež. Protože kdo víc si zakládá na svém vzhledu než mladí lidé? Především tedy dívky, které touží vypadat hezky, aby se libily opačnému pohlaví. Bohužel si ale, v důsledku výše uvedených tlaků společnosti a médií, myslí většina z nich, že vypadat hezky rovná se být hubená, a tak ve snaze snížit svoji váhu drží často různé diety a hladovky, od kterých je jen velmi malý krůček k poruchám příjmu potravy, kdy se z „nevinného“ hubnutí stává doslova pohlcená.

Právě z tohoto důvodu jsem si jako téma mé bakalářské práce zvolila poruchy příjmu potravy. Jelikož si myslím, že se v poslední době na tento patologický jev hodně zapomíná. Jen někdy se objeví zpráva v novinách, či na internetu o úmrtí v důsledku mentální anorexie, či článek ze života napsaný osobou, která sama trpěla některou z poruch příjmu potravy. Protože jsem sama měla možnost, v době mého studia na střední škole, setkat se s mentální anorexií a mentální bulimii, a to prostřednictvím třech nejmenovaných dívek, vím, kam až může toto onemocnění zajít a do jak vysoké míry dokáže člověka zničit. Proto tedy zastávám názor, že by se neměla upouštět pozornost od této problematiky, ba naopak by se o ní mělo více mluvit a především bychom měli směrovat náš zájem k vytváření do- statečné prevence vzniku poruch příjmu potravy, která, podle mého názoru, je na velmi nízké úrovni.

Jako výzkumný vzorek pro moji práci jsem si stanovila studenty druhého ročníku Střední zdravotnické školy a Gymnázia T. G. M. ve Zlíně. Záměrně jsem volila studenty druhých ročníků, jelikož, podle mého názoru, je právě tento ročník na střední škole pro mnoho studentů tím stěžejním, neboť jsou ve věku mezi šestnáctí a sedmnáctí lety, kdy většina z nich navštěvuje diskotéky, zábavy a jiné veřejné akce za účelem seznámení se s opačným pohlavím, přičemž je pro ně, ve většině případů, velmi důležitý vzhled.
Dále jsem si vybrala tyto dvě školy, abych zjistila, jestli má studium na zdravotnické škole vliv na její studenty, co se týče pohledu na své tělo a vzniku poruch příjmu potravy.
I. TEORETICKÁ ČÁST
1 VYMEZENÍ POJMU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění postihující především dospívající dívky a mladé ženy (Krch, 1999).

Poruchy příjmu potravy se taktéž charakterizují jako patologická změna postoje k vlastnímu tělu, která je provázena neadekvátním hodnocením tělesných proporcí a hmotnosti. Víceméně snad neexistuje ve společnosti člověk, který by nehodnotil své tělo, je však důležité, aby vnímání sebe samotného bylo objektivní a odpovídající skutečnosti, což ale v rámci poruch příjmu potravy není možné (Vágnerová, 1999, s. 230).

Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy jsou zařazovány mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB), které, ač se mohou zdát odlišné, mají mnoho společných znaků, jako jsou např. strach z tloušťky, nadměrné pozorování vlastního těla, a s ním spojená častá kontrola hmotnosti, přemíra cvičení aj. K jejich odlišení pak dochází volbou metod, jejichž prostřednictvím se jedinci snaží dosáhnout maximální hubenosti, a následně pak i hmotnost, kdy v případě mentální anorexie je tato velmi nízká, a tudíž rozpoznatelná „pouhým okem“, zatímco u mentální bulimie bývá hmotnost mnohdy běžná, odpovídající stavbě těla, či věku dané osoby (Krch, 2005, s. 15).

V mnoha případech však dochází k vzájemnému prolínání MA a MB, či spíše k přechodu od jedné poruchy ke druhé. Krch (2005, s. 16) uvádí, že asi u jedné třetiny nemocných mentální anorexii dochází postupně k rozvoji mentální bulimie s normální tělesnou hmotností. Podle autorů jiných (Russell, 1985; Hsu, 1990) uvádí až padesát procent bulimiček ve své anamnéze MA a cca polovina anorektiček (Cooper, 1995) pravidelně ztrácí kontrolu nad jídlem a přejídá se (Russell, 1985; Hsu, 1990; Cooper, 1995 cit. podle Krch, 2005, s. 16).

„Bulimie a anorexie jsou něčím víc než jen módními slovy. Jsou to dvě onemocnění fyzické, psychické a emocionální stránky člověka a týkají se mnoha lidí, mnohem většího počtu, než bychom se domnívali. Představují neštastné dědictví přenášené z generace na generaci, protože se doposud nenašla protilátku na tuto „rakovinu duše“ (Ladishová, 2006, str. 27).
1.1 Mentální anorexie

Slovo anorexie je řeckého původu, přičemž se skládá z předpony an (což znamená ne, bez) a ze slova orexie, které se překládá jako chuť k jídlu, snaha, či žádostivost. Celkový význam slova tedy chápeme jako snížený nebo scházející popud pro příjem potravy (Leibold, 1995, s. 44).

Mentální anorexie je onemocnění, pro které je typické odmítání jídla a dramatický úbytek tělesné hmotnosti, pacientky postupně nabývají typického mrtvolného vzhledu, přestože ony považují sebe samy za tlusté (Ladishová, 2006).

Mentální anorexie je především strach z tloušťky a jídla a může mít různé podoby. Jako strach z nekonečného přibývání na váze, strach za sladkostí, strach snídat, strach víc jíst, nebo strach mít plný žaludek. Avšak jako každý jiný strach, roste i strach z tloušťky přímo úměrně s pozorností, která je mu věnována, a s kroky, o které se před ním ustupuje. Čož znamená, že, když se jedinec ze strachu z tloušťky nenají, má následně větší hlad, tudíž i více myslí na jídlo, ale současně se i více bojí o svoji váhu (Krch, 2002, s. 32).

Termín anorexie může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství, nebo oslabení chuť k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Naopak u některých pacientů je omezení se v jídle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo, kdy na něj myslí, sbírají různé recepty, dokonce i rádi vaří apod., a někdy i zvýšenou nebo změněnou chuť, například na sladké.

Měli bychom vědět, že anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že nemají chuť k jídlu, ale proto, že nechtějí jíst, přičemž jejich averze k jídlo je projevem nesmiřitelného a narušeného postojí k vlastnímu tělu, k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce (Krch, 2005, s. 16).

1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

- anorektičtí jedinci si udržují tělesnou hmotnost cca 15% pod běžnou úroveň jim odpovídající váhy, nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší, přičemž u prepubertálních pacientů nedochází k očekávanému zvyšování hmotnosti během růstu
- nemocní se vyhýbají jídlům, po kterých by mohlo docházet k příbytku váhy, užívají např. laxativa, diuretika, nebo nadměrně cvičí s cílem co nejvíce snížit svoji hmotnost
- neustále přetrvává strach z tloušťky a zvyšování hmotnosti, v jehož důsledku si pacienti vytvářejí mylné představy o vlastním těle a stanovují si tak stále nižší hranice svoji tělesné hmotnosti

- rozsáhlá endokrinní porucha se u žen projevuje ztrátou menstruace, nebo v ojedinělých případech vzniká děložní krvácení u anorektiček užívajících náhradní hormonální léčbu v podobě antikonceptiv, ale v jiných případech vzniká děložní krvácení u anorektických mužů pak dochází ke ztrátě zájmu o sex a vzniku potence

- pokud onemocnění začne před pubertou, opožďují se pubertální projevy, nebo mohou být i zastaveny, což znamená, že dívky se nevyvíjejí prsa a nedostaví se první menstruace, u chlapců zůstávají dětské genitálie, ale po uzdravení dochází k běžnému dokončení puberty (Krch, 2005, s. 16).

1.1.2 Specifické typy mentální anorexie

V případě mentální anorexie rozlišujeme dva typy. Jedná se o:

- Nebulimický (restriktivní) typ - v průběhu mentální anorexie nedochází k nemocným k opakovaným záchvatům přejídání

- Bulimický (purgativní) typ - během mentální anorexie dochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání, léčba tohoto typu mentální anorexie je obtížnější, neboť pacienti bývají často závislí na alkoholu, či drogách, což vyžaduje odlišnou terapii a často je nutná hospitalizace

(Krch, 2005, s. 17)

1.1.3 Historie mentální anorexie

Termín mentální anorexie (anorexia nervosa) implikuje, že porucha vzniká z neurotické ztráty chuti k jídlu. Odkazy na téma „anorexia“ lze najít už ve starověkých lékařských pramenech.

V antických dobách termín anorexia označoval stav nedostatečné „orexis“, to znamená celkové únavy a apatie. Galén, jedna z nejvýznamnějších postav medicíny té doby, použí-
val tento termín v užším slova smyslu jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu. Stejně jako Hippokrates, i Galén obvykle používal pojem „asitia“ (nebo „inedia“), když popisoval odmitání potravy. Tento stav byl připisován především špatným tělesným tekutinám a špatné funkci žaludku, který byl označován za původec všeho zla u anorexie (Krč, 2005, s. 28).

Ve středověku se na hladovějící dívky nenahlíželo jako na nemocné, jelikož půl byl v té době součástí křesťanského života, přičemž se zastával názor, že hladovění přiblíží „světice“ k bohu. Hlad a fyzické strádání bylo ve středověku velmi populární u šlechtu, jelikož mělo osvobodit duši a očistit tělo od hříchů. Zlom ve vnímání hladovění nastává v 16. století, v období renesance, kdy dochází k rozvoji vědeckého zkoumání inspirovaného antikou. Lidé začínají chápat dobrovolné hladovění jako něco nezdravého a nepřirozeného a jeho příčinu si vysvětlují posedlosti čidlem (Navrátilová, Češková a Sobotka, 2000).

Významným mezníkem v historii mentální anorexie bylo popsání této choroby anglickým lékařem Richardem Mortonem, které se uskutečnilo v roce 1964 (Sladká- Ševčíková, 2003).

Avšak autorství jednoznačného popisu mentální anorexie přísluší pařížskému klinickému lékaři, Ernes-Charles Lasègue, a londýnskému lékaři, Sir William Withey Gull, kdy Lasègue publikoval v dubnu 1873 článek o „anorexie histerique“, který ale vyšel v anglickém překladu jen velmi krátce před realizací Gulloví přednášky na téma „anorexia histerica“, jež byla poté realizována v roce 1874 pod názvem „anorexia nervosa“.

Oba lékaři zastávali názor, že mentální anorexie je psychogenní choroba vyskytující se u mladých dívek a žen a mající charakteristické znaky jako jsou: úbytek na váze, zácpa, neklid, amenorea, nebo ztráta menstruačnosti, atd. (Krč, 2005, s. 30-31).

Ve 20. století se pojímá štíhlost jako ideál krásy, jsou publikovány knihy o dietách, např. v roce 1917 Dr. Lulu Hunt Peters vydává knihu o dietách a zdraví, ve které poprvé zavádí pojem kalorie známý doposud jen z fyziky, a doporučuje nízkotučné, sacharidové diety. V důsledku propagace diet dochází k rozšířování výskytu mentální anorexie, a to především ve vyšších vrstvách společnosti západní Evropy.

V 60. letech 20. století referuje Hilde Bruch o změnách myšlení a vnímání u jedinců mající mentální anorexii, dochází k častému výskytu poruch přijmu potravy u baletek a modelek, kdy ve známost vstupuje modelka Twiggy s hmotností 41kg a výškou 170cm, a tak se stává
vyhublá postava ideálem krásy. Tato skutečnost se odráží i ve světě modelingu, jelikož soutěže MISS Amerika vyhírají stále štíhlejší dívky. Společnost tedy chápe mentální anorexii jako nemoc celebrit, která se ale čím dál více objevuje i v běžné populaci. V roce 1970 švédský psychiatr, S. Theander, varuje před hrozivým nárůstem poruch příjmu potravy, je uváděno, že 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické výrobky! V roce 1979 vznikají první speciální zařízení pro léčbu poruch příjmu potravy a od roku 1990 jsou realizovány preventivní a podpůrné programy pro poruchy příjmu potravy, přičemž veřejnost nesouhlasí s idealizací vyhublosti a držení nepřiměřených diet je považováno za nesmyslné (Navrátilová, Češková a Sobotka, 2000).

1.2 Mentální bulimie


Mentální bulimii označujeme jako poruchu, pro kterou je typické záchvatovité přejídání spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2005, s. 18).


Během záchvatu přejídání dochází obvykle k velmi rychlé konzumaci jídla. Nemocní si doslova cpou jídlo do úst a téměř ho nežvýkají. První okamžiky záchvatu bývají často popisovány jako příjemné, načež se ale brzy vytrácí jakýkoliv pocit chuti a potěšení. Mnozí jedinci současně s jídlem pijí velké množství tekutin, což přispívá ke zvýšenému pocitu plnosti a nadmutosti (Cooper, 1995, s. 21).

Pacientky mající MB holdují masivnímu přejídání se, ke kterému dochází vždy ve velmi krátké době, i během několika minut, a které je prováděno skrytě, aby se poté pacientka mohla „očistit“ vyvolaným zvracením, nadváhou aktivitou, půstem, nebo užitím laxativů, diuretiků, či tablet na hubnutí. Typickým jevem je rovněž nenávist a odpor k sobě samé, který obvykle nastupuje po fázi přejedení se a zvracení.

V případě MB vznikají velmi vážná fyzická poškození, jakož jsou např. praskliny zažívacího traktu způsobené masivním přejídáním se, průtrž bránice, chronická zácpa, dále pak arytmie, selhání srdce a dokonce i smrt (Ladishová, 2006).

1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)
- jedná se o opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu třech měsíčů), při kterých dochází k pozření velkého množství jídla ve velmi krátkém čase
- potřeba neustále se zabývat jídlem spojená s neodolatelnou touhou po něm
- potlačování „výkrmného“ účinku jídla prostřednictvím vyprovokovaného zvracení, zneužívání projímadel, diuretiků, nebo hladovění, v případě diabetických pacientů snaží vynechávat léčbu inzulínem
- pocit přílišné tloušťky spolu s neodbytnou obavou z tloustnutí, usilování o nižší hmotnost, nežli je hmotnost danému jedincí odpovídající (dle stavby těla, výšky atd.), často, avšak ne vždy, je v anamnéze epizoda mentální anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle (Krch, 2005, s. 19).
1.2.2 Specifické typy mentální bulimie

Stejně jako u mentální anorexie, tak i u mentální bulimie rozlišujeme dva typy:

- **Vypuzující (purgativní) typ** - je pravidelně prováděno zvracení, zneužívání laxativ a diuretik

- **Nevypuzující (nepurgativní) typ** - jedná se o držení přísných diet, hladovek nebo intenzivní fyzikální cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (Krch, 2005, s. 199).

1.2.3 Historie mentální bulimie

Stejně jako mentální anorexie, tak i mentální bulimie je porucha vyskytující se již od pradávna.

„Dějiny přejídání jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Nenasynění hltání bylo bezpochyby časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti a nadměrné přejídání existovalo v království medicíny od nepaměti“ (Krch, 2005, s. 31).

První dochovaná sbírka týkající se mentální bulimie pochází z 2. století našeho letopočtu. Jejím autorem je Galén, jenž stanovil rysy bulimie a označil ji pojmem bulimis. Přičemž vycházel ze slov bous a limos, jejichž doslovným překladem získáme označení býčí hlad. Tímto pojmem Galén vyjádřil, že bulimie představuje takový hlad, při kterém by člověk byl schopen sníst i celého vola (Krch, 2005, s. 32).

Pojmenování a vysvětlení pojmu mentální bulimie se od antiky až po dnešní dobu velmi různily, v osmnáctém století bylo dokonce rozlišováno sedm druhů mentální bulimie, přičemž primární bulimie byla rozdělována do tří kategorií: bulimia helluonum (nadměrný hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu) a bulimia emetica (přejídání se zvracením). Teprve v roce 1979 poprvé použil britský psychiatr Gerald Russel termín bulimia nervosa, jenž označil jako „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem ze ztloutnutí“ a vyhýbání se „ztloutnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální hmotností (Krch, 2005, s. 32).
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U MUŽSKÉHO POHLAVÍ

Přestože se poruchy příjmu potravy vyskytují převážně u ženského pohlaví, průzkumy ukazují, že přibližně deset procent jedinců bojujících s touto poruchou tvoří muži. U mužů je však obtížnější toto onemocnění správně identifikovat a diagnostikovat, jelikož se často spojuje s depresí a jí přidruženými symptomy, které odklánějí pozornost od mentální ano-rexie, či bulimie. Načež právě nezdravý životní styl, pracovní vytížení a stres mohou být právě takovou zástěrkou, za kterou se poruchy příjmu potravy mohou hezky skryt.

Mezi mužským pohlavím se ale o poruchách příjmu potravy téměř nemluví, protože muži spolu o těchto věcech nehovoří, nesdílí informace o zdravém životním stylu, či hubnutí tak, jak je tomu zvykem u žen. Důvodem je především to, že mužský svět je společností definovaný jako maskulinní a silný, a tak muži ve většině případů nehledají pomoc, nebo radu právě z jakéhosi odporu, či zdráhání se si problém připustit. Výzkumy však ukazují, že se zvyšuje procento mužů držících opakovaně v roce nějakou dietu a taktéž procento těch, kteří jídlo dobvolně zvracejí, nebo se nárazovitě přejízdi.

Komplikace, jež specificky ovlivňují anorexii u mužů, zahrnují fakt, že muž trpící mentální anorexií ztrácí především svalovou hmotu, což představuje významné nebezpečí, protože zásoby tuků a svalová hmota jsou jedním ze základních podmínek správné činnosti organismu a jeho funkcí.

Stejně jako u žen, tak i u mužů jsou za jedny z příčin vzniku poruch příjmu potravy povážovány genetické faktory a predispozice a osobnostní povahové rysy, především perfekcionismus. Ten vede k touze být výjimečný, akceptovaný a chválený.

Na základě výzkumů bylo zjištěno, že jednou z dalších příčin jsou dopaminové receptory v mozku regulující pocit blaha, radosti, či libosti, přičemž jedinec trpící poruchami příjmu potravy nepociťuje u jídla tytéž pocety, které jídlo a samotné jedení přináší zdravému jedinci. Dalším emocionálním faktorem bývá mnohdy i rodina, respektive rodinné vzorce chování. V souvislosti s nimi mluví muži často o přílišné kontrole, v jejímž důsledku se cítí jakoby dušeni a utiskováni svou rodinou, nebo naopak vynechávání, či nepochopení.

Americké průzkumy uvádějí, že existuje jistá podobnost mezi poruchami příjmu potravy u žen a u mužů, kde obě skupiny vykazují podobné symptomy, jedná se o nízký seboobraz o vlastním těle, snížení sexuálních funkcí, časté cvičení, deprese, rituály při jídle (např. nad-
měrné přežvýkávání potravy), izolace od společnosti, vyhledávání samoty, vypadávající vlasy, kompulzivní chování a obsese, psychická i fyzická únava atd. (Hanzlovský, 2009).

3 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

V současné době přibývá pacientů, kteří mají problém s poruchami příjmu potravy. Ale dle daných kritérií jejich diagnóza nespadá pod poruchy příjmu potravy, jako jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Těmto jedincům je tedy stanovena diagnóza s názvem nespecifické a atypické poruchy příjmu potravy. Tento termín se užívá u pacientů, u kterých chybí jeden nebo více základních znaků onemocnění, ale zároveň se u nich projevuje skoro typický obraz poruch příjmu potravy.

Mezi nespecifikované a atypické poruchy příjmu potravy jsou řazeny případy, při kterých:
- jsou splněna veškerá kritéria stanovená pro mentální anorexii, ale tělesná hmotnost pacienta odpovídá normě
- jsou zcela splněna kritéria mentální bulimie, přičemž k záchvatům přejídání nedochází často
- potrava je jedincem pouze žvýkána, ale nedochází k jejímu spolknutí, tedy úplnému smědění
- dochází i k nočnímu „vyprazdňování ledničky“, což je tzv. Syndrom nočního přejídání (Sladká-Ševčíková, 2003, s. 8)

3.1 Syndrom nočního přejídání

Syndrom nočního přejídání byl již v roce 1955 zařazen mezi psychogenní poruchy příjmu potravy a v roce 1991 došlo k jeho rozdělení na dva typy:

- **syndrom nočního jedlícení (NES)**
  - primární je porucha příjmu potravy
  - zvýšená konzumace jídla v pozdním odpoledni a večer
  - pacient se během noci opakovaně buďí a nemůže usnout, dokud něco nesní
- porce jídla mají zpravidla nezdravé složení a jsou velmi kalorické, často se jedná o sacharidy
- jídlo nevyvolává potěšení, nýbrž stavy úzkosti, studu, znechucení a taktéž pocity viny během samostatné konzumace
- poruchy nálady, nervozita, často pak i deprese
- zvyšování hmotnosti a neschopnost ovládnutí jejího nárůstu
- pacient není schopen svou vůli záchvaty ovládat

- **syndrom poruchy spánku s nočním jedlictvím (NSRED)**
  - primární je porucha spánku, tzv. parasomnie
  - vymykání se kontrole
  - u mnohých pacientů v anamnéze abúzus drog a alkoholu
  - častý u mladých žen
  - může trvat až patnáct let
  - doprovázeno jinými psychickými poruchami a četnými hormonálními změnami

(Faltus, 2007)

Syndrom nočního jedlictví (NES) byl nejdříve popsán u obézních jedinců, ale vyskytuje se i u osob neobézních. Jeho prevalence se odhaduje na 1,5% celkové populace, avšak ve vybraných souborech nemocných je podstatně vyšší. Mezi jedinci z obezitologických pracovišť je udávána prevalence ve výši 8,9% a mezi extrémně obézními se jedná o hodnoty 9-28% (Papežová, 2010, s. 255).

Podstatným rozdílem mezi oběma syndromy je to, že v případě syndromu nočního jedlictví si je jedinec plně vědom svého nočního přejídání, zatímco u syndromu druhého typu dochází k přejídání ve stavu porušeného vědomí, kdy si pacient další den své chování nepamatuje, anebo si jej vybavuje jen útržkovitě.

Z výzkumů vyplývá, že oba tyto syndromy se častěji vyskytují u žen, nežli u mužů. Je uváděn poměr výskytu 3:2 nebo 2:1 (Faltus, 2007).

V roce 1990 byl navíc definován syndrom nočního jedlictví a pití (NEDS), který se zařadil v roce 2000 do mezinárodní klasifikace poruch spánku American Academy of Sleep Medi-
cince. Syndrom se projevuje opakovaným probouzením se a neschopností usnout, pokud nedojde ke konzumaci jídla a pití. Syndrom není doprovázen duševními nebo somatickými onemocněními, jako jsou např. bulimie a hypoglykémie. Původně byl definován jako problém raného dětství, ale postupně se rozšířil i na období dospělosti, i když jeho výskyt u starších jedinců není tak častý (Faltus, 2007).

### 3.2 Záchvatovité přejídání (tzv. vlčí hlad)

K poruchám přijmu potravy se zařazuje i záchvatovité přejídání, pro něž je typické déle trvající nekontrolovatelné konzumování velkého množství potravin. V průběhu „záchvatu“ ztrácí jedinci kontrolu nad jídlem. Konzumují potravu rychleji než normálně a i přestože se cítí zcela plní, mají pocit, že nemohou s jedením přestat. Nepřejídají se však z pocitu hladu, nýbrž z nutkání vzbuzeného obvykle přítomným jídlem, nebo vnitřními impulzy jako jsou například stres a napětí. Z přejetí poté trpí pocity viny a depresí (Krč a Málková, 2001, s. 76).

### 3.3 Obezita

Obezita představuje závažný problém týkající se celé společnosti. Obezita je skupina nemocí s individuální poruchou řízení energetiky organizmu s podílem dědičnosti a působení prostředí, jejichž vílivem dochází k hromadění tukových rezerv. Náchylnost k obezitě se projeví při pozitivní energetické bilanci organizmu, která je nejčastěji způsobena nízkou pohybovou aktivitou a přijmem stravy s vysokým glykemickým indexem.

Obezita bývá většinou přičinou nebo průvodním jevem chronických onemocnění jako jsou např. onemocnění kardiovaskulárního systému, hypertenze, onemocnění ledvin a diabetes mellitus. K určení obezity se užívá tělesný hmotnostní index, neboli body mass index (BMI), kdy se dosahuje do vzorce: hmotnost (kg) / výška (m)². V případě dosažení výsledku v rozmezí 20–25 má jedinec ideální hmotnost. Pokud je hodnota BMI při 25, má jedinec nadváhu. V případě BMI přes 30 mluvime o obezitě. Další limit při 40 (kg/m²) se identifikuje jako naléhavé riziko vzniku nemoci. Americký Institut pro výzkum rakoviny považuje BMI v rozmezí 18,5 až 25 za ideální hodnoty zdravé osoby, avšak některé zdroje určují osobu S BMI nižším než 20 jako osobu s podváhou.
Na základě BMI rozlišujeme i stadia otylosti:

- stadium I. : BMI 25-30 kg/m²- lehká otylost
- stadium II. : BMI 30-40 kg/m²- výrazná otylost
- stadium III. : BMI nad 40 kg/m²- morbidní otylost

(Celedová, Čevela a Dolanský, 2009).

V důsledku rozšířování obezity v naší populaci vznikla Mezinárodní pracovní skupina pro obezitu sdružující národní obezitologické společnosti ve více než třiceti zemích. Velký nárůst obezity byl zaznamenán v USA, kde v podmínkách velkého přísunu potravy a nedostatku pohybu rychle přibýval počet obézních jedinců. Ke konci 20. století došlo i v Evropě k velkému nárůstu obezity, přičemž Česká republika se ve výskytu obezity řadí na jedno z předních míst v rámci evropských států. Na základě výzkumů můžeme říci, že obezitou je postiženo cca 20% populace středního věku. Můžeme tedy říci, že každý pátý dospělý Čech je obézní.

Ve výskytu obezity můžeme pozorovat několik faktorů:

- obézních jedinců přibývá s věkem a výskyt obezity vrcholí ve věku kolem padesátí až šedesáti let
- ve srovnání žen a mužů jsou právě ženy častěji obézní nežli muži
- vyšší vzdělání a lepší ekonomická situace snižují riziko výskytu obezity
- stravovací zvyky v rodině ovlivňují hmotnost jejich členů
- vliv na obezitu mají i genetické predispozice
- zvyklosti dané národní kuchyně se taktéž podílejí na zániku obezity v populaci (obliba tučných jídel)
- k nárůstu hmotnost vede i konzumace alkoholu
- snížení fyzické aktivity má za následek zvyšování hmotnosti jedinců
Základní preventivní opatření vzniku obezity:

- pravidelná kontrola tělesné hmotnosti a její udržování v mezních, které jsou pro danou osobu odpovídající v závislosti na výšce postavy a věku
- znalost příčin vzniku obezity
- dodržování pravidel stolování
- rozdělení denní stravy do pěti porcí, díky čemuž se zamezí nepravidelnému příjmu potravy a přejídání
- pravidelná tělesná aktivita

(Machová, 2009, s. 27-28).

4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Rizikovým faktorem podněcujícím vznik poruch příjmu potravy může být charakteristika nebo událost, jejíž přítomnost zvyšuje riziko výskytu poruch příjmu potravy.

K prozkoumání rizikových faktorů slouží průřezové studie, které zjišťují v jakých aspektech, např. osobnostních vlastnostech, se liší skupiny nemocných od skupiny zdravých. S výjimkou fixních faktorů, jako jsou rasa a pohlaví, nezodpoví průřezové studie, co je příčina a co následek poruch příjmu potravy. V případě, že existuje dostatek důkazů, že sledovaná okolnost se vyskytla dříve než onemocnění, jedná se o rizikový faktor (Papežová, 2010, s. 36).

Odborníci se ale shodují v názoru, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický faktor či jednoznačná příčinná událost, která by měla za následek vznik poruch příjmu potravy. Neboť toto onemocnění vzniká téměř vždy vlivem různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů a biologických a psychologických faktorů (Krch, 2005, s. 79).
4.1 Biologické faktory

Velmi rizikovým faktorem pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Postačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší, jelikož ženy vnímají své tělo a tělesné proporce podstatně jinak než je tomu u mužů. Už mezi dětmi mladšího školního věku byly zjištěny podstatné rozdíly ve vnímání vlastního těla. Nejvíce jsou ale tyto rozdíly znatelné ve věku období puberty, kdy dochází k velmí dramatickým psychickým i tělesným změnám. Můžeme říci, že chlapci přijímají tyto změny s nadšením, jelikož jejich tělo sílí, přibývá svalová hmota a oni se tak přibližují k maskulinnímu ideálu mužské krásy. Naopak u dívek představují změny tělesných proporcí jakousi hrozbu, neboť jejich hubené tělo se začíná měnit, zvyšuje se jejich hmotnost, přibývá tělesný tuk, vytváří se boky a celá postava začne pomalu nabírat ženských tvarů. Tudíž dívky vnímají změny spojené s pubertou a dospíváním jako posun od toho, co je v současnosti považováno za krásné.

S nabývající tělesnou hmotností vzrůstá u žen nespokojenost s postavou a roste tak i nebezpečí redukčních diet a bulimie. Velkou roli při vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy hraje zejména distribuce tělesného tuku. Bylo prokázáno, že míra v pase a přes boky významně souvisí s tělesnou spokojeností a s výskytem poruch příjmu potravy. Rovněž bylo zjištěno, že ženy mající tuk uložen nejvíce na bocích, stehnech a hýždích jsou náchylnější k jídelní patologii než ostatní ženy (Krch, 2005, s. 61-62).

4.2 Životní události

4.3 Psychologické faktory

Na vzniku poruch příjmu potravy se obvykle podílí vnitřní nejistota a nízké sebevědomí jedinců, které způsobuje potřebu nadměrné sebekontroly, a to nejen v jídle. Jedinci velmi snadno vnímají sami sebe jako bezcenné, neschopné a neúspěšné i ve směru obecně uznávané hodnoty těla a dietních omezení, což poté vede k vyhýbáci se jídlu a ritualizaci jídelního a purgativního chování (Krch, 2005, s. 72).

Dále je známo, že se poruchy příjmu potravy často vyskytují u lidí majících sklon k perfekcionismu a pedantérství. Tito jedinci kladou na svoji osobu vysoké nároky a neúnavně usilují o splnění svých cílů (Cooper, 1995, s. 54). Perfekcionismus přímo zapadá do logiky poruch příjmu potravy, které mu dávají prostor a konkrétní výraz především ve vztahu k tělu, stravovacím a pohybovým návykům a sebekontrole.

Vyhublost a sebekontrola u anorektických pacientů může být také způsobena adolescentní soutěživostí, orientaci na výkon a egocentrismem, kdy je cílem jedinců být „nejštíhlejší“, a podle nich tedy „nejkrásnější“, ve svém okolí, či v jakékoli společnosti (Cooper, 1995 cit. podle Krch, 2005, s.74).

4.4 Rodinné prostředí

Rodina hraje v našem životě velmi důležitou roli, nebot právě vlivem rodiny dochází k utváření osobnosti jedince, který přijímá za své hodnoty, normy a zvyklosti rodiny, které ho poté ovlivňují celý život.

Naši rodiče mají své vlastní představy a sním o nás, chtějí pro nás jen to nejlepší. Snaží se nás vést cestou, o které věří, že je správná, ale mnohdy si neuvědomují, že nám mohou škodit. Bohužel je pravda, že právě rodina a vztahy uvnitř ní mohou být jedním z důvodů vzniku poruch příjmu potravy. V této souvislosti poté hovoříme o takzvané bio-psychosociální podmíněnosti nemoci a rodinu řadíme na hranici psychických a sociálních vlivů.

V odborných publikacích je často uváděn život v problémové rodině jako spouštěcí okamžik. Jedná se například o situace, kdy dcera soupeří se svou matkou, nebo se rodiče rozvádějí, či je rodina rozvodem dlouhodobě narušena. Jsou uváděny i případy týraných, nebo dokonce zneužívaných dětí. Neznamená to však, že pokud si jedinec prošel některou z výše
uvedených situací, musí se u něj bezpodmíněně projevit poruchy příjmu potravy. Každý jedinec je totiž „unikát“ a na každého působí určité situace jinak (Sladká-Ševčíková, 2005).

Rodiny anorektických pacientů jsou většinou charakterizovány jako strnulé, obtížné se přizpůsobující změnám. Vztahy v těchto rodinách se označují jako velmi úzkostné, emoce jsou zde potlačovány a konflikty vytěsňovány. Rodiny bývají často vnímány jako bezchybně fungující.


Z celkového pohledu, bez rozlišování anorektických a bulimických pacientů, můžeme říci, že rodiny jsou konfliktnější, orientované na úspěch, více kontrolující a současně méně soudržně než rodiny jedinců bez tohoto onemocnění.

Jedinci trpící poruchami příjmu potravy vnímají své rodiče negativně, přičemž dívky s bulimii mají ve většině případů negativní vztah k otců, kdy uvádějí pocit úzkosti a strachu pramenící z jeho nevyzpytatelného chování. Otce často pak charakterizují jako chladného, kritického a nedostupného člověka. Ve vztahu k matce jsou taktéž chovány negativní emoce. Bulimičky popisují obvykle matky jako chladné, kritické a poskytující nedostatek opory. Naproti tomu dívky s anorexií uvádějí špatnou láskou z častého nezajímu otce, jeho nedostupnosti, odtažitosti a neschopnosti přijmout svoji dceru takovou, jaké je. Naopak u matky uvádějí anorektičky přehnanou starostlivost jako přičinu vzniku negativních emoci (Kocábová, 2006).
5 ZPŮSOBY LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Aby byla léčba poruch příjmu potravy úspěšná, je potřeba nejprve vytvoření dobrého vztahu mezi terapeutickým pracovníkem a pacientem. Následně pak musí být zvolen vhodný léčebný program a stanoveny cíle léčby. U pacientů s poruchami příjmu potravy však bývá často problém s léčbou, jelikož mnozí z nich vyhledávají pomoc pouze na základě naléhání rodiny, či blízkého okolí. Jejich cílem ale není léčit se, ba naopak chtějí ostatním dokázat, že žádnou léčbu nepotřebují. Jejich postoje k léčbě se dají přirovnat k postojům pacientů zneužívajících psychotropní látky nebo závislých. Z toho důvodu je primární úlohou terapeuta poskytnout informace a vytvořit podmínky zlepšující motivaci pacienta k léčbě tak, aby bylo možné spolupracovat na dalších cílech léčby (Papežová, 2010, s. 288).

Výběr léčby a její koordinace má velmi zásadní charakter. Je velmi důležité, aby při něm byla zohledňována fáze onemocnění, neboť psychoterapeutické intervence často nejsou v akutním stádiu účinné, jelikož výrazné hladovění často vede k problémům s koncentrací, rigiditě postojů a obedantnímu myšlení na jídlo a jídelní chování. Díky těmto skutečnostem může být schopnost spolupráce při psychoterapii omezena. Ale i předčasné zařazení do skupinové terapie může mít negativní účinek, jelikož se stává, že se pacientky ve skupině namísto léčby zajímají více o svůj vzhled, soutěží ve štíhlosti atd. (Papežová, 2010, s. 290).

5.1 Ambulantní lékařská péče

Lékařská péče se nezaměřuje na překonání poruch příjmu potravy, ale usiluje o navrácení jedince do stavu psychické a somatické stability. Tato léčba může být prováděna individuálně nebo ve skupině. V případě nutnosti by měl ošetřující lékař kontrolovat tělesnou hmotnost, stavy elektrolytů a další životně důležitá kritéria zdravotního stavu.

5.2 Hospitalizace

Pacienti s poruchami příjmu potravy jsou hospitalizováni z důvodu potřeby stabilizace jejich zdravotního stavu. Pobyt v nemocnici je zaměřen jak na fyzickou tak na psychickou stránku jedince. Získat pacientku k aktivní spolupráci však vyžaduje velké úsilí, a to ve všech etapách léčebného procesu.
Při rozhodování o nutnosti hospitalizace pacienta se zohledňují tyto skutečnosti:
- nutnost návratu k normální hmotnosti, nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých jedinců
- přerušení záchvatů přejídání, zvracení a zneužívání laxativ v případě, kdy v důsledku těchto činností vznikají vážné somatické komplikace, a pacient se nachází ve vážném zdravotním ohrožení
- potřeba léčby některých přidružených stavů jako jsou těžké deprese, riziko sebeškodzování, či zneužívání psychoaktivních látek

V případě, že je u pacienta potřeba „pouze“ stabilizace zdravotního stavu, doporučuje se krátkodobá hospitalizace zahrnující i psychologické poradenství a následně navázání ambulantní psychoterapie. Naopak krátkodobá hospitalizace není vhodná pro vyhublé pacienty s mentální anorexií, u nichž je potřeba zejména stav výživy za účelem získání alespoň devadesáti procent z cílové hmotnosti. V tomto případě se doporučuje, aby jedinci přibrali jeden až jeden a půl kilogramu týdně.

Pro jedince, u kterých není potřeba pečlivého lékařského dozoru, je výhodnější formou terapie denní stacionář, nebo částečná hospitalizace. V rámci těchto programů je jedincům poskytnuta intenzivní terapie a vytvořen pro ně jídelní plán, pouze s tím rozdílem, že pacienti zde nemusejí zůstávat přes noc. Tento druh terapie se doporučuje i při přechodu mezi hospitalizací a ambulantní léčbou.

### 5.3 Kognitivně-behaviorální terapie

Tato terapie se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a tvoří teoretické základy pro část léčby mentální anorexie. Je doporučována pacientkám, pro které, s přihlédnutím k jejich věku, není vhodná rodinná terapie, nebo mají středně těžké až vážné příznaky.

Hlavní body kognitivně-behaviorální terapie pro mentální bulimii:
- zřizování záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech vyvolávajících toto chování
- pravidelné vážení
- změna jídelních návyků (kontrolování redukčních diet, konzumace jídel, kterým se pacientka vyhýbala, plánování jídelníčku s cílem znormalizovat jídelní chování)

- změna chyb v myšlení a za nimi skrytých základních předpokladů souvisejících s rozvojem a udržováním poruchy příjmu potravy

- vytvoření prevence „návratu“ nemoci

V případě mentální anorexie se tato terapie doporučuje pro klinické užití a trvá většinou déle než u mentální bulimie. Kognitivní intervence se v případě mentální anorexie zaměřují na širší cíle zahrnující různé osobnostní a interpersonální oblasti. Kromě snahy o odstranění držení nepřiměřených diet a chronické touhy snižování hmotnosti se zaměřují i na práci s přesvědčeními týkajícími se interpersonálních konfliktů, pocitů neschopnosti a zápasů s autonomií a úzkostmi, které jsou spojeny s psychosociálním vývojem. Při dlouhodobé terapii jsou zařazovány i prvky rodinné a interpersonální terapie.

5.4 Interpersonální terapie

Interpersonální terapie byla původně vytvořena za účelem krátkodobé léčby deprese. Tato terapie se dělí na tři fáze, přičemž se přímo nezaměřuje na problémy s jídlem. V rámci první fáze se identifikují interpersonální problémy vedoucí k rozvoji a udržování problémů s jídelm. Ve fázi druhé dochází k uzavření terapeutické smlouvy o práci na interpersonálních problémech. Ve fázi třetí, tedy závěrečné, jsou klientovi kladeny otázky spojené s ukončením terapie.

Interpersonální terapie se doporučuje pro pacientky s mentální bulimii, jež nereagovaly dobře na počáteční průběh kognitivně- behaviorální terapie a u nichž převládaly interpersonální konflikty. Taktéž by se měla začleňovat do dlouhodobější psychoterapie u jedinců s mentální anorexií a přetrvávajícími příznaky.

5.5 Farmakoterapie

V posledních letech probíhá rozsáhlý výzkum farmakoterapie u mentální bulimie a bylo dokázáno, že některá antidepresiva jsou při léčbě mentální bulimie účinné. Doporučuje se však, aby jejich užívání nebylo hlavním způsobem terapie, a to z důvodů účinnosti psycho-
logických intervinek, vysokého počtu pacientek „odpadných“ během léčby, riziku vedlejších účinků a taktéž z důvodu vysokého procenta relapsů po ukončení užívání léků.

U některých pacientek s mentální anorexií jsou antidepresiva využívána k prevenci relapsů a ke zvládnutí úzkostí, těžké deprese nebo nesnesitelných pocitů v žaludku po konzumaci jídla. Avšak v rámci obecného měřítka není při léčbě mentální anorexie užití antidepresiv nutné nebo užitečné.

5.6 Svépomocné skupiny

Svépomoc se v případě léčby poruch příjmu potravy uplatňuje v širokém rozsahu, a to od laických podpůrných skupin, přes nezávislé organizace, až po skupiny přímo začleněné do terapeutických programů léčebných center, či nemocnic.

Svépomocná skupina je otevřená s dobrovolnou účastí. Koordinátor skupiny ve většině případů není profesionál, může to být např. vyléčený pacient, nebo školený laický terapeut. Cíle těchto skupin jsou skromnější než cíle skupinových terapií. Umožňují účastníkům zorientování se v problematice poruch příjmu potravy, seznámení se s problémy a současně řešeními jiných pacientů. Taky pomáhají překonat osamocení a získat nové sociální kontakty. Některé jedince může účast na svépomocných skupinách motivovat k léčbě, pro jiné je zase mnohdy doplňkem terapie, anebo místem, které navštěvují po propuštění z léčby (Krch, 2005, s. 125-130).

6 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V důsledku poruch příjmu potravy dochází k narušení jak psychické, fyzické, tak i sociální stránky jedince.

6.1 Zdravotní důsledky
- zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení
- celková únavnost a svalová slabost
- spavost
- suchá, zažloutlá praskající plet, zvýšený růst ochlupení po celém těle
- vypadávání vlasů, které jsou suché, řídké a lámou se
- nemocným se snadno dělají modřiny
- zvýšená kazivost zubů
- snížená funkce střev a z toho plynoucí zácpa
- nepravidelná menstruace, nebo úplná ztráta menstruace, může způsobit neplodnost
- srdeční obtíže, např. arytmie, se vyskytují téměř u 90% anorektiček,
- oslabený krevní oběh, chudokrevnost, pomalý pulz, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, nízký krevní tlak
- odvápnění kostí, ty jsou poté křehké a tenké, nemocní s časným počátkem mentální anorexie bývají menší než jejich vrstevníci
- oslabení celkové obranyschopnosti organismu

(Krch, 2008, s. 35-36).

Dále jsou zmiňovány bolesti v krku, bolesti břicha, dehydratace a záněty slinných žláz, v jejíchž důsledku dochází k opuchání obličeje. Může dojít i k vytvoření vředů v jíclu, v závažných případech k protržení jícnu a následně pak ke smrti (Maloney, 1997, s. 92).

### 6.2 Psychické a sociální důsledky

- přibývání nejistoty a úzkostných prožitků, malé problémy se zdají být neřešitelné
- potřeba úzkostné sebekontroly, ta je přenášena z jídla na ostatní oblasti života, např. pacientky si začínají rovnat své věci a úzkostně uklízet
- neustálé myšlenky na jídlo, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké, nebo naopak nechuť k jídlu
- zhoršení pozornosti i pracovního tempa, stejně tak intelektové výkonnosti
- snížení zájmu o okolí, ubývání společenských kontaktů, přibývání konfliktů s okolím
- ztráta zájmu o sex

(Krch, 2002).
7 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V současné době je velmi složité vytvořit kvalitní a účinnou prevenci, a to z důvodu stále narůstajícího vlivu médií na mladou generaci, či spíše na celou společnost. V ohrožení jsou především mladé dívky, které jsou nespojené s vlastní postavou, jelikož nesplňuje ideál, jež jim je současnou společnostmi vnucován. Většina z těchto dívek si však neuvědomuje, že jde o jakýsi virtuální ideál, který je pro normálního, zdravým stylem žijícího jedince nedosážitelný. Nám představované fotky „dokonalých“ modelek jsou upravovány pomocí počítačové techniky takovým způsobem, aby na nich nebyla opravdu ani jedna „chybička“.

V mediálním boji proti mentální anorexii se angažoval italský fotograf Olivero Toscan, který v Miláně vytvořil billboardy, pro něž mu stála modelem vyhublá herečka Isabelle Carová. Isabelle trpěla mentální anorexií a v době focení na billboardy vážila 31kg! Tuto kampani chtěl Toscani ukázat, kam až může zajít posedlost po „dokonalém“ a štíhlém těle a taktéž upozornit na vliv módního průmyslu na tuto problematiku (Papežová, 2010, s. 311).

Při prevenci poruch příjmu potravy je důležité předcházet nebezpečným návykům a postojům. K vytváření prevence poruch příjmu potravy by mělo docházet již na základních školách, kde se velmi často mluví o škodlivosti drog, či o nebezpečí šikany, ale právě poruchy příjmu potravy jsou opomíjeny. Což je podle mého názoru špatně, protože si myslím, že je důležité a potřebné, aby děti byly s touto problematikou seznamovány již od útlého věku.

Pro prevenci poruch příjmu potravy je taky důležitá výchova a prostředí rodiny, ve které jedinec vyrůstá. Důležité je dbát na to, aby děti předčasně nedospívaly a své dětství si prožily bezstarostně. Děti by neměly být nikdy zpovídníky rodičů. Mnohé z nich se mohou zdát vyspělé a rodiče poté mají tendenci sdělovat jim své problémy a starosti, což ale není dobře. Je nutné a důležité podporovat standardní dětské chování.

Pro prevenci je také důležité naučit dítě přijmout vlastní nedokonalost. Je potřeba dítěti vysvětlit, že mýlit se a chybovat je „lidské“ a přirozené. Ušetříme jej tak pocitů odpovědnosti a viny ze selhání.

Dále je potřeba dát dítěti pocit bezpečí, který by mu měli poskytnout rodiče, a to působením zdravé autority. Dítě potřebuje cítit jakýsi pevný bod, o nějž se může opřít. Což ale neznamená, že by se mělo rodičům ve všem podřizovat, ba naopak. Pro zdravý vývoj jedince je nutné i odporování autoritě, díky kterému si dítě formuje vlastní identitu.
Jako součást prevence je i důležité, aby rodiče naučili své děti nepřeceňovat problémy a vysvětlili jim, že většina nepříjemností, se kterými se v životě setkají, jsou ve své podstatě malicherné, a že je potřeba přistupovat k problémům optimisticky a s nadhledem. Neboť jedinci, jejž jsou vnitřně negativní, mají sklony problémy zveličovat (Claude- Pierre, 2001, s. 174-177).

Rodiče by si měli uvědomit, že právě oni jsou vzorem pro své děti. Tudiž ať jejich kladné činy, tak jejich chyby budou dítětem odpozorovány, a to i co se týče stravovacích návyků.
II. PRAKTICKÁ ČÁST
8 VÝZKUM

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na základní pojmy týkající se poruch příjmu potravy, a to mentální anorexie, mentální bulimie, obezity a specifických poruch příjmu potravy. Snažila jsem se problematiku poruch příjmu potravy posat tak, aby byla co nejsrozumitelnější pro každého jedince, kterému se moje práce dostane do rukou. Zároveň doufám, že bude přínosem pro všechny, kteří mají co dočinění s poruchami příjmu potravy.

Praktická část je zaměřena na výskyt poruch příjmu potravy a míru prevence u studentů Střední zdravotnické školy a gymnázia T. G. M. ve Zlíně.

9 VÝZKUMY VÝSKYTU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

9.1 Výskyt poruch příjmu potravy v průběhu let ve světovém měřítku

9.1.1 Výskyt mentální anorexie

Incidence mentální anorexie (neboli počet nových případů) se obvykle uvádí v počtu nových případů na 100 000 obyvatel za rok.

Od let šedesátých začalo přibývat zpráv o rostoucím výskytu mentální anorexie, kdy důkazy jsou podle S. Theandra, záznamy o hospitalizovaných pacientech v jižním Švédsku, ze kterých se dozvíme, že za třicet let vzrostl výskyt mentální anorexie více než čtyřikrát.

V roce 1976 prostřednictvím dotazníkového šetření, které probíhalo mezi dívčími z několika britských škol, zjistili Crisp, Palmer a Kalucy jednoprocentní rozšíření mentální anorexie. Podobných výsledků dosáhl o sedm let později i Szmuckler, jenž prováděl šetření mezi šestnáctiletými až osmnáctiletými dívčími studujícími na státních školách, a zjistil, že zastoupenou této poruchou je 0,8%.

V další práci z roku 1986, kterou realizoval Szmuckler a kolektiv bylo zjištěno, že incidence mentální anorexie vzrostla ze 4 případů na 30, přičemž byla přepočtena místo na 100 000 obyvatel na stejný počet žen ve věku 16-25 let.

Dále na zvyšování výskytu poruch příjmu potravy měla vliv i urbanizace, kdy tento jev zkoumal v letech 1985 a 1989 Hoek, přičemž zjistil průměrnou roční incidenci mentální anorexie 18,2 u žen z venkova, 13,2 u žen z města a 16,1 u žen z velkoměsta. Nejvyšší
výskyt nových případů mentální anorexie byl však v této studii zaregistrován u dívek v rozmezí 15 až 19 let. V roce 1993 prováděli Rathner a Messnerová studium poruch příjmu potravy na severoitalských školách, kdy 0, 58% z nich splňovalo kritéria mentální anorexie (Krch, 1999). V roce 2007 byla realizována studie výskytu mentální anorexie v Helsinkách, při které bylo zkoumáno 2880 žen, a u 292 z nich byla určena diagnóza mentální anorexie. Dále se výzkumem zjistilo, že 25% zkoumaných se uzdravilo do jednoho roku, 33% během dvou let a že úplné psychické zotavení trvalo 5-10 let (Keshki, 2009).

Podle statistik prováděných v Německu trpí až od 800.000 do 2,7 miliónů Němců poruchami příjmu potravy, kdy 90% z nich tvoří ženy a 10% muži, a 20% trpí konkrétně mentální anorexií (Informace o anorexii a poruchách příjmu potravy, 2009).

9.1.2 Výskyt mentální bulimie

V roce 1981 prováděl Halmi výzkum výskytu mentální bulimie, kdy mu jako výzkumný vzorek sloužilo 355 amerických studentek, přičemž u 19% z nich byla zjištěna mentální bulimie. Rozsahem a výběrem respondentů je výjimečná studie Randa a Kuldaua, jenž v letech 1984 až 1985 vyšetřili ve státě Florida více než dva tisíce respondentů starších 18 let, vybraných zcela náhodně. Tato studie byla první, ve které bylo užito strukturovaného rozhovoru k posouzení prevalence (aktuálního rozšíření) mentální bulimie na reprezentativním vzorku u obecně dospělé populace. Výsledky výzkumu ukázaly, že u celkového vzorku (ženy i muži) je prevalence 1,1% a 4,1% u žen ve věku 18-30 let. Přičemž autoři výzkumu dále zjistili, že bulimické příznaky byly častější u žen než u mužů a taktéž u mladších než u starších respondentů, čtvrtina identifikovaných osob trpících bulimii byla starších 45 let a k tomu 2% žen starších 74 let uváděla časté přejídání a hubnutí.

V roce 1990 analyzovali Fairburn a Beglin výsledky více než padesáti studií zaměřených na prevalenci mentální bulimie. Studie, které si nestanovily žádný limit, zjistily záhybaty přejídání v průměru u 35,8% respondentů a ty, které si daly podmíinku „alespoň jednou týdně“, dosáhly výsledků 15,7% respondentů. Podobně to bylo i v případech zvracení, kdy cca 8% uvádělo úmyslné zvracení ve snaze kontrolovat svoji hmotnost, ale častěji než jednou týdně zvracelo 2,4% dotázaných.
Další výzkumy týkající se mentální bulimie prováděl např. v roce 1997 Veltrone a kolektiv, kdy za výzkumný vzorek zvolili studentky tří římských středních škol, u 8,1% dívek zjistili poruchu příjmu potravy a kritéria mentální bulimie splňovalo 1,7% dívek (Krč, 1999).

Podle studií prováděných ve Velké Británii trpí mentální bulimii 1 až 2% tamních žen a každý rok přibude cca 18 nových případů bulimie na 100 000 obyvatel. Bulimie postihuje převážně ženy v rozmezí 16 až 40 let. Dále se prostřednictvím výzkumu dovídáme, že asi pět z deseti bulimických jedinců se uzdraví až za 10 let po stanovení diagnózy, dva z deseti jedinců zůstanou po stanovení dále bulimiky a u tří z deseti se bulimie po léčbě částečně znovu obnoví (Statistiky organizací v UK, 2001).

9.2 Výskyt poruch příjmu potravy v České republice

První zmínka o pravděpodobně rostoucím výskytu poruch příjmu potravy v Československu pochází z let osmdesátých a je založena na rostoucím počtu pacientů s mentální anorexií, kteří byli hospitalizováni na Psychiatrické klinice VFN v Praze 2. Byla stanovena frekvence výskytu mentální anorexie 1,08 případu na 100 000 obyvatel. Podle údajů ze Statistického úřadu MZ ČR bylo v roce 1985, v naší republice, hospitalizováno 0,92 případu mentální anorexie na 100 000 obyvatel. Další studie Statistického úřadu říkají, že v roce 1996 bylo v ČR hospitalizováno 389 žen a 23 mužů s diagnózou poruch příjmu potravy, z tohoto počtu bylo 48% bulimiček a 47% anorektiček hospitalizováno prvně (Krč, 1999).

V roce 1996 realizovali Krč a Drábková populární studii zaměřenou na rozšíření Poruch příjmu potravy a narušení jídelních postojů mezi uční, středoškoláky a vysokoškoláky v Praze a ve Vlašimi, kdy průměrný věk respondentů byl 18 let a výzkumný vzorek tvořilo 258 chlapců a 723 dívek, přičemž tři čtvrtiny dívek, a jedna třetina chlapců nebylo spokojených se svým tělem, 69% dívek a 17,8% chlapců chtělo zhubnout. 4,8% dívek a 1,6% chlapců mělo podváhu, ale přesto nebylo 0,7% dívek spokojeno se svou hmotností a přálo si zhubnout. Kritériím pro mentální bulimii odpovídalo 39 dívek, což činí 5,7% výzkumného vzorku, a žádný chlapec. 4, 6% dívek užívalo jako kompenzaci přejídání hladovky, či přísné diety a 1,1% laxativa, nebo zvracení a 4,6% všech dívek uvedlo, že občas zvrací ve snaze zhubnout, z toho 0,7% častěji než jednou týdně (Krč, 1999).
Podle dat z Ústavu zdravotních informací a statistiky České republiky bylo v roce 2011 v psychiatrických ambulancích léčeno 3389 pacientů, z toho téměř 90% žen. Pacienti léčící se s PPP poprvé tvořili více než 38% z celkového počtu pacientů.

V témže roce bylo evidováno v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 339 hospitalizací z důvodu poruchy příjmu potravy. Více než 63% z těchto jedinců trpělo mentální anorexií, cca 20% mentální bulimii a 7% atypickou mentální anorexií.

Dále statistika říká, že ve sledovaném období, od roku 2006 do roku 2011, prvně klesl počet anorektických pacientů, kteří byli hospitalizováni, z 59% v roce 2006 na 54% v roce 2010, avšak v roce 2011 došlo k nárůstu na 63%. V případě mentální bulimie se počet hospitalizovaných pacientů, v letech 2006-2010, pohyboval kolem 25% a v roce 2011 došlo ke snížení počtu na 20%.


K největšímu úbytku hospitalizací v roce 2011 oproti roku 2006 došlo u věkové skupiny 25–29 let, kdy se jednalo o poloviční pokles, tzn. o 33 pacientů, a u věkové skupiny 20–24 let, a to o 44 % snížení, tedy o 37 pacientů. K největšímu nárůstu došlo však u věkových skupin s menší četností výskytu, a to u pacientů ve věku 35–39 let, u nichž činil nárůst 15 pacientů, a ve věku 10-14 let, kdy se jednalo o 11 pacientů (Nechanská, 2012).

10 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Hlavní výzkumný problém se týká výskytu poruch příjmu potravy mezi studenty Střední zdravotnické školy ve Zlíně a Gymnázia T. G. M. ve Zlíně.

10.1 Obecné výzkumné otázky

1. V jaké výši se vyskytují poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) u studentů druhého ročníku Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně?
2. Působí střední zdravotnická škola na její studenty z hlediska vztahu ke svému tělu a sklonu k PPP?

3. Je na dotazovaných školách realizována prevence vzniku PPP?

10.2 Rozvedení výzkumného problému do dílčích otázek

1. Jak vysoký je výskyt PPP u studentů druhého ročníku Gymnázia T. G. M. ve Zlíně?
2. Jak vysoký je výskyt PPP u studentů druhého ročníku Střední zdravotnické školy ve Zlíně?
3. Do jaké míry jsou studenti obeznámeni s tématikou PPP?
4. Je na Gymnázium T. G. M. ve Zlíně realizována prevence PPP?
5. Je na Střední zdravotnické škole ve Zlíně realizována prevence PPP?

11 HYPOTÉZY

1. Mezi držením diet u dívek z druhého ročníku Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně je statisticky významný rozdíl.
2. V míře realizace prevence na Gymnáziu T. G. M. a Střední zdravotnické škole ve Zlíně je statisticky významný rozdíl.

12 CÍL VÝZKUMU

Cílem mého výzkumu je zjistit, zda se u studentů druhého ročníku Gymnázia T. G. M. ve Zlíně a Střední zdravotnické školy ve Zlíně vyskytují PPP a pokud ano, v jakém rozsahu, tzn., kolik studentů z ročníku trpí PPP, zda se PPP vyskytují pouze u dívek, nebo i u chlapců. Dále pak jestli je výskyt PPP u studentů 2. ročníku Gymnázia T. G. M. vyšší než u studentů 2. ročníku Střední zdravotnické školy ve Zlíně, a taky jaká je úroveň prevence na obou školách.

13 DRUH VÝZKUMU

Pro moji práci jsem zvolila kvantitativní výzkum, protože jsem přesvědčena, že vzhledem k mnou stanovenému tématu zkoumání, je tato metoda nejvhodnější.
Kvantitativní výzkum je charakteristický tím, že se v něm řeší buď jeden, nebo více problémů, které spolu zpravidla souvisejí. Řešení vědeckého problému poté představuje řadu kroků a činností, jež jsou vzájemně propojené a na sobě závislé.

Jedná se o:
- stanovení problému
- formulaci hypotézy
- vyvození závěrů a jejich prezentaci (Chráska, 2007, s. 12).

14 ZÁKLADNÍ SOUBOR A VÝZKUMNÝ VZOREK


Dotazníkové šetření bylo realizováno ve dvou třídách na Střední zdravotnické škole a ve dvou třídách na Gymnáziu T. G. M. ve Zlíně. Původním plánem bylo oslovit 60 respondentů na každé ze škol. Z důvodu absence některých žáků, v den realizace výzkumu, bylo na zdravotní škole osloveno 51 studentů a na gymnáziu 54 studentů.

15 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Otázka č. 1 - Pohlaví

V mém výzkumu bylo dotazováno 36 dívek a 18 chlapců z gymnázia a 43 dívek a 8 chlapců ze střední zdravotnické školy.

Otázka č. 2 Víte, co znamená pojem poruchy příjmu potravy?

Z grafu je patrné, že převažuje počet studentů, kteří znají význam pojmu poruchy příjmu potravy.
Otázka č. 3 Trpěl/a jste už někdy poruchami příjmu potravy?

Výsledky viditelné v tomto grafu mi poskytují odpovědi na výzkumné otázky číslo 1 a 2, ve kterých jsem se dotazovala na výši výskytu PPP u studentů druhého ročníku gymnázia a střední zdravotnické školy. Zjistila jsem se, že na střední zdravotnické škole trpěly poruchami příjmu potravy 4 dívky, na gymnáziu 2 dívky. U chlapců těmito poruchami netrpěl žádný z nich. Nutno však podotknout, že výsledky mohou být zkreslené, jelikož jedinci, trpící poruchami příjmu potravy, ve většině případů nepřiznají svůj problém.
Otázka č. 4 Jste spokojený/á se svým vzhledem?

![Graf č. 4 - Spokojenost se vzhledem](image)

Na základě údajů z grafu vidíme, že převažuje počet jedinců, kteří jsou se svým vzhledem spíše spokojeni. Dívky z gymnázia potom více, než dívky ze střední zdravotnické školy. Ale hodně jedinců je i se svým vzhledem spíše nespokojeni, na zdravotní škole je to 12 dívek a na gymnáziu 8 dívek. Co se týče chlapců: na střední zdravotnické škole jsou 3 se svým vzhledem nespokojeni a na gymnáziu pouze 1.

Otázka č. 5 Držel/ a jste někdy dietu?

![Graf č. 5 - Držení diety](image)

Dle odpovědí studentů zjišťujeme, že na střední zdravotnické škole 5 dívek drží dietu často, 23 někdy a 15 dívek nedrží dietu vůbec. Na gymnáziu drží diety často 5 dívek, 13 dívek někdy drží dietu a 19 dívek nedrží dietu vůbec. Zatímco chlapci z obou škol spíše diety
nedrží vůbec, neboť z obou škol pouze dva zvolili odpověď „někdy ano“.

Otázka č. 6 Držel/a jste v poslední době nějakou dietu?

Počet studentů

Dle hodnot uvedených v grafu je zřejmé, že na obou školách převažuje počet jedinců, kteří v poslední době dietu nedrželi. U střední zdravotnické školy se jedná o 29 dívek a 7 chlapců a u gymnázia je to 30 dívek a 17 chlapců.

Otázka č. 7 V případě že ano, o jaký typ diety šlo?
Tato otázka navazuje na otázku č. 6, a jelikož většina studentů na tuto otázku odpověděla, že v poslední době dietu nedržela, nemohli tito studenti kroužkovat žádnou možnost, tedy převažuje počet těch, kteří neodpovídali. A co se týče „odpovídajících studentů“- 8 dívek ze střední zdravotnické školy volilo jako dietu vyváženou stravu, 3 dívky z téže školy počítání kalorií, 2 dívky dietu založenou na určitém druhu potravin, další 2 radikální omezování se v jídle a 1 volila jinou dietu. 3 dívky z gymnázia zvolily vyváženou stravu, 2 radikální omezování se v jídle, 1 dietu založenou na určitém typu potravin a další 1 zvolila jinou dietu. Chlapci na střední zdravotnické škole na tuto otázku neodpověděli vůbec a chlapci na gymnáziu, kteří odpověděli, zvolili 1 jinou dietu a další 1 dietu založenou na určitém typu potravin.

Otázka č. 8 Volíte jako způsob hubnutí raději sport, nežli diety?

![Graf č. 8- Volba způsobu hubnutí](grafik)

Na obou školách převažuje počet dívek i chlapců, kteří volí jako způsob hubnutí raději sport, což je velmi dobře.
Otázka č. 9 Děláte nějaký sport?

![Graf č. 9- Sport]

Na střední zdravotnické škole odpovědělo 20 dívek, že sportuje, stejný počet dívek sportuje jen někdy a 3 dívky nesportují vůbec. Na gymnáziu odpovědělo 16 dívek, že sportuje, 17 dívek sportuje jen někdy a 3 nesportují vůbec. Co se týče chlapců, tak na střední zdravotnické škole 5 chlapců sportuje, 1 jen někdy a 2 nesportují vůbec a na gymnáziu sportuje 16 chlapců, 2 jen někdy a vůbec nesportuje 0 chlapců.

Myslím si, že u této odpovědi jsou velmi pěkné výsledky, jelikož jsem očekávala, že bude převažovat počet „nesportujících studentů“.

Otázka č. 10 Kolikrát týdně sportujete?

![Graf č. 10- Četnost sportování za týden]
U této otázky jsou odpovědi studentů, co se týče dívek, na obou školách stejné. 13 dívek sportuje 3x týdně a více, 20 dívek sportuje 2x týdně, 9 dívek sportuje 1x týdně a vůbec nesportuje 1 dívka na gymnáziu a 1 na střední zdravotnické škole. Co se týče chlapců, tak na gymnáziu sportuje 15 chlapců 3x týdně a více, a 3 sportují 2x týdně a více. Šest chlapců ze střední zdravotnické školy sportuje 3x týdně a více a 2 nesportují vůbec.

S odpověďmi na tuto otázku mě studenti taktéž překvapili. Jejich frekvenci sportování během týdne považuji za dobrou, obzvláště v dnešní době, kdy většina z dospívajících tráví čas převážně u počítače.
Otázka č. 11 Jakou sportovní činnost vykonáváte v rozmezí dnů pondělí až pátek?

**Graf č. 11- Sport. činnost během týdne**

U této otázky mohli jednotliví respondenti křížkovat více možností, tudíž celkový součet neodpovědí počtu dotazovaných studentů. Z grafu je patrné, že nejvíce se dívky ze střední zdravotnické školy věnují sportům jiným, než těm, které byly v dotazníku na výběr, ale hodně dívek se věnuje i běhu a návštěvě fitness centra. U chlapců z téže školy převažuje běh a fotbal, florbal a fitness jsou na stejné úrovni oblibenosti. Dívky z gymnázia taktéž nejvíce volily možnost „jiné“, dále potom plavání a stejně oblibené jsou u nich běh, zumba a fitness centrum. Chlapci na gymnáziu taky nejvíce vybírali odpověď „jiné“, jako oblibený byl u nich volen fotbal, poté běh a fitness.
Otázka č. 12 Jakou sportovní činnost vykonáváte o víkendu?

U této otázky mohli rovněž studenti křížkovat více odpovědí, což znamená, že při celkovém součtu opět dostaneme větší počet, než je počet dotazovaných studentů. O víkendu hodně dívek z gymnázií volí jako sport jízdu na kole a turistiku, chlapci z gymnázií nejvíce křížkovali možnost „jiné“ a poté fotbal. Dívky ze střední zdravotnické školy taky nejvíce volily jiné sporty, potom tenis a za stejně oblíbené mají turistiku a tanec, chlapci z téže školy o víkendu jezdí na kole a vykonávají jiné sporty.
Otázka č. 13 Hlídáte si Vaši tělesnou hmotnost?

Otázka č. 14 Chtěl/a byste zhubnout?

Graf č. 14- Zájem zhubnout

Na obou školách převažuje počet dívek, které by chtěly zhubnout, na střední zdravotnické škole je to 32 dívek a na gymnáziu 23 dívek. Opět mě překvapili chlapci, kdy na gymnáziu 5 a na střední zdravotnické škole 2 chtějí zhubnout.

Otázka č. 15 Cítíte se provinile, když sníte více jídla?

Graf č. 15- Pocit provinilosti při snězení více jídla

Na tuto otázku taktéž hodně studentek odpovědělo, že se cítí provinile, když sní více jídla. Mezi počty studentek nejsou nijak velké rozdíly, a to jak v počtu těch, které volily odpověď „ano“, tak i v těch volících odpověď „někdy“. U chlapců z obou škol převažuje odpověď
ne, ale 5 chlapců z gymnázia a 2 ze střední zdravotnické školy zvolili odpověď „někdy“ a 1 chlapec ze střední zdravotnické školy odpověděl „ano“.

Otázka č. 16 Vyvoláváte si záměrně zvracení po jídle?

Záměrně si vyvolává zvracení 1 dívka ze střední zdravotnické školy a 1 dívka z gymnázia. Ostatní studenti zvolili odpověď „ne“. Nutno však zdůraznit, že jsem si vědela choulostivost této otázky. Vím tedy, že jen málo který jedinec se přizná, když si zvracení záměrně vyvolává.

Otázka č. 17 Je na Vaší škole realizována prevence vzniku poruch příjmu potravy?
Na základě výsledků zobrazených v grafu č. 17 získávám odpověď na 4. a 5. výzkumnou otázku. Předmětem těchto otázek bylo zjistit, zda je na Gymnáziu T. G. M. a Střední zdravotnické škole ve Zlíně realizována prevence vzniku PPP. Podle odpovědí studentů vidíme, že na gymnáziu se nerealizuje prevence vzniku poruch příjmu potravy, jelikož 34 dívek a 16 chlapců z této školy volilo odpověď „ne“. Co se týče střední zdravotnické školy, volilo 23 dívek a 5 chlapců odpověď „ne“, ale 20 dívek a 2 chlapci volili odpověď „ano“. Dochází tedy k jakémus rozporu názorů studentů. Myslím si, že studenti, kteří volili odpověď ano, měli pravděpodobně jako prevenci namyslí, že se o PPP učili, či si povídali v různých předmětech. Jelikož právě na tuto skutečnost jsem se jich dotazoval v otázce č. 20. Ale musíme to brát v úvahu jako skutečnost, že prevence je alespoň nějakým způsobem poskytována.

Otázka č. 18 Jedná se o zvláštní program prevence probíhající mimo rámec vyučovacích hodin?

![Graf č. 18- Prevence jako zvláštní program mimo vyučování](https://example.com/graph.png)

Tato otázka navazuje na otázku č. 17 týkající se realizace prevence ve škole. Je vidět, že na obou školách není realizován žádný program prevence mimo vyučování. Vidíme, že 3 studentky ze střední zdravotnické školy zvolily odpověď „ano“, ale nevím, z jakého důvodu takto odpovídaly, neboť převažuje počet studentů, jejichž odpověď byla, že žádný program prevence realizován není.
Otázka č. 19 Pokud ano, jste s tímto programem spokojený/á?

U této otázky převažuje počet „neodpovídajících studentů“, což je správně, jelikož tato otázka opět navazuje na otázku č. 18 a v této otázce se nám dostalo dopovědí, že na žádné ze dvou škol není realizován program prevence. Je překvapující, že 4 studentky ze střední zdravotnické školy zvolily odpověď „spíše ano“, 1 chlapec ze střední zdravotnické školy zvolil odpověď „ano“ a 1 chlapec z gymnázia zvolil odpověď ne. Tyto odpovědi bych přisuzovala špatnému pochopení otázky.

Otázka č. 20 Mluvte v některých vyučovacích hodinách o poruchách příjmu potravy?
Jak je vidět z grafu, na obou školách se mluví v rámci vyučování o poruchách příjmu potravy. Zaraží mě však faktní fakt, že někteří ze studentů na obou školách zvolili odpověď „ne“. Ale přisuzovala bych to subjektivnímu pocitu z rozmluvy o poruchách příjmu potravy ve vyučování.

Otázka č. 21 Myslíte si, že se Vám ve škole dostává dostatečné množství informací ohledně poruch příjmu potravy?

Těmito výsledky se zodpovídá výzkumná otázka č. 3, která zní: „Do jaké míry jsou studenti obeznámeni s tématickou PPP?“ Jak je vidět z grafu, na gymnáziu převažuje počet dívek i chlapců, keří si myslí, že se jim ve škole nedostává dostatek informací ohledně poruch příjmu potravy. Což znamená, že o PPP nemají příliš informací. Na střední zdravotnické škole zvolilo 15 dívek odpověď „ano“, 16 dívek „spíše ano“ a 12 dívek „spíše ne“, chlapci na střední zdravotnické škole volili 4 odpoved „spíše ano“ a 3 zvolili odpověď „spíše ne“. Znamená to tedy, že na střední zdravotnické škole převažuje počet studentů, kteří si myslí, že mají dostatek informací ohledně PPP, ale jsou zde i studenti kteří mají názor opačný, z čehož usuzuji, že studenti nejsou příliš moc obeznámeni s problematikou PPP.
V rámci vyhodnocení výzkumu jsem zjistila, že mnou stanovená hypotéza č. 1, týkající se rozdílu držení diet u dívek druhého ročníku dotazovaných škol, se nepotvrdila, neboť se prokázalo, že mezi držením diet u dívek není statisticky významný rozdíl.

Naopak tomu je u hypotézy č. 2, ve které jsem předpokládala, že mezi výši realizované prevence PPP na Gymnáziu T. G. M. a Střední zdravotnické škole ve Zlíně je statisticky významný rozdíl.

Tato hypotéza se mi potvrdila, jelikož 23 studentů ze střední zdravotnické školy uvedlo, že je u nich realizována prevence PPP. Je zřejmé, že se nejedná o program prevence, nýbrž o rozmluvu o PPP během vyučovacích předmětů, avšak tato skutečnost nebyla v dané otázce studentům specifikována, musíme tedy jejich odpovědi přijmout. Zde vzniká rozdíl s gymnáziem, kde 50 studentů odpovědělo, že na jejich škole prevence PPP realizována není.
ZÁVĚR

Když jsem se svěřila svým spolužákům s tématem mé bakalářské práce, reakce mnohých z nich nebyly příliš kladné, spíše se divili, jaký má význam psát o poruchách příjmu potravy. Chvíli jsem se rozmýšlela, jestli opravdu mám volit toto téma, ale rozhodla jsem se, že ano a myslím si, že mé rozhodnutí bylo správné.

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda se mezi studenty druhého ročníku Gymnázia T. G. M. a Střední zdravotnické školy ve Zlíně vyskytují poruchy příjmu potravy, dále jsem chtěla zjistit, zda je mezi těmito studenty rozdíl co se týče poruch příjmu potravy (přístupu k dietám atd.) a rovněž jsem se zaměřila i na prevenci poruch příjmu potravy.

Na základě vyhodnocení odpovědí studentů jsem dospěla k názoru, že mezi studenty výše uvedených škol se poruchy příjmu potravy nevyskytují nijak rozsáhle, ale přece jen se mezi studentkami jejich výskyt potvrdil.

Podle mého názoru by měla být brána v potaz skutečnost, že výzkum byl na obou školách prováděn pouze mezi studenty druhých ročníků, je tedy možné, že v případě testování všech ročníků by se potvrdil výskyt PPP vyšší. To je ale pouze moje osobní úvaha, kterou bych chtěla říci, že přestože se výskyt PPP potvrdil jen u malého počtu studentek, je potřeba, aby byla realizována prevence vzniku PPP. Mým výzkumem jsem potvrdila, že ani jedna z dotázaných škol nevytváří program prevence vzniku PPP. Tato skutečnost mě překvapila, jelikož jsem očekávala, že alespoň na zdravotní škole tomu bude jinak. Opak je však pravdou. Na základě odpovědí studentů jsem nabyla dojmu, že zdravotnická škola na studenty nemá vliv ohledně vztahu ke svému tělu a sklonu k PPP. V porovnání s gymnáziem více studentek ze střední zdravotnické školy drží diety, není spokojeno se svým vzhledem, cítí se provinile v případě snědení většího množství jídla a chce zhubnout. Tyto skutečnosti mohou být brány jako patologické jevy, které mohou, ale samozřejmě nemusí, přerůst právě v poruchy příjmu potravy.

Ráda bych se přičinila o to, aby byla prevence vzniku PPP ve školách vytvořena, a proto bych chtěla oslovit ředitele škol, ve kterých jsem vedla svůj výzkum, předložit jim výsledky a navrhnuout, aby do programu prevence zařadili i poruchy příjmu potravy. Podle mého názoru bychom si totiž měli uvědomit, že tento patologický jev je pro společnost rovněž tak nebezpečný jako např. alkohol. Proč o něm tedy nemluvit více?
Doufám, že postoj ředitelů k mému návrhu bude kladný a tedy, že můj výzkum bude užitečný pro dobrou věc.
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY


[26] Informace o anorexii a poruchách příjmu potravy, 2009.[online]. Dostupné z: http://www.magersucht.org
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Aj  A jiné
BMI  Body Mass Index
cca  přibližně
MA   mentální anorexie
MB   mentální bulimie
PPP  poruchy příjmu potravy
SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví .................................................................43
Graf č. 2 Znalost pojmu poruchy příjmu potravy ............................43
Graf č. 3 Trpění poruchami příjmu potravy ...................................44
Graf č. 4 Spokojenost se vzhledem ..............................................45
Graf č. 5 Držení diety ...............................................................45
Graf č. 6 Držení diety v poslední době ..........................................46
Graf č. 7 Typ diety ....................................................................46
Graf č. 8 Volba způsobu hubnutí ....................................................47
Graf č. 9 Sport ........................................................................48
Graf č. 10 Četnost sportování za týden ...........................................48
Graf č. 11 Sportovní činnost během týdne .........................................50
Graf č. 12 Sporty vykonávané o víkendu .........................................51
Graf č. 13 Hlídání tělesné hmotnosti ...........................................52
Graf č. 14 Zájem zhubnout ..........................................................53
Graf č. 15 Pocit provinilosti při sněžení více jídla ............................53
Graf č. 16 Záměrné vyvolávání si zvracení .......................................54
Graf č. 17 Realizace prevence vzniku poruch příjmu potravy ..........54
Graf č. 18 Prevence jako zvláštní program mimo vyučování ..........55
Graf č. 19 Spokojenost s programem prevence ...............................56
Graf č. 20 Mluvení o poruchách příjmu potravy v rámci vyučování ....56
Graf č. 21 Dostatečná informovanost ohledně poruch příjmu potravy ....57
SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník

P II Tabulky

P III Výpočet hypotéz
PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia Fakulty humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci studijního programu Specializace v pedagogice zde studuji obor Sociální pedagogika.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, jehož data budou použity výhradně pro účely mé bakalářské práce týkající se výskytu poruch příjmu potravy mezi studenty a taktéž prevence vzniku těchto poruch. Dotazník vyplňujte, prosím, formou křížkovaní.

Děkuji za Váš čas. Veronika Pavlíková

1. Pohlaví: □ dívka
   □ chlapec

2. Víte, co znamená pojem poruchy příjmu potravy? V případě, že zvolíte odpověď ano, definujte tento pojem.
   □ ano □ ne

Vlastní definice: ....................................................................................................................
..............................................................................................................................................

3. Trpěl/a jste již někdy poruchami příjmu potravy? Pokud ano, uveďte, prosím, o jakou konkrétní poruchu se jednalo?
   □ ano □ ne

................................................................................................................................................

4. Jste spokojený/a se svým vzhledem? Vyberte z možností 1 až 4 a zakroužkujte.

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>ne</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>spíše ne</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>spíše ano</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>ano</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5. Držel/a jste někdy dietu?
□ vůbec ne □ někdy ano □ diety držím často

6. Držel/a jste během poslední doby nějakou dietu?
□ ano □ ne

7. V případě že ano, o jaký typ diety šlo?
□ počítání kalorií □ vyvážená strava □ radikální omezování se v jídle
□ dělená strava □ dieta založená na určitém typu potravin □ jiná dieta

8. Volíte jako způsob hubnutí raději sport, nežli diety?
□ ano □ spíše ano □ spíše ne □ ne

9. Děláte nějaký sport?
□ ano □ jen někdy □ ne

10. Kolikrát týdně sportujete?
□ 3x týdně a více □ 2x týdně □ 1x týdně □ nesportuji vůbec


<table>
<thead>
<tr>
<th>Dny</th>
<th>Druh sportu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Návštěva fitness centra</td>
</tr>
<tr>
<td>Pondělí</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Úterý</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Středa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Čtvrtek</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pátek</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dny</th>
<th>Druh sportu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Návštěva fitness centra</td>
</tr>
<tr>
<td>Sobota</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Neděle</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

13. Hlídáte si Vaši tělesnou hmotnost?

□ ano □ ne □ částečně

14. Chtěl/a byste zhubnout?

□ ano □ ne

15. Cítíte se provinile, když sníte více jídla?

□ ano □ ne □ někdy

16. Vyvoláváte si záměrně zvracení po jídle?

□ ano, zvracím pravidelně □ ano, ale jen někdy □ ne

17. Je na Vaší škole realizována prevence vzniku poruch příjmu potravy?

□ ano □ ne

18. Jedná se o zvláštní program prevence probíhající mimo rámec vyučovacích hodin?

□ ano □ ne

19. Pokud ano, jste s tímto programem spokojený/á?

□ spíše ano □ ano □ spíše ne □ ne

20. Mluvíte v některých vyučovacích hodinách o poruchách příjmu potravy? V případě volby ano, vypište, prosím, o které předměty se jedná.

□ ano □ ne
Předměty:…………………………………………………………………………………………………….

21. Myslíte si, že se Vám ve škole dostává dostatečné množství informací ohledně poruch příjmu potravy?

□ ano □ spíše ano □ spíše ne □ ne

PŘÍLOHA P II: TABULKY

Tabulka k otázce č. 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Druhy škol</th>
<th>dívky</th>
<th>chlapci</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>gymnázium</td>
<td>36</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>střední zdravotnická škola</td>
<td>43</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>druhy odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>13</td>
<td>34</td>
<td>6</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>mylná odpověď</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>druhy odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>16</td>
<td>31</td>
<td>8</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>mylná odpověď</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 4

<table>
<thead>
<tr>
<th>druhy odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>spíše ne</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>spíše ano</td>
<td>9</td>
<td>25</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabulka k otázce č. 5

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>vůbec ne</td>
<td>16</td>
<td>19</td>
<td>6</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>někdy ano</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>2</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>diety držím často</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 6

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>17</td>
<td>30</td>
<td>7</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>neodpověděl</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 7

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapci gym.</th>
<th>dívky gym.</th>
<th>chlapci zdr.</th>
<th>dívky zdr.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>počítání kalorií</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>vyvážená strava</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>radikální omezování se v jídle</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>dělená strava</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>dieta založená na určitém typu potravin</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiná</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>neodpověděl/a</td>
<td>16</td>
<td>29</td>
<td>8</td>
<td>27</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 8

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>spíše ne</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>spíše ano</td>
<td>0</td>
<td>14</td>
<td>1</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>17</td>
<td>14</td>
<td>7</td>
<td>18</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 9

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
<td>5</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>jen někdy</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
<td>1</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabulka k otázce č. 10

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3x týdně a více</td>
<td>15</td>
<td>13</td>
<td>6</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>2x týdně</td>
<td>3</td>
<td>20</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>1x týdně</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>nesportuji vůbec</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 11

<table>
<thead>
<tr>
<th>Druhy sportů</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fitness</td>
<td>5</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>aerobic</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>zumba</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>plavání</td>
<td>4</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Běh</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>fotbal</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>florbal</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>13</td>
<td>22</td>
<td>6</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>neodpověděl/a</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 12

<table>
<thead>
<tr>
<th>Druhy sportů</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fitness</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Tanec</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>0</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Tenis</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>jízda na kole</td>
<td>5</td>
<td>21</td>
<td>3</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>turistika</td>
<td>4</td>
<td>17</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>fotbal</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>basketbal</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>11</td>
<td>11</td>
<td>3</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>neodpověděl/a</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 13

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>částečně</td>
<td>11</td>
<td>25</td>
<td>2</td>
<td>15</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabulka k otázce č. 14

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapečtí gymnázium</th>
<th>dívčí gymnázium</th>
<th>chlapečtí zdrav.</th>
<th>dívčí zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>5</td>
<td>23</td>
<td>2</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>ne</td>
<td>13</td>
<td>11</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>neodpověděl/a</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 15

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapečtí gymnázium</th>
<th>dívčí gymnázium</th>
<th>chlapečtí zdrav.</th>
<th>dívčí zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>ne</td>
<td>13</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>někdy</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 16

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapečtí gymnázium</th>
<th>dívčí gymnázium</th>
<th>chlapečtí zdrav.</th>
<th>dívčí zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano, zvracím pravidelně</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>ano, ale jen někdy</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ne</td>
<td>18</td>
<td>35</td>
<td>8</td>
<td>42</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 17

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapečtí gymnázium</th>
<th>dívčí gymnázium</th>
<th>chlapečtí zdrav.</th>
<th>dívčí zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>ne</td>
<td>16</td>
<td>34</td>
<td>5</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>neodpověděl/a</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 18

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapečtí gymnázium</th>
<th>dívčí gymnázium</th>
<th>chlapečtí zdrav.</th>
<th>dívčí zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>ne</td>
<td>16</td>
<td>31</td>
<td>8</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>neodpověděl/a</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabulka k otázce č. 19

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ne</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>spíše ne</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>spíše ano</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>neopověděl/a</td>
<td>17</td>
<td>36</td>
<td>7</td>
<td>39</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 20

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci</th>
<th>dívky</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>7</td>
<td>13</td>
<td>4</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>ne</td>
<td>11</td>
<td>21</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>neodpověděl/a</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka k otázce č. 21

<table>
<thead>
<tr>
<th>druh odpovědí</th>
<th>chlapci gymnázium</th>
<th>dívky gymnázium</th>
<th>chlapci zdrav.</th>
<th>dívky zdrav.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ne</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>spíše ne</td>
<td>7</td>
<td>20</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>spíše ano</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>ano</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>15</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Hypotéza č. 1
H0 Mezi držením diet u dívek z gymnázia a střední zdravotnické školy není statisticky významný rozdíl.
HA Mezi držením diet u dívek z gymnázia a střední zdravotnické školy je statisticky významný rozdíl.

Výpočet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>studentky</th>
<th>dieta ano</th>
<th>dieta ne</th>
<th>Σ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>dívky gymnázium</td>
<td>17 (20,5)</td>
<td>19 (15,5)</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>dívky stř.zdrav. škola</td>
<td>28 (24,5)</td>
<td>15 (18,5)</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Σ</td>
<td>45</td>
<td>34</td>
<td>79</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- hodnoty v závorkách jsou očekávané četnosti

\[ x^2 = \frac{(P-O)^2}{O} \]

- vypočítala jsem jednotlivá \( x^2 \) a sečetla je
  - \( x^2 = 0,598 \)
  - \( x^2 = 0,5 \)
  - \( x^2 = 0,790 \)
  - \( x^2 = 0,662 \)
  - \( x^2 = 2,55 \)

Dále jsem vypočítala stupeň volnosti podle vzorce \( f = (r-1)(s-1) \)
\( r = \) počet řádků a \( s = \) počet sloupců
\[ f = (2-1)(2-1) = 1 \]
\[ x^2 0,05(1) = 3,841 \]
\[ x^2 = 2,55 < 3,841 \rightarrow \text{přijímám nulovou hypotézu.} \]
Hypotéza č. 2
H0 V míře realizované prevence na Gymnáziu T. G. M. a Střední zdravotnické škole není statisticky významný rozdíl.
HA V míře realizované prevence na Gymnáziu T. G. M. a Střední zdravotnické škole je statisticky významný rozdíl.

Výpočet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Odpovědi</th>
<th>chlapci gym.</th>
<th>dívky gym.</th>
<th>chlapci stř. zdr.</th>
<th>dívky stř. zdr.</th>
<th>Σ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ano</td>
<td>1 (4,1)</td>
<td>2 (8,7)</td>
<td>2 (1,7)</td>
<td>20 (10,4)</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>16 (12,9)</td>
<td>34 (27,3)</td>
<td>5 (5,3)</td>
<td>23 (32,6)</td>
<td>78</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Σ 17 36 7 43 103

$x^2=2,344$
$x^2=0,745$
$x^2=5,159$
$x^2=1,644$
$x^2=0,053$
$x^2=0,017$
$x^2=8,862$
$x^2=0,294$

$x^2=19,118$

- výpočet stupně volnosti dle vzorce: $f=(r-1)(s-1)$
  \(r=\) počet řádků a \(s=\) počet sloupců
  \(f=(2-1)(4-1)=3\)
  \(x^20,05(3)=7,815\)
  \(x^2=19,118>7,815\) → přijímám alternativní hypotézu