Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Specializace ve zdravotnictví

Nutriční terapeut

Michaela Filová

Poruchy příjmu potravy se zaměřením na anorexii a bulimii u školní mládeže

Eating disorders with a focus on anorexia and bulimia in school children

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Šárka Gjuričová

Praha, 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Použité zdroje, ze kterých jsem čerpala informace, tak jsou řádně citovány a uvedené v seznamu použité literatury.

V Praze, 20.11. 2021

Michaela Filová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce PhDr. Šárce Gjuričové za odbornou pomoc, ochotu a čas, který je pro každého z nás velice cenný. Poděkování patří i dotazovaným, kteří mi poskytli potřebné informace k této problematice.

Identifikační záznam

FILOVÁ, Michaela. Poruchy příjmu potravy se zaměřením na anorexii a bulimii u školní mládeže [*Eating disorders with a focus on anorexia and bulimia in school children*]. Praha, 2021. 59 s., 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu. Vedoucí práce MUDr. Šárka Gjuričová.

Abstrakt

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala poruchy přijmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a bulimii u školní mládeže.

Volba tématu byla podmíněna také osobní zkušeností s vrstevníky, kteří trpí tímto onemocněním. Závažnost této problematiky je často bagatelizovaná, a to je znepokojující. Proto jsem se zaměřila na děti základních škol, které navštěvují druhý stupeň, právě v tomto věku jsou děti zvlášť vnímavé pro změny svého těla a může tak docházet k vzniku poruch přijmu potravy.

Bakalářská práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se budu zabývat charakteristikou poruch příjmu potravy, jejich historií, příznaky, rizikovými faktory, komplikacemi, léčbou, prevencí, kde hledat pomoc. Uvedeme si i další typy poruch přijmu potravy. V praktické části bude cílem zjistit jaká je informovanost žáků 2. stupně základních škol a také mne zajímalo, jak žáci vnímají své tělo. Všechna data jsou získaná formou papírového dotazníku, který byl rozdán žákům ve třídě pedagogy.

Klíčové slova: mentální bulimie, mentální anorexie, poruchy přijmu potravy, dospívání

Abstract

As a topic of my bachelor thesis, I have chosen eating disorders, focusing on anorexia nervosa, and bulimia in school children.

The choice of this topic has been conditioned by my personal experience with peers suffering from this disease. The seriousness of this issue is often trivialised, and that is alarming.

That is the reason why I have focused on primary school children who attend upper primary schools. At this age, children are particularly sensitive to changes in their bodies, and it may cause eating disorders.

The bachelor thesis is divided into theoretical and practical parts. In the theoretical part, I will deal with the characteristics of eating disorders, their history, symptoms, risk factors, complications, treatment, prevention, and where to look for help. I will also discuss other types of eating disorders. The practical part aims to find out what awareness of upper primary pupils is, and how students perceive their bodies. I have obtained all data in the form of a paper questionnaire that teachers had distributed to pupils in the classroom.

Keywords: bulimia nervosa, anorexia nervosa, eating disorders, adolescence

Obsah

1 Úvod 9

2 Teoretická část 11

2.1 Historie mentální anorexie a bulimie 11

2.2 Mentální anorexie (AN) 11

2.2.1 Charakteristika 11

2.2.2 Diagnostická kritéria 12

2.3 Mentální bulimie (BN) 12

2.3.1 Charakteristika 12

2.3.2 Diagnostická kritéria 13

2.4 Další typy PPP 13

2.4.1 Ortorexie 14

2.4.2 Drunkorexie 14

2.4.3 Pregorexie 15

2.4.4 Bigorexie 15

2.4.5 Dialibulimie 16

2.4.6 Syndrom nočního přejídání (NES) 17

2.4.7 Záchvatovité přejídání – BED 17

2.5 Jak rozpoznat příznaky u PPP 18

2.6 Faktory vzniku PPP 19

2.7 Zdravotní následky PPP 21

2.7.1 Komplikace ženského reprodukčního systému 21

2.7.2 Porucha menstruačního cyklu 21

2.7.3 Sexualita 22

2.7.4 Porucha fertility 22

2.7.5 Problémy v těhotenství 22

2.7.6 Komplikace stomatologické 23

2.7.7 Komplikace gastrointestinální 23

2.7.8 Komplikace kosterní 24

2.7.9 Komplikace dermatologické 24
2.7.10 Komplikace renální 24
2.7.11 Komplikace kardiovaskulární 25
2.7.12 Komplikace neurologické 25
2.8 Rodinná prevence před PPP 26
2.8.1 Význam jídla u dítěte 26
2.9 Školní prevence před PPP 26
2.9.1 Pedagog a prevence u PPP 27
2.10 Léčba u PPP 28
2.11 Kde hledat pomoc 30
3 Praktická část 31
3.1 Metodika a cíle výzkumu 31
3.1.1 Výzkumné otázky 31
3.1.2 Sběr dat a výběr respondentů 31
3.1.3 Analýza dat 31
3.1.4 Etika výzkumu 31
3.2 Výsledky výzkumu 32
3.2.1 Demografické otázky: 32
3.2.2 Výzkumná otázka č. 1 34
3.2.3 Výzkumná otázka č. 2 42
3.3 Diskuze 47
3.3.1 Diskuze k demografickým otázkám č. 1 a č. 2 48
3.3.2 Diskuze k 1. výzkumné otázce 48
3.3.3 Diskuze k 2. výzkumné otázce 50
3.4 Limitace výzkumu 51
4 Závěr 52
5 Seznam použité literatury 53
6 Seznam zkratek 56
7 Seznam příloh 57
8 Seznam grafů 58

1 Úvod

Co je vlastně jídlo? V tomto slově máme ukryto tolik, že si to většina z nás často ani neuvědomuje.

Když toto slovo každý z nás řekne, tak si každý představíme jinou potravinu a zároveň to v nás vyvolá i nějakou emoci. Pro někoho může být ta emoce pozitivní a pro někoho negativní. Obecně příjem potravy je nezbytnou součástí nás všech a my všichni musíme přijímat potravu, aby naše tělo dostalo potřebné živiny. Někdo si teď může říct, že příjem potravy je normální, avšak pro každého z nás tomu tak nemusí být, a tudíž ve výsledku může nastat boj člověka s jídlem. Svět je ale plný extrémů, protože máme tady dvě kategorie, a to lidi s obezitou, a v druhé kategorii jsou lidi, který trpí mentální anorexií nebo bulimií. V této práci se budeme zabývat druhou kategorií.

Bohužel poruchy příjmu potravin v dnešní době stále rostou a mnohokrát tento problém začíná právě v době dospívání, i když tomu nemusí vždy tak být. Doba dospívání je velice choulostivá pro obě pohlaví, protože dochází k somatickým a hormonálním změnám, a to není často kladně vnímané u dívek, ale ani u chlapců. Stále častěji jsou známy případy, kdy poruchou příjmu potravy trpí chlapci, muži, častokrát je nalézáme v řadách nadaných sportovců.

Mnoho nemocných, který trpí tímto onemocněním se snaží získat kontrolu nad svým chováním k jídlu a často si důkladně vybírají to, co nakonec zkonzumují. Tito lidé často kontrolují svůj vzhled, a to až patologicky. Pacient má strach z obezity a je schopný udělat vše proto, aby nebyl „tlustý“, má zkreslené vnímání o svém těle a nemá se zároveň rád. Často se snaží snížit svoji hmotnost sám, a to například excesivním cvičením, dietami, často zneužívají í léky jako jsou například diuretika, laxativa. U mentální bulimie je to ještě doprovázené, že podlehnou záchvatům přejídání, kdy konzumují nadměrné množství jídla a spíše preferují sladké pokrmy, které si do svého jídelníčku běžně nezařadí (Papežová, 2010).

Mentální anorexie a bulimie jsou psychická onemocnění, která prokazatelně mohou končit i smrtí. Dle dostupných výzkumů můžeme poukázat na to, že uzdravení nastane spíše u lidí s mentální bulimií než anorexií. Anorektické dívky jídla vynechávají, striktně si zapisují kalorie, přehnaně sportují, navštěvují tzv. „pro ana“ blogy, kde se často „řídí“ hrůzostrašnými citáty. Postupně příjem kalorií natolik snižují, že jim nezbývají téměř žádné kalorie pro fungování jejich těla, a jejich tělo jde takzvaně na doraz. Stravují se například jablkem za den, salátem nebo pijí jen vodu. V extrémních případech mají strach i z kalorií ze zubní pasty.

Naopak dívky či chlapci s mentální bulimií prožívají často zcela jiné pocity a nařizují si jiné postupy hubnutí. Nedokážou se tolik ovládat jako lidé s anorexií, o to více své tělo nenávidí, a to často vede k nepříjemným psychickým a depresivním stavům. Dovedou se přejídat sladkým i slaným jídlem, často nesmyslnými kombinacemi, které by „zdravý“

člověk nepochopil. Následné zvrácení se mnohdy opakuje několikrát za den, jelikož člověk s bulimií má neustále pocit, že nezvrátil vše a stále se bojí, že ztloustne. I když to mnohdy není ani fyziologicky možné. Bulimie je souboj s lidským myšlením. Postižení mívají pocity deformovanosti svého těla, které jsou často nereálné a paradoxem zůstává fakt, že mnohdy po určitém časovém období s bulimií pouze naberou kilogramy, která chtěli shodit, jak bylo jejich původním úmyslem.

Například charismatický herec Marlon Brando byl první z mužů, který přiznal, že bulimie ho ničila celý život, velmi se bál, že ztloustne a chodil zvracet i mezi focením jeho slavných fotek, ale postupem let na něm bulimie a deprese napáchaly nenapravitelné škody.

Je tento problém řešitelný? Myslím si, že vše může mít své řešení, ačkoliv to není jednoduché. Velký důraz by měl být na prevenci, a to například v základních školách, kde často dochází k vzniku PPP, ale je důležité zapojit i rodinu a dále i masmédia, protože žijeme v kultuře, kde se vyznává štíhlost jako dokonalost všeho, a to podporují různé televizní soutěže jako je například Miss ČR nebo Miss World, kde se hodnotí krása dívek, ale velký důraz je i jejich štíhlost. Nejsou to jen tyto soutěže, protože krása a štíhlost jsou hodnoceny i v časopisech, v reklamních spotech, ale patří sem i sociální sítě.

Například Instagram byl vyhlášený jako nejhorší sociální síť na PPP. I přes tento výsledek patří k velice oblíbeným, a to hlavně u mladých uživatelů, který využívají denně tuto síť. Instagram na základě negativního výsledku vyhodnotil, že by bylo dobré upozornit na tento problém, a tak v sekci soukromí můžeme najít kategorii PPP, kde seznamuje lidi, co to je PPP, jaký má příznaky, co dělat, když někdo z okolí trpí tímto onemocněním a jsou tam i odkazy, kde vyhledat odbornou pomoc (Instagram, n.d.).

Příčiny poruchy příjmu potravy často nalézáme i u lidí, kdy jejich příbuzní, především matky svých dcer dodržují různé diety a zvláštní stravovací návyky.

Cílem této práce je poskytnout informace v teoretické části o PPP, kde se zaměříme na mentální anorexii a bulimii a v praktické části bude cílem, jak jsou žáci základních škol informováni o PPP a dále zjistit, jak jsou spokojeni se svojí postavou.

2 Teoretická část

2.1 Historie mentální anorexie a bulimie

Poruchy příjmu potravy nejsou pouze záležitostí 20. nebo 21. století. První dochované záznamy byli už z dob starověku, kde toto onemocnění popsal například Hippokrates, Platón i Galén, který jako první použil termín anorexie a v 17. století anglický lékař Richard Morton více upřesnil její charakteristiku ve své publikaci Phthisiologia (Papežová, 2010).

Když jsme u termínu mentální anorexie (AN), tak asi více proslaveným dokumentem o tomto onemocnění se můžeme dočíst u císařovny Alžběty Bavorské z rodu Wittelsbachů. Tato císařovna je více známá pod jménem Sissi. Podle Cajthamlové (2017) císařovna měřila 173 cm, v pase měla 55 cm a její váha nikdy nepřekročila 50 kg. Zároveň velmi ráda chodila na dlouhé procházky, jezdila na koni a uvádí se, že každý den cvičila alespoň tři hodiny. Také se dochovala její drastická dieta, kdy například tři dny pila vodu a další tři dny pila jen vývar z masa. Občas si i dopřála svojí oblíbenou bonboniéru. Co z toho vyplývá? Bohužel je opravdu podle těchto důkazů jasné, že císařovna trpěla poruchou příjmu potravy.

S bulimií se můžeme setkat v historických pramenech například už v dobách starověkého Říma, kdy docházelo k tzv. obžerství. Toto obžerství bylo časté hlavně ve vznešené společnosti té doby, kde bylo jídlo konzumované ve větším množství, a tak docházelo k častému přejídání a následnému zvracení (Papežová, 2010). „Tento způsob obžerství byl například popsán Senekou již v roce 65 před naším letopočtem slovy: Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli“ (Papežová, 2010, s. 22).

2.2 Mentální anorexie (AN)

2.2.1 Charakteristika

AN je psychogenní onemocnění, kdy pacient úmyslně snižuje tělesnou hmotnost s cílem udržet si nízkou váhu a zároveň dochází k patologickému vnímání svého těla. Začátky onemocnění se objevují v době dospívání a týká se to především dívek ve věku 11-18 let (Černá, 2008; Léčebná výživa v oblasti psychiatrie, 2014; Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021). „Ženy a dívky s mentální anorexií neodmítají jíst proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce“ (Černá, 2008, s. 6).

Pacienty neopouští zájem o jídlo, a i když se omezují v jídle, tak se stále zaměřují na problematiku výživy. Dokonce vaří různé pokrmy své rodině, hledají nové recepty. Spoustu pacientů pracuje i v zaměstnání, kde dochází ke kontaktu s jídlem (Krch, 2007).

Toto onemocnění rozdělujeme na dva typy: restriktivní a purgativní. Restriktivní typ nebo nazývaný nebulimický znamená, že pacient redukuje hmotnost hladověním. U

purgativního typu dochází k redukci zvracením nebo zneužíváním laxativ, diuretik a nadměrnému cvičení (Meisnerová, 2013; Pugnerová & Kvintová, 2016). Tento typ se většinou přirovnává k bulimii, ale rozdíl mezi tímto typem a mentální bulimií je, že nedochází k záchvatům přejídání (Papežová, 2010).

2.2.2 Diagnostická kritéria

Dušek a Večeřová – Procházková (2015) uvádí pro přehlednost onemocnění diagnostická kritéria podle MKN 10:

- tělesná hmotnost je udržovaná nebo snížená nejméně o 15 % proti normálu (hmotnosti, kterou by osoba měla mít vzhledem k věku a výšce),
- ztrátu hmotnosti si pacient působí sám (vyhýbá se jídlu, po kterém se tloustne, zvrací, užívá projímadla apod.),
- stále přetrvává strach z tloušťky,
- zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládává myšlenka,
- rozsáhlá endokrinní porucha (např. u žen je amenorea, u mužů porucha potence),
- pokud je začátek před pubertou, jsou pubertální projevy opožděné nebo zastavené (např. u dívek se nevyvíjejí prsa, u hochů zůstává dětský genitál) (s. 266).

Ukázka z pohledu otce, jak se setkal u své dcery s AN.

„Petra se postupně uzavírala víc a víc, odmítala s námi jezdit na víkendy, vymlouvala se na školu a na další povinnosti. Vynechávala některá společná jídla, hodně času trávila sportem, ale spíše sama, než s kamarády. Manželka si také všimla, že je nějak moc hubená. Zpočátku se nám to nezdálo tak důležité, v tomhle věku se mladý holky prostě hlídají a blbnou, ale když se Petra jednou u jídla, které jsme ji přinutili sníst, rozbrečela, došlo nám, že to asi není úplně v pořádku“ (Černá, 2008, s. 5).

2.3 Mentální bulimie (BN)

2.3.1 Charakteristika

Problematika tohoto onemocnění byla popsaná v padesátých letech minulého století a uvádělo se, že je to určité chování u obézních lidí nebo že se jedná o jinou formu mentální anorexie. V dnešní době je charakterizovaná, jak už víme jako samostatné onemocnění (Němečková, 2011).

BN se skládá z dvou řeckých slov, a to bous a limos, nebo-li vůl a hlad (Pugnerová & Kvintová, 2016). Toto onemocnění je psychogenní, které se charakterizuje opakovanými záchvaty přejídáním, zvracením a v oblasti výživových hodnot dochází k strádání. Rozdíl od AN je ten, že pacient s BN nemá takovou sebekontrolu nad příjmem stravy, a tak dochází k nadměrné konzumaci jídla. Potom dochází k pocitům viny až depresi a následuje

vyprovokované zvracení nebo zneužití různých projímadel (Papežová & Hanusová, 2012; Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021; Seifert et al., 2020). „Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací“ (Mezinárodní klasifikace nemocí, n.d.).

Existují tu stejně jako u anorexie dva typy BN, a to purgativní a nepurgativní typ. Purgativní znamená, že pacient opakovaně zvrací a zneužívá například laxativa nebo diuretika. Můžeme to nazvat pročišťovací typ. Nepurgativní je, že pacient drží různé diety, hladovky a excesivně cvičí (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

2.3.2 Diagnostická kritéria

- neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle s epizodami přejídání,
- snaha potlačit účinek přejídání zvracením, laxativy, hladověním, užíváním anorektik apod.,
- chorobný strach z tloušťky, což může vést k anorexii.
  (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, s. 267)

Toto je krátký úryvek zkušenosti dívky s BN, kde ve svém příběhu popisovala, že po rozchodu s přítelem přestala brát hormonální antikoncepci, ale začala mít problém s menstruací, tak navštívila svého gynekologa, který jí doporučil hormonální léčbu. V krátkém čase ale přibrala na své hmotnosti 10 kg, a tak začal její problém s BN.

„Byla jsem zvyklá, že jsem jedla, co jsem chtěla, a nejednou to prostě nešlo, chodila jsem spát hladová, hladová jsem se probudila, a když jsem stoupla na váhu, zase tam něco přibylo. Hledala jsem tedy pomoc opět u gynekologa, ten mi jen hormony vysadil a řekl mi, ať beru normálně antikoncepci jako dosud. Pak jsem před vánočními svátky pomáhala jedné známé na výstavě vánočních perníčků, všude byla spousta cukroví. Já tam chroupala mrkev a jablka, pila jen vodu a kafe a pak se to poprvé stalo. Pocítila jsem hroznou nespravedlnost, nacpala jsem se cukrovím a jinými laskominami. Po skončení výstavy jsme měli jít spolužačce na maturitní ples, a když jsem viděla svoje nacpané břicho, byla jsem zoufalá. Poprvé jsem se vyzvracela. Slíbila jsem tehdy sama sobě, že už nikdy tohle neudělám, ale nedodržela jsem to. Jakmile jsem zjistila, že to takhle jde, už jsem s tím nedokázala přestat, dělala jsem to stále častěji. Teď nemine den, kdy bych nezvracela nebo neužila nějaké projímadlo“ (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 10).

2.4 Další typy PPP

I když se v této práci zaměřujeme na AN a BN, tak je nutné zmínit okrajově další typy PPP, protože jsou taky velmi důležité. Patří sem například pregorexie, dialibulimie, bigorexie, drunkorexie, ortorexie, noční přejídání a záchvatovité přejídání.

2.4.1 Ortorexie

Fakultní nemocnice Brno (n.d.) uvádí, že název ortorexie vychází ze slov orthós (správný) a orexis (chuť). Jedná se o patologickou závislost na zdravém stravování. Mezi prvními odborníky, který na onemocnění upozornil byl americký lékař Bratman v jeho knize, která se jmenovala Fanatici zdravé výživy. Z počátku tento lékař podporoval myšlenku zdravého stravování a založil také spolek, který byl zaměřený na tento nový směr. Postupem času docházelo u členů spolku k patologickému chování vůči potravinám a začali být čím dále více radikální s výběrem potravin, a tak od tohoto směru Bratman upustil.

Lidé s tímto druhem PPP jsou odpůrci například konzervačních látek, barviv, výrobků obsahující lepek. Zaměřují se na BIO potraviny, které jsou většinou ve speciálních obchodech. Zároveň se důkladně zabývají složením potravin. (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Veškeré informace ohledně výživy získávají hlavně z internetu, a to z různých blogů nebo jiných informačních stránek. Toto onemocnění mají většinou středoškoláci nebo vysokoškoláci na rozdíl od lidí s nižším vzděláním. (FN BRNO, n.d.)

„Samotná myšlenka, že by mělo být jídlo maximálně přírodní, a tedy zdravější, není patologií, patologií se stává obsese ohledně jídla a stravování. Seznam povolených potravin se však dále časem zužuje, zastánci ortorexie začínají dále vyčleňovat i z bio potravin ty bezpečné a méně bezpečné, podle toho, kdo je výrobcem a jaké k tomu použil postupy při výrobě“ (FN BRNO, n.d.).

2.4.2 Drunkorexie

Drunkorexie znamená, že dochází k snižování energetického příjmu z jídla za účelem zvýšené konzumace alkoholu (Zapletalová, 2013).

Alkohol je vysoce kalorická potravina a podle Ministerstva zdravotnictví ČR (n.d.) jsou první zkušenosti s alkoholem okolo 12 let. Proto i tento druh PPP je převážně v době dospívání a dokazují to i různé statistiky. Například v USA zjistili, že „30 % dospívajících dívek vynechává jídlo, aby mohly pít více alkoholu. Neuvědomují si, že bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává rychleji a do jater se dostává za podstatně kratší dobu, což zesiluje jeho účinek a vede k jeho vstřebávání v mnohem vyšší dávce“ (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 12). Zároveň pokud dochází ke kombinaci užívání energetických nápojů s alkoholem, tak může nastat úmrtí v důsledku toho, že dojde k zvýšené srdeční činnosti a tlak se zvýší (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Další analýza na toto téma byla provedená v Itálii u studentů ve věku 14 až 24 let a zjistilo se, že v severní Itálii 62,5 % účastníků extrémně kontrolovalo svoji hmotnost, vyhledávali hlavně nízkokalorické potraviny nebo nápoje a cvičili. Cílem bylo snížit příjem kalorií před plánovanou konzumací alkoholu. Zároveň bylo potvrzeno, že drunkorexie převládá u studentek starších 18 let (Pietrabissa et al., 2018).

Co se týká množství kalorií záleží, jaký druh alkoholu se konzumuje například „největší kalorickou hodnotu pak mají likéry a destiláty, protože obsahují nejvíce alkoholu. Tady už pak záleží na konkrétním nápoji, protože je samozřejmě velký rozdíl mezi kalorickou hodnotou například u čisté vodky a krémového Baileys“ (Fér potravina, 2019, 9. duben).

Jen pro zajímavost Bayleys 17 % na 100 ml má 325 kcal a vodka 40 % na 100 ml má 230 kcal (Fér potravina, 2019, 9. duben).

2.4.3 Pregorexie

Tento název byl prvně použitý v americkém televizním přenosu „The Early Show“ a prvně bylo onemocnění zaznamenané v USA a Velké Británii (Harasim & Krajewska, 2017).

Pregorexie je charakteristická v období těhotenství, kdy žena úmyslně snižuje svoji hmotnost. To je velice nebezpečné pro vyvíjející plod, ale i matku z důvodu nedostatečného přijmu potravy a důsledky mohou být až smrtící (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). „Perinatální úmrtí jsou častější u těhotných žen s nízkou tělesnou hmotností než u pacientů s normální hmotností (Harasim & Krajewska, 2017, s. 365).“ Ženy, které mají podváhu, tak to vede k řadě komplikací, a to například k spontánnímu potratu. To může mít souvislost i s užíváním diuretik a laxativ, které riziko zvyšují. Dále je to rozvoj anémie, hypertenze, špatný vývoj placenty. U plodu může být vyšší možnost k vývojovým vadám a nižší porodní hmotnost novorozence může vést v pozdějším věku k rozvoji onemocnění jako je diabetes mellitus nebo kardiovaskulární choroby (Harasim & Krajewska, 2017).

Pregorexii také můžeme nazvat AN, protože má stejné příznaky. Nastávající matka nemusí mít žádné zkušenosti před těhotenstvím s AN, ale těhotenství může ovlivnit změnu chování, protože dochází k somatickým změnám a může docházet k nespokojenosti s vlastním tělem, až to může vyústit v toto onemocnění (Harasim & Krajewska, 2017; Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

2.4.4 Bigorexie

Bigorexie byla dříve známá pod označením reverse anorexia, protože má typické příznaky AN. Dnes se používají názvy jako je muskulární dysmorfie nebo více známé je tzv. Adonisův komplex (Riccobono et al., 2020). Kdo by neznal mýtickou postavu Adónise, o kterém se říkalo: „Nikdo z lidí se mu krásou nevyrovnal, ba ani nikdo z bohů! Svým nevšedním půvabem okouzlil samotnou bohyni Afrodítu“ (Marešová et al., 2015, 19. únor).

Toto onemocnění je typické u mužů, protože mají až patologické chování k svojí postavě s cílem mít co nejvyšší muskulaturu, aby dosáhli svého cíle, tak zneužívají steroidní látky, které podporují růst svalů. Dále sem patří excesivní cvičení a nutričně nedostatečná strava. Jejich představy o svém těle jsou často zkreslené, protože si myslí,

že nejsou dost svalnatí, i když ve skutečnosti mají svalovou hmotu vyšší než jiní muži v jejich váhové kategorii (Papežová, 2010; Procházková & SladkáŠevčíková, 2017).

V USA, Rakousku a Francii probíhal výzkum na středních a vysokých školách, kde bylo cílem zjistit, zda jsou muži spokojeni se svojí postavou. „Zjistili, že muži byli přesvědčeni, že by byli více atraktivní, kdyby měli o 14 kg (!) více a 89 % jich chtělo vypadat jako současní muži ze stránek časopisů“ (Papežová, 2010, s. 130). Toto chování může podporovat i domněnka, že ženy vyhledávají muže s větší muskulaturou, ale opak je pravdou (Papežová, 2010).

Na ukázku uvádím příklad muže, který má tzv. Adonisův komplex a následně toto onemocnění přechází v BN. „Vždy rád posiloval, ve vrcholném období vážil při výšce 176 cm 105 kg, měřil si denně několikrát obvod svalů, občas si vzal od kamarádů anabolika. Pak neměl na cvičení čas, a tak se rozhodl, že zhubne tuk a svaly vyrýsuje. Začal se omezovat v jídle, sledovat nutriční hodnoty apod. Během roku zhubl o necelých 40 kg. Začal se zabývat tím, jak vypadá, o víkendech se přecpává (sladké a tučné) a přes týden téměř nic nejí, protože trpí výčitkami. Prohlíží se v zrcadle. Tvrdí, že chce normálně jíst, ale že to nejde. Neustále musí myslet na kalorie apod“ (Papežová, 2010, s. 129).

2.4.5 Dialibulimie

Podle Hoffmanna (2019) se dialibulimie skládá ze dvou onemocnění, a to z BN a diabetu mellitu (DM), především u 1. typu. (Hoffmann, 2019).

Diabetes mellitus 1. typu je autoimunitní, chronické onemocnění, kdy dochází k destrukci β buněk z Langerhansových ostrůvků pankreatu a vede to k deficitu inzulínu. Ten si musí pacient aplikovat subkutánně. Toto onemocnění je typické, co se týká vzniku v dětství, ale není výjimkou i v pozdějším věku (Papežová, 2010). „PPP mohou postihnout asi 20 % žen s DM 1. typu. Existují nedávné zprávy, co ukazují, že až 30 % dívek v mladém věku trpí PPP“ (Hoffmann, 2019, s. 192).

Dialibulimie je další forma PPP, která postihuje hlavně dospívající děti (Hoffmann, 2019). Jak uvádí Papežová (2010), tak právě dospívání je velice citlivé období u chlapců a dívek, kdy může vzniknout patologické chování, které mohou mít symptomy „přijetí ideálu štíhlé postavy, nespokojenost s vlastním tělem, vyšší hmotnosti, experimentování s dietami, negativní emoce (deprese a nízké sebehodnocení) a nízká míra sociální podpory“ (Papežová, 2010, s. 271). To vše může vést za následek, že si vědomě začnou snižovat dávku inzulínu za účelem snížení tělesné hmotnosti. To může vést k řadě komplikacím, a to i například ohrožení na životě (Papežová, 2010). „Inzulín slouží primárně ke snižování hladiny glykémie (hladiny cukru v krvi). Jedná se však o anabolický hormon, který má významný vliv na ukládání tuků v těle, a tím i regulaci hmotnosti“ (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, str 12).

2.4.6 Syndrom nočního přejídání (NES)

Jako první onemocnění NES popsal v roce 1955 prof. A. J. Stunkard a v roce 1991 došlo k rozdělení onemocnění na NES – syndrom nočního jedení a NSRED – syndrom poruchy spánku s nočním jedením (Faltus, 2007; Papežová, 2010).

„V roce 1990 byl navíc definován Syndrom nočního jedlictví a pití (Nocturnal eating/drinking syndrome – NEDS), který byl zařazen do mezinárodní klasifikace poruch spánku American Academy of Sleep Medicine v roce 2002. Pod touto diagnózou se rozumí opakované probouzení s neschopností znovu usnout, aniž by došlo ke konzumaci jídla a pití. Tento syndrom není doprovázen jiným duševním nebo somatickým onemocněním (bulimií, hypoglykémií). Nenacházíme při něm předcházející insomnii jiného původu, při níž dochází k vyplnění času v období nespavosti jinou činností nebo jídlem“ (Faltus, 2007, s. 292).

Onemocnění NES je doprovázené insomnií (nespavostí), což je porucha spánku, kdy se pacient opakovaně budí během noci, za účelem konzumace potravin, a to hlavně vysoce kalorických, méně podporující naše zdraví. Pacient si je zároveň plně vědom svého nočního přejídání. NSRED nastává u pacienta, který má poruchu vědomí a druhý den si nepamatuje, že došlo v nočních hodinách ke konzumaci potravin (Faltus, 2007).

„Někdy se NSRED objevuje u lidí, kteří zanechali kouření, stali se abstinenty, jsou vystavení akutnímu stresu a hladovění během dne. Predisponujícími faktory bývají někdy somnambulismus nebo deprese v dětství. Více než polovina pacientů s NSRED má v anamnéze i jiný typ parasomnie“ (Faltus, 2007, s. 292).

2.4.7 Záchvatovité přejídání – BED

Jedná se o psychogenní přejídání, které je čím dál více častěji řešené v naší společnosti, protože tím přispívá k velkému podílu na téma obezity (Papežová, 2010). Dle statistik se ukázalo, že BED „se vyskytuje u zdravé populace ve 2 % a u obézních více jak ve 20 %“ (Faltus, 2007, s. 291).

Toto onemocnění znamená, že dochází k opakovanému přejídání velkého množství jídla najednou, a to i když pacient nemá například potřebu jíst (Procházková & SladkáŠevčíková, 2017). Je to patologické chování, které se přirovnává k onemocnění BN, protože lidé s tímto onemocněním se více zabývají jídlem, nemají kontrolu nad přejedením, protože jejich touha po jídle je větší a následně po konzumaci mají výčitky. Často jsou nespokojený i s vlastním tělem, a to může vést k různým dietám, které jsou bez účinku (Papežová,2010). „Obézní jedinci s psychogenním přejídáním hledají pomoc dříve než obézní bez epizod přejídání a obezita se u nich objevuje v ranějším věku. Také dříve začínají držet diety“ (Papežová, 2010, s. 128). Dle MKN-10 je potřeba splnit „přítomnost 2 dnů přejídání v týdnu v období nejméně 6 měsíců, bez kompenzačních mechanismů (zvracení, zneužívání laxancií, hladovění, užívání léků)“ (Papežová, 2010, s. 128). A dále jsou tu další příznaky jako: „rychlá konzumace jídla, nepříjemný pocit plnosti, jedení bez

pocitu hladu, osamělá konzumace s pocity studu, pocity znechucení, viny a deprese po jídle“ (Papežová, 2010, s.128).

2.5 Jak rozpoznat příznaky u PPP

Jak už jsme zde zmínili, tak na začátku dospívání dochází k somatickým a hormonálním změnám. „Existuje mnoho výzkumů i odborných publikací, které dokládají, že bouřlivé prožívání fyziologických změn v období puberty a adolescence je rizikovým faktorem v rozvoji mentální anorexie. Zejména přibírání na váze představuje pro mladé dívky nebezpečí, na které nejsou připraveny, a bojí se, že svou váhu nebudou moci kontrolovat“ (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 26). Často pak dochází k tomu, že dívky ve svém volném čase neřeší nic jiného než výpočet z kalorických tabulek, drží diety a začnou cvičit. Konzumace potravin se u nich mění v posedlost. Pokud zpozorujeme tyto symptomy, tak by měla být vyhledaná odborná pomoc (Papežová & Hanusová, 2012).

Jako první signál můžeme zaznamenat například to, že dochází k jinému postoji k přijmu potravin, které se v průběhu času mění. Je to například to, že dívka konzumuje menší množství potravy, dále je tam nepravidelnost, dochází k výmluvám, že nemá hlad, vyřadí potraviny, které jsou zdrojem sacharidů jako jsou sladkosti, těstoviny, brambory a dále vynechává i tuky. Na druhé straně přichází i období, kdy dívka sní velké množství jídla nekontrolovaně. Pokud si někdo všimne, že došlo k určitě změně postoje ke konzumaci potravin u dívky a zeptá se jí na tento problém, tak dívka může být apatická a tyto diskuze končí většinou hádkou (nzip.cz, n.d.).

„Vědecké poznatky stravování mají své módní vlny. Před 20 lety byly špatné uhlohydráty, dnes spíše tuky. Diety s nedostatkem kalorií ale vedou postupně k porušování pravidel zdravého stravování z hladu“ (Papežová & Hanusová, 2012, s.12).

Další signál je zkreslené vnímání o svém těle. Zkreslené je proto, že pacienti si připadají „tlustí“ i když je to právě naopak. Jsou nespokojeni se svým tělem, často se dívají do zrcadla a odmítají se smířit s tím, že některá část jejich těla není právě taková, jakou by chtěli mít (například širší boky u dívek). Také si připadají „tlusté“ a drží různé striktní diety, excesivně cvičí. Patří sem ale i další možnosti, jak snížit váhu, a to je například pomocí anorektik, laxativ, diuretik a jiných medikamentů (nzip.cz, n.d.).

Máme ale i další znaky. Například:

- postižený si kupuje projímadla a různé hubnoucí přípravky
- z ledničky, z kuchyně nebo ze spíže mizí potraviny, všude okolo se válí prázdné obaly,
- postižený hromadí jídlo na neobvyklých místech (třeba ve svém pokoji nebo v šatní skříni),
- postižený utrácí spoustu peněz za sladkosti,
- ostatní členové domácnosti při návštěvách WC cítí zápach po zvracení nebo i najdou zbytky zvratků,

- postižený má tělesné příznaky, které nasvědčují častému zvracení (např. poraněné ústní koutky).
  (nzip.cz, n.d.)

2.6 Faktory vzniku PPP

Rizikových faktorů je celá řada, která může způsobit vznik PPP, aby byla vyšší pravděpodobnost tohoto onemocnění, tak je potřeba souhra více faktorů (Papežová & Hanusová 2012). Následkem toho může dojít k psychické nerovnováze a projeví se to například nižším sebevědomím. Pacient je více citlivý na otázku svého těla. Dále může se sám sebe ptát například: „Jsem dost pro něho hezký/á?“ nebo „Měl/a bych zhubnout?“ Už samo o sobě jsou tyto věty jako signál, že to není úplně v pořádku. Pacient má najednou strach, že přibere na své váze a jsou tam obavy ohledně své postavy (Pugnerová & Kvintová, 2016).

K nejvíce rizikovému období patří dospívání i když bylo zaznamenáno, že i v mladším věku může dojít, ke špatnému sebehodnocení a vznik PPP (Procházková & SladkáŠevčíková, 2017). Proč je tedy rizikovost v době dospívání? Protože dochází k somatickým, hormonálním změnám a také vzrůstá zájem o společnost s vrstevníky a dívky nebo chlapci se chtějí líbit svým protějškům. Zároveň jsou více vnímaví, citlivější a je tam i soupeřivost vůči matce nebo mezi děvčaty, kde dochází k poměřování, jak kdo vypadá, kdo je lepší (Krch, 2004). V tomto období se dívky soustředí především na svoji hmotnost a jaké mají zastoupené množství tělesného tuku na proporcích svého těla, také sledují, co je aktuálně ve společnosti přijatelné jako ideál krásy. Když dojde k změnám těla, tak dívky jsou velice nespokojené a špatně tu skutečnost přijímají, že jejich tělo vypadá jinak. Za to chlapci se spíše zaměřují na svalovou hmotu, protože se chtějí přiblížit dokonale vypracovanému tělu. Svalnatá postava je pro ně ideál krásy (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

„Koff a Rierdan, kteří sledovali skupinu 7 až 12letých Američanek zjistili, že 40 % děvčat už v tomto věku není spokojeno se svým vzhledem a více než polovina už zkoušela držet dietu. Autoři uzavírají, že pro mnoho děvčat není cílem normální váha, ale vyhublost.“ (Krch, 2004, s. 15).

O PPP se někdy říká, že je to tzv. ženská nemoc, i když i muži nejsou výjimkou tohoto onemocnění. Uvádí se, že 27 % mužů s onemocněním PPP jsou bisexuálně nebo homosexuálně orientovaní. Je tu určitá spojitost proč tomu tak je, a to z důvodu, že v této skupině lidí je velký důraz na tlak být štíhlý jako ženy. I přes to, že tento druh onemocnění se vyskytuje i u mužů, tak ale dominuje hlavně u žen. Pohlaví hraje velkou roli, protože ženské pohlaví má i podíl na rizikovost depresivních a úzkostlivých onemocnění a podle statistik se zjistilo, že ženy mají častější záchvaty přejídání než muži a 10x častěji trpí na PPP (Papežová, 2010).

Když se podíváme na původ žen, tak dle výzkumu, které proběhlo v USA se zjistilo, že ženy, které jsou Afroameričanky, tak mají vyšší body mass index, ale se svým tělem jsou spokojené a nedrží ani tolik drastické diety, které spíše dominují u „bílých“ dívek. Ostatně PPP se i charakterizuje jako nemoc „bílých“ dívek. Není to ale vždy pravidlem (Papežová, 2010). „Američanky původu hispánského či asijského jsou se svým tělem nespokojeny do stejné míry jako Američanky kavkazského typu“ (Papežová, 2010, str 38).

Další faktor je osobnostní, kde jich máme hned několik, které jsou typické pro AN, ačkoliv nemusí být u každé dívky stejné. Patří sem například perfekcionismus, zvýšená citlivost, nižší sebevědomí, impulzivita.

Perfekcionismus je typický spíše u dívek s AN, ale i u mentální bulimie může být výjimka a jsou zde i pacienti, které mají sklony k tomuto osobnostnímu faktoru. Tento faktor je typický hlavně u dívek, co jsou vystavené ve své rodině vyšším nárokům a je tam velký důraz na výsledek, protože dívky jsou zvyklé, že rodina od nich očekává něco víc, tak mají na sebe velké a přísné nároky a chtějí být ve všem nejlepší, splnit vše co se od nich očekává a například být premiantem ve škole, být nejlepší v nějakém sportu. Jdou si tvrdě za svým cílem, a pak se může stát, že v budoucnu mohou být náchylnější k PPP a zároveň toto riziko stoupá, pokud má dívka pochybnosti o své postavě a má nižší sebevědomí (Papežová, 2010; Papežová & Hanusová, 2012).

Další faktor je zvýšená citlivost a nižší sebevědomí. Tyto faktory mohou podporovat deprese a úzkostlivé stavy na základě toho, že dívky vše velmi intenzivně prožívají. Myslí si, že je na ně kladena určitá vyšší kritika nebo nároky a často se uzavírají sami do sebe před okolním světem a jsou odměřené k přátelům, ale i rodině. Zároveň se negativně sebehodnotí (Pugnerová & Kvintová, 2016).

U impulzivity je určitá spojitost s PPP při zneužívání návykových látek (Papežová, 2010). „V souladu s touto teorií je i rozdíl v projevech impulzivity mezi ženami a muži s hraniční poruchou osobnosti. Zatímco u mužů se jejich problémy signifikantně častěji demonstrovaly ve zneužívání návykových látek, ženy častěji vyvinuly PPP“ (Papežová, 2010, s. 38).

Do rizikového prostředí patří konkrétní profese, a to je například modeling nebo balet, které mohou vyvolat problematiku PPP, protože tyto ženy se hodně zaměřují na svůj vzhled, který se v tomto typu práce velmi hodnotí (Papežová, 2010). Doba se nám ale mění a my už v modelingu nemusíme vidět pouze extrémně hubené modelky jako byla například slavná Twiggy, ale jsou tam i zastoupeny modelky s vyšším BMI jako je například Tess Holliday, a to z důvodu, aby byly podpořeny ženy, které jsou citlivější k svojí postavě a stydí se za ní.

Je sice hezká představa, že v modelingu je i nějaká výjimka, ale více převládá spíše extrémní štíhlost modelek a ty musí dodržovat velikostní míry, které jsou dané od návrhářů. Nepomáhají tomu ani masmédia (časopisy, reklamy), protože tam se spíše vytváří zkreslený obraz o ideální postavě a často ženám nabízí možnosti jako jsou diety,

cvičení, různé medikamenty k hubnutí. Je potřeba tento vliv dospívajícím lidem vysvětlovat. Společensky přijatelné ale není být štíhlý, ale vyhublý což vede k velké problematice, protože spoustu lidí nedosáhne tohoto nerealistického cíle a zároveň to má velký dopad na společnost, protože lidé budou mít větší sklony k PPP (Papežová & Hanusová, 2012; Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017; Kocourková et al., 1997).

„Kultura štíhlosti se neliší od ostatních kulturních ideálů ženské krásy. Příkladem je bandážování nohou čínských žen v minulosti. I tato móda také vedla k trvalému poškození mrzačení a chronické bolesti nohou“ (Papežová & Hanusová, 2012, s. 11).

Dalším faktorem je rodina. Rodina je velice důležitá ve všech ohledech, a to hlavně u dětí, protože formuje různé návyky jako jsou například pohybové a stravovací. Také je pro dítě velice významné to, jak se přijímá v rodině úspěch, neúspěch, jak vnímá, když je někdo hubený nebo obézní, případně jak přijímají mírnou nadváhu. Pokud máme rodiče, který mají příliš vysoké očekávání od dítěte a nejsou například dost empatičtí, zanedbávají dítě nebo se v rodině vyskytují často hádky, tak může nastat, že se u dítěte rozvine v budoucnu PPP. Zároveň velmi rizikovým faktorem v rodině může být například matka s AN, která může přenést negativní zkušenost s konzumací potravin na dítě. Podle jednoho výzkumu se zjistilo, že u některých dívek, které byly více labilní k PPP, tak jejich matky dodržovaly různé diety s cílem snížit svoji tělesnou hmotnost nebo dívky držely dietu spolu s matkou. I když nemusí mít matka PPP, tak je velmi důležité vytvořit v dítěti pocit bezpečí a dbát na správné stravovací návyky. Také by měl být větší důraz na stolování s dítětem u stolu (Krch, 2004).

Dle Papežové (2010) mohou prenatální a perinatální komplikace ovlivnit v budoucnu PPP, ale i schizofrenii. U předčasného porodu se může zvýšit riziko až 3x pro AN.

2.7 Zdravotní následky PPP

2.7.1 Komplikace ženského reprodukčního systému

Komplikace spojené s reprodukčním systém postihuje až 90 % pacientek ve fertilním věku. Patří sem poruchy menstruačního cyklu, poruchy fertility a sexuality, narušení porodního a poporodního chování, komplikovaný porod a další (Papežová, 2010).

2.7.2 Porucha menstruačního cyklu

„V reprodukčním věku ženy probíhají v jejím těle pravidelné cyklické změny, které organizmus periodicky připravují na oplodnění a otěhotnění – menstruační cyklus. Funkce ovarií je řízená hypofyzárními gonadotropiny (FSH – folikulostimulační hormon a LH – luteinizační hormon)“ (Papežová, 2010, s. 211).

Dle Papežové (2010) u žen s PPP často dochází k anovulačním cyklům a vynechání menstruace (amenorea). Amenorea postihuje často ženy v profesích jako je například balet nebo modeling. Uvádí se, že ztráta okolo 10-15 % tělesné hmotnosti je spojená s amenoreou a hrozí zde nebezpečí, že pokud nastane před pohlavní dospělostí, tak dojde k „narušení menstruačního cyklu, ale i porucha vývoje sekundárních pohlavních znaků“ (Papežová, 2010, s. 213). Další častý ukazatel je anovulační cyklus. To znamená, že nemůže dojít k oplodnění a následnému těhotenství. Často je ale v tomto případě menstruační cyklus doprovázený „pseudomenstruačním krvácením“ (Papežová, 2010). Obecně je jasné, že „jednou z hlavních příčin, která způsobuje narušení reprodukční schopnosti u většiny živočišných druhů, je porucha výživy“ (Papežová, 2010, s. 211).

2.7.3 Sexualita

Ženy s BN mají sexualitu stejnou jako u žen bez tohoto onemocnění, ale ženy s AN nevyhledávají partnerské vztahy a nemají tak sexuální apetit (Papežová, 2010).

„Dvě třetiny žen s PPP zažilo sexuální zneužívání, obyčejně staršími muži, jim dobře známými. 80 % příhod proběhlo v dětství. Ačkoli sexuální zneužívání zažilo 24-36 %, jen 15-32 % z nichž bylo zneužíváno před počátkem BN, takže zřejmě samotné sexuální zneužívání rizikovým faktorem pro vznik BN není“ (Papežová, 2010, s. 214).

2.7.4 Porucha fertility

Fertilita je výrazně snížená až o 70 % (Papežová, 2010).

„Ženy s BN trpí menstruačními problémy až v 50 %. Jsou spojeny s nedostatkem pohlavních hormonů navozených zvracením, dietami, excesivním cvičením. BN je také častěji spojena se syndromem polycystických ovarií, které ovlivňují plodnost“ (Papežová, 2010, s.216).

2.7.5 Problémy v těhotenství

Dle Papežové (2010) těhotenství může být pro ženy s PPP velice náročné období, a to hned z několika důvodu. Ženy mohou trpět depresí nebo úzkostí, protože váhový přírůstek „činí v termínu porodu (40. týden po poslední menstruaci) okolo 12 kg“ (Papežová, 2010, s. 215). To může velmi ženu ovlivnit po psychické stránce, a tak se doporučuje u těchto žen plánované rodičovství. Pacientka by vždy měla navštívit svého ošetřujícího lékaře a probrat s ním, kdy je vhodné těhotenství naplánovat (Papežová, 2010).

Zároveň Papežová (2010) upozorňuje, že v počátku těhotenství je zvýšené riziko spontánních potratů (až 2x častěji) nebo mimoděložního těhotenství a důsledkem potratů může například být „nevhodné chování těhotné“ (Papežová, 2010, s. 215). Chováním myslíme například „nevhodné jídelní chování, zvracení, abúzus návykových látek, alkoholu a látek s embryotoxickým účinkem“ (Papežová, 2010, s. 215). V druhém trimestru je těhotenství nejvíce klidové období, ale můžou i zde vzniknout rizika jako je například

předčasný porod, preklampsii, poruchy placenty a co se týká porodu, tak je často řešený císařským řezem z důvodu zvýšeného prahu bolesti u žen s podváhou (Papežová, 2010).

2.7.6 Komplikace stomatologické

Stomatologické komplikace mohou často dívky nebo chlapce přivést k návštěvě stomatologa a stomatolog může být tak první, kdo tento problém odhalí, protože pacienti většinou tento problém tají (Papežová, 2010).

„Často mají zubní eroze z regurgitace kyselého žaludečního obsahu při zvracení, především v těch místech, kde je nejvíce v kontaktu se zuby. Eroze vznikají asi po 6 měsících zvracení, ale závisí na frekvenci zvracení a kvalitě ústní hygieny“ (Papežová, 2010, s. 262).

Dle Papežové (2010) patří mezi projevy:

- eroze skloviny, zvýšená demineralizace skloviny, hypersezitivita
- abraze tvrdých zubních tkání
- zubní kaz
- xerostomie
- zduření slinných žláz
- traumatizovaná sliznice dutiny ústní a jícnu
- gingivitida
  (s. 262)

2.7.7 Komplikace gastrointestinální

Gastrointestinálních symptomů u PPP je celá řada a jsou i poměrně brzy odhaleny a následně léčeny, protože si na ně pacient často stěžuje. Tyto symptomy jsou často řešeny u praktického lékaře a dále jsou pacienti sledovány v gastroenterologických ambulancí, kde probíhá následná léčba. Mezi tyto symptomy patří například bolení a plnost břicha, obstipace, průjem v důsledku abúzu laxativ, nauzea, pyróza, gastroezofageální reflux. Pacienti s gastrointestinálními problémy, tak často mají i změny na jazyku. Povrch jazyka je šedý a mapovitý. Ústní koutky mají často pacienti popraskané a také se jim tvoří afty a mohou mít tzv. veverčí obličej, který vzniká díky otoku v okolí příušní žlázy v důsledku zvracení (Meisnerová, 2013). U pacientů s AN se můžeme setkat s termínem prodloužený „transit time“ u tenkého střeva, „který je charakterizovaný chyběním migrujících motorických komplexů“ (Papežová, 2010, s. 230).

„Při úporném zvracení se můžeme setkat s mechanickým poškozením oblasti gastroezofageální junkce (Malloryho-Weissův syndrom), u nemocných s bulimií je vzácně popisovaná perforace jícnu či dokonce žaludku při přejídání a následném násilném vyvolání zvracení. Závažnou komplikací je akutní dilatace žaludku, zejména při rychlém nárůstu množství přijímaného jídla po dlouhodobém hladovění“ (Papežová, 2010, str. 229).

2.7.8 Komplikace kosterní

Mezi kosterní komplikace patří osteoporóza. Osteoporóza je kostní atrofie, která se často vyskytuje u mentální anorexie, kdy dochází k útlumu osteogeneze, úbytku kostní hmoty a následně je vyšší riziko zlomenin u pacientů. Mezi rizikové faktory pro rozvoj osteoporózy v rámci PPP patří například věk, nízké BMI, nadměrné kouření, alkohol, hypogonadizmus, nedostatečný přísun vápníku, proteinů, vitamínu D, úbytek anabolických hormonů a také dlouhodobý průběh PPP, který ovlivňuje osteoporózu (Papežová, 2010).

„Rozvoj mentální anorexie je zvláště poškozující v období dospívání, tedy v období akcelerace růstu a modelace skeletu, jelikož je ohroženo dosažení geneticky determinovaného maxima kostní hmoty. V případě, že mentální anorexie začne ještě před pubertou, bude zpomalen longitudinální růst skeletu (oblast růstových plotének). V případě, že se onemocnění vyvine až po období začátku puberty, bude poškozena zejména modelace kosti a její periostální apozice (růst kostí do šířky)“ (Papežová, 2010, s. 235).

2.7.9 Komplikace dermatologické

I dermatologické projevy nás můžou navést k PPP a jsou velmi časté. Nastávají především při snížení pod BMI 16 a vznikají z nedostatečného přísunu živin, hladovění (vlasy jsou matné, alopecie, akné, afty,…), zvracení (Russelův příznak, vypadávání zubů, zubní kaz, zánět ústních koutků,…), psychiatrických příčin (spáleniny, jizvy,…), užívání léků (diuretika, laxativa, anorektika). Mezi nejčastější kožní projevy patří xerotis cutis (suchá kůže), změny ochlupení, změny nehtů, změny ústní (Papežová, 2010).

Změny v ústní krajině jsou především projevem cheilitis angularis. To znamená zánět ústních koutků, kde je určitá bolestivost a oblast je podtržená zčervenáním. Vzniká na základě nedostatečného přijmu vitamínu B a podráždění, které vzniká při opakovaném zvracení. Dále dochází i k zbytnění příušních žláz, k zvýšené kazivosti zubů, často je narušená zubní sklovina. Změny nehtů jsou více častým projevem u mentální anorexie, kde dochází kvůli nedostatku minerálů k jejich lámavosti a křehkosti. U změn ochlupení dochází k lanuginózní hypertrichóze, a to znamená, že je to abnormální růst ochlupení na specifických místech s krátkým chmýřím jako je obličej, záda nebo břicho (Papežová, 2010). „Zvýšené lanuginózní ochlupení představuje však i příznak možné vnitřní malignity, kterou je nutné vyloučit“ (Papežová, 2010, s. 252). Dále je to alopecie, což znamená, že dochází k vypadávání vlasů a je tam jejich určitá lámavost (Papežová, 2010).

2.7.10 Komplikace renální

Mezi renální komplikace patří polyurie, která je častá u pacientek s mentální anorexií, kdy jsou schopny vypít přes 5 l vody za celý den. Dále zde může být tzv. psychogenní polydipsie což je nekontrolované nutkání přijímat nadměrné množství vody. U PPP může dojít i k metabolické acidóze a ta vzniká v důsledku zneužívání různých

projímadel nebo nastává hypochloremická metabolická alkalóza, která vzniká díky zvracení. Mezi další komplikace patří také zvýšená hladina urey, hypokalémie (může vzniknout kaliopenická nefropatie), hyponatremie, hypomagnezemie, otoky dolních končetin, hypoproteinémie (Meisnerová, 2013).

2.7.11 Komplikace kardiovaskulární

Kardiovaskulárních komplikací u PPP je celá řada. Například u pacientek s AN restriktivního typu, které mají podváhu, tak může dojít k rozvoji bradykardie nebo hypotenzi. Pacientkám je často naměřený tlak nižší, a to i pod 90/60. U hypotenze se může stát, že pacientky nemusí podlehnout kolapsu, protože jejich tělo je už adaptované na tento stav (Papežová, 2010). Dále se můžeme setkat i s maligní arytmií, které může vyústit i v srdeční selhání, které patří mezi nejčastější úmrtí tohoto onemocnění. Typické to je u AN purgativního typu (Krmíček, 2020). Mezi další komplikace se řadí snížená hmotnost myokardu, EKG změnám, kdy dochází k iontové disbalanci. Bohužel se často setkáváme u pacientek se vznikem arytmií, které mohou vznikat v důsledku hypokalémie, které nastane po zvracení. Někdy může dojít až k srdečnímu selhání (Papežová, 2010).

2.7.12 Komplikace neurologické

Neurologické komplikace vznikají v důsledku nedostatku vitamínů, stopových prvků, ale i když je nedostatek makronutrientů: bílkovin, cukrů a tuků. Tam může docházet potom k únavě, demenci a organickému psychosyndromu (Papežová, 2010). „Tyto změny jsou objektivně viditelné jako atrofizace centrálního nervového systému (CNS). Atrofické změny CNS jsou podle mnoha prací reverzibilní a dochází k výraznému zlepšení ukazatelů atrofie po obnovení dostatečného energetického příjmu“ (Papežová, 2010, str. 224). Pokud máme nedostatek vitamínů, tak například u vitamínu B1 může docházet k neurologickým symptomům jako je periferní neuropatie, Wernickeův-Kosarkův syndrom. U vitamínu C patří mezi neurologické symptomy myopatie (Papežová, 2010).

Mezi další komplikace patří hyponatremie, hypokalemie, hypokalcemie. K hyponatremii může dojít u pacienta s PPP, který se snaží zahnat hlad díky nadměrnému přijmu vody. Také může vzniknout společně s hypokalémií nebo pokud dochází k zneužívání diuretik, laxativ a dochází tak k zvracení nebo průjmu. Mezi typické příznaky hyponatremie patří bolest hlavy, nevolnost, zvracení, dezorientace, ospalost, křeče ve svalech. Pokud dojde k náhlému následku v důsledku poruchy hyponatremie nebo hypokalemie, tak vzniká epileptický záchvat nebo bezvědomí. U hypokalémie dochází většinou k svalové slabosti a někdy to může vyústit až v myopatii. Dále se můžeme setkat s hypokalcemií, která se projevuje v podobě tetanických záchvatů (vyvolává tonické křeče), které jsou ale spíše v pokročilejším stupni hypokalémie (Papežová, 2010).

2.8 Rodinná prevence před PPP

Mezi nejzákladnější prevenci je určitě rodina, protože rodina nám udává směr a je pro nás velice důležitá při osvojování různých postojů, a to je i na příjem potravy. Pokud máme rodinu, kde je velký důraz na dokonalost postavy a jsou tam různé konfliktní situace, tak o to vyšší může být vznik PPP (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). V rodinném zázemí máme hned několik důležitých základů, které mohou předcházet před PPP. Určitě je to komunikace mezi rodičem a dítětem a aby byly i dobré vztahy mezi nimi. Dalším důležitým bodem jsou vhodné stravovací zvyklosti, které předáváme svému dítěti (Švédová & Mičová, 2010).

2.8.1 Význam jídla u dítěte

„Je všeobecně známo, že k propojení potřeb nasycení a lásky dochází krátce po narození, kdy matka uspokojuje nejen fyzické, ale také emocionální potřeby novorozence (kojence). První příjemné pocity pramení z uspokojení jeho potřeb, které proběhne právě v nasycení. V té chvíli je potrava asociací bezpečí, tepla, pohodlí a lásky. V procesu krmení je rozvíjen nejen kontakt mezi dítětem a matkou, ale také posilovaná emocionální vazba a intimita“ (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 22).

Výživa u dětí hraje důležitou roli, protože má bohatě zastoupené živiny, které jsou například jako prevence před jiným onemocněním, ale jsou i důležité pro růst a další vývoj (Papežová, 2010). Zároveň od dětství si vytváříme stravovací návyky, které se formují do 5 let, a to díky rodině. Do jisté míry může jídelní chování ovlivnit i mateřská škola nebo základní škola, ale základ je vždy v rodině. „Když dítě zjistí, že čas strávený u jídla je také časem, kdy si můžete povídat a společně ochutnat nové potraviny, získá k jídlu pozitivní vztah“ (Carey & Rudkin, 2020, s. 42). Pozitivní vztah je opravdu důležitý a měli bychom dítěti ukázat jen pozitiva k jídlu. Zároveň nesmíme zapomínat, že dítě se učí pozorováním a sleduje nás, jaký my máme vztah k jídlu. Proto je důležité, abychom i my s dítětem společně stolovali, nedělali přitom jinou aktivitu a mluvili o významu a pestrosti jídla (Laštovičková, 2018, 5. červen). „Vyhněte se nabízení sladkostí jako odměny nebo vyhrožování, že dítě sladkost nedostane, když nesní zeleninu. Jinak bude mít pocit, že jí zeleninu za trest“ (Carey & Rudkin, 2020, s. 43).

„Podle rodičů má problémy s jídlem 25 až 28 % dětí do 6 měsíců věku a 18 % čtyřletých. Vyšší prevalence je u dětí s onemocněním (26 až 90 %) a u nedonošených (10 až 49 %). Časné problémy s jídlem mají vliv na fyzický, kognitivní, sociální a emoční vývoj, nižší hmotnost a vyšší nemocnost a vedou k přetrvávajícím jídelním problémům“ (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 22).

2.9 Školní prevence před PPP

Škola hraje také vedle rodiny důležitou roli a je potřeba, aby každá škola se zapojila do prevence před PPP. Zejména by podle mého posouzení měl být kladen důraz

na základní školy, protože právě tam jsou některé děti více náchylný k vzniku tohoto onemocnění. Proto jsem se i v mojí bakalářské práci zaměřila právě na děti, které navštěvují základní školu.

„Škola se po rodině stává nejdůležitějším socializačním činitelem, do něhož se promítají pozitivní i negativní působení, a je hlavním místem realizace primární prevence“ (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 46). Zároveň škola nemůže úplně zastoupit rodinu, ale může podat pomocnou ruku k nedostatkům a následnému řešení situace, které si děti mohou do školy přinést. Vždy je ale důležité, aby byla spolupráce rodiny se školou, protože pokud tomu tak nebude, tak prevence se stane nedostačující (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

2.9.1 Pedagog a prevence u PPP

Je důležité, aby pedagog znal problémy PPP. To znamená, aby věděl problematiku a dokázal to vysvětlit. Dále jaké jsou příčiny, následky a vhodným způsobem to dokázal sdělit dětem. Neměl by například zastrašovat, přehánět, protože i to může u dětí vyvolat rizikové chování (Švédová & Mičová, 2010).

Někdy se bohužel může stát, že pokud je ve škole přednáška na téma PPP, tak v některých dětech může nastat rizikové chování pro toto onemocnění, protože někdo může být nadšený například z obrázků, že nějaká modelka nebo herečka je hubená nebo zjistí, že pomocí laxativ nebo diuretik se může vyvolat zvracení, a tak se může každý přiblížit k vytoužené postavě. Proto je důležité vybrat vhodnou prezentaci a komunikaci pro děti (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

Dále je důležité připravit děti, že v určitém období života může nastat změna tělesných proporcí spolu s psychickými změnami a vysvětlit jim, že je to normální průběh a je potřeba se v tomto období vyhnout různým předsudkům. Také by měl pedagog zajistit pozitivní prostředí ve třídě a podpořil je v osobnostním růstu. Zároveň ukázal, jak se řeší konflikty, neúspěch, kritika a další. Součástí edukace u dětí by neměl pedagog zapomenout na vhodné stravovací návyky, sdělit prevenci před obezitou (Švédová & Mičová, 2010) „a zároveň u dětí neposilovat strach z nadváhy a některých potravin (vyvarovat se kategorických tvrzení např. o kalorických hodnotách jídel, škodlivosti určitých potravin)“ (Švédová & Mičová, 2010, s. 15).

„Ve skutečnosti za malým úspěchem některých preventivních programů může být selhání tkvící v neschopnosti zjistit, jaké mají učitelé a další zaměstnanci školy znalosti, hodnoty a postoje související s prevencí těchto poruch“ (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 48).

2.10 Léčba u PPP

Zvolení konkrétní léčby se bude u každého pacienta lišit, protože každý je individuální. Záleží na mnoha faktorech, které nakonec zvolí u pacienta nebo pacientky danou léčbu (Švédová & Mičová, 2010).

Léčba by měla sledovat tři cíle:

- léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží (vlivem opakovaného zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, dlouhodobého hladovění)
- psychoterapie k pochopení příčin onemocnění a zejména k pochopení „role“ nemoci v současném životě klientky
- psychoterapie, zaměřená na změnu nevhodných jídelních zvyklostí a samotného životního stylu nemocného
  (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 54).

Cílem léčby je dosáhnout u pacienta, aby měl kladné sebehodnocení k svému tělu, navázal opět své rodinné a jiné vztahy a dokázal přijímat veškerou potravu bez výčitek, že by přibral na své váze. Potom můžeme prohlásit, že léčba byla úspěšná (Švédová & Mičová, 2010).

Pokud máme lehčí průběh u PPP, tak můžeme zvolit léčbu jako je navštívení denního stacionáře nebo ambulantní péče. Denní stacionář je pro pacienty, který mají vyšší motivaci a pacient navštěvuje individuální a skupinové terapie v průběhu dne a večer se vrací opět domů. Cílem terapie je motivovat a dále pokračovat v léčbě (Procházková & SladkáŠevčíková, 2017). „Denní stacionář pro pacienty nad 18 let vznikl v roce 2002 na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, je prvním specializovaným zařízením tohoto typu v ČR“ (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 54). U ambulantní péče je rozdělení lékařské, nutriční a psychoterapie (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

Lékařskou péčí se rozumí pravidelné kontroly pacienta a spolupráce jednotlivých odborníků jako je například praktický lékař, zubař, gynekolog, internista, psychiatr, psycholog a další (Švédová & Mičová, 2010). Pro pacienty může být praktický lékař jako první profesionální odborník, který může dále nasměrovat pacienta k dalšímu postupu v léčbě. Pokud pacient vyhledá pomoc u svého praktického lékaře, tak lékař by měl být empatický a poskytnout pomoc. Měl by zhodnotit obtíže, které má pacient, provést celkovou prohlídku pacienta (TK, jaká je hmotnost, zhodnocení krevních testů). Dále by měl pacienta doporučit k dalším odborníkům (Middleton & Smith, 2013).

Nutriční terapeut (NT) má za úkol vysvětlit pacientovi jaké zdravotní problémy mohou nastat při tomto onemocnění, co způsobí přejídání nebo hladovění, jaké jsou rizika z užívání diuretik nebo laxativ. Zároveň je cílem, aby NT pacientovi postupně zvyšoval denní příjem jídla a aby pacient nakonec pravidelně konzumoval potraviny. Je ale nutné vědět jaké má pacient jídelní návyky, jak se vyvíjí hmotnost, jestli má nějakou denní aktivitu. Také je důležité vědět, zda pacient zvrací nebo se přejídá a nakonec, aby pacient

si vždy zapsal, kolik a co za den zkonzumuje (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Vždy je důležitá spolupráce a opět empatie k pacientovi.

Psychoterapie můžeme mít individuální nebo skupinové (Švédová & Mičová, 2010). „Na všech stupních léčby je zdůrazňován význam psychoedukace, tj. poučení o povaze nemoci, následcích hladovění a diet a možnostech léčby a motivační terapie“ (Švédová & Mičová, 2010, s. 13). Nejčastější psychoterapeutickou metodou je kognitivně behaviorální terapie, která se zaměřuje na to, aby měl pacient lepší sebepojetí k svému tělu a našel určitou sebedůvěru (Švédová & Mičová, 2010). Zároveň „jsou na ní založeny svépomocné manuály pro nemocné a jejich rodiny“ (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 58).

Mezi další metody patří svépomocné skupiny, které jsou jak pro pacienty, tak i rodiče, kde je důležitá motivace, podpora a překonat sociální izolaci. Dále rodinná, ale i vícerodinná terapie (může se účastnit 5–6 rodin, kdy rodiny mohou porovnat určité návyky a sdělí svůj názor před ostatními rodinami) (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Zejména u mladých pacientů je rodinná terapie nezbytná.

Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie:

- pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění, včetně nevědomých souvislostí
- cílem je zejména změna osobnosti, zlepšení zrání v oblasti separace a individuace (v analytické psychologii jde o proces při němž se lidská psychika stala celistvější ve vztahu ke svým komponentám)
  (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 57).

2.11 Kde hledat pomoc

V poslední kapitole teoretické části bych ráda uvedla několik organizací, které se zabývají PPP.

- Centrum Anabell, z.ú. – http://www.anabell.cz/
  Společnost Anabell nabízí internetové poradenství, terapie, ale i nutriční poradenství. Je zde i telefonická krizová pomoc, která je poskytovaná vždy od pondělí do pátku (od 8:00 do 16:00, výjimka je pouze v úterý od 10:00 do 18:00). Tel. čísla jsou 542 214 014 nebo 724 824 619. E-maily i telefonickou krizovou pomoc odbavují sociální pracovníci, psychologové a pracovníci, který umí odbavit krizové hovory. Služby jsou vždy bezplatné a pokud pacient bude volat na krizovou linku, tak je tarifikace nastavená podle operátora pacienta. Pokud se podíváme na internetové stránky, tak vše je hezky přehledné a jasné. Můžeme si tam přečíst i příběhy žen s PPP.
- FN v Motole – dětská psychiatrická klinika 2.LF UK a FN Motol - www.fnmotol.cz
- Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy – Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN - www.vfn.cz
- FN Brno – Psychiatrická klinika, která se specializuje pro léčbu PPP - https://www.fnbrno.cz/
- FN Ostrava – Dětská dorostová psychiatrická ambulance ve FN Ostrava https://www.fno.cz/

Případně jsou to krizové linky jako je například:

- Modrá linka - https://www.modralinka.cz/ / tel. 608 902 410, 731 197 477 / mají i chat
- Linka bezpečí - https://www.linkabezpeci.cz/ / zdarma 116 111 / mají i chat

3 Praktická část

3.1 Metodika a cíle výzkumu

V této bakalářské práci jsem si stanovila na základě dané problematiky dva cíle, a to jaká je informovanost u žáků základních škol. Respektive jsem se zajímala o žáky druhého stupně, které navštěvují 7., 8. a 9. třídu. Dalším cílem je, jak jsou žáci spokojeni se svojí postavou.

Pro tento výzkum jsem si vybrala kvantitativní výzkumné šetření, které jsem realizovala na základních školách, kde jsem rozdala anonymní dotazníky v 7., 8. a 9. třídě.

3.1.1 Výzkumné otázky

1) Chlapci jsou spokojenější se svojí postavou než dívky.
2) Dívky mají větší znalost o poruchách příjmu potravy než chlapci.

3.1.2 Sběr dat a výběr respondentů

Sběr dat proběhl v roce 2021 na jaře po dobu dvou měsíců na základních školách v Kutné Hoře, kde probíhala rotační výuka kvůli onemocnění Covid 19. I přes tento problém po dohodě s řediteli základních školách byl výzkum umožněný a proběhl u žáků 7., 8 a 9. třídy ve věkovém rozmezí od 12-15 let, a to ve formě dotazníkového šetření v papírové podobě (PAPI – paper and pen interviewing), které bylo anonymní. Celkem bylo rozdáno od pedagogů 150 dotazníků a všechny byli vyplněné i když měli žáci možnost dotazník nevyplnit.

V dotazníku (viz. příloha 1) bylo 18 otázek, kde jsem zvolila otázky uzavřené a otevřené. Zároveň žáci byli seznámeny se záměrem bakalářské práce a také tam bylo uvedeno, že všechny údaje, které budou zaznamenány budou pouze použity pro výzkum této práce. Součástí dotazníku bylo i poděkování za jeho vyplnění.

3.1.3 Analýza dat

Výsledky, které jsem získala z výzkumného šetření ze základních škol, tak jsem si vyhodnotila v programu Microsoft Excel, kde jsem si je zadala do tabulek a dále do grafů, které jsou zaznamenány v této práci v podobě sloupcových a koláčových grafů a také jsem si ověřila správnost odpovědí z teoretické části bakalářské práce.

3.1.4 Etika výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo na dvou základních školách v Kutné Hoře a nikdo nepožadoval schválení etickou komisí. Zároveň všem respondentům bylo umožněno dotazník nevyplnit, tak se ale nestalo a všechny byli dokončené. Dotazník byl také anonymní a veškeré údaje byli pouze pro účel bakalářské práce.

3.2 Výsledky výzkumu

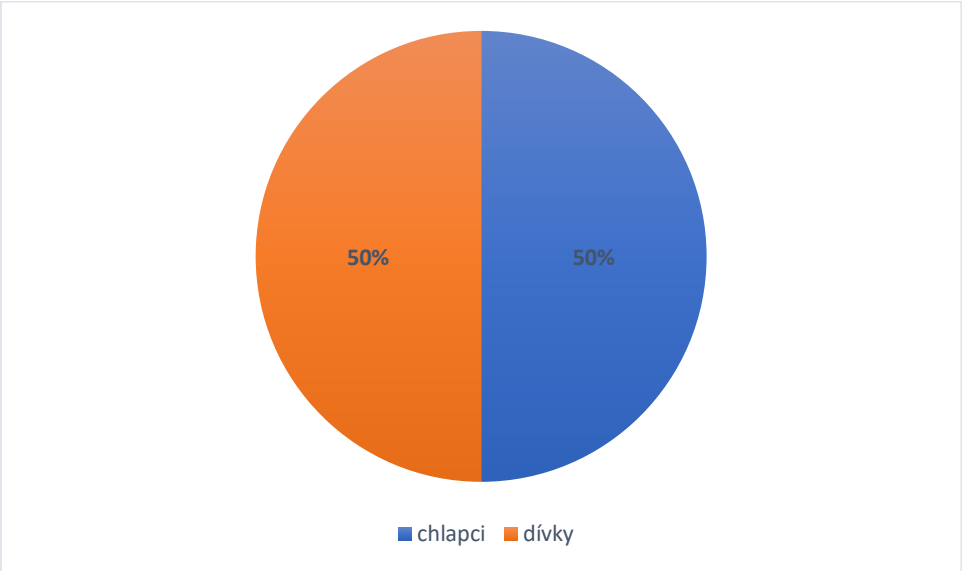
Všechny výsledky z výzkumného šetření jsem uvedla do grafů koláčových a sloupcových pro lepší přehlednost a pořadí výsledků jsem nechala podle zpracovaného dotazníku a výzkumných otázek.

Výzkumné otázky, které jsem si stanovila, tak jsou rozloženy v následujících otázkách:

- Výzkumná otázka číslo 1 - 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
- Výzkumná otázka číslo 2 - 13,14,15,16,17,18,19

3.2.1 Demografické otázky:

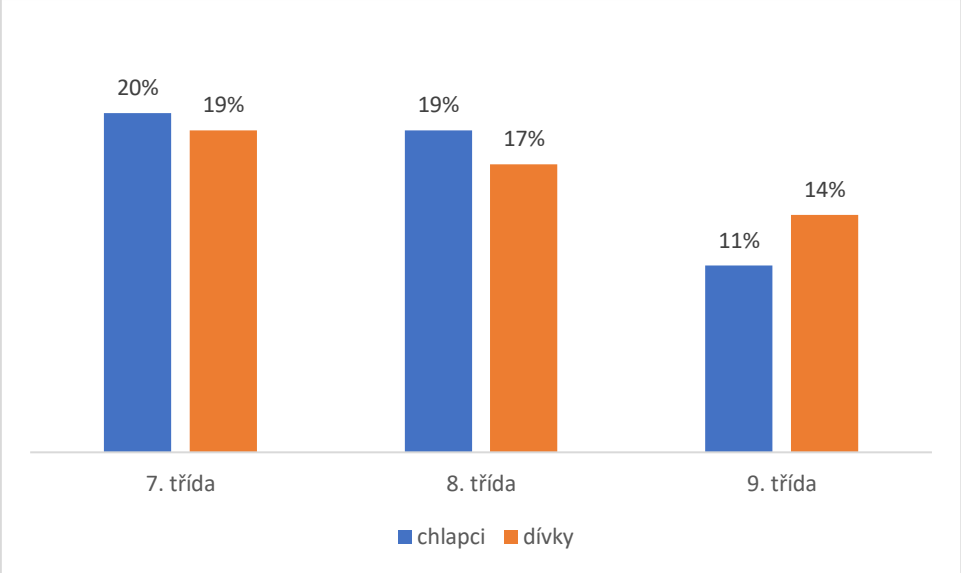
1) Pohlaví



Graf 1 – Pohlaví žáků.

Graf 1 nám ukazuje, že se výzkumného šetření účastnilo 75 chlapců (tj. 50 %) a 75 dívek (tj. 50 %). Celkem bylo rozdáno na základních školách 150 dotazníků a z toho všechny byli řádně vyplněné.

2) Třída:



Graf 2 – Jakou třídu navštěvují žáci.

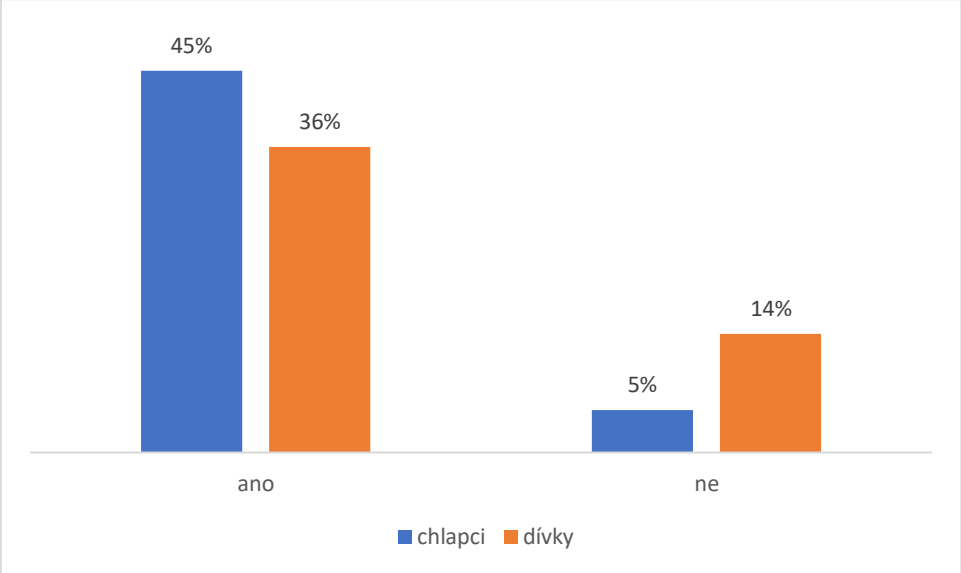
Na grafu 2 vidíme, že dotazníkové šetření probíhalo v 7., 8. a 9. třídě a jelikož byla rotační výuka kvůli onemocnění Covid 19, tak v jednotlivých třídách bylo menší zastoupení žáků než obvykle. Jak jsem zde už uvedla, tak dohromady z obou základních škol bylo žáků 150, které se účastnili výzkumného šetření. Graf je zároveň rozdělený i podle pohlaví, abychom viděli rozmanitost ve třídách.

Rozdělení tříd:

- 7. třída: 30 chlapců (tj. 20 %) a 28 dívek (tj. 19 %)
- 8. třída: 28 chlapců (tj. 19 %) a 26 dívek (tj. 17 %)
- 9. třída: 17 chlapců (tj. 11 %) a 21 dívek (tj.14 %)

3.2.2 Výzkumná otázka č. 1

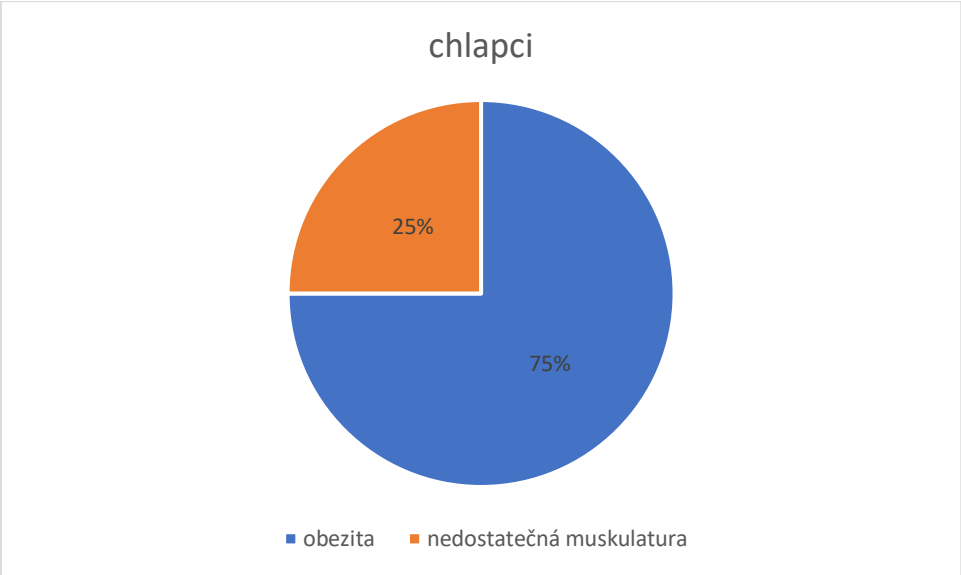
3) Jsi se svojí postavou spokojený/á?



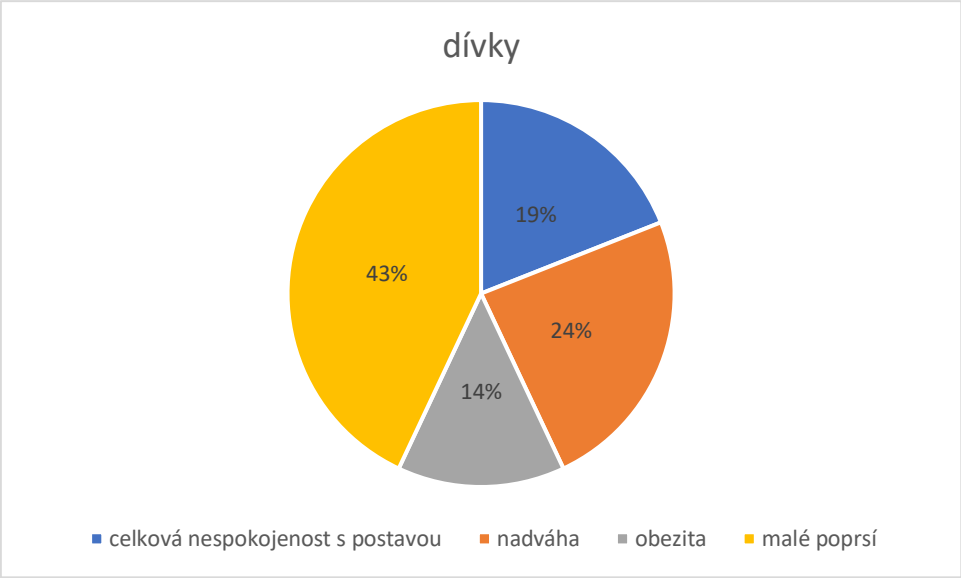
Graf 3 – Jak jsou žáci spokojený se svojí postavou.

U grafu 3 můžeme vidět, že většina žáků je spokojená se svojí postavou, protože 67 chlapců (tj. 45 %) a 54 dívek (tj. 36 %) tak vyplnilo. Bohužel je tu i skupina žáků, která je opačného názoru a to 8 chlapců (tj. 5 %) a 21 dívek (tj. 14 %). Obecně zde vidíme, že více jsou spokojený se svojí postavou chlapci a dívky méně.

4) Pokud jsi odpověděl/a v předešlé otázce ne, tak proč jsi nespokojený/á se svojí postavou?



Graf 4 – Proč jsou chlapci nespokojeni se svojí postavou.



Graf 5 – Proč jsou nespokojené dívky se svojí postavou.

Pro větší přehlednost jsem uvedla do zpracování této otázky dva koláčové grafy, které jsou rozdělené na chlapce a dívky a my tak podrobněji můžeme porovnat jaká je u jednotlivých pohlaví nespokojenost. Zároveň tato otázka byla otevřená, tak žáci mohli napsat jakýkoliv důvod nespokojenosti podle sebe a nebyli omezený výběrem odpovědi. Když porovnáme oba grafy, tak dívky vyplnily více variant nespokojenosti na svoji postavu než chlapci. Chlapci vyplnili dvě a dívky čtyři varianty. Zároveň dívky jsou více nespokojené se svojí postavou, protože celkem tak vyplnilo 21 dívek a chlapců jen 8. U grafu 4 vidíme, že největším problémem u chlapců je obezita a nedostatečná muskulatura. Problém s obezitou vyplnilo 6 chlapců (tj. 75 %) a nedostatečnou muskulaturu vyplnili 2 chlapci (tj. 25 %). Když se podíváme na graf 5, tak největší problém, který na grafu převažuje u dívek je malé poprsí. Tento důvod nespokojenosti vyplnilo celkem 9 dívek (tj. 43 %). Dále dívky uvedly nadváhu, celkovou nespokojenost se svojí postavou a obezitu. Nadváhu vyplnilo 5 dívek (tj. 24 %), celkovou nespokojenost se svojí postavou vyplnily 4 dívky (tj. 19 %) a obezitu vyplnily 3 dívky (tj. 14 %).

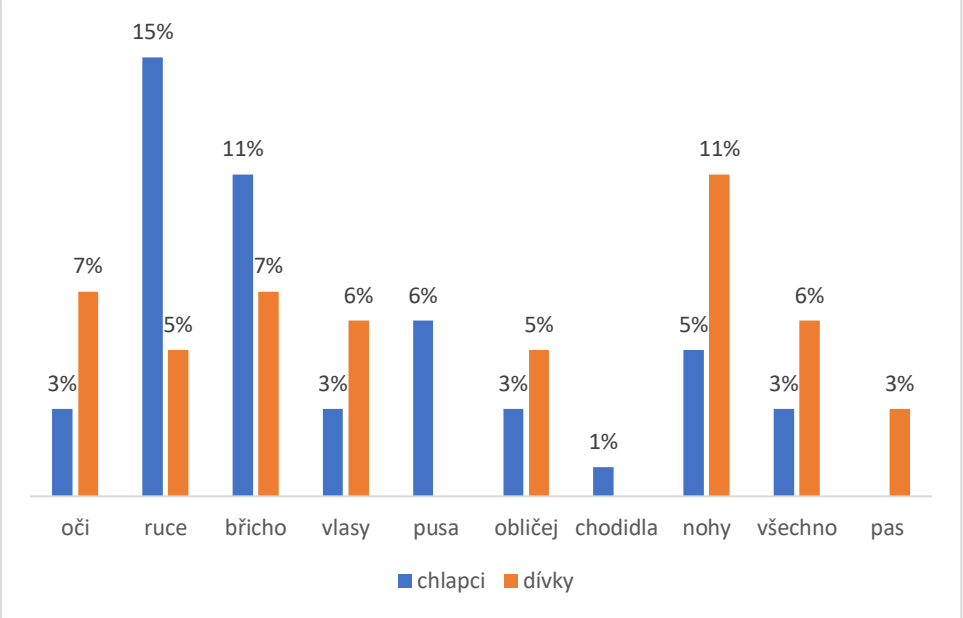
Na ukázku, zde uvedu několik citací z dotazníku k této otázce:

„Jsem bohužel tlustá a v některém oblečení nevypadám, jak bych chtěla vypadat. Chtěla bych mít jinou postavu, ale nedaří se mi to.“

„Mám malé prsa a kluci se mi za to smějí.“

„Chtěl bych mít větší svaly, ale žádný nemám.“

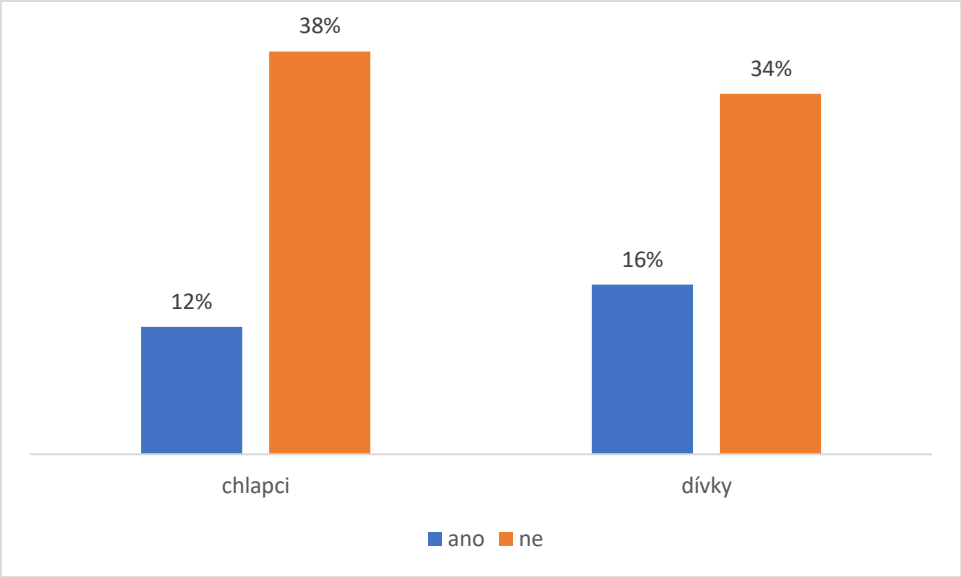
5) Máš rád/a nějakou část svého těla? Pokud ano, tak napiš jakou.



Graf 6 – Oblíbená část těla u žáků.

Zde vidíme, že i přes nespokojenost některých žáků na svoji postavu vyplnili všichni žáci tuto otázku. Odpovědi jsem nechala autentické. Nejvíce odpovědí na oblíbenou část těla u chlapců byli ruce a u dívek nohy. Ruce vyplnilo celkem 23 chlapců (tj. 15 %), dívek bylo jen 7 (tj. 5 %) a následně nejvíce hlasů u chlapců i dívek bylo břicho. Uvedlo tak 16 chlapců (tj. 11 %) a dívek bylo 11 (tj. 7 %). Zároveň dívky vyplnily nejvíce jako oblíbenou část těla nohy v počtu 16 (tj. 11 %), chlapců tuto možnost vyplnilo jen 7 (tj. 5 %). Máme zde i další odpovědi jako oči, kde je o tom přesvědčeno 5 chlapců (tj. 3 %) a 10 dívek (tj. 7 %). Další oblíbenou částí jsou vlasy, kde v dotazníku vyplnili 4 chlapci (tj. 3 %) a 9 dívek (tj. 6 %), obličej vyplnili 4 chlapci (tj. 3 %) a 8 dívek (tj. 5 %), spokojenost celého těla vyplnilo 5 chlapců (tj. 3 %) a 9 dívek (tj. 6 %). Na grafu si můžeme všimnout, že odpověď pusa a chodidla vyplnili pouze chlapci. Pusu vyplnilo 9 chlapců (tj. 6 %) a chodidla 2 chlapci (tj. 1 %). Dále zde vidíme pas, který vyplnily jen dívky v počtu 5 (tj. 3 %).

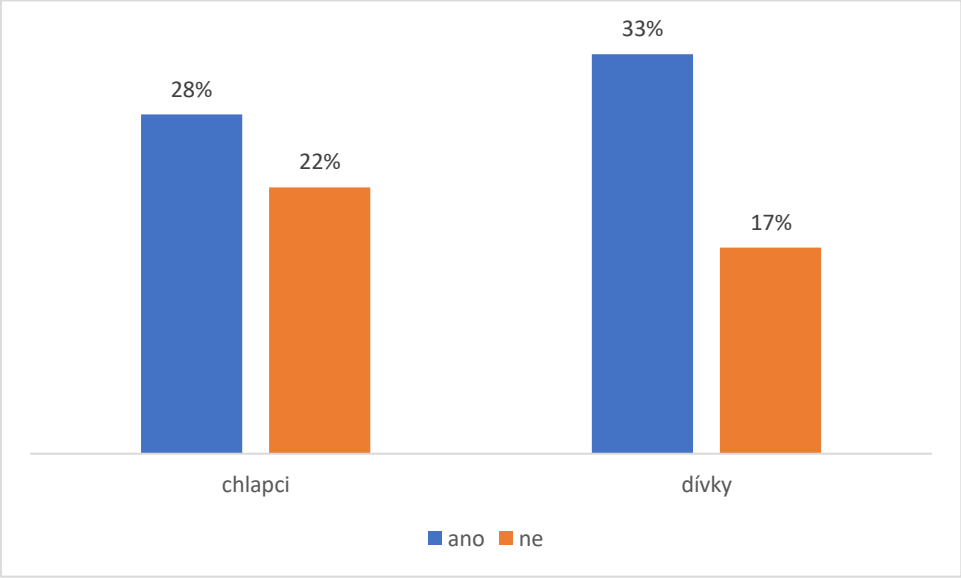
6) Držel/a jsi někdy dietu?



Graf 7 – Dieta u žáků.

Na grafu 7 vidíme, že chlapci i dívky mají zkušenost s držením diet, protože tuto možnost vyplnilo 18 chlapců (tj. 12 %) a 24 dívek (tj. 16 %). Jak tedy vidíme, tak dívky mají větší zkušenost s dietami než chlapci. Také tu máme skupinu žáků, který nemají zkušenosti s držením diet, tak vyplnilo 57 chlapců (tj. 38 %) a 51 dívek (tj. 34 %).

7) Drží někdo v rodině dietu?

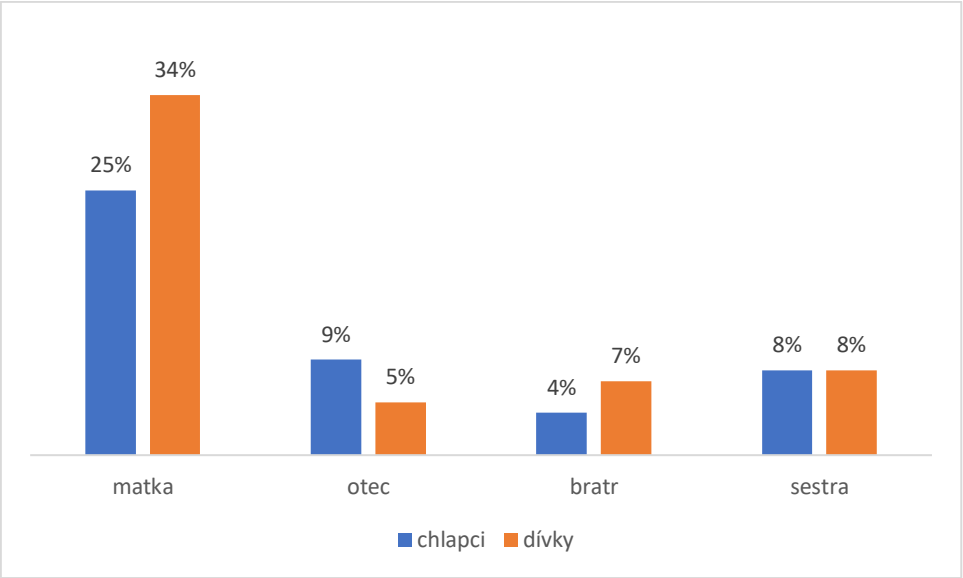


Graf 8 – Jaké je zastoupení držení diet v rodinách.

Zde jsem se snažila zjistit, jestli někdo z rodiny drží dietu a výsledky jsou takové, že 42 chlapců (tj. 28 %) uvedlo ano a pro ne bylo 33 chlapců (tj.22 %). 49 dívek (tj. 33 %)

vyplnilo ano a 26 dívek (tj. 17 %) vyplnilo ne. Zjistili jsme tedy, že celkem u 91 chlapců a dívek se v těchto rodinách drží diety.

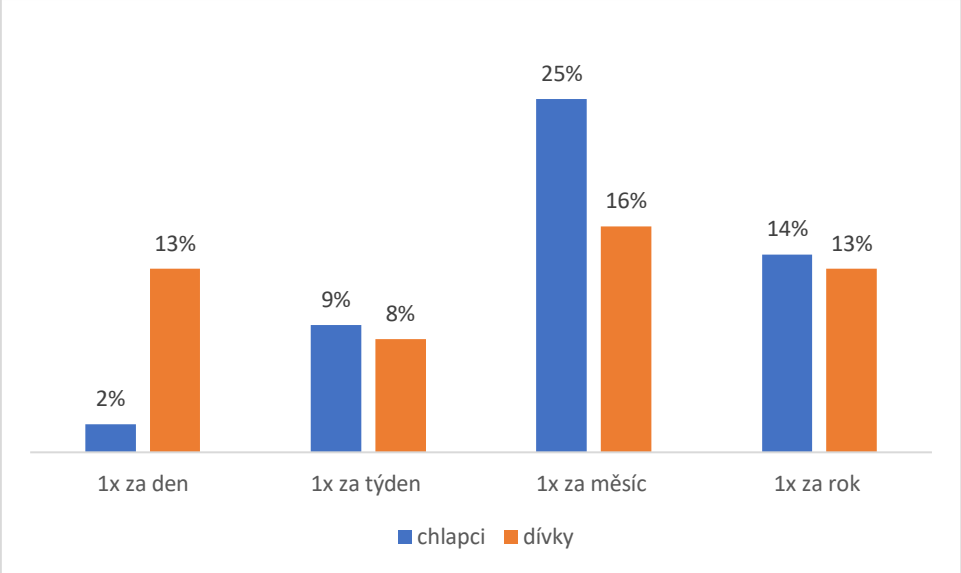
8) Pokud jsi v minulé otázce odpověděl/a ano, tak napiš jednoho člena domácnosti, který drží diety.



Graf 9 – Kdo v rodině drží diety.

Jak už jsme zjistili, tak 91 chlapců i dívek vyplnilo, že v rodině se drží diety a jak vidíme na grafu č. 9, tak u chlapců i dívek je nejčastější člen domácnosti, který drží diety matka. Vyplnilo tak 23 chlapců (tj. 25 %) a 31 dívek (tj. 34 %). Mezi další vyplněné rodinné příslušníky se řadí otec, bratr a sestra. Otce vyplnilo 8 chlapců (tj. 9 %), 5 dívek (tj. 5 %). Dále se jednalo o sourozence, kde bratra vyplnili 4 chlapci (4 %) a 6 dívek (tj. 7 %), sestru vyplnilo 7 chlapců i dívek (tj. 8 %).

9) Jak často sleduješ svoji tělesnou hmotnost?



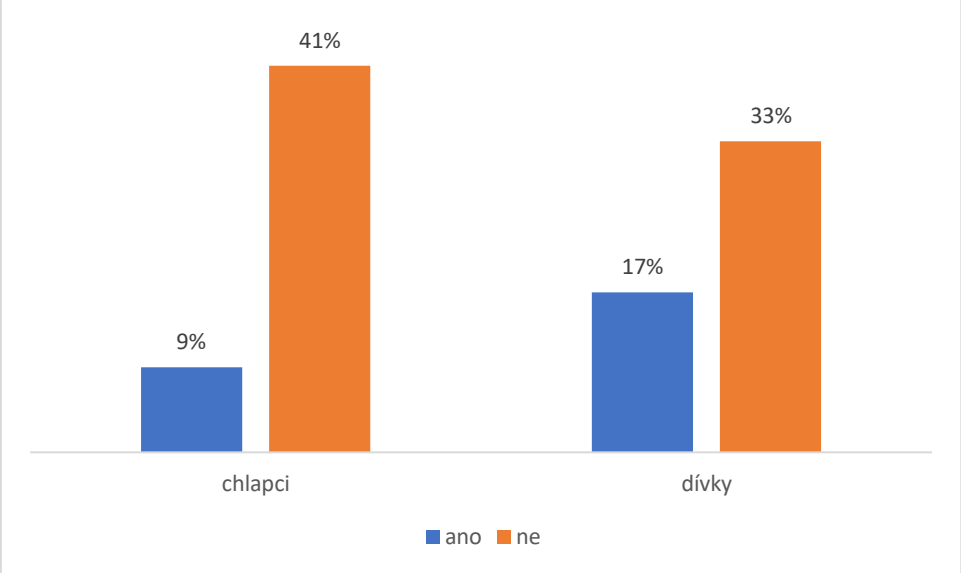
Graf 10 – Jak často sledují žáci svojí tělesnou hmotnost.

U této otázky bylo cílem zjistit, jak často se žáci váží. Otázka byla uzavřená a bylo na výběr ze čtyř variant: 1x za den, 1x za týden, 1x za měsíc a 1x za rok.

Nejvíce žáků vyplnilo možnost 1x za měsíc, což označilo 38 chlapců (tj. 25 %) a 24 dívek (tj. 16 %). Jako druhou nejčastější odpovědí bylo 1x za rok. Tuto možnost vyplnilo celkem 21 chlapců (tj. 14 %) a 20 dívek (tj. 13 %). Dále bylo zaznamenáno z odpovědí 1x za týden, kde tento údaj vyplnilo 13 chlapců (tj. 9 %) a 12 dívek (tj. 8 %). U poslední možné varianty 1x za den byl zcela patrný rozdíl u chlapců a dívek. Rozdílnost je viditelná z toho důvodu, protože tuto možnost vyplnili jen 3 chlapci (tj. 2 %) na rozdíl od 19 dívek (tj. 13 %).

Z výše uvedeného grafu č. 10 můžeme tedy shrnout, že ohledně sledování tělesné hmotnosti u žáků je z hlediska pohlaví poměrně vyrovnané, ale je zde u jedné odpovědi výjimka, kde jsme zjistili, že určitá skupina chlapců a dívek se váží 1x za den. Ačkoliv u dívek je to ve větším poměru než u chlapců.

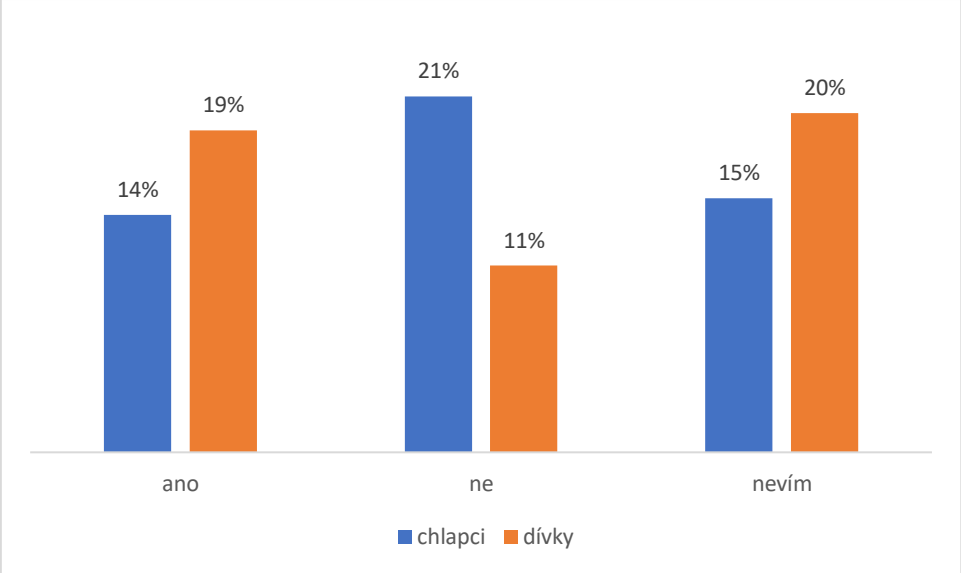
10) Sleduješ aktuální trendy v hubnutí?



Graf 11 – Sledovanost trendů u žáků.

Graf č. 11 nám ukazuje, jestli žáci sledují aktuální trendy v hubnutí. Odpověď ne vyplnilo 61 chlapců (tj. 41 %) a 50 dívek (tj. 33 %). Máme zde i žáky, které zajímá aktuálnost trendů a to 14 chlapců (tj. 9 %) a 25 dívek (tj. 17 %). Obecně více sledují nové trendy dívky než chlapci, ale ve větším procentuálním zastoupení máme odpověď ne, protože tak odpovědělo 111 žáků a ano vyplnilo jen 39 žáků.

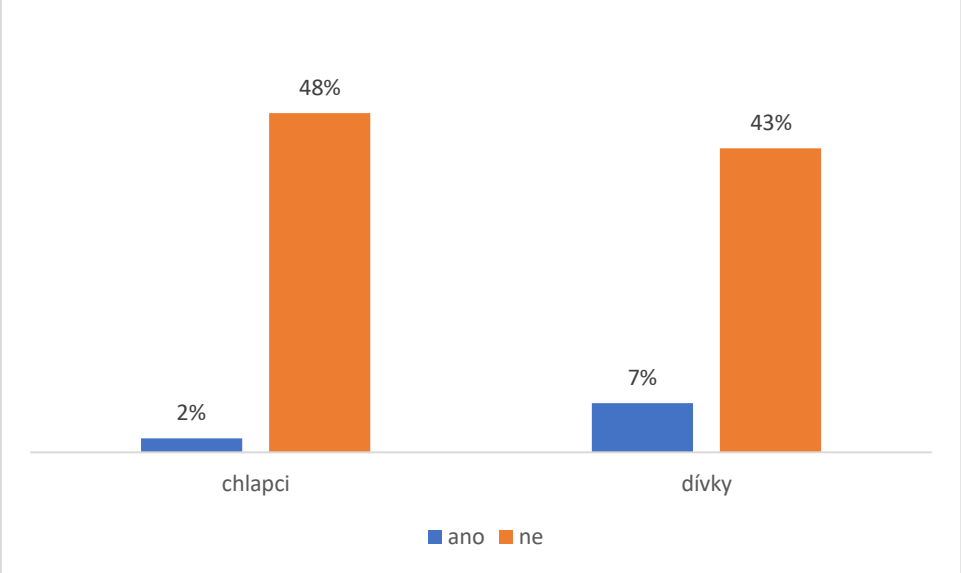
11) Je pro tebe štíhlost důležitá?



Graf 12 – Důležitost štíhlosti u žáků.

U otázky č. 10 bylo cílem zjistit, zda je pro žáky štíhlost důležitá. Otázka byla uzavřená, tak bylo na výběr z odpovědí ano, ne, nevím. Celkem vyplnilo ano 49 žáků, ne 49 žáků a nevím 52 žáků. Odpověď nevím tedy převažovala, ale ne tak s velkým rozdílem od ostatních odpovědí. Když se podíváme na odpovědi dle pohlaví, tak u chlapců byla nejčastější zaškrtnutá odpověď ne v počtu 32 (tj. 21 %). Dále nevím vyplnilo 22 chlapců (tj. 15 %) a ano 21 chlapců (tj. 14 %). U dívek mezi nejčastější odpověď patří nevím v počtu 30 (tj. 20 %), ale jako druhou nejčastější odpověď vyplnily dívky ano v počtu 28 (tj. 19 %). Takže mezi nevím a ano není až tak velký rozdíl u dívek. Nicméně převažuje odpověď nevím. Jako poslední odpověď ne vyplnilo 17 dívek (tj. 11 %).

12) Zkusil/a jsi někdy nějaké medikamenty k hubnutí?

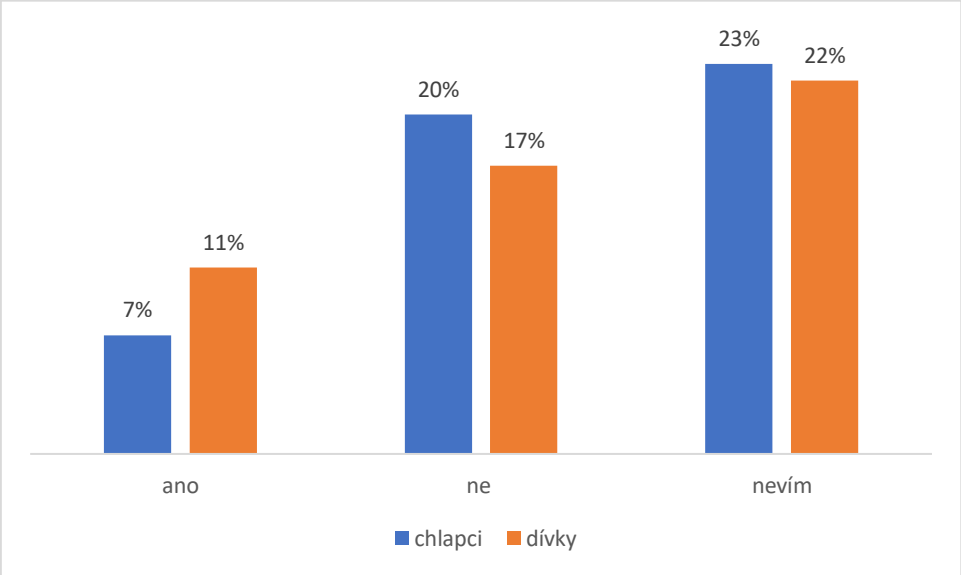


Graf 13 – Zkušenost žáků s medikamenty.

137 žáků vyplnilo, že nemají zkušenost s medikamenty. Uvedlo tak 72 chlapců (tj. 48 %) a 65 dívek (tj. 43 %). Nicméně 13 žáků vyplnilo, že mají zkušenost s medikamenty určené k hubnutí. Odpovědělo tak 10 dívek (tj. 7 %) a 3 chlapci (tj. 2 %). Jak můžeme posoudit, tak větší zkušenost mají dívky než chlapci.

3.2.3 Výzkumná otázka č. 2

13) Myslíš si, že znáš dostatečně problematiku poruch příjmu potravy?

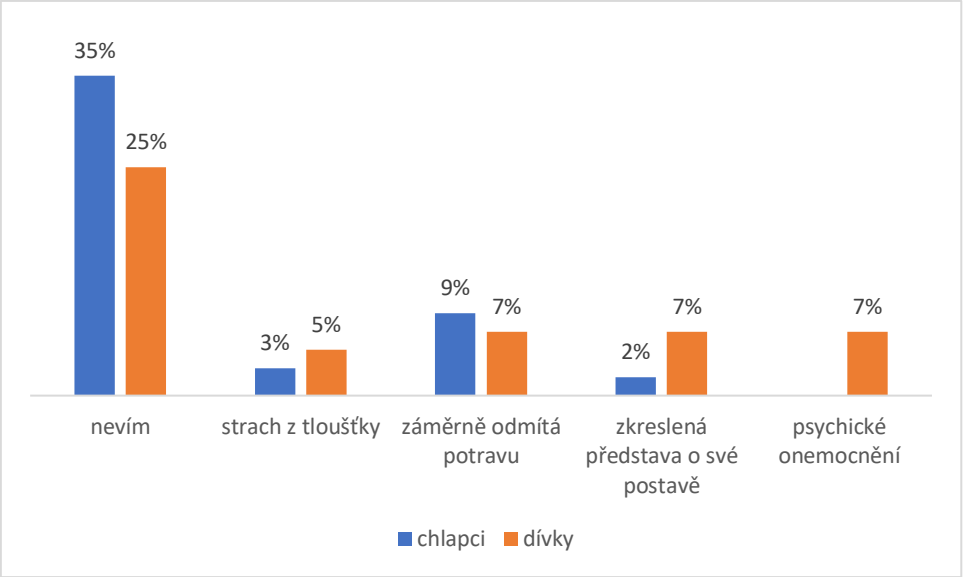


Graf 14 – Znalost problematiky poruch příjmu potravy u žáků.

Na otázku, jestli si žáci myslí, že znají dostatečně problematiku PPP odpovědělo nejvíce 34 chlapců (tj. 23 %) a 33 dívek (tj. 22 %) nevím, dále následovala odpověď ne v počtu 30 chlapců (tj. 20 %) a 25 dívek (tj. 17 %) a nejméně si je jisté tímto tématem 11

chlapců (tj. 7 %) a 17 dívek (tj. 11 %). Bohužel nejvíce odpovědí máme u ne a nevím, což znamená, že je potřeba více řešit na základních školách problematiku PPP.

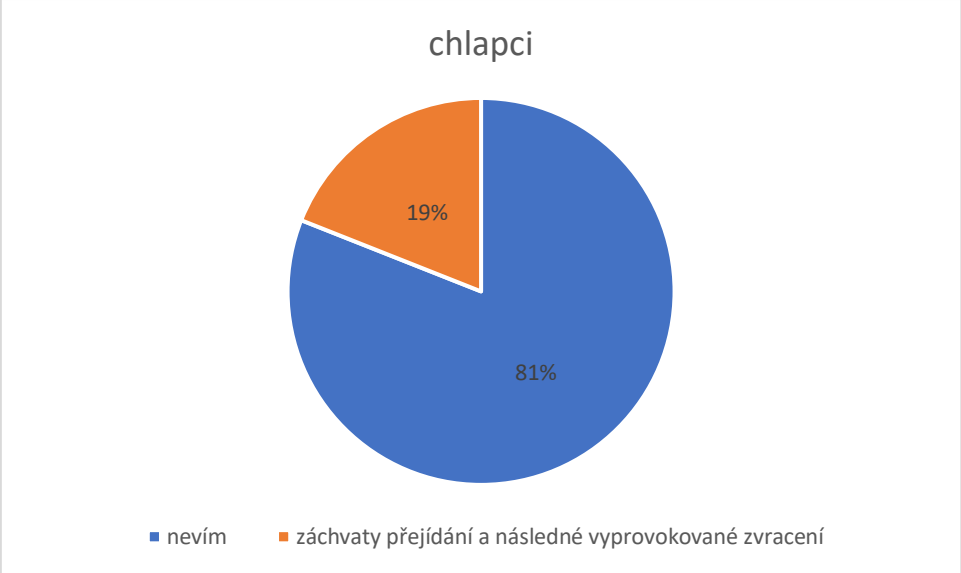
14) Vysvětli, co je mentální anorexie.



Graf 15 – Vysvětlení žáků, co je mentální anorexie.

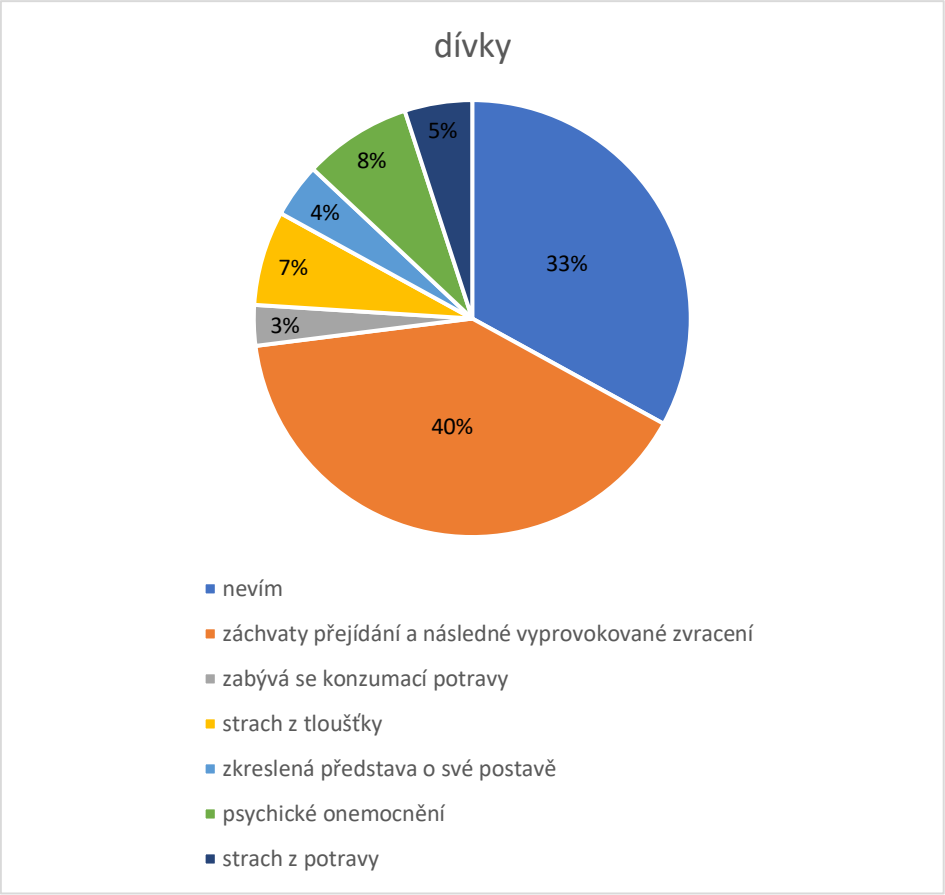
Jelikož tato otázka byla otevřená, tak žáci opět mohli uvést svoji odpověď. Podle výsledků, které vidíme na grafu č. 15, tak 53 chlapců (tj. 35 %) a 37 dívek (tj. 25 %) neví co znamená mentální anorexie, což je dohromady 90 žáků. Dalších 60 žáků vědělo odpověď na otázku. 14 chlapců (tj. 9 %) si myslí, že mentální anorexie znamená, že dochází k záměrnému odmítání potravy, dále 5 chlapců (tj. 3 %) vyplnilo strach z tloušťky a 3 chlapci (tj. 2 %) zkreslenou představu o své postavě. Dívky nejvíce vyplnily, že mentální anorexie je psychické onemocnění. Tento údaj vyplnilo 11 dívek (tj. 7 %). Mezi další časté odpovědi patří, že nemocný záměrně odmítá potravu a má zkreslenou představu o svém těle. Tady dívek odpovědělo celkem 10 (tj. 7 %) a jako poslední variantu strach z tloušťky vyplnilo 7 dívek (tj. 5 %).

15) Vysvětli, co je mentální bulimie:



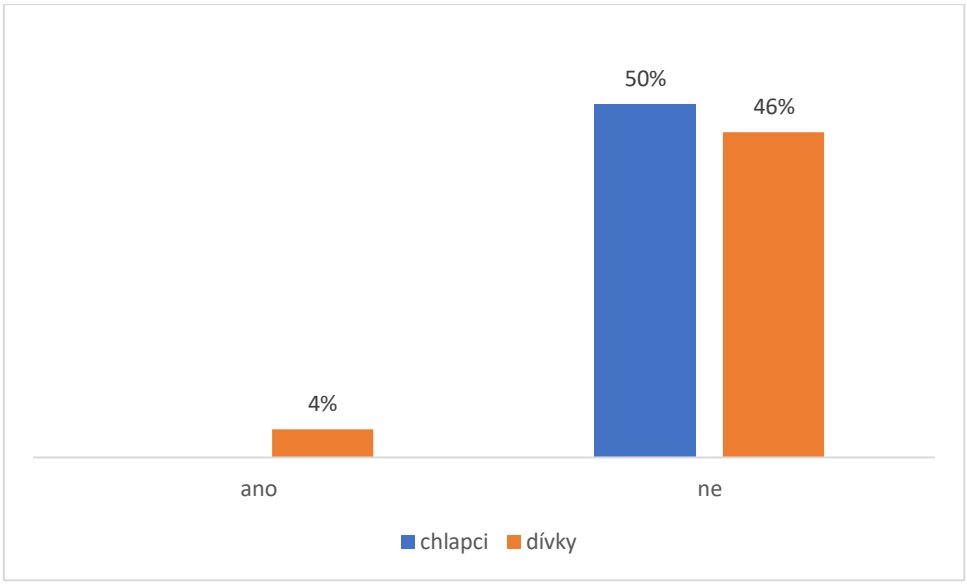
Graf 16 – Vysvětlení chlapců, co je mentální bulimie.

U otázky č. 15 bylo také možné vyplnit odpověď podle vědomostí, které mají žáci o mentální bulimii, protože byla otevřená. Pro větší přehlednost u zpracování této otázky jsem zvolila dva koláčové grafy a rozdělila je podle pohlaví. Na grafu č. 16 vidíme, že 61 chlapců (tj. 81 %) neví, co znamená mentální bulimie a 14 chlapců (tj. 19 %) vyplnilo, že toto onemocnění znamená záchvaty přejídání a následné vyprovokované zvracení. V následujícím grafu č. 17, kde jsou zpracované odpovědi dívek, tak vidíme, že 30 dívek (tj. 40 %) vyplnilo, že mentální bulimie jsou záchvaty přejídání a následné vyprovokované zvracení a dále 25 dívek (33 %) neví, co znamená toto onemocnění. Mezi další vyplněné odpovědi patří psychické onemocnění, strach z tloušťky, strach z potravy, zkreslená představa o své postavě a zabývání se konzumací potravy. 6 dívek (tj. 8 %) vyplnilo psychické onemocnění, strach z tloušťky vyplnilo 5 dívek (tj. 7 %), strach z potravy vyplnily 4 dívky (tj. 5 %), zkreslenou představu o své postavě vyplnily 3 dívky (tj. 4 %) a zabývání se konzumací potravy vyplnily 2 dívky (tj. 3 %). Jak u otázky č. 14 i č. 15 vidíme, že převážná část žáků neví, co znamená mentální anorexie nebo mentální bulimie. Když porovnáme na základě pohlaví znalost onemocnění PPP, tak dívky mají větší znalost než chlapci.



Graf 17 – Vysvětlení dívek, co je mentální bulimie.

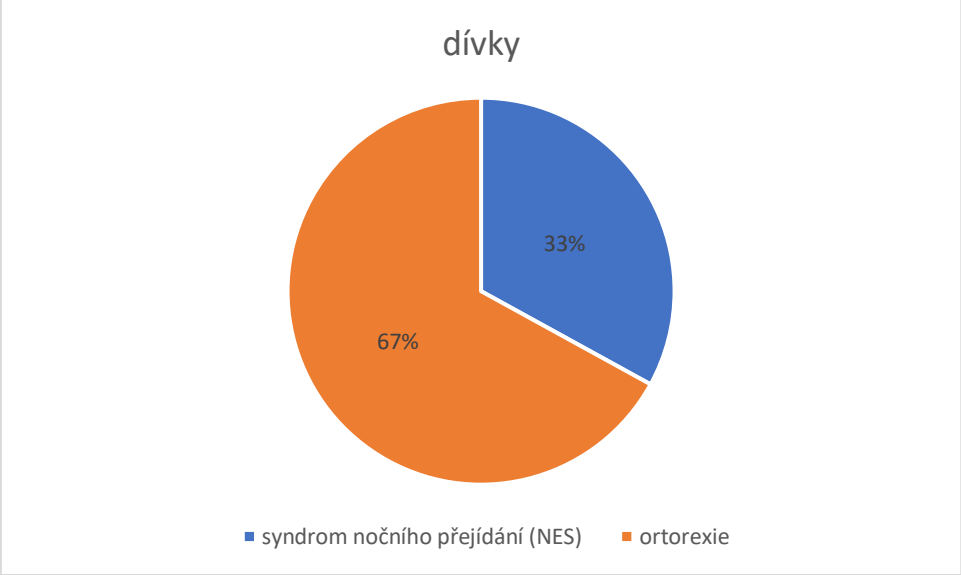
16) Znáš i jiné poruchy příjmu potravy než mentální bulimii a mentální anorexii?



Graf 18 – Znalost žáků jiných poruch přijmu potravy než mentální bulimie a mentální anorexie.

Zde bylo cílem zjistit, jestli žáci znají i jiné PPP, než je mentální bulimie a mentální anorexie. Na grafu č. 18 vidíme, že pouze 6 dívek zná další typy PPP. Dalších 69 dívek (tj. 46 %) a 75 chlapců (tj. 50 %) uvedlo, že nezná další typy PPP.

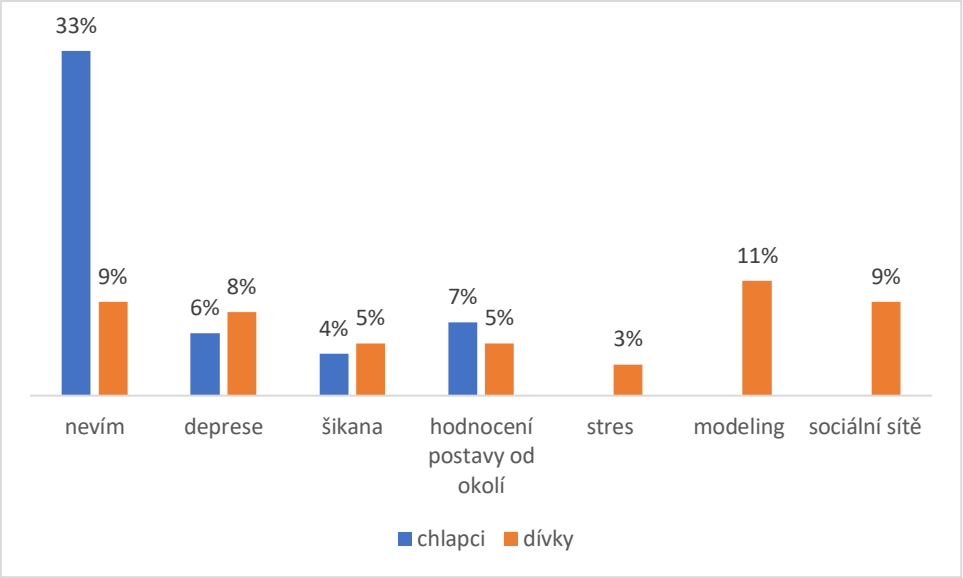
17) Pokud jsi v minulé otázce odpověděl/a ano, tak uveď alespoň jeden příklad.



Graf 19 – Znalost dívek jiných poruch přijmu potravy než mentální bulimie a mentální anorexie.

V minulé otázce č. 16 jsme zjistili, že 6 dívek zná další typy PPP, než je mentální bulimie nebo mentální anorexie. Na grafu č. 19 jsme se snažili zjistit jaké další typy PPP dívky znají. 2 dívky (tj. 33 %) vyplnily syndrom nočního přejídání (NES) a 4 dívky (tj. 67 %) vyplnily ortorexii.

18) Z jakého důvodu si myslíš, že vzniká onemocnění mentální anorexie a mentální bulimie:



Graf 20 – Jaké jsou důvody podle žáků k vzniku mentální anorexie a mentální bulimie.

V otázce č. 18 bylo cílem zjistit z jakého důvodu si žáci myslí, že vzniká onemocnění mentální anorexie a mentální bulimie. Když se tedy podíváme na graf č. 20, tak nejvíce žáků odpovědělo, že neznají důvody k vzniku PPP, ale máme zde i několik žáků, který jsou přesvědčený o důvodu vzniku těchto poruch. 49 chlapců (tj. 33 %) neví z jakého důvodu vzniká toto onemocnění. Dále 11 chlapců (tj. 7 %) uvedlo jako nejčastější důvod hodnocení postavy od okolí a jako další příčinu vyplnilo 6 chlapců (tj. 4 %) šikanu a 9 chlapců (tj. 6 %) deprese. U dívek byl nejčastějším důvodem modeling, kde tuto možnost zadalo 16 dívek (tj. 11 %), 12 dívek (tj. 8 %) si myslí, že to jsou deprese, 8 dívek (tj. 5 %) je přesvědčeno o šikaně. Podle 13 (tj. 9 %) dotazovaných dívek může být možností vzniku PPP sociální sítě nebo 8 dívek (tj. 5 %) si myslí, že je hlavním důvodem hodnocení postavy od okolí a 4 dívky (tj. 4 %) vyplnily stres. Zároveň 14 dívek (tj. 9 %) neví, proč vznikají tyto PPP.

3.3 Diskuze

V praktické části bylo cílem zjistit jaká je znalost o poruchách přijmu potravy u žáků druhého stupně a dále bylo cílem zjistit, jestli jsou žáci spokojený se svojí postavou. Stanovila jsem si tedy dvě výzkumné otázky:

1. Chlapci jsou spokojenější se svojí postavou než dívky.
2. Dívky mají větší znalost o PPP než chlapci.

K výzkumné otázce č. 1 patří otázky z dotazníku: 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 a k výzkumné otázce č. 2 patří otázky z dotazníku: 13,14,15,16,17,18,19. Z výsledků, které jsme získali od žáků, tak můžeme vyvodit závěry.

3.3.1 Diskuze k demografickým otázkám č. 1 a č. 2

U otázky č. 1 vidíme, že výzkumného šetření se zúčastnilo na dvou základních školách celkem 150 žáků a z hlediska pohlaví bylo v mém výzkumu 75 chlapců (tj. 50 %) a 75 dívek (tj. 50 %). I když probíhala kvůli onemocnění Covid 19 rotační výuka, tak si myslím, že i přes tyto komplikace jsem získala dost početný vzorek pro výzkumné šetření.

Otázka č. 2 je pro náš výzkum spíše orientační. Zajímalo nás, kolik žáků vyplnilo dotazníků v jednotlivých třídách a jakého jsou pohlaví. Dotazníky byli žákům rozdány v 7., 8., a 9. třídě. Věkové rozmezí se pohybovalo od 12 do 15 let. Což je věk, který můžeme označit jako kritický, protože u žáků dochází k prvním somatickým a hormonálním změnám a tyto změny všichni žáci nemusí vnímat dobře mohou tak vznikat PPP v důsledku nespokojenosti s vlastní postavou. Když se podíváme na graf č. 2, tak zastoupení žáků v jednotlivých třídách je poměrně vyrovnaný. Jen v 9. třídě bylo méně žáků než v 7. a 8. třídě.

3.3.2 Diskuze k 1. výzkumné otázce

Podle zpracovaných odpovědí, které jsem získala z výzkumného šetření, tak lze uvést, že 1. výzkumná otázka se potvrdila, protože chlapci jsou více spokojený se svojí postavou než dívky. Níže bude podrobněji popsáno, proč jsme k tomuto stanovisku došli.

K otázce č. 3 se vztahovala i otázka č. 4, zde bylo cílem zjistit, jak jsou žáci spokojený se svojí postavou a pokud převažuje nespokojenost, tak aby uvedli důvod. Většina žáků vyplnila, že je spokojená, protože tak odpovědělo 67 chlapců (tj. 45 %) a 54 dívek (tj. 36 %). Zároveň nespokojenost vyplnilo 8 chlapců (tj. 5 %) a 21 dívek (tj. 14 %). Jako důvod nespokojenosti u 6 chlapců (tj. 75 %) je obezita a u 2 chlapců (tj. 25 %) nedostatečná muskulatura. Zde je možné usoudit, že chlapci, co nejsou dostatečně spokojený se svojí postavou, tak jsou více vnímaví na somatické nebo hormonální změny a na základě odpovědí, které jsme získali může vzniknout i tzv. Adonisův komplex. Jak už zde bylo zmíněno v teoretické části, tak podle Papežové (2010) a Procházkové se Sladkou-Ševčíkovou (2017) toto onemocnění je typické u mužů, protože mají až patologické chování k svojí postavě s cílem mít co nejvyšší muskulaturu. Aby dosáhli svého cíle, tak zneužívají steroidní látky, které podporují růst svalů. Dále sem patří excesivní cvičení a nutričně nedostatečná strava. Jejich představy o svém těle jsou často zkreslené, protože si myslí, že nejsou dost svalnatí. Na rozdíl od chlapců jako největším problémem u dívek je malé poprsí, kde tak vyplnilo 9 dívek (tj. 43 %) a mezi následující odpovědi patří nadváha, celková nespokojenost s postavou a obezita. Obecně dívky jsou více nespokojené se svojí postavou než chlapci.

Otázka č. 5 nám ukazuje, že i přes nespokojenost některých žáků v této otázce všichni mají rádi nějakou část na svém těle což je trochu zarážející, ale určitě pozitivní. Odpovědi žáků jsem nechala autentické. Jako nejoblíbenější část těla byli ruce u 23 chlapců (tj. 15 %) a u dívek to jsou nohy v počtu vyplnění 16 (tj. 11 %).

U otázky č. 6 jsme zjistili, že obě pohlaví mají zkušenost s držením diet, protože tak vyplnilo 18 chlapců (tj. 12 %) a 24 dívek (tj. 16 %). Dívky mají tedy větší zkušenost s dietami než chlapci. Ačkoliv tak veliký rozdíl mezi nimi není.

Otázka č. 7 a č. 8 je opět spojená, zde nás zajímalo, jestli někdo z rodiny drží dietu a pokud žáci zvolili možnost ano, tak měli napsat kdo to je. 91 chlapců i dívek vyplnilo, že v rodině se diety drží a nejčastěji je to matka. Tento údaj vyplnilo 23 chlapců (tj. 25 %) a 31 dívek (tj. 34 %). Jak můžeme porovnat, tak držení diet v rodině je více u dívek než u chlapců. Mezi další vyplněné členy domácnosti se řadí otec a potom bratr nebo sestra. Dle výzkumu podle Krcha (2004) se zjistilo, že u některých dívek, které byly více labilní k PPP, tak jejich matky dodržovaly různé diety s cílem snížit svoji tělesnou hmotnost nebo dívky držely dietu spolu s matkou. I když nemusí mít matka PPP, tak je velmi důležité vytvořit v dítěti pocit bezpečí a dbát na správné stravovací návyky. Také by měl být větší důraz na stolování s dítětem u stolu.

V další otázce č. 9 bylo cílem zjistit, jak často žáci sledují svoji tělesnou hmotnost. Možnosti byli 1x za den, 1x za týden, 1x za měsíc, 1x za rok. Nejvíce žáků vyplnilo možnost 1x za měsíc. Uvedlo tak 38 chlapců (tj. 25 %) a 24 dívek (tj. 16 %), ale jsou zde i žáci, který se váží denně, a to je velice znepokojující. Tento údaj vyplnili 3 chlapci (tj. 2 %) a 19 dívek (tj. 13 %). Původně jsem si myslela, že u dívek bude daleko větší počet ohledně vážení 1x za den. Ačkoliv i tak v počtu 19 dívek ze 75 není uspokojující stav, protože to můžeme považovat jako první symptom k vzniku PPP.

U otázky č. 10 nás zajímalo, jestli žáci sledují nové trendy v hubnutí. Většina žáků odpověděla, že nesleduje, ale 14 chlapců (tj. 9 %) a 25 dívek (17 %) vyplnilo, že sledují. I v této otázce vidíme, že dívky mají větší přehled o tom, co je aktuálně ve společnosti nového v trendech hubnutí než u chlapců, ale ve větším počtu máme odpověď ne, protože tak odpovědělo 111 žáků a ano vyplnilo jen 39.

U otázky č. 11 bylo cílem zjistit, jestli si žáci myslí, že je pro ně štíhlost důležitá. Na tuto otázku nám odpovědělo 52 žáků, že neví, 49 žáků bylo pro ne a 49 žáků pro ano. I když 30 dívek (tj. 30 %) si nejsou jisté, jestli je důležitá pro ně štíhlost, tak hned následující odpověď je, že štíhlost důležitá je, a to v počtu 28 dívek (tj. 19 %), což není tak veliký rozdíl. U 32 chlapců (tj. 21 %) byla nejčastější odpověď ne. Opět tedy vidíme, že pro dívky je štíhlost důležitá než pro chlapce.

Na otázku č. 12 nám odpovědělo žáků v počtu 137, že nemají zkušenost s medikamenty k hubnutí, ale máme zde i menší skupinu žáků, která zkušenost má, protože tak vyplnilo 10 dívek (tj. 7 %) a 3 chlapci (tj. 2 %). Opět dívky mají i po této stránce větší zkušenosti než chlapci.

3.3.3 Diskuze k 2. výzkumné otázce

V otázce č. 13 bylo cílem zjistit, jestli žáci znají dostatečně problematiku PPP. Bohužel od žáků byla tato otázka převážně vyplněná jako ne a nevím. Pouze 11 chlapců (tj. 7 %) a 17 dívek (tj. 11 %) si je tímto tématem jistá. Na základě odpovědí, které jsme získali z výzkumného šetření, tak musím dát záporné hodnocení, protože ze 150 žáků to vnímám jako nedostačující znalost a je nutné PPP více řešit na základních školách, protože právě tam může vznikat první kontakt s tímto onemocněním a podle mnoha diskuzí, které jsem vedla s pedagogy, tak je dané téma na základních školách stále aktuální a zhoršuje se.

V následujících otázkách č. 14 a č. 15 nás zajímalo, jestli žáci mohou vysvětlit, co je mentální anorexie a mentální bulimie. Jelikož byly otázky otevřené, tak každý z žáků mohl uvést co si myslí, že dané onemocnění je. Otázku číslo 15 jsem rozdělila do dvou koláčových grafů pro lepší přehlednost a jsou rozděleny podle pohlaví.

U mentální anorexie byla nejčastější odpověď u 90 žáků nevím. Vyplnilo tak 53 chlapců (tj. 35 %) a 37 dívek (tj. 25 %). Dalších 60 odpovědí od žáků byli vyplněné, ale i přesto nejsem spokojená s výsledkem. Mezi časté správné odpovědi patřilo: strach z tloušťky, záměrné odmítání potravy, zkreslená představa o své postavě, psychické onemocnění. Psychické onemocnění vyplnilo jen 11 dívek (tj. 7 %), ale muži tuto možnost neuvedli. Znalost ohledně tohoto onemocnění je vyšší u dívek než u chlapců, a to v porovnání, že správně odpovědělo 14 % chlapců a 26 % dívek.

Graf č. 16 a č. 17 nám ukazuje, že 61 chlapců (tj. 81 %) a 25 dívek (tj. 33 %) neví, co znamená mentální bulimie. V tomto porovnání vidíme, že vetší znalost mají opět dívky než chlapci. Dále 14 chlapců (tj. 19 %) vyplnilo jen jednu správnou odpověď a to, že toto onemocnění znamená záchvatovité přejídání a následné vyprovokované zvracení. Rovněž tuto odpověď nejčastěji vyplnilo i 30 dívek (tj. 40 %). Mezi další časté odpovědi, které vyplnily dívky, tak patří: psychické onemocnění, zabývání se konzumací potravy, strach z tloušťky, zkreslená představa o své postavě a strach z potravy. Pokud porovnáme oba grafy, kde jsme vyhodnotili zvlášť chlapce a dívky, tak znalost dívek je vyšší než u mužů, protože 67 % dívek a 19 % chlapců zná problematiku. Rozdílnost znalostí této PPP je tedy veliká.

K otázce č. 16 se vztahovala i otázka č. 17 a zajímalo nás, jestli žáci znají i jiné PPP, než je mentální bulimie, mentální anorexie a pokud znají odpověď, tak aby uvedli alespoň jeden příklad. Nepředpokládala jsem na základě předchozích odpovědí, že by někdo z žáků tuto odpověď znal, ale byla jsem mile překvapená. Výsledky byly takové, že ani jeden z chlapců neznal jiné druhy PPP, což jsem trochu předpokládala, ale 6 dívek (tj. 4 %) znalo odpověď. 2 dívky (tj. 33 %) vyplnily syndrom nočního přejídání (NES) a 4 dívky (tj. 67 %) vyplnily ortorexii.

U poslední otázky jsme se zabývali, jestli žáci ví, z jakého důvodu vzniká onemocnění mentální anorexie a mentální bulimie. Bohužel i zde převažovala odpověď nevím u 49 chlapců (tj. 33 %) a 14 dívek (tj. 9 %). Mezi nejčastější správnou odpověď chlapců bylo, že onemocnění může vznikat na základě hodnocení podle postavy od okolí a u žen byl nejvíce hodnocený modeling v počtu 16 dívek (tj. 11 %). Mezi další odpovědi patřila šikana, deprese, stres, ale i sociální sítě. Celkem správných odpovědí je u 41 % dívek a 17 % chlapců.

Když tedy shrneme všechny otázky, které patří k 2. výzkumné otázce, tak vidíme, že se nám také potvrdilo, že dívky mají větší znalost o PPP než chlapci.

3.4 Limitace výzkumu

Jako limitaci výzkumu mojí práce uvádím, že jsem ve výzkumném šetření neodlišila žáky podle věku. Kdyby se tak výzkum provedl, tak bychom mohli posoudit jaká je informovanost problematiky PPP a spokojenost těla u žáků podle věkového rozmezí. Určitě by byli zajímavé výsledky a mohu tak doporučit pro další výzkum. Dále se mohlo účastnit více žáků výzkumného šetření než 150, ale myslím si, že vzhledem k opatřením kvůli onemocnění Covid - 19 je počet respondentů dostačující, protože na základních školách probíhala rotační výuka. Také jsme mohli zvolit více otázek v dotazníku. Nicméně jsem se rozhodla zanechat 18 otázek, protože na žáky druhého stupně by mělo více otázek spíše negativní vliv a mohlo by se stát, že všechny dotazníky nebudou celé vyplněné.

4 Závěr

PPP jsou stále aktuálním a také ve velkém měřítku řešeným tématem. Toto psychické onemocnění má velice závažné dopady na zdraví člověka a může tak vznikat řada komplikací, které mohou nemocného i ohrozit na životě. Proto jsem v této bakalářské práci řešila problematiku PPP a zaměřila se na žáky druhého stupně. Období dospívání je velice choulostivé jak pro dívky, ale i chlapce a mohou mít větší sklony k vzniku PPP než v jiném věku, a to z důvodu, že jejich tělo prochází hormonální a somatickou změnou.

V této práci bylo cílem seznámit čtenáře s problematikou PPP, kde jsme si rozdělili práci na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se zabývali historií, příznaky, rizikovými faktory, komplikacemi, léčbou, prevencí, dalšími typy PPP a kde hledat případně pomoc. V praktické části bylo cílem zjistit jaká je informovanost žáků 2. stupně základních škol a také jsme se zajímali, jak žáci vnímají své tělo. Všechna data byla získaná formou papírového dotazníku, který byl rozdán žákům ve třídě pedagogy.

Na základě výzkumných otázek, které jsem si zvolila, tak se obě potvrdily. Dívky jsou tedy více nespokojené se svojí postavou než chlapci a jsou zároveň více informované. I když z odpovědí pár chlapců jsem byla mile překvapena. Nicméně výsledky ohledně informovanosti žáků, které jsem získala z výzkumného šetření, tak nebyli tolik pozitivní, protože žáci druhého stupně nejsou v dostatečné míře informované o PPP, než jsem přepokládala a myslím si, že by se tato problematika měla začlenit i do výuky prvního stupně a také by to mělo být více zdůrazněné, protože u určité skupiny žáků bylo znatelné, že mají větší sklony k tomuto onemocnění. Například 29 žáků vyplnilo, že je nespokojeno se svojí postavou a také jsme zjistili, že se často u těchto žáků drží v domácnostech různé diety. Pro zajímavost nejčastější člen domácnosti, který drží diety, tak byla vypsaná matka a následně otec. Žáci tak mohou být lehce ovlivněné a mohou více řešit své tělo. Případně mohou zkoušet diety, ale i jiné metody, aby dosáhli štíhlosti. Což ukázal například fakt, že 13 žáků má zkušenosti s medikamenty, a to je velice znepokojující.

Věřím, že se situace postupem času zlepší a žáci budou více o PPP informované. Je ale důležité dbát na prevenci před tímto onemocnění a ta by měla probíhat v rodinách, ale i ve školách.

5 Seznam použité literatury

Tištěné knihy:

Carey, T., & Rudkin, A. (2020). *Jak přemýšlí moje dítě? Praktická dětská psychologie pro moderní rodiče.* Praha: Slovart.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada.

Kocourková, J., Lebl, J., & Koutek, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání.* Praha: Galén.

Middleton, K., & Smith, J. (2013). *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron.

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch přijmu potravy: interdisciplinární přístup.* Praha: Grada.

Procházková, L., & Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta Publishing.

Pugnerová, M., & Kvintová, J. (2016) *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada.

Časopisy:

Faltus, F. (2007). [online]. Syndrom nočního jedlictví. *Česká a slovenská psychiatrie, 103*(6), 291-296. [vid. 2021-24-05]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6_291_296.pdf

Harasim-Piszczatowska, E., & Krajewska-Kułak, E. (2017). [online]. Pregorexia – anorexia of pregnant women. *Pediatr Med Rodz*, *13*(3), 363-367. [vid. 2021-21-05]. doi: 10.15557/PiMR.2017.0038

Hoffmann, B. (2019). [online]. Diabulimia – Cultural determinants of eating disorders. *Trakia Journal of Sciences, 17*(2), 187-195. [vid. 2021-22-05]. doi: 10.15547/tjs.2019.02.013

Krch, F. (2004). [online]. Poruchy příjmu potravy: rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi, 5*(1), 14-16. [vid. 2021-03-06]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf

Krch, F. (2007). [online]. Poruchy příjmu potravy. *Med. Pro Praxi, 4*(10), 420–422. [vid. 2021-01-04]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf

Meisnerová, E. (2013). [online]. Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní Medicína, 15*(8-9), 266-268. [vid. 2021-03-04]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf

Němečková, P. (2011). [online]. Poruchy příjmu potravy. *Med. Pro Praxi, 8*(11), 459-462. [vid. 2021-03-04]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf

Pietrabissa, G., Rossi, A. A., Manzoni, G. M., & Cattivelli, R. (2018). [online]. Drunkorexia: Empirical investigation and analysis of the characterictics of the phenomenon in an Italian sample of adolescents and young adults. *Psychology, Society, & Education*, *10*(3), 285-299. [vid. 2021-20-05]. doi: 10.25115/psye.v10i1.2135

Riccobono, G., Pompili, A., Lorio, C., Garducci, G., Parnanzone, S., Pizziconi, G., Lannitelli, A., & Pacitti, F. (2020). [online]. An instrument for the evaluation of muscle dysmorphia: The Italian validation of the adonis complex questionnaire. *Brain and Behavior, 10*(7). [vid. 2021-20-05]. doi: https://doi.org/10.1002/brb3.1666

Zapletalová, A. (2013). [online]. Poruchy příjmu potravy aneb když je jídlo jed i lék. *Florence, 9*(5), 11-13. [vid. 2021-01-05]. Dostupné z: https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/5/poruchy-prijmu-potravy-aneb-kdyz-je-jidlo-jed-i-lek/

E-knihy:

Černá, R. (2008). [online]. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Anabell. [vid. 2021-01-04]. Dostupné z: http://www.herial.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf

Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). [online]. *Poruchy příjmu potravy, příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga. [vid. 2021-20-05]. Dostupné z: https://www.adiktologie.cz/file/358/poruchy-prijmu-potravy-web.pdf

Seifert, B., Frühauf, P., & Seifertová, J., (2020). [online]. Vybrané kapitoly z pediatrie: Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2020. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. [vid. 2021-03-04]. Dostupné z: https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2020/DP-Pediatrie.pdf

Švédová, J., & Mičová, L. (2010). [online]. *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy*. Občanské sdružení Anabell. [vid. 2021-22-06]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/manualpro ped agogy.pdf

Internetové zdroje:

Cajthamlová, K. (2017, 2. únor). [online]. *Diety slavných. Byla císařovna Sisi historicky první anorektičkou?* Český rozhlas. [vid. 2021-01-04]. Dostupné z: https://region.rozhlas.cz/diety-slavnych-byla-cisarovna-sisi-historicky-prvni-anorektickou-7243517

Fakultní nemocnice Brno. (n.d.). [online]. *Co přesně znamená ortorexie?* [vid. 2021-15-05]. Dostupné z: https://www.fnbrno.cz/co-presne-znamena-ortorexie/t6052

Fér potravina. (2019, 9. duben). [online]. *Alkohol a kalorická hodnota*. [vid. 2021-20-05]. Dostupné z: https://www.ferpotravina.cz/clanky/alkohol-a-kaloricka-hodnota

Instagram. (n.d.). [online]. [vid. 2021-23-03]. Dostupné z: https://www.instagram.com/

Krmíček, V. (2020). [online]. *Poruchy příjmu potravy PPP.* [vid. 2021-06-06]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/jaro2020/VLPY9X1p/um/poruchy_prijmu_potravy/PPP_1_prezentace.pdf

Laštovičková, J. (2018, 5. červen). [online]. *Dítě se učí stravovat v rodině. Jak mu předat zdravé návyky?* Vím, co jím. [vid. 2021-06-06]. Dostupné z: https://www.vimcojim.cz/magazin/specialy/vyziva-deti/Dite-se-uci-stravovat-v-rodine.-Jak-mu-predat-zdrave-navyky__s20129x10958.html

Léčebná výživa v oblasti psychiatrie. (2014). [online]. Podpora rozvoje dalšího vzdělávání ve zdravotnictví v Moravskoslezském kraji. [vid. 2021-01-04]. Dostupné z: https://docplayer.cz/14838282-Lecebna-vyziva-v-oblasti-psychiatrie.html

Marešová, M. M., Moravec, D., Petáková, H., & Škápíková, J. (2015, 19. únor). [online]. *Krásný Jako adonis.* Český rozhlas. [vid. 2021-20-05]. Dostupné z: https://dvojka.rozhlas.cz/krasny-jako-adonis-7602755

Mezinárodní klasifikace nemocí. [online]. *F50-F59 – Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory.* [vid. 2021-01-04]. Dostupné z: https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.2

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (n.d.). [online]. *Alkohol a děti.* [vid. 2021-23-04]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/196-alkohol-a-deti

nzip.cz. (n.d.). [online]. *Poruchy přijmu potravy: jak rozpoznat příznaky?* [vid. 2021-24-05]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/700-poruchy-prijmu-potravy-jak-rozpoznat-priznaky

6 Seznam zkratek

AN – mentální anorexie

BED – záchvatovité přejídání

BMI – body mass index

BN – mentální bulimie

CNS – centrální nervový systém

ČR – Česká republika

DM – diabetes mellitus

LF – Lékařská fakulta

FSH – folikulostimulační hormon

LH – luteinizační hormon

NEDS – syndrom nočního jedlictví a pití

NES – syndrom nočního přejídání

NSRED – syndrom poruchy spánku s nočním jedením

NT – nutriční terapeut

tj. – to je

tzv. – takzvaný

UK – Univerzita Karlova

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

viz. – jak je možno shledat

7 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

8 Seznam grafů

Graf 1 – Pohlaví žáků.

Graf 2 – Jakou třídu navštěvují žáci.

Graf 3 – Jak jsou žáci spokojený se svojí postavou.

Graf 4 – Proč jsou chlapci nespokojeni se svojí postavou.

Graf 5 – Proč jsou nespokojené dívky se svojí postavou.

Graf 6 – Oblíbená část těla u žáků.

Graf 7 – Dieta u žáků.

Graf 8 – Jaké je zastoupení držení diet v rodinách.

Graf 9 – Kdo v rodině drží diety.

Graf 10 – Jak často sledují žáci svojí tělesnou hmotnost.

Graf 11 – Sledovanost trendů u žáků.

Graf 12 – Důležitost štíhlosti u žáků.

Graf 13 – Zkušenost žáků s medikamenty.

Graf 14 – Znalost problematiky poruch příjmu potravy u žáků.

Graf 15 – Vysvětlení žáků, co je mentální anorexie.

Graf 16 – Vysvětlení chlapců, co je mentální bulimie.

Graf 17 – Vysvětlení dívek, co je mentální bulimie.

Graf 18 – Znalost žáků jiných poruch přijmu potravy než mentální bulimie a mentální anorexie.