

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**ÚLOHA OŠETŘOVATELSTVÍ
V PREVENCI PORUCH PŘÍJMU POTRAVY**

Abstrakt

Prevence poruch příjmu potravy je důležitá, neboť se jedná o jedno z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen se závažnými somatickými, psychickými a sociálními důsledky. Léčba poruch příjmu potravy je svízelná a ne vždy úspěšná. Jedná se totiž o onemocnění, u kterých je obtížné navodit potřebnou motivaci a spolupráci pacienta k léčbě. Pacienti trpící poruchami příjmu potravy mají zkreslenou představu o vlastním těle, své tělesné hmotnosti a tvaru postavy. Nadměrné snížení tělesné hmotnosti má dopad na zdravotní stav. Nejzávažnějšími komplikacemi jsou komplikace kardiovaskulární, při nichž může dojít až ke smrti pacienta. Mentální anorexie patří k psychiatrickým onemocněním s nejvyšší úmrtností, která dosahuje až 18%.

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit výskyt rizika vzniku poruch příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy. Druhým cílem bylo zmapovat informovanost žáků 2. stupně základní školy a zjistit zdroj informací. Ke zpracování problematiky byl použit kvantitativní výzkum. Jako metoda sběru dat bylo zvoleno dotazování, technikou dotazníku. Při výzkumu byl použit standardizovaný dotazník EAT – 26, který obsahoval 26 uzavřených otázek. Další část našeho dotazníku zahrnovala 5 uzavřených otázek, které zjišťovaly identifikační údaje respondentů, 2 otázky polouzavřené, při kladné odpovědi bylo nutno písemně doplnit odpověď, kterou vyplnili všichni kladně odpovídající žáci, a 1 polouzavřená otázka s možností doplnit odpověď jiné. Dotazník vyplnilo 141 žáků 5. – 9. ročníku Základní školy Grünwaldova v Českých Budějovicích. Z výsledků vyplývá, že riziko poruch příjmu potravy u dívek a u chlapců je srovnatelné. Dle zjištěných výsledků se u žáků 5. ročníku objevuje nejmenší riziko vzniku poruch příjmu potravy, neboť se ještě nezabývají vlastním vzhledem, postavou a tělesnou hmotností jako respondenti vyšších ročníků. Spokojenost s tělesnou hmotností je nejvyšší u žáků 5. ročníku, u žáků vyšších ročníků se snižuje. U našich respondentů se neobjevilo riziko vzniku poruch příjmu potravy, přesto je nutné zabránit nárůstu tohoto rizika. Je třeba zde vyzdvihnout edukační a preventivní roli sestry. Ta může zabránit případnému zvýšení rizika vzniku poruch příjmu potravy v pozdějším věku nebo dokonce propuknutí mentální anorexie či mentální bulimie.

Abstract

Prevention of eating disorders is important because eating disorders are one of the most common and serious diseases adolescent girls and young women may suffer from, with severe somatic, psychological and social consequences. The treatment of eating disorders is tricky and not always successful. This is a disease for which it is difficult to induce the necessary motivation and cooperation of the patient for treatment. Patients suffering from eating disorders have a distorted image of their body, body weight and body shape. An excessive weight loss has an impact on health. The most serious complications are cardiovascular complications, which may lead up to death. Anorexia nervosa is a psychiatric illness with high mortality, which reaches up to 18%.

The first objective of the thesis was to survey the risk of eating disorders occurrence in pupils of the second level of primary school. The second objective was to map the awareness of pupils of the second grade of primary school and to identify the source of information. To meet the objectives quantitative research was used. As a method of data collection the questionnaire technique was chosen. The standardized questionnaire EAT - 26, containing 26 closed questions, was used at the research. Another part of our questionnaire included 5 closed questions to get the respondents' identification data, and 2 semi-closed questions. In the case of a positive answer it was necessary to write down the answer which was given by all the pupils with positive answers, and 1 semi-enclosed question with the possibility to add another answer. The questionnaire was completed by 141 pupils of the 5th – 9th grades of the Primary school Grünwaldova in České Budějovice. The results show that the risk of eating disorders in girls and boys is comparable. According to the obtained results, the risk of eating disorders development is the least in the 5th grade pupils, because they are less concerned about their own looks, physique and body weight than the respondents from higher grades. Satisfaction with the body weight is the highest in the fifth grades, it decreases in higher grades pupils. In our respondents the risk of eating disorders did not appear, yet it is necessary to avoid an increase of that risk. It is necessary to highlight the educational and preventive role of a nurse. She can prevent the possible increased

risk of the development of eating disorders later in life or even the onset of anorexia nervosa or bulimia nervosa.

KLÍČOVÁ SLOVA

Ošetřovatelství. Poruchy příjmu potravy. Prevence. Rizikové faktory. Společnost.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Úloha ošetřovatelství v prevenci poruch příjmu potravy“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím s uveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé diplomové práce a Mgr. Olze Dvořáčkové za pomoc při statistickém zpracování dat.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Ošetřovatelství.....	5
1.1.1 Ošetřovatelství jako profese.....	5
1.1.2 Profesionální role sestry.....	6
1.1.3 Ošetřovatelský proces	7
1.1.4 Komunitní ošetřovatelství.....	10
1.2 Výživa a poruchy příjmu potravy	11
1.2.1 Základní složky výživy	11
1.2.2 Historie poruch příjmu potravy.....	12
1.2.3 Poruchy příjmu potravy	13
1.2.4 Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci	29
1.3 Prevence	30
1.3.1 Primární prevence	30
1.3.2 Sekundární prevence	31
1.3.3 Terciární prevence	31
1.3.4 Prevence poruch příjmu potravy.....	31
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Hypotézy	34
3 METODIKA PRÁCE A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	35
3.1 Metodika práce.....	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	36
4 VÝSLEDKY	37
4.1 Analýza výsledků dotazníku z hlediska pohlaví respondentů.....	37
4.2 Analýza výsledků dotazníku podle ročníku	52
4.3 Analýza výsledků na doplněné otázky v dotazníku	67
5 DISKUZE	71
6 ZÁVĚR	90
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	92

8	PŘÍLOHY	100
---	---------------	-----

ÚVOD

Prevence je ve zdravotnictví jednou z klíčových činností. U poruch příjmu potravy je prevence důležitá, neboť se jedná o jedno z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen se závažnými somatickými, psychickými a sociálními důsledky. Léčba poruch příjmu potravy je svízelná a ne vždy úspěšná. Jedná se totiž o onemocnění, u kterých je obtížné navodit potřebnou motivaci a spolupráci pacienta k léčbě. Onemocnění mentální anorexií vede k extrémnímu snížení tělesné hmotnosti, které je zcela cílevědomě vyvolané a udržované nositelem této poruchy. Pacient se snaží úmyslně snížit svou tělesnou hmotnost. Strach z tloušťky a z přibírání na tělesné hmotnosti u pacientů přetrvává, přestože jsou extrémně vyhublí. Pacienti trpící poruchami příjmu potravy mají zkreslenou představu o vlastním těle, své tělesné hmotnosti a tvaru postavy. Extrémně kachektický pacient vnímá sám sebe jako odporně obézního a má panický strach před každým zvýšením tělesné hmotnosti. Nejedná se však o problém pouze estetický. Nadměrné snížení tělesné hmotnosti má také dopad na zdravotní stav. Nejzávažnějšími komplikacemi jsou komplikace kardiovaskulární, při nichž může dojít až ke smrti pacienta. Mentální anorexie se řadí k psychiatrickým onemocněním, které vede nejčastěji ke smrti. Úmrtnost dosahuje až 18%.

Vliv kultu štíhlosti na onemocnění poruchami příjmu potravy je nesporný. Média se snaží předávat poselství, že kdo není štíhlý, je méně hodnotný. To vnímají zejména ženy, u kterých je krása jedním z měřítek úspěchu. Čím více se ženy a dívky ztotožnily s ideálem krásy a čím více jsou nespokojeny se svým tělem, tím jsou zranitelnější. Ukázat přesvědčivé důkazy o škodlivosti poruch příjmu potravy je mnohdy velice obtížné. Strach ze vzniku obezity, orientace na vzhled, úspěšnost a zdravý životní styl mohou být zneužívány ve sdělovacích prostředcích. Ošetřovatelství má v prevenci poruch příjmu potravy důležitou úlohu. Pomocí preventivních programů šíří osvětu u laické veřejnosti. Aby byly preventivní programy účinné, je třeba zmapovat rizikové faktory poruch příjmu potravy za účelem omezení jejich expozice na

vnímavé jedince a určit ohrožené skupiny jedinců, aby u nich mohla proběhnout intervence.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké motivační faktory se podílejí na vzniku poruch příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy. Získaná data nám mohou dát informace o tom, jak sestavit preventivní program pro žáky 2. stupně základní školy, aby byl účinný.

1 SOUČASNÝ STAV

Poruchy příjmu potravy jsou závažným onemocněním, které mohou postihovat již dívky na základní škole. Role sestry při vzniku poruch příjmu potravy je nezastupitelná. Její působení u žáků na základní škole se zaměřuje na prevenci poruch příjmu potravy a na edukaci o zdravém životním stylu, poruchách příjmu potravy, jejich příznacích, komplikacích a léčbě. Prevence poruch příjmu potravy na základních školách není dostatečná a proto je potřeba se této problematice věnovat.

1.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je samostatný vědní obor, má vlastní teoretickou základnu a jeho poznatky je možné aplikovat v praxi. Kanadské sdružení sester (CNA) definovalo ošetřovatelství jako identifikaci a zpracování odpovědí lidí na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy. Zahrnuje jednotlivé úkony péče a služeb, které mají vést ke zlepšení zdraví, prevenci onemocnění, úlevě od utrpení a navrácení zdraví a optimálnímu vývoji. Proces probíhá při přímé nebo nepřímé spolupráci pacienta nebo jiných osob, které se kromě sestry na zdravotní péči podílejí (Mastiliaková, 2003; Kozierová et al., 2004).

1.1.1 Ošetřovatelství jako profese

Vývoj ošetřovatelství probíhal po staletí. Předmětem zájmu byla humanistická péče, ošetřování a poskytování podpory a útěchy. Profese na rozdíl od zaměstnání vyžaduje speciální vědomosti, přípravu a zkušenosti. Od ostatních zaměstnání se liší kromě jiného potřebou dlouhodobého speciálního vzdělávání. Cílem je získání potřebných znalostí a dovedností k vykonávání činností v rámci odborné kompetence. Takové vzdělání je prováděno určitou společensky uznávanou formou, která je zákonně upravena. Za vykonávání profese dostává pracovník mzdu. Tím se profesionální činnost odlišuje od dobročinných, zájmových či jiných činností. V České republice je možné považovat povolání sestry za profesi (Kozierová et al., 2004; Plevová, 2011).

1.1.2 Profesionální role sestry

Role je chování, které očekává a vyžaduje společnost od člověka s určitým postavením. Role sestry se mohou prolínat a mění se podle toho, s kým je sestra v interakci (lékař, pacient, kolegyně, staniční sestra apod.). Každý člen profese by měl vědět, jaké jsou jeho povinnosti a kompetence. Profesionální socializace je komplexní proces a studenti ošetrovatelství potřebují určitý čas, aby mohli své profesní role přijmout za své (Kozierová et al., 2004; Plevová, 2011).

Role *ošetřovatelky a utěšitelky* je role zabývající se lidskými vztahy. Sestra v této roli chrání důstojnost člověka. K této roli patří vše, co se týká klientů/pacientů a co je pro pacienty významné. Cílem je zjišťovat, co je důležité a poskytovat podporu. Sestra dává najevo upřímný zájem o pacienta a jeho potřeby, zajišťuje jeho dobro. Další rolí je role *komunikátorky*. Účinná komunikace je důležitou dovedností všech profesí, u profesí pomáhajících to platí dvojnásobně. Jasná a srozumitelná komunikace vytváří vztahy mezi sestrou a pacientem, sestrou a ostatními zdravotnickými pracovníky a mezi sestrami navzájem. Komunikace je důležitá při každé činnosti, kterou sestra dělá. Sestra musí umět při své práci mluvit, ale také naslouchat. Důležitou částí komunikace je také písemné zaznamenávání informací do plánu ošetrovatelské péče, které by mělo být jasné, přehledné a výstižné. Sestra v roli *poradkyně* pomáhá pacientovi poznat stresové psychické nebo sociální problémy a vyrovnat se s nimi. Pomáhá mu rozvíjet mezilidské vztahy a podporuje ho v oblasti citové, psychologické i intelektuální. Poskytuje pacientovi rady v každodenních problémech. Vybírá z různých možností řešení problémů ten nejoptimálnější pro konkrétního pacienta. Sestra může provádět individuální nebo skupinové poradenství (např. ve svépomocných skupinách). Role *učitelky* spočívá v ovlivňování pacientova chování. Cílem je změna na základě získání nových poznatků nebo technických dovedností. Učení se skládá z fáze posuzování, plánování, realizace a zhodnocení. Proces učení uplatňuje sestra v prevenci i při léčbě. Podává informace o prevenci onemocnění, nemoci, léčebném režimu apod. Sestra jako *pacientova advokátka* obhajuje pacientova práva. Prosazuje to, co je pro něj nejlepší, chrání jeho práva. Pacienti potřebují někoho, kdo se jich v případě potřeby zastane. Sestra jako advokátka pacienta seznamuje pacienta s jeho právy, podporuje pacienta

v jeho rozhodnutích a respektuje je i pokud se neshodují s jejími názory. Roli *nositelky změn* sestra naplňuje, pokud pomáhá dělat změny v sobě samé nebo v systému. Má dostatek vědomostí o změně, aby mohla řídit její proces. Proces změny v ošetrovatelství se uplatňuje například v ošetrovatelském procesu. Sestra podporuje pacienta v rozhodnutí se pro změnu, v jejím uskutečnění a využití při zlepšení zdraví. *Sestra - vůdkyně* napomáhá pacientovi dosáhnout cíle, který směřuje ke zlepšení jeho pohody, komfortu. Pomocí svého interpersonálního působení uplatňuje nové nápady v praxi. Podporuje skupiny i jednotlivce k aktivní účasti na dosažení předem stanovaných cílů. *Sestra - manažerka* řídí ošetrovatelskou péči. Má formální pravomoc a pověřuje jiné sestry a ostatní zdravotnické pracovníky úkoly, kontroluje a vyhodnocuje jejich činnost. Sestra - manažerka deleguje pravomoc na jiné osoby a činí je tak zodpovědné za plnění úkolů. Je třeba dohlížet a hodnotit práci ostatních členů týmu, kterým sestra-manažerka jednotlivé úkoly svěřila. Poskytování pozitivní i negativní zpětné vazby při poskytování ošetrovatelské péče je velmi důležité. Neméně důležitá role sestry je i role *výzkumnice*. Výzkum v ošetrovatelství se neustále rozvíjí. Počet sester, které se zabývají výzkumem, roste. Všechny sestry se výzkumu věnovat nemohou. Pro rozvoj ošetrovatelství na vědecky podložených základech je potřeba, aby měly všechny sestry alespoň základní vědomosti o výzkumu v ošetrovatelství a uměly výsledky výzkumu využívat ve své každodenní praxi (Kozierová et al., 2004).

1.1.3 Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces je metodický rámec pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jedná se o cyklický rámec, jehož jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují. Smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči, dovolí pacientovi se na péči podílet.“ (Šamánková, 2006, s. 32). Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází - posouzení klienta/pacienta, ošetrovatelské diagnózy, plánování, realizace a zhodnocení (Kozierová

et al., 2004; Šamánková, 2006). U dětí musí být v ošetřovatelském procesu respektováno mimo jiné vývojové období (Sikorová, 2011).

1. fáze – posouzení

V první fázi ošetřovatelského procesu dochází ke sběru dat, třídění a ověřování informací. Jedná se o údaje z oblasti tělesné, společenské, emocionální, intelektové, kulturní, duchovní (ošetřovatelská anamnéza). Specifické informace pomohou zdravotníkům pochopit lépe vnitřní pocity klienta/pacienta a zpříjemnit mu tak pobyt v nemocničním zařízení. Informace lze získat od klienta/pacienta, jeho rodiny, ze zdravotnické dokumentace, vlastním pozorováním, od ostatních pracovníků ve zdravotnictví, případně sociálních nebo pedagogických pracovníků. Ošetřovatelská anamnéza není totožná s anamnézou lékařskou, ale vzájemně se doplňují (Kozierová et al., 2004; Šamánková, 2006; Sikorová, 2011). Malá (2002) upozorňuje na to, že klient/pacient (případně i jeho rodinní příslušníci) by se měl na ošetřovatelském procesu aktivně podílet.

2. fáze – diagnostika, ošetřovatelská diagnóza

Diagnostika je proces, který vyústí do stanovení ošetřovatelské diagnózy na základě vyhodnocení získaných informací. Ošetřovatelskou diagnózou je závěr o skutečném nebo potencionálním narušení zdraví pacienta, které je možné vhodnou péčí sestry, ve spolupráci s pacientem, řešit. Sestra hledá aktuální a potencionální problémy pacienta, analyzuje je a hledá odpovědi na otázky, jak může pacientovi pomoci a které faktory podněcují vznik či zhoršování problému. Ošetřovatelské diagnózy lze rozdělit na aktuální, potenciální a zdraví podporující. Aktuální ošetřovatelské diagnózy popisují problémy, které v současné době existují, naproti tomu potencionální ošetřovatelské diagnózy popisují problémy, které mohou nastat, a zaměřují se na případná rizika. Zdraví podporující ošetřovatelské diagnózy jsou orientovány na zlepšení a posuzují motivaci jedince, rodiny či komunity. Pomocí edukace zvyšují specifické chování jedince orientované na zdraví a potenciál lidského zdraví. Ošetřovatelskou diagnózu lze stanovit vlastními slovy nebo podle taxonomie ošetřovatelských diagnóz. Nejčastěji užívaný a nejznámější je systém NANDA (North American Nurse Diagnosis

Association). Ošetrovateľské diagnózy jsou řazeny podle naléhavosti a priorit jejich řešení. Definitivní závěr o pořadí problémů by se měl stanovit vždy ve spolupráci s klientem/pacientem, neboť se nemusejí shodovat s prioritami sestry (Kozierová et al., 2004; Šamánková, 2006; Marečková, 2006; Herdman, 2010).

3. fáze – plánování

Plánování zahrnuje vytyčení ošetrovateľských strategií a intervencí, stanovení cílů a očekávaných výsledků. Písemný plán ošetrovateľské péče obsahuje činnosti, které jsou zaměřeny na odstranění nebo alespoň zmírnění pacientových problémů. Měla by probíhat spolupráce mezi všemi členy zdravotnického týmu. Sestra opět spolupracuje s klientem/pacientem, případně s jeho rodinou, a stanovuje specifické úkony, které vedou k naplnění cílů. Cíle dělíme na krátkodobé a dlouhodobé. Plánování má dvě části – určení hypotézy o cíli a plán ošetrovateľských intervencí (Kozierová et al., 2004; Šamánková, 2006).

4. fáze – realizace

Realizace je vlastní vykonávání ošetrovateľského plánu. Sestra stále shromažďuje informace o klientovi/pacientovi, vykonává naplánované ošetrovateľské intervence, řídí péči a rozděluje ji mezi ostatní členy týmu a schvaluje plán ošetrovateľské péče o klienta/pacienta. Sběr informací pomáhá při zhodnocení ošetrovateľského procesu v další fázi a k detekci změn pacientova stavu. Cílem realizace je dosažení žádoucích výsledků a stanovených cílů. Realizace plánu je zaměřena na dosažení žádoucích výsledků, naplnění stanovených cílů pokud možno v pořadí, jaké bylo stanoveno (Kozierová et al., 2004; Šamánková, 2006).

5. fáze – zhodnocení

Zhodnocení znamená posouzení efektu poskytnuté péče. Posouzení se provádí pomocí výsledných kritérií. Zjišťuje se, jak se shodují naplánované cíle s reálným stavem. Zda byly cíle splněny, částečně splněn nebo se jich dosáhnout vůbec nepodařilo. Pokud se nepodaří cíle dosáhnout, je třeba plán ošetrovateľské péče přehodnotit. Plán lze změnit v kterékoli fázi ošetrovateľského procesu, pokud zjistíme,

že není efektivní. Průběžné hodnocení sestrou slouží k odhalení neúčinných intervencí (Kozierová et al., 2004; Šamánková, 2006; Mastiliaková, 2003).

1.1.4 Komunitní ošetřovatelství

Komunitní ošetřovatelství je zaměřené na primární, sekundární a následnou péči o jednotlivce, rodiny i skupiny, které se nacházejí v komunitě. Zahrnuje ošetřovatelské služby, které jsou poskytované mimo nemocnice a zaměřují se na podporu zdraví, prevenci onemocnění, péči o nemocné a rehabilitační péči. Komunitní ošetřovatelství je zaměřené především na zdraví komunity a plní funkci ochrany zdraví a předcházení vzniku onemocnění (Boledovičová et al., 2009; Farkašová et al., 2005).

Jednou ze základních funkcí společnosti je výchova a vzdělání dětí. Tuto úlohu plní především škola, která připravuje děti na život v současném i budoucím světě. Škola musí zajistit ochranu zdraví žáků během výchovně-vzdělávací činnosti. Aby se podařilo naplnit cíle programu Zdraví 21 (viz příloha č. 2) při ochraně a podpoře zdraví dětí ve školách, je potřeba zajistit vzdělaného odborníka, který bude působit v komunitě dětí a mladistvých. Ten však v našem školském i zdravotnickém systému chybí. Východiskem z této situace je funkce školské sestry, která však v současné době není v České republice ustanovená. Problematikou prevence rizikového chování dětí a mládeže se proto musí zabývat pedagogové, kteří mnohdy nemají dostatek času se touto problematikou dostatečně zabývat. Mezi rizikové chování dětí a mládeže patří i patologické jídelní chování. Škola je prostředí, kde děti tráví značnou část svého života a je zde možnost pozitivně ovlivnit jejich zdraví a životní styl. Projekt školské sestry byl realizován například v Polsku. Úlohou školské sestry je zajištění primární zdravotní péče na školách zaměřené na prevenci, ochranu a podporu fyzického i duševního zdraví každého školáka v zemi. Ve spolupráci s pedagogy plánují témata a obsahy kurzů zdravotní výchovy a výživy. Školské sestry provádějí preventivní zdravotní prohlídky všech dětí a více se zaměřují na děti se zvláštními potřebami. Jsou členkami zdravotnického týmu a zodpovídají za koordinaci jeho aktivit. Spolupráce ve zdravotnickém týmu vede k včasnému záchytu onemocnění a odeslání dítěte

k odborníkovi. Přiměřená péče o nemocné děti je další kompetencí školské sestry. Školská sestra musí spolupracovat s pediatrem a stomatologem v takové míře, aby si nezasahovali do kompetencí. Rodiče jsou podporováni k účasti na projektu (Boledovičová et al., 2009).

1.2 Výživa a poruchy příjmu potravy

Výživa patří mezi základní potřeby člověka. Během života získává jídlo psychologický a sociální význam. Příjem potravy je regulován na několika úrovních. Pocit sytosti vzniká dilatací žaludeční stěny, vzestupem glykémie a pomocí dalších biologických mechanismů, psychických a sociálních faktorů. Vztah k jídlu ovlivňují také sociální, kulturní, rituální a výchovné vlivy. Jídlo může být pro někoho slastí, prostředek ke snížení úzkosti a napětí, prostředek k potlačení pocitu prázdnoty či osamělosti. Postoj k jídlu může podle psychoanalytických teorií zastupovat postoj k matce či postoj k sexualitě. Jídlem je možné odměňovat i trestat. Příjem potravy je významným prvkem v socializaci dítěte a jeho integraci do rodiny (Tuček, 2005; Grofová, 2007).

Malnutrice označuje špatný stav výživy. Podvýživa se objevuje při nedostatečném příjmu energie, hladovění a projevuje se ztrátou tělesné hmotnosti. Energetický deficit způsobí nejprve redukci tukových zásob, později klesá i množství aktivní tělesné hmoty, zejména svalstva. Dlouhodobé hladovky a přísné redukční diety ohrožují jedince vznikem letálních poruch srdečního rytmu. Vědomě může člověk omezovat příjem jídla právě při poruchách příjmu potravy (Grofová, 2007; Kreh, 2002).

1.2.1 Základní složky výživy

Složky výživy se dělí na makronutrienty a mikronutrienty. Mezi makronutrienty patří sacharidy, proteiny a lipidy. Sacharidy jsou hlavním zdrojem energie pro organismus. Tvoří asi 50-55% celkového příjmu energie. Proteiny jsou součástí enzymů, protilátek, hormonů a srážlivých faktorů. V organismu vytvářejí onkotický

tlak, který udržuje v cévách vodu. Lipidy kryjí asi 25-30% energetické potřeby. Zajišťují zásobu energie v organismu ve formě tukové tkáně. Tuky tvoří ochrannou vrstvu orgánů, jsou důležité pro tvorbu některých hormonů, vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích, jsou součástí biologických membrán. Ke skupině mikronutrientů se řadí vitaminy, minerály a stopové prvky. Vitaminy se rozdělují na hydrofilní – rozpustné ve vodě, a lipofilní – rozpustné v tucích. K hydrofilním vitaminům se řadí vitaminy skupiny B (konkrétně B₁, B₂, B₆, B₁₂), vitamin C, vitamin H, kyselina listová, kyselina nikotinová a kyselina pantotenová. Mezi vitaminy rozpustné v tucích se řadí vitaminy A, D, E, a K. Lipofilní vitaminy jsou v organismu ukládány a při zvýšeném příjmu hrozí jejich předávkování. K nejdůležitějším minerálům patří sodík, draslík, chloridy, vápník, hořčík a fosfor. Stopových prvků je potřeba dodávat pouze malé množství, přesto jsou pro organismus důležité. Řadí se k nim například železo, měď, jód, selen, mangan, fluór, zinek, chrom, kobalt a další. Všechny složky výživy jsou pro organismus nezbytné a žádnou z nich nelze ve výživě vyloučit, aniž by došlo k poškození (Grofová, 2007; Trojan, 2003).

1.2.2 Historie poruch příjmu potravy

O tom, že poruch příjmu potravy nejsou moderním onemocněním, které je podmíněno pouze vlivem sociokulturního prostředí, svědčí jejich poměrně dlouhá historie. V každém historickém období byly poruchy příjmu potravy vnímány odlišným způsobem. První zmínky o poruchách příjmu potravy sahají až do 5. století př. n. l. a zmiňuje se o nich Hippokrates, který je označuje názvem *asithia*. V průběhu dějin patřilo odmítání jídla k těžkým příznakům somatických, ale i duševních poruch. Po celá staletí však nebylo odmítání jídla pokládáno za primárně patologický jev. Extrémní půst byl součástí sebetrestajících praktik mnoha hluboce věřících křesťanů. Zejména v období pozdního středověku některé věřící ženy tvrdily, že je při životě bez potravy nebo jen s velmi omezeným příjmem potravy udržuje boží pomoc. V pozdější době se objevují „*záračné panny*“, které se již neodvolávají na boží pomoc. Byly to adolescentní dívky, kterým se dostávalo značné pozornosti, protože tvrdily, že nejedí

vůbec, nebo že přijímají jen velmi nepatrné množství potravy. V té době byla řada lékařů přesvědčena, že jde o zázrak. Teprve v průběhu 19. století začalo být odmítání jídla považováno za patologický jev a postupně začala většina lékařů pokládat dlouhotrvající odmítání jídla za zjevnou známku duševní poruchy (Krch, 2005; Papežová, 2010).

Pojem anorexia nervosa se objevuje teprve v 70. letech 19. století, ale nelze vyloučit, že tato porucha existovala mnohem dříve pod jinými názvy. Až ve 2. polovině 19. století se objevují první věrohodně popsané případy mentální anorexie. Poprvé onemocnění popsal William Gull v Anglii a současně Charles Laseque ve Francii. Jednalo se o psychogenní chorobu objevující se především u dívek a mladých žen. Charakteristickými rysy byl velký úbytek hmotnosti, ztráta menstruace, zácpa, neklid a absence jakýchkoli známek organické patologie. Trvalo však ještě několik desetiletí, než byl o mentální anorexii projeven větší zájem. Ve 40. letech 20. století je mentální anorexie znovuobjevenou duševní poruchou a začíná se rýsovat její širší a komplexnější obraz. Od 60. let 20. století získává mentální anorexie pověst „moderní a záluďné“ nemoci, především díky publikacím významných lékařů. K výše uvedeným příznakům přibýly dva další typické rysy – narušené vnímání obrazu vlastního těla a neúnavná snaha o dosažení štíhlosti. V dnešní době se mentální anorexie stala „módní“ poruchou, kterou veřejnost sleduje s velkým zájmem (Krch, 2005; Boledovičová et al., 2010).

1.2.3 Poruchy příjmu potravy

Jedním z nejčastějších a také nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen jsou poruchy příjmu potravy. Mentální anorexie je třetím nejčastějším onemocněním v adolescenci (Krch, 2005). Působí dlouhodobé obtíže postiženým i jejich sociálnímu okolí. Jedná se o vědomou formu sebedestrukce člověka, která je závažná zejména proto, že se projevuje ve vztahu k jídlu, tedy primární potřebě člověka. V psychiatrické praxi se jedná o onemocnění s nejvyšší úmrtností (Krch, 2005; Majerová, 2011; Zámečnicková, 2003). Pacientky o jídle přemýšlejí ne jako o prostředku

k udržení fyziologického stavu výživy, ale jako o prostředku k dosažení životních cílů, tužeb a představ (Ondriášová, 2005).

Poruchy příjmu potravy snižují postiženému člověku kvalitu života. Zhoršuje se jeho schopnost pracovat, komplikují se jeho mezilidské vztahy a narušen je i vztah k sobě samému. Poruchy příjmu potravy významně snižují šanci na zahájení a udržení kvalitního partnerského vztahu. Pacient se stává uzavřeným, podrážděným, má snížený zájem o sex, pocity bezmocnosti a nízkou sebeúctu. V důsledku extrémního hladovění dochází ke zhoršení fungování ve škole, sociálních situacích i v rámci rodiny (Tuček, 2005; Raboch, 2001; Dulcan, 2004).

Přestože se s poruchami příjmu potravy lidstvo setkávalo již od nepaměti, v posledních desetiletích jejich výskyt stoupá. Názory na důvod zvyšujícího se počtu pacientů s poruchami příjmu potravy jsou rozdílné. Je otázkou, zda vyšší výskyt poruch příjmu výživy v dnešní době je dán sociálními a kulturními podmínkami ve společnosti. Dnešní konzumní společnost je orientovaná na tzv. kult těla a štíhlou linii. To může být jedním z důvodů (Hupková, 2008). Ladishová (2010) uvádí, že výskyt poruch příjmu potravy se od minulosti neliší, pouze se postižení méně ostýchají o svých problémech hovořit. V posledních desetiletích přitahují poruchy výživy stále větší pozornost veřejnosti u nás i ve světě. Pro jedince je pak snadnější si přiznat, že trpí mentální anorexií, mentální bulimií nebo jinou formou poruchy výživy, pokud má dostatek validních informací o dané problematice (Ladishová, 2006). Ukazuje se, že obě teorie jsou platné a na vyšším výskytu poruch příjmu potravy v průběhu posledních desetiletí se podílejí (Hupková, 2008).

Výskyt mentální anorexie od 60. let 20. století roste. Dle provedených studií se dá říci, že v ekonomicky vyspělých zemích světa ročně přibude 6-10 nových případů mentální anorexie na 100 000 obyvatel. Současně s rostoucím výskytem onemocnění se snižuje věk pacientů. Nejvyšší výskyt mentální anorexie (30-80 případů) je u dívek ve věku 13-19 let. Výjimkou není výskyt onemocnění již v mladším školním věku, setkat se lze s osmiletými dívkami. U mužů se uvádí 10x nižší výskyt mentální anorexie, než u žen. Vzrůstá počet registrovaných případů. Dá se předpokládat, že je to dáno mimo jiné

i vyšší informovaností veřejnosti o problematice poruch příjmu potravy. V České republice vzrostl počet hospitalizovaných pacientů s diagnózou mentální anorexie ze 135 případů v roce 1989 na 534 registrovaných případů v roce 1999 (Krch, 2005). Lze předpokládat, že počet jedinců, které trpí poruchami příjmu potravy je ve skutečnosti vyšší. Při porovnání studií založených na nemocničních registrech a populačních studiích se ukazuje, že podstatná část jedinců s mentální anorexií pravděpodobně terapii nevyhledává. Obavy ze stigmatizace mohou být spojené se zatajováním poruchy příjmu potravy. Postižení se mohou chtít diagnóze a především léčbě vyhnout, aby si onemocnění uchovali pro sebe (Krch, 2005; Papežová, 2010; Koutek, 2004).

Nejvíce se mentální anorexie vyskytuje v Evropě, USA, Austrálii, Japonsku, Jižní Africe a na Novém Zélandě. Z toho lze usuzovat, že se na jejím vzniku podílejí kulturní vlivy a sociální a společenské prostředí (Dulcan, 2004).

Výskyt mentální anorexie v České republice je srovnatelná se zeměmi západní Evropy a v posledních desetiletích má vzrůstající tendenci. Mentální anorexií trpí přibližně 0,5% mladých žen a dospívajících dívek. Ročně se objevuje v ekonomicky rozvinutých zemích 6-9 nových případů mentální anorexie na 100 000 obyvatel. Již u dívek staršího školního věku lze pozorovat narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti. Vyšší výskyt poruch příjmů potravy byl zjištěn u baletek, profesionálních tanečnic a modelek. Společenský tlak na dodržování štíhlosti je významným rizikovým faktorem z hlediska rozvoje poruch příjmu potravy. U profesionálních sportovců (atleti, gymnastky, plavkyně, krasobruslařky, baletky) může okolím nekriticky orientovaná štíhlost a soutěživost zvyšovat riziko vzniku poruch příjmu potravy. Přispívat může i osobnost trenéra. Riziko vzniku poruch příjmu potravy vzrůstá v souvislosti s držetím diet až osmkrát. Dříve byly poruchami příjmu potravy ohroženy zejména dívky z vyšších a středních sociálních vrstev. Nyní je výskyt vyrovnaný ve všech sociálních vrstvách, ale u dívek z vyšších sociálních vrstev se poruchy příjmu potravy objevují přibližně o jeden rok dříve, než u ostatních pacientů (Krch, 2005; Novák, 2010; Papežová, 2010).

Mezi nejčastější poruchy příjmu potravy se řadí mentální anorexie a mentální bulimie. Diagnózu lze stanovit, pokud jsou přítomny všechny znaky typické pro dané onemocnění. Pokud jeden či více projevů chybí a jinak je klinický obraz téměř typický, jedná se o atypickou mentální anorexii. Vzhledem k rozsahu práce se zde dalšími, méně častými poruchami příjmu potravy nemohu zabývat (Tuček, 2005; Baraníková, 2006; Turček, 2005).

Mentální anorexie

Mentální anorexie není vlastně „*anorexií*“ v pravém slova smyslu, tedy nechutenstvím. Jedná se o extrémní snížení tělesné hmotnosti zcela cílevědomě vyvolané a udržované nositelem této poruchy. Odmítání jídla zdůvodňuje nechutenstvím, ve skutečnosti se jedná o strach z tloušťky. Pacient se snaží úmyslně snížit svou tělesnou hmotnost. Tělesná hmotnost je udržována nejméně pod 15% pod normou nebo je BMI 17,5 a nižší. Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlu, případně užívá další prostředky k dosažení snížení tělesné hmotnosti. Většinou drží pacienti kruté diety, hladoví, nadměrně cvičí, úmyslně zvrací, zneužívají projímadla k vyvolání průjmů, užívají anorektika (léky potlačující pocit hladu) a diuretika, která způsobují pokles tělesné hmotnosti odvodněním. U některých pacientů se objevuje zvýšený zájem o jídlo jako je sbírání receptů, rádi vaří (ale nikdy své výtvary nejedí). U pacientů přetrvává strach z tloušťky a z přibírání na váze, přestože jsou extrémně vyhublí. Mají zkreslenou představu o vlastním těle, své tělesné hmotnosti a tvaru postavy. Extrémně kachektický pacient vnímá sám sebe jako velmi obézního a má před každým zvýšením tělesné hmotnosti panický strach. Neodbytná obava z tloustnutí vede ke stanovení si velmi nízkého prahu hmotnosti. Tělesná hmotnost a tvar postavy mají nepřiměřený vliv na vlastní sebehodnocení. Pacienti popírají závažnost vlastní nízké tělesné hmotnosti. Svou chorobu skrývají, a aby se vyhnuli výčtkám příbuzných a přátel, neudávají pravdivé informace o tom, kolik ve skutečnosti snědli. Svě tělo skrývají pod mnoha vrstvami oblečení. Bývá jim velmi zima. Jsou velmi citliví a i přes svou extrémně nízkou tělesnou hmotnost překvapivě výkonní. Mentální anorexie má mnoho zdravotních komplikací. U žen se objevuje amenorea.

Muži trpí ztrátou sexuálního zájmu a potence. Pokud začne onemocnění před pubertou, jsou její projevy opožděny nebo zastaveny (Krch, 2005; Tuček, 2005; Held, 2006).

Při stanovení diagnózy mentální anorexie je třeba vyloučit jinou somatickou či duševní poruchu, která může vyvolávat nechutenství, hubnutí a tím nízkou tělesnou hmotnost - např. nádorová onemocnění, tuberkulóza, depresivní porucha, endokrinologické poruchy (Krch, 2005).

Mentální bulimie

Příznakem mentální bulimie jsou opakující se záchvaty přejídání, při kterých je v krátkém čase zkonsumováno velké množství jídla. Při tomto záchvatu pacient pociťuje silnou, nepotlačitelnou touhu po jídle. Objevuje se pocit ztráty kontroly nad jídlem během epizody přejídání. Ve snaze zabránit příbytku tělesné hmotnosti dochází k úmyslnému vyvolání zvracení, zneužívání projímadel, užívání anorektik, diuretik, nadměrnému cvičení, střídavému období hladovění. Také u těchto pacientů se objevuje chorobný strach z tloušťky. Epizody přejídání se musí objevit minimálně dvakrát týdně po dobu alespoň 3 měsíců. Sebehodnocení pacienta je nepřiměřeně závislé na stavu tělesné hmotnosti a tvaru postavy. Při výše uvedených příznacích je třeba vyloučit primární somatickou poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologické onemocnění. U mentální bulimie se často objevuje současně závislost na alkoholu. Pacienti s mentální bulimií mají obvykle normální tělesnou hmotnost, přestože jsou přesvědčeni, že jsou příliš tlustí. Chtějí zhubnout o pár kilogramů, ale nejsou schopni dodržet své přísné plány diet. Na každou odchylku od svých plánů reagují strachem a ještě přísnějšími závazky o držení diet, ve kterých opět selhávají. To vede k začarovanému kruhu. Mnozí z nich řeší své selhání tím, že vše co snědli, vyzvrací nebo používají projímadla. Mají pocit, že potom mohou sníst, kolik chtějí, aniž by přibrali na hmotnosti. Střídání jedení a zvracení přináší mnoho negativních pocitů (např. pocit viny, hanby, odpor k sobě samému). Často se uzavírají sami do sebe, neboť mají strach z odhalení svého počínání nebo mají pocit, že je nikdo nemůže mít rád. Deprese se u nich stále více prohlubuje. To vede ke stále silnějším záchvatům přejídání se. Strach ze zvýšení tělesné hmotnosti se zmírňuje prostřednictvím zvracení jídla, ale

pocit viny a hanby, které jsou důsledkem, vede k dalšímu napětí a nepokoji. Pacienti s mentální bulimií jsou již od začátku pod velkým tlakem, který může vést k myšlenkám na sebevraždu. Za své chování se velmi stydí a snaží se je udržet v tajnosti (Krch, 2005; Held, 2006).

Průběh onemocnění může začít úplně obyčejnou dietou. Nejprve se jedná o touhu rychle zhubnout pár kilogramů. Po dosažení původního cíle však nenastává uspokojení a dívky hubnou dál. Pacienti s mentální anorexií mají narušené vnímání vlastního těla. I extrémně kachektičtí pacienti vidí sami sebe jako odporně obézní. Pacienty trápí obsedantní myšlenky, i malé množství jídla je pacientem vnímáno jako obrovský problém a hrozba přibírání na váze. Požití potravy může u mentálních anorektiček vyvolat výčitky svědomí a ještě přísnější cvičení a hladovění. Rozvíjí se deprese a zvyšuje se riziko sebevražedného jednání. Z počátku je pacientům věnována velká pozornost ve formě chvály a obdivu ke štíhlé postavě. Později se tato pozornost mění na obavy rodičů i přátel o zdraví a život anorektického pacienta. Zpočátku prožívá pacient euforii, která se však v průběhu onemocnění vytrácí a objevuje se apatie. Mentální anorexie může plynule přejít v mentální bulimii (Held, 2006; Majerová, 2011).

Mentální anorexie nejčastěji začíná mezi 13 a 20 lety, mentální bulimie se objevuje o něco později, nejčastěji mezi 16 a 25 lety. Mentální anorexie se však výjimečně vyskytuje již u 8letých dětí. S počátkem poruchy je možné se setkat po 30. i 40. roce věku. I přes velký věkový rozptyl jde především o poruchu dospívání. Nástupu příznaků většinou předchází období diet, které mohou být i z lékařské indikace (např. při žloutence). Onemocnění se často vyvíjí nenápadně a pomalu, jídelní postoje a chování nemocného se postupně mění a příznaky zesilují. Nemocný přizpůsobuje svůj život nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem (Krch, 2005).

Mentální anorexie i mentální bulimie mohou proběhnout jako jedna epizoda, která se po několika měsících spontánně upraví, a dojde k úplnému uzdravení. Jindy může jít o onemocnění trvající mnoho let. Asi pětina nemocných dospěje do chronického, mnoho let trvajícího onemocnění. Může hrozit riziko úmrtí na somatické

komplikace, výrazné je i riziko suicidia. Může docházet k opakovaným recidivám a relapsům. Poruchy příjmu potravy mění kvalitu života pacienta. S dlouhodobým průběhem přibývá závažných depresivních příznaků a 10 - 20% pacientů s poruchami příjmu potravy zůstane nezlepšeno a postupně se zhoršuje. Mentální anorexie patří mezi duševní poruchy s největší úmrtností, která činí 2 - 8% (Krch, 2005; Tuček, 2005; Hupková, 2008).

Příčiny poruch příjmu potravy jsou multifaktoriální. To znamená, že neexistuje pouze jediná příčina poruch příjmu potravy, ale vždy se podílí více faktorů, které zvyšují pravděpodobnost onemocnění. Rizikové faktory lze rozdělit na sociokulturní, biologické, rodinné a psychologické. Je obtížné stanovit prioritu možných vlivů a v některých případech i zřetelnou hranici mezi normou a patologií (Tuček, 2005; Nesrstová, 2003).

Sociální a kulturní faktory

Každý člověk je ovlivňován kulturou a společností, ve které žije. Kultura, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu, napomáhá rozvoji poruch příjmu potravy. Již děti v předškolním období mají tendenci přejímat kulturní názory a hodnotit negativně tlusté lidi a preferovat štíhlé tělo jako svůj vzor a ideál. Adolescenti přikládají velký význam názoru druhých na sebe samé. Dívkám velmi záleží na tom, zda jsou pro okolí dostatečně fyzicky přitažlivé, štíhlé a oblíbené. Módní ideál nepřímo ovlivňuje populaci a zejména snadno zranitelné adolescenty, kteří si formují svou identitu. Ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a úspěchu, sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti. Módní průmysl a sdělovací prostředky šíří názor, že „*hodnota člověka je v tom, že je štíhlý*“ a stále agresivněji konfrontují ženy se štíhlým ideálem krásy. Současné ideální tělesné proporce, silueta a hmotnost ženského těla, jak nám je ukazuje módní průmysl, jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné a dokonce zdravotně ohrožující. V tomto společenském klimatu jsou mírná nadváha a porušení diet vnímány jako selhání a mohou vést k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí. Dietním trendům se přizpůsobuje i potravinářský průmysl, který produkuje stále více nízkotučných tzv. „*light*“ výrobků. Sociokulturní tlak na udržení

štíhlosti oslabuje sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají nerealistické cíle a nevhodné vzory. Mladé ženy mají pocit, že pokud nejsou štíhlé, nejsou ničím. Tím se zesiluje jejich strach z tloušťky, nadměrný zájem věnovaný tělesné hmotnosti a nespokojenost s vlastním tělem. Tyto postoje mohou vyústit v nadměrnou kontrolu tělesné hmotnosti. Paradoxem je, že zatímco ideál ženy v módních časopisech zeštíhluje, tělesná hmotnost průměrné ženy ve společnosti narůstá (Novák, 2010; Krch, 2005; Karsten, 2006).

Aby ženy vyhověly požadavkům dnešní společnosti, musejí si udržovat tradiční přitažlivost a současně se přizpůsobit požadavkům profesionálního úspěchu a výkonu. U některých dospívajících dívek v této rozporuplné situaci může dojít k odmítnutí ženského vzhledu a rozvoji poruch příjmu potravy. U některých žen může být mentální anorexie formou obrany před úzkostí, kdy mohou alespoň kontrolovat své tělo za pomoci dodržování přísných redukčních diet. Poruchy příjmu potravy se většinou objevují v kulturách s nadbytkem potravy. Štíhlost je v nich prezentována jako žádoucí stav. V kulturách, kde je potravy nedostatek, se naopak za ideál krásy považují zaoblené křivky těla. Ukazuje se, že ideál krásy je většinou v kultuře obtížně dosažitelný. V kulturách, ve kterých neexistuje ideál štíhlosti, se poruchy příjmu potravy nevyskytují (Novák, 2010; Krch, 2005).

Podle Papežové (2010) stres z akulturace, přizpůsobení se cizí kultuře a životu v zahraničí, může vyústit ve vznik poruchy příjmu potravy. U žen žijících v zahraničí se onemocnění vyskytují častěji. Riziko stoupá, čím je kulturní odlišnost větší.

Nebezpečím se v posledních letech stávají pro-anorektické weby. Na jejich stránkách dívky či ženy prezentují poruchy příjmu potravy jako žádoucí. Tyto ženy nemají v úmyslu začít s léčbou a své nemoci se plně přizpůsobují. Idealizují mentální anorexii či bulimii a poskytují dívkám návod, jak se k nim propracovat, čímž přispívají k šíření nemoci. Navzájem se podporují a povzbuzují k ještě většímu snížení tělesné hmotnosti. Bohužel zatím není možnost, jak tyto blogy zakázat (Novák, 2010; Matějček, 2011).

Vliv kultu štíhlosti na onemocnění poruchami příjmu potravy je nesporný. Média se snaží předávat poselství, že kdo není štíhlý, je méně hodnotný. To vnímají zejména ženy, u kterých je krása jedním z měřítek úspěchu. Reklamy, módní časopisy, televizní pořady, soutěže miss, které dívky a ženy každodenně bombardují štíhlostí druhých, zvyšují nespokojenost s vlastním tělem. To se podepisuje na nových případech mentální anorexie i mentální bulimie. Čím více se ženy a dívky ztotožnily s ideálem krásy a čím více jsou nespokojeny se svým tělem, tím jsou zranitelnější. Pokud mají pocit, že neuspěly, cítí se nepříjemně a pokoušejí se zhubnout. V současnosti bývá problém mentální anorexie zlehčován a anorektický vzhled se prezentuje v médiích jako žádoucí (Novák, 2010; Papežová, 2010).

Biologické faktory

Jedním z nejrizikovějších faktorů pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. U žen se poruchy příjmu potravy objevují 10x častěji než u mužů. Tělesná hmotnost je dalším rizikovým faktorem. Ukazuje se, že mnoho pacientek léčených pro poruchy příjmu potravy má v anamnéze nadváhu. S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá u žen nespokojenost s tělesným vzhledem a roste i nebezpečí vzniku poruch příjmu potravy. Puberta je typickým obdobím vzniku těchto onemocnění, neboť dochází k dramatickým tělesným i psychickým změnám (Krch, 2005; Papežová, 2010).

Životní události

Spouštěcím mechanismem mentální anorexie či mentální bulimie může být závažná životní událost nebo obtíže (narážky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální či jiné konflikty, významná životní změna, osobní neúspěch či nemoc a problémy v rodině nebo odloučení od rodiny, problémy s vrstevníky, odmítnutí od vrstevníků, problémy s rodiči nebo mezi nimi, sexuální zneužívání v dětství, zejména jednalo-li se o rodinného příslušníka). Nejedná se však o zážitek jedné negativní události, ale opakované vystavení takovýmto událostem před vznikem onemocnění. Propuknutí onemocnění poruch příjmu potravy však nezáleží pouze na prožité negativní události. Důležitý je i způsob, jak situaci dotyčný zvládá, jak se s ní vyrovná. Dívky s nízkou

sebeúctou jsou více ovlivnitelné názory vrstevníků i médií (Krch, 2005; Papežová, 2010; Novák, 2010).

Rodinné faktory

Podpora rodiny při rozvoji a udržování poruchy příjmu potravy spočívá často v tom, že ostatní členové oceňují štíhlost pacientky i její nadměrnou sebekontrolu. Obvykle tato tendence vymizí až v době, kdy je již pacientka extrémně vyhublá. V rodinách pacientek jsou často popírány emocionální potřeby jejích členů. Rodiče se v mnoha případech naplno věnují svému zaměstnání, jsou orientováni na výkon a svou kariéru. Dětem pak chybí rodičovská péče, mohou se objevovat rozpory ve výchově, nedostatečná komunikace rodičů. Rodičovská kontrola může být nadměrná nebo naopak nedostatečná. Matky bývají náročné, nadměrně kritické ke svým dcerám, perfekcionistické. Dcera má vztah se svou matkou narušený, někdy až rivalitního charakteru. Onemocnění mentální anorexií předchází někdy dlouhodobé rodinné problémy. Pacientky zažily výrazně častěji nadměrné požadavky rodičů v oblasti sportovní či školní. Dalším problémem může být chronické onemocnění jednoho rodiče, jež výrazně narušilo fungování rodiny (Novák, 2010; Papežová, 2010; Dušek, 2010).

Psychologické faktory a osobnostní charakteristiky

U pacientů s mentální anorexií se často objevuje perfekcionalismus. Perfekcionistické rysy se u dívek, které později onemocní, projevují již v dětství. Riziko vzniku poruchy příjmu potravy se zvyšuje tam, kde se současně s perfekcionalismem objevuje nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem. K dalším rysům, které mohou být považovány za rizikové, patří negativní sebehodnocení, adolescentní soutěživost, orientace na výkon, dosažení úspěchu, egocentrismus, nadměrná afektivní kontrola, rigidita (Krch, 2005; Papežová, 2010).

K osobnostním rysům vyskytujícím se u pacientů s poruchami příjmu potravy patří nutkání být štíhlý, nespokojenost s vlastním tělem, pocit celkové nejistoty a bezcennosti, pocit odcizení, nechuť vytvářet blízké vztahy, oslabení pozitivních emocí k ostatním lidem, snížená schopnost orientovat se ve vlastních pocitech a emocích

včetně pocitu hladu a sytosti, svědomitost, pečlivost, snaha splnit očekávání ostatních lidí, strach před dospělostí, snaha o sebedisciplínu, nadměrná kontrola (především tělesných potřeb), sociální nejistota, tendence k impulzivité, závislostem, sebedestruktivně, nepřátelství vůči okolnímu světu, lidem. Často se vyskytují depresivní a úzkostné rysy, z nichž většina je spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Ani těžká kachexie a nebezpečí smrti u anorektických pacientů neoslabují strach z tloušťky a nevedou ke změně jídelního chování. U pacientů s poruchami příjmu potravy se lze setkat s neurotickými či obsedantními rysy, depresivními projevy, hraničními poruchami osobnosti, hysterickými rysy, pocity neefektivity, nízkým sebevědomím, přecitlivělostí, narcistickou poruchou osobnosti, sociální úzkostí, vztahovačností. Úzkostnost, vnitřní nejistota či pocit nedostatečnosti se objevuje až u poloviny pacientů s mentální anorexií (Krch, 2005; Papežová, 2010).

Zdravotní komplikace poruch příjmu potravy mohou být velmi závažné. Pacienti mohou i zemřít. Jak uvádí Krch (2005), úmrtnost pacientů s mentální anorexií je až 18%. Kardiální potíže se objevují až u 90% pacientů. Jedná se o sinusové bradykardie, hypotenzi pod 90/60 mmHg, která vede k závratím až náhlým ztrátám vědomí. Objevit se mohou srdeční arytmie. Může dojít k srdečnímu selhání až ke smrtelné srdeční zástavě. Vzhledem k častému výskytu kardiovaskulárních komplikací jsou důležité pravidelné kontroly krevního tlaku a časté kontroly EKG u všech pacientů s mentální anorexií s výraznou podvážou (Krch, 2005).

Časté zvracení může vést s nadužíváním diuretik a laxativ k výraznému úbytku minerálů a stopových prvků, narušení elektrolytové rovnováhy a vnitřního prostředí a může dojít k chronickému renálnímu selhání. Pacienti s poruchami příjmu potravy mají zhoršenou regulaci tělesné teploty. Objevuje se u nich narušený metabolismus glukózy, vápníku, zpomalení bazálního metabolismu, poruchy spánku. Zvyšuje se riziko vzniku močových kamenů (Majerová, 2011; Krch, 2005).

Pacienti s poruchami příjmu potravy trpí často nevolností, zácpou, mají zduřené parotické slinné žlázy. Již při konzumaci malého množství jídla se u nich objevuje

subjektivní nepříjemný pocit plnosti a nadmutosti. Jednou z nejzávažnějších komplikací z oblasti gastrointestinálního traktu jsou poruchy funkce jater (hepatomegalie, steatózy jater). Při zneužívání laxativ dochází k postupně se rozvíjející závislosti na nich a někdy i k trvalému poškození zažívacího traktu (Krch, 2005; Majerová, 2011).

V důsledku nedostatku vitamínu D v dospělosti mohou pacienti trpět osteomalácií (měknutí kostí). U jedinců, u kterých ještě není vývoj kostí ukončen, dochází ke zpomalení vývoje kostí až úplné zástavě růstu. Jedna z častých komplikací, která se vyskytuje zejména u žen, které trpí mentální anorexií, je osteoporóza, při které dochází k úbytku kostní hmoty. Následkem pak bývají patologické zlomeniny (Krch, 2005). U žen dochází ke ztrátě menstruace – amenorea (s výjimkou vaginálního krvácení při používání hormonální antikoncepce). Po normalizaci tělesné hmotnosti se obvykle menstruace objeví. Muži ztrácí zájem o sex. V důsledku hormonálních změn a nedostatku sexuální aktivity se ženám v aktivní fázi mentální anorexie nedaří otěhotnět (Raboch, 2001; Krch, 2005). Při vyšetření krevního obrazu se může objevit anémie. Až 50 % pacientů má v krevním séru zvýšený cholesterol (Raboch, 2001).

U pacientů se mohou objevit tonicko-klonické křeče, akutní zmatenost, poruchy pozornosti či celková svalová slabost. Patrné jsou nespecifické změny na EEG, jejichž příčinou je porucha elektrolytové rovnováhy. Z dalších komplikací to mohou být bolesti hlavy, křeče, dvojité vidění či poruchy hybnosti. Následkem hladovění je také atrofie mozkové kůry, která může být reverzibilní či ireverzibilní. Riziko sebepoškození je u pacientů s poruchami příjmu potravy vyšší než v běžné populaci (25% – 45%). Ve většině případů se objevuje začátek sebepoškození a poruchy příjmu potravy souběžně nebo předchází porucha jídelního chování (Platznerová, 2009; Papežová, 2010; Němečková, 2002).

Pacienti s mentální anorexií mají suchou, vrásčitou, bledou, praskající kůži, suchá lámavá vlasy, které jim vypadávají, nadměrně se jim lámou nehty. Na tvářích, končetinách a trupu se objevuje ochlupení podobné lanugu. U pacientů je porušena termoregulace, vyskytuje se nižší tolerance chladu. Při zvracení dochází k poškození

zubní skloviny a zvýšené kazivosti zubů (Dušek, 2010; Marková, 2006; Zadák, 2008; Strejčková, 2007).

Léčba mentální anorexie je svízelná. Obtížné je především navodit u pacienta potřebnou motivaci k opravdovému souhlasu s léčením. Léčbu často bojkotují. Pacienti bývají mistry v rafinovaných podvodech při manipulaci s jídlem, matou volným oblečením a mohou na dlouhou dobu klamat svou rodinu i blízké okolí. Při léčbě je nutná spolupráce mnoha odborníků - psychiatr, psycholog, pediatr či internista, nutriční specialista, endokrinolog, gynekolog, stomatolog (Tuček, 2005; Seifertová, 2008). Dušek (2010) uvádí, že cílem lží a podvodů je udržet si co nejnižší tělesnou hmotnost. Předstíráním léčby může být dočasně oklamán i lékař. Léčba poruch příjmu potravy musí být komplexní. Může probíhat ambulantně nebo za hospitalizace. Hospitalizace je potřebná při výrazném poklesu hmotnosti, při výrazných depresivních příznacích, riziku suicidálního chování, nepříznivém rodinném prostředí a nespolečnosti v oblasti výživy a zvyšování hmotnosti pacienta v ambulantní léčbě. Pacienti jsou většinou hospitalizováni na psychiatrickém nebo interním oddělení, dětské pacienty na oddělení pediatrii nebo na dětské psychiatrii. V těžkých případech je nutná intenzivní péče na metabolické jednotce. Volba závisí na nutričním stavu pacienta, přidružených psychických a tělesných potížích, váhovém úbytku, délce potíží (Nesrstová, 2003; Gibalová, 2001; Zámečníková, 2003). Dítě je citově závislé na své rodině. Proto každé odloučení od jeho přirozeného sociálního prostředí je pro něj velkým zásahem. Sestra na oddělení má být pro dětské pacienty vzorem. U dětí je mimo léčby základního onemocnění také důležité výchovně-vzdělávací působení. Je třeba mít na paměti, že dětem musí být zajištěn neustálý dohled (Radimský, 2001). Mezistupeň mezi ambulantní péčí a hospitalizací tvoří denní stacionář. Umožňuje pacientovi léčbu bez vytržení z jeho přirozeného prostředí. Není však vhodná pro všechny pacienty. Tato forma terapie je více využívána v zahraničí, v České republice není zatím příliš rozšířená (Chudobová, 2005). Objevuje se také snaha na zřizování specializovaných center pro poruchy příjmu potravy. Sestry, které zde pracují, prošly speciálním výcvikem (mnohdy i v

psychoterapii). Mají proto nezastupitelnou roli při komplexní péči o pacienty s poruchami výživy (Malá, 2002).

Při terapii poruch příjmu potravy se využívá psychoterapie, nutriční poradenství, farmakoterapie, režimová opatření. Psychoterapie je individuální a skupinová (arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie, dramaterapie, terapie zaměřená na tělo – bodyterapie, herní terapie, relaxace) a je na ni kladen velký důraz. V psychoterapii poruch příjmu potravy má nezastupitelné místo kognitivně behaviorální terapie. Při skupinové terapii hospitalizovaných pacientů bývají skupiny smíšené (mentální anorektičky i mentální bulimičky). Skupina si může bránit některé příznaky, podporovat se v negativních postojích a dysfunkčních přesvědčeních, někdy vzniká dokonce koalice vůči personálu. U stejně postižených pacientů se může objevovat pocit normálnosti nevhodných postojů a návyků, někdy dokonce svádí k nápodobě. Jako příklad mohou sloužit některé anorektičky, které se během hospitalizace naučí zvracet. Motivační terapie slouží k získání pacienta pro aktivní účast na léčbě. Využity mohou být také svépomocné manuály nebo edukační brožury či knihy. U dětí je velice důležitá také terapie rodinná (Zámečnicková, 2003; Krch, 2005; Seifertová, 2008). Podle Locka (2010) je úspěšnost rodinné terapie u dětí a dospívajících 80 – 90%. Rodiče se často obviňují ze vzniku poruchy příjmu potravy a pociťují bezmoc (Whitney, 2005). Tomanová (2006) ve své práci popisuje také využití vícerodinné terapie, kde si rodiny pacientů mohou otevřeně vyměňovat zkušenosti a rady, zmírňuje se pocit sociální izolace, beznaděje. Cílem terapie u mentální anorexie je zejména nutriční rehabilitace. Poradenství v oblasti výživy u pacientů s mentální anorexií by mělo být zaměřeno na normalizaci stavu výživy, jídelní chování, zmírnění úzkosti spojené s jídlem. Cílová hmotnost dětského pacienta má být taková, aby došlo k obnovení fyziologických funkcí tak, aby růst a vývoj dítěte v pubertě mohly normálně pokračovat. Hmotnostní přírůstek musí být přiměřený (Krch, 2005; Papežová, 2010). Koutek (2004) uvádí, že v ideálním případě by měl hmotnostní přírůstek být asi 0,5 - 1 kg za týden. Krásničanová (2006) uvádí, že hmotnostní přírůstek má být takový, aby se u pacientek s amenoreou obnovila menstruace. Rychlý váhový přírůstek je zbytečný a nedoporučuje se. Zpočátku stačí krýt energetické potřeby organismu. Nadměrná výživa je nežádoucí, neboť je k ní

pacient odmítavý a nedůvěřivý. U pacientů vyvolává strach ze ztráty kontroly. Může dojít k narušení spolupráce pacienta s nutričním týmem. Energetický příjem je vhodné zvyšovat až později. Potrava by měla být vyvážená. Pokud je to možné, měla by respektovat přání pacienta. U ambulantních pacientů dochází k pomalejšímu nárůstu hmotnosti, než u pacientů hospitalizovaných. Při ambulantní péči se instruuje o jídelním režimu rodina. Je třeba se vyvarovat konfrontacím během jídla. U pacienta se podporuje zodpovědnost za vlastní jídlo, na druhou stranu nesmí být přehlédnuty známky relapsu či anorektického chování (Dulcan, 2004; Krch, 2005; Seifertová, 2008; Svačina, 2008). Nezřídka je potřeba v léčbě mentální anorexie při těžké malnutrici enterální či parenterální výživa (Papežová, 2010). Při rychlé realimentaci hrozí vznik tzv. refeeding syndromu. Objevuje se u pacientů s těžkou malnutricí při náhlém dodání energie, výživy. Dochází k poklesu minerálů v krvi a může dojít k maligním arytmiím až ke smrti (Navrátilová, 2002).

Sestra je součástí multidisciplinárního týmu a při léčbě poruch příjmu potravy má svou úlohu. Zjišťuje začátek a projevy onemocnění, hodnotí celkový fyzický a psychický stav pacienta, jeho ochotu a motivaci ke spolupráci. Důležitým úkolem sestry je získat si důvěru pacienta. Důsledné dodržování režimových opatření jsou při hospitalizaci velice důležité. Sestra sleduje a zaznamenává množství jídla, které pacient s mentální anorexií během dne zkonsumuje, dohlíží na pacienty při každém jídle a kontroluje dodržování klidového režimu 60 minut po jídle. Sleduje odmítání a ukryvání jídla či zvracení. Na jídlo je určen časový limit. Toalety se uzavírají na dobu těsně po jídle. U pacientů sestra zajišťuje přiměřené aktivity v rámci oddělení. Aktivity, které jsou spojeny s vyšším výdejem energie a s úbytkem tělesné hmotnosti, nejsou vhodné, proto jim musí sestra zabránit. Sestra zaznamenává do dokumentace pacienta jeho činnosti a aktivity v průběhu dne. Provádí se pravidelné vážení. Tělesnou hmotnost sestra zaznamenává přesně, pacient se váží vždy ve stejném oblečení. Při dosažení určité tělesné hmotnosti je dovoleno pacientovi podílet se na různých společenských aktivitách v rámci oddělení, jsou mu dovoleny návštěvy či propustka na víkend domů. Sestra plní ordinace lékaře, podává pacientovi ordinované léky, měří fyziologické funkce, zajišťuje, aby se pacient účastnil individuální a skupinové terapie, odebírá

biologický materiál a výsledky laboratorních vyšetření sleduje a hlásí lékařům. Sestra pozoruje pacienta a všímá si metabolických změn, změn na kůži pacienta, změn psychického stavu (například plačtivosti, apatie, úzkosti, vzteku). Pěstuje u pacientů pocit sebedůvěry, vhodně ho motivuje a povzbuzuje. Sestra plní také roli edukátorky. Podává pacientovi i rodičům (pokud je pacientem dítě či adolescent) srozumitelné informace o onemocnění a ověřuje si, zda informacím porozuměli. Snaží se zapojit rodiče do rodinné terapie. Aby se pacienti i jejich rodiče mohli lépe podílet na léčbě onemocnění, poskytuje jim sestra o onemocnění dostatek odborné literatury. Na konci hospitalizace je terapie zaměřena na fungování pacienta v běžném životě (Boledovičová et al., 2010; Marková, 2006; Zámečnicková, 2003).

Farmakoterapie sama o sobě nemá vliv na nárůst hmotnosti a úpravu jídelního chování. Používá se pouze v omezené míře a vždy v kombinaci s dalšími terapeutickými postupy. Nejčastěji se používají antidepresiva při přetrvávání deprese nebo ke snížení úzkosti během jídla (Seifertová, 2008; Marková, 2006).

Poruchy příjmu potravy patří k psychiatrickým onemocněním. Sestra má v péči o psychiatricky nemocné nezastupitelné místo. S pacienty tráví většinu jejich dne. Její nezastupitelná role spočívá také v možnosti pozorování pacientova chování na oddělení. Musí umět zasáhnout v kterékoli situaci (např. u pacientů se sebevražedným jednáním). Důležitá je schopnost empatie, přestože se zdá některé chování pacienta nepochopitelné. V každém kontaktu s hospitalizovaným člověkem by měla volit psychoterapeutický přístup - snažit se pacienta uklidnit, pochopit a vše mu vysvětlit (Malá, 2002).

Podle Rabocha (2001) má 44% pacientů dobrou **prognózu**, 28% se uzdraví částečně, 24% má nepříznivou prognózu (přetrvává u nich nezdravé zaujetí tělesnou hmotností a jídlem, neudrží přiměřenou tělesnou hmotnost) a pod 5% zemře. Podle American Anorexia and Bulimia Association dochází k úmrtí pacientek s mentální anorexií ve věkovém rozmezí 11-19 let do jednoho roku od počátku onemocnění až v 10 procentech (Novák, 2010). Nejčastější příčinou úmrtí je srdeční zástava či

sebevražda. Dulcan (2004) uvádí, že počet uzdravených pacientů se pohybuje mezi 32 – 71%.

Mezi faktory, které mohou mít vliv na průběh a prognózu poruch příjmu potravy, patří horší přizpůsobivost před počátkem onemocnění, věk, ve kterém se objevil počátek onemocnění, pohlaví, chronický průběh, zvracení, užívání laxativ, obezita v anamnéze, nízký socioekonomický statut (Němečková, 2007; Papežová, 2010). Horší prognózu lze předpokládat také u pacientů s nízkou minimální tělesnou hmotností, zvracením, neúspěšnou předchozí léčbou či porušenými rodinnými vztahy a při dlouhém trvání nemoci. Dalšími rizikovými faktory jsou závislost na alkoholu, sebevražedné jednání a deprese v anamnéze (Raboch, 2001; Papežová, 2010).

1.2.4 Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci

V současné době není výjimkou výskyt mentální anorexie u pacientů v dětském věku. Mezi autory není jasná shoda v tom, jaký věk je považován za tzv. časný počátek onemocnění. Kocourková (2001) uvádí, že někteří autoři do této skupiny řadí pacientky, které ještě neměly menstruaci, jiní děti do 12 let a další autoři zase pacienty ve věkovém rozmezí 8-14 let. Děti pod 12 let tvoří přibližně 5% pacientů s mentální anorexií. Pro vývoj dítěte představuje mentální anorexie závažnou komplikaci po tělesné i psychosociální stránce. Jakýkoli úbytek tělesné hmotnosti v dětském věku není přirozený a může být důvodem pro zástavu či opoždění tělesného růstu a vývoje. I v dětském věku bývá přítomno zaujetí vlastním vzhledem, tělesnou hmotností a strach z tloušťky. S mentální anorexií se lze setkat již u 6-7letých dětí. V dětském věku je vedle individuální a skupinové terapie nezbytná také rodinná terapie, při které by měli být přítomni oba rodiče (Nesrstová, 2003; Krch, 2005; Koutek, 2001).

Při léčbě dětských pacientů se musí respektovat vývojové období, ve kterém se dítě nachází, a jeho postavení v rodině. Nesmí se zapomínat na emoční potřeby dítěte, rodičů i celé rodiny. Je třeba vytvořit léčebné spojení mezi rodiči a odborníky. Vhodné je poskytnutí informací o povaze potíží dítěte také ve formě literatury, otevřenost v poskytování informací. Naslouchání názorům rodičů a zkušenostem dítěte

nám pomáhá budovat vzájemnou důvěru, která je v léčebném procesu velice důležitá. Nikdy se nepřijímá zodpovědnost rodičů za vznik poruchy příjmu potravy u jejich potomka, neboť příčiny poruch příjmu potravy jsou multifaktoriální (Krch, 2005). Pacienti, kteří trpí poruchami příjmu potravy, mají ve škole často výborné výsledky. Dělalí si starosti s přerušením školního plánu, které přinese léčba. Nezřídka je udržován vysoký výkon ve škole za cenu dlouhých hodin práce navíc. Dopad, který má nemoc na psychiku pacienta, ohrožuje přátelské vztahy s vrstevníky. Návrat do školy po léčbě je třeba pečlivě naplánovat. Úzká spolupráce s odborníky ve škole je důležitá (Krch, 2005).

1.3 Prevence

Velký počet lidí se často začne starat o své zdraví až v době, kdy u nich nastanou zdravotní problémy. K péči o zdraví by měli být vedeni všichni již od útlého dětského věku. Prevence onemocnění má vždy lepší výsledky než léčba a jinak tomu není ani u poruch příjmu potravy. Prevence je zaměřena na jednotlivce (zdravé, na zdraví ohrožené nebo nemocné), na skupiny obyvatel (u poruch příjmu potravy to mohou být například dívky na 2. stupni základní školy), na komunitu nebo na celou populaci. Cílem je změna chování jedinců ve prospěch zdraví, jejich aktivní spolupráce v péči o zdraví a následné působení na okolí – rodinu, kamarády, spolužáky. Prevenci lze rozdělit na primární, sekundární a terciární (Plevová, 2011).

1.3.1 Primární prevence

Primární prevence má za úkol posilovat zdraví člověka a zvýšit jeho odolnost vůči nemocem. Působí ještě před vznikem onemocnění, cílovou skupinou jsou zdraví jedinci. Zahrnujeme sem zdravotní výchovu, vyhledávání rizikových faktorů, provedení opatření u rizikových osob a specifickou obranu proti nemocem – například očkování. Za primární prevenci u poruch příjmu potravy můžeme považovat vytvoření kvalitních stravovacích návyků v rodině, zajištění dostatku zájmů dítěti a podporu jeho přiměřeného sebevědomí (Farkašová et al., 2005; Uhlíková, 2009).

1.3.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence se využívá až po vzniku nemoci. Její úloha spočívá v předcházení vzniku komplikací, invalidity, trvalých následků či přechodu do chronického stádia onemocnění a také v obnovení dobrého zdravotního stavu. Oblasti sekundární prevence zahrnují například změnu stravování, zvyšování soběstačnosti nemocného nebo dodržování léčebného režimu. Cílem sekundární prevence poruch výživy je nalezení ohrožených dětí a adolescentů – např. ve skupinách dětí léčených pro obezitu nebo u dětí, které navštěvují určité zájmové skupiny (balet, gymnastika, modeling). Součástí je i včasné stanovení diagnózy a efektivní terapie onemocnění (Farkašová et al., 2005; Uhlíková, 2009).

1.3.3 Terciární prevence

Terciární prevence navazuje na předchozí oblasti v případě, že nedošlo k úplnému uzdravení. Cílem je naučit člověka co nejlépe využít možnosti svého života s přihlédnutím k jeho onemocnění nebo trvalým následkům. Úloha terciární prevence u poruch příjmu potravy spočívá v předcházení relapsu, zahrnuje snahu o úplnou obnovu zdraví, včetně plodnosti. Neméně důležité je také zabránit přenosu poruch výživy na další generaci (Farkašová et al., 2005; Uhlíková, 2009).

1.3.4 Prevence poruch příjmu potravy

Poruchám příjmu potravy byla v posledních letech věnována značná pozornost v odborném tisku, na seminářích i konferencích. Tato pozornost je zasloužená, neboť se jedná o onemocnění závažné. Ukazují se odstrašující příklady, probíhají kampaně proti mentální anorexii i bulimii, jsou zveřejňovány výpovědi anorektických pacientů i jejich portréty. Ve světě může být příkladem boje proti mentální anorexii kampaň italského fotografa Oliviera Toskani. Nafotil herečku Isabelle Carona, když vážila pouhých 31 kg. Její fotografie nechal vystavit na billboardech v italském Miláně. Toskani chtěl poukázat na nepříznivý vliv módního průmyslu na vznik mentální anorexie. Tuto

kampaň s názvem „*Ne anorexii*“ podpořilo také italské ministerstvo zdravotnictví. Tendence k potlačení propagace extrémní štíhlosti se v posledních letech objevují také ve Španělsku nebo Velké Británii. Americká akademie pro poruchy příjmu potravy dokonce vydala doporučení pro módní návrháře a pro vlády, v nichž navrhuje hranici, pod kterou by nemělo BMI dívek, které se chtějí věnovat modelingu, klesnout. Přes všechny snahy však stále trvá zhoubný kult štíhlosti. Dívky se snaží být hubené a „*krásné*“ podle vzoru počítačově upravených fotografií modelek v módních časopisech. Jejich cílem je dosáhnout pro ně ideální tělesné hmotnosti, která je však často jen těžko slučitelná se životem. Výskyt mentální anorexie u adolescentních děvčat stoupá. Na školách se poruchám příjmu potravy přesto nevěnuje dostatečná pozornost. Pozornost se těmto onemocněním začne věnovat až v pokročilém stádiu (Held, 2006; Majerová, 2011; Němečková, 2007; Papežová, 2010).

V minulosti byly preventivní programy zaměřené na předání vědomostí o poruchách příjmu potravy a zdravé výživě. Ukázalo se, že tyto programy nejsou efektivní, neboť jejich výsledkem je pouze zvýšení vědomostí dotyčných osob, ale nezdravé postoje a vzorce stravování ovlivněny nejsou (Held, 2006).

Preventivní programy zaměřené na poruchy příjmu potravy můžeme rozdělit na několik typů. Programy zaměřené na vzorce stravování specifické pro onemocnění předpokládají, že snížením specifických rizikových faktorů poruch příjmu potravy se sníží jejich výskyt. Programy pak působí na média a další instituce propagující štíhlost, které by měly za povinnost se řídit vypracovanými pravidly a ustanoveními ve formě etických kodexů. Vzdělávací programy by měly zdůrazňovat spíše duševní a fyzické zdraví než tělesnou hmotnost, upozorňovat na rizika poruch příjmu potravy a chránit konzumenty před nebezpečnými dietními programy. V současné době se tyto tendence postupně dostávají do médií. Příkladem může být kampaň některých firem s propagací přirozených křivek ženského těla. Druhým typem jsou programy zaměřené na nespécifickou zranitelnost vůči stresu. Jejich cílem je rozvinout u jedinců schopnosti, které jim pomohou úspěšně zvládnout stres a stresové situace zvyšováním jejich sebeúcty a sebevědomí. Na tomto procesu se podílejí již pedagogičtí pracovníci na 1. stupni základní školy. Výsledkem by měla být vysoká sebeúcta žáků a menší

ovlivnitelnost sociálními a kulturními vlivy. Osvojení si kritického myšlení ve vyučovacích hodinách by mělo snížit manipulativní vliv médií a podporovat zdravý náhled dívek na reklamy (Held, 2006; Novák, 2010).

Ukázat přesvědčivé důkazy o škodlivosti poruch příjmu potravy je mnohdy velice obtížné. Strach ze vzniku obezity, orientace na vzhled, úspěšnost a zdravý životní styl mohou být zneužívány v médiích. V reklamách jsou pak jedincům podsouvána klamavá tvrzení. Vzhledem k tomu, jak často se děti a mládež na televizi dívají, je možné preventivně působit právě zde. Mnoho mladých lidí využívá pro svou komunikaci internet. Preventivní opatření je třeba přizpůsobit tomuto trendu. K prevenci poruch výživy patří také nenásilné předání pozitivního hodnotového systému mladé generaci. Hlavním cílem hledání rizikových faktorů je vytvoření účinných preventivních programů. Rizikové faktory, které nemůžeme změnit (věk, pohlaví), nám poskytují informace pro zaměření preventivních programů (Papežová, 2010).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit riziko vzniku poruch příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy. Určit motivační faktory, které se podílejí na vzniku poruch příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy

Cíl 2 Zjistit informovanost žáků 2. stupně základní školy o poruchách příjmu potravy, o jejich projevech, faktorech, které se podílejí na vzniku, komplikacích

2.2 Hypotézy

H 1 Předpokládáme, že děvčata budou mít odlišné skóre EAT-26 než chlapci

H 2 Předpokládáme, že u žáků 5. – 9. tříd bude výskyt patologických projevů chování zaměřených na kontrolu své hmotnosti stejný

H 3 Předpokládáme, že mezi žáky 5. – 9. tříd bude spokojenost se svou tělesnou hmotností stejná

3 METODIKA PRÁCE A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

3.1 Metodika práce

Při zpracování diplomové práce byl použit kvantitativní výzkum. K získání dat byla zvolena metoda dotazování, technikou anonymního dotazníku. Dotazník (příloha č. 1) byl určen žákům 5. – 9. tříd základní školy. Dotazník byl rozdělen do tří částí. V první části jsme použili standardizovaný dotazník EAT – 26, který obsahoval 26 otázek zaměřených na zjištění patologických projevů chování zaměřených na kontrolu své hmotnosti. Druhá část zjišťovala identifikační údaje respondenta, které nám poskytly informace o pohlaví, tělesné hmotnosti, výšce, spokojenosti s tělesnou hmotností a ročníku, který respondent navštěvuje na základní škole. Třetí část se zaměřovala na zjištění informovanosti respondentů o poruchách příjmu potravy.

V dotazníku byl použit standardizovaný dotazník EAT – 26, který obsahoval 26 uzavřených otázek, který jsme doplnili 5 uzavřenými otázkami na identifikační údaje respondentů, 2 otázky polouzavřené, při kladné odpovědi bylo nutno písemně doplnit odpověď, kterou vyplnili všichni kladně odpovídající žáci a 1 polouzavřená otázka s možností doplnit odpověď jiné.

Statistické hodnocení dat bylo provedeno pomocí kontingenčních tabulek (třídění druhého stupně) a zjišťovali jsme přítomnost či nepřítomnost závislosti odpovědí respondentů na pohlaví a ročníku, který žák navštěvuje. Původních šest možností odpovědí respondentů (Vždy, Velmi často, Často, Někdy, Zřídka a Nikdy) bylo pro potřeby kontingenčních tabulek sloučeno do tří variant. V případě, že počet odpovědí nedosahoval požadované výše (více než 20% buněk očekávaných četností zastoupených méně než 5 odpověďmi), nebyla tabulka statisticky otestována.

Hraniční hodnota hladiny významnosti v chí kvadrát testu byla stanovena na 0,05 (5%). Pokud byla dosažená hladina významnosti větší než 5 %, znamená to, že zastoupení odpovědí srovnávaných skupin se neliší. Pokud byla dosažená hladina

významnosti menší než 5 %, znamená to, že byl prokázán statisticky významný rozdíl v odpovědích porovnávaných skupin respondentů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl realizován na Základní škole Grünwaldova v Českých Budějovicích. Před rozdáním dotazníku bylo osloveno vedení školy, které po seznámení s dotazníkem poskytlo ústní souhlas s realizováním výzkumu. Výzkumný soubor tvořili žáci 5. – 9. tříd. Dotazníky byly osobně předány zástupkyni ředitele pro 2. stupeň základní školy společně s instrukcemi pro pedagogy, kteří dotazníky žákům předávali. V hodinách tělesné výchovy byl žákům pedagogy rozdán dotazník k vyplnění. U respondentů byla před vyplňováním dotazníku zjištěna tělesná výška a hmotnost, kterou respondenti zaznamenali do svého dotazníku. Poté dostali žáci prostor k vyplnění ostatních částí dotazníku. Škola, na které byl výzkum prováděn, neumožňuje přítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku žáky, proto byl dotazník vyplněn pod dohledem pedagoga zaměstnaného na Základní škole Grünwaldova v Českých Budějovicích. Celkem bylo rozdáno 145 dotazníků, z nichž byly vyřazeny 4 dotazníky. 3 z těchto dotazníků nebyly zařazeny do výzkumu z důvodu velkého počtu nezodpovězených otázek, jeden dotazník byl podepsán, proto nemohl být považován za anonymní. Zpracováno bylo 141 (97%) dotazníků.

4 VÝSLEDKY

Data z dotazníků jsme zpracovali do kontingenčních tabulek, z nichž tabulky, které splňovaly podmínku dosažení požadované výše očekávaných četností, byly statisticky otestovány. U tabulek, kde nemohl být chí kvadrát považován za spolehlivý, jej neuvádíme. Aby nebyl překročen doporučený rozsah diplomové práce, byla data z kontingenčních tabulek převedena do tabulek vytvořených v programu Word.

4.1 Analýza výsledků dotazníku z hlediska pohlaví respondentů

V tabulkách č. 1 – 26 jsou data získaná z dotazníků hodnocena podle pohlaví respondentů. Z následujících tabulek je možné zjistit rozdíly mezi odpověďmi chlapců a dívek v našem výzkumném souboru.

Tabulka č. 1 Strach z nadváhy

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	15	20,3	28	37,8	31	41,9	74	100
Chlapci	10	14,9	20	29,9	37	55,2	67	100
Celkem	25	17,7	48	34	68	48,2	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=2,521$ a $p= 0,283$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Pocit strachu z nadváhy je nezávislý na pohlaví respondenta, nebyl prokázán vztah obou proměnných.

Tabulka č. 2 Odmítání jídla při pocitu hladu

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	2	2,7	18	24,3	54	73	74	100
Chlapci	1	1,5	10	14,9	56	83,6	67	100
Celkem	3	2,1	28	19,9	110	78	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Nejvíce uváděnou odpovědí u obou pohlaví je odpověď „Zřídka/Nikdy“. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ u obou pohlaví, byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, a proto není uveden. Můžeme pozorovat rozdílné zastoupení odpovědí „Často/Někdy“ u dívek (24,3%) a chlapců (14,9%). Odpovědi respondentů u obou pohlaví však nejsou významně odlišné.

Tabulka č. 3 Nadměrné zabývání se jídlem

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	4	5,4	16	21,6	54	73	74	100
Chlapci	1	1,5	27	40,3	39	58,2	67	100
Celkem	5	3,5	43	30,5	93	65,8	141	100
Dívky	NS		-		NS			
Chlapci	NS		+		NS			

Na položenou otázku odpovídali nejčastěji respondenti obou pohlaví odpovědí „Zřídka/Nikdy“. V odpovědi „Často/Někdy“ můžeme vidět rozdíly v odpovědích mezi dívkami (21,6%) a chlapci (40,3%). Díky nízkému zastoupení odpovědí v možnosti

„Vždy/Velmi často“ nebylo možno považovat chí kvadrát test za spolehlivý ukazatel statistické významnosti, proto není uveden.

Tabulka č. 4 Ztráta sebekontroly během jídla

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	4	5,4	13	17,6	57	77	74	100
Chlapci	3	4,5	8	11,9	56	83,6	67	100
Celkem	7	5	21	14,9	113	80,1	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Na otázku, zda pociťují ztrátu sebekontroly při jídle, odpovídali nejčastěji respondenti obou pohlaví odpovědí „Zřídka/Nikdy“. Mezi odpověďmi respondentů obou pohlaví nejsou významné rozdíly. Dá se říci, že dívky i chlapci odpovídali na otázku ztráty sebekontroly během jídla podobně. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, proto není uveden.

Tabulka č. 5 Krájení potravy na malé kousky

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	10	13,5	33	44,6	31	41,9	74	100
Chlapci	7	10,4	30	44,8	30	44,8	67	100
Celkem	17	12,1	63	44,7	61	43,3	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=0,342$ a $p= 0,843$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Krájení jídla na malé kousky je nezávislé na pohlaví respondenta. Vztah obou proměnných nebyl prokázán.

Tabulka č. 6 Uvědomování si kalorické hodnoty konzumovaného jídla

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	16	21,6	21	28,4	37	50	74	100
Chlapci	6	9	33	49,3	28	41,8	67	100
Celkem	22	15,6	54	38,3	65	46,1	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=8,131$ a $p= 0,17$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Uvědomování si hodnot kalorické hodnoty konzumovaného jídla je nezávislé na pohlaví respondenta. Vztah obou proměnných nebyl prokázán.

Tabulka č. 7 Vyhýbání se potravně s vysokým obsahem uhlovodanů

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	1	1,4	7	9,5	66	89,2	74	100
Chlapci	0	0	10	14,9	57	85,1	67	100
Celkem	1	0,7	17	12,1	123	87,2	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Na položenou otázku odpovídali nejčastěji respondenti obou pohlaví odpovědí „Zřídka/Nikdy“. Zastoupení odpovědí bylo ve všech kategoriích u obou pohlaví podobné. Zaznamenané rozdíly jsou nevýznamné. Pro nízký počet odpovědí v možnosti „Vždy/Velmi často“ není uveden chí kvadrát test, neboť bychom ho nemohli považovat za spolehlivý ukazatel statistické významnosti.

Tabulka č. 8 Pocit, že okolí chce, aby více jedl

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	11	14,9	20	27	43	58,1	74	100
Chlapci	2	3	17	25,4	48	71,6	67	100
Celkem	13	9,2	37	26,2	91	64,5	141	100
Dívky	+		NS		NS			
Chlapci	-		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=6,417$ a $p= 0,040$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky významné. Pocit respondenta, že okolí chce, aby více jedl jako rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy je závislý na pohlaví žáka a proto byl prokázán vztah obou proměnných. Zastoupení odpovědí je mezi žáky obou pohlaví odlišné.

Tabulka č. 9 Zvracení po jídle

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	1	1,4	6	8,1	67	90,5	74	100
Chlapci	0	0	3	4,5	64	95,5	67	100
Celkem	1	0,7	9	6,4	131	92,9	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Na otázku, zda žáci po jídle zvracejí, odpovídali nejčastěji respondenti obou pohlaví možností „Zřídka/Nikdy“. Zastoupení odpovědí bylo ve všech kategoriích u obou pohlaví podobné. Zaznamenané rozdíly jsou nevýznamné. Pro nízký počet odpovědí v možnosti „Vždy/Velmi často“ není uveden chí kvadrát test, neboť bychom ho nemohli považovat za spolehlivý ukazatel statistické významnosti.

Tabulka č. 10 Provinilé chování po jídle

Pohlaví	Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Dívky	15	20,3	59	79,7	74	100
Chlapci	7	10,4	60	89,6	67	100
Celkem	22	15,6	119	84,4	141	100
Dívky	NS		NS			
Chlapci	NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=2,576$ a $p= 0,108$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Provinilé chování po jídle je nezávislé na pohlaví respondenta. Vztah obou proměnných nebyl prokázán.

Tabulka č. 11 Touha být štíhlejší

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	26	35,1	17	23	31	41,9	74	100
Chlapci	10	14,9	18	26,9	39	58,2	67	100
Celkem	36	25,5	35	24,8	70	49,6	141	100
Dívky	++		NS		NS			
Chlapci	--		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=7,725$ a $p= 0,021$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky významné. Touha být štíhlejší jako rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy je závislý na pohlaví žáka a proto byl prokázán vztah obou proměnných. Zastoupení odpovědí je mezi žáky obou pohlaví odlišné. Dívky odpovídaly možností „Vždy/Velmi často“ významně častěji než chlapci.

Tabulka č. 12 Spalování kalorií jako motivační faktor ke cvičení

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	20	27	33	44,6	21	28,4	74	100
Chlapci	22	32,8	23	34,3	22	32,8	67	100
Celkem	42	29,8	56	39,7	43	30,5	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=1,561$ a $p= 0,458$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Spalování kalorií jako motivační faktor ke cvičení je nezávislé na pohlaví respondenta. Vztah obou proměnných nebyl prokázán.

Tabulka č. 13 Výroky okolí o nadměrné štíhlosti žáka

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	25	33,8	23	31,1	26	35,1	74	100
Chlapci	6	9	31	46,3	30	44,8	67	100
Celkem	31	22	54	38,3	56	39,7	141	100
Dívky	+++		NS		NS			
Chlapci	---		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=12,800$ a $p= 0,002$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky významné. Výroky okolí o nadměrné štíhlosti žáka jako rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy je závislý na pohlaví žáka. Vztah obou proměnných byl prokázán. Zastoupení odpovědí je mezi žáky obou pohlaví odlišné.

Tabulka č. 14 Nadměrné zabývání se tělesnou postavou

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	12	16,2	22	29,7	40	54,1	74	100
Chlapci	7	10,4	15	22,4	45	67,2	67	100
Celkem	19	13,5	37	26,2	85	60,3	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=2,593$ a $p= 0,273$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Nadměrné zabývání se vlastní postavou je nezávislé na pohlaví respondenta. Vztah obou proměnných nebyl prokázán.

Tabulka č. 15 Delší doba trvání při konzumaci jídla

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	11	14,9	25	33,8	38	51,4	74	100
Chlapci	5	7,5	21	31,3	41	61,2	67	100
Celkem	16	11,3	46	32,6	79	56	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=2,370$ a $p= 0,306$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Delší doba trvání při konzumaci jídla je nezávislé na pohlaví respondenta. Vztah obou proměnných nebyl prokázán.

Tabulka č. 16 Vyhýbání se jídlům obsahujícím cukr

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	4	5,4	26	35,1	44	59,5	74	100
Chlapci	0	0	18	26,9	49	73,1	67	100
Celkem	4	2,8	44	31,2	93	66	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Nejvíce uváděnou odpovědí je možnost „Zřídka/Nikdy“ u chlapců (73,1%) i u dívek (59,5%). Často nebo někdy se sladkým jídlům vyhýbají častěji dívky (35,1%) než chlapci (26,9%). Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí v možnosti „Vždy/Velmi často“ u obou pohlaví nebylo možné výpočet chí kvadrát testu považovat za spolehlivý, proto není uveden. Odpovědi respondentů u obou pohlaví však nejsou významně odlišné.

Tabulka č. 17 Dietní stravování

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	5	6,8	29	39,2	40	54,1	74	100
Chlapci	3	4,5	23	34,3	41	61,2	67	100
Celkem	8	5,7	52	36,9	81	57,4	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Nejčastěji uváděnou odpovědí na tuto otázku byla odpověď „Zřídka/Nikdy“ u dívek (54,1%) i u chlapců (61,2%). Zastoupení odpovědí „Často/Někdy“ a „Vždy/Velmi často“ u obou pohlaví bylo obdobné. Rozdíly v odpovědích respondentů nejsou

významné. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ u obou pohlaví, byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, a proto není uveden.

Tabulka č. 18 Pocit ovládání života jídlem

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	9	12,2	12	16,2	53	71,6	74	100
Chlapci	3	4,5	12	17,9	52	77,6	67	100
Celkem	12	8,5	24	17	105	74,5	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=2,669$ a $p= 0,263$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Pocit ovládání života jídlem je nezávislé na pohlaví respondenta. Vztah obou proměnných nebyl prokázán.

Tabulka č. 19 Sebeovládání v oblasti jídla

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	15	20,3	26	35,1	33	44,6	74	100
Chlapci	14	20,9	25	37,3	28	41,8	67	100
Celkem	29	20,6	51	36,2	61	43,3	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=0,117$ a $p= 0,943$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Sebeovládání v oblasti jídla je nezávislé na pohlaví respondenta. Nebyl prokázán vztah obou proměnných.

Tabulka č. 20 Pocit nucení do jídla okolím

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	11	14,9	25	33,8	38	51,4	74	100
Chlapci	6	9	16	23,9	45	67,2	67	100
Celkem	17	12,1	41	29,1	83	58,9	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=3,698$ a $p= 0,157$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Pocit nucení do jídla okolím je nezávislé na pohlaví respondenta. Nebyl prokázán vztah obou proměnných.

Tabulka č. 21 Nadměrné věnování se jídlu

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	7	9,5	17	23	50	67,6	74	100
Chlapci	1	1,5	5	7,5	61	91	67	100
Celkem	8	5,7	22	15,6	111	78,7	141	100
Dívky	+		+		---			
Chlapci	-		-		+++			

Chlapci se podle odpovědí nadměrně věnují jídlu zřídka nebo nikdy častěji (91,0%) než dívky (67,6%). Dívky uváděly častěji odpověď „Často/Někdy“ (23,0%) a „Vždy/Velmi často“ (9,5%) oproti chlapcům (7,5% a 1,5%). Díky nízkému zastoupení odpovědí v možnosti „Vždy/Velmi často“ nebylo možno považovat chí kvadrát test za spolehlivý ukazatel statistické významnosti, proto není uveden.

Tabulka č. 22 Nepříjemný pocit po požití sladkosti

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	7	9,5	12	16,2	55	74,3	74	100
Chlapci	3	4,5	13	19,4	51	76,1	67	100
Celkem	10	7,1	25	17,7	106	75,2	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=1,447$ a $p= 0,485$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Nepříjemný pocit po požití sladkosti je nezávislé na pohlaví respondenta. Nebyl prokázán vztah obou proměnných.

Tabulka č. 23 Držení diet

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	1	1,4	21	28,4	52	70,3	74	100
Chlapci	1	1,5	13	19,4	53	79,1	67	100
Celkem	2	1,4	34	24,1	105	74,5	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Nejvíce uváděnou odpovědí je možnost „Zřídka/Nikdy“ u chlapců (79,1%) i u dívek (70,3%). Často nebo někdy drží diety častěji dívky (28,4%) než chlapci (19,4%). Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí v možnosti „Vždy/Velmi často“ u obou pohlaví nebylo možné výpočet chí kvadrát testu považovat za spolehlivý, proto není uveden. Odpovědi respondentů u obou pohlaví však nejsou významně odlišné.

Tabulka č. 24 Mám rád/a pocit prázdného žaludku

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	1	1,4	10	13,5	63	85,1	74	100
Chlapci	1	1,5	11	16,4	55	82,1	67	100
Celkem	2	1,4	21	14,9	118	83,7	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Na otázku nejčastěji uváděli chlapci (82,1%) i dívky (85,1%) možnost „Zřídka/Nikdy“. Často nebo někdy mají rádi pocit žaludku dívky (13,5%) i chlapci (16,4%) obdobně. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí v možnosti „Vždy/Velmi často“ u obou pohlaví

nebylo možné výpočet chí kvadrát testu považovat za spolehlivý, proto není uveden. Odpovědi respondentů u obou pohlaví se významně neliší.

Tabulka č. 25 Rád/a ochutnávám nová vydatná jídla

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	24	32,4	32	43,2	18	24,3	74	100
Chlapci	27	40,3	26	38,8	14	20,9	67	100
Celkem	51	36,2	58	41,1	32	22,7	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=0,952$ a $p= 0,621$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Ochutnávání nových vydatných jídel je nezávislé na pohlaví respondenta. Vztah obou proměnných nebyl prokázán.

Tabulka č. 26 Nucení na zvracení po jídle

Pohlaví	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dívky	3	4,1	4	5,4	67	90,5	74	100
Chlapci	0	0	3	4,5	64	95,5	67	100
Celkem	3	2,1	7	5	131	92,9	141	100
Dívky	NS		NS		NS			
Chlapci	NS		NS		NS			

Na otázku nejčastěji uváděli chlapci (95,5%) i dívky (90,5%) možnost „Zřídka/Nikdy“. Zastoupení v ostatních možnostech odpovědí bylo nízké. Chlapci i dívky odpovídali na

otázku, zda mají po jídle nucení na zvracení obdobně. Díky nízkému zastoupení odpovědí v možnosti „Vždy/Velmi často“ nebylo možno považovat chí kvadrát test za spolehlivý ukazatel statistické významnosti, proto není uveden.

4.2 Analýza výsledků dotazníku podle ročníku

V tabulkách č. 27 – 52 jsou data získaná z dotazníků hodnocena podle ročníku, který respondent na základní škole navštěvuje. Z následujících tabulek je možné zjistit rozdíly mezi odpověďmi žáků jednotlivých ročníků v našem výzkumném souboru.

Tabulka č. 27 Strach z nadváhy

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	4	14,3	5-	17,9	19+	67,9	28	100
6	3	10,3	9	31	17	58,6	29	100
7	4	14,8	14+	51,9	9	33,3	27	100
8	7	24,1	8	27,6	14	48,3	29	100
9	7	25	12	42,9	9	32,1	28	100
Celkem	25	17,7	48	34	68	48,2	141	100

Dosažená hodnota $\chi^2=14,087$ a $p= 0,080$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Pocit strachu z nadváhy je nezávislý na ročníku, který respondent navštěvuje, nebyl prokázán vztah obou proměnných. Ze statistického hlediska jsou rozdíly v odpovědích respondentů zanedbatelné.

Tabulka č. 28 Odmítání jídla při pocitu hladu

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	1	3,6	3	10,7	24	85,7	28	100
6	0	0	5	17,2	24	82,8	29	100
7	2+	7,4	7	25,9	18	66,7	27	100
8	0	0	8	27,6	21	72,4	29	100
9	0	0	5	17,9	23	82,1	28	100
Celkem	3	2,1	28	19,9	110	78	141	100

Na otázku nejčastěji uváděly všechny kategorie žáků možnost „Zřídka/Nikdy“. Odpověď „Často/Někdy“ byla u žáků ve všech ročnících volena obdobně. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí v možnosti „Vždy/Velmi často“ nebylo možné výpočet chí kvadrát testu považovat za spolehlivý, proto není uveden. Odpovědi respondentů všech ročníků se významně neliší.

Tabulka č. 29 Nadměrné zabývání se jídlem

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	0	0	4-	14,3	24+	85,7	28	100
6	0	0	6	20,7	23	79,3	29	100
7	2	7,4	9	33,3	16	59,3	27	100
8	0	0	12	41,4	17	58,6	29	100
9	3+	10,7	12	42,9	13-	46,4	28	100
Celkem	5	3,5	43	30,5	93	66	141	100

Ve všech ročnících odpovídali žáci nejčastěji na tuto otázku odpovědí „Zřídka/Nikdy“. Z tabulky je patrné, že se však počet odpovědí v této kategorii postupně snižuje. V 9. ročníku jsou odpovědi „Zřídka/Nikdy“ (46,4%) a „Často/Někdy“ (42,9%) srovnatelné. Naproti tomu v 5. ročníku je rozdílnost odpovědí „Zřídka/Nikdy“ (85,7%) a „Často/Někdy“ (14,3%) výrazná. Nelze doložit, zda žáci odpovídali statisticky odlišně,

neboť možnost „Vždy/Velmi často“ obsahuje málo odpovědí a chí kvadrát test není validní.

Tabulka č. 30 Ztráta sebekontroly během jídla

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	1	3,6	3	10,7	24	85,7	28	100
6	1	3,4	5	17,2	23	79,3	29	100
7	4++	14,8	0-	0	23	85,2	27	100
8	0	0	5	17,2	24	82,8	29	100
9	1	3,6	8+	28,6	19	67,9	28	100
Celkem	7	5	21	14,9	113	80,1	141	100

Nejvíce odpovědí na otázku ztráty sebekontroly během jídla najdeme u žáků všech ročníků u možnosti „Zřídka/Nikdy“. Žáci 9. ročníku volili častěji možnost „Často/Někdy“ (28,6%) než žáci ostatních ročníků. Žáci 7. ročníku odpovídali na tuto otázku možnostmi „Vždy/Velmi často“ častěji (14,8%) než tomu bylo u žáků ostatních ročníků (do 3,6%). Tuto rozdílnost nemůžeme statisticky dokázat pro malý počet odpovědí v kategorii „Vždy/Velmi často“.

Tabulka č. 31 Krájení potravy na malé kousky

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	3	10,7	15	53,6	10	35,7	28	100
6	3	10,3	14	48,3	12	41,4	29	100
7	4	14,8	12	44,4	11	40,7	27	100
8	6	20,7	11	37,9	12	41,4	29	100
9	1	3,6	11	39,3	16	57,1	28	100
Celkem	17	12,1	63	44,7	61	43,3	141	100

Na uvedenou otázku odpovídali nejčastěji žáci 5. ročníku (53,6%), 6. ročníku (48,3%) a 7. ročníku (44,4%) možností „Zřídka/Nikdy“, žáci 8. (41,4%) a 9. ročníku (57,1%) možností „Často/Někdy“. Rozdíly mezi odpověďmi žáků jednotlivých kategorií jsou však nevýznamné. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědi „Vždy/Velmi často“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, proto není uveden.

Tabulka č. 32 Uvědomování si kalorické hodnoty konzumovaného jídla

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	5	17,9	9	32,1	14	50	28	100
6	0--	0	15	51,7	14	48,3	29	100
7	8+	29,6	10	37	9	33,3	27	100
8	4	13,8	10	34,5	15	51,7	29	100
9	5	17,9	10	35,7	13	46,4	28	100
Celkem	22	15,6	54	38,3	65	46,1	141	100

Žáci 7. ročníku si uvědomují kalorickou hodnotu konzumovaného jídla častěji vždy nebo velmi často (29,6%) než ostatní kategorie žáků. Naopak v 6. ročníku odpověď „Vždy/Velmi často“ neuvedl žádný z žáků. Zastoupení odpovědí žáků 5., 8. a 9. ročníků je podobné. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědi „Vždy/Velmi často“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, proto není uveden.

Tabulka č. 33 Vyhýbání se potravě s vysokým obsahem uhlovodanů

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	0	0	2	7,1	26	92,9	28	100
6	0	0	5	17,2	24	82,8	29	100
7	1+	3,7	3	11,1	23	85,2	27	100
8	0	0	4	13,8	25	86,2	29	100
9	0	0	3	10,7	25	89,3	28	100
Celkem	1	0,7	17	12,1	123	87,2	141	100

Na tuto otázku nejčastěji odpovídali žáci 5. ročníku (92,9%), 6. ročníku (82,8%), 7. ročníku (85,2%), 8. ročníku (86,2%) i 9. ročníku (89,3%) odpovědí zřídka nebo nikdy. Zastoupení odpovědí je srovnatelné ve všech ročnících, které jsme sledovali, i v odpovědi „Často/Někdy. Nejméně volenou odpovědí byla možnost „Vždy/Velmi často“, kterou zvolil pouze 1 žák 7. ročníku (3,7%). Nelze doložit, zda žáci odpovídali statisticky odlišně, neboť možnost „Vždy/Velmi často“ obsahuje málo odpovědí a chí kvadrát test není validní.

Tabulka č. 34 Pocit, že okolí chce, aby více jedl

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	0	0	10	35,7	18	64,3	28	100
6	5	17,2	6	20,7	18	62,1	29	100
7	0	0	6	22,2	21	77,8	27	100
8	5	17,2	6	20,7	18	62,1	29	100
9	3	10,7	9	32,1	16	57,1	28	100
Celkem	13	9,2	37	26,2	91	64,5	141	100

Tato tabulka ukazuje, že žáci odpovídali nejčastěji na otázku, zda mají pocit, že okolí chce, aby více jedli, možností „Zřídka/Nikdy“. Nejméně volenou odpovědí byla možnost „Vždy/Velmi často“. V této tabulce nepozorujeme žádný trend, ani odpovědi žáků jednotlivých ročníků se mezi sebou významně neliší. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, a proto není uveden.

Tabulka č. 35 Zvracení po jídle

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	0	0	4	14,3	24	85,7	28	100
6	0	0	1	3,4	28	96,6	29	100
7	0	0	2	7,4	25	92,6	27	100
8	1+	3,4	2	6,9	26	89,6	29	100
9	0	0	0	0	28	100	28	100
Celkem	1	0,7	9	6,4	130	92,2	141	100

Nejvíce uváděnou odpovědí je možnost „Zřídka/Nikdy“ u žáků všech kategorií, u žáků 9. ročníku je to dokonce 100%. Nejméně volenou odpovědí byla možnost „Vždy/Velmi často“, kterou zvolil pouze 1 žák 8. ročníku (3,4%). Rozdíly v odpovědích respondentů jednotlivých ročníků jsou nevýznamné. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědi „Vždy/Velmi často“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, proto není uveden.

Tabulka č. 36 Provinilé chování po jídle

Ročník	Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
5	3	10,7	25	89,3	28	100
6	7	24,1	22	75,9	29	100
7	3	11,1	24	88,9	27	100
8	4	13,8	25	86,2	29	100
9	5	17,9	23	82,1	28	100
Celkem	22	15,6	119	84,4	141	100

Tato tabulka ukazuje, že žáci odpovídali nejčastěji na otázku, jestli se po jídle chovají provinile, nejčastěji možností „Zřídka/Nikdy“. Odpověď „Často/Někdy“ volili nejčastěji žáci 6. ročníku (24,1%), nejméně žáci 5. ročníku (10,7%). Odpověď „Vždy/Velmi často“ nezvolil žádný z žáků. Odpovědi žáků jednotlivých ročníků se

mezi sebou významně neliší. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ a „Často/Někdy“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, proto není uveden.

Tabulka č. 37 Touha být štíhlejší

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	4	14,3	7	25	17	60,7	28	100
6	3-	10,3	7	24,1	19	65,5	29	100
7	7	25,9	7	25,9	13	48,1	27	100
8	10	34,5	5	17,2	14	48,3	29	100
9	12+	42,9	9	32,1	7--	25	28	100
Celkem	36	25,5	35	24,8	70	49,6	141	100

Dosažená hodnota $\chi^2=15,117$ a $p= 0,057$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Hodnota 0,057 (5,7%) je blízko kritické hranici 5%. Určitá rozdílnost v odpovědích respondentů zde je, ale ze statistického hlediska platí, že touha být štíhlejší je nezávislá na ročníku, který respondent navštěvuje. Nebyl prokázán vztah obou proměnných. Ze statistického hlediska odpovídali žáci na otázku stejně.

Tabulka č. 38 Spalování kalorií jako motivační faktor ke cvičení

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	12	42,9	7	25	9	32,1	28	100
6	3--	10,3	16	55,2	10	34,5	29	100
7	9	33,3	8	29,6	10	37	27	100
8	6	20,7	15	51,7	8	27,6	29	100
9	12	42,9	10	35,7	6	21,4	28	100
Celkem	42	29,8	56	39,7	43	30,5	141	100

Dosažená hodnota $\chi^2=14,330$ a $p= 0,074$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Spalování kalorií jako motivační faktor ke cvičení je nezávislý

na ročníku, který respondent navštěvuje. Nebyl prokázán vztah obou proměnných. Ze statistického hlediska jsou rozdíly v odpovědích respondentů zanedbatelné.

Tabulka č. 39 Výroky okolí o nadměrné štíhlosti žáka

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	8	28,6	12	42,9	8	28,6	28	100
6	8	27,6	14	48,3	7	24,1	29	100
7	1--	3,7	8	29,6	18++	66,7	27	100
8	11+	37,9	7	24,1	11	37,9	29	100
9	3	10,7	13	46,4	12	42,9	28	100
Celkem	31	22	54	38,3	56	39,7	141	100

Dosažená hodnota $\chi^2=21,158$ a $p=0,007$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky významné. Výroky okolí o nadměrné štíhlosti žáka jako rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy je závislý na ročníku, který respondent navštěvuje. Vztah obou proměnných byl prokázán. Zastoupení odpovědí je mezi žáky jednotlivých ročníků odlišné.

Tabulka č. 40 Nadměrné zabývání se tělesnou postavou

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	2	7,1	3-	10,7	23++	82,1	28	100
6	0-	0	9	31	20	69	29	100
7	6	22,2	6	22,2	15	55,6	27	100
8	3	10,3	8	27,6	18	62,1	29	100
9	8++	28,6	11	39,3	9---	32,1	28	100
Celkem	19	13,5	37	26,2	85	60,3	141	100

Nejčastěji volenou odpovědí žáků 5. ročníku (82,1%), 6. ročníku (69,0%), 7. ročníku (55,6%) a 8. ročníku (62,1%) je odpověď „Zřídka/Nikdy“. V 9. ročníku nejčastěji žáci

uváděli odpověď „Často/Někdy“ (39,3%). V porovnání s ostatními ročníky odpovídali žáci 5. ročníku (82,1%) častěji, že se svou tělesnou hmotností zabývají zřídka nebo nikdy, v porovnání s ostatními ročníky. Žáci 9. ročníků (28,6%) odpovídali v porovnání s ostatními žáky častěji, že se svou tělesnou postavou nadměrně zabývají vždy nebo velmi často. Protože velký počet buněk má očekávanou četnost menší než 5, nelze použít chí kvadrát test a ze statistického hlediska nelze rozdílnost v odpovědích žáků doložit.

Tabulka č. 41 Delší doba trvání při konzumaci jídla

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	3	10,7	7	25	18	64,3	28	100
6	7+	24,1	9	31	13	44,8	29	100
7	2	7,4	11	40,7	14	51,9	27	100
8	2	6,9	9	31	18	62,1	29	100
9	2	7,1	10	35,7	16	57,1	28	100
Celkem	16	11,3	46	32,6	79	56	141	100

Odpovědi žáků v jednotlivých ročnících se významně nelišily, nejčastěji byla zastoupena možnost „Zřídka/Nikdy“ ve všech sledovaných ročnících. Odlišnost v odpovědích se objevila pouze u žáků 6. ročníku v odpovědi „Vždy/Velmi často“ (24,1%) v porovnání s ostatními ročníky: 5. ročník (10,7%), 7. ročník (7,4%), 8. ročník (6,9%), 9. ročník (7,1%). Nelze doložit, zda žáci odpovídali statisticky odlišně, neboť možnost „Vždy/Velmi často“ obsahuje málo odpovědí a chí kvadrát test není validní.

Tabulka č. 42 Vyhýbání se jídlům obsahujícím cukr

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	0	0	10	35,7	18	64,3	28	100
6	0	0	8	27,6	21	72,4	29	100
7	2	7,4	7	25,9	18	66,7	27	100
8	2	6,9	10	34,5	17	58,6	29	100
9	0	0	9	32,1	19	67,9	28	100
Celkem	4	2,8	44	31,2	93	66	141	100

Respondenti na položenou otázku odpovídali nejčastěji možností „Zřídka/Nikdy“ a to ve všech uvedených ročnících, nejvíce v 6. ročníku (72,4%). Nejméně často volili žáci odpověď „Vždy/Velmi často“, tu zvolili pouze žáci 7. ročníku (7,4%) a 8. ročníku (6,9%). Rozdíly mezi odpověďmi nejsou významné. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, proto není uveden.

Tabulka č. 43 Dietní stravování

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	N	%	n	%
5	1	3,6	4--	14,3	23++	82,1	28	100
6	1	3,4	12	41,4	16	55,2	29	100
7	4+	14,8	10	37	13	48,1	27	100
8	2	6,9	11	37,9	16	55,2	29	100
9	0	0	15+	53,6	13	46,4	28	100
Celkem	8	5,7	52	36,9	81	57,4	141	100

Nejčastěji odpovídali na položenou otázku „Zřídka/Nikdy“ žáci 5. (82,1%), 6. (55,2%), 7. (48,1%) a 8. ročníku (55,2%). Žáci 9. ročníku nejčastěji uváděli, že se dietně stravují často nebo někdy (53,6%). Můžeme pozorovat trend ve snižování četnosti odpovědí „Zřídka/Nikdy“ od 5. k 9. ročníku, naopak dietní stravování často nebo někdy se u

jednotlivých ročníků postupně zvyšuje. V 5. ročníku žáci významně častěji volili odpověď „Zřídka/Nikdy“ (82,1%) a nejméně často „Často/Někdy“ (14,3%) v porovnání s žáky ostatních ročníků. Významně vybočuje 7. ročník, ve kterém se objevuje v porovnání s ostatními ročníky častěji odpověď „Vždy/Velmi často“ (14,8%). Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, a proto není uveden.

Tabulka č. 44 Pocit ovládnutí života jídlem

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	2	7,1	0	0	26+	92,9	28	100
6	0	0	4	13,8	25	86,2	29	100
7	5+	18,5	5	18,5	17	63	27	100
8	2	6,9	7	24,1	20	69	29	100
9	3	10,7	8	28,6	17	60,7	28	100
Celkem	12	8,5	24	17	105	74,5	141	100

V odpovědích na otázku, zda žáci mají pocit, že je jejich život ovládnut jídlem, se objevuje trend. Odpověď „Zřídka/Nikdy“ volili nejčastěji žáci 5. ročníku (92,9%), postupně se počet odpovědí v této možnosti snižuje a nejnižší je v 9. ročníku (60,7%). Možnosti „Často/Někdy“ v 5. ročníku nevolil žádný žák, počet odpovědí v této možnosti se v jednotlivých ročnících zvyšoval a v 9. ročníku tuto možnost zvolilo 28,6% respondentů. Žáci 7. ročníku odpovídali na otázku častěji možností „Vždy/Velmi často“ (18,5%) ve srovnání s ostatními ročníky. Nelze doložit, zda žáci odpovídali statisticky odlišně, neboť možnost „Vždy/Velmi často“ obsahuje málo odpovědí a chí kvadrát test není validní.

Tabulka č. 45 Sebeovládání v oblasti jídla

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	9	32,1	5-	17,9	14	50	28	100
6	7	24,1	11	37,9	11	37,9	29	100
7	6	22,2	9	33,3	12	44,4	27	100
8	6	20,7	11	37,9	12	41,4	29	100
9	1-	3,6	15+	53,6	12	42,9	28	100
Celkem	29	20,6	51	36,2	61	43,3	141	100

Dosažená hodnota $\chi^2=11,540$ a $p= 0,173$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Sebeovládání v oblasti jídla je nezávislé na ročníku, který respondent navštěvuje. Nebyl prokázán vztah obou proměnných.

Tabulka č. 46 Pocit nucení do jídla okolím

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	3	10,7	7	25	18	64,3	28	100
6	4	13,8	12	41,4	13	44,8	29	100
7	0-	0	10	37	17	63	27	100
8	5	17,2	8	27,6	16	55,2	29	100
9	5	17,9	4	14,3	19	67,9	28	100
Celkem	17	12,1	41	29,1	83	58,9	141	100

Zastoupení odpovědí je srovnatelné ve všech ročnících, které jsme sledovali. Nejméně volenou odpovědí byla možnost „Vždy/Velmi často“, kterou v 7. ročníku nezvolil žádný z žáků. V porovnání s ostatními ročníky je tato odpověď zastoupena nejméně často u žáků 7. ročníku. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, a proto není uveden.

Tabulka č. 47 Nadměrné věnování pozornosti jídlu

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	0	0	4	14,3	24	85,7	28	100
6	0	0	3	10,3	26	89,7	29	100
7	5++	18,5	5	18,5	17-	63	27	100
8	1	3,4	4	13,8	24	82,8	29	100
9	2	7,1	6	21,4	20	71,4	28	100
Celkem	8	5,7	22	15,6	111	78,7	141	100

Největší počet odpovědí byl zastoupen u možnosti „Zřídka/Nikdy“ u všech ročníků. V 7. ročníku se tato odpověď vyskytuje méně často (63%) a odpověď „Vždy/Velmi často“ uvádějí žáci 7. ročníku častěji (18,5%) v porovnání s ostatními ročníky. Mezi ostatními ročníky nenacházíme mezi odpověďmi významné rozdíly. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ a „Často/Někdy“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, proto není uveden.

Tabulka č. 48 Nepříjemný pocit po požití sladkosti

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	1	3,6	4	14,3	23	82,1	28	100
6	0	0	7	24,1	22	75,9	29	100
7	1	3,7	5	18,5	21	77,8	27	100
8	4	13,8	4	13,8	21	72,4	29	100
9	4	14,3	5	17,9	19	67,9	28	100
Celkem	10	7,1	25	17,7	106	75,2	141	100

Odpověď „Zřídka/Nikdy“ se postupně snižuje od 5. ročníku (82,1%) k 9. ročníku (67,9%). Naopak narůstá počet odpovědí u možnosti „Vždy/Velmi často“ – 5. ročník (3,6%), 7. ročník (3,7%), 8. ročník (13,8%), 9. ročník (14,3%). Nejméně často možností „Vždy/Velmi často“ odpovídali žáci 6. ročníku (0,0%). Nelze doložit, zda žáci

odpovídali statisticky odlišně, neboť možnost „Vždy/Velmi často“ obsahuje málo odpovědí a chí kvadrát test není validní.

Tabulka č. 49 Držení diet

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	0	0	5	17,9	23	82,1	28	100
6	0	0	4	13,8	25	86,2	29	100
7	1	3,7	9	33,3	17	63	27	100
8	0	0	9	31	20	69	29	100
9	1	3,6	7	25	20	71,4	28	100
Celkem	2	1,4	34	24,1	105	74,5	141	100

V této tabulce nenacházíme žádný trend v odpovědích žáků ani významné rozdíly v jejich odpovědích. Nejvíce je zastoupena možnost „Zřídka/Nikdy“, naopak možnost „Vždy/Velmi často“ je zastoupena v odpovědích žáků nejméně. Nepozorujeme souvislost mezi držením diet a ročníkem, který žák navštěvuje. Rozdíly v odpovědích jsou nevýznamné. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, a proto není uveden.

Tabulka č. 50 Mám rád/a pocit prázdného žaludku

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdý		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	1	3,6	3	10,7	24	85,7	28	100
6	0	0	1	3,4	28+	96,6	29	100
7	0	0	6	22,2	21	77,8	27	100
8	1	3,4	8+	27,6	20-	69	29	100
9	0	0	3	10,7	25	89,3	28	100
Celkem	2	1,4	21	14,9	118	83,7	141	100

Na položenou otázku odpovídaly všechny kategorie žáků obdobně. Žáci nejčastěji volili odpověď „Zřídka/Nikdy“. Nejčastěji volili tuto možnost žáci 6. ročníku (96,6%) a žáci 9. ročníku (89,3%). Často nebo někdy mají rádi pocit prázdného žaludku nejčastěji žáci 7. (22,2%) a 8. ročníku (27,6%). Odpověď „Vždy/Velmi často“ je zastoupena v odpovědích nejméně často a to pouze v 5. ročníku (3,6%) a 8. ročníku (3,4%). Rozdíly mezi odpověďmi nejsou významné. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, proto není uveden.

Tabulka č. 51 Rád/a ochutnávám nová vydatná jídla

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	13	46,4	8	28,6	7	25	28	100
6	9	31	16	55,2	4	13,8	29	100
7	11	40,7	11	40,7	5	18,5	27	100
8	9	31	13	44,8	7	24,1	29	100
9	9	32,1	10	35,7	9	32,1	28	100
Celkem	51	36,2	58	41,1	32	22,7	141	100

Dosažená hodnota $\chi^2=6,693$ a $p= 0,570$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Ochutnávání nových vydatných jídel je nezávislé na ročníku, který respondent navštěvuje, nebyl prokázán vztah obou proměnných.

Tabulka č. 52 Nucení na zvracení po jídle

Ročník	Vždy/ Velmi často		Často/ Někdy		Zřídka/ Nikdy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5	1	3,6	0	0	27	96,4	28	100
6	0	0	1	3,4	28	96,6	29	100
7	0	0	2	7,4	25	92,6	27	100
8	1	3,4	2	6,9	26	89,7	29	100
9	1	3,6	2	7,1	25	89,3	28	100
Celkem	3	2,1	7	5	131	92,9	141	100

Na položenou otázku odpovídaly všechny skupiny žáků obdobně. Nejčastěji odpovídali, že nucení na zvracení po jídle mají zřídka nebo nikdy, žáci všech ročníků. Odpovědi u této možnosti se nacházejí mezi 89,3% v 9. ročníku do 96,6% v 6. ročníku. Rozdíly v odpovědích žáků jsou nevýznamné. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „Vždy/Velmi často“ a „Často/Někdy“ byl výpočet chí kvadrát testu nespolehlivý, proto není uveden.

4.3 Analýza výsledků na doplněné otázky v dotazníku

Dotazník jsme doplnili o dotaz na pohlaví respondentů, ročník, který na základní škole navštěvují, jejich tělesnou výšku a hmotnost, z nichž bylo po odevzdání dotazníku respondenty vypočteno BMI (body mass index). Další přidané otázky se týkaly spokojenosti respondentů se svou tělesnou hmotností, informovanosti o mentální anorexii a mentální bulimii a zdroji, kde respondenti informace o poruchách příjmu potravy získali. Chtěli jsme zjistit informovanost respondentů o poruchách příjmu potravy a jejich spokojenost s tělesnou hmotností. Výsledky jsme zpracovali podle ročníků a pohlaví žáků.

Tabulka č. 53 Spokojenost s hmotností

Ročník	Ano		Ne		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
5	24+	85,7	4-	14,3	28	100
6	17	58,6	12	41,4	29	100
7	16	59,3	11	40,7	27	100
8	18	62,1	11	37,9	29	100
9	18	64,3	10	35,7	28	100
Celkem	93	66	48	34	141	100

Dosažená hodnota $\chi^2=6,332$ a $p= 0,176$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Spokojenost s tělesnou hmotností je nezávislá na ročníku, který respondent navštěvuje. Nebyl prokázán vztah obou proměnných.

Tabulka č. 54 Informovanost o mentální anorexii

Ročník	Ví		Neví		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
5	6---	21,4	22+++	78,6	28	100
6	9--	31	20++	69	29	100
7	20+	74,1	7-	25,9	27	100
8	24+++	82,8	5---	17,2	29	100
9	19	67,9	9	32,1	28	100
Celkem	78	55,3	63	44,7	141	100

Dosažená hodnota $\chi^2=34,388$ a $p= 0,000$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky významné. Informovanost o mentální anorexii je závislá na ročníku, který respondent navštěvuje. Vztah obou proměnných byl prokázán. Zastoupení odpovědí je mezi žáky jednotlivých ročníků odlišné.

Tabulka č. 55 Informovanost o mentální bulimii

Ročník	Ví		Neví		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
5	0---	0	28+++	100	28	100
6	0---	0	29+++	100	29	100
7	21+++	77,8	6---	22,2	27	100
8	13	44,8	16	55,2	29	100
9	12	42,9	16	57,1	28	100
Celkem	46	32,6	95	67,4	141	100

Dosažená hodnota $\chi^2=55,943$ a $p=0,000$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky významné. Informovanost o mentální bulimii je závislá na ročníku, který respondent navštěvuje. Vztah obou proměnných byl prokázán. Zastoupení odpovědí je mezi žáky jednotlivých ročníků odlišné.

Tabulka č. 56 Spokojenost s hmotností

Pohlaví	Ano		Ne		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Dívky	45	60,8%	29	39,2%	74	100
Chlapci	48	71,6%	19	28,4%	67	100
Celkem	93	66%	48	34%	141	100
Dívky	NS		NS			
Chlapci	NS		NS			

Dosažená hodnota $\chi^2=1,837$ a $p=0,175$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky nevýznamné. Spokojenost s tělesnou hmotností je nezávislá na pohlaví žáka. Nebyl prokázán vztah obou proměnných.

Tabulka č. 57 Informovanost o mentální anorexii

Pohlaví	Ví		Neví		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Dívky	55	74,3	19	25,7	74	100
Chlapci	23	34,3	44	65,7	67	100
Celkem	78	55,3	63	44,7	141	100
Dívky	+++		---			
Chlapci	---		+++			

Dosažená hodnota $\chi^2=22,757$ a $p= 0,000$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky významné. Informovanost o mentální anorexii je závislá na pohlaví žáka. Vztah obou proměnných byl prokázán. Zastoupení odpovědí je mezi pohlavími odlišné.

Tabulka č. 58 Informovanost o mentální bulimii

Pohlaví	Ví		Neví		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Dívky	30	40,5	44	59,5	74	100
Chlapci	16	23,9	51	76,1	67	100
Celkem	46	32,6	95	67,4	141	100
Dívky	+		-			
Chlapci	-		+			

Dosažená hodnota $\chi^2=4,440$ a $p= 0,035$ udávají, že rozdíly mezi odpověďmi jsou statisticky významné. Informovanost o mentální bulimii je závislá na pohlaví žáka. Vztah obou proměnných byl prokázán. Zastoupení odpovědí je u chlapců a dívek odlišné.

5 DISKUZE

Diplomová práce se zabývala výskytem poruch příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy. Zjišťovala informovanost žáků 5. – 9. tříd základní školy o poruchách příjmu potravy, zabývala se jejich spokojeností s tělesnou hmotností a zjišťovala projevy patologického jídelního chování u těchto žáků. Poruchy příjmu potravy jsou psychiatrickým onemocněním s největší mortalitou, jak uvádí Majerová (2011). Rozeznáváme dvě formy onemocnění – mentální anorexii a mentální bulimii. Obě se mohou navzájem kombinovat. Krch (2005) uvádí, že začátek onemocnění mentální anorexií se nejčastěji objevuje u dívek ve věku 13-20 let, mentální bulimie se vyskytuje o něco později, mezi 16 a 25 rokem. Poruchy příjmu potravy jsou 10x častější u dívek než u chlapců. V práci jsme mezi sebou porovnávali žáky jednotlivých tříd a žáky různého pohlaví. Cílem práce bylo zjistit u respondentů patologické projevy jídelního chování, dále jak jsou respondenti spokojeni se svou tělesnou hmotností a zda jsou o poruchách příjmu potravy informováni. Poruchy příjmu potravy jsou závažná onemocnění, která zasahují do celého života nemocného. Ovlivňují kvalitu života pacientů a mohou ohrožovat jejich zdraví a někdy i život. Léčba poruch příjmu potravy je svízelná a ne vždy se podaří navodit potřebnou motivaci a spolupráci pacienta k léčbě. Proto je důležité věnovat pozornost prevenci těchto onemocnění a to zejména ve věku, kdy je výskyt poruch příjmu potravy nejčastější. Výskyt mentální anorexie u adolescentních děvčat stoupá. Na školách se jim přesto nevěnuje dostatečná pozornost, uvádí mezi jinými i Papežová (2010).

Zkoumaný vzorek tvořilo 67 (48%) chlapců a 74 (52%) dívek. Z celkového počtu 141 respondentů navštěvovalo 20% žáků 5. ročník, 21% žáků 6. ročník, 18% žáků 7. ročník, 21% žáků 8. ročník a 20% žáků 9. ročník základní školy. Dotazníky vyplnili žáci 5. – 9. tříd Základní školy Grünwaldova v Českých Budějovicích. Otázky 1 – 26 jsou postaveny tak, aby ukázaly případné riziko vzniku poruch příjmu potravy. Výsledky byly zpracovány do tabulek 1 – 52. Tabulky 1 – 26 ukazují rozdíly v odpovědích chlapců a dívek, tabulky 27 – 52 detekují rozdíly mezi odpověďmi žáků jednotlivých ročníků 2. stupně základní školy. Tabulky 53 a 56 se vztahují ke spokojenosti žáků se svou tělesnou hmotností. Tabulka 53 ukazuje rozdíly mezi

pohlavími a tabulky 56 rozdílly mezi ročníky. V příloze č. 3 jsou uvedeny biometrické údaje, zahrnující tělesnou hmotnost, výšku a BMI respondentů jednotlivých ročníků a pohlaví. Z tabulek 54, 55, 57 a 58 můžeme zjistit informovanost žáků o mentální anorexii a mentální bulimii. Tabulky 54 a 55 ukazují odpovědi žáků jednotlivých pohlaví, z tabulek 57 a 58 můžeme zjistit, jak odpovídali žáci 5. – 9. ročníku základní školy. V příloze č. 4 je uveden zdroj informací o poruchách příjmu potravy.

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit riziko vzniku poruch příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy a určit motivační faktory, které se podílejí na vzniku poruch příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy. K tomu, aby mohlo být riziko zjištěno, byly respondentům položeny otázky 1 – 26. Strach z nadváhy může být zařazen mezi rizikové faktory poruch příjmu potravy. Jak uvádí Krch (2005) a Held (2006), nadměrné obavy z nadváhy jsou jedním z příznaků mentální anorexie i mentální bulimie. Obě pohlaví odpovídala na otázku, zda se bojí nadváhy nejvíce „Zřídka/Nikdy“. V porovnání podle pohlaví uvedlo 37,8% dívek častěji odpověď „Často/Někdy“ a 20,8% „Vždy/Velmi často“, v porovnání s chlapci (29,9% vs. 14,9%). Rozdíly mezi pohlavími jsou ze statistického hlediska nevýznamné, můžeme však říci, že dívky mají strach z nadváhy častěji než chlapci. Dnešní společnost je orientována na tzv. kult štíhlosti a za ideál krásy je považována nadměrná štíhlost. Adolescenti, kteří si teprve svou identitu utvářejí, ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a úspěchu. Mírná nadváha může být považována za selhání a vyvolává v dospívajících pokles sebevědomí. Toto tvrdí autoři Novák (2010) a Krch (2005). Méně než polovina dívek (41,9%) pocítovala strach z nadváhy zřídka nebo někdy. Na otázku, zda si respondenti myslí, že se příliš starají o jídlo, můžeme vidět rozdíly v odpovědích dívek a chlapců. Možnost „Často/Někdy“ zvolilo téměř o polovinu více chlapců (40,3%) než dívek (21,6%). Otázkou je, co si respondenti představují pod tím, že se příliš starají o jídlo. U dospívajících chlapců tím mohla být myšlena i zvýšená konzumace potravin v období puberty v důsledku krytí zvýšeného energetického výdeje při růstu a dospívání. Někteří pacienti s poruchami příjmu potravy krájí potraviny na malé kousky. Ve sledovaném vzorku žáků 5. – 9. třídy základní školy odpovídali respondenti obou pohlaví nejčastěji možnostmi „Zřídka/Nikdy“, chlapci 44,8% vs. dívky 41,9% a „Často/Někdy“ chlapci

44,8% vs. dívky 44,6%. V těchto možnostech je mezi respondenty obou pohlaví obdobné zastoupení. Jídlo na malé kousky krájelo vždy nebo velmi často 13,5% dívek, z celkového počtu chlapců uvedlo tuto možnost pouze 10,4%. Můžeme se jen domnívat, zda tito žáci krájí jídlo na malé kousky proto, aby snížili svou tělesnou hmotnost nebo z jiného, například estetického, důvodu. Zda si uvědomují kalorickou hodnotu konzumovaného jídla, odpovídala polovina dívek nejčastěji „Zřídka/Nikdy“, nejčastěji volilo možnost „Často/Někdy“ 49,3% chlapců. Možnost „Vždy/Velmi často“ uváděly častěji dívky než chlapci 21,6% vs. 9%. Naopak možností „Často/Někdy“ odpovídali častěji chlapci než dívky 49,3% vs. 28,4%. Uvedené rozdíly jsou statisticky nevýznamné. Méně než polovina chlapců (41,8%) si kalorickou hodnotu jídla, které jí, uvědomuje zřídka nebo nikdy, u dívek je to přesně polovina ze sledovaného vzorku. Příčinou může být vliv společnosti, která podporuje kult štíhlosti. Potravinářský průmysl se společenským trendům přizpůsobuje a na trhu nabízí stále více nízkotučných výrobků, jak uvádí Novák (2010). Sledování kalorických hodnot potravin přispívá k nadměrné kontrole tělesné hmotnosti a je rizikovým faktorem poruch příjmu potravy, který se vyskytuje již u žáků na 2. stupni základní školy. Pocit respondentů, že okolí chce, aby více jedli, se častěji objevoval u dívek než u chlapců. Tento pocit má vždy nebo velmi často 14,9% dívek a 3% chlapců. Odpověď zřídka nebo nikdy, kterou můžeme považovat za nízké riziko pro vznik poruch příjmu potravy, volily dívky méně často než chlapci 58,1% vs. 71,6%. Zvracení po jídle je jedním z příznaků mentální bulimie. Zvracení po jídle udává vždy nebo velmi často pouze 1 dívka (1,4%). Nikdy nebo zřídka po jídle zvrací většina respondentů, 90,5% dívek a 95,5% chlapců. Nízké riziko u této otázky můžeme přičíst i tomu, že začátek příznaků mentální bulimie se objevuje až ve vyšším věku, než je věk respondentů ve zkoumaném vzorku. Krch (2005) udává, že začátek mentální bulimie je většinou mezi 16 a 25 lety. Dalším důvodem může být také fakt, že pacienti, kteří trpí mentální bulimií, se snaží své chování udržet v tajnosti, jak tvrdí Held (2006). Provinilé chování po jídle může značit potenciaální riziko vzniku poruch příjmu potravy. Jak uvádí Novák (2010), porušení přísné diety může být považováno za selhání a může snižovat sebevědomí a sebedůvěru, zejména u dospívajících dívek. Obě pohlaví odpovídala na otázku, zda se po jídle

chovají provinile nejčastěji možností „Zřídka/Nikdy“. Možnost „Často/Někdy“ volily více dívky než chlapci 20,3% vs. 10,4%. Odpověď „Vždy/Velmi často“ nezvolil žádný z žáků, což můžeme považovat za příznivé. Rozdíly mezi pohlavími jsou ze statistického hlediska zanedbatelné. Na otázku, zda touží být štíhlejší, než jsou, odpovídaly dívky odlišně od chlapců. Štíhlejší touží být vždy nebo velmi často 35,1% dívek a 14,9% chlapců. V odpovědi „Často/Někdy“ nejsou v odpovědích žáků významné rozdíly. Možnost „Zřídka/Nikdy“ uváděli častěji chlapci než dívky 58,2% vs. 41,9%. U zkoumaného vzorku je touha po štíhlosti rizikovým faktorem vzniku poruch příjmu potravy zejména pro dívky. Současná moderní společnost považuje za ideál krásy ženského těla takové tělesné proporce, siluetu a hmotnost, jaké jsou pro většinu žen nedosažitelné a někdy i zdraví ohrožující. Sdělovací prostředky konfrontují dívky a ženy stále agresivněji se štíhlým ideálem krásy a současně šíří názor, že hodnota člověka spočívá v tom, že je štíhlý. Touha být štíhlejší se ve zkoumaném vzorku objevuje častěji u dívek. Při zhodnocení jejich tělesné hmotnosti a BMI, které se u velké části respondentů ženského pohlaví pohybuje na dolní hranici normy či pod normou, lze touhu po štíhlosti považovat za velmi silný rizikový faktor pro nadměrnou kontrolu tělesné hmotnosti. Ta může vyústit v některou formu poruch příjmu potravy (Novák, 2010). Na otázku, zda respondenti myslí při cvičení na to, že spalují kalorie, volili žáci obou pohlaví nejčastěji možnost „Často/Někdy“. U chlapců bylo zastoupení odpovědí ve všech možnostech srovnatelné. Při tělesném cvičení myslí na to, že spalují kalorie často nebo někdy častěji dívky 44,6% vs. chlapci 34,3%. Rozdíly v odpovědích dívek a chlapců jsou v jednotlivých možnostech malé. Krch (2005) uvádí, že nadměrné cvičení se objevuje u pacientek s mentální anorexií. Ty necvičí proto, aby si uchovaly zdraví a dosáhly dobré fyzické kondice. Naopak využívají tělesné cvičení jako prostředek pro kontrolu své tělesné hmotnosti. Je zarážející, že jen 28,4% dívek a 32,8% chlapců myslí při cvičení na to, že spalují kalorie zřídka nebo nikdy. U žáků 2. stupně základní školy bych jako motivaci k tělesnému pohybu a cvičení očekávala spíše radost ze hry nebo potěšení ze společné činnosti ve skupině vrstevníků. Na otázku, zda si lidé v okolí myslí, že jsou příliš štíhlé, hubené odpovídaly „Vždy/Velmi často“ častěji dívky 33,8% vs. chlapci 9,0%. Je otázkou, zda máme tuto skutečnost považovat za příznivou či

nepříznivou. Je možné, že tato skutečnost je příznivá, neboť u části pacientů s mentální anorexií či mentální bulimií přichází zájem od okolí a často i od rodičů až v rozvinuté fázi onemocnění. V počátečních stádiích mohou být pacienti podporováni ve snižování své tělesné hmotnosti a nadměrné sebekontroly, zvláště pokud před onemocněním trpěli nadváhou, jak píše ve své knize Papežová (2010). V našem sledovaném vzorku si 54,1% dívek a 67,2% chlapců myslí, že mají na těle příliš mnoho tuku zřídka nebo nikdy. Rozdíly mezi odpověďmi chlapců a dívek jsou ze statistického hlediska nesignifikantní. Můžeme ale říci, že dívky si o sobě myslí častěji, že je na jejich těle příliš mnoho tuku. Krch (2005) uvádí, že zejména v období puberty, kdy u dívek dochází ke změnám v tělesném vzhledu a rozvoji druhotných pohlavních znaků, jako je například růst prsou, jsou děvčata ohrožena poruchami příjmu potravy více než v jiných obdobích života. Dívkám jsou jako vzor krásy předkládány modelky, které jsou extrémně štíhlé a jejichž druhotné pohlavní znaky a ženské křivky nejsou v důsledku podvýživy patrné. Touha být jako prezentovaný ideál krásy může vést u dospívajících dívek až k nadměrné kontrole tělesné hmotnosti a poruchám příjmu potravy. Vyhýbání se jídlům, které obsahují cukr „Zřídka/Nikdy“ uvádí 73,1% chlapců a 59,5% dívek. Často nebo někdy se sladkým jídlům vyhýbají častěji dívky 35,1% vs. chlapci 26,9%. Odpovědi respondentů u obou pohlaví nejsou významně odlišné. Z výsledků je však patrné, že se dívky vyhýbají jídlům, která obsahují cukr, častěji než chlapci. Krch (2005) píše, že chlapci jsou na rozdíl od dívek od puberty spíše motivováni k přibírání na váze. Nadměrná konzumace sladkých jídel se může podílet na vzniku nadváhy a obezity. Dívky a ženy, kterým je tato informace prezentována prostřednictvím časopisů, se mohou vyhýbat sladkým jídlům častěji než muži. Na otázku, zda jedí dietní jídla, odpovídali nejčastěji „Zřídka/Nikdy“ dívky (54,1%) i chlapci (61,2%). Zastoupení odpovědí „Často/Někdy“ a „Vždy/Velmi často“ u obou pohlaví bylo obdobné. Otázkou zůstává, co považují jednotliví respondenti za dietní stravování. Zda za dietní stravování považují stravování podle zásad zdravého životního stylu s dostatkem kvalitních potravin a živin nebo drastické redukční diety s minimálním přísunem využitelné energie. Se zvyšujícím se věkem dívek přibývá i procento děvčat, která mají zkušenost s redukčními dietami. Dívkám je ideální postava ženy prezentována v podobě

vyhublých modelek. Vedle fotografií těchto žen jsou často uváděny i redukční diety, které mohou být dívkami a ženami považovány za zdraví prospěšné, normální stravování. Svůj podíl na zvyšujícím se procentu adolescentních dívek držících redukční diety mají sociokulturní vlivy, uvádí Novák (2010). Pocit ovládnutí života jídlem se objevuje u pacientů s poruchami příjmu potravy často. Tito pacienti se zabývají převážně myšlenkami na jídlo. Na otázku, zda respondenti cítí, že jídlo ovládá jejich život, odpovídalo nejčastěji „Zřídka/Nikdy“ 71,6% dívek a 77,6% chlapců. Zastoupení odpovědí „Často/Někdy“ bylo obdobné u dívek i u chlapců. Odpověď „Vždy/Velmi často“ volily více dívky 12,2% vs. chlapci 4,5%. Rozdíly mezi chlapci a dívkami jsou ze statistického hlediska nevýznamné. Sebeovládání v souvislosti s jídlem se objevuje často u pacientů, kteří trpí mentální anorexií. Nadměrné sebeovládání při stravování může vést až k patologickému jídelnímu chování a k nadměrné kontrole vlastní tělesné hmotnosti. Dívky i chlapci odpovídali obdobně. Odpovědi respondentů jsou srovnatelné ve všech kategoriích odpovědí. Nejčastěji volenou odpovědí byla možnost „Zřídka/Nikdy“ u 44,6% dívek a u 41,8% chlapců. Kontrolovat sami sebe při stravování dokáže více než polovina dotázaných respondentů někdy, často, velmi často nebo vždy. Sebekontrolu při stravování můžeme považovat za rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy, který se objevuje již u žáků na 2. stupni základní školy. Rizikový faktor můžeme nalézt u dívek i chlapců. Ze statistického hlediska jsou tyto rozdíly mezi odpověďmi chlapců a dívek nevýznamné. Nadměrná sebekontrola v oblasti jídla již u žáků 5. – 9. tříd základní školy vzniká na pozadí sociokulturního tlaku na tělesnou hmotnost, siluetu a tělesné proporce ženského těla. Sdělovací prostředky prezentují krásu ženského těla formou vyhublých modelek a zároveň poskytují i „návod“, jak požadovaného výsledku dosáhnout. Držení přísných redukčních diet vyžaduje dostatečnou sebekontrolu jedince. Pokud dojde k porušení diety, dochází, zejména u dospívajících dívek, k oslabení sebedůvěry a ke sníženému sebehodnocení, jak tvrdí Novák (2010). Pocit respondentů, že je ostatní lidé nutí do jídla má zřídka nebo nikdy 51,4% dívek a 67,2% chlapců. Zastoupení odpovědí „Často/Někdy“ a „Vždy/Velmi často“ u obou pohlaví bylo obdobné. Přestože rozdíly v odpovědích respondentů nejsou významné, můžeme vidět, že dívky jsou okolím do jídla nuceny častěji než chlapci.

Může to být způsobeno tím, že se již dívky na 2. stupni základní školy zajímají o svou tělesnou hmotnost a postavu a začínají se u nich objevovat první zkušenosti s dietami. Pokud se jedná zájem ze strany členů rodiny, můžeme soudit na to, že se o žáka rodina zajímá a rodiče si všímají, co respondent konzumuje a jak se stravuje. To bychom mohli považovat za pozitivní skutečnost. Jak uvádí Papežová (2010), v rodinách pacientů s poruchami příjmu potravy se na počátku onemocnění objevuje oceňování nadměrné sebekontroly a štíhlosti pacienta. Teprve v době, kdy už je pacient extrémně vyhublý, tyto tendence vymizí. Na otázku, zda věnují respondenti příliš mnoho času a myšlenek jídlu, odpovídaly dívky odlišně od chlapců. Chlapci se nadměrně věnují jídlu zřídka nebo nikdy častěji 91,0% vs. dívky 67,6%. Při porovnání obou pohlaví uvedlo 23% dívek častěji odpověď „Často/Někdy“ a 9,5% „Vždy/Velmi často“, v porovnání s chlapci (7,5% vs. 1,5%). Nadměrné zabývání se jídlem můžeme považovat za rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy, který více ohrožuje dívky než chlapce. Pro ženy je krása jedním z měřítek úspěchu, jak uvádí Papežová (2010). Dívkám je již v dětství a později i v adolescentním věku prostřednictvím sdělovacích prostředků prezentován ideál krásy. Tím se zvyšuje nespokojenost dívek a žen s vlastním tělem. Čím více jsou nespokojenější se svým vlastním tělem, tím více jsou ženy a dívky zranitelnější. Ve snaze se ideálu štíhlosti přiblížit, regulují dívky a ženy příjem potravy často nevhodným způsobem – za pomoci přísných redukčních diet. Konzumace sladkostí by měla u člověka vyvolat libé pocity, zejména u dětí. Respondentů jsme se ptali, zda se po požití sladkostí cítí nepříjemně. Pocit úzkosti se dostavuje po požití sladkosti u pacientů s poruchami příjmu potravy. Konzumace sladkostí vyvolá nadměrný strach z tloušťky a pocit selhání, jak uvádí Novák (2010). Respondenti nejčastěji uváděli, že se po požití sladkosti cítí nepříjemně zřídka nebo nikdy, a to jak dívky (74,3%), tak chlapci (76,1%). Je překvapivé, že již na druhém stupni základní školy se po požití sladkosti cítí třetina respondentů alespoň někdy nepříjemně. Příčinou může být velký vliv reklam na dnešní společnost. Pomocí sdělovacích prostředků jsou prezentovány nízkotučné „light“ výrobky a potravinové doplňky sloužící ke snížení tělesné hmotnosti. Držení diet vždy nebo velmi často přiznává pouze 1 dívka a 1 chlapec. Často nebo někdy drží diety častěji dívky 28,4% vs. chlapci 19,4%. Za příznivé můžeme považovat, že nejvíce

uváděnou odpovědí je „Zřídka/Nikdy“ u 79,1% chlapců a u 70,3% dívek. Tuček (2005) ve své práci říká, že pacienti své onemocnění skrývají, a aby se vyhnuli výčtkám příbuzných a přátel, neudávají pravdivé informace o tom, kolik ve skutečnosti snědli. Může se stát, že takto otevřeně držení diet respondenti neuvědomí. Pocit prázdného žaludku mají rádi pacienti, kteří trpí mentální anorexií. Po požití i malého množství jídla mají pocit nadmutého břicha, může se objevovat pocit na zvracení, bolesti břicha. To uvádí mezi jinými autory i Papežová (2010). Ve sledovaném vzorku uváděli chlapci (82,1%) i dívky (85,1%) nejčastěji, že mají rádi pocit prázdného žaludku pouze zřídka nebo nikdy. Často nebo někdy mělo rádo prázdný žaludek 13,5% dívek a 16,4% chlapců. Odpovědi respondentů u obou pohlaví se významně neliší. Z výsledků je patrné, že u žáků 2 stupně základní školy, ať už se jedná o dívky či o chlapce, tato skutečnost nepředstavuje vysoké riziko vzniku poruch příjmu potravy. Ochutnávání nových vydatných (bohatých) jídel bychom při vyhledávání osob, které trpí poruchami příjmu potravy, mohli považovat za riziko vzniku mentální bulimie. Pacienti, kteří trpí mentální bulimií, při záchvatu přejídání pocítují nepřekonatelnou touhu po jídle a během epizody přejídání dovedou sníst velké množství jídla, jak uvádí Krch (2005). Otázkou zůstává, za jak velké riziko můžeme tuto skutečnost považovat, neboť se může jednat pouze o zkoušení nových potravin a chutí. Ve sledovaném vzorku ochutnávalo nová vydatná jídla nejčastěji „Vždy/Velmi často“ 40,3% chlapců, kdežto dívky nejčastěji označily možnost „Často/Někdy“ (43,2%). Nejméně často volili chlapci (20,9%) i dívky (24,3%) odpověď „Zřídka/Nikdy“. Rozdíly mezi odpověďmi žáků nejsou statisticky významné. Ochutnávání nových vydatných jídel je nezávislé na pohlaví respondenta. Zvracení po jídle nebo nucení na zvracení mohou poukazovat na poruchy příjmu potravy, zejména pokud tato skutečnost nemá jinou příčinu, například onemocnění gastrointestinálního traktu. Pocit nucení na zvracení mohou mít pacienti s mentální anorexií, častěji se objevují u lidí, kteří trpí mentální bulimií. V literatuře je uveden začátek onemocnění mentální bulimií mezi 16 a 25 lety, to píše například Krch (2005). Věk respondentů v této práci je nižší než spodní hranice 16 let a to může být jeden z důvodů, proč nejvíce respondentů odpovídalo, že pocit na zvracení po jídle nemají nikdy nebo jen zřídka. Tuto možnost uváděli nejčastěji chlapci (95,5%) i dívky

(90,5%). Zastoupení v ostatních možnostech odpovědí bylo nízké. Pocit na zvracení po jídle vždy nebo velmi často mělo 4,1% dívek, chlapec žádný. Pocit na zvracení po jídle je nezávislé na pohlaví respondenta, chlapci i dívky odpovídali na otázku, zda mají po jídle nucení na zvracení obdobně. Můžeme říci, že riziko je u této otázky malé u obou pohlaví.

V tabulkách 27 – 52 jsme srovnávali odpovědi žáků jednotlivých ročníků 2. stupně základní školy a hledali jsme mezi nimi rozdíly. Žáci byli rozděleni podle ročníku, který aktuálně navštěvují. Strach z nadváhy zřídka nebo nikdy pociťovalo 67,9%, žáků 5. ročníku, 58,3% žáků 6. ročníku a 48,3% žáků 8. ročníku. Nejčastěji zvolená odpověď „Často/Někdy“ byla u 51,9% žáků 7. ročníku a 42,9% žáků 9. ročníku. Při srovnání s ostatními ročníky žáci 5. ročníku častěji volili možnost „Zřídka/Nikdy“ a méně možnost „Často/Někdy“. Rozdíly nejsou statisticky významné, můžeme ale říci, že u žáků 5. ročníku hrozí menší riziko vzniku poruch příjmu potravy než u žáků vyšších ročníků. Krch (2005) udává nejčastější začátek onemocnění mentální anorexie v období 13 až 20 let, což odpovídá věku žáků 6. třídy základní školy a vyšší. Vyhýbání se jídlu při pocitu hladu se u žáků jednotlivých ročníků významně nelišilo. Z důvodu nízkého zastoupení odpovědí v kategorii „Vždy/Velmi často“ a „Často/Někdy“ můžeme říci, že vyhýbání se jídlu při pocitu hladu představuje jen nízké riziko vzniku poruch příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy. Nadměrné zabývání se jídlem je jedním z typických příznaků poruch příjmu potravy, uvádí Papežová (2010). Ve zkoumaném vzorku se u respondentů počet odpovědí v kategorii „Zřídka/Nikdy“ postupně snižuje. V 9. ročníku jsou odpovědi „Zřídka/Nikdy“ 46,4% vs. „Často/Někdy“ 42,9% srovnatelné. Ve srovnání s 5. ročníkem je rozdílnost odpovědí „Zřídka/Nikdy“ 85,7% vs. „Často/Někdy“ 14,3% výrazná. Můžeme říci, že se stoupajícím věkem se respondenti začínají více zabývat jídlem. Jedním z příznaků, který se objevuje u pacientů s mentální bulimií, jsou záchvaty přejídání, jak uvádí Held (2006). Respondentům jsme položili otázku, zda se jim stává, že začnou jíst a mají pocit, že nebudou moci přestat. Žáci 9. ročníku volili častěji možnost „Často/Někdy“ (28,6%) než žáci ostatních ročníků. Žáci 7. ročníku odpovídali na tuto otázku možnostmi „Vždy/Velmi často“ častěji (14,8%) než tomu bylo u žáků ostatních ročníků (do 3,6%).

Počet odpovědí zřídka nebo nikdy byl u 67,9% žáků 9. ročníku nejnižší ve srovnání s ostatními ročníky, kde tuto možnost volili žáci častěji (79,3% a více). Pacienti s poruchami příjmu potravy sledují kalorickou hodnotu jídla, které konzumují. Již žáci 2. stupně základní školy si kalorickou hodnotu potravin, které jedí, uvědomují. Žáci 7. ročníku častěji odpovídali možností „Vždy/Velmi často“ (29,6%) než ostatní kategorie žáků. Naopak v 6. ročníku odpověď „Vždy/Velmi často“ neuvedl žádný z žáků. Zajímavé je, že žáci 7. ročníku se starali o kalorickou hodnotu jedeného jídla více než všechny ostatní ročníky. Zvracení po jídle se objevuje u pacientů s mentální bulimií. Jedná se o kompenzační chování. Pacient po požití velkého množství jídla zvrací ve snaze zabránit příbytku tělesné hmotnosti, to říká Krch (2005). Respondenti v našem výzkumu nejčastěji uváděli odpověď „Zřídka/Nikdy“, v 9. ročníku tuto možnost označili dokonce všichni žáci. Možnost „Vždy/Velmi často“ zvolil pouze 1 žák 8. ročníku. Krch (2005) uvádí, že onemocnění mentální bulimií se nejčastěji objevuje mezi 16 a 25 rokem. Tohoto věku respondenti ještě nedosáhli, proto je riziko vzniku mentální bulimie nízké. Po jídle se chovali provinile nejčastěji „Často/Někdy“ žáci 6. ročníku (24,1%), nejméně často tuto možnost volili žáci 5. ročníku (10,7%). Odpovědi žáků jednotlivých ročníků se mezi sebou významně nelišily. Nízké zastoupení odpovědí v kategorii „Vždy/Velmi často“ a „Často/Někdy“ je příznivé. Úzkost spojená s jídlem a výčitky po konzumaci potravy se objevuje u pacientů s poruchami příjmu potravy, jak uvádí Papežová (2010). Pacienti s poruchami příjmu potravy mají zkreslenou představu o vlastním těle, své tělesné hmotnosti a tvaru postavy. V myslí se neustále zabývají tím, že chtějí být štíhlejší, než jsou, uvádí Held (2006). Touha být štíhlejší se objevuje i u sledovaného vzorku respondentů. V odpovědích žáků můžeme vidět, že relativní četnost v odpovědi „Vždy/Velmi často“ postupně narůstá od 5. ročníku (14,3%) až po 9. ročník (42,9%). Naproti tomu odpověď „Zřídka/Nikdy“ je nejčastější u 60,7% žáků 5. ročníku a 65,5% žáků 6. ročníku, nejméně častá u žáků 9. ročníku, ze kterých tuto odpověď zvolila přesně čtvrtina respondentů. 6. ročník trend postupného narůstání rizikového chování spojeného s touhou být štíhlejší mírně narušuje, odpověď „Vždy/Velmi často“ zvolilo nejméně respondentů ze všech ročníků (10,3%), odpověď „Zřídka/Nikdy“ 65,5% žáků 6. ročníku. Můžeme říci, že žáci 9. ročníku touží být štíhlejší významně

častěji než žáci ostatních ročníků. Cvičení jako prostředek kontroly tělesné hmotnosti se objevuje často u nemocných, kteří mají poruchy příjmu potravy, říká Tuček (2005). Při cvičení myslí na to, že spaluje kalorie „Vždy/Velmi často“ nejčastěji 42,9% žáků 5. ročníku a 42,9% žáků 9. ročníku, „Často/Někdy“ 55,2% žáků 6. ročníku a 51,7% žáků 8. ročníku, žáci 7. ročníku (37,0%) volili nejčastěji možnost „Zřídka/Nikdy“. Žáci 6. ročníku volili méně často odpověď „Vždy/Velmi často“ (10,3%) ve srovnání s žáky ostatních ročníků. Je překvapivé, že již žáci 5. ročníku základní školy myslí během cvičení na spalování kalorií. V otázce, zda okolí hodnotí respondenty jako příliš štíhlé, hubené, žáci 7. ročníku významně vybočují ve srovnání s ostatními ročníky. Nejčastěji zvolenou odpovědí je u nich možnost „Zřídka/Nikdy“ (66,7%), nejméně pak volili odpověď „Vždy/Velmi často“ (3,7%). U žáků ostatních ročníků se odpověď „Zřídka/Nikdy“ objevovala méně často (24,1% - 42,9%) a „Vždy/Velmi často“ častěji (10,7% - 37,9%). Žáci 7. ročníku jsou méně často hodnoceni svým okolím jako příliš hubení, štíhlí. Tuto skutečnost můžeme považovat za příznivou. Kritické hodnocení okolí může vést k negativnímu hodnocení sebe sama a k poklesu sebevědomí, jak uvádí Novák (2010). Velký vliv médií na člověka a současný ideál krásy, který je prezentován v podobě štíhlých modelek, může vyvolat pocit nespokojenosti se svým tělem. To může vyústit v poruchu příjmu potravy, říká to ve své práci Novák (2010). Ve sledovaném vzorku odpovídalo 82,1% žáků 5. ročníku, 69% žáků 6. ročníku, 55,6% žáků 7. ročníku a 62,1% žáků 8. ročníku nejčastěji možností „Zřídka/Nikdy“. V 9. ročníku bylo nejčastěji uváděnou odpovědí „Často/Někdy“ u 39,3% žáků. Žáci 9. ročníků (28,6%) odpovídali v porovnání s ostatními žáky častěji, že příliš často myslí na to, že mají na těle nadměrné množství tuku vždy nebo velmi často. Se zvyšujícím se věkem respondentů narůstá riziko vzniku poruch příjmu potravy. Pacientům s poruchami příjmu potravy trvá zpravidla konzumace potravy déle než ostatním, jak uvádí Papežová (2010). Respondenti se ve svých odpovědích mezi ročníky významně neodlišovali. Nejčastěji uváděli, že jim jídlo trvá déle než ostatním zřídka nebo nikdy a to ve všech ročnících. Odlišnost v odpovědích se objevila pouze u žáků 6. ročníku v odpovědi „Vždy/Velmi často“ (24,1%) v porovnání s ostatními ročníky: 5. ročník (10,7%), 7. ročník (7,4%), 8. ročník (6,9%), 9. ročník (7,1%). Proč se takto odlišuje právě 6. ročník

ze zjištěných informací nevyplývá. Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s patologickým jídelním chováním, ke kterému patří také vyhýbání se některým potravinám. Zpočátku jsou nejčastěji vynechávány sladké pokrmy, později i další jídla, jak uvádí Hort (2000). Respondenti se nejčastěji sladkým jídlům vyhýbali zřídka nebo nikdy ve všech uvedených ročnících. Nejméně často volili žáci odpověď „Vždy/Velmi často“. Tu zvolilo pouze 7,4% žáků 7. ročníku a 6,9% žáků 8. ročníku. Hort (2000) ve své práci uvádí, že onemocnění mentální anorexií začíná nejčastěji v období puberty a v adolescenci. Tělesné proporce se v období puberty začínají měnit. V určité chvíli dochází dívky k názoru, že jsou příliš silné a začnou držet dietu. Dietně se stravovalo nejčastěji „Zřídka/Nikdy“ 82,1% žáků 5. ročníku, 55,2% žáků 6. ročníku, 48,1% žáků 7. ročníku a 55,2% žáků 8. ročníku. Žáci 9. ročníku nejčastěji uváděli, že se dietně stravují často nebo někdy (53,6%). V 5. ročníku žáci významně častěji volili odpověď „Zřídka/Nikdy“ (82,1%) a nejméně často „Často/Někdy“ (14,3%) v porovnání s žáky ostatních ročnících. Můžeme pozorovat trend ve snižování se odpovědí „Zřídka/Nikdy“ od 5. k 9. ročníku, naopak dietní stravování často nebo někdy u jednotlivých ročnících se postupně zvyšuje. Pokud dojde k porušení diety, může se objevit pocit selhání a pokles sebevědomí, jak uvádí Novák (2010). Sdělovací prostředky a módní průmysl šíří názor, že hodnota člověka je v tom, že je štíhlý. Zejména u mladých dívek a žen může dojít k poruše jejich sebehodnocení. Dietní stravování mohou vnímat jako prostředek ke splnění životních cílů. Může se dostavit pocit, že jejich život je ovládán jídlem. Pocit ovládnutí života jídlem mělo „Zřídka/Nikdy“ nejčastěji žáci 5. ročníku (92,9%), postupně se počet odpovědí v této možnosti snižuje a nejnižší je v 9. ročníku (60,7%). Možnost „Často/Někdy“ v 5. ročníku ne zvolil žádný žák. Počet odpovědí se v jednotlivých ročnících zvyšuje a v 9. ročníku tuto možnost zvolilo 28,6% respondentů. Se zvyšujícím se věkem pociťovali respondenti ovlivňování svého života jídlem. Velké sebeovládání v oblasti stravování projevují pacienti s mentální anorexií. To souvisí s jejich perfekcionistickými rysy, jak uvádí Papežová (2010). Zřídka nebo nikdy uvádělo nejčastěji sebeovládání, pokud se jedná o jídlo polovina žáků 5. ročníku, 44,4% žáků 7. ročníku a 41,4% žáků 8. ročníku. Žáci 6. ročníku volili stejně často „Zřídka/Nikdy“ a „Často/Někdy“, obě možnosti zvolilo 37,9% žáků. Žáci 9. ročníku

volili častěji než žáci ostatních ročníků možnost „Často/Někdy“ (53,6%), naopak „Vždy/Velmi často“ volili v porovnání s žáky ostatních ročníků méně často (3,6%). Žáci 5. ročníku odpovídali na položenou otázku možnostmi „Často/Někdy“ méně často (17,9%) než žáci dalších ročníků. V nejméně rizikové kategorii „Zřídka/Nikdy“ je zastoupení odpovědí žáků jednotlivých ročníků obdobné. Sebeovládání v oblasti jídla jako rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy je nezávislý na ročníku, který žák navštěvuje. Pacienti s mentální anorexií jsou často na počátku svého onemocnění okolím oceňováni za svou nadměrnou sebekontrolu a snížení tělesné hmotnosti. Teprve později se lidé v okolí nemocného zpravidla začnou obávat o jeho zdraví a nutí pacienta jíst, říká Papežová (2010). Nejčastěji respondenti uváděli, že mají pocit, že je okolí nutí do jídla zřídka nebo nikdy. Nejméně volenou odpovědí byla možnost „Vždy/Velmi často“, kterou v 7. ročníku nezvolil dokonce žádný žák. Otázkou zůstává, zda je tato skutečnost pozitivní. Okolí nemusí respondenty nutit do konzumace jídla z různých příčin. Rodiče mohou být orientováni na kariéru a na výkon ve svém zaměstnání a emocionální potřeby členů rodiny popírat. Dětem chybí rodičovská péče. Rodiče nejezdí společně se svými dětmi a nevědí, jak se jejich potomci stravují, jak uvádí Novák (2010). Pacienti s poruchami příjmu potravy věnují velmi mnoho času v průběhu dne myšlenkám na jídlo. Grofová (2007) píše, že výživa patří mezi základní potřeby člověka. Pacienti s poruchami příjmu potravy o jídle nepřemýšlejí jako o prostředku k udržení fyziologického stavu výživy, ale jako o prostředku k dosažení životních cílů, tužeb a představ, tvrdí Ondriášová (2005). Největší počet odpovědí našich respondentů byl zastoupen u možnosti „Zřídka/Nikdy“ u žáků všech ročníků, u žáků 7. ročníku se tato odpověď vyskytovala méně často, v 63%. Odpověď „Vždy/Velmi často“ uvádějí žáci 7. ročníku v 18,5%, tedy častěji v porovnání s ostatními ročníky. Tato skutečnost je zajímavá. Proč se liší ve svých odpovědích právě 7. ročník z dostupných informací nelze posoudit. Hort (2000) tvrdí, že pacienti s mentální anorexií na počátku onemocnění vynechávají některé potraviny, nejčastěji sladká jídla. Později omezují svůj jídelníček jen na několik málo potravin a mnohdy omezují i příjem tekutin. Při porušení diety mají pocit selhání, dostávají se výčitky. Ve sledovaném vzorku se odpověď „Zřídka/Nikdy“ postupně snižovala od 5. ročníku 82,1% k 9. ročníku 67,9%, naopak

narůstá počet odpovědí u možnosti „Vždy/Velmi často“ od 5. ročníku, kde volilo tuto možnost 3,6% žáků, v 9. ročníku jich bylo 14,3%. Rozdíly mezi odpověďmi jsou nevýznamné. Držení diet jako prostředek ke kontrole své tělesné hmotnosti využívají lidé, kteří mají strach z tloušťky a nejsou spokojeni s vlastním tělem. Módní průmysl a sdělovací prostředky šíří názor, že pokud nejsou ženy štíhlé, nejsou ničím, jak píše Novák (2010). Držení diet „Vždy/Velmi často“ přiznává pouze 1 žák ze 7. ročníku a 1 žák z 9. ročníku. Odpověď „Zřídka/Nikdy“ je u všech ročníků zastoupena nejčastěji. Nejvíce touto možností odpovídali žáci 5. a 6. ročníku. Rozdíly v odpovědích žáků jednotlivých ročníků jsou statisticky nevýznamné. Nízký počet žáků, kteří se k držení diet přiznávají, je příznivé. Pacienti, kteří trpí poruchami příjmu potravy, mohou své onemocnění skrývat, aby se vyhnuli pozornosti a negativnímu hodnocení okolí, jak uvádí Tuček (2005). Je proto možné, že někteří respondenti se takto otevřeně k držení diet nepřiznali. Pocit prázdného žaludku mají rádi pacienti s onemocněním mentální anorexií, neboť již při konzumaci malého množství jídla se u nich objevuje subjektivní nepříjemný pocit plnosti a nadmutosti, uvádí Krch (2005). Nejčastěji volili odpověď „Zřídka/Nikdy“ žáci 6. ročníku v 96,6% a žáci 9. ročníku v 89,3%. Pocit prázdného žaludku často nebo někdy mělo rádo 27,6% žáků 8. ročníku, tyto žáci uvedli nejméně často ze všech ročníků možnost „Zřídka/Nikdy“ a to pouze v 69%. Odpověď „Vždy/Velmi často“ uvedl pouze 1 žák 5. ročníku a 1 žák 8. ročníku. Rozdíly mezi odpověďmi jsou nevýznamné. Je zajímavé, že z uvedených odpovědí hrozí nejvyšší riziko žákům 8. ročníku, žákům v 9. ročníku tak vysoké riziko nehrozí. Ochutnávání nových a vydatných jídel by mohlo poukazovat na respondenty ohrožené mentální bulimií. Lidé, kteří trpí onemocněním mentální bulimie, prodělávají opakovaně záchvaty přejídání, při kterých jsou schopni zkonsumovat velké množství jídla během krátké doby, píše Hort (2000). Ochutnávání nových a vydatných jídel může mít i jiné příčiny, například experimentování s novými chutěmi a potravinami. Za jak velké riziko můžeme ochutnávání nových a vydatných jídel považovat, zůstává otázkou. Nejčastěji odpovídali, že ochutnávají rádi nová vydatná jídla vždy nebo velmi často žáci 5. ročníku (46,4%). Odpověď „Často/Někdy“ volili nejčastěji žáci 6. ročníku, 8. ročníku a 9. ročníku. V 7. ročníku bylo zastoupení „Vždy/Velmi často“ a „Často/Někdy“ stejné, obě

možnosti uvedlo 40,7% žáků. Mezi odpověďmi žáků jednotlivých ročníků nejsou významné rozdíly. Nucení na zvracení po jídle mohou mít pacienti s mentální anorexií, tento příznak je však typičtější pro pacienty, kteří trpí mentální bulimií. U sledovaného vzorku respondentů odpovídali nejčastěji, že nucení na zvracení po jídle mají zřídka nebo nikdy žáci všech ročníků. Odpovědi u této možnosti se nacházejí mezi 89,3% v 9. ročníku do 96,6% v 6. ročníku. Příznivé je, že relativní četnost u odpovědí „Často/Někdy“ a „Vždy/Velmi často“ je nízká. Rozdíly v odpovědích žáků jsou zanedbatelné. Nízké riziko vzniku poruch příjmu potravy, které jsme u otázky zjistili je příznivé. Vysvětlením by mohl být nízký věk respondentů, neboť začátek mentální bulimie se nejčastěji objevuje mezi 16 a 25 rokem věku, jak tvrdí Krch (2005). Dalším vysvětlením by mohlo být, že pacienti s mentální bulimií, kteří zvracejí, se za své chování často stydí a snaží se je skrýt, jak tvrdí Held (2006).

Nespokojenost s tělesnou hmotností je jedním z příznaků poruch příjmu potravy. Jednou z příčin, které se na vzniku těchto onemocnění podílejí, jsou sociální a kulturní faktory. Módní průmysl a sdělovací prostředky stále agresivněji konfrontují ženy se štíhlým ideálem krásy, jak uvádí Novák (2010). Se svou hmotností jsou nejčastěji spokojeni žáci 5. ročníku (85,7%), nespokojen je pouze 14,3% žáků 5. ročníku. V ostatních ročnících jsou žáci se svou tělesnou hmotností spokojeni méně často. Se zvyšujícím se věkem respondentů nespokojenost s tělesnou hmotností narůstá, rozdíly jsou však nevýznamné. Held (2006) uvádí, že preventivní programy zaměřené na předání vědomostí o poruchách příjmu potravy a zdravé výživě nejsou efektivní, neboť jejich výsledkem je pouze zvýšení vědomostí dotyčných osob, ale nezdravé postoje a vzorce stravování ovlivněny nejsou. Pojem mentální anorexie znaly téměř tři čtvrtiny žáků 7. ročníku a 82,8% žáků 8. ročníku. V 5. ročníku byla o pojmu mentální anorexie informována necelá čtvrtina žáků a v 6. ročníku 31,0% žáků. Informovanost o mentální anorexii jako rizikovém faktoru vzniku poruch příjmu potravy je závislá na ročníku, který žák navštěvoval. Žáci ve sledovaných ročnících odpovídali statisticky významně odlišně. Informovanost o mentální anorexii u žáků však nesnižuje riziko vzniku poruch příjmu potravy. Pojem mentální bulimie znali nejčastěji žáci 7. ročníku (77,8%). Nejméně byli o mentální bulimii informováni žáci 5. a 6. ročníku, kteří pojem mentální

bulimie neznali ani v jednom případě. Žáci 8. a 9. ročníků byli informováni o mentální bulimii ve 44,8% a 42,9%. Rozdíly mezi odpověďmi žáků jsou vysoce statisticky odlišné. Vyšší informovanost o mentální anorexii můžeme přičíst vyšší pravděpodobnosti vzniku mentální anorexie před mentální bulimií u žáků 2. stupně základní školy vzhledem k jejich věku. Jak uvádí Krch (2005), nejčastější začátek onemocnění mentální anorexií je mezi 13 a 20 lety, u mentální bulimie je to mezi 16 a 25 lety, tedy o něco později. Sociokulturní tlak je vyvíjen více na ženy, které jsou stále agresivněji konfrontovány se štíhlým ideálem krásy v módních časopisech i prostřednictvím dalších sdělovacích prostředků. Módní ideál ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty, kteří si teprve formují svou identitu, jak uvádí Novák (2010). Spokojeno se svou tělesnou hmotností je 60,8% dívek a 71,6% chlapců. Uvedené rozdíly nejsou statisticky významné. Jak říká Papežová (2010), ženské pohlaví je jedním z nejrizikovějších faktorů pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy. U žen se poruchy příjmu potravy objevují 10x častěji než u mužů. Pojem mentální anorexie znaly téměř tři čtvrtiny dívek a pouze 34,3% chlapců. Informovanost dívek a chlapců se statisticky významně liší. Informovanost o mentální bulimii byla častější u dívek než u chlapců. Častěji byla u obou pohlaví označena možnost, že pojem mentální bulimie neznají, chlapci 76,1% a dívky 59,5%. Rozdíly mezi odpověďmi dívek a chlapců jsou statisticky odlišné. Dívky byly o pojmu mentální bulimie informovanější než chlapci. Informovanost dívek a chlapců o poruchách příjmu potravy se může lišit proto, že u dívek je riziko vzniku poruch příjmu potravy vyšší než u chlapců, dívky se více zajímají o svou tělesnou hmotnost již v období puberty. Také v časopisech pro dívky se problematice poruch příjmu potravy věnují některé články. Jak uvádí Novák (2010), nebezpečím se v posledních letech stávají pro-anorektické weby. Dívky či ženy zde prezentují poruchy příjmu potravy jako žádoucí. Idealizují mentální anorexii či bulimii a poskytují dívkám návod, jak se k těmto onemocněním propracovat. Rodiče by se měli zajímat o to, jaké internetové stránky jejich potomci navštěvují.

Hypotéza č. 1 *Předpokládáme, že děvčata budou mít odlišné skóre EAT-26 než chlapci.* Dotazník EAT-26 je zaměřen na zjišťování rizika vzniku poruch příjmu potravy. Při porovnání odpovědí respondentů ve zkoumaném vzorku jsme zjistili, že se

odpovědi dívek a chlapců liší, ze statistického hlediska však nejsou rozdíly významné. Je překvapivé, že chlapci si mysleli, že se nadměrně starají o jídlo častěji než dívky. U obou pohlaví je vysoké procento respondentů, kteří při cvičení myslí na to, že spalují kalorie. Pouze necelá třetina dívek i chlapců na spalování kalorií při cvičení myslí zřídka nebo nikdy. U dívek bychom mohli za rizikové faktory považovat touhu být štíhlejší a to, že věnují příliš mnoho času a myšlenek jídlu. Lidé v okolí chtějí častěji, aby dívky jedli než je tomu u chlapců. To může ukazovat na nadměrnou sebekontrolu v oblasti jídla a nízkou tělesnou hmotnost u dívek. Poruchy příjmu potravy ohrožují zpravidla častěji dívky než chlapce. Z výsledků však vyplývá, že riziko poruch příjmu potravy u dívek a u chlapců je srovnatelné. **Hypotéza se nepotvrdila.**

Hypotéza č. 2 *Předpokládáme, že u žáků 5. – 9. tříd bude výskyt patologických projevů chování zaměřených na kontrolu své hmotnosti stejný. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že se výskyt některých projevů patologického jídelního chování u jednotlivých ročníků liší. U žáků 5. tříd je riziko vzniku poruch příjmu potravy nejnižší, postupně se s přibývajícím věkem zvyšuje. Strach z nadváhy zřídka nebo nikdy mají dvě třetiny žáků 5. ročníku a pouze necelá třetina žáků v 9. ročníku. Žáci 9. ročníku také častěji mají pocit, že se nadměrně zabývají jídlem v porovnání se žáky 5. ročníku. Téměř polovina respondentů 9. ročníku myslí vždy nebo velmi často na to, že chce být štíhlejší. U 5. ročníku je to jen necelých 15% a v 6. ročníku jen 10,3%. Přes 80% žáků 5. ročníku myslí na to, že má na těle příliš mnoho tuku zřídka nebo nikdy, u žáků 9. ročníku je to pouze 32%. Dietně se stravuje alespoň někdy téměř 3x více žáků 9. ročníku než žáků 5. ročníku. Pocit, že jídlo ovládá život respondentů, má pocit v 5. ročníku zřídka nebo nikdy téměř 93% žáků, v 9. ročníku je to již necelých 61%. Tato sdělení můžeme považovat za riziková. **Hypotéza se nepotvrdila.***

Hypotéza č. 3 *Předpokládáme, že mezi žáky 5. – 9. tříd bude spokojenost se svou tělesnou hmotností stejná. Z výsledků vyplývá, že přes 85% žáků 5. ročníku je se svou tělesnou hmotností spokojeno. Žáci ostatních ročníků jsou se svou tělesnou hmotností spokojeni méně často, ve všech ročnících je spokojena více než polovina respondentů. Rozdíly jsou statisticky nevýznamné. Příčinou menší spokojenosti s tělesnou hmotností u žáků vyšších ročníků mohou být sekundární pohlavní znaky jako růst prsou a změna*

postavy v důsledku hormonálních změn v období puberty. Rozdíly v odpovědích žáků jednotlivých ročníků nejsou statisticky významné. **Hypotéza se nepotvrdila.**

Informovanost respondentů se se stoupajícím věkem zvyšovala. Již v 7. ročníku převažuje informovanost o mentální anorexii i mentální bulimii nad neinformovaností. Pokud respondenti znali pojem mentální anorexie nebo mentální bulimie, měli za úkol doplnit vlastními slovy, co tyto pojmy znamenají. Žáci, kteří znali tyto pojmy, uváděli správně projevy onemocnění jako je velmi nízká tělesná hmotnost u mentální anorexie a přejídání a zvracení u mentální bulimie. Byli také informováni o faktorech, které se na vzniku poruch příjmu potravy podílejí, z nichž nejčastěji uváděli sociální faktory jako je názor okolí na tělesnou hmotnost klienta/pacienta. Zde je za všechny uvedeno, jak to svými slovy toto vyjádřil jeden z respondentů: „Když někdo holce řekne, že je tlustá a ona přestane jíst až je úplně hubená a může i umřít.“ Z uvedené odpovědi respondenta můžeme také vyčíst, že ví o komplikacích jako je úmrtí pacienta s mentální anorexií. Úmrtí pacienta byla nejčastější komplikace uváděná v odpovědích respondentů. Uvedené výsledky pomohly splnit cíle.

V našem výzkumu jsme se věnovali problematice poruch příjmu potravy u žáků na 2. stupni základní školy. Můžeme říci, že respondentům ve sledovaném vzorku hrozí jen nízké riziko vzniku poruch příjmu potravy. Tato skutečnost je příznivá, přesto je třeba dále s respondenty pracovat a působit na ně preventivně a edukačně. Se zvyšujícím se věkem by mohlo dojít ke zvýšení rizika poruch příjmu potravy nebo dokonce ke vzniku mentální anorexie či mentální bulimie u některých žáků, zejména u dívek. Zajímavé by bylo u respondentů s odstupem jednoho roku znovu výzkum zopakovat a porovnat získané výsledky.

Z našeho výzkumu bychom měli vyzdvihnout edukační a preventivní úlohu ošetřovatelství v problematice prevence poruch příjmu potravy, která z uvedených výsledků vyplývá. Přestože u našich respondentů nebylo zjištěno vysoké riziko vzniku poruch příjmu potravy, můžeme očekávat, že vlivem společnosti, sdělovacích prostředků a módního průmyslu, které vyzdvihují štíhlý ideál krásy, se riziko vzniku poruch příjmu potravy zvýší a u některých respondentů dokonce propukne mentální

anorexie či mentální bulimie. V naší společnosti je v současné době věnována malá pozornost ochraně a podpoře zdraví a prevenci onemocnění na školách. Tyto úkoly by mohla převzít školská sestra, která v našich zemích zatím neexistuje. Lze však očekávat, že v nejbližších letech bude funkce školské sestry v rámci projektu „komunitní péče“ vytvořena i v České republice, jak uvádí Boledovičová (2009).

6 ZÁVĚR

Diplomová práce se věnovala úloze ošetřovatelství v prevenci poruch příjmu potravy. Cílem práce bylo zjistit, jaké je riziko vzniku poruch příjmu potravy u žáků 5. - 9. ročníku základní školy. Dalším cílem bylo zmapovat informovanost žáků o mentální anorexii a mentální bulimii. Porovnávali jsme mezi sebou chlapce a dívky a jednotlivé ročníky. Chtěli jsme se dozvědět, zda je riziko vzniku poruch příjmu potravy rozdílné mezi pohlavími a mezi ročníky základní školy, které žáci aktuálně navštěvují.

Ke sběru dat jsme využili kvantitativní výzkum. Data jsme získali metodou dotazování, technikou anonymního dotazníku. Kvantitativní výzkum jsme využili z toho důvodu, že jsme chtěli získat data všech respondentů 5. – 9. třídy. Protože je téma poruch příjmu potravy citlivé a výzkum jsme prováděli na základní škole, zvolili jsme metodu anonymního dotazníku. S pomocí použité metody jsme od respondentů získali potřebná data. Než respondenti začali vyplňovat samotný dotazník, byla u nich zjištěna tělesná hmotnost a výška. Pokud by u respondentů bylo zjištěno patologické chování zaměřené na kontrolu tělesné hmotnosti, můžeme posoudit, zda je vzhledem k jejich BMI opodstatněné. Výsledky jsme zpracovali do tabulek, ve kterých jsou porovnávány odpovědi respondentů podle pohlaví a podle ročníku, který na základní škole navštěvují.

Přestože ze statistického hlediska nejsou rozdíly významné, můžeme u některých otázek se zvyšujícím se věkem pozorovat u respondentů narůstající riziko vzniku poruch příjmu potravy. Tzv. kult štíhlosti, který stále ještě v naší společnosti převažuje, ohrožuje především děti v období puberty a nezralé adolescenty, kteří si svou identitu teprve utvářejí. Žáci 9. ročníku jsou více ovlivněni sdělovacími prostředky a názory druhých na vlastní tělesnou hmotnost, postavu a vzhled než žáci 5. ročníků. I přes to, že žáci 7., 8. a 9. ročníků byli nejvíce informováni o mentální anorexii a mentální bulimii, nebyli spokojenější se svou tělesnou hmotností ani se u nich nesnížilo riziko vzniku poruch příjmu potravy než u žáků 5. a 6. ročníku. Také u dívek, které měly více informací o mentální anorexii i mentální bulimii, nebylo riziko vzniku poruch příjmu potravy nižší než u chlapců. Riziko vzniku poruch příjmu potravy u dívek nebylo významně vyšší než u chlapců. Pokud tuto skutečnost porovnáme s údaji

v odborné literatuře, kde například Papežová (2010) a Krch (2005) udávají riziko vzniku poruch příjmu potravy u žen 10x vyšší než u mužů, můžeme tuto skutečnost pokládat za pozitivní. Z výsledků vyplývá, že vzniku poruch příjmu potravy nezabrání pouhá informovanost respondentů. Riziko vzniku mentální anorexie i mentální bulimie je v populaci vysoké, zejména u zranitelných adolescentů, kteří si svou identitu teprve formují.

Doporučením pro praxi by bylo vytvoření preventivního programu, který by nejen zvyšoval informovanost žáků 2. stupně základní školy o poruchách příjmu potravy a jejich komplikacích, ale zvyšoval by také jejich sebevědomí a zlepšoval by sebehodnocení žáků. Program by měl být zaměřen na toleranci vlastního tělesného vzhledu i tělesného vzhledu, hmotnosti a postavy ostatních žáků i lidí v okolí. Měl by také ukázat žákům, že hodnota člověka není pouze v jeho štíhlosti, atraktivitě a tělesném vzhledu. Také rozvíjení kritického myšlení žáků by mělo pomoci k menšímu ovlivnění reklamou a společenskými trendy a tím ke snížení rizika vzniku poruch příjmu potravy. Po provedení preventivního programu by se s odstupem například jednoho roku zopakoval u respondentů výzkum a zhodnotilo by se, zda se riziko vzniku poruch příjmu potravy snížilo, zůstává stejné nebo naopak vzrostlo. Ke zvýšení rizika vzniku mentální anorexie a mentální bulimie může docházet zvyšováním informovanosti o poruchách příjmu potravy, jak uvádí Held (2006). Proto je třeba preventivní program zaměřit spíše na zdůraznění tělesného a duševního zdraví než pouze na informovanost o poruchách příjmu potravy.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARANÍKOVÁ, Z., NESRSTOVÁ, M. 2005. Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou atypických forem mentální anorexie olanzapinem u dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 6, s. 282, ISSN 1213-0508.

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. prepracované a doplnené vydanie. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2009. *Sestra a porodná asistentka v komunitní starostlivosti*. Nitra: Fakulta sociálních vied a zdravotnictva UKF, 2009. 400 s. ISBN 978-80-8094-576-3.

BUŽGOVÁ, R. et al. 2011. *Ošetrovatel'ství I*. Praha: Grada, 2011. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

DULCAN, M.K. MARTINI, D.R. 2004. *Detská a dorastová psychiatria*. Trenčín: Vydavateľ'stvo F, 2004. 280 s. ISBN 80-88952-12-3.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

GIBALOVÁ, E. 2001. Mentálna anorexia v ordinácii praktického lekára pre deti a dorast. *Česko-slovenská pediatrie*. 2001, roč. 97, č. 10, s.605, ISSN 0069-2328.

GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora*. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

HELD, L., et al. 2006. *Teória a prax výchovy k zdravej výžive v školách*. Bratislava: Veda, 2006. 776 s. ISBN 80-224-0920-0.

HERDMAN, H., et al. 2010. *Ošetrovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2009-2011*. Praha: Grada, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

HORT, V., et al. 2000 *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.

HUPKOVÁ, I. 2009. Niektoré formy chorobnej závislosti od jedla ako jedna z foriem návikového rizikového správania. *Sociálna prevencia*. 2009, roč. 4, č. 2, s. 23, ISSN 1336-9679.

CHUDOBOVÁ, P., et al. 2005. Možnosti a limity léčby pacientů s poruchami příjmu potravy formou denního stacionáře v České republice a v zahraničí. *Česko a slovenská psychiatrie*. 2005, roč. 101, č. 4, s. 213, ISSN 1212-0383.

KARSTEN, H. 2006. *Ženy – muži*. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-145-X.

KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. 2001. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 3, s. 109, ISSN 1213-0508.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. 2001. Poruchy příjmu potravy s raným počátkem onemocnění. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 3, s. 136, ISSN 1213-0508.

KOUTEK, J., et al. 2004. Některé charakteristiky pacientů s poruchami příjmu potravy s raným začátkem onemocnění. *Česko-slovenská pediatrie*. 2004, roč. 100, č. 8, s. 410, ISSN 0069-2328.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 2004. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax I*. Martin: Osveta, 2004. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

KRÁSNIČANOVÁ, H., VESELÁ, M. 2006. Vztahy hmotnost-výška a menstruační cyklus u pacientek s mentální anorexií. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2006, roč. 102, č. 2, s. 66, ISSN 1212-0383.

KRCH, F. D., et al. 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

LADISHOVÁ, L. C. 2006. *Strach z jídla*. Ružomberok: Epos, 2006. 159 s. ISBN 80-89191-53-3.

LOCK, J. *Family Therapy More Effective Than Individual Treatment for Adolescents With Anorexia* [online] 6. 10. 2010 [cit. 2011-10-17] Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/729973>.

MAJEROVÁ, M. 2011. Morbidní strach z tloušťky. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 5, s. 26, ISSN 1210-0404.

MALÁ, E. PAVLOVSKÝ, P. 2010. *Psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-723-7.

MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MARKOVÁ, E., et al. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MASTILIAKOVÁ, D. 2003. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup I. Díl*. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

MATĚJEK, J. *Anablogy, co s nimi? Zakázat?* [online] 2011 [cit. 2012-2-24] Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/01.pdf>.

MZČR, *Zdraví pro všechny v 21. století* [online] 2012 [cit. 2012-6-24] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

NAVRÁTILOVÁ, M. 2002. Riziko refeeding syndromu u mentální anorexie. *Psychiatrie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 4, s. 146, ISSN 1213-0508.

NĚMEČKOVÁ, P. 2002. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 3, s. 124, ISSN 1213-0508.

NĚMEČKOVÁ, P. 2007. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 4, s. 155, ISSN 1213-0508.

NESRSTOVÁ, M., KOCOURKOVÁ, J. 2003. Mentální anorexie s raným začátkem onemocnění. *Česko-slovenská pediatrie*. 2003, roč. 99, č. 5, s. 310, ISSN 0069-2328.

NOVÁK, M. 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010. 106 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

ONDRIÁŠOVÁ, M. 2005. *Psychiatria*. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-199-9.

PAPEŽOVÁ, H., et al. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

PLATZNEROVÁ, A. 2009. *Sebepoškozování*. Praha: Galén, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.

PLEVOVÁ, I., et al. 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2011. 233 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

RABOCH, J., et al. 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.

RADIMSKÝ, M., et al. 2001. *Psychiatrie II*. 2. přepracované vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 217 s. ISBN 80-7013-350-3.

SEIFERTOVÁ, D., et al. 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 2. vydání. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008. 616 s. ISBN 8086694070.

SIKOROVÁ, L. 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

STAŇKOVÁ, H. 2008. *Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy*. Brno: Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky, 2008. 97 s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph.D.

STREJČKOVÁ, A., et al. 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Fortuna, 2007. 11 s. ISBN 978-80-7168-943-0.

SVAČINA, Š., et al. 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

ŠAMÁNKOVÁ, M., et al. 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

TOMANOVÁ, J., PAPEŽOVÁ, H. 2006. Vícerozinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v centru pro léčbu poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2006, roč. 102, č. 7, s. 358, ISSN 1212-0383.

TROJAN, S., et al. 2003. *Lékařská fyziologie*. 4. vydání, přepracované a doplněné. Praha: Grada, 2003. 772 s. ISBN 80-247-0512-5.

TUČEK, J. CHODORA, V. 2005. *Psychiatrie*. 3. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2005. 89 s. ISBN 80-7040-786-7.

TURČEK, M. 2005. *Používání psychóktivných látok u pacientov s poruchami nálady a poruchami príjmu potravy*. Bratislava: Univerzita Komenského. Lekárska fakulta. Klinika gerontopsychiatrie, 2005. 44 s. Vedoucí diplomové práce doc. MUDr. Eduard Kolibáš CSc.

UHLÍKOVÁ, P. 2009. Co může učitel udělat pro prevenci, diagnostiku a léčbu PPP? *Psychiatrie pro praxi*. 2009, roč. 10, ISBN 978-80-87327-02-9.

WHITNEY, J. *Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study* [online] 2005 [cit. 2011-10-17] Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/187/5/444.long>.

ZADÁK, Z. 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2008. 544 s. ISBN 978-80-247- 2844-5.

ZÁMEČNÍKOVÁ, R., HORT, V. 2003. Léčba mentální anorexie u dětí a adolescentů se zaměřením na farmakoterapii. *Česko-slovenská pediatrie*. 2003, roč. 99, č. 4, s. 209, ISSN 0069-2328.

ZÁMEČNÍKOVÁ, R., HRDLIČKA, M. 2003. Farmakoterapie u mentální anorexie. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, roč. 4, č. 6, s. 263, ISSN 1213-0508.

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro žáky 2. stupně základní školy

Příloha č. 2 – Cíle programu Zdraví 21

Příloha č. 3 - Biometrické hodnoty a hodnota dotazníku EAT-26

Příloha č. 4 – Zdroj informací o poruchách příjmu potravy

Milá dívko, milý chlapče,
 obracím se na tebe s prosbou o vyplnění dotazníku. Jsem studentkou magisterského studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Dotazník je anonymní a všechny informace jsou považovány za důvěrné. Získané informace budou použity pouze ke zpracování mé diplomové práce. V uvedené tabulce prosím zakřížkuj odpověď, která se nejvíce shoduje s tvým pocitem (názorem).

Za spolupráci předem děkuji, Tereza Šenkýřová

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

Pohlaví: Dívka Chlapec Výška: Váha:

Se svou tělesnou hmotností jsem: spokojen/a nespokojen/a

Ročník:

27. Víš, co je to mentální anorexie:

Ano

Pokud jsi odpověděl/a, vysvětli

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

Ne

28. Víš, co je to mentální bulimie:

Ano

Pokud jsi odpověděl/a, vysvětli

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

Ne

29. Pokud tyto pojmy znáš, odkud jsi se dozvěděl/a jejich význam:

Internet

Televize, rádio

Škola

Rodina

Jiné, uveď.....

ZDRAVÍ PRO VŠECHNY VE 21. STOLETÍ – CÍLE PROGRAMU

CÍL 1: SOLIDARITA VE ZDRAVÍ V EVROPSKÉM REGIONU

Do roku 2020 by se měl současný rozdíl ve zdravotním stavu mezi jednotlivými členskými státy evropského regionu snížit alespoň o jednu třetinu

CÍL 2: SPRAVEDLNOST VE ZDRAVÍ

Do roku 2020 snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami nejméně o jednu čtvrtinu zlepšením úrovně deprivovaných populačních skupin

CÍL 3: ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA

Do roku 2020 vytvořit podmínky, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života

CÍL 4: ZDRAVÍ MLADÝCH

Vytvořit podmínky, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti

CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti

CÍL 6: ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb

CÍL 7: PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Podstatě snížit nepříznivé důsledky infekčních nemocí prostřednictvím systematicky realizovaných programů na vymýcení, eliminaci nebo zvládnutí infekčních nemocí, které významně ovlivňují zdraví veřejnosti

CÍL 8: SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ

Do roku 2020 by měla snížit nemocnost, četnost zdravotních následků a předčasná úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí na nejnižší možnou úroveň

CÍL 9: SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY

Do roku 2020 zajistit, aby počty zranění, postižení a úmrtí, která jsou důsledkem nehod a násilných činů, trvale a výrazně poklesly

CÍL 10: ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ

Do roku 2020 zajistit bezpečnější životní prostředí, v němž výskyt zdraví nebezpečných látek nebude přesahovat mezinárodně schválené normy

CÍL 11: ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL

Do roku 2020 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl

CÍL 12: SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM

Do roku 2015 výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy

CÍL 13 : ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY

Do roku 2015 by obyvatelé měli mít více příležitostí žít ve zdravých sociálních i ekonomických životních podmínkách doma, ve škole, na pracovišti i v místních společenstvích

CÍL 14: ZDRAVÍ, DŮLEŽITÉ HLEDISKO V ČINNOSTI VŠECH RESORTŮ

Do roku 2020 by si všechna odvětví měla uvědomit a přijmout svoji odpovědnost za zdraví

CÍL 15: INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR

Do roku 2010 zajistit lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientována na rodinu a na místní společenství a opírá se o flexibilní a vhodně reagující nemocniční systém

CÍL 16: ŘÍZENÍ V ZÁJMU KVALITY PÉČE

Do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví od zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni bylo orientováno na výsledek

CÍL 17: FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ

Do roku 2010 zajistit takový mechanismus financování a rozdělování zdrojů pro zdravotnictví, který bude spočívat na zásadách rovného přístupu, efektivity, solidarity a optimální kvality

CÍL 18: PŘÍPRAVA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Do roku 2010 zajistit, aby odborníci ve zdravotnictví i zaměstnanci dalších odvětví získali odpovídající vědomosti, postoje a dovednosti k ochraně a rozvoji zdraví

CÍL 19: VÝZKUM A ZNALOSTI V ZÁJMU ZDRAVÍ

Do roku 2005 zavést takový zdravotní výzkum a informační i komunikační systém, který umožní užívat a předávat znalosti vedoucí k posilování a rozvoji zdraví všech lidí

CÍL 20: MOBILIZACE PARTNERŮ PRO ZDRAVÍ

Do roku 2005 zapojit do naplňování strategie Zdraví 21 občany, jejich organizace, veřejný i soukromí sektor

CÍL 21: OPATŘENÍ A POSTUPY SMĚŘUJÍCÍ KE ZDRAVÍ PRO VŠECHNY

Do roku 2010 přijmout a zavést postupy směřující k realizaci Zdraví 21, a to na celostátní, krajské a místní úrovni, které budou podporovány vhodnou institucionální infrastrukturou, řízením a novými metodami vedení

Tabulka č. 59 Biometrické hodnoty a hodnota dotazníku EAT-26

Ročník	Pohlaví	Hmotnost	BMI	EAT-26
5. ročník	Dívky	37	16,6	2,56
	Chlapci	41,1	18,2	2,64
6. ročník	Dívky	41,5	16,9	2,57
	Chlapci	46,4	18,4	2,6
7. ročník	Dívky	48,3	18,3	2,45
	Chlapci	65,1	22,8	2,54
8. ročník	Dívky	51,6	18,9	2,41
	Chlapci	67,4	22	2,6
9. ročník	Dívky	58,5	22,3	2,41
	Chlapci	68,7	23,1	2,57

V tabulce je uvedena tělesná hmotnost, vypočtené BMI a výsledná hodnota získaná v dotazníku EAT-26 u respondentů. Dotazník EAT-26 jsme zhodnotili vlastní metodou, kdy jsme číslem 1 označili odpovědi „Vždy/Velmi často“, číslem 2 „Často/Někdy“ a číslem 3 „Zřídka/Nikdy“. Z uvedeného vyplývá, že čím vyšší je hodnota dotazníku EAT-26, tím nižší je riziko vzniku poruch příjmu potravy.

Tabulka č. 60 Zdroj informací o poruchách příjmu potravy

Zdroj informací		Počet odpovědí
Internet		14
Televize/rádio		33
Škola		61
Rodina		43
Časopis		2
Přátelé/kamarádi		5
Jiné	Sport	3
	Lékař	2

Zdroj informací jsme zjišťovali u 79 respondentů, kteří věděli, co znamená pojem mentální anorexie a/nebo mentální bulimie. Respondenti mohli označit více možností. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji respondenti informace o poruchách příjmu potravy získali ve škole, v rodině a ze sdělovacích prostředků.