

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Informovanost studentů vybraných středních škol v Milevsku
o poruchách příjmu potravy

Bakalářská práce

Autor bakalářské práce: Michaela Kluiberová

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Marie Nosková

4. května 2011

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích, dne 4. 5. 2011

.....

Poděkování

Děkuji především MUDr. Marii Noskové za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady, které mi poskytla při psaní této bakalářské práce. Dále děkuji studentům, kteří vyplnili dotazníky k této práci a příslušným školám, které mi umožnily provedení výzkumu.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce pojednává o tématu poruch příjmu potravy, a také o jejich souvislosti s obezitou a módními redukčními dietami.

Teoretická část práce obsahuje základní informace o poruchách příjmu potravy, tedy obecnou charakteristiku mentální anorexie a bulimie a zmíněny jsou i poruchy atypické a nespecifické jako záchvatovité přejídání, ortorexie, bigorexie a drunkorexie.

Práce se také zabývá rizikovými faktory, které se podílejí na vzniku těchto poruch, dále jsou zde uvedena zdravotní rizika plynoucí z tohoto onemocnění a způsoby léčby nemocných. V práci je též zmíněn jak vztah poruch příjmu potravy a obezity, tak vztah těchto poruch a módních redukčních diet. Uvedena je i stručná charakteristika BMI. Závěr teoretické části je věnován prevenci poruch příjmu potravy.

Praktická část prezentuje výsledky, které vyplynuly z mého průzkumu. Výzkum byl uskutečněn na základě anonymních dotazníků pro dvě skupiny studentů, a sice Gymnázia Milevsko a Střední integrované školy Milevsko. Dotazníky jsou zaměřeny na zjištění informovanosti studentů o problematice poruch příjmu potravy, na jejich znalosti o optimální hodnotě BMI, a také na jejich zkušenosti s redukčními dietami.

Celkové výsledky výzkumu ukazují, že studenti stručný přehled o problematice poruch příjmu potravy mají, nicméně chybějící informace je nutné doplnit a zaměřit se na prevenci již v útlém věku dětí. Stejně tak je důležité nepodceňovat dodržování redukčních diet, které představují pro vznik těchto poruch značné riziko, a neopomíjet nedostatečné znalosti v souvislosti s hodnotami BMI.

ABSTRACT

The thesis deals with the topic of eating disorders and with their link to the obesity and trendy lowering diets.

The theoretical part involves fundamental information about eating disorders, which means general characteristics of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Also abnormal disorders such as binge eating, orthorexia nervosa, bigorexia and drunkorexia are introduced here.

This work further deals with risk factors that participate in developing these disorders, states the health risks resulting from these diseases and their treatment. The thesis also mentions both the links of eating disorders to the obesity and the relationship of these disorders with trendy lowering diets. Also a brief BMI characteristics is introduced. The conclusion of the work is devoted to the prevention of eating disorders.

The practical part of the thesis presents the results based on my research. It had the form of blind questionnaires for two groups of students from the Secondary Grammar School of Milevsko and the Vocational School of Milevsko. The questionnaires focussed on the students' awareness of eating disorders issue, of optimum BMI and it also focused on their personal experience with lowering diets.

Overall results of the research show that the students are roughly informed about the issue, however, it is essential to supply them with lacking information and focus on prevention at tender age. At the same time it is important not to underestimate dieting, as lowering diets pose a big risk for developing these disorders and not to neglect lack of information regarding the BMI values.

OBSAH

Úvod	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Poruchy příjmu potravy	9
<i>1.1.1 Charakteristika mentální anorexie</i>	<i>9</i>
<i>1.1.2 Charakteristika mentální bulimie</i>	<i>11</i>
<i>1.1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy</i>	<i>13</i>
1.2 Rizikové faktory poruch příjmu potravy	15
<i>1.2.1 Sociální a kulturní faktory</i>	<i>15</i>
<i>1.2.2 Rodinné faktory</i>	<i>16</i>
<i>1.2.3 Biologické faktory</i>	<i>16</i>
<i>1.2.4 Emocionální faktory</i>	<i>17</i>
1.3 Zdravotní rizika poruch příjmu potravy	17
<i>1.3.1 Zdravotní rizika mentální anorexie</i>	<i>17</i>
<i>1.3.2 Zdravotní rizika mentální bulimie</i>	<i>18</i>
1.4 Způsoby léčby poruch příjmu potravy	19
<i>1.4.1 Hospitalizace</i>	<i>19</i>
<i>1.4.2 Ambulantní lékařská péče</i>	<i>20</i>
<i>1.4.3 Kognitivně – behaviorální péče</i>	<i>20</i>
<i>1.4.4 Rodinná terapie</i>	<i>20</i>
<i>1.4.5 Farmakoterapie</i>	<i>21</i>
<i>1.4.6 Svépomocné skupiny</i>	<i>21</i>
1.5 Módní redukční diety a poruchy příjmu potravy	22
1.6 Obezita a poruchy příjmu potravy	23
1.7 BMI	25
1.8 Prevence poruch příjmu potravy	25
<i>1.8.1 Prevence a rodina</i>	<i>26</i>
<i>1.8.2 Prevence a škola</i>	<i>26</i>
<i>1.8.3 Prevence a média</i>	<i>26</i>
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	28
2.1 Cíl práce	28
2.2 Hypotézy	28
3. METODIKA	29
3.1 Způsob řešení problému	29

3.2	Zkoumaný soubor	29
4.	VYHODNOCENÍ	30
5.	DISKUZE	58
6.	ZÁVĚR	62
7.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	66
9.	PŘÍLOHY	67

Úvod

Téma poruch příjmu potravy jsem si vybrala ze dvou důvodů. Za prvé proto, že jsem se s tímto onemocněním setkala ve svém blízkém okolí a za druhé proto, že se domnívám, že ač jde o aktuální a závažný problém, informovanost o této problematice není dostatečná. A přitom se jedná o poruchy, které zanechávají následky psychické, fyzické a v některých případech dokonce smrtelné.

V dnešní době často slýcháme o obezitě, nadváze a jejich nebezpečném dopadu na naše zdraví a možná si jen málokdo uvědomí, že představují také riziko pro vznik poruch příjmu potravy. Stejně tak je to s dnes tolik populárními redukčními dietami, které nemalou měrou přispívají k rozvoji těchto poruch. Proto oba tyto rizikové faktory zmiňuji ve své práci také.

Myslím si, že v současné době existuje spousta odborné literatury zabývající se touto problematikou, ale řekla bych, že chybí informovanost veřejnosti. A to nejen děti a adolescentů, kteří jsou ohroženi nejvíce, ale také jejich rodičů.

Poruchy příjmu potravy nezasahují jen do života nemocného, ale také jeho rodičů, sourozenců, blízkých a kamarádů. Ti všichni sami často nedokáží rozpoznat, že jejich potomek, sourozenec či kamarád touto poruchou trpí. Tím se samozřejmě snižuje možnost včasného odhalení problému, pomoci a léčby.

Výskyt poruch příjmu potravy bezpochyby souvisí se současným kultem štíhlosti, na jehož propagaci se významně podílejí média. Na ženy a dívky je tak vyvíjen tlak, kterému velmi často podlehnou. Inspirují se ženami z časopisů, filmů či reklam, jejichž váha je mnohdy pod hranicí podváhy. Mnoho žen pro dokonalou postavu obětuje i své zdraví. Chtějí zhubnout velké množství kilogramů za co nejkratší dobu, a tak se uchylují k módním redukčním dietám, které pak zaměňují s normálním stravováním, což bývá také příčinou vzniku poruch příjmu potravy.

Sama jsem se o poruchách příjmu potravy dozvěděla prostřednictvím článků v časopisech. Mám ale pocit, že dnes, v době internetu, mohou podobné články na dívky působit ne jako zdroj prevence, ale jako návod na životní styl či způsob jak zhubnout. Z toho důvodu si myslím, že je nezbytná prevence ze strany školy, rodičů, a především odborníků, kteří jsou schopni poskytnout kvalitní informace, neboť proti trendu vyhublosti ovládajícímu média je potřeba bojovat.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy představují jedno z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. A to jak pro svůj chronický průběh, tak pro somatické, psychické a sociální důsledky (17). Nejčastějšími formami těchto poruch jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Pro mentální anorexii je typické především extrémní omezování příjmu potravy, v případě mentální bulimie jde o extrémní přejídání spojené s vůlí vyvolávaným zvracením. Je nutno připomenout, že u chlapců a mužů se tyto poruchy vyskytují rovněž, a to přibližně v poměru 1:10 (33). Poruchy příjmu potravy mají negativní dopad nejen na samotné nemocné, ale i na jejich sociální okolí. Jsou stavěny na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů, a to na základě jejich komplexního charakteru, závislosti na společenských a kulturních vlivech a velmi křehké hranice mezi normou a patologií. Lidé trpící těmito poruchami tvoří velmi heterogenní skupinu pacientů s mnoha různorodými potížemi a jejich léčba je spojena s celou řadou problémů. Ač se to na první pohled nemusí zdát, jsou si mentální anorexie a bulimie velmi podobné. Pro obě poruchy je typický strach z tloušťky a přehnaná pozornost, jež je zaměřena na vlastní vzhled a tělesnou hmotnost. Nemocní nepřetržitě zkoumají, jak vypadají, jaká je jejich váha a stále se snaží zhubnout nebo alespoň zamezit vzrůstu jejich hmotnosti. Některé příznaky poruch příjmu potravy jako například zvýšený zájem o jídlo, podrážděnost, uzavřenost či chuť přejíst se, mohou být označeny jako důsledek redukčních diet nebo hladovění. Zásadním rozdílem mezi nimi je tělesná hmotnost. Přibližně v jedné třetině případů mentální anorexie však časem dojde k rozvoji mentální bulimie s normální tělesnou hmotností (17). Snaha o dosažení štíhlosti, zvýšený výdej energie a současně její snížený příjem a nadměrné věnování se jídlu jsou dalším pojítkem těchto poruch (15).

1.1.1 Charakteristika mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je porucha, jejímž základem je úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Důvodem odmítání jídla u anorektických pacientů není nepřítomnost chuti, ale to, že jíst nechtějí. Sami však toto někdy popírají a dokáží jmenovat mnoho příčin, proč jíst „nemohou“. Odpor k jídlu je známkou nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a také tloušťce. Onemocnění nejčastěji propuká

ve věku 13 – 20 let, výjimečně se ale vyskytuje už i u osmiletých dětí, a stejně tak se s jeho začátkem lze setkat po třicátém, případně čtyřicátém roce věku (17). Nemoc začíná tím, že dívky zprvu vynechávají kalorické a vydatné potraviny. Postupně je ale příjem potravy zredukován na minimum, může dojít i k omezení příjmu tekutin. I přes očividnou vyhublost si však nemocné dívky připadají tlusté. Je pro ně příznačný zvýšený zájem o jídlo, a to, ať se jedná o prohlížení kuchařek, sbírání receptů či vaření pro ostatní. Dále také disponují vysokou aktivitou, chodí běhat, cvičí, dokáží ujít mnohakilometrové vzdálenosti pěšky, což je vzhledem k jejich nízké hmotnosti a vyhublosti až zarážející. Za účelem snížení hmotnosti ale některé dívky také zvracejí nebo užívají odvodňující a projímavé látky (13). První zhubnutí bývá spojeno s vzestupem sebevědomí a zlepšením nálady nemocného, což se projeví jak po stránce společenské, tak aktivní. Avšak se zvyšujícím se stupněm podvýživy je patrnější únava, apatie a vyčerpanost. Do popředí se dostává podrážděnost, přecitlivělost, zhoršená nálada. Kontakt s přáteli je omezován na minimum, objevují se konflikty se členy rodiny. Anorektické dívky se často vyhýbají tomu, aby jedly ve společnosti. Jsou citlivé na to, když je při jídle někdo sleduje nebo například mlaská. Jedí velmi pomalu a obřadně, jsou schopné jíst jeden jogurt až 20 minut, což zdůvodňují tím, že si jídlo „vychutnávají“, případně že musí „jíst v klidu“. Jídlo pro sebe si připravují jiné, a to méně vydatné, než pro ostatní. Pocitu přejedení dosahují velmi snadno a hovoří o tom, kolik toho snědly. Změny ohledně jídla dodržují se stále větší důsledností a obhajují se stále větší rafinovaností. O jídle mluví velmi často nebo se naopak tomuto tématu až přehnaně vyhýbají. Zkoumají svou postavu v zrcadle, neustále se váží nebo se naopak ze strachu váze vyhýbají, stejně tak se některé úmyslně zahalují do volného oblečení, jiné naopak na svou vyhublou postavu výběrem oděvu záměrně upozorňují (15). Tato porucha posiluje sebejistotu a sebeúctu pacientky, neboť být na sebe hrdá je nesmírně příjemný pocit, a pro nemocnou představuje významnější hodnotu než cokoli jiného. Její myšlení a chování lze shrnout do věty „Raději nežít, než být tlustá“. Varování před nebezpečnými důsledky hladovění, na které nemocnou obvykle upozorňuje široké okolí, zůstává bez odezvy (34).

Diagnostická kritéria MA podle DSM-IV

- A. Odmítání mít vyšší hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, které vede k poklesu a udržení hmotnosti o 15 % pod odpovídající normu), nebo nedostačující přírůstek hmotnosti v průběhu růstu (což způsobí, že tělesná hmotnost je o 15 % nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
- B. Neustálá obava z přibírání a ze ztloustnutí, a to i přesto, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- C. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), přehnaný vliv tvaru postavy a hmotnosti na hodnocení sebe sama či popírání nebezpečnosti vlastní nízké váhy.
- D. V případě žen absence nejméně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod pro vynechání menstruace (primární či sekundární amenorea). (Amenorea je stav, kdy žena menstruuje jen při podávání hormonů, například estrogeneru.)

Existují také specifické typy:

1. Nebulimický (restriktivní) typ, který se vyznačuje tím, že během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
2. Bulimický (purgativní) typ, kdy během epizody mentální anorexie u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání dochází (17).

1.1.2 Charakteristika mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, jež jsou doprovázeny nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti (10). Jde o tzv. „tajnou“ nemoc, která může trvat i po dobu několika let, a přesto nikdo nemusí nic poznat (30). Nemocní pociťují obrovskou potřebu se přejíst. Po velkém přejedení se u nich ovšem dostavuje pocit viny a chtějí se zkonsumovaného jídla zbavit. Buď se ho snaží vyzvrátit, anebo užívají projímadla a diuretika (31). Vliv jídla na váhu se snaží zmírnit i přechodnými hladovkami (38). Hmotnost bulimiček je obvykle přiměřená. Nemoc se začíná obvykle objevovat mezi 16-25 lety (17).

V případě mentální bulimie a přejídání vůbec mají zásadní postavení redukční diety, i když často panuje mezi lidmi názor, že jsou jen adekvátní reakcí na přejedení. Pocit příjemně prázdného žaludku a přehnaná sebekontrola jsou bulimičkami

zaměňovány za normu. Cítí se takto dobře, mělo by to takhle být. Nicméně vydržet se to nedá dlouho, neboť spolu s dietou roste hlad, zvyšuje se pozornost věnovaná jídlu a možnosti kontroly v jídlu jsou oslabovány. Nebezpečí hrozící z diet je ze strany bulimiček často podceňováno. Zaměřeny jsou jen na problém přejídání. S vlastním tělem neustále smlouvají, pokoušejí se nahradit jednu dietu dietou druhou.

Lze popsat tři typy redukčních diet:

1. Půst, kdy se lidé snaží vydržet nejíst během dne co nejdéle. Vhodným argumentem bývá práce a nedostatek času. Bulimičky jsou schopné půst držet i několik dní, většinou od jednoho záchvatu přejedení k záchvatu druhému a pravidlo jení zní „Všechno nebo nic“.
2. Snaha držet příjem energie pod určitý limit, který je buď přesně vymezen kalorickou hodnotou denního jídla (například 1000 kalorií) anebo jde o rigidní jídelní plán, kdy je každé sousto snědené navíc vnímáno jako přejedení.
3. Vyhýbání se těm jídlům, jež jsou z hlediska energie považována za příliš hodnotná nebo riziková z hlediska přejedení a vyhýbání se některým hlavním denním jídlům.

S porušením kategorického zákazu přichází pocit provinění, který funguje jako spouštěcí mechanismus přejedení. Nebezpečí přejedení vzrůstá tím více, čím více roste počet zakázaných potravin (**18**). Přejedení či vyzvracení představuje pro pacientku selhání, které opakovaně doráží na její křehkou sebeúctu a opětovně ji zraňuje. O hrdosti na vlastní sebekontrolu tedy nemůže být řeč (**34**).

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

A. Epizody záchvatovitého přejídání, které se opakují. Epizoda (binge eating) je charakterizována:

1. Konzumací velkého množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než jaké by většina lidí za stejnou dobu dokázala sníst.
2. Pocitem ztráty kontroly nad jídlom v průběhu epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a kolik toho jím.)

B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, které má zamezit navýšení hmotnosti, například vyvoláním zvracení, zneužíváním laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovkami, nadměrným cvičením.

- C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání během týdne po dobu nejméně tří měsíců.
- B. Sebehodnocení, jež je nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a hmotnosti.
- C. S poruchou se nesetkáme jen výhradně během epizod mentální anorexie.

Existují také specifické typy:

1. Purgativní typ, kdy pacient ve snaze zabránit zvýšení hmotnosti pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika.
2. Nepurgativní typ, kdy pacient používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (17).

1.1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Mezi poměrně nové typy poruch příjmu potravy řadíme ortorexii, bigorexii a drunkorexii. Ve své extrémní podobě představují stejné nebezpečí jako mentální anorexie, bulimie a psychogenní přejídání.

Ortorexie. Jde o patologickou posedlost zdravou výživou, která se zpočátku projevuje orientací nemocného na zdravou stravu, obchody se zdravými potravinami a na hledání informací o výrobě těchto potravin a postupně se stává posedlostí a hlavní náplní času nemocného. Příznačný je narůstající strach z nezdravého jídla, zdravé jídlo je stále více zkoumáno a postupem času přestává i to být zdravé, bezpečné. Jídelníček je tak zúžen na minimum, postižený ztrácí hmotnost a projevuje se podvýživa. Obdobně jako anorektičtí pacienti na jídlo musí často myslet, trpí úzkostí a depresemi. Ty vedou k pocitům osamění a skutečné izolaci, neboť si ve svém stavu nemá s druhými co říct. Výskyt této poruchy je častější u žen, avšak v míře menší než je tomu v případě mentální anorexie a bulimie. Nemocní jsou přísnými odpůrci uměle hnojených, geneticky modifikovaných potravin. Zaměřují se pouze na biopotraviny, ale i ty se jim časem mohou začít zdát nebezpečné. Nezdravé potraviny pro ně představují jedy, jejichž konzumace by způsobila otravu či vážné onemocnění.

Bigorexie. Je zaměřena na tělesné proporce, na posedlost vlastním vzhledem. Vnímání vlastního těla je narušeno, nemocní se snaží o dosažení nereálné fyzické zdatnosti a tělesných proporcí. Můžeme se setkat také s označením Adisonův komplex. Nemocní se považují za slabé, málo svalově vyvinuté. Aby dosáhli vzhledu z kulturistických časopisů a akčních filmů, jsou schopni udělat opravdu hodně. Častá je závislost na posilování, zneužívání bílkovinných potravinových doplňků a látek, které

podporují růst svalů a mají vliv na metabolismus. Za jedno z hlavních rizik je považováno poškození pohybového aparátu dlouhodobým přetěžováním. Přetěžován je také trávicí systém, ledviny a játra. Postižení mívají nadváhu, která je důsledkem vysokého příjmu energie kvůli svalovému růstu. Porucha je také příčinou sociální izolace, kdy nemocní upřednostňují fitcentra před společenskými kontakty. Hrozí i finanční potíže, protože fitcentra, strava a potravinové doplňky představují velké výdaje a neobvyklá není ani ztráta zaměstnání.

Drunkorexie. Jedná se o opakované redukování příjmu potravy, které má za cíl snížení příjmu kalorií a tím povolení pití většího množství alkoholu. Základní roli hraje opět nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze, neboť tato posedlost pramení z faktu, že alkohol, a zejména ten tvrdý, je poměrně kalorický. Porucha také zahrnuje úmyslné zvyšování výdeje energie na párty nebo diskotéce kombinací tvrdého alkoholu s energetickými nápoji. Tato kombinace má za následek zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, současně se snižuje schopnost vnímání únavy, hrozí kolaps a známé jsou i případy náhlého úmrtí. Více postižených bývá žen, nicméně ani mužům se nevyhýbá. Drunkorexie je nebezpečná především v tom, že bez jídla je alkohol v žaludku vstřebáván mnohem rychleji, do jater se může dostat za méně jak 15 minut. Objevuje se úzkost, pocity odcizení, osamělosti a izolace **(21)**.

Záchvatovité přejídání. Tomuto typu poruchy se v poslední době věnuje velká pozornost. Je navrženo, aby záchvatovité přejídání bylo uváděno jako třetí druh poruch příjmu potravy. Tato porucha je často spojována s nadváhou nebo obezitou. Ukazuje se, že se záchvatovitým přejídáním se lze setkat čím častěji, čím je stupeň obezity vyšší. Porucha není spojena s kompenzačním chováním, nicméně s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými jídelními návyky ano **(17)**. Lidé trpící záchvatovitým přejídáním zkonsumují najednou velké množství jídla, přičemž nejsou schopni toto množství kontrolovat **(5)**. Porucha se vyznačuje nevyváženým stravováním – velké omezování se v jídle až hladovění nebo jednostranná strava, které se střídají s touhou přejíst se. Tyto stavy se pravidelně opakují. Dále je typický fyzicky nepříjemný pocit, který se dostaví po záchvatu přejedení. Většinou nedochází ke zvracení. S nárůstem hmotnosti také vzrůstá nespokojenost se sebou a snaha o omezování se v jídle. Rozvoj poruchy bývá často reakcí na stres, citové strádání nebo deprese **(39)**.

1.2 Rizikové faktory poruch příjmu potravy

Vznik anorexie a bulimie ovlivňují sociální a kulturní faktory, nepříznivé životní události, chronické obtíže, nedostatečné sociální a rozhodovací dovednosti, a nakonec i biologické a genetické faktory. Stejně tak jako u některých jiných duševních poruch se na jejich zrodě a rozvoji podílí řada různých faktorů. Pokud někdo začne s redukcí diety, ohrožuje ho bulimie více, jestliže prožívá zmatkem a nejistotu dospívání, trpí nedostatkem sebevědomí a mínění o svém těle je záporné, a navíc je jeho otec závislý na konzumaci alkoholu nebo hypochondr, matka se ustavičně pokouší držet diety a sestra se léčí s mentální anorexií. Ale ani všechny tyto vlivy nemusí postačovat. Podle britsko-amerického týmu výzkumníků hrozí rozvoj mentální bulimie, jen pokud je jedinec exponován rizikovým faktorům, týkajícím se držení diet a současně dalším vlivům, jež jsou ohrožením i v případě rozvoje jiných psychiatrických poruch. Ohledně diet je poukazováno na sklon k obezitě, nevhodné jídelní návyky, a především na společenský tlak. V případě obecně rizikových faktorů je kladen největší důraz na vliv negativního sebehodnocení a ve spojení s mentální anorexií i perfekcionismus. Z faktorů, jež chrání před poruchami příjmu potravy, jsou současnými studii vyzdvihovány aktivní řešení problémů, nízké užívání alkoholu, nízké držení diet a vyrovnaná nálada. K těmto vlastnostem bychom ještě mohli připojit trpělivost a smysl pro humor (16).

1.2.1 Sociální a kulturní faktory

Celospolečenský důraz na vzhled a štíhlou postavu je považován za významný faktor, jenž se podílí na „epidemii“ poruch příjmu potravy a nezdravém vztahu k vlastnímu tělu vůbec. Tak jako v současné euroamerické kultuře, nebyl v minulosti na vzhled, s výjimkou antiky, kladen takový důraz. V této souvislosti odborníci hovoří o kultu těla, zdraví a štíhlosti jako o fenoménu, který panuje nad celou západní společností od poloviny osmdesátých let. Touha po absolutně pevné „zkrocené“ postavě je posedlostí bezmála celé euroamerické civilizace.

Téměř denně jsou ženy konfrontovány s ideálem, který je prezentován reklamou a módními časopisy. Jde o modelky nerealisticky štíhlé, abnormálně vysoké a jejichž fotografie jsou navíc ještě často retušovány a „vylepšovány“. Cílem je předvedení bezchybného těla veřejnosti bez jakýchkoli nedostatků, neboť ty jsou nepřijatelné. Neustálé zaobírání se dietami, cvičením, vzhledem a vlastním tělem začíná být ženami považováno za normu a běžnou součástí představy o ženskosti (3, 1). A je nutné si

připomenout, že člověk podléhá tlakům a spoustě požadavků moderní společnosti již od ranného dětství a musí se s nimi učit postupně vyrovnávat (23).

1.2.2 Rodinné faktory

Rodiče pro své děti představují vzor, a to jak ve věcech pozitivních, tak i negativních. V souvislosti s poruchami příjmu potravy jsou uváděny rodinné charakteristiky jako nadváha, diety a jiné nevhodné stravovací návyky v rodině, ale také kritický komentář spojený obecně s jídlem, tělesným vzhledem, hmotností a kladení důrazu na sebekontrolu a nadměrné ambice. Nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, nedostatek péče a empatie či některé nedostatky rodičovské péče, i to jsou faktory, které se se vznikem poruch pojí (32, 2). Na významu nabývá i tendence rodičů vést dívku k preciznosti, maximálnímu nasazení a výkonu a dívka se jim snaží vyhovět a stát se tak „dokonalou“. Tyto dívky se ve škole řadí mezi premiantky, nezlobí, jsou čisté, upravené. Odměnou jsou jí pochvaly, na něž začíná být navyklá, a proto pro ni jakékoli pokárání představuje prohru, kterou těžce nese a získává dojem, že zklamala. Jako trest volí odřikání si různých potěšení, případně začne pochybovat o tom, že si vůbec zaslouží být na světě (8). Je také prokázáno, že se lze setkat s tímto onemocněním v rodinách, ve kterých matka v minulosti touto poruchou trpěla a dosud se soustředí na štíhlost, diety a zdravé stravování (33).

1.2.3 Biologické faktory

Ženské pohlaví je považováno za jeden z nevýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruchy příjmu potravy. Stačí být ženou a riziko vzniku mentální anorexie je desetkrát vyšší. Tradičně je důležitější ženské tělo a tělesné proporce mají v životě ženy odlišnou roli než v životě muže. Významné při vzniku poruch příjmu potravy jsou tělesné a psychické změny, které se nejdramatičtěji projevují v průběhu puberty a adolescence. Toto období představuje pro mnoho dívek hrozbu, neboť u nich dochází k rychlému přírůstku tuku, což není pro tuto etapu života nic neobvyklého. Hmotnost českých dívek v průměru přirozeně vzroste z BMI 16 na 19 v období mezi 8. a 16. rokem (17). Tak jak ženy v období dospívání přibývají na tělesném tuku, muži spíše na svalové hmotě. Ale obdobně jako u žen, tak i u dospívajících mužů můžeme pozorovat nadměrný zájem, který věnují tělesným proporcím, fyzickému vzhledu a výkonu, i když si většinou přejí zesílit.

1.2.4 Emocionální faktory

Při vzniku nemoci hrají svou roli také poruchy nálady a emocionální problémy. Především mentální bulimie je spojena s příznaky deprese a úzkosti. Vznik poruch je zvýšen negativním sebehodnocením, nedůvěrou ve vlastní pocity. A proto ve světě, jenž oceňuje vyhublou štíhlost, a v období dospívání, je lákavou cestou k posílení sebevědomí hubnutí a sebekontrola v jídle (16).

1.3 Zdravotní rizika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy vedou k řadě zdravotních komplikací a není tajemstvím, že některé případy končí smrtí. Nejobvyklejšími jsou komplikace kardiovaskulární a v důsledku výrazného hmotnostního úbytku je třeba zmínit osteoporózu. Mnohé zdravotní komplikace jsou pro mentální anorexii a bulimii společné. Chování, které může tyto komplikace způsobit, se vyskytuje u obou těchto poruch a mnoho pacientek s jednou z těchto poruch v minulosti trpělo poruchou druhou (17).

1.3.1 Zdravotní rizika mentální anorexie

Ze všech psychických poruch vede mentální anorexie nejčastěji ke smrti. Oproti zdravým vrstevníkům může být nebezpečí úmrtí až 18x vyšší. Až pro 90 % anorektických pacientů jsou typické srdeční obtíže, a to hlavně bradykardie a arytmie a hrozí srdeční selhání. Dále se vyskytují poruchy funkce ledvin, a to až u dvou třetin anorektiček. V důsledku nedostatku živin jsou poškozena játra, u nemocných též dochází k odvápnění kostí a tím zvýšení rizika fraktur. Nucení na močení je častější z důvodu slabého močového měchýře. Činnost pohlavního systému je snížena jak u mužů, tak žen a zájem o sex je oslaben. Jelikož je normální menstruace závislá na určitém podílu tuku v těle, který tvoří přibližně 20 % váhy ženy, trpí anorektické ženy nepravidelnou menstruací, což může být příčinou neplodnosti. Dochází také ke zpomalení funkce střev a tím k zácpě. Pozorovat můžeme nízký krevní tlak, pomalý pulz, chudokrevnost, hypoglykemii a omdlívání. Patrná je zvýšená hladina cholesterolu v krvi. Mění se krevní obraz a kostní dřeň, jejichž závažnost je spojena se stupněm vyhublosti. Pacientům hrozí podchlazení, jelikož jsou mnohem citlivější na chlad. Trpí zvýšenou kazivostí zubů, vypadáváním vlasů, pleť je suchá, zažloutlá a praská. Shledáváme i zvýšený růst ochlupení po celém těle. Projímadla a zvracení naruší vnitřní rovnováhu, s čímž souvisí křeče, které mohou nemocné i budit ze spaní. Komplikací je také celková únavnost, svalová slabost, nespavost a poruchy spánku. Obrannost

organismu je oslabena. To má za následek enormně zvýšenou náchylnost k četným nemocem, jelikož tělo už se nedokáže ubránit ani banálními infekcemi, které pak u anorektiků, na rozdíl od normálně živených jedinců, přetrvávají dlouhou dobu, v těžších formách a s častějším výskytem komplikací. Zvýšené působení žaludečních šťáv zapříčiní vznik žaludečních vředů, zmenšení žaludku vyvolává pocity nevolnosti. Někdy se objevují poruchy vědomí, dvojité vidění, bolest hlavy, závratě. U mladých dívek dochází ke zpomalení růstu a opoždění puberty. Rizika jsou spojena s nedostatečností a jednostranností výživy. Organismu proto chybí potřebné základní živiny, minerály a vitamíny.

Podvýživa je spojena nejen s problémy tělesnými, ale také psychickými. Zasažena je psychická pohoda nemocných, jejich osobní a společenský život. Neustálé přemýšlení o jídle a nedostatek energie zapříčiněný hladověním působí komplikace ve vztahu k rodině, blízkým, přátelům, ale také k práci či škole. Pocit uspokojení shledávají nemocní v tom, že se vyhnou jídlu, vydají energii a nepřibírají, případně ještě více zhubnou. Mnoho anorektiček se ovšem bojí toho, že selžou, trpí nejistotu, vlastní sebehodnocení je nízké. To může vést k depresím, pocitům beznaděje, viny a podráždění. Nálada se odvíjí od jejich hmotnosti a schopnosti sebekontroly. Ta se postupně přesouvá na další oblasti života jako přepečlivé rovnání svých věcí, nutkání uklízet, mýt nádobí. Podléhají úzkosti, nejistotě, drobné problémy vnímají jako neřešitelné. Myšlenky neustále zaměstnává jídlo a vše s ním spojené. Pacienti trpící anorexií ztrácejí schopnost koncentrace, snižuje se jejich pracovní tempo a intelektová výkonnost. Projevují se známky vztahovačnosti, egocentrismu (15, 23, 19).

1.3.2 Zdravotní rizika mentální bulimie

Následkem přejedení bývá nepříjemný pocit nadmutosti a plnosti. Častá je také plynatost, nevolnost, zácpa a průjem. Z důvodu nadměrné konzumace sladkostí a pečiva ve spojení s nevhodným jídelním režimem dochází k poklesu krevního cukru, tedy hypoglykémii. Další nepříjemností, která je způsobena zvracením, jsou otoky slinných žláz pod čelistí. Nebezpečnější je ovšem narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které tak představují nadměrnou zátěž pro srdce a ledviny. Velmi závažná je nepravidelnost srdečního tepu vyvolaná nízkou hladinou draslíku. To je spojeno také s křečemi, závratěmi a ztrátou vědomí (14).

Tím, že si bulimičky vyvolávají zvracení samy prstem nebo jinými úzkými předměty, hrozí z důvodu nešetrného zacházení poranění jícnu či krku. Takováto rána je vhodným místem pro infekci, hrozí ale také spolknutí předmětu nebo ruptura jícnu. Typická je eroze zubní skloviny způsobená žaludečními šťávami a podpořená častým čištěním zubů pacientky. Smrtelné nebezpečí představují léky užívané k umělé vyvolanému zvracení. Zvracení může vést až k naprostému fyzickému vyčerpání. Ohledně užívání projímadel a diuretik si bulimičky neuvědomují, že nemají vliv na tělesnou hmotnost, ale odvodňují a vyprazdňují střevo. Energie a živiny z jídla byly už tedy vstřebány. Na těchto případcích vzniká velmi často závislost a dochází k navyšování dávek, což způsobuje komplikace v oblastech tlustého střeva (13).

1.4 Způsoby léčby poruch příjmu potravy

Při terapii nelze využít jen jednu léčebnou metodu, navíc je potřebná aktivní spolupráce nemocného, který hlavně musí od základu změnit své stravovací návyky a vnímání vlastního těla (28).

Terapie poruch příjmu potravy by se měla soustředit na tři cíle, a sice na léčbu podvýživy a tělesných potíží zapříčiněných opakovaným zvracením, zneužíváním projímadel, dále na psychoterapii, která by pacientovi pomohla pochopit příčiny jeho nemoci a úlohy, kterou v jeho současném životě plní, a také na psychoterapii zaměřující se na změnu rizikových jídelních návyků či stylu života. Vhodné je zaměřit se na i na vztahy s nejbližšími, zážitky z dětství a rodinná pravidla, ve kterých nemocný vyrůstal (8). Jelikož se jedná o bio-psycho-sociální onemocnění, je nutný multidisciplinární terapeutický přístup zahrnující psychiatra, psychologa, internistu, pediatra, gynekologa, endokrinologa, jejichž úzká spolupráce je při zvládnutí nemoci nezbytná (27).

1.4.1 Hospitalizace

K tomuto způsobu léčby nemocných je nutné se uchýlit v případě potřeby jejich lékařské stabilizace. Nemocniční pobyt se zaměřuje jak na fyzické, tak na psychické problémy nemocných. K tomu, abychom nemocného přiměli k aktivní spolupráci, je zapotřebí velkého úsilí. O potřebě hospitalizace pomáhají rozhodovat body jako nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušování trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů; přerušování záchvatů přejídání, zvracení nebo zneužívání projímadel, jestliže se pojí se závažnými somatickými komplikacemi nebo pokud představují vážné ohrožení zdraví; zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných

zdravotních obtíží; léčení přidružených stavů (deprese, sebepoškozování, zneužívání psychoaktivních látek). V některých případech se užívá krátkodobá hospitalizace s cílem zdravotní stabilizace, zahrnující psychologické poradenství. Na tuto krátkodobou hospitalizaci navazuje ambulantní psychoterapie. Tento typ však není vhodný pro vyhublé pacienty trpící mentální anorexií, které je potřeba postupně realimentovat. Výhodnou formou léčby pro nemocné je denní stacionář či částečná hospitalizace, jež pacientům nebrání v terapeutické podpoře a úkolech mimo nemocnici, neboť v ní nezůstávají přes noc.

1.4.2 Ambulantní lékařská péče

Tato péče se týká pacientů chronických či nepoddajných, kteří po předchozím léčení dospěli do stavu, kdy další léčbu podstupovat nechtějí. Péče není zaměřená na překonání poruchy příjmu potravy, ale soustředí se na návrat pacienta do somaticky a psychicky stabilního stavu. Forma péče je individuální či skupinová, přičemž v druhém případě může mít pacient zisk z podpory skupiny a spoluúčasti podobně postižených, stejně tak ale skupina může u pacienta probudit novou snahu aktivně se zabývat symptomy poruchy příjmu potravy (17).

1.4.3 Kognitivně – behaviorální terapie

Tato metoda je užívána především při léčbě mentální bulimie a tvoří teoretické základy pro léčbu mentální anorexie. Doporučuje se těm pacientkám, pro něž není vhodná rodinná terapie vzhledem k věku a které trpí středně těžkými až vážnými příznaky. Terapie je založena především na vedení záznamů o zkonsumovaném jídle, o záchvatech přejídání, pročišťování a myšlenkách, jež vedou k tomuto chování. Dále na pravidelném vážení, začlenění těch jídel, kterým se nemocný vyhýbal a plánování jídel. Také je třeba změnit navyklé chybné smýšlení související s poruchami příjmu potravy a zavést prevenci relapsu. Účinnost terapie se projevila i u obézních trpících záchvaty přejídání a u pacientů se záchvatovitým přejídáním (17).

1.4.4 Rodinná terapie

Při terapii je nutná účast celé rodiny, to znamená jak rodičů, tak sourozenců. Týká se společného zpracování narušených vztahů v rodině, s cílem tyto vztahy pozitivně změnit a tím uchránit pacienta před útekem do chorobné závislosti. Jelikož se

terapii příbuzní velmi často brání, neboť se bojí obvinění za chorobnou závislost pacienta, je proto nutné, aby se terapeut zdržel kritiky či výčitek vůči rodinným příslušníkům. Hledání viníka by totiž vedlo k dalšímu zhoršování rodinných vztahů a tím i poruchy, jíž pacient trpí. Pozitivní rodinné prostředí je významné po ukončení léčby, neboť nemocného ochraňuje před recidivami (23). V České republice je zaváděn nový terapeutický přístup, a to vícerodinná terapie. Základní myšlenkou je vytvoření nového, neobvyklého prostředí terapeutické skupiny pro rodiny, jež umožňuje všem členům aktivní spoluúčast na léčbě nemocného. Tyto rodiny za sebou mají většinou četné zkušenosti s individuální terapií či nemocniční hospitalizací, kdy ovšem dochází pouze k okrajovému zapojení rodiny do léčby. Princip vícerodinné terapie spočívá v umocnění spolupráce celé rodiny pacienta integrací pozitiv skupinové terapie. Rodiny mají možnost porovnat vlastní vzorce chování se vzorci ostatních rodin, konfrontovat své názory s jinými rodiči, ale také přítomnými odborníky, a tím tak získat nové zkušenosti a poznatky. Pacienti mají možnost vzájemně hodnotit průběh a postup léčby a být motivováni úspěchem ostatních nemocných, kterým se daří uzdravit rychleji (36).

1.4.5 Farmakoterapie

Jen samotné podávání léků rozhodně není dostačující pro úplné vyléčení poruch příjmu potravy. Farmakoterapii lze vnímat jako prostředek, který nemocným pomůže zmírnit úzkost. K posílení organismu bývají užívány vitaminové doplňky, k prevenci osteoporózy hormony. V souhrnu lze říci, že farmakoterapie pomáhá odstranit somatické potíže způsobené poruchami příjmu potravy, dále psychické potíže jako deprese, reguluje příjem jídla a upravuje tělesnou hmotnost (14).

1.4.6 Svépomocné skupiny

Tato forma léčby nepředstavuje profesionální pomoc. Jde o skupinová setkání osob se stejnými problémy. Základními rysy jsou vzájemné poskytování podpory a motivace k dalším krokům léčby, sdílení společných témat, výměna zkušeností (4). Při vážnějších stupních poruchy je však nutné odborné ošetření, a proto bývá svépomocná léčba doporučována k doplnění terapie prováděné odborníkem a také pro doléčení, které zabraňuje recidivám (23).

1.5 Módní redukční diety a poruchy příjmu potravy

Módní redukční diety jsou jídelními postupy, které nejsou podloženy vědeckými poznatky o výživě (29).

Poruchy příjmu potravy ohrožují ženy bez ohledu na jejich společenské postavení, rasu i věk. Počátkem jejich problémů bývá v naprosté většině případů redukční dieta. Je doporučována lékaři, seženeme ji v lékárnách a alespoň tři čtvrtiny žen si ji vyzkoušely. Na základě většiny studií bylo zatím prokázáno, že redukční diety zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy asi osmkrát. Během jednoho až dvou let přechází v průměru 30 % redukčních diet v tzv. patologickou dietu. V případě 20 až 30 % patologických dietářek je později rozvinut plný nebo částečný syndrom poruchy příjmu potravy. V jedné studii bylo tisíc londýnských středoškolaček rozděleno na ty, které dietu držely, a na ty, které dietu nedržely. Opět vyšetřeny byly po roce: 21 % držících před rokem dietu, mělo výrazně narušené jídelní chování, kdežto druhá skupina měla podobné problémy jen ve 3 %. Situace už se posunula tak daleko, že držení redukčních diet převažuje mezi dívkami a mladými ženami nad normálním chováním, tzn. nad jídlem bez hubnutí a bez strachu z tloušťky. Ve 13 letech má osobní zkušenost s dietami 80 % dívek a 10 % chlapců v USA a Kanadě. V České republice se podle zkušenosti odborníků kolem 60 % děvčat o držení redukční diety už někdy pokoušelo a asi 20 % šestnáctiletých děvčat ji drží (16).

Zaměňování módní redukční diety za normální jídelní režim je patrné u mnoha dívek a žen. Jejich postoje a demonstrované chování pak společně vytváří standard, jež posiluje dietní postoje a chování u ostatních, i když není dlouhodobě udržitelný. Mezi nemocnými s poruchami příjmu potravy přibývá těch, které oprávněně pociťují, že jejich jídelní chování není příliš odlišné od jídelního chování ostatních a těch, které v rámci léčby musí jíst nápadně více než jejich vrstevnice. Na druhé straně se ale redukční diety zapisují do podvědomí veřejnosti jako negativní a přiznat se k redukční dietě začíná být mezi vzdělanými ženami v západní Evropě a USA považováno za nemoderní. Příčinou takto se měnících postojů jsou nejspíše informace týkající se nebezpečnosti a dlouhodobé neúčinnosti diet, spornosti některých zjištění ohledně nebezpečí nadváhy a rostoucího rizika poruch příjmu potravy. Tím se tedy může snižovat nebezpečí rozvoje poruch příjmu potravy, ale na druhou stranu přibývá dietářů a anorektických nebo bulimických pacientů, kteří popisují své nevhodné jídelní návyky jako zdravou, racionální výživu a nepřipouštějí, že chtějí zhubnout. Tím obtížnější se pak stává změna jejich návyků (18).

Módní redukční diety jsou hlavním příznakem mentální anorexie, a také zásadním činitelem přispívajícím k rozvoji mentální bulimie a přejídání vůbec. U spousty lidí se však lze setkat s domněnkou, že se jedná pouze o reakci na přejedení. Hlad a pozornost věnovaná jídlu roste spolu s dietou a možnosti kontroly v jídle jsou oslabeny (19).

Nevhodná redukční dieta představuje nebezpečí jak pro rozvoj poruch příjmu potravy, tak pro rozvoj nadváhy. Hlad a přehnané omezování se v jídle bývají nejčastějším důvodem přejídání, po jednostranných redukčních dietách se tloušťka nejvíce (26).

1.6 Obezita a poruchy příjmu potravy

Obezita je onemocnění, které nejčastěji vzniká jako následek dlouhodobé převahy příjmu energie oproti jejímu výdeji (11).

Obezitou se rozumí nadměrné ukládání tělesného tuku, což je obvykle doprovázeno vzestupem hmotnosti nad tzv. normální váhu. Za fyziologický je u žen považován podíl tuku v organismu 18 – 30 %, v případě mužů 10 – 25 % celkové hmotnosti. O obezitě hovoříme po přesazení podílu tuku u mužů 25 % a u žen 30 % tělesné váhy (26).

Obezí jsou považováni za líné, hloupé, nešikovné a smutné osoby, a to nejen ze strany dětí, ale také některých lékařů a učitelů. Tyto předsudky pak u osob s nadváhou mohou zapříčinit odpor vůči sobě samým a stát se zdrojem úzkosti a nejistoty u těch, kteří začnou přibírat či se toho jen obávají. Skandalizace obezity představuje jednu z mnoha příčin vyvolávajících strach z tloušťky (19). Spousta lidí se „díky“ obavám z tloušťky nikdy nenaučí zdravě, přiměřeně jíst a žít (26).

Regulace hmotnosti, obezita a poruchy příjmu potravy se v mnohém navzájem prolínají a podmiňují. Obezita má významné postavení v etiologii poruch příjmu potravy a diety spolu s přejídáním při rozvoji obezity. Jak pro poruchy příjmu potravy, tak pro obezitu je typické zkreslené vnímání a prožívání příjmu potravy a těla, dále nevhodné jídelní zvyklosti a nepřiměřená kontrola hmotnosti (25). Obezita je nemoc vyznačující se rysy somatickými i psychickými, která způsobuje řadu komplikací a výrazně ovlivňuje délku života (35).

Avšak nadváha a obezita se stala doménou somatické medicíny, poruchy příjmu potravy zase psychiatrie, psychologie a sociologie. Ale i přes zdánlivou srozumitelnost tohoto rozčlenění lze shledat negativní důsledky, neboť brání pochopit logiku obou

problémů, zjednodušuje je a lpí na některých příznacích (somatických v případě obezity a psychických nebo rodinných charakteristikách v případě poruch příjmu potravy), které dostatečně neodráží heterogenost ohrožené populace a nutnost odlišit přístup k zásahu. Pak se proto setkáváme s předsudky typu, že i mírná nadváha je zdravotně nebezpečná nebo že vznik poruch příjmu potravy je nutně spojen s psychickým traumatem nebo příznačnou rodinnou strukturou. A toto se samozřejmě mnohdy odráží i do terapeutických přístupů.

Ve vztahu poruch příjmu potravy a obezity je zmiňován především společný výskyt záchvatovitého přejídání, bulimie a obezity. Často se lze setkat se záchvatovitým přejídáním u obézních podstupujících redukční program, což poukazuje na souvislost mezi dietami a záchvatovitým přejídáním a jejichž střídání je možné pozorovat u léčených pro nadváhu i po skončení léčby.

Opodstatněně se jevící postoje a chování obézních (strach z nadváhy, nadměrný zájem o tělesný vzhled a příjem potravy a různé způsoby kontroly hmotnosti) nabývají chorobného charakteru ve spojení s jejich klesající hmotností a lze shledat, že mnoho obézních trpí shodnými psychickými a somatickými problémy jako osoby s poruchou příjmu potravy. U obézních osob držících redukční dietu se vyskytuje zvýšený zájem o jídlo a ubývá zájmu o jiné oblasti života, stejně jako u jiných hladovějících, a navíc své tělo pocítují jako handicap. Opakovaná či chronická dieta může jedince vést k poruchám příjmu potravy, včetně bulimie.

Nemocné s poruchami příjmu potravy a obézní spojují také osobní ambice a reakce v oblasti příjmu potravy. Příkladem jsou osoby trpící bulimií, jejichž očekávání je nevhodně ambiciózní a které jsou ve svých reakcích stejně kategorické jako obézní osoby snažící se zhubnout. Situaci, kdy překročí naplánovanou velikost porce, vnímají jako selhání a to, že nejsou schopny se kontrolovat. Tím je posílen pocit ztráty kontroly nad jídlem příznačný pro přejídání, a když už se přejedly jednou, nemusí se pak v jídle hlídat.

Anorektičky a bulimičky uvádějí obezitu jako důvod, proč nemohou přibírat, ač jsou vyhublé a obézní argumentují nadměrným přejídáním v případě, že nechtějí zvýšit velikost porcí či svůj energetický příjem **(25)**.

Vznik obezity může být způsoben již v dětském věku, a to nevhodným stravováním **(11)**.

Chování dětí v oblasti výživy je zásadně ovlivněno stravovacími návyky, které panují v rodině. Jelikož jde často o nesprávné stravovací zvyklosti a styl života celé rodiny, je žádoucí komplexní změna návyků v rodině (12).

Obezita vyskytující se v dětství a v rodině (stejně tak přítomnost diet) je považována za důležitý rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy, a to především v případě bulimie. Riziko vzniku těchto poruch je přičítáno také obezitě ve společnosti a obezitofobnímu postoji veřejnosti a vrstevníků nemocných, dále zvyšujícímu se výskytu obezity a mediální odezvě. Média pak rozhodují co je v oblasti výživy zdravé, vhodné a dobré, dietní a potravinářský průmysl využívá ve svůj prospěch rostoucí nebezpečí obezity a strach z nadváhy, čímž vytváří dojem, že vyhublost se pojí se zdravím a vede tak k nevhodným jídelním návykům (25).

Z hlediska prevence obezity je proto nutné se zaměřit na individuální výchovu ke správnému stravování, dostatečnému pohybu a také na změnu sociokulturních podmínek. Nevhodně prováděná prevence však může mít i negativní dopad, v podobě již zmiňovaného nebezpečí vzniku poruch příjmu potravy, a to především u dívek a žen (6).

1.7 BMI

Mnoho dívek vlastně neví, jaká by měla být jejich hmotnost a považuje diety za normální jídelní režim. Na druhé straně existuje mnoho žen a mužů trpících obezitou. Je třeba mít na paměti, že stejné nebezpečí jako obezita přináší i výraznější vyhublost. Tzv. normální tělesnou hmotnost, jež je nejvhodnější pro jedince určitého věku a pohlaví, lze zjistit na základě výpočtu body mass index – BMI, tedy indexu tělesné hmoty. Jedná se o podíl tělesné váhy v kilogramech a druhé mocniny výšky v metrech (26). Ideální hodnoty BMI se pohybují v rozmezí 18,5 – 24,99. Rozpětí 25 – 29,99 vypovídá o nadváze. Hodnoty vyšší než 30 hovoří o obezitě, pro obezitu I. stupně platí BMI 30 – 34,99, pro obezitu II. stupně 35 - 39,99 a pro obezitu III. stupně hodnoty nad 40. BMI nižší než 18,5 je spojen s podváhou, rozmezí 17 – 18,49 značí mírnou podváhu, 16 – 16,99 středně těžkou podváhu a hodnoty pod 16 těžkou podváhu (37). BMI 17, 5 a nižší je kritériem pro mentální anorexii (17).

1.8 Prevence poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy omezují a znehodnocují život u nás stále většímu počtu mladých lidí. Často je nezbytná odborná terapie, avšak ta bývá zdlouhavá a s nejistým

výsledkem. Nejlepší a nejjistější léčbu proto představuje ta, která vůbec proběhnout nemusí. Z toho důvodu by se mělo těmto poruchám předcházet.

1.8.1 Prevence a rodina

Pro úspěšné předcházení těmto poruchám je podstatný zdravý postoj k jídlu a vlastnímu tělu (20). Je proto nesmírně důležité, aby rodiče svým dětem vštíplili, že je naprosto běžné a normální jíst několikrát denně, konzumovat vhodné potraviny, nepřejídat se a nedržet diety. Potřebné je i společné stolování celé rodiny, aby děti pochopily, že stravování je spojeno s určitou formou kultury. Přejímání nesprávných a nezdravých jídelních návyků představuje nebezpečí, jež může vyústit v poruchy příjmu potravy. Stravování v rodině ovlivňuje to, jak si dítě zařadí jídlo do systému svých hodnot. Proto by jeho funkce neměla být ani přeceňována, ani podceňována (9).

1.8.2 Prevence a škola

Na prevenci by se bezpochyby měla podílet i škola, a to v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu, neboť vhodným výchovným působením je možné poruchám příjmu potravy předcházet. Žákům by proto měly být poskytnuty dostatečné informace o výskytu, příčinách a důsledcích těchto poruch. Dále by měli být vedeni ke zdravým stravovacím návykům, důležitá je také podpora pozitivního sociálního klima ve školách, vytváření podmínek pro mentální a osobnostní rozvoj žáka a posilování sebedůvěry s cílem omezit projevy sebedestruktivního chování (19).

1.8.3 Prevence a média

Mocné informační médium představuje televize, kde ovšem zprávy o poruchách příjmu potravy můžeme zachytit jen výjimečně, většinou ve spojení se známou osobností či v rámci ojedinělé kampaně. Obdobně je to i s časopisy, kde zmínka o těchto poruchách často stojí hned vedle článku o hubnutí a dietách. Je očividné, že takovéto informace nejsou dostačující. Poruchy jsou prezentovány jako senzace, exkluzivní problém úspěšných, a tak jen chabě sekundují dietnímu nátlaku. Dalším médiem, které má nesmírný vliv, je bezesporu internet. Ten představuje možnost pro odborníky, kteří mohou poskytovat kvalitní informace prostřednictvím článků, videí, testů či diskuzí a to těm, kteří je hledají. Na druhou stranu jsou zde také uveřejňovány nekvalifikované informace a vznikají proanorektické stránky těch, kteří si ze svého problému udělali životní styl, a tak radí, jak nejlépe hubnout a stát se anorektičkou.

Média tedy mohou být v souvislosti s prevencí dobrým spojencem, ale zároveň nepřítelem (20).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce bylo zjišťování informovanosti studentů středních škol v Milevsku o poruchách příjmu potravy a následné porovnání získaných výsledků mezi těmito školami, dále monitorování jejich zkušeností s redukčními dietami a jejich znalostí o optimální hodnotě BMI.

2.2 Hypotézy

1. Informovanost studentek gymnázia je vyšší než studentek Střední integrované školy.
2. Studenti, kteří experimentovali s módními redukčními dietami, budou mít nižší BMI než studenti, kteří zkušenosti s dodržováním těchto diet nemají.
3. Informace o poruchách příjmu potravy a módních redukčních dietách získávají studenti z mediálních zdrojů častěji než od odborných lékařů.

3. METODIKA

3.1 Způsob řešení problému

Pro získání údajů jsem provedla kvantitativní výzkum na dvou souborech formou anonymních dotazníků rozdaných studentům středních škol. Dotazník obsahoval 27 otázek, pomocí nichž jsem zjišťovala úroveň informovanosti studentů ohledně poruch příjmu potravy, dále jejich zkušenosti s redukčními dietami a znalosti o optimální hodnotě BMI. Na každé škole jsem rozdala 100 dotazníků, celkem tedy 200, jejichž návratnost byla 100%. Jednotlivé otázky z dotazníku jsem zpracovala do grafů a výsledky uvedla v procentech.

3.2 Zkoumaný soubor

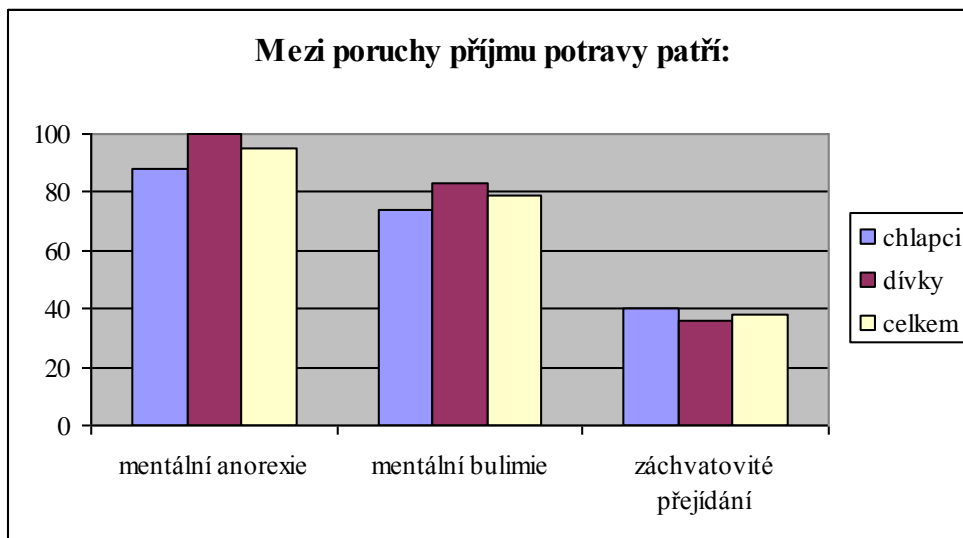
Zkoumaný soubor tvořilo 200 studentů z milevských středních škol ve věku 15 až 22 let. 100 dotazovaných studentů (58 dívek a 42 chlapců) bylo z Gymnázia Milevsko a 100 (51 dívek a 49 chlapců) ze Střední integrované školy Milevsko (SIŠ).

Věkové zastoupení studentů Gymnázia Milevsko bylo: 15 let – 7 studentů, 16 let – 16 studentů, 17 let – 19 studentů, 18 let – 38 studentů, 19 let – 19 studentů, 22 let – 1 student.

Věkové zastoupení studentů Střední integrované školy Milevsko (SIŠ) bylo: 15 let – 2 studenti, 16 let – 13 studentů, 17 let – 23 studentů, 18 let – 35 studentů, 19 let – 23 studentů, 20 let – 3 studenti, 22 let – 1 student.

4. VYHODNOCENÍ

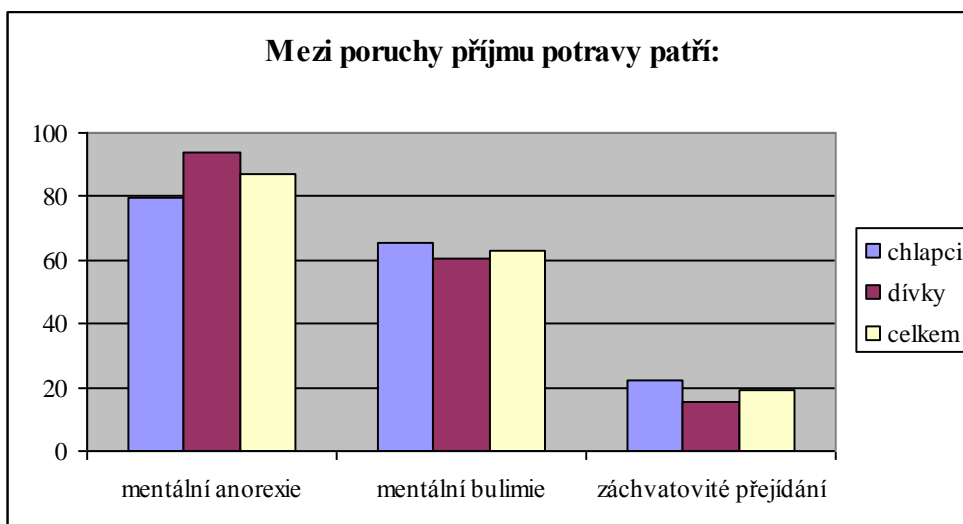
Graf 1: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Odpověď A) byla volena nejčastěji (88,1 % chlapců a 100 % dívek). Odpověď B) vybralo 73,8 % chlapců a 82,8 % dívek a odpověď C) zvolilo 40,5 % chlapců a 36,2 % dívek. Ze všech dotazovaných studentů gymnázia zvolilo možnost A) 95 %, B) 79 % a C) 38 % studentů.

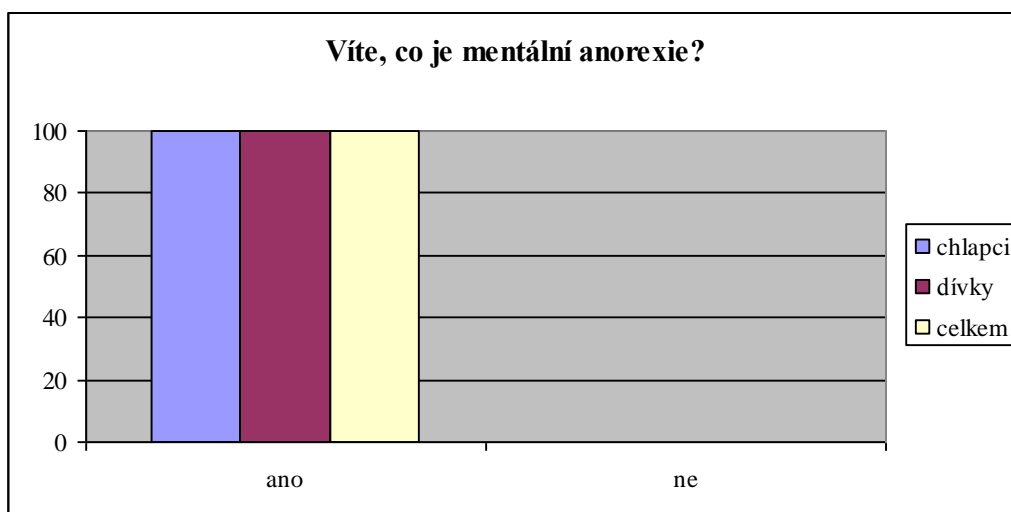
Graf 1: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastěji studenti volili odpověď A) mentální anorexie, a to 79,6 % chlapců a 94,1 % dívek. Odpověď B) vybralo 65,3 % chlapců a 60,8 % dívek. Nejméně byla volena možnost C) záchvatovité přejídání (22,5 % chlapců a 15,7 % dívek). Z celkového počtu studentů Střední integrované školy vybralo odpověď A) 87 %, B) 63 % a C) 19 % studentů.

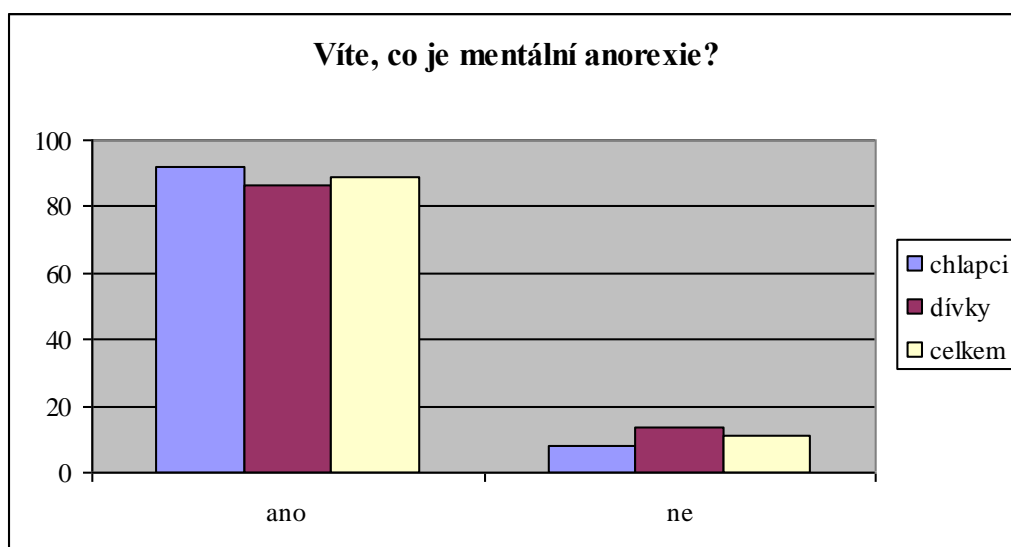
Graf 2: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo celých 100 % chlapců a 100 % dívek shodně za A) ano. Celkově tuto možnost tedy zvolilo 100 % dotazovaných studentů gymnázia.

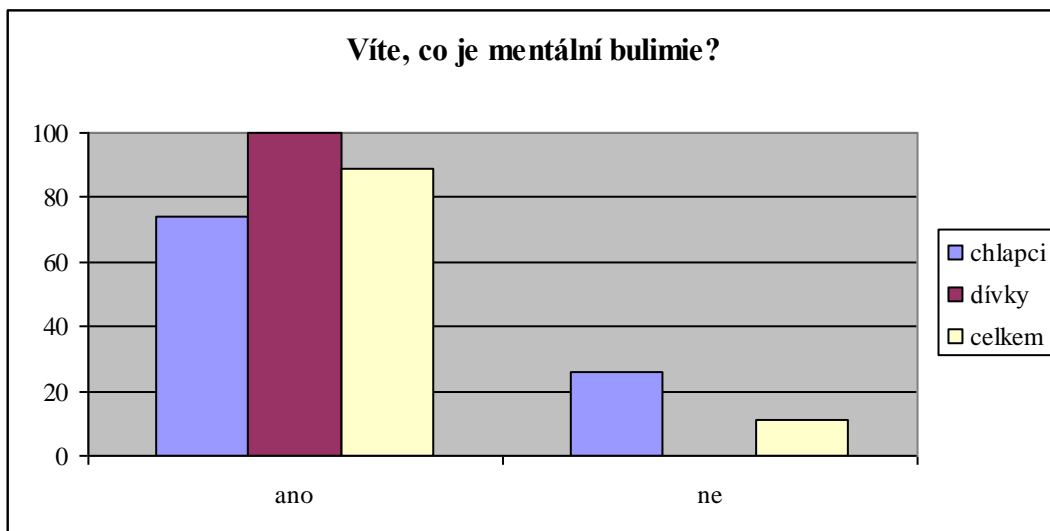
Graf 2: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

91,8 % chlapců označilo odpověď A), možnost ne jich označilo 8,2 %. Z dívek zvolilo odpověď ano 86,3 %, odpověď ne 13,7 %. Ze všech dotazovaných ztrhlo odpověď ano 89 % studentů, odpověď ne pak 11 % studentů.

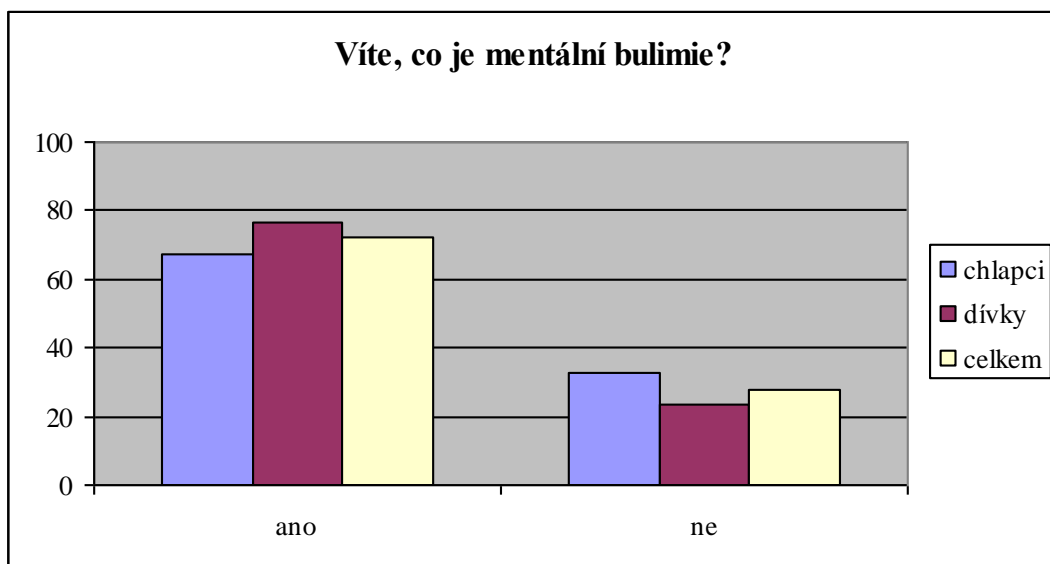
Graf 3: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Studenti odpovídali, zda ví, co je mentální bulimie. Kladně odpovědělo 73,8 % chlapců a plných 100 % dívek gymnázia. Co je mentální bulimie nevědělo 26,2 % z dotazovaných chlapců. Odpověď A) volilo 89 % ze všech dotazovaných studentů gymnázia a odpověď B) 11 %.

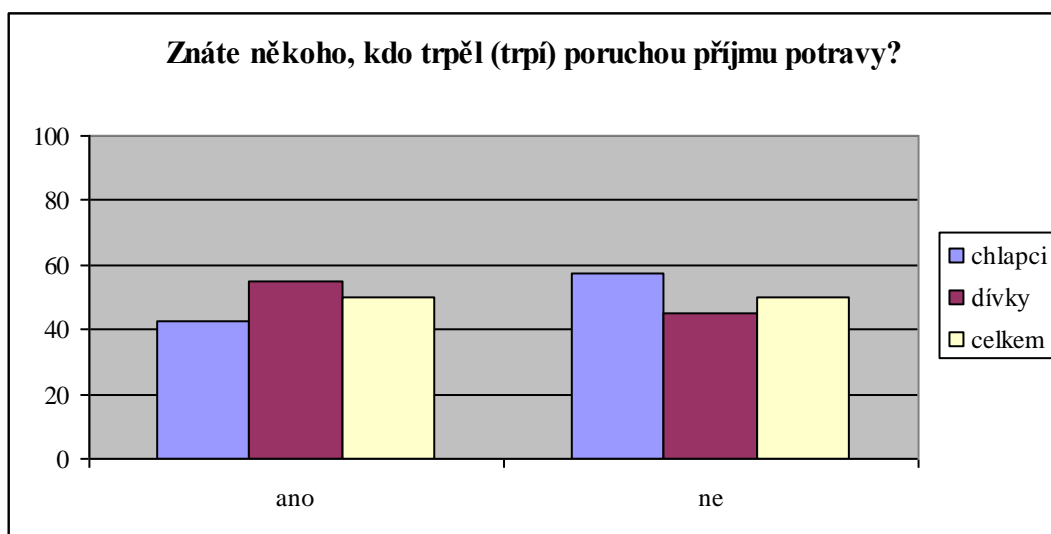
Graf 3: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku odpovědělo ano 67,4 % chlapců a 76,5 % dívek ze Střední integrované školy. Odpověď ne zvolilo 32,7 % chlapců a 23,5 % dívek. Odpověď A) zahrlo celkem 72 % studentů, odpověď B) 28 % studentů.

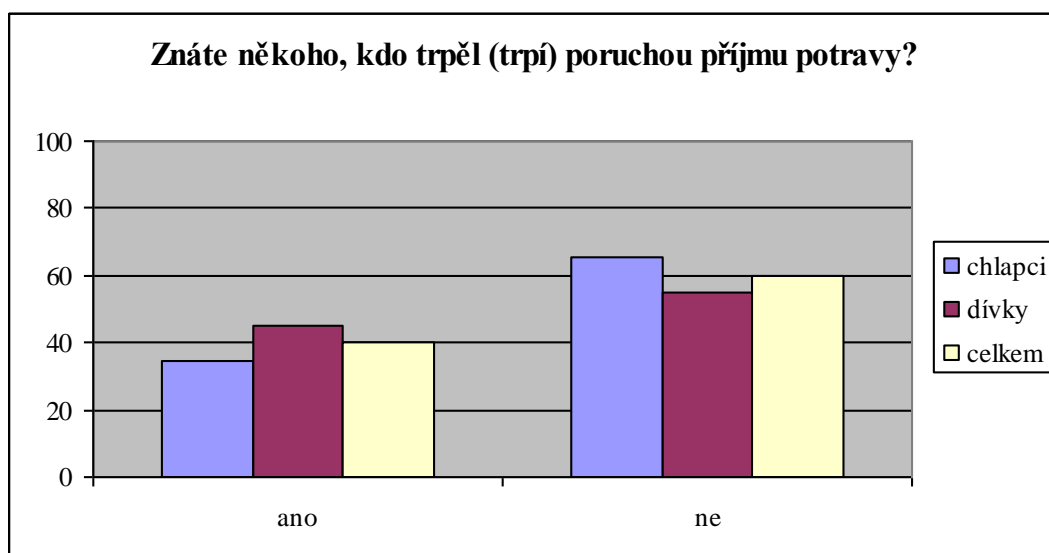
Graf 4: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Chlapci gymnázia na otázku, zda znají někoho, kdo trpěl či trpí poruchou příjmu potravy, odpověděli ano ve 42,9 %, dívky zvolily tuto odpověď v 55,2 %. Záporně odpovědělo 57,1 % chlapců a 44,8 % dívek. Možnost A) označilo 50 % všech studentů, možnost B) taktéž.

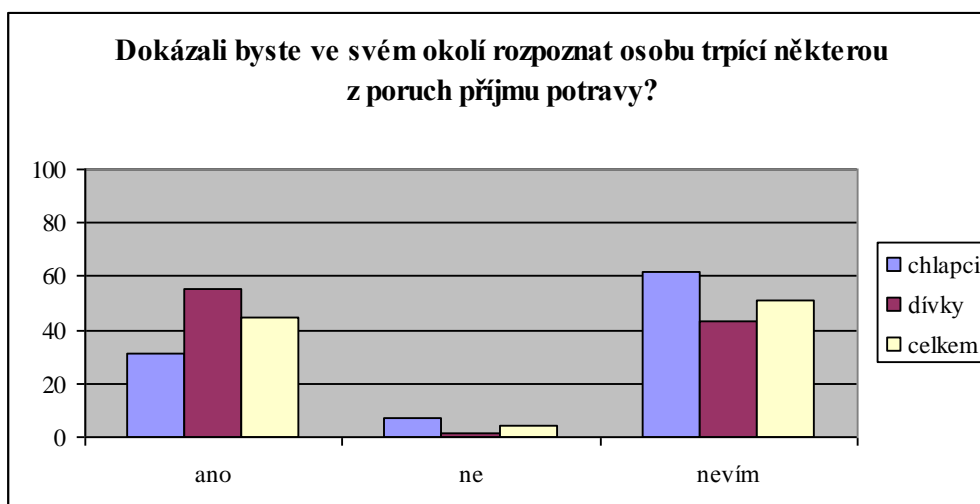
Graf 4: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Ze Střední integrované školy kladně odpovědělo na tuto otázku 34,7 % chlapců a 45,1 % dívek. Možnost B) označilo 65,3 % chlapců a 54,9 % dívek. Ze všech studentů odpověď ano volilo 40 %, odpověď ne 60 % studentů.

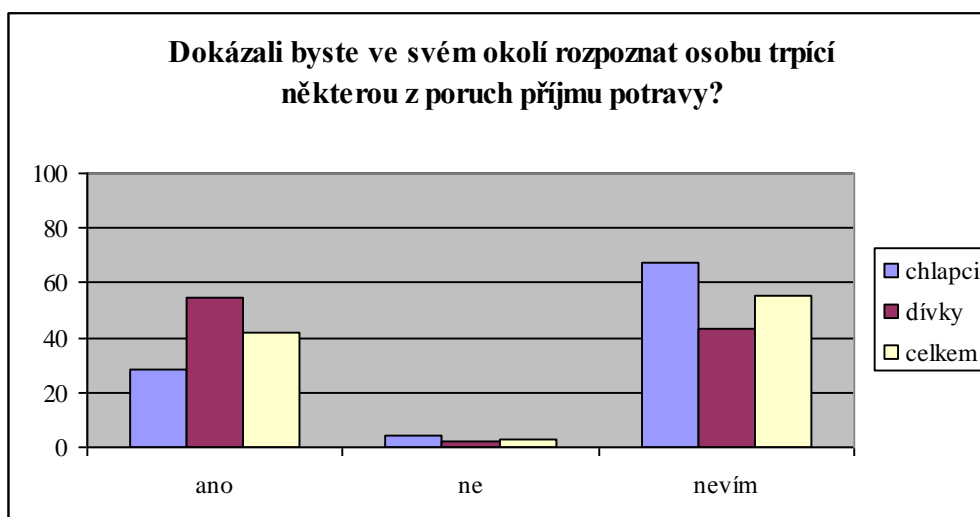
Graf 5: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Chlapci zatrhlí odpověď A) v 31 %, dívky v 55,2 %. Možnost B), tedy ne, zvolilo 7,1 % chlapců a 1,7 % dívek. Odpověď C) nevím se vyskytovala u chlapců nejčastěji, a to v 62 %, u dívek ve 43 %. Z celkového počtu dotazovaných kladně odpovědělo 45 % studentů, záporně pouze 4 % studentů a nejčastější byla odpověď C) nevím, kterou vybralo 51 % studentů.

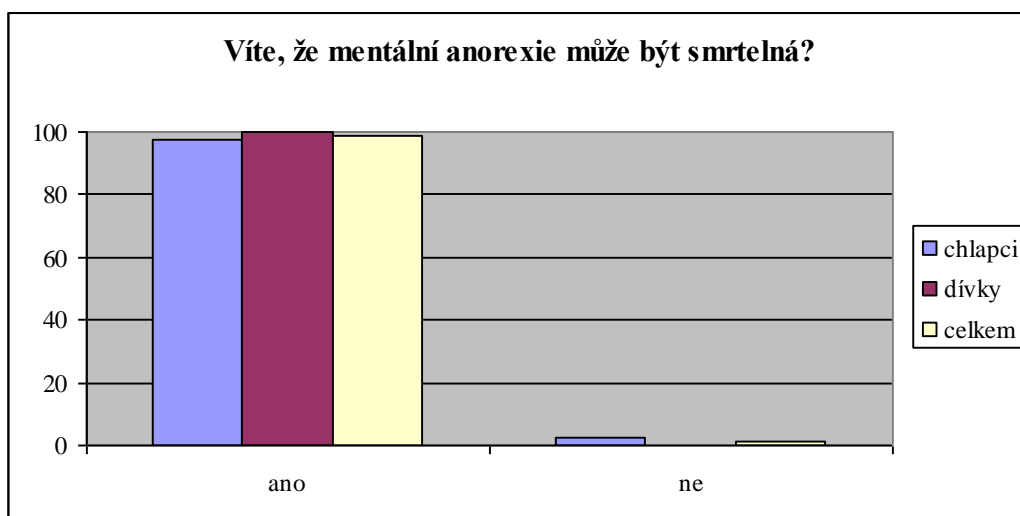
Graf 5: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Odpověď A) ano vybralo 28,6 % chlapců a 55 % dívek. Možnost B) ne volilo pouze 4,1 % chlapců a jen 2 % dívek. Odpověď C) nevím převládala u chlapců (67,4 %), dívky takto odpověděly ve 43,1 %. Celkově možnost za A) vybralo 42 % studentů, za B) jen 3 % a za C) 55 % studentů.

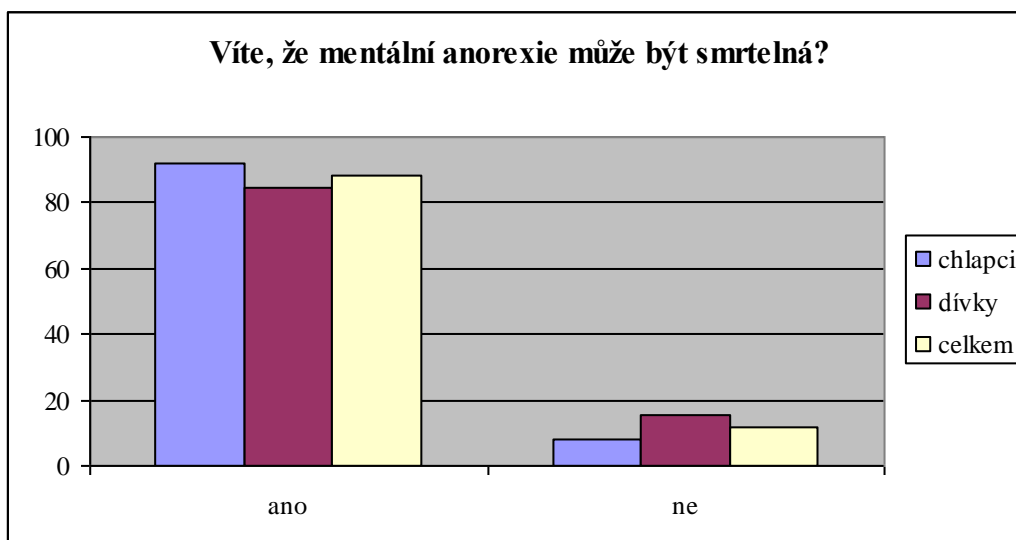
Graf 6: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Že mentální anorexie může být smrtelná, vědělo 97,6 % chlapců a naprosto všechny dívky gymnázia, tedy 100 %. Odpověď B) ne zvolilo 2,4 % chlapců, dívek 0 %. Celkově odpovědělo kladně 99 % studentů a záporně pouze 1 % studentů gymnázia.

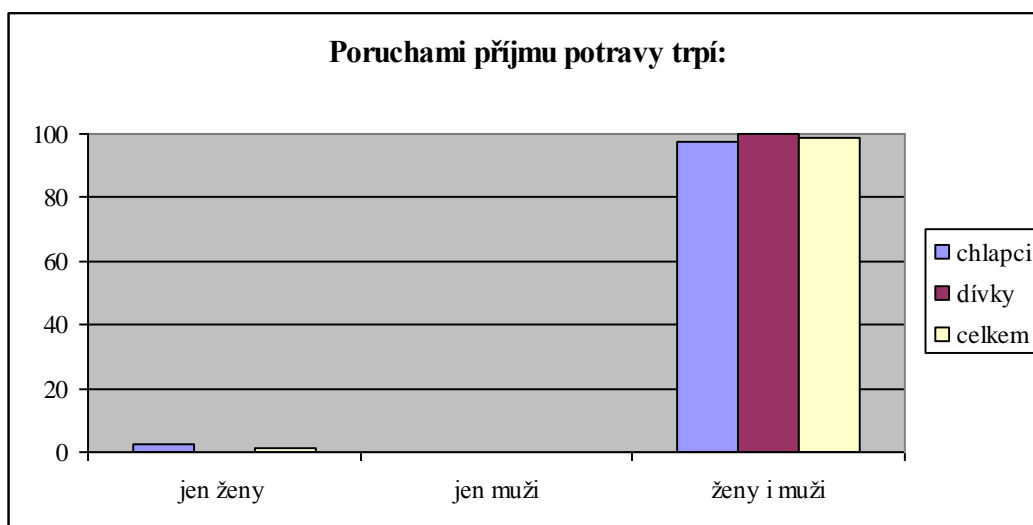
Graf 6: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Na Střední integrované škole volili odpověď A) ano častěji chlapci (91,8 %) než dívky (84,3 %). Možnost B) vybralo 8,2 % chlapců a 15,7 % dívek. Z celkového počtu studentů jich 88 % vědělo, že mentální anorexie může být smrtelná a 12 % toto nevědělo.

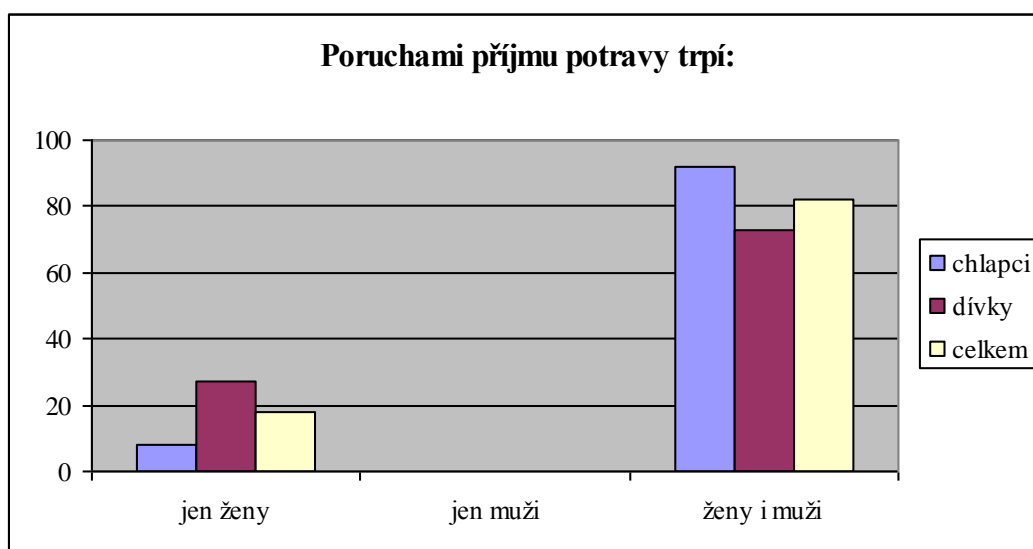
Graf 7: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Že poruchami příjmu potravy trpí jen ženy si myslí pouze 2,4 % chlapců, dívky tuto možnost nevybraly ani jednou. Odpověď B) ne zvolil vůbec nikdo. Správná odpověď za C) se vyskytovala nejčastěji, a to u 97,6 % chlapců a 100 % dívek. Celkově možnost A) volilo 1 % studentů, možnost B) 0 % a možnost C) 99 % studentů.

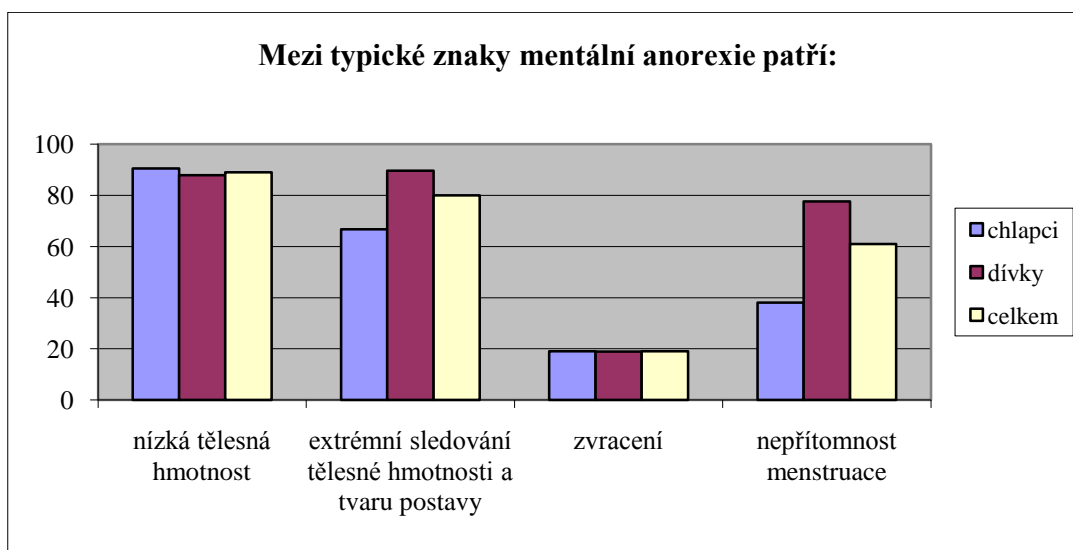
Graf 7: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Zde odpověď A) vybralo 8,2 % chlapců a 27,4 % dívek, odpověď B) ne zvolil nikdo a správnou odpověď C) vybralo 91,8 % chlapců a 72,6 % dívek. Možnost A) byla celkově vybrána 18 % studentů, možnost B) 0 % studentů a možnost C) 82 % studentů.

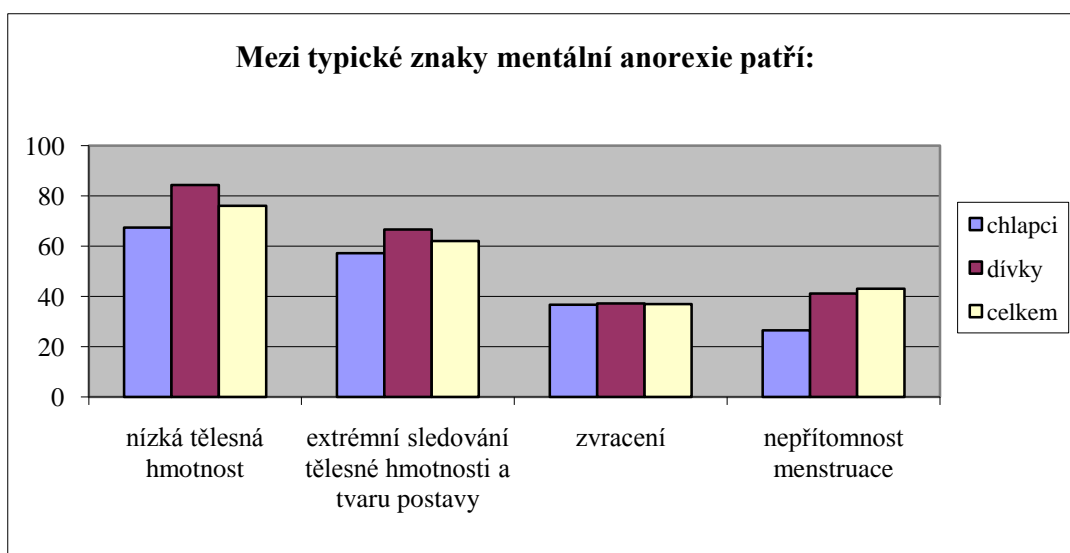
Graf 8: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Správné byly možnosti A) (90,5 % chlapců a 87,9 % dívek), B) (66,7 % chlapců, 89,7 % dívek) a D) (38,1 % chlapců, 77,6 % dívek). Chybnou odpověď C) vybralo 19,1 % chlapců a 19 % dívek. Celkově studenti nejčastěji volili možnost A) (89 %), dále B) (80 %), potom D) (61 %) a nejméně možnost C) (19 %).

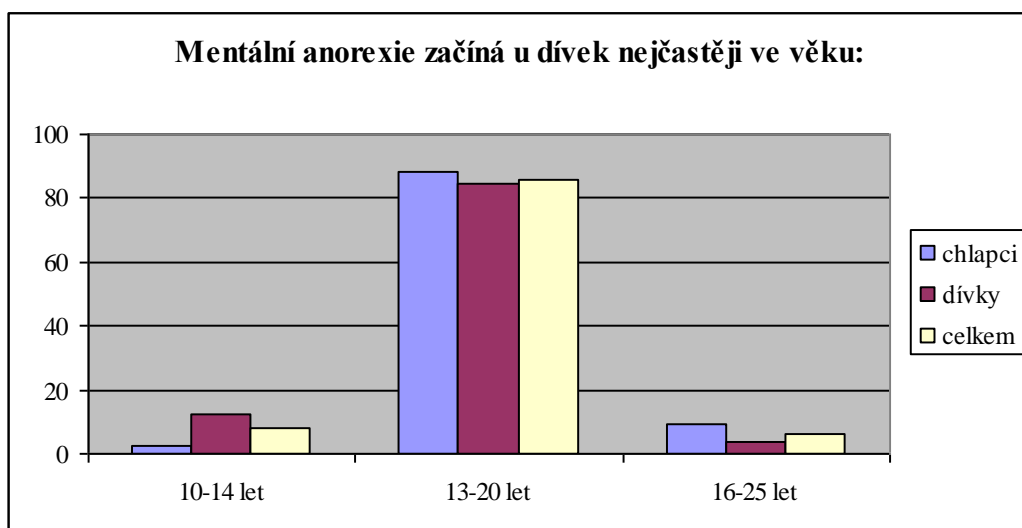
Graf 8: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Možnost A) vybralo 67,4 % chlapců, 84,3 % dívek a celkově 76 % studentů. Možnost B) zahrlo 57,1 % chlapců, 66,7 % dívek a celkově 62 % studentů. Odpověď C) označilo 36,7 % chlapců, 37,3 % dívek a ze všech dotazovaných studentů 37 %. Odpověď D) vybralo 26,5 % chlapců, 41,2 % dívek a celkově 43 % ze všech dotazovaných.

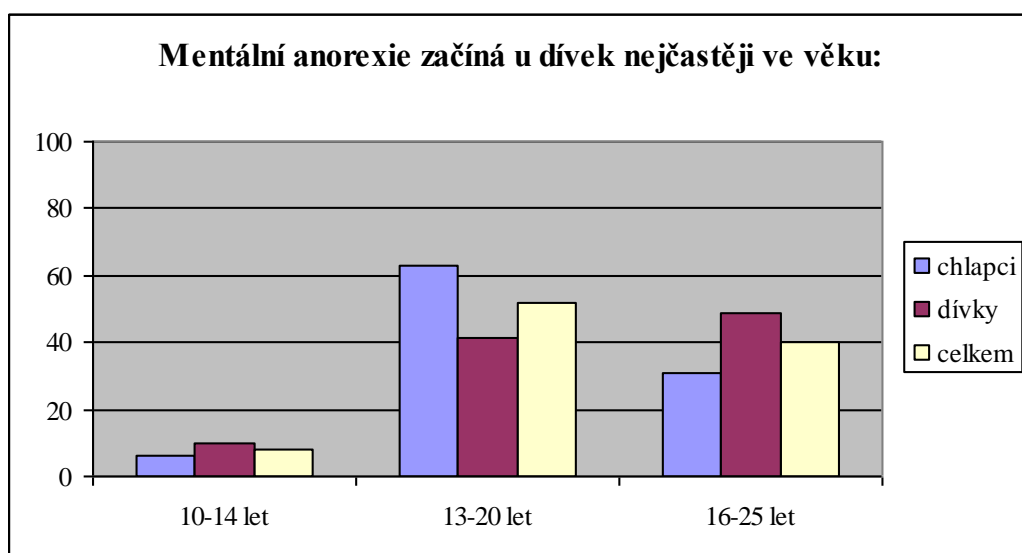
Graf 9: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

2,4 % chlapců a 12,1 % dívek označilo možnost A). Správnou odpověď B) volili chlapci (88,1 %) i dívky (84,5 %) nejčastěji. 9,5 % chlapců a 3,5 % dívek nesprávně označilo možnost C). Ze všech studentů jich 86 % odpovědělo správně za B), 8 % volilo možnost A) a 6 % C).

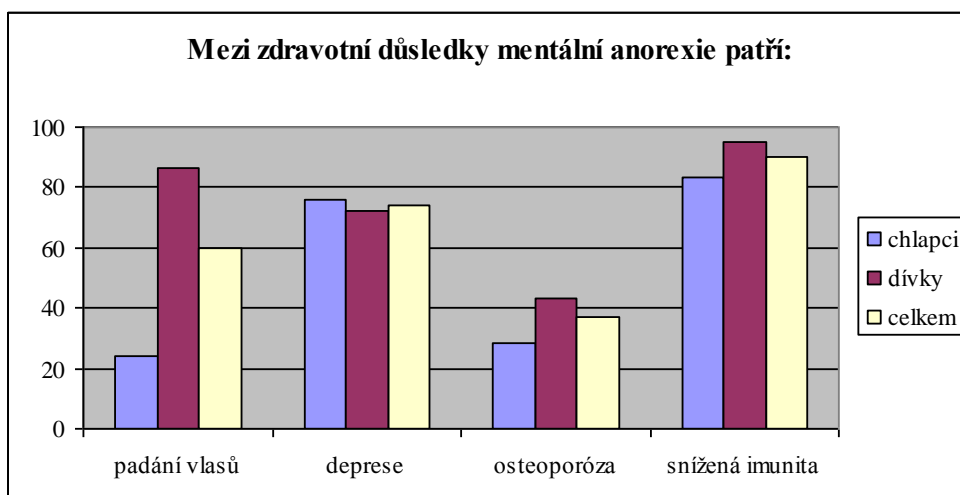
Graf 9: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Správně za B) odpovědělo 63,3 % chlapců a 41,2 % dívek. Možnost A) označilo 6,1 % chlapců, 9,8 % dívek a možnost C) zvolilo 30,6 % chlapců a 49 % dívek. Ze všech dotazovaných studentů Střední integrované školy označilo správnou odpověď B) 52 % studentů. Odpověď A) vybralo 8 % a odpověď C) 40 % studentů.

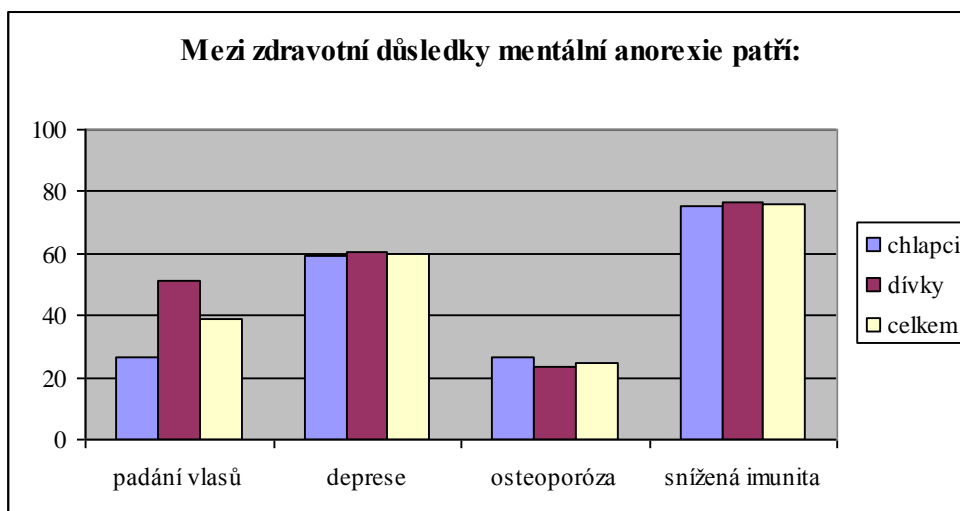
Graf 10: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Všechny uvedené možnosti byly správné. Odpověď A) vybralo 23,8 % chlapců a 86,2 % dívek. Depresi označilo 76,2 % chlapců a 72,4 % dívek. Osteoporózu volilo 28,6 % chlapců, 43,1 % dívek a možnost D) 83,3 % chlapců a 94,8 % dívek. Ze všech studentů označilo odpověď A) 60 %, B) 74 %, C) 37 % studentů a nejvíce volili studenti možnost D) (90 %).

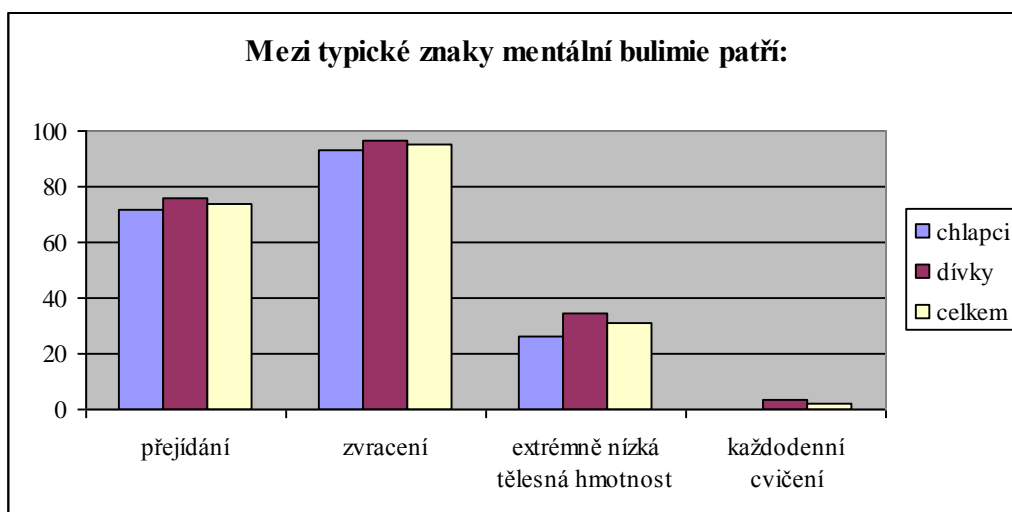
Graf 10: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Jako zdravotní důsledek MA označilo padání vlasů 26,5 % chlapců a 51 % dívek. Depresi zvolilo 59,2 % chlapců, 60,8 % dívek. Osteoporózu označilo 26,5 % chlapců a 23,5 % dívek a sníženou imunitu 75,5 % chlapců a 76,5 % dívek. Ze všech dotazovaných zvolilo možnost A) 39 %, možnost B) 60 %, možnost C) 25 % a možnost D) 76 % studentů.

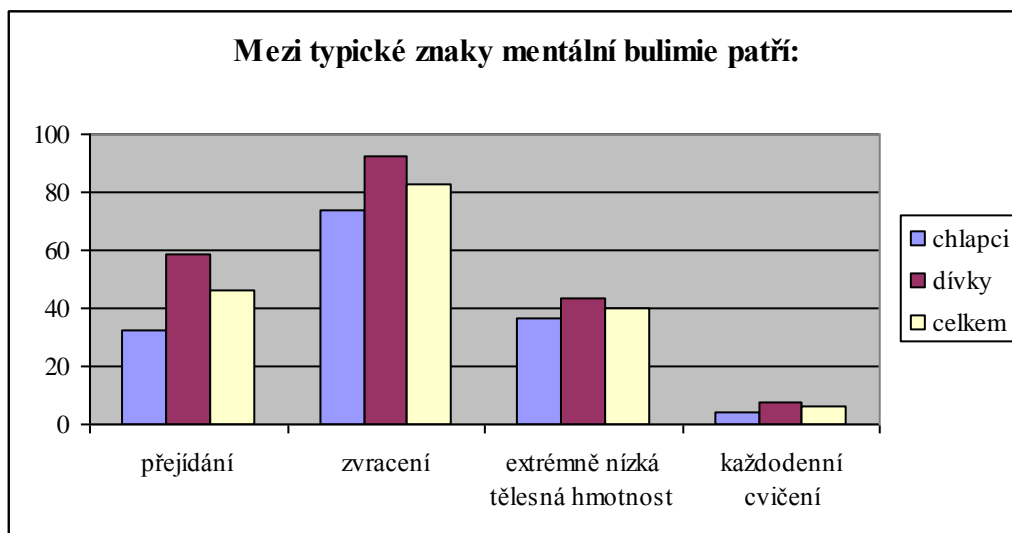
Graf 11: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Správnou odpovědí byla možnost A) přejídání (71,4 % chlapců a 75,9 % dívek) a B) zvracení (92,9 % chlapců a 96,6 % dívek). Odpověď C) vybralo 26,2 % chlapců a 34,5 % dívek. Odpověď D) zvolilo 3,5 % dívek a žádný z chlapců. Celkově studenti označili odpověď A) v 74 %, B) v 95 %, C) v 31 % a D) ve 2 %.

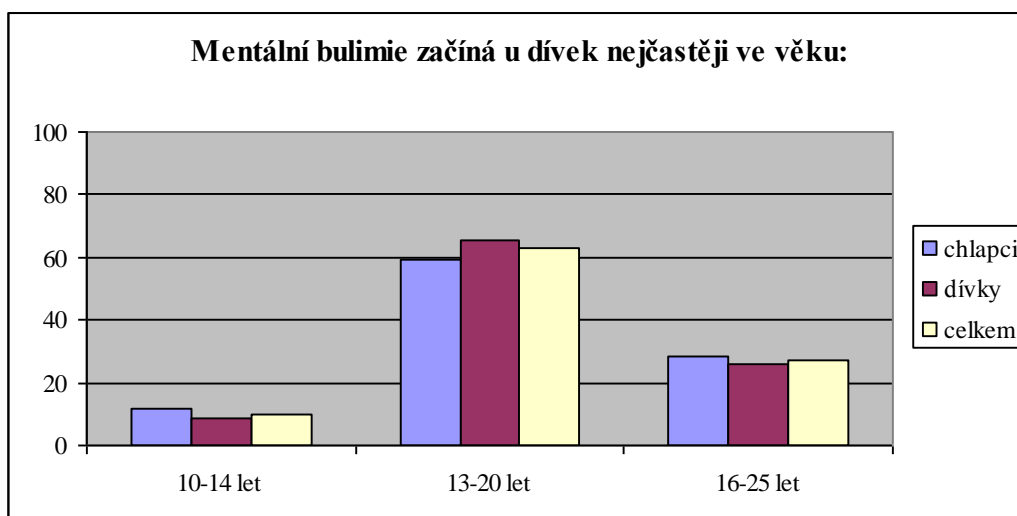
Graf 11: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Správně zvolilo možnost A) 32,7 % chlapců a 58,8 % dívek. Správnou odpověď B) vybralo 73,5 % chlapců a 92,2 % dívek. Nesprávná byla možnost C) (36,7 % chlapců, 43,1 % dívek) a možnost D) (4,1 % chlapců a 7,8 % dívek). Celkově volilo možnost B) 83 % studentů, možnost A) 46 % studentů, možnost C) označilo 40 % a odpověď D) 6 % studentů.

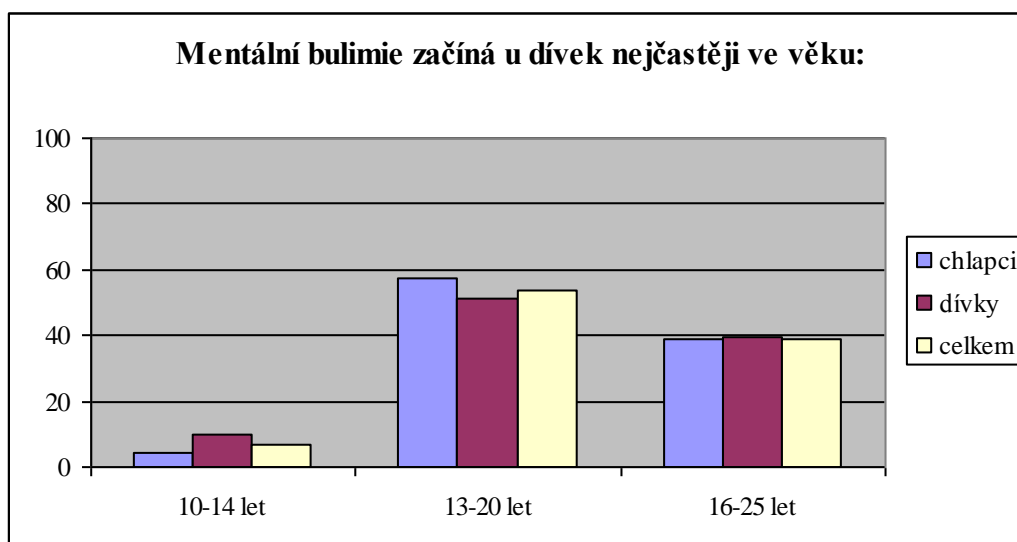
Graf 12: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce chlapců (59,5 %) a dívek (65,5 %) zvolilo nesprávnou odpověď B). Možnost A) označilo 11,9 % chlapců a 8,6 % dívek. Správnou možnost C) označilo 28,6 % chlapců a 25,9 % dívek. Celkem odpovědělo správně 27 % studentů. Možnost A) označilo 10 % a možnost B) 63 % studentů.

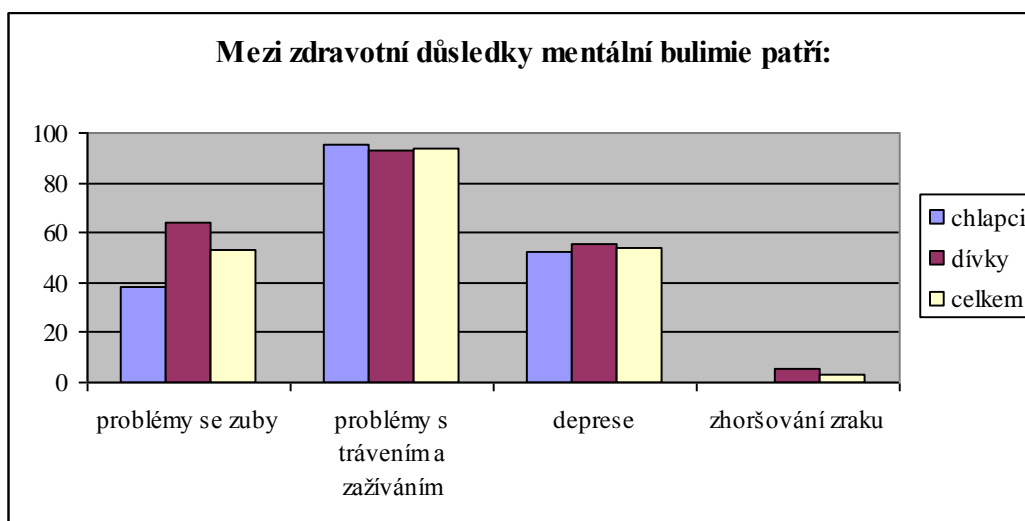
Graf 12: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Správnou možnost C) vybralo 38,8 % chlapců a 39,2 % dívek, celkově 39 % všech dotazovaných. Nesprávnou odpověď A) označilo 4,1 % chlapců a 9,8 % dívek, celkově 7 % všech studentů. Nesprávnou možnost B) volili chlapci (57,1 %) i dívky (51 %) nejčastěji, celkově tedy 54 % všech dotazovaných studentů Střední integrované školy.

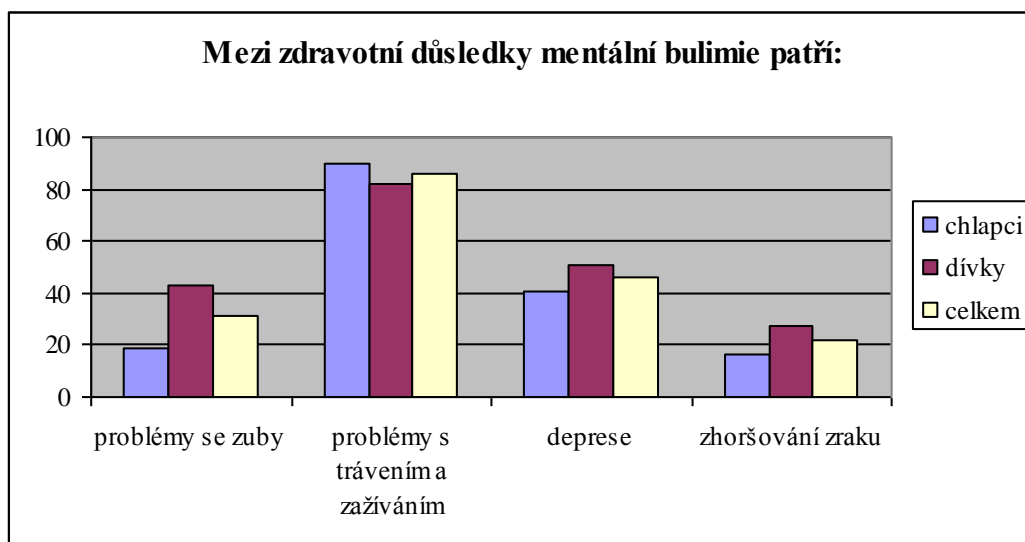
Graf 13: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Správné jsou odpovědi A) (38,1 % chlapců, 63,8 % dívek), B) (95,2 % chlapců, 93,1 % dívek) a C) (52,4 % chlapců, 55,2 % dívek). Zhoršování zraku nesprávně označilo 5,2 % dívek a žádný z chlapců. Ze všech dotazovaných označilo možnost A) 53 %, B) 94 %, C) 54 % a D) 3% studentů.

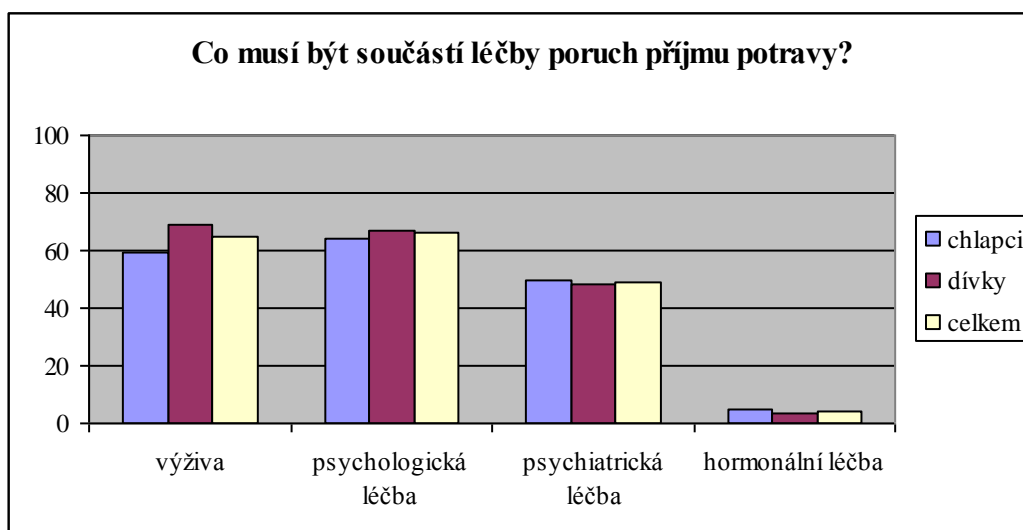
Graf 13: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

18,4 % chlapců a 43,1 % dívek označilo správnou možnost A), celkově tedy 31 % studentů, možnost B) správně zvolilo 89,8 % chlapců a 82,4 % dívek, celkově 86 % studentů. Správnou odpověď C) označilo 40,8 % chlapců a 51 % dívek, celkově 46 % všech dotazovaných. Nesprávně zvolilo možnost D) 16,3 % chlapců a 27,5 % dívek, celkově 22 % studentů.

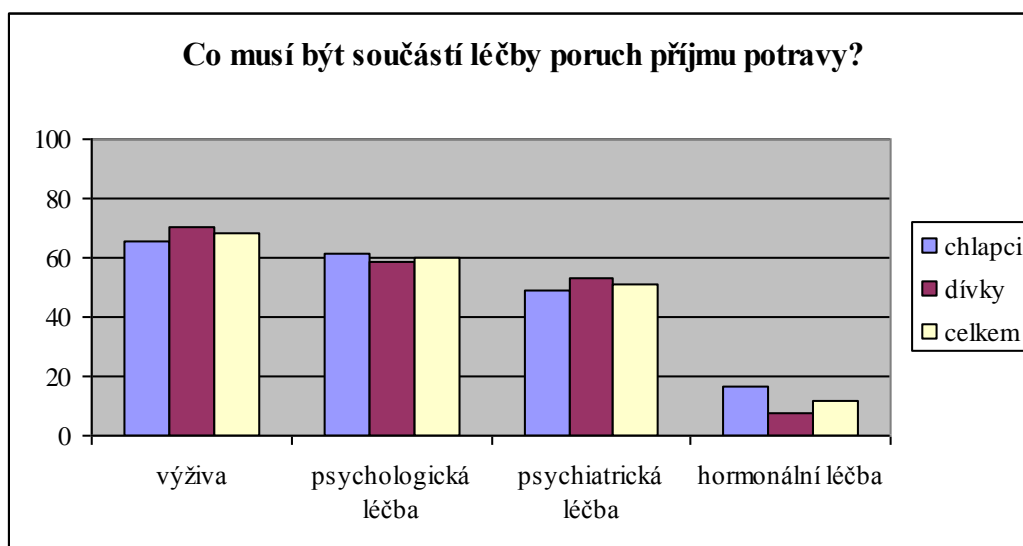
Graf 14: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Ze všech 4 správných možností vybralo odpověď A) 59,5 % chlapců a 69 % dívek, odpověď B) 64,3 % chlapců a 67,2 % dívek, za C) 50 % chlapců a 48,3 % dívek a za D) 4,8 % chlapců a 3,5 % dívek. Ze všech studentů gymnázia označilo možnost A) 65 %, B) 66 %, C) 49 % a D) 4 % studentů.

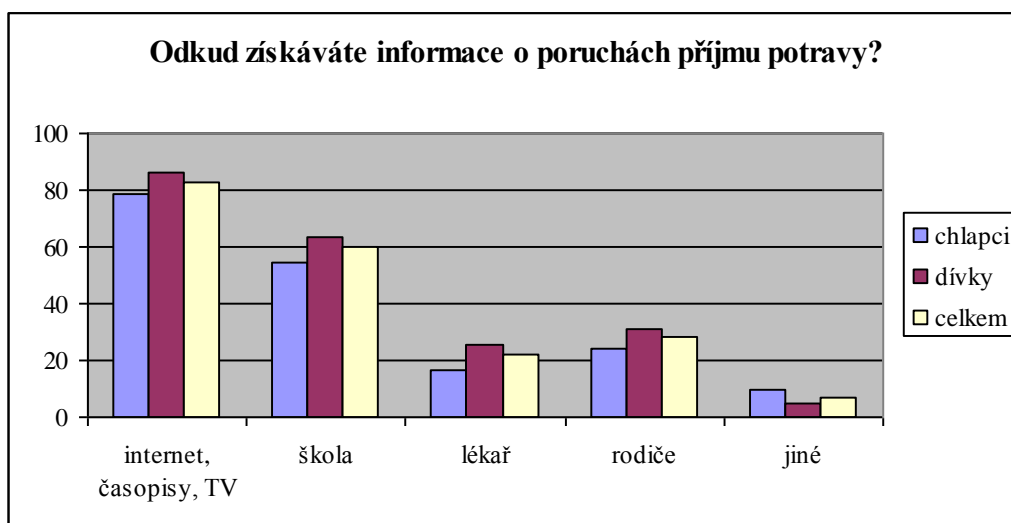
Graf 14: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Výživu označilo 65,3 % chlapců a 70,6 % dívek, možnost B) vybralo 61,2 % chlapců a 58,8 % dívek, odpověď C) 49 % chlapců a 52,9 % dívek a odpověď D) 16,3 % chlapců a 7,8 % dívek. Celkově studenti volili možnost A) v 68 %, možnost B) v 60 %, možnost C) v 51 % a možnost D) ve 12 %.

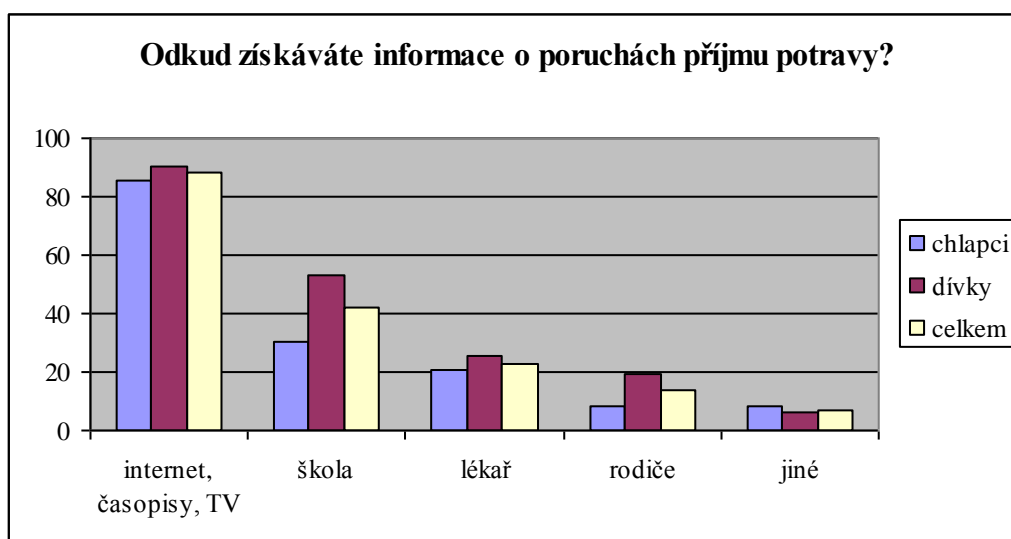
Graf 15: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

78,6 % chlapců a 86,2 % dívek označilo možnost A. Školu zvolilo 54,8 % chlapců a 63,8 % dívek. Lékaře označilo 16,7 % chlapců a 25,9 % dívek. Rodiče označilo 23,8 % chlapců a 31 % dívek. Možnost E) vybralo 9,5 % chlapců a 5,2 % dívek. Ze všech volilo možnost A) 83 %, B) 60 %, C) 22 %, D) 28 % a možnost E) 7 % studentů.

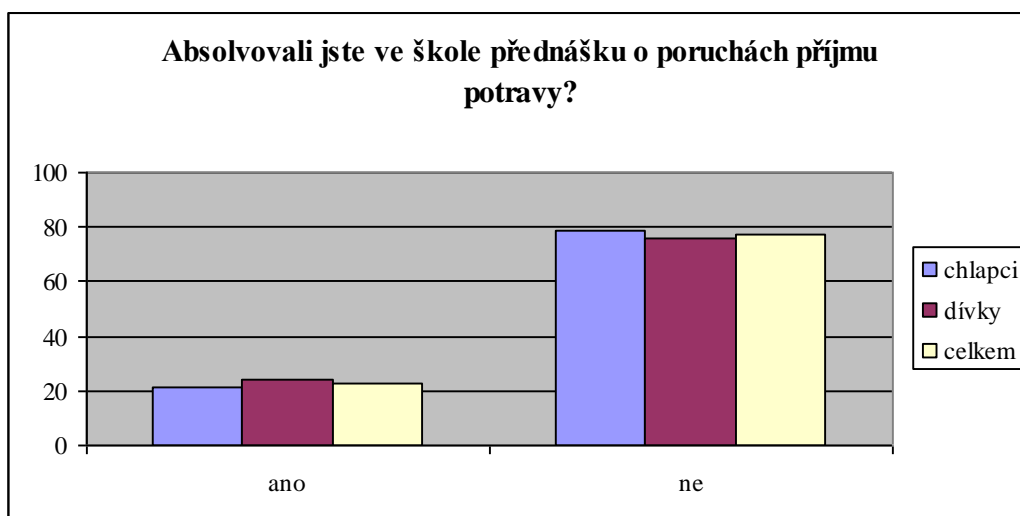
Graf 15: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Možnost A) zvolilo 85,7 % chlapců a 90,2 % dívek. Odpověď B) označilo 30,6 % chlapců, 52,9 % dívek. Odpověď C) vybralo 20,4 % chlapců, 25,5 % dívek. Možnost D) vybralo 8,2 % chlapců, 19,6 % dívek a možnost E) uvedlo 8,2 % chlapců a 5,9 % dívek. Ze všech studentů vybralo možnost A) 88 %, B) 42 %, C) 23 %, D) 14 % a E) 7 % studentů.

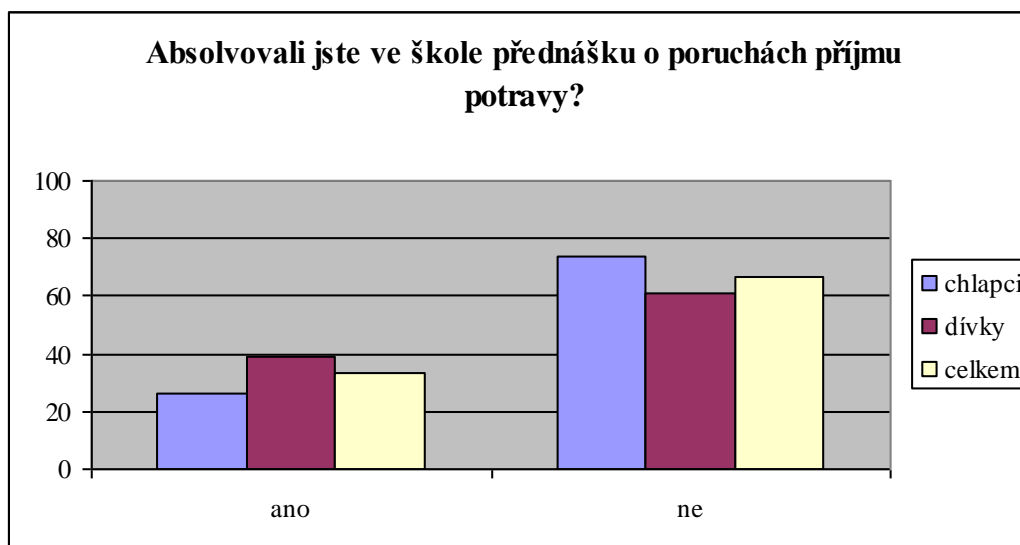
Graf 16: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Přednášku o poruchách příjmu potravy absolvovalo 21,4 % chlapců a 24,1 % dívek gymnázia, celkově tedy 23 % studentů. Odpověď B) ne označilo 78,6 % chlapců a 75,9 % dívek, tedy 77 % všech dotazovaných.

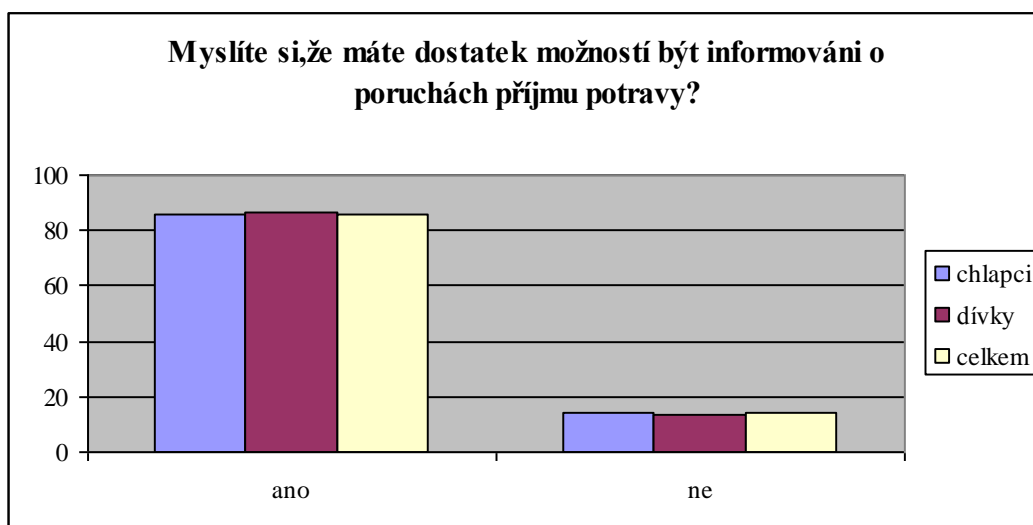
Graf 16: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

26,5 % chlapců a 39,2 % ze Střední integrované školy přednášku o poruchách příjmu potravy absolvovalo. Odpověď ne označilo 73,5 % chlapců a 60,8 % dívek. Ze všech dotazovaných tedy kladně odpovědělo 33 % studentů, záporně potom 67 % studentů.

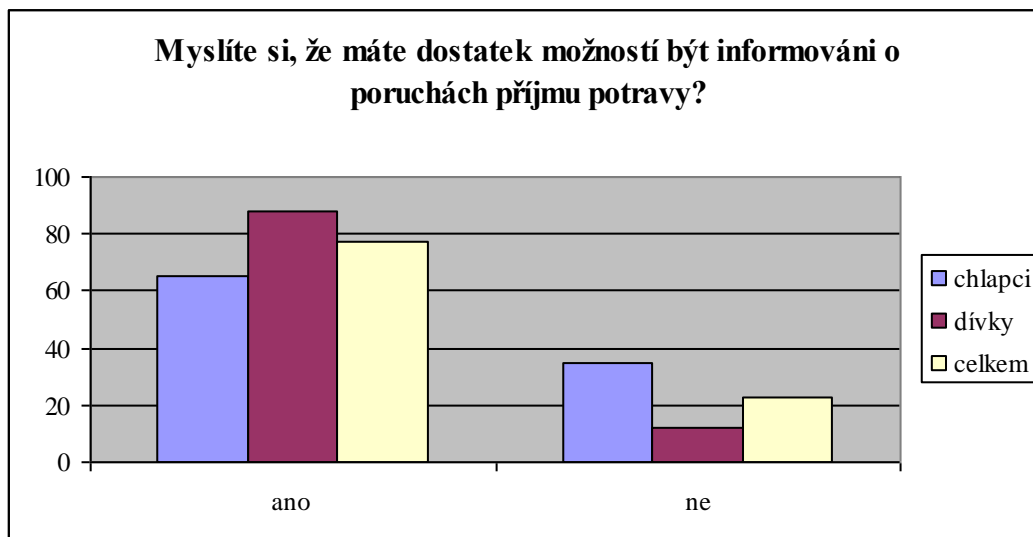
Graf 17: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

85,7 % chlapců a 86,2 % dívek z gymnázia si myslí, že mají dostatek možností být informováni o poruchách příjmu potravy. Opačný názor má 14,3 % chlapců a 13,8 % dívek. Celkově odpovědělo kladně 86 % studentů, záporně 14 % studentů.

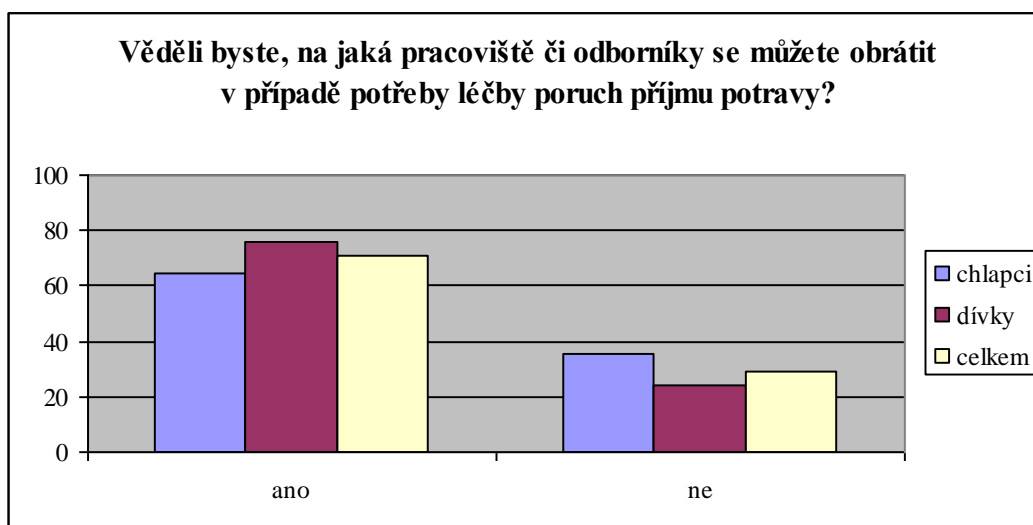
Graf 17: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Na Střední integrované škole zvolilo možnost A) 65,3 % chlapců a 88,2 % dívek. Celkově tedy 77 % studentů. Možnost B) označilo 34,7 % chlapců a 11,8 % dívek, celkem 23 % dotazovaných studentů.

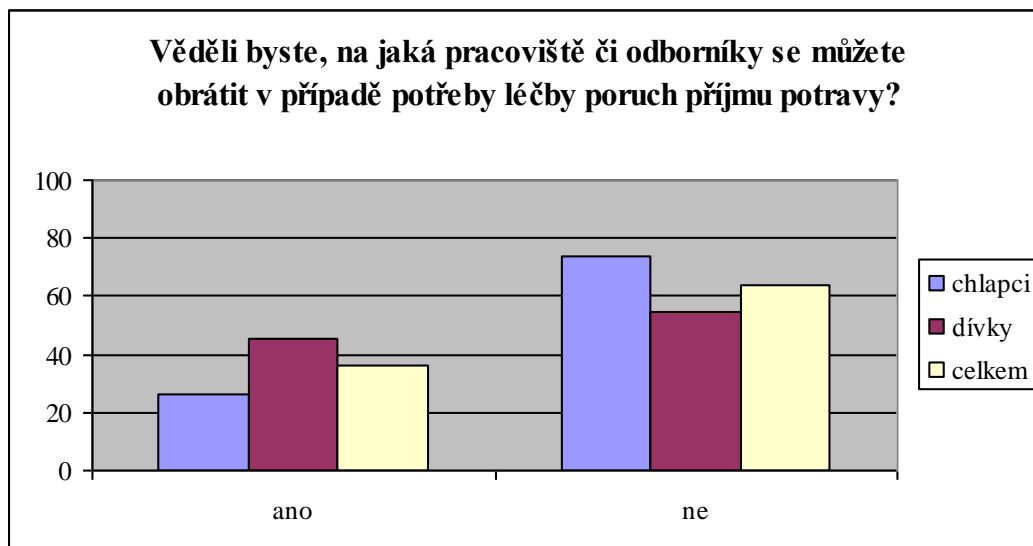
Graf 18: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpověděla většina chlapců (64,3 %) i dívek (75,9 %) kladně. Možnost A) zvolilo 71 % všech dotazovaných studentů. 35,7 % chlapců a 24,1 % dívek označilo možnost B) ne, celkově 29 % dotazovaných studentů.

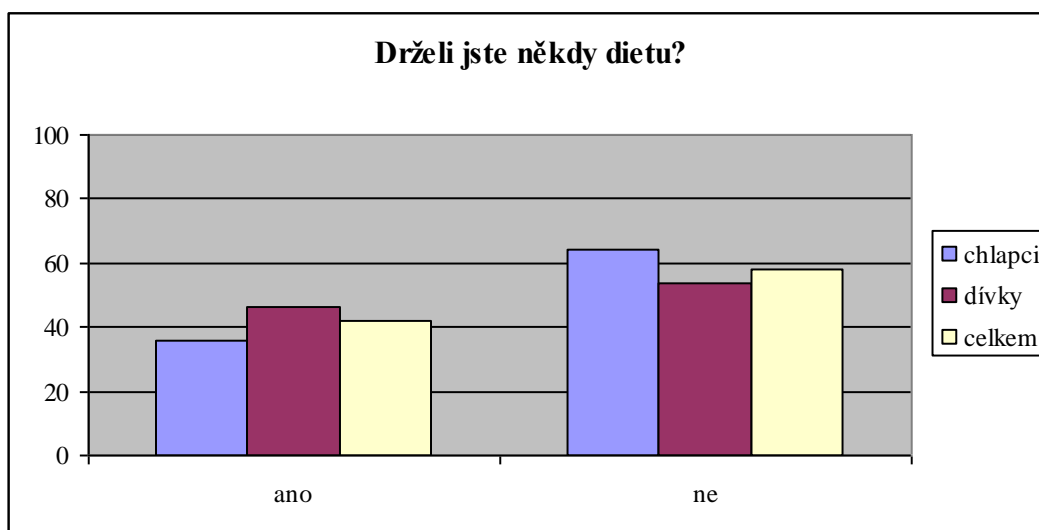
Graf 18: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Možnost A) označilo 26,5 % chlapců a 45,1 % dívek. Možnost B) volilo 73,5 % chlapců a 54,9 % dívek. Ze všech dotazovaných vybralo odpověď A) ano 36 % studentů, odpověď B) ne 64 % studentů.

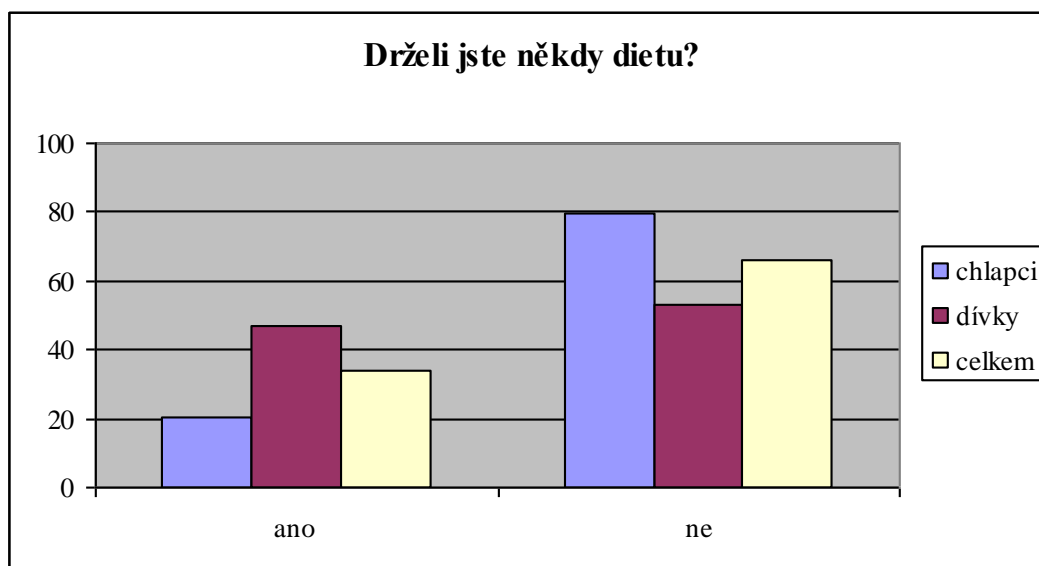
Graf 19: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Podle odpovědí na tuto otázku drželo dietu 35,7 % chlapců a 46,6 % dívek gymnázia. Dietu nedrželo 64,3 % chlapců a 53,5 % dívek. Ze všech studentů odpovědělo ano 42 %, odpověď ne označilo 58 % studentů.

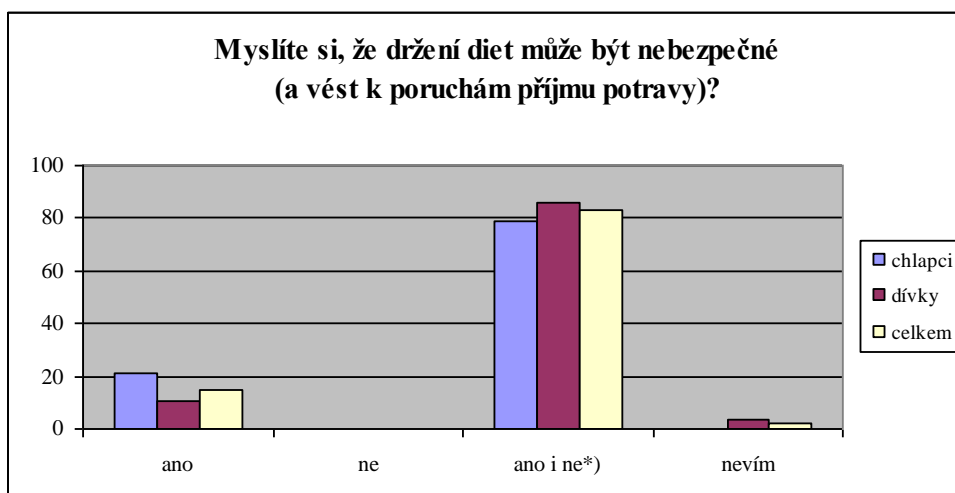
Graf 19: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

20,4 % chlapců a 47,1 % dívek ze Střední integrované školy drželo dietu, naopak ji nikdy nedrželo 79,6 % chlapců a 52,9 % dívek. Celkově označilo odpověď ano 34 % studentů, odpověď ne zvolilo 66 % studentů.

Graf 20: Gymnázium

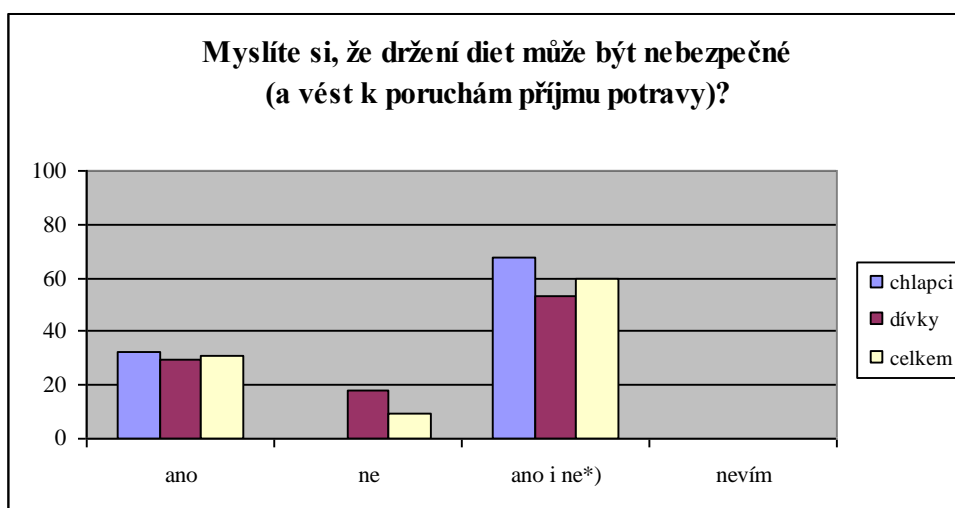


*) v případě obezity je správně držená dieta prostředkem ke zlepšení zdraví jedince

Zdroj: vlastní výzkum

Odpověď ano označilo 21,4 % chlapců a 10,3 % dívek, možnost B) ne zvolil vůbec nikdo, správnou možnost C) zvolilo 78,6 % chlapců a 86,2 % dívek. Nevím zvolilo 3,5 % dívek a žádný z chlapců. Ze všech dotazovaných odpovědělo ano 15 % studentů, ne 0 %, možnost C) označilo 83 % studentů a možnost D) 2 % studentů.

Graf 20: SIŠ

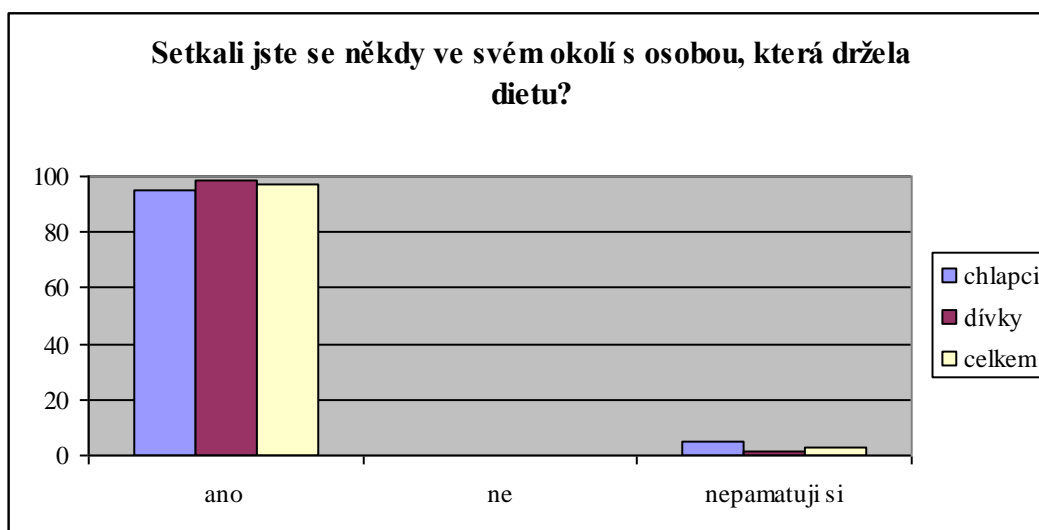


*) v případě obezity je správně držená dieta prostředkem ke zlepšení zdraví jedince

Zdroj: vlastní výzkum

32,7 % chlapců a 29,4 % dívek označilo možnost A), celkem tedy 31 % studentů. Odpověď B) vybralo 17,7 % dívek a žádný z chlapců, celkově tedy 9 % dotazovaných. Správně za C) odpovědělo 67,4 % chlapců a 52,9 % dívek, celkem 60 % všech studentů. Odpověď nevím neoznačil nikdo.

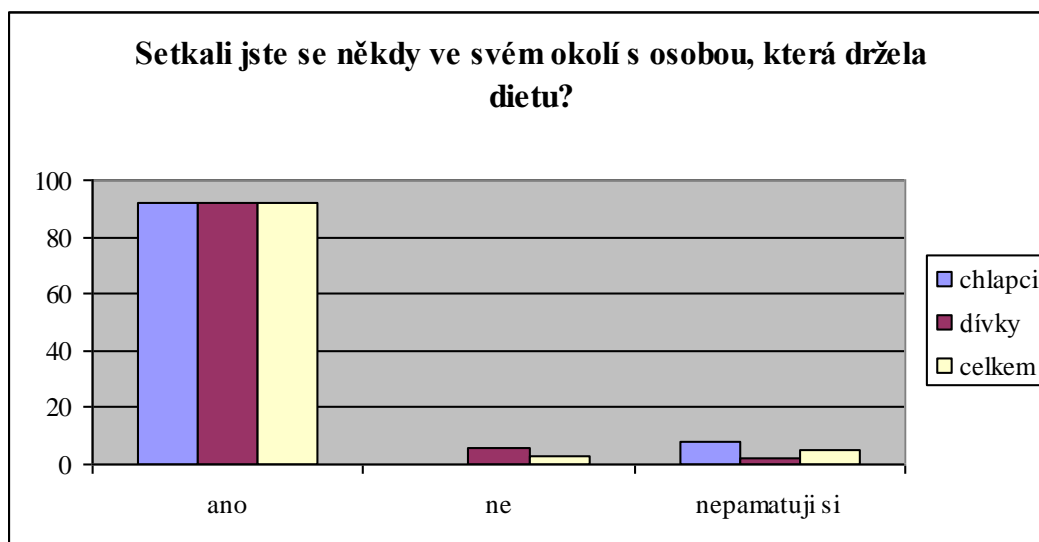
Graf 21: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

S osobou, která držela dietu, se ve svém okolí setkalo 95,2 % chlapců a 98,3 % dívek, tedy 97 % všech studentů gymnázia. Odpověď B) ne zvolil nikdo. 4,8 % chlapců a 1,7 % dívek zvolilo možnost C), celkově takto odpověděla 3 % studentů.

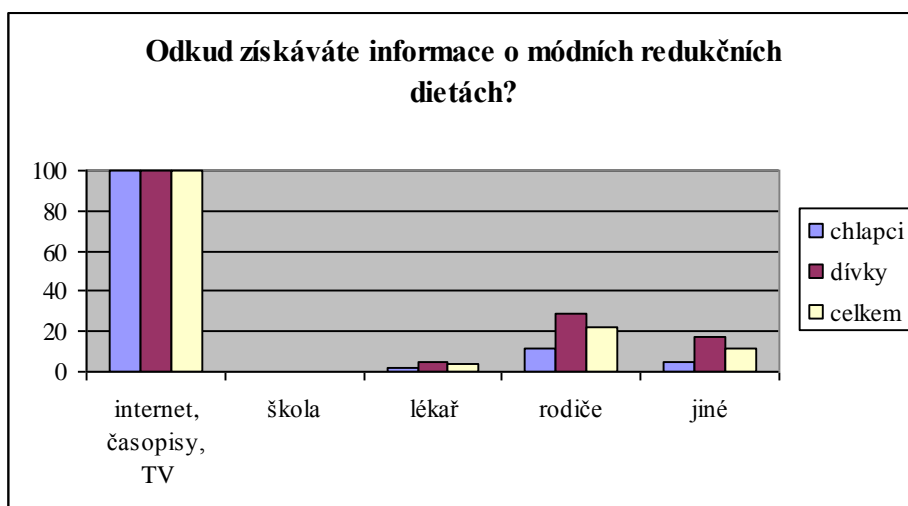
Graf 21: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Možnost A) označilo 91,8 % chlapců a 92,1 % dívek. Ne odpovědělo 5,9 % dívek, z chlapců tuto možnost nevybral nikdo. Odpověď C) označilo 8,2 % chlapců a 2 % dívek. Celkově odpovědělo kladně 92 % dotazovaných studentů, záporně 3 % studentů a možnost C) uvedlo 5 % studentů.

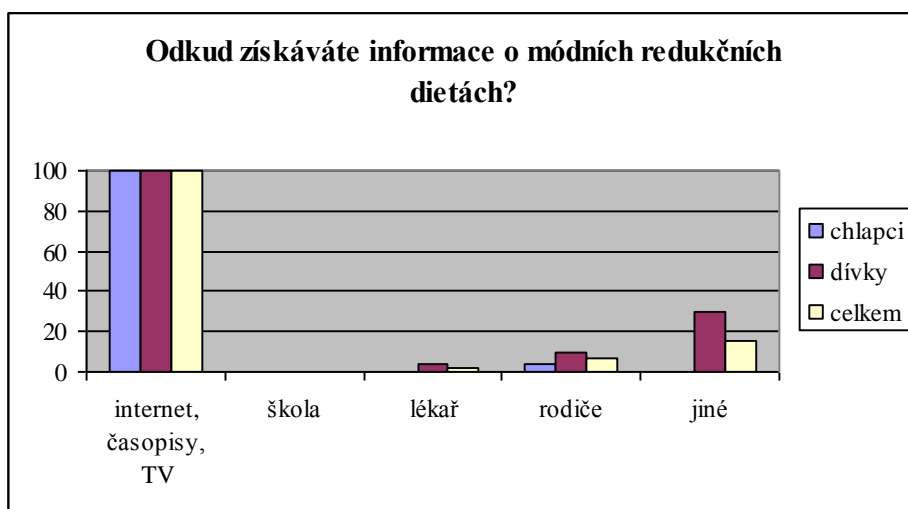
Graf 22: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Možnost A) zvolili všichni chlapci a všechny dívky. Možnost B) ne zvolil nikdo. Možnost C) označilo 2,4 % chlapců a 5,2 % dívek. Možnost D) zvolilo 11,9 % chlapců a 29,3 % dívek. Možnost E) označilo 4,8 % chlapců a 17,2 % dívek. Ze všech dotazovaných odpověď A) označilo 100 % studentů, odpověď B) 0 %, možnost C) 4 %, D) 22 % a E) 12 % studentů.

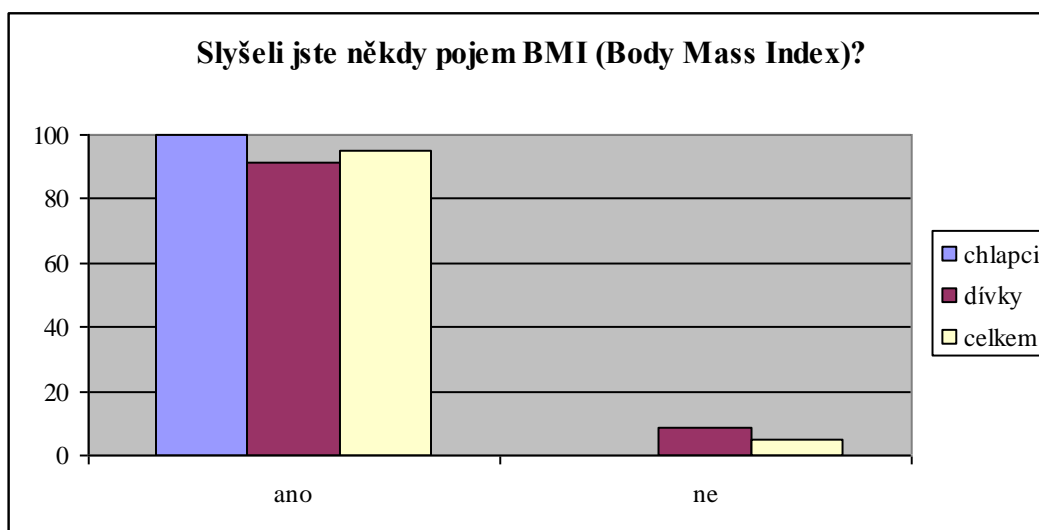
Graf 22: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Všichni chlapci a všechny dívky označili odpověď A), celkově tedy 100 % studentů. Možnost B) ne zvolil nikdo, možnost C) označilo 3,9 % dívek a žádný z chlapců, celkově 2 % studentů. 4,1 % chlapců a 9,8 % dívek vybralo odpověď D), celkově 7 % studentů. Možnost E) označilo 29,4 % dívek a 0 % chlapců, celkově 15 % dotazovaných studentů.

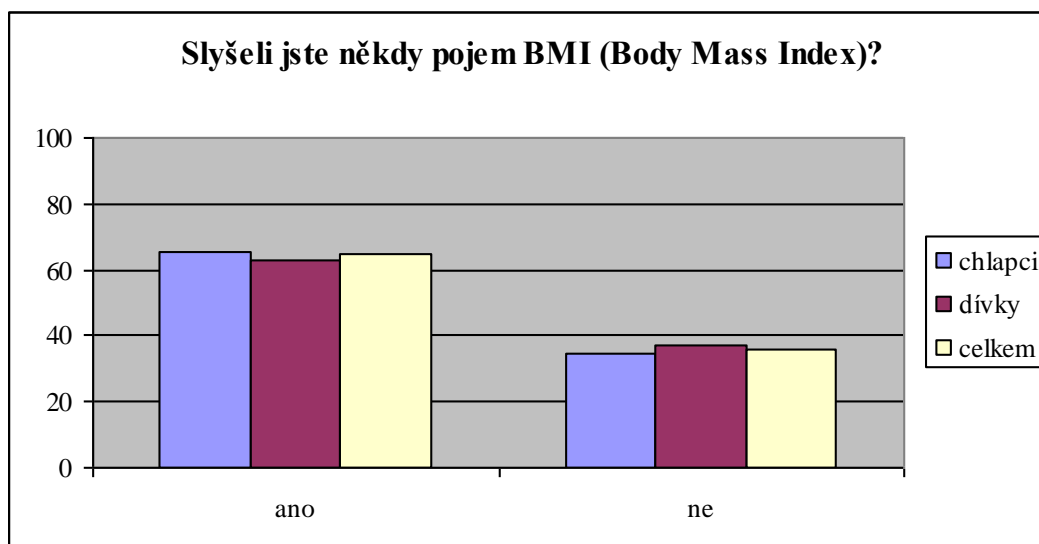
Graf 23: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Pojem BMI slyšelo 100 % chlapců a 91,4 % dívek z gymnázia. Tento pojem nikdy neslyšelo 8,6 % dívek. Ze všech dotazovaných odpovědělo kladně 95 % studentů, záporně odpovědělo 5 % studentů gymnázia.

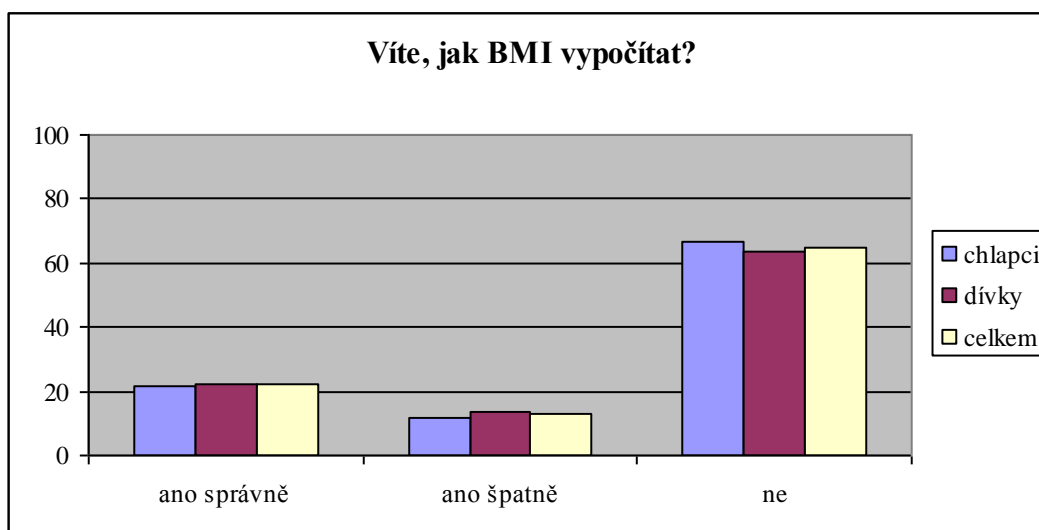
Graf 23: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

O pojmu BMI slyšelo 65,3 % chlapců a 62,8 % dívek ze Střední integrované školy. Zápornou odpověď označilo 34,7 % chlapců a 37,3 % dívek. Ze všech studentů zvolilo možnost A) 64 % a možnost B) 36 % studentů.

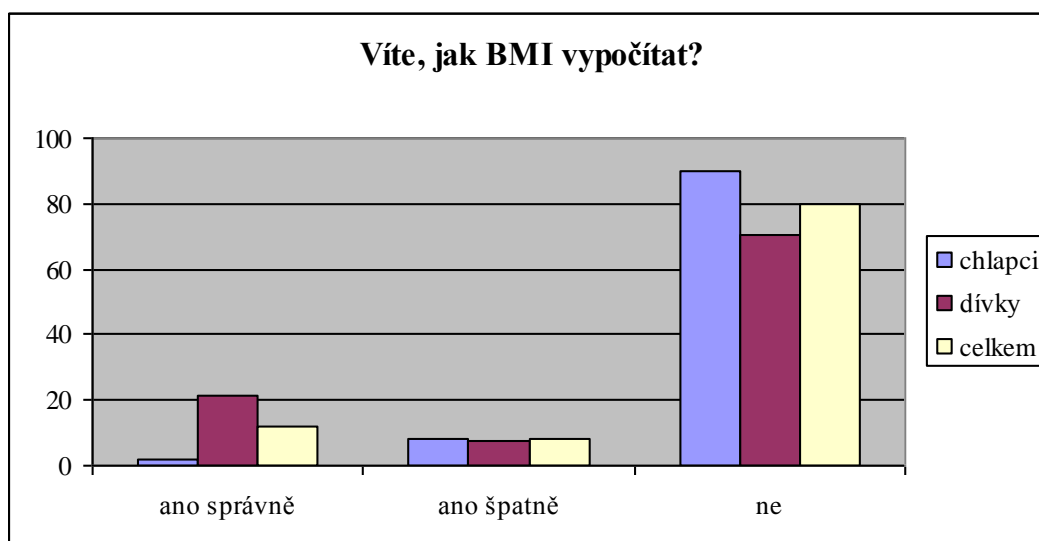
Graf 24: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Jak vypočítat BMI vědělo 21,4 % chlapců správně a 11,9 % chlapců špatně. 22,4 % dívek správně vědělo jak BMI vypočítat, 13,8 % vědělo špatně. Odpověď B) ne zvolilo 66,7 % chlapců a 63,8 % dívek. Celkově vědělo správně 22 % studentů, špatně vědělo 13 % studentů a nevědělo 65 % studentů gymnázia.

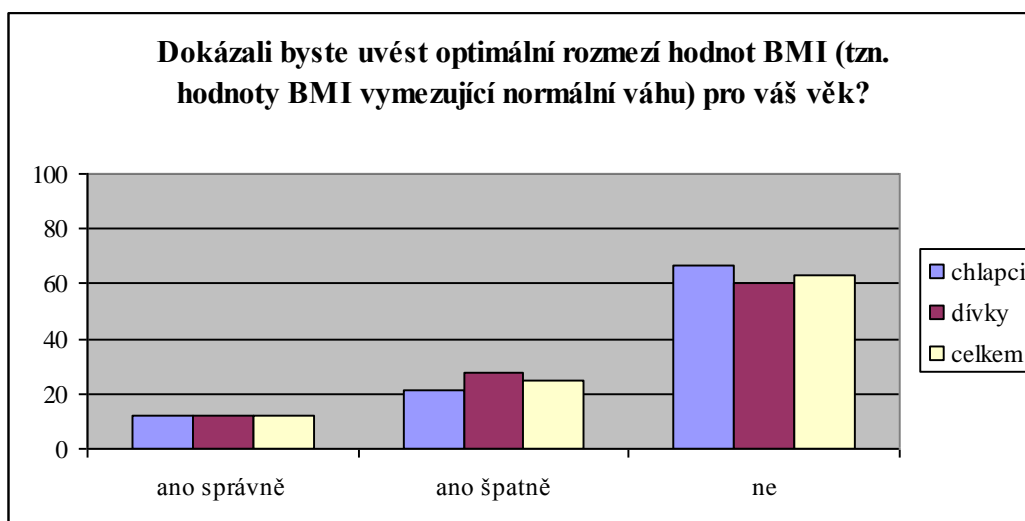
Graf 24: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Správně věděla 2 % chlapců a 21,6 % dívek, špatně vědělo 8,2 % chlapců a 7,8 % dívek. Odpověď B) ne zvolilo 89,8 % chlapců a 70,6 % dívek. Jak správně BMI vypočítat vědělo ze všech studentů 12 %, špatně vědělo 8 % a odpověď ne označilo 80 % studentů.

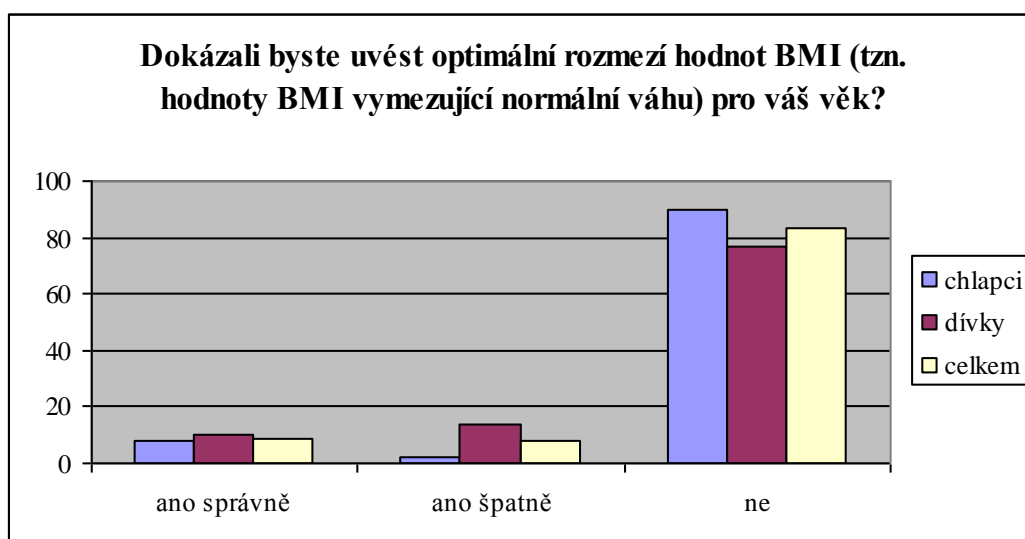
Graf 25: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Optimální rozmezí hodnot BMI správně uvedlo 11,9 % chlapců a 12,1 % dívek, celkově tedy 12 % studentů. Nesprávně hodnoty uvedlo 21,4 % chlapců a 27,6 % dívek, celkově 25 % dotazovaných studentů. Hodnoty uvést nedokázalo 66,7 % chlapců a 60,3 % dívek, celkově 63 % studentů.

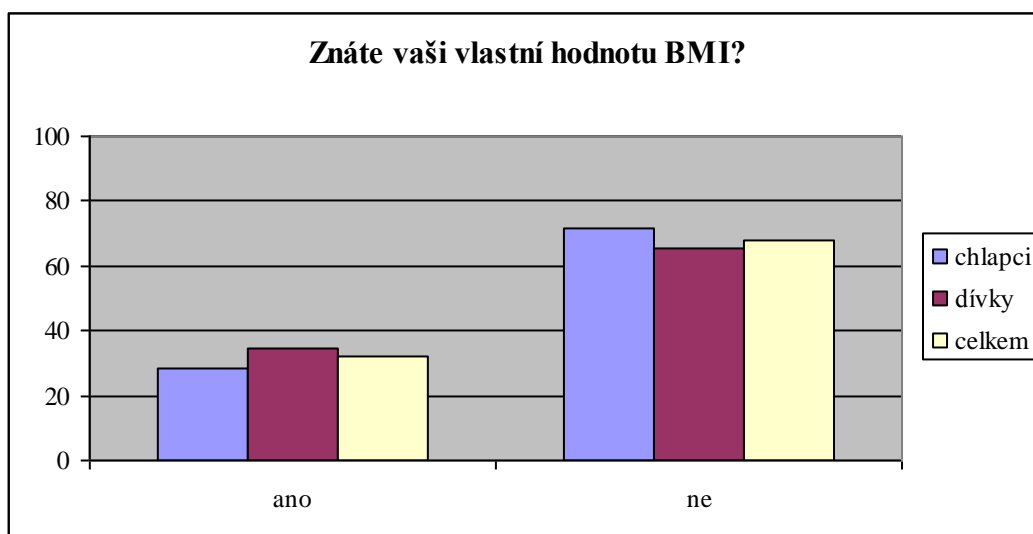
Graf 25: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Správně hodnoty uvedlo 8,2 % chlapců a 9,8 % dívek, nesprávně 2 % chlapců a 13,7 % dívek. Uvést hodnoty nedokázalo 89,8 % chlapců a 76,5 % dívek. Ze všech dotazovaných uvedlo hodnoty správně 9 %, špatně 8 % a uvést neumělo 83 % studentů.

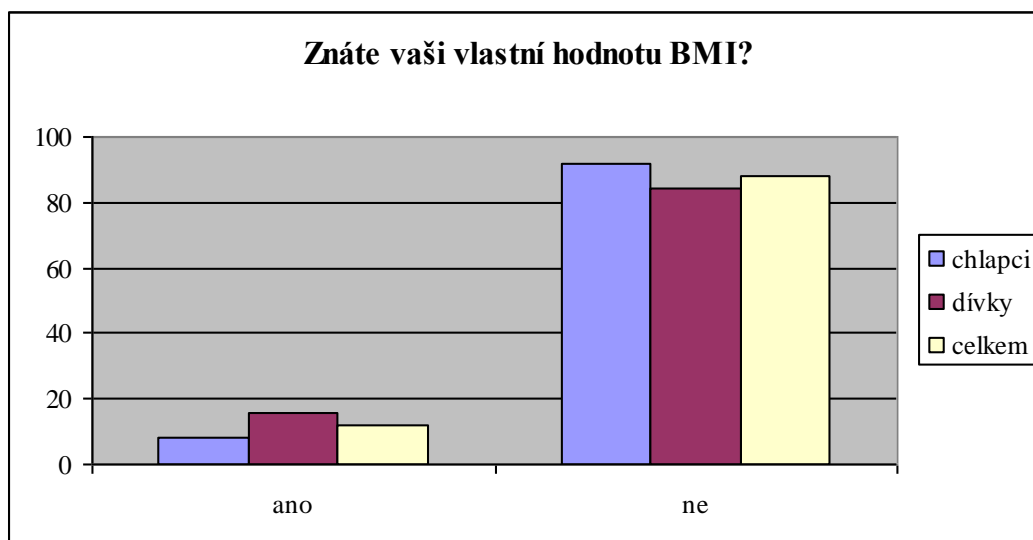
Graf 26: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Svoji hodnotu BMI zná 28,6 % chlapců a 34,5 % dívek. Svoji hodnotu BMI nezná 71,4 % chlapců a 65,5 % dívek gymnázia. Celkově ji zná 32 % dotazovaných studentů a nezná ji 68 % studentů.

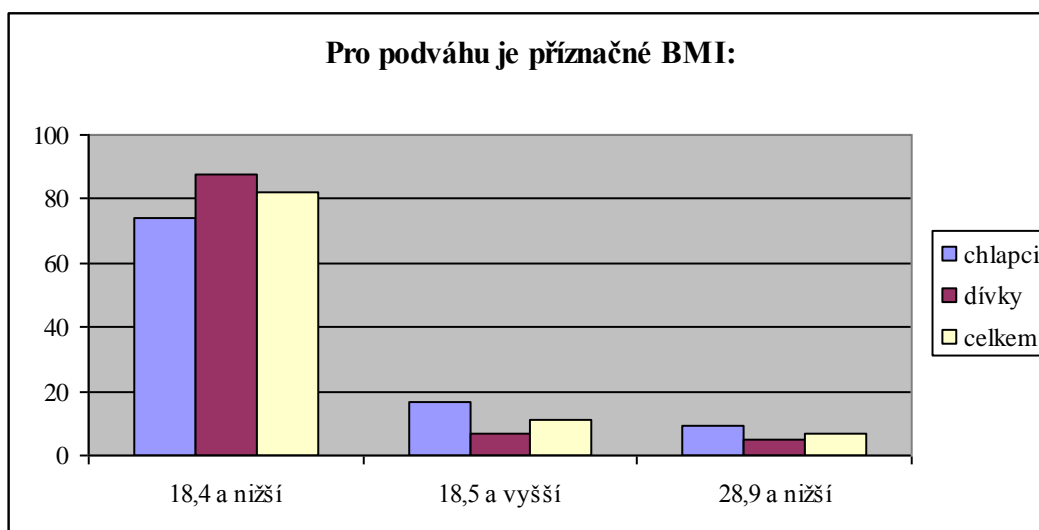
Graf 26: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

8,2 % chlapců a 15,7 % dívek ze Střední integrované školy zná svou hodnotu BMI. 91,8 % chlapců a 84,3 % dívek tuto hodnotu nezná. Ze všech dotazovaných vlastní hodnotu BMI zná 12 % studentů, nezná ji 88 % studentů.

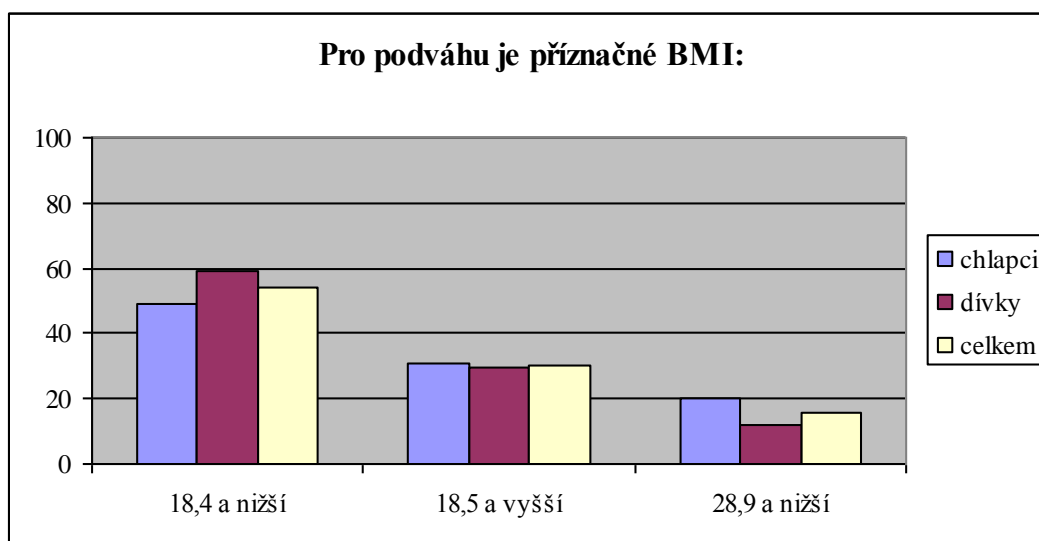
Graf 27: Gymnázium



Zdroj: vlastní výzkum

Správnou možnost A) označilo 73,8 % chlapců a 87,9 % dívek z gymnázia. Celkově tuto odpověď vybralo 82 % studentů. Možnost B) zvolilo 16,7 % chlapců a 6,9 % dívek. Ze všech dotazovaných ji zahrlo 11 % studentů. Odpověď C) označilo 9,5 % chlapců a 5,2 % dívek. Celkově ji vybralo 7 % studentů.

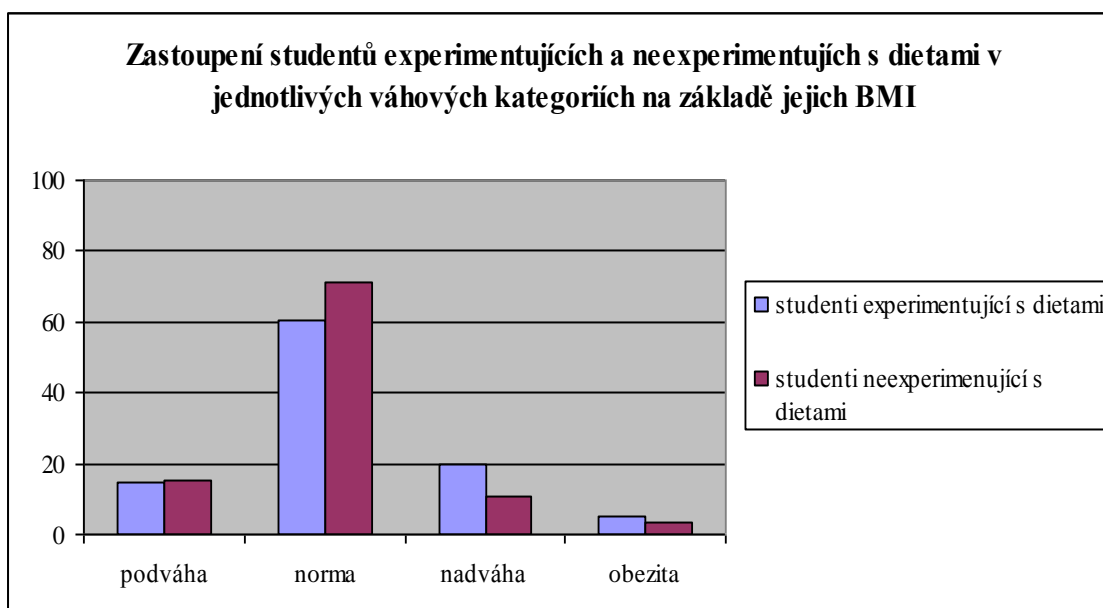
Graf 27: SIŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Správně odpovědělo 49 % chlapců, 58,8 % dívek. Odpověď B) označilo 30,6 % chlapců, 29,4 % dívek. Možnost C) vybralo 20,4 % chlapců, 11,8 % dívek. Ze všech studentů Střední integrované školy odpovědělo správně 54 % studentů, odpověď B) označilo 30 % studentů a odpověď C) 16 % studentů.

Graf 28: Gymnázium + Střední integrovaná škola



Zdroj: vlastní výzkum

Studenti byli rozděleni na ty, kteří s dietami experimentovali a na ty, kteří s nimi neexperimentovali. Poté byli zařazeni do jednotlivých váhových kategorií na základě vypočteného BMI se zohledněním věku.

Studenti experimentující s dietami vykazují podváhu ve 14,5 %, v normě je 60,5 % studentů, nadváhu má 19,7 % studentů a obezitu 5,3 % experimentujících studentů.

U studentů neexperimentujících s dietami vykazuje podváhu 15,3 %, v normě je 71 % studentů, nadváhu má 10,5 % studentů a obezitu 3,2 % neexperimentujících studentů.

Pro zařazení studentů do jednotlivých váhových kategorií jsem použila rozmezí hodnot BMI, se zohledněním věku, uváděných na www.idealni.cz:

KATEGORIE	Chlapci 15 let	Dívky 15 let	Chlapci 16 let	Dívky 16 let	Chlapci 17 let	Dívky 17 let	Muži 18 let a více	Ženy 18 let a více
velká podváha – jedno z kritérií anorexie	méně než 16	méně než 16,2	méně než 16,6	méně než 16,8	méně než 17,2	méně než 17,2	méně než 17,7	méně než 17,5
podváha	16 – 16,9	16,2 – 17,5	16,6 – 17,8	16,8 – 17,9	17,2 – 18,3	17,2 – 18,1	17,7 – 18,9	17,5 – 18,4
norma	17 – 23,1	17,6 – 23,4	17,9 – 23,9	18 – 23,9	18,4 – 24,4	18,2 – 24,4	19 – 25,1	18,5 – 24,8
nadváha	23,2 – 27,4	23,5 – 27,4	24 – 27,9	24 – 27,9	24,5 – 28,7	24,5 – 28,5	25,2 – 29,4	24,9 – 28,9
obezita	více než 27,5	více než 27,5	více než 28	více než 28	více než 28,8	více než 28,6	více než 29,5	více než 29

5. DISKUZE

Praktická část mé bakalářské práce byla soustředěna především na informovanost studentů o poruchách příjmu potravy, ale také na zjišťování zkušeností studentů s módními redukčními dietami, neboť s poruchami příjmu potravy velmi úzce souvisí. Držení diet totiž představuje jeden z předních rizikových faktorů, které jsou příčinou rozvoje poruch příjmu potravy (15). Dále jsem zjišťovala, zda studenti ví, jaká je optimální hodnota BMI.

Na oblast informovanosti o poruchách příjmu potravy, tedy na hlavní zkoumanou oblast této práce, byly v dotazníku zaměřeny otázky 1 - 3, 6 - 14, 18 a 20. Jak na jednotlivé otázky studenti odpovídali, je zřejmé z grafů (grafy 1 - 3, 6 - 14, 18 a 20). Z nich je patrné, že celkově odpovídali lépe studenti gymnázia oproti studentům Střední integrované školy. A to i přesto, že na otázku č. 16 (Absolvovali jste ve škole přednášku o poruchách příjmu potravy?) odpovědělo záporně 77 % studentů gymnázia a 67 % studentů SIŠ. Z mého pohledu jde v případě obou škol o příliš vysoké procento. Vzhledem k závažnosti poruch příjmu potravy by ze strany školy měly být studentům poskytovány dostatečné informace ohledně této problematiky. A to buď v rámci výuky, nebo formou samostatné přednášky. Na otázku, zda by dokázali rozpoznat ve svém okolí osobu trpící poruchou příjmu potravy, nejčastěji studenti odpovídali, že neví (grafy 5). U otázky č. 1 (Mezi poruchy příjmu potravy patří:) se potvrdilo mé očekávání, a sice že studenti mezi poruchy příjmu potravy řadili nejčastěji možnost „mentální anorexie“ a „mentální bulimie“, avšak méně známé „záchvatovité přejídání“ označilo jen 38 % studentů gymnázia a dokonce pouze 19 % studentů ze SIŠ (grafy 1). To vyplývá i z výsledků odpovědí studentů v Jindřichově Hradci, které ve své bakalářské práci uvádí studentka ZSF Jana Tichá, kdy byla nejčastěji volena možnost mentální anorexie a bulimie a pouze 23,2 % studentů jedné školy a 55,5 % studentů druhé školy vybralo jako odpověď záchvatovité přejídání. Co je mentální anorexie vědělo celých 100 % studentů gymnázia a 89 % studentů SIŠ. Na otázku č. 3 (Víte, co je mentální bulimie?) odpovědělo kladně více studentů gymnázia (89 %) než SIŠ (grafy 3). Že mentální anorexie může být smrtelná, nevědělo pouze 1 % studentů gymnázia, ale také 12 % studentů SIŠ (grafy 6). Na otázku č. 7 (Poruchami příjmu potravy trpí:) vybralo správnou odpověď, tedy muži i ženy, 99 % studentů gymnázia a 82 % studentů SIŠ (grafy 7). PhDr. Ing. Sladká Ševčíková uvádí, že výskyt poruch příjmu potravy u mužů a žen je v poměru 1:10. Při výběru typických znaků mentální anorexie si ve všech možnostech vedli lépe studenti gymnázia, avšak i přesto chybnou

odpověď „zvracení“ uvedlo 19 % studentů gymnázia (grafy 8). V jakém věku nejčastěji u dívek začíná mentální anorexie vědělo správně, tzn. ve 13-20 letech, 86 % studentů gymnázia a 52 % studentů SIŠ (grafy 9). Jak ve své publikaci píše PhDr. Krch, mentální anorexie se může výjimečně vyskytnout již u osmiletého dítěte, stejně tak se s jejím začátkem můžeme setkat po 30. či 40. roce věku. Avšak typickým a nejčastějším věkem, ve kterém nemoc propuká, je 13-20 let. Při výběru odpovědí na otázku č. 10 opět odpovídali ve všech nabízených možnostech lépe studenti z gymnázia (grafy 10). Na obou školách studenti mezi zdravotní důsledky mentální anorexie nejčastěji řadili „sníženou imunitu“, dále „deprese“, potom „padání vlasů“ a nejméně vybírali odpověď „osteoporóza“. Stejná situace nastala i u otázky č. 11 (Mezi typické znaky mentální bulimie patří:) a u otázky č. 13, která se týkala označení zdravotních důsledků mentální bulimie (grafy 13), kdy lepších výsledků v odpovídání dosáhli opět studenti gymnázia. Při výběru typických znaků mentální bulimie u obou škol vedla v odpovědích správná možnost „zvracení“. Chybnou „extrémně nízkou tělesnou hmotnost“ však označilo celých 40 % studentů SIŠ. Hmotnost osob trpících bulimií totiž bývá obvykle přiměřená (17). Výjimku v lepším odpovídání studentů gymnázia představuje otázka č. 12 (Mentální bulimie začíná u dívek nejčastěji ve věku:), kde jich správnou odpověď „16 - 25 let“ označilo pouze 27 %, ale 39 % studentů ze SIŠ. U otázky č. 14 (Co musí být součástí léčby poruch příjmu potravy?) si, až na odpověď „psychologická léčba“, také vedli lépe studenti Střední integrované školy. Celkově studenti ze všech možností nejvíce opomínali „hormonální léčbu“, což na základě vlastního průzkumu potvrzuje ve své bakalářské práci i již zmíněná Jana Tichá. Studenti, kteří na otázku, zda by věděli, na jaká pracoviště či odborníky se v případě potřeby léčby poruch příjmu potravy obrátit, odpověděli „ano“ (71 % studentů gymnázia a 36 % studentů SIŠ), uváděli konkrétně nejčastěji psychologa, psychiatra a praktického lékaře, který určí další postup (grafy 18). Zda může být držení diet nebezpečné a vést k poruchám příjmu potravy, vědělo 83 % studentů gymnázia a 60 % studentů SIŠ (grafy 20). Podle PhDr. Krcha a PhDr. Marádové bývají módní redukční diety hlavní příčinou mentální anorexie, a stejně tak přispívají ke vzniku mentální bulimie a přejídání. I přesto, že některé otázky studenti správně zodpovědět nedokázali, jich má většina z obou škol pocit, že mají dostatek možností být o poruchách příjmu potravy informováni (grafy 17).

Zkušenosti studentů s módními redukčními dietami zjišťovala otázka č. 19 (Drželi jste někdy dietu?). „Ano“ odpovědělo 42 % studentů gymnázia a 34 % studentů Střední integrované školy. PhDr. F. D. Krch však uvádí, že podle zkušeností odborníků

se v naší republice o držení diety někdy pokoušelo okolo 60 % dívek. Dále se na tyto zkušenosti zaměřovala otázka č. 21 (Setkali jste se někdy ve svém okolí s osobou, která držela dietu?) Z grafů je patrné, že 97 % studentů gymnázia a 92 % studentů SIŠ se s takovou osobou setkalo. Osoby držící dietu často ovlivňují ve stravování jedince ze svého nejbližšího okolí (17).

Na znalost studentů o optimální hodnotě BMI byly zaměřeny otázky č. 23 – 27. O pojmu BMI někdy slyšelo 95 % studentů gymnázia a 64 % studentů SIŠ (grafy 23). Zarážející jsou odpovědi na otázku č. 24, kdy 65 % gymnázia a 80 % studentů SIŠ uvedlo, že neví, jak BMI vypočítat (grafy 24). Ještě hůře jsou na tom studenti se znalostí optimálního rozmezí hodnot BMI (grafy 25). 63 % studentů gymnázia a 83 % studentů SIŠ tyto hodnoty nedokázalo uvést. Přesto však na otázku č. 27 (Pro podváhu je příznačné BMI:) správně odpovědělo 82 % studentů gymnázia a 54 % studentů SIŠ (grafy 27). Otázkou č. 26 jsem zjišťovala, zda studenti znají vlastní hodnotu BMI. Nemile mě překvapilo, že ji 68 % studentů z gymnázia a 88 % studentů ze SIŠ nezná (grafy 26).

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila 3 hypotézy.

Hypotéza 1: Informovanost studentek gymnázia je vyšší než studentek Střední integrované školy.

Jak již bylo zmíněno, na informovanost byly zaměřeny otázky č. 1- 3, 6 – 14 a otázka č. 18 a 20. Celkem tedy 14 otázek. Z grafů 1 - 3, 6 – 14, 18 a 20 je vidět, že lepších výsledků dosáhly studentky gymnázia. Avšak, v jakém věku nejčastěji začíná u dívek bulimie, vědělo více studentek SIŠ (39,2 %). I to je ovšem velmi málo. Častěji také uváděly depresi jako zdravotní důsledek mentální bulimie (grafy 13). Lépe si vedly i u otázky č. 14, kdy častěji volily možnosti „výživa“, „psychiatrická“ a „hormonální léčba“ jako součásti léčby poruch příjmu potravy. Rozpoznat osobu trpící poruchou příjmu potravy by však dokázalo téměř stejně dívek z obou škol (grafy 5). Co je mentální anorexie a mentální bulimie věděly všechny dotazované dívky z gymnázia (grafy 2 a 3), stejně jako všechny věděly, že mentální anorexie může být smrtelná (grafy 6) a že poruchami příjmu potravy trpí ženy i muži (grafy 7).

Tato hypotéza byla **potvrzena**, neboť na většinu otázek správně odpovídalo vyšší procento studentek gymnázia než studentek SIŠ.

Hypotéza 2: Studenti, kteří experimentovali s módními redukčními dietami, budou mít nižší BMI než studenti, kteří zkušenosti s dodržováním těchto diet nemají.

Z grafu 28 je patrné, že tato hypotéza se **nepotvrdila**. Všichni studenti a studentky z obou škol byli rozděleni na ty, kteří experimentovali s dietami a na ty, kteří s nimi neexperimentovali a zařazení do jednotlivých váhových kategorií na základě jejich vypočteného BMI se zohledněním věku. Normální váhu vykazovalo 60,5 % studentů experimentujících s dietami a 71 % neexperimentujících. U experimentujících se častěji vyskytovala nadváha (19,7 % studentů), a také obezita (5,3 % studentů). Naopak podváha se u studentů experimentujících s dietami vyskytuje méně (14,5 % studentů).

Tato hypotéza se podle mého názoru nepotvrdila nejspíše proto, že ti dotazovaní studenti, kteří s dietami experimentují, tak činí z důvodu jejich nadváhy či obezity, a to ať už jsou pro ně problémem zdravotním nebo estetickým. Uchylují se pak tedy k redukčním dietám, často odborně nepodloženým a z hlediska výživy nevyváženým, které často plní stránky časopisů, internetu a magazínů. Nelze je ovšem dodržovat dlouhodobě, ačkoli v některých případech mohou představovat první impuls před správně řízenou dietou. Po jejich ukončení však obvykle dochází ke známému jo-jo efektu a často i k přírůstku hmotnosti nad váhu původní. Na druhou stranu lze na základě svých výsledků usuzovat, že současný tlak médií a společnosti, nezdravě nahlízející na kult štíhlosti, nedohnal tyto experimentující studenty do stadia podváhy. Vyšší hodnoty BMI u těchto experimentujících s dietami by mohly být také následkem záchvatovitého přejídání. PhDr. Krch ve své publikaci uvádí, že tato porucha je často spojována s nadváhou a obezitou. Vyznačuje se nevyváženým stravováním, tzn. omezováním se v jídle, hladověním či jednostrannou stravou, které střídá touha přejíst se. S nárůstem hmotnosti pak vzrůstá snaha o omezování se v jídle (39).

Hypotéza 3: Informace o poruchách příjmu potravy a módních redukčních dietách získávají studenti z mediálních zdrojů častěji než od odborných lékařů.

Z odpovědí na otázku č. 15 je zřejmé, že studenti získávají informace o poruchách příjmu potravy častěji z mediálních zdrojů jako televize, internet a časopisy častěji, než od odborných lékařů (grafy 15). Totéž je patrné i z odpovědí na otázku č. 22, kdy naprosto všichni dotazovaní studenti jako zdroj informací o módních redukčních dietách uvádějí média. Odpověď „lékař“ volili studenti jen zřídka (graf 22). Tato hypotéza byla **potvrzena**.

6. ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost studentů dvou milevských středních škol o poruchách příjmu potravy a následně porovnat získané výsledky mezi těmito školami, dále monitorovat jejich zkušenosti s redukčními dietami a jejich znalosti o optimální hodnotě BMI. Ze stanovených hypotéz práce potvrdila hypotézu 1, tedy že informovanost studentek gymnázia je vyšší než studentek Střední integrované školy, a také hypotézu 3, tedy že informace o poruchách příjmu potravy a módních redukčních dietách získávají studenti z mediálních zdrojů častěji než od odborných lékařů.

Z výzkumu vyplynulo, že dotazovaní studenti základní informace o poruchách příjmu potravy mají, avšak některé nejasnosti potřebují doplnit, stejně tak znalosti týkající se hodnot BMI. Překvapující pro mě bylo zjištění, že je více těch studentů, kteří vlastní zkušenosti s redukčními dietami nemají, oproti těm, kteří s dietami již experimentovali. To je podle mě pozitivní zjištění, vzhledem k tomu, jaká rizika diety představují.

Myslím si, že je nesmírně důležité věnovat problematice poruch příjmu potravy zvýšenou pozornost a že je nutné preventivně působit v této oblasti na děti již od jejich útlého věku. Měly by vědět o všech příčinách a závažných důsledcích těchto poruch. Poučeno o této problematice by mělo být také co nejvíce pedagogů a rodičů, aby v případě potřeby byli schopni projevy poruchy u dítěte rozpoznat a pomoci mu. Podceňovat by se nemělo ani experimentování s redukčními dietami, které často stojí za vznikem těchto onemocnění. Vlastní i optimální hodnota BMI by pro nikoho neměla být nic neříkajícím číslem.

Výsledky práce mohou napovědět, na co konkrétně je potřeba se v rámci poskytování informací o dané problematice zaměřit nejvíce a práce může sloužit pro další výzkum v oblasti poruch příjmu potravy.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABRAHAM, S., LLEWELLYN – JONES, D. *Eating disorders : the facts*. 5. vydání. Oxford University Press, 2001. 321 s. ISBN 0-19-850937-5.
2. BIRMINGHAM, C. L., BEUMONT, P. *Medical management of eating disorders : a practical handbook for health care professional*. Cambridge University Press, 2004. 277 s. ISBN 0-521-54662-1.
3. BRIMOVÁ, E. Mýtus krásy. *Zpravodaj Anabell*, 2006, roč. 2, č. 3, s. 3-5.
4. ČERNÁ, R., STÍSKAL, O. *Druhy pomoci, psychoterapie, psychoterapeutických přístupů a dalších metod* [online]. [cit. 2010-12-06].
Dostupný z http://www.idealni.cz/druhy-pomoci--psychoterapie--psychoterapeuticky-ch-pristupu-a-dalsich-metod+terapie_show.asp?id=1657.
5. GRAVES, B. *Anorexia*. Capstone Press, 2000. 63 s. ISBN 0-7368-0431-5.
6. HAINER, V., et al. *Obezita: etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. Praha: Galén, 1997. 126 s. ISBN 80-85824-67-1.
7. HAINER, V., a kol. *Základy klinické obezitologie*. Grada Publishing, 2004. 356 s. ISBN 80-247-0233-9.
8. HRDLIČKOVÁ, L. Když se jídlo stane postrachem. *Psychologie dnes*, 2010, roč. 15, č. 1, s. 34-36.
9. CHUDOBOVÁ, N. Vývoj nutričního chování. *Zpravodaj Anabell*, 2006, roč. 2, č. 4, s. 15-16.
10. KOCOURKOVÁ, J., et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.
11. KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Obezita*. 1. vydání. Pardubice: Filip trend, 2001. 114 s. ISBN 80-86282-14-7.
12. KOLEKTIV AUTORŮ. *Manuál prevence v lékařské praxi, II. výživa*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1995.
13. KORECKÁ, T. *Kvalita života u chronicky nemocné populace, na příkladu mentální anorexie a mentální bulimie: bakalářská práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita Fakulta zdravotně-sociální, 2008. 45 s., 10 příl.
Vedoucí bakalářské práce Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

14. KRCH, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3.
15. KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178- 598-9.
16. KRCH, F. D. Mentální anorexie a bulimie. *Vesmír*, 1998, roč. 77, č. 9, s. 491.
17. KRCH, F. D., et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
18. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy – mezi nadváhou a vyhublostí* [online]. [cit. 2010-10-25]. Dostupný z http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=38.
19. KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003. 32 s.
20. KULHÁNEK, J. O primární prevenci aneb jak lze účinně předcházet poruchám příjmu potravy. *Zpravodaj Anabell*, 2009, roč. 5, č. 22, s. 4-6.
21. KULHÁNEK, J. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. [cit. 2010-11-30]. Dostupný z http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=2251.
22. KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 136 s. ISBN 80-247-0736-5.
23. LEIBOLD, B. *Mentální anorexie*. 1. vydání. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
24. MASTNÁ, B. *Nadváha a obezita: proč a jak tloustneme: boj s obezitou*. Praha: Triton, 1999. 47 s. ISBN 80-7254-067-X.
25. MÁLKOVÁ, I. *Poruchy příjmu potravy a obezita* [online]. [cit. 2010-11-10]. Dostupný z <http://www.stob.cz/odborne-clanky-poruchy-prijmu-potravy/poruchy-prijmu-potravy-a-obezita>.
26. MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D. *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-0.
27. NĚMEČKOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2002, roč. 2, č.3, s. 124-128.
28. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8.
29. PÁNEK, J., et al. *Základy výživy*. 1. vydání. Praha: Svoboda servis, 2002. 207 s. ISBN 80-86320-23-5.
30. RAČANSKÁ, L. *Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) u poruch příjmu potravy: diplomová práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita Fakulta

- zdravotně-sociální, 2009. 84 s., 3 příl. Vedoucí diplomové práce Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.
31. RŮŽIČKOVÁ, D. *Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie, mentální bulimie a orthorexie* [online]. [cit. 2010-10-23]. Dostupný z <http://rodina-deti.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy---mentalni-anorexie--mentalni-bulimie-a-orthorexie/>.
 32. SLADKÁ - ŠEVČÍKOVÁ, J. Zeptali jsme se uznávaných odborníků v České republice: „Jaký má podle vás vliv rodina či výchova na vznik poruch příjmu potravy?“. *Zpravodaj Anabell*, 2006, roč. 2, č. 4, s. 5-6.
 33. SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-795-7.
 34. STÁRKOVÁ, L. Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2009, roč. 9, č. 3, s. 112-116.
 35. SVAČINA, Š. *Obezita a psychofarmaka*. 1. vydání. Praha: Triton, 2002. 130 s. ISBN 80-7254-253-2.
 36. TOMANOVÁ, J. Vícerodinná terapie mentální anorexie. *Psychologie dnes*, 2005, roč. 10, č. 11, s. 30-32.
 37. VÍTEK, L. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4.
 38. *Základní informace o mentální bulimii*. idealni.cz [online]. [cit. 2010-12-02]. Dostupný z <http://www.idealni.cz/bulimie.asp>.
 39. *Základní informace o záchvatovitém přejídání*. pppinfo.cz [online]. [cit. 2010-10-15]. Dostupný z <http://www.pppinfo.cz/prejidani.asp>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Diety

BMI

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 1 – Dotazník (tučně jsou zvýrazněny správné odpovědi)

Milí studenti,
jmenuji se Michaela Kluiberová a studuji Zdravotně sociální fakultu v Českých Budějovicích. Chtěla bych vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, v níž se zabývám problematikou poruch příjmu potravy. Pokud budete ochotni dotazníku věnovat pár minut a odpovíte na všechny uvedené otázky, umožníte mi tím provést výzkumnou část této práce. Dotazník je anonymní a bude sloužit výhradně ke zpracování pro moji bakalářskou práci. Děkuji vám za spolupráci.
Kluiberová Michaela

Věk:

Výška:

A) muž

Váha:

B) žena

U některých otázek můžete zvolit i více odpovědí.

1. Mezi poruchy příjmu potravy patří:

A) mentální anorexie

B) mentální bulimie

C) záchvatovité přejídání

2. Víte, co je mentální anorexie?

A) ano

B) ne

3. Víte, co je mentální bulimie?

A) ano

B) ne

4. Znáte někoho, kdo trpěl (trpí) poruchou příjmu potravy?

A) ano

B) ne

5. Dokázali byste ve svém okolí rozpoznat osobu trpící některou z poruch příjmu potravy?

A) ano

B) ne

C) nevím

6. Víte, že mentální anorexie může být smrtelná?

A) ano

B) ne

7. Poruchami příjmu potravy trpí:

A) jen ženy

- B) jen muži
- C) **ženy i muži**

8. Mezi typické znaky mentální anorexie patří:

- A) **nízká tělesná hmotnost**
- B) **extrémní sledování tělesné hmotnosti a tvaru postavy**
- C) zvracení
- D) **nepřítomnost menstruace**

9. Mentální anorexie začíná u dívek nejčastěji ve věku:

- A) 10-14 let
- B) **13-20 let**
- C) 16-25 let

10. Mezi zdravotní důsledky mentální anorexie patří:

- A) **padání vlasů**
- B) **deprese**
- C) **osteoporóza**
- D) **snížená imunita**

11. Mezi typické znaky mentální bulimie patří:

- A) **přejídání**
- B) **zvracení**
- C) extrémně nízká tělesná hmotnost
- D) každodenní cvičení

12. Mentální bulimie začíná u dívek nejčastěji ve věku:

- A) 10-14 let
- B) 13-20 let
- C) **16-25 let**

13. Mezi zdravotní důsledky mentální bulimie patří:

- A) **problémy se zuby**
- B) **problémy s trávením a zažíváním**
- C) **deprese**
- D) zhoršování zraku

14. Co musí být součástí léčby poruch příjmu potravy?

- A) **výživa**
- B) **psychologická léčba**
- C) **psychiatrická léčba**
- D) **hormonální léčba**

15. Odkud získáváte informace o poruchách příjmu potravy?

- A) internet, časopisy, TV
- B) škola
- C) lékař
- D) rodiče
- E) jiné (vypište)

16. Absolvovali jste ve škole přednášku o poruchách příjmu potravy?
A) ano
B) ne
17. Myslíte si, že máte dostatek možností být informováni o poruchách příjmu potravy?
A) ano
B) ne
18. Věděli byste, na jaká pracoviště či odborníky se můžete obrátit v případě potřeby léčby poruch příjmu potravy?
A) ano (vypište)
B) ne
19. Drželi jste někdy dietu?
A) ano
B) ne
20. Myslíte si, že držení diet může být nebezpečné (a vést k poruchám příjmu potravy)?
A) ano
B) ne
C) ano i ne (v případě obezity je správně držená dieta prostředkem ke zlepšení zdraví jedince)
D) nevím
21. Setkali jste se někdy ve svém okolí s osobou, která držela dietu?
A) ano
B) ne
C) nepamatuji si
22. Odkud získáváte informace o módních redukčních dietách?
A) internet, časopisy, TV
B) škola
C) lékař
D) rodiče
E) jiné (vypište)
23. Slyšeli jste někdy pojem BMI (Body Mass Index)?
A) ano
B) ne
24. Víte, jak BMI vypočítat?
A) ano (vypište)
B) ne
25. Dokázali byste uvést optimální rozmezí hodnot BMI (tzn. hodnoty BMI vymežující normální váhu) pro váš věk?
A) ano (vypište) ...

B) ne

26. Znáte vaši vlastní hodnotu BMI?

A) ano (vypište)

B) ne

27. Pro podváhu je příznačné BMI:

A) **18,4 a nižší**

B) 18,5 a vyšší

C) 28,9 a nižší