

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra didaktických technologií

**Informovanost žáků SŠ v Táboře
o problematice poruch příjmu potravy**

Diplomová práce

Brno 2010

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Lenka Procházková

Autor práce:

Bc. Marta Němečková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury a informačních zdrojů. Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Brně dne 27. 2. 2010

Bc. Marta Němečková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Mgr. Lence Procházkové za odborné rady, trpělivost a připomínky při vedení mé diplomové práce. Děkuji žákům a pedagogům středních škol v Táboře, kteří se podíleli na výzkumné části práce.

OBSAH

ÚVOD	5
1 VÝZNAM VÝŽIVY PRO DĚTI A ADOLESCENTY	7
1.1 Vztah k jídlu a jeho vývoj	7
1.2 Činitele ovlivňující vztah k jídlu	9
1.3 Posouzení tělesné hmotnosti	12
1.4 Pyramida vyvážené stravy	13
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	17
2.1 Historie poruch příjmu potravy	17
2.2 Mentální anorexie / Anorexia nervosa /	19
2.3 Mentální bulimie / Bulimia nervosa /	22
2.4 Obezita	24
2.5 Nespecifické poruchy příjmu potravy	26
2.6 Prevence poruch příjmu potravy	28
3 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	31
3.1 Hospitalizační léčba	32
3.2 Ambulantní léčba	33
3.3 Odborné terapie	33
3.4 Občanské sdružení Anabell	37
4 INFORMOVANOST ŽÁKŮ SŠ V TÁBOŘE O PROBLEMATICE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	39
4.1 Výzkumný cíl práce, hypotézy	39
4.2 Charakteristika dotazníku a výzkumného souboru	39
4.3 Zpracování dat, výsledky výzkumu	41
4.4 Vyhodnocení hypotéz	62
4.5 Diskuse	63
ZÁVĚR	65
SHRNUTÍ	66
SUMMARY	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	67
SEZNAM VYOBRAZENÍ, TABULEK A PŘÍLOH	69
PŘÍLOHY	

Úvod

„Vše, co je v člověku krásné, je očima neviditelné“
Antoine de Sainte - Exupéry

Poruchy příjmu potravy je závažné téma, které je popisováno už od starověku. Počet dívek a mladých žen, které onemocní poruchami příjmu potravy, stále stoupá. Nebezpečné a v poslední době velmi rozšířené poruchy stravování jsou námětem diplomové práce.

Tělesnou hmotností se zabývá skoro každý z nás. Nespokojeností se svým tělem a strachem z tloušťky dnes trpí mnoho žen, ale i mužů. Mladé dívky obklopují nelehké otázky: „Dodržuji správné stravovací návyky? Je má tělesná váha v normě? Splňuji dnešní ideál krásy?“

Dnes nás média neustále „masírují“ informacemi, jak by mělo vypadat naše tělo, jak se líčit a co na sebe. Vnucují nám ideál krásy, který v dnešní době představuje velmi štíhlá modelka. Velmi štíhlé postavy modelky dosahují mnohdy drastickými metodami, které se zdravým životním stylem nemají vůbec nic společného (Mužík, 2007).

Narážky či připomínky na postavu, neúspěch ve škole, citové strádání, neúspěch v rodinném či pracovním prostředí, to vše může být prvním spouštěčem nebezpečných poruch příjmu potravy. Negativně ženy a dívky ovlivňuje reklama a časopisy, kde jen velmi štíhlá žena může být šťastná a úspěšná.

„Možná, že úvahami o dietách, tělesné hmotnosti a velikosti džínsů trávíme trochu víc času než je nám milé. A i když podobné myšlenky mohou být někdy bolestné, jsou jenom jednou z mnoha součástí našeho života, ve kterém jsou pro nás mnohem důležitější přátelé, škola, práce, sport, naše rodina, naše naděje, sny a plány, co budeme dělat, až skočíme školu, než to, kolik čeho jíme a kolik vážíme. Pro některé z nás se však myšlenky a starosti spojené s jídlem stanou důležitějšími než všechno ostatní. Tito lidé trpí poruchou příjmu potravy“ (Maloney, Kranzová, 1997, str. 6).

Problém závislosti na jídle je podobný závislosti na alkoholu, či drogách. Pro nemocného se stává jídlo hlavní náplní života.

Teoretická část diplomové práce se zabývá významem výživy pro děti a adolescenty, vztahem k jídlu a jeho vývojem. Popisuje poruchy příjmu potravy, informuje o jejich příčinách, zdravotních komplikacích a možnostech léčby onemocnění. První kapitola je věnována významu výživy pro děti a adolescenty, vztahem k jídlu a jeho vývojem. Shrnuje základní informace o vztahu k jídlu a popisuje činitele, které jej ovlivňují. Pozornost je věnována pyramidě vyvážené stravy. Druhá kapitola se zabývá poruchami příjmu potravy z hlediska historie, charakteristiky, diagnostiky a prevence. Možné způsoby léčby jsou obsahem třetí kapitoly.

Empirická část práce zjišťuje úroveň informovanosti studentů středních škol v Táboře o problematice poruch příjmu potravy. Cílem práce je sledovat a následně vyhodnotit odpovědi na otázky odkud se studenti dovídají o poruchách příjmu potravy, zda jsou studenti spokojeni se svým vzhledem, mají-li zkušenosti s dietou za účelem snížení tělesné váhy. Výzkumná část práce porovná rozdíly mezi odpověďmi chlapců a dívek. Výsledky této studie jsou prezentovány v závěru práce. Ucelené informace z výzkumného šetření budou předány formou PowerPointové prezentace na střední školy, kde dotazníkové šetření probíhalo.

Přehled zařízení poskytující služby v oblasti poruch příjmu potravy, dotazník pro žáky středních škol v Táboře a prezentace s výsledky výzkumu jsou přílohy, které diplomovou práci uzavírají.

1 Význam výživy pro děti a adolescenty

Výživa nás doprovází od početí až po poslední dny života. Stravování je zvyk, který nejvíce ovlivňuje naše zdraví. Je to proces dobrovolně vědomý. Stravovací návyky se vytváří tradicemi a výchovou.

Správná výživa je důležitá zejména v období vývoje a růstu dětí a dospívajících. Správná výživa je taková výživa, která tělu zajistí pravidelný a dostatečný přísun energie a všech živin, které jsou důležité pro zdravý růst a vývoj organismu, a tím slouží k udržení dobré kondice po celý život. Pestrá strava spolu s pohybovou aktivitou je jedním z hlavních předpokladů pevného zdraví (Mužík, 2007).

O vlivu výživy na zdraví člověka není pochyb. Často se dopouštíme stravovacích zlovyků, zejména co se týká skladby stravy, vyváženosti a biologické hodnoty. Jednostranná, nadměrná, nedostatečná a nepravidelná strava je závažnou problematikou ve výživě dětí a adolescentů. Správná výživa odpovídá racionální stravě dostatečně pestré, která obsahuje optimální poměr živin pro rostoucí organismus (Mužík, 2007).

Kunová (2004) uvádí, že ve vyspělém světě je patrná tendence ke zdravému životnímu stylu u lidí vzdělanějších, zatímco nižší sociální vrstvy inklinují k výběru potravin zejména na základě rychlosti a ceny. Základům zdravé výživy se dítě učí v rodině. Rodiče jsou vzorem, který bude dítě více či méně v dospělosti kopírovat.

Jídlo se pro dítě stává více než biologickou potřebou. Uspokojuje jeho emoční a psychosociální potřeby. Pomáhá mu začleňovat se do života dospělých. S rostoucím věkem dítě rozhoduje o své výživě, výběru potravin, osvojuje si poznatky o složení pokrmů a jejich vlivu na zdravotní stav (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

1.1 Vztah k jídlu a jeho vývoj

Jídlo doprovází člověka celý život. Určuje vývoj jednotlivých struktur, systémů, určuje vývoj těla. Přispívá k formování vztahu dítěte ke společnosti i sobě samému. Dítě si vytváří samo vztah ke všemu, co je obklopuje. Na vytváření vztahu k jídlu se podílí denní rytmus, zábava, školní proces, pracovní povinnosti, rekreace apod. (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

Pro přežití každého mláděte je životně důležité, aby bylo vybaveno mechanismy, které mu umožňují získat potravu. Příjem potravy u novorozence začíná sáním. Jestliže v raném věku kojence tekutá strava uspokojuje, vytváří se pozitivní vztah k jídlu. Uspokojení je důležitým psychologickým procesem, který není dán pouze množstvím a kvalitou mléka. Negativní vztah matky ke kojení, nervozita a psychická nevyrovnanost to vše narušuje výživový stav kojence. Negativně ovlivňuje další vývoj vztahu k jídlu. V době, kdy je dítě převáděno na polotuhou a postupně tuhou stravu, rozšiřuje se množství chutí, barev a vůní podávaných pokrmů. S novými chutěmi se seznamují kojenci v období mezi 4. - 6. měsícem života. Během prvního roku života dítě získává zkušenosti s pokrmy, seznamuje se s pokrmy tuhými, sladkými, kyselými. Soudí se, že člověk jako savec, má vrozenou oblibu sladkého, stejně jako odpor k hořkému, kyselému a slanému. Podávanou stravu vnímá zrakem i čichem. Odpor k jídlu může vzniknout naráz z různých příčin. Chuť se spojí se špatným zážitkem, například s nevhodným chováním dospělého. Děti mívají strach z neznámého a nového jídla. Odpor se může vyskytnout u dětí, jestliže je jim pokrm podáván v neznámém prostředí, na návštěvě, v restauraci, v mateřské škole, do které teprve začínají chodit. V tomto případě pomáhá chování dospělých, kteří jsou pro dítě vzorem (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

Jak uvádí Vágnerová (2000) dítě pozoruje skutečné chování lidí. Pokud se určité situace opakují, dítě si může zobecnit, jaká pravidla zde platí.

Mezi 4. – 5. rokem dítěte bývá již upevněna škála averzí k potravinám a pokrmům, které přetrvávají do dospělosti. Chuťové zvyklosti a nutriční návyky se v dospělém věku mění obtížně (Fraňková, Dvořáková – Janů, 2003).

Jak uvádí Fialová (2006) současný životní styl většiny lidí žijících ve vyspělých zemích se vyznačuje nedostatkem tělesné práce a pohybu, častými psychickými stresy, kouřením a je doprovázen nadbytkem velmi snadno dostupných a energeticky bohatých potravin.

Taková výživa je charakterizována:

- nadměrným příjmem energie;
- přílišnou konzumací tuků;
- nedostatkem polynenasycených mastných kyselin a komplexních sacharidů;
- malým příjmem vlákniny;
- sníženým přísunem vitamínů a minerálů.

1.2 Činitelé ovlivňující vztah k jídlu

Rodina – je prvním zdrojem zkušeností s potravou. Rodina formuje vztah dítěte k okolí. Pro vztah pro jídlo je důležité působení a vzájemná interakce mnoha faktorů. Pařízková, Lisá (2007, str. 197) píše: „*Rodina je prostředí, ze kterého dítě přebírá návyky, jež ho budou provázet celý život. Z toho vyplývá nutnost vést dítě k vytváření adekvátních stravovacích a pohybových návyků již od raného dětství.*“

Rodina navazuje na tradice jídelních zvyklostí minulých generací. Vztah k jídlu v nejchudších společnostech světa je jednoznačný, určuje jejich přežití. Nelze říci, že vztah k jídlu sourozenců jedné rodiny je stejný nebo podobný. Ani výzkumy jednovaječných dvojčat nedávají přesvědčivé důkazy o jejich shodách. Jestliže starší sourozenec pomluví jídlo, ať ve školní jídelně nebo doma, je to chápáno mladším sourozencem jako vyjádřením „autority“ a tento názor je snadno přejímán. Mladší sourozenec často napodobuje staršího bratra nebo sestru nejen v hodnocení jídla, napodobuje i názory, slovní výrazy, hodnocení událostí. Dnešní doba je uspěchaná, ale je dobré najít si čas alespoň na rodinné večeře, víkendové snídaně, nedělní a sváteční obědy. Dohodnutý rituál jídel, zvyk společného stolování - umožňuje vznik rodinné diskusní skupiny, kde se mohou řešit aktuální problémy či oceňovat úspěchy jednotlivých členů. V naší společnosti pozorujeme mizení společných rodinných chvil u jídla. Ztráta tradic, spojených s jídlem, má negativní stránky. Souvisí s úpadkem rodinného života, stálosti, pravidelnosti, což jsou činitelé, velice důležité pro harmonický duševní vývoj dítěte. Současná společnost prodělává prudké změny, které zasahují i do nutričních zvyklostí rodiny. Většina českých rodin si odvykla jíst společně, zhoršila se kultura stolování a nápadně se zvýšila konzumace alkoholických nápojů a sladkostí (Fraňková, Dvořáková – Janů, 2003).

Vrstevníci – vztah k jídlu také odráží pozici dítěte v kolektivu. Vůdce skupiny vytváří vlastní normy chování. Začíná to značkou oblečení, výší kapesného, ale i vztahem k jídlu. Dívky školního věku pro strach z tloušťky často odmítají hodnotné jídlo (Vágnerová, 2000).

Vágnerová (2000, str. 244) píše: „*Na počátku dospívání jsou vrstevnické party převážně složeny z jedinců jednoho pohlaví. Vrstevníci se stávají neformálními autoritami, které mohou mít za určitých okolností větší vliv než dospělí. Vrstevníci slouží jako zdroj sociálního učení. Pubescenti ve skupině napodobují jeden druhého, resp. většina napodobuje vůdce party, který má značnou neformální autoritu.*“

Poruchy vztahu k jídlu – k těmto poruchám může dojít v každém věku. Poruchy vztahu k jídlu mohou mít různé projevy a příčiny. Ze spouštěcích mechanismů to mohou například být: týrání a zneužívání dítěte, psychická traumata, metabolické defekty, genetické odchylky. Paranoici mohou mít bludné představy o jídle, mohou mít strach z toho, že je jídlo otrávené. Schizofrenici provádějí s jídlem různé rituály, jedí i nepoživatelné předměty. Epileptici mívají sny o jídle, objevují se u nich čichové halucinace (Fraňková, Dvořáková – Janů, 2003).

Úplné odmítání jídla – krátkodobé odmítání jídla může být dáno tím, že dítě „nemá čas“ na jídlo, je zaměřeno na hry, na kamarády. Úplné odmítání jídla může být součástí příznaků dětského autismu, mentální anorexie (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

Závislost na určitých potravinách – závislost např. na kávě, čokoládě, hranolcích, sušenkách jsou projevem narušeného vztahu k jídlu. Jídlo ovládá člověka a nikoliv, že člověk ovládá jídlo a svobodně reguluje jeho příjem. Obliba některého pokrmu se může stát návykem (Fraňková, Dvořáková – Janů, 2003).

Vybíravost – obvykle se vyskytuje tam, kde je dostatek nebo nadbytek jídla. U malých dětí může být projevem neofobie /strach z nového neznámého jídla/. Někdy má vybíravost tak extrémní podobu, že si dítě omezuje příjem potravy, jí pouze 2 -3 potraviny s převahou sacharidů, například chipsy, sušenky (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

Vliv sdělovacích prostředků na vztah k jídlu – televizní reklamy jsou často cíleny na dětskou populaci. Hlavně malé děti neumějí kriticky hodnotit, co jim reklama nabízí. Reklama může být zkreslující až klamavá. Je na nás, jak si všechny informace přebereme, zda je budeme vnímat jako pravdivá fakta, nebo budeme o nich vždy pochybovat a přemýšlet (Mužík, 2007).

Podle (Ladishové, 2006) lze zmírnit negativní vliv reklamy na vztah k jídlu dodržením těchto postupů:

- omezit čas, který děti tráví před televizorem, zejména tehdy není-li na blízku dospělá osoba, jež by jim případně hned vysvětlila, že vysílaná reklama není odrazem reality;
- usměrnit děti při čtení časopisů, které vyzdvihují ideál štíhlosti za účelem reklamy k propagaci nákupu určitých výrobků;
- odmítat tvrzení, že mládí a štíhlost, nabyté za cenu ohrožení zdraví, jsou prostředky k dosažení štěstí;
- nečíst časopisy, nesledovat reklamu ani televizní relace, které propagují takovéto pochybné ideály.

Mýty o výživě

- Mýtus - je jedno, co jíme. Většina nemocí je stejně dědičná. Pravda - podle výzkumů je možné svůj zdravotní stav ovlivnit životním stylem až ze 30 %. Jedním z jeho hlavních faktorů je pochopitelně i jídelníček, který se na našem zdravotním stavu může podepsat jak v pozitivním, tak i v negativním směru.
- Mýtus - teplé jídlo 2x denně je nutnost. Není, avšak neustále bychom měli mít na paměti zásady vyvážené stravy.
- Mýtus - polévka je nezbytnou součástí oběda. Pravda - polévku není nutné podávat vždy, záleží na složení oběda. Polévka může povzbudit chuť k jídlu, v chladnějších dnech může zahřát, sytější polévku můžeme podávat i jako samostatné jídlo.
- Mýtus - více tuku = více cholesterolu. Pravda - množství tuku v potravinách množství cholesterolu neovlivňuje.
- Mýtus - dítě z oplácenosti vyroste. Pravda - dětský věk je specifický tím, že dochází k růstovým skokům – v některých obdobích výška stagnuje a pak dítě najednou hodně vyroste. Rodiče by však na to neměli spoléhat a měli by udržovat správnou životosprávu dítěte s dostatkem pohybu.
- Mýtus - dítě je třeba nutit, aby vše dojídalo. Pravda - rodiče by měli vědět, kdy má dítě už dost a jaké jídlo mu chutná či nechutná. Pokud budou dítě do jídla nutit, může si k němu vypěstovat odpor.

- Mýtus - dítě musí mít denně maso. Pravda - nemusí, avšak strava dítěte by měla být pestrá a vyvážená, proto maso z jídelníčku nevynecháváme.
- Mýtus - je jedno, jaké mléčné výrobky dítě dostává. Pravda - dítě potřebuje ke svému růstu také kvalitní mléko a mléčné výrobky. Vhodnější jsou výrobky se sníženým množstvím tuku a prospěšné jsou i zakysané mléčné výrobky (Vyzivadeti [on-line], 2009).

1.3 Posouzení tělesné hmotnosti

BMI – Body Mass Index je používán k určení nadváhy či obezity, je nejjednodušším orientačním výpočtem pro posouzení optimální tělesné hmotnosti jedince. BMI vzájemně porovnává výšku a hmotnost člověka a určí, zda váha je v normě či nikoliv. Tato metoda je určena pro běžnou populaci. Obtížně se určuje u sportovců, dětí, těhotných a kojících. Používá se u dospělých, jeho doporučené hodnoty (norma od 20 - 25) však nejsou v dětském věku směrodatné. Pro BMI jsou vytvořeny percentilové grafy (Fořt, 2001).

Procházková (2007) uvádí, že indexové číslo vypočítané z poměru tělesné výšky a hmotnosti nelze chápat jinak, než jako orientační výpočet, protože samotná váha těla jako taková poskytuje pouze bezvýznamné číslo nic neříkající o složení těla. I přesto se jedná o nejpoužívanější kalkulaci k výpočtu indexu ukazující na problém nadváhy a obezity.

Výpočet BMI:

$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná hmotnost (kg)}}{\text{tělesná výška (m}^2\text{)}}$$

Tabulka č. 1: Body Mass Index (Anabell [on-line], 2009).

Tabulka je určena pro věkovou kategorii od 18 let.

	Muži	Ženy
Podváha	BMI < 20	BMI < 19
Normální váha	20 – 24.9	19 – 23.9
Nadváha	25 – 29.9	24 – 28.9
Obezita	30 – 39.9	29 – 38.9
Těžká obezita	BMI > 40	BMI > 39

1.4 Pyramida vyvážené stravy

Strava by měla být pestrá, biologicky hodnotná a přiměřeně energeticky bohatá.

Potravinová pyramida je doporučení ke správné skladbě výživy.

Potravinová pyramida má čtyři patra a skládá se celkem z šesti potravinových skupin.

1. obiloviny, rýže, těstoviny, pečivo
2. zelenina
3. ovoce
4. mléko a mléčné výrobky
5. maso, masné výrobky, ryby, vejce, luštěniny
6. cukr, sůl, tuky



Zobrazení č. 1: (Vyzivavnemoci [on-line], 2009).

Jednotlivé potravinové skupiny jsou v pyramidě seřazeny do pater. Základnu tvoří potraviny, které bychom měli jíst nejvíce, ve vrcholu pyramidy jsou potraviny, které bychom měli konzumovat s mírou.

Konkrétně platí, jak uvádí Mužík (2007):

Obiloviny jsou základnou potravinové pyramidy. Denně bychom měli sníst 3 – 6 porcí. Jednou porcí se rozumí 1 rohlík, houska či krajíc chleba nebo 1 miska ovesných vloček, müsli, nebo kopeček rýže či těstovin.

Ovoce a zelenina sdílí společně druhé patro potravinové pyramidy, potřebujeme ji jíst ve vysokém množství. Ovoce 2 – 4 porce, zeleninu 3 - 5 porcí denně.

Ve třetím patře potravinové pyramidy sídlí potravinové skupiny mléko a mléčné výrobky s nimi maso, masné výrobky, ryby, vejce, luštěniny. Mléka a mléčných výrobků zařazujeme do jídelníčku denně 3 - 4 porce. Masa, masných výrobků, ryb, vajec, luštěnin zařazujeme do jídelníčku denně 1 – 3 porce.

Čtvrté patro pyramidy obsadila skupina tuků, cukrů a solí. Velké množství organismu člověku škodí. Maximální jednou denní porcí se rozumí 10g cukru nebo 10g tuku.

Odborníci působící v oblasti výživy uvádějí pro jednu porci charakteristiku, ve které platí, že čím více energie potravinu obsahuje, tím menší je její porce.

Doporučené denní dávky jednotlivých živin

Vedle potravinové pyramidy, která poskytuje orientační informace o skladbě jídelníčku, odborníci sestavili také tabulky doporučených denních dávek jednotlivých živin. Hodnoty doporučených denních dávek jsou přizpůsobeny potřebám dětského organismu v jednotlivých růstových obdobích, v některých případech se liší i podle pohlaví dítěte.

Tabulka č. 2: Doporučené denní dávky jednotlivých živin (Vyzivadeti [on-line], 2009).

	Děti od 4 do 7 let	Děti od 7 do 10 let	Děti od 10 do 13 let	Děti od 13 do 15 let	Děti od 15 do 19 let
Energie					
kJ	5800 – 6400	7100 – 7900	8500 – 9400	9400 – 11200	10500 – 13000
kcal	1400 – 1500	1700 – 1900	2000 – 2300	2200 – 2700	2500 – 3100
Základní živiny					
Bílkoviny (g)	17 15	24	34	45	46 60
Sacharidy (g)	> 170 – 188	> 209 – 232	> 250 – 276	> 276 – 329	> 308 – 382
Vláknina (g)	9 – 12	12 - 15	15 – 18	18 – 20	20 - 24
Tuky (g)	45 – 53,4 50,5 – 59	56 – 65 62,3 – 72,8	67 - 78 74 – 86,6	74 – 86,6 88,4 – 103,1	82,8 - 102,6
Nenasycené mastné kyseliny					
n-6 (% energie)	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
n-3 (% energie)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Cholesterol (mg)	300	300	300	300	300
Minerální látky					
Vápník (mg)	700	900	1100	1200	1200
Hořčík (mg)	120	170	250 230	310	350 400
Železo (mg)	8	10	15 12	15 12	15 12

Jód (µg)	120	140	180	200	200
Vitaminy					
A (mg)	0,7	0,8	0,9	👤 1,0 👤 1,1	👤 0,9 👤 1,1
D (µg)	5	5	5	5	5
B1 (mg)	0,8	1	👤 1,0 👤 1,2	👤 1,1 👤 1,4	👤 1,0 👤 1,3
B2 (mg)	0,9	1,1	👤 1,2 👤 1,4	👤 1,3 👤 1,6	👤 1,2 👤 1,5
B6 (mg)	0,5	0,7	1	1,4	👤 1,2 👤 1,6
B12 (µg)	1,5	1,8	2	3	3
Kyselina listová (µg)	300	300	400	400	400
C (mg)	70	80	90	100	100
Tekutiny					
Celkem (l/den)	1,6	1,8	2,15	2,45	2,8
Z nápojů (ml/kg/den)	75	60	50	40	40

2 Poruchy příjmu potravy

Chování a jednání člověka, které je spojeno s potravou, představuje složitý systém, v němž může dojít k poruchám na různých regulačních úrovních, v komunikaci mezi morfologickými a funkčními jednotkami. K poruchám příjmu potravy může dojít při nedostatečné výživě, při nesprávném poměru mezi důležitými složkami diety nebo při nadměrném přívodu živin, uvádí (Fraňková, Dvořáková – Janů, 2003).

Podle Marádové (2007) příčinu rostoucího počtu poruch příjmu potravy vidí většina odborníků v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost. Zdravotní výhody štíhlosti jsou přeháněny, kdežto škodlivým důsledkům razantního omezování v jídle není věnována pozornost.

2.1 Historie poruch příjmu potravy

Popis poruch podobný anorexii a bulimii se dochoval již v hieroglyfech ze starověkého Egypta a perských manuskriptech. Pergamenové svitky z dob dávných dynastií rovněž zmiňují stádia hladovění a přejídání se, podobné těm, jaké známe z dnešních poruch příjmu potravy (Ladishová, 2006).

Historie poruch příjmu potravy sahá do daleké minulosti. Po řadu staletí odmítání jídla nebylo pokládáno za patologický jev. Dodržoval se půst jako součást sebetrestajících nebo asketických praktik křesťanů. Dlouhodobé odmítání jídla vyvolávalo úvahy o nadpřirozených silách. Odmítání jídla začalo být známkou duševní poruchy. V období středověku u mnoha věřících žen, měl závažnou roli v životě půst. V této době se objevují „zázračné panny“ – mladé adolescentní dívky, které tvrdily, že přijímají malé množství stravy nebo že nejedí vůbec. Řada lékařů byla přesvědčena, že vynechání potravy je zázrak způsoben božím přičiněním (Krch a kolektiv, 2005).

„Už po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Dlouho známý je například jev zvaný ruminace neboli vracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Od starověku je také známa pica, touha po bizarních jídlech, nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci. Také obezita, která je fyzickým projevem nadvýživy, byla už rozpoznána v plastikách doby kamenné“ (Krch, 2005, s. 27).

Čerpáno a upraveno podle (Fraňkové, Dvořákové – Janů, 2003):

Příznaky mentální anorexie popsal Galén již v minulém století. Na psychologické příčiny extrémního hladovění upozornil Morton v roce 1689 v díle „Phthisiologia, se excitationes se phthisi tribus libris comprehensae“. Patologický stav nazval „nervózní jedení“. K rozšíření mentální anorexie přispěly estetické normy společnosti o ženském ideálu. V roce 1908 byl v Paříži předveden nový módní směr, který začal zdůrazňovat přirozenou velmi štíhlou linii.

Snahy dívek přiblížit se tomuto ideálu vedly k pocitům neuspokojení, méněcennosti při konfrontaci vlastních proporcí se svými štíhlými ideály. Nastoupila éra redukčních diet a režimů, která trvá až po současnost.

Bulimické stavy byly pozorovány již v 1. století př. Kr., kdy se při slavnostech podávala dávidla, aby se ulevilo přeplněnému žaludku. První příznaky byly popsány v roce 1800. Americký psychiatr Gerald Russell v roce 1979 navrhl termín „bulimia nervosa“, kterým označil silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí. Od této doby se datuje extenzivní studium bulimie. V 18. století nozologové rozlišovali sedm druhů bulimie. Čtyři z nich byly symptomatické provázeny dalšími příznaky jako průjmem, křečemi, cizopasníky. Primární bulimie byla rozdělována do tří kategorií: bulimia helluonum (nadměrný hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu), bulimia emetica (přejídání se zvracením). Internisté v Německu a Francii považovali bulimii za projev špatného trávení (Fraňková, Dvořáková – Janů, 2003).

Historie přejídání je stejně stará jako dějiny odmítání jídla. Na jarmarcích se vedle zřůd a dalších atrakcí předváděli jedlíci. Pojmem Fames canina (psí hlad) byla ve starověku označována nenasytná žravost, podobná chování psa, následována zvracením. Pojem bolimos – zlý démon, původně znamenal velký hlad. Podle filologů výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad), popisuje velký hlad, při kterém by člověk snědl celého vola. Přejídání a zvracení patřily k symptomům hysterie (Krch a kolektiv, 2005).

„Bezpochyby nejlépe popsanou kasuistiku (přestože případ byl chybně diagnostikován jako schizofrenie) publikoval v roce 1944 švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger. Je to působivý příběh Ellen Westové, jejího neúnavného zápasu se štíhlostí a boje s bulimií, která ji dovedla až k násilnému zvracení a extrémnímu nadužívání laxativ“ (Krch a kolektiv, 2005).

2.2 Mentální anorexie /Anorexia nervosa/

Mentální anorexie jak uvádí Ladishová (2006) je nemoc, jejíž neléčení může mít smrtelné následky. Charakteristické pro toto onemocnění je odmítání jídla a úbytek hmotnosti. Účinky anorexie na organismus jsou výsledkem podvýživy. V celkovém statistickém posouzení jsou 90 – 95 % anorektiků ženy. Mentální anorexií trpí 1 – 3 % žen. Následkem této nemoci umírá 5 – 20 % nemocných. Mentální anorexie se obvykle objeví na začátku adolescence, ačkoli stále častěji jsou případy jejího výskytu u malých dívenek a není vyloučeno, že se objeví také u dospělých žen.

„Některé anorektičky se zajímají jenom o jídlo a diety. Hodně se stýkají s lidmi, ale konverzace se točí výhradně kolem jídla, váhy a vzhledu. Nutkavě nakupují vybrané lahůdky, nebo požadují, aby je pro ně sháněli ostatní. Potom sice odmítají jídlo sníst, ale i nadále je vyžadují. Jiné jsou posedlé jídlem a vařením. Sbírají recepty a pro přátele a rodinu připravují speciality, které však samy nejedí“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 62).

Diagnostická kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10, jak uvádí Krch (1999)

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň. Prepubertální pacienti nesplní během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný tím, že se vyhýbá jídlům "po kterých se tloustne". Užívá prostředků na snížení hmotnosti jako: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Přetrvává strach z tloušťky, obavy z dalšího tloustnutí.
- Projevuje se ztráta sexuálního zájmu, ztráta menstruace.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny nebo zastaveny.

Specifické typy mentální anorexie, jak uvádí Krch, 2005

- Nebulimický (restriktivní) typ – u nemocného mentální anorexií nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- Bulimický (purgativní) typ – u nemocného mentální anorexií dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Fyzické příznaky mentální anorexie, upraveno dle Ladishové (2006)

- infekce, které se špatně nebo vůbec nehojí;
- pocit zoufalství, který anorektičky připisují tomu, že nejsou schopny zhubnout;
- deprese, nespavost, únava, slabost;
- snížená citlivost rukou a nohou;
- podrážděnost, nesoustředěnost;
- předčasně dochází k osteoporóze (řídnutí kostí), což způsobuje jejich větší křehkost a lámavost;
- tep srdce je pomalejší, krevní tlak příliš nízký, pacientce hrozí mdloby a dokonce srdeční záchvat;
- nízká teplota těla, tělo se pokryje jemným ochlupením ve snaze uchovat si tělesné teplo;
- ztrácí se svalová hmota a síla;
- dehydratace, v jejímž důsledku hrozí ledvinový záchvat;
- suché, lámavé vlasy, zašedlá pleť.

„Každý strach, každý pocit ohrožení se měnil v hlad, který mi dával jistotu a bezpečí. Jenže tělo o sobě začalo dávat vědět. Padaly mi chumáče vlasů, nemohla jsem dýchat. Třeba tři týdny jsem nešla na záchod. Snad největším utrpením byla moje zimomřivost. Ať jsem si oblékla cokoli, nemohla jsem se zahřát. Přicházely těžké alergické záchvaty, olupovala se mi kůže i nehty, pořád jsem měla pocit, že mi vynechává srdce“ (Dvořáková, 2009, s. 95).

Faktory vzniku onemocnění mentální anorexie, upraveno podle Krch (2005)

Biologické faktory:

- ženské pohlaví, stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší;
- s rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá nespokojenost s tělem;
- nepravidelný menstruační cyklus může v některých případech předcházet mentální anorexii;
- typickým obdobím vzniku mentální anorexie je puberta;
- hormonální nerovnováha.

Životní události:

- závažné obtíže, závažná životní událost může spustit onemocnění mentální anorexie;
- stresující události (první menstruace, odmítnutí vrstevníků, problémy s rodiči);
- narušení rodinných vztahů;
- sexuální zneužívání.

Rodinné a genetické faktory:

- matky anorektičky nebezpečným vzorem chování ohrožují zdravé jídelní postoje dětí;
- výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci se pohybuje v rozmezí 3 – 10 %.

Emocionální faktory:

- známky deprese;
- odpor vůči autoritě;
- vnitřní bolest.

Psychické a společenské důsledky mentální anorexie, jak uvádí Krch (2002):

- nálada je závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly;
- přibývá nejistoty a úzkostných prožitků;
- silná vnitřní tenze, úzkostná sebekontrola;
- v myšlenkách se neustále zabývají jídlem;
- pocity hladu, sytosti a chuti ztrácí svojí regulační funkci;
- pracovní tempo, pozornost a intelektová výkonnost, se zhoršuje;
- posiluje se závislost nemocného na jeho okolí;
- vzrůstá egocentrismus a vztahovačnost, ubývá společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím.

„Zapadlé, unavené oči, suchá pokožka napjatá přes vystouplé kosti, příliš jemné, řídké vlasy, 35, 40 nebo 45 kilogramů tělesné váhy na 165, 170 nebo 175 centimetrů tělesné výšky. Tak vypadá mnoho děvčat, které poprvé přicházejí do ambulance pro poruchy příjmu potravy“ (Krch, 2002, s. 9).

2.3 Mentální bulimie /Bulimia nervosa/

Mentální bulimie je posedlost jídlem a sledování tělesné hmotnosti charakterizovaná opakovanými záchvaty přejídání, po nichž následuje kompenzační chování, například záměrně vyvolané zvracení či nepřiměřený tělesný pohyb. Lidé trpící mentální bulimií své chování zpravidla pečlivě tají, jde však v podstatě o určitý způsob zvládání stresu a emoční zátěže. Ačkoli bulimické chování může začít jako zdánlivě nevinný pokus zhubnout, zpravidla se cyklus záchvatovitého přejídání a vyprazdňování postupně stává návykovou formou úniku před nejrůznějšími problémy. Statistické údaje výzkumu ukazují, že asi 5 % žen v období adolescence a mladší dospělosti splňuje přísná klinická kritéria pro diagnózu mentální bulimie (Hall, Cohn, 2003).

„Když jsem byla malá, jedla jsem hrozně málo. To trvalo až do mých čtrnáctých narozenin, kdy jsem téměř sama snědla narozeninový dort. Začala jsem normálně jíst, ale za čas jsem si začala myslet, že jsem tlustá a že musím držet dietu. Roztočil se kolotoč: dieta, stále vydatnější jídla a zase dieta. Jídlo se pro mě stalo drogou. Nemohla jsem přestat jíst, dokud jsem nebyla plná jako žok. Nejhorší bylo, když jsem začala zvracet – o to víc jsem se potom cpala. Než jsem se začala léčit, prožívala jsem hrozné období výčitek, strachu, že mě někdo přistihne, strachu z tloušťky, strachu ze strachu. Jídlo mi bylo vším, slastí i strastí zároveň. Přišla jsem o spoustu kamarádů i zájmů“ (Krch, 2000, s. 14).

Diagnostická kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10, jak uvádí Krch (1999)

- Opakované epizody přejídání, při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- Silná touha po jídle, neustálé zabývání se jídlem.
- Snaha potlačit "výkrmný" účinek jídla vyprovokovaným zvracením, zneužíváním projímadel, střídavá období hladovění, užívání anorektik, diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
- Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí.
- Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie.

Specifické typy mentální bulimie, jak uvádí Krch (2005)

- Purgativní typ – nemocný mentální bulimií pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa, diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.
- Nepurgativní typ – nemocný mentální bulimií používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení.

Fyzické příznaky mentální bulimie dle Krcha (2000)

- opakované zahajování a přerušování diet vede ke zvýšení tělesné váhy (jojo efekt);
- opakované zvracení způsobuje erozi zubní skloviny, nevratné poškození zubů, otok slinných žláz pod čelistí, zranění krku, zvědovatěný jícen, chraplavý hlas;
- opakované zvracení vede též k oslabení svěrače jícnu, narušuje rovnováhu tělesných tekutin a solí, nízká hladina draslíku způsobuje nepravidelnost srdečního tepu;
- závislost na laxativech, k dosažení žádoucího účinku je pak zapotřebí stále vyšší množství dávek;
- poškození střevní stěny, zácpa;
- ztráta tekutin – suchá pleť, dehydratace, edém;
- kožní vyrážky;
- bolest v břiše.

„Víte, co je na bulimii nejhorší? Že vás naprosto ovládá. Můžete si stokrát sami říkat, že už to nikdy neuděláte, že je to odporné, že se vám to přičí. Nepomůže to. Druzí (až se jim přiznáte a svěříte) vám mohou radit, že se musíte změnit, najít si správné stravovací návyky, mít ráda sama sebe. Přijde záchvat a naráz zapomenete na všechno. Jako by všechna předsevzetí i dobře míněné rady zmizely, nedbáte na peníze, na špinavý záchod či koupelnu, kde právě zvracíte, necítíte zvratky a už v tom lítáte. Je vám to jedno. Zpočátku je to docela pohoda. Najíte se, vyzvracíte se a jde se dál. Stane se to jednou, dvakrát, desetkrát. Pak zjistíte, že se ukrýváte před okolím, stahujete se do soukromí – protože tam vás nikdo nevidí, jak se cpete a jak zvracíte. Přijdou různé fyzické projevy – máte odulé oči, nateklé slinné a lymfatické žlázy, opuchlé břicho, jste unavení, potíte se studeným potem. Po nějaké době však nastanou potíže ještě horší,

psychické. Deprese, pocity viny, potíže se spánkem... Dostat se do takového stavu lze velice snadno, o to hůř se hledá cesta zpět“ (Sladká – Ševčíková, 2003).

Faktory vzniku mentální bulimie, čerpáno (Hall, Cohen, 2003):

- psychické poruchy, deprese;
- nízké sebehodnocení;
- psychické konflikty z dětství;
- tlak ze strany společnosti;
- traumatické změny (ukončení studia, odchod z domova, úmrtí blízkého).

„Začalo to v patnácti, když se mnou rozešel kluk. Myslela jsem si, že mně nechal, protože jsem tlustá“ (Hall, Cohn, 2003, s. 8).

Psychické a společenské důsledky mentální bulimie, jak uvádí Krch (2003):

- nálada nemocných je depresivní, podrážděná;
- nejistota, úzkostné prožitky;
- snížení koncentrace pozornosti;
- snížení pracovního tempa, únava;
- ubývá společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím;
- myšlenky se stále zabývají jídlem, chutí na sladké a roste nutkání přejídat se.

2.4 Obezita

Obezita je chronické onemocnění, spojené s řadou jiných poruch. Jde o významný rizikový faktor, který se podílí na vzniku a rozvoji závažných somatických nemocí. Bývá nazývána „epidemie třetího tisíciletí“. Vyskytuje se již u dětí předškolního věku.

Termín obezita pochází z latinského slova *obesus* – v překladu znamená tučný, otlý, vypasený, dobře živený. Byl prokázán vztah mezi zvýšenou tělesnou hmotností spolu s energeticky příliš bohatou stravou a vznikem rakoviny tlustého střeva, prsu, ledvin, děložního čípku a jiných orgánů. Problém obezity se v současné době týká nejen dospělých, ale i dětí a dorostu. Hlavní příčina je uváděna změnou prostředí a životního stylu, je výsledkem vlivu prostředí a faktorů genetických.

Obezita je chronické onemocnění, které se projevuje nadměrným ukládáním tuku v tukové tkáni. Obezitou se rozumí vyšší stupeň nadváhy (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

Příčiny vzniku obezity:

Upraveno podle (Obezita [on-line], 2009).

- Výživa – nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie, přejídání, změny ve složení potravy (vyšší příjem jednoduchých sacharidů a tuků). Režim v příjmu potravy – často jsou vynechávány snídaně, nejvyšší energetický příjem je večer.
- Genetické dispozice – geneticky je obezita podmíněna z 50 %. Pokud jsou oba rodiče obézní, pravděpodobnost výskytu stejného problému u jejich potomka je 80 %. Tato nevýhoda se ale dá změnit zvýšeným úsilím při dodržování správných stravovacích návyků a dostatkem pohybové aktivity.
- Hormonální vlivy - snížená funkce štítné žlázy (hypotyreóza) a zvýšená hladina hormonů kůry nadledvin (Cushingův syndrom) je další možná příčina vzniku obezity.
- Léky - některé léky mohou zvyšovat chuť k jídlu a přispívat tak k rozvoji nadváhy. Jsou to zejména některá antidepresiva, neuroleptika (psychofarmaka), tranquilizéry (léky na uklidnění), glukokortikoidy (hormony kůry nadledvin, které ovlivňují metabolismus), gestageny (léky určené k hormonální léčbě žen).
- Psychogenní faktory - u obézních osob je příjem potravy zvýšen v závislosti na zevních signálech a emoční situaci (reakce na osamělost, deprese, frustrace, napětí, dlouhá chvíle nebo stres). Tělesná hmotnost závisí značnou měrou na stravovacích zvyklostech.
- Pohybová aktivita – pokles výdeje energie. Nedostačující školní tělesná výchova, ubývání volných prostranství pro sportovní aktivity a hry, omezené možnosti pro sport ve volném čase. Nedostatečný výdej energie, nedostatečné pohybové aktivity.
- Vliv veřejných sdělovacích prostředků – životní styl je odlišný od předchozích století. Děti a mládež nemají dostatečnou míru fyzické zátěže. Zeleninu, ovoce, mléčné výrobky potkáváme v reklamách zcela vzácně. Totéž platí i pro tělesný

pohyb a sport. Reklamy propagují spíše různé přístroje na formování břicha, než aby doporučovaly dynamické sporty.

„Nikdy se nejedná o důsledek působení jediného faktoru – vždy jde o souhru několika faktorů najednou“ (Fořt, 2001, s. 29).

Psychické důsledky obezity, čerpáno z Fořta (2001):

- narušení psychické rovnováhy;
- méněcennost, frustrace, depresivní příznaky;
- sociální izolace, společenská diskriminace;
- rozvoj mentální anorexie nebo mentální bulimie.

Somatické důsledky obezity, čerpáno z Fořta (2001):

- přetížení kostry, zatížení kloubů, artróza velkých kloubů, zhroucení nožní klenby;
- urychlení růstu těla, urychlení nástupu puberty;
- poruchy dýchání, zástava dýchání ve spánku;
- poruchy menstruačního cyklu, neplodnost;
- vznik cukrovky a dalších metabolických onemocnění;
- vysoké množství volných tuků v krevním oběhu způsobuje vznik žlučových kamenů a dny, nárůst rizika rozvoje aterosklerózy tepen, hypertenze.

2.5 Nespecifické poruchy příjmu potravy

Počet pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria poruch příjmu potravy, přibývá. Diagnóza atypická mentální anorexie nebo atypická mentální bulimie by se měly užívat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale kteří vykazují typický klinický obraz. Setkáváme se s pacientkami, které mají nízkou tělesnou hmotnost, nejsou hormonálně léčeny a i přes to mají pravidelný menstruační cyklus (Krch, 2005).

Mezi nespecifikované poruchy příjmu potravy řadíme, jak uvádí Krch (2005) případy, když:

- jsou splněna kritéria mentální anorexie a pacientka má pravidelný menstruační cyklus;

- došlo k výraznému snížení tělesné váhy, jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie, ale tělesná hmotnost odpovídá normě;
- jsou splněna všechna kritéria mentální bulimie, ale k záchvatům přejídání dochází méně často, nebo nemocný jen jídlo žvýká, ale nepolyká.

Syndrom nočního přejídání

Nespavost a noční přejídání jsou příznaky tohoto onemocnění. Průběh tohoto syndromu je pravděpodobně spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Nemocní jen vzácně hovoří o hladu, stěžují si na neschopnost přestat jíst, když jednou začnou, uvádí Krch (2005).

Záchvatovité přejídání

Onemocnění se vyskytuje častěji u žen, avšak zastoupení mužů je častější než v případě jiných poruch příjmu potravy. Počátek poruchy se často projevuje až ve starším věku. Záchvatovité přejídání je spojeno s nezdravou sebekontrolou a špatnými jídelními návyky. Zdravotním důsledkem jsou psychologické problémy a obezita (Krch, 2005).

Příznaky záchvatovitého přejídání podle Coopera (1995):

- konzumuje takové množství jídla, které je mnohem větší, než by většina lidí dokázala sníst ve stejném časovém úseku a za stejných okolností;
- nemocný ztrácí pocit kontroly nad jídlem;
- člověk jí mnohem rychleji než je obvyklé;
- jí, aniž by pociťoval hlad;
- jí, dokud není nepříjemně plný;
- jí o samotě, protože se stydí za velké množství konzumovaného jídla;
- po přejedení je sám sebou znechucen, cítí se provinile, je deprimován;
- se záchvaty přejídání se objevuje pocit úzkosti;
- k záchvatům přejídání dochází dvakrát týdně po dobu 6 měsíců;
- záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním.

První pomoc při záchvatech přejídání jak uvádí Göckel (2008):

- když vás přepadne nutkání k jídlu, zkuste se zamyslet, na kterém jídle byste si opravdu skvěle pochutnali;

- přesně toto jídlo si obstarajte a jezte, jak nejpomaleji to jen půjde;
- soustřeďte se na chuť a konzistenci potravy;
- při jídle se koncentrujte na to, co cítíte, a jestli už můžete přestat jíst, nebo ještě ne;
- při jídle nečtěte ani se nedívejte na televizi.

„Magdě je patnáct let a jako dítě měla průměrnou tělesnou hmotnost. Ale od té doby, co se její rodiče rozvedli, pořád přibírá. Ze začátku žila u matky, ale nevycházely spolu dobře. Když se otec znovu oženil, Magda požádala, aby mohla žít s ním. Nevlastní matka nebyla příliš nadšená, ale potom souhlasila, že u nich může bydlet během školního roku, pokud bude prázdniny trávit u matky. Magda má mnoho blízkých přátel a je velmi oblíbena mezi kluky. Už od třinácti chodí s jedním chlapcem a má dvě nebo tři dobré kamarádky. Spousta dalších holek a kluků by s ní chtěla kamarádit, kdyby o to stála. I když za první dva měsíce, co žije u otce, přibrala víc než sedm kilo, její chlapec je do ní pořád blázen a několik dalších chlapců ze třídy ji dalo najevo, že by s ní chtěli chodit. Otec a nevlastní matka si všimli, že přibrala, ale vysvětlují si to tím, že je rozrušená rozvodem rodičů a že se její váha vrátí brzy zpátky. Magda sama neví, proč tolik přibrala. Nemá pocit, že by jedla nějak jinak, než obvykle – prostě toho teď sní víc. Občas se snaží držet dietu. Slibuje si, že si nebude přidávat a že bude vynechávat moučníky. Ale když má jídlo před sebou, nedokáže předsevzetí dodržet. Dál si přidává, někdy i dvakrát, a po jídle si dá vždycky několik porcí moučníku. Během jídla si vlastně neuvědomuje kolik jí, to jí dojde až potom. Pak se cítí mizerně a zase dělá předsevzetí – ale při tom si už začíná myslet, že nemůže sama sobě věřit, že nic nedokáže udělat tak, jak si to naplánovala“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 46).

2.6 Prevence poruch příjmu potravy

Poruchám příjmu potravy u dětí je možné předcházet vhodným výchovným působením v rodině, ve škole. Rodiče by měli reagovat již na sebemenší známky špatného jídelního režimu svého dítěte například na: vynechávání některých denních jídel, vyhazování svačín, odmítání jídel, přehnané cvičení, dlouhé setrvávání na toaletě, špatná nálada, nevrlost, postupné hubnutí a neprospívání, psychické problémy či konflikty s okolím. Nemalá je i úloha pedagogů, kteří tráví s dětmi většinu času

ve škole. Ti znají také své svěřence jak po stránce fyzické, tak psychické. I oni by proto měli reagovat na známky neobvyklého chování dítěte a informovat rodiče. Čím dříve je dítě trpící poruchou příjmu potravy odhaleno, tím je větší pravděpodobnost úspěchu (Marádová, 2007).

Krch, Marádová (2003) uvádí, že škola by měla v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu využít všech svých možností, a to zejména:

- poskytnout žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy;
- vést žáky ke zdravým stravovacím návykům;
- podporovat pozitivní sociální klima ve škole;
- vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování.

Důležitým specifickým aspektem prevence poruch příjmu potravy je předcházení strachu z tloušťky. Výchova ke zdraví hledá optimální řešení, jak zabránit ohrožení dvěma extrémy – obezitou a přílišnou vyhublostí spojenou s mentální anorexií (Marádová, 2007).

Marádová (2007) uvádí, že situace poruch příjmu potravy má značný sociální rozměr. Už malé děti popisují obézní osoby jako líné, hloupé a nešikovné. V pohádkách se děti setkávají s postavami hloupého a zlého tloušťka. Diskriminace obézní děti provází již od mateřské školy. Dlouhodobě přínosným momentem prevence může být potlačování důrazu na tělesný vzhled dětí, oceňování jejich různorodosti a osobnostních kvalit.

Jak předcházet vzniku poruch příjmu potravy – rady pro rodiče

- Neodměňujte dítě pomocí jídla. Nabídněte mu za odměnu jiné věci nebo činnosti.
- Nenuťte vaše dítě vždy dojíst vše, co je na talíři. Učte ho, že množství jídla, které sní, závisí především na jeho potřebách.
- Zamyslete se nad tím, jak tělesná hmotnost ovlivňuje vaše sebevědomí a vztah k vlastnímu tělu. Poučte své děti o základních sexuálních rozdílech, fyzickém vývoji a různých tělesných typech a také o tom, jak škodlivé může být vytváření předsudků vůči určitému typu.
- Zkoumejte do hloubky své sny, cíle a požadavky, které kladete na blízké a milované. Dáváte velký důraz na fyzickou krásu? Vyvarujte se výroků typu:

"Když zhubneš, budeme tě mít víc rádi." "Nejez moc, budeš se víc podobat modelkám z časopisů." "Snaž se vejít do užších šatů.", apod.

- Naučte se povídat si se svými dětmi o následujícím: jak je nebezpečné držet diety, jak je důležité jíst pestrou a vyváženou stravu, v pravidelných denních dávkách.
- Vyhýbejte se rozdělování jídel na dobrá a bezpečná - tzn. netučná a nízkokalorická, špatná a nebezpečná, tučná nebo vysokokalorická. Snažte se být dobrým vzorem pro své dítě v oblasti stravování, cvičení a přijímání sebe sama.
- Dbejte na to, aby oblečení vašeho dítěte bylo pohodlné a nezdůrazňovalo nedostatky jeho postavy.
- Pomozte svým dětem bránit se vlivu médií, propagujícím tělesnou krásu spojenou s vyhublostí a nadměrnou štíhlostí. Nejen štíhlé tělo může být přitažlivé a krásné.
- Poučte chlapce o tom, jak důležité a mocné jsou jejich názory na ženskou krásu a jaký mohou mít vliv jejich výroky na dívčí sebevědomí.
- Povzbudte své děti k tomu, aby byli aktivní pro radost a nezabývali se zbytečně počtem přijatých a vydaných kalorií (samozřejmě pokud to není doporučeno lékařem ze zdravotních důvodů).
- Snažte se zvýšit sebedůvěru svých dětí i v jiných oblastech než je fyzický vzhled (škola, sport, kultura, koníčky, vztahy). Dávejte stejnou šanci, možnosti a povzbuzení dětem obou pohlaví. Kladné přijímání sebe sama je nejlepším lékem proti nesmyslným dietám a špatným stravovacím návykům (Poradenskecentrum [on-line], 2010).

3 Léčba poruch příjmu potravy

Tak jako neznáme přesnou příčinu vzniku poruch příjmu potravy, tak neznáme ani zaručeně účinnou univerzální léčbu. Jelikož se jedná o psychické onemocnění je při léčbě nutná spolupráce s psychologem či psychiatrem. Jeho úkolem je zjistit, kde je u pacientky příčina vzniku onemocnění, dále pak pracovat na posilování sebedůvěry, překonávání nutkavých myšlenek. V další fázi je důležitá léčba specialistou na výživu, který vysvětluje správnost pravidelného stravování, řeší problémy, které se v průběhu léčby projevují. Pokud je stav pacientky vážný a je ohrožena na životě, je nutná její hospitalizace. Je řada případů tohoto onemocnění, které skončily smrtí pacientky, která vyhladověla do té míry, že jí již nebylo pomoci. Jsou i takové dívky trpící anorexií, které jsou natolik nespokojené a zklamané ze svého těla, že si šáhnou na život (Mužík, 2007).

Většina poruch příjmu potravy se dá léčit, mnozí se z nich vyléčí bez následků. Proces uzdravování může být velice dlouhý. Základem je změna postojů a dosažení těchto cílů, jak uvádí Ladischová (2006):

- udržení hmotnosti přiměřené k tělesné výšce;
- obnovení menstruace v případě, že u pacientky došlo k její ztrátě;
- schopnost stravovat se vyváženě a s mírou, bez omezování kalorií nebo vyloučení stravy bohaté na tuky, cukry;
- překonání iracionálního strachu z jídla;
- uvědomění si povrchnosti reklamních sloganů o štíhlosti a dokonalé postavě;
- schopnost udržovat vztahy s přáteli, neignorování společenských a sportovních aktivit kvůli studu z prezentace svého těla či strachu z fyzické slabosti;
- schopnost těšit se ze života;
- vytyčování si předsevzetí a cílů, které nijak nesouvisejí se vzhledem nebo tělesnými rozměry.

O léčbě mentální anorexie nebo bulimie je třeba vědět: zpracováno podle Krcha, Marádové, (2003):

- z těchto poruch nelze nikoho vyléčit bez jeho aktivního přičinění;

- u vyhublejších, nespolupracujících, navykle zvracejících a depresivních nemocných je třeba se co nejrychleji obrátit na praktického lékaře, který doporučí další specializovanou léčbu;
- zbavit se anorexie a bulimie je změnit složité chování a postoje;
- nikdo není stoprocentní, každý se může dopouštět chyb, pokud k nim dojde, není třeba propadnout panice, na druhé straně je možné některým chybám předcházet;
- je nevhodné začínat od složitých a vzdálených řešení, ale od konkrétních, srozumitelných a aktuálních kroků;
- bližší informace o tom, jak konkrétně řešit problematiku poruch příjmu potravy a jak intervenovat v různých situacích každodenního života lze najít ve svépomocných příručkách;
- mentální anorexie a bulimie jsou problémy, které lze zvládnout, většina nemocných se vyléčí, nejde to ale bez jejich přičinění ani bezbolestně.

„Už jsem si myslela, že nikdy nepřijdu do jiného stavu. Od 14 do 19 let jsem byla vychrtlá a nemenstruovala, potom jsem ještě začala zvracet. Několikrát jsem ležela na psychiatrii a jednou na áru. Myslela jsem si, že se z toho věčného kolotoče řečí, myšlenek na jídlo, zdravotních obtíží, nenaplněných předsevzetí a hladovek nedostanu. Pak jsem začala normálně jíst a přibírat. Bylo to určitě těžší než porod. Pomalu jsem si zvykla na svoje tělo a znovu nacházela jiné hodnoty. Po ročním přerušení jsem dostudovala medicínu, ve škole jsem si našla přítele, vdala se a máme šestiměsíčního synka. Těhotenství bylo sice rizikové, ale donosila jsem ho. Nedržím diety a pevně doufám, že se k nim už nikdy nevrátím. Dva roky nezvracím, i když se někdy přejím. Na anorexii nerada vzpomínám, jsem ráda, že už nepatří do mého života. Dnes mám pocit, jako bych se vrátila z velké dálky“ (Krch, 2002, s. 233).

3.1 Hospitalizační léčba

Získat nemocného poruchami příjmu potravy k aktivní spolupráci vyžaduje velké úsilí ve všech fázích léčebného procesu. Důvodem k hospitalizaci nemocných je často potřeba jejich lékařské stabilizace. Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen jen na fyzické stránky nemoci.

Soustřeďuje se i na psychické problémy. O hospitalizaci lze uvažovat, když pacient nereaguje na dosavadní psychologickou léčbu (Krch a kolektiv, 2005).

Při rozhodování o hospitalizaci, jak dále uvádí Krch a kolektiv (2005), existuje několik obecných vodítek:

- nezbytnost k návratu normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů;
- přerušení záchvatů přejídání, zvracení či používání projímadel v případě, kdy jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi nebo kdy představují vážné zdravotní ohrožení;
- zhodnocení a léčba jiných vážných zdravotních obtíží;
- léčba některých přidružených stavů, jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek.

3.2 Ambulantní léčba

Existují někteří chroničtí a nepoddajní pacienti, kteří prošli během několika let různými formami léčby a nakonec dospěli do situace, kdy už nechtějí podstoupit další léčbu nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen velmi malou naději na úspěch. V těchto případech můžeme uvažovat o lékařské péči, která má cíl odlišný od psychoterapie. Tato péče se nezaměřuje na překonání poruchy příjmu potravy, ale pouze na navrácení nemocného do stavu somatické a psychické stability. Může být prováděna individuálně nebo ve skupině pod lékařským dohledem. V některých případech mohou tyto skupiny vyvolat snahu aktivně se zabývat symptomy poruchy příjmu potravy (Krch a kolektiv, 2005).

3.3 Odborné terapie

Většina nemocných uvádí, že promluvit o svých problémech s jídlem je velice těžké, a to především na začátku léčby. Odborný terapeut pacienty nepotřebuje vidět jako dokonalé. Terapie představuje způsob řešení složitých a bolestných otázek a také příležitost naučit se důvěřovat druhým a komunikovat s nimi. Skutečnost je taková, že v této oblasti často pracují terapeutky, které s poruchami příjmu potravy mají osobní zkušenost. Ale i pokud poruchou příjmu potravy nikdy netrpěly, prošly dlouhým

výcvikem a umět naslouchat, akceptovat, povzbudit a nabídnout možnosti řešení. Slovo terapeut se používá obecně a označuje psychiatry, psychology, manželské a rodinné poradce, také školené klinické sociální pracovníky. Odbornou pomoc mohou poskytnout odborníci na otázky výživy. Rolí terapeuta není vyléčit, ale dodat sílu, aby si nemocný dokázal pomoci sám (Hall, Cohn, 2003).

„Jestli trpíš bulimií nebo anorexií, vím velmi dobře, jak se cítíš. Je to snad to nejdůležitější co ti mohu říct. Autory dnes dostupné literatury o těchto onemocněních jsou většinou lékaři a odborníci, kteří touto formou poskytují cenné informace především medicínsko-technického rázu. Z vlastní zkušenosti vím, že kromě povědomí o přísně vědeckých informacích a údajích, které pomohou nastartovat léčbu, se potřebuješ ujistit, že nejsi žádný vyvrhel a že na světě je člověk, který ti dokonale rozumí a zná bolest, která tě ničí“ Ladishová (2006), která napsala několik knih o svých zkušenostech s bulimií a anorexií.

Terapie poruch příjmu potravy se zabývá oblastmi:

- typickým chováním osobnosti s poruchou příjmu potravy;
- myšlenkovými procesy, které toto chování udržují;
- emocemi.

Individuální psychoterapie - klientem je jedinec, který systematicky pracuje na zakázce, kterou si s psychoterapeutem určili. Ke spolupráci může být přizvána osoba pro klientovu změnu důležitá, vždy však zůstává středem terapie klient sám a jeho zakázka (pppifo [on-line], 2010).

Párová psychoterapie - do psychoterapie vstupují manželé či partneři společně, formulují společnou zakázku (pppifo [on-line], 2010).

Rodinná psychoterapie - léčebnou jednotkou není jedinec, ale celá rodina. Tento přístup vidí rodinu jako jedinečnou vztahovou strukturu složenou z jednotlivých členů rodiny, kteří se navzájem ovlivňují. Účastníkem terapie je ideálně celá rodina nebo alespoň někteří její členové (pppifo [on-line], 2010).

Skupinová terapie – skupina může pomoci jednotlivci snadněji si vybavit příčiny své nemoci a je nápomocna při jejich zpracování. Pro skupinovou terapii nejsou vhodné extrémně vyhublí pacienti odmítající jídlo, kteří vyžadují intenzivní péči a depresivní bulimičky se sebevražednými sklony. Skupiny bývají smíšené a jsou na nich obvykle

zastoupení pacienti s mentální anorexií i bulimií. Úloha terapeuta spočívá hlavně v tom, aby udržoval v chodu skupinovou terapii a podle potřeby ji nenápadně řídil, aniž by, pokud možno, přímo zasahoval. Skupinová terapie se u léčby poruch příjmu potravy dobře osvědčila jako samostatná nebo kombinovaná léčba. První skupinové zkušenosti nasbírají pacienti už na klinice. Po jejich propuštění z nemocničního ošetřování by skupinová práce měla pokračovat pokud možno bez přerušení buď ambulantně u psychoterapeuta, anebo v samostatné svépomocné skupině (Krch a kolektiv, 2005).

Terapeutické přístupy:

Psychoanalýza - je analýzou nevědomí formovaného v časném dětství, tedy zážitků z původní rodiny, zejména vztahu klienta k rodičům. Cílem je najít v nitru klienta konflikty probíhající mezi částmi jeho osobnosti a přivést tyto konflikty k rozuzlení na vědomou úroveň. Léčba je dlouhodobá, až 500 hodin. V současnosti se praktikuje i tzv. analytická psychoterapie, která vymezuje jako postačující penzum několik desítek hodin, aniž celková délka léčby přesáhne jeden rok (pppifo [on-line], 2010).

Systemická terapie - vychází z předpokladu, že léčebnou jednotkou je problémem utvářený systém. Do něj patří každý, koho se problém nějakým způsobem dotýká, kdo se zabývá jeho řešením, kdo o něm hovoří. V dialogu terapeut podněcuje klienta či klienty k novým způsobům uvažování o problémech a k novým formám komunikace, jež rozrušují ztuhlé komunikační vzorce vázané na problémy. Žádoucím výsledkem je podněcení změny, k níž klient sám dozrává, ale která se jemu jako přijatelné východisko ještě nejeví (pppifo [on-line], 2010).

Kognitivně-behaviorální terapie - cílem terapie je změnit jakýkoli nezdravý návyk, který se rozvinul ve způsobu myšlení nebo chování klienta. To následně pomůže změnit to, jak se klient cítí. Je zaměřena na přítomnost, konkrétní ohraničené problémy, směřuje ke změně postojů a soběstačnosti klienta, je zpravidla krátkodobějšího charakteru (pppifo [on-line], 2010).

Gestaltterapie - klient je terapeutem veden k intenzivnímu prožívání toho, co se v něm děje "tady a teď". Tím mluví jen za některou část své osobnosti, jinou ale potlačuje. Terapeut ho nutí, aby potlačovanou část sebe sama dostal do kontaktu s tou složkou své osobnosti, kterou nabídl jako první. Cílem terapie je, aby klient prožil vnitřní konflikty a převzal kompletní odpovědnost za vše, co se v něm děje, i za své chování. Tento druh terapie probíhá zpravidla ve skupině (pppifo [on-line], 2010).

Psychoterapie orientovaná na tělo (biosyntéza, bioenergetika, pessoboydenterapie,...) - vychází z modelu jednoty těla a duše, což znamená, že se náš psychický stav odráží v držení těla a jeho somatickém zdraví. Zahrnuje přímou i nepřímou práci s tělem jako prostředkem terapeutického kontaktu, pojímá tělo jako těžiště uložení a zpracování osobní zkušenosti. Hlavním cílem je pomoci klientovi získat lepší kontakt se svým vlastním tělem, a tím obnovit přístup k uložené informaci, porozumět jí a dále ji zpracovat (pppifo [on-line], 2010).

Rogersovská terapie - úkolem terapeuta je vytvořit takovou atmosféru, která člověku umožní překonat následky dřívějšího nepříznivého učení a pozvednout jeho sebehodnocení. Terapeut nevede člověka direktivně, pouze zrcadlí vše, s čím se mu klient svěřuje. V takové atmosféře se uvolní klientova schopnost řešit vnitřní konflikty a ten je později schopen pokračovat v uzdravování i bez terapeuta (pppifo [on-line], 2010).

Farmakoterapie je další forma podpory, kdy léky předepisuje odborník, lékař nebo přímo psychiatr. O medikaci by se mělo uvažovat u nemocných, kteří neuspěli při počátečním pokusu o kognitivně-behaviorální terapii. Medikaci je v současnosti nejlepší používat jako doplněk k některému typu psychosociální léčby s prokázanou účinností. Antidepresiva by měla být brána jako doplněk nebo možná alternativa pro pacienty, u kterých není účinná psychosociální terapie, a pro pacienty u nichž afektivní symptomy zjevně brání pokroku v jiných formách léčby (Krch a kolektiv, 2005).

Dramaterapie, arteterapie, ergoterapie, taneční a pohybová terapie, muzikoterapie - tento druh terapií se opírá o výtvarné, pracovní, pohybové či hudební projevy klienta jako o hlavní léčebné prostředky. Nejde přitom o dokonalé, konečné dílo, ale o proces tvorby. Pomocí těchto terapií se může objevovat nový psychoterapeutický materiál vhodný ke zpracování ve výše uvedených typech psychoterapií (pppifo [on-line], 2010).

„Byla jsem v péči týmu psychologů a dietetika, a musím říct, že mi to opravdu pomohlo. Stanovovali jsme si dílčí cíle, každý týden jeden. Nejdřív jsem se vždycky po každém jídle vyprázdnila, ale díky tomuto postupu jsem se nakonec vydržela nevyprázdnit šestnáctkrát za sebou“ (Hall, Cohn, 2003, s. 102).

3.4 Občanské sdružení Anabell

Organizace Občanské sdružení Anabell - pro nemocné anorexií a bulimií vznikla na popud PhDr. Ing. Jany Sladké Ševčíkové v roce 2002, která se pro myšlenku vzniku sdružení rozhodla na základě vlastních zkušeností. Hlavním cílem organizace je pomoc nemocným poruchami příjmu potravy, jejich rodinám a blízkým a systematická podpora rozvoje preventivních programů, zejména zvýšením společenského povědomí o těchto poruchách (Anabell [on-line], 2009).

Cílové skupiny, na které se Organizace Anabell zaměřuje:

- nemocní poruchami příjmu potravy - jedná se o osoby, které v důsledku predispozice onemocněly některou z poruch příjmu potravy;
- rodiče nemocných poruchami příjmu potravy - poruchy příjmu potravy způsobují dlouhodobé obtíže nejen samotným postiženým osobám, ale i širokému spektru osob v jejich okolí - zejména rodičům, partnerům, přátelům;
- odborná veřejnost - je potřebné nalézat společnou řeč a konstruktivní dialog, jen tak lze nastavit účinný obranný systém a nalézat zbraně vůči poruchám příjmu potravy;
- žáci a studenti ZŠ a SŠ - programy primární prevence usilují o to, aby cílová skupina získala znalosti, dovednosti a postoje podporující zdravý životní styl, zahrnující zdravé stravování a zdravé sebepojetí, a aby tyto nástroje dokázala uplatnit ve svém chování v budoucnosti (Anabell [on-line], 2009).

V současné době Anabell poskytuje sociální a zdravotnické služby v Kontaktních centrech Anabell - v Brně, Praze, Ostravě, Bratislavě a v Plzni.

Kontaktní centrum Anabell Brno nabízí služby specializované na problematiku poruch příjmu potravy v centrech:

- klientské centrum – je zde poskytováno sociální a internetové poradenství, telefonická krizová pomoc, volnočasové skupinové aktivity, korespondenční kurz;
- psychoterapeutické centrum – je zde poskytováno psychologické poradenství, psychoterapie, nutriční a dlouhodobé terapie;

- ediční a edukační centrum – je zde vydáván Zpravodaj Anabell, informační materiály, jsou zde spravovány webové stránky, realizují se přednášky, víkendové semináře, týdenní letní soustředění;
- centrum pro zdraví a prevenci nemocí – je zde provozována knihovna a prodej literatury, lektorská činnost, poradenská činnost jednotlivých terapeutů celostní medicíny (Anabell [on-line], 2009).

„Bulimie a anorexie jsou hodně hluboké propasti. S každou vrstevnicí, kterou vystoupáte směrem vzhůru, jste blíž novému životu“ (Anabell [on-line], 2009).

4 Informovanost žáků SŠ v Táboře o problematice poruch příjmu potravy

4.1 Výzkumný cíl práce, hypotézy

Cílem empirického šetření bylo ověřit informovanost a zhodnotit znalosti respondentů o problematice poruch příjmu potravy. Výzkumná část práce sleduje a následně vyhodnocuje odpovědi na otázky, odkud se studenti dovídají o poruchách příjmu potravy, zda jsou studenti spokojeni se svým vzhledem, mají-li zkušenosti s dietou za účelem snížení tělesné váhy. Šetření porovná rozdíly mezi odpověďmi chlapců a dívek.

Byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza H1 Na středních školách v Táboře mají dívky více teoretických znalostí o problematice poruch příjmu potravy než chlapci.

Hypotéza H2 Chlapci jsou se svým vzhledem spokojenější než dívky.

Hypotéza H3 Dívky mají větší zkušenosti s držetím diet za účelem snížení váhy než chlapci.

Výzkumnou metodou v rámci kvantitativního šetření byl strukturovaný dotazník vlastní konstrukce.

4.2 Charakteristika dotazníku a výzkumného souboru

Dotazník je relativně málo nákladný, časově úsporný (získáním velkého množství informací během krátké doby), málo náročný na počet výzkumníků, snadno opakovatelný, poskytuje možnost rozmyslet si odpověď a zajišťuje standardnost situace (pořadí a formulace otázek). Nevýhodou je obtížnost ověřování validity a správnosti odpovědí, poněvadž respondenti si mohou něco jiného myslet či dělat a něco jiného psát. Data empirického šetření byla získána pomocí anonymního strukturovaného dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 20 otázek, z toho 3 uzavřené, 9 polootevřených a 8 otevřených. Střídání více typů otázek zlepšuje pozornost respondenta, protože variabilita otázek vyvádí ze stereotypu. Otázky číslo 1 - 6 jsou zaměřené na

názory, které se týkají spokojenosti žáků s vlastním vzhledem. Otázky číslo 7 - 20 zjišťují informovanost žáků o problematice poruch příjmu potravy.

Žáci měli na vyplnění dotazníku 40 minut čistého času. Pedagogický pracovník před vyplněním dotazníků žáky seznámil s tím, že dotazník je anonymní a poskytnuté údaje budou použity ve výzkumné části diplomové práce. Pedagogický pracovník žákům sdělil, že v případě nesrozumitelnosti položené otázky v dotazníku, mohou požádat o její vysvětlení. Instruktáží pedagogického pracovníka před vyplněním dotazníků se dosáhlo exaktnosti a tím i vyšší validity odpovědí. Validita faktografických otázek (věk, pohlaví) je vysoká, jelikož na ně respondenti odpovídají přesně. Odpovědi, které vyžadují odhad, nebývají přesné, tudíž mají nižší validitu. Validita je ovlivněna subjektivním přístupem respondentů. Reliabilita dotazníku je vyšší, pokud dotazník obsahuje více otázek, které se ptají na tutéž informaci.

Výzkum byl proveden na středních školách v Táboře. Šetření probíhalo v říjnu 2009. Použitý dotazník k výzkumnému šetření je přílohou diplomové práce.

Výzkumný soubor

Vytvořeno a žákům rozdáno bylo celkem 330 dotazníků. Vraceno bylo 280 uceleně vyplněných dotazníků, které mohly být použity k výzkumným účelům. Návratnost pro dané šetření byla 85%. Sledovaným souborem bylo 280 žáků středních škol v Táboře, kterým jsme položili 20 otázek. Předpokládáme, že se jedná o náhodný výběr ze základního souboru všech žáků příslušné kategorie.

Respondenti byli žáci 2. a 4. ročníku šesti středních škol v Táboře:

- Střední zdravotnická škola, Mostecká 1912, Tábor;
- Střední škola obchodu, služeb a řemesel a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky, Bydlinkého 2474, Tábor;
- Střední zemědělská škola, nám. T. G. Masaryka 788/1, Tábor;
- Obchodní akademie, Jiráskova 1615, Tábor;
- Střední průmyslová škola strojní a stavební, Komenského 1670/4, Tábor;
- Gymnázium Pierra de Coubertina, nám. F. Křížáka 860, Tábor.

Tabulka č. 3: Charakteristika sledovaného souboru

	Chlapci	Dívky	Celkem
Střední zdravotnická škola	1	37	38
Střední škola obchodu, služeb a řemesel a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky	18	34	52
Střední zemědělská škola	11	30	41
Obchodní akademie	9	38	47
Střední průmyslová škola strojní a stavební	46	3	49
Gymnázium Pierra de Coubertina	30	23	53
Celkem žáků	115	165	280

4.3 Zpracování dat, výsledky výzkumu

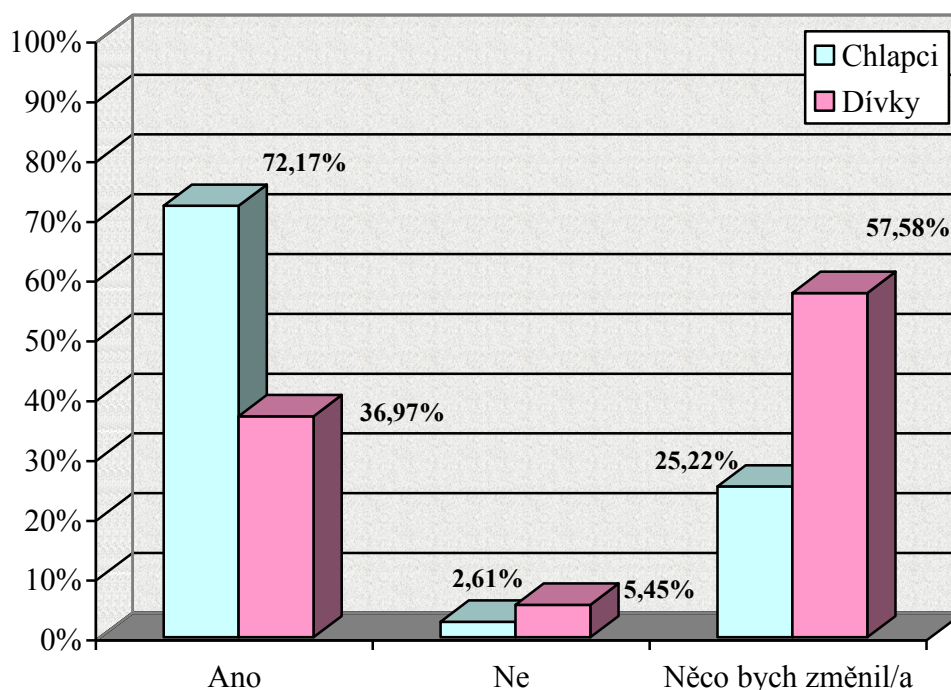
Získaná data byla převedena do elektronické podoby a dále zpracována prostřednictvím statistického programu SAS. K hodnocení rozdílů bylo využito metod χ^2 (zkoumá nezávislost dvou kvalitativních proměnných), Cramerova koeficientu (měří těsnost závislosti, přičemž 0 znamená nezávislost a hodnota 1 znamená absolutní závislost).

Výsledky jsou prezentovány tabulkou a grafickým vyjádřením doprovázeným komentářem.

Tabulka 1 Přehled odpovědí na otázku č. 1: *Jste spokojen/á se svým vzhledem?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	144	51,43%	83	72,17%	61	36,97%
Ne	12	4,29%	3	2,61%	9	5,45%
Něco bych změnil/a	124	44,29%	29	25,22%	95	57,58%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č.1

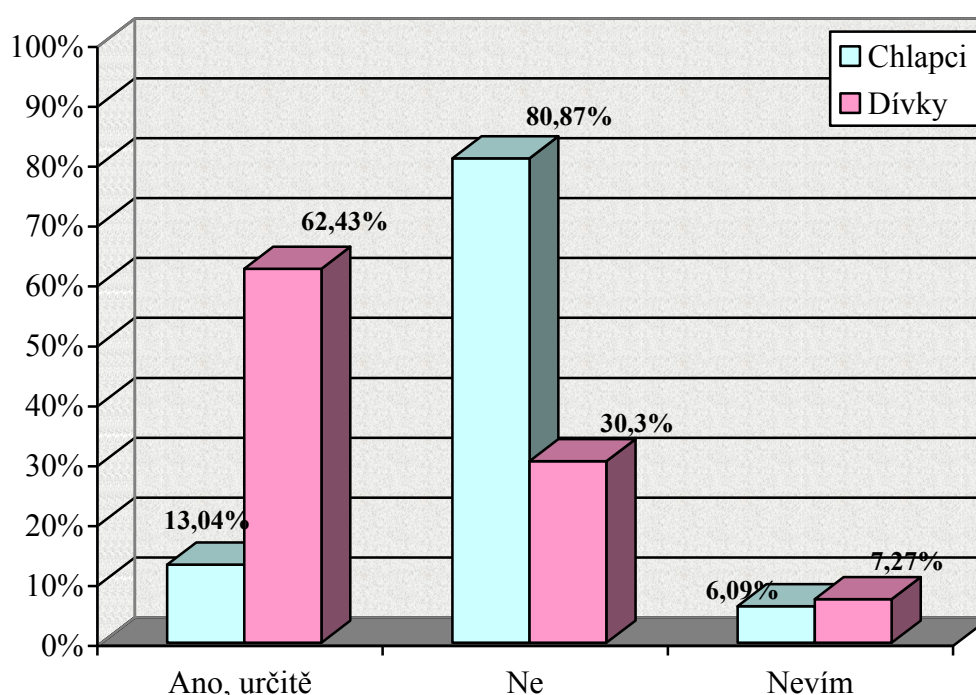


Dle tabulky č. 1 lze konstatovat, že 51 % z dotázaných žáků je spokojeno se svým vzhledem, 4 % žáků odpovědělo, že nejsou spokojeni se svým vzhledem a 44 % z dotázaných žáků chce na svém vzhledu něco změnit. Dle grafického znázornění lze říci, že jsou zřejmé rozdíly u odpovědi „ano“ (72 % chlapci, 37 % dívky) a také u eventuality „něco bych změnil/a“ (25 % chlapci, 58 % dívky). U odpovědi „ne“ nebyly pozorovány větší rozdíly. Závisí statisticky významně odpověď na otázku č. 1 na pohlaví respondenta? Odpověď nám dá χ^2 test nezávislosti. S pravděpodobností 95 % lze říci, že odpovědi na otázku č. 1 jsou ovlivněny pohlavím, tedy že chlapci a děvčata odpovídali jinak. Těsnost závislosti měří Cramerův koeficient. Cramerův koeficient = 0,3466. Závislost odpovědi na pohlaví je spíše slabší, ale statisticky významná. Odpověď „ano jsem spokojená, ale něco bych na sobě změnil/a“ uvedlo 44 % z dotázaných respondentů. V otevřené části odpovědi zejména chlapci uváděli, že by chtěli mít více svalové hmoty, děvčata by chtěla zejména zhubnout. Tělesnou hmotnost by chtělo zvýšit 4 % děvčat, která nejsou spokojené se svou velmi štíhlou postavou.

Tabulka 2 Přehled odpovědí na otázku č. 2: *Myslíte si, že štíhlá postava je důležitá pro Váš úspěšný profesní život?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, určitě	118	42,14%	15	13,04%	103	62,43%
Ne	143	51,07%	93	80,87%	50	30,30%
Nevím	19	6,79%	7	6,09%	12	7,27%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č.2

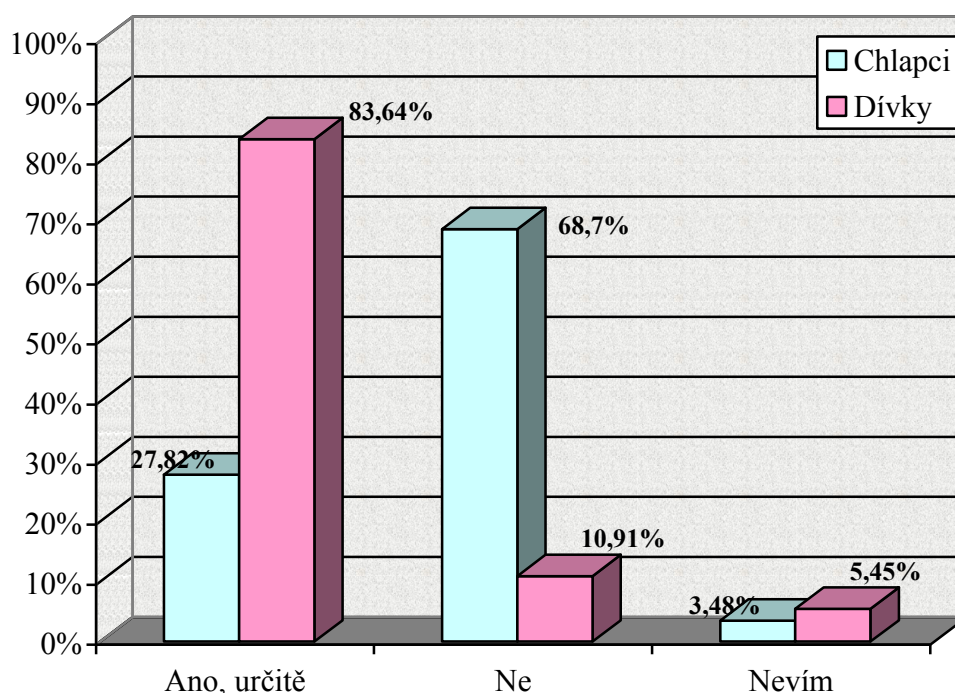


Dle tabulky č. 2 lze konstatovat, že pro 51 % z dotázaných žáků není důležitá štíhlá postava pro úspěšný profesní život. Naopak pro 42 % respondentů je štíhlá postava důležitá pro úspěšný profesní život. Graf č. 2 dokumentuje závislost odpovědi na pohlaví, kde největší difference v odpovědích byly zaznamenány u možnosti „ano, určitě“ (13 % chlapci, 62 % dívky) a u možnosti „ne“ (81 % chlapci, 30 % dívky). U odpovědi „nevím“ nebylo většího rozdílu. S 95-ti procentní pravděpodobností existuje závislost mezi odpověďmi na otázku a pohlavím respondentů. Existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi chlapců a dívek. Síla závislosti mezi odpovědí a pohlavím je 51,16 % (Cramerův koeficient = 0,5116), závislost odpovědi na pohlaví je středně silná.

Tabulka 3 Přehled odpovědí na otázku č. 3: *Myslíte si, že Vaše štíhlá postava ovlivní, zda budete v životě šťastní?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, určitě	170	60,71%	32	27,82%	138	83,64%
Ne	97	34,64%	79	68,70%	18	10,91%
Nevím	13	4,64%	4	3,48%	9	5,45%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č.3

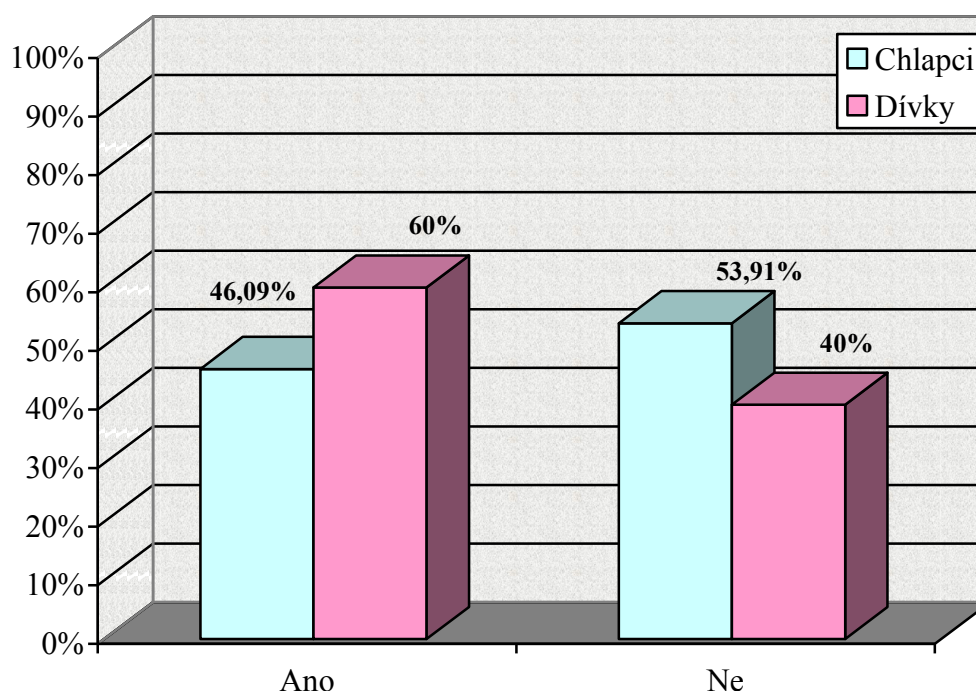


Tabulka č. 3 ilustruje, že 61 % respondentů z celkového počtu dotázaných odpovídá na otázku „ano, určitě“, 35 % respondentů z celkového počtu dotázaných odpovídá „ne“ a 5 % respondentů odpovídá „nevím“. Graf znázorňuje rozdíly odpovědí chlapců a dívek, které byly zaznamenány následovně: u možnosti „ano, určitě“ (27 % chlapci, 84 % dívky) a u odpovědi „ne“ (68 % chlapci, 11 % dívky). Odlišnost procentuálního zastoupení odpovědi „nevím“ není výrazná (3 % chlapci, 5 % dívky). S 95-ti procentní pravděpodobností existuje závislost mezi odpověďmi na otázku č. 3 a pohlavím respondentů. Síla závislosti mezi odpověďmi a pohlavím je 59,69 %. Cramerův koeficient = 0,5996, tudíž závislost je středně silná.

Tabulka 4 Přehled odpovědí na otázku č. 4: *Setkal/a jste se někdy s nějakými nepříjemnými narážkami nebo posměchem na Vaši postavu?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	152	54,29%	53	46,09%	99	60%
Ne	128	45,71%	62	53,91%	66	40%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č.4

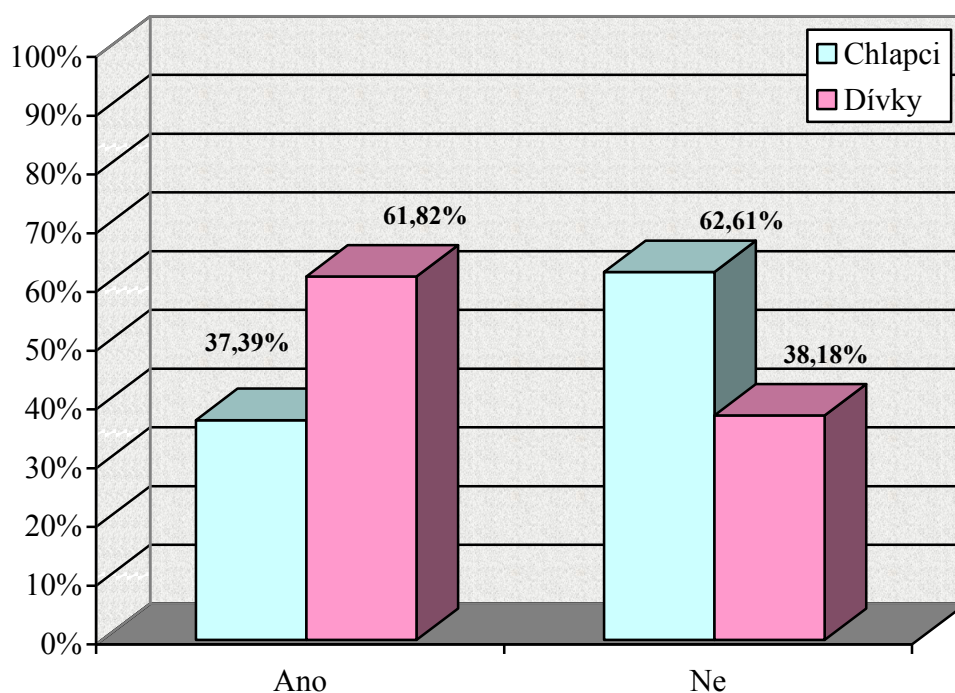


Tabulka a grafické znázornění č. 4 dokumentuje malou rozdílnost respondentů v odpovědi na otázku č. 4. S nepříjemnými narážkami a posměchem na postavu se setkala 46 % chlapců a 60 % dívek. Síla závislosti mezi odpověďmi a pohlavím je 13,74 %, závislost na pohlaví je slabá. S 99-ti procentní pravděpodobností lze říci, že odpověď na otázku č. 4 nezávisí na pohlaví respondenta. V popisu této situace žáci nejčastěji uváděli, že se setkali s nadávkami (tlustoch, buřt, obr, baloun, vychrtlina, kostra, anorektička, nedá se na mne prý dívat). Dívky se setkaly s posměchem zejména od spolužaček. Tuto nepříjemnou situaci 12 % respondentů zažilo na základní škole. Nárážky na postavu slýchá 3 % žáků středních škol i od rodičů.

Tabulka 5 Přehled odpovědí na otázku č. 5: *Setkal/a jste se někdy ve svém okolí s tím, že byl někdo z Vašich vrstevníků zesměšňován spolužáky kvůli nadávce?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	145	51,79%	43	37,39%	102	61,82%
Ne	135	48,21%	72	62,61%	63	38,18%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 5

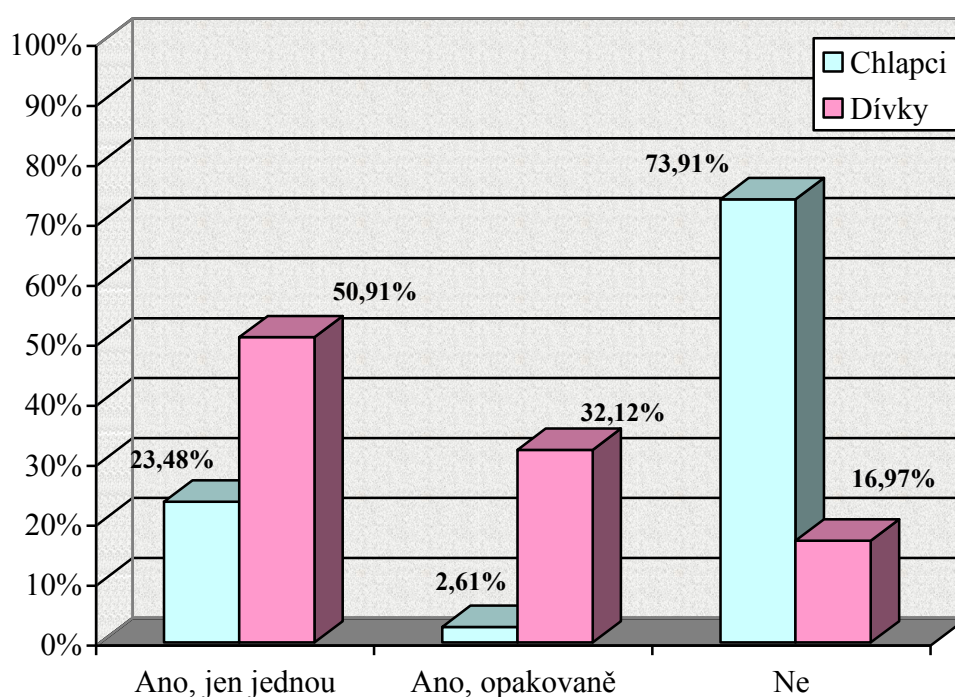


Tabulka č. 5 zobrazuje, že z celkového počtu dotázaných odpovídá „ano“ 52 % respondentů a „ne“ 48 % respondentů. Graf znázorňuje rozdíly u odpovědi „ano“ (37 % chlapci, 63 % dívky) a u odpovědi „ne“ (63 % chlapci, 38 % dívky). Cramerův koeficient = 0,2405. Závislost odpovědi na pohlaví je slabší, ale statisticky významná. Situaci popisují zejména dívky, uvádějí posměch spolužáků, slovní útoky spolu s nadávkami a setkání se šikanou. Respondenti konkrétně uvádějí: „ničilo mu to sebevědomí, posmívání, vulgární nadávky, nechci to komentovat“

Tabulka 6 Přehled odpovědí na otázku č. 6: *Držel/a jste někdy v životě dietu, protože jste chtěl/a zhubnout?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, jen jednou	111	39,64%	27	23,48%	84	50,91%
Ano, opakovaně	56	20%	3	2,61%	53	32,12%
Ne	113	40,36%	85	73,91%	28	16,97%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 6

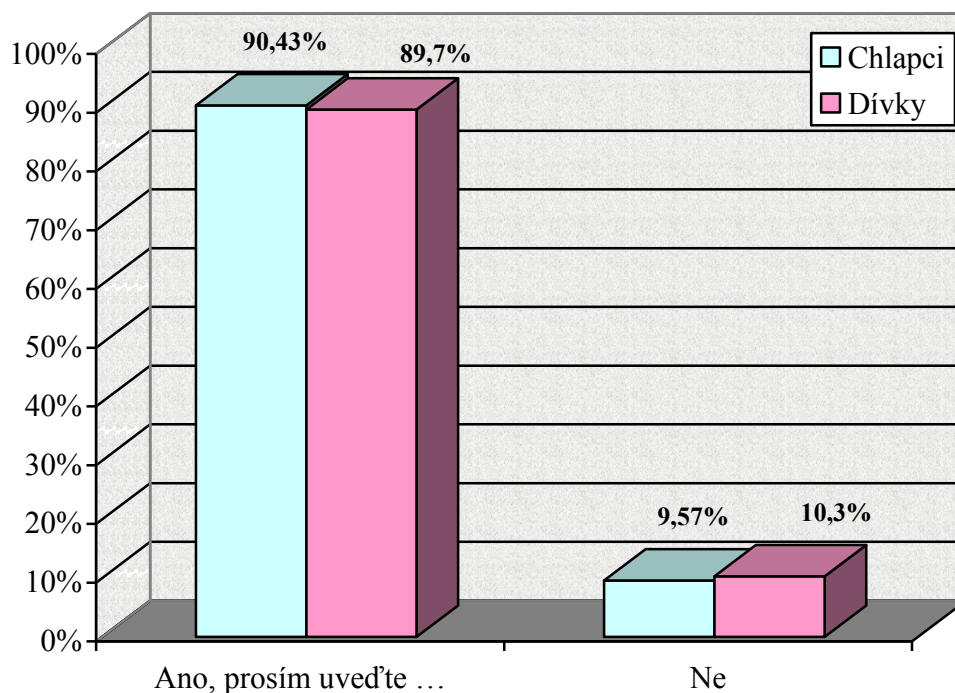


Tabulka č. 6 dokládá, že rozdíly v odpovědích respondentů byly zaznamenány následovně: možnost „ano, jen jednou“ a „ne“ zvolilo pokaždé 40 % žáků, možnost „ano, opakovaně“ odpovědělo 20 % žáků. Graf prezentuje rozdíly odpovědí chlapců a dívek. Síla závislosti mezi odpovědí a pohlavím je střední 58,80 %, existuje tudíž statisticky významný rozdíl. Jestliže je respondentem dívka odpověď bude nejspíš „ano, jednou“ či „ano, opakovaně“. Jedná-li se o chlapce, odpověď bude nejspíš „ne“. Chlapci (3) v dotazníku uvádějí, že dietu za účelem zhubnutí drželi dvakrát. Dívky uvádějí často odpověď: „dvakrát a to v období po vánocích a v létě“. Odpověď „ano, opakovaně“ byla často doplněna od dívek komentářem, že stadia držení diety za účelem snížení hmotnosti nepočítají, nebo že drží dietu vždy, když nejsou se svou váhou spokojena.

Tabulka 7 Přehled odpovědí na otázku č. 7: *Víte, v jakém rozmezí (vzhledem k Vaší výšce) by se měla pohybovat Vaše ideální (normální) hmotnost?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, prosím uveďte	252	90%	104	90,43%	148	89,70%
Ne	28	10%	11	9,57%	17	10,30%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 7

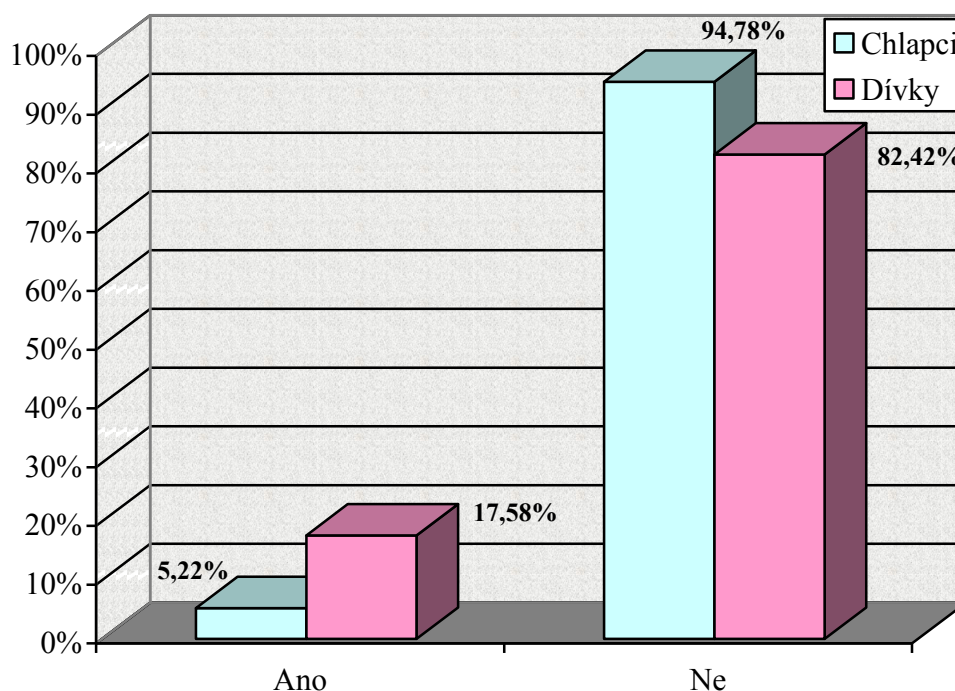


Dle tabulky č. 7 lze konstatovat, že 90 % z dotázaných respondentů ví rozmezí, jaká má být jeho ideální hmotnost. Z absolutních četností vidíme, že odpověď „ano“ silně převažuje u chlapců i dívek, což ilustruje i grafické znázornění. Na základě testu nezávislosti lze říci, že s 95-ti procentní pravděpodobností neexistuje závislost mezi odpověďmi na otázku č. 7 a pohlavím respondentů. Ve většině dotazníků, kde respondenti odpovídají na otázku „ano“ uvádějí správnou hodnotu či rozmezí ideální hmotnosti. Svoji ideální váhu podhodnocuje 7 % z dotázaných dívek. Pouze 5 % chlapců svoji ideální hmotnost nadhodnocuje, jinak váhové rozmezí uvádějí respondenti správně.

Tabulka 8 Přehled odpovědí na otázku č. 8: *Znáte pojem BMI (Body mass index)?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	12,50%	6	5,22%	29	17,58%
Ne, nebo nesprávná odpověď	245	87,50%	109	94,78%	136	82,42%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 8

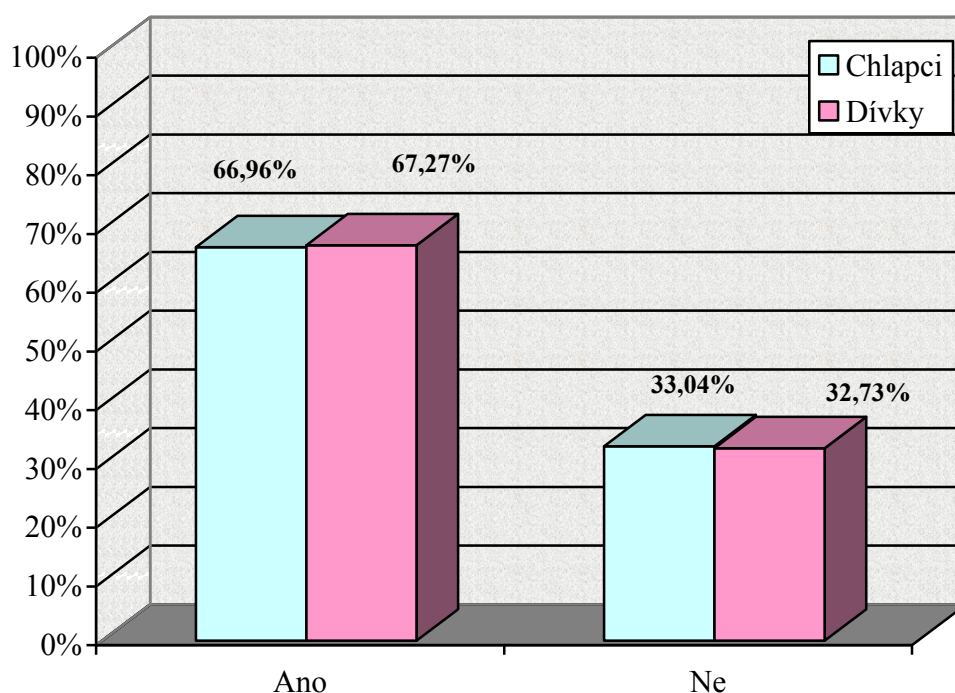


Tabulka č. 8 dokládá, že pouze 12,5 % z dotázaných respondentů dokáže zcela správně použít vzorec k výpočtu BMI. Body Mass Index nezná 87,5 % z dotázaných respondentů. V dotazníku 10 % respondentů, kteří odpovídají „ne“ uvádí, že vzorec pro výpočet mají v poznámkách, nebo že by si jej vyhledali na internetu. Z grafu č. 8 jsou patrné tyto odpovědi: „ano“ (chlapci 5,22 %, dívky 17,58 %), „ne“ (chlapci 94,78 %, dívky 82,42 %). Síla závislosti mezi odpovědí a pohlavím je 18,38 % (Cramerův koeficient = 0,1838), tudíž statistická závislost mezi odpovědí a pohlavím je slabší.

Tabulka 9 Přehled odpovědí na otázku č. 9: *Víte co jsou to poruchy příjmu potravy?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	188	67,14%	77	66,96%	111	67,27%
Ne	92	32,86%	38	33,04%	54	32,73%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 9

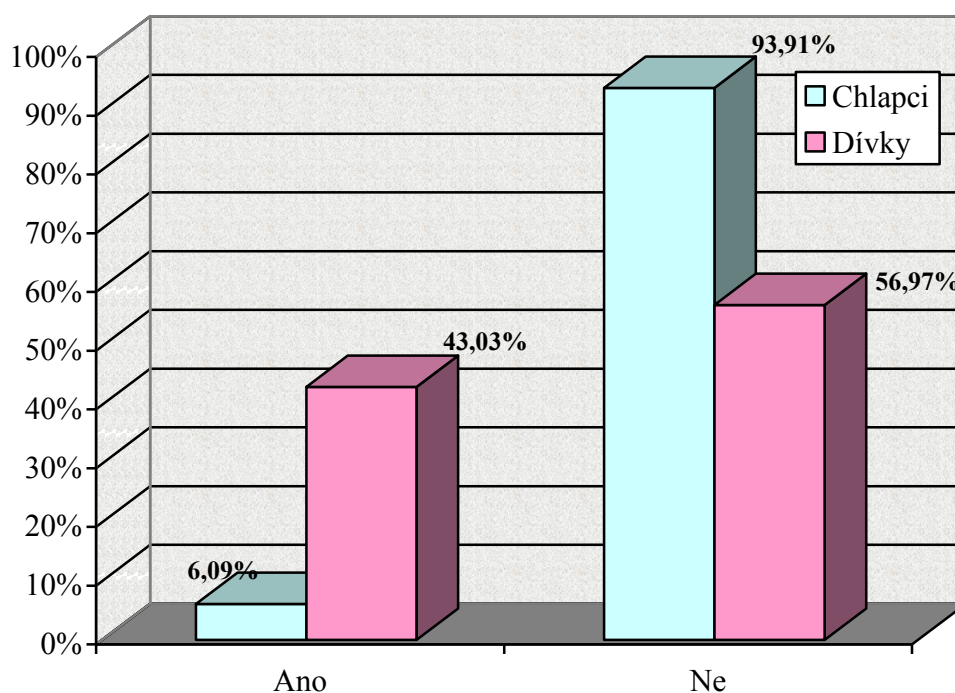


Tabulka č. 9 dokumentuje, že 67 % dotázaných respondentů ví, co jsou to poruchy příjmu potravy a uvádí nejméně dvě nemoci, které mezi tyto poruchy řadíme. Pojem poruchy příjmu potravy nezná 33 % z dotázaných respondentů. Grafické znázornění dokumentuje minimální distinktnost mezi odpověďmi chlapců a dívek. Prakticky žádný rozdíl nebyl zaznamenán v odpovědi „ano“ (chlapci 66,96 %, dívky 67,27 %) a v odpovědi „ne“ (chlapci 33,04 %, dívky 32,73 %). Statistickým testem bylo potvrzeno, že na hladině významnosti 5-ti procent neexistuje závislost mezi odpověďmi na otázku č. 9 a pohlavím respondentů.

Tabulka 10 Přehled odpovědí na otázku č. 10: *Hovoří s Vámi rodiče o poruchách příjmu potravy?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	78	27,86%	7	6,09%	71	43,03%
Ne	202	72,14%	108	93,91%	94	56,97%
Celkem	28	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 10

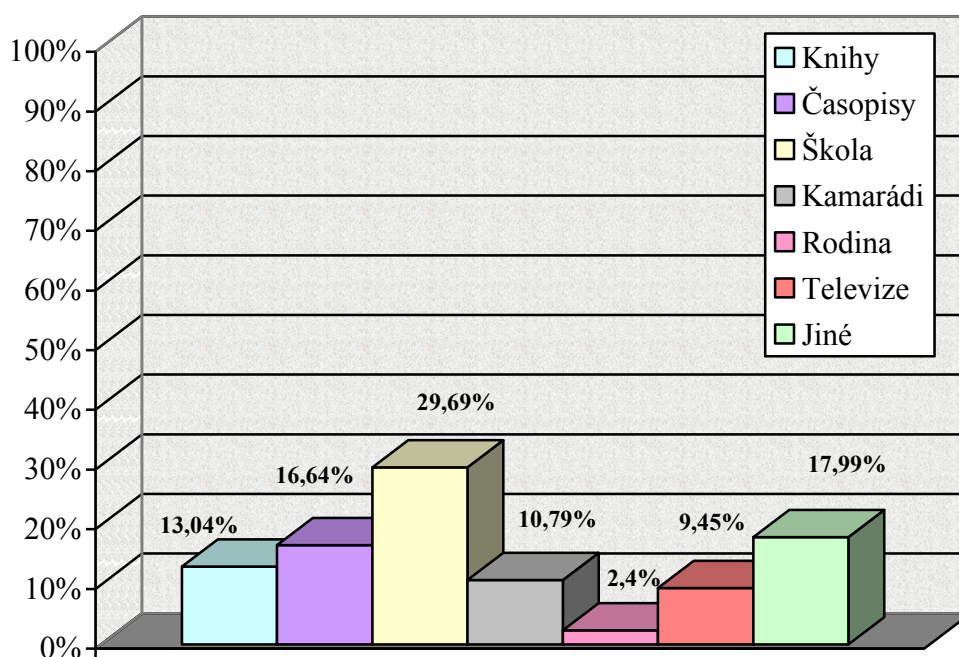


Tabulkové zpracování č. 10 ilustruje, že pouze s 28 % dotázaných respondentů hovoří rodiče o problematice poruch příjmu potravy. Z grafického zpracování jsou zřejmé rozdíly u odpovědi „ano“ (chlapci 6,09 %, dívky 43,03 %) a „ne“ (chlapci 93,91 %, dívky 56,97 %). Existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi chlapců a dívek. Síla statistické závislosti mezi odpovědí na otázku č. 10 a pohlavím je středně silná (Cramerův koeficient = 0,4054).

Tabulka 11 Přehled odpovědí na otázku č. 11: *Odkud se dozvídáte o poruchách příjmu potravy?*

Odpověď	Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Knihy	87	13,04%
Časopisy	111	16,64%
Škola	198	29,69%
Kamarádi	72	10,79%
Rodina	16	2,40%
Televize	63	9,45%
Jiné	120	17,99%
Celkem	667	100%

Graf k tabulce č. 11



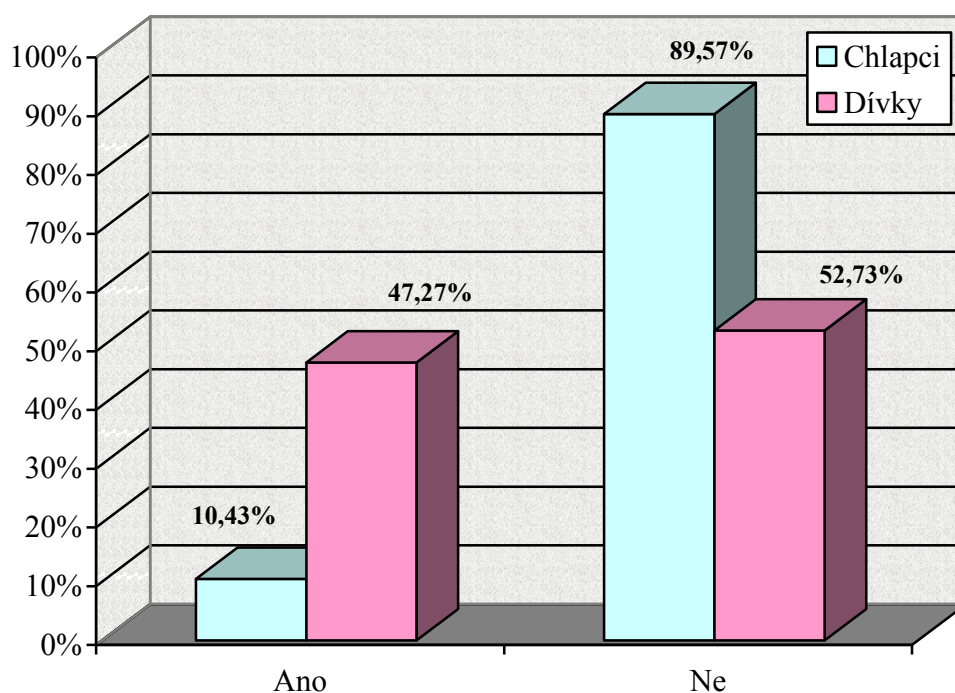
Tabulka a grafické zobrazení č. 11 prezentují vybrané odpovědi žáků středních škol o možnostech, odkud se dozvídají o poruchách příjmu potravy. Procentuelně nejvíce jsou zastoupeny odpovědi škola 29,69 % a odpověď jiné 17,99 %. Respondenti u možnosti jiné upřesňovali zejména internet. Jedna dívka ve volném komentáři uvádí, že o poruchách příjmu potravy se dozvěděla z vlastních zkušeností, kdy sama

onemocněla anorexií. Procentuelně nejméně jsou zastoupeny odpovědi rodina 2,4 % a odpověď televize 9,45 %.

Tabulka 12 Přehled odpovědí na otázku č. 12: *V rámci učiva na střední škole jste se setkal/a s výukou, týkající se problematiky poruch příjmu potravy?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, v předmětu ...	90	32,14%	12	10,43%	78	47,27%
Ne	190	67,86%	103	89,57%	87	52,73%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 12



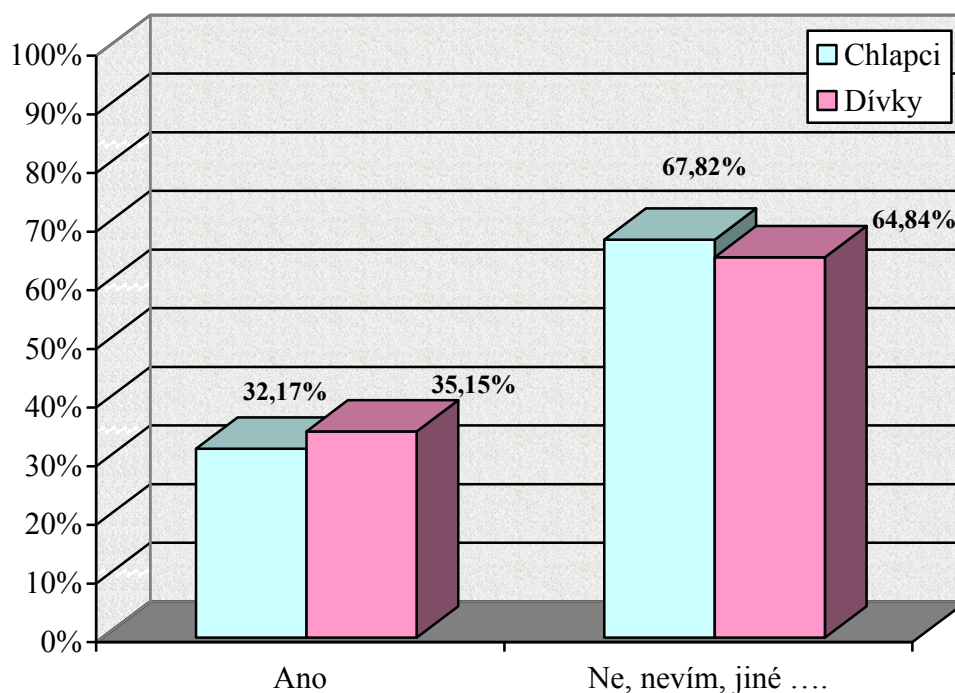
S problematikou poruch příjmu potravy se ve výuce na střední škole setkalo pouze 32 % z dotázaných respondentů. Žáci uvádějí konkrétně jen předměty dva a to: občanská nauka a biologie. S 95-ti procentní pravděpodobností existuje závislost mezi odpověďmi na otázku č. 12 a pohlavím respondentů. Existuje tedy statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi chlapců a dívek. Závislost je středně silná (Cramerův koeficient = 0,3881). Závislost odpovědi na pohlaví ilustruje grafické znázornění

– pokud je respondentem chlapec bude odpověď nejspíše „ne“, zatímco u dívek jsou kladné i záporné odpovědi vyrovnány.

Tabulka 13 Přehled odpovědí na otázku č. 13: *Uvítal/a byste přednášky s odborníkem či hlubší rozbor problematiky o poruchách příjmu potravy?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	95	33,93%	37	32,17%	58	35,15%
Ne, nevím, jiné.....	185	66,07%	78	67,82%	107	64,84%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 13



V tabulkovém a grafickém znázornění č. 13 jsou prezentovány odpovědi žáků na otázku, zda by uvítali přednášky s odborníkem či hlubší rozbor problematiky poruch příjmu potravy. Respondenti celkově jeví vlažný zájem o odborné přednášky. Jestliže odpověď není „ano“ žáci nejčastěji uvádějí: „ne“, „nevím“. Citace některých odpovědí: „jen kdybych měla problémy s poruchami příjmu potravy“, „zajímal by mne spíše zdravý životní styl.“ Na hladině významnosti 5-ti procent neexistuje statistická

závislost mezi odpověďmi na otázku č. 13 a pohlavím respondentů, což je zřejmé i z grafického zobrazení.

Tabulka 14 Přehled odpovědí na otázku č. 14: *Setkal/a jste se s někým (případně znáte někoho), kdo onemocněl nemocí, která je řazena mezi poruchy příjmu potravy a léčí se? Můžete, prosím, napsat podrobněji projevy nemoci, popřípadě aktuální zdravotní stav této osoby? “*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	32	11,43%	3	2,61%	29	17,58%
Ne, nesetkal/a.....	248	88,57%	112	97,39%	136	82,42%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Tabulka dokumentuje odpovědi žáků na otázku č. 14. Z celkového počtu dotázaných se zná nebo se setkal/a s nemocným poruchou příjmu potravy 11 % respondentů. Odpověď „ano“ uvedlo 3 % chlapců a 18 % dívek. Většina dotazovaných se s nemocným poruchou příjmu potravy nesetkala.

Vybrané odpovědi cituji:

„Ne naštěstí neznám nikoho.“ (odpověď chlapce)

„Mám blízkou přítelkyni, která je hodně nespokojená se svojí postavou. Myslí si, že je tlustá. Dietu drží snad pořád. Já si to rozhodně nemyslím, pro mne je velice krásná. Je nemocná, přesný název nemoci neznám, léčí se ambulantně.“ (odpověď chlapce)

„Anorexií onemocněla má teta, byla hospitalizována, v nemocnici již není, snaží se udržet váhu, moc se nestýkáme, asi si to nepřeje, straní se.“ (odpověď dívky)

„Spolužačka na střední škole je anorektička, protože často chyběla, opakuje ročník, vím, že ztratila menstruaci, padaly jí vlasy a hodně lhala. Teď opět často není ve škole, o jejím zdravotním stavu blíže nic nevím.“ (odpověď dívky)

„Neteř kamarádky mé matky trpěla anorexií, znala jsem jí, ale osobně ne. Léčila se na psychiatrii, její nemoc trápila všechny, kdo jí měl rád, dostudovala medicínu a stejně jí ta nemoc přeprala, umřela ve spánku.“ (odpověď dívky)

Tabulka 15 Přehled odpovědí na otázku č. 15: *Myslíte si, že někdo ve Vašem okolí onemocněl nemocí, která je řazena mezi poruchy příjmu potravy a diagnózu kategoricky odmítá? Jestli-že ano, prosím napište důvody, které Vás vedly k tomuto názoru.*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	13,93%	7	6,08%	32	19,39%
Ne	241	86,07%	108	93,92%	133	80,61%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Tabulka dokumentuje, že 86 % respondentů se nesetkalo s nikým, kdo by onemocněl nemocí poruch příjmu potravy a diagnózu by kategoricky odmítal. S někým kdo trpí poruchou příjmu potravy a kategoricky diagnózu odmítá, se setkala 6 % chlapců a 19 % dívek.

Citace vybraných odpovědí na otevřenou otázku č. 15:

„Hubených holek ve škole co chtějí být hubené jako modelky je hodně. Nejedí nebo jedí jen málo a myslí si, že to tak má být a že je to správné.“ (odpověď chlapce)

„Spolužačka si nechce připustit, že trpí poruchou příjmu potravy, chová se zvláště, pozorujeme jí, vždy po jídle odchází na WC, víme, že zvrací. Na naše otázky proč chodí po jídle zvracet, nechce odpovídat. Pořád vymýšlí různé důvody, proč po jídle hned chodí na WC. Vymlouvá se na nemoc a žaludeční potíže. Už hodně zhubla. Myslím, že to její rodiče vědí.“ (odpověď dívky)

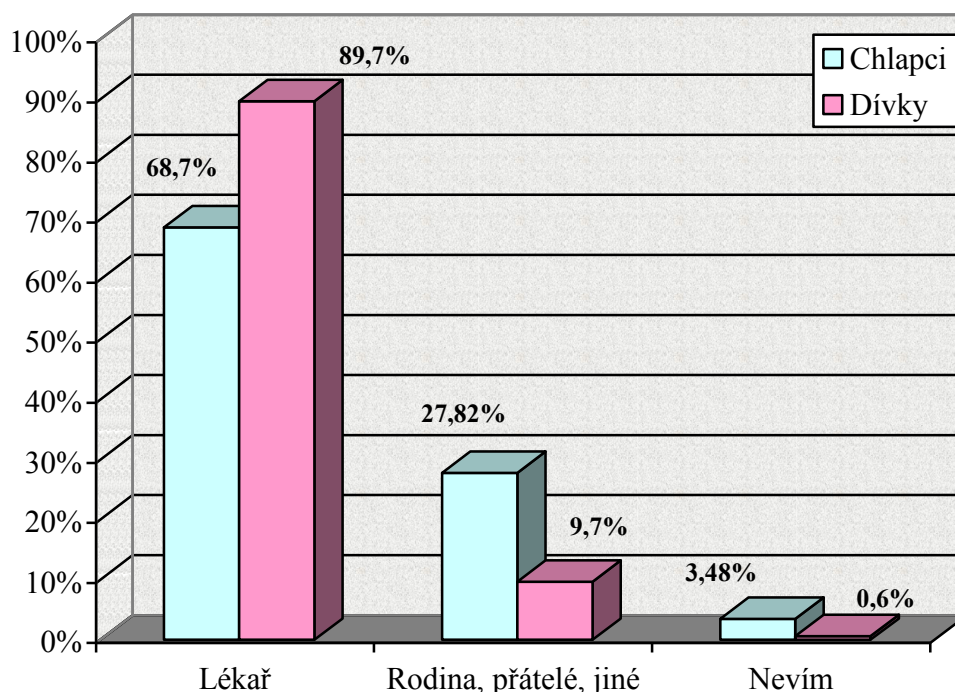
„Má sestra, pořád se přejídá a tloustne, nesportuje, jí nezdravá jídla, když má problémy jí ještě víc.“ (odpověď dívky)

„Kamarádka si myslí, že je tlustá. Pro mne je akorát nebo spíš hubenější. Stále drží dietu, váží se a bojí se, že přibere. Je celkově slabá. Kupuje si léky na hubnutí, má špatnou náladu, když nefungují. O promluvení s doktorem nechce ani slyšet, myslím si, že k tomu stejně dojde. Není normální se pořád zabývat tím kolik váží.“ (odpověď dívky)

Tabulka 16 Přehled odpovědí na otázku č. 16: *Jaký nejlepší způsob pomoci byste zvolil/a při podezření na onemocnění poruchou příjmu potravy u někoho z Vašich blízkých?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař	227	81,07%	79	68,70%	148	89,70%
Rodina, přátelé, jiné	48	17,14%	32	27,82%	16	9,70%
Nevím	5	1,79%	4	3,48%	1	0,6%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 16



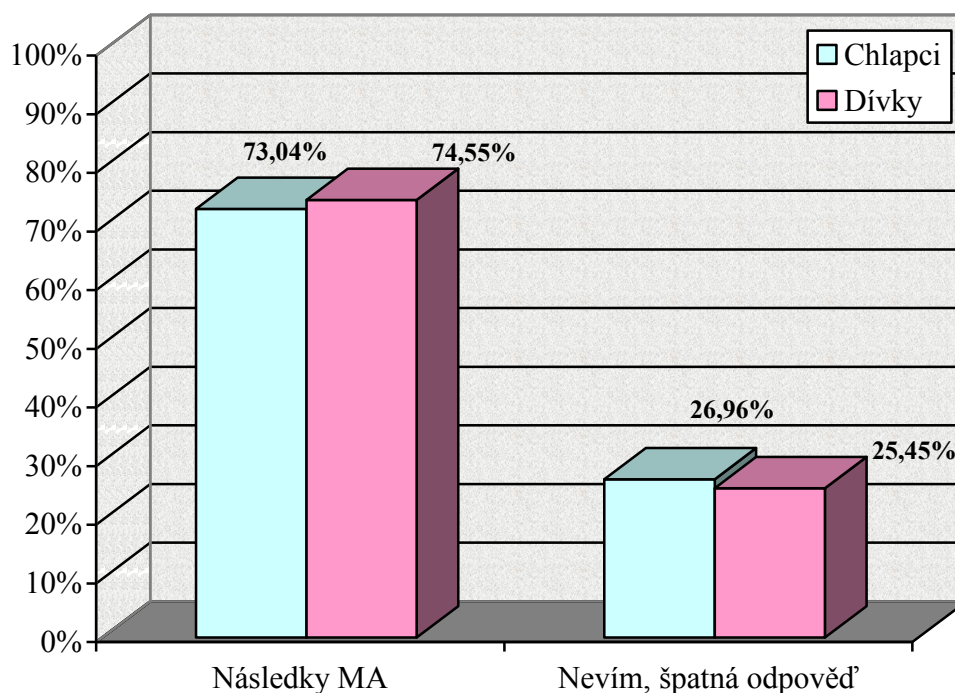
Tabulka a graf č. 16 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jaký způsob pomoci by zvolili při podezření na poruchu příjmu potravy u někoho z blízkých přátel či členů rodiny. Pomoc lékaře by zvolilo 81 % žáků, pomoc rodiny, přátel by zvolilo 17 % žáků. 1,79 % z dotázaných respondentů uvádělo odpověď „nevím“. Při hodnocení odpovědí bylo vycházeno z první v dotazníku uvedené. Způsob pomoci lékařem volilo (68,7 % chlapců, 89,7 % dívek). Rodinu a přátele jako způsob pomoci uvádělo (27,8 % chlapců, 9,7 % dívek). Odpověď „nevím“ zaznamenali (3,5 % chlapců, 0,6 % dívek). Nelze zjistit závislost mezi odpověďmi a pohlavím pomocí χ^2 testu nezávislosti, protože není splněna jeho hlavní podmínka – 80 % hypotetických četností větších

nebo rovno 5. Problematické četnosti se týkají odpovědi „nevím“, tudíž když budeme od této odpovědi abstrahovat, budeme moci provést analýzu nezávislosti. S 95-ti procentní pravděpodobností existuje závislost mezi odpověďmi na otázku č. 16 a pohlavím respondentů. Existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi chlapců a dívek. Síla závislosti mezi odpovědí a pohlavím je 24,65 %, závislost odpovědi na pohlaví je spíše slabší.

Tabulka 17 Přehled odpovědí na otázku č. 17: *Jaké si myslíte, že může mít mentální anorexie následky?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Následky MA	207	73,93%	84	73,04%	123	74,55%
Nevím, špatná odpověď	73	26,07%	31	26,96%	42	25,45%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 17



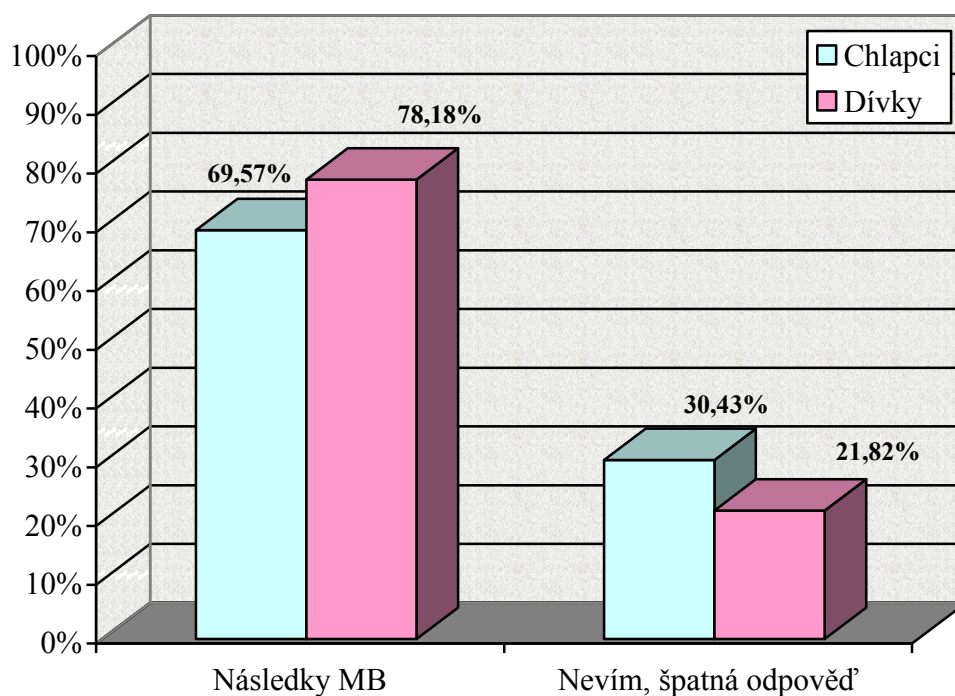
Následky mentální anorexie v dotazníku uvádělo 74 % respondentů. Cituji některé: „selhání orgánů, psychické problémy, deprese, poškození zdraví, poškozené zuby, padání vlasů, špatná pleť, smrt.....“. Špatnou odpověď nebo odpověď „nevím“ napsalo

26 % z celkového počtu dotázaných. Graf ilustruje minimální rozdílnost v odpovědích chlapců a dívek. S 99-ti procentní pravděpodobností nelze říci, že odpověď na otázku č. 17 závisí na pohlaví respondenta.

Tabulka 18 Přehled odpovědí na otázku č. 18: *Jaké si myslíte, že může mít mentální bulimie následky?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Následky MB	209	74,64%	80	69,57%	129	78,18%
Nevím, špatná odpověď	71	25,36%	35	30,43%	36	21,82%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 18

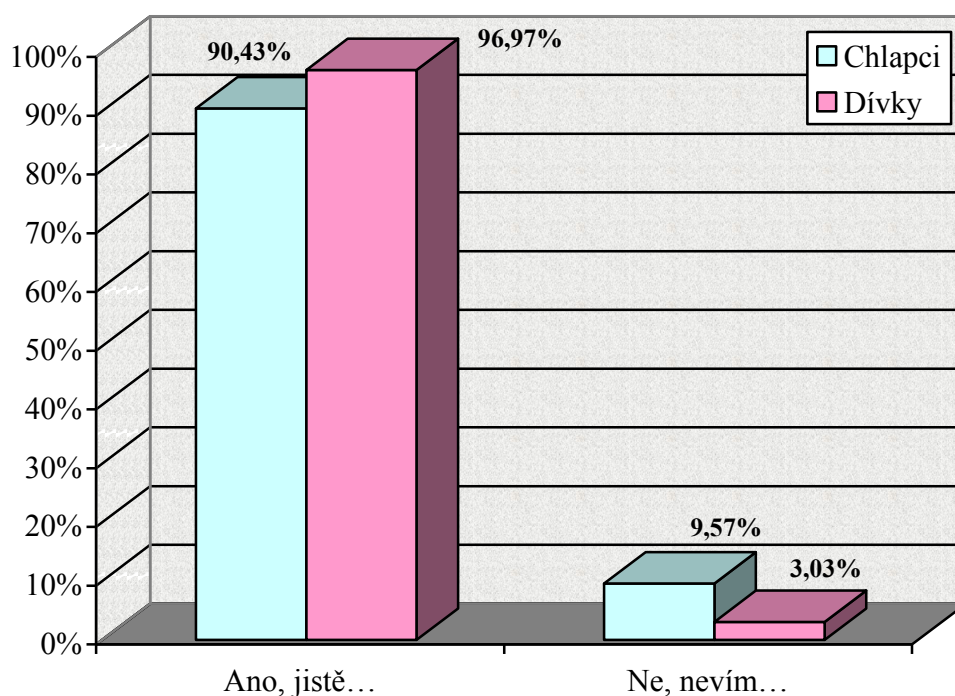


Následky mentální bulimie v dotazníku uvádělo 75 % respondentů. Cituji některé: „poškození a selhání orgánů, psychické problémy, náladovost, poškozené zuby...“ Špatnou odpověď nebo odpověď „nevím“ napsalo 25% respondentů. Tabulka a grafické znázornění č. 18 ilustruje minimální rozdíly četností odpovědí chlapců a dívek. Statistická významnost odpovědí nebyla významná.

Tabulka 19 Přehled odpovědí na otázku č. 19: *Myslíte si, že na vzniku poruch příjmu potravy se mohou podílet média (internet, televize, časopisy)?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, jistě...	264	94,29%	104	90,43%	160	96,97%
Ne, nevím....	16	5,71%	11	9,57%	5	3,03%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 19



Respondenti z 94 % odpovídají, že na vzniku poruch příjmu potravy mají vliv média. Pouze 6 % respondentů odpovídá „ne“ nebo „nevím“. Z přehledu odpovědí a grafického znázornění na otázku č. 19 je zřejmá podobnost odpovědí chlapců a dívek. Žádná z odpovědí nepotvrdila statistickou významnost.

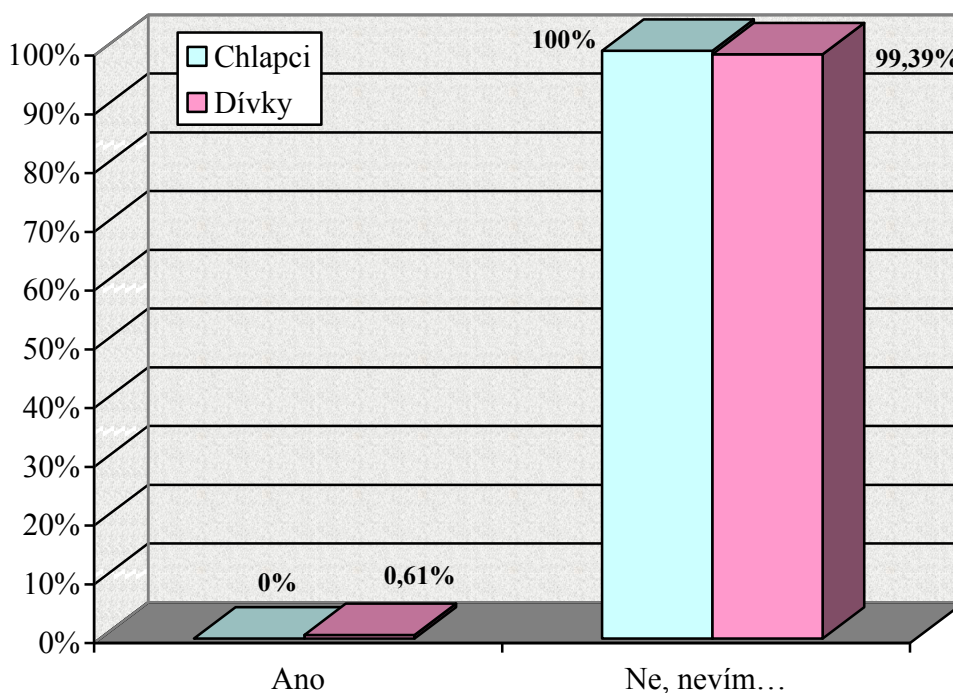
Citace některých zdůvodnění, které žáci v dotazníku uvedli: „Média dávají vzor.“ „V reklamě normální nebo silnější žena předvádí jenom přípravky na hubnutí.“ „Kdyby se všude nepropagovala hubenost, tak by to nikdo nedělal.“ „Hodně se chodí na chat, kde vám poradí jak nejrychleji snížit hmotnost. V internet je velká důvěra.“ „Titulní strany časopisů – hubené modelky.“ „Přehnaná hubenost v módě.“

„Soutěž krásy vždy vyhrála hodně štíhlá dívka, ideální rozměry 90-60-90 ☹.“ „Hodně reklam na prášky na hubnutí, na zdravou výživu skoro nic.“

Tabulka 20 Přehled odpovědí na otázku č. 20: *Znáte název nějaké organizace, která se problematikou poruch příjmu potravy zabývá?*

Odpověď	Celkem		Chlapci		Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	1	0,36%	0	0%	1	0,61%
Ne, nevím...	279	99,64%	115	100%	164	99,39%
Celkem	280	100%	115	100%	165	100%

Graf k tabulce č. 20



Tabulka a grafické znázornění č. 20 dokládají nepříznivé odpovědi respondentů. Pouze jedna jediná dívka ze všech 280 respondentů na otázku č. 20 odpověděla, že zná organizaci, která se poruchami příjmu potravy zabývá. Uvedla Občanské sdružení Anabell. Na internetu by informace o organizacích, které se zabývají problematikou poruch příjmu potravy, hledalo 3 % z celkového počtu respondentů.

4.4 Vyhodnocení hypotéz

Porovnání hypotéz s výsledky výzkumu přinesly tyto závěry:

Hypotéza H1 Na středních školách v Táboře mají dívky více teoretických znalostí o problematice poruch příjmu potravy než chlapci.

Na základě analýzy odpovědí na otázky č. 8, 9, 14, 16, 17, 18, 20 byla hypotéza č. 1 falzifikována. Grafická znázornění odpovědí těchto otázek ilustrují minimální difference u odpovědí chlapců a u odpovědí dívek.

Hypotéza H2 Chlapci jsou se svým vzhledem spokojenější než dívky.

Odpověď č. 1 byla vyhodnocena pro ověření platnosti hypotézy H2. Graf č. 1 dokumentuje, že 72 % chlapců a pouze 37 % dívek je spokojeno se svým vzhledem. Na svém vzhledu by rádo něco změnilo 25 % chlapců a 58 % dívek. V otevřené části odpovědi chlapci zejména uváděli, že by chtěli mít více svalové hmoty, děvčata by nejčastěji chtěla zhubnout. Se svou velmi štíhlou postavou není spokojeno 4 % dívek a tělesnou hmotnost by chtěly zvýšit.

Hypotéza H2 byla v rámci výzkumného šetření verifikována.

Hypotéza H3 Dívky mají větší zkušenosti s držním diet za účelem snížení váhy než chlapci.

Z tabulkového a grafického znázornění č. 6 plynou markantní rozdíly v odpovědích chlapců a v odpovědích dívek. Zkušenost s dietou za účelem snížení váhy má jednou či opakovaně celkem 83 % dívek. S dietou experimentovalo 26 % chlapců.

Tato hypotéza posuzována dle statistické významnosti byla verifikována.

4.5 Diskuse

- Chlapci jsou spíše spokojeni se svým vzhledem oproti dívkám.
- Dívky oproti chlapcům si častěji myslí, že štíhlá postava ovlivní, zda budou v životě šťastné, a že štíhlá postava je důležitá pro úspěšný kariérní růst.
- S nepříjemnými narážkami a posměchem, na vlastní postavu či postavu vrstevníka, se setkaly především dívky. Nemilou skutečností, že se setkali s narážkami na postavu od rodičů, uvedlo osm respondentů.
- Chlapci oproti dívkám nemají zkušenosti s dietou za účelem snížení hmotnosti.
- Rozmezí své ideální hmotnosti umí určit většina dotázaných respondentů. Mezi odpověďmi chlapců a dívek nejsou významné rozdíly.
- Pojem Body Mass Index nezná většina dotazovaných žáků. Respondenti uvádějí odkazy na své poznámky či využití internetu v případě vyjasnění termínu či vzorce pro výpočet BMI indexu.
- Na otázku co jsou poruchy příjmu potravy a které nemoci mezi ně řadíme, dokázalo odpovědět 67 % respondentů. Nebyly shledány dle pohlaví významné statistické rozdíly.
- Rodiče o poruchách příjmu potravy hovoří spíše s dívkami.
- O poruchách příjmu potravy se respondenti nejčastěji dozvídají ve škole a na internetu.
- Zarážející výsledek šetření je, že v rámci učiva na střední škole se s problematikou poruch příjmu potravy setkala pouze třetina respondentů. Uváděli předměty občanská nauka a biologie. Informovanost o poruchách příjmu potravy na střední škole je velice nízká.
- Respondenti celkově jeví vlažný zájem o vědecké přednášky k problematice poruch příjmu potravy.
- Způsob pomoci při podezření na poruchu příjmu potravy u někoho z blízkých zvolila správně většina dotazovaných respondentů. Odpověď „nevím“ uvedlo pouze 2 % respondentů.
- Většina respondentů zná následky mentální bulimie a mentální anorexie. Rozdíl dle pohlaví nebyl zaznamenán.

- Na otázku zda se mohou na vzniku poruch příjmu potravy podílet média, odpovědělo „ne“ nebo „nevím“ jen 6 % respondentů. Ostatní si rozhodně myslí a doplňují komentářem v dotazníku, že vliv médií na vznik těchto onemocnění je velký. Reklamy propagují spíše léky na snížení hmotnosti oproti zelenině a ovoci, které v reklamě vidáme zcela vzácně.
- Děsivým výsledkem výzkumného šetření jsou odpovědi na otázku, která vypovídá o znalosti respondentů nějaké organizace zabývající se poruchami příjmu potravy. Pouze jedna dívka uvedla Občanské sdružení Anabell, ostatní žádnou organizaci neznají. Internet pro vyhledání informací k této problematice by využilo devět respondentů.
- Můžeme předpokládat, že vznik poruch příjmu potravy snížíme zejména tehdy, když žáci budou dostatečně informováni o vzniku a nebezpečí těchto onemocnění. Poruchám příjmu potravy lze předcházet vhodným působením ve škole.

Závěr

Problematika poruch příjmu potravy je velice závažná. Mentální anorexie a mentální bulimie patří mezi psychiatrická onemocnění, které jsou vzhledem k ostatním psychiatrickým diagnózám spojené s nejvyšší úmrtností. Zákeřnost těchto onemocnění spočívá v tom, že nemocní si diagnózu nepřipouštějí, nejsou ke svému stavu vnímaví a nemají na něj kritický náhled. Poruchy příjmu potravy vznikají jako důsledek mnoha faktorů, kterým na základě znalostí o této problematice lze předcházet. Léčba poruch příjmu potravy je záležitost dlouhodobá, cesta zpátky není snadná. Pedagogičtí pracovníci sehrávají významnou úlohu ve zprostředkování informací o poruchách příjmu potravy, zejména při jejich prevenci. Učitelé by měli jít příkladem, podporovat studenty, aby se hodnotili na základě osobnostních kvalit, posilovat jejich sebedůvěru s cílem omezit projevy sebedestruktivního chování. Mezi další úkoly patří studenty seznámit se skutečností, že dnešní ideál krásy je pokřivený, každý jedinec může být něčím výjimečný. Informace o poruchách příjmu potravy zprostředkovávat studentům aktivní organizací besed s odborníky.

Teoretická část diplomové práce se zabývá významem výživy pro děti a adolescence, vztahem k jídlu a jeho vývojem. Zaměřuje se na informace o poruchách příjmu potravy, popisuje jejich příčiny, zdravotní komplikace a možnosti léčby onemocnění.

Empirická část práce poukazuje na nízkou úroveň informovanosti studentů středních škol v Táboře o problematice poruch příjmu potravy. Diplomová práce je přínosem pro práci pedagogů, kteří by měli na základě výsledků výzkumu zvyšovat informovanost studentů o zdravém životním stylu, více implikovat do učiva téma poruch příjmu potravy a jejich prevence. Vhodným výchovným působením lze poruchám příjmu potravy předcházet. Věková hranice nemocných mentální anorexií či mentální bulimií se snižuje, proto by bylo potřeba se na tuto problematiku a zejména prevenci zaměřit co nejdříve.

Závěrem můžeme konstatovat, že vzhledem k získaným výsledkům a jejich analýze cíl výzkumné části práce byl splněn.

Shrnutí

Diplomová práce „Informovanost žáků SŠ v Táboře o problematice poruch příjmu potravy“ řeší aktuální problematiku poruch příjmu potravy. Teoretická část práce je strukturována do třech kapitol. První kapitola je věnována významu výživy pro děti a adolescenty. Druhá kapitola se zabývá poruchami příjmu potravy z hlediska historie, charakteristiky, diagnostiky a prevence. Možné způsoby léčby jsou obsahem třetí kapitoly. Empirická část vyhodnocuje výsledky výzkumu, zkoumá úroveň informovanosti žáků středních škol v Táboře o problematice poruch příjmu potravy. Sleduje odpovědi na otázky, odkud se studenti dovídají o poruchách příjmu potravy, zda jsou spokojeni se svým vzhledem a zda mají zkušenosti s dietou za účelem snížení tělesné váhy. Diplomovou práci uzavírá prezentace, která shrnuje výsledky výzkumu.

Summary

Thesis "Awareness about eating disorders among high school students in Tábor" deals with the current state of eating disorders among children and adolescents. The theoretical part of the thesis is structured into three chapters. The first chapter is focused on the importance of nutrition for children and adolescents. The second chapter deals with the eating disorders from the perspective of history, disorder classification, diagnosis and prevention. The potential treatment of eating disorders is the subject of the third chapter. The empirical part of the thesis evaluates results of the research and examines the level of eating disorder awareness among students in the city of Tábor. This part of the thesis also searches for eating disorder information sources available to the students and examines to what extent the students are satisfied with their physical appearance and whether the students have any past experience with diet programs aiming to reduce their body weight. Finally, the thesis is closed with the presentation summarizing outcomes of the research project.

Použitá odborná literatura:

1. COOPER, P., J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Jak se uzdravit.* 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1995. 207 str. ISBN 80-85885-97-2.
2. DVOŘÁKOVÁ, P. *Já jsem hlad.* 1. vyd. Brno: Host - vydavatelství, 2009. 144 str. ISBN 978-80-7294-318-0.
3. GÖCKEL, R. *Místo činu lednička. Když se z jídla stane problém.* 1. vyd. Praha: Práh 2008. 159 str. ISBN 978-80-7252-200-2.
4. FIALOVÁ, L. *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla.* Praha: Grada Publishing, 2006. 98 str. ISBN 80-247-1350-0.
5. FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ – JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla.* Praha: Karolinum, 2003. 240 str. ISBN 80-246-0548-1.
6. FRAŇKOVÁ, S., ODEHNAL, J., PAŘÍZKOVÁ, J. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte.* Praha: HZ Editio, 2000. 193 str. ISBN 80-860009-32-7.
7. FOŘT, P. *Obezitě odzvoněno.* Praha: Euromedia Group, 2001. 224 str. ISBN 80-7202-930-4.
8. HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií.* Brno: Era, 2003. 235 str. ISBN 80-86517-60-8.
9. KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 238 str. ISBN 80-7169-627-7.
10. KRCH, F. D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 120 str. ISBN 80-7169-946-2.
11. KRCH, F. D. *Mentální anorexie.* 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2002. 234 str. ISBN 80-7178-598-9.
12. KRCH, F. D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 172 str. ISBN 80-247-0527-3.
13. KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 str. ISBN 80-247-0840-X.
14. KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha.* 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2001. 236 str. ISBN 80-7178-521-0.
15. KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy - příručka pro učitele.* 1. vyd. Praha: VÚP, 2003. 32 str. ISBN -.

16. KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998. 96 str. ISBN 80-85872-86-2.
17. KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*. Praha: Grada Publishing, 2004. 136 str. ISBN 80-247-0736-5.
18. LADISHOVÁ, L. *Strach z jídla*. Ružomberok: Epos, 2006. 158 str. ISBN 80-89191-53-3.
19. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
20. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: NLN, 1997. 153 str. ISBN 80-7106-248-0.
21. MUŽÍK, V. *Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na základní škole*. Brno: Paido, 2007. 145str. ISBN 978-80-7315-156-0.
22. PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. *Obezita v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 224 str. ISBN 978-80-7262-466-9.
23. PROCHÁZKOVÁ, L. *Poruchy příjmu potravy, informovanost a prevence žáků na 2. stupni základních škol v Brně*. [s. l.], 2007. 75 str. Pedagogická fakulta. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí diplomové práce Doc. MUDr. Marie Havelková, CSc.
24. SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. 127 str. ISBN 80-7178-795-7.
25. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 509 str. ISBN 80-7178-308-0.

Elektronické informační zdroje:

26. *Anabell: Body Mass Index* [online]. c2002-2009 [cit. 2009-10-19]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/vyziva/21-diety/288-jaka-je-vlastni-idealni-hmotnost-co-je-to-bmi-co-je-teorie-kritickeho-bodu>>.
27. *Anabell: Občanské sdružení Anabell* [online]. c2002 - 2009 [cit. 2009-10-19]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.anabell.cz/>>.
28. ČERNÁ, Ria, STISKAL, Ondřej. *Druhy pomoci, psychoterapie, psychoterapeutických přístupů a dalších metod* [online]. c2002-2009 [cit. 2010-02-20]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.pppinfo.cz/druhy-pomoci--psychoterapie--psychoterapeutickych-pristupu-a-dalsich-metod+terapie_show.asp?id=1657>.
29. ICM NIDM MŠMT. *Icm : Poruchy příjmu potravy - adresář organizací* [online]. aktualizováno 27. březen 2009 [cit. 2010-02-20]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.icm.cz/poruchy-prijmu-potravy-adresar-organizaci>>.

30. *Obezita: Příčiny vzniku obezity* [online]. c2008 [cit. 2009-10-12]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.obezita.cz/obezita/priciny-obezity/>>.
31. *Poradenské centrum: Jak předcházet vzniku poruch příjmu potravy u svých dětí* [online]. c2008 [cit. 2010-02-20]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.poradenskecentrum.cz/anorexie-bulimie-codelat.html>>.
32. *Výživa dětí: Doporučené denní dávky* [online]. c2007 [cit. 2009-09-09]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva/zdrava-vyziva-deti/doporucene-denni-davky.html>>.
33. *Výživa dětí: Mýty o výživě* [online]. c2007 [cit. 2009-09-09]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva/zdrava-vyziva-deti/chyby-ve-vyzive-deti/myty-o-vyzive.html>>.
34. *Výživa v nemoci: Potravinová pyramida* [online]. c2007 [cit. 2009-09-02]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.vyzivavnemoci.cz/?module=vyziva-pri-nadorovem-onemocneni&submodule=potravinova-pyramida>>.

Seznam vyobrazení, tabulek a příloh

Vyobrazení č. 1: Potravinová pyramida

Tabulka č. 1: Body Mass Index

Tabulka č. 2: Doporučené denní dávky jednotlivých živin

Tabulka č. 3: Charakteristika sledovaného souboru

Příloha č.1: Zařízení poskytující služby v oblasti poruch příjmu potravy

Příloha č. 2: Dotazník pro žáky SŠ v Táboře

Příloha č. 3: Prezentace „Informovanost žáků SŠ v Táboře o problematice poruch příjmu potravy – výsledky výzkumu.“

Příloha č.1: Zařízení poskytující služby v oblasti poruch příjmu potravy

Aktualizováno březen 2009 (Icm [on-line], 2010)

Název organizace, www stránky	Činnost organizace	Adresa, telefon, e-mail
Občanské sdružení Anabell www.anabell.cz	Informační portál o poruchách příjmu potravy. Svépomocné skupiny. Edukativní a informativní služby. Psychologické a nutriční poradenství. Kontakty na poradny. Odborná literatura.	Občanské sdružení Anabell Bratislavská 2 602 00 Brno TF 542214014 posta@anabell.cz Praha Drtinova 2a 150 00 Praha 5 TF 775904778 paha@anabell.cz Ostrava Sokolská tř.81 702 00 Ostrava TF 737069486 ostrava@anabell.cz Plzeň Regionální Institut Duševního Zdraví Zábělská 43 TF 725051870 plzen@anabell.cz Krizová linka Anabell TF 848200210
Psychiatrická klinika VFN a LF UK www.vfn.cz	Denní stacionář pro pacienty od 17let, BMI menší než 16. Lůžkové oddělení pro pacienty od 18let s PPP. Ambulantní léčba .	Ke Karlovu 1, Praha 2 TF 224965053 TF 224965362 TF 224965338/5 psychiatrie@vfn.cz Hana.Papezova@vfn.cz
Terapeutická skupina www.idealni.cz	Terapeutická skupina - poruchy příjmu potravy.	Haštalská 27, Praha 1 5. patro (Cedrus) TF 608178543 skupina@idealni.cz
Vodopád www.vodopad.cz	Soukromá psychiatrická ambulance. Informace o onemocněních. Informace o léčích. Odkazy. Bezplatná e-mailová poradna.	Soukromá psychiatrická ambulance MUDr. Ilona Divácká, MBA Tuklatská 664/6 100 00 Praha 10 – Strašnice TF 274772732

PPPinfo www.pppinfo.cz	Informační portál o poruchách příjmu potravy. Články. Odborná literatura. Svépomocné skupiny. Odkazy, kontakty.	pouze webové stránky pppinfo@seznam.cz
Poradna a psychoterapie www.sweb.cz/anorexiebulimie www.martin.hajny.net	Základní informace o anorexii a bulimii. Články, odkazy. Psychoterapie.	PhDr.Martin Hajný psychoteraupet Blanická 25 Praha 2 – Vinohrady TF 603957448 anorexiebulimie@seznam.cz
Help24 www.help24.cz	Informace z oblasti psychologie. Články, odborná literatura. Poradna.	pouze webové stránky info@help24.cz
Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy www.muweb.cz/www/sapppp/	Osvětová a propagační činnost.	Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy Ke Karlovu 11 128 00 Praha 2 KTomanova@centrum.cz
STOP PPP Místo prvního kontaktu pro problematiku PPP www.jakomodelka.cz	Informační portál o poruchách příjmu potravy. Programy primární prevence pro školy a instituce. Informativní služby, odborná literatura. Psychologické služby, svépomocné skupiny, nutriční poradenství.	STOP PPP Komenského 4 344 01 Domažlice TF 720575011 jakomodelka@seznam.cz

Příloha č. 2: Dotazník pro žáky středních škol v Táboře

Poruchy příjmu potravy, informovanost na středních školách v Táboře

Milí studenti, chtěla bych Vás tímto dotazníkem požádat o spolupráci na mé diplomové práci, která se bude týkat informovanosti o poruchách příjmu potravy na středních školách v Táboře. Dotazník je anonymní a údaje budou použity ve výzkumné části diplomové práce.

Odpovědi, prosím napište na zvýrazněné tečky nebo zaškrtněte do rámečků. Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte jednu z nabízených odpovědí.

Děkuji Vám za spolupráci.

Vaše osobní údaje: (prosím, doplňte)

Jste muž - žena (prosím, podtrhněte)

Věk:

Ročník:

Výška:

Váha:

Otázky týkající se Vašeho vzhledu:

1) Jste spokojen/á se svým vzhledem?

- ☐ ano, jsem spokojen/á
- ☐ ne, nejsem spokojen/á
- ☐ ano, jsem celkem spokojen/á, ale něco bych na sobě změnil/a
(uvedte, prosím, co byste chtěl/a změnit)

.....

2) Myslíte si, že štíhlá postava je důležitá pro Váš úspěšný profesní život (kariérní růst)?

- ☐ ano, určitě
- ☐ ne
- ☐ nevím

3) Myslíte si, že Vaše štíhlá postava ovlivní, zda budete v životě šťastní?

- ☐ ano, určitě
- ☐ ne
- ☐ nevím

4) Setkal/a jste se někdy s nějakými nepříjemnými narážkami nebo posměchem na Vaši postavu?

- ☐ ano
- ☐ ne

Prosím, popište stručně tuto situaci.

.....

5) Setkal/a jste se někdy ve svém okolí s tím, že byl někdo z Vašich vrstevníků zesměšňován spolužáky kvůli nadváze?

☐ ano

☐ ne

Prosím, popište stručně tuto situaci.

.....

6) Držel/a jste někdy v životě dietu, protože jste chtěl/a zhubnout?

☐ ano, jen jednou

☐ ano, opakovaně (napíšte, prosím, jak často)

.....

☐ ne

Otázky týkající se informovanosti o poruchách příjmu potravy:

7) Víte, v jakém rozmezí (vzhledem k Vaší výšce) by se měla pohybovat Vaše ideální (normální) hmotnost?

☐ ne

☐ ano, prosím, uveďte

.....

8) Znáte pojem BMI (Body mass index) ?

☐ ne

☐ ano

pokud víte, jak se BMI počítá, prosím, napište postup

.....

9) Víte co jsou to poruchy příjmu potravy?

☐ ne

☐ ano

uveďte, prosím, jaké nemoci řadíme mezi poruchy příjmu potravy:

.....

10) Hovoří s Vámi rodiče o problematice poruch příjmu potravy?

☐ ne

☐ ano

11) Odkud se dozvídáte o poruchách příjmu potravy?

(Lze vybrat i více možností):

- ☐ knihy
- ☐ časopisy
- ☐ škola
- ☐ kamarádi
- ☐ rodina
- ☐ televize
- ☐ jiné, prosím, uveďte

12) V rámci učiva na střední škole jste se setkal/a s výukou, týkající se problematiky poruch příjmu potravy?

- ☐ ne
- ☐ ano, v předmětu

.....

13) Uvítal/a byste přednášky s odborníkem či hlubší rozbor problematiky o poruchách příjmu potravy?

.....

14) Setkal/a jste se s někým (případně znáte někoho), kdo onemocněl nemocí, která je řazena mezi poruchy příjmu potravy a léčí se?

Můžete, prosím, napsat podrobněji projevy nemoci, popřípadě aktuální zdravotní stav této osoby?

.....

.....

15) Myslíte si, že někdo ve Vašem okolí onemocněl nemocí, která je řazena mezi poruchy příjmu potravy a diagnózu kategoricky odmítá?

Jestli-že ano, prosím napište důvody, které Vás vedly k tomuto názoru.

.....

16) Jaký nejlepší způsob pomoci byste zvolil/a při podezření na onemocnění poruchou příjmu potravy u někoho z Vašich blízkých?

.....

.....

17) Jaké si myslíte, že může mít mentální anorexie zdravotní následky?

.....

18) Jaké si myslíte, že může mít mentální bulimie zdravotní následky?

.....

19) Myslíte si, že na vzniku poruch příjmu potravy se mohou podílet média (internet, televize, časopisy)?

Vaši odpověď, prosím, zdůvodněte.

.....

.....

20) Znáte název nějaké organizace, která se problematikou poruch příjmu potravy zabývá?

☐ ne

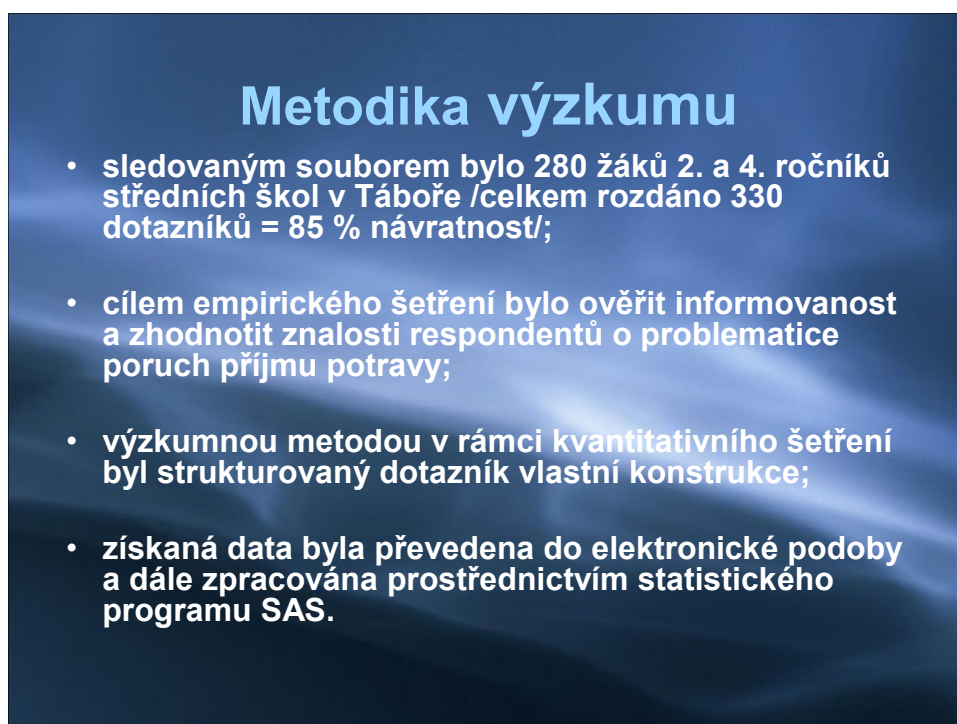
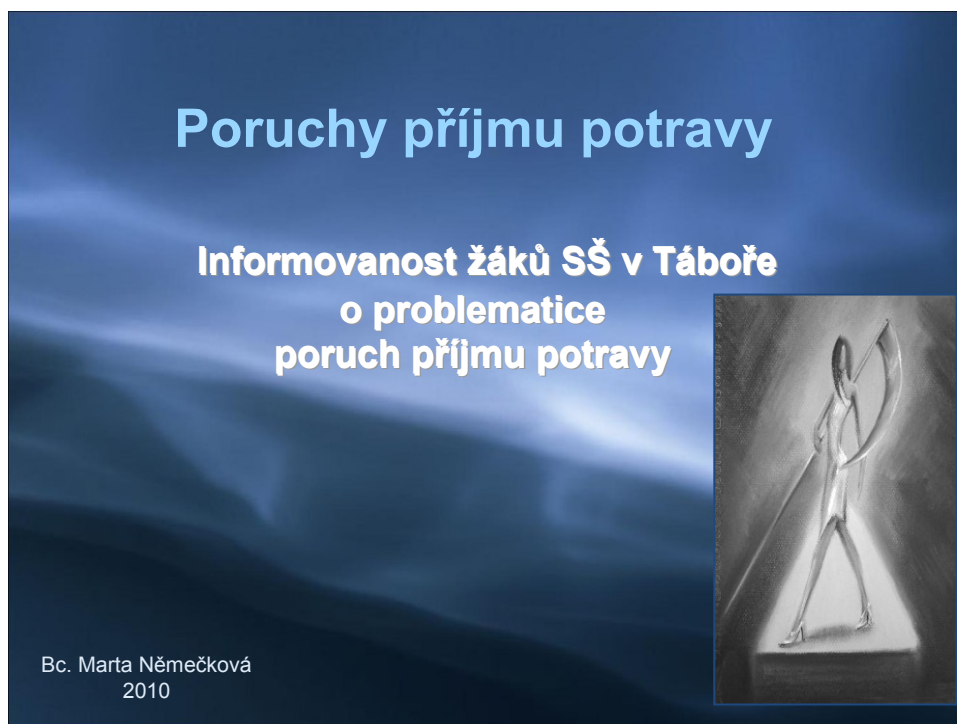
☐ ano, prosím, napište

.....

Děkuji za Váš čas a odpovědi.

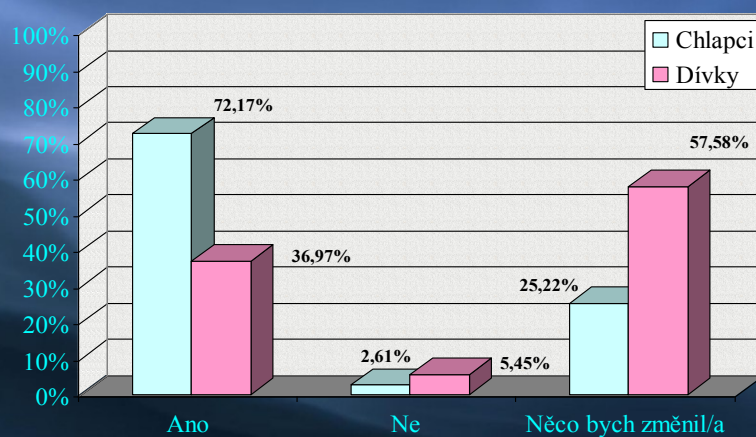
Němečková Marta

Příloha č. 3: Prezentace „Informovanost žáků SŠ v Táboře o problematice poruch příjmu potravy – výsledky výzkumu.“

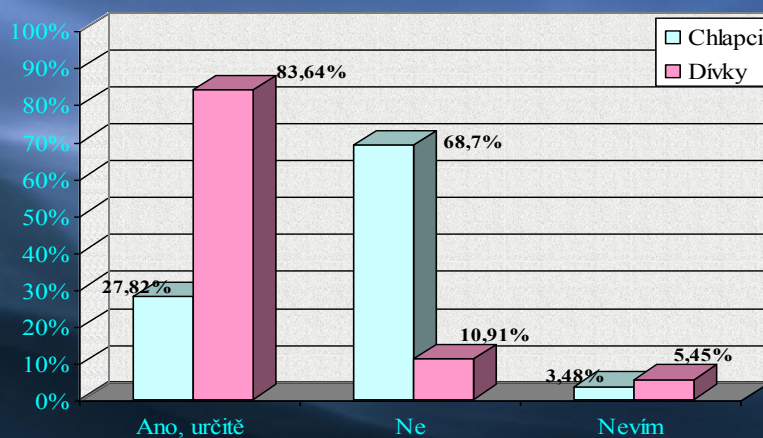


Výsledky výzkumu

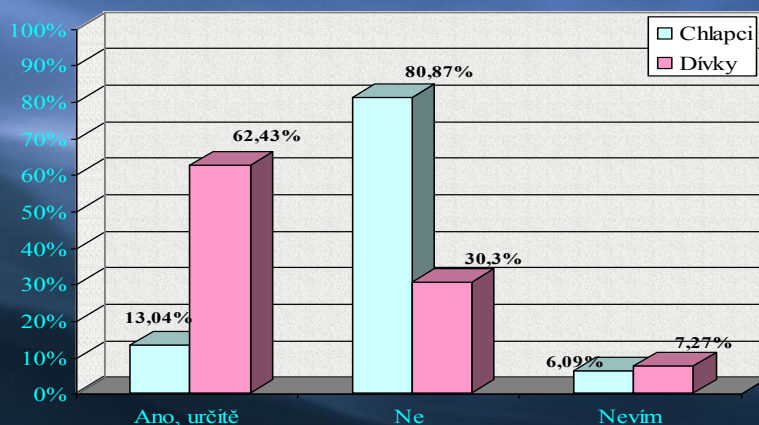
Jste spokojen/a se svým vzhledem ?



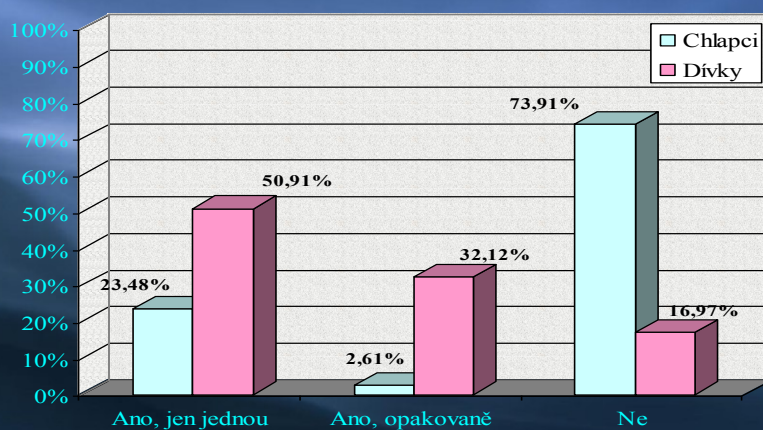
Štíhlá postava ovlivní, zda budete v životě šťastný/á/ ?



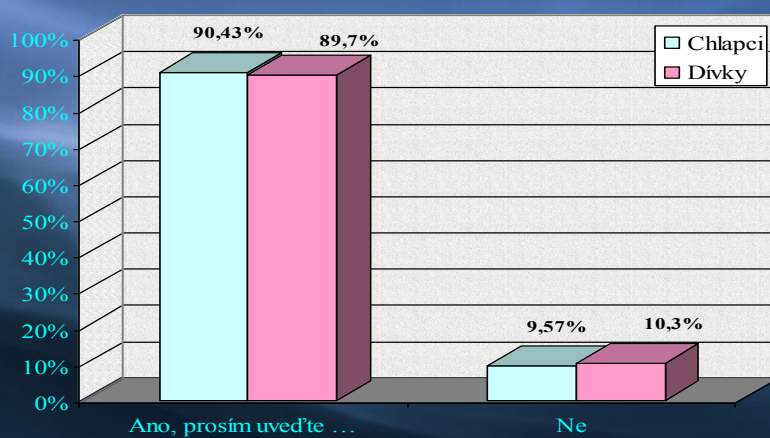
Je štíhlá postava důležitá pro Váš úspěšný profesní život?



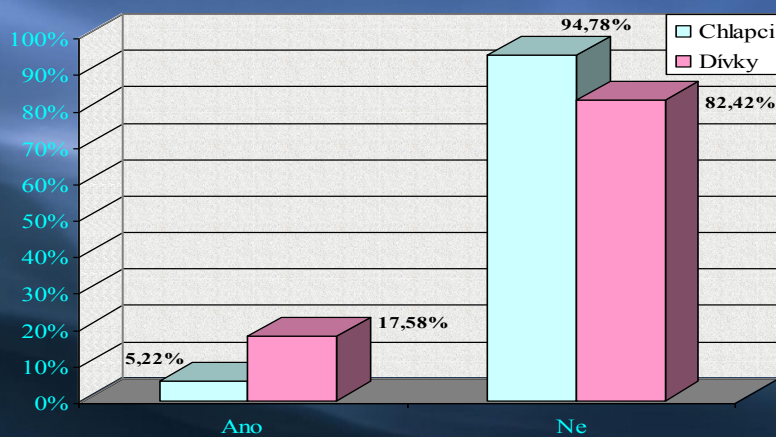
Držel/a jste někdy dietu, protože jste chtěl/a zhubnout?



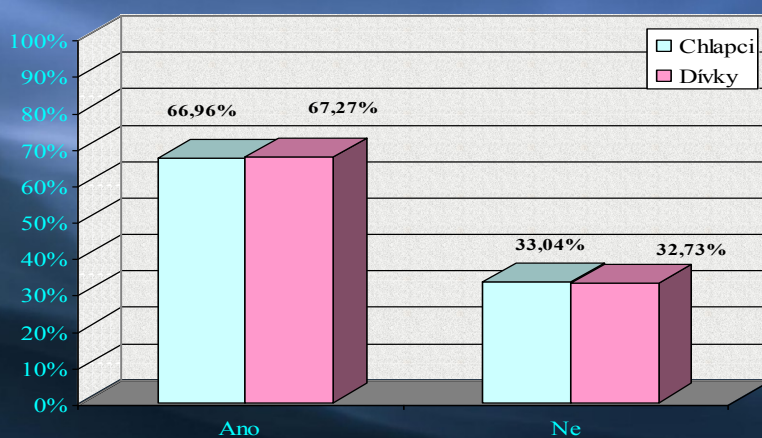
Víte, v jakém rozmezí by se měla pohybovat Vaše ideální hmotnost?



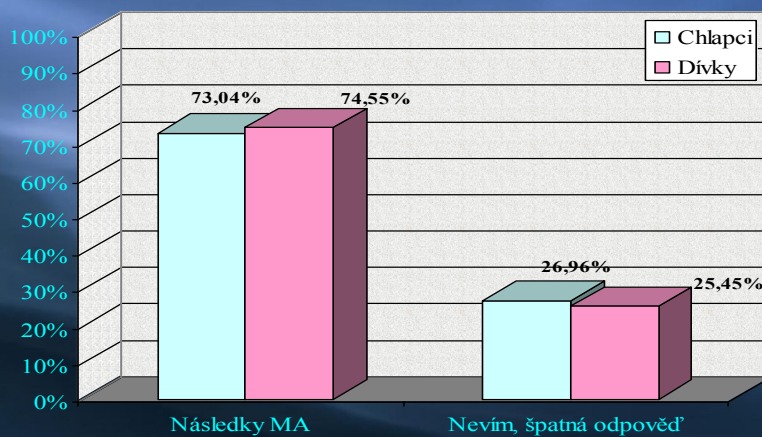
Znáte pojem BMI?



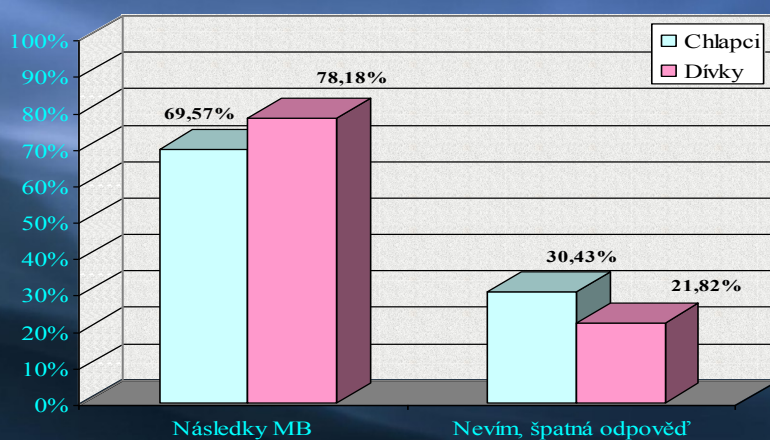
Víte co jsou to poruchy příjmu potravy?



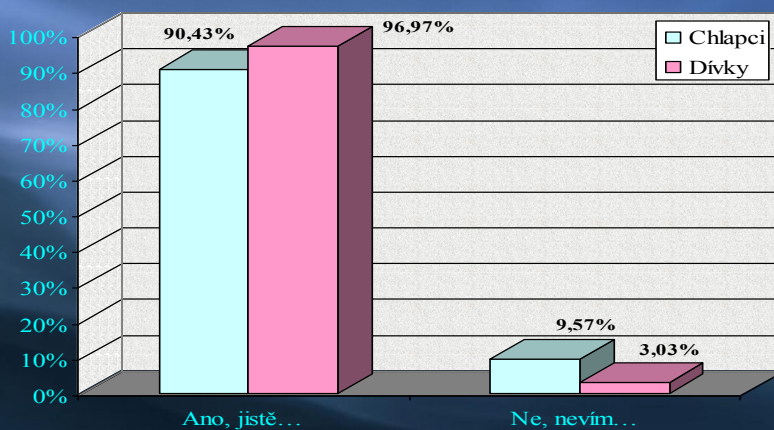
Jaké si myslíte, že může mít mentální anorexie následky?



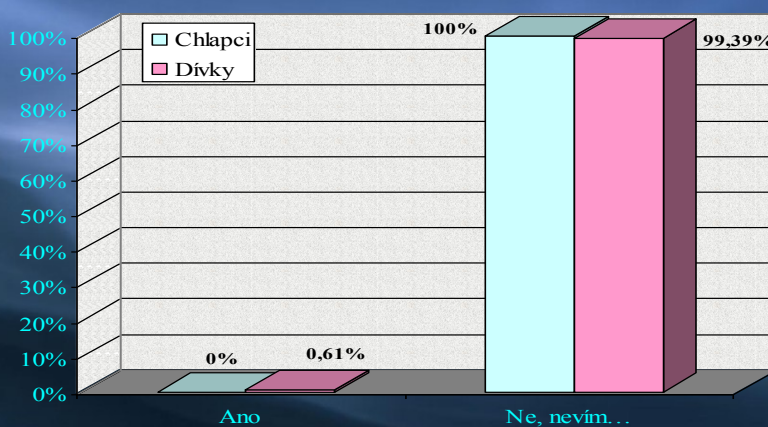
Jaké si myslíte, že může mít mentální bulimie následky?



Myslíte si, že na vzniku poruch příjmu potravy se mohou podílet média?



Znáte název nějaké organizace, která se problematikou poruch příjmu potravy zabývá?



Závěry

- ✓ chlapci jsou se svým vzhledem spíše spokojeni oproti dívkám;
- ✓ dívky oproti chlapcům si častěji myslí, že štíhlá postava ovlivní zda budou v životě šťastné, a že štíhlá postava je důležitá pro úspěšný kariéerní růst;
- ✓ chlapci oproti dívkám nemají zkušenosti s dietou za účelem snížení hmotnosti;
- ✓ rozmezí své ideální hmotnosti umí určit většina dotázaných respondentů;

- ✓ pojem Body Mass Index nezná většina dotazovaných žáků;
- ✓ na otázku co jsou poruchy příjmu potravy a které nemoci mezi ně řadíme dokázalo odpovědět pouze 67 % respondentů, nebyly shledány dle pohlaví významné statistické rozdíly;
- ✓ v rámci učiva na střední škole se s problematikou poruch příjmu potravy setkala pouze třetina respondentů, uváděli předměty občanská nauka a biologie, informovanost o poruchách příjmu potravy na střední škole je velice nízká;

- ✓ většina respondentů zná následky mentální bulimie a mentální anorexie;
- ✓ děsivým výsledkem výzkumného šetření jsou odpovědi na otázku, která vypovídá o znalosti respondentů nějaké organizace zabývající se poruchami příjmu potravy - pouze jedna dívka uvedla Občanské sdružení Anabell, ostatní žádnou organizaci neznají.

Poruchy příjmu potravy

- ✓ problematika poruch příjmu potravy je velice závažná;
- ✓ poruchy příjmu potravy vznikají jako důsledek mnoha faktorů, kterým na základě znalostí o této problematice lze předcházet;
- ✓ je žádoucí více implikovat téma poruch příjmu potravy do učiva žáků středních škol.