

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Změny nutričního chování v adolescenci se zřetelem na poruchy
příjmu potravy**

Changes nutritional behavior in adolescence with respect to the eating
disorder

Markéta Jirkovská

Vedoucí bakalářské práce: PeaDr. Eva Marádová CSc.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Chemie a Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Změny nutričního chování adolescentů se zřetelem na poruchy příjmu potravy vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Markéta Jirkovská

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PaedDr. Evě Marádové, CSc., vedoucí mé bakalářské práce, za cenné rady, věcné připomínky a za projevenou ochotu při vedení mé bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy ve vztahu k věkové skupině adolescentů. Cílem bakalářské práce je zjistit, do jaké míry je nutriční chování mladých lidí ovlivňováno prostředím, ve kterém žijí, a to nejen domácím, ale především veřejným, tedy školou, přáteli nebo i novými pracovními zkušenostmi.

Teoretická část zahrnuje vysvětlení a přiblížení základních pojmů vztahujících se k poruchám příjmu potravy, poskytuje epidemiologické údaje a pohled na historii výskytu tohoto onemocnění.

Praktická část analyzuje a vyhodnocuje data získaná metodou dotazníkového šetření mezi studenty středních škol v okrese Kutná Hora.

KLÍČOVÁ SLOVA

Adolescence, dotazníková šetření, nutriční chování, poruchy příjmu potravy, puberta, změna prostředí.

ANOTATION

This bachelor thesis deals with relation between the problem of eating disorders and the group of adolescents. The goal of this thesis is to find out how much is nutritional behaviour of young people affected by the surroundings they live in. The thinking of young people is influenced by family, by friends, by school, by society, by colleagues at work.

The theoretical part includes explanation and closer description of basic terms related to eating disorders. It also deals with history of this disease occurrence and it introduces some epidemiological data.

The practical part analyses and evaluates data obtained by asking students of the high schools in the district of Kutná Hora via questionnaire survey.

KEYWORDS

Adolescence, questionnaires, nutritional behaviour, eating disorders, puberty, changing environment.

Obsah

1	Úvod.....	8
	TEORETICKÁ ČÁST	9
2	Vymezení pojmu poruchy příjmu potravy	9
2.1	Definice poruch příjmu potravy	9
2.2	Příčiny poruch příjmu potravy	11
2.3	Léčba poruch příjmu potravy	14
2.4	Důsledky poruch příjmu potravy	16
2.5	Prevence poruch příjmu potravy	17
3	Poruchy příjmu potravy u dětí a adolescentů.....	20
3.1	Rozdíly mezi adolescenty a dětmi.....	20
4	Nejčastější nemoci	22
4.1	Mentální anorexie.....	22
4.1.1	Definice mentální anorexie	22
4.1.2	Rozvoj mentální anorexie	23
4.1.3	Příčiny a projevy mentální anorexie	24
4.1.4	Zdravotní důsledky	25
4.2	Mentální bulimie	26
4.2.1	Definice mentální bulimie	26
4.2.2	Rozvoj mentální bulimie.....	27
4.2.3	Příčiny a projevy mentální bulimie.....	28
4.2.4	Zdravotní důsledky	28
4.3	Záchvatovité přejídání se	29
5	Stravovací návyky.....	31
5.1	Obecná doporučení.....	31
5.2	Adolescentní doporučení.....	31

5.2.1	Potřeba energie	32
5.2.2	Sacharidy	32
5.2.3	Bílkoviny	33
5.2.4	Tuky	33
5.2.5	Minerální látky.....	33
5.2.6	Vitamíny	34
5.3	Zásady „správného“ stravování.....	34
5.3.1	Vhodný jídelníček.....	35
5.3.2	Nevhodný jídelníček	35
5.3.3	Shrnutí stravování adolescentů	36
6	Shrnutí teoretické části.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST		38
7	Cíl práce a výzkumné otázky.....	38
8	Metody výzkumného šetření.....	39
8.1	Struktura dotazníků	39
8.2	Charakteristika respondentů.....	39
8.3	Průběh dotazníkového šetření	40
8.4	Vyhodnocení dotazníků	40
8.5	Diskuze dotazníkového šetření	67
8.6	Návrhová část.....	71
9	Závěr	74
10	Seznam použitých informačních zdrojů	75
10.1	Seznam literárních zdrojů	75
10.2	Seznam internetových zdrojů.....	76
11	Seznam příloh	78
12	Seznam tabulek	79

13	Seznam grafů	80
----	--------------------	----

1 Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na změny nutričního chování adolescentů se zřetelem na poruchy příjmu potravy. Období adolescence je samo o sobě velmi komplikované a obtížné období. V tomto období probíhají nejrůznější změny jak fyzického tak i psychického rázu. Studenti se mnohdy často nechávají ovlivňovat svými spolužáky a to například v oblékání, chování, užívání návykových látek nebo i ve stravovacích návycích. A právě změny stravovacích návyků často mohou vést k poruchám příjmu potravy. Práce je postavena na teoretických znalostech i praktických zkušenostech a znalostí autorky, získaných v rámci bakalářského studia. Téma bylo zvoleno s ohledem na jeho aktuálnost související s poruchami příjmu potravy v současné době, protože i v dnešní moderní době existují dívky, které mají smyšlené problémy se svou postavou a tyto neexistující problémy mohou vést až k poruchám příjmu potravy, mentální anorexii nebo mentální bulimii.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, do jaké míry je nutriční chování adolescentů ovlivňováno školou, přáteli a změnou prostředí.

Teoretická část se zaměřuje na problematiku poruch příjmu potravy. Pojednává o příčinách, léčbě, prevenci a důsledcích, které jsou potřebné k pochopení dané problematiky. Komplexněji se práce zabývá dvěma konkrétními nemocemi: mentální anorexii a mentální bulimii. Dále práce pojednává problematiku poruchy u dětí a adolescentů. V poslední části se zaměřuje na „správné“ stravovací návyky.

Praktická část se zabývá vyhodnocováním a analyzováním dotazníkového šetření, které je primárně zaměřeno na získání dat od žáků středních škol v okrese Kutná Hora a to konkrétně naze Střední odborné škole a Středním odborném učilišti v Kutné Hoře a ve Vyšší odborné škole, Střední průmyslové škole a Obchodní akademii v Čáslavi. Cílovou výzkumnou skupinu tvoří žáci ve věkovém rozmezí od 16 až 18 let a výše., Cílem šetření bylo zjistit, jak mohou být ovlivněny stravovací návyky změnou prostředí především školou a přáteli.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Vymezení pojmu poruchy příjmu potravy

2.1 Definice poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy patří mezi jednu z nejrozšířenějších poruch zdraví u mladých lidí. Je možno si klást otázku, proč postihuje nejčastěji právě mladé lidi? Odpovědí na tuto otázku je řada, ale mezi ty nejčastější patří, že mladí lidé nejsou tolik odolní vůči změnám, které u nich probíhají a často jsou ovlivněni změnou prostředí, svými přáteli nebo školou. V mladistvém věku probíhá u člověka mnoho změn jak psychických, sociálních tak i somatických. Proto je toto období nazýváno obdobím velkých změn. Z dívek se v tomto období stávají ženy a z chlapců se stávají muži (Krch, 1999), (Marádová, 2007), (Kocourková a kol., 1997).

Definice poruch příjmu potravy není zcela jednoznačná. Dle Cohena (2002) je u lidí častější problematika týkající se stravy. I obezita s sebou přináší zdravotní rizika, jako je třeba srdeční selhání. Stejně tak podváha může končit až smrtí. Pro většinu adolescentů je toto období bezproblémové, ale pro některé jedince je tato část života velmi komplikovaná a mnohdy bojují hlavně sami se sebou. Prioritou pro tyto jedince se stává hlavně vzhled.

Zjednodušeně řečeno se jedná o psychické onemocnění, které je způsobeno při nežádoucím či nepřízpůsobivým sociálním chováním a které je především doprovázeno prudkým snižováním tělesné hmotnosti. Snižování tělesné hmotnosti je cíleně zaměřené na získání „atraktivnější“ postavy. Toto onemocnění postihuje dívky i chlapce, ovšem čtenější je výskyt tohoto onemocnění u dívek. Je možno konstatovat, že dívky snášejí změny týkající se svého těla hůře než chlapci. Jak již bylo řečeno, toto onemocnění je charakteristické hlavně pro období adolescence a rané dospělosti. Nejtypičtější věkem pro toto onemocnění je období od 13 do 25 let. Někdy onemocnění může vypuknout i

dříve nebo dokonce později, což ovšem neznamená, že by mělo jiný průběh, či se to nechápalo jako porucha příjmu potravy (Krch, 1999), (Krch, 2005), (Krch a Marádová, 2003), (Marádová, 2007).

Dle Krcha a Marádové (2003) se k onemocněním (poruchám) příjmu potravy řadí mentální anorexie a mentální bulimie. Ve svých projevech jsou tyto dvě nemoci podobné. Důležitým mezníkem je nutriční chování. Toto nutriční chování ohrožuje nemocného na životě a to jak omezováním příjmu potravy, tak nesnesitelným přejídáním.

Typické pro obě poruchy je:

- Intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu
- Strach z tloušťky
- Nespokojenost s vlastním tělem

Z výše uvedeného jednoznačně vyplývá, že tyto dvě hlavní poruchy spolu velmi úzce souvisejí a to i přesto, že jsou velmi odlišné. Podle mnoha výzkumů, které byly provedeny, je známo, že poruchy příjmu potravy se týkají i chlapců, kteří představují 1-10%. Mentální anorexií jsou dívky většinou postiženy v rozmezí věku v období od 13 do 20 let, naproti tomu mentální bulimie má mezní věk onemocnění většinou mezi 15 - 25 věku. Výskyt a průběh toho onemocnění je velmi individuální u každého jedince. Nástup nemoci se liší. Je ovlivněn nejrůznějšími faktory, jako jsou rodinné dispozice, změna vnímání vlastního těla, tudíž i následně psychické nezvládnání somatické změny těla a mnoho dalších faktorů. Dalo by se říci, že všechny poruchy příjmu potravy začínají jako nevinná dieta, která se mnohdy může nekontrolovatelně zvrhnout. (Krch, 1999), (Krch, 2005), (Krch a Marádová, 2003), (Kocourková a kol., 1997), (Marádová, 2007).

Jedinec toto onemocnění neprožívá sám. Spolu s postiženým prožívá toto onemocnění jeho rodina a přátelé. Rodina tuto situaci nese velmi těžce. Rodiče se dokonce často zhroutí, protože si dávají za vinu, že si nevšimli toho, že jejich dítě onemocnělo touto závažnou nemocí. Myslí si často, že kdyby se o dítě lépe starali, mohli by nemoci předejít. Toto sebeobviňování je však zbytečné, protože když se mladý

člověk k něčemu rozhodne, tak je to pro něj momentálně nezvratné (Švédová, 2012), (Krch, 1999), (Krch a Marádová, 2003), (Marádová, 2007), (Krch a Richterová, 1998).

V naší republice existuje a aktivně působí i mnoho organizací a léčebných středisek, která jsou přímo specializována na tuto problematiku. První zmínka o vzniku léčebny těchto chorob se datuje do roku 1983, kdy v ČR vznikla první specializovaná jednotka pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice v Praze podle vzoru specializované jednotky v Kortenbergu v Belgii . (PSYCHIATRICKÁ KLINIKA 1LF UK A VFN [online]. c. 2013)

Od roku 1989 pracuje Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, kde se rovněž věnují léčbě poruch příjmu potravy a od roku 1992 také v Jablonci nad Nisou. Nově vznikly jednotky pro poruchy příjmu potravy při Olomoucké psychiatrické klinice (1997). Mezi tato zařízení patří i Fakultní nemocnice Motol v Praze, kde se také snaží pomoci dívkám, které onemocněly poruchami příjmu potravy. (PSYCHIATRICKÁ KLINIKA 1LF UK A VFN[online]. c. 2013)

V roce 2002 vzniklo Občanské sdružení Anabell, které nabízí pomocnou ruku osobám, postiženým i ohroženým poruchami příjmu potravy. Na jejich internetovém webu mohou nemocné osoby vzájemně probírat své pocity a problémy ohledně nemoci s lidmi, kteří mají stejné či podobné problémy. Mohou zde najít cesty k řešení své obtížné situace. Dokonce vznikla publikace vycházející z tohoto webu (Anabell[online] 2002-2015).

2.2 Příčiny poruch příjmu potravy

Při tomto onemocnění lze mezi důvody jeho vzniku nalézt mnoho různorodých faktorů. Hlavními činiteli mohou být sociálního, psychického či somatického charakteru. Mezi hlavní problémy patří strach z tloušťky, respektive z nadváhy, dále pak strach ze somatických změn, které probíhají v nejrizikovějším věku, ve kterém je dívka náchylnější ke vzniku poruch příjmu potravy, Dalším rizikovým faktorem je strach ze sexuality jako takové. Mnoho dívek se nechce stát ženou, chtějí navždy zůstat malými „holčičkami“. To není reálné, ale právě změny biologicko - somatické lze

oddálit poruchami příjmu potravy. Pokud je narušena vyvážená nutriční strava v období adolescence, je zde velké riziko toho, že správný vývoj nebude probíhat tak jak má, že bude opožděn či dokonce pozastaven (Krch, 1999), (Krch a Marádová, 2003), (Marádová, 2007), (Kocourková a kol., 1997).

Dle Marádové (2007) u nemocných pacientů, kteří trpí poruchou příjmu potravy, se tato nemoc projevuje daleko častěji kvůli problémům v rodině. Mezi nejčastější problémy patří nízké sebevědomí, rozvrácené vztahy, alkoholismus či dokonce duševní poruchy u rodičů, které nepřímo či přímo ovlivňují psychiku dítěte (pacienta).

Všechny děti se nechají určitým způsobem ovlivnit svými rodiči. Toto ovlivnění může být kladné i záporné. Kladné ovlivnění bývá pro děti bezesporu velkým přínosem, neboť to pro ně může znamenat rozšíření jejich obzorů a pochopení budoucího života a okolního světa. Dítě si vytvoří určité sebevědomí, které mu potom usnadňuje lepší prosazení se v životě. Nenechá se pak snadno zviklat a nalákat různými negativními podněty, které v životě potkává. Pokud však ovlivňování rodiči je negativního charakteru, může to razantně ovlivnit rozvoj a postoje dětí. Mnoho odborníků se shoduje v názoru, že nejsou žádné specifické příčiny, které by vedly k samovolnému odstranění a vyléčení poruch příjmu potravy. (Krch, 1999), (Marádová, 2007), (Krch a Marádová, 2003).

Dalším ovlivňujícím faktorem je držení diet. *Dle Marádová (2007, s. 16) „Poruchami příjmu potravy jsou ohroženy ženy bez rozdílu společenského postavení, rasy i věku“.* Už malé holčičky si často hrají na to, že drží dietu stejně jako jejich maminka a že potom budou krásné stejně jako ona. Bohužel se tato nevinná dětská hra často stává realitou. Ženy si často neuvědomují, že krása neznamena jen to co je vidět, míněno jejich postavou, ale že krása může být i vnitřní. Často ovšem převládne touha po kráse vnější. Není divu, pokud se dívka řídí podle médií nebo časopisů zaměřených na „bulvár“, kde čte o tom, jak některé slavné osobnosti přibraly, nebo například jak známá modelka „ztloustla“ a proto již není tolik žádoucí, jako tomu bylo před půl rokem, kdy byla ještě „vyzáblá na kost“. Již z těchto komentářů dívky většinou usoudí, že je nejdůležitější krása vnější a že pokud chtějí ve světě uspět, a to ne jenom jako modelky, měly by vypadat atraktivně (Švédová, 2012), (Marádová a Krch, 2003), (Krch, 1999).

V dnešní době lze najít celou škálu diet, které slibují, že po absolvování nějaké konkrétní diety zaručeně zhubnete a že to účastníka nebude stát tolik sil, námahy a sebeobětování. (Švédová, 2012), (Marádová, 2007), (Marádová a Krch, 2003), (Krch, 1999).

Mezi nejčastěji užívané diety patří dieta redukční. Co to vlastně redukční dieta je a jak velkou hraje roli ve stravování? Poměrně dost studií prokázalo, že právě vlivem redukčních diet se zvyšuje potenciál vzniku poruch příjmu potravy až osmkrát. Často učitelé základních škol slychají od svých žákyň, že musejí začít držet dietu, protože jsou moc silné. Ovšem to, že dívka ztloustne v tomto období, neznamena, že by jedla nezdravě či se nesprávně stravovala, ale znamená to, že zvýšila svou tukovou hmotu díky vlivu somatického vývoje (Marádová, 2007), (Marádová a Krch, 2003), (Krch, 1999).

Žena či dívka držící dietu bývá často velmi rozladěná a podrážděná, Je to vlivem nepřiměřeného příjmu potravy, protože její energetický obsah nedostačuje doporučenému dennímu příjmu. Mnohdy ženy s touto dietou nevydrží a to většinou vlivem svého okolí, které je láká nejrůznějšími druhy potravin, které si sami odpírají. Při držení diety dochází také ke změně chutí, většinou ženy držící dietu mají zvýšenou chuť na sladké (Švédová, 2012), (Marádová, 2007), (Fraňková a kol., 2013), (Marádová a Krch, 2003).

Optimální strava by měla být pestrá a řádně nutričně vyvážená. Měla by mít určitou energetickou hodnotu a odpovídající zastoupení živin. Mezi doporučená denní jídla patří snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře (Marádová, 2007), (Švédová, 2012), (Fraňková a kol., 2013), (Machová, 2002).

Je všeobecně známo, že méně je někdy více, což znamená, že pokud člověk přijímá potravu cca každé 3 hodiny po malých dávkách, je to pro jeho organismus mnohem zdravější, než kdyby celý den nejedl a potom v noci vyjedl celou lednici. Autorka se domnívá, že problém diet tu byl, je a vždy bude a bohužel jsou i lidé, kteří se vždy nechají ovlivnit reklamami, které jsou v mnohém zavádějící a negativně ovlivňují čtenáře či posluchače.

Dívkám často stačí přečíst si několik podobných článků a nechají se inspirovat a snaží se přečtené aplikovat na svém těle.

Důležitou roli hrají média, která určují ideál ženské krásy. Pokud by se člověk zabýval reklamami, které se v dnešní době v hojně míře vyskytují, mohl by si povšimnout, že mnoho reklam je zaměřeno na zeštíhlující prostředky, jako je například tělové mléko na zpevnění hýždí či dokonce prášky na zhubnutí. Nový trendem jsou dokonce legíny, které způsobují, že žena nemusí chodit cvičit a zhubne jen tehdy, když si tyto legíny vezme na sebe. (Růžičková [online] c. 2008)

Dívky se často nechtějí společně stravovat se svojí rodinou, protože rodina vidí, co dívka jí. Počítají každé sousto, což může být nepříjemné pro obě strany. Dívky se začínají většinou velmi zajímat o stravování, snaží se „vykrmovat“ všechny ve svém okolí kromě sebe. Nikomu to zpočátku nepřijde divné, ale později to nakonec vypluje na povrch. Dívky svoji vyhublost často kryjí mnoha vrstvami oblečení, aby si toho okolí a jejich blízcí nevšimli. Teplé oblečení nepřipadá nikomu divné, pokud je podzim či zima, ale většinou v jarních či letních měsících si toho ostatní povšimnou (Krch, 199), (Marádová, 2007), (Kocourková a kol., 1997).

Někdy pro dívky může být spouštěčem nevyvedený vztah s blízkou osobou. Dívky se často uzavrou a viní samy sebe.

2.3 Léčba poruch příjmu potravy

Dle Marádová (2007) léčba poruch příjmu potravy může být velmi komplikovaná a záleží na mnoha různých faktorech a okolnostech. Ovšem léčba bývá založena na vzájemně propojených postupech léčby.

Nejdůležitějším faktorem je, aby si nemocný člověk sám uvědomil, že něco není v pořádku a že trpí touto poruchou. Teprve ve chvíli, kdy si nemocný přizná, že trpí touto poruchou, dalo by se konstatovat, že má možnost se léčit. Hlavním faktorem v léčbě bývá věk. Pokud s léčbou začíná velmi mladý člověk ve věku do 14 let, je u něj doporučena hospitalizace v případech když:

- je - li úbytek hmotnosti více než 25% optimální tělesné hmotnosti

- hrozí dehydratace organismu
- jsou patrné známky oběhového selhání (pomalý tep, nízký krevní tlak)
- přetrvává zvracení nebo zvracení krve pacient je v těžké depresi a hrozí sebevražedné chování (Krch, 1999), (Krch a Marádová, 2003), (Marádová, 2007), (Fraňková a kol., 2012).

Dále záleží na možnostech spolupráce s blízkými osobami pacienta. Mezi tyto osoby lze zahrnout přátele, spolužáky a samozřejmě také rodinu. Při léčbě by neměl být nemocný člověk vytržen z prostředí, ve kterém mu je dobře, protože jakákoliv změna u pacienta může vyvolat ještě větší psychické vypětí. Nejdůležitější je při léčbě zajistit pacientovi vhodné podmínky pro vyléčení, chovat se k němu jako by se nic nedělo, zkrátka tak, jako tomu bylo doposud (Krch, 1999), (Krch a Marádová, 2003), (Marádová, 2007), (Fraňková a kol., 2012).

Dle Krcha (1999) mezi nejčastější léčebné procesy patří hospitalizace, částečná hospitalizace, ambulantní lékařská péče, svépomoc, rodinná terapie, skupinová terapie.

Léčba může být krátkodobá nebo dlouhodobá, každá léčba je individuální a většinou vyžaduje pomoc odborníka, který má praktické zkušenosti s danou problematikou. Odborníka čeká velmi náročný úkol: musí odolat různým nástrahám, které si na něj nemocný pacient připraví. Odborník by měl dokázat přesvědčit pacienta, aby změnil svůj postoj ke své vlastní osobě. Pokud nemoc není na kritickém bodě, neměl by být pacient v žádném případě vytržen ze svého přirozeného prostředí, ale je doporučeno docházení jen na ambulantní léčbu. Pokud se ovšem jeho stav rapidně zhorší, čeká ho nekompromisně hospitalizace, která ovšem může negativně ovlivnit jeho celkový psychický stav. Většinou po přírůstku hmotnosti na vyhovující hranici a po upevnění správných stravovacích návyků bývá pacient propuštěn do domácího léčení. Následuje přísná každotýdenní kontrola u lékaře, která zahrnuje kontrolu stávající aktuální hmotnosti pacienta. Bohužel však i u vyléčených pacientů nelze říci, že u nich nemůže dojít k recidivě, tedy k návratu nemoci. Pro vyléčené pacienty představuje pak každá nepříjemná životní situace spouštěč této nemoci (Krch a Marádová, 2003), (Kocourková a kol., 1997), (Krch, 1999), (Marádová, 2007).

Pacienti prožívají průběh léčby individuálně, ale většinou často trpí různými depresemi, úzkostnými stavy vyplývajícími z přesvědčení, že jsou na všechno úplně

sami a že je celý svět odepsal. Vzhledem k těmto střídajícím se náladám často pacienti odmítají i svoji vlastní rodinu nebo se s rodinou hádají a často jí i vyhrožují, že pokud ho/ji neodvedou hned pryč na revers, nebudou vůbec jíst a budou používat nejrůznější přípravky proto, aby se mu/jí přitížilo. Pro rodinu je to nepředstavitelné psychické vypětí, ovšem pokud to zvládne, pomůže nejen sobě, ale v první řadě svému dítěti (Krch, 1999), (Marádová, 2007), (Krch a Marádová, 2003), (Kocourková a kol., 1997), (Fraňková a kol., 2013).

2.4 Důsledky poruch příjmu potravy

Toto onemocnění má celou řadu následků, většinou to naštěstí nejsou následky fatální. Bohužel však známe mnoho případů, ve kterých toto onemocnění u pacientů vedlo až ke ztrátě života. Každý člověk žije jenom jednou a měl by si svého života patřičně vážit. Ne nadarmo se říká, že každý den by se měl prožít tak, jako kdyby to byl náš poslední den v životě. Lidé toto rčení znají, ale začnou si ho uvědomovat a vážit většinou až ve chvíli, kdy už je bohužel pozdě (Krch, 1999), (Marádová, 2007), (Švédová, 2012), (Woolfová, 2013).

Podle Krch a Marádová (2003) poruchy příjmu potravy způsobují problémy zdravotního charakteru, které většinou souvisejí s velkým úbytkem hmotnosti a s nevyváženou stravou. Tyto zdravotní komplikace jsou důsledkem nadměrného používání podpůrných látek k vyvolání zvracení či celkovému vyprazdňování. Lidé nemocní touto poruchou většinou trpí problémy, které jsou jak psychického tak i fyzického rázu. Je to například zácpa, vypadávání vlasů, lámání nehtů, pocit chladu a únavy, nevyrovnanost osobnosti, pocit méněcennosti. Někdy se dokonce může stát, že je onemocnění natolik závažné, že pacient umírá. Procento úmrtí pacientů je ale naštěstí jen mizivé. (Krch a Marádová, 2003), (Krch, 1999), (Švédová, 2012), (Marádová, 2007).

Dle Krcha (1999) mezi další důsledky poruch příjmu potravy patří problémy v oblasti kardiovaskulárních, gastrointerstunálních, kosterních komplikací a dále problémy v oblasti plodnosti.

V dnešní době patří onemocnění srdce a srdečního systému jednomu z nejčastějších onemocnění. Mezi další patří gastroduodenální komplikace, které se objevují v souvislosti se zvracením. Díky podráždění žaludku a jícnu mohou vznikat velmi komplikované a mnohdy velmi časově náročné nemoci (Krčh, 1999), (Marádová, 2007), (Kocourková a kol., 1997), (Krčh a Marádová, 2003).

Dalším důsledkem poruch příjmu potravy je nehezky vzhled chrupu nemocného pacienta. Chrup nemocného člověka je charakteristický tím, že dotyčný má zuby zkažené a žluté, což je způsobeno častým zvracením vyvolávaným působením různých kyselin a cukrů (Krčh, 1999), (Kocourková a kol., 1997), (Švédová, 2012).

Mnoho anorektiček během svého onemocnění přestane menstruat. Ztráta menstruace je důsledkem velkého poklesu hmotnosti. Protože se většinou jedná o velmi mladé dívky, fakt, že přišly o menstruaci, jim vůbec nevádí, ba naopak ho vítají. Později, když si dívky ve starším věku najdou přítele, začnou o těchto problémech přemýšlet a jejich pohled je již odlišný než dříve. Až pak si pacientky začínají uvědomovat jaký je to dar mít možnost počít a porodit dítě. Vědí, že pokud nedojde k obnovení menstruace, tento sen se jim nikdy nevyplní. Proto se všemi způsoby snaží zvýšit svou hmotnost, ovšem samotné zvýšení váhy neznamena, že má dotyčný vyhráno. Tělo samo pozná, kdy by organismus ženy byl schopný zvládnout zdravotní vypětí spojené s těhotenstvím, porodem a následně i mateřstvím. Mnohdy trvá i několik let, než se organismus ženy vrátí do normálního stavu a někdy k tomu bohužel nedojde nikdy (Krčh, 1999), (Krčh a Marádová, 2003), (Woolfová, 2013), (Fraňková a kol., 2013).

2.5 Prevence poruch příjmu potravy

S prevencí je třeba začít co nejdříve. Nejkritičtějším obdobím je období puberty. Právě v tomto období by prevence měla být zvýšená. Vhodnou prevencí je možné předcházet případnému vzniku problémů, jako jsou poruchy příjmu potravy u dětí a adolescentů. (Krčh a Marádová, 2003).

Je mnoho různých způsobů, jak předcházet takovým onemocněním. Jako základní prevence zde působí rodina a přátelé, protože právě tito lidé jsou s potencionálně nemocnými v neustálém kontaktu po celý jejich život. Rodina je základní sociální skupinou a proto se také od ní očekává, že bude svoje děti chránit před působením vnějších jevů, jako je například působení alkoholu, drog či poruchy příjmu potravy. V dnešní době se ovšem stává, že rodiče nemají na své děti tolik času, jako to mu bývalo dříve. Jejich pracovní vytížení je mnohonásobně vyšší než dříve. A právě proto, že někteří rodiče nemají čas se svými dětmi probírat nejrůznější problematické věci, by těmto psychopatologickým jevům a věcem měli předcházet pedagogové ve školách v rámci speciálních vyučovacích předmětů.

Ve školách již existují speciální vzdělávací programy v rámci výchovy ke zdraví či zdravému životnímu stylu. Mnoho škol tyto programy využívá ve značném počtu. Obsah těchto programů bývá koncipován velmi pestře. Snaží se žákům základních a středních škol poskytnout plnohodnotné informace o výskytu, příčinách i nežádoucích důsledcích poruch příjmu potravy. Jako významný preventivní program se zde uplatňuje program Pro-Youth, který patří k mezinárodním programům, kterého se účastní 7 evropských zemí. Program se zaměřuje na 660 000 žáků – studentů, zúčastnit se mohou všechny základní, střední či vysoké školy v České republice. Cílovou skupinu v České republice tvoří žáci - studenti ve věku 15-19 let. Tento program je anonymní, bezplatný a nabízí uchazečům základní informace ohledně poruch příjmu potravy, dále dochází k srovnávání informací z medií a odborné informace z Pro-Youth (Krch a Marádová, 2003), (Švédová, 2012), (Pro- Youth, [online] c. 2012-2014).

Dále se snaží pomoci žákům zkvalitnit stravovací návyky. Většinou si všichni sepíší svůj jídelníček a následně ho společně proberou a dochází k závěru, co jsou a co nejsou zdravé potraviny. Jedním z důležitých faktorů je i prostředí, které by mělo vytvářet atmosféru, ve které se všichni žáci cítí dobře. V těchto programech se hodně pracuje i s rozvojem osobnosti jedince, s vytvářením vlastního názoru a zvládnutím obtížných stresových situací i následným řešením těchto situací (Krch a Marádová, 2003), (Švédová, 2012).

Informovanost dnešní mládeže je zajištěna v dostatečné míře, což znamená, že by jejich případná nevědomost neměla vést ke vzniku těchto poruch. Bohužel se však

mladí lidé nechávají ovlivnit médii nebo svými přáteli, kteří je přesvědčují nebo přemlouvají k tomu, aby vyzkoušeli nejrůznější přípravky, aby dosáhli svého vysněného cíle, v tomto případě „krásné“ postavy. I rozsáhlá prevence, získávaná z různých zdrojů, mnohdy nestačí na potlačení vzniku a nástupu poruch příjmu potravy.

3 Poruchy příjmu potravy u dětí a adolescentů

3.1 Rozdíly mezi adolescenty a dětmi

Rozdíly mezi poruchami příjmu potravy u dětí a adolescentů nejsou příliš velké. U těchto dvou skupin spolu úzce souvisejí. Rizikové faktory se objevují především v historii rodiny. Mohou to být například chronické deprese, které mohou poukazovat na genetickou predispozici. Pokud se u dětí tato nemoc objeví, je často možné konstatovat, že je to následkem vztahů v rodině. Velký vliv přitom má vztah mezi matkou a dítětem. (Fraňková a kol., 2013), (Kocourková a kol., 1997), (Krch, 2003).

Krch (2002) a Krch a Marádová (2003) konstatují, že kromě mentální anorexie je možné se u dětí setkat s celou škálou dalších problémů v souvislosti s jídlem. Na prvním místě se většinou uvádí ztráta chuti k jídlu v souvislosti se zdravotními či psychickými problémy. Psychické problémy se ve velké míře projevují depresemi a úzkostmi, může to mít však i souvislost se stravovacími návyky, na které je dítě zvyklé. V dnešní moderní době je běžné, že dítě samo rozhoduje, co bude jíst a kdy. Dítě si nevybere plnohodnotné jídlo, ale většinou si zvolí nějaký velmi kalorický pokrm, jako je třeba sušenka, pizza nebo dokonce hamburger. Jestliže má možnost jíst jen tehdy, kdy má na něco chuť a výběr jídla záleží jenom na něm, pak dříve nebo později začne odmítat běžná zdravá a výživově hodnotná jídla a bude upřednostňovat svoje oblíbené pamlsky. Problém těchto dětí není v podvýživě ale právě naopak v obezitě. U těchto dětí se mohou objevovat různé druhy zdravotních obtíží. Dítě udává jako důvod, proč nejí, například strach, že mu bude špatně, strach z nákazy nebo z udušení.

Průběh mentální anorexie se u dítěte a u adolescentů liší, ale jen v drobnostech. U dětí dochází hlavně k omezování příjmu potravin a tekutin. Děti si dokonce myslí, že pokud se napijí, tak by mohly být tlusté, proto se snaží příjem tekutin omezit na minimum či dokonce nepijí vůbec. Většina důvodů, které děti uvádějí, jsou shodné s důvody, které uvádějí adolescentní dívky. Trpící jedinci se velmi přehnaně zabývají svou hmotností, dlouhé hodiny tráví pozorováním své postavy před zrcadlem a několikrát denně se převažují a přeměřují. Ač se to zdá neuvěřitelné, i malé děti se brzy

stanou odborníky v problematice ohledně potravin a stravy. Začínají si zaznamenávat energetické hodnoty potravin, plánují si, co druhý den zkonsumují či si dokonce vytvářejí diety nebo jídelníčky „ušité na míru“. Děti mají většinou velký strach z toho, že budou tlusté a že se jim budou všichni v okolí posmívat. Strach z tloušťky je natolik ovládá, že dochází ke zkreslenému vidění sebe samých, respektive k poruše tělového rázu a to tak, že když dítě nemocné mentální anorexií pohlédne do zrcadla, vidí se daleko silnější, než jaké ve skutečnosti je. Zvracení je u dětí vyvoláváno zatím jen přirozeným způsobem a to ve chvíli, kdy se musí najíst, protože jsou pod dohledem svých rodičů. V tom se liší od adolescentů, kteří velmi často zneužívají k zvracení různé druhy laxativa a diuretika. Hodně dětí trpí syndromem kontroly hmotnosti, který byl nalezen až u 40 % dětí. Cvičení je dětmi prováděno v poměrně hojné míře. Bylo zjištěno až u 33% dětských pacientů. Pokud rodiče dětem cvičení zakazují, děti se nenechají odradit a cvičí potají, třeba v období kdy jsou v koupelně, nebo když vědí, že rodiče nejsou v blízkosti (Krch a Marádová, 2003), (Kocourková a kol, 1997), (Fraňková a kol., 2013).

Chování psychického a fyzického charakteru je srovnatelné u dětí i adolescentů. Průběh onemocnění u dětí je většinou mírnější než u adolescentů. Pokud je nemoc podchycena v pravý čas, odrazí se to i na léčbě, která hraje klíčovou roli. (Krch a Marádová, 2003), (Fraňková a kol., 2013).

4 Nejčastější nemoci

4.1 Mentální anorexie

4.1.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha, ke které se pojí mnoho definic a charakteristik. Dle Krcha (2005) a Fraňková (2013) lze mentální anorexie (MA) definovat jako poruchu, jejíž projev je povětšinou úmyslné úsilí ve snižování tělesné hmotnosti. Velmi často nemocné dívky odmítají jídlo ne z pocitu toho, že by neměly hlad, ale z důvodu, že nechtějí či nemohou přijmout potravu. Aby byla lépe určena diagnostika mentální anorexie, musí existovat tři základní znaky:

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 15% normální tělesné váhy, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI),
- strach z tloušťky, který přetrvává i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost,
- amenorea u žen - porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky

Poruchy příjmu potravy jsou typickou poruchou hlavně pro období dospívání, i když počátek mentální anorexie se velmi často objevuje již před 14. rokem života. Na začátku poruch je vždy třeba počítat s nečekanými komplikacemi, proto by zvolení vhodného lékaře mělo patřit k nejzákladnějším a nejrychlejším krokům, které je třeba učinit, aby se zabránilo hlubšímu průniku nemoci (Krch, 2002), (Krch, 1999), (Krch a Marádová, 2005), (Kocourková a kol., 1997).

Mentální anorexie postihuje obě pohlaví, nejvíce však postihuje dívky a ženy. Jen asi okolo 10% případů mentální anorexie se vyskytuje i u chlapců. Někteří autoři tvrdí, že výskyt mentální anorexie u chlapců je daleko vyšší, nežli se zdá, ale je to málo prozkoumaná problematika. Pacienti mají podobné problémy jako ženy a dívky, ovšem

pod jejich problémy se skrývá motiv zhubnout kvůli tomu, aby se jejich postava více podobala sportovnímu vzhledu (Kocourková a kol., 1997), (Krch, 1999), (Krch, 2002).

Vznik a rozvoj tohoto onemocnění podporuje celá řada faktorů, které buď přímo či nepřímo ovlivňují potencionálního nemocného. Mezi nejčastější příznaky toho onemocnění patří posedlost hubnutím, silná vůle k dodržování zvláštního „stravování“ a přehnaná sebekontrola. Dívky se snaží nejprve omezit příjem vydatné potravy, redukují její příjem na minimální kalorickou hodnotu, v mnoho případech odmítají i příjem tekutin. Primární příčinou bývá držení diet, které se často mohou zvrhnout. Stává se to i v případě diet, které jsou předepsány lékařem, například při onemocnění jater (Krch, 2002), (Krch, 1999), (Krch a Marádová, 2005), (Kocourková a kol., 1997).

Mentální anorexii můžeme rozdělit na 2 druhy:

- **Nebulimický (restriktivní) typ** - během tohoto typu MA nedochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání.
- **Bulimický (purgativní) typ** - během tohoto typu MA dochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání (Krch, 1999), (Krch, 2005).

4.1.2 Rozvoj mentální anorexie

Rozvoj této choroby je povětšinou nenápadný, tudíž trvá dlouho, než někdo toto onemocnění odhalí. Nemocní se snaží nemoc co nejlépe skrývat před svojí rodinou a známými. Často se u nich vyvíjí neschopnost cokoliv sníst. Jídlo pacienti vnímají jako velké množství přebytečné energie, které vedu k tloušťce. U mnoho nemocných dochází ke zkreslení vlastního vzhledu, což znamená, že i když jsou většinou velmi vyhublí, se v zrcadlech vidí jako stále silnější a to hlavně v oblasti stehen, břicha a hýždí. Tito pacienti znají veškeré energetické hodnoty jídla, dlouhé hodiny tráví plánováním a sbíráním receptů, které pak aplikují na svých rodinných příslušnících. Při stravování sousto přežvykují až přehnaně dlouho, třeba i několik minut, krájí si jídlo na velmi malé kousky a i z velmi malé porce vždy něco nechají. Jedí většinou o samotě, pokud jedí pod dohledem jiných, jsou velmi nervózní a nejistí, protože vědí, že je jim věnována pozornost a musí lhát ohledně množství snědeného jídla. Nesnědené jídlo mnohdy

schovávají do ubrousku nebo odhazují pod stůl či dávají domácímu mazlíčkovi (Krch, 1999), (Krch a Marádová, 2005), (Švédová, 2012).

Po pozření jídla mají velké výčitky, kterých se zkouší zbavit zvracením či dokonce použitím projímadel, laxativ nebo diuretik. Často je mentální anorexie doprovázena symptomy, které doprovázejí bulimii. Jedná se o 30-50% pacientů nemocných mentální anorexií. U pacientů se často střídá mnoho druhů nálad, od depresivního chování až po agresivní. Hodně jich přemýšlí i o možnosti spáchat sebevraždu. I když si většina lidí myslí, že tito pacienti jsou málo aktivní, je tomu právě naopak. Jsou aktivní, výkonní ve všech oblastech a hodně se věnují cvičení. Cvičení se pro ně stává hodně důležitou denní činností. Pokud nemohou cvičit přes den, pak cvičí i v noci, cvičení věnují několik hodin denně. V rámci cvičení preferují většinou běhání, skákání či plavání. Dívky bývají velmi často v těsném kontaktu s matkou, otec se pro ně většinou stává velmi autoritativní osobností, která je hlídá a pacientku to znervózňuje. Spánek je pro nemocné osoby velmi náročný, protože vzhledem ke své podvýživě se nemohou uvelebit a všechno je tlačí (Krch a Marádová, 2005), (Švédová, 2012), (Kocourková a kol., 1997).

4.1.3 Příčiny a projevy mentální anorexie

Příčiny mentální anorexie však přesto doposud nejsou příliš zřetelné. Jako nejrizikovější faktory pro rozvoj mentální anorexie byly stanoveny problémy s příjmem potravy v raném dětství, zažívací problémy v dětství, sexuální zneužívání dětí, jiné psychiatrické zátěže, opožděný gestační vývoj, přítomnost mentální anorexie v rodině a další. Svoji roli také hraje řada dalších faktorů, mezi které patří faktory genetické, které by v určitém směru mohly souviset s rozvojem nemoci (Vítek [online], 2014).

Projevy anorexie lze pozorovat i u narkomanů, kteří trpí nechutenstvím a jsou vyhublí, jejich vyhublost jim může dopřávat určitý druh sebeuspokojení. Dále musí být anorexie odlišena od depresivního syndromu, kde nechutenství je sekundárním projevem a není motivováno přáním zhubnout. Existuje i další okruh onemocnění jako je třeba schizofrenie, kdy osoba/y jídlo odmítají kvůli psychickým problémům, které

provázejí jejich onemocnění, neboť se domnívají, že si myslí, že by mohlo být otrávené. Otrávené samozřejmě není, ale schizofrenie je nemoc kdy člověk trpí poruchou bludů (Krch a Marádová, 2005), (Švédová, 2012), (Kocourková a kol., 1997), (Švédová, 2012).

Nechutenství bývá v mnoha případech vystřídáno s nezvladatelnou potřebou jídla, tedy „žravostí“, kdy je v krátkém čase pozřeno neskutečné množství potravy a to bez ohledu na složení a druh potravy. Po konzumaci následují výčitky a dochází k záměrnému vyvolání zvracení, případně je jídlo okamžitě vyzvraceno ihned poté, co bylo zkonsumováno. (Anorexie [online], 2009).

4.1.4 Zdravotní důsledky

Nemoc pomalu zasahuje celý organismus. Mezi prvotní příznaky patří zácpa, únava, slabost, vypadávání vlasů, problémy s pleť, ztráta menstruace, mdloby či dokonce kolaps. Častým projevem jsou i velmi studené ruce a nohy. Anorektičky většinou nosí hodně vrstev oblečení, protože se nemohou zahřát, protože nemají žádný tělesný tuk. Jejich tělo je pokryto velmi jemnými chloupky, které jsou u tohoto onemocnění charakteristické. Charakter chloupků by se dal přirovnat k chloupkům, které mají malé děti a kojenci. Mezi závažnější průvodní onemocnění lze počítat zpomalený srdeční tep, snížený krevní tlak, slabé srdeční ozvy a velmi křehké kosti. Křehké kosti se dají velmi snadno zlomit a to důsledkem toho, že je velké množství kostí odvápněno (Krch a Marádová, 2005), (Švédová, 2012), (Kocourková a kol., 1997), (Švédová, 2012).

Mnoho metabolických poruch bývá výsledkem nutričního strádání, indukovaným zvracením pomocí různých druhů laxativ a diuretik. Tyto změny ustupují při navození realimentační fázi, která představuje navrácení, respektive obnovu řádné výživy. Při častém používání laxativ a diuretik, kterými se většinou vyvolává zvracení, může dojít k **hypokalemické alkalóze**. Člověk bývá velmi unavený, jeho únava se projevuje nejrůznějšími bolestmi v oblasti svalů. Mnoho anorektiček bývá výrazně dehydratovaných. To má hlavní příčinu v tom, že snižují příjem tekutin na minimum, dále jde o následky zvracení, abúzu laxativ a sníženou sekreci vazopresinu. Příjem

tekutin je pro člověka velmi důležitý. Pokud má nedostatek tekutin, může vznikat celá řada onemocnění jako je třeba **hypotermie** a **hypotenze**. **Sekundární hyperaldosteronismus** snižuje perfuzi ledvin při dehydrataci, což způsobuje snížení množství celkového tělesného kalia. Dochází i k změně krevního obrazu a to formou anémie, leukopenie, tzv. lymfocytózou. Vzestup hladiny tuku v játrech je signálem steatózy jater. Jednou z dalších metabolických změn je zvýšená hladina cholesterolu (Kocourková a kol., 1997), (Švédová, 2012), (Krch, 1999).

Dalším důležitým onemocněním je „**syndrom nočního přejídání**“, kterým trpí mnoho lidí v dnešní době. Tento syndrom je většinou spojen s nespavostí, nočním přejídáním, životním stresem a celou další škálou příznaků. Mezi další onemocnění patří „**záchvatovité přejídání**“, které je definováno podobně jako záchvatovité přejídání u mentální bulimie (Krch, 1999), (Krch, 2005).

„Přejídání je velký problém také pro anorektičky, které normální jídelní režim vnímají jako přejídání a strachem z přejídání vysvětlují, proč nemohou začít jíst. Přejedení je samo o sobě velmi relativní pojem.“ Krch (2002, str. 37)

4.2 Mentální bulimie

4.2.1 Definice mentální bulimie

Dle Krcha (1999) a Marádová (2007) lze mentální bulimii charakterizovat jako poruchu, která se projevuje hlavně opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. K určení diagnostiky mentální bulimie je zapotřebí tří základních kritérií:

1. silná a nepotlačitelná touha se přejídat
2. snaha zabránit, „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ nebo obojím
3. chorobný strach z tloušťky

Zvýšenou prevalencí trpí okolo 1-3% mladých žen. Toto onemocnění se samozřejmě dá nalézt i u mužů, ale v mnohem menší míře. U žen hraje roli hlavně kvůli volbě povolání, jako je třeba herečka, modelka či tanečnice, tím se myslí hlavně baletky. Do ohroženého okruhu patří dívky ve věku okolo 16-17 rokem. Toto onemocnění je charakterizováno hlavně střídavými obdobími hladovění. Postižený za velmi krátkou dobu zkonsumuje velké množství potravy, jejíž výživová hodnota je taková, že by toto množství nesnědl normální dospělý člověk za celý den. Příznaky mentální bulimie jsou podobné jako u mentální anorexie. Velmi často mezi prvotní potřeby nemocných osob patří:

- držení diet
- snaha zhubnout
- nespokojenost s vlastním tělem
- strach z přibrání (Kocourková a kol., 1997), (Krch, 2003), (Krch, 1999), (Fraňková a kol., 2013), (Krch a Marádová, 2005).

4.2.2 Rozvoj mentální bulimie

Tvrký dietní systém bývá mnohdy narušen záchvaty přejídání, které bývají způsobeny vlivem podvýživy a držení „vlčího hladu“. Po přejedení pacienta přepadá řada nejrůznějších výčitek. Tyto výčitky bývají spojeny se stavy úzkosti, deprese a sebelítost, které zažene následně vyvolaným zvracením. Nemocná osoba se začne často vyhýbat společnosti kvůli tomu, aby ji lidé ve společnosti nepozorovali, pokud zrovna přijímá potravu. Mnoho času začínají trávit na toaletách, kde dochází k zvracení. K vyvolání zvracení používá různých prostředků, jako jsou laxativa či diuretika, pomocí kterých se zbavují výčitek. Pacienti postupně přejídání plánují a těší se na něj. Opakovaná zvracení často způsobují nevyrovnanost vnitřního prostředí organismu a dochází k narušení rovnováhy tekutin a minerálních látek. Mentální bulimie může být na rozdíl od mentální anorexie utajována i po několik let. Existují i případy, kdy dívky nezvrací, ale přejídání si kompenzují cvičením a používáním nejrůznějších projímadel

(Kocourková a kol., 1997), (Krch, 2003), (Krch, 1999), (Fraňková a kol., 2013), (Růžičková [online], 1999-2014), (Balch, 1998).

4.2.3 Příčiny a projevy mentální bulimie

Toto onemocnění je provázáno celou řadou příčin. Nejčastější jsou psychického rázu. Ty jsou spjaty se stresem, který v dnešní době patří mezi civilizační choroby. Přejídání nemocný pacient často používá ve snaze překonat své emoce. Lidé trpící mentální bulimií bývají dost často posedlí cvičením, kterým chtějí kontrolovat svou tělesnou hmotnost. Často tímto onemocněním začínají trpět ženy, které měly velmi složitou minulost v oblasti sexuální. Tím je myšleno sexuální násilí či dokonce sexuální zneužívání. Důležitým faktorem je stránka psychická, protože rozhoduje o tom, jak člověk bude reagovat na řadu různých situací.

Velký problém působí nevyrovnanost organismu při klinických depresích. Často dochází k vzestupu hladiny ACTH¹, který je produkován hypofýzou, jež blokuje činnost T lymfocytů, podmiňujících i imunitu vůči depresím. Během snížení neurotransmiterů serotoninu dochází k nedostatku jednotek (Kocourková a kol., 1997), (Krch, 2003), (Krch, 1999), (Fraňková a kol., 2013), (Balch, 1998).

U mentální bulimie dochází k přejídání minimálně 3krát do týdne. Osoba, u které probíhá toto onemocnění, dokáže naráz zkonsumovat až 10 rohlíků, 1 litr zmrzliny, celé máslo, balení sušenek, sáček chipsů a půl láhve kečupu. Energetická hodnota se při této nepřerušované konzumaci může vyšplhat až na 50 000 kalorií. (Švédová, 2012), (Kocourková a kol., 1997), (Krch, 2003).

4.2.4 Zdravotní důsledky

Tento životní styl způsobuje celou řadu zdravotních komplikací. Velmi příznačné jsou somatické problémy, které mají celou řadu následků. Dochází ke

¹ACTH- Adenokortikotropní hormon (kortikotropin) je hormon, který je produkován adenohypofýzou

zneužívání abúzy laxativ a diuretik stejně jako u mentální anorexie. Tyto prostředky vyvolávají časté zvracení, které způsobují poruchy vnitřního prostředí. Zvracení může vést k hypokalmické alkalóze. Nadměrné užívání abúzy laxativ vede k metabolické acidóze, která je velmi často spojena se sníženou hladinou sérového bikarbonátu. Mnoho problémů stejně jako u mentální anorexie vzniká vlivem dehydratace organismu. Dehydratace je zde způsobena dlouhodobým hladověním. Dochází ke sníženému cirkulujícímu objemu, který je spojen s perfuzí ledvin zvýšením reninu v ledvinových sekrecích a aktivací renin-angiotenzinového systému vzniká převážně sekundární hyperaldosteronismus. Velká ztráta kalía v moči vede k depleci celkového tělesného kalía, které je pro tělo důležité, projevuje se to většinou hyperkalémií. I časté zvracení zanechává po sobě stopy a to hlavně ve formě poškození zubní skloviny, zvýšené kazivosti zubů a porušení celistvosti zubních oblouků a neestickému vzhledu chrupu. Časté zvracení vede k zvětšení příušních žláz, které jsou spojeny se vzestupem hladiny sérové amylázy. Vzácně dochází i k příhodě akutní dilatace žaludku, projevuje se to především silnou bolestí břicha, následně je nutná odborná konzultace s chirurgem. Vlivem častého zvracení může docházet i k ruptuře jícnu, tato choroba může člověka vážně ohrozit i na životě. Dlouhodobým používáním prostředků k navození zvracení může docházet i k intoxikaci organismus. Dalšími zdravotními komplikacemi, které mohou nastat, jsou myopatie a kardiomyopatie. Člověk je pak přímo ohrožen na životě ve formě srdečního selhání (Kocourková a kol., 1997), (Švédová, 2012), (Fraňková a kol., 2013), (Krch, 2003).

4.3 Záchvatovité přejídání se

Toto přejídání je charakteristické nadměrným příjmem potravy a to bez ohledu na potřeby a pocity hladu či sytosti. Definice termínu přejedení se se dá popsat jako časté jídlo ve velkém množství, držení drastických a často nesmyslných diet, které ještě více zhoršují potřebu přejedení. Člověk držící dietu by měl dodržovat stanovená pravidla, ovšem lidé se záchvaty přejídání nedokáží dodržet diety a často poleví a pak tajně konzumují zakázané potraviny. Přes den se většinou dokáží kontrolovat, ale v noci na ně přijde „mlsná“, a nedokážou se ovládat. Následně pak dojdají veškeré zbytky,

které najdou, nebo které si schovali na pozdější dobu. Po přejedení se osoba cítí velmi provinile a stydí se za sebe a za své tělo. Někdy se tyto osoby přetvařují, že je jim jedno, jak vypadají, ovšem opak je pravdou. Mnohdy je toto onemocnění popisováno jako záchvat něčeho neovladatelného, velkou roli zde hraje hladina cukru v krvi, protože pokud hladina klesne pod určitou hranici, člověk začne mít chorobný hlad (Švédová, 2012), (Kocourková a kol., 1997), (Krch, 2003), (Krch, 1999).

Podle Krcha (2003), Kocourkové a kol., (1997) a Švédové (2012) lze záchvat přejídání se charakterizovat od nízkého sebevědomí přes držení diet až po přejídání se. Přejedení jako takové je velmi realistický pojem. Každý člověk se někdy ve svém životě přejedl a potom měl celou řadu výčitek. Přejídání pro člověka povětšinou znamená:

- sníst více, než by člověk chtěl
- sníst více nebo něco jiného, než jste zvyklí nebo než je vám příjemné
- sníst velké množství jídla než je obvyklé anebo i nezvyklé kombinace potravin
- člověk ztrácí během jídla kontrolu nad svým chováním

Krch (2003) V běžném životě je přejedení něco čemu se člověk nemůže vyhnout. Každý člověk se s přejedením setkal. Velmi neobvyklé je dobrovolné držení hladovek a navození zvracení. Každý člověk si na počátku léčby myslí, že léčbu snadno zvládne, ale většinou tomu tak není.

5 Stravovací návyky

5.1 Obecná doporučení

Správným stravovacím návykům se člověk učí již od dětského věku. Velký vliv na jeho stravování má rodina, která tvoří primárně ovlivňující skupinu. Každý ví, kdy je úplně nasycený. Děti se těmito „správným“ návykům učí postupně a začínají si při stravování osvojovat pravidla, jako jsou stravovací návyky, způsoby stolování a příprava jídla. Už novorozenec zná stravovací návyky a to tak, že se dožaduje mateřského mléka. Vypije jen takové množství, které potřebuje pro danou chvíli. Jídlo na člověka i později působí jako druh uklidnění či dokonce uvolnění. Mnohdy také jídlo působí jako druh odměny (Švédová, 2012), (Fraňková a kol., 2013), (Marádová, 2010).

Do jídelníčku by člověk měl zařazovat především potraviny čerstvé a přirozené pro tělo. Mezi ně lze počítat celozrnné výrobky, rýži, luštěniny, kvalitní maso, ryby, zakysané mléčné výrobky, ovoce, zeleninu, ořechy, olivový a jiné oleje. Naproti nim stojí látky s velkým obsahem sladidel, konzervantů, aromatických látek, zvýrazňovačů chuti a stabilizátorů, které zatěžují organismus, vyvolávají různé alergie a neprospívají zdraví. Jídlo může způsobit celou řadu problémů, které se člověk většinou snaží skrýt před svým okolím (Švédová, 2012), (Fraňková a kol., 2013), (Marádová, 2010).

5.2 Adolescentní doporučení

Dokud je člověk ještě v dětském věku, za jeho stravovací návyky zodpovídají jeho rodiče jak po stránce pravidelnosti, tak po stránce energetického složení. Na výživě adolescentů se podílí rodina, školní jídelna i jedinec sám. Jelikož většina adolescentů tráví převážnou část dne ve škole, školní stravování pro ně hraje klíčovou roli. V tomto věku by mělo být stále zachováno pravidlo rovnoměrného stravovacího režimu. To znamená, že v denním stravovacím režimu adolescenta by měly být zastoupeny následující složky: snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večere. Jídlo by mělo být energeticky vyvážené v průběhu celého dne. Snídaně by měla být vydatnou potravou

pro adolescenta. Mnoho adolescentů se chce osamostatnit a chtějí sami rozhodovat o tom kde, co a kdy budou jíst. U adolescentů stejně jako ve všech vývojových stádiích člověka je nutné, aby dotyčný konzumoval vyváženou a energeticky hodnotu stravu. Strava by měla obsahovat dostatek živin a minerálních látek, které jsou potřebné k vývoji a růstu (Chlup [online] c. 2009), (Nevoral, 2009), (Marádová, 2010), (Fraňková a kol., 2013).

5.2.1 Potřeba energie

Adolescentní organismus spotřebuje velké množství energie vzhledem k rychlému růstu. Velká spotřeba se projevuje hlavně ve formě konzumovaného jídla, kterého dokážou sníst často více než dospělý člověk. Sportovci adolescentního věku spotřebují velké množství energie ve srovnání se svými vrstevníky. Naproti tomu dívky vzhledem ke svým tělesným změnám začínají konzumovat malé porce potravy, snižují přísun energie a živin. Tato omezení mohou vyvolat řadu následků, jako je zastavení růstu či poškození organismu (Chlup [online] c. 2009), (Nevoral, 2009), (Marádová, 2010), (Fraňková a kol., 2013).

5.2.2 Sacharidy

Sacharidy tvoří 60% doporučené denní energie. V tomto věku by se adolescenti měli vyvarovat nadměrné konzumace rafinovaných cukrů, které mají pro organismus nedozírné následky. Jejich bohatým zdrojem jsou mléčné výrobky, ovoce, zelenina, tmavý chléb atd.

5.2.3. Bílkoviny

Bílkoviny jsou velmi potřebné k obnově tkání, tvorbě svalů, enzymů a v neposlední řadě jsou zcela nepostradatelné pro imunitní systém. V období adolescence je jejich potřeba nižší než v dětství. Množství příjmu bílkovin se pohybuje kolem 1- 1,5 g/kg na den. Důležité jsou především pro adolescentní sportovce v zájmu vysokého výkonu. Někdy se stává, že se sportovci bílkovin přejedí, což může mít škodlivý vliv na jejich zdravotní stav. Nadbytek bílkovin může způsobit přetížení ledvin či dokonce ohrozit harmonický růst (Chlup [online] c. 2009), (Nevoral, 2009), (Marádová, 2010), (Fraňková a kol., 2013).

5.2.3 Tuky

Potřebné množství tuků se pohybuje okolo 1,5g/kg. Tato potřeba je menší než u malých dětí. Bohatým zdrojem tuků jsou žloutky, máslo a olej. Spotřeba by se měla zaměřovat na nenasycené tuky (Chlup [online] c. 2009), (Nevoral, 2009), (Marádová, 2010), (Fraňková a kol., 2013).

5.2.4 Minerální látky

Vápník je důležitý pro růst kostí. Jeho bohatým zdrojem jsou mléčné výrobky, sardinky, luštěniny, listová zelenina. **Železo** je zcela nezbytné pro vytváření hemoglobinu. Vyskytuje se v živočišných zdrojích, luštěninách a obilovinách. Nedostatek železa se projevuje sníženou fyzickou činností a dýchavičností. **Jód** je velmi důležitý pro vývoj centrální nervové soustavy. Nedostatek jódu se projevuje ve formě nefunkčnosti štítné žlázy. Jeho zdrojem je kuchyňská sůl, ryby a řasy. **Hořčík** je velmi důležitý. Jeho nedostatek se projevuje zvýšenou nervozitou, svalovými křečemi, nespavostí, lámáním

vlasů a nehtů. Bohatým zdrojem je listová zelenina, banány či fazole (Chlup [online] c. 2009), (Nevoral, 2009), (Marádová, 2010), (Fraňková a kol., 2013).

5.2.5 Vitamíny

V období adolescence jsou velmi potřebné vitamíny. **Vitamínu A** je obsažen např. v rybím tuku, vaječném žloutku a sýrech. **Vitamín A a D** je podstatný pro správnou mineralizaci kostí. Bohatým zdroje vitamínu D jsou ryby a rostlinné tuky. **Vitamín E** ovlivňuje vzhled, kvalitu a strukturu pokožky. Jeho zdrojem jsou rostlinné oleje, tuky a ořechy. Dalším důležitým vitamínem je **vitamín C**, který je obsažen především v zelenině a ovoci. Tento vitamín chybí většinou u adolescentů, kteří preferují vegetariánské stravování (Chlup [online] c. 2009), (Nevoral, 2009), (Marádová, 2010), (Fraňková a kol., 2013).

5.3 Zásady správného stravování

Tyto zásady vyplývají z aktuálního stravování dané populace podle věku, národních i územních stravovacích zvyklostí. Zásadní roli zde hraje pestrá strava, která by měla být bohatá na živiny, vitamíny, minerály či další kvalitní látky, které jsou pro tělo prospěšné. Pravidelné stravování je pro člověka velmi důležité. Měl by jíst 5krát denně a to cca každé 3 hodiny. Mezi hlavní zásady správného stravování patří konzumace pestré stravy, charakterizované nízkým obsahem tuku. Důležitá je dále konzumace zeleniny a ovoce. Zelenina by se měla konzumovat v odpoledních až večerních hodinách, kdežto to ovoce by se mělo jíst spíše v dopoledních hodinách. Zelenina či ovoce mohou nahrazovat moučníky či různé sladké pochutiny. Člověk by měl omezit celkový příjem solí a rafinovaných cukrů. Dále dodržovat doporučený denní příjem tekutin (Švédová, 2012), (Fraňková a kol., 2013), (Marádová, 2010).

5.3.1 Vhodný jídelníček

Vhodný jídelníček by měl být vyvážený a pestrý. Jeho energetická hodnota by měla splňovat denní doporučené množství a živiny by měly odpovídat doporučením pro adolescenta (Chlup [online] c. 2009), (Nevoral, 2009), (Marádová, 2010).

Podoba jídelníčku:

SNÍDANĚ	zelený čaj, cereálie s mlékem
PŘESNÍDÁVKA	rohlík, rostlinný tuk, krutí šunka
OBĚD	dýňová polévka, losos, vařený brambor a zelenina
SVAČINA	celozrnná houska, cottage, 2 plátky sýra, Rama (rostlinný tuk) a rajče
VĚČEŘE	listový zeleninový salát s kuřecím masem

Během dne: konzumace čisté vody, ovocných čajů a ovocného džusu

5.3.2 Nevhodný jídelníček

Nevhodný jídelníček obsahuje nevyvážené potraviny. Obsahuje velké množství potravin, které zcela neodpovídají energetické hodnotě. Pitný režim by měl být zastoupen ve formě stolní či čisté vodě ne ve formě slazených limonád. A měl by být omezen příjem grilovaných a tučných jídel (Chlup [online] c. 2009), (Nevoral, 2009), (Marádová, 2010).

Podoba jídelníčku:

SNÍDANĚ	čokoládový dort, slazená limonáda
PŘESNÍDÁVKA	čokoládová tyčinka
OBĚD	grilovaná klobása, chleba, kečup, slazená limonáda
SVAČINA	Polárkový dort se šlehačkou
VĚČEŘE	kebab, hamburger

Během celého dne: konzumace slazené limonády a kávy.

5.3.3 Shrnutí stravování adolescentů

Mezi zásadní změny lze počítat rozdílný poměr živin a stavebních látek. Výživa by měla splňovat důležitou roli. Většina adolescentů se řídí spíše názory svých vrstevníků, než svých rodičů. Z toho vyplývá, že adolescenti odmítají veškeré formy autority. Adolescenti by měli být vedeni ke správným stravovacím návykům. Neměli by být do těchto návyků nuceni násilím, protože násilím člověk nikoho nepřevychová (Chlup [online] c. 2009), (Nevoral, 2009), (Marádová, 2010), (Fraňková a kol., 2013).

6 Shrnutí teoretické části

Teoretická část byla zaměřena na vysvětlení pojmů. Čtenářovi měla poskytnout informace o definicích, příčinách, léčbě a důsledcích poruch příjmu potravy. Dále se zabývala třemi nejčastějšími formami poruch příjmu potravy a to mentální anorexií, mentální bulimií a záchvaty přejídání se. Tyto nemoci se objevují nejprve nenápadně. Příčinou je téměř vždy nějaký psychický či fyzický podnět. Při porovnání je patrné, že tyto nemoci mají velmi podobný průběh u dětí i dospělých. Jediný rozdíl je v tom, že děti nevyužívají podpůrných látek k vyprázdnění střev či k vyvolání zvracení. Dále se teoretická část zabývala stravováním s hlavním důrazem na stravování adolescentů. Přiblížila pravidla správného stravování, kterými by se adolescenti měli řídit. V neposlední řadě je kapitola věnovaná stravování doplněna o „vhodný“ a „nevhodný“ jídelníček. Ve svém celku by teoretická část měla usnadnit orientaci v dané problematice (Chlup [online] c. 2009), (Nevoral, 2009), (Marádová, 2010), (Fraňková a kol., 2013), (Machová, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak mohou být stravovací návyky žáků ovlivněny změnou prostředí, tedy školou a přáteli.

Výzkumné otázky se zaměřují hlavně na problematiku stravování. Mezi hlavní otázky patří:

Otázka č. 1

- a) Do jaké míry jsou respondenti informováni o poruchách příjmu potravy?
- b) Lze internet považovat za nejvíce využívaný zdroj informací pro mladé lidi?

Otázka č. 2

- a) Jak se vyjadřují respondenti, kteří neznají poruchy příjmu potravy, k poruchám příjmu potravy jako k problému dnešní doby?

Otázka č. 3

- a) Lze nalézt mezi respondenty více žáků, kteří se vůbec nestravují, nebo respondenty s držetím diet?

Otázka č. 4

- a) Jsou respondenti ovlivnitelní svým okolím?
- b) Dochází u respondentů k velké změně po přechodu na střední školu?

Otázky č. 5

- a) Využívají respondenti spíše fitness centrum, cvičení doma nebo dávají přednost jiným druhům sportu?

8 Metody výzkumného šetření

Sběr dat byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Jedná se tedy o kvantitativní metodu. Kvantitativní metoda by se dala charakterizovat sběrem dat, která se snadno získávají a rychle vyhodnocují.

8.1 Struktura dotazníků

Při sestavování dotazníku byla věnována pozornost zejména srozumitelnosti a náročnosti otázek tak, aby byly přiměřené věku dotazovaných respondentů. V dotazníku jsou první dvě položky zaměřeny na zjištění identifikačních údajů, kterými jsou zjišťovány informace o pohlaví a věku žáků.

Dotazník byl anonymní a skládal se z osmnácti otázek. Všechny otázky byly uzavřené jen jedna otázka byla otevřená. Obsahová část otázek byla směřována na problematiku stravování a informovanosti studentů o poruchách příjmu potravy. Další otázky byly zaměřeny na zjištění charakteristiky osoby respondenta. Poslední část dotazníků byla zaměřena na objasnění využívání různých prostředků pro zlepšení fyzické kondice respondentů či jejich odreagování se od každodenního stresu.

8.2 Charakteristika respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 191 respondentů, z toho 96 dívek a 95 chlapců. Všichni respondenti jsou žáky buď na Střední odborné škole a Středním odborném učilišti v Kutné Hoře, nebo na Vyšší odborné škole, Střední průmyslové škole a Obchodní akademii v Čáslavi. Jedná se o střední školy v malých městech. Věkové rozmezí respondentů se pohybuje od 16 do 18 let a více. Tito žáci docházejí na denní studium na vybraných školách.

8.3 Průběh dotazníkového šetření

Před zahájením vyplňování dotazníků byli žáci poučeni jak správně vyplnit dotazník, dále byli seznámeni s účelem dotazníku a se způsobem zacházení s vyplněnými daty. Dotazníky byly rozdány v období od listopadu 2014 do prosince 2014. Bylo rozdáno celkem 200 dotazníků na dvou středních školách vždy po 100 kusech. Vyplněných dotazníků bylo navraceno 191 kusů a to 98 kusů z Kutné Hory a 91 kusů z Čáslavi. Respondenti překvapili svou ochotou vyplňovat dotazníky. Na vyplnění dotazníků bylo uvolněno až 15 minut z vyučovací hodiny, což je čas dostatečný. Na otázky odpověděli všichni oslovení respondenti dle svých možností a schopností. Některým respondentům se dotazník tak líbil, že již nebyl navracen. Přístup obou škol byl velmi milý a přátelský.

8.4 Vyhodnocení dotazníků

- Otázka číslo 1. – *Vyplňte základní údaje o své osobě*

Analyzováno bylo 191 dotazníků od respondentů, kteří se dotazníkového šetření prokazatelně zúčastnili. Z toho bylo 96 dívek a 95 chlapců. Otázka 1 sloužila pro zjištění věku, pohlaví a celkovou orientaci odpovídajících respondentů. Výsledky autorka ještě rozdělila podle celkového počtu respondentů z oslovených škol.

Tabulka 1 – Respondenti pohlaví

Respondenti pohlaví		
Počet respondentů		
	Absolutní	Relativní
muži	95	49%
ženy	96	51%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Věkovou strukturu respondentů lze nalézt v níže uvedených tabulkách rozdělených podle pohlaví. Nejvíce je procentuálně zastoupena skupina respondentů ve věku od 16 do 18 let. Hlavní příčinou zde může být různorodost nástupu do povinné školní docházky. Dále je početně zastoupena věková skupina od 18 let a více a nejméně je zastoupena skupina respondentů ve věku do 16 let.

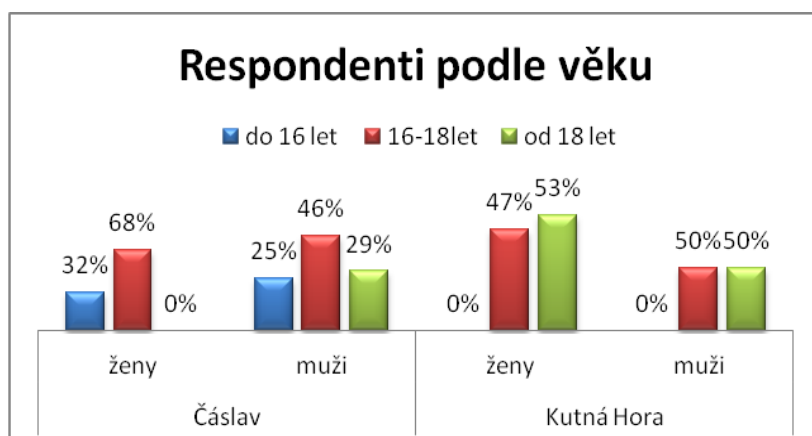
Rozdělení podle středních škol

Tabulka 2 – Respondenti podle věku

Respondenti podle věku								
Počet respondentů								
	Absolutní				Relativní			
	Čáslav		Kutná Hora		Čáslav		Kutná Hora	
	Ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
do 16 let	11	15	0	0	32%	25%	0%	0%
16-18let	23	27	29	18	68%	46%	47%	50%
od 18 let	0	17	33	18	0%	29%	53%	50%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 1 – Respondenti podle věku



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 2: Slyšel/a jsi někdy o PPP (poruchách příjmu potravy)?**

Touto otázkou autorka chtěla zjistit, zda dnešní mládež má představu o poruchách příjmu potravy a jestli někdy o dané problematice slyšela. Z odpovědí bylo patrné, že respondenti o poruchách příjmu potravy patrně slyšeli. Ukázalo se, že 91 % respondentů se s poruchami příjmu potravy doposud setkala. Pouze 9 % respondentů uvedlo v odpovědi, že nikdy o poruchách příjmu potravy neslyšelo.

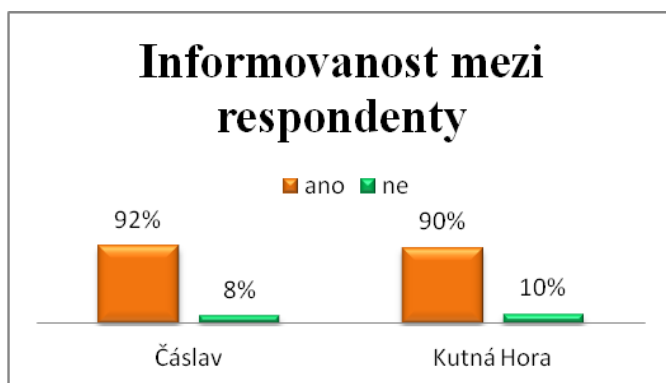
Porovnání dotazovaných škol: Respondenti čáslavské školy jsou o 2% častěji informováni problematikou poruch příjmu potravy, než na škole v Kutné Hoře.

Tabulka 3 – Informovanost mezi respondenty

Informovanost mezi respondenty				
	Počet Respondentů			
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
ano	86	88	92%	90%
ne	7	10	8%	10%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 2 – Informovanost mezi respondenty



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 3: Z jakých zdrojů jsi se o PPP dozvěděl/a ?**

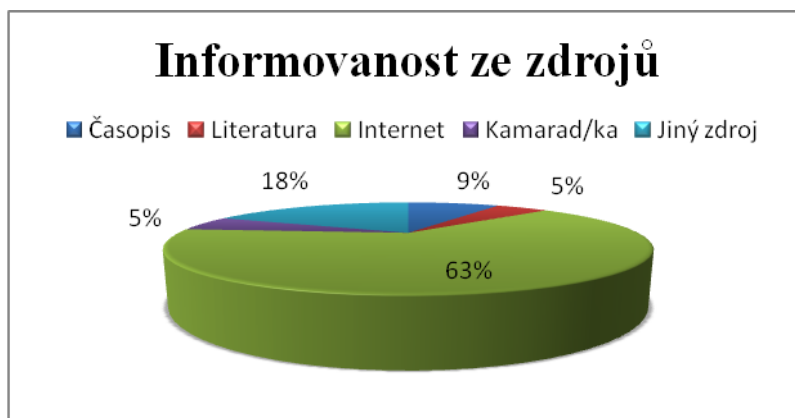
Na základě vrácených a vyplněných dotazníků bylo zjištěno, že 63% respondentů se o poruchách příjmu potravy dozvědělo z internetu. Jako další častá odpověď byl uváděn jiný zdroj, který uvedlo 18% respondentů. 9 % respondentů uvedlo jako zdroj časopis. Nejméně využívanou odpovědí byla literatura, kterou uvedlo 5% respondentů, posledních 5% uvedlo kamaráda/ku.

Tabulka 4 – Informovanost ze zdrojů 1

Informovanost ze zdrojů		
	Počet Respondentů	
	Absolutní	Relativní
časopis	16	9 %
literatura	9	5 %
internet	121	63 %
kamarád/ka	10	5 %
jiný zdroj	35	18 %

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 3 – Informovanost ze zdrojů



Zdroj: Dotazníkový průzkum

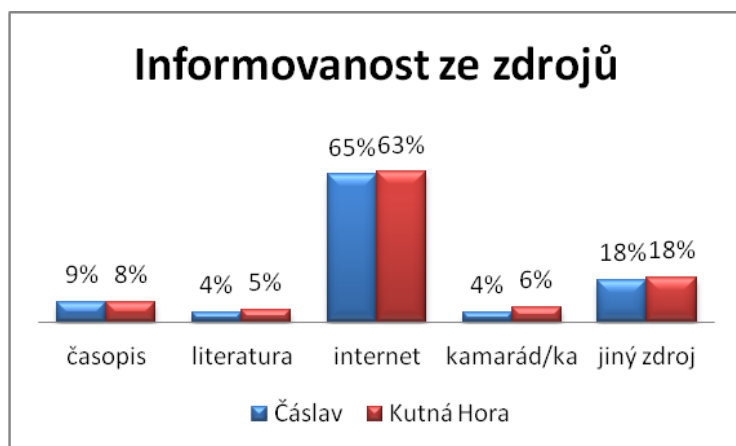
Porovnání dotazovaných škol: Na čáslavské škole je o 2% větší informovanost z internetu než v Kutné Hoře. V Kutné Hoře uváděli respondenti o 2% častěji jako zdroj kamarád/a. Shoda obou škol se objevila v informovanosti z jiného zdroje.

Tabulka 5 – Informovanost ze zdrojů 2

Informovanost ze zdrojů				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
časopis	8	8	9 %	8 %
literatura	4	5	4 %	5 %
internet	60	61	65%	63 %
kamarád/ka	4	6	4 %	6 %
jiný zdroj	17	18	18 %	18 %

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 4 – Informovanost ze zdrojů 2



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 4: Trpí někdo ve tvém okolí nebo ty sám/a PPP?**

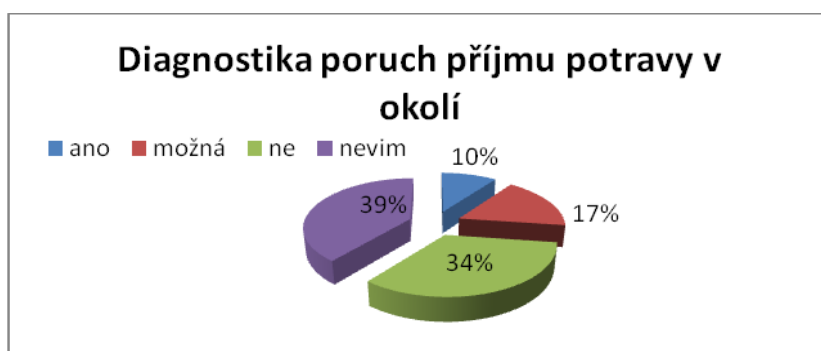
Tato otázka v podstatě navazuje na předchozí otázky. Z grafu lze vyčíst, že 39 % respondentů neví, zda někdo trpí touto poruchou. Dále 34 % respondentů odpovídalo, že nikdo poruchou příjmu potravy v jejich okolí netrpí. Pouze 10 % uvádí, že někdo trpí poruchou příjmu potravy a 17 % respondentů si není jisto, zda někdo touto poruchou trpí.

Tabulka 6 – Diagnostika poruch příjmu potravy v okolí 1

Diagnostika poruch příjmu potravy v okolí		
Počet respondentů		
	Absolutní	Relativní
ano	19	10%
možná	33	17%
ne	64	34%
nevím	75	39%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 5 – Diagnostika poruch příjmu potravy v okolí 1



Zdroj: Dotazníkový průzkum

Porovnání dotazovaných škol: V čáslavské škole je o 9 % více respondentů, kteří nevědí, jestli někdo trpí poruchou příjmu potravy. O 6 % více respondentů čáslavské školy uvedlo, že poruchou příjmu potravy nikdo netrpí. V Kutné Hoře o 8 % více

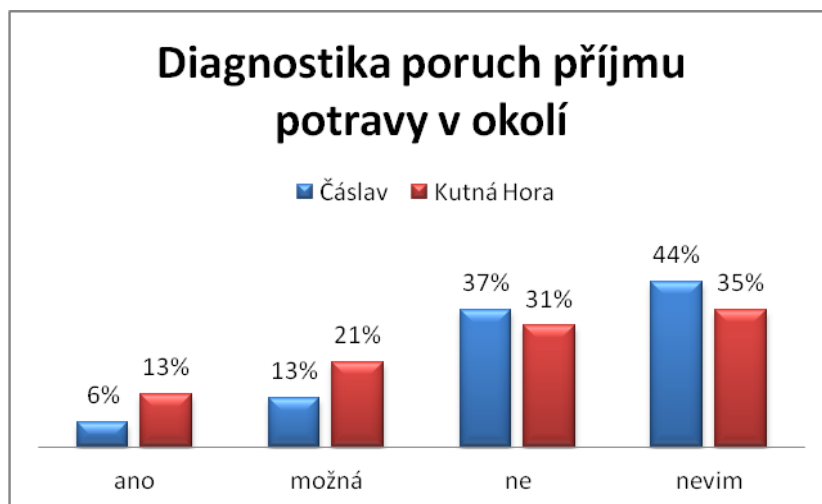
respondentů si myslí, že možná někdo touto poruchou trpí. A o pouhých 7 % víc respondentů v Kutné Hoře uvedlo ve své odpovědi, že někdo touto poruchou trpí.

Tabulka 7 – Diagnostika poruch příjmu potravy v okolí 1

Diagnostika poruch příjmu potravy v okolí				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
ano	6	13	6%	13%
možná	12	21	13%	21%
ne	34	30	37%	31%
nevím	41	34	44%	35%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 6 – Diagnostika poruch příjmu potravy 2



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 5 : Myslíš si, že je PPP problémem dnešní doby?**

Otázka sloužila k zjištění, zda si respondenti připouštějí, že poruchy příjmu potravy mohou být problémem dnešní doby. 43 % respondentů odpovědělo kladně. Dále 46 % respondentů o tom, zda jsou poruchy příjmu potravy problémem dnešní doby

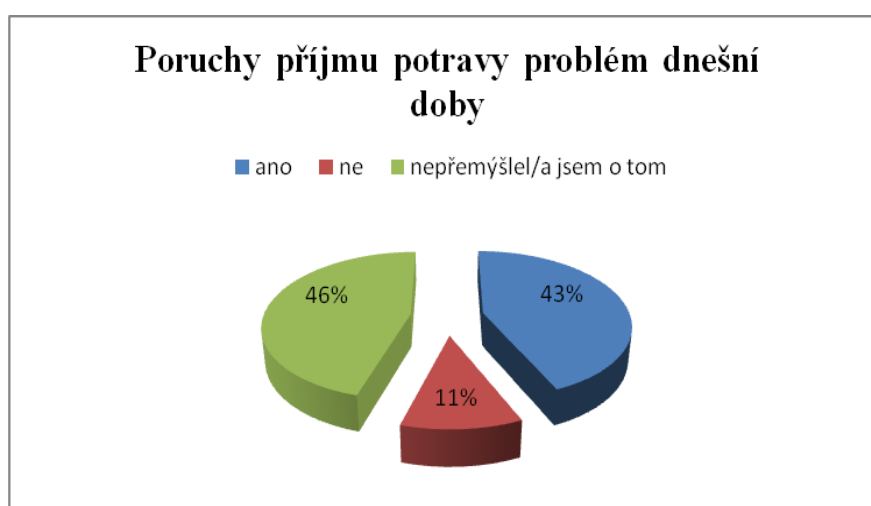
nepřemýšlelo a 11 % respondentů si myslí, že poruchy příjmu potravy nejsou problémem dnešní doby.

Tabulka 8 – PPP problém dnešní doby 1

PPP problém dnešní doby		
Počet respondentů		
	Absolutní	Relativní
ano	83	43%
ne	21	11%
nepřemýšlel/a jsem o tom	87	46%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 7 – PPP problém dnešní doby 1



Zdroj: Dotazníkový průzkum

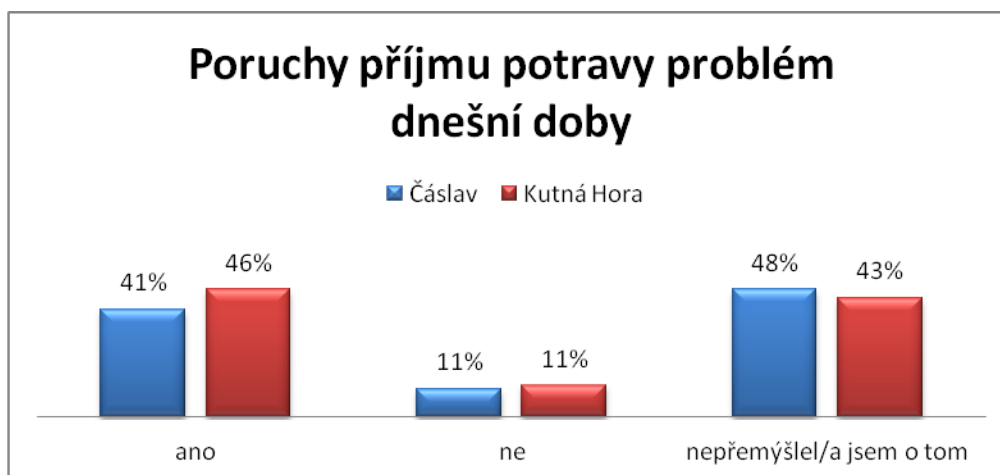
Porovnání dotazovaných škol: V kutnohorské škole si o 5 % více respondentů myslí, že poruchy příjmu potravy jsou problémem dnešní doby naproti tomu v čáslavské škole o tom zda jsou poruchy příjmu potravy problémem dnešní doby nepřemýšlelo o 5 % více respondentů než v Kutné Hoře. Shoda obou škol se objevila v odpovědi, že si 11 % respondentů z obou škol myslí, že poruchy příjmu potravy nejsou problémem dnešní doby.

Tabulka 9 – PPP problém dnešní doby 2

Poruchy příjmu potravy problém dnešní doby				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
ano	38	45	41%	46%
ne	10	11	11%	11%
nepřemýšlel/a jsem o tom	45	42	48%	43%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 8 – PPP problém dnešní doby 2



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 6: O své postavě si myslíš?**

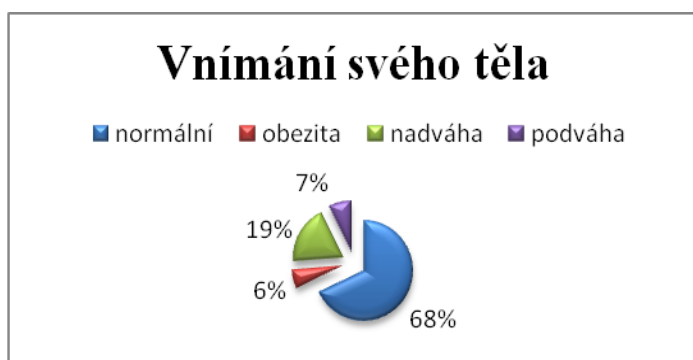
Další tabulka s grafem zobrazuje, že 68 % respondentů si myslí o své postavě, že je normální. Dalších 19 % respondentů uvedlo, že si myslí, že mají nadváhu. Následuje 7% respondentů, kteří uvedli, že jejich postava odpovídá podváze a posledních 6% respondentů vnímalo svoji postavu jako obézní.

Tabulka 10 – Vnímání svého těla 1

Vnímání svého těla		
Počet respondentů		
	Absolutní	Relativní
normální	130	68%
obezita	11	6%
nadváha	36	19%
podváha	14	7%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 9 – Vnímání svého těla 1



Zdroj: Dotazníkový průzkum

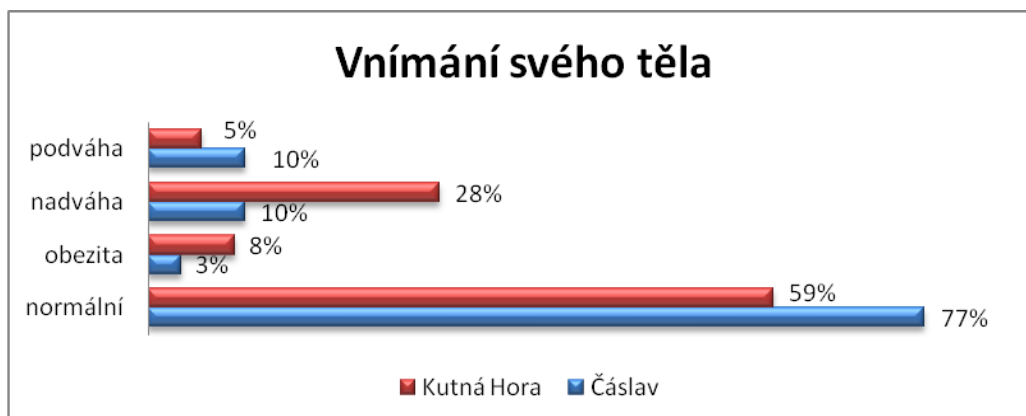
Porovnání dotazovaných škol: Na čáslavské škole uvádějí respondenti o 18% více, že jejich postava je normální, dále pak respondenti uvádějí o 5% více, že si myslí, že trpí podváhou. Naproti tomu v Kutné Hoře si respondenti myslí, že jsou o 5% více obézní a že o 18% více trpí nadváhou než na škole v Čáslavi.

Tabulka 11 – Vnímání svého těla 2

Vnímání svého těla				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
normální	72	58	77%	59%
obezita	3	8	3%	8%
nadváha	9	27	10%	28%
podváha	9	5	10%	5%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 10 – Vnímání svého těla 2



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 7: Jak moc se změnily tvoje stravovací návyky po přechodu na SŠ (střední školu)?**

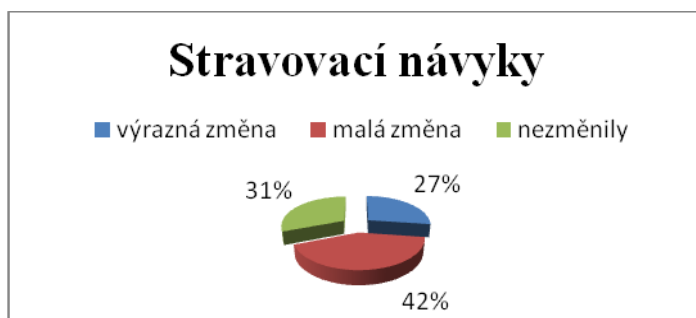
Na tuto otázku byly odpovědi respondentů různé. Až 42 % respondentů uvádělo, že se jejich stravovací návyk po přechodu na střední školu změnil, ale v malé míře. Dalším 31 % respondentů se stravovací návyky nezměnily. Pouze 27 % respondentů uvedlo, že jejich změna ve stravování po přechodu na střední školu byla výrazná.

Tabulka 12 – Stravovací návyky

Stravovací návyky		
Počet respondentů		
	Absolutní	Relativní
výrazná změna	52	27%
malá změna	80	42%
nezměnily	59	31%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 11 – Stravovací návyky



Zdroj: Dotazníkový průzkum

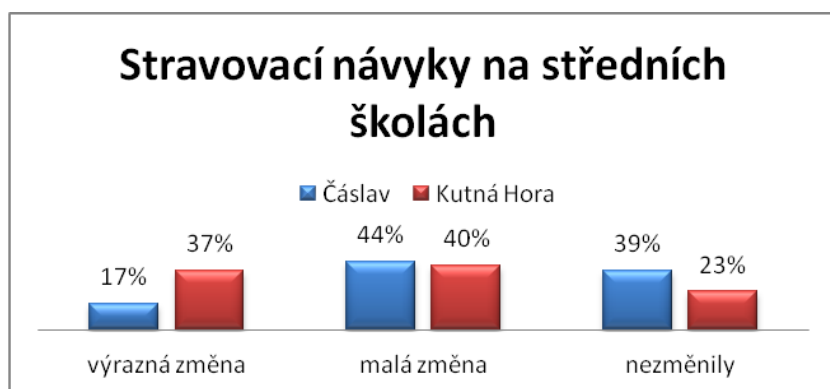
Porovnání dotazovaných škol: Na kutnohorské škole uvedli respondenti výraznou změnu o 20 % a malou změnu o 4 % větší než v čáslavské škole. V čáslavské škole uvedlo o 16 % více respondentů, že se jejich stravovací návyk po přechodu na střední školu nezměnily.

Tabulka 13 – Stravovací návyky na středních školách

Stravovací návyky na středních školách				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
výrazná změna	16	36	17%	37%
malá změna	41	39	44%	40%
nezměnily	36	23	39%	23%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 12 – Stravovací návyky na středních školách



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 8 : Stravuješ se ve školní jídelně?**

Tato otázka směřovala k tomu, aby se autorka dozvěděla, zda se respondenti pravidelně stravují ve školní jídelně. Odpovědi respondentů byly velmi vyrovnané, přesto 51 % respondentů odpovědělo, že se stravují ve školní jídelně a 49 % respondentů se ve školní jídelně nestravuje vůbec.

Porovnání dotazovaných škol: Z grafů lze vyčíst, že o 27 % respondentů více se stravuje ve školní jídelně na čáslavské škole. Naproti tomu na kutnohorské škole se v jídelně stravuje o 27 % méně respondentů než je tomu v čáslavské škole.

Tabulka 14 – Stravování ve školní jídelně

Stravování ve školní jídelně				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
ano	60	37	65%	38%
ne	33	61	35%	62%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 13 – Stravování ve školní jídelně



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- Otázka č. 9: Nosíš si svačinu z domova?

Autorka touto otázkou chtěla zjistit, jestli si studenti nosí svačinu z domova, jako tomu bývalo v minulých letech nebo zda dostávají peníze od rodičů, aby si svačinu koupily buď po cestě do školy, nebo dokonce ve školním bufetu. Výsledkem bylo, že 67 % respondentů uvedlo, že si svačinu nosí z domova a pouhých 33 % respondentů si svačinu z domova nenesí.

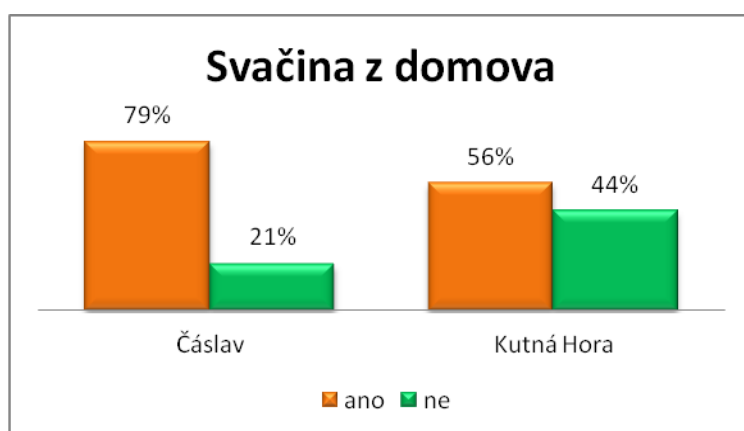
Porovnání dotazovaných škol: Z grafů lze vyčíst, že studenti obou zkoumaných škol si svačinu z domova nosí, i když na čáslavské škole si svačinu z domova nosí o 23% více respondentů než je tomu na škole v Kutné Hoře.

Tabulka 15 – Svačina z domova

Svačina z domova				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
ano	73	55	79%	56%
ne	20	43	21%	44%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 14 – Svačina z domova



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 10: Nakupuješ ve školním bufetu?**

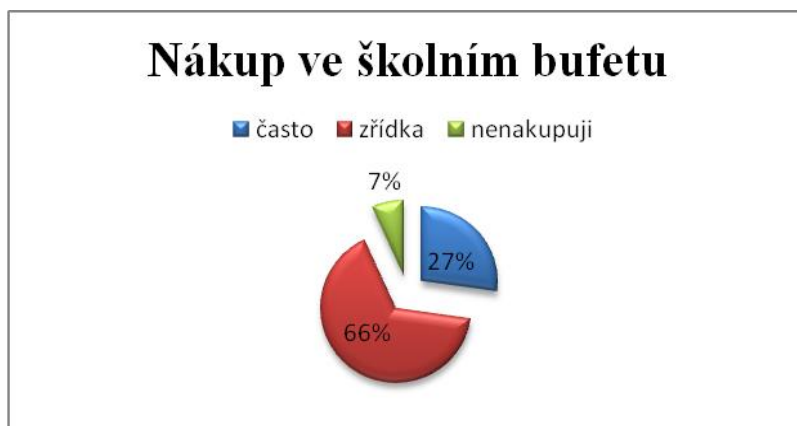
Tato otázka sloužila k zjištění, zda respondenti nakupují ve školním bufetu. Až 66 % respondentů uvedlo, že školní bufet navštěvují, ale jen zřídka. 27 % respondentů uvedlo jako svoji odpověď, že školní bufet navštěvují často a pouhých 7 % respondentů ve školním bufetu nenakupuje vůbec.

Tabulka 16 – Nákup ve školním bufetu 1

Nákup ve školním bufetu		
Počet respondentů		
	Absolutní	Relativní
často	52	27%
zřídka	126	66%
nenakupují	13	7%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 15 – Nákup ve školním bufetu 1



Zdroj: Dotazníkový průzkum

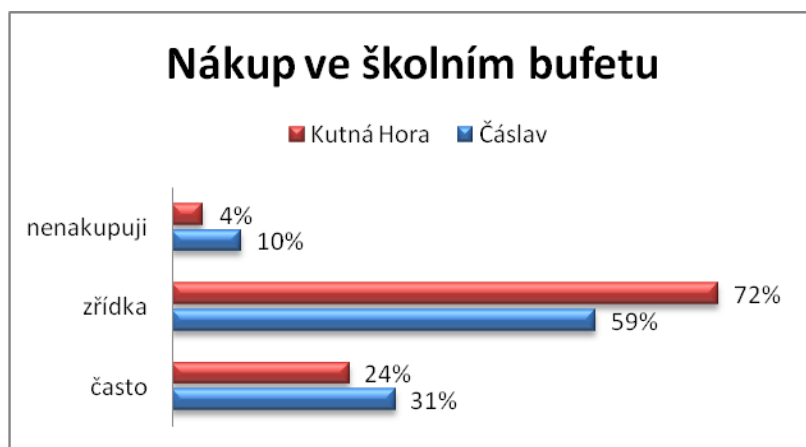
Porovnání zkoumaných škol: V porovnání se zjistilo, že o 7 % více respondentů čáslavské školy navštěvuje bufet častěji než je tomu na škole v Kutné Hoře. Dále pak o 6 % více respondentů čáslavské školy nenakupuje ve školním bufetu. A v konečné důsledku na kutnohorské škole nakupuje zřídka o 13 % více respondentů než v Čáslavi.

Tabulka 17 – Nákup ve školním bufetu 2

Nákup ve školním bufetu				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
často	29	23	10%	4%
zřídka	55	71	59%	72%
nenakupují	9	4	31%	24%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 16 – Nákup ve školním bufetu 2



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 11: Snídáš? Pokud ano kde?**

Tato otázka měla prověřit, zda respondenti snídají a popřípadě kde? Samozřejmě je možné, že respondenti nesnídají ihned po probuzení, tudíž před odchodem do školy z domova. Někdy snídají po cestě do školy či přímo ve škole. Podstatné je, že respondenti snídají. Až 65 % respondentů uvedlo, že snídá. Pouhých 35 % respondentů využilo jako odpověď že nesnídají.

Porovnání dotazovaných škol: Pokud se zaměříme na zkoumané školy, tak na čáslavské škole snídá o 14% více studentů než na škole v Kutné Hoře. Preferovaným místem snídaje je domov a to o 23% více respondenty na kutnohorské škole. Stejně

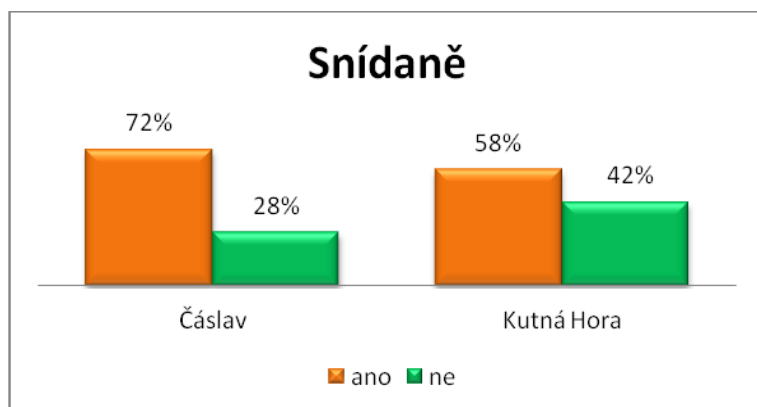
preferovaným místem snídaně je i škola, kterou opět uvedlo o 23 % více respondentů na kutnohorské škole. Názory respondentů se shodovaly v odpovědi, že nejméně preferovaným místem snídaně je po cestě do školy.

Tabulka 18 - Snídaně

Snídaně				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
ano	67	57	72%	58%
ne	26	41	28%	42%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 17 - Snídaně



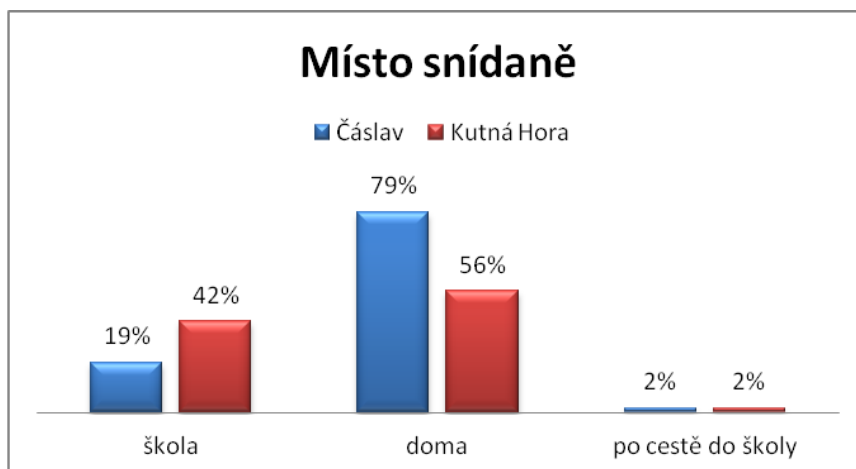
Zdroj: Dotazníkový průzkum

Tabulka 19 – Místo snídaně

Místo snídaně				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
škola	13	24	19%	42%
doma	53	32	79%	56%
po cestě do školy	1	1	2%	2%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 18 – Místo snídaně



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- Otázka č. 12: Jak moc tě ovlivňují přátelé ve tvém stravování?

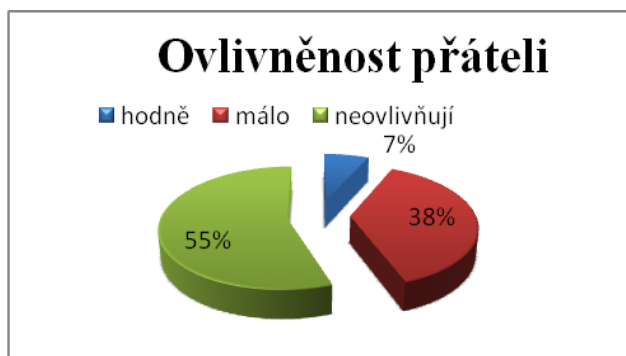
Další tabulky a grafy zobrazují, do jaké míry se respondenti nechávají ovlivňovat ve svém stravování od svých vrstevníků. Z výsledků je patrné, že 55 % respondentů se nenechá ovlivňovat ve svém stravování svými přáteli. Dalších 38 % respondentů se nechá ovlivnit, ale jen v malé míře. A pouhých 7 % respondentů se nechá ovlivnit ve svém stravování hodně.

Tabulka 20 – Ovlivněnost přáteli 1

Ovlivněnost přáteli		
Počet respondentů		
	Absolutní	Relativní
hodně	13	7%
málo	72	38%
neovlivňují	106	55%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 19 – Ovlivněnost přáteli 1



Zdroj: Dotazníkový průzkum

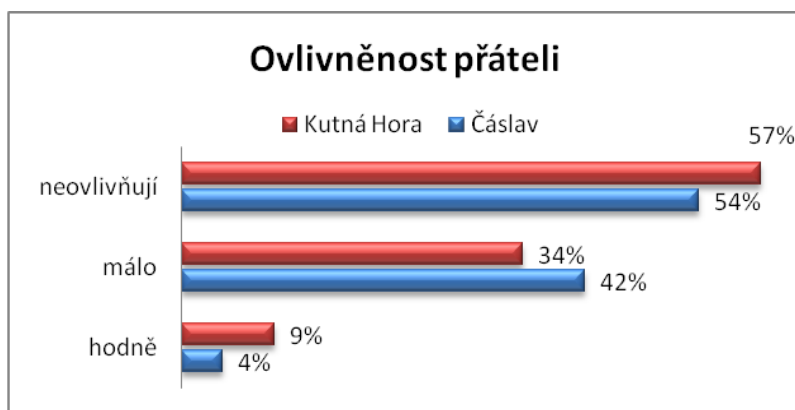
Porovnání dotazovaných škol: Na škole v Kutné Hoře lze nalézt o 3 % více respondentů, kteří se svými přáteli nenechají ovlivnit a o 5 % více respondentů, kteří se naopak nechají ovlivnit ve velké míře. V čáslavské škole je o 8 % více respondentů, kteří se ve svém stravování nechají ovlivnit v malé míře.

Tabulka 21 – Ovlivněnost přáteli 2

Ovlivněnost přáteli				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
hodně	4	9	4%	9%
málo	39	33	42%	34%
neovlivňují	50	56	54%	57%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 20 – Ovlivněnost přáteli 2



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 13: Při stravování doma preferuješ jídlo?**

Tuto otázku autorka zadala spíše jen orientačně, aby zjistila, jaké jídlo preferují respondenti. Z níže uvedených vyhodnocení je patrné, že respondenti dávají přednost teplému jídlu nebo jim výběr jídla nepřipadá důležitý. Až 48 % respondentů si nevybírám, jaké jídlo bude konzumovat a 47 % respondentů preferuje při stravování doma jídlo teplé. Pouze 7 % respondentů si zvolilo, jako svoji odpověď že preferují jídlo studené.

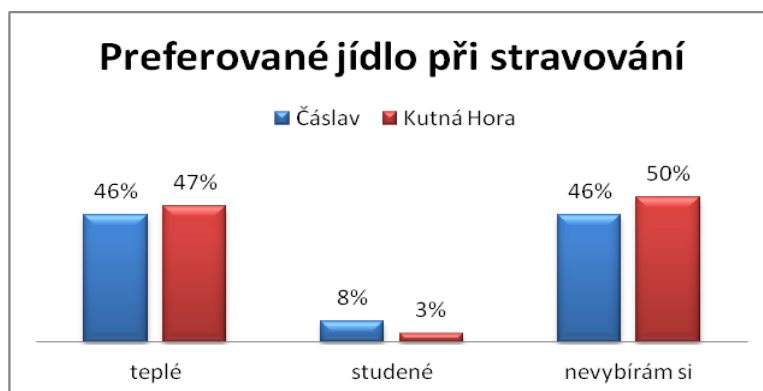
Porovnání dotazovaných škol: Teplé jídlo preferují o 1% více respondenti kutnohorské školy. Naopak studené jídlo preferuje o 5 % více respondentů čáslavské školy. A v konečném důsledku si jídlo nevybírám o 4 % více respondentů v Kutné Hoře.

Tabulka 22 – Preferované jídlo při stravování

Preferované jídlo při stravování				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
teplé	43	46	46%	47%
studené	7	3	8%	3%
nevybírám si	43	49	46%	50%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 21 – Preferované jídlo při stravování



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 14: Navštěvuješ fitness?**

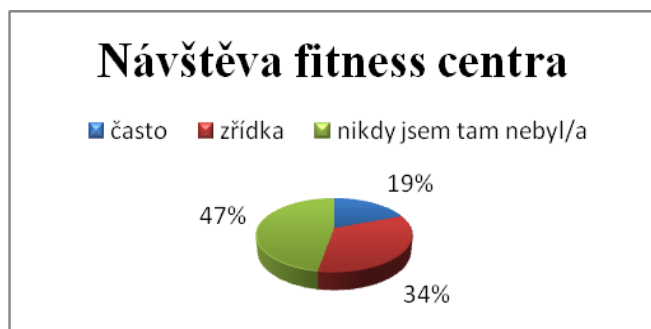
Čtrnáctá otázka se již zabývá problematikou týkající se pohybu tedy cvičení. Autorka chtěla zjistit, zda respondenti využívají služeb fitnessu. Z níže uvedené tabulky vyplývá, že 47 % respondentů fitness centrum nikdy nenavštívilo. Dalších 34 % respondentů navštěvuje fitness centrum velmi zřídka. A pouhých 19 % respondentů fitness navštěvuje často.

Tabulka 23 – Návštěva fitness 1

Návštěva fitness		
Počet respondentů		
	Absolutní	Relativní
často	31	19%
zřídka	54	34%
nikdy jsem tam nebyl/a	76	47%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 22 – Návštěva fitness 1



Zdroj: Dotazníkový průzkum

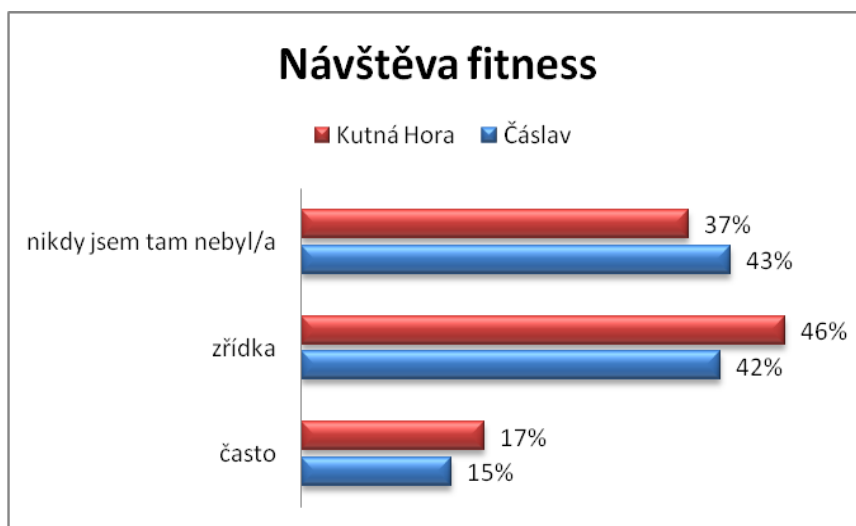
Porovnání dotazovaných škol: Fitness centrum nenavštěvuje o 6 % více respondentů čáslavské školy. Dále pak zde hrají roli respondenti kutnohorské školy, kteří navštěvují fitness centrum zřídka o 4 % více, než respondenti čáslavské školy. A také o 2 % více respondentů kutnohorské školy navštěvují fitness často.

Tabulka 24 – Návštěva fitness 2

Návštěva fitness				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
často	14	17	15%	17%
zřídka	39	45	42%	46%
nikdy jsem tam nebyl/a	40	36	43%	37%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 23 – Návštěva fitness 2



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 15: Preferuješ raději cvičení doma?**

Otázka patnáctá navazuje na předchozí otázku, protože se také týká cvičení. Někteří lidé totiž nemají rádi, když cvičí a pozorují je jiní lidé. Z výsledků lze vyvodit, že 61 % respondentů raději cvičí doma a pouhých 39 % cvičení doma neupřednostňuje.

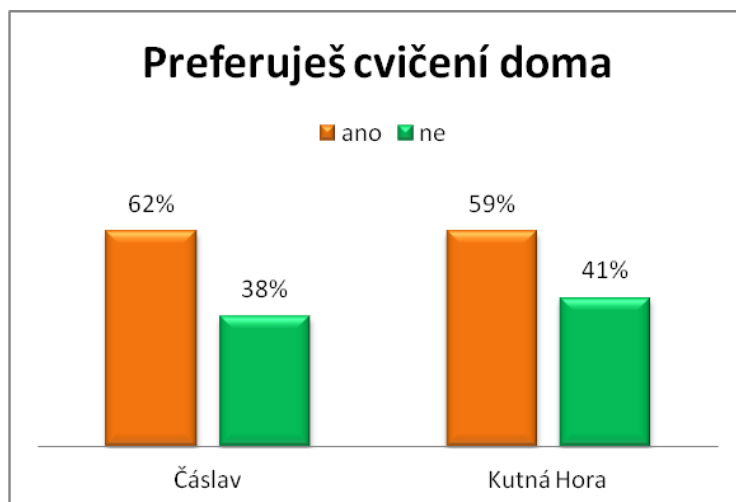
Porovnání dotazovaných škol: Lze vyvodit, že respondenti čáslavské školy preferují o 3 % více cvičení doma naproti tomu respondenti kutnohorské školy cvičení doma nepreferují o 3 %.

Tabulka 25 – Preferování cvičení doma

Preferuješ cvičení doma				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
ano	58	58	62%	59%
ne	35	40	38%	41%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 24 – Preferování cvičení doma



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 16: Provozuješ jiný druh sportu? Pokud ano tak jaký?**

Dalo by se říci, že výše uvedená otázka souvisí s předešlými dvěma otázkami. Vyplývá to ze zjištění, že 47 % respondentů nenavštěvuje fitness centrum a 39 % respondentů nepreferuje cvičení doma. Což ovšem neznamená, že se nevěnují pohybu, respektive zdravému životnímu stylu jiným způsobem. Z tohoto důvodu je tato otázka jako jediná otevřená. Podle odpovědí je patrné, že mladí respondenti mají nejrůznější rozsah druhů sportu. Na obou dvou školách uvedlo více jak 50 % respondentů, že provozují jiný druh sportu. Jako nejčastější druh sportu byl uváděn fotbal a to až 24,9 %, dále pak běh až

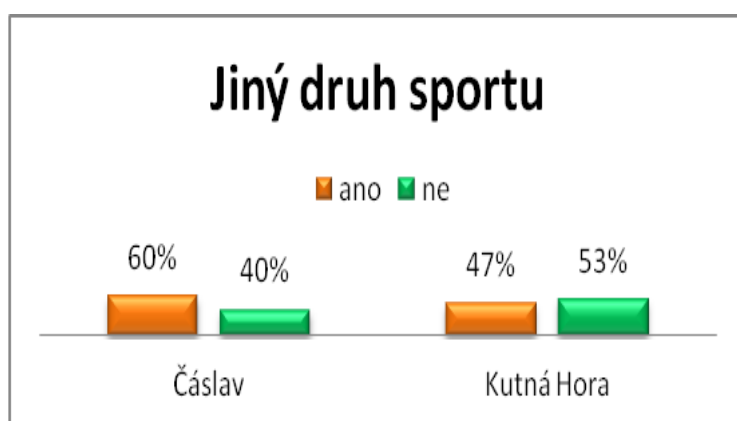
14,7 %, florbal až 7,8 %, také byla uvedena cyklistika a to 5,88 %. Dále dotazovaní respondenti uvedli, že provádějí i požární sport. Následoval tanec, kterému se věnuje 4,9 % respondentů. Ostatní odpovědi se pohybovaly v rozmezí od 3,9 % až do 0,98 %. Respondenti uváděli nohejbal, volejbal, bruslení, atletiku, workout, lyže, aerobik, mažoretky, tenis, turistiku, bojové umění, motorky, jízdu na koni, šachy, dumping, golf, hokej, plavání, střelbu a basketbal.

Tabulka 26 – Jiný druh sportu 1

Jiný druh sportu				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
ano	56	46	60%	47%
ne	37	52	40%	53%

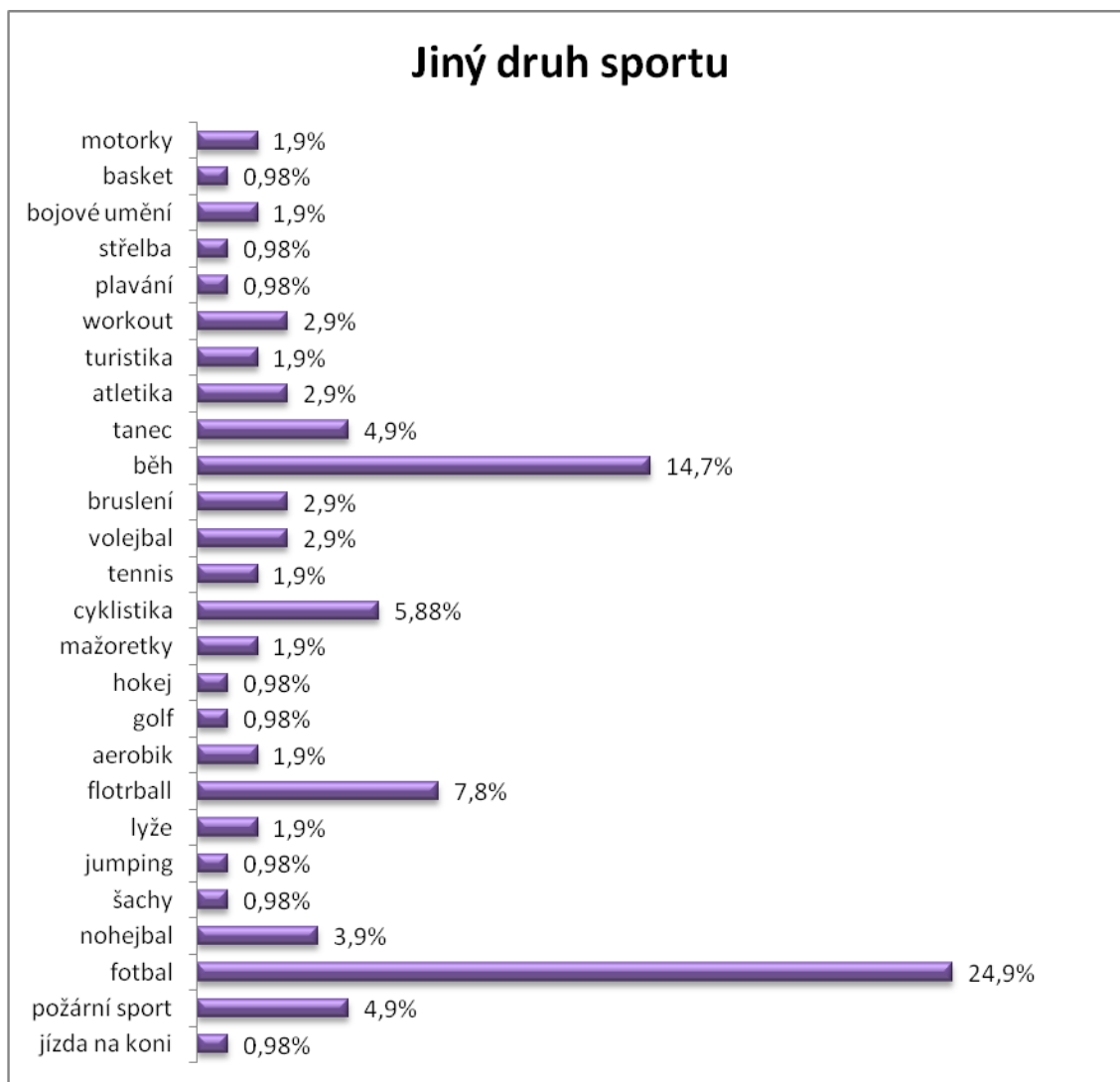
Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 25 – Jiný druh sportu 1



Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 26 – Jiný druh sportu 2



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 17: Držíš v současné době dietu?**

Touto otázkou chtěla autorka zjistit, zda se respondenti potýkají v současné době s držením diety. Z výsledků je patrné, že 87 % respondentů odpovědělo, že dietu v současné době nedrží a pouhých 13 % uvedlo, že dietu drží.

Tabulka 27 – Držení diety v současné době 1

Držení diety v současné době		
Počet respondentů		
	Absolutní	Relativní
ano	24	13%
ne	167	87%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 27 – Držení diety v současné době 1



Zdroj: Dotazníkový průzkum

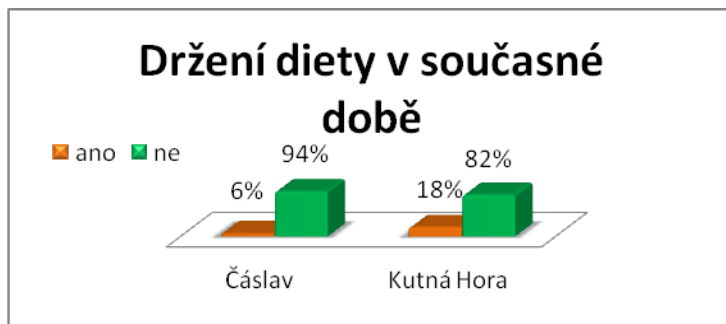
Porovnání dotazovaných škol: Z grafu a tabulky je patrné, že na kutnohorské škole drží dietu o 12 % více respondentů, než na škole v Čáslavi. Naproti tomu je zřejmé že respondenti čáslavské školy dietu nedrží o 12% než je tomu v Kutné Hoře.

Tabulka 28 – Držení diety v současné době 2

Držení diety v současné době				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
ano	6	18	6%	18%
ne	87	80	94%	82%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 28 – Držení diety v současné době 2



Zdroj: Dotazníkový průzkum

- **Otázka č. 18: Vyber ze dvou možností, které jídlo/a preferuješ?**

Touto otázkou chtěla autorka zjistit, které jídlo je u respondentů více upřednostňované. Z dotazníkového průzkumu bylo patrné, že 64 % respondentů preferuje jídla slaná, naproti tomu 36 % preferuje jídla sladká.

Tabulka 29 – Preferovaná jídla 1

Preferovaná jídla		
Počet respondentů		
	Absolutní	Relativní
slaná	122	64%
sladká	69	36%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 29 – Preferovaná jídla 1



Zdroj: Dotazníkový průzkum

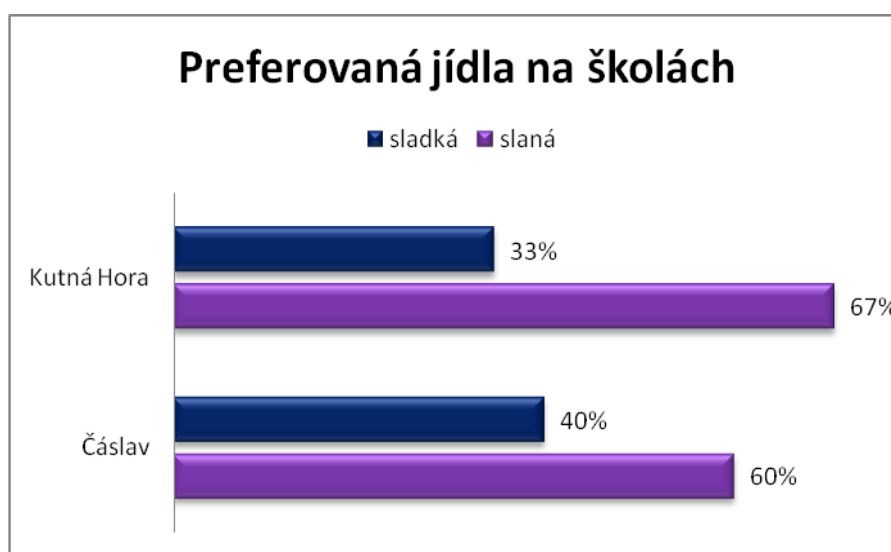
Porovnání dotazovaných škol: Na škole v Kutné hoře respondenti preferují jídla slaná naproti tomu na čáslavské škole respondenti upřednostňují jídla sladká.

Tabulka 30 – Preferovaná jídla 2

Preferovaná jídla				
Počet respondentů				
	Absolutní		Relativní	
	Čáslav	Kutná Hora	Čáslav	Kutná Hora
slaná	56	66	60%	67%
sladká	37	32	40%	33%

Zdroj: Dotazníkový průzkum

Graf 30 – Preferovaná jídla 2



Zdroj: Dotazníkový průzkum

8.5 Diskuze dotazníkového šetření

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jestli mají studenti ze dvou dotazovaných škol přehled o poruchách příjmu potravy a jaká je jejich informovanost o dané problematice, a konečně jestli se s touto problematikou setkali. Tento dotazník rovněž zjišťoval, jak se

respondenti stravují během pobytu ve škole, zda upřednostňují některé druhy potravy anebo zda preferují návštěvy ve fitness zařízení či nějaké jiné druhy sportů.

Otázka č. 1

- a) Do jaké míry jsou respondenti informováni o poruchách příjmu potravy?**
- b) Lze internet považovat za nejvíce využívaný zdroj informací pro mladé lidi?**

Respondenti jsou o poruchách příjmu potravy do určité míry informováni, což znamená, že většina respondentů o dané problematice už někdy slyšela. K zjištění informací o dané problematice využívají nejrůznějších zdrojů. Jako nejvíce využívaný zdroj byl uváděn internet, což lze připsat faktu, že internet je v dnešní době velmi využíván všeobecně. Dalšími preferovanými zdroji, které respondenti využívají, jsou kamarád/ka či časopis. Mezi nejznámější časopisy zabývající se touto problematikou patří *Moje psychologie* či *Dieta*. Nejméně respondenti získávají informace o dané problematice z literatury. Knihy jsou v dnešní době využívány spíše sporadicky. Dalo by se to připsat faktu, že lidé již nemají tolik času na návštěvu knihovny a dále i proto, že jsou k dispozici mnohem rychleji jiné zdroje získání informací.

Otázka č. 2

- a) Jak se vyjadřují respondenti, kteří neznají poruchy příjmu potravy k poruchám příjmu potravy jako k problému dnešní doby?**

Respondenti, kteří o problematice poruch příjmu potravy nikdy neslyšeli je 9% z toho je patrné, že informovanost o této poruše je docela rozsáhlá. U žáků, kteří o dané problematice nikdy neslyšeli lze nalézt v jejich odpovědích, že si myslí, že problematika poruch příjmu potravy je problémem dnešní doby. Z toho lze usoudit, že někteří žáci na danou otázku nevěděli odpověď, a proto si vybrali odpověď, která jim přišla nejvíce pravděpodobná.

Otázka č. 3

a) Lze nalézt mezi respondenty více žáků, kteří se vůbec nestravují, nebo respondenty s držením diet?

S ohledem na zkoumané školy autorka zjistila, že potencionálních respondentů, kteří se vůbec nestravují, je o 15% více na škole v Kutné Hoře. Čím to může být způsobeno? Faktorů, které ovlivňují stravování lidí je hodně. Prvotním faktorem je rodina, neboť pokud rodiče nevedli své děti k pravidelným stravovacím návykům, může se to na nich podepsat na celý život. Tito lidé si pak myslí, že když si k obědu dají smažené hranolky s hamburgerem, tak je vše v pořádku. Samozřejmě občas si člověk takovéto jídlo dát může, ale neměl by ho konzumovat každý den. Dalším ovlivňujícím faktorem jsou kamarádi a vrstevníci. Důležitým faktorem je i stav školní jídelny a přístup školy ke stravování svých žáků. Když porovnáme nabídku školních jídelen těchto dvou škol, pak jsou na tom obě dvě školy obdobně. Čáslavská škola má však daleko lépe působící školní jídelnu. Tato jídelna nevydává pouze obědy, ale poskytuje studentům i snídaní, přesnídávku, svačinu a dokonce i večeři. To studentům umožňuje velký výběr stravovacích možností během celého školního dne. Dále je možno říci, že vybavenost školního bufetu v Čáslavi je lepší než v případě školního bufetu v Kutné Hoře. V zásadě je dobrá vybavenost obou školních jídelen, přesto těchto možností 15% studentů nevyužívá. Důvodem mohou být finanční problémy, vliv okolí či dokonce počínající poruchy příjmu potravy. Existují studenti, kteří vůbec nic nekonzumují. Nestravují se ve školní jídelně, nenakupují ve školním bufetu a dokonce ani nesnídají. Co těchto 15% studentů konzumuje? To zůstává otázkou. Autorku by zajímalo, co tito žáci vůbec jedí a jak dokáží fungovat ve škole. Je otázkou, zda se mohou stravovat i v jiných jídelnách či dokonce ve fastfoodech, ale nebylo v silách autorky to zjistit.

Držení diet je v současné době velmi populární u skoro všech věkových skupin. V převážné většině studenti na dotazovaných školách dietu nedrží, a pokud ano, pak je to jen velmi malé procento dotázaných. Fakt, že dietu drží jen malé procento žáků, je potěšitelný, ovšem je nutno si klást otázku, zda všichni respondenti odpovídali pravdivě nebo zda se nebáli přiznat fakt, že dietu drží.

Mezi respondenty lze nalézt více lidí, kteří se nestravují než těch, kteří drží dietu.

Otázka č. 4

a) Jsou respondenti ovlivnitelní svým okolím?

Pokud se respondenti nechávají ovlivňovat svým okolím míněno přáteli, pak většinou ve velmi malém množství. Více ovlivnitelní se jeví žáci v Kutné Hoře. Jinak žáci i povětšinou za svým názorem stojí a nenechají si do ničeho mluvit ani od svých přátel. Vzájemné ovlivňování je zřejmě způsobeno různorodostí složení studentů na školách, tato různorodost se může týkat zastoupení pohlaví ve třídách či sociálně-ekonomického faktoru. Po sociálně-ekonomické stránce jsou na tom stále někteří žáci hůře než jejich spolužáci. Povětšinou se „chudí“ studenti nechávají ovlivňovat žáky „bohatšími“.

b) Dochází u respondentů k velké změně ve stravování po přechodu na střední školu?

Změny ve stravování po přechodu na střední školu se většinou nezměnily, a pokud se změnilo tak změna byla pouze malá. Pouze 27% respondentů uvedlo, že jejich změna ve stravování byla výrazná. Tyto změny se většinou týkají mnoha faktorů, jedním z nejčastějších faktorů jsou již výše zmínění přátelé či vrstevníci, kteří zde hrají velkou roli.

Otázky č. 5

a) Využívají respondenti spíše fitness centrum, cvičení doma nebo dávají přednost jiným druhům sportu?

Fitness centrum dnes patří k nejčastěji využívaným zařízením pro veřejnost. Většinou fitness centrum navštěvují lidé, kteří chtějí začít něco dělat se svým zdravím. Žáci dotazovaných škol toto zařízení takřka nenavštěvují, a pokud ano, pak velmi sporadicky. Čemu to lze připsat? Pravděpodobně faktu, že mnoho žáků rádo cvičí doma, kde není pozorováno dalšími cvičenci. Cvičí dle svých schopností a možností a nikdo si

z jeho stylu cvičení či outfitu nedělá legraci. Mezi další důležitý fakt lze pokládat skutečnost, že mnoho žáků preferuje jiný druh sportovního zaměření, což svědčí o tom, že žáci se věnují jiným druhům sportu, než se předpokládalo. V dnešní době je velmi bohatá nabídka různých sportovních cvičení. Dívky preferují většinou zumbu, aerobik či jógu, pro chlapce jsou velmi preferované sporty jako kik-box, box, střelba, běh, hokej či fotbal. Autorka byla tímto, faktem hodně překvapená, protože si myslela, že žáci dávají předost fitness centrum, které na tom s návštěvností zůstalo nejhůře.

Celkově je možno říci, že žáci z dotazovaných dvou škol nemají problémy s poruchami příjmu potravy z toho důvodu, že se neprojevíly poznatky, které by potvrzovaly opak. To ovšem neznamená, že tyto poruchy nemohou být mezi žáky vůbec přítomny. Autorka vysoce oceňuje kladný a vstřícný přístup žáků i pedagogů dotazovaných škol k prováděnému výzkumu. Odnáší si dobré pocity z příjemného prostředí těchto škol a z úsilí jejich pedagogů přispět k udržení a upevnění dobrých stravovacích návyků mladých lidí. Potěšil také fakt, že studenti si tyto zdravé návyky udržují bez ohledu na některé tlaky svého okolí.

8.6 Návrhová část

Cílem bakalářské práce bylo zjištění, jak jsou stravovací návyky žáků ovlivněny změnou prostředí, tedy školou a přáteli. Změnou prostředí je zde míněn přechod na střední školu. Právě se změnou střední školy dochází k velkým změnám ve stravování žáků, protože se dostávají do jiného prostředí, než byli zvyklí. Dále přicházejí do styku s novými lidmi. Na školách se vyskytuje mnoho nepatrných rozdílů v problematice stravování. Každému žáku se po přechodu na střední školu změnil určitým způsobem postoje k jídlu. Žáci se s těmito změny vyrovnávají vcelku dobře, a pokud tyto změny nezvládají, pak jim většinou pomohou přátelé či rodina.

Autorka si záměrně vybrala Střední odbornou školu a Střední odborné učiliště v Kutné Hoře a Vyšší odbornou školu, Střední průmyslovou školu a Obchodní akademii v Čáslavi a to hned z několika důvodů. Dotazované školy se nacházejí v blízkosti jejího bydliště. Dalším důvodem k výzkumu na těchto školách byl fakt, že jednu

z dotazovaných škol navštěvuje bratr autorky a autorka chtěla zjistit, jak se stravuje on a jeho přátelé.

Na základě výsledků výzkumného šetření lze formulovat určitá doporučení, jak pracovat se získanými poznatky v zájmu zlepšení stravování žáků na obou školách.

Autorka by chtěla zdůraznit, že v obou dotazovaných školách jsou dnes stravovací návyky v zásadě na dobré úrovni, ale dají se dále zlepšovat. Byla by proto ráda, kdyby k tomu přispěl alespoň některý z návrhů, vzešlých z tohoto výzkumu a obsažených v této práci.

A) Doporučení pro čáslavskou školu

Doporučení slouží ke zlepšení stravování a využívání volného času žáků na čáslavské škole. V ní se ve školní jídelně stravuje celkem více jak polovina respondentů. Bylo by proto vhodné zvýšit tento počet alespoň o pár procent. Možnou cestou by bylo zavedení jednoho dne ve školní jídelně, kdy by byla podávána strava zvláště zdravý prospěšného charakteru. Tím je myšlena strava, která bude plně odpovídat požadavkům na energetickou hodnotu potřebnou pro adolescenty tohoto věku. Je možno zvážit, jak žáky v co největším počtu do školní jídelny v takový den přivést. Po obědě by vždy v určitých časových intervalech mohla být uskutečněna beseda o zdraví prospěšném a zdraví neprospěšném stravování, kde by žáci mohli projevit své názory na danou problematiku a případně se vyjádřit ke kladům a záporům školní jídelny.

Žáci čáslavské školy uvedli, že až 43% respondentů nikdy nenavštívilo fitness centrum, proto by autorka navrhovala v rámci tělesné výchovy místní fitness centrum navštívit, a žákům vysvětlit jeho klady. Od svého učitele tělesné by pak měli být instruováni o možnostech cvičení na strojích a možnostech kombinace tohoto typu cvičení s jinými sporty. Po absolvování toho „kurzu“ by mnozí žáci mohli na fitness centrum začít pohlížet jinak, než tomu bylo dříve.

B) Doporučení pro kutnohorskou školu

Pro kutnohorskou školu autorka navrhuje obdobný „zdravý“ den jako na čáslavské škole, avšak s určitými úpravami. Jelikož se na kutnohorské škole vyučuje studijní obor kuchař-číšník, autorka navrhuje, aby žáci, kteří studují tento obor, jednou týdně připravovali pokrmy, které budou přínosné pro adolescenty, což znamená, že budou obsahovat potřebné množství živin pro toto období. Dále by vedle jména pokrmu mohli

žáci uvést kolik, která potravina obsahuje bílkovin, sacharidů, tuků a jaká je její energetická hodnota.

Počty respondentů, kteří si svačinu z domova nosí a těch, kteří si ji nenosí, jsou skoro vyrovnané. Autorka navrhuje, aby školní bufet vytvářel svačínové menu. Svačínové menu by nebylo drahé. Cena by se pohybovala od 20 - 45 Kč. Každé svačínové menu by obsahovalo celozrnnou bulku či housku namazanou rostlinným tukem, dále šunku, sýr, rajče, okurku. Součástí svačínového menu by byla jemně perlivá voda o obsahu 1,5 l a jeden druh ovoce. Žáci by si nemuseli ráno přivstat proto, aby si mohli připravit svačinu do školy. Rodiče by jim pak dávali peníze na svačinu s vědomím, že si za ně ve škole koupí energeticky hodnotnou svačinu a nikoliv nějaké zdraví škodlivé „energetické bomby“.

9 Závěr

V úvodu práce autorka uvedla, že problematika poruch příjmu potravy je velmi závažným problémem současnosti a zřejmě i budoucnosti. Společnost by si měla uvědomit, že falešný ideál krásy v této souvislosti může člověka ohrožovat i na životě, a to především u žen. S dostatečnou prevencí a správnými stravovacími návyky se těmto poruchám dá včas předcházet. Právě proto se autorka ve své práci zaměřila na adolescenty, protože právě oni jsou velmi rizikovou skupinou.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda a jak se projevují změny nutričního chování adolescentů se zřetelem na poruchy příjmu potravy.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřila na objasnění základních pojmů a souvislostí týkajících se poruch příjmu potravy a zdůraznila, jak závažná je daná problematika a jak zásadně může zasáhnout do lidského života. Dále přiblížila nejčastější druhy onemocnění.

Praktická část se zaměřila na zjištění, jak jsou ovlivněny stravovací návyky změnou prostředí na půdě školy a vlivem spolužáků a přátel. Prostředkem pro získání dat se stal dotazníkový výzkum, díky kterému autorka získala potřebná data, vyhodnotila je a zpracovala do přehledných tabulek a grafů.

Navržená doporučení by školy mohly aplikovat ve svých zařízeních pro zlepšení stravovacích návyků, které již v této době jsou na velmi dobré úrovni.

Závěrem lze konstatovat, že pomocí dotazníkového výzkumu autorka zjistila, že na dotazovaných školách se prokazatelně neobjevily poruchy příjmu potravy a studenti na nich mají příznivé stravovací podmínky a zároveň mají povědomí o tom, co poruchy příjmu potravy znamenají.

10 Seznam použitých informačních zdrojů

10.1 Seznam literárních zdrojů

BALCH, J. F. *Bible předpisů zdravé výživy*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1998. ISBN 80720-5637-9

COHEN, R. B. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4

FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J. a MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Vyd.1, Praha: Karolinum. 2013. ISBN: 978-80-246-2247-7

KOCOURKOVÁ, J. a AJ. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén. 1997. ISBN: 80-85824-51-5

KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-2470-527-3

KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998. ISBN 80-85872-86-2

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178598-9

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-2470-840-X

KRCH, F. D. a MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele výchovy ke zdraví*. Praha: VÚP A MŠMT ČR. 2003 ISBN: neuvedeno

MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-867-0.

MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 2007. ISBN 978-80-86991-09-2

MARÁDOVÁ, E. *Výživa a hygiena ve stravovacích službách*. Praha: Vysoká škola hotelová. 2010. ISBN 987-80-87411-02-5

NEVORAL, J. a kolektiv. *Výživa v dětském věku*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství H+H. 2009. ISBN978-80-86022-93-2

ŠVÉDOVÁ, J. *Svépomocný manuál aneb jak si mohu sám/sama pomoci*. 1.vyd.Brno: Občanské sdružení Anabell.2012. ISBN: neuvedeno

WOOLFOVÁ, E. *Jen jedno jablko denně*. Praha:Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2818-9

10.2 Seznam internetových zdrojů

ANABELL. *Úvodem*. [online]. [cit. 2015-02-23]. Dostupný z :
<http://www.anabell.cz/>

ANOREXIE. *Příznaky a projevy anorexie*. [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupný z:
<http://www.anorekticka.cz/priznaky-a-projevy-anorexie>

CHLUP, M. *Správné stravování v období dospívání*. [online]. [cit.2015-04-01]
Dostupný z : <http://www.svet-potravin.cz/clanek.aspx?id=1700>

PRO -YOUTH: *Co je to Pro-youth* [online]. [cit. 2015-04-02] Dostupný z:
<https://www.proyouth.eu/?q=welcome>

PSYCHIATRICKÁ KLINIKA 1LF UK A VFN. *Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy: Centrum pro poruchy příjmu potravy* [online]. [cit. 2015-02-23]. Dostupný z :
<http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>

RŮŽIČKOVÁ, D. *Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie, mentální bulimie a orthorexie*. [online]. [cit. 2015-02-28]. Dostupný z :
<http://rodina-deti.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy---mentalni-anorexie--mentalni-bulimie-a-orthorexie>

VÍTEK, L. *Mentální anorexie – příčiny a léčba*. [online]. [cit. 2015-03-04].
Dostupný z: <http://www.sportvital.cz/cz/k1,167,210-poruchy-prijmu-potravy/c1024-mentalni-anorexie-priciny-a-lecba>>

11 Seznam příloh

Příloha 1- DOTAZNÍK.....	81
--------------------------	----

12 Seznam tabulek

Tabulka 1 – Respondenti pohlaví	40
Tabulka 2 – Respondenti podle věku.....	41
Tabulka 3 – Informovanost mezi respondenty	42
Tabulka 4 – Informovanost ze zdrojů 1	43
Tabulka 5 – Informovanost ze zdrojů 2	44
Tabulka 6 – Diagnostika poruch příjmu potravy v okolí 1	45
Tabulka 7 – Diagnostika poruch příjmu potravy v okolí 1	46
Tabulka 8 – PPP problém dnešní doby 1	47
Tabulka 9 – PPP problém dnešní doby 2	48
Tabulka 10 – Vnímání svého těla 1	49
Tabulka 11 – Vnímání svého těla 2	49
Tabulka 12 – Stravovací návyky	50
Tabulka 13 – Stravovací návyky na středních školách.....	51
Tabulka 14 – Stravování ve školní jídelně.....	52
Tabulka 15 – Svačina z domova	53
Tabulka 16 – Nákup ve školním bufetu 1	54
Tabulka 17 – Nákup ve školním bufetu 2.....	55
Tabulka 18 - Snídaně	56
Tabulka 19 – Místo snídaně.....	56
Tabulka 20 – Ovlivněnost přáteli 1.....	57
Tabulka 21 – Ovlivněnost přáteli 2.....	58
Tabulka 22 – Preferované jídlo při stravování.....	59
Tabulka 23 – Návštěva fitness 1	60
Tabulka 24 – Návštěva fitness 2	61
Tabulka 25 – Preferování cvičení doma	62
Tabulka 26 – Jiný druh sportu 1	63
Tabulka 28 – Držení diety v současné době 1	65
Tabulka 29 – Držení diety v současné době 2	65
Tabulka 30 – Preferovaná jídla 1	66
Tabulka 31 – Preferovaná jídla 2	67

13 Seznam grafů

Graf 1 – Respondenti podle věku	41
Graf 2 – Informovanost mezi respondenty	42
Graf 3 – Informovanost ze zdrojů	43
Graf 4 – Informovanost ze zdrojů 2	44
Graf 5 – Diagnostika poruch příjmu potravy v okolí 1	45
Graf 6 – Diagnostika poruch příjmu potravy 2	46
Graf 7 – PPP problém dnešní doby 1	47
Graf 8 – PPP problém dnešní doby 2	48
Graf 9 – Vnímání svého těla 1	49
Graf 10 – Vnímání svého těla 2	50
Graf 11 – Stravovací návyky	50
Graf 12 – Stravovací návyky na středních školách	51
Graf 13 – Stravování ve školní jídelně	52
Graf 14 – Svačina z domova	53
Graf 15 – Nákup ve školním bufetu 1	54
Graf 16 – Nákup ve školním bufetu 2	55
Graf 17 - Snídaně	56
Graf 18 – Místo snídaně	57
Graf 19 – Ovlivněnost přáteli 1	58
Graf 20 – Ovlivněnost přáteli 2	58
Graf 21 – Preferované jídlo při stravování	59
Graf 22 – Návštěva fitness 1	60
Graf 23 – Návštěva fitness 2	61
Graf 24 – Preferování cvičení doma	62
Graf 25 – Jiný druh sportu 1	63
Graf 26 – Jiný druh sportu 2	64
Graf 27 – Držení diety v současné době 1	65
Graf 28 – Držení diety v současné době 2	66
Graf 29 – Preferovaná jídla 1	66
Graf 30 – Preferovaná jídla 2	67

Příloha 1- DOTAZNÍK

Téma: Změny nutričního chování v adolescenci se zřetelem na poruchy příjmu potravy

Otázka 1: Vyplňte základní údaje o své osobě:

Pohlaví: MUŽ ŽENA

Věk: do 16 let od 16-18 let od 18 let a více

Otázka 2: Slyšel/a jsi někdy o PPP (poruchách příjmu potravy)?

ANO NE

Otázka 3: Z jakých zdrojů jsi se o PPP dozvěděl/a?

ČASOPIS

ODBORNÁ LITERATURA

INTERNET

KAMARÁD/KA

JINÝ ZDROJ

Otázka 4: Trpí někdo ve tvém okolí nebo ty sám/a PPP?

ANO MOŽNÁ NE NEVIM

Otázka 5: Myslíš si, že je PPP problémem dnešní doby?

ANO NE NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM

Otázka 6: O své postavě si myslíš?

NORMÁLNÍ OBEZITA NADVÁHA PODVÁHA

Otázka 7: Jak moc se změnilo tvoje stravovací návyky po přechodu na SŠ?

VÝRAZNÁ ZMĚNA MALÁ ZMĚNA NEZMĚNILY

Otázka 8: Stravuješ se ve školní jídelně?

ANO NE

Otázka 9: Nosíš si svačtinu z domova?

ANO NE

Otázka 10: Nakupuješ ve školním bufetu?

ČASTO ZŘÍDKA NENAKUPUJI

Otázka 11: Snídáš? Pokud ano kde?

ANO NE

ŠKOLA DOMA PO CESTĚ DO ŠKOLY

Otázka 12: Jak moc tě ovlivňují přátelé ve tvém stravování?

HODNĚ MÁLO NEOVLIVŇUJÍ

Otázka 13: Při stravování doma preferuješ jídlo?

TEPLÉ STUDENÉ NEVYBÍRÁM SI

Otázka 14: Navštěvuješ fitness?

ČASTO ZŘÍDKA NIKDY JSEM TAM NEBYL/A

Otázka 15: Preferuješ raději cvičení doma?

ANO NE

Otázka 16: Provozuješ jiný druh sportu? Pokud ano tak jaký?

ANO NE

Druh sportu.....

Otázka 17: Držíš v současné době dietu?

ANO NE

Otázka 18: Vyber ze dvou možností, které jídlo/a preferuješ?

SLANÁ SLADKÁ