

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapie



Rebeka Cmíralová

Povědomí adolescentů o poruchách příjmu potravy

Adolescent awareness about eating disorders

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Eva Meisnerová

Praha, 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně s využitím pouze citovaných literárních pramenů a že jsem řádně uvedla všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze,

Rebeka CMÍRALOVÁ

Podpis

Poděkování

Tímto děkuji vedoucí mé bakalářské práce MUDr. Evě Meisnerové za odborné vedení, cenné podněty a připomínky, které mi při tvorbě bakalářské práce poskytla. Dále bych ráda poděkovala všem studentům a studentkám, kteří byli ochotní vyplnit dotazník a umožnili mi tak získat potřebná data k práci.

Identifikační záznam

CMÍRALOVÁ, Rebeka. *Povědomí adolescentů o poruchách příjmu potravy. [Adolescent awareness about eating disorders]*. Praha, 2018. 60 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. IV. interní klinika – klinika gastroenterologie a hepatologie. Vedoucí práce MUDr. Eva Meisnerová

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy. Především cílí na jedince v adolescentním období, jelikož tento věk spadá mezi rizikové faktory vzniku těchto obtíží. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část obecně popisuje poruchy příjmu potravy a dále se zaměřuje především na dvě nejznámější onemocnění: mentální anorexii a mentální bulimii. Všeobecně charakterizuje hlavní rizikové faktory vzniku, možné zdravotní komplikace a jejich léčbu. Rovněž popisuje prvky primární prevence zaměřené na děti a mládež a jaké jsou možnosti využití.

V praktické části jsou rozebrány výsledky kvantitativního výzkumu, který probíhal mezi žáky na základních a středních školách a víceletých gymnáziích. Za cíl bylo stanoveno zjistit názory vybraných studentů ve věku 12–16 let na kult štíhlosti v dnešním světě a jak velký důraz kladou oni sami na štíhlost postavy. Dále zjišťuje jaké mají stravovací návyky a zároveň jaké znalosti mají o rizicích mentální anorexie či mentální bulimie. Na závěr byl s pomocí získaných informací z teoretické i praktické části vytvořen edukativní materiál ve formě letáku, který poskytuje základní informace o dané problematice pro vybranou věkovou kategorii.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, dospívání, prevence

Abstract

This bachelor thesis describes and discusses eating disorders. Specifically, it focuses on adolescents as this age is among the key risk factors. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical.

The theoretical part describes eating disorders and focuses on the two most common diseases: mental anorexia and mental bulimia. It describes the main risk factors, possible health complications and methods of treatment. It also describes the elements of primary prevention targeted at children and youths and the options for their use.

The practical part presents results of a quantitative research, which took place among students in elementary and secondary schools. The aim of the thesis is to identify what 12 to 16 year old students think about the “cult of thinness” and how important to them is a slim figure. It examines the eating habits and the awareness about the risks of mental anorexia or mental bulimia. Based on the results of this research, a draft of an educational leaflet was created, which might be used in a further awareness raising work among children.

Key words: eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, adolescence, prevention

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST	7
Poruchy příjmu potravy	7
Mentální anorexie	8
Mentální bulimie	9
Psychogenní přejídání	9
Nespecifické PPP	10
Rizikové faktory	11
Biologické faktory	11
Psychologické faktory	12
Sociokulturní faktory	13
Zdravotní komplikace	14
Léčba	16
Prevence	18
PRAKTICKÁ ČÁST	20
Cíl práce	20
Hypotézy výzkumu	20
Metodika práce	20
Výzkumný vzorek	21
Výsledky výzkumu	21
Hodnocení hypotéz	46
Diskuze a závěr	47
Použitá literatura	50
Seznam zkratk	52
Přílohy	53
Evidenční výpůjčky	58

Teoretická část

Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejrozšířenější chronická onemocnění, která mají závažné psychické, somatické i sociální důsledky a mohou velmi často končit smrtí jedince. Vyznačují se poruchou výživy nebo špatným návykovým chováním při stravování. Jejich společným charakterem je strach z tloušťky, přehnané zabývání se svým vzhledem a váhou, zkresleným vnímáním vlastního těla a vytrvalá snaha o udržení si nízké váhy, případně jejím dalším snižováním. [4, 16]

V posledních letech jsou PPP čím dál tím více diskutované jak u široké veřejnosti, tak i u odborníků. Přibývá stále více informací o jejich stoupající incidenci, kterých ani tak stále není dostatek, jelikož data jsou převážně sbírána až u pacientů, kteří vyhledali profesionální pomoc. Jednou z hlavních závažností tohoto onemocnění spočívá v postižení mladších věkových vrstev, pokud nastane odchylka ve výživě, která se rozvine v PPP, může v dětském a adolescentním věku vytvořit závažnou biopsychosociální patologii při dospívání. [3, 5]

Dle MKN-10 spadají mezi syndromy poruch chování, spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory s označení F50. Aplikovaná jsou především v klinické praxi.

F50.0 Mentální anorexie

F50.1 Atypická mentální anorexie

F50.2 Mentální bulimie

F50.3 Atypická mentální bulimie

F50.4 Přejídání spojené s psychologickými poruchami

F50.5 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami

F50.8 Jiné poruchy příjmu potravy [16]

DSM-5 klasifikuje poruchy příjmu potravy a jídelního chování zčásti odlišným způsobem. Tato diagnostická kritéria jsou více využívána ve výzkumech a publikacích.

Pika

Ruminační porucha

Psychogenní ztráta chuti k jídlu

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Psychogenní přejídání [9]

Mentální anorexie

Pro veřejnost nejnámější, ale zároveň i nejrozšířenější PPP je mentální anorexie. Vyskytuje se od útlého dětství až do dospělosti a nejrizikovějším věkem k jejímu vzniku je 13 až 20 rok života. Děti pod 12 let tvoří asi 5 % případů. Přibližně 95 % osob trpících anorexií jsou ženy a dívky. Odhaduje se, že nemocí v České republice trpí každá stá žena. Okolo 50 % všech léčených se uzdraví, 30 % se částečně uzdraví, ale část z příznaků přetrvává a u 20 % se léčba nezdaří, příznaky přetrvávají a bohužel se často prohlubují. ^[13, 14]

Významným příznakem je výrazně nízká tělesná hmotnost (BMI méně než 17.5), kterou si pacienti úmyslně způsobují, mají přístup k dostatečnému množství jídla, ale nevyžívají ho a přitom netrpí dalším onemocněním. Mají chorobné myšlenky o své hmotnosti a postavě a trpí intenzivní obavou z tloušťky. Snaží se popírat úmyslné hladovění, ale přesto mají tendenci se jídlu vyhýbat, i když o jídle přemýšlejí skoro neustále. Mohou se pokoušet o vyprovokování vyzvracení snědené potravy, případně užívat laxativní přípravky. Chtějí ze sebe vydat co nejvíce energie, a tak přehnaně cvičí a vysilují se. Svou podváhu se velmi často snaží stále snižovat, nebo případně alespoň udržet. To souvisí s častým zkresleným vnímáním svého těla, kdy svou skutečnou váhu popírají, nedokáží ji rozpoznat a nepřiměřeně ji hodnotí. Svou postavu se snaží často schovat pod vrstvy oblečení. U žen a dívek je častý problém s narušením menstruačního cyklu, který často chybí, nebo se nemusí vůbec dostavit. ^[2, 4, 5]

Existuje takzvaný syndrom infantilní mentální anorexie, který se vyskytuje u batolat. Dítě při jídle vzdoruje rodičům, které ho nutí do jídla. Syndrom souvisí především s narušením rané vazby dítěte na matku. Obvykle se objevuje mezi 6. až 36. měsícem života, dítě odmítá jídlo a při tom dochází ke konfliktu s matkou, což zhoršuje schopnost navázat s dítětem mateřský vztah. U dítěte nejsou známky somatických poruch, ale trpí podvýživou. ^[13, 18]

Charakteristiky PPP podle DSM-5, které se především využívají ve výzkumech rozdělují MA na dva specifické typy. U purgativního typu je charakteristické opakované zvracení střídající se s přejídáním. Častěji se vyskytuje závislost na alkoholu či drogách, sebevražedné sklony nebo sebepoškozování. Druhý, restriktivní typ, obvykle probíhá jako dlouhodobé hladovění s častým intenzivním cvičením, bez záchvatů přejídání. ^[4, 9]

Pro dětský věk jsou kritéria k diagnostice MA odlišná od klasifikace MKN-10. Mezi důležité patří výhýbavost k jídlu, vyprovokované zvracení, excesivní cvičení a nadměrné zabývání se svou postavou nebo hmotností. Atypická mentální anorexie popisuje poruchu, při které se vyskytují klinické příznaky MA, ale některé z příznaků mohou chybět nebo se méně projevují. Přesto pacienti trpí závažnými psychickými obtížemi. ^[3, 13]

Mentální bulimie

Je to onemocnění, které opět především postihuje ženy. Podaří se ho vyléčit asi v 60 % případů a až 2 % končí smrtí. Obvykle přichází s věkem později než mentální anorexie a velmi často na ni navazuje. U 27 % pacientů se dosáhne úplného vyléčení, 40 % se částečně uzdraví a u 33 % nemoc chronicky přetrvává. [5, 17]

MB je charakterizovaná opakovanými epizodami nepotlačitelného přejídání (alespoň dvakrát za týden v období 3 měsíců), při nichž pacienti zkonsumují velké množství jídla během souvislého, časově krátkého úseku. Nejprve ztratí kontrolu nad konzumací jídla a následně mají výčitky. Stejně jako u MA pacienti trpí chorobným strachem ze zvýšené tělesné hmotnosti, a tak se snědeného jídla chtějí zbavit vyprovokováním vyvracení, užitím laxativ nebo diuretik. Pacienti, kteří zároveň trpí diabetem mohou vynechávat inzulinovou léčbu. Tyto možnosti bývají často kombinované. Své sebehodnocení a sebevědomí nepřiměřeně staví na tělesném vzhledu, hmotnosti a tvaru postavy. Koincidence se závislostí na alkoholu není u tohoto onemocnění neobvyklá. [4, 17]

U této poruchy nedochází k tak extrémnímu váhovému úbytku, a je tedy často obtížné nemoc odhalit. Zároveň jsou si osoby trpící bulimií vědomy svého onemocnění, stydí se za něj a snaží se ho tajit. Jelikož tělesná hmotnost není tak nízká, obvykle se nevyskytuje ani amenorea na rozdíl od MA. [5, 6]

DSM-V opět rozděluje mentální bulimii na dva specifické typy. Pacienti s purgativním typem MB si pravidelně vyvolávají zvracení, užívají laxativa nebo diuretika. U nepurgativního typu drží striktní diety, hladovky a excesivně cvičí. Pravidelně nevyužívají kompenzační prostředky. [4, 9]

Atypická mentální bulimie je opět užívaná u diagnostiky MB, u které chybí některé z typických příznaků. [4]

Psychogenní přejídání

Tato porucha má podobné příznaky jako mentální bulimie. U pacientů se projevuje neodolatelná chuť k jídlu a vyskytují se opakované epizody přejídání. Při konzumaci jídla nemají hlad, mohou mít pocit sytosti a snaží se jídlo sníst co nejrychleji a o samotě. Často je záchvat spojen s reakcí na stresovou situaci. Následně mají výčitky a trpí pocity viny a studu, ale nesnaží se potlačit kalorický účinek. Přesto trpí chorobným strachem z tloušťky. [5]

Nespecifické PPP

Orthorexie

Osoby trpící touto poruchou jsou patologicky závislé na zdravém stravování a mají problém uvědomit si, kdy se ze zdravého životního stylu stává riziko. Zajímají se o alternativní stravování, kvalitní biopotraviny a snaží se o stravovací perfekcionismus, k tomu také pravidelně cvičí. Na počátku jsou bojující s touto poruchou často podporováni svým okolím, jelikož se zdá, že se především starají o své zdraví. Později jsou jídlem omezováni čím dál tím víc, odmítají jíst pokrmy, u kterých nevědí přesný původ a vyřazují potraviny až nakonec jíst úplně přestávají. Porucha často přechází do mentální anorexie. ^[19]

Bigorexie

Bigorexie je často nazývána obrácenou anorexií, a především postihuje muže. Jedinci trpí zkresleným vnímáním svého těla a obsedantními myšlenkami na své vlastní svalstvo, o kterém si myslí, že není dostatečně vypracované. Mají abnormální jídelní a cvičební návyky, kvůli kterým se straní společnosti a izolují se od sociálních či rekreačních aktivit. Za své tělo se stydí a vyhýbají se situacím kde by mohli být pozorováni. Časté je i zneužívání potravinových doplňků pro růst svalů. Svůj cvičební i dietní režim dodržují i ve chvíli, kdy zanechává nežádoucí následky na zdraví, konkrétně na pohybovém aparátu nebo játrech a ledvinách. ^[19]

Drunkorexie

Je to forma závislosti na alkoholu sjednocená s PPP. Vyskytuje se především u mladších jedinců. Postižené osoby se těší z konzumace alkoholu, ale obávají se kalorií jím přijmutých, a proto přes den drží striktní diety. Mnohdy se problém rozvine z různých diet, kdy se snaží jídlo nahradit alkoholem a utlumit tak pocit hladu. ^[20]

Syndrom nočního přejídání

Tento syndrom může být zapříčiněn spánkovou poruchou, kdy si jedinci noční záchvat nepamatují, anebo poruchou příjmu potravy. Obvyklý je noční hlad, kdy se osobám trpícím touto PPP podaří usnout až po konzumaci jídla se zvýšeným energetickým obsahem. Většinou přijímají o 500 kalorií více než zdravá populace. ^[4, 5]

Rizikové faktory

Rizikové faktory nám pomáhají určit co předchází poruchám příjmu potravy. Známe jich rozsáhlé množství, zatím však stále neexistuje zcela jednotné vysvětlení vzniku. Dalším problémem je nesnadné rozpoznání, zda se jedná opravdu o příčinu nebo až o následek. Zcela jisté je, že není pouze jeden hlavní rizikový faktor, ale skoro vždy jde o více vlivů působících naráz. Většinou je dnes podmíněnost PPP popisovaná jako bio-psycho-sociální. [8, 14]

Některé z faktorů zvyšují obecně riziko jakýchkoliv psychických onemocnění. Mohou to být například stresové situace, násilné nebo sexuální zneužívání a problematické rodičovství. Dále jsou některé faktory specifické pouze pro PPP, mezi které patří dietní omezení, tělesná hmotnost nebo PPP v rodinné anamnéze. Perfekcionismus a stravovací obtíže jsou častým nebezpečím vzniku jak u mentální anorexie, tak i mentální bulimie. Na rozdíl s psychogenním přejídáním má MA rizikové faktory nejbližší. U mentální bulimie i psychogenního přejídání se často vyskytuje impulzivita, nárazové přejídání a neuroticismus. [8, 14]

Biologické faktory

Rodina

Rodina jako rizikový faktor se může projevit skrze sociální, ale i genetický vliv. Velmi často je MA diagnostikovaná u dívek s rodinnými konflikty. Některé rodiny vyvíjejí na své děti příliš velký tlak a vystavují je vysoké psychické zátěži. Zpravidla jsou to přehnané požadavky zaměřené na školní výsledky nebo sportovní aktivity, do kterých jsou nuceni. Dalším rizikem je separace od rodiny. Taková situace může být vyvolaná rozvodem či pobytem v zahraničí na dlouhou dobu. Výskyt PPP v rodině je významný rizikový faktor především u ženského pohlaví. Zvýšené nebezpečí vzniku onemocnění u jedince podporuje matka nebo sourozenec trpící touto poruchou. [4, 6, 14]

Pohlaví

Pro ženy je vznik PPP mnohonásobně vyšší riziko než pro muže. Studie uvádí, že mužů trpících PPP je mezi 0-15%. Žen trpících MA je v průměru 10x více než mužů a procento žen s MB je dokonce 20x vyšší než mužů s MB. Rozdílem je především odlišná stavba těla a tím i jeho vývoj. V pubertálním období, které je rizikovým faktorem samo o sobě, přibývají ženy spíše na tuku, zatímco mužům přibývají svaly. Jelikož se tím odvracejí od současné představy ženské krásy, více kontrolují svou tělesnou hmotnost a drží diety. Naopak chlapci se stávají maskulinějšími a více se podobají mužskému ideálu. Zároveň jsou dívky více nejisté, mají nižší sebevědomí a mají větší obavy z toho, co si o nich myslí okolí. Nejistota a nespokojenost se svým tělem je u dívek znatelná již ve věku třinácti let a mnoho z nich již omezuje svůj příjem. Obavy z vysoké hmotnosti jsou velmi často založené na skutečnosti, neboť mnoho žen s PPP trpěly nejdříve nadváhou nebo obezitou. [5, 14]

Věk

Úzce související rizikový faktor s pohlavím je věk. Období adolescence je doba, kdy dochází k mnoha biologickým i psychologickým změnám, které mohou být jedinci přijímány jak pozitivně, tak i negativně. Po dvanáctém roce života dochází k vývoji vlastní identity, je to fáze na rozmezí mezi dětstvím a dospělostí, je křižovatkou, kde se mísí staré dětské návyky a nové dospělé požadavky. Zásadní starostí jedinců v této fázi je, jak se jeví okolí a touží jím být respektováni, jsou sociálně vnímavější a tedy zranitelnější. Často přejímají postoje, názory či ideály druhých a snaží se je propojovat se svými přesvědčeními a zkušenostmi. Přemýšlí nad sebou samým, experimentují a někdy jsou urputně přesvědčeni o svých názorech, které až po určité době opouštějí. V tomto stadiu aktivně řeší otázku identity a hledají hodnoty, které přejímají ze svého blízkého okolí, ale i širší veřejnosti, která je často prezentovaná již zmíněnými masmédi. [1, 2, 14]

Psychologické faktory

Deprese

Depresivní porucha postihuje mnoho lidí po celém světě. Velké množství studií ukázalo také souvislost mezi PPP a depresí. Není ovšem jasné, zda je deprese spouštěčem či důsledkem PPP. Mezi projevy této poruchy patří sklíčená nálada, smutek a duševní utrpení. Důsledkem dochází ke ztrátě zájmů, izolaci od sociálního světa, ztrátě sebevědomí a může docházet i k váhovému úbytku. Depresivní a úzkostné pocity jsou často spojeny s negativním sebehodnocením, obavami o svou postavu a kontrolou příjmu potravy. [6, 14]

Impulzivita

Impulzivita patří mezi rizikové faktory především pro MB a psychogenní přejídání. Jedinci nedokáží kontrolovat impulzy, pomocí nich se snaží o snížení napětí a následně je mohou vést k záchvatovitému přejídání. S tímto rysem také často souvisí závislostní chování nebo promiskuita. [5, 6]

Perfekcionismus

Nebezpečnou vlastností může být perfekcionismus, kdy se jedinec snaží být ve všem dokonalý a častěji je u Velké množství dívek si na sebe klade vysoké požadavky a má velká klamavá očekávání, která nemůže splnit. Následně si nevěří a trpí depresemi a úzkostmi. Dívky mají někdy pocit, že si lásku mohou zasloužit pouze za perfektní chování a dokonalé výsledky. To často může vést k přísným dietám a až k úplné restrikcii potravy a následnému vývoji PPP. Perfekcionismem mohou stále trpět i dívky, které nejsou zrovna v akutních fázích onemocnění. Největšímu riziku jsou dívky vystaveny pokud trpí perfekcionismem a zároveň mají nízké sebevědomí. [5, 6]

Sociokulturní faktory

Velmi zásadním faktorem u poruch příjmu potravy je vliv sociokulturního prostředí. Mění se současná společnost řízená masovými médii a sociálními sítěmi hrdě propaguje extrémní vyhublost a nereálnou krásu. Postupnou evolucí světa se pohled na ideál proměňuje. Historicky byla představa o zdravém ženském těle vykreslena buclatou postavou se širokými boky a prezentovala tak plodnost a blahobyť. Naopak hubení jedinci ztělesňovali nemoc a chudobu. ^[5]

Trend štíhlosti viditelně kontrastuje s nárůstem obezity v nynější populaci. Média prezentují zdravé životní styly a alternativní stravu jako jedinou správnou cestu a tyto informace mohou být veřejností chybně chápány a negativně jí pak ovlivňovat. Lidé trpící obezitou jsou následně prezentováni jako líní, neambiciózní a nehodící se do této společnosti. To vytváří v dnešním světě nepřiměřený nátlak a chtíč po dokonalém tělesném vzhledu. Díky tomu dostává módní, kosmetický a farmaceutický průmysl prostor k propagaci svého zboží především skrze všudypřítomnou reklamu. Nabízí okamžitou krásu, rychlé hubnutí, a tedy úspěch a štěstí. Vytváří tak v ženách pocit nedokonalosti a potřebu své tělo měnit. Na reklamy jsou ještě více náchylnější dívky v adolescentním věku, kterým se utváří identita, jsou si sebou nejisté a jednoduše přejímají jim prezentované vzory. S rozmachem sociálních sítí jsou tak přehnaným a nereálným publikacím čím dál tím více vystavovány a považují je za skutečné. Bohužel tím, že se stále snaží dosáhnout vysněného ideálu, který je stěží dosažitelný, se mohou nakonec dostat až na pomezí poruch příjmu potravy. ^[5, 12]

Tělesná hmotnost je tedy posuzována jak širokou společností, ale i nejbližším okolím. Pokud jedinec trpěl v dětství nadváhou mohl být častěji vystavován situacím, kdy byla komentována jeho váha. Kritika může přijít ze stran spolužáků ve formě posměšků a šikany. Nebo rodičů, kteří nejsou spokojeni s váhou svého potomka a její snížení se mohou snažit vyřešit například sportem. Sport sám o sobě ovšem může být rizikovým faktorem. Na jednu stranu může pomoci ke zdravému životnímu stylu a lepšímu sebehodnocení, na druhou stranu velký nátlak na výsledek může působit jako silná psychická zátěž. Veškeré uvedené okolnosti mohou u jedince způsobit snížení sebevědomí a potřebu zhubnout. Držení diety bez profesionálního vedení a s cílem drastického zhubnutí může vést až k úplné restrikci potravy, případně i k přejídání a velmi brzkému rozvinutí PPP.

Zdravotní komplikace

Jelikož jsou poruchy příjmu potravy dlouhotrvajícím onemocněním mohou ohrožovat zdraví v mnoha směrech. U osob trpících mentální anorexií, jejichž tělo je vyhladovělé a nemůže tak přijímat hlavní nutrienty, je v nebezpečí normální fungování celého organismu z důvodu jeho zpomalení a úspory energie. Lidé s mentální bulimií, u kterých dochází střídavě ke hladovění a přejídání, může nastat rozvrat vnitřního prostředí organismu a způsobovat tak mnoho zdravotních rizik. Jako následek všech zdravotních komplikací se často můžou pacienti dostat až na pokraj smrti. ^[4,5]

Kromě kachexie si můžeme u pacientek s MA ze stránky fyzické všimnout několika dalších příznaků. Častá je tenká a suchá šupinatá kůže se sníženým obsahem kolagenu, porostlé tváře a končetiny jemných ochlupením (lanugem) a žlutavě zbarvená kůže, což je způsobeno nadměrnou konzumací karotenu a vitamínu A. U pacientek, které si úmyslně vyvolávají zvracení si můžeme povšimnout podrážděného hřbetu u ruky s modřinami a mozoly, rozpraskaných ústních koutků nebo tečkovitého krvácení v kůži (purpury), které je způsobeno vysokým nitrohručním tlakem nebo špatným vývojem kostí. Kožní vyrážky vznikají z důvodu nadužívání projímadel, diuretik nebo léky pro snížení váhy. ^[4,15,16]

Se stupněm úbytku tělesné hmotnosti se váže chudokrevnost a oslabení imunity. Tím vzniká větší riziko infekce, na kterou může tělo neadekvátně reagovat – při ohrožující infekci není zvýšená teplota ani nejsou zvýšené bílé krvinky a je nízké CRP. Velmi častá je snížená schopnost termoregulace, která souvisí s nízkou funkcí hypofýzy. ^[15]

Abnormálně snížená tepová frekvence a nízký krevní tlak zvyšuje nebezpečí selhání srdce. Tepová frekvence klesá na 60 tepů za minutu z důvodu sníženého metabolismu. Hypotenze je vyvolána z důvodu dlouhodobého strádání tekutin a může zapříčinit závratě až ztráty vědomí. Časté je riziko náhlého úmrtí kvůli srdečním arytmiím, které jsou vyvolány narušením elektrolytové rovnováhy. S kardiovaskulárními komplikacemi se můžeme u pacientů trpících PPP setkat téměř v 90% případech. ^[4]

Problémy, na které si pacienti stěžují nejdříve, se často týkají trávicího systému. Mezi první příznaky patří nevolnost, bolesti břicha, nadýmání, pocit plnosti, zvracení nebo průjem. V případech kdy opakovaně zvracejí dochází kvůli žaludečním šťávám ke zduření slinných žláz, kazivosti zubů a zánětům jícnu. Velmi časté je narušení funkce tenkého střeva a komplikacemi u tlustého střeva může být vyvolána zácpa nebo průjem z důvodu zneužívání projímadel. ^[4]

Kvůli abúzu diuretik a laxativ jsou časté poruchy elektrolytové rovnováhy, mezi které patří hyponatrémie, hypokalémie nebo hypochlorémie. Pacienti, kteří jsou dlouhodobě dehydratováni a trpí tak anurií mají riziko vzniku močových kamenů. Naopak někteří trpí polyurií způsobenou psychogenní polydipsií. Předávkováním projímadly mohou vznikat těžké otoky, což může vést k hypovolemickému šoku a ledvinovým infarktům. ^[4, 15, 16]

Mentální anorexie se bohužel často vyskytuje již v nízkém věku jedince, kdy jeho kosterní soustava není zcela vyvinutá. Následkem dochází ke zpomalení vyžívání kostí, popřípadě úplnému zastavení růstu v dětském věku a jedinci s MA zůstávají nevratně vzrůstově menší než jejich vrstevníci. U pacientů dochází ke snižování minerální hustoty kostí a nejdříve se rozvíjí do osteopenie, která později přechází do osteoporózy. V důsledku absence vitamínu D se může vyskytovat i osteomalacie. ^[4, 16]

Mezi vážné hormonální poruchy patří především ztráta menstruačního cyklu (amenorea), zpočátku dochází k nepravidelnosti menstruace a nakonec se úplně vytratí. Souvisí především se sníženým obsahem tělesného tuku, který je důležitý pro tvorbu estrogenu. Amenorea je rizikem u mladých dívek, které ještě neměly menarché, hrozí u nich narušení vývoje sekundárních pohlavních znaků a následkem mohou mít problémy s těhotenstvím. Kvůli snížené tvorbě pohlavních hormonů, ženy trpící MA postrádají zájem o sexuální život a straní se stálým a dlouhodobým vztahům. U žen trpících MB je obvykle zájem o sexuální život stejný jako u žen netrpících PPP a občas se můžeme setkat i s promiskuitou. ^[4, 5]

Dlouhodobá malnutrice často ohrožuje pacienty řadou důsledků. Ze všech poruch příjmu potravy má nejvyšší mortalitu mentální anorexie. Za smrt jsou obvykle zodpovědné somatické komplikace nebo sebevražda. Předpokládá se, že většinou jde o kardiovaskulární selhání, které je častým následkem srdeční arytmie. Dalšími příčinami umrtí mohou být pneumonie, hypoglykemie nebo jaterní onemocnění. Studie potvrzují, že sebevraždy jsou u mladších pacientek častější ve srovnání s celkovou populací. Osoby trpící mentální bulimií nejsou v tak vysokém ohrožení, přesto je u nich taktéž riziko smrti jako důsledek onemocnění. ^[5, 7]

Léčba

Pro úspěšnou léčbu PPP je velmi důležitý terapeutický vztah mezi terapeutem a klientem, kdy je klíčové a rozhodující, aby si pacient nemoc přiznával. Je zasáhnuto jak jeho tělo, tak i psychika, tudíž je vyžadovaná komplexní péče zprostředkovaná mnoha odborníky. Jde o velmi náročný proces, při kterém se postupuje individuálně podle potřeb klienta, častá je však recidiva nemoci. Čím dříve je nemoc podchycena, tím má pacient větší šanci k uzdravení a je pro něj snazší navrátit se ke zdravým stravovacím návykům. Podstatná je i podpora okolí v průběhu léčby a je vhodné, aby si všímalo případného patologického stravování. Pacientky často vyhledávají odbornou pomoc jen kvůli své rodině a samy nejsou přesvědčeny o závažnosti nemoci. Jejich protichůdné postoje se často podobají osobám užívající psychotropní látky. Terapeut by měl namotivovat a navrhnout možnost léčby, která by pomohla změnit náhled pacientek na své tělo a vyrovnat emocionální stav. Musí se postavit svému strachu, změnit své sebehodnocení a akceptovat svou roli. [5, 6]

U závažných případů začíná léčba obvykle hospitalizací na psychiatrických oddělení. Při MA s kritickou malnutricí je obvykle nutná nejdříve léčba na jednotce intenzivní péče, kde je pacient realimentován. Nejvhodnější cestou je perorální realimentace obohacená sippingem, která je bohužel pacienty často odmítána. Dalším způsobem je enterální výživa aplikovaná pomocí nasogastrické nebo nasojejunální sondy. Mezi rizika této realimentace patří refeeding syndrom, který způsobuje přežití pacienta a může tak vést k neadekvátním nárokům na oběhový, respirační a gastrointestinální systém. Je vhodné kontrolovat přívod energie a navyšovat ji velmi pomalu. Poslední, nejméně fyziologickou, cestou je parenterální výživa aplikovaná přímo do krevního řečiště. Hospitalizace na psychiatrickém oddělení může být nedobrovolná i dobrovolná a obvykle je doporučena také u nebezpečí sebevraždy a při současné závislosti na alkoholu nebo psychotropních látek. Obvykle trvá 2-3 měsíce s poskytnutím režimové léčby a doplněním o psychoterapii. Osoby trpící nekomplikovanou MB obvykle nemusí být hospitalizovány. Pacienti s lehčí formou onemocnění, kteří mají motivaci, spolupracující rodinné zázemí a krátké trvání symptomů mohou využívat ambulantní péči. V ambulantních centrech pro PPP obvykle vystupuje psycholog, který pacienty edukuje o závažnosti onemocnění, zdravém jídelním režimu, zdravotních rizicích a doporučuje nejvhodnější následnou léčbu. Alternativou k hospitalizaci, případně k rozšíření ambulantní léčby slouží denní stacionář, který taktéž může fungovat jako doléčovací péče. Poskytují určitý režim se stabilními jídelními návyky bez významné změny prostředí. Existují také svépomocné skupiny vedené odborníky i laiky, podporující pacienty a rodiny a taktéž jim nabízejí primární a sekundární prevenci. [5]

Mezi potřebné a efektivní nástroje k vyléčení PPP patří psychoterapie, kterou je ovšem vhodné neuspěchat a zařadit ji až ve chvíli, kdy pacient prošel základní psychoedukací a je stabilizovaný. Občas může být i zneužívána k racionalizaci vyhýbavého chování a nepřijímání potravy. Mezi často využívané patří kognitivně-behaviorální terapie, motivační terapie, interpersonální terapie, rodinná terapie a psychodynamická terapie. Jako nejúčinnější vychází KBT a IPT. [5, 10]

Mezi nejrozšířenější psychoterapie obecně patří kognitivně-behaviorální, která v oblasti PPP pomáhá především pacientům MB, ale vytváří vhodný základ i pro pacienty s MA. Je založena na operantním podmiňování a pracuje na úpravě patologických myšlenek. Terapie většinou probíhá po dobu 5 měsíců s 20 individuálními sezeními. Je zaměřena na práci s pravidelným jídelním režimem, o kterém si pacienti vedou záznamy. Také usiluje o odvracení pozornosti od chorobných myšlenek pomocí zvolené činnosti, kterou si každý klient vybírá sám. Pacienti se postupně učí upevňovat zdravý pohled na své tělo a mluvit o jídle bez výčitek. Důležité je edukování o možném relapsu a jak při něm případně postupovat. [4, 5]

Pacienti s PPP také dobře reagují na interpersonální terapii, která původně sloužila především na léčbu depresí. Nejprve se řeší vztahy pacienta a jakým způsobem ovlivňovaly či zapříčiňovaly jeho obtíže. Dále se dohodne terapeutické řešení, jak pracovat na odhalených interpersonálních problémech. V závěru se hovoří čeho se v průběhu dosáhlo a o ukončení terapie. IPT je vhodná pro pacienty s přetrvávajícími příznaky a při dlouhodobé psychoterapii. [5, 10]

Problémy spojené s PPP velice často sahají do jejich rodinného života. U mladých pacientů je obvykle první volbou právě rodinná terapie. Onemocnění může často zrcadlit dysfunkční role v domácnosti nebo konflikty a odvést tak pozornost od hlavních problémů. Je tedy důležité rodinné konflikty odhalovat a měnit tak rodinné soužití. Dalším přidruženým krokem je farmakoterapie, která obvykle doplňuje léčbu PPP a zvyšuje její efektivnost. Pro snížení úzkosti se v počátcích léčby MA podávají anxiolytika a případně i neuroleptika k úpravě spánku. Také je uváděno, že podávání antidepresiv snižuje riziko relapsů. Některá z antidepresiv zvyšují tvorbu serotoninu a u pacientů s MB tak snižují pocit hladu a potřebu se přejíst. Součástí komplexní léčby je také nutriční podpora, která by měla dopomoci k ideální tělesné hmotnosti. Klíčová je normalizace stravovacích návyků, odstranění chorobného vztahu k jídlu a zmírnění úzkostných pocitů. Pacienti jsou edukováni o možných zdravotních rizicích podvýživy a v oblasti zdravé výživy. [5, 10, 16,]

Prevence

U preventivních programů je důležité, aby měli dlouhé a souvislé trvání, mají tak větší dosah a jsou efektivnější. Vhodné je pokud působí na děti již v předškolním věku. Čím dříve mohou děti znalosti z prevence uplatnit, tím kvalitněji budou ovlivňovat jejich přístup a postoje. Minimalizace rizik v chování pomáhá k pozitivnímu rozvoji a zvládnání zátěžových situací. Prevence zaštiťuje veškerá opatření, která se snaží předcházet a minimalizovat jevy spojené s rizikovým chováním. Využívá se výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních a dalších metod ke zlepšení informovanosti populace a zabránění tak vzniku rizikového chování, případně snížení jeho projevů a důsledků. Mezi rizikové chování spadají různé formy chování, které mají negativní dopad na zdraví nebo psychosociální stránku jedince a také mohou ohrožovat jeho sociální okolí. Programy primární prevence ve školách zahrnují:

Interpersonální agresivní chování - agrese, šikana, kyberšikana, rasismus...

Delikventní chování ve vztahu k hmotným statkům - vandalismus, krádeže, sprejerství...

Závislostní chování - užívání všech návykových látek, gambling...

Záškoláctví a neplnění školních povinností

Rizikové sportovní aktivity, prevence úrazů

Rizikové chování v dopravě, prevence úrazů

Spektrum poruch příjmu potravy

Negativní působení sekt

Sexuální rizikové chování ^[11, 25]

Prevence na školách je zajišťována obvykle dvojím způsobem, a to určeným předmětem na škole a pomocí specializovaných přednášek. Předmět Výchova ke zdraví se snaží o rozvinutí schopností u žáků jako je sebepoznání, sociální dovednosti, komunikace ve společnosti, morální rozvoj a jiné. V průběhu studia žáky seznamuje se zásady zdravé životosprávy a s ní i spojené PPP. Vysvětluje tak rizika spojené se špatným stravováním, příčiny vzniku PPP a jejich příznaky. Dále rozebírá sociální status žen, podporuje sportovní aktivitu, kulturní stereotypy vymezující fyzický vzhled a tělesnou hmotnost. Připomíná i častý negativní vliv medií. Nyní je na školách čím dál častěji přítomný školní metodik prevence, který kontroluje a podporuje provoz preventivních programů na škole. Veškeré činnosti a kompetence školního metodika prevence jsou vymezeny ve vyhlášce č. 72/2005 Sb.. Zajišťuje vzdělávání pedagogických pracovníků v prevenci a shání externí zařízení, která se této oblasti věnují. Centra primární prevence obvykle realizují jeden výukový seminář za semestr na určitou oblast rizikového chování. Mezi pražská centra patří například Prevcentrum nebo Proxima sociale. Poruchy příjmu potravy jsou obvykle probírány v 7. ročníku základních škol. S žáky jsou nejříve probírány základní informace o PPP, následuje blok zaměřený na ideál krásy a klamavá média, který diskutuje o nátlaku na společnost ohledně dokonalé figury. Upozrňují na sociální sítě, kde lidé sdílí různé fotografie pro obdiv, ač nejsou realistické. Do programu jsou také zařazené hry pro pozitivní posílení sebepojetí a sebehodnocení. Celá přednáška je doplněna o fotografie historických postav a známých osobností, jako ukázka rozdílnosti postav. ^[12, 22, 23, 25]

Zásadní pomoc proti poruchám příjmu potravy nabízí Občanské sdružení Anabell, které vzniklo v roce 2002. Nyní má tři pobočky, v Brně, Praze a Ostravě, kde poskytuje sociální a terapeutické služby. Poradenství je určeno pro všechny osoby nad 12 let, které nějakým způsobem vyhledávají pomoc s PPP. Obvykle je na místě sociální pracovník nebo psycholog, přičemž porada může probíhat osobně, ale i pomocí Skypu. V Brně je možné i poradenství v terénu a domluvit si schůzku například v kavárně. Na stránkách sdružení je možné se obrátit na internetovou poradnu, telefonickou krizovou linku nebo využít terapii po e-mailu či diskuzní fórum. Anabell také vytváří širokou škálu edukačních a preventivních materiálů a školí pedagogické pracovníky v problematice PPP pro efektivnější výuku ve školách. ^[26]

Boj proti PPP bohužel stále velmi často oslabuje mediální vliv mířící na mladou generaci. Média často neberou ohled na pravdivost informací, snaží se zaujmout, soudí lidské hodnoty a vytváří tak tlak na společnost. Mezi pozitivně-preventivní, médii široce zveřejňovanou zprávou, byla kampaň „Ne anorexii“. V roce 2007 fotograf Oliviero Toscan nafotil italskou modelku Isabelle Caro, která v té době vážila pouze 31kg. Vytvořil billboardy, které měly upozorňovat na nezdravou posedlost zdravým tělem a poukazovat na problémy spojené s modním průmyslem. V České republice nyní funguje projekt Za Normální Holky, vytvořený Kristýnou Dolejšovou, která především pomocí sociálních sítí usiluje o změnu pohledu na stereotypní vzor krásy. Snaží se jít proti tlaku medií a píše o jedinečnosti každého z nás a akceptaci toho jací jsme. V rámci projektu vydala knihu s názvem „Bez filtru“ a část výtěžku věnuje Občanskému sdružení Anabell. ^[5, 6, 24]

Praktická část

Cíl práce

V praktické části této bakalářské práce si za cílovou skupinu volím adolescenty ve věku 12-16let. Pomocí dotazníku, který jsem rozdělila do tří částí se budu nejdříve snažit vypátrat jaký mají náhled na osoby veřejně známé a jejich váhu, a jak se tyto názory odráží na mínění o jejich vlastním těle. Ve druhé části se budu zajímat o základní stravovací návyky dotazovaných. A ve třetím oddílu se pokusím zjistit, jak moc jsou informováni o poruchách příjmu potravy. Na závěr bych ráda s pomocí získaných znalostí při studiu k teoretické části a výsledků dotazníků vytvořila materiál zaměřený na adolescenty, který bude informovat o problematice PPP

Hypotézy výzkumu

Stanovené hypotézy pro následující výzkum:

Hypotéza 1: Více jak 50 % respondentů, kterým se více líbila dívka na prvním obrázku drželi dietu.

Hypotéza 2: Minimálně 75 % osob, které nejsou spokojené se svou postavou, porovnávají svou postavu s fotkami lidí v magazínech.

Hypotéza 3: Více jak 50 % dotazovaných si myslí, že by dívka na prvním obrázku získala lépe roli v televizní reklamě.

Hypotéza 4: Alespoň dvě třetiny tázaných, kteří zvolili dívku na prvním obrázku za lépe obsaditelnou v televizní reklamě si myslí, že váha ovlivňuje úspěšnost v životě.

Hypotéza 5: Více než 75 % dotázaných obědvá ve školní jídelně.

Hypotéza 6: Minimálně 75 % adolescentů obvykle večeří se svou rodinou.

Metodika práce

K výzkumu jsem zvolila kvantitativní metodu za použití anonymních dotazníků, které jsem vytvořila na internetovém serveru survio.com. Skládá se z 23 otázek, které jsem rozdělila do tří částí. Dotazník byl konstruován tak, aby se nejdříve zjistily názory dotazovaných o příbuzném tématu a až následně jejich informovanost o dané problematice. Po vyplnění určené části, nebylo možné se vrátit k předchozím otázkám, a tak měnit zadané odpovědi. Vybrané otázky byly uzavřené s výběrovou či výčtovou možností odpovědi.

Výzkumný vzorek

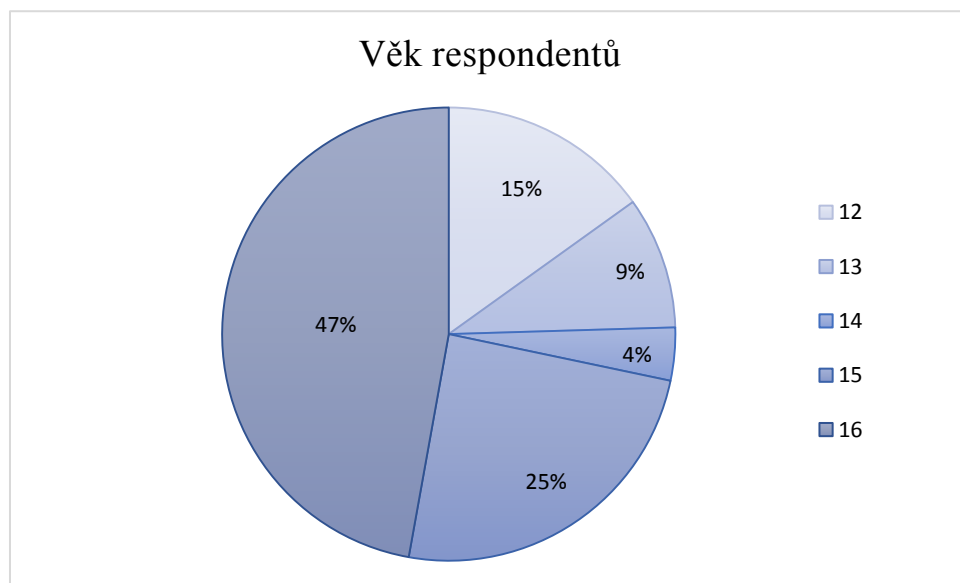
Dotazník jsem rozeslala po základních školách, středních školách a gymnáziích České republiky. Dotazník se týkal studentů a studentek mezi 12 až 16 rokem. Vyplňování dotazníků probíhalo v květnu a červnu roku 2018. Před vyplněním byli všichni poučeni o anonymitě a záměru dotazníku. Celkem jsem vyhodnotila 212 řádně vyplněných dotazníků. Výsledky jsem uspořádala pomocí tabulek a k nim vytvořila grafy.

Výsledky výzkumu

Otázka č. 1: Věk respondentů

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
12	32
13	20
14	8
15	52
16	100

Tabulka č. 1



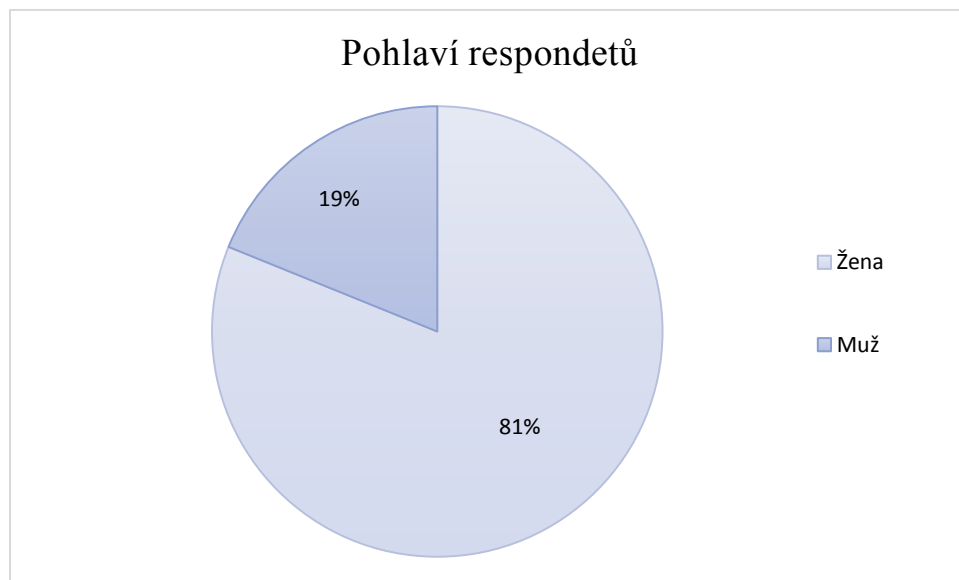
Graf 1 č. 1

Nejvíce respondentů bylo ve věku 16 let, a to 47 %. 25 % z dotazovaných bylo 15let, adolescentů ve věku 14 let byla pouhá 4 % a ve věku 13 let 9 %. Nejmladších respondentů ve věku 12 let bylo 15 %.

Otázka č. 2: Pohlaví respondentů

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Žena	172
Muž	40

Tabulka č. 2



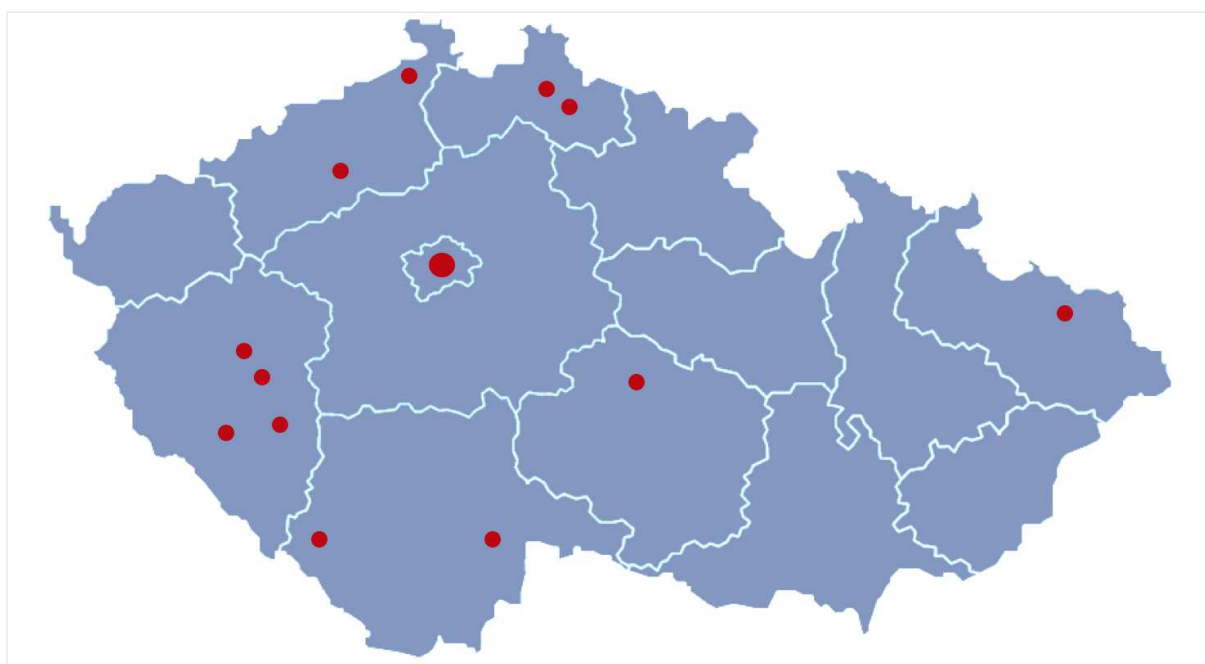
Graf č. 2

Výzkumného šetření se dohromady zúčastnilo 212 respondentů, z nichž bylo 81 % žen a 19 % mužů.

Otázka č. 3: Škola

Škola	Počet respondentů
Gymnázium na Zatlance, Praha	6
Gymnázium Českolipská, Praha	81
Gymnázium Ústavní, Praha	12
Gymnázium Litoměřická, Praha	20
Gymnázium Dr. Randy, Jablonec na Nisou	4
Gymnázium Ivana Olbrachta v Semilech	13
Gymnázium na Sadech, Třeboň	8
Gymnázium, Vimperk	4
Přírodovědné gymnázium, Ostrava	5
Střední odborná škola profesora Švejcara, Plzeň	12
Střední škola a základní škola, Oselce	5
Střední průmyslová škola stavební, Havlíčkův Brod	8
Obchodní akademie, Klatovy	2
Základní škola, Spálené poříčí	10
Základní škola Prokopa Holého, Louny	7
Základní škola Dr. Miroslava Tyrše, Děčín	15

Tabulka č. 3



Obrázek č. 1

Více jak polovina respondentů, konkrétně 56 %, studuje školu v hlavním městě Praha. 13 % studujících je z Plzeňského kraje, 10 % z Ústeckého kraje, 8 % z Libereckého kraje a 7 % z Jižních Čech. Několik respondentů bylo i z Vysočiny, 3 % a nejméně jich bylo z Moravskoslezského kraje, 2 %.

V následujících otázkách jsem se chtěla dozvědět více o tom, jaký vztah mají ke svému vlastnímu tělu a jak velký důraz kladou obecně na tělesný vzhled.

První tři otázky se vztahují ke stejné dvojici obrázků. Na obou fotografiích je zobrazena hollywoodská herečka Mischa Barton, která je známá svou nestálou váhou. Na prvním obrázku můžeme vidět herečku v období, kdy je velice štíhlá a záměrně vyzdvihuje svou hubenost. Druhou fotografií k porovnání jsem záměrně vybrala tak, aby u ní nebyl vidět tak extrémní váhový nárůst.



Obrázek č. 2

Otázka č. 4: Jaká postava dívky se ti více líbí?

Obrázek	Počet respondentů
1.	56
2.	156

Tabulka č. 4



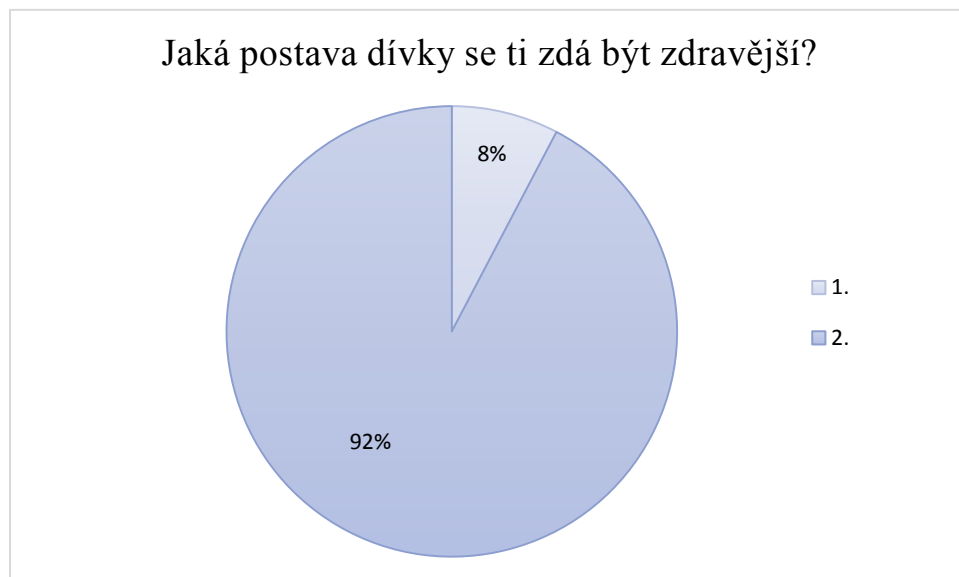
Graf č. 4

Z 212 respondentů jich 56 tj. 26 % vybralo první obrázek, se štíhlejší herečkou. Skoro tři čtvrtě dotázaným, konkrétně 156, se více líbila postava dívky na druhém obrázku.

Otázka č. 5: Jaká postava dívky se ti zdá být zdravější?

Obrázek	Počet respondentů
1.	16
2.	192

Tabulka č. 5



Graf č. 5

U páté otázky měli respondenti vybrat fotografii s herečkou, na které se jim zdá být zdravější. Valná většina zvolila druhou možnost, celých 92 %. Pouhých 8 % zvolilo první fotografii, tj. 16 respondentů.

Otázka č. 6: S jakou postavou si myslíš, že by dívka získala lépe roli v televizní reklamě?

Obrázek	Počet respondentů
1.	132
2.	80

Tabulka č. 6



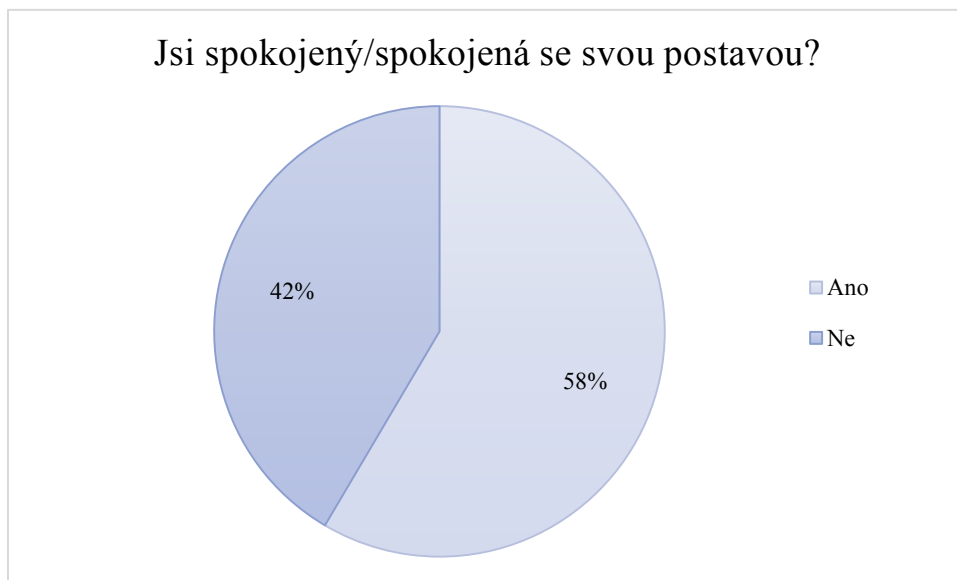
Graf č. 6

62 % dotazovaných vybralo herečku s postavou na prvním obrázku, jako lépe obsaditelnou v televizní reklamě. 38 % si myslí, že herečka s postavou na druhém obrázku by spíše získala roli v televizní reklamě.

Otázka č. 7: Jsi spokojený/spokojená se svou postavou?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Ano	124
Ne	88

Tabulka č. 7



Graf č. 7

Pouhých 58 % dotázaných adolescentů je spokojených se svou postavou. Adolescentů, kteří za odpověď na otázku ohledně jejich spokojenosti se svou postavou zvolili Ne je 42 %.

Otázka č. 8: Porovnááš někdy svou postavu s fotkami lidí v magazínech?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Ano	92
Ne	120

Tabulka č. 8



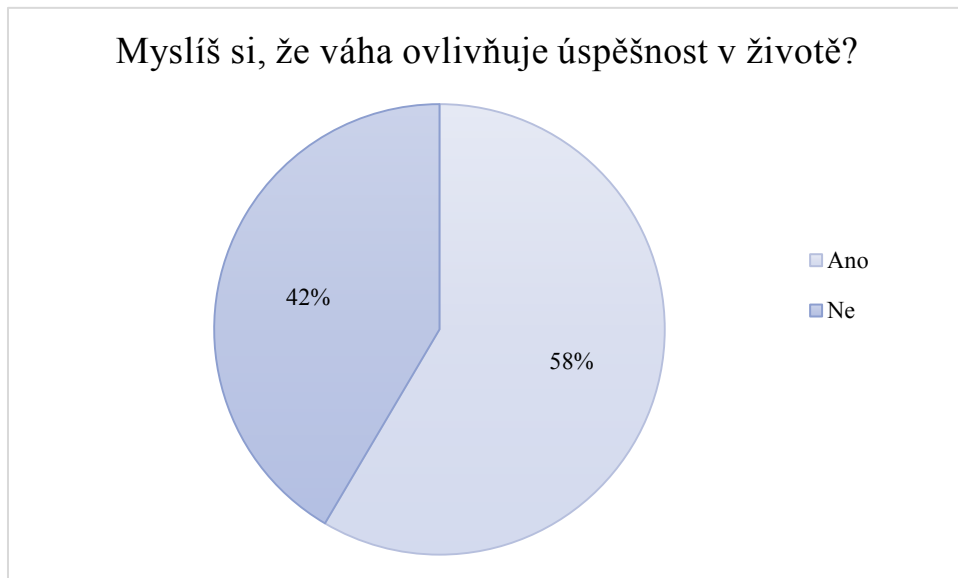
Graf č. 8

Na otázku, zda dotazovaní někdy porovávají svou postavu s fotkami lidí v magazínech odpovědělo 43 % kladně a 57 % záporně.

Otázka č. 9: Myslíš si, že váha ovlivňuje úspěšnost v životě?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Ano	124
Ne	88

Tabulka č. 9



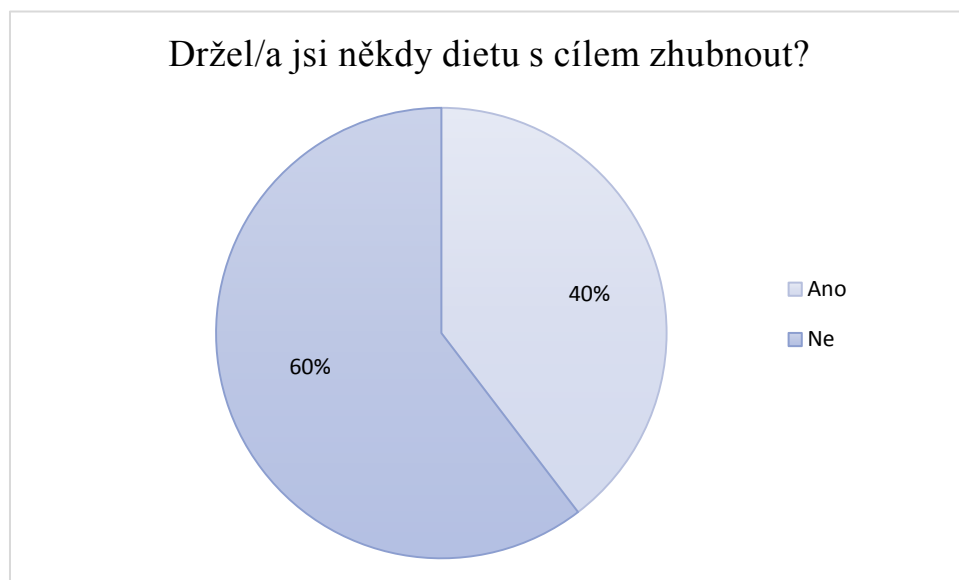
Graf č. 9

Celkem 58 % z respondentů si myslí, že váha ovlivňuje úspěšnost v životě a 42 % zvolilo odpověď opačnou.

Otázka č. 10: Držel/a jsi někdy dietu s cílem zhubnout?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Ano	84
Ne	128

Tabulka č. 10



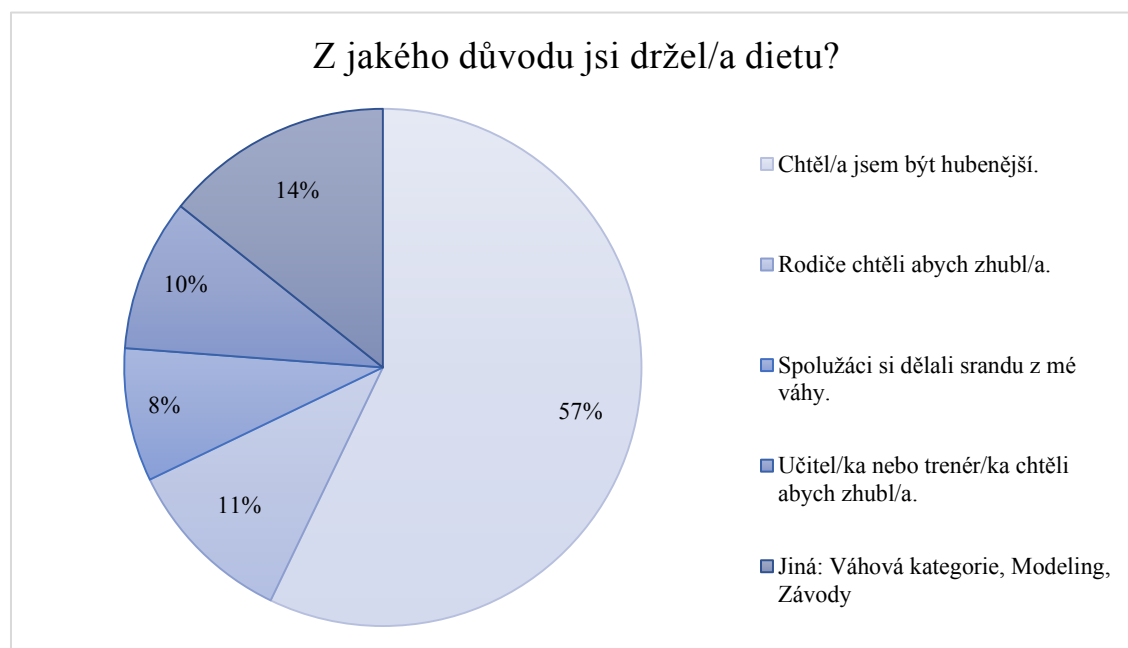
Graf č. 10

Z respondentů celkem drželo 40 % dietu s cílem zhubnout, tj. 84. Více jak polovina, tedy 60 %, dietu s cílem zhubnout nikdy nedržela.

Otázka č. 11: Pokud ano, z jakého důvodu jsi ji držel/a?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Chtěl/a jsem být hubenější.	48
Rodiče chtěli abych zhubl/a.	9
Spolužáci si dělali srandu z mé váhy.	7
Učitel/ka nebo trenér/ka chtěli abych zhubl/a.	8
Jiná: Váhová kategorie, Modeling, Závody	12

Tabulka č. 11



Graf č. 11

Jedenáctá otázka byla nepovinná a navazovala na předchozí, zaměřila se pouze na respondenty, kteří někdy drželi dietu za cílem zhubnout. Více jak polovina dotazovaných adolescentů, konkrétně 57 %, držela dietu ze své vlastní vůle, protože chtěli být hubenější. Po devíti respondentech, tj. 11 %, chtěli jejich rodiče, aby snížili svou váhu. 8 % adolescentů se setkali se spolužáky, kteří se jim posmívali, a tak drželi dietu. Celkem 10 % dotazovaných snižovalo svou váhu na popud učitele/učitelky nebo trenéra/trenérky. Pokud měli jiný důvod, nechala jsem otevřené pole k odpovědi. Celkem ji zvolilo 14 % a nejčastějším důvodem byl modeling a dodržení váhy kvůli závodům.

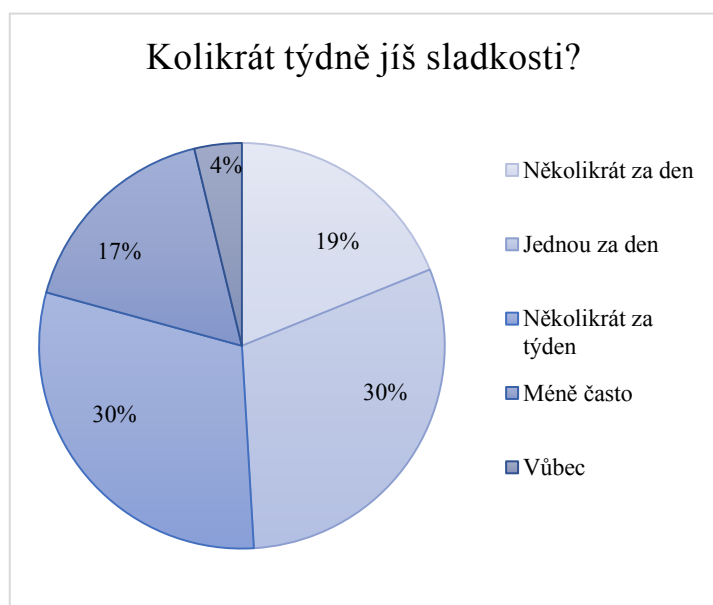
V této části dotazníku jsem se zaměřila na stravovací návyky dotazovaných.

Otázka č. 12: Kolikrát týdně jíš...

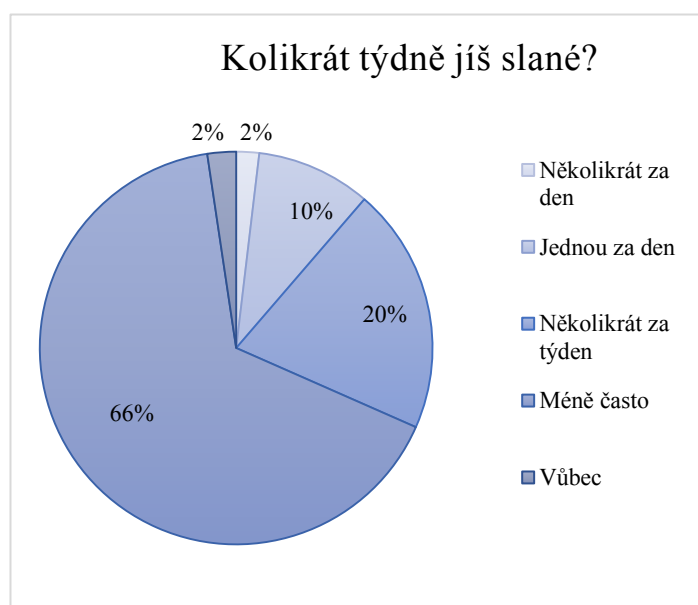
Možnosti odpovědi	Několikrát za den	Jednou za den	Několikrát za týden	Méně často	Vůbec
sladkosti? (bonbóny, zákusky, ...)	40	64	64	36	8
slané? (brambůrky, hranolky, ...)	4	20	43	140	5
čerstvé ovoce?	72	83	45	9	3
čerstvou zeleninu?	43	69	87	12	1
maso a masné výrobky?	12	108	60	20	12
mléko a mléčné výrobky?	36	88	65	15	8

Tabulka č. 12

Tabulka rozepisuje jednotlivé druhy potravin a jejich frekvenci konzumace, následné grafy zobrazují procentuální zastoupení odpovědí u určitých druhů potravin.



Graf č. 12.1

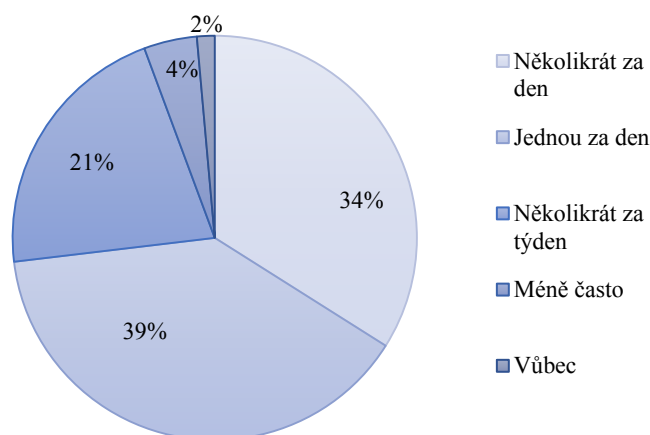


Graf č. 12.2

U otázky s grafem 12.1 odpovědělo 30 % respondentů, že jí sladké jednou za den a dalších 30 % několikrát za týden. Skoro pětina, konkrétně 19 %, jí sladké několikrát za den. 17 % tázaných jí sladké několikrát za měsíc a 4 % ho nejí nikdy.

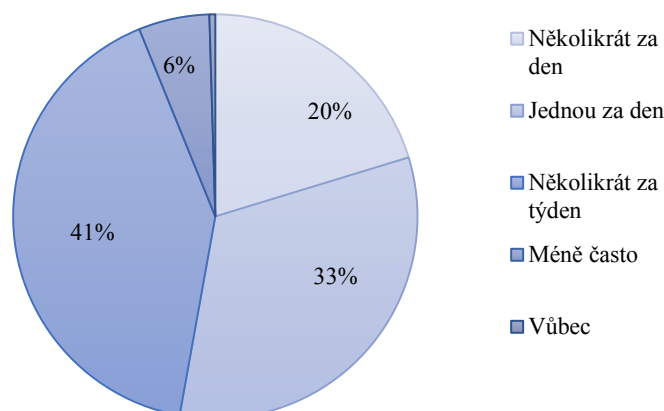
Nejčastější zvolenou odpovědí na otázku ohledně slaných pochutin byla Méně často, konkrétně 66 %. 20 % respondentů jí potraviny podobné smaženým chipsům a hranolkům několikrát za týden a 10 % je jí jednou za den. 2 % z dotazovaných adolescentů jí slané několikrát za den a další 2 % je nejí vůbec.

Kolikrát týdně jíš čerstvé ovoce?



Graf č. 12.3

Kolikrát týdně jíš čerstvou zeleninu?

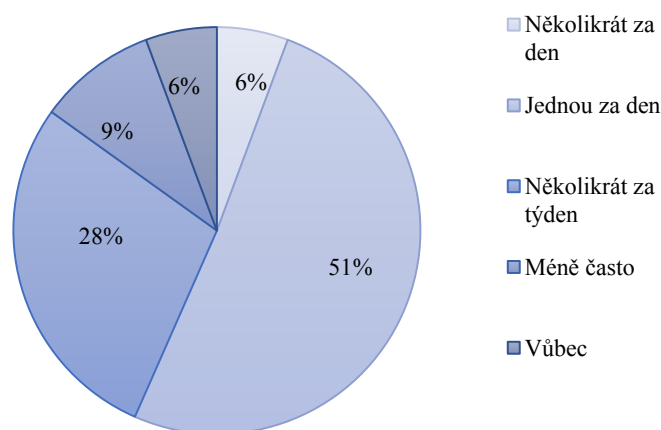


Graf č. 12.4

Z dotázaných adolescentů jí 39 % čerstvé ovoce jednou denně a dokonce 34 % ho jí vícekrát než jednou za den. 21 % respondentů zvolilo možnost odpovědi ohledně konzumace ovoce několikrát za týden a 4 % ho jí méně často. Čerstvé ovoce nejí 2 % dotazovaných.

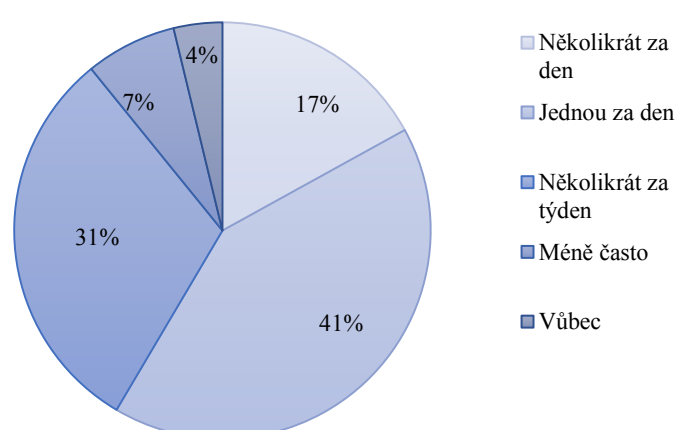
Graf 12.4 popisuje frekvenci týdenní konzumace čerstvé zeleniny u dotázaných adolescentů. 41 % jí zeleninu několikrát za týden, poté 33 % jí jí jednou za den. 20 % jí čerstvou zeleninu několikrát za den a 6 % jí jí jen kolikrát za měsíc. Pouze jeden z respondentů nejí zeleninu vůbec.

Kolikrát týdně jíš maso a masné výrobky?



Graf č. 12.5

Kolikrát týdně piješ mléko a jíš mléčné produkty?



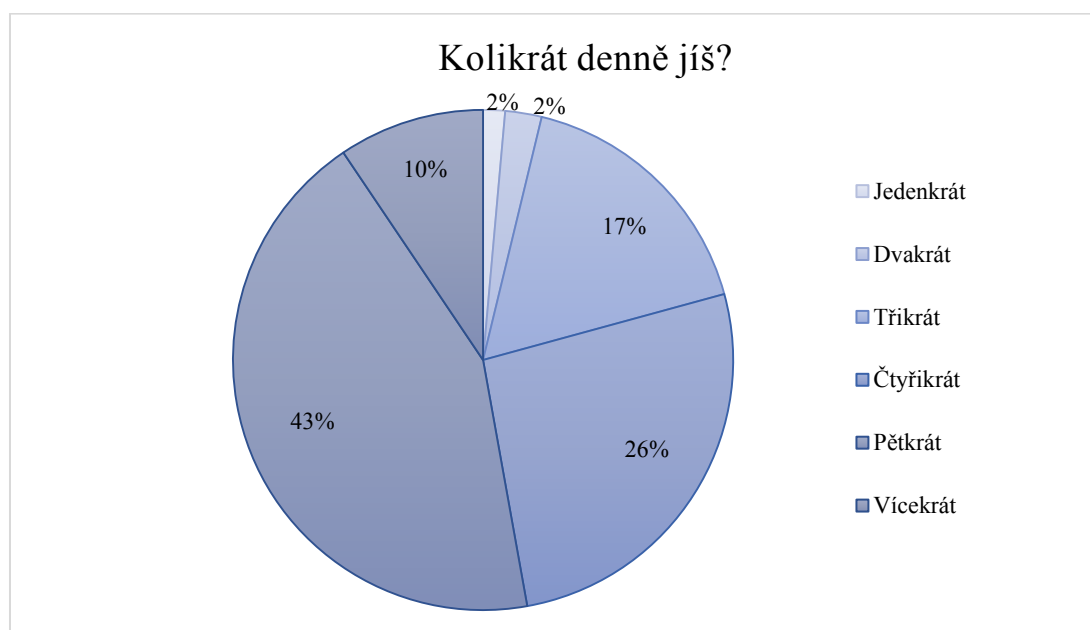
Graf č. 12.6

Více než polovina, tj. 51 %, jí maso a masné výrobky jednou denně a 28 % je jí několikrát za týden. Maso jí 9 % tázaných méně často než několikrát týdně. 6 % respondentů jí maso a masné výrobky několikrát za den a zároveň zbylých 6 % je nejí vůbec. Z grafu 12.6 vidíme, že 41 % dotázaných konzumuje mléko a mléčné produkty jednou za den. Několikrát za den je konzumuje 17 % respondentů, 7 % několikrát za měsíc a 4 % mléko ani mléčné produkty nekonzumuje.

Otázka č. 13: Kolikrát denně jíš?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Jedenkrát	3
Dvakrát	5
Třikrát	36
Čtyřikrát	56
Pětkrát	92
Vícekrát	20

Tabulka č. 13



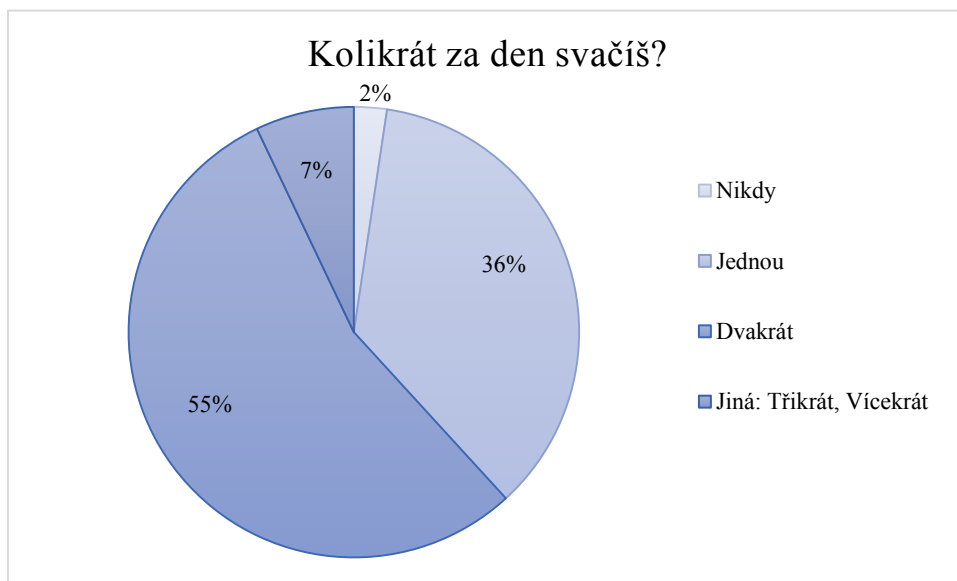
Graf č. 13

V této otázce jsem se ptala adolescentů kolikrát denně jí. Skoro polovina z nich, konkrétně 43 %, jí pětkrát denně. Následně 26 % se stravuje čtyřikrát denně, 17 % třikrát a 2 % dvakrát za den. Tři dotázaní jí jedenkrát za den.

Otázka č. 14: Kolikrát za den svačíš?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Nikdy	5
Jednou	76
Dvakrát	116
Jiná: Třikrát, Vícekrát	15

Tabulka č. 14



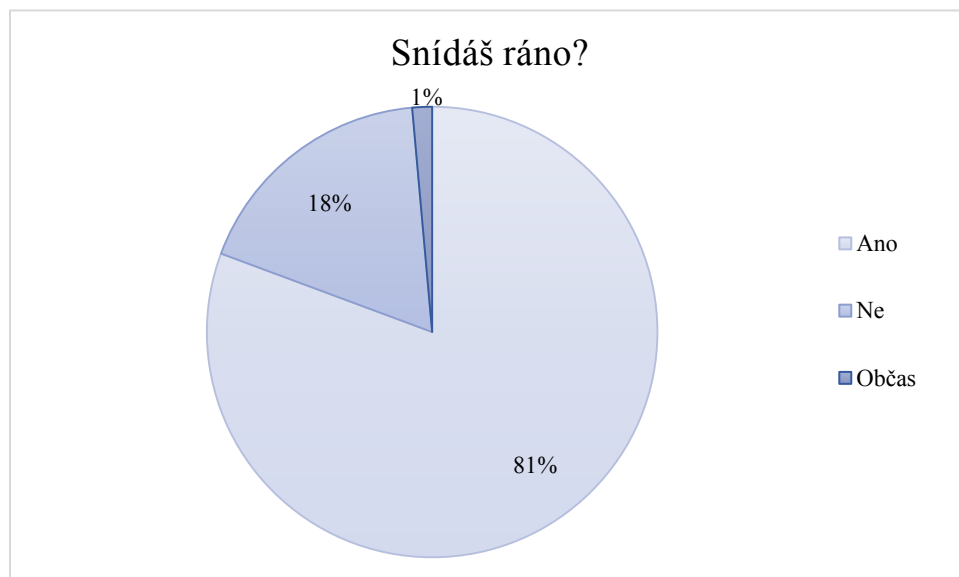
Graf č. 14

Více než polovina dotázaných, konkrétně 55 %, svačí dvakrát denně. 36 % tázaných adolescentů svačí jednou za den a 2 % nesvačí vůbec. Poslední odpověď jsem nechala otevřenou, pokud má respondent jiné návyky. Celkem 15 % tuto možnost využilo a napsalo, že svačí třikrát nebo vícekrát za den.

Otázka č. 15: Snídáš ráno?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Ano	171
Ne	38
Občas	3

Tabulka č. 15



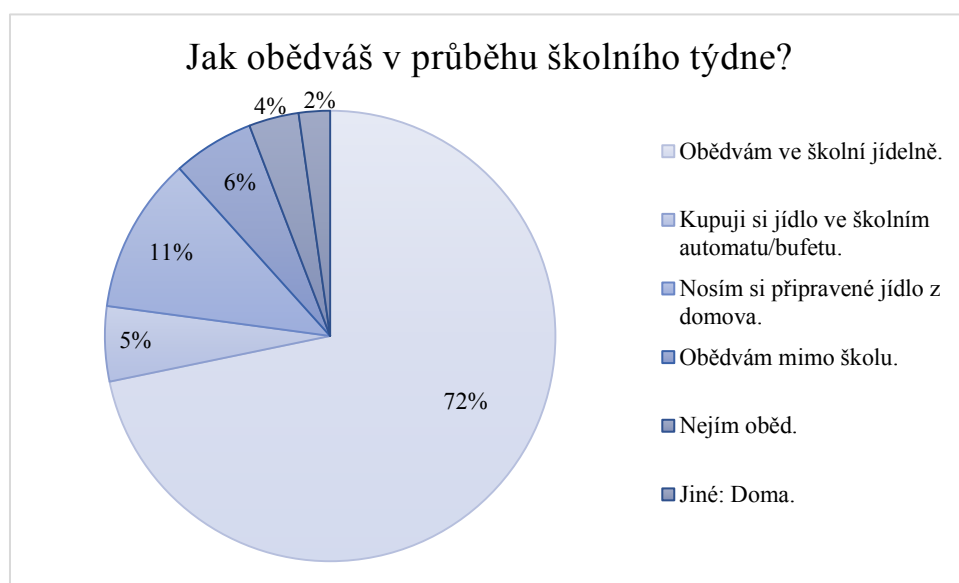
Graf č. 15

U této otázky jsem se ptala, jestli dotazovaní po ránu snídají. Většina z nich odpověděla ano, konkrétně 81 %. 18 % respondentů nesnídá a pouze 1 % snídá občas.

Otázka č. 16: Jak obědváš v průběhu školního týdne?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Obědvám ve školní jídelně.	160
Kupuji si jídlo ve školním automatu/bufetu.	12
Nosím si připravené jídlo z domova.	25
Obědvám mimo školu.	13
Nejím oběd.	8
Jiné: Doma.	5

Tabulka č. 16



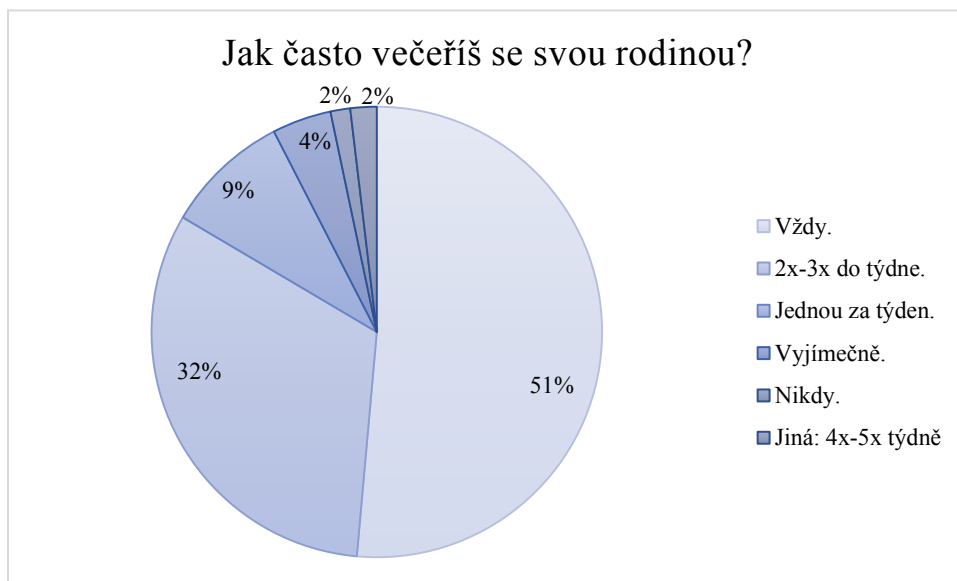
Graf č. 16

V šestnácté otázce mě zajímalo, kde se dotázaní stravují v době oběda. Jejich velká část se stravuje ve školní jídelně, tj. 72 %. Následně 11 % respondentů si nosí svůj oběd připravený z domova. 6 % se stravuje mimo školu a 5 % si kupuje jídlo k obědu ve školním automatu nebo bufetu. Dotázaných, kteří nejedí oběd byla 4 %. U této otázky jsem také nechala otevřenou možnost odpovědi, kde se 2 % shodla, že obědvají doma.

Otázka č. 17: Jak často večeříš se svou rodinou?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Vždy.	109
2x-3x do týdne.	68
Jednou za týden.	19
Výjimečně	9
Nikdy.	3
Jiná: 4x-5x týdně	4

Tabulka č. 17



Graf č. 17

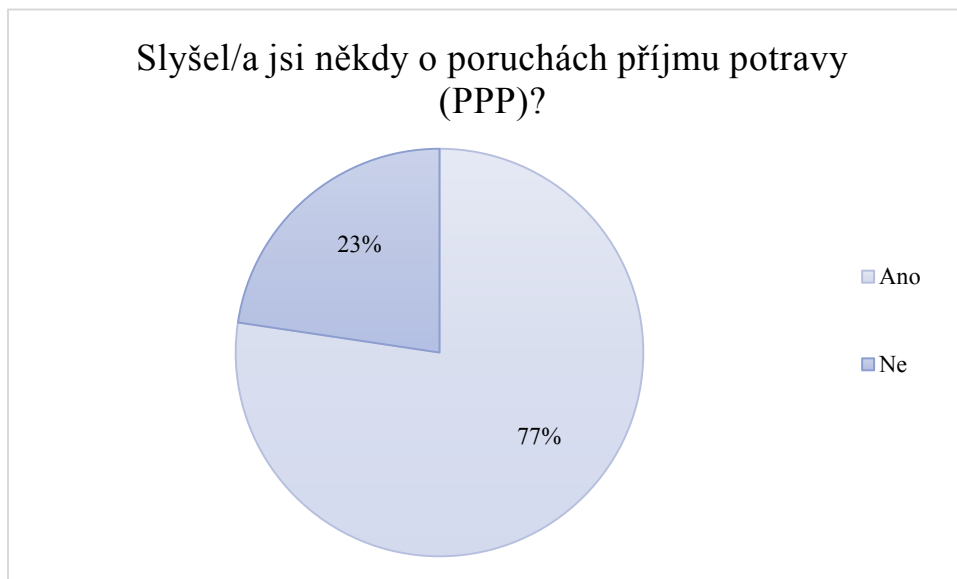
Nejvíce respondentů večeří se svou rodinou každý den, tj. 51 %. 32 % dotazovaných večeří se svou rodinou 2x-3x do týdne a 9 % jednou za týden. Výjimečně jí se svou rodinou večeří 4 %. 2 % dotazovaných adolescentů nikdy se svou rodinou nevečeří a zbylá 2 % doplnila, že se se svou rodinou stravují 4x-5x do týdne.

Následuje další část dotazníku, kde zjišťuji, jaké informace mají adolescenti o poruchách příjmu potravy.

Otázka č. 18: Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy (PPP)?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Ano	164
Ne	48

Tabulka č. 18



Graf č. 18

Více jak tři čtvrtě respondentů již někdy slyšela o poruchách příjmu potravy, konkrétně 77 %. 23 % tázaných adolescentů o nich neslyšelo.

Další otázky jsem především mířila na respondenty, kteří se s termínem PPP již někdy setkali.

Otázka č. 19: Jaké si myslíš, že jsou známky mentální anorexie a mentální bulimie?

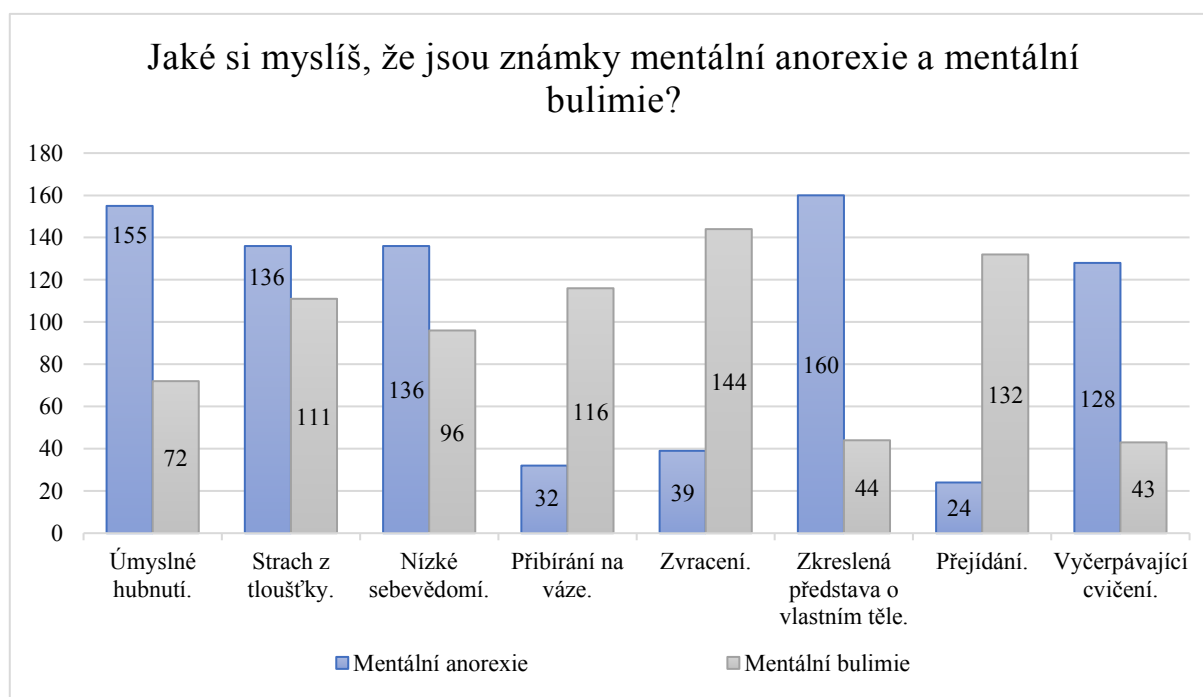
Možnosti odpovědi	MA	Podíl	MB	Podíl
Úmyslné hubnutí.	155	73 %	72	34 %
Strach z tloušťky.	136	64 %	111	52 %
Nízké sebevědomí.	136	64 %	96	45 %
Přibírání na váze.	32	15 %	116	55 %
Zvracení.	39	18 %	144	68 %
Zkreslená představa o vlastním těle.	160	75 %	44	21 %
Přejídání se.	24	11 %	132	62 %
Vyčerpávající cvičení.	128	60 %	43	20 %

Tabulka č. 19

U této otázky jsem dotazovaným dala na výběr z možností k odpovědi na otázku, jaké jsou známky mentální anorexie a mentální bulimie. Pro mentální bulimii platily všechny odpovědi z výběru, ale u mentální anorexie byla jedna nepravdivá, a to odpověď „Přibírání na váze“. Podíl odpovědí jsem počítala z celkové sumy dotazovaných, tj. 212.

73 % respondentů ví, že mezi známky mentální anorexie patří úmyslné hubnutí. O něco méně, tj. 64 %, si myslí, že mezi ně spadá strach z tloušťky a také nízké sebevědomí. Nesprávně označilo jako známku MA přibírání na váze 15 % dotázaných. Pouze 18 % zvolilo mezi známky MA zvracení, ale 75 % adolescentů správně označilo zkreslenou představu o vlastním těle. Přejídání označilo pouze 11 %. Více jak polovina, konkrétně 60 %, správně označilo vyčerpávající cvičení.

Jako známku mentální bulimie označilo 34 % respondentů úmyslné hubnutí, 52 % strach z tloušťky a 45 % nízké sebevědomí. Přibírání na váze vybralo 55 % dotázaných adolescentů a 68 % jich zvolilo zkreslenou představu o vlastním těle. 62 % tázaných označilo jako známku MB přejídání a pouze 20 % vyčerpávající cvičení.

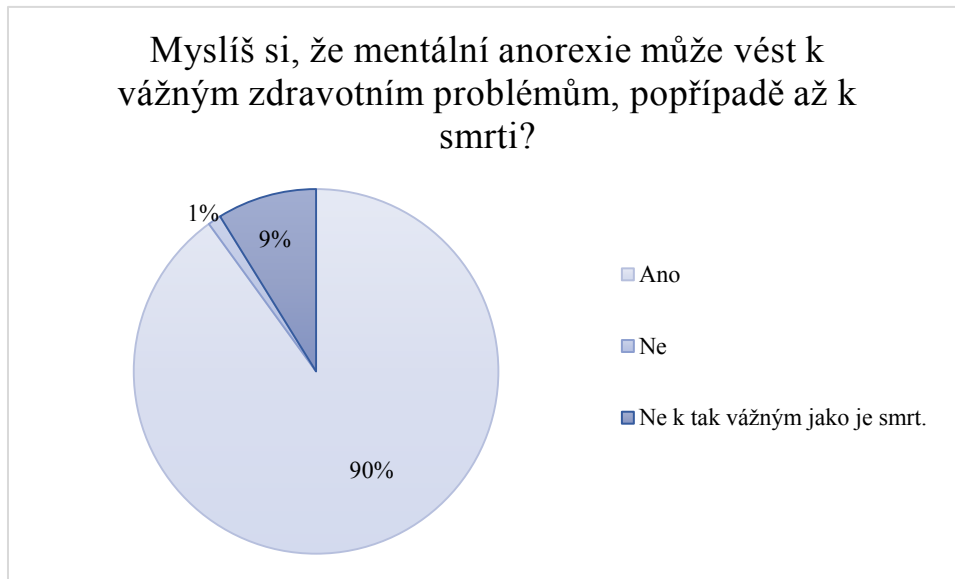


Graf č. 19

Otázka č. 20: Myslíš si, že mentální anorexie může vést k vážným zdravotním problémům, popřípadě až k smrti?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Ano	153
Ne	2
Ne k tak vážným jako je smrt.	15

Tabulka č. 20



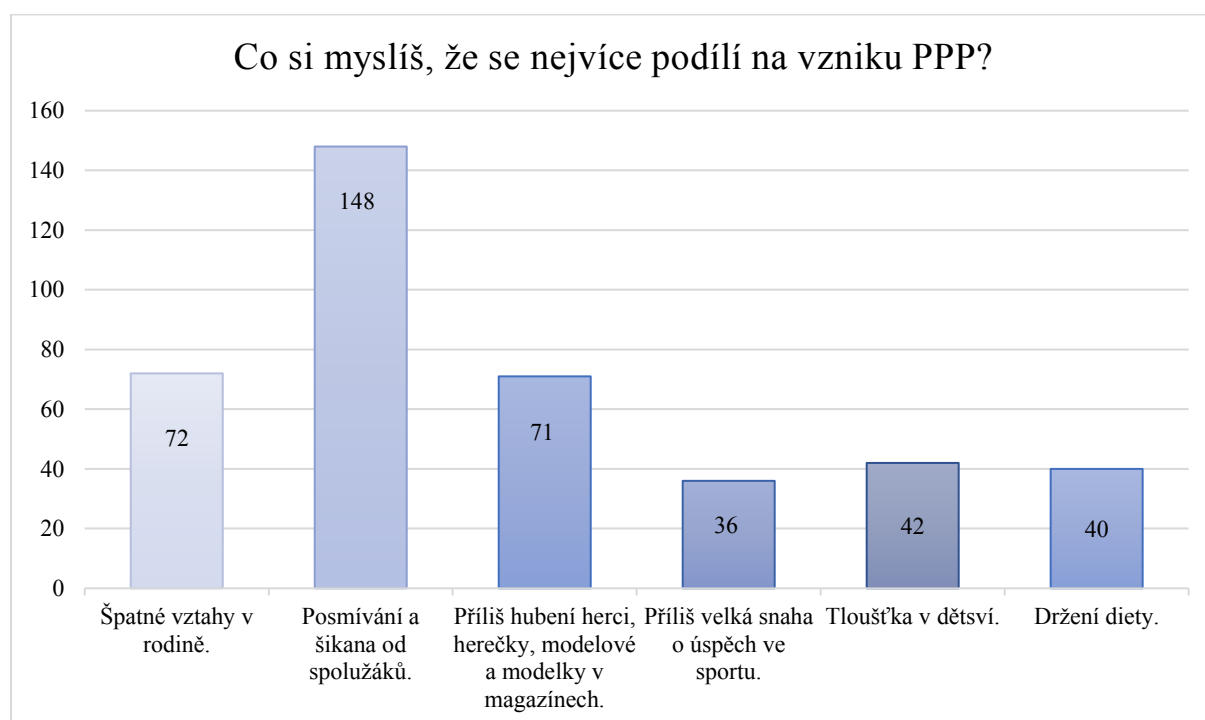
Graf č. 20

Naprostá většina, tedy 90 % respondentů, si myslí, že mentální anorexie může vést k vážným zdravotním problémům, případně až k smrti. 9 % tázaných adolescentů si myslí, že porucha nemůže vést až k smrti a 1 % si nemyslí, že by MA vedla k vážným zdravotním problémům.

Otázka č. 21: Co si myslíš, že se nejvíce podílí na vzniku PPP?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů	Podíl
Špatné vztahy v rodině.	72	34 %
Posmívání a šikana od spolužáků.	148	70 %
Příliš hubení herci, herečky, modelové a modelky v magazínech.	71	33 %
Příliš velká snaha o úspěch ve sportu.	36	17 %
Tloušťka v dětství.	42	20 %
Držení diety.	40	19 %

Tabulka č. 21



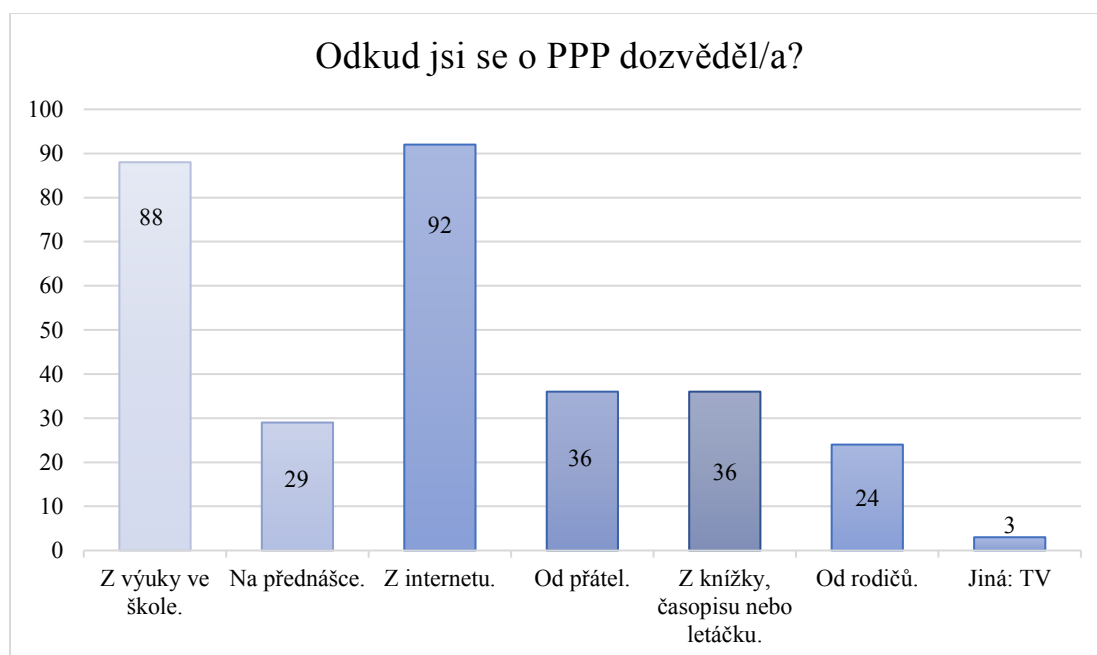
Graf č. 21

U této otázky jsem procentuální výsledek počítala vždy samostatně na každou odpověď z celkového počtu dotázaných. Nejčastěji volenou odpovědí na otázku ohledně rizikových faktorů při vzniku PPP bylo posmívání a šikana spolužáků, vybralo ji celkem 70 % respondentů. Podobně často byly zvoleny špatné vztahy v rodině 34 % dotazovanými a vliv příliš hubených herců, hereček, modelů a modelek v magazínech 33 %. 20 % si myslí, že se na vzniku PPP podílí tloušťka v dětství a 19 % držení diety. Příliš velkou snahu o úspěch ve sportu označilo nejméně respondentů - 17 %.

Otázka č. 22: Odkud jsi se o PPP dozvěděl/a?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů	Podíl
Z výuky ve škole.	88	42 %
Na přednášce zaměřené na PPP.	29	14 %
Z internetu.	92	43 %
Od přátel.	36	17 %
Z knížky, časopisu nebo letáčku.	36	17 %
Od rodičů.	24	11 %
Jiná: TV	3	1 %

Tabulka č. 22



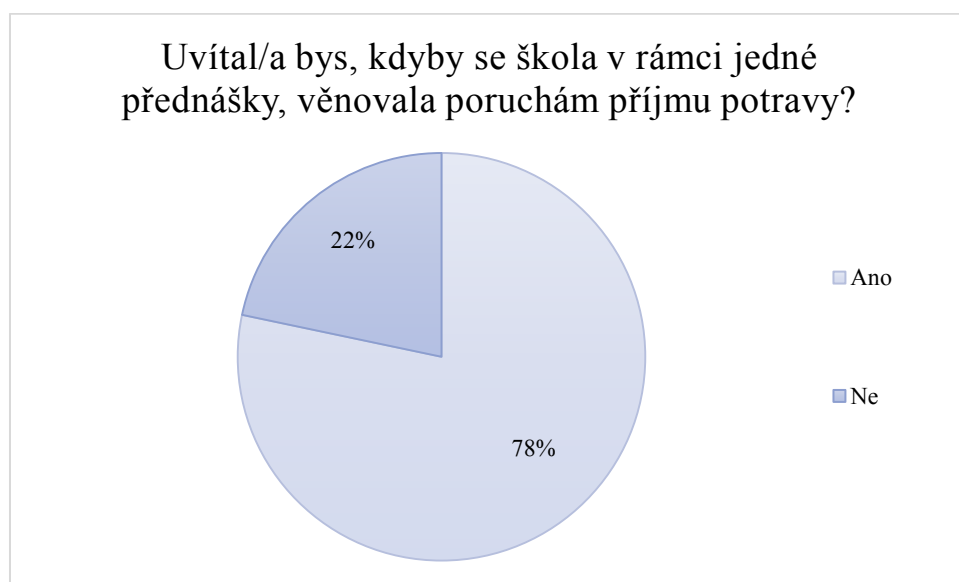
Graf č. 22

Dotazovaní adolescenti se o PPP nejčastěji dozvěděli z internetu, konkrétně 43 %. Velká část se o nich také dozvěděla z výuky ve škole, tj. 42 %. 17 % respondentů uvedlo, že se o PPP dozvěděli od přátel a také z knížky, časopisu nebo letáčku. Na přednášce se o nich poučilo 14 % a 11 % od rodičů. Tři respondenti doplnili, že se o PPP dozvěděli z televize.

Otázka č. 23: Uvítal/a bys, kdyby se škola v rámci jedné přednášky, věnovala poruchám příjmu potravy?

Možnosti odpovědi	Počet respondentů
Ano	166
Ne	46

Tabulka č. 23



Graf č. 23

Závěrečná otázka byla zadaná ze zájmu, zda respondenty daná tematika zajímá. 78 % dotázaných adolescentů by ve škole uvítalo přednášku věnovanou poruchám příjmu potravy a 22 % nikoliv.

Hodnocení hypotéz

Hypotéza 1: Více jak 50 % respondentů, kterým se více líbila dívka na prvním obrázku drželi dietu.

Dívka na první fotografii se z celkových 212 dotazovaných více líbila 58. Z tohoto počtu 30 respondentů zároveň uvedlo, že někdy drželi dietu, tj. 52 %. Hypotéza se tedy potvrdila. Pro srovnání, ze všech dotázaných adolescentů uvedlo 84, tj. 40 %, že někdy drželi dietu.

Hypotéza 2: Minimálně 75 % osob, které nejsou spokojené se svou postavou, porovnávají svou postavu s fotkami lidí v magazínech.

Se svou postavou není spokojeno 88 tázaných adolescentů a s fotkami lidí v magazínu se jich porovnává 92. Z osob, které jsou nespokojené se svou postavou, ale zároveň se porovnávají s modely a modelkami je přesně 60, tudíž 68 %. Zvolená hypotéza se tak nepotvrdila, přestože se blíží ke zvolené hranici.

Hypotéza 3: Více jak 50 % dotazovaných si myslí, že by dívka na prvním obrázku získala lépe roli v televizní reklamě.

Celkem si 62 % tázaných adolescentů myslí, že by dívka s nižší váhou na prvním obrázku lépe získala roli v televizní reklamě. Hypotéza se tedy potvrdila.

Hypotéza 4: Alespoň 75 % tázaných, kteří zvolili dívku na první fotografii za lépe obsaditelnou v televizní reklamě si myslí, že váha ovlivňuje úspěšnost v životě.

Z 212 respondentů si 132 vybralo dívku z prvního obrázku jako vhodnou kandidátku k získání role v televizní reklamě. Dohromady je 109 studentů, tzn. 78 %, kteří vybrali dívku na první fotografii za lépe obsaditelnou a zároveň zvolili, že váha úspěšnost v životě ovlivňuje. Hypotéza se potvrdila. Pro doplnění, dotázaných, kteří si myslí, že váha ovlivňuje úspěšnost v životě je 124.

Hypotéza 5: Více než 75 % dotázaných obědvá ve školní jídelně.

Hypotéza se nepotvrdila, ač je velmi blízko skutečnému výsledku, dotázaných obědvá ve školní jídelně 72 %.

Hypotéza 6: Minimálně 75 % adolescentů večeří se svou rodinou každý den.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Se svou rodinou denně večeří pouze 51 % respondentů.

Diskuze a závěr

Nejrozsáhlejší příjem informací o poruchách příjmu potravy u mnou dané věkové skupiny zajistil, alespoň podle mého názoru, kvantitativní výzkum. Tento způsob sběru dat s sebou nese riziko zkreslených výsledků, proto jsem se snažila tomuto problému vyhnout pomocí několika drobných opatření. V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s jeho účelem, záměrně jsem se však nezmínila o poruchách příjmu potravy. První část sbírala názory respondentů na ideální tělesný vzhled, následující druhá část se zabývala jejich stravovacími návyky. Až ve třetím oddíle jsem ověřovala znalosti adolescentů o poruchách příjmu potravy. Tyto tři sekce byly zvlášť oddělené. Jakmile přešli respondenti k další části dotazníku, nebylo jim již povoleno vrátit se k předešlé. Tím jsem se snažila zabránit zpětnému přepisování odpovědí. Myslím, že právě toto „opravování“ je častým rizikem u dané metody výzkumu. Dotazníky byly ovšem vyplňovány anonymně, tudíž pravdivost odpovědí nebylo možné překontrolovat.

Celková vybraná problematika tělesného vzhledu a s ním souvisejících poruch příjmu potravy se týká především ženského pohlaví. To se potvrdilo i na výsledném podíle validních dotazníků, které vyplnilo 81 % dívek a pouze 19 % chlapců.

Jedním z mých cílů bylo zjistit, zda jsou respondenti pod vlivem masmédií a případně se dopátrat, jak na ně působí. V první hypotéze jsem zjišťovala, kolik adolescentů zvolilo vyhublejší dívku jako přitažlivější a zároveň někdy drželi dietu s cílem zhubnout. Domnívala jsem se, že jich bude více než polovina. Ač se moje hypotéza potvrdila, očekávala jsem vyšší procentuální zastoupení. Dá se totiž předpokládat, že osoby preferující vzhled vyzáblejší dívky na první fotografii jsou ovlivněny současnými médii a jejich propagací velmi těžko dosažitelného ideálu krásy. Proto jsem odhadovala, že onoho vysněného ideálu se budou snažit dosáhnout pomocí diet. Zajímavé ovšem je, že 26 % se více líbí hubenější dívka, ale pouze 8 % její postavu považuje za zdravější.

Počet adolescentů, kteří nejsou spokojeni se svou postavou byl poměrně vysoký, konkrétně jich bylo 88 z 212 dotázaných. Odpověď na otázku, z jakého důvodu jsou nespokojeni, jsem se částečně snažila doplnit přidáním dotazu týkajícího se srovnávání svého těla s inzerovanými modely v magazínech. I přes nepotvrzení hypotézy se mi zdá výsledek 68 % dotazovaných nespokojených se svým tělem a zároveň porovnávající svoji postavu s modely a modelkami jako poměrně vysoké procento.

Dalším důkazem, že dnešní populace je strhávána reklamou a dává tím velkou váhu na tělesný vzhled, je dosažené procento u hypotézy, která rozebírá důležitost váhy pro úspěch v životě. 58 % adolescentů se přiklání k tomu, že váha úspěšnost v životě ovlivňuje. Z těchto respondentů si jich 109 zároveň myslí, že dívka s hubenější postavou by roli v televizní reklamě získala lépe.

Druhým cílem bylo pokusit se odhalit, jaké stravovací návyky adolescenti mají a jaká jsou jejich případná rizika. V tomto období by jedinci měli být především svými rodiči vychovávaní ke zdravému stravování a postupně podle nich pravidla přejímat. To souvisí i s důležitou rolí primárních vychovatelů, kteří by měli důrazně klást na srdce, že každý jsme jedinečný a ideál je velmi relativní pojem. Otázka hovořící o adolescentech, po kterých rodiče chtěli, aby svou váhu snížili, vypovídá o možné kritice ze strany rodičů. Tato kritika může vést k nespokojenosti s vlastním tělem a následně rozvoji poruch příjmu potravy.

Na začátku dne vynechává snídani téměř 20 % studentů. Myslím si, že to často může být způsobeno změnou denního programu, nástupem či přestupem do školy a tím i narušením pravidelného režimu stravování. Škola je klíčové místo. Zde by se měli žáci seznamovat s důležitostí řádného a zdravého stravování. Z dotázaných osob obědvá ve školní jídelně 72 %, kterou v tomto období považují za nejvhodnější místo ke stravování. Ve většině škol je dnes již možnost navolit si jídlo z více nabídek, kdy je vhodné vybírat co nejzdravější pokrm. I po vydání pamlskové vyhlášky je stále otázkou, zda do školy opravdu patří potravinové automaty nebo bufety, které kolikrát nabízejí méně zdravou alternativu k jídlu ze školní jídelny. Tímto způsobem se stravuje 5 % z dotázaných adolescentů a dokonce 4 % neobědvají vůbec, ač jsou pokrmy ze školní jídelny lehce přístupné a k tomu finančně nenákladné. Jídlo není pouze prostředek k obživě, ale též pomáhá k socializaci osob a tím k jejich rozvoji. Z tohoto důvodu si myslím, že je vhodné udržování zvyku se stravovat alespoň jednou za den společně se svou rodinou. Z respondentů večeří se svou rodinou každý den pouze 51 % a 32 % se společně stravuje 2x-3x do týdne.

Další blok zjišťoval informovanost žáků a studentů o poruchách příjmu potravy. Jelikož v této době vzrůstá působení institucí zajišťující primární prevenci, velice mě zaskočilo, že 23 % dotázaných neví co to jsou PPP. Studenty, kteří o dané problematice neměli znalosti, jsem požádala o přeskočení následujících otázek. Ze zbylých dotázaných většina odpověděla správně na otázku týkající se závažnosti mentální anorexie, 90 % si myslí, že MA může vést až k smrti.

Následující otázka se mi zdá jako vhodný základ pro další výzkum zabývající se povědomím studentů o PPP, který by byl vytvořen kvalitativní metodou s pomocí rozhovorů. Zajímalo by mne, zda vybrané odpovědi zvolili na základě svých pocitů a zkušeností nebo čistě jen znalostí. Nejvíce studentů zvolilo jako rizikový faktor vzniku PPP posmívání a šikanu od spolužáků. Dále podobný počet respondentů zvolil špatné vztahy v rodině a mediálně podporované hubené herečky, herečky, modelky a modely. Nejčastěji respondenti zvolili internet jako zdroj, ze kterého se o PPP dozvěděli a obdobně vybrali výuku ve škole. Pouze 14 % zařadilo mezi odpovědi specializovanou přednášku. Nízké procento zde ovšem může být z důvodu mladých respondentů zúčastněných ve výzkumu, jelikož téma PPP je často probíráno nejdříve ve 12 letech, většinou spíše později. Závěrečná otázka byla pouze doplňkem k zjištění, zda vybraná problematika adolescenty zajímá. Více než tři čtvrtě z nich by přednášku specializovanou na toto téma uvítalo.

Za hlavní cíl této bakalářské jsem si kladla vytvoření edukačního materiálu, který by se věnoval zvoleným poruchám příjmu potravy a zaměřoval se na věkovou skupinu adolescentů. Do teoretické části práce jsem vybrala nejdůležitější charakteristiky a informace o PPP a praktickou částí jsem se snažila zjistit, jaké je povědomí a zájem o toto téma u dotázaných studentů. Díky získaným znalostem z obou částí jsem připravila leták, který na PPP upozorňuje.

Celý koncept letáku jsem upravila tak, aby vypadal podobně jako módní magazíny. Na přední stránku letáku jsem vybrala obrázek dívky obrácené zády s odhalenými žebry a páteří. Snažila jsem se zvolit kontroverzní obrázek, který vypovídá o dané problematice a zároveň by mohl zaujmout adolescenty na první pohled. Vnitřní strany obsahují pár základních informací o průběhu MA a MB, několik číselných údajů, které by mohly na adolescenty působit šokujícím efektem a krátký text věnovaný zdravému životnímu stylu a sebehodnocení. Dále jsem přidala informační bublinu s kontakty, kam se může někdo z dotyčných obrátit, pokud by měl problém s PPP. Celý text jsem doplnila dvěma ilustracemi jablek. Znázorňují častý problém osob s MA, které trpí zkresleným vnímáním svého těla, svou skutečnou váhu popírají a nedokážou ji rozpoznat. Zadní stranu jsem se opět snažila uchopit tak, aby na první okamžik upoutala a upozornila případné jedince, kteří mají vtíravé negativní myšlenky o svém sebepojetí.

Na závěr si tedy myslím, že cíl práce byl z velké části splněn. Ze šesti stanovených hypotéz se polovina potvrdila a výsledky dalších dvou byly blízko předpokládaným procentům. Výsledky dotazníků a vytvoření preventivního materiálu otevřelo další podněty k výzkumu v této oblasti a já bych v budoucnu ráda přispěla s prevencí proti poruchám příjmu potravy.

Použitá literatura

1. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
2. NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.
3. KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
4. KRCH, František David a kol., *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
5. PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-7369-8.
6. PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
7. STÁRKOVÁ, Libuše. Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [on-line]. 2009, roč. 3, [cit. 2018-09-04]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/02.pdf>
8. HILBERT, Anja, K., Pike, A., Goldschmidt, et al. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*. 2014;220(1-2):500-6.
9. RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Test centrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
10. LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.
11. NEŠPOR, Karel, Ladislav, CSÉRNÝ, Hana, PERNICOVÁ. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999.
12. KRCH, František David, Eva MARÁDOVÁ. *Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003
13. KOCOURKOVÁ, Jana, Jiří KOUTEK. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky. *Pediatric pro praxi* [on-line]. 2002, roč. 3, [cit. 2018-07-08]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/03/02.pdf>

14. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [on-line]. 2004, roč. 1, [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>
15. MEISNEROVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2013, roč. 15, [cit. 2018-07-11]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>
16. NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [on-line]. 2002, roč. 3, [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/03/08.pdf>
17. KULHÁNEK, Jan. Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání. Šance dětem [on-line]. 2012 [cit. 2018-09-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/XMiyf>
18. MARTYKÁNOVÁ, Lucie a PISKÁČKOVÁ, Zlata. Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy. *Výživa a potraviny* [on-line]. 2010 [cit. 2018-07-03]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>
19. Drunkorexie/alkorexie. In: *Adicare* [on-line]. [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <https://www.adicare.cz/typy-zavislosti/drunkorexie-alkorexie/>
20. Poruchy příjmu potravy. In: *Portál prevence rizikového chování* [on-line]. [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/index.php/poruchy-prijmu-potravy>
21. Všeobecná primární prevence. In: *Prevcentrum* [on-line]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/nase-sluzby/programy-prevence-pro-skoly/vseobecna-primarni-prevence/>
22. Rámcová témata programu Primární prevence Proxima Sociale. In: *Proxima sociale* [on-line]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <http://www.proximasociale.cz/res/archive/005/000743.pdf?seek=1473676808>
23. O projektu. In: *Za Normální Holky* [on-line]. [cit. 2018-09-08]. Dostupné z: <http://zanormalniholky.cz>
24. Vzdělávání. In: *Ministerství školství, mládeže a tělovýchovy* [on-line]. [cit. 2018-09-08]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz>
25. Naše služby. In: *Anabell* [on-line]. [cit. 2018-09-08]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz>

Seznam zkratk

PPP – Poruchy příjmu potravy

MA – Mentální anorexie

MB – Mentální bulimie

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí (World Health Organization)

DSM – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (American Psychiatric Association)

KBT – Kognitivně-behaviorální terapie

ITB – Interpersonální terapie

Přílohy

Příloha č.1

Dotazník

Ahoj, ráda bych Tě požádala o rychlé vyplnění dotazníku týkajícího se tělesného vzhledu a zároveň o pomoc k mé závěrečné vysokoškolské práci. Dotazník je anonymní a zabere to jen pár minut. Děkuji Ti moc.

1. Věk:

2. Pohlaví:

3. Škola:

Následující tři otázky vycházejí z obrázku pod textem.



4. Jaká postava dívky se ti více líbí?

a) 1.

b) 2.

5. Jaká postava dívky se ti zdá být zdravější?

a) 1.

b) 2.

6. S jakou postavou si myslíš, že by dívka získala lépe roli v televizní reklamě?

a) 1.

b) 2.

7. Jsi spokojený/spokojená se svou postavou?

- a) Ano b) Ne

8. Porovnávaš někdy svou postavu s fotkami lidí v magazínech?

- a) Ano b) Ne

9. Myslíš si, že váha ovlivňuje úspěšnost v životě?

- a) Ano b) Ne

10. Držel/a jsi někdy dietu s cílem zhubnout?

- a) Ano b) Ne (přejdi k otázce 12.)

11. Pokud ano, z jakého důvodu jsi ji držel/a?

- a) Chtěl/a jsem být hubenější.
b) Rodiče chtěli abych zhubl/a.
c) Spolužáci si dělali srandu z mé váhy.
d) Učitel/ka nebo trenér/ka chtěli abych zhubl/a.
e) Jiná:

12. Kolikrát týdně jíš:

	Několikrát za den	Jednou za den	Několikrát za týden	Méně často	Vůbec
sladkosti? (bonbóny, zákusky,...)					
slané? (brambůrky, hranolky,...)					
čerstvé ovoce?					
čerstvou zeleninu?					
maso a masné výrobky?					
mléko a mléčné výrobky?					

13. Kolikrát denně jíš?

- a) Jedenkrát
b) Dvakrát
c) Třikrát
d) Čtyřikrát
e) Pětkrát
f) Vícekrát

14. Kolikrát za den svačíš?

- a) Nikdy
b) Jednou
c) Dvakrát
d) Jiná:

15. Snídáš ráno?

- a) Ano
b) Ne
c) Občas

16. Jak obědváš v průběhu školního týdne?

- a) Obědvám ve školní jídelně.
- b) Kupuji si jídlo ve školním automatu/bufetu.
- c) Nosím si připravené jídlo z domova.
- d) Obědvám mimo školu.
- e) Nejím oběd.

17. Jak často večeříš se svou rodinou?

- a) Vždy.
- b) 2x-3x do týdne.
- c) Jednou za týden.
- d) Vyjíměčně.
- e) Nikdy.
- f) Jiná:

18. Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy (PPP)?

- a) Ano
- b) Ne

19. Jaké si myslíš, že jsou známky metnální anorexie a mentální bulimie?

	MA	MB
Úmyslné hubnutí.		
Strach z tloušťky.		
Nízké sebevědomí.		
Přibírání na váze.		
Zvracení.		
Zkreslená představa o vlastním těle.		
Přejídání.		
Vyčerpávající cvičení.		

20. Myslíš si, že mentální anorexie může vést k vážným zdravotním problémům, popřípadě až k smrti?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ne k tak vážným jako je smrt.

21. Co si myslíš, že se nejvíce podílí na vzniku PPP?

- a) Špatné vztahy v rodině.
- b) Posmívání a šikana od spolužáků.
- c) Příliš hubení herci, herečky, modelové a modelky v magazínech.
- d) Příliš velká snaha o úspěch ve sportu.
- e) Tloušťka v dětství.
- f) Držení diety.

22. Odkud jsi se o PPP dozvěděl/a?

- a) Z výuky ve škole.
- b) Na přednášce.
- c) Z internetu.
- d) Od přátel.
- e) Z knížky, časopisu nebo letáčku.
- f) Od rodičů.

23. Uvítal/a bys, kdyby se škola v rámci jedné přednášky, věnovala poruchám příjmu potravy?

- a) Ano
- b) Ne



Poruchy Příjmu Potrav



Leták – vnitřní strany

**PORUCHY
PŘÍJMU
POTRAVY**


- PPP zahrnují onemocnění, u kterých je charakteristické přehnané zabývání svou váhou a její snižování, zkresené vnímání vlastního těla a omezování příjmu potravy. Nejčastější poruchy:
- 1 MENTÁLNÍ ANOREXIE**
 - chorobný strach z tloušťky, hubnutí a udržování snížené váhy
 - odmítání jídla, drastické diety
 - přehnané cvičení a zvracení
 - 2 MENTÁLNÍ BULIMIE**
 - často navazuje na anorexii
 - záchvaty přejídání a kontrola váhy
 - opakované zvracení nebo používání projímadla

☀️ PPP jsou z psychických onemocnění **NEJSMRTELNĚJŠÍ**

! Nejrizikovější věk pro vznik PPP
14-24 LET

! **POUZE 50%**
se vyléčí

NAJDI SI POMOC

 Pokud u sebe registruješ alespoň jeden z negativních příznaků, vyhledej co nejdříve pomoc. Případně stránky s více informacemi:

- <http://www.anabell.cz>
- <https://www.idealni.cz>
- <http://www.healthyandfree.cz>

ZAKAZOVAT si jíst

Myslet si, že hubený = **POPULÁRNÍ** ❌

Cvičit do **VYČERPÁNÍ**

BÝT NESPOKOJENÝ se svým tělem

POTAVÍ jíst

3 nejrozšířenější chronická onemocnění u adolescentů:

- 🔴 ASTMA
- 🔴 OBEZITA
- 🔴 ANOREXIE

Z osob trpících PPP je **90% ŽEN**



Pokud nemáš rád svůj **TĚLESNÝ VZHLED**, můžeš se stát posedlým ve snaze změnit svoji postavu. To tě může nutit k **NEZDRAVÉMU STRAVOVÁNÍ** a **PŘEHNANÉMU CVIČENÍ**, což není dobře. Musíš si pamatovat, že není žádný daný vzhled nebo tvar postavy, který by byl **IDEÁLNÍ**, tedy správný. Aby ses cítil dobře, je důležité **MÍT RÁD SVÉ TĚLO** a netrestat ho za nedokonalosti, které mají úplně **VŠICHNI**. Nezapomínej, že i když máš všude kolem sebe **KRÁSNÉ FOTKY** lidí, jsou většinou velice **UPRAVENÉ A NEREÁLNÉ!**

☑️ Jíst pravidelně

☑️ Cvičit **PRO RADOŠT**

☑️ **ČITIT SE DOBŘE** ve svém těle

☑️ Být oporou pro ostatní



Evidence výpůjček

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této bakalářské práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou a publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 28. 7. 2018

Podpis autora:

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav/pracoviště	Datum	Podpis

Protokol o úplnosti náležitostí bakalářské práce

Rebeka Cmíralová

Povědomí adolescentů o poruchách příjmu potravy

MUDr. Eva Meisnerová

Prohlašuji, že jsem odevzdal (a) vysokoškolskou kvalifikační práci v souladu s:

Opatřením rektora č. 6/2010 (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3470.html>)

Opatřením rektora č. 8/2011 (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3735.html>)

Opatřením děkana č. 10/2010 (dostupné z http://www.lf1.cuni.cz/file/21321/opad10_10.pdf)

Zároveň prohlašuji, že jsem do Studijního informačního systému vložil (a) plný **text vysokoškolské kvalifikační práce** včetně všech povinných souborů podle typu práce:

- abstrakt ČJ
- abstrakt AJ

Při vkládání textu práce a všech souborů jsem postupoval (a) podle návodu dostupného z http://www.lf1.cuni.cz/file/25838/navod_vkladani_prace.pdf.

Nahrané soubory jsem následně zkontroloval (a).

Odpovídám za správnost a úplnost elektronické verze práce a všech dalších vložených elektronických souborů.

1 exemplář práce svázaný v pevné plátěné vazbě + CD ROM s e-verze práce v příloze obsahuje všechny povinné náležitosti:

Příloha č. 1 – Titulní strana, Prohlášení diplomanta, Identifikační záznam, abstrakt v ČJ a AJ - http://www.lf1.cuni.cz/file/21323/opad10_10_pril1.pdf

Příloha č. 6 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí - http://www.lf1.cuni.cz/file/21329/opad10_10_pril6.pdf

Datum:

Podpis studenta

Kontrolu úplnosti náležitostí provedla osoba pověřená garantem:

BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Závěrečná práce musí být studentem odevzdána v elektronické podobě prostřednictvím SIS a v jednom tištěném exempláři. Student odpovídá za správnost a úplnost odevzdané elektronické podoby práce a jejích příloh a za soulad této formy s její listinnou podobou.

Elektronická podoba práce musí obsahovat všechny náležitosti listinné verze včetně titulní strany, obsahu, prohlášení atd. Student rovněž odpovídá za shodu názvu odevzdané práce s názvem uvedeným v SIS.

Elektronickou verzi práce vkládá student prostřednictvím webového rozhraní SIS v prohlédavatelém formátu PDF dle MANUÁLU KE VKLÁDÁNÍ ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ DO SIS.

Termín pro odevzdání závěrečné práce se standardně kryje s termínem podání přihlášky k příslušné části státní zkoušky, tj. nejpozději 30 dnů před konáním obhajoby. Závěrečná práce je považována za odevzdanou v okamžiku, kdy student odevzdal obě podoby práce, elektronickou i tištěnou. Po elektronickém odevzdání práce uložené v SIS systém automaticky vygeneruje požadavek k trvalému uložení práce a její finální kontrole v systému THESES.CZ.

Před obhajobou práce provede garantem pověřený pracovník kontrolu úplnosti náležitostí dle výčtu na str. 1.

Po obhajobě práce provede pověřený pracovník studijního oddělení v SIS kontrolu úplnosti záznamu o práci včetně příložených souborů z hlediska náležitostí pro zveřejnění elektronické podoby práce. Po provedení kontroly potvrdí záznam o práci pro zveřejnění provedením tzv. finalizace, a to nejpozději do 20 dní od obhajoby. Po finalizaci záznamu o práci a uplynutí lhůty dle čl. 11 odst. 1 OR 6/2010 (není-li stanoveno jinak) bude elektronická podoba práce automaticky odeslána do univerzitního repozitáře ke zveřejnění, kde jsou práce k nahlédnutí v plném textu, včetně posudků a záznam o práci bude katalogizován v knihovním systému.

Tištěnou podobu práce vč. elektronické verze na pevném nosiči garant nebo jím pověřený pracovník Ústavu vědeckých informací 1. LF UK, která provede její uložení v archivu 1. LF UK.