

# **Stravovací návyky a vnímání vlastního těla jako rizikové faktory pro vznik poruchy příjmu potravy**

René Kociánová

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **René KOCIÁNOVÁ**  
Osobní číslo: **H080204**  
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Stravovací návyky a vnímání vlastního těla jako rizikové faktory pro vznik poruchy příjmu potravy**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část se zaměřuje na charakteristiky známých i méně známých poruch příjmu potravy, a to mentální anorexie, mentální bulimie, orthorexie, bigorexie a drunkorexie. Dále na jejich specifika, diagnostiku a metody terapie.

V praktické části zpracovávám z jakého rodinného prostředí ve vztahu k nadváze a dietám vycházejí respondenti s problematickým vztahem ke svému tělu či s problematickými stravovacími návyky, kolik lidí z celkového počtu respondentů aktivně ovlivňuje svoji tělesnou hmotnost a u kolika respondentů z výzkumného vzorku se vyskytují stravovací či jiné rizikové postoje pro vznik poruchy příjmu potravy. Dále zjišťuji jaká je informovanost široké veřejnosti o jiných druzích poruch příjmu potravy než je mentální anorexie a bulimie.

Výstup: S výsledky šetření seznámit pracoviště, kde byla tato šetření provedena, a poskytnout jim vypracovanou brožuru zaměřenou na výživu a rizikové faktory vedoucí ke vzniku poruchy příjmu potravy.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**Krch, František. Chci ještě trochu zhubnout. MOTTO, 1998. 96s. ISBN 80-85872-86-2**

**Krch, František David. Bulimie, jak bojovat s přejídáním. Grada, 2008. 194 s. ISBN 978-80-247-2130-9**

**Claude-Pierre, Peggy. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy. PRAGMA, 2001. 257 s. ISBN 80-7205-818-5**

**Kutnohorská, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Grada, 2009 . 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4**

**Málková, Iva. Krch, František David. SOS nadváha. Portál, 2001. 123 s. ISBN 80-7178-521-0**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Šrahůlková, Ph.D.**  
Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

L.S.

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 2.6.2011

.....  
Ladimír Štěl

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce pojednává o stravovacích návycích a vnímání vlastního těla jako možných rizikových faktorech pro vznik poruch příjmu. Teoretická část se zaměřuje na vysvětlení charakteristiky známých i méně známých poruch příjmu potravy, a to mentální anorexie, mentální bulimie, orthorexie, bigorexie, drunkorexie a diabulie. Dále na jejich specifika, diagnostiku a metody terapie. Praktická část se věnuje zhodnocení, z jakého rodinného prostředí ve vztahu k nadváze a dietám vycházejí respondenti výzkumného šetření s problematickým vztahem ke svému tělu či s problematickými stravovacími návyky, kolik lidí z celkového počtu respondentů aktivně ovlivňuje svoji tělesnou hmotnost a u kolika respondentů z výzkumného vzorku se vyskytují rizikové postoje stravovací či jiné, které mohou ovlivnit vznik poruchy příjmu potravy. Dále průzkum shrnuje, jaká je informovanost široké veřejnosti o jiných druzích poruch příjmu potravy než je mentální anorexie a bulimie.

Klíčová slova: mentální anorexie, mentální bulimie, rizikové faktory, orthorexie, bigorexie, drunkorexie, diabulie

## **ABSTRACT**

The thesis deals with eating habits and body image as a risk factor for eating disorders. The theoretical part focuses on the characteristics of known and lesser-known eating disorders, namely mental anorexia, mental bulimia, orthorexia, bigorexia, and drunkorexia diabulie. Next on their specifics, methods of diagnosis and therapy. The practical part deals with the evaluation of what a family environment in relation to overweight and diets based on research survey respondents with a problematic relationship to its body or with problematic eating habits, how many people total respondents actively influences their body weight and how many respondents from the research sample found eating or risk attitudes for developing eating disorders. Further research includes what is public consciousness about other types of eating disorders than the mental anorexia and bulimia.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, risk factors, orthorexia nervosa, bigorexia nervosa, drunkorexia nervosa, diabulia.

## PODĚKOVÁNÍ:

Chtěla bych poděkovat všem, kteří se podíleli na tvorbě mé bakalářské práce. Především bych chtěla poděkovat Mgr. Kateřině Šrahůlkové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za všechny rady a připomínky, které mi poskytla a za trpělivost, kterou mi projevila. Také bych chtěla poděkovat všem, kteří si našli čas, a byli ochotni vyplnit můj dotazník. A samozřejmě chci poděkovat své rodině, za psychickou i materiální podporu, kterou mi poskytla v době studia.

.....

René Kociánová

***Motto...***

***Never give up !***

(Motto Nadace Jana Pivečky)

### PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Kateřině Šrahůlkové, Ph.D. a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury. Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná v IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne

.....



## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>13</b>
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE A DĚJINY ODMÍTÁNÍ POTRAVY .....	13
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE A DĚJINY PŘEJÍDÁNÍ.....	13
1.3 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	14
1.3.1.1 Laboratorní nálezy .....	16
1.3.1.2 Hormonální odchylky .....	16
1.3.1.3 Metabolické a endokrinní změny.....	16
1.3.2 PODTYPY MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	17
1.3.2.1 Restriktivní podtyp ( dále RMA).....	17
1.3.2.2 Purgativní podtyp (dále PMA).....	17
1.3.3 Refeeding syndrom .....	17
1.3.4 Terapie a prevence .....	18
<b>2 MENTÁLNÍ BULIMIE .....</b>	<b>20</b>
2.1.1 Podtypy .....	21
2.1.1.1 Typ purgativní.....	21
2.1.1.2 Typ bez zvracení .....	21
2.2 TERAPIE .....	21
<b>3 ZVLÁŠTNÍ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>23</b>
3.1 ORTHOREXIE (ORTHOREXIA NERVOSA) .....	23
3.1.1 Důsledky ortorexie .....	24
3.2 BIGOREXIE (SVALOVÁ DYSMORFICKÁ PORUCHA, DYSMORFOFOBIE, ADONISŮV KOMPLEX, OBRÁCENÁ ANOREXIE) .....	25
3.3 DRUNKOREXIE .....	26
3.4 DIABULIE .....	27
<b>4 RIZIKOVÉ FAKTORY VEDOUcí K PORUCHám PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>28</b>
4.1.1 Neovlivnitelné psychosociální faktory.....	28
4.1.1.1 Pohlaví .....	28
4.1.1.2 Vliv etnického původu.....	29
4.1.1.3 Vliv věku.....	29
4.1.1 Osobnostní rizikové faktory .....	29
4.1.2 Perfekcionismus a obsedantně-kompulzivní osobnost.....	29
4.1.3 Situační faktory .....	30
4.1.4 Sexuální zneužívání .....	30
4.1.5 Zážitky odloučení a nutnost přizpůsobit se jiné kultuře.....	30
4.1.5.1 Separace a akulturace.....	30
4.1.6 Riziková prostředí, rizikové zájmy a profese.....	31
4.1.7 Držení diet.....	31
4.1.8 Rizikové zájmy a profese .....	31

<b>5</b>	<b>PORUCHY PŘIJMU POTRAVY A ADHD</b> .....	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>PROČ SE DÍVKY TRPÍCÍ MENTÁLNÍ ANOREXIÍ VIDÍ TLUSTÉ?</b> .....	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>ATROFIE MOZKU</b> .....	<b>35</b>
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>8</b>	<b>METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>38</b>
8.1	METODY PRÁCE.....	38
8.2	CÍLE PRÁCE .....	38
8.3	<i>CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU</i> .....	38
8.4	<i>ORGANIZACE VÝZKUMU</i> .....	39
8.4.1	Analýza zjištěných dat .....	39
<b>9</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>40</b>
<b>10</b>	<b>ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRÁCE</b> .....	<b>108</b>
<b>11</b>	<b>DISKUSE</b> .....	<b>113</b>
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>116</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>117</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>120</b>
	<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>121</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>122</b>

## ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou velmi častým a závažným bio-psycho-sociálním onemocněním s možnými závažnými důsledky nejen pro samotné nemocné, ale i pro jejich blízké. Ačkoli je toto téma v poslední době často zmiňované, mnoho laiků i odborníků stále nedokáže včas identifikovat symptomy tohoto onemocnění, natož pak možné způsoby léčby. Poruchy příjmu potravy, zejména mentální anorexie a mentální bulimie, se objevují u čím dál mladších lidí, kdy už i slečny na základní škole dokáží uvažovat o své postavě a řešit zda jsou hubené či nikoliv. Nejrizikovějším je období puberty spojené se změnami tělesných proporcí, a tedy se změněným vnímáním vlastního těla, které je někdy určitým způsobem „narušené“ a neadekvátní. Mnohem častěji se též začínají objevovat u žen i mužů středního věku, převážně tlakem konzumní společnosti na krásu těla.

O tuto problematiku se zajímám také na základě vlastních zkušeností s touto nemocí a problémy vyplývajícími z řešení této obtížné životní situace. Proto se taky ve své práci zabývám převážně rizikovými faktory vedoucími ke vzniku poruch příjmu potravy a důsledky, které z tohoto onemocnění plynou.

V teoretické části práce stručně popisují historii poruch příjmu potravy dále definují poruchy příjmu potravy jako mentální anorexii, mentální bulimii a i zvláštní typy těchto poruch, kterými jsou orthorexie, bigorexie, drunkorexie a diabulie.

V dalších částech teoretické práce se zabývám rizikovými faktory, jenž by mohly vést k poruchám příjmu potravy.

Empirická část bakalářské práce obsahuje výsledky dotazníkového šetření, které proběhlo v souboru pěti záměrně vybraných skupin respondentů. Dotazníkové položky jsou zaměřeny na zjištění informací o tom, z jakého rodinného prostředí ve vztahu k nadváze a dietám vycházejí respondenti s problematickým vztahem ke svému tělu či s problematickými stravovacími návyky, dále na to, kolik lidí z celkového počtu respondentů aktivně ovlivňuje svoji tělesnou hmotnost a u kolika respondentů z výzkumného vzorku se vyskytnou stravovací či jiné rizikové postoje pro vznik poruchy příjmu potravy. Dále jsem zjišťovala jaká je informovanost široké veřejnosti o jiných druzích poruch příjmu potravy, než je mentální anorexie a bulimie. Výsledky šetření jsou zpracovány a prezentovány v tabulkách a grafech doplněných slovním komentářem. V závěru shrnuji výsledky výzkumu a své dojmy, které během něj vyvstaly nebo z něj vyplynuly.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Už po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Již dlouho známý je například jev, nazvaný ruminace neboli vrácení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Od starověku také známe pojem pica, touha po bizarních jídelích nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci. Také obezita, která je fyzickým projevem relativní nadvýživy, byla rozpoznána již v plastikách z doby kamenné (Krch, 1999).

### 1.1 Mentální anorexie a dějiny odmítání potravy

Odmítání jídla patřilo v průběh dějin k běžným příznakům řady ochromujících somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Po řadu století však toto chování samo o sobě nebylo pokládáno za primárně patologický jev. Moderní historie pojmu anorexia nervosa se datuje od sedmdesátých let devatenáctého století.

První věrohodně popsané případy mentální anorexie se začínají objevovat až ve druhé polovině devatenáctého století. Trvalo to ještě více jak deset let, než se chorobné sebehladovění stalo zvláštní klinickou kategorií uznávanou lékařským světem (Krch, 1999).

Dnes mentální anorexiu popisujeme jako patologický strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy. Patologický strach z tloušťky je spojen s patologickým strachem z potravy. Potřeba hubnout a strach z jídla má nutkavý charakter a pacientky ji nemohou ovládat vlastní vůlí (Vágnerová, 1999).

### 1.2 Mentální bulimie a dějiny přejídání

Dějiny přejídání jsou stejně staré, jako historie odmítání jídla. Nenasyté hltání bylo bezpochyby velmi časté, zejména mezi privilegovanou elitou společnosti.

Teprve poměrně nedávno získala specifická forma bulimie status široce uznávané psychiatrické diagnózy. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Rusell poprvé použil termín bulimia nervosa, jenž označuje silné a neovladatelné nutkání se přejídat, ve spojení s chorobným strachem ztloustnutí a vyhýbání se ztloustnutí, jako následku jídla vyvolaným

zvrácením nebo také zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím u žen s normální tělesnou hmotností (Krch, 1999).

K prvním příznakům obou onemocnění dochází nejčastěji v období adolescence, nástup mentální anorexie bývá o něco dříve, než u mentální bulimie. Incidence mentální anorexie u adolescentních dívek bývá kolem 1 %, prevalence, mentální bulimie u adolescentních dívek a mladých dospělých studentek je okolo 3%. V poslední době je však možné pozorovat nepříznivý trend, kdy dochází k vzestupu incidence - zejména mentální anorexie – i u dětí ve věku nižším než 10 let a je také registrován vzestup i u žen ve středním věku. Toto onemocnění v důsledku časté vleklosti, chronifikace, přetrvává z adolescence do dospělosti. Ani u jedné ani u druhé skupiny pacientek se nejedná o pravé nechutenství. Jde spíše o potlačení hladu a dalšího příjmu potravy ve snaze o redukci své hmotnosti. Toto chování postupně přechází do obtížně ovladatelného patologického jídelního stereotypu (Svačina, 2010).

### 1.3 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha, kterou můžeme charakterizovat zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu, je spíše až sekundárním projevem dlouhodobého hladovění, jenž se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Někteří pacienti naopak vykazují v důsledku omezování se v jídlu spíše zvýšený zájem o něj (často na něj myslí, sbírají recepty, rádi vaří apod.). nejspíše jde o přirozenou adaptaci organismu, stejně tak, jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po dlouhodobém hladovění. Pacienti trpící mentální anorexií neodmítají jíst proto, že by neměli chuť na jídlo, ale proto, že prostě nechťejí jíst. Averse k jídlu je výsledkem narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce (Krch, 1999).

Jedním z prvořadých objektivních příznaků u pacientek s mentální anorexií je snížení hmotnosti, až kachexie. U dospělých je jedním z kritérií body mass index (BMI) nižší jak 17,5 kg/ m<sup>2</sup>.

Výpočet provádíme dle vzorce:  $\text{hmotnost kg} / \text{výška m}^2$

<u>BMI – kg/m<sup>2</sup></u>	<u>Stav výživy</u>
<u>Méně než 16</u>	<u>Těžká podvýživa</u>
<u>16- 17</u>	<u>podvýživa</u>
<u>18- 22</u>	<u>Normální stav</u>
<u>22- 25</u>	<u>Mírná nadváha</u>
<u>Více než 25</u>	<u>Obezita</u>

(Navrátilová, 2000)

U pacientek v dětském věku, je předpokladem pro diagnózu trvalé udržování tělesné hmotnosti 15 procent pod předpokládanou hmotností daného percentilu. Kromě výrazného omezení příjmu potravy mohou pacientky, které trpí mentální anorexií snižovat svou hmotnost vyvolaným zvracením, užíváním anorektik, laxativ či diuretik, často navíc v kombinaci s nadměrným cvičením (Svačina, 2010).

Primárně jsou pacientky trpící mentální anorexií hodnoceny jako velmi přizpůsobivé, orientují se na výkon, jsou úspěšné jak ve škole, tak v práci či v mnoha dalších jiných aktivitách, ladění je spíše perfekcionista a jsou velmi odpovědné. S postupným rozvojem nemoci se však dostávají do rozporu s okolím, lžou a také podvádějí ve snaze vyhnout se dostatečnému příjmu potravy. Z hlediska příjmu potravy se tyto pacientky snaží omezit nejprve potraviny s vysokou energetickou hodnotou - např. sladkosti, tučná masa, tučné ořechy apod. Postupně však dochází i k redukci nízkoenergetických a nízkokalorických potravin, dokonce se mohou snažit o redukci příjmu tekutin. Navzdory velké vyhublosti mívají pacientky, které trpí mentální anorexií zvýšený zájem, až vtíravé myšlenky na jídlo, velmi často sbírají recepty a také vaří pro celou rodinu. V rozporu s velkou vyhublostí jsou nadměrně aktivní a schopné denně cvičit až několik hodin. V popředí klinického obrazu u pacientek trpících mentální anorexií stojí chorobný strach z obezity spojený s výraznou nekritičností ke svému vlastnímu tělu. Zkreslená představa o svém těle může dojít tak daleko, že pacientky inklinují k neustálé redukci své váhy, i když objektivně jsou již extrémně vyhublé. Jejich veškerá denní aktivita je podřízena touze a snahám o redukci hmotnosti (Svačina, 2010).

### 1.3.1.1 *Laboratorní nálezy*

Bývají často velmi rozmanité. Zneužívání léků (především laxativ a diuretik) může vyústit až v těžkou dehydrataci, v minerální rozvrat s hypokalémií, hyponatémií, hypochloremií atd. V důsledku chronické podvýživy může být snížena i hladina fosfátů. Celková bílkovina, albumin a další sérové bílkoviny jsou často v normálních rozmezích nebo v úrovni dolní hranice normy. Krevní obraz může vykazovat známky mírně, normo, či mikrocytární anémie. U těžké protein-energetické malnutrice včetně mentální anorexie bývá steatóza jater a abnormality v sérových hodnotách lipidů, jako zvýšený celkový cholesterol, LDL-cholesterol, triacylglyceroly apod.. V praxi bývá tento obraz spíše výjimečný. Laboratorní nálezy u pacientek trpících mentální anorexií mohou kolísat od extrémních odchylek uvedených výše až po zcela normální hodnoty biochemického i hematologického obrazu. Pacientkám a jejich rodinám je však důležité vysvětlit, že nepřítomnost patologických laboratorních nálezů mentální anorexii nevylučuje a že je potřeba zahájit léčbu včas, než se některé z komplikací objeví (Svačina, 2010).

### 1.3.1.2 *Hormonální odchylky*

Jsou u pacientek s mentální anorexií velmi časté a dobře detekovatelné. V důsledku podvýživy bývá přítomna sekundární amenorea, nebo zástava či oddálení nástupu puberty u premenarchálních pacientek. Jako velmi účelný ukazatel nutričního stavu a efektivity realimentace je u pacientek s poruchami příjmu potravy určení sérových hladin hormonu produkovaného tukovou tkání tj. leptinu. Sérové hladiny leptinu bývají u pacientek snižené a někdy až nulové již v době, kdy jsou ostatní sérové nutriční parametry ještě v normálních rozmezích hladin.

Za další jednu z dlouhodobých somatických komplikací se dá u pacientek s mentální anorexií označit rozvoj osteoporózy. Dopad na to má pokles hladin estrogenů a také snížený příjem vápníku v potravě (Svačina, 2010).

### 1.3.1.3 *Metabolické a endokrinní změny*

Jedním z velmi častých nálezů u pacientek trpících mentální anorexií je zvýšená sekrece kortikoliberinu, jejíž příčina není zcela jasná. Kortikoliberin má přímé anorektické účinky. Amenorea, jako jedno z diagnostických kritérií, musí trvat více jak 3 měsíce (Haluzík, 2002).



### 1.3.2 PODTYPY MENTÁLNÍ ANOREXIE

DSM- IV ( Diagnostic and Manual of Mental Disorders) rozlišuje dva podtypy mentální anorexie:

#### 1.3.2.1 *Restriktivní podtyp ( dále RMA)*

Tzv. dietářky, je typický tím, že nedochází k přejídání a následně uměle vyvolanému zvracení a není přítomen abúzus laxativ či diuretik. Jde tedy o prosté hladovění, resp. extrémně snížený příjem potravy. Pacientky s restriktivním podtypem mentální anorexie mají vzhledem k ostatním pacientkám s poruchami příjmu potravy nejnižší BMI (výjimkou není BMI nižší jak 10 kg/ m<sup>2</sup>), ale též horší prognózu.

#### 1.3.2.2 *Purgativní podtyp (dále PMA)*

Pacientky s PMA mají podle definice BMI po 17,5 kg/m<sup>2</sup>, ale prosté hladovění je přerušováno epizodami relativního přejídání (množství zkonsumované potravy nemusí být velké z pohledu normálních stravovacích zvyklostí, je však velké z hlediska extrémní redukční diety dodržované pacientkami), s následně uměle vyvolaným zvracením. U těchto pacientek může být přítomen abúzus laxativ, diuretik, anorektik a dalších látek ke snížení hmotnosti.

Pacientky, jimž byla diagnostikována mentální anorexie, bývají také velmi často ohroženy tzv. Refeeding syndromem (Svačina, 2010).

### 1.3.3 Refeeding syndrom

Refeeding syndrom (dále RFS)-synonymum je realimentační syndrom, je to těžká porucha vodní a elektrolytové rovnováhy spojená s metabolickými abnormalitami, ke které dojde u pacientů s malnutricí v důsledku neadekvátní realimentace.

Pro RFS jsou charakteristické tyto laboratorní nálezy: hypofosfatémie, hypokalémie, hypomagnezémie, hyperglykémie a metabolická alkalóza.

Klinické projevy RFS jsou většinou malé, a pokud lékař na přítomnost RFS nepomyslí, může být posléze konfrontován s život ohrožujícími komplikacemi. Klinickou diagnózu doplňují projevy kardiologické (srdeční selhání, tachykardie, arytmie, srdeční zástava), respirační (tachypnoe, respirační a ventilační selhání, tkáňová hypoxémie), neurolo-

gické (poruchy vědomí, až delirantní stav, parestezie, paralýza, křeče, tetanie), hematologické (hemolýza, trombocytopenie a dysfunkce destiček, svalové (myalgie, myopatie se svalovou slabostí), renální a metabolické (akutní tubulární nekróza, porucha koncentrační schopnosti ledvin)(Papežová, 2010).

#### 1.3.4 Terapie a prevence

Léčba mentální anorexie musí být komplexní a musí zahrnovat faktory jak biologické, tak psychologické. Nejdříve je zapotřebí posoudit, zda je nutná hospitalizace, nebo zda je možné pokusit se o ambulantní léčbu. Indikací k hospitalizaci je zejména výrazný pokles hmotnosti spojený s kachexií, případně depresivní syndrom a suicidální tendence bývají nejčastější příčinou přijetí na lůžkové oddělení.

V první fázi hospitalizace je nutné zhodnotit stav výživy a hydratace. Při závažných metabolických změnách bývá nutné přistoupit k infuzní terapii. Při normalizaci somatického stavu je potřebné zachovávat zásady správné realimentace kachektických stavů. Realimentace musí být pozvolná a opatrná. Vlastní realimentace se zahajuje 50% množstvím cílového energetického příjmu 40 kJ/kg/24 hod. (10 kcal/kg/24 hod.) s tím, že 100% cílové energetické potřeby by mělo být dosaženo během jednoho týdne.

Nedílnou součástí léčby mentální anorexie musí být taktéž přístupy terapeutické a režimové. Volba psychoterapeutického přístupu bývá individuální a závisí na více okolnostech, jako je osobnost pacienta, jeho věk, fáze onemocnění a motivace ke spolupráci. Základními psychoterapeutickými metodami používanými v léčbě mentální anorexie jsou kognitivně- behaviorální terapie, dynamická psychoterapie, rodinná terapie a skupinová psychoterapie. Tyto terapeutické přístupy se dají doplnit arteterapií a muzikoterapií. Cíle kognitivně- behaviorální terapie je změnit patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, postoje k vlastnímu tělu a způsob myšlení, jenž souvisí s rozvojem a udržováním poruchy. Psychoanalytická a dynamická psychoterapie se snaží porozumět pacientům, jejich hlubším příčinám vzniku poruchy, včetně nevědomých souvislostí. Rodinná terapie je součástí léčby převážně u skupiny mladších pacientů, kteří žijí se svými rodiči. Problémy v rodinném modelu se mohou uplatňovat jak při vzniku poruch, tak při udržování symptomatiky. Je nutné si v této souvislosti také uvědomit, že mentální anorexie druhotně rozvrací rodinné vztahy. V průběhu rozvoje onemocnění se často stupňují konflikty mezi rodiči a nemocným dítětem nebo dospívajícím. Pokud je hospitalizace prováděna na specializova-

ném oddělení, bývá pro léčbu užitečná psychoterapeutická skupina pro rodiče pacientů (Hort a kol., 2010).

Důležitou součástí léčby je též farmakoterapie, i když nejde o terapii kauzální. Podstatný význam mají zejména psychofarmaka. Vzhledem k depresivnímu syndromu se uplatňují převážně antidepresiva. Menší význam mají neuroleptika, která přicházejí v úvahu u stavů spojených s neklidem, výrazným napětím, nutkavými projevy a silným negativismem. Jako podpůrné léky se dají použít preparáty využívané k léčbě hyponutričních a kachektických stavů. Vhodné jsou vitamíny pro doplnění chybějících minerálů. Někdy jsou používány léky, jejichž vedlejším účinkem je zvýšení chuti k jídlu.

Stále diskutovaná je otázka gynekologické medikamentózní léčby amenorey (Hort a kol., 2010).

## 2 MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie patří též mezi poruchy příjmu potravy, které velmi často přechází do chronicity. Pacientky s mentální bulimií mívají normální BMI, mohou mít také dokonce i mírnou nadváhu. Onemocnění začíná obvykle o trochu později než mentální anorexie, často mezi 14.- 18. rokem. Nezřídka dochází též k přechodu mentální anorexie v mentální bulimii. Pacientky jsou často nepřiměřeně závislé na hodnocení druhých lidí a mnohdy se také objevují problémy se sebeovládáním a sebekontrolou. Bulimické epizody považují za vlastní selhání. Pacientky s mentální bulimií se zpočátku snaží též o potlačení hladu a redukci příjmu potravy, nejsou však schopné dodržet přísný dietní režim a postupně u nich dochází k tajnému přejídání a jídelním excesům. Ty bývají zakončeny úmyslně vyvolaným zvracením nebo požitím velkého množství laxativ, excesivním cvičením či kombinací všeho uvedeného (Svačina, 2010).

K určení diagnózy mentální bulimie musíme zásadně odebrat důkladnou anamnézu a kompletní psychiatrické vyšetření. Primárně nemusí být přítomny žádné somatické ani laboratorní odchylky v pacientčině stavu. Pacientky mají obvykle normální nebo lehce zvýšené BMI, často je ale také zachován normální menstruační cyklus. Kromě výše uvedeného je typické neustálé se zabývání jídlem, je zde ale, na rozdíl od pacientek, které trpí mentální anorexií, přítomna neodolatelná touha po jídle. Typické jsou epizody přejídání spojené s konzumací velkého množství vysoce energetických potravin (až 20 000 kJ i více) ve velmi krátkém čase. Záchvatovitému přejídání se v anglosaské literatuře říká „*binge-eating*“ a předchází ho nezvladatelná touha po jídle, které je tu jakoby drogou, zvaná „*craving*“. Pacientky se po přejedení snaží o potlačení výkrmného účinku jídla vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ či diuretik, mnohdy je přítomna snaha o potlačení příjmu potravy jako takového (abúzus anorektik- Adipex, Meridia). Zvracení si pacientky vyvolávají buď mechanicky, či zneužíváním emetik. Nejběžnějším zneužívaným emetikem je *Radix ipecacuanhae* (hlavěnka dávivá).

Pokud se mentální bulimie vyskytne u diabetických pacientek, můžeme často pozorovat úmyslné porušení inzulínového režimu, vynechávání a/ nebo zvýšené aplikace inzulínu. U pacientek může být přítomno střídání období hladovění s obdobími záchvatů přejídání. Podle závažnosti a celkové doby onemocnění, četnosti bulimických epizod a zneužívání léků může dojít k rozvoji několika komplikací. Opětované zvracení (i více než 20krát denně) a zneužívání diuretik vede k dehydrataci a minerálovému rozvratu podobně jako u

pacientek s mentální anorexií. Důsledek excesivního a častého zvracení se rozvíjí někdy v rozvoj alkalózy s hypochlorémií a hypokalémií. V případě abúzu laxancií se naopak také může objevit metabolická acidóza. Časté zvracení vede k poškození zubní skloviny a s tím související zvýšené incidenci zubního kazu. Zvracení může vést k reaktivnímu zvětšení slinných žláz, zejména příušních. V séru pak můžeme nalézt zvýšené hodnoty celkové amylázy. Epizody jídelních excesů, během kterých pacientky konzumují velké množství potravy, mohou vést k poruchám motility či akutní dilataci žaludku, někdy dokonce k ruptuře jícnu. Při předávkování emetiky může vzácně docházet až k rozvoji emetinové myopatie. Postihuje jak příčně pruhované svalstvo, tak i myokard. Velmi častou komplikací při zneužívání projímadel je chronická obstipace (Svačina, 2010).

### 2.1.1 Podtypy

Mentální bulimie se dělí podle DSM IV na dvě podskupiny:

#### 2.1.1.1 *Typ purgativní*

S tzv. pročištěním, tedy zvracením (v DSM IV je frekvence záchvatů přejedení a zvracení vyžadována 3krát týdně pro naplnění kritérií pro mentální bulimii)

#### 2.1.1.2 *Typ bez zvracení*

U něhož pacientka několik dní velmi omezeně přijímá potravu nebo jí vůbec nepřijímá, poté následuje záchvat přejídání, není však přítomno následně vyvolané zvracení či zneužívání laxativ či diuretik jako u prvního typu, a po tomto jídelním excesu pacientka opět pokračuje restrikcí příjmu potravy. Tento podtyp je poměrně vzácný (Svačina, 2010).

## 2.2 Terapie

Stejně jako u mentální anorexie přichází v úvahu jak ambulantní léčba, tak hospitalizace. Rozhodnutí záleží na stavu organismu pacientky, míře vyhubnutí a metabolickém rozvratu. Důležitým faktorem je depresivní syndrom s případnými suicidálními tendencemi, který by vedl k indikaci k pobytu na lůžkovém oddělení. Léčba je komplexní, zahrnuje individuální a skupinovou psychoterapii, režimová opatření a součástí léčebných postupů bývá i rodinná terapie. Individuální psychoterapie bývá nejčastěji zaměřená kognitivně

behaviorálně. S úspěchem jsou používány svépomocné manuály pro léčbu. Kognitivně-behaviorální psychoterapie je zaměřena na zvládnání záchvatů přejídání a následného zvracení a také na změnu postojů vůči vlastní postavě a tělesné hmotnosti. Jiný přístup je pak psychoterapie dynamicky a psychosomaticky orientovaná. Při práci s pacientkami s poruchou příjmu potravy můžeme kombinovat více přístupů. Medikamentózní terapie je symptomaticky zaměřená na depresivní syndrom, který velmi často mentální bulimii doprovází (Hort a kol., 2000).

### 3 ZVLÁŠTNÍ TYPY PORUCH PŘIJMU POTRAVY

#### 3.1 Orthorexie (orthorexia nervosa)

Název Orthorexia nervosa je odvozen z řeckého „orthos” – správné a „orexis”, což znamená chuť.

Orthorexie je patologická posedlost (obsese) zdravým stravováním. Výběr potravin, které splňují kritéria „zdravé”, je u těchto osob čistě subjektivní. Jedinci s touto poruchou se zaměřují více na kvalitativní aspekt své výživy než na kvantitativní, jako je tomu v případě mentální anorexie a mentální bulimie, naopak společnou charakteristikou může být vrozená dispozice k perfekcionismu. Vedle primární motivace „být zdravý“, mohou k rozvoji orthorexie vést i jiné příčiny, které lze označit za patologické, jako je například nutkavá touha mít vše pod přísnou kontrolou, též únik před strachem, touha po štíhlosti, zvýšení vlastního sebevědomí a sebeúcty, hledání určité spirituality či duchovna prostřednictvím výživy a využívání jídla k utváření vlastní identity ([www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html](http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html), 2011-05-16).

K výše jmenovaným řadíme také ortodoxní vyznavače alternativních výživových směrů (veganství, frutariánství, makrobiotika, výživa podle krevních skupin), autodiagnostikované potravinové alergiky, zastánce biopotravin nebo odpůrce uměle hnojených a geneticky upravovaných potravin. Sklony k orthorexii mohou vykazovat i lidé některých profesí (modelky, herečky, zpěvačky, sportovci), či lidé, kteří se pod tlakem současného trendu propagující mládí a fyzicky dokonalý vzhled uchylují k radikální změně svých výživových zvyklostí směřující k omezování se pouze na určitý druh potravin.

Téma stravy se u ortorexie, stejně jako u anorexie či bulimie, stává středem jejich života. Někteří odborníci dokonce tvrdí, že se ortorexie stává vlastně náhražkou náboženství. Také jsem objevila příměr, že ten, kdo jednou podlehne ortorexii, se stává závislým téměř jako narkoman, proto se léčbě říká odvykací kúra. Postižený člověk trpí neustálým strachem, že by mohl sníst něco nezdravého. Odmítají jíst cokoli, co nemá zaručenou značku zdravé výživy. Většinou tato porucha vede až k celkovému odmítání potravy ze strachu z otravy, proto si většina postižených pěstuje své vlastní potraviny. Starají se velmi přísně o způsoby přípravy potravy, kvalitu nádobí na vaření apod. Jsou velmi pyšní na svůj

„zdravý“ styl stravování a na svou postavu. Věnují hodně času plánování jídelníčku a úpravě potravin. Každý jejich stravovací prohrěšek je doprovázen silným pocitem viny a frustrace .

K diagnostice této poruchy je možné využít dva testy, které formou dotazů odhalují míru rizika rozvoje orthorexie. V prvním případě se jedná o **Bratmanův test** tvořený 10 otázkami, v druhém případě lze využít dotazník **ORTO-15**, což je rozšířený Bratmanův dotazník.

Bratmanův test byl aplikován například u rakouských nutričních terapeutek s cílem zjistit prevalenci orthorexia nervosa a prozkoumat psychologické faktory predisponující tuto poruchu.

Výzkumník Kinzl zkoumal skupinu, kterou tvořilo 283 žen ve věkovém rozmezí 22-66 let (průměr 32,6). Z této skupiny respondentek, které vzhledem ke své profesi mají určité znalosti ohledně stravování, byla orthorexie potenciálně shledána u 12,8 % a 34,9 % projevovalo určitý sklon k orthorexnímu chování. V závěru studie se dále konstatuje, že orthorexia nervosa se může u nutričních terapeutů vyskytovat ve zvýšené míře v důsledku jejich denní konfrontace s výživou a propagováním zdravé stravy, což může zvyšovat riziko nejen rozvoje orthorexie, ale jakékoliv poruchy příjmu potravy obecně. To dokazuje i osobní zkušenost dotazovaných terapeutek s mentální anorexií a mentální bulimií ([www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html](http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html), 2011-05-16).

Nebezpečí této poruchy spočívá v tom, že lidé pod dojmem velmi zdravého stravování mohou postupně spadat do stejné kategorie, jako jsou mentální anorexie a mentální bulimie, u kterých se výživa a strava stala jediným smyslem života. Orthorexie v mnoha případech předchází do mentální anorexie nebo mentální bulimie, nebo naopak obě nemoci mohou vyústit v orthorexiu. Podle odborníků nelze poruchy striktně kategorizovat, mohou se vyskytovat současně i přecházet jedna v druhou.

### 3.1.1 Důsledky ortorexie

Osoby, které trpí touto poruchou, jsou velmi štíhlé (protože jí potraviny nízké na kalorie), v jejich jídelníčku schází nutriční látky, sacharidy, tuky atd., proto jim mohou



vypadávat vlasy, mohou trpět i chudokrevností, ženy podobně jako u jiných poruch příjmu potravy přestávají menstruovat, dalším projevem může být řídnutí kostí. Radikální odmítnutí potravy může samozřejmě vést k úmrtí. K fyzickým příznakům se však často nabalují i psychické problémy, jako jsou deprese, sociální izolace, narušení kontaktu s okolím a podobně. Vzhledem k tomu, že ortorexie patří mezi poruchy příjmu potravy, je jednou ze základních léčebných postupů psychoterapie.

Pro ortorektiky je téma zdravé výživy na prvním místě. **Vzdávají se potravin, které jsou uměle hnojené, geneticky upravené či obsahují jakoukoliv chemickou látku.** Nakonec jim zbývá jen zelenina, ovoce a bio produkty z obchodů se zdravou výživou. Postupně jim ale začínou připadat podezřelé i tyto potraviny, zkoumají, kde byly vypěstovány, jak s nimi bylo nakládáno ([www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html](http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html), 2011-05-16).

### **3.2 Bigorexie (svalová dysmorfická porucha, dysmorfofobie, Adonisův komplex, obrácená anorexie)**

V případě bigorexie jde o poruchu příjmu potravy, která je úzce spjatá s narušeným vnímáním vlastního těla (porucha body image). Týká se především mužů, výjimku tvoří ženy kulturistky. Postižení jedinci si připadají drobní a nedostatečně vyvinutí, tráví mnoho hodin denně v posilovnách, užívají nejrůznější doplňky stravy, především preparáty na bázi bílkovin a aminokyselin, pravidlem bývá i užívání anabolických steroidů.

Dalším negativním aspektem této poruchy je nadměrné množství stravy konzumované za účelem tvorby svaloviny. Nadměrná svalovina přetěžuje kosti a klouby, při nadměrném posilovacím cvičení bez potřebné regenerace dochází k poškození pohybového aparátu, vlivem nadbytečného příjmu energie a bílkovin dochází k narušení funkce ledvin a jater. Nekontrolované užívání anabolických steroidů pak představuje riziko vážného poškození zdraví s ohrožením života ([www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html](http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html), 2011-05-16).

K rizikovým faktorům této poruchy řadíme nadváhu v dětském věku, kdy se u člověka vytváří nízké sebevědomí a sebeúcta. Pocit „tlustého dítěte“ může přetrvávat bez ohledu na současný vzhled a přinášet neustálý strach z vlastní fyzické nedokonalosti. Závislost na cvičení přináší predisponovaným jedincům pocit kontroly nad vlastním tělem, potažmo nad vlastním životem a je podporována obdivem okolí. Stejně jako u závislosti na drogách či alkoholu je nutné zvyšování dávek k dosažení stejného účinku, takže tréninkové dávky se zvyšují, postižený jedinec opouští jiné aktivity a cvičení podřizuje celý režim. Dochází k narušení sociálních vazeb, při nedodržení tréninkového plánu se objevuje deprese nebo úzkost. Nezanedbatelné jsou finanční výdaje za doplňky stravy, nelegální léky, permanentky do posilovny a sportovní oblečení. Kvůli cvičení mohou bigorektici opustit i zaměstnání, dochází k narušení sociálních vazeb. Stejně jako v případě orthorexie je účinná kognitivně-behaviorální terapie.

Vzhledem k tomu, že používání anabolických steroidů pro účely bodybuildingu není legální, neexistují u nás zatím žádné relevantní studie výskytu této poruchy ([www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html](http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html), 2011-05-1611).

### 3.3 Drunkorexie

**Drunkorexie** označuje opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu. Tato posedlost vychází z faktu, že alkohol, zejména "tvrdý", je poměrně kalorický, opět tu hraje hlavní roli nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze. Drunkorexie také zahrnuje cílené zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji. Tato porucha se týká více žen i když ani muži nejsou vůči ní imunní. Statistiky v americké populaci říkají, že 30% dívek ve věku 18-24 let vynechávají jídlo, aby mohly více pít alkohol. Hlavní nebezpečí takového chování spočívá v tom, že bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává mnohem rychleji, do jater se může dostat za méně než 15 minut. Účinek alkoholu je silnější a také mnohem nebezpečnější - tělo ho hůře vstřebává, navíc ho dostane často ve vyšší dávce, vždyť "po vynechání jídla můžeme více vypít!" Po fyzické stránce je také velmi nebezpečné míchat alkohol s energy-drinkem.

Po této kombinaci dochází k razantnímu zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, zároveň ke snížení schopnosti vnímat únavu, nejen lidé se srdeční vadou nebo hypertenzí jsou ohroženi kolapsem, existuje již řada případů náhlého úmrtí. Psychiku ohrožuje drunkorexie podobně jako jiná porucha příjmu potravy - nemocní zažívají úzkost při snaze kontrolovat své proporce, nespokojenost z toho, že se to nedaří podle jejich naprosto nereálných představ a "pomejdanové deprese" z množství vypitého alkoholu a často i snědeného jídla (v opilosti či v kocovině se nemocní prostě dojí). Nemocný člověk postupně také strádá společensky - opakovaná podrážděnost z hladu či rychlé opilosti z pití na lačno výrazně snižují společenskou atraktivitu postiženého a mohou vést k pocitům odcizení, osamělosti, izolace (<http://derewi.blog.cz/1009/drunkorexie>, 2011-05-16).

### 3.4 Diabulie

Až třetina dívek trpících diabetem úmyslně vynechává injekce inzulínu, aby zůstaly štíhlé. Pacienti s diabetem 1. typu, kteří nemají vlastní produkci inzulínu, potřebují denně injekce inzulínu, aby se mohl cukr v krvi absorbovat do buněk. Pokud je v krvi příliš málo inzulínu či dokonce žádný inzulín, nemůže se cukr dostat do buněk a tělo sahá pro energii do svých tukových zásob. To vede k rapidnímu poklesu váhy - cílí mladých dívek. Déletrvající diabulie může mít na zdraví pacienta těžké následky. Hodnoty krevního cukru stoupají a dívky ztrácejí tekutiny. Závažné stavy mohou vést až k diabetickému kómatu. Vysoké glykémie navíc ohrožují i oči, srdce a ledviny.

Pokud si člověk čas od času zapomene píchnout inzulín, není to zas tak hrozné - rovná se to velmi intenzivnímu fyzickému vypětí. Nebezpečné však je, pokud inzulín chybí dlouhodobě.

Zneužívání a manipulace inzulínu je však známá i z druhé strany. Inzulín se předepisuje zdravým příliš štíhlým osobám, které díky jeho působení dokáží přibrat na váze (<http://emily-in-wonderland.blog.cz/1007/diabulimie>, 2011-05-16).

## 4 RIZIKOVÉ FAKTORY VEDOUcí K PORUCHÁM PŘIJMU POTRAVY

Problematika mentální anorexie a mentální bulimie či jiných poruch příjmu potravy nespočívá pouze v patologickém postoji k příjmu potravy a z toho plynoucích život ohrožujících důsledků, ale má i svou méně viditelnou stránku. Podobně, jako přestává fungovat hlad, jako biologický signál energetického ohrožení organismu, přestává fungovat i bolest, jako biologický signál fyzického poškození. Tyto dva základní atributy, důležité pro přežití organismu bez závažných následků, jsou součástí pudu sebezáchovy. Pro jeho uplatnění, musí být signály vysílané vlastním tělem správně vnímány a interpretovány. Není-li tomu tak, biologická existence jedince může být vážně ohrožena.

Jako rizikový faktor označujeme vesměs vlastnosti, které zvyšují výskyt nežádoucích jevů poruch příjmu potravy. Pokud některá okolnost pravděpodobnost výskytu nežádoucího jevu snižuje nebo zvyšuje pravděpodobnost jevu žádoucího, nazýváme ji faktorem protektivním (Papežová, 2010).

### 4.1.1 Neovlivnitelné psychosociální faktory

*„Pohlaví, věk a etnický původ* se vyskytují společně v jednom oddíle, protože se jedná o charakteristiky, které nemůžeme nikterak ovlivnit. Umožňují nám ale efektivně zaměřovat preventivní programy na rizikové skupiny.

#### 4.1.1.1 *Pohlaví.*

Ženy onemocní poruchou příjmu potravy významně častěji než muži. Nezávisle na sobě několik autorů ve své publikaci uvádí, že ženy trpí záchvaty přejídání 2,5x častěji oproti mužům, a anorexií nebo bulimií onemocní dokonce až 10x častěji než muži. Proto se pohlaví označuje za silný rizikový faktor. Mentální anorexií trpí v celkovém počtu pacientů přibližně 7,5% mužů, kteří jsou homosexuálně nebo bisexuálně zaměřeni. Jestliže se zaměříme pouze na bulimii, jedná se o 0,4% z celkového počtu pacientů“ (Krch a kol., 1999. s.

41). Je to možná dáno tím, že tito muži jsou v homosexuální subkultuře vystaveni podobnému tlaku být štíhlí a krásní, jako ženy ve většinové společnosti.

#### 4.1.1.2 Vliv etnického původu

Poruchy příjmu potravy, a anorexie zvláště, jsou často považovány za nemoc „bílých“ dívek. V USA byly provedeny výzkumy, jenž ukazují, že Afroameričanky jsou se svým tělem mnohem spokojenější a drží diety méně často než „bílé“ dívky, a to i přesto, že mají v průměru vyšší BMI, ale také Afroameričanky trpí záchvaty přejídání mnohem častěji než jejich „bílé“ vrstevnice (Papežová, 2010).

#### 4.1.1.3 Vliv věku

Nejrizikovějším věkem pro vznik poruchy příjmu potravy bývá převážně adolescence a raná dospělost. Dívky v tomto období života jsou velmi ovlivnitelné a citlivé na přísun informací o svém vzhledu z okolního prostředí. V tomto období je ale rizikové i propuknutí i jiných duševních chorob, věk tedy řadíme do nespecifických rizikových faktorů pro poruchy příjmu potravy. Na rozdíl od předchozího faktoru věk podléhá změně a je tedy proměnlivým znakem. (Papežová, 2010).

### 4.1.1 Osobnostní rizikové faktory

#### 4.1.2 Perfekcionismus a obsedantně-kompulzivní osobnost

Většina dívek se pravděpodobně pokoušela někdy v průběhu života zhubnout. Vysoké procento z nich tak dlouho, dokud nedostaly hlad. Vyskytují se však i takové, jenž kladly na sebe vždycky vysoké požadavky a dostály tomu, co si předsevzaly. Jelikož byly zvyklé být nejlepší, tak zhubly nejvíce ze všech ostatních. Mentální anorexií trpí především dívky perfekcionistické. Ačkoli bulimie je často spojená s impulzivním chováním, nacházíme u většiny pacientů trpících bulimií taktéž perfekcionistické rysy, ve spojení s nízkým sebevědomím a nespokojeností s vlastním tělem.

V literatuře jsou popisovány studie u přímých příbuzných lidí trpících poruchami příjmu potravy taktéž se zvýšenou mírou perfekcionismu, zdá se tedy, že obsedantně-kompulzivní porucha nebo specifické osobnostní rysy se u dívek, které později vyvinou

v poruchu příjmu potravy, projevují již v dětství. Snaží se mít všechno přímo tak, jak to má být, domácí úkoly, účes, uklizený pokojíček atd. (Papežová, 2010).

#### **4.1.3 Situační faktory**

#### **4.1.4 Sexuální zneužívání**

Papežová (2010) ve své publikaci uvádí výzkumy o vztahu sexuálního zneužívání a poruch příjmu potravy. Většina potvrzuje zvýšené riziko poruchy příjmu potravy, především bulimie, u obětí sexuálního zneužívání v dětství. Některé studie dokonce ukazují, že sexuální zneužívání je 3x častější u žen s bulimií než u kontrolní skupiny zdravých žen.

#### **4.1.5 Zážitky odloučení a nutnost přizpůsobit se jiné kultuře**

Zážitky separace a akulturace jsou dalšími, dosud nepříliš prozkoumanými oblastmi představující významné riziko pro vznik poruchy příjmu potravy. Separací máme na mysli odloučení od původní rodiny, akulturace je přizpůsobení se cizí kultuře a životu v zahraničí.

##### **4.1.5.1 Separace a akulturace**

Separace dospělých, či skoro dospělých dětí, je velmi náročnou vývojovou částí v životě každé rodiny. Mladý člověk, který začíná vést samostatný život, musí vyřešit konflikt mezi touhou být opečovávaným dítětem a snahou po osamostatnění (Papežová, 2010).

Odchod z domova může přispívat k jídelním patologiím. První vlna bulimie a druhá vlna anorexie pak nastává mezi 18. a 20. rokem současně s běžným věkem odchodu z domova.

Papežová (2010) opět uvádí výsledky zahraničních výzkumů, které ukazují, že během prvního roku na univerzitě dochází u studentů ke zvýšení nespokojenosti s vlastním tělem.

Akulturace, jako proces sociálních a kulturních změn a přizpůsobování se jiným kulturám, může být velkou zátěží, která má vliv na duševní zdraví. Stres, který může akulturace vyvolat, může vyústit až v depresi či suicidální tendence. U žen žijících v cizí zemi se poruchy příjmu potravy vyskytují častěji. Poruchy příjmu potravy se často vyvíjí v době, kdy odejdou poprvé od rodiny a žijí na neurčitou dobu v zahraničí jako studentky nebo au-pair. Jako reakce na tuto situaci se často vyskytuje patologické chování v oblasti

příjmu potravy: regulace příjmu jídla je používána jako prostředek zmírňující negativní emoce v těžkých chvílích, jiné stravovací návyky v cizí zemi často směřují ke ztrátě kontroly a nárůstu váhy, které potom ženy „překompenzují“ (Papežová, 2010).

#### **4.1.6 Riziková prostředí, rizikové zájmy a profese**

Role držení diet a nespokojenosti s vlastním tělem je nepopíratelná současně s vlivem nynějšího kultu štíhlosti.

#### **4.1.7 Držení diet**

Často omezení-porušení, a nebo to co si odpíráme, směřuje k tomu, že po tom o to více toužíme. Držení diety znamená nahrazení fyziologické kontroly hladu-nasycení kontrolou kognitivní. Pokud je tato narušena, člověk při dietě je náchylnější k excesům. Držení diet vede k negativní emocionalitě a přejedení je pak pokusem zlepšit si náladu.

Papežová (2010) se ve své publikaci odvolává na americkou studii, ve které podrobili zdravé muže experimentu, v jehož rámci jedli po dobu šesti měsíců jen polovinu svých obvyklých porcí. Za dobu trvání experimentu zhubli průměrně o polovinu své původní váhy. Ke konci experimentu byli náladoví, ztratili zájem o mezilidské vztahy a mysleli jenom na jídlo. Jakmile jim bylo dovoleno zase normálně jíst, mnoho z nich se začalo přejídat, ačkoli to před započítím experimentu nikdy nedělali.

#### **4.1.8 Rizikové zájmy a profese**

„Štíhlost je v současné době společensky preferována a je symbolem krásy a úspěchu. Mnohdy stojí na počátku vzniku onemocnění právě touha po úspěchu v budoucím zaměstnání“ (Navrátilová, 2000. s. 2). Je mnoho autorů, kteří se zabývají socio-profesionálními skupinami, pro něž má výkon, tělesný vzhled a obzvláště pak tělesná hmotnost rozhodující význam. Velmi rizikovými profesními skupinami jenž bychom mohli uvést, jsou například baletky, profesionální tanečnice a nesmíme opomenout velmi rizikovou skupinu profesionálních modelek (Papežová, 2010).

„Několik autorů dále uvádí další rizikové skupiny pro vznik poruchy příjmu potravy v souvislosti se svou profesí např. zápasníků, žokejů, gymnastek, atletů atd.“ (Krch a kol., 1999. s. 43-44).

## 5 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A ADHD

ADHD (attention deficit hyperaktivity disorder) je považované za typické onemocnění dětského věku, které je charakterizováno příznaky nepozornosti, hyperaktivity a impulzivitu. Na tuto poruchu lze pohlížet jako na neuro-vývojovou dysfunkci s genetickým podkladem, který tvoří podle různých studií 60-80%. Četnost výskytu ADHD uvádí studie v rozmezí 5-10% u školních dětí, u 80% z nich přecházejí příznaky ADHD do adolescence a u 60% adolescentů se některé příznaky vyskytují i v dospělosti. Impulzivní chování, které je jedním ze základních příznaků ADHD, se může vyskytnout i u řady poruch příjmu potravy. Ve spektru poruch příjmu potravy přibývá tohoto chování směrem od restriktivní anorexie, kde se impulzivita vyskytuje málo, přes purgativní anorexii a bulimii k přejídání a obezitě, kde je impulzivita velmi častá. Na ADHD lze pohlížet i jako na poruchu sebe-kontroly, kdy jedinec s ADHD není schopen i přes dobrou znalost a pochopení požadovaného výkonu dosáhnout tohoto cíle, který vyžaduje opakované vyhodnocení situace, naplánování nové strategie a regulování vlastního chování. Děti s ADHD velmi často selhávají zejména v dosahování vzdálenějších a náročnějších cílů a jsou málo oceňované, proto preferují snadný zisk v dohledné době. Spolu s časným výskytem narušené závislosti na odměně může snadno dostupná odměna v podobě příjmu oblíbené potravy, hrát v systému odměňování značnou roli (Papežová, 2010).

Současný výskyt více nemocí u poruch příjmu potravy představují obecně poměrně častý problém, k nejčastějším patří poruchy nálady a úzkostné poruchy. Zkoumá se vyšší výskyt poruch příjmu potravy u dívek s ADHD, které se často pojí zejména s obezitou a impulzivním nebo nočním přejídáním. U obézních pacientů s ADHD byl popsán častý výskyt bulimického chování. Každá kombinace ADHD a poruchy příjmu potravy je rizikovým faktorem pro výskyt další současně se vyskytující nemoci včetně poruch chování. Nejčastěji popisovanou současně se vyskytující nemocí s ADHD z okruhu poruch příjmu potravy je impulzivní přejídání (binge eating), někdy spojované s poruchou spánku (Papežová, 2010).



Pro praxi v této oblasti vyplývá kromě doporučení modifikace terapeutické péče pro pacienty se současně vyskytující se jinou nemocí a poruchou příjmu potravy s ADHD také potřeba cíleného vyhledávání ADHD příznaků mezi obézními pacienty s bulimickými příznaky a potenciální možnost využití terapie stimulancii u obézních pacientů a s bulimickým chováním. Informace o genetickém podkladě onemocnění mohou ovlivňovat chápání i léčbu psychických poruch a představují v oblasti poruch příjmu potravy relativně nový faktor, s kterým je nutné adekvátně pracovat i v rámci psychoterapeutické péče (Papežová, 2010).

## 6 PROČ SE DÍVKY TRPÍCÍ MENTÁLNÍ ANOREXIÍ VIDÍ TLUSTÉ?

Jak je možné, že se extrémně vyhublá dívka s mentální anorexií vidí jako tlustá? V posledních letech se výzkumníci na tuto otázku snaží odpovědět pomocí funkčních zobrazovacích metod. Flexibilním a relativně přesným nástrojem v takovém výzkumu je technika funkční magnetické rezonance (dále uváděno jako fMRI), která za pomoci silného magnetického pole sleduje změny prokrvení v jednotlivých strukturách mozku a tím nepřímě měří jejich aktivitu. Je sice fascinující vidět mozek fungovat, ale nesmíme přitom zapomínat na četné problémy spojené s touto metodou. Jelikož signál fMRI je kontaminován velkým množstvím šumu, můžeme pomocí složité analýzy identifikovat jen ty aspekty mozkové činnosti, které se spolehlivě opakují za určitých podmínek a zároveň opakovaně nejsou přítomny za podmínek kontrolních. Nejčastěji se z toho snažíme docílit prezentací různých obrázků: při výzkumu neurálních mechanismů symptomů u poruch příjmu potravy byly například použity fotografie kalorických jídel (pizza, těstoviny, dort, čokoláda atd.), které se střídaly s běžnými předměty bez vztahu k jídlu (provázek, květina, svorky a papír, obálky atd.). Předpokládalo se přitom, že myšlenky a emoce tvořící symptomatiku poruch příjmu potravy se budou pravděpodobněji vyskytovat při pohledu na dort než na provázek. Aby se pravděpodobnost výskytu symptomů zvýšila, dávala se zkoumaným ženám instrukce, aby si představily, že jídlo na fotografii jedí (nebo dotyčný předmět používají). Střídavě bylo ukázáno deset fotografií jídla a deset kontrolních stimulů a to několikrát (obvykle pětkrát) opakovaně (s novými obrázky). Analýza potom identifikovala oblasti mozku, které jsou aktivnější vždy při pohledu na obrázky jídla, než při prezentaci kontrolních fotografií předmětů. Aktivita v těchto oblastech byla statisticky srovnávána mezi pacientkami s poruchou příjmu potravy a zdravými ženami, případně se sledovaly korelace takové aktivity s klinickými charakteristikami. Tímto způsobem se zjistilo, že ženy trpící poruchou příjmu potravy se liší od zdravých žen reaktivitou na jídlo v mediálních částech čelního laloku (Uher et al., in Papežová, 2010). Tato abnormální reaktivita byla společná skupinám žen s mentální anorexií a bulimií a byla specificky přítomná v odpovědi na kalorické jídlo (nevyskytla se například v reakci na obrázky se silným emočním obsahem)(Papežová, 2010).

## 7 ATROFIE MOZKU

U mentální anorexie a v menší míře u mentální bulimie byl pravidelně zjišťován menší rozměr mozku a rozšířené prostory vyplněné mozkomíšním mokem, tedy obraz atrofie mozku. Ačkoli určitý stupeň mozkové atrofie byl zjištěn i u jiných duševních poruch, u poruch příjmu potravy je deficit nejvýraznější. U několika patientek byla provedena pomocí počítačové tomografie (CT) měření rozměru mozku. U 50 patientek s mentální anorexií, 50 s mentální bulimií. Jedna třetina patientek s mentální bulimií a dvě třetiny patientek s mentální anorexií měly rozšířené komory na úkor mozkové tkáně (Papežová, 2010).

Modernější metoda magnetické nukleární rezonance (MRI) přinesla lepší rozlišení a možnost odděleně posuzovat změny v šedé a bílé hmotě mozkové. Zjistilo se, že atrofie v akutní fázi onemocnění difuzně postihuje většinu mozku a ubývá šedé i bílé hmoty. Relativní poškození těchto dvou složek mozkové tkáně však může záviset na věku, kdy onemocnění začalo. U pediatrických patientek s počátkem onemocnění kolem 13. roku věku byl zjištěn výrazný úbytek šedé hmoty mozkové, u dospělých patientek s mediánem začátku onemocnění kolem 18. roku byl úbytek šedé hmoty malý, úbytek bílé hmoty byl v obou souborech podobný a korespondoval se stupněm podváhy v době vyšetření (Papežová, 2010).

Co způsobuje atrofii mozku u poruch příjmu potravy, není zcela jasné. U mentální anorexie je v důsledku podvýživy atrofické celé tělo a úbytek mozkové tkáně může být jednoduše součástí všeobecného katabolismu. U mentální bulimie a purgativní formy mentální anorexie může hrát roli také nerovnováha elektrolytů způsobená zvracením a abúzem projímadel.

Nabízí se otázka je-li atrofie mozku u poruch příjmu potravy reverzibilní? Převážnou většinu patientek i kliniků zajímá, jestli se po vyléčení a obnovení adekvátního příjmu potravy vrátí mozek i tělo k normálu. Ani odpověď na tuto otázku není jednoduchá. U patientek s mentální anorexií jeden rok po obnovení zdravé tělesné hmotnosti se mozková atrofie upraví částečně: objem bílé hmoty mozkové se vrátí k normálu, mozkové komory však zůstávají o něco větší než u zdravých osob a u patientek s časným začátkem onemoc-

nění částečně přetrvává i deficit šedé hmoty mozkové (Papežová, 2010). Zatím nejsou dlouhodobější studie a není tady jasné, zda je úbytek šedé hmoty mozkové částečně nezvratný, anebo jen potřebuje k obnově delší dobu. Jelikož atrofie šedé hmoty zůstává výraznější u dívek s časným začátkem onemocnění a vážnou podváhou v anamnéze (koreluje s nejnižším dosaženým BMI, nikoli s BMI současným), zdá se pravděpodobné, že úbytek šedé hmoty přetrvává jako jizva po závažném nedostatku živin (nebo nadbytku stresu) v době dospívání (Papežová, 2010).

Ačkoli jsou studie neurobiologie mozku (funkční zobrazování) pravidelně publikovány v předních časopisech, pro léčbu tento výzkum má zatím malý význam. Nejužitečnější je psychoedukace (zobrazení atrofie mozku může pro pacientky s vyššími intelektuálními ambicemi působit promotivačně). Mnoho z těch, kdo tyto nákladné metody prováděli, očekávali více užitečných, jinak nedostupných informací. Prvním krokem byla fMRI studie srovnávající reakci mozku na kalorické jídlo u pacientek s různým vyústěním mentální anorexie. Zatímco reaktivita na obrázky jídla byla společná skupinám dlouhodobě uzdravených a chronicky nemocných žen, i přesto se něčím lišily. Uzdravené ženy měly aktivitu přední a laterální frontální kůry podobnou zdravým kontrolám, zatímco u chronicky nemocných žen byla reaktivita výrazně snížena. Jednalo se ale o průřezovou studii a neví se, zda rozdíl byl přítomen již v době, kdy všechny ženy byly nemocné, nebo jestli se reaktivita přední a laterální frontální kůry rozvinula v rámci procesu uzdravení. (Papežová, 2010).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 8 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části je zkoumán vliv rodinného prostředí ve vztahu k nadváze a dietám, dále kolik lidí z celkového počtu respondentů aktivně ovlivňuje svoji tělesnou hmotnost a u kolika respondentů z výzkumného vzorku se vyskytují stravovací či jiné rizikové postoje pro vznik poruchy příjmu potravy. Následně je zjišťována informovanost široké veřejnosti o jiných druzích poruch příjmu potravy než je mentální anorexie a bulimie.

### 8.1 Metody práce

Ke zjištění těchto informací byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Nejprve byla provedena pilotní studie, kdy bylo rozdáno několik dotazníků a po jejich vyhodnocení byly některé položky upraveny. Dotazníky z pilotního průzkumu nebyly zahrnuty do celkového počtu získaných dotazníků. Dotazník obsahuje 26 dotazníkových položek, které byly vytvořeny pro zjištění informací, které jsem si vytyčila.

### 8.2 CÍLE PRÁCE

1. Zjistit z jakého rodinného prostředí ve vztahu k nadváze a dietám vycházejí respondenti
2. Zjistit kolik lidí z celkového počtu respondentů aktivně ovlivňuje svoji tělesnou hmotnost, či má již nějaké zkušenosti s držetím diet/y
3. Zjistit u kolika respondentů z výzkumného vzorku se vyskytují stravovací či jiné rizikové postoje pro vznik poruchy příjmu potravy
4. Zjistit jaká je informovanost široké veřejnosti o jiných druzích poruch příjmu potravy než je mentální anorexie a bulimie

Dotazník obsahuje otázky uzavřené s možností výběru odpovědi i otázky otevřené s volnou odpovědí. Dotazník je obsažen v příloze č. 1.

### 8.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníky byly cíleně rozdány pěti skupinám respondentů- běžným občanům (dále v textu ostatní), středoškolským studentům se stavebním zaměřením studia, vysokoškolským studentům s ekonomickým zaměřením studia a vysokoškolským studentům se zdravotnickým zaměřením studia, poslední skupinu tvořily všeobecné sestry.

## **8.4 Organizace výzkumu**

Výzkum probíhal ve dnech měsíců listopadu a prosince 2010 a také ledna 2011, dotazník byl zcela anonymní. V tištěné formě bylo rozdáno 100 dotazníků a návratnost byla 79%, dalších 124 dotazníků bylo vyplněno elektronickou formou. Dotazníky byly rozesílány cíleně vybraným skupinám respondentů, v tištěné podobě byly rozdávány běžným občanům např. stavařům, dělníkům, pošťačkám, úředníkům, řidičům z povolání, atd. Celkem bylo vyplněno 178 dotazníků. S dotazníky jenž byly cíleně rozesílány elektronickou formou nebyl problém s návratností, pouze tištěných se celkově vrátilo o něco méně než byl celkový počet rozdaných, pravděpodobně z důvodu odpovědí na intimní otázky a strachu z jejich zveřejnění.

### **8.4.1 Analýza zjištěných dat**

Údaje, které byly dotazníkovým šetřením získány, byly zpracovány čárkovací metodou a poté vyhodnoceny pomocí tabulek a grafů v programu Excel. V tabulkách jsem zaznamenala absolutní četnost výskytu daných odpovědí, z nichž jsem počítala relativní četnost výskytu odpovědí u dané skupiny respondentů. Vše je doplněno o slovní komentář. Každá zpracovaná položka tedy obsahuje graf, tabulku a slovní komentář.

## 9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tato otázka je samostatně vyhodnocována v každé z následujících otázek v dotazníku.

### Otázka č. 2:

Kategorie respondentů byly vybírány záměrně, tudíž jsem tuto otázku nevyhodnocovala, ale respondenty dle ní rozdělila do několika kategorií:

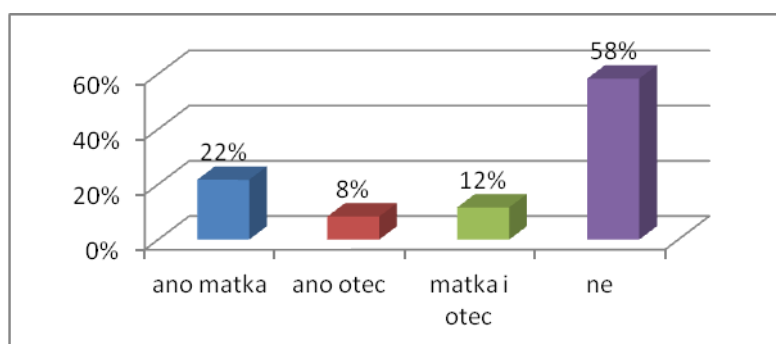
- běžní občané (dále v textu ostatní)
- středoškolští studenti se stavebním zaměřením studia
- vysokoškolští studenti s ekonomickým zaměřením studia
- vysokoškolští studenti se zdravotnickým zaměřením studia (dále v textu VŠ sestry)
- všeobecné sestry.



## Otázka č. 3: Trpí (trpěli) Vaši rodiče nadváhou ?

Tab. č. 1

Ostatní	ano matka	ano otec	matka i otec	ne	Absolutní četnost
ženy	11	3	6	22	42
muži	2	2	1	13	18
Absolutní četnost	13	5	7	35	60
Relativní četnost	22%	8%	12%	58%	100%

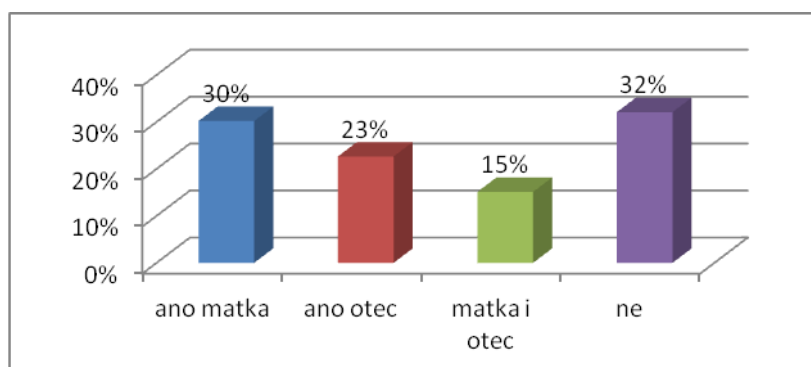


Graf. č.1

-58% respondentů odpovědělo, že jejich rodiče netrpěli nadváhou, 22% že matka ano, 12% že otec ano a 8% že Oba rodiče trpěli nadváhou.

Tab. č. 2

Všeobecné sestry	ano matka	ano otec	matka i otec	ne	Absolutní četnost
Sestry	16	12	8	17	53
Relativní četnost	30%	23%	15%	32%	100%

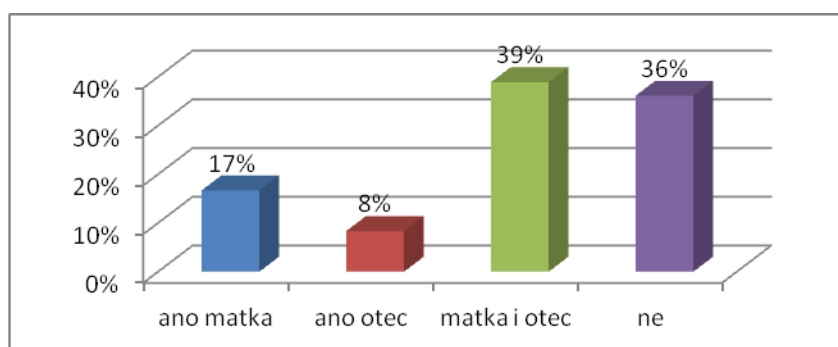


Graf. č.2

- 32% respondentů odpovědělo, že jejich rodiče netrpěli nadváhou, 30% že matka ano, 23% že otec ano a 15% oba dva rodiče trpěli nadváhou.

Tab. č. 3

Středoškoláci	ano matka	ano otec	matka i otec	ne	Absolutní četnost
ženy	6	3	14	0	23
muži	0	0	0	13	13
Absolutní četnost	6	3	14	13	36
Relativní četnost	17%	8%	39%	36%	100%

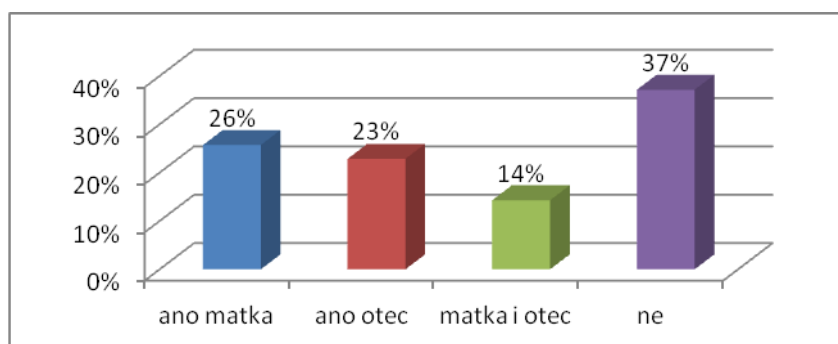


Graf. č.3

-36% respondentů odpovědělo, že jejich rodiče netrpěli nadváhou, 17% že matka ano, 8% že otec ano a 39% oba dva rodiče trpěli nadváhou.

Tab. č. 4

Vysokoškoláci	ano matka	ano otec	matka i otec	ne	Absolutní četnost
ženy	4	4	2	9	19
muži	5	4	3	4	16
Absolutní četnost	9	8	5	13	35
Relativní četnost	26%	23%	14%	37%	100%

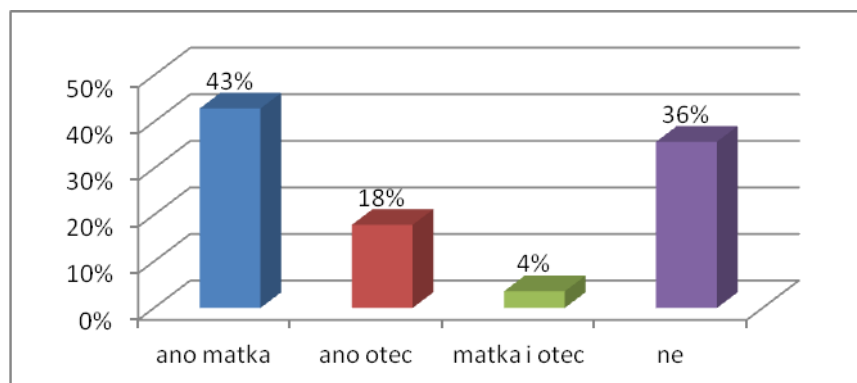


Graf. č.4

-37% respondentů odpovědělo, že jejich rodiče netrpěli nadváhou, 26% že matka ano, 23% že otec ano a 14% oba dva rodiče trpěli nadváhou.

Tab. č. 5

Sestry VŠ	ano matka	ano otec	matka i otec	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	12	5	1	10	28
Relativní četnost	43%	18%	4%	36%	100%



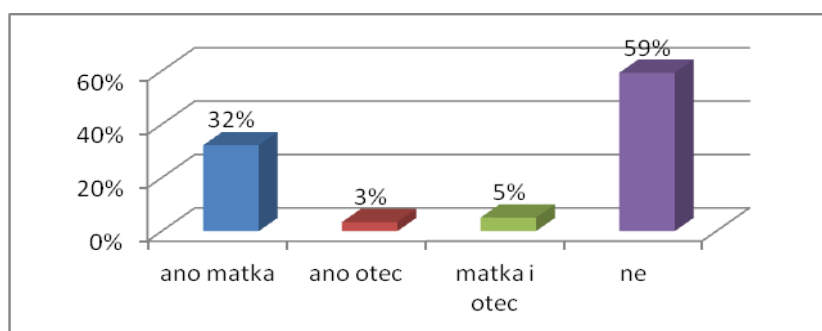
Graf. č.5

-36% respondentů odpovědělo, že jejich rodiče netrpěli nadváhou, 43% že matka ano, 18% že otec ano a 4% oba dva rodiče trpěli nadváhou.

**Otázka č. 4a: Držel některý z Vašich rodičů někdy dietu ?**

Tab. č. 6

Ostatní	ano matka	ano otec	matka i otec	ne	Absolutní četnost
ženy	13	1	1	26	41
muži	6	1	2	9	18
Absolutní četnost	19	2	3	35	59
Relativní četnost	32%	3%	5%	59%	100%

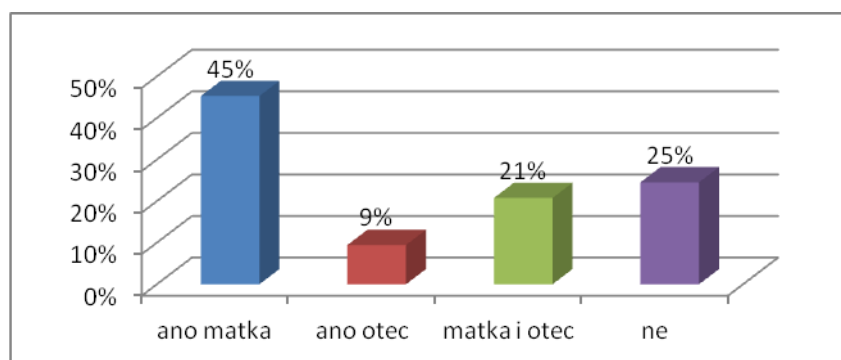


Graf. č.6

-32% respondentů odpovědělo, že matka držela dietu, 3% že otec, 5% že matka i otec, 59% že žádný z rodičů.

Tab. č. 7

Všeobecné sestry	ano matka	ano otec	matka i otec	ne	Absolutní četnost
Sestry	24	5	11	13	53
Relativní četnost	45%	9%	21%	25%	100%

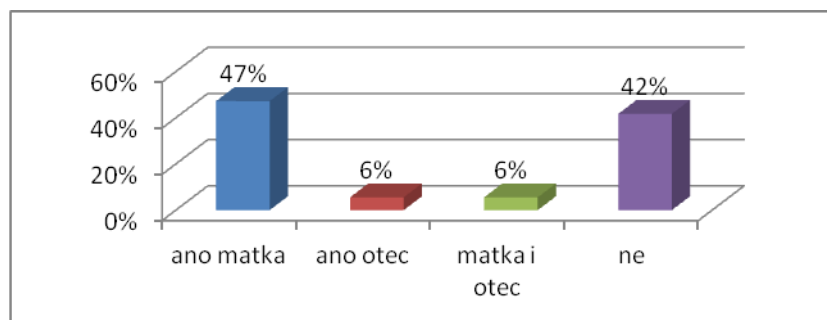


Graf. č.7

-45% respondentů odpovědělo, že matka držela dietu, 9% že otec, 21% že matka i otec, 25% že žádný z rodičů.

Tab. č. 8

Středoškoláci	ano matka	ano otec	matka i otec	ne	Absolutní četnost
ženy	8	2	2	11	23
muži	9	0	0	4	13
Absolutní četnost	17	2	2	15	36
Relativní četnost	47%	6%	6%	42%	100%

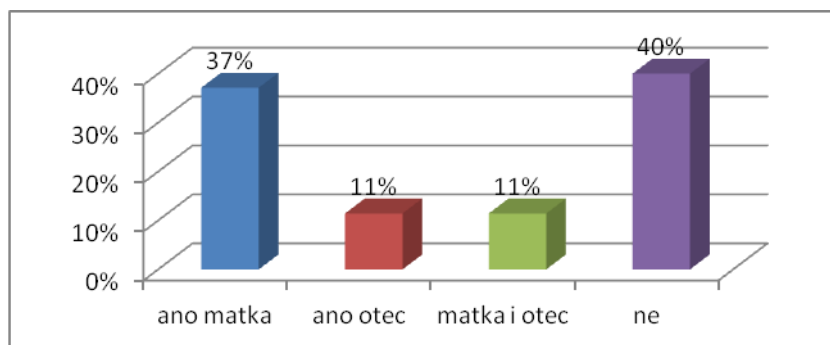


Graf. č.8

-47% respondentů odpovědělo, že matka držela dietu, 6% že otec, 6% že matka i otec, 42% že žádný z rodičů.

Tab. č. 9

Vysokoškoláci	ano matka	ano otec	matka i otec	ne	Absolutní četnost
ženy	9	2	3	5	19
muži	4	2	1	9	16
Absolutní četnost	13	4	4	14	35
Relativní četnost	37%	11%	11%	40%	100%

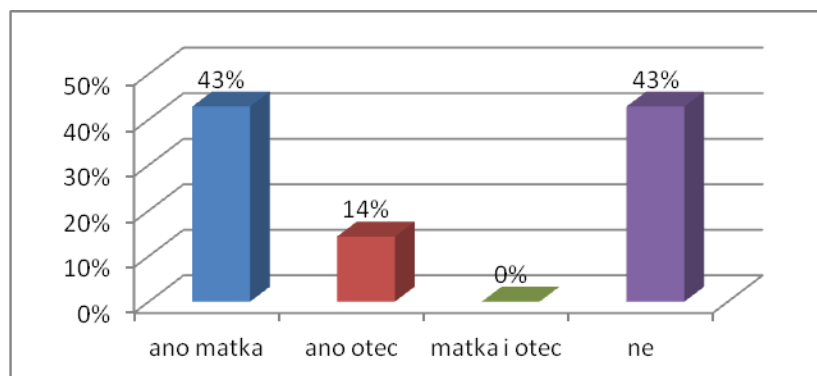


Graf. č.9

-37% respondentů odpovědělo, že matka držela dietu, 11% že otec, 11% že matka i otec, 40% že žádný z rodičů.

Tab. č. 10

Sestry VŠ	ano matka	ano otec	matka i otec	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	12	4	0	12	28
Relativní četnost	43%	14%	0%	43%	100%



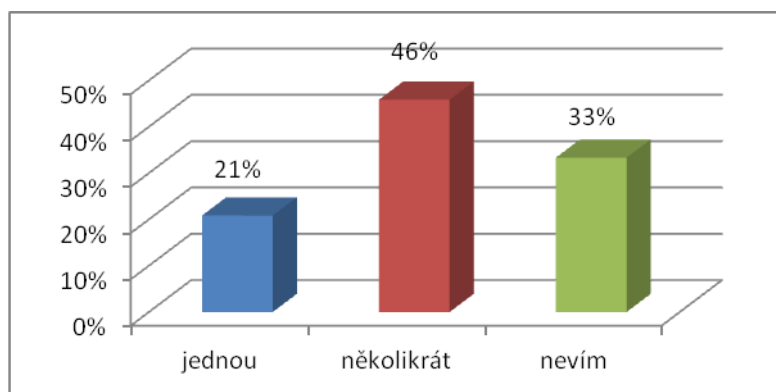
Graf. č.10

-43% respondentů odpovědělo, že matka držela dietu, 14% že otec, 0% že matka i otec, 43% že žádný z rodičů.

**Otázka č. 4b: pokud ano uveďte jak často?**

Tab. č. 11

Ostatní	jednou	několikrát	nevím	Absolutní četnost
ženy	4	8	3	15
muži	1	3	5	9
Absolutní četnost	5	11	8	24
Relativní četnost	21%	46%	33%	100%

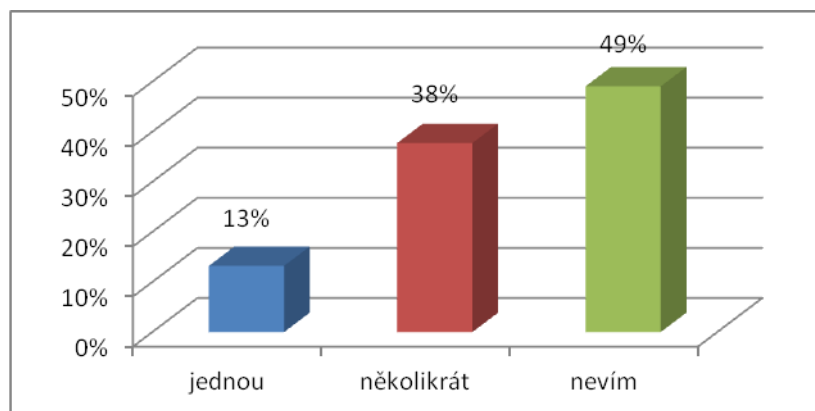


Graf. č.11

-21% respondentů odpovědělo, že některý z jejich rodičů či oba drželi dietu jednou, u 46% drželi několikrát dietu a 33% nevědělo kolikrát některý z rodičů držel dietu.

Tab. č. 12

Všeobecné sestry	jednou	několikrát	nevím	Absolutní četnost
Sestry	7	20	26	53
Relativní četnost	13%	38%	49%	100%

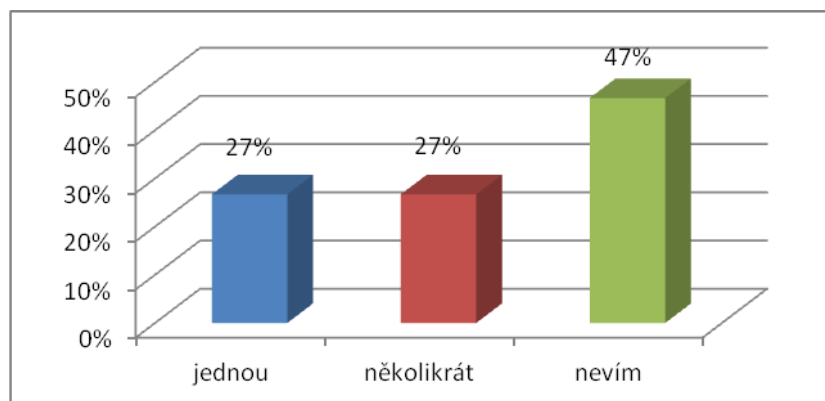


Graf. č.12

-13% respondentů odpovědělo, že některý z jejich rodičů či oba drželi dietu jednou, u 38% drželi několikrát dietu a 49% nevědělo kolikrát některý z rodičů držel dietu.

Tab. č. 13

Středoškoláci	jednou	několikrát	nevím	Absolutní četnost
ženy	2	2	14	18
muži	6	6	0	12
Absolutní četnost	8	8	14	30
Relativní četnost	27%	27%	47%	100%

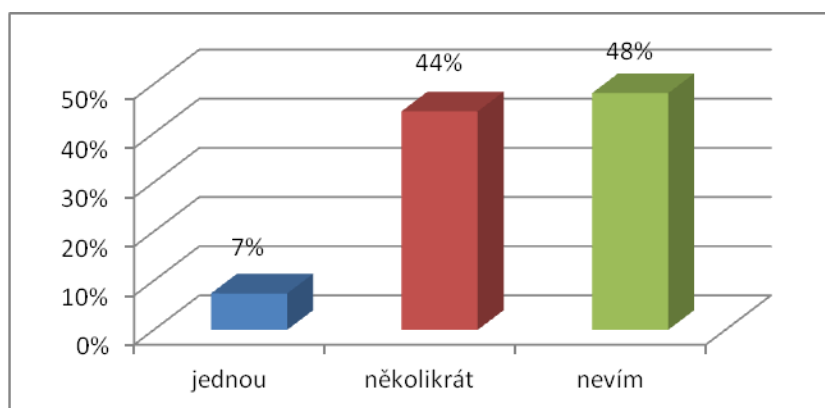


Graf. č.13

-27% respondentů odpovědělo, že některý z jejich rodičů či oba drželi dietu jednou, u 27% drželi několikrát dietu a 47% nevědělo kolikrát některý z rodičů držel dietu.

Tab. č. 14

Vysokoškoláci	jednou	několikrát	nevím	Absolutní četnost
ženy	2	7	5	14
muži	0	5	8	13
Absolutní četnost	2	12	13	27
Relativní četnost	7%	44%	48%	100%



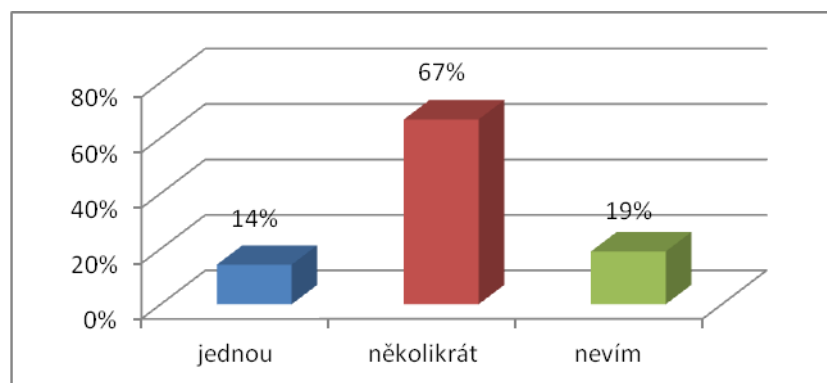
Graf. č.14

-7% respondentů odpovědělo, že některý z jejich rodičů či oba drželi dietu jednou, u 44% drželi několikrát dietu a 48% nevědělo kolikrát některý z rodičů držel dietu.



Tab. č. 15

Sestry VŠ	jednou	několikrát	nevím	Absolutní četnost
Vš. sestry	3	14	4	21
Relativní četnost	14%	67%	19%	100%



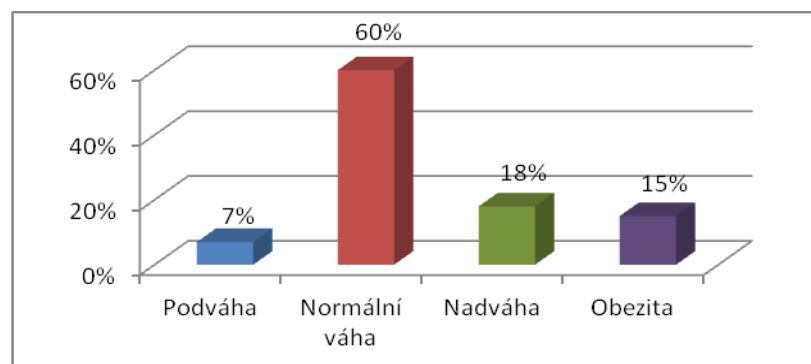
Graf. č.15

-14% respondentů odpovědělo, že některý z jejich rodičů či oba drželi dietu jednou, u 67% drželi několikrát dietu a 19% nevědělo kolikrát některý z rodičů držel dietu.

**Otázka č. 5: Kolik měříte a vážíte? Vypočteno v BMI .**

Tab. č. 16

Ostatní	podváha	normální váha	nadváha	obezita	Absolutní četnost
respondenti	4	36	11	9	60
Relativní četnost	7%	60%	18%	15%	100%

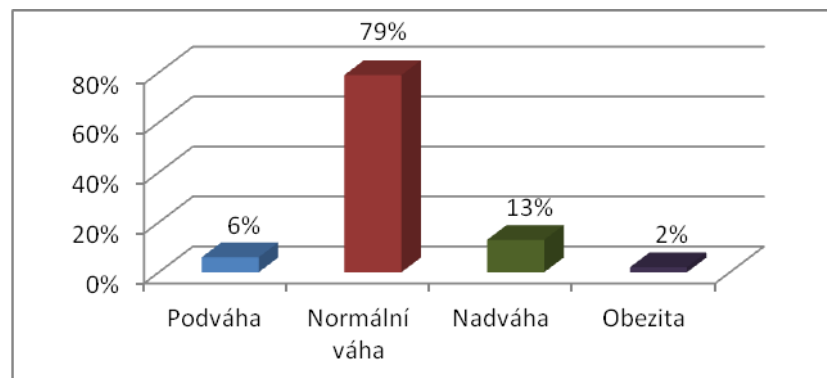


Graf. č.16

-7% respondentů má dle výpočtu BMI podváhu, 60% normální váhu, 18% nadváhu a 15% je obézních.

Tab. č. 17

Všeobecné sestry	podváha	normální váha	nadváha	obezita	Absolutní četnost
respondenti	3	42	7	1	53
Relativní četnost	6%	79%	13%	2%	100%

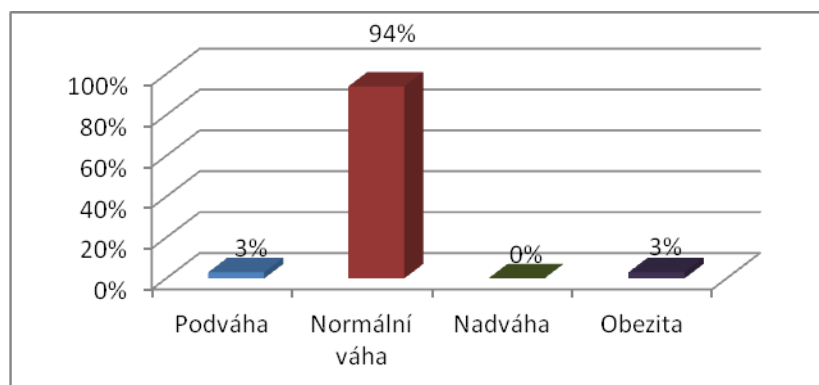


Graf. č.17

-6% respondentů má dle výpočtu BMI podváhu, 79% normální váhu, 13% nadváhu a 2% jsou obézní.

Tab. č. 18

Středoškoláci	podváha	normální váha	nadváha	obezita	Absolutní četnost
respondenti	1	34	0	1	36
Relativní četnost	3%	94%	0%	3%	100%

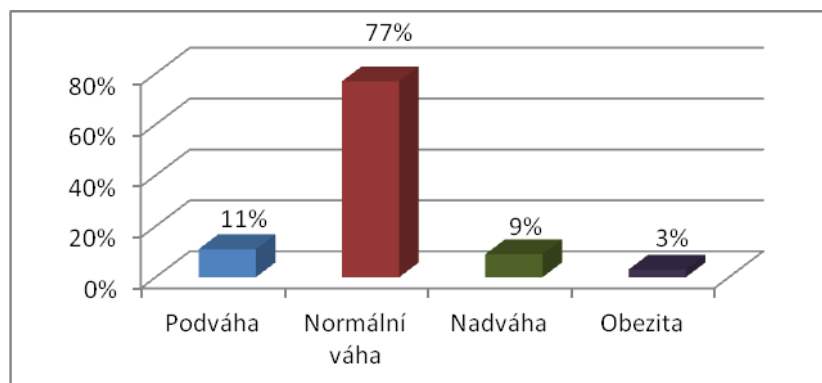


Graf. č.18

-3% respondentů má dle výpočtu BMI podváhu, 94% normální váhu, žádný z respondentů nemá nadváhu a 3% je obézních.

Tab. č. 19

Vysokoškoláci	podváha	normální váha	nadváha	obezita	Absolutní četnost
respondenti	4	27	3	1	35
Relativní četnost	11%	77%	9%	3%	100%

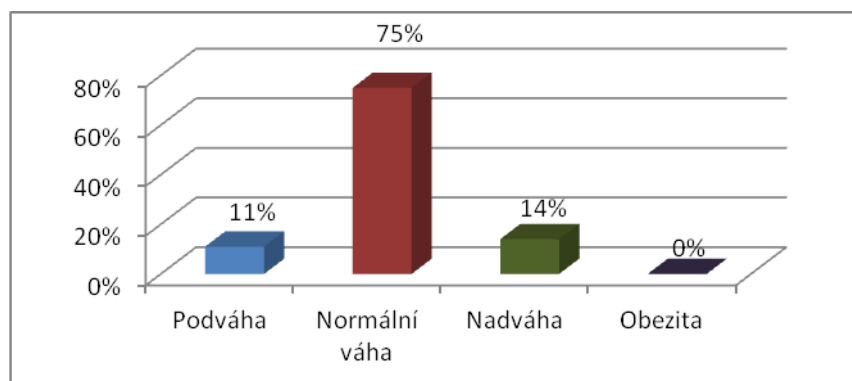


Graf. č.19

-11% respondentů má dle výpočtu BMI podváhu, 77% normální váhu, 9% nadváhu a 3% je obézních.

Tab. č. 20

Sestry VŠ	podváha	normální váha	nadváha	obezita	Absolutní četnost
respondenti	3	21	4	0	28
Relativní četnost	11%	75%	14%	0%	100%



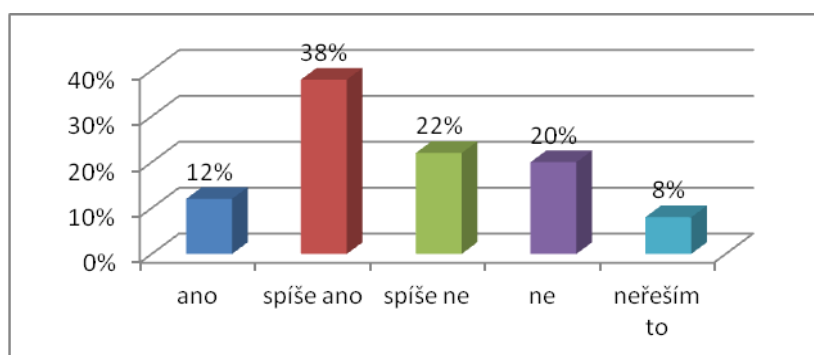
Graf.č.20

-11% respondentů má dle výpočtu BMI podváhu, 75% normální váhu, 14% nadváhu a žádný z respondentů se nenachází ve stupni obezity.

**Otázka č. 6: Jste spokojen/á s tvarem svého těla?**

Tab. č. 21

Ostatní	ano	spíše ano	spíše ne	ne	neřeším to	Absolutní četnost
ženy	3	13	7	7	2	32
muži	3	6	4	3	2	18
Absolutní četnost	6	19	11	10	4	50
Relativní četnost	12%	38%	22%	20%	8%	100%

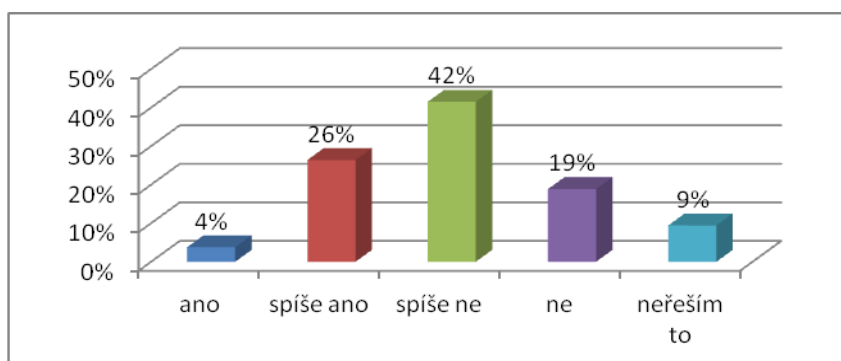


Graf č. 21

-12% respondentů je spokojeno s tvarem svého těla, 38% spíše ano, 22% spíše ne, 20% není spokojeno a 8% tvar svého těla neřeší.

Tab. č. 22

Všeobecné sestry	ano	spíše ano	spíše ne	ne	neřeším to	Absolutní četnost
Sestry	2	14	22	10	5	53
Relativní četnost	4%	26%	42%	19%	9%	100%

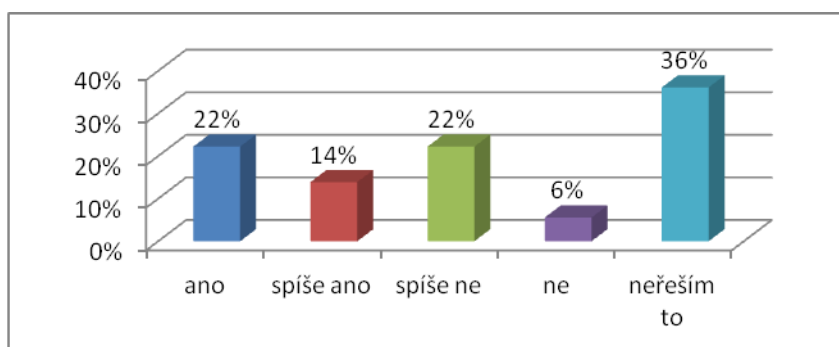


Graf č. 22

-4% respondentů je spokojeno s tvarem svého těla, 26% spíše ano, 42% spíše ne, 19% není spokojeno a 9% tvar svého těla neřeší.

Tab. č. 23

Středoškoláci	ano	spíše ano	spíše ne	ne	neřeším to	Absolutní četnost
ženy	0	5	8	2	8	23
muži	8	0	0	0	5	13
Absolutní četnost	8	5	8	2	13	36
Relativní četnost	22%	14%	22%	6%	36%	100%

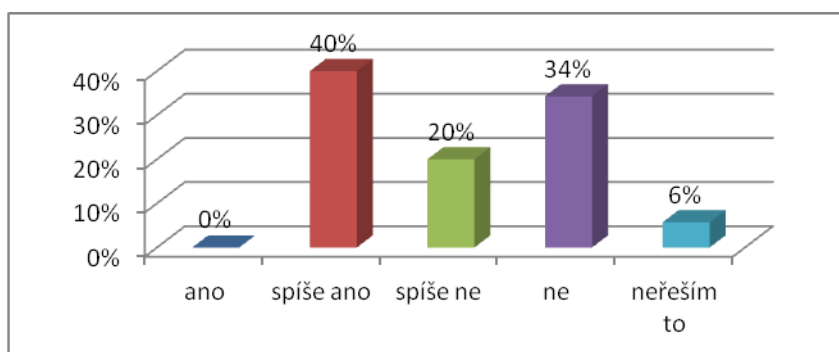


Graf č. 23

-22% respondentů je spokojeno s tvarem svého těla, 14% spíše ano, 22% spíše ne, 6% není spokojeno a 36% tvar svého těla neřeší.

Tab. č. 24

Vysokoškoláci	ano	spíše ano	spíše ne	ne	neřeším to	Absolutní četnost
ženy	0	7	4	6	2	19
muži	0	7	3	6	0	16
Absolutní četnost	0	14	7	12	2	35
Relativní četnost	0%	40%	20%	34%	6%	100%

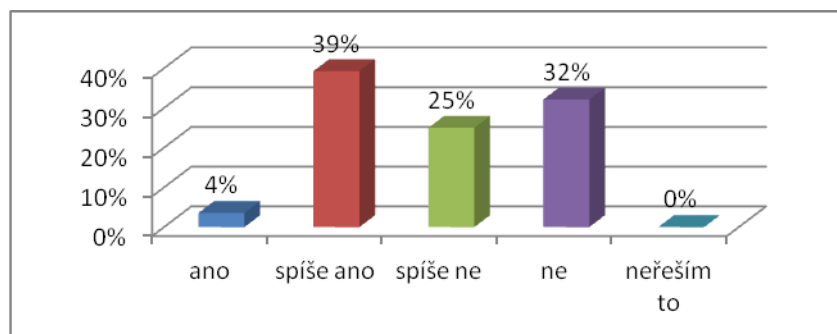


Graf č. 24

Žádný z respondentů není spokojen s tvarem svého těla, 40% spíše ano, 20% spíše ne, 34% není spokojeno a 6% tvar svého těla neřeší.

Tab. č. 25

Sestry VŠ	ano	spíše ano	spíše ne	ne	neřeším to	Absolutní četnost
Vš. sestry	1	11	7	9	0	28
Relativní četnost	4%	39%	25%	32%	0%	100%



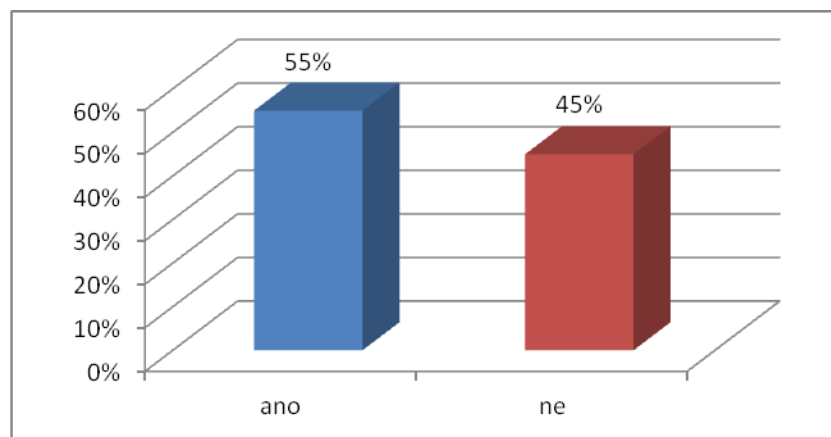
Graf č. 25

-4% respondentů je spokojeno s tvarem svého těla, 39% spíše ano, 25% spíše ne, 32% není spokojeno a žádný z respondentů neodpověděl, že tvar svého těla neřeší.

**Otázka č. 7: Jste spokojen/á se svoji váhou?**

Tab. č. 26

Ostatní	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	23	19	42
muži	10	8	18
Absolutní četnost	33	27	60
Relativní četnost	55%	45%	100%

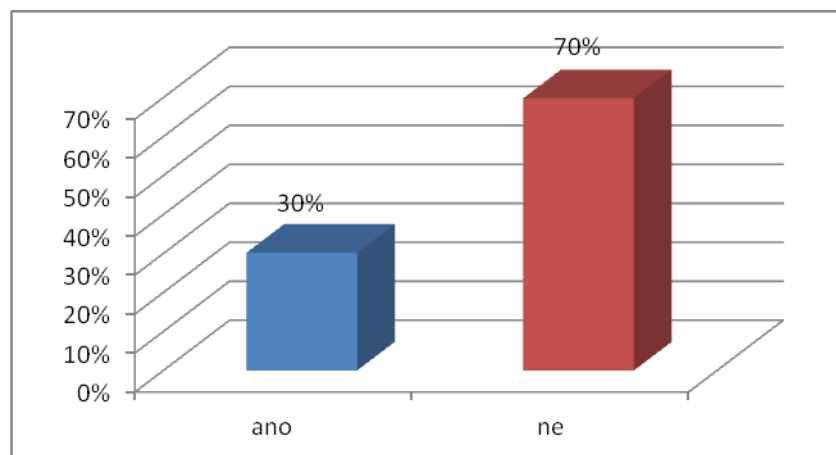


Graf č. 26

-55% respondentů je spokojeno se svoji váhou, 45% není.

Tab. č. 27

Všeobecné sestry	ano	ne	Absolutní četnost
Sestry	16	37	53
Relativní četnost	30%	70%	100%



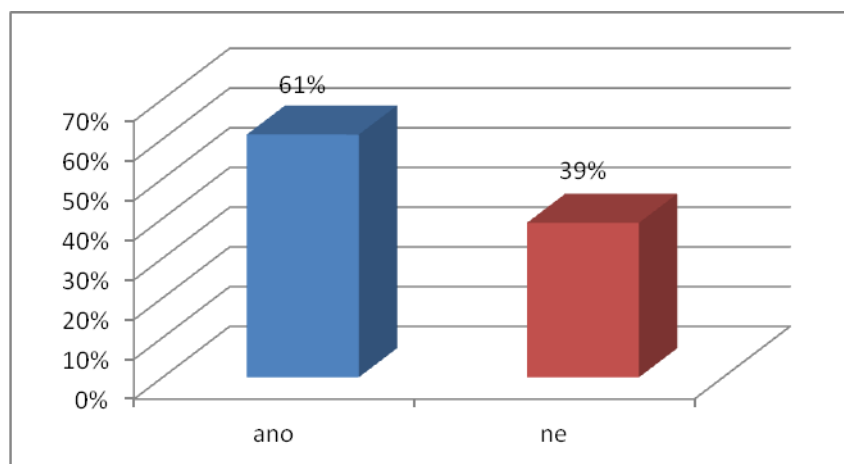
Graf č. 27

-30% respondentů je spokojeno se svoji váhou, 70% není.



Tab. č. 28

Středoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	9	14	23
muži	13	0	13
Absolutní četnost	22	14	36
Relativní četnost	61%	39%	100%

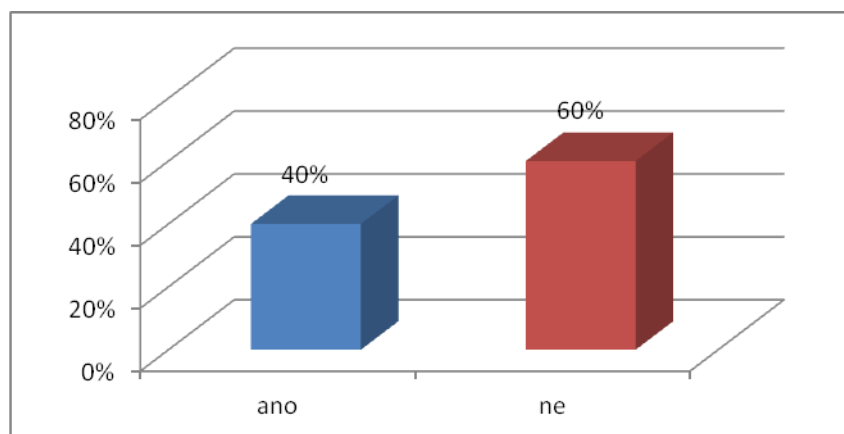


Graf č. 28

-61% respondentů je spokojeno se svojí váhou, 39% není.

Tab. č. 29

Vysokoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	6	13	19
muži	8	8	16
Absolutní četnost	14	21	35
Relativní četnost	40%	60%	100%

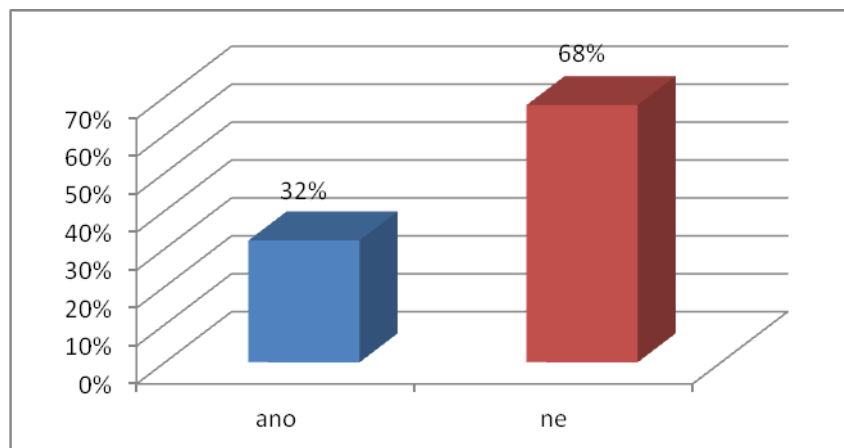


Graf č. 29

-40% respondentů je spokojeno se svojí váhou, 60% není.

Tab. č. 30

Sestry VŠ	ano	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	9	19	28
Relativní četnost	32%	68%	100%



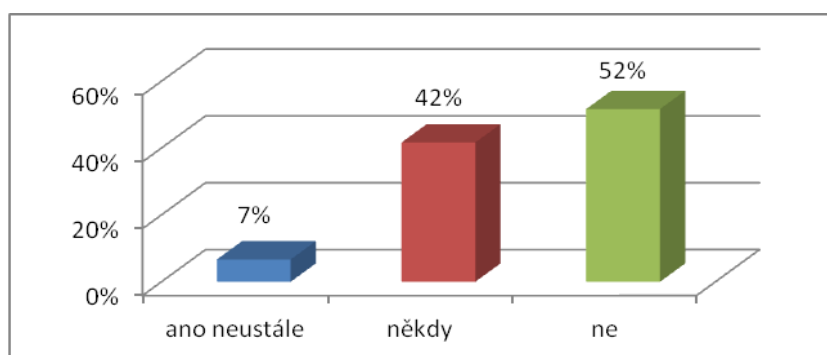
Graf č. 30

-32% respondentů je spokojeno se svoji váhou, 68% není.

**Otázka č. 8: Myslíte často na to kolik vážíte?**

Tab. č. 31

Ostatní	ano neustále	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	1	19	22	42
muži	3	6	9	18
Absolutní četnost	4	25	31	60
Relativní četnost	7%	42%	52%	100%

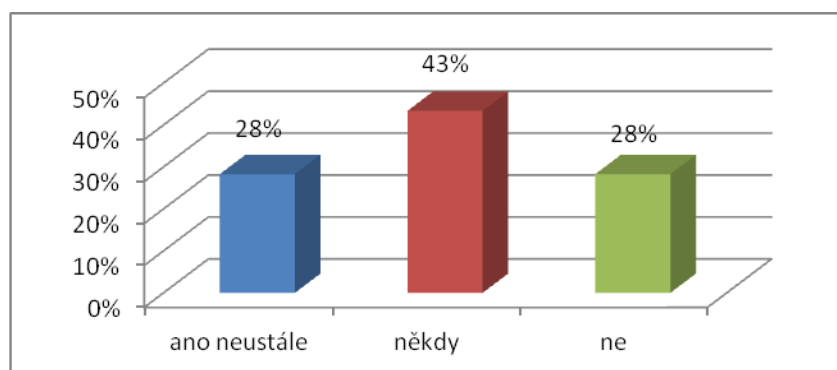


Graf č. 31

-7% respondentů odpovědělo, že neustále musí myslet na to kolik váží, 42% že někdy, 52% respondentů nemyslí na to, kolik váží.

Tab. č. 32

Všeobecné sestry	ano neustále	někdy	ne	Absolutní četnost
Sestry	15	23	15	53
Relativní četnost	28%	43%	28%	100%

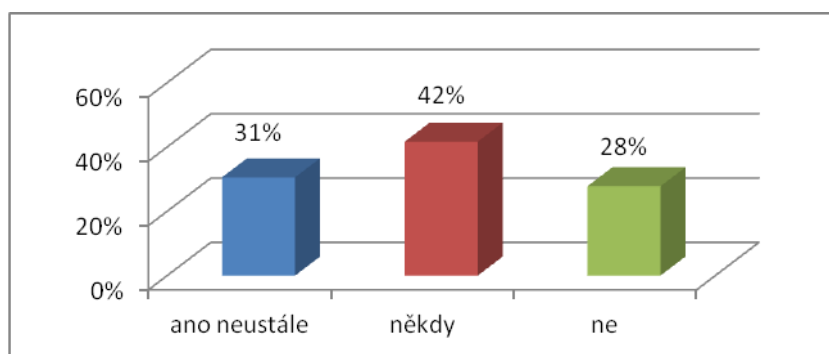


Graf č. 32

-28% respondentů odpovědělo, že neustále musí myslet na to kolik váží, 43% že někdy, 28% respondentů nemyslí na to, kolik váží.

Tab. č. 33

Středoškoláci	ano neustále	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	11	12	0	23
muži	0	3	10	13
Absolutní četnost	11	15	10	36
Relativní četnost	31%	42%	28%	100%

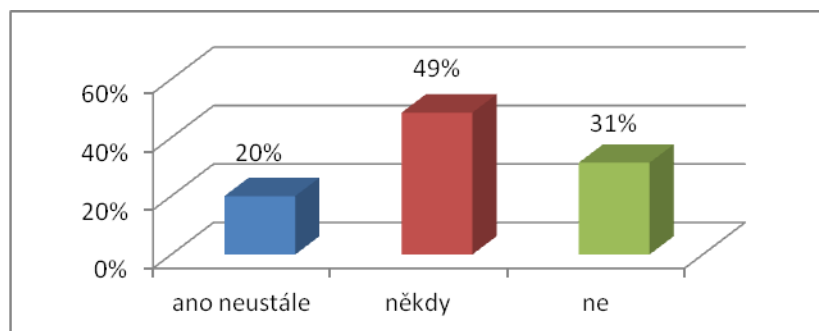


Graf č. 33

-31% respondentů odpovědělo, že neustále musí myslet na to kolik váží, 42% že někdy, 28% respondentů nemyslí na to, kolik váží.

Tab. č. 34

Vysokoškoláci	ano neustále	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	4	11	4	19
muži	3	6	7	16
Absolutní četnost	7	17	11	35
Relativní četnost	20%	49%	31%	100%

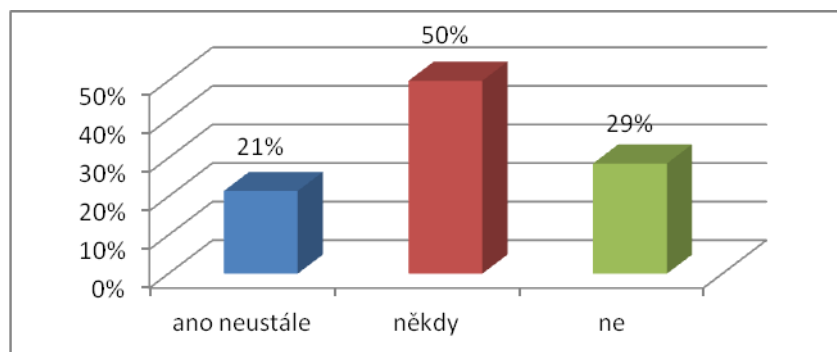


Graf č. 34 -

-20% respondentů odpovědělo, že neustále musí myslet na to kolik váží, 49% že někdy, 31% respondentů nemyslí na to, kolik váží.

Tab. č. 35

Sestry VŠ	ano neustále	někdy	ne	Absolutní četnost
Vš. Sestry	6	14	8	28
Relativní četnost	21%	50%	29%	100%



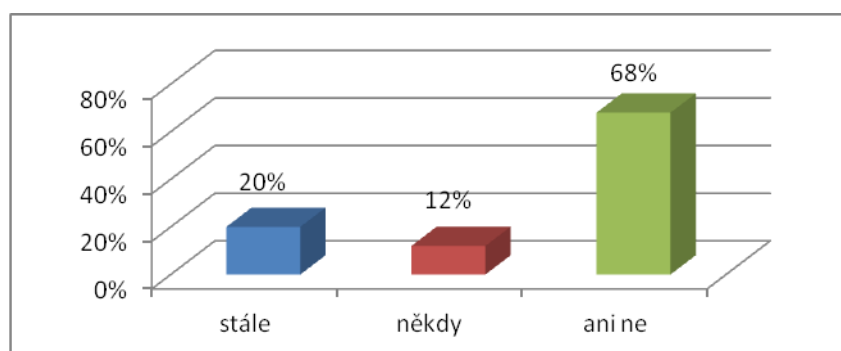
Graf č. 35

-21% respondentů odpovědělo, že neustále musí myslet na to kolik váží, 50% že někdy, 29% respondentů nemyslí na to, kolik váží.

**Otázka č. 9: Děsíte se myšlenky, že byste mohli přibrat?**

Tab. č. 36

Ostatní	stále	někdy	ani ne	Absolutní četnost
ženy	6	4	22	32
muži	4	2	12	18
Absolutní četnost	10	6	34	50
Relativní četnost	20%	12%	68%	100%

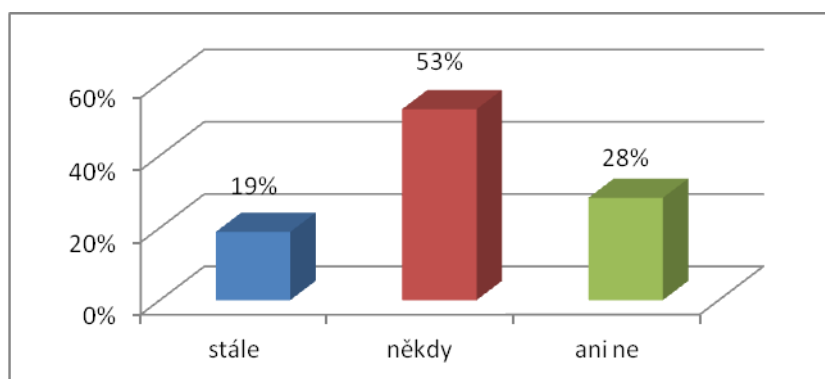


Graf č. 36

-20% respondentů se děsí myšlenky, že by mohli přibrat, 12% se této myšlenky děsí někdy a 68% že ani ne.

Tab. č. 37

Všeobecné sestry	stále	někdy	ani ne	Absolutní četnost
Sestry	10	28	15	53
Relativní četnost	19%	53%	28%	100%

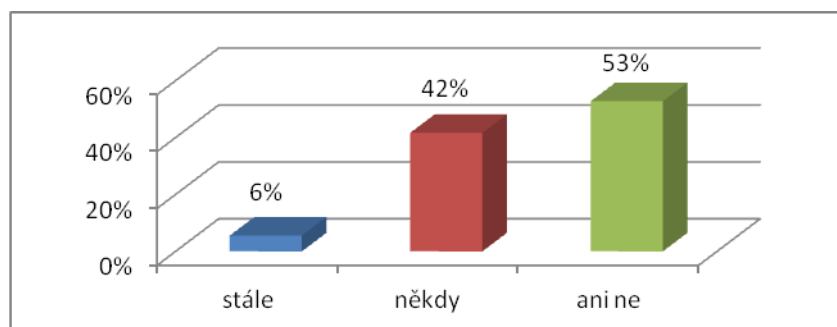


Graf č. 37 -

-19% respondentů se děsí myšlenky, že by mohli přibrat, 53% se této myšlenky děsí někdy a 28% že ani ne.

Tab. č. 38

Středoškoláci	stále	někdy	ani ne	Absolutní četnost
ženy	2	12	9	23
muži	0	3	10	13
Absolutní četnost	2	15	19	36
Relativní četnost	6%	42%	53%	100%

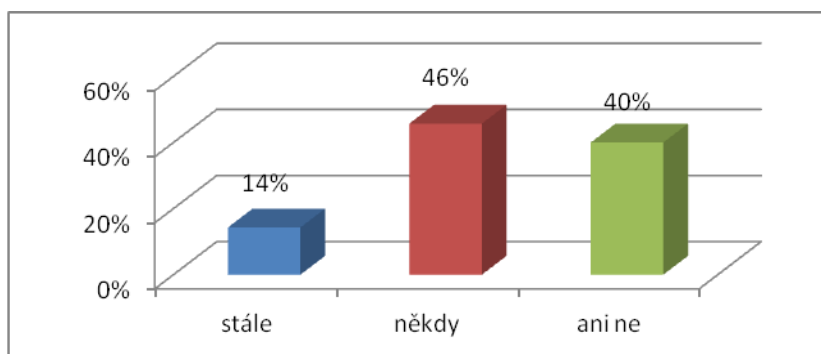


Graf č. 38

-6% respondentů se děsí myšlenky, že by mohli přibrat, 42% se této myšlenky děsí někdy a 53% že ani ne.

Tab. č. 39

Vysokoškoláci	stále	někdy	ani ne	Absolutní četnost
ženy	3	10	6	19
muži	2	6	8	16
Absolutní četnost	5	16	14	35
Relativní četnost	14%	46%	40%	100%

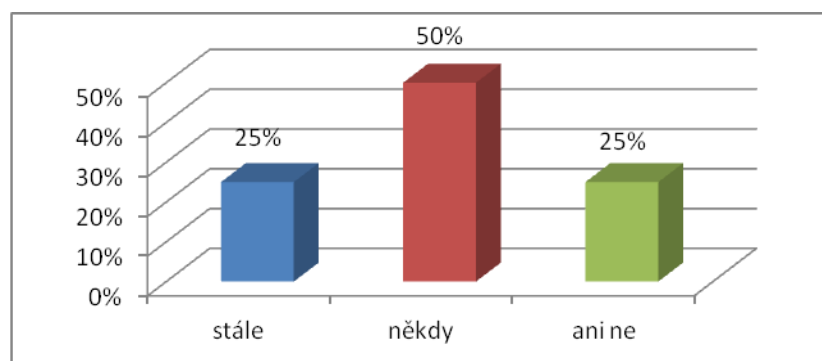


Graf č. 39 -

-14% respondentů se děsí myšlenky, že by mohli přibrat, 46% se této myšlenky děsí někdy a 40% že ani ne.

Tab. č. 40

Sestry VŠ	stále	někdy	ani ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	7	14	7	28
Relativní četnost	25%	50%	25%	100%



Graf č. 40 -

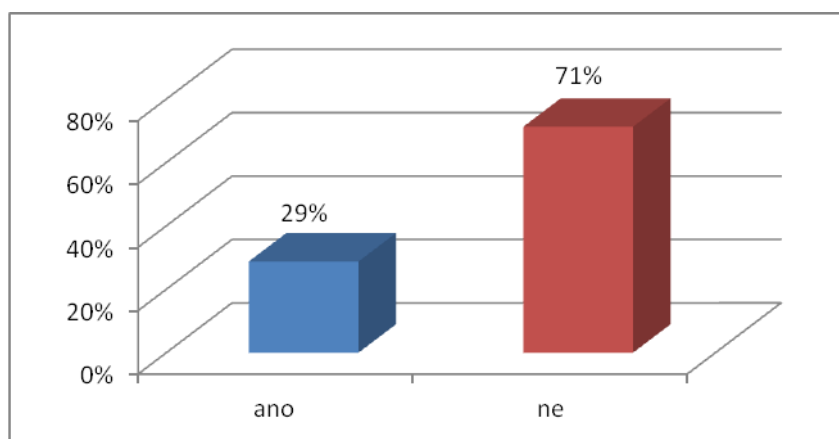
-25% respondentů se děsí myšlenky, že by mohli přibrat, 50% se této myšlenky děsí někdy a 25% že ani ne.



**Otázka č. 10: Držel/a jste někdy v minulosti nějakou dietu?**

Tab. č. 41

Ostatní	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	16	45	61
muži	7	12	19
Absolutní četnost	23	57	80
Relativní četnost	29%	71%	100%

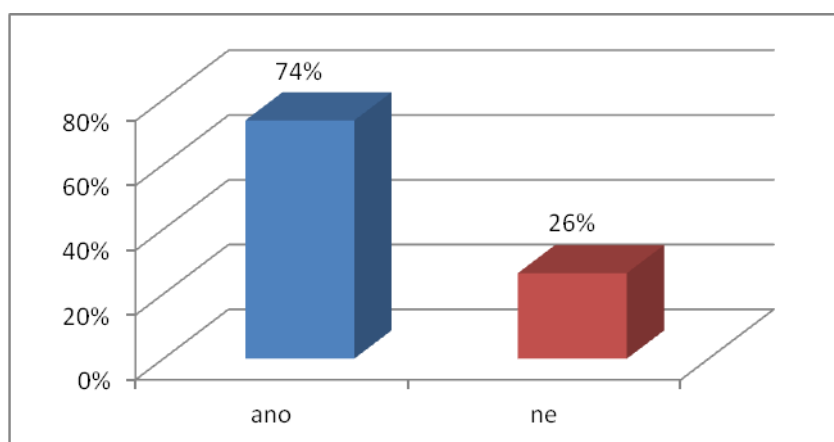


Graf č. 41

-29% respondentů drželo v minulosti někdy nějakou dietu, 71% ne.

Tab. č. 42

Všeobecné sestry	ano	ne	Absolutní četnost
Sestry	39	14	53
Relativní četnost	74%	26%	100%

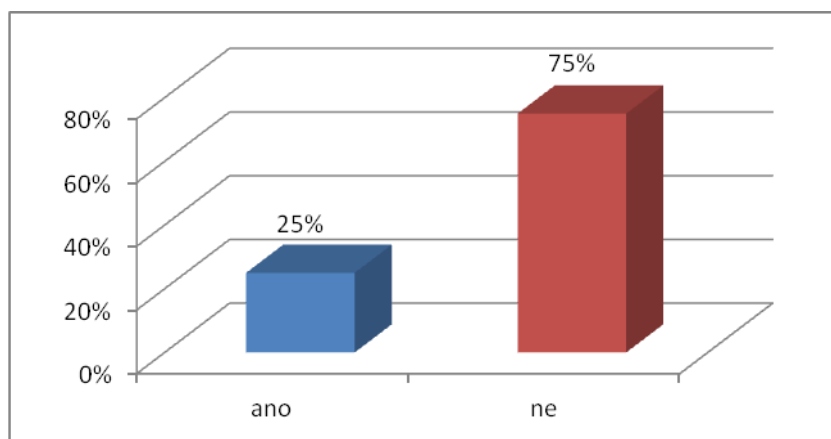


Graf č. 42

-74% respondentů drželo v minulosti někdy nějakou dietu, 26% ne.

Tab. č. 43

Středoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	9	14	23
muži	0	13	13
Absolutní četnost	9	27	36
Relativní četnost	25%	75%	100%

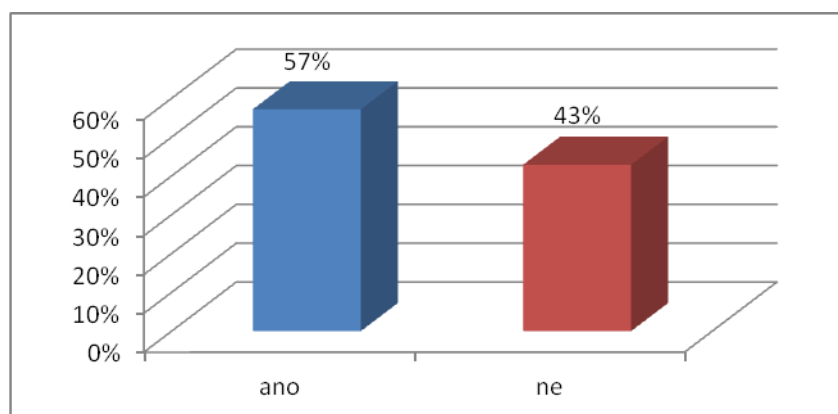


Graf č. 43

-25% respondentů drželo v minulosti někdy nějakou dietu, 75% ne.

Tab. č. 44

Vysokoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	12	7	19
muži	8	8	16
Absolutní četnost	20	15	35
Relativní četnost	57%	43%	100%

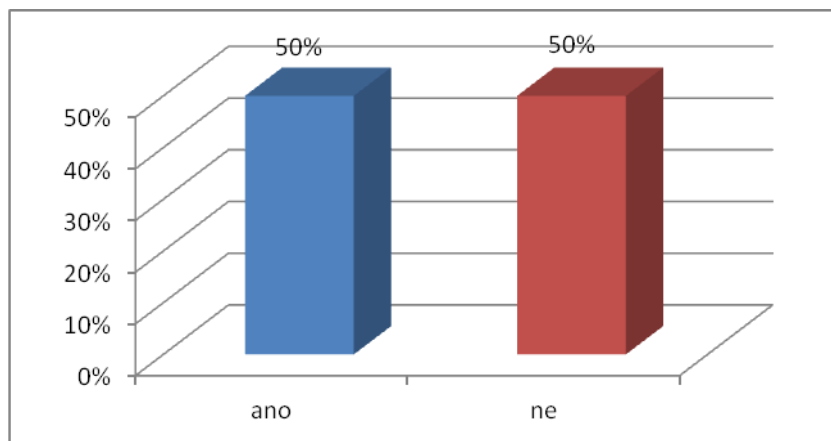


Graf č. 44

-57% respondentů drželo v minulosti někdy nějakou dietu, 43% ne.

Tab. č. 45

Sestry VŠ	ano	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	14	14	28
Relativní četnost	50%	50%	100%



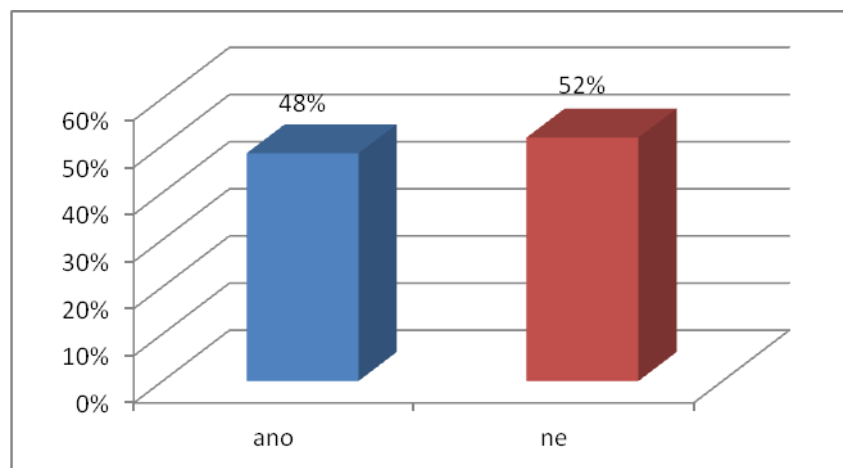
Graf č. 45

-50% respondentů drželo v minulosti někdy nějakou dietu, 50% ne.

**Otázka č. 11: Přál/a by jste si zhubnout?**

Tab. č. 46

Ostatní	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	22	19	41
muži	7	12	19
Absolutní četnost	29	31	60
Relativní četnost	48%	52%	100%

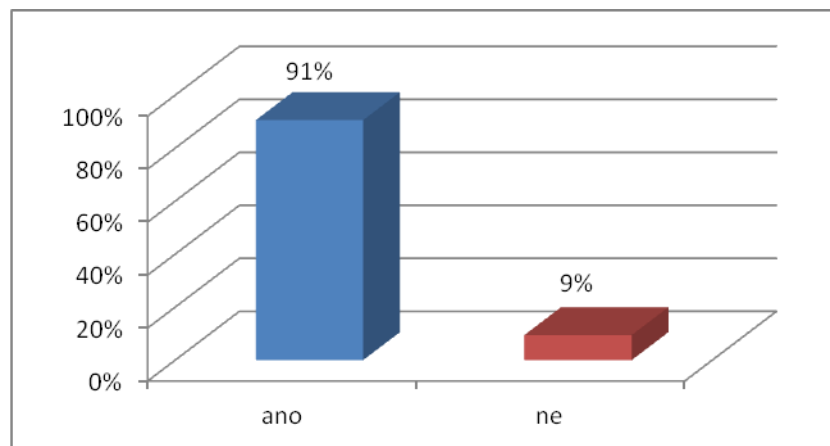


Graf č. 46

-48% respondentů by si přálo zhubnout, 52% ne.

Tab. č. 47

Všeobecné sestry	ano	ne	Absolutní četnost
Sestry	48	5	53
Relativní četnost	91%	9%	100%

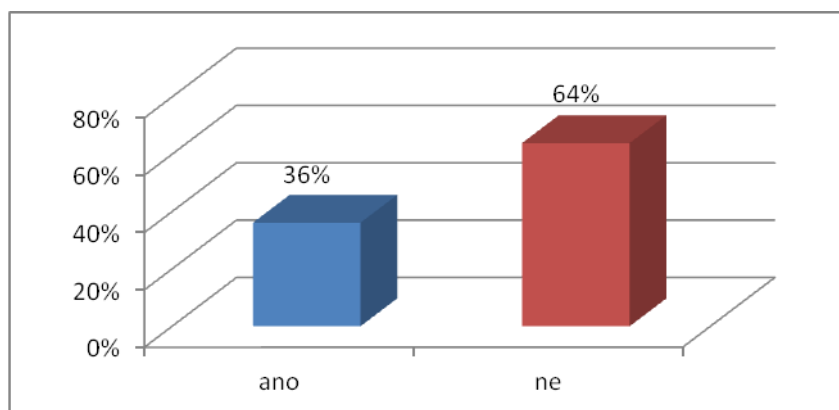


Graf č. 47 -

-91% respondentů by si přálo zhubnout, 9% ne.

Tab. č. 48

Středoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	13	10	23
muži	0	13	13
Absolutní četnost	13	23	36
Relativní četnost	36%	64%	100%

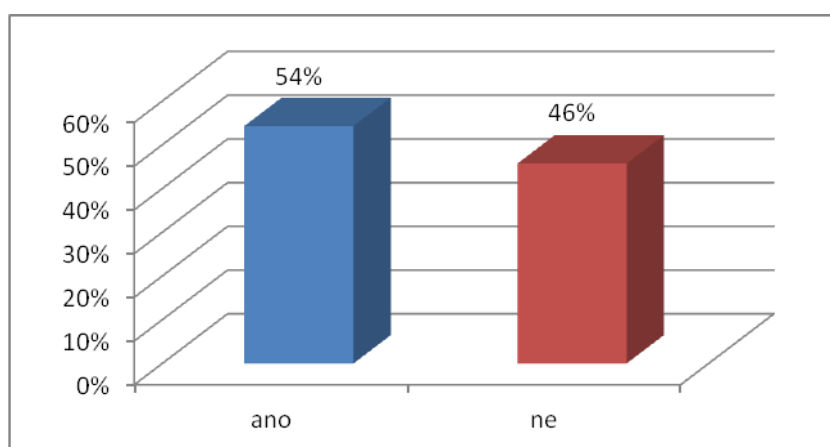


Graf č. 48

-36% respondentů by si přálo zhubnout, 64% ne.

Tab. č. 49

Vysokoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	14	5	19
muži	5	11	16
Absolutní četnost	19	16	35
Relativní četnost	54%	46%	100%

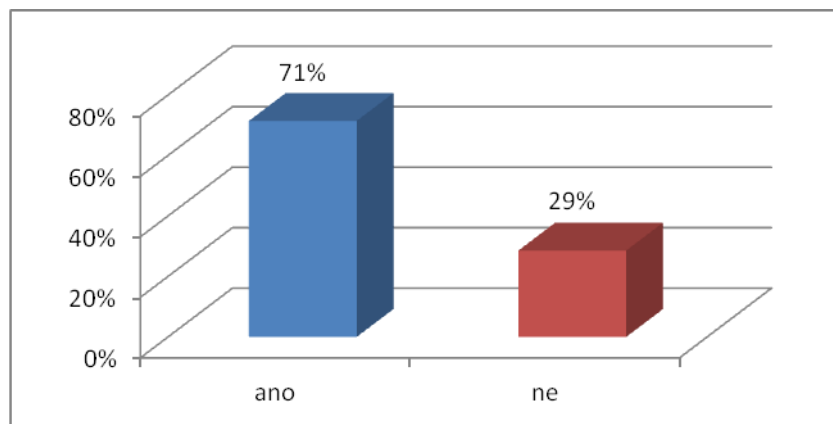


Graf č. 49

-54% respondentů by si přálo zhubnout, 46% ne.

Tab. č. 50

Sestry VŠ	ano	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	20	8	28
Relativní četnost	71%	29%	100%



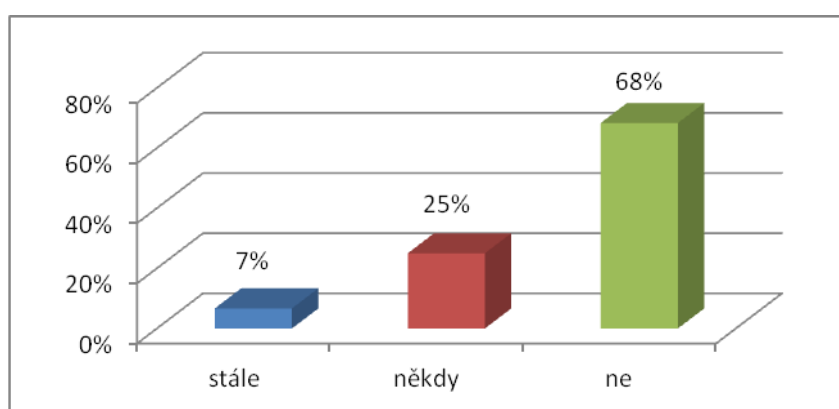
Graf č. 50

-71% respondentů by si přálo zhubnout, 29% ne.

**Otázka č. 12: Sledujete nutriční hodnoty potravin?**

Tab. č. 51

Ostatní	stále	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	3	10	29	42
muži	1	5	12	18
Absolutní četnost	4	15	41	60
Relativní četnost	7%	25%	68%	100%

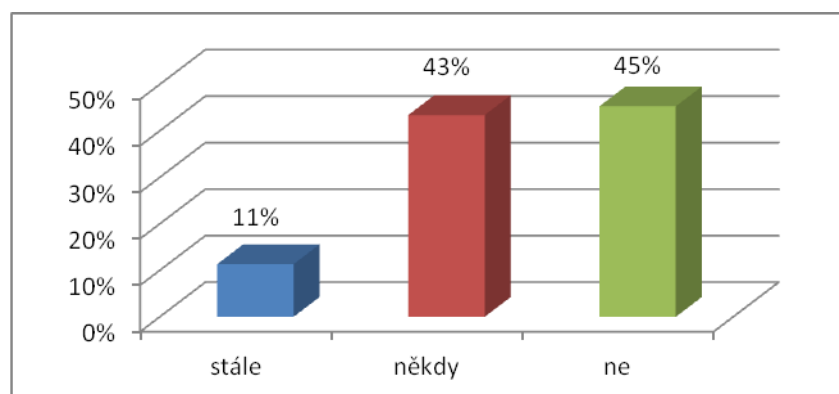


Graf č. 51

-7% respondentů sleduje nutriční hodnoty potravin, 25% někdy a 68% je nesleduje.

Tab. č. 52

Všeobecné sestry	stále	někdy	ne	Absolutní četnost
Sestry	6	23	24	53
Relativní četnost	11%	43%	45%	100%

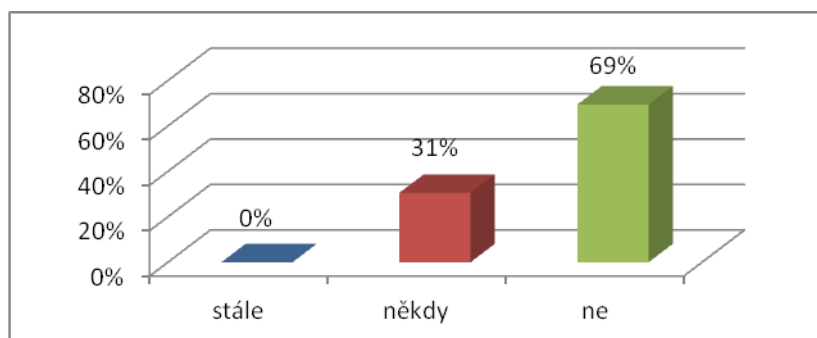


Graf č. 52

-11% respondentů sleduje stále nutriční hodnoty potravin, 43% někdy a 45% je nesleduje.

Tab. č. 53

Středoškoláci	stále	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	0	6	17	23
muži	0	5	8	13
Absolutní četnost	0	11	25	36
Relativní četnost	0%	31%	69%	100%

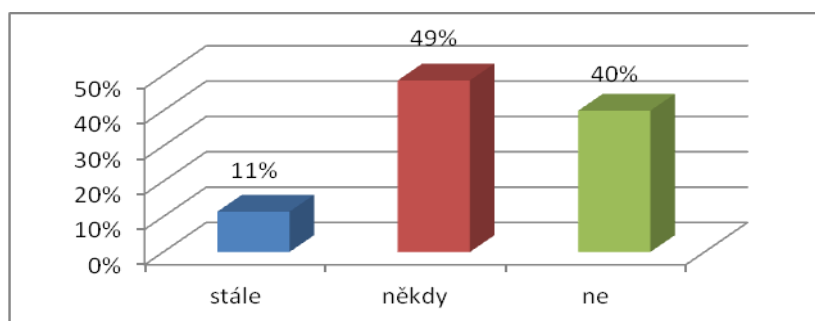


Graf č.53

Žádný z respondentů nesleduje stále nutriční hodnoty potravin, 31% někdy a 69% je nesleduje.

Tab. č. 54

Vysokoškoláci	stále	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	2	9	8	19
muži	2	8	6	16
Absolutní četnost	4	17	14	35
Relativní četnost	11%	49%	40%	100%



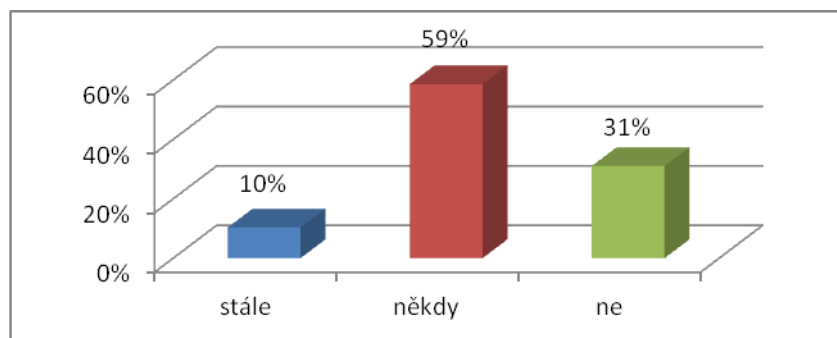
Graf č. 54

-11% respondentů sleduje stále nutriční hodnoty potravin, 49% někdy a 40% je nesleduje.



Tab. č. 55

Sestry VŠ	stále	někdy	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	3	17	9	29
Relativní četnost	10%	59%	31%	100%



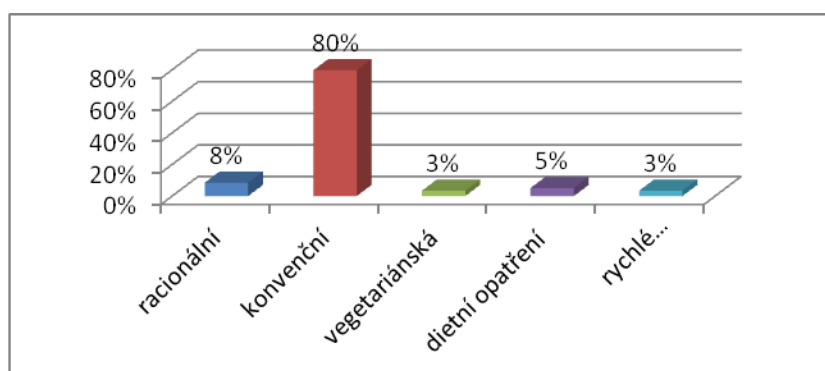
Graf č. 55

-10% respondentů sleduje stále nutriční hodnoty potravin, 59% někdy a 31% je nesleduje.

**Otázka č. 13: Jakou stravu preferujete?**

Tab. č. 56

Ostatní	racionální	konvenční	vegetariánská	dietní opatření	rychlé občerstvení	Absolutní četnost
ženy	5	37	2	0	0	44
muži	0	10	0	3	2	3
Absolutní četnost	5	47	2	3	2	59
Relativní četnost	8%	80%	3%	5%	3%	100%

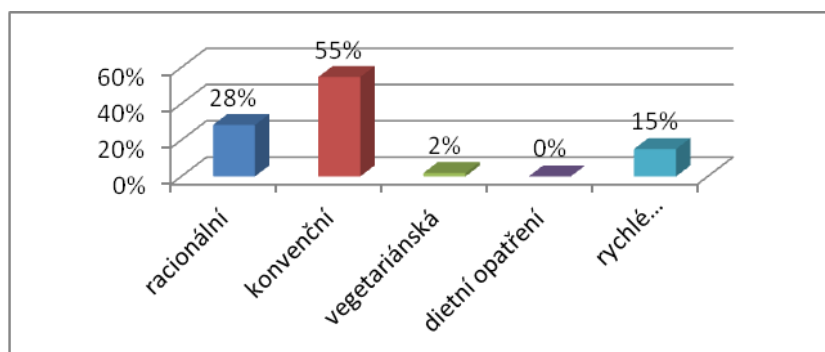


Graf č. 56

-8% respondentů preferuje stravu racionální, 80% konvenční (jedi vše), 3% vegetariánskou, 5% dodržuje dietní opatření, 3% preferují rychlé občerstvení.

Tab. č. 57

Všeobecné sestry	racionální	konvenční	vegetariánská	dietní opatření	rychlé občerstvení	Absolutní četnost
Sestry	15	29	1	0	8	53
Relativní četnost	28%	55%	2%	0%	15%	100%

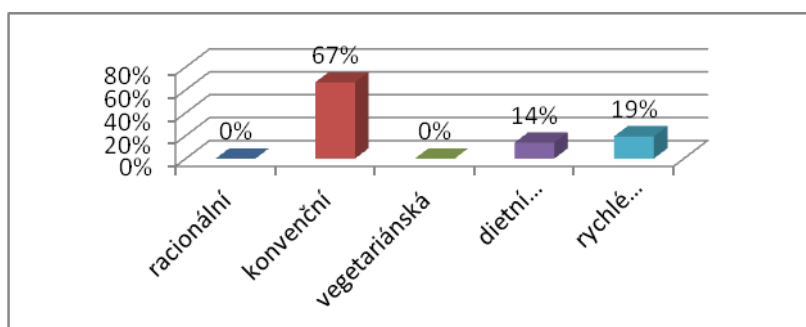


Graf č. 57

-28% respondentů preferuje stravu racionální, 55% konvenční (jedi vše), 2% vegetariánskou, nikdo nedodržuje dietní opatření, 15% preferuje rychlé občerstvení.

Tab. č. 58

Středoškoláci	racionální	konvenční	vegetariánská	dietní opatření	rychlé občerstvení	Absolutní četnost
ženy	0	15	0	5	3	23
muži	0	9	0	0	4	13
Absolutní četnost	0	24	0	5	7	36
Relativní četnost	0%	67%	0%	14%	19%	100%

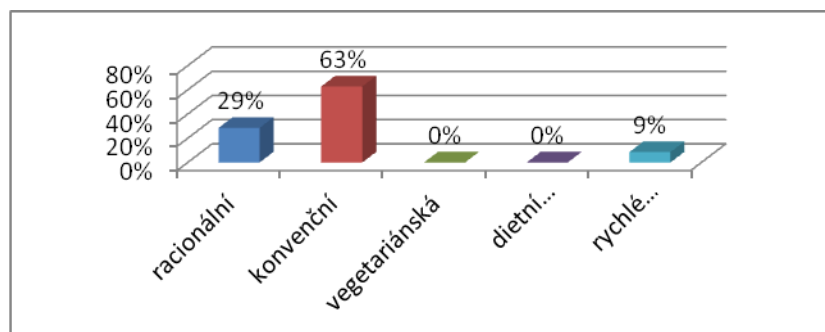


Graf č. 58

Žádný z respondentů nepreferuje stravu racionální, 67% konvenční (jídlo vše), žádný vegetariánskou, 14% dodržuje dietní opatření, 19% preferuje rychlé občerstvení.

Tab. č. 59

Vysokoškoláci	racionální	konvenční	vegetariánská	dietní opatření	rychlé občerstvení	Absolutní četnost
ženy	6	13	0	0	0	19
muži	4	9	0	0	3	16
Absolutní četnost	10	22	0	0	3	35
Relativní četnost	29%	63%	0%	0%	9%	100%

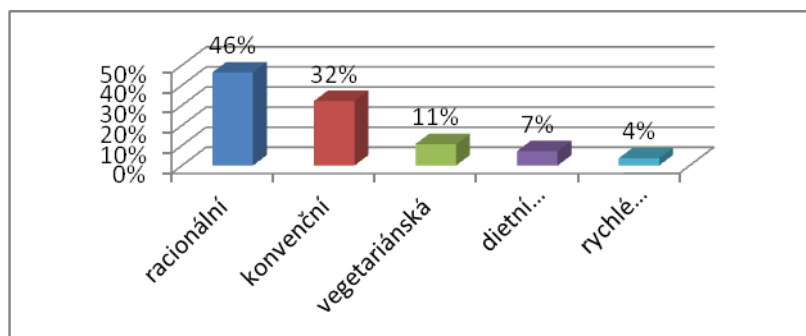


Graf č. 59 -

-29% respondentů preferuje stravu racionální, 63% konvenční (jídlo vše), žádný vegetariánskou, nikdo nedodržuje dietní opatření, 9% preferuje rychlé občerstvení.

Tab. č. 60

Sestry VŠ	racionální	konvenční	vegetariánská	dietní opatření	rychlé občerstvení	Absolutní četnost
Vš. sestry	13	9	3	2	1	28
Relativní četnost	46%	32%	11%	7%	4%	100%



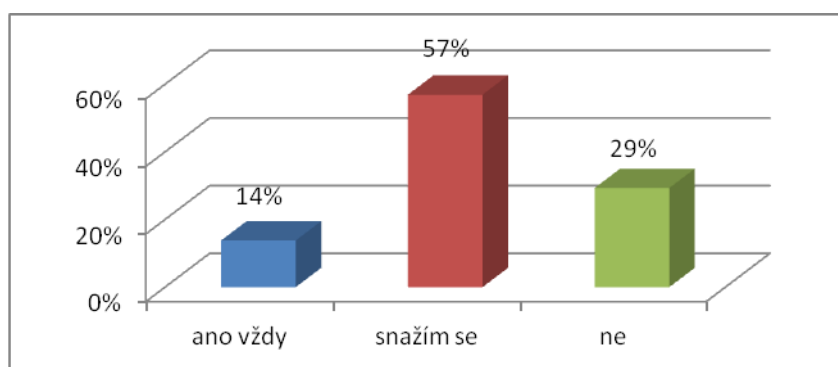
Graf č. 60

-46% respondentů preferuje stravu racionální, 32% konvenční (jedí vše), 11% vegetariánskou, 7% dodržuje dietní opatření, 4% preferují rychlé občerstvení.

**Otázka č. 14: Stravujete se pravidelně?**

Tab. č. 61

Ostatní	ano vždy	snažím se	ne	Absolutní četnost
ženy	5	25	10	40
muži	3	8	7	18
Absolutní četnost	8	33	17	58
Relativní četnost	14%	57%	29%	100%

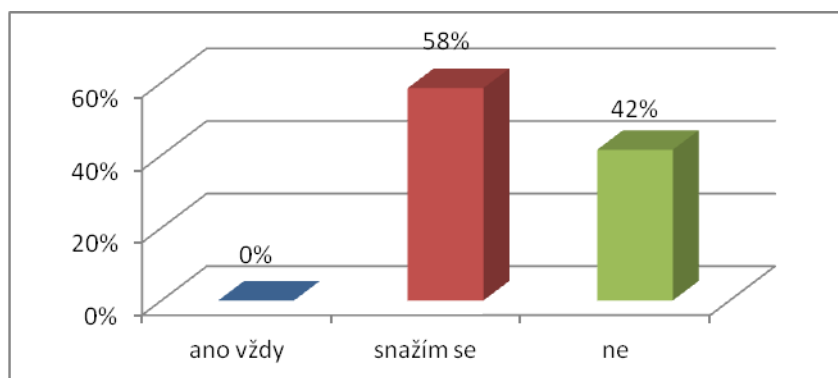


Graf č. 61

-14% respondentů se vždy stravuje pravidelně, 57% se snaží a 29% se nestravuje pravidelně.

Tab. č. 62

Všeobecné sestry	ano vždy	snažím se	ne	Absolutní četnost
Sestry	0	31	22	53
Relativní četnost	0%	58%	42%	100%

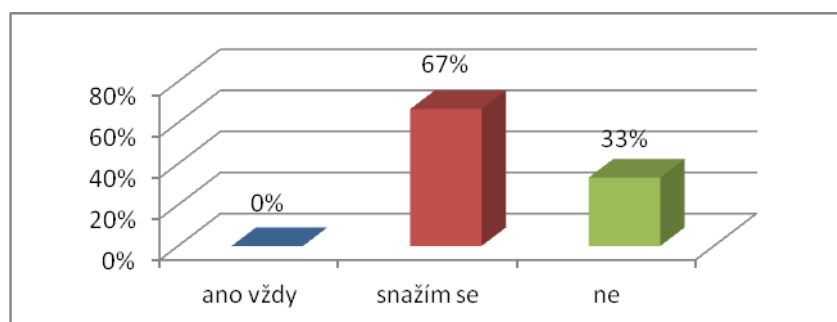


Graf č. 62

Žádný z respondentů se nestravuje pravidelně, 58% se snaží a 42% se nestravuje pravidelně.

Tab. č. 63

Středoškoláci	ano vždy	snažím se	ne	Absolutní četnost
ženy	0	15	8	23
muži	0	9	4	13
Absolutní četnost	0	24	12	36
Relativní četnost	0%	67%	33%	100%

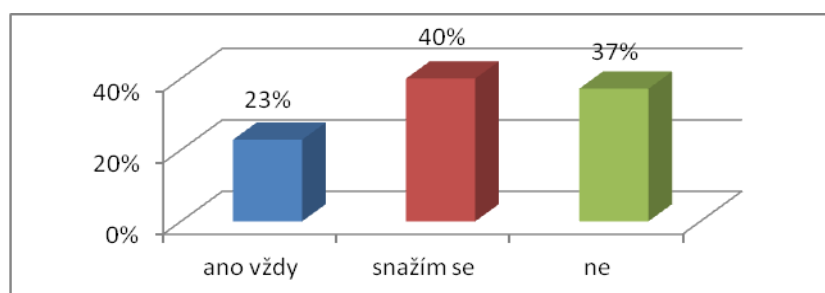


Graf č. 63

Žádný z respondentů se nestravuje pravidelně, 67% se snaží a 33% se nestravuje pravidelně.

Tab. č. 64

Vysokoškoláci	ano vždy	snažím se	ne	Absolutní četnost
ženy	3	10	6	19
muži	5	4	7	16
Absolutní četnost	8	14	13	35
Relativní četnost	23%	40%	37%	100%

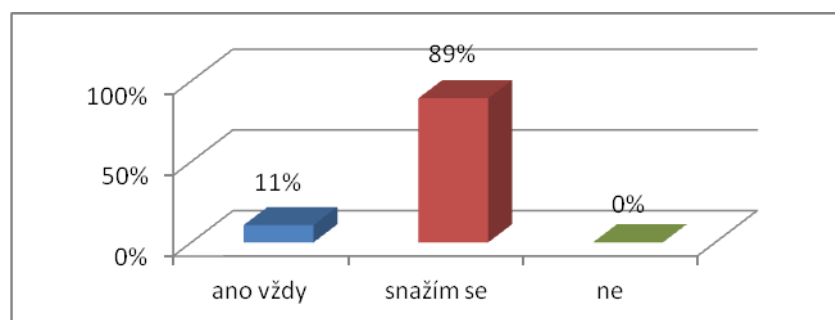


Graf č. 64

-23% respondentů se vždy stravuje pravidelně, 40% se snaží a 37% se nestravuje pravidelně.

Tab. č. 65

Sestry VŠ	ano vždy	snažím se	ne	Absolutní četnost
Vš. Sestry	3	25	0	28
Relativní četnost	11%	89%	0%	100%



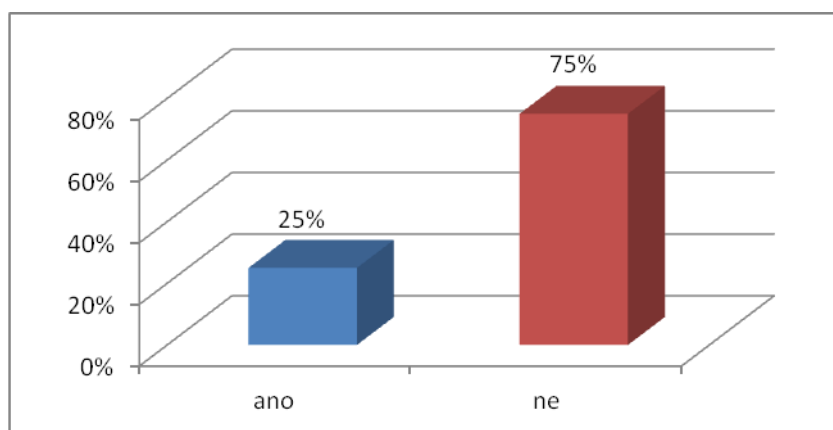
Graf č. 65

-11% respondentů se vždy stravuje pravidelně, 89% se snaží a žádný se nestravuje nepravidelně.

**Otázka č. 15: Myslíte často na jídlo?**

Tab. č. 66

Ostatní	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	7	36	43
muži	8	9	17
Absolutní četnost	15	45	60
Relativní četnost	25%	75%	100%

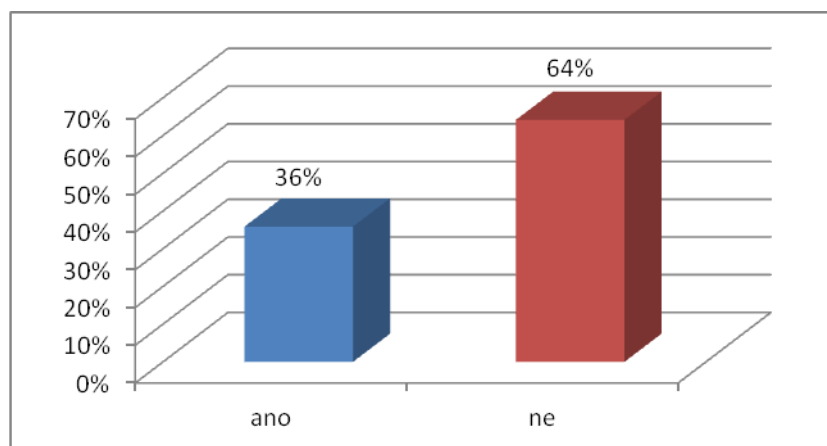


Graf č. 66

-25% respondentů myslí často na jídlo, 75% ne.

Tab. č. 67

Všeobecné sestry	ano	ne	Absolutní četnost
Sestry	19	34	53
Relativní četnost	36%	64%	100%



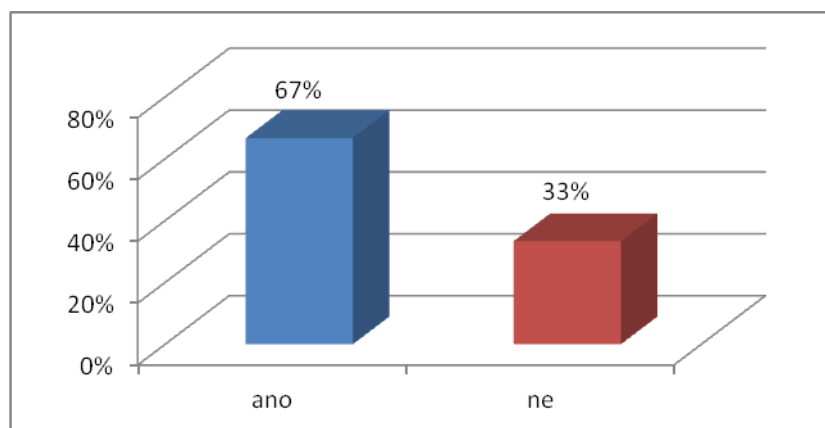
Graf č. 67

-36% respondentů myslí často na jídlo, 64% ne.



Tab. č. 68

Středoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	15	8	23
muži	9	4	13
Absolutní četnost	24	12	36
Relativní četnost	67%	33%	100%

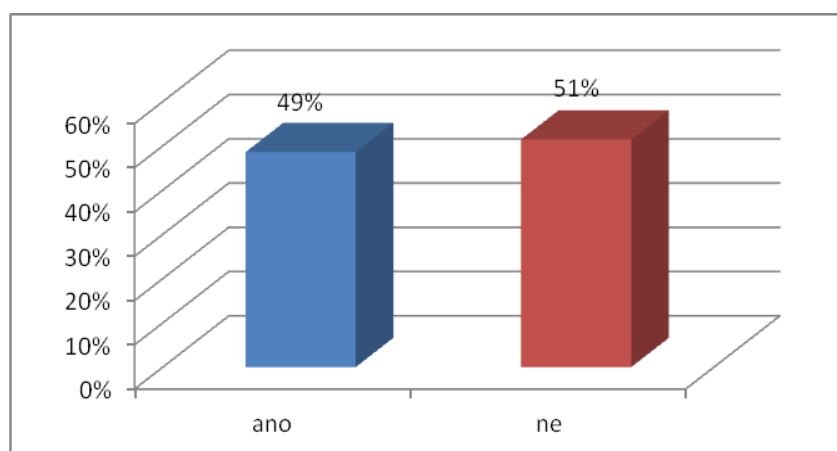


Graf č. 68

-67% respondentů myslí často na jídlo, 33% ne.

Tab. č. 69

Vysokoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	7	12	19
muži	10	6	16
Absolutní četnost	17	18	35
Relativní četnost	49%	51%	100%

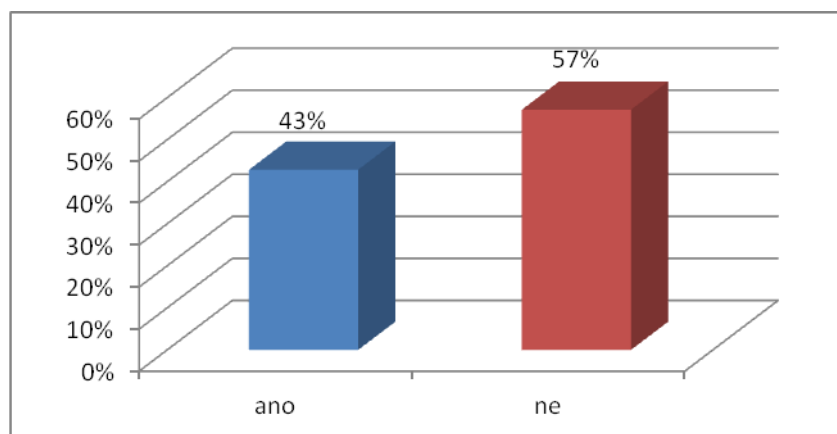


Graf č. 69

-49% respondentů myslí často na jídlo, 51% ne.

Tab. č. 70

Sestry VŠ	ano	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	12	16	28
Relativní četnost	43%	57%	100%



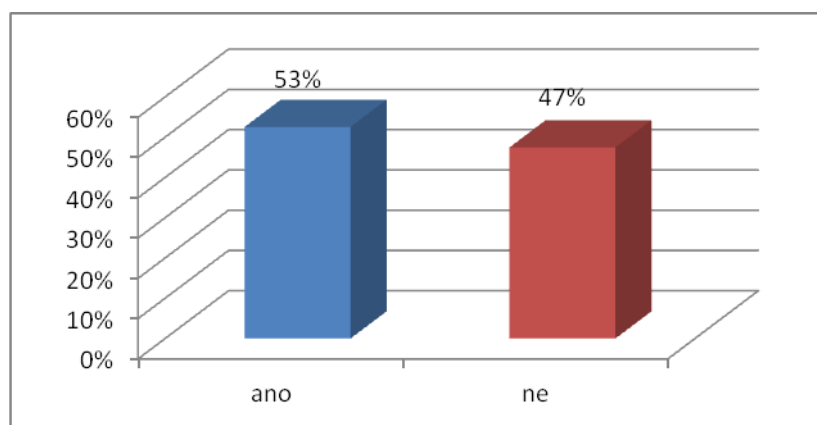
Graf č. 70

-43% respondentů myslí často na jídlo, 57% ne.

**Otázka č. 16: Vyhýbáte se některým jídlům?**

Tab. č. 71

Ostatní	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	22	20	42
muži	9	8	17
Absolutní četnost	31	28	59
Relativní četnost	53%	47%	100%

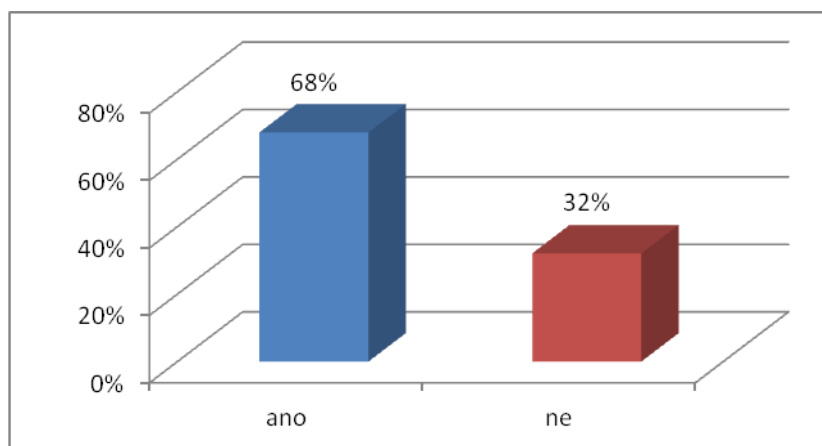


Graf č. 71

-53% respondentů se vyhýbá některým jídlům, 47% se nevyhýbá žádnému jídlu.

Tab. č. 72

Všeobecné sestry	ano	ne	Absolutní četnost
Sestry	36	17	53
Relativní četnost	68%	32%	100%

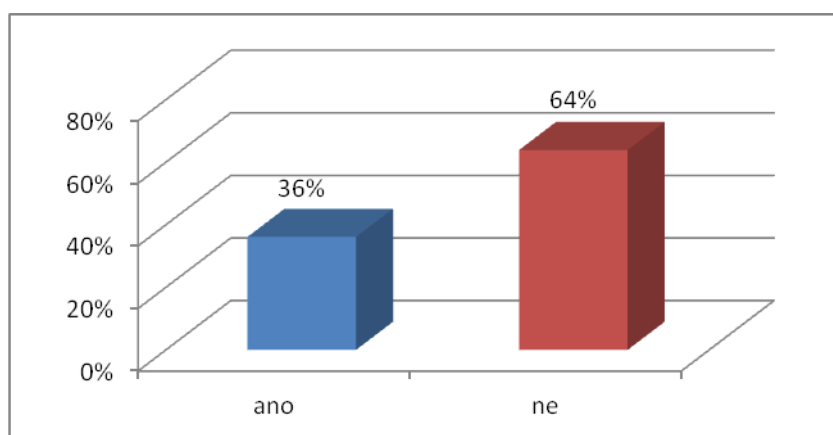


Graf č. 72

-68% respondentů se vyhýbá některým jídlům, 32% se nevyhýbá žádnému jídlu.

Tab. č. 73

Středoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	13	10	23
muži	0	13	13
Absolutní četnost	13	23	36
Relativní četnost	36%	64%	100%

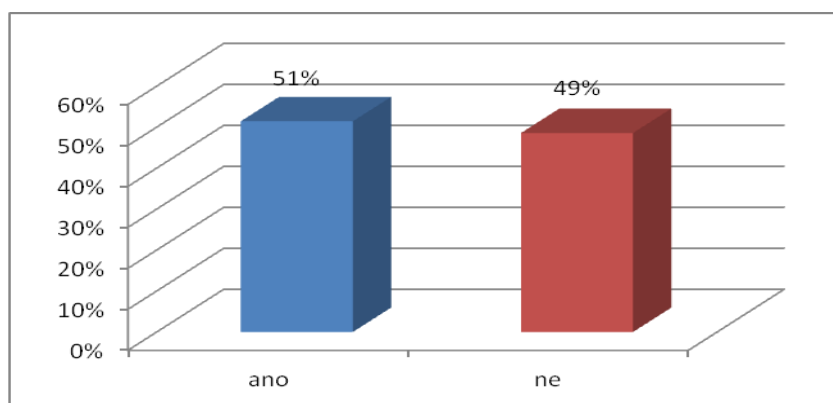


Graf č. 73

-36% respondentů se vyhýbá některým jídlům, 64% se nevyhýbá žádnému jídlu.

Tab. č. 74

Vysokoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	13	6	19
muži	5	11	16
Absolutní četnost	18	17	35
Relativní četnost	51%	49%	100%

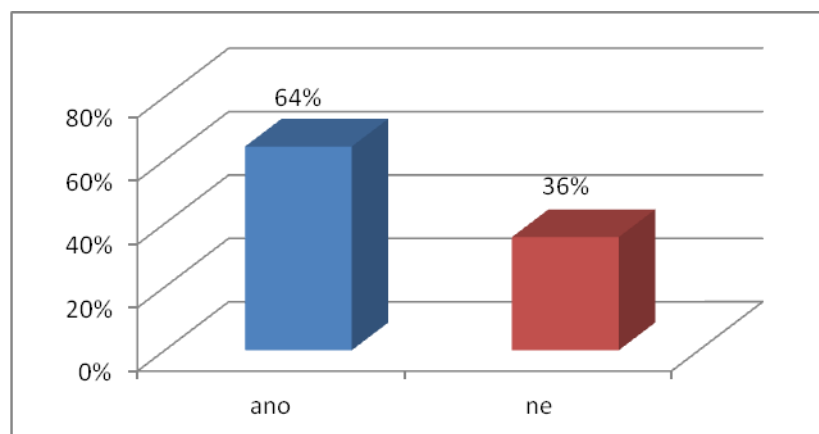


Graf č. 74

-51% respondentů se vyhýbá některým jídlům, 49% se nevyhýbá žádnému jídlu.

Tab. č. 75

Sestry VŠ	ano	ne	Absolutní četnost
Vš. Sestry	18	10	28
Relativní četnost	64%	36%	100%



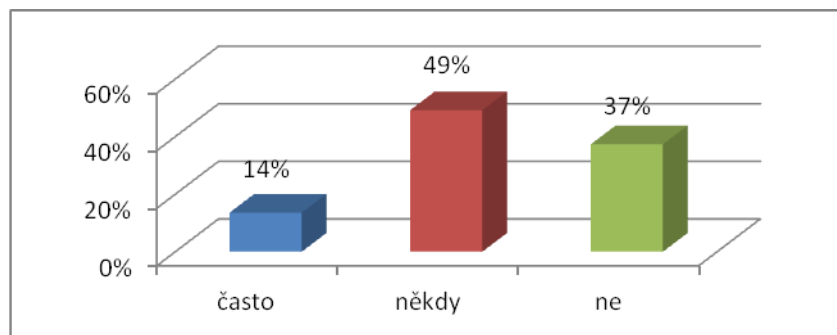
Graf č. 75

-64% respondentů se vyhýbá některým jídlům, 36% se nevyhýbá žádnému jídlu.

**Otázka č. 17: Stává se Vám, že přes den skoro nejíte a až večer to doháníte tak, že se přejídáte?**

Tab. č. 76

Ostatní	často	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	5	19	18	42
muži	3	10	4	17
Absolutní četnost	8	29	22	59
Relativní četnost	14%	49%	37%	100%

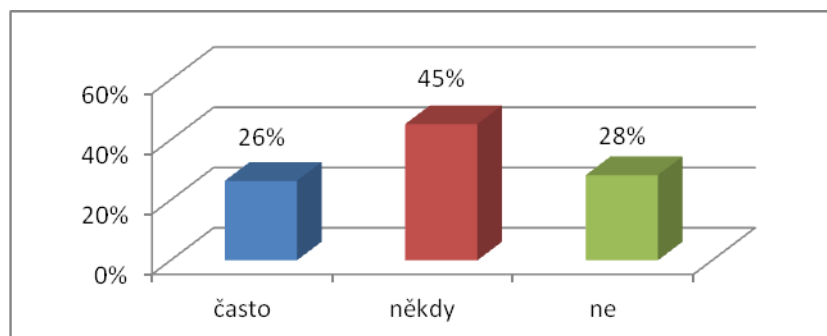


Graf č. 76

-14% respondentům se stává, že přes den skoro nejí a až večer to dohání tak, že se přejí, 49% se to stává někdy a 37% nikdy.

Tab. č. 77

Všeobecné sestry	často	někdy	ne	Absolutní četnost
Sestry	14	24	15	53
Relativní četnost	26%	45%	28%	100%

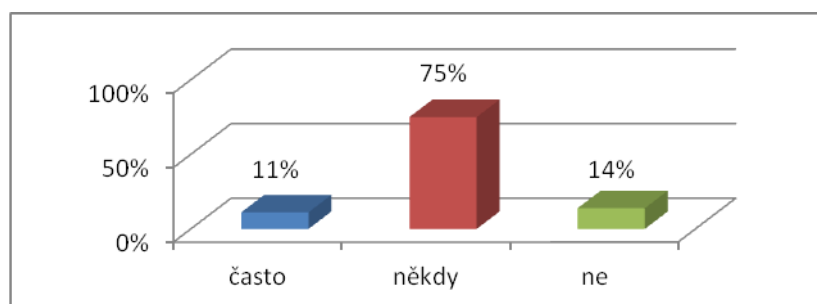


Graf č. 77

-26% respondentům se stává, že přes den skoro nejí a až večer to dohání tak, že se přejí, 45% se to stává někdy a 28% nikdy.

Tab. č. 78

Středoškoláci	často	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	4	14	5	23
muži	0	13	0	13
Absolutní četnost	4	27	5	36
Relativní četnost	11%	75%	14%	100%

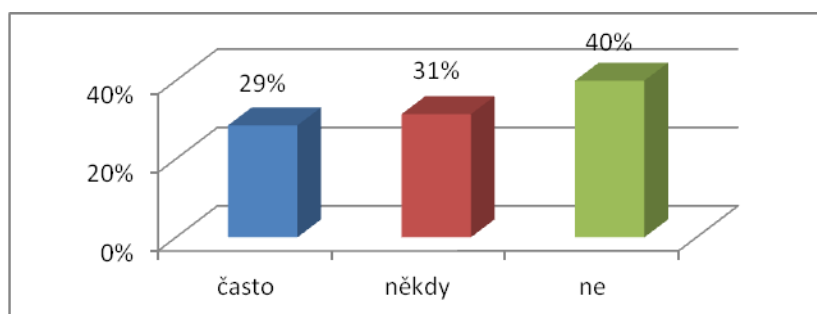


Graf č. 78

–11% respondentům se stává, že přes den skoro nejí a až večer to dohání tak, že se přejí, 75% se to stává někdy a 14% nikdy.

Tab. č. 79

Vysokoškoláci	často	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	5	4	10	19
muži	5	7	4	16
Absolutní četnost	10	11	14	35
Relativní četnost	29%	31%	40%	100%

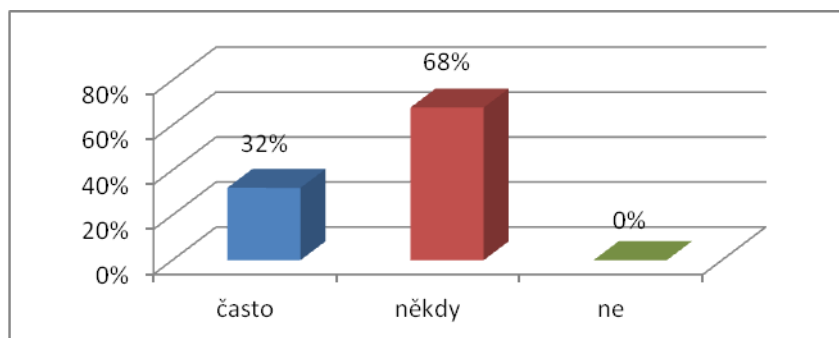


Graf č. 79

-29% respondentům se stává, že přes den skoro nejí a až večer to dohání tak, že se přejí, 31% se to stává někdy a 40% nikdy.

Tab. č. 80

Sestry VŠ	často	někdy	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	9	19	0	28
Relativní četnost	32%	68%	0%	100%



Graf č. 80

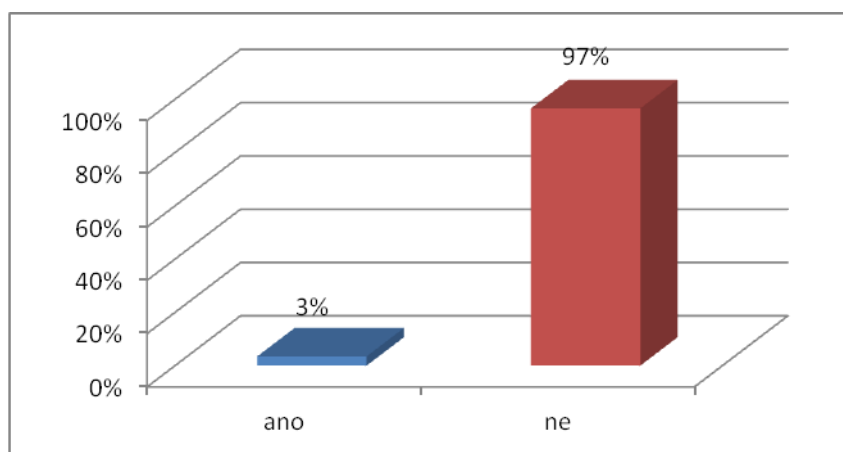
-32% respondentům se stává, že přes den skoro nejí a až večer to dohání tak, že se přejí, 68% se to stává někdy a žádný nevedl, že by se mu to nestalo nikdy.



**Otázka č. 18: Užíváte léky na snížení chuti k jídlu?**

Tab. č. 81

Ostatní	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	2	39	41
muži	0	17	17
Absolutní četnost	2	56	58
Relativní četnost	3%	97%	100%

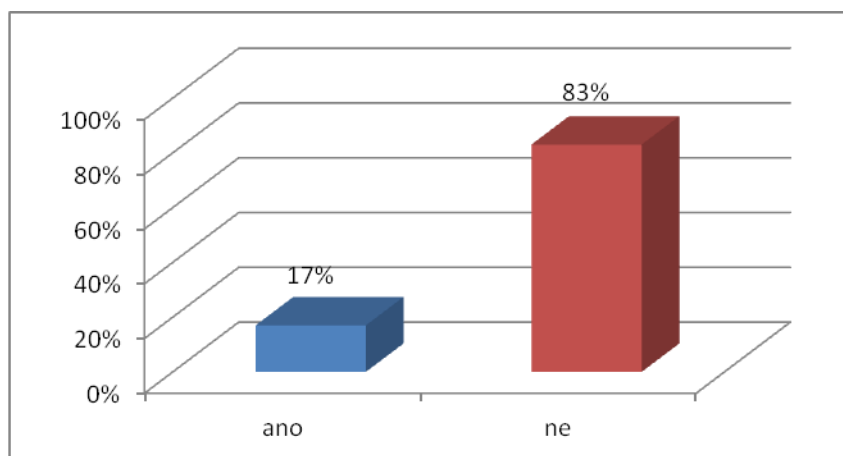


Graf č. 81

-3% respondentů užívají léky na snížení chuti k jídlu, 97% ne.

Tab. č. 82

Všeobecné sestry	ano	ne	Absolutní četnost
Sestry	9	44	53
Relativní četnost	17%	83%	100%

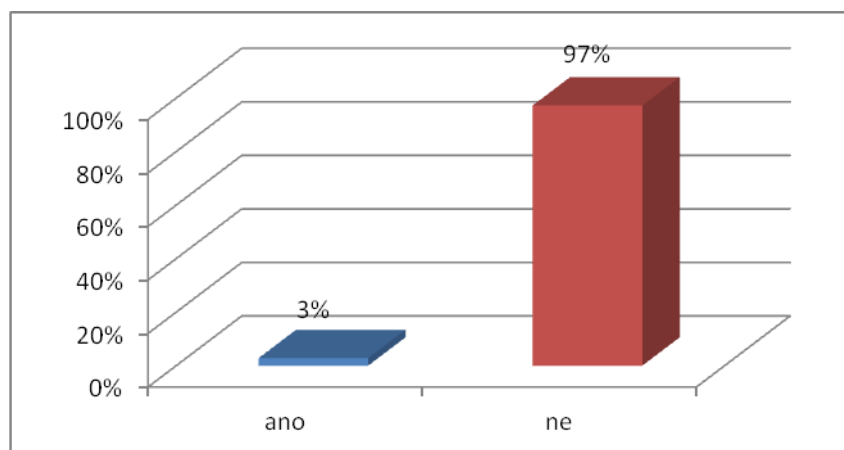


Graf č. 82

-17% respondentů užívají léky na snížení chuti k jídlu, 83% ne.

Tab. č. 83

Středoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	1	22	23
muži	0	13	13
Absolutní četnost	1	35	36
Relativní četnost	3%	97%	100%

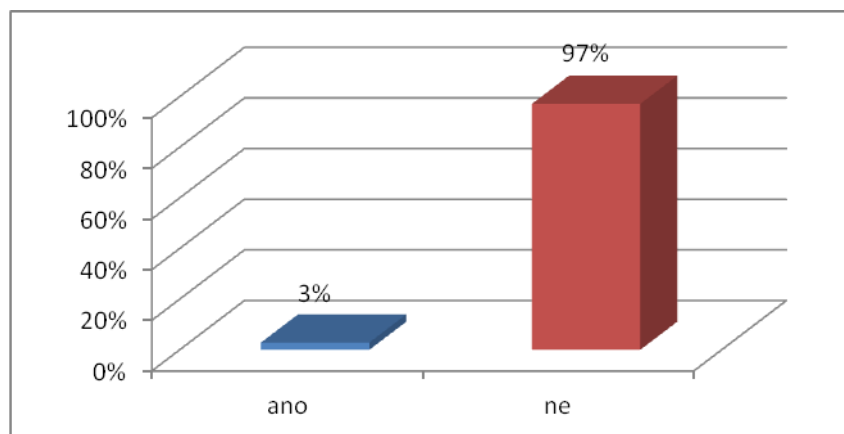


Graf č. 83

-3% respondentů užívají léky na snížení chuti k jídlu, 97% ne.

Tab. č. 84

Vysokoškoláci	ano	ne	Absolutní četnost
ženy	1	18	19
muži	0	16	16
Absolutní četnost	1	34	35
Relativní četnost	3%	97%	100%

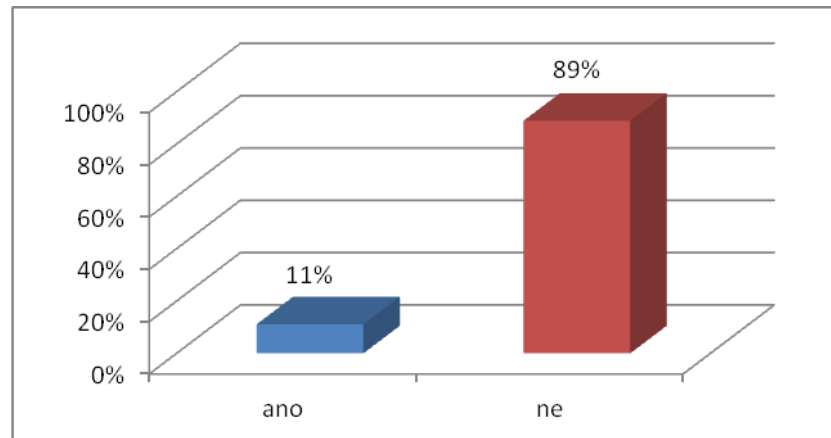


Graf č. 84

-3% respondentů užívají léky na snížení chuti k jídlu, 97% ne.

Tab. č. 85

Sestry VŠ	ano	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	3	24	27
Relativní četnost	11%	89%	100%



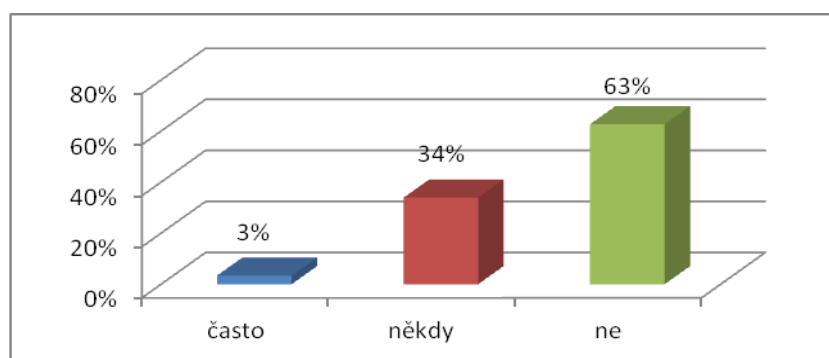
Graf č. 85

-11% respondentů užívají léky na snížení chuti k jídlu, 89% ne.

**Otázka č. 19: Máte sklony jíst více, když máte špatnou náladu?**

Tab. č. 86

Ostatní	často	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	2	15	24	41
muži	0	5	13	18
Absolutní četnost	2	20	37	59
Relativní četnost	3%	34%	63%	100%

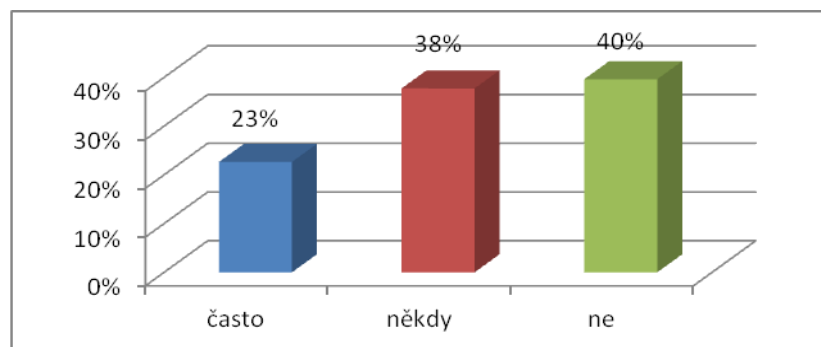


Graf č. 86

-3% respondentů má sklony jíst více když mají špatnou náladu, 34% někdy a 63% tyto sklony nemá.

Tab. č. 87

Všeobecné sestry	často	někdy	ne	Absolutní četnost
Sestry	12	20	21	53
Relativní četnost	23%	38%	40%	100%

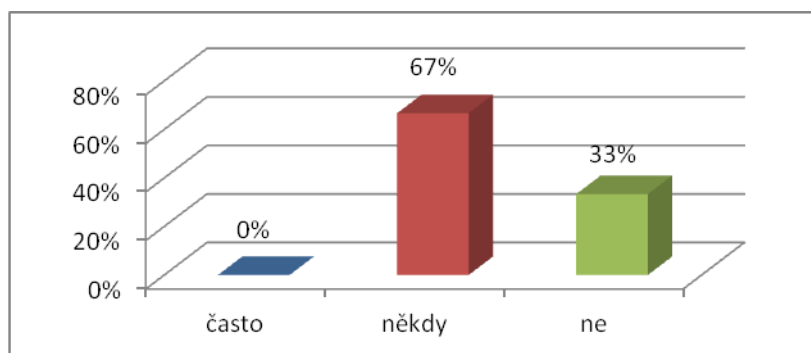


Graf č. 87

-23% respondentů má sklony jíst více když mají špatnou náladu, 38% někdy a 40% tyto sklony nemá.

Tab. č. 88

Středoškoláci	často	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	0	14	9	23
muži	0	10	3	13
Absolutní četnost	0	24	12	36
Relativní četnost	0%	67%	33%	100%

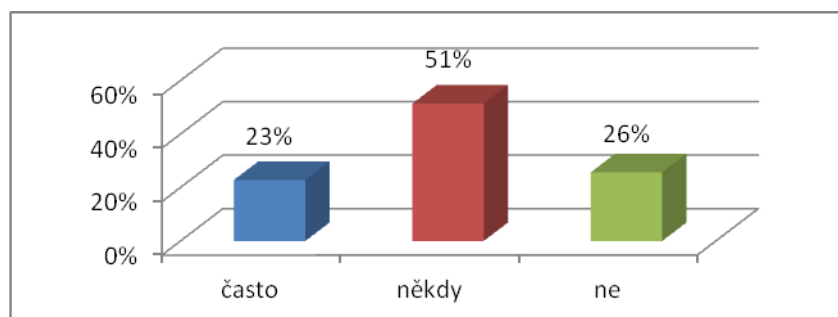


Graf č. 88

Žádný z respondentů nemá sklony jíst více když má špatnou náladu, 67% někdy a 33% tyto sklony nemá.

Tab. č. 89

Vysokoškoláci	často	někdy	ne	Absolutní četnost
ženy	5	13	1	19
muži	3	5	8	16
Absolutní četnost	8	18	9	35
Relativní četnost	23%	51%	26%	100%

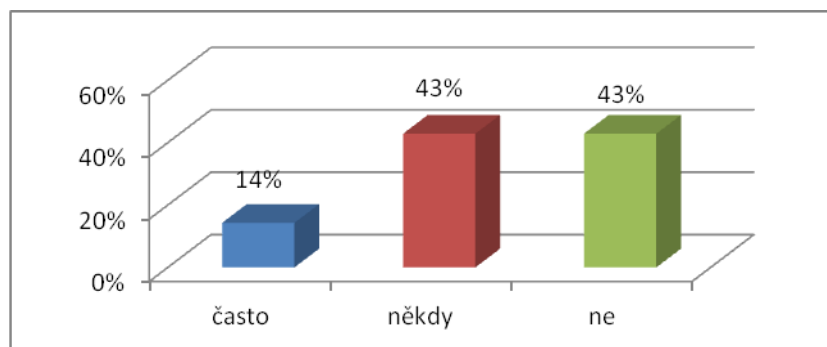


Graf č. 89

-23% respondentů má sklony jíst více když mají špatnou náladu, 51% někdy a 26% tyto sklony nemá.

Tab. č. 90

Sestry VŠ	často	někdy	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	4	12	12	28
Relativní četnost	14%	43%	43%	100%



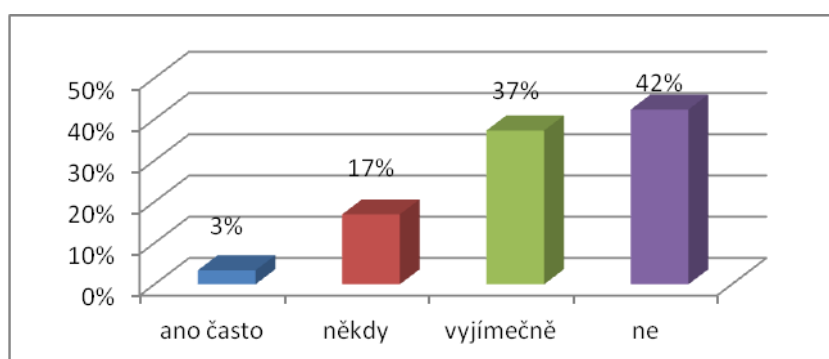
Graf č. 90

-14% respondentů má sklony jíst více když mají špatnou náladu, 43% někdy a 43% tyto sklony nemá.

**Otázka č. 20: Stává se Vám, že toho sníte hodně a stále nedokážete přestat jíst i když jste už sytí, nebo se během velmi krátké doby přejíte?**

Tab. č. 91

Ostatní	ano často	někdy	výjimečně	ne	Absolutní četnost
ženy	2	8	16	15	41
muži	0	2	6	10	18
Absolutní četnost	2	10	22	25	59
Relativní četnost	3%	17%	37%	42%	100%

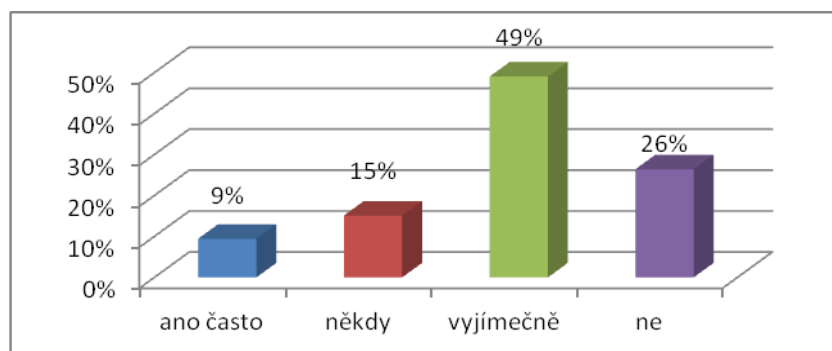


Graf č. 91

-3% respondentů se stává, že toho sní hodně a stále nedokáží přestat jíst, i když jsou sytí, 17% že někdy, 37% že výjimečně a 42% se to nestává.

Tab. č. 92

Všeobecné sestry	ano často	někdy	výjimečně	ne	Absolutní četnost
sestry	5	8	26	14	53
Relativní četnost	9%	15%	49%	26%	100%

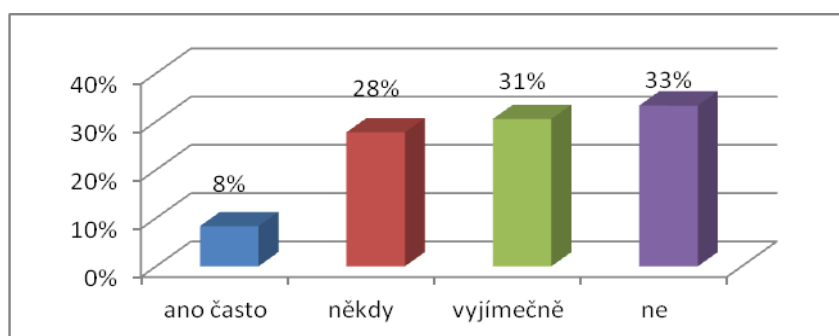


Graf č. 92

-9% respondentů se stává, že toho sní hodně a stále nedokáží přestat jíst, i když jsou sytí, 15% že někdy, 49% že výjimečně a 26% se to nestává.

Tab. č. 93

Středoškoláci	ano často	někdy	výjimečně	ne	Absolutní četnost
ženy	3	6	11	3	23
muži	0	4	0	9	13
Absolutní četnost	3	10	11	12	36
Relativní četnost	8%	28%	31%	33%	100%

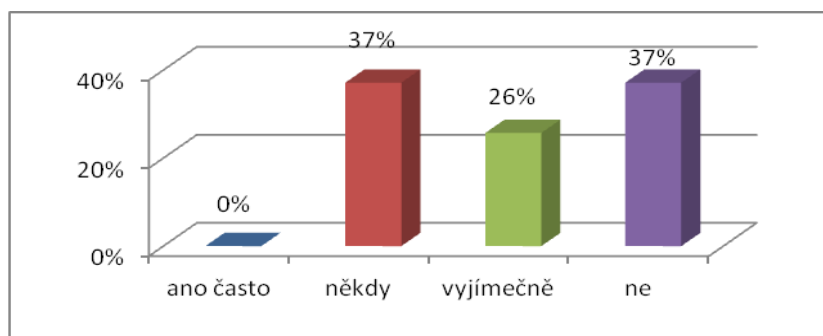


Graf č. 93

-8% respondentů se stává, že toho sní hodně a stále nedokáží přestat jíst, i když jsou sytí, 28% že někdy, 31% že výjimečně a 33% se to nestává.

Tab. č. 94

Vysokoškoláci	ano často	někdy	výjimečně	ne	Absolutní četnost
ženy	0	8	7	4	19
muži	0	5	2	9	16
Absolutní četnost	0	13	9	13	35
Relativní četnost	0%	37%	26%	37%	100%



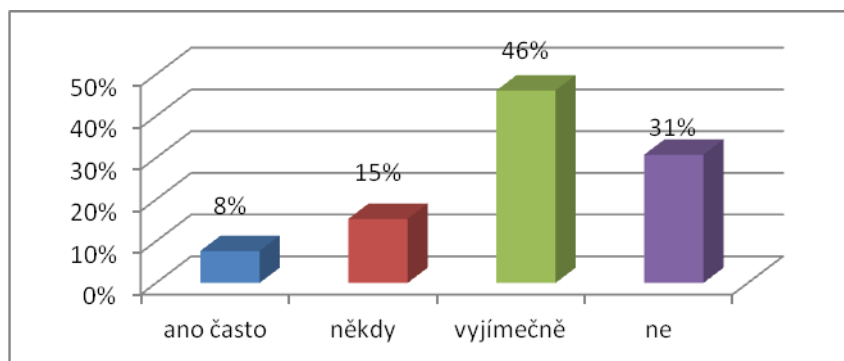
Graf č. 94

Žádný z respondentů nevedl, že by se mu stávalo, že toho sní hodně a stále nedokáže přestat jíst, i když je sytý, 37% že někdy, 26% že výjimečně a 37% se to nestává.



Tab. č. 95

Sestry VŠ	ano často	někdy	výjimečně	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	2	4	12	8	26
Relativní četnost	8%	15%	46%	31%	100%



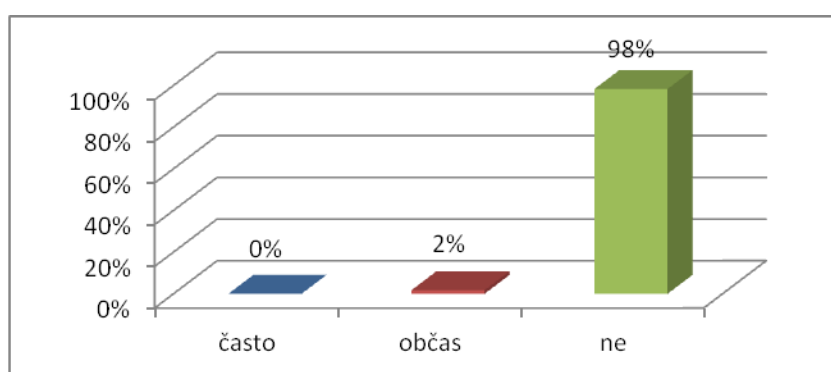
Graf č. 95

-8% respondentů se stává, že toho sní hodně a stále nedokáží přestat jíst, i když jsou sytí, 15% že někdy, 46% že výjimečně a 31% se to nestává.

**Otázka č. 21: Stalo se Vám někdy, že jste si šel/ šla po jídle vyvolat zvracení?**

Tab. č. 96

Ostatní	často	občas	ne	Absolutní četnost
ženy	0	0	41	41
muži	0	1	17	18
Absolutní četnost	0	1	58	59
Relativní četnost	0%	2%	98%	100%

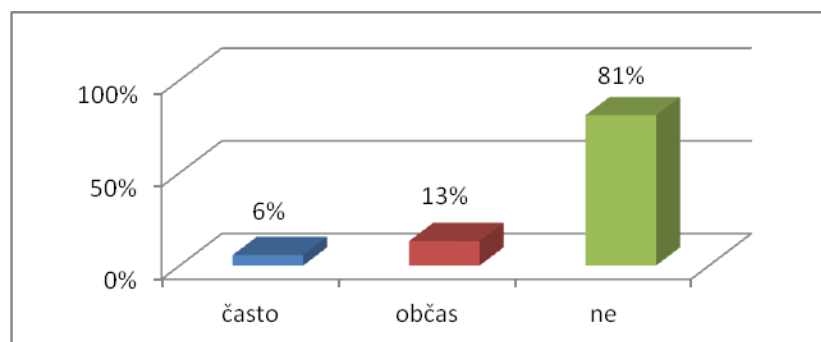


Graf č. 96

Žádnému z respondentů se nestalo, že by si šel někdy po jídle vyvolat zvracení, 2% se to stává občas a 98% nikdy.

Tab. č. 97

Všeobecné sestry	často	občas	ne	Absolutní četnost
Sestry	3	7	43	53
Relativní četnost	6%	13%	81%	100%

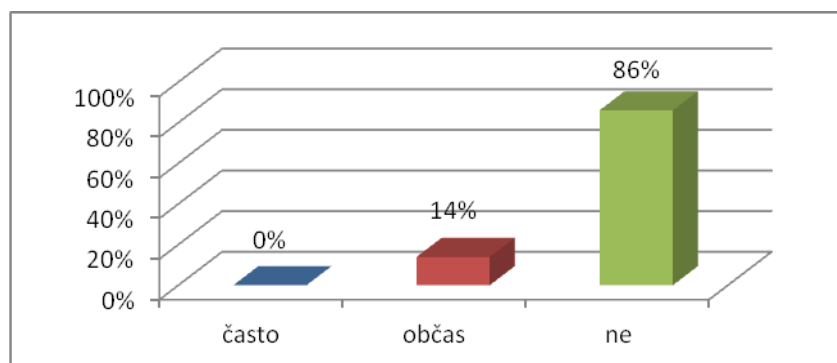


Graf č. 97

-6% respondentů si chodí často vyvolávat zvracení po jídle, 13% občas a 81% nikdy.

Tab. č. 98

Středoškoláci	často	občas	ne	Absolutní četnost
ženy	0	5	18	23
muži	0	0	13	13
Absolutní četnost	0	5	31	36
Relativní četnost	0%	14%	86%	100%

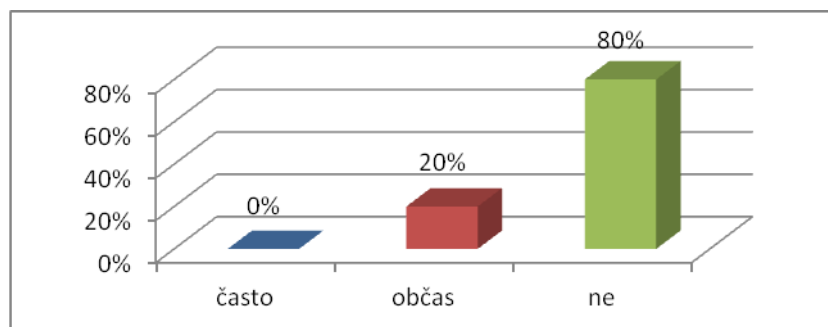


Graf č. 98

Žádnému z respondentů se nestalo, že by si šel někdy po jídle vyvolat zvracení, 14% se to stává občas a 86% nikdy.

Tab. č. 99

Vysokoškoláci	často	občas	ne	Absolutní četnost
ženy	0	5	14	19
muži	0	2	14	16
Absolutní četnost	0	7	28	35
Relativní četnost	0%	20%	80%	100%

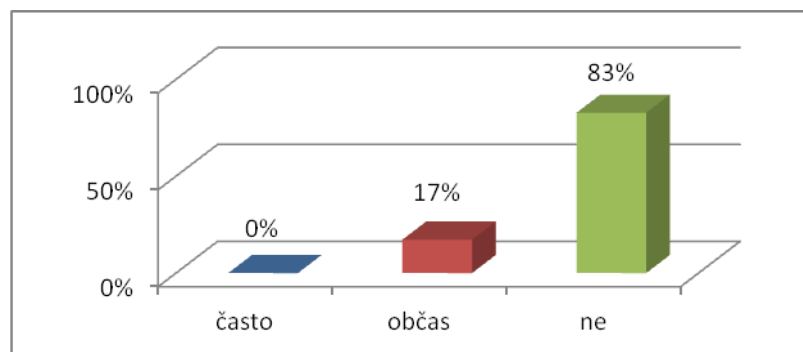


Graf č. 99

Žádnému z respondentů se nestalo, že by si šel někdy po jídle vyvolat zvracení, 20% se to stává občas a 80% nikdy.

Tab. č. 100

Sestry VŠ	často	občas	ne	Absolutní četnost
Vš. sestry	0	5	24	29
Relativní četnost	0%	17%	83%	100%



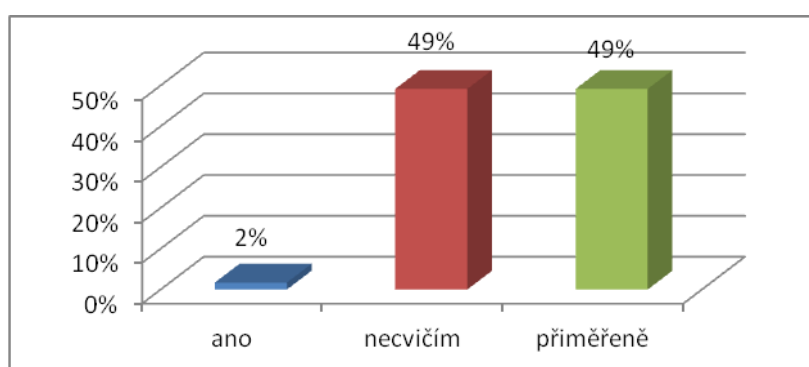
Graf č. 100

Žádnému z respondentů se nestalo, že by si šel někdy po jídle vyvolat zvracení,  
17% se to stává občas a 83% nikdy.

**Otázka č. 22: Cvičíte přehnaně často s velkou intenzitou?**

Tab. č. 101

Ostatní	ano	necvičím	přiměřeně	Absolutní četnost
ženy	1	18	22	41
muži	0	11	7	18
Absolutní četnost	1	29	29	59
Relativní četnost	2%	49%	49%	100%

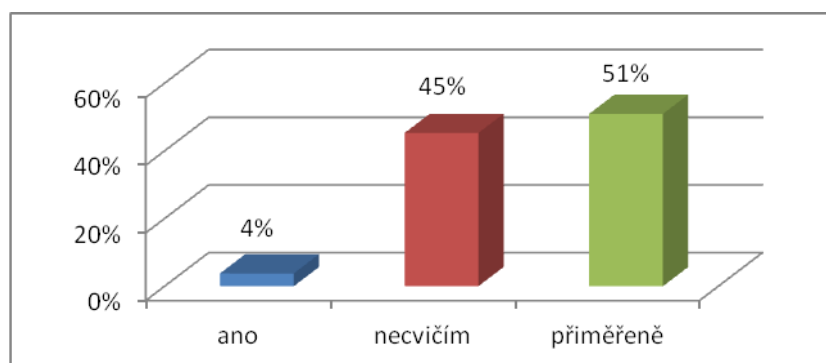


Graf č. 101

-2% respondentů uvedlo, že cvičí přehnaně často a s velkou intenzitou, 49% necvičí a 49% cvičí přiměřeně.

Tab. č. 102

Všeobecné sestry	ano	necvičím	přiměřeně	Absolutní četnost
Sestry	2	24	27	53
Relativní četnost	4%	45%	51%	100%

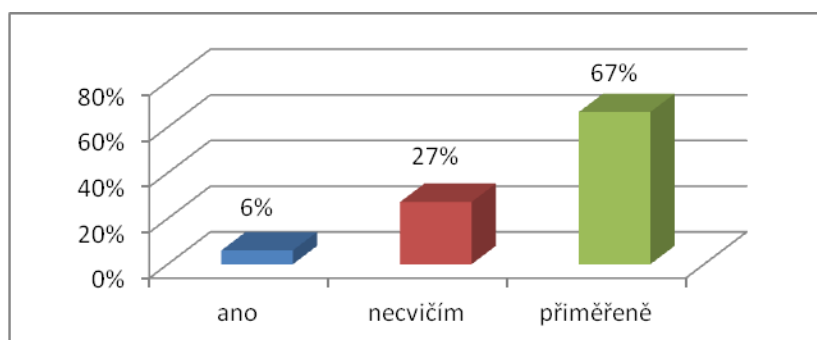


Graf č. 102

-4% respondentů uvedlo, že cvičí přehnaně často a s velkou intenzitou, 45% necvičí a 51% cvičí přiměřeně.

Tab. č. 103

Středoškoláci	ano	necvičím	přiměřeně	Absolutní četnost
ženy	2	5	13	20
muži	0	4	9	13
Absolutní četnost	2	9	22	33
Relativní četnost	6%	27%	67%	100%

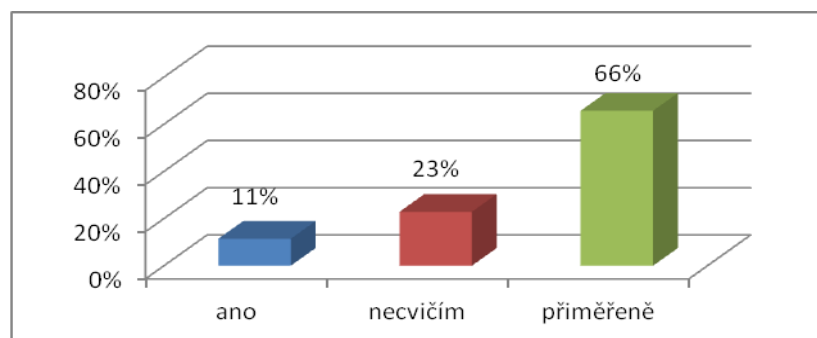


Graf č. 103

-6% respondentů uvedlo, že cvičí přehnaně často a s velkou intenzitou, 27% necvičí a 67% cvičí přiměřeně.

Tab. č. 104

Vysokoškoláci	ano	necvičím	přiměřeně	Absolutní četnost
ženy	2	5	12	19
muži	2	3	11	16
Absolutní četnost	4	8	23	35
Relativní četnost	11%	23%	66%	100%

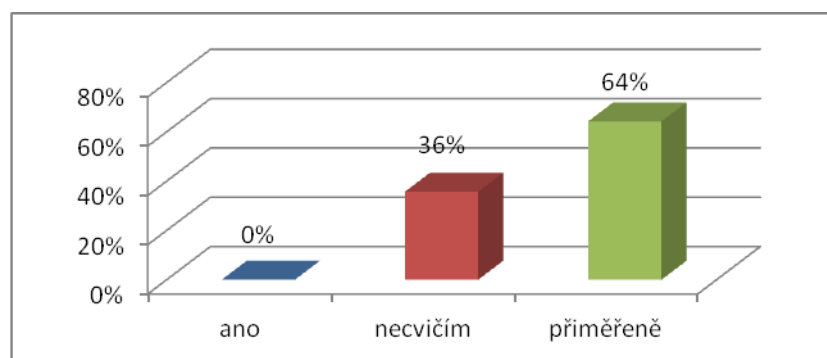


Graf č. 104

-11% respondentů uvedlo, že cvičí přehnaně často a s velkou intenzitou, 23% necvičí a 66% cvičí přiměřeně.

Tab. č. 105

Sestry VŠ	ano	necvičím	přiměřeně	Absolutní četnost
Vš. sestry	0	10	18	28
Relativní četnost	0%	36%	64%	100%



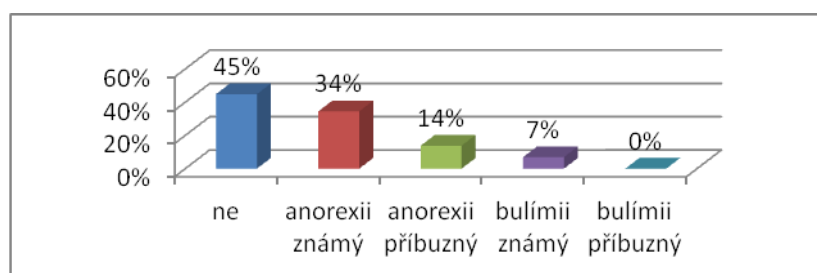
Graf č.105

Žádný z respondentů nevedl, že by cvičil přehnaně často a s velkou intenzitou, 36% necvičí a 64% cvičí přiměřeně.

**Otázka č. 23: Setkal/a jste se někdy s osobou trpící mentální anorexií nebo bulimií?**

Tab. č. 106

Ostatní	ne	anorexií známý	anorexií příbuzný	bulimií známý	bulimií příbuzný	Absolutní četnost
ženy	0	8	2	1		11
muži	13	2	2	1	0	18
Absolutní četnost	13	10	4	2	0	29
Relativní četnost	45%	34%	14%	7%	0%	100%



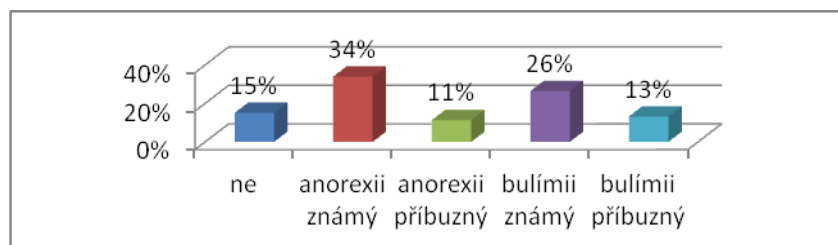
Graf č. 106

-45% respondentů uvedlo, že se s mentální anorexií nebo bulimií nikdy nesetkali, 34% se setkala s mentální anorexií, kdy jí trpěl známý, 14% kdy jí trpěl příbuzný.

U 7% se setkala s mentální bulimií, kdy jí trpěl známý, ale netrpěl jí ve skupině žádný příbuzný.

Tab. č. 107

Všeobecné sestry	ne	anorexií známý	anorexií příbuzný	bulimií známý	bulimií příbuzný	Absolutní četnost
Sestry	8	18	6	14	7	53
Relativní četnost	15%	34%	11%	26%	13%	100%



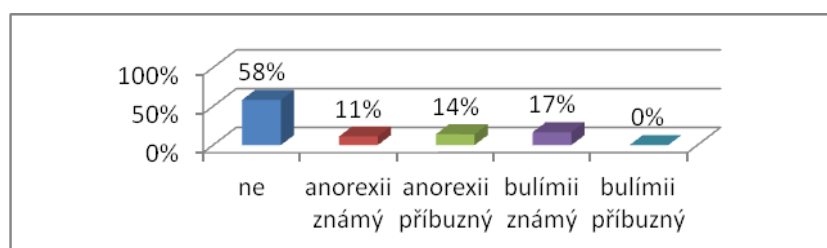
Graf č. 107

-15% respondentů uvedlo, že se s mentální anorexií nebo bulimií nikdy nesetkali, 34% se setkala s mentální anorexií, kdy jí trpěl známý, 11% kdy jí trpěl příbuzný. 26% respondentů se setkala s mentální bulimií, kdy jí trpěl známý, a u 13% příbuzný.



Tab. č. 108

Středoškoláci	ne	anorexií známý	anorexií příbuzný	bulimií známý	bulimií příbuzný	Absolutní četnost
ženy	8	4	5	6	0	23
muži	13	0	0	0	0	13
Absolutní četnost	21	4	5	6	0	36
Relativní četnost	58%	11%	14%	17%	0%	100%

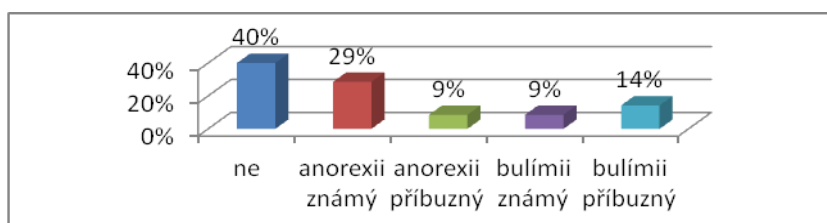


Graf č.108

-58% respondentů uvedlo, že se s mentální anorexií nebo bulimií nikdy neseťkali, 11% se setkali s mentální anorexií, kdy jí trpěl známý, 14% kdy jí trpěl příbuzný. 17% se setkalo s mentální bulimií, kdy jí trpěl známý, ale netrpěl jí ve skupině žádný příbuzný.

Tab. č. 109

Vysokoškoláci	ne	anorexií známý	anorexií příbuzný	bulimií známý	bulimií příbuzný	Absolutní četnost
ženy	9	7	0	3	0	19
muži	5	3	3	0	5	16
Absolutní četnost	14	10	3	3	5	35
Relativní četnost	40%	29%	9%	9%	14%	100%

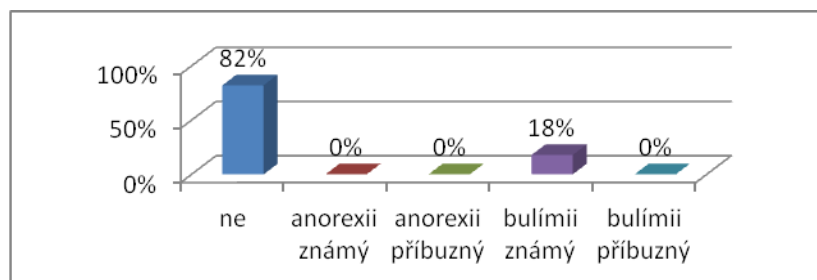


Graf č.109

-40% respondentů uvedlo, že se s mentální anorexií nebo bulimií nikdy neseťkali, 29% se setkalo s mentální anorexií, kdy jí trpěl známý, 9% kdy jí trpěl příbuzný. 9% respondentů se setkalo s mentální bulimií, kdy jí trpěl známý, a u 14% příbuzný.

Tab. č. 110

Sestry VŠ	ne	anorexií známý	anorexií příbuzný	bulimií známý	bulimií příbuzný	Absolutní četnost
Vš. sestry	23	0	0	5	0	28
Relativní četnost	82%	0%	0%	18%	0%	100%



Graf č.110

-82% respondentů uvedlo, že se s mentální anorexií nebo bulimií nikdy nesetkali, žádný z respondentů se nesetkal s mentální anorexií, kdy jí trpěl známý, také žádný kdy jí trpěl příbuzný. 18% respondentů se setkala s mentální bulimií, kdy jí trpěl známý, ale netrpěl jí ve skupině žádný příbuzný.

**Otázka č. 24: Setkal/a jste se někdy s pojmem orthorexie?**

Ve všech skupinách respondenti odpověděli, že neznají pojem orthorexie, krom jednoho studenta VŠ ekonomického zaměření, jenž je vyučený kuchař.

**Otázka č. 25: Setkal/a jste se někdy s pojmem bigorexie?**

Ve všech skupinách respondenti odpověděli, že neznají pojem bigorexie, krom jednoho studenta VŠ ekonomického zaměření, jenž si pojem odvodil z významu slova.

**Otázka č. 26: Setkal/a jste se někdy s pojmem drunkorexie?**

Ve všech skupinách respondenti odpověděli, že neznají pojem drunkorexie.

## 10 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRÁCE

### **Cíl 1:**

**Zjistit z jakého rodinného prostředí ve vztahu k nadváze a dietám vycházejí respondenti**

### **Cíl 1 byl splněn**

**K cíli 1 se vztahují dotazníkové položky č. 3, 4a, 4b**

**Dotazníková položka č. 3** Respondenti převážně uváděli, že jejich rodiče netrpěli nikdy nadváhou, z celku takto odpovědělo 41% respondentů. 26% z celkového počtu dotazovaných odpovědělo, že jejich matka trpěla či trpí nadváhou, u odpovědí zda otec trpí nadváhou kladně odpovědělo 15% respondentů a skoro stejného výsledku bylo dosaženo v odpovědi zda- li oba rodiče trpí nadváhou, 16% respondentů odpovědělo kladně.

**Dotazníková položka č. 4a** Skoro stejný počet respondentů uváděl, že dietu někdy držela matka, tj. 40%, a 42% uvedlo, že dietu nedržel ani jeden z rodičů. Více respondentů, tj. 9%, uvedlo oba rodiče držící diety a 8% u otce.

**Dotazníková položka č. 4b** Jestliže některý z respondentů odpověděl na předchozí otázku, že ano, tak odpovídal i na tuto podotázku. Stejný počet respondentů 31% uvedl, že některý z jejich rodičů držel dietu několikrát a 31% že neví. Pouze 12% respondentů uvedlo držení diety pouze jedenkrát.

**Cíl 2:**

**Zjistit kolik lidí z celkového počtu respondentů aktivně ovlivňuje svoji tělesnou hmotnost, či má již nějaké zkušenosti s držením diet/y**

**Cíl 2 byl splněn**

**K cíli 2 se vztahují dotazníkové položky č. 10, 13, 16, 18**

**Dotazníková položka č. 10** 50% respondentů uvedlo možnost ano, že drželi v minulosti dietu a 60% uvedlo možnost ne, že nedrželi v minulosti dietu.

**Dotazníková položka č. 13** Převážná většina 62% respondentů odpověděla, že se stravuje konvenčně tzn., že jedí vše. Pouze 3% respondentů jsou vegetariáni, 20% se stravuje racionálně. Pouze 5% respondentů z celkového počtu uvedlo, že dodržuje dietní opatření a také jen 10% respondentů uvedlo, že preferuje rychlé občerstvení.

**Dotazníková položka č. 16** V případě kladné odpovědi byla tato otázka otevřená. Kladně odpovědělo 55% dotazovaných, a opět, zajímavé je, že 49% respondentů nemá žádné jídlo, kterému by se vyhýbali. V kladných odpovědích se objevovaly jídla převážně tučná jako jsou smažené pokrmy, zabijačky apod., a také sladká jídla různé pochutiny, krémové zákusky, bonbóny atd.

**Dotazníková položka č. 18** Na tuto otázku kladně odpovídalo velmi malé procento respondentů z celkového počtu jich bylo 12%, alarmující by se zdál být výsledek u skupiny všeobecných sester, kdy 25% z celkového počtu jich celá 4% uvedlo, že užívá léky na snížení chuti k jídlu. Také mě velmi překvapilo, že i středoškoláci již užívají tento druh léků a vysokoškolačky se zdravotním zaměřením studia, které ale i v jiných otázkách uváděly více nespokojenost s vlastní tělem, váhou apod.

**Cíl 3:**

**Zjistit u kolika respondentů z výzkumného vzorku se vyskytují stravovací či jiné rizikové postoje pro vznik poruchy příjmu potravy**

**Cíl 3 byl splněn**

**K cíli 3 se vztahují dotazníkové položky č. 6, 7, 8, 9, 11, 12, 17, 19, 20, 21, 22**

**Dotazníková položka č. 6** Pouze 8% respondentů z celkového počtu bylo spokojeno s tvarem svého těla, 30% spíše ano, 26% spíše ne a 20% respondentů z celkového počtu není spokojeno s tvarem svého těla. 11% respondentů to neřeší.

**Dotazníková položka č. 7** 44% respondentů je spokojeno se svoji váhou a 56% není spokojeno se svoji váhou.

**Dotazníková položka č. 8** 20% z celkového počtu respondentů myslí velmi často na to kolik váží, 44% na to myslí někdy a 35% respondentů nemyslí na to kolik váží.

**Dotazníková položka č. 9** Celých 16% respondentů se děsí myšlenky, že by mohli přibrat, převážně tuto odpověď uváděli vysokoškolští studenti se zdravotnickým zaměřením, 37% jen někdy a 42% se ani neděsí toho, že by mohli přibrat.

**Dotazníková položka č. 11** Z celkového počtu respondentů by si přáli více jak 60% respondentů zhubnout a 39% ne. Výsledky byly spíše vyrovnané pouze u skupiny zdravotních sester 2% z celkového počtu by si nepřálo zhubnout a u sester vysokoškolaček jich také z celkového počtu bylo jen 4%.

**Dotazníková položka č. 12** Respondenti v této otázce většinou uváděli, že nesledují nutriční hodnoty potravin, celkově jich bylo 53%, 39% respondentů uvedlo možnost někdy a možnost stále uvedl jen malý počet respondentů, tj. 8%.

**Dotazníková položka č. 17** Vysoký počet respondentů uvedl, že se jim stává, že přes den skoro nejí a pak to dohání večer. Často se toto stává 21% respondentům, 52% někdy a pouze 26% respondentům se toto nestává.

**Dotazníková položka č. 19** 12% respondentů uvedlo, že jí více když mají špatnou náladu, někdy jí více 44% respondentů, když mají špatnou náladu a 43% respondentům se toto nestává.

**Dotazníková položka č. 20** 6% respondentů se stává často, že nedokáží přestat jíst i když už cítí, že jsou syti. 16% se toto stává někdy, celým 38% výjimečně a 34% respondentům se toto nestává.

**Dotazníková položka č. 21** Z celkového počtu respondentů se 87% nestává, že by si šli někdy vyvolat zvracení po jídle, ale celým 12% se to stává občas a 1% často.

**Dotazníková položka č. 22** 56% respondentů uvedlo, že cvičí přiměřeně, 38% cvičí přiměřeně. Odpověď, že cvičí přehnaně často a s velkou intenzitou uvedly 4% respondentů z nichž převážnou většinu tvoří vysokoškoláci ekonomického zaměření studia.

**Cíl 4:**

*Zjistit jaká je informovanost široké veřejnosti o jiných druzích poruch příjmu potravy než je mentální anorexie a bulimie*

**Cíl 4 byl splněn**

**K cíli 4 se vztahují dotazníkové položky č. 24, 25, 26**

**Dotazníková položka č. 24** Na otázku č. 24 odpověděl pouze jeden z respondentů, a to student VŠ ekonomického zaměření, dříve vyučený kuchař. Ostatní respondenti uváděli odpověď ne, že neví, co daný pojem znamená.

**Dotazníková položka č. 25** Na otázku č. 24 odpověděl také pouze jeden z respondentů, tentýž student VŠ ekonomického zaměření, dříve vyučený kuchař. Ostatní respondenti uváděli odpověď ne, že neví, co daný pojem znamená.

**Dotazníková položka č. 26** Na tuto otázku neodpověděl žádný z celkového počtu dotazovaných respondentů.



## 11 DISKUSE

Problematika poruch příjmu potravy je v poslední době velice často probíraným tématem s ohledem na stále vzrůstající incidenci těchto onemocnění. Zpracování rešerše k tomuto tématu jsem si zadala v lékařské knihovně nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Použitá klíčová slova při vyhledávání byla: mentální anorexie, mentální bulimie, rizikové chování, orthorexie, bigorexie a drunkorexie. Rešerše byla zpracována za období posledních deseti let. Většina literatury a článků, jenž byly nalezeny, se zabývalo základními poruchami příjmu potravy, jejich komplikacemi, diagnostikou, léčbou a kazuistikami.

Cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit, jaké mají respondenti stravovací návyky, jak vnímají vlastní tělo a zda se u nich nevyskytují rizikové faktory pro vznik poruchy příjmu potravy.

Z celkového počtu respondentů se bohužel potvrdila moje domněnka, že převážná většina se nestravuje pravidelně, jak je to doporučováno odborníky, spíše jídlo dohání večer a poté se objevují sklony k přejídání.

Taktéž mě nemile překvapil fakt, že nadpoloviční většina respondentů nesleduje vůbec nutriční hodnoty potravin. Vzhledem k současnému trendu, kdy se hovoří o obezitě, pronikají k nám různé trendy ve stravování, jako například makrobiotika, vaření z biopotravin apod., bych čekala, že se o nutriční hodnoty konzumovaných potravin bude zajímat více respondentů.

Zajímavé ve výzkumu bylo, že skoro polovina respondentů je spokojena s tvarem svého těla a ani v otázce zkoumající spokojenost se svojí váhou nebyly markantní rozdíly. S ohledem na dnešní trend vyhublých modelek jsem čekala u většího počtu respondentů spíše nespokojenost s tvarem svého těla a svojí váhou. I přes to se respondenti bojí, že by mohli přibrat a asi 34 % z nich se tohoto přímo děsí.

Zajímavý výsledek přinesla také otázka, zda by si respondenti přáli zhubnout ve skupině všeobecných sester, kdy záporně odpovědělo pouze 5 z celkových 53, a ve skupině vysokoškolských studentů se zdravotnickým zaměřením studia, kdy z celkového počtu 28 by si nepřálo zhubnout pouze 8. I tak v otázce jakou stravu preferují, pouze 10 z nich uvedlo, že dodržuje nějaké dietní opatření.

A taktéž bylo překvapující, že skoro polovina dotazovaných respondentů nikdy nedržela dietu, i přes to, že věkové rozmezí se pohybovalo od 16 let do 67 let.

Vrátíme-li se k již zmíněné otázce preference stravy ve svém výzkumu jsem předpokládala, že vysoké procento se bude stravovat v rychlých občerstveních a to převážně vysokoškolští studenti a středoškoláci, na tuto otázku mi kladně odpovědělo ale pouze 21 respondentů, což je milé překvapení.

Ve svém dotazníku jsem měla také zahrnutou otázku týkající se vyhýbání se některým potravinám, zvláště se ukázalo, že skoro polovina respondentů neudávala žádné jídlo, kterému by se vyhýbali.

V otázce č. 18 jsem se respondentů dotazovala, zda-li užívají léky na snížení chuti k jídlu. Bylo ohromujícím zjištěním, že i středoškoláci již užívají tento druh léků. Kladně odpovídaly i vysokoškolačky se zdravotním zaměřením studia, které ale i v jiných otázkách uváděly více nespokojenost s vlastní tělem, váhou apod.

Nejzajímavější bylo zjištění, že z celkového počtu respondentů se celým 25 stává, že si občas po jídle jdou vyvolat zvracení a 3 často, alarmující je ukazatel výskytu kladných odpovědí už u středoškolských studentů a vysoký počet u vysokoškoláků.

Ve svém výzkumném šetření jsem také chtěla zjistit informovanost široké veřejnosti v oblasti zvláštních druhů poruch příjmu potravy jako jsou orthorexie, bigorexie a drunkorexie. Žádný z respondentů nevěděl co tyto pojmy znamenají, kromě jednoho studenta vysoké školy ekonomického zaměření, který si významy bigorexie a drunkorexie odvodil z názvů.

Výsledky výzkumného šetření byly nanejvýš zajímavé zvláště ve skupinách středoškoláků, kdy jsem netušila, že by ve svém věku mohli již užívat léky na snížení chuti k jídlu, a také ve skupinách vysokoškoláků, kde mě zarazil vysoký počet respondentů kteří udávali, že si po jídle chodí vyvolávat zvracení. Možnou úlohu by zde mohlo hrát vysoké emoční vypětí studentů obzvláště ve zkouškových obdobích studia a s tím spojenou zvýšenou emoční labilitou.

V souvislosti s výsledky výzkumu bych doporučila vytvořit pro vysokoškolské studenty edukační program zaměřený na prevenci psychického vypětí vedoucího k jídelním excesům.

A pro středoškoláky bych navrhovala vytvořit program zaměřený na primární prevenci poruch příjmu potravy jakožto nejvíce ohrožené skupině jejich vzniku.

Také v neposlední řadě bych považovala za přínosné informovat širokou veřejnost o jiných druzích poruch příjmu potravy jako jsou orthorexie , bigorexie a drunkorexie.

## ZÁVĚR

V dnešní moderní době se vyskytuje stále se zvyšující zájem o zdravý životní styl a udržení krásné, štíhlé postavy, což lze očekávat i v dalších letech. Lidé se budou snažit stavovat zdravěji a tyto snahy budou pro určité jedince enormní. Hlavním smyslem života se pak snadno může stát kontrola nad tím kolik potravy přijmou a nad jejím složením i třeba na úkor zdraví.

V prvních kapitolách mé práce uvádím charakteristiky poruch příjmu potravy jako jsou mentální anorexie, mentální bulimie a zvláštních typů poruch příjmu potravy tj. orthorexie, bigorexie, drunkorexie a diabulie. Popisovala jsem jejich charakteristiky, projevy, základní symptomatiku a léčbu. Dále popisuji nejvýznamnější rizikové faktory, které by mohly vést ke vzniku poruchy příjmu potravy a také jejich následky.

V empirické části byla provedena analýza zkoumaného vzorku respondentů jenž se účastnili mého dotazníkového šetření. Zkoumaný soubor tvořilo záměrně vybraných pět skupin respondentů - běžní občané, všeobecné sestry, středoškolští studenti se stavebním zaměřením studia, vysokoškolští studenti s ekonomickým zaměřením studia a další vysokoškolští studenti ale se zdravotnickým zaměřením studia. Výchozím zkoumaným jevem bylo zjistit stravovací návyky a jak vnímají respondenti vlastní tělo jako možné rizikové faktory pro vznik poruchy příjmu potravy.

Z průzkumného šetření vyplynulo, že převážná většina respondentů nedodržuje pravidelný jídelní režim, jedí spíše až večer, velké procento nebylo spokojeno se svoji hmotností, z toho vyplývající vysoké procento respondentů, kteří mají zkušenosti s držením různých diet a také vysoká procenta těch, kteří by si přáli zhubnout.

Překvapením bylo, že již studenti střední školy užívají léky na snížení chuti k jídlu, a také při otázce zda si někdy úmyslně jdou vyvolat po jídle zvracení nejvíce odpovědí ano vykazovali vysokoškolští studenti, u kterých by se předpokládal vyšší inteligenční kvocient a to, že budou vědět co poruchy příjmu potravy obnáší za nesnáze a komplikace z nich plynoucí.

Tato problematika je stále velice aktuální, nejen s rostoucím tlakem konzumní společnosti na krásu těla, ale s rostoucím výskytem poruch příjmu potravy u čím dál mladších dětí a také výrazný posun do středních let života.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. Krch, František. *Chci ještě trochu zhubnout*. MOTTO, 1998. 96s.  
ISBN 80-85872-86-2
2. Herman, Erik. Doubek, Pavel. *Deprese a stres*. Maxdorf, 2008. 91 s.  
ISBN 978-80-7345-157-8
3. Honzák, Radkin. *Úzkostný pacient*. Galén, 2005. 177 s. ISBN 80-72-62-367-2
4. Krch, František David. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Grada, 2008. 194 s. ISBN 978-80-247-2130-9
5. Claude-Pierre, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. PRAGMA, 2001. 257 s. ISBN 80-7205-818-5
6. Kutnohorská, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4
7. Málková, Iva. Krch, František David. *SOS nadváha*. Portál, 2001. 123 s. ISBN 80-7178-521-0
8. Hornbacher, Maria. *Na dně*. Domino, 1998. 291 s. ISBN 80-86128-25-3
9. Cooper, Peter. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Votobia, 1995. 206 s.  
ISBN 80-85885-97-2
10. Krch, František David. *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. Grada, 2000. 119 s. ISBN 80-7169-946-2
11. Krch, František David. *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. Grada, 2003. 168 s. ISBN 80-247-0527-3
12. Sladká-Ševčíková, Jana. *Z deníku bulimičky*. Portál, 2003. 126 s.  
ISBN 80-7178-795-7
13. Benešová, Dagmar. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. Sdružení MAC, 2003. 29 s.
14. Haluzík, Martin. *Poruchy výživy a leptin*. Grada, 2002. 183 s. ISBN 80-7169-972-1
15. Praško, Ján. *Úzkostné poruchy*. Portál, 2005. 409 s. ISBN 80-7178-997-6
16. Hall, Lindsey. Cohn, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. ERA, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8
17. Hort, Vladimír. Hrdlička, Michal. Kocourková, Jana. Malá, Eva. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Portál, 2000. 483 s. ISBN 80-7178-472-9
18. Svoboda, Mojmír. Češková, Eva. Kučerová, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. Portál, 2006. 311 s. ISBN 80-7367-154-9

19. Navrátilová, Miroslava. Češková, Eva. Sobotka, Luboš. *Klinická výživa*. Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3
20. Kocourková, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Galén, 1997. 151 s. ISBN 80-85824-51-5
21. Krch, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Grada, 1999. 233 s. ISBN 80-7169-627-7
22. Papežová, Hana. *Bulimia Nervosa*. Psychiatrické centrum Praha, 2003. 108 s. ISBN 80-85121-81-6
23. Papežová, Hana. *Anorexia nervosa*. Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8
24. Leibold, Gerhard. *Mentální anorexie*. Svoboda, 1995. 136 s. ISBN 25-052-95
25. Martykánová, Lucie. Piskáčková, Zlata. *Orthorexie a bigorexie- méně známé formy poruch příjmu potravy*. Výživa a potraviny 1/2010 vyd. Výživaservis s r.o. Praha ISSN 1211-846X
26. Vágnerová, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9
27. Svačina, Štěpán. *Poruchy metabolismu a výživy*. Galén, 2010. 495 s. ISBN 978-80-7262-676-2
28. Svačina, Štěpán. Bretšnajdrová, Alena. *Dietologický slovník*. Triton, 2008. 270 s. ISBN 978-80-7387-062-1
29. . Papežová, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada, 2010. 414 s. ISBN 978-80-247-2425-6

#### **Elektronické zdroje:**

30. Martykánová, Lucie. Piskáčková, Zlata. *Www.vyzivaspol.cz* [online]. 3.2.2010 [cit. 2011-05-16]. Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruchy příjmu potravy. Dostupné z WWW: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>
31. *Drunkorexie* [online]. 7.9.2010 [cit. 2011-05-16]. [Http://derewi.blog.cz](http://derewi.blog.cz). Dostupné z WWW: <http://derewi.blog.cz/1009/drunkorexie>
32. *DiaBulimie* [online]. 7.7.2010 [cit. 2011-05-16]. [Http://emily-in-wonderland.blog.cz](http://emily-in-wonderland.blog.cz). Dostupné z WWW: <http://emily-in-wonderland.blog.cz/1007/diabulimie>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

1. ADHD- attention deficit hyperaktivity disorder
2. Atd.- a tak dále
3. BMI- body mass index
4. CT- počítačová tomografie
5. č.- číslo
6. DSM- Diagnostic and Manual of Mental Disorders
7. fMRI- funkční magnetická rezonance
8. kcal- kilokalorie
9. kg.- kilogram
10. kJ- kilojoul
11. m<sup>2</sup>- metr čtvereční
12. MRI- magnetická rezonance
13. PMA- purgativní mentální anorexie
14. RFS- refeeding syndrom
15. RMA- restriktivní mentální anorexie
16. tj.- to je
17. USA- Spojené státy americké
18. VŠ- vysoká škola

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1.- 5.: Trpí (trpěli) Vaši rodiče nadváhou ?

Graf č. 6.- 10: Držel některý z Vašich rodičů někdy dietu ?

Graf č. 11.- 15.: pokud ano uveďte jak často?

Graf č. 16.- 20.: Kolik měříte a vážíte? Vypočteno v BMI .

Graf č. 21.- 25.: Jste spokojen/á s tvarem svého těla?

Graf č. 26.- 30.: Jste spokojen/á se svoji váhou?

Graf č. 31.- 35.: Myslíte často na to kolik vážíte?

Graf č. 36.- 40.: Děsíte se myšlenky, že byste mohli přibrat?

Graf č. 41.- 45.: Držel/a jste někdy v minulosti nějakou dietu?

Graf č. 46.- 50.: Přál/a by jste si zhubnout?

Graf č. 51.- 55.: Sledujete nutriční hodnoty potravin?

Graf č. 56.- 60.: Jakou stravu preferujete?

Graf č. 61.- 65.: Stravujete se pravidelně?

Graf č. 66.- 70.: Myslíte často na jídlo?

Graf č. 71.- 75.: Vyhýbáte se některým jídlům?

Graf č. 76.- 80.: Stává se Vám, že přes den skoro nejíte a až večer to doháníte tak, že se přejídáte?

Graf č. 81.- 85.: Užíváte léky na snížení chuti k jídlu?

Graf č. 86.- 90.: Máte sklony jíst více, když máte špatnou náladu?

Graf č. 91.- 95.: Stává se Vám, že toho sníte hodně a stále nedokážete přestat jíst i když jste už sytí, nebo se během velmi krátké doby přejíte?

Graf č. 96.- 100.: Stalo se Vám někdy, že jste si šel/ šla po jídle vyvolat zvracení?

Graf č. 101.- 105.: Cvičíte přehnaně často s velkou intenzitou?

Graf č. 106.- 110.: Setkal/a jste se někdy s osobou trpící mentální anorexií nebo bulimií?



**SEZNAM TABULEK**

Tab. č. 1.- 5.: Trpí (trpěli) Vaši rodiče nadváhou ?

Tab. č. 6.- 10: Držel některý z Vašich rodičů někdy dietu ?

Tab. č. 11.- 15.: pokud ano uveďte jak často?

Tab. č. 16.- 20.: Kolik měříte a vážíte? Vypočteno v BMI .

Tab. č. 21.- 25.: Jste spokojen/á s tvarem svého těla?

Tab. č. 26.- 30.: Jste spokojen/á se svoji váhou?

Tab. č. 31.- 35.: Myslíte často na to kolik vážíte?

Tab. č. 36.- 40.: Děsíte se myšlenky, že byste mohli přibrat?

Tab. č. 41.- 45.: Držel/a jste někdy v minulosti nějakou dietu?

Tab. č. 46.- 50.: Přál/a by jste si zhubnout?

Tab. č. 51.- 55.: Sledujete nutriční hodnoty potravin?

Tab. č. 56.- 60.: Jakou stravu preferujete?

Tab. č. 61.- 65.: Stravujete se pravidelně?

Tab. č. 66.- 70.: Myslíte často na jídlo?

Tab. č. 71.- 75.: Vyhýbáte se některým jídlům?

Tab. č. 76.- 80.: Stává se Vám, že přes den skoro nejíte a až večer to doháníte tak, že se přejídáte?

Tab. č. 81.- 85.: Užíváte léky na snížení chuti k jídlu?

Tab. č. 86.- 90.: Máte sklony jíst více, když máte špatnou náladu?

Tab. č. 91.- 95.: Stává se Vám, že toho sníte hodně a stále nedokážete přestat jíst i když jste už sytí, nebo se během velmi krátké doby přejíte?

Tab. č. 96.- 100.: Stalo se Vám někdy, že jste si šel/ šla po jídle vyvolat zvracení?

Tab. č. 101.- 105.: Cvičíte přehnaně často s velkou intenzitou?

Tab. č. 106.- 110.: Setkal/a jste se někdy s osobou trpící mentální anorexií nebo bulimií?

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 - DOTAZNÍK

Příloha 2 - ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Příloha 3 – EDUKAČNÍ LETÁK

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se René Kociánová, studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně 3. ročník oboru Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na problémy související se stravovacími návyky a postojem k sobě samému.

Součástí průzkumné části mé práce je dotazník a Vás chci poprosit o jeho vyplnění.

**Dotazník je zcela anonymní** a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce.

Vyplnění dotazníku Vám zabere maximálně 10 min. času.

V dotazníku budete volit z několika odpovědí, zakroužkujete- li jednu či více nechám zcela na vás. V případě, že otázka bude doplněna možností **jiné**, můžete rozepsat odpověď svými slovy.

Předem Vám moc děkuji za spolupráci. V případě dotazů a nebo bude- li Vás zajímat něco ohledně mé bakalářské práce, můžete se na mě obrátit prostřednictvím níže uvedeného e-mailu.

René Kociánová (r.e.n.e.1@seznam.cz)

### 1. Kolik je Vám let?

- a) 20- 35
- b) 35- 50
- c) 50 a více

### 2. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

### 3. Jaké je Vaše povolání? Jestliže jste student, uveďte jaký typ školy studujete (VŠ, SŠ,....)

.....  
.....

**4. Trpí (trpěli) Vaši rodiče nadváhou ?**

- a) Ano, matka
- b) Ano, otec
- c) Matka i otec
- d) Ne

**5. Držel některý z Vašich rodičů někdy dietu?**

- a) Ano, matka
- b) Ano, otec
- c) Matka i otec
- d) Ne, ani jeden z mých rodičů nedrželi nikdy dietu

**Pokud ano prosím uveďte jak často?**

- a) Jednou
- b) Několikrát
- c) Nevím

**6. Kolik měříte a vážíte ?**

Váha ..... kg výška ..... cm

**7. Jste spokojen/á s tvarem svého těla?**

- a) Ano, naprosto
- b) Spíše ano, ale našly by se drobné chyby
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Neřeším to

**8. Jste spokojen/á se svoji váhou?**

- a) Ano
- b) Ne

**9. Myslíte často na to kolik vážíte?**

- a) Ano, neustále
- b) Někdy
- c) Ne

**10. Děsíte se myšlenky, že byste mohli přibrat?**

- a) Stále
- b) Někdy
- c) Ani ne

**11. Držel/a jste někdy v minulosti nějakou dietu?**

- a) Ano
- b) Ne

**12. Přejete si zhubnout ?**

- a) Ano
- b) Ne

**13. Sledujete nutriční hodnoty potravin?**

- a) Stále
- b) Někdy
- c) Ne

**14. Jakou stravu preferujete?**

- a) Racionální
- b) Konvenční (jím vše)
- c) Vegetariánská, veganská
- d) Musím dodržovat dietní opatření
- e) Rychlé občerstvení
- f) Jiné

.....  
.....

**15. Stravujete se pravidelně?**

- a) Ano vždy
- b) Snažím se, ale někdy se mi to nepodaří
- c) Ne

**16. Myslíte často na jídlo?**

- a) Ano
- b) Ne

**17. Vyhýbáte se některým jídlům?**

- a) Ano
- b) Ne

*Pokud ano, doplňte prosím kterým a proč?*

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

**18. Stává se Vám, že přes den skoro nejíte a až večer to doháníte tak, že se přejídáte?**

- a) Často
- b) Někdy
- c) Ne

**19. Užíváte léky na snížení chuti k jídlu?**

- a) Ano
- b) Ne

**20. Máte sklony jíst více, když máte špatnou náladu?**

- a) Často
- b) Někdy
- c) Ne

**21. Stává se Vám, že toho sníte hodně a stále nedokážete přestat jíst i když jste už sytí, nebo se během velmi krátké doby přejíte?**

- a) Ano, často
- b) Někdy (cca 1x týdně)
- c) Výjimečně
- d) Ne

**22. Stalo se Vám někdy, že jste si šel/ šla po jídle vyvolat zvracení ?**

- a) Často
- b) Občas
- c) Ne

**23. Cvičíte přehnaně často a s velkou intenzitou?**

- a) Ano
- b) Necvičím vůbec
- c) Cvičím a sportuji přiměřeně

**24. Setkal/a jste se někdy s osobou trpící mentální anorexií nebo bulimií?**

- a) Ne, nesetkal/a
- b) Ano, mentální anorexií trpí/trpěla má známá/ý ....
- c) Ano, mentální anorexií trpěl /trpí rodinný příslušník
- d) Ano, mentální bulimií trpí/trpěla má známá/ý ....
- e) Ano, mentální bulimií trpěl/ trpí rodinný příslušník

**25. Setkal/a jste se někdy s pojmem orthorexie?**

- a) Ano
- b) ne

*Pokud ano prosím vysvětlete vlastními slovy co to je .*

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

**26. Setkal/a jste se někdy s pojmem bigorexie?**

- a) Ano
- b) Ne

*Pokud ano prosím vysvětlete vlastními slovy co to je .*

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

**27. Setkal/a jste se někdy s pojmem drunkorexie?**

- a) Ano
- b) Ne

***Pokud ano prosím vysvětlete vlastními slovy co to je .***

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

## PŘÍLOHA P 2: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ



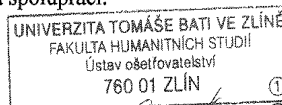
## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	René Kociánová
Téma bakalářské práce	Stravovací návyky a vnímání vlastního těla jako rizikové faktory pro vznik poruchy příjmu potravy
Pracoviště	Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 25.11.2010



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetřovatelství



## PŘÍLOHA P 3: EDUKAČNÍ LETÁK

# Štíhlá až k smrti?

## Rizikové faktory poruch příjmu potravy



Stále se zrychlující tempo života

- nepravidelné, nezdravé stravování
- výrazný mediální tlak
- osobní tragédie
- nedostatek pohybu

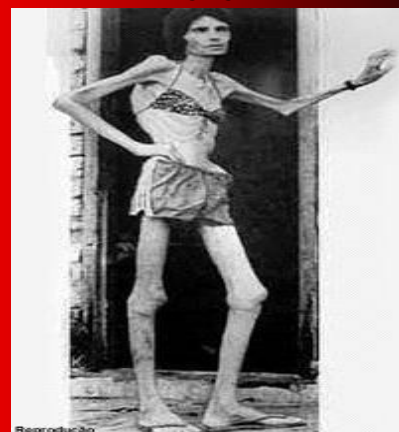


## Mentální anorexie

- jedná se o vědomé a úmyslné snižování tělesné hmotnosti i když je člověk štíhlý
- úmrtnost – až 15%

### Příznaky a první projevy

- snižování tělesné hmotnosti
- ztráta min. 3 menstr.cyklů
- ztráta libida i sexuální aktivity
- panický strach z nadváhy
- neustálý boj s chutí a hladem
- patologické jídelní návyky se začínají projevovat v rodinném kontextu v období dospívání



Reproducción



# Mentální bulimie

- jedná se o poruchu příjmu potravy charakterizovanou opakujícími se záchvaty
- k těmto záchvatům dochází k rozvinuté formě několikrát týdně

je zde patrná posedlost jídlem

## Příznaky

- silná touha po jídle
- přejídání
- výskyt vyprovokovaného zvracení
- užívání léků s projímavými účinky



## Léčba

- ZVLÁDAT STRES:

- duševní podpora blízké osoby
- projevovat své city – kreslení, psaní deníku, modelování
- napsat seznam věcí, které by mohly odvrátit můj pohled na věc



## Výživa při anorexii a bulimii

- zvyšte obsah vlákniny
- udržujte stálou hladinu cukru v krvi
- jezte menší dávky, ale častěji
- jezte co nejvíce potravin bohatých na chrom

## Kdy vyhledat lékaře

- nenormální způsob jídla trvá déle než měsíc
- stále ubýváte nebo přibýváte na váze
- užíváte nadměrné množství projímadel, diuretik, nutíte se ke zvracení

**Je nutné co nejrychleji vyhledat odbornou pomoc !**

