

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Šárka Hlinovská

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**RIZIKA VZNIKU MENTÁLNÍ ANOREXIE
U STUDENTŮ STŘEDNÍCH ŠKOL**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

PLZEŇ 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji paní Mgr. Veronice Muchlové Mühlsteinové, DiS. za vedení bakalářské práce, odborné rady, připomínky, konzultace, věcné připomínky a především za čas, který mi věnovala. Děkuji paní ředitelce Ing. Drahomíře Rancové, která mi umožnila provést výzkumné šetření studentů a také mojí rodině za všestrannou podporu při studiu.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Šárka Hlinovská

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Rizika vzniku mentální anorexie u studentů středních škol

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 14

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: Dívky – léčba – mentální anorexie – poruchy příjmu potravy – prevence – příznaky

Souhrn:

V bakalářské práci se zabývám jednou z poruch příjmu potravy - mentální anorexií. Zjišťuji rizika vzniku mentální anorexie u nejohroženější věkové skupiny adolescentů. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části stručně popisuji historii onemocnění a dále se zaměřuji na rizikové faktory, které mohou onemocnění způsobit. Charakterizuji věkovou skupinu adolescentů. V závěru teoretické části seznamuji s možnostmi prevence, poradenství a léčby onemocnění.

V praktické části se zabývám zájmy studentů, rodinné zázemí, životní události, stravovací návyky v rodinách i ve škole, genetiku, osobnostní rysy respondentů. V závěru této části uvádím nejrizikovější faktory, které mohou vyvolat vznik onemocnění mentální anorexie. Svá zjištění pak porovnávám s publikovanými údaji. Domnívám se, že výsledky mého výzkumného šetření lze využít jako informační zdroj pro zájemce o danou problematiku.

ANNOTATION

Surname and name: Šárka Hlinovská

Department: Faculty of Health Care Studies

Title of thesis: The risk of incidence of anorexia nervosa among high school students

Consultant: Mgr. Veronika Muchlové Mühlsteinová, DiS.

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 14

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 26

Keywords: Anorexia nervosa – eating disorders – girls – prevention – symptoms – treatment.

Summary:

The thesis deals with one of the eating disorders - anorexia nervosa. I examine the risk of developing anorexia nervosa in the most endangered age group of adolescents. The work is divided in two parts, theoretical and practical. The theoretical section briefly describes history of the disease and focuses on risk factors that can cause the illness. I also characterize the age group of adolescents. In the end of the theoretical part I acquaint with possibilities of prevention, counseling and treatment of anorexia nervosa.

The practical part is concerned with the interests of students, their family background, life events, eating habits in families and at school, genetics and personality traits of respondents. In the end of this part I mention the riskiest factors that may give rise to the disease of anorexia nervosa. Subsequently, I compare the findings with published data. I believe, that the results of my research can be used as a source of information for those, interested who are in the issue.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	11
1.1 Normální jídelní režim	11
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE	13
2.1 Definice mentální anorexie	13
2.2 Etiologie mentální anorexie	13
2.3 Biologické faktory	13
2.4 Sociální a kulturní faktory	14
2.5 Osobnostní faktory	14
2.6 Emocionální faktory a životní události	15
2.7 Symptomy mentální anorexie	16
2.8 Diagnostická kritéria mentální anorexie	16
3 ADOLESCENCE	18
3.1 Zdravotní rizika mentální anorexie u adolescentů	18
3.2 Fyzické problémy	20
3.3 Vliv na trávicí systém	21
3.4 Emoční problémy	21
3.5 Mozek a duševní pochody	21
3.6 Vliv na společenský život	21
3.7 Cvičení	22
3.8 Zvracení a projímadla	22
3.9 Léky a jejich zneužívání	22
4 NÁSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE	24
4.1 Prevence	24
4.2 Léčba	24
4.3 Trvalé následky a nebezpečí smrti	26
PRAKTICKÁ ČÁST	28
5 FORMULACE PROBLÉMU	28
5.1 Cíle a předpoklady výzkumu	28

5.2 Vzorek respondentů	29
6 POUŽITÁ METODA SBĚRU DAT	30
7 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	31
8 DISKUZE	63
ZÁVĚR	67
SEZNAM LITERATURY	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM OBRÁZKŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	
Přílohy	

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy, mezi které se řadí i mentální anorexie, jsou v dnešní době stále aktuálnějším tématem. Málokdo ví, že tato nemoc může být smrtelná. Potřeba přijímání potravy patří mezi základní biologické potřeby zajišťující přežití jedince. Podíváme-li se do minulosti, dozvíme se, že mentální anorexie má ze všech poruch příjmu potravy nejdelsí historii. Mentální anorexie nepostihuje jen mladé dívky v pubertálním a adolescentním věku, ale i dospělé ženy. V menší míře se s ní setkáváme i u chlapců a mužů. Příčiny tohoto onemocnění nejsou zcela jednoznačné. Je tomu tak proto, že zde působí celá řada faktorů. Z hlediska prevence je důležitá cílená informovanost celé společnosti. Mentální anorexie vede k sociální izolaci nemocného, snižuje kvalitu života, a proto je důležité včas rozpoznat příznaky. Při studiu literatury a hledání zdrojů jsem zjistila, že tématem poruch příjmu potravy se zabývá mnoho zahraničních i našich autorů. Jedná se o odborníky působící v oblasti poruch příjmu potravy, kteří se snaží seznámit s tímto onemocněním širokou veřejnost. V dnešní době nabízí mnoho informací také Internet a díky sociálním sítím můžeme kontaktovat osoby či organizace, které nám mohou poskytnout nejen poradenskou službu, ale i pomoc.

Téma mojí bakalářské práce „Rizika vzniku mentální anorexie u studentů středních škol“ jsem si vybrala proto, že jsem se chtěla dozvědět, zda u studentů sledované střední školy existují rizika vzniku mentální anorexie a zda jsou o této zákeřné nemoci dostatečně informováni. Také mě zajímalo, jak studenti střední školy přistupují k normálnímu jídelnímu režimu a kolik z nich se někdy snažilo o snížení tělesné hmotnosti. V teoretické části bakalářské práce popisují problematiku mentální anorexie a kladu důraz na potřebu předcházet jí normálním jídelním režimem. Zmiňují se o historii mentální anorexie, větší pozornost věnuji rizikovým faktorům, které mohou tuto poruchu příjmu potravy způsobit. Dále se zaměřuji na charakterové rysy, které k nemoci přispívají. V praktické části provádím výzkumné šetření rizikových faktorů u studentů Gymnázia a Střední odborné školy v Rokycanech. Zajímala jsem se též o zájmy studentů, rodinné zázemí, životní události, stravovací návyky v rodinách i ve škole, genetiku a osobnostní rysy. Oslovila jsem celkem 219 respondentů různých věkových skupin, studenty od 1. do 4. ročníku jmenované střední školy. Pro respondenty jsem vytvořila informační leták. V něm jsem se snažila přehledně podat informace o rizikových faktorech, o komplikacích, které mohou nastat při onemocnění mentální anorexií, a o příznacích tohoto onemocnění a poradenství.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mentální anorexie má ze všech poruch příjmu potravy nejdelší historii. První příznaky mentální anorexie byly popsány ve 2. století Galénem. Později tuto nemoc Hippokrates nazval anorexia nervosa neboli neurotické odmítání potravy. Ve 12. až 15. století bylo odmítání potravy považováno za očistu těla. První lékařský popis anorexie provedl v r. 1689 Richard Morton z Velké Británie. Ve svém popisu uvádí úmyslné odmítání potravy u dívky a chlapce. Další lékaři, kteří popisují mentální anorexii jako nemoc, jsou v roce 1859 americký lékař William Stout Chipley a v roce 1860 francouzský lékař Louis – Victor Marcé. O deset let později v roce 1870 se stalo sebehladovění lékařsky uznávané jako psychogenní choroba a to díky lékařům Ernestu-Charlesi Laséguemu a Williamu Gullovi.(10)

„V české odborné literatuře popsali první případy PPP (poruchy příjmu potravy) a jejich léčbu na interním a neurologickém oddělení Vratislav Jonáš (1941) a Otakar Janota (1946). Dnešní pacienti se od těch v minulosti častěji odlišují intenzivnějším a déle přetrvávajícím strachem z tloušťky nebo odmítání stravy se snahou zhubnout natolik, aby se přiblížili dnešnímu ideálu krásy.“ (12, s. 15)

1.1 Normální jídelní režim

Mentální anorexie je úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Pacienti s anorexií odmítají jídlo, protože nechtějí jíst. Přitom u nich hlad i chuť přetrvávají. *„Po určité době trvání nemoci se může dostavit „skutečná“ ztráta chuti a vymizení pocitu hladu.“ (3, s. 80)*

V běžném životě jsme prostřednictvím sdělovacích prostředků a Internetu zahrnutí velkým množstvím informací týkajících se přijímání potravy. Jsme pod tlakem módních a „zaručeně zdravých receptů“ na uchování věčné krásy a mládí. V reklamách nám slibují hubnutí i díky různým přípravkům jako jsou krémy, tablety a další. Zapomínáme, že stárnutí je přirozený proces v životě člověka. Svůj život a především zdraví si můžeme udržet jen zdravým životním stylem, tj. (to jest) pohybem, a tím že budeme jíst vyváženou stravu bez přejídání a diet. *„Znamená to neztratit rovnováhu mezi kalorickým, nutričním a emočním významem jídla a jinými životními hodnotami.“ (12, s. 10)*

V praktickém životě normálně jíst znamená vnímat pocit hladu jako základní potřebu. Důležité je stravovat se pravidelně 5× denně v menších porcích, nečekat na pocit hladu a hlavně dodržovat pitný režim. Měli bychom jíst tak, abychom našemu tělu dodali potravu, která obsahuje látky důležité pro výstavbu a fungování buněk, tkání, orgánů i orgánových celků. Nesmíme zapomínat, že naše tělo potřebuje dodávat

energii. Občas si můžeme dopřát i větší množství jídla, pokud je čerstvé a chutná nám. Nemusíme se tím stresovat a mít výčitky svědomí, pokud současně zařadíme pohybovou aktivitu. Na jídlo bychom si vždy měli vymezit určitý čas a věnovat mu přiměřenou pozornost. Měli bychom se především soustředit na své zájmy a učení. Někdy se stane, že jíme více pod vlivem různých emocí. Je důležité si tento fakt uvědomit a naučit se situaci zvládat. Normální jídelní režim je běžně narušován rozvrhem ve škole, dostupností jídla, pocitem hladu. Pokud ale nemáme poruchu příjmu potravy, není obtížné se do zaběhlého jídelního režimu vrátit.(12)

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

2.1 Definice mentální anorexie

„Mentální anorexie je onemocnění pod medicínskou diagnózou podle MKN – 10 F 50.0 (desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí). Je typická úmyslným snižováním tělesné hmotnosti pomocí navozeného oslabení chutě k jídlu až nechutenstvím.“ (3, s. 80)

2.2 Etiologie mentální anorexie

Příčina mentální anorexie je dána interakcí mnoha faktorů – genetických, psychologických, vývojových, biologických, sociálních, kulturních, osobnostních a rizikových. „Etiologie mentální anorexie je s největší pravděpodobností multifaktoriální. V pozadí onemocnění jsou vlivy sociokulturní, individuálně psychologické, rodinné a biologické. Svou roli sehrávají i vlivy společenské, jako je ideál zdravého štíhlého těla.“ (2, s. 266) Pacienti odmítají jídlo dlouhodobě ne proto, že by neměli hlad či chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Po určité době trvání nemoci se může dostavit skutečná ztráta chuti a vymizení pocitu hladu. Dlouhodobé hladovění může následně vyvolat pocit „vlčího hladu“. Po najedení mají však nemocní obrovské trávicí potíže, bolesti a křeče břicha, průjem, zvracení. To vše utvrzuje nemocného, že konzumace jídla je „nesprávná“. Svoji nemoc však nejsou schopni sami zvládnout. Někdy onemocnění přechází v další poruchu příjmu potravy.(3, 8)

V současné době se propaguje zdravý životní styl. Znamená to více se hýbat, sportovat v kombinaci s pestrou, zdravou a vyváženou stravou. Někteří lidé si ale zdravý životní styl zaměňují s dietami.

Bohužel i vědecké poznatky mají své módní vlny. Od některých poradců se dozvídáme, že určité potraviny jako cukry a tuky jsou špatné, nezdravé a nebezpečné. Před 20 lety byly za špatné považovány uhlohydráty. Nelze proto zcela jednoznačně mluvit o nezdravých, zdraví nebezpečných potravinách, ale o nevyváženém jídlu. Pro adolescenty je obtížné se orientovat v komerčním světě nejrůznějších doporučení mnoha poradců ohledně výživy.(12)

2.3 Biologické faktory

Mezi biologické faktory, které významně ovlivňují etiologii mentální anorexie, řadíme ženské pohlaví, menstruační cyklus, tělesnou hmotnost a pubertu. Hlavním rizikovým faktorem je právě ženské pohlaví. V pubertálním a zejména adolescentním věku dochází u dívek k tělesným změnám. Dívky přibírají na váze, tvaruje se jim postava, začíná u nich menstruační cyklus. Tyto fyziologické změny prožívají dívky různě, některé z nich velmi bouřlivě. Mnohé z nich se obávají, že svoji váhu nedokáží

kontrolovat a věnují jí nadměrnou pozornost. Bojí se, že nebudou pro svoje okolí dostatečně přitažlivé. S přibývajícím věkem drží často drastické diety a ty se mohou zvrhnout v nekontrolovatelné hubnutí.(9)

2.4 Sociální a kulturní faktory

Mezi sociální a kulturní faktory, které přispívají ke vzniku onemocnění mentální anorexie, řadíme média, reklamy, módní ideál krásy, sociální diskriminace těch, kteří neodpovídají umělému ideálu. V televizi probíhají soutěže, například Miss České republiky, ve kterých musí modelky splňovat přísná kritéria vztahující se k jejich postavě. Tyto soutěže lze považovat za vnější pobídky, které motivují hlavně dívky a ženy k dosažení ideální postavy. Psychicky labilní ženy a dívky často podléhají módnímu ideálu krásy a snaží se docílit vysněné postavy pomocí různých prostředků. Využívají k tomu například hubnoucí čaje, light výrobky, které jim nabízí reklama v televizi i v časopisech. Časopisy jim také předkládají digitálně upravené obrázky známých úspěšných osobností, hereček, modelek. Doporučují jim různé diety. Čtenářky si neuvědomují, že dosáhnout uměle vytvořeného ideálu lidské krásy je často pod hranicemi jejich možností nebo je to pro ně geneticky a biologicky nemožné. Mentální anorexie se neobjevuje rovnoměrně ve všech kulturách a dobách. Posedlost štíhlostí byla zaznamenána hlavně v hospodářsky vyspělých západních zemích s nadbytkem potravy. Ženy zde mají více příležitostí k seberealizaci. Jsou svobodnější, chtějí být úspěšné ve své profesi i v osobním životě. Snaží se ztotožnit se se vzorem, který daná společnost uznává. Domnívají se, že pokud nebudou štíhlé, nebudou krásné a úspěšné. Mediální obrazy štíhlého ideálu postavy zaplavily celý svět.(9, 26) Dnes už se situace mění.

Další faktory posilující strach z tloušťky: přílišný důraz na fyzický výkon, sebekontrola, jednostranné spojování nadváhy s leností, ošklivostí a zdravotními problémy, zkreslené informace o účinnosti a následcích redukčních diet, příliš velká soutěživost v rodině, ve škole a mezi vrstevníky, nevhodné jídelní návyky rodičů, sourozenců a kamarádů.(5)

2.5 Osobnostní faktory

U žen nacházíme ve větší míře charakterové rysy, které přispívají k poruchám příjmu potravy. V některých rodinách je proto postiženo i několik generací. U geneticky zranitelnějších lidí může určitá rodinná dispozice spočívat ve zdědění některých povahových rysů (úzkostnost, citlivost vůči stresu) nebo vzorců chování (chaotické jídelní návyky, preference některých jídel).(12)

Nejčastější charakterové rysy:

- perfekcionismus – snaha být nejlepší, dokonalá,
- zranitelnost – nedostatek sebedůvěry, snaha zalíbit se druhým,
- závislost – výrazná potřeba vedení,
- sebekritičnost – vnímání sebe sama jako bezmocného a neschopného s potřebou trvalé podpory a ubezpečování od ostatních,
- nestálost – kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi,
- puritánství a asketismus – překonat vlastní potřeby včetně jídla,
- impulzivita – charakteristické u přejídání, bulimie.(12)

K onemocnění mentální anorexii přispívají také poruchy osobnosti. *„Poruchy osobnosti se typicky projevují obvykle již v dětství či adolescenci a přetrvávají prakticky celý život. Dochází u nich k určitým výkyvům vyvolaným nepříznivými vnějšími (partnerské konflikty, pracovní problémy a jiné.) nebo vnitřními (kritická věková období, závažná onemocnění) faktory.“* (13, s. 162)

Některé rysy naší osobnosti mohou vést k náchylnosti ke vzniku nemoci. S některými rysy se narodíme, některé se vyvinou v dětství. Dítě s úzkostnými rysy, které je navíc vychováváno s přehnanou starostlivostí, je více náchylné k psychickým onemocněním. (12)

V každodenním životě jsme nuceni překonávat překážky, jsme často vystaveni stresu. Je tomu tak v osobním životě, ve škole i v zaměstnání. Zajímavý je výzkum, při kterém byla jedné skupině lidí úmyslně snižována nálada a druhé nálada zvyšována. Lidem, kterým byla nálada experimentálně snižována, subjektivně uváděli, že se cítí těžší. Osoby ve druhé skupině měly dojem tělesné lehkosti.(9)

2.6 Emocionální faktory a životní události

Onemocnění mentální anorexie může předcházet depresivní porucha, která v současné společnosti postihuje až pětinu obyvatel. Deprese postihuje všechny věkové kategorie, častěji se vyskytuje u žen. Je to dáno tím, že ženy hůře snáší psychickou zátěž. Přispívat k tomu může i genetická dispozice. Nemocné mají sklon k pocitům méněcennosti, ztrácí sebevědomí a sebeúctu. Mentální anorexii často předchází životní události, mezi které patří sexuální zneužívání v dětství, separace od rodičů, ale i alkoholismus v rodině.(12)

2.7 Symptomy mentální anorexie

Jednotlivé fáze ve stravovacích zvyklostech nemocného:

- *první fáze* – stravování dle výživových doporučení
 - vynechání energeticky bohatých jídel (sladkosti, uzeniny, rychlé občerstvení)
 - vynechání sladkých nápojů (limonády)
- *druhá fáze*
 - omezování příloh (sacharidových potravin)
- *třetí fáze*
 - pseudovegetariánství (absence masa a masných jídel)
- *čtvrtá fáze*
 - pseudoveganství (nepřítomnost vajec, mléka a mléčných výrobků)
- *pátá fáze*
 - přítomnost pouze ovoce a zeleniny ve stravě a postupně se vynechává ovoce a pak zelenina

„Stravovací režim končí úplným hladověním s rizikem pozření bizarních věcí k utlumení pocitu hladu (buničina napuštěná džusem).“ (3, s. 81) Tento stravovací režim nemocný spojuje se sportováním nebo s jinou tělesně namáhavou prací. Tělo zatěžuje urputným tělesným výkonem. Vše se snaží tajit.(3)

2.8 Diagnostická kritéria mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy v naší společnosti prošly historickým vývojem, viz kapitola 1, a nejsou v současné společnosti žádným novým jevem. Vyskytují se již delší dobu v oblasti psychosomatických poruch. Vzhledem k věkovým kategoriím je důležité, aby byli v této oblasti dostatečně vzděláni hlavně rodiče adolescentů, pedagogové i široká veřejnost.

Podle MKN – 10 (desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí) uvádím stručný přehled diagnostických kritérií:

- tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň, nebo BMI (body mass index) 17,5 a nižší. V období růstu a vývoje nedochází k předpokládaným hmotnostním přírůstkům,
- snižování hmotnosti se děje díky vědomému se vyhýbání jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo pomocí nadměrného cvičení, navozeného zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik,
- přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nereálného hmotnostního prahu,

- dochází k endokrinním (hormonálním) poruchám projevujícím se u žen jako amenorea, u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se také vyskytovat zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky od vylučování inzulínu,
- pokud je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální jevy opožděné (puberta tarda) nebo dokonce inhibovány (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitály). Po uzdravení často dochází k dokončení puberty, avšak menarché (první menstruace) je opožděna.(3, s. 80)

3 ADOLESCENCE

3.1 Zdravotní rizika mentální anorexie u adolescentů

Studenty na střední škole můžeme v biologickém smyslu zařadit do období adolescence. Dochází u nich k pohlavnímu zrání, dokončují svůj tělesný růst. Adolescenti se odmítají podřizovat dospělým, usilují o získání svobody a samostatnosti. Často velmi dobře znají svá práva, ale neochotně přijímají povinnosti a zodpovědnost dospělých. Studenti středních škol také ve většině případů prožívají své lásky, kdy u nich obvykle dochází k prvnímu pohlavnímu styku a k psychosociální proměně. Mění se osobnost a společenské pozice. Přípravují se na budoucí povolání nebo na další studium. Snaží se postupně o dosažení ekonomické nezávislosti. V tomto období se také u nich stabilizují a zklidňují vztahy s rodiči. Studium pak zakončují současně s plnoletostí. V 18 letech dosahují svobody pro své rozhodování. Musí být odpovědní za své jednání. Dobu studia na střední škole provází tedy období hledání a rozvoj vlastní identity. Ne všichni jedinci jsou natolik vyspělí a ochotni přijmout novou roli dospělého. Někteří mají snahu vývoj zastavit, zabrzdit. Získávají čas a snaží se porozumět sami sobě. Je pro ně těžší osamostatnit se a rozhodnout se, čeho chtějí v budoucnu dosáhnout. Rádi diskutují s dospělými, argumentují a získávají tak postupně pocit jistoty. Přiznat nahlas svoje chyby a nedostatky bývá pro ně neúnosné. (6, 14) *„Jednoznačná definice, co je dospělost, v psychologii neexistuje. Zralost jedince neurčuje věk, nýbrž zkušenosti a těch má člověk v 18 letech velmi málo. Mezi lidmi existují ve zralosti velké interindividuální rozdíly. K dosažení zralosti přispívají různé životní události a jejich řešení.“* (14, s. 433)

Pro osobní rozvoj je důležitá rodina, ve které má jedinec důležité sociální zázemí. Rodiče fungují pro adolescenta jako modely chování. Dále škola, z hlediska budoucího sociálního zařazení a volnočasové aktivity, která může ovlivňovat rozvoj jeho schopností a dovedností. Škola rozvíjí u adolescenta hlavně ty schopnosti, které od něho společnost vyžaduje. Záleží také na typu školy a na výchovných prostředcích, které škola používá. Zvolený výchovný styl (liberální, demokratický, autoritativní) může významnou měrou ovlivnit budoucnost jedince.

Biologické změny a sociální změny navozují nové životní situace, ve kterých se učí adolescent orientovat, porozumět jim, akceptovat je. Každý jedinec má jiné vnímání. Pro někoho je to výzva a nová příležitost, pro jiného mohou být nové změny stresující. *„Adolescent věnuje svému vzhledu zvýšenou pozornost, musí přijmout změnu podoby způsobenou dosaženou pohlavní zralostí a rozvinutím sekundárních pohlavních znaků. Porovnává se s vrstevníky, snaží se přiblížit aktuálnímu standardu atraktivity, nebo na něj naopak rezignuje a odmítá ho. Vzhled využívá jako strategie k získání pozornosti.“* (14, s. 425)

S hormonální proměnou jsou spojeny změny v oblasti citového prožívání. Adolescent reaguje často nepřiměřeně, přecitlivěle i na běžné podněty. S tím jsou spojeny výkyvy nálad a chování. To se dospělým většinou nelíbí, a proto se narušují v tomto období vztahy mezi rodiči. Záleží pak na rodičích, jaký uplatní výchovný styl. Na adolescenty jsou kladeny v dnešní době poměrně vysoké nároky, které mohou být i rozporuplné. Věková hranice tělesného růstu a pohlavní zralost se stále snižuje, ale nároky společnosti na vzdělání a profesní přípravu se zvyšují. Ještě obtížněji se s danou situací vyrovnávají ti, kteří si v tomto věku začínají uvědomovat svoji odlišnou sexuální orientaci. *„Adolescenti mají největší předpoklady, že se zapojí do rizikových akcí, které mohou mít negativní následky pro jejich další život. Během adolescence se zvyšuje výskyt psychiatrických onemocnění – afektivních poruch, schizofrenie, poruch příjmu potravy a zneužívání látek. Fyziologická reakce na stres je větší, vyskytuje se vyšší míra úzkosti.“* (14, s. 430, s. 432)

Adolescence nemusí nutně znamenat konflikty, zvraty a krize, ale i tak je toto období velmi citlivé pro rozvoj tzv. rizikového a problémového chování. Do rizikového chování řadíme např. nechráněný sex, experimentování s drogami. Chování adolescenta může vést v krajním případě:

- k poškozování zdraví (užívání drog, sexuální rizikové chování, poruchy příjmu potravy, sebevražedné pokusy, sebevraždy),
- k ohrožení společnosti (páchání trestné činnosti, agrese, násilí, šikana, týrání).

Onemocnění mentální anorexií lidé v naprosté většině přisuzují pouze dívkám. Tato nemoc však postihuje i chlapce. Pravda je, že statistiky ukazují, že 90% všech postižených tvoří ženy. Je třeba ještě dodat, že není prokázána žádná souvislost mezi poruchou sexuálního zaměření a příjmu potravy.(9) Ženy obecně kladou větší důraz na svůj zevnějšek, na svoje tělesné proporce a váhu. Středoškolačky, které zaznamenávají na svém těle biologické změny, jsou úzkostnější ke svému tělu, cítí se být ohroženy nadváhou. Mají více tendenci k tloustnutí. Během dospívání přibývají na tělesném tuku, zatímco chlapci spíše na svalové hmotě. Lidově řečeno – dívky se „zakulacují“, chlapci „vytahují“, „posilují“. Z toho je také patrné, že pokud dívky nejsou spokojené se svým tělem, usilují o hubnutí. Pokud nejsou spokojeni chlapci, začnou posilovat, aby přibrali tělesnou svalovou hmotu. Děvčata na střední škole si však velmi často neuvědomují, jaké důsledky jim může přinést nekontrolované hubnutí a jak snadno mohou onemocnět mentální anorexií. Zpočátku mohou být dívka či chlapec podporováni okolím, když se snaží snížit svoji hmotnost, která původně byla na horní hranici normy nebo nad ní. Tím je okolí utvrzuje ve správnosti jejich chování. Jejich stravování probíhá podle výživových doporučení – omezí sladkosti, uzeniny, jídla rychlého občerstvení, sladké nápoje. Váha jde poměrně snadno rychle dolů bez větší námahy. Tělo adolescentní dívky potřebuje zdravou, pestrou a po všech stránkách

vyváženou stravu. Pokud tomu tak není, dívka může onemocnět. V nejhrošším případě může onemocnět mentální anorexií. Záleží pak na stupni onemocnění, závažnosti podvýživy. Tělo trpí nedostatkem vitamínů, minerálů a ostatních složek potravy. Nedostatek vitamínů může mít za následek např. lámání nehtů, lámání a vypadávání vlasů, poruchy zraku. Mohou se objevit i poruchy srdečního rytmu, nízký krevní tlak, osteoporóza, únavnost, studené končetiny, zhoršená funkce vnitřních orgánů, porucha imunity a v krajním případě končí onemocnění smrtí. Psychika nemocného je také narušená. Nemocní mají pokleslou až depresivní náladu, jsou podráždění, trpí úzkostí, sebenenávistí, mají sklony k poškozování. Kognitivní funkce jsou rovněž poškozeny – nesoustředěnost, zhoršení paměti. Sociální vztahy mají nemocní narušeny častými konflikty, např. s rodiči, přáteli. Postupně ztrácí zájem o své okolí a všechny svoje myšlenky soustředí na jídlo a svoji hmotnost.(3)

3.2 Fyzické problémy

„Fyzické problémy při mentální anorexii spočívají ve slabosti vyplývající z hladovění, nerovnováhy solí a hormonů.“ (12, s. 60)

Nemocný může svoji nemoc vnímat jako neschopnost, osobní slabost. Zvyšuje svoji sebekontrolu, a pokud vše řeší ještě přísnější dietou, nastartuje sebepoškozující začarovaný kruh.

U nemocného s mentální anorexií můžeme pozorovat následující symptomy, které mají za následek uvedená zdravotní rizika. Nemocný je přecitlivělý na chlad. Má horší oběh krve v rukou a nohou. Poruchy cirkulace se projeví pomalým pulzem, nízkým krevním tlakem a omdlíváním. Jeho končetiny jsou často promodralé a je možné na nich pozorovat skvrny, otoky i omrzliny. Proto některé ženy s anorexií zemřely na podchlazení. Nemocný špatně spí. Probouzí se několikrát za noc. V noci i přes den chodí často na toaletu. Je to v důsledku toho, že mu slábne močový měchýř. V těle nemocného dochází k hormonálním změnám. Zejména ženy pozorují nárůst jemného ochlupení na těle. Nemocný postupně slábne. Slábnou mu kosti. Osteoporóza vede ke zlomeninám, deformacím páteře a tím velkým bolestem. Také funkce kostní dřevě selhává. Červené a bílé krvinky se netvoří dostatečně rychle. Anémie, která v těle nemocného vzniká, má za následek náchylnost k infekcím. Tělo rychle ztrácí tuk. Ženy většinou potřebují pro menstruaci alespoň 15% tělesného tuku.

Žaludek se u nemocného zmenšuje a mohou se tvořit žaludeční vředy. I malé množství jídla vyvolává bolesti. Střeva jsou pomalá a výsledkem je zácpa. Nedostatek výživy postihuje všechny vnitřní orgány. Vznikají otoky kolem kotníků a nohou. Ledviny jsou ohroženy infekcí. Mohou se v nich tvořit kameny a nakonec selhat. Má-li žena poškozenou funkci jater, v krvi stoupá cholesterol. Je to nedostatkem estrogenu, který játra produkují. Zejména před menopauzou jsou ženy estrogeny chráněny před

srdečním infarktem. Poškozené jsou i svaly a nervy. U dětí se zastavuje růst a puberta. V důsledku poklesu cukru v krvi nemocného se může projevit zmatenost a panika.

U žen dochází dále k vymizení menstruace a postiženy jsou všechny sexuální funkce. Reprodukční orgány se zmenší ve struktuře i velikosti na úroveň před pubertou. Dívka, žena ztrácí zájem o sex. Nízké hladiny pohlavních hormonů způsobují, že pochva ženy je nezvlhčená a sex bolestivý. Při zanedbání všech těchto symptomů může dojít ke kómatu až ke smrti.(12, 24)

3.3 Vliv na trávicí systém

Jídlo se pro nemocného stává velkým stresem, který se projevuje pocity paniky, viny a nepříjemnými tělesnými pocity. Nemocný si v sobě pěstuje averzi vůči potravě. Jídlo si spojuje se stresujícími situacemi, trpí různými představami. Trpí nepříjemnými pocity při trávení, pocity plnosti, nadmutosti. Svalovina břišní stěny a střev zeslábne, střeva zadržují vodu a plyny více než obvykle.(12, 24)

3.4 Emoční problémy

Ztráta váhy, nové fyzické procesy v těle nemocného, hormonální změny a dopad na látky přenášející informace (neurotransmitery) v mozku vedou k psychickým obtížím. Nemocný reaguje podrážděně a mohou se u něho projevit stavy deprese. Bohužel tyto potíže řeší chováním, které je typické u pacienta, který onemocněl mentální anorexií. Svoje tělo zatěžuje dalším anorektickým chováním.(12, 24)

3.5 Mozek a duševní pochody

Hladovění má vliv na činnost mozku a duševní pochody. S postupující nemocí nemocný trpí depresemi. Celý jeho duševní život je ovládán jídlem. Nemocný jedinec není schopný se soustředit a řešit každodenní běžné problémy. Pokud jde o adolescenty, kteří chodí ještě do školy, nejsou schopni se soustředit na učení, mají narušenou paměť a jejich pozornost směřuje pouze k jídlu. Komplexní myšlení mají poškozené. Z toho plyne, že nejsou schopni vidět reálně svůj zdravotní stav, vnímat svoje jednání jako onemocnění a chápat nutnost léčby. Obnovit normální funkce mozku je dlouhodobé, záleží na závažnosti onemocnění, ale vrátit je lze. Vyžaduje to ale spolupráci pacienta a ochotu nastoupit léčbu.(12, 24)

3.6 Vliv na společenský život

Nemocný adolescent se začíná vyhýbat svým vrstevníkům, zejména pokud mu nabízejí pomoc. Není schopen vidět reálně své obtíže. Přátelé se s ním s postupující nemocí nudí a začínají před ním unikat. Vidí, že ztrácí smysl pro humor, není schopen se s nimi běžně bavit na nějaké téma. Jediné, co nemocného zajímá, je jeho „tloušťka“.

Tato ztráta sociálních kontaktů prohlubuje dále jeho pocit odcizení a stresu. Svůj nový problém řeší opět anorektickým chováním.

3.7 Cvičení

Cvičení je určitě součástí zdravého životního stylu. Předpokladem je pestrá a vyvážená strava. Pokud má vést k hubnutí, znamená to, že jedinec vydává díky cvičení více energie, než přijme potravou. Toho zneužívá nemocný mentální anorexií. Proto jeho cvičení začíná být utajované. Obtěžuje ho, když ho jeho okolí upozorňuje na možná rizika. Nechápe, že se o něho jeho přátelé strachují. Nemocný adolescent si není schopen uvědomit, že když bude jeho váha příliš nízká a ztráta energie velká, může dojít ke smrti.

Jaká jsou rizika:

- nebezpečný pokles krevního cukru, nebezpečí kómatu,
- nemocný nevnímá reálně únavu,
- kosti jsou zeslabené, tenké a mohou vznikat zlomeniny,
- svaly a klouby trpí nadměrným napětím
- dalším cvičením se svaly ničí, svalová vlákna ubývají.(12, s. 63)

3.8 Zvracení a projímadla

V další fázi nemocný adolescent může kontrolovat svoji váhu pomocí zvracení a laxativ. Neuvědomuje si, že kyseliny ze žaludku mu mohou poškodit zuby. Jsou tu i další zdravotní rizika. Poškozuje si ledviny a střeva. Tyto metody jsou pro pacienta opravdu nebezpečné. Nízká hladina kalia může vést k poruchám srdečního vedení do mozku. Nemocný může dostat záchvaty nebo křeče. Příušní žlázy mohou bolestivě otéci, obličej se zakulacuje. U některých nemocných může také dojít k poškození žaludku, k vnitřnímu krvácení. Celý metabolismus v těle je narušený, tělo hladové a žádá si potravu. Nebezpečná jsou pro nemocného i projímadla. Vedou k odvodnění a následně k selhání ledvin. Časté používání projímadel vede k poškození střev. Střeva přestávají správně fungovat. Projevuje se to nadýmáním a zácpou. Tlak ve střevech má také svoje následky. U pacienta vznikají hemoroidy či prolaps střev.(12, 24)

3.9 Léky a jejich zneužívání

Reklamy v časopisech i v televizi nás často nabádají k hubnutí pomocí různých pilulek. Jde o různé dietní přípravky a diuretika, která mají vést ke snížení váhy bez cvičení, bez námahy. Adolescenti, kteří nemají dostatečné vědomosti, podléhají těmto komerčním nabídkám, ve kterých se neumějí orientovat. Tyto prášky často vedou

k odvodnění organismu. Také k poruchám vodního a iontového metabolismu. V těle jedince dochází k poruše oběhu a ledvin stejně jako u projímadel a zvracení. Pokud se pilulky užívají dlouhodobě a ve větším množství, navozují nadměrnou aktivitu. Pro nemocného adolescenta je pak prakticky nemožné spát, je nervózní, podrážděný, neklidný. V krajním případě se mohou vyskytnout epileptické záchvaty.(12, 24)

4 NÁSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE

4.1 Prevence

Jaké následky zůstanou po onemocnění mentální anorexií? Na tuto otázku není možné zcela jednoznačně odpovědět. Záleží na délce onemocnění, věku. Řada zdravotních problémů se po úpravě hmotnosti opět upraví do normálního stavu. Období adolescence je však kritické období, kdy se může nevratným způsobem porušit organizmus. Poruchám příjmu potravy můžeme předejít tím, že budeme mít základní znalosti o svém těle a o své váze. U většiny z nás jsou chuť a hlad spojeny s výdejem energie, který je vyjádřen tělesným metabolickým indexem. Spotřebu energie člověka lze spočítat bez genetických a hormonálních faktorů. Je to ale spíše odhad průměrné metabolické potřeby. Světová zdravotnická organizace popsala v roce 1985 standardy, které jsou rozumným odhadem množství energie – množství potřebných kalorií na den. K nárůstu váhy s ohledem na základní potřeby je nutných 500 kalorií denně navíc, aby došlo k žádoucímu nárůstu asi o 0,5 kg za týden. *„Je dobré si pamatovat, že malá množství jídla rozdělená na celý den bazální metabolismus zvyšují. Dlouhé mezery mezi jídly signalizují tělu, aby si udržovalo energii, a jídlo selektivně ukládalo jako tuk v očekávání hladového období. Proto máme jíst pokud možno 5× denně pravidelně v menších dávkách, jinak se poruší nerovnováha mezi tuky a svalovinou a váha může stoupat.“* (12, s. 66) Z lékařského hlediska je také dobré umět si spočítat body mass index, což je váha v kilogramech dělená druhou mocninou výšky. (16) V pozdním adolescentním věku, tj. ve 20 letech, je BMI 19,5 kg/m². Při něm byla zjištěna nejnižší úmrtnost. To je pro zdravou váhu. Světová zdravotnická organizace stanovila pro anorexii hranici 17,5 BMI. 13,5 kg/m² je kritická hodnota, při které je třeba uvažovat o hospitalizaci. Zdravá váha se mění s věkem. Obecně můžeme říci, že zdravé rozmezí BMI je 20 – 25 BMI. (12)

4.2 Léčba

Úspěšná léčba vyžaduje aktivní spoluúčast nemocného. Důležitá je pro něho i motivace. Bez motivace nelze v životě docílit jakékoliv změny.

Motivaci ke změně můžeme rozdělit do 5 stadií:

- popření – nemocný nevěří, že má problém, nechce nic měnit,
- úvahy – stádium pozorování a rozjímání, nemocný začíná věnovat pozornost obtížím spojeným s jídlem,
- příprava – člověk už chce změnu a přeje si pomoc,
- akce – je rozhodnutí pro změnu a pacient začíná se změnou chování, využije podpory okolí a povzbuzení,

- udržení – nemocný pokračuje v práci na uzdravení.

Cesta nemocného ke změně a následně k uzdravení je zdlouhavá a namáhavá. Málokomu se daří překonat potíže hned napoprvé. Je třeba více pokusů, než se jí konečně dosáhne. Bezmocní rodiče se snaží vyhledat pomoc odborníků – ústavní léčbu. Někdy může snaha o změnu přinést zhoršení stavu (abstinenční příznaky). Nemocný vnímá přechodné bolesti žaludku, svalů, kolapsové stavy, kolísání nálad, vtíravé myšlenky na jídlo či zhoršení rodinných vztahů.(12, 17)

V posledních letech je snaha najít takové postupné kroky, které vedou nemocného k uzdravení. Na Internetu jsem dohledala webové stránky *Občanského sdružení Anabell*, které nabízí následující služby:

- Komplexní služby v oblasti poruch příjmu potravy – poradenství, terapie, ambulantní léčba.
- Poradenství a terapie při řešení obtížných životních situací pro děti, dospělé a celé rodiny.
- Nutriční poradenství a terapie při různých zdravotních obtížích (redukce hmotnosti, sportovní výživa, stravování v těhotenství, výživa dětí, odstraňování nevhodných stravovacích návyků a jiné).(19)

Na stránkách Státního zdravotního ústavu, který je příspěvkovou organizací ministerstva zdravotnictví, je možné dohledat užitečné rady. Upozorňuje např. na novou publikaci s názvem „Zdravá školní svačina“. (22)

Skupinka studentů Slezského gymnázia v Opavě se zabývá od roku 2007 projektem *HELP P3*. Zajímají se o problematiku poruch příjmu potravy. V prostorách gymnázia i většiny základních škol předávají žákům ve věku 12 až 18 let formou prezentací informace o poruchách příjmu potravy.

Ve svém projektu uvádí terapii mentální anorexie:

- Cílem je získat opět zdravý vztah k jídlu a optimální hmotnost,
- ambulantně – lehčí případy, uvědomění si problému,
- hospitalizace (psychiatrická léčebna nebo jednotka intenzivní péče),
- pohovory s psychiatrem,
- lázně,
- sezení se stejně postiženými,
- svépomocné skupiny – pocit pochopení,

- zřídka se vyléčí postižený sám.(21)

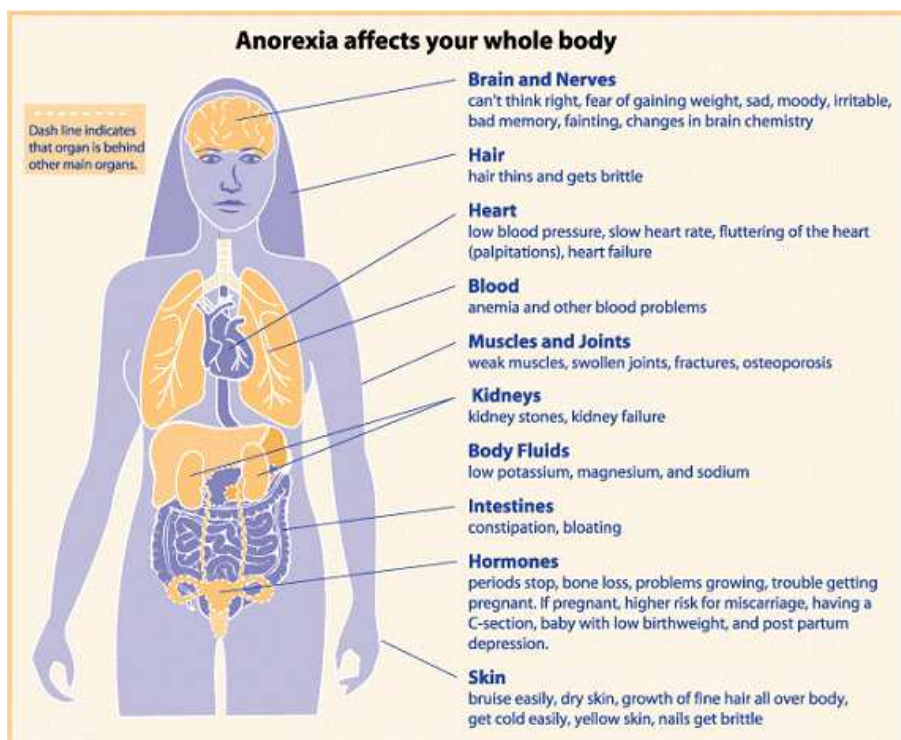
Mnoho lidí má nereálné očekávání a myslí si, že nemoc odezní během několika měsíců. Je však lepší uvažovat v řádu několika let. Když se onemocnění léčí dostatečně včas, uzdravení je kvalitnější. Selhání terapie může signalizovat, že je nutno pracovat na osobnostním zráním tak, aby dosažené změny byly trvalejší. Rizikový je třetí a šestý měsíc po léčbě.(12)

4.3 Trvalé následky a nebezpečí smrti

Období adolescence je však rizikové, kritické období, ve kterém může vlivem mentální anorexie dojít k trvalým následkům. Např. růst postavy, hustota kostí, sekundární pohlavní rozvoj, reprodukční schopnosti. Dlouhodobou a trpělivou léčbou, která vyžaduje spolupráci nemocného a jeho rodiny, lze hodně docílit. Přesto u třetiny až poloviny postižených přetrvávají některé obtíže. Dívky mohou mít problémy v těhotenství, hrozí spontánní potraty. Mohou přetrvávat střevní potíže, pálení žáhy a žaludeční vředy. Také poškození páteře, obratlů může být trvalé a vyvolávat bolesti. (25)

Následující obrázek názorně ukazuje, jak onemocnění mentální anorexie ovlivňuje celé naše tělo.

Obrázek 1 Anorexia affects your whole body



Zdroj: (15)

Jo-jo efekt diet je spojován s větším rizikem kardiovaskulárních onemocnění a smrtí. Pacientky s nízkou váhou mají vysoký cholesterol, což může vést k dalším zdravotním potížím. Vzhledem k iontové nerovnováze může dojít i trvalému poškození ledvin.(12) Nemocný a osobnostně nevyzrálý adolescent si není schopen uvědomit, že když bude jeho váha příliš nízká a ztráta energie velká, může dojít ke smrti. Dnešní adolescenti mají prostřednictvím nových technologií dostupné velké množství informací, které nelze podceňovat. Různé blogy a sociální sítě jim dávají informace nejen o možnostech léčby mentální anorexie, ale i návody, jak získat tuto poruchu přijímání potravy, jak se sebeпошкоzovat, což může v krajním případě končit smrtí. To je alarmující zjištění.

„Díky novým technologiím dostala komunikace a vztahy mezi lidmi nový rozměr – virtuální. Činnost na internetu se stala součástí společenského života. Dospívající jedinec ve virtuálním světě oproti reálnému spíše mění své chování než identitu, stává se upřímnějším, útočnějším, porušuje normy chování a staví se více do opozice. Na jedné straně může kyberprostor sloužit k osobnímu růstu a poskytovat emoční oporu, na druhou stranu ale může být jeho vliv destruktivní.“ (14, s. 423)

Studenti Slezského gymnázia v Opavě ve svém projektu uvádějí neúprosnou statistiku. Zhruba po pěti letech soustavné péče 10% umírá (pokud s léčbou začnou příliš pozdě), 20% se vyléčí (z toho 30% umírá do 30 let), 30% dosáhne výrazně lepšího stavu, 40% se vyléčí.(21)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Mentální anorexie je poslední dobou často diskutované téma. V povědomí veřejnosti je sice známé, přesto má mnoho lidí pocit, že se jich netýká. Tato nemoc však může zasáhnout každého. Většina lidí si myslí, že se mentální anorexie objevuje zejména u mladých dívek, které příliš dbají na svůj vzhled. Tito lidé si však neuvědomují, že toto postižení může mít za následek i různá onemocnění, která znemožní přísun potravy ve správné míře a běžným způsobem. Adolescenti jsou nejrizikovější skupinou, neboť u nich dochází k pohlavnímu zrání, dokončují svůj tělesný růst a také dochází k psychosociální proměně. V tomto období středoškolačky pozorují na svém těle biologické změny, které mohou vést k úzkosti. Často usilují různými způsoby o redukci tělesného tuku.

Vyskytují se mezi studenty středních škol rizika vzniku mentální anorexie?

5.1 Cíle a předpoklady výzkumu

Cílem výzkumného šetření je zmapovat rizikové faktory mentální anorexie a jejich možný výskyt u oslovených respondentů středních škol. K dosažení hlavního cíle jsem si zvolila tři dílčí cíle a jeden cíl, který bude východiskem pro praxi.

Dílčí cíle

1. Zjistit, zda se mezi respondenty vyskytují rizikové faktory vzniku mentální anorexie.
2. Zjistit, které rizikové faktory jsou mezi respondenty nejčastější.
3. Zjistit, kolik respondentů se již někdy snažilo o snížení tělesné hmotnosti.
4. Vytvořit informační leták pro studenty středních škol.

Předpoklady

Předpoklad č. 1: Domnívám se, že se mezi respondenty budou vyskytovat rizikové faktory vzniku mentální anorexie.

Kritérium: K mému předpokladu se vztahují otázky č. 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15. Pokud na ně respondent odpoví s významem příklánějící se k riziku, lze to posuzovat jako rizikový faktor.

Předpoklad č. 2: Domnívám se, že jako nejčastější rizikové faktory vzniku mentální anorexie budou uvádět respondenti sociální faktory.

Kritérium: K tomuto předpokladu se vztahují otázky č. 10, 11, 19, 26.

Předpoklad č. 3: Domnívám se, že většina respondentů se již někdy snažila o snížení tělesné hmotnosti.

Kritérium: K mému předpokladu se vztahují otázky č. 7, 8, 16, 17, 18, 19. Pokud 60% respondentů odpoví ano, pak se domněnka potvrdí.

5.2 Vzorek respondentů

Výzkumné šetření se uskutečnilo na Gymnáziu a Střední odborné škole v Rokycanech. Dotazníky vyplnili studenti na čtyřletém gymnáziu a na SOŠ (Střední odborná škola) studenti z oboru Informační technologie a Ekonomické lyceum. V příloze přikládám žádost o povolení ke sběru dat schválený ředitelkou školy Ing. Drahomírou Rancovou. Anonymní dotazník vyplnilo 219 žáků, z toho 108 chlapců a 111 dívek. Celá skupina respondentů je ve věku 15 – 18 let.

6 POUŽITÁ METODA SBĚRU DAT

Pro výzkumné šetření jsem si zvolila kvantitativní metodu sběru dat, technikou strukturovaného dotazníku. Respondenti mohli z nabízených odpovědí zaškrtnout více odpovědí. Anonymní dotazník obsahoval 28 otázek. Otázky se člení na uzavřené dichotomické a trichotomické. Dále otázky polouzavřené, a ještě navíc měli studenti možnost vlastní odpovědi. Na závěr si mohl každý spočítat svoje BMI. Před samotným výzkumným šetřením jsem provedla pilotáž se třemi studenty technikou face to face. Ti již nebyli do dalšího průzkumu zahrnuti. Tato pilotáž sloužila k ověření srozumitelnosti otázek a ke korekci chyb v dotazníku. Sběr dat probíhal od 2. listopadu do 17. prosince 2015. Do školy jsem se osobně dostavila v předem domluvený čas a sama dotazníky rozdala. V případě nejasností mne mohli studenti oslovit. Výzkum probíhal v hodinách Základy společenských věd, neboť v tomto předmětu v rámci školního vzdělávacího plánu se učí o poruchách příjmu potravy. Díky mé přítomnosti byla návratnost dotazníků 100% a žádné jsem nemusela vyřadit. S sebou jsem měla vytištěné informační letáky, o které projevily velký zájem zejména dívky.

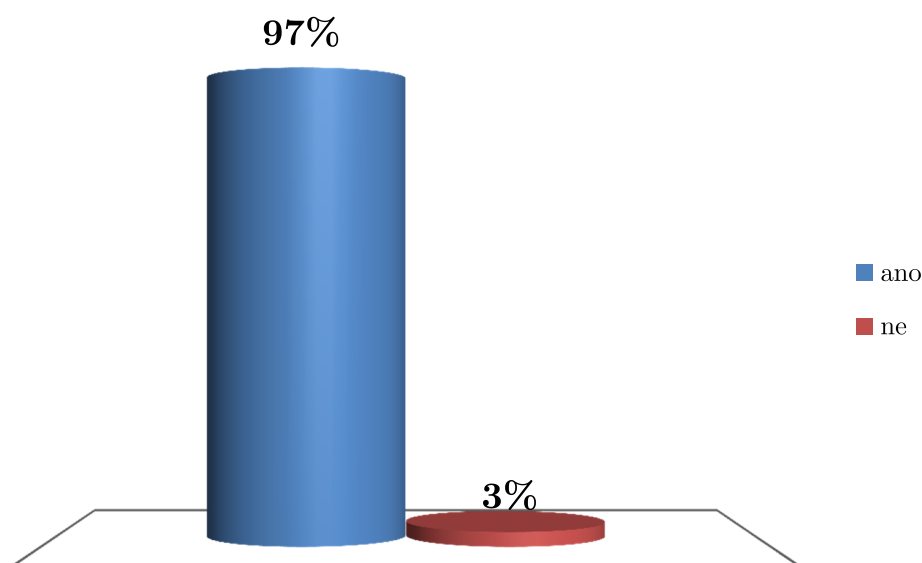
7 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Celkem jsem rozdala 219 dotazníků. Návratnost byla 100% z důvodu mé přítomnosti při vyplňování dotazníků respondenty. Všechny dotazníky byly vyplněny, žádný nebyl vyřazen. Výsledky v podobě tabulek a grafů jsem zpracovala v programu Microsoft Excel 2010 a jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti.

Tabulka 1 Povědomí respondentů o nemoci mentální anorexie

Slyšel/a jste někdy o duševním onemocnění mentální anorexie?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	213	97%
ne	6	3%

Graf 1 Povědomí respondentů o nemoci mentální anorexie

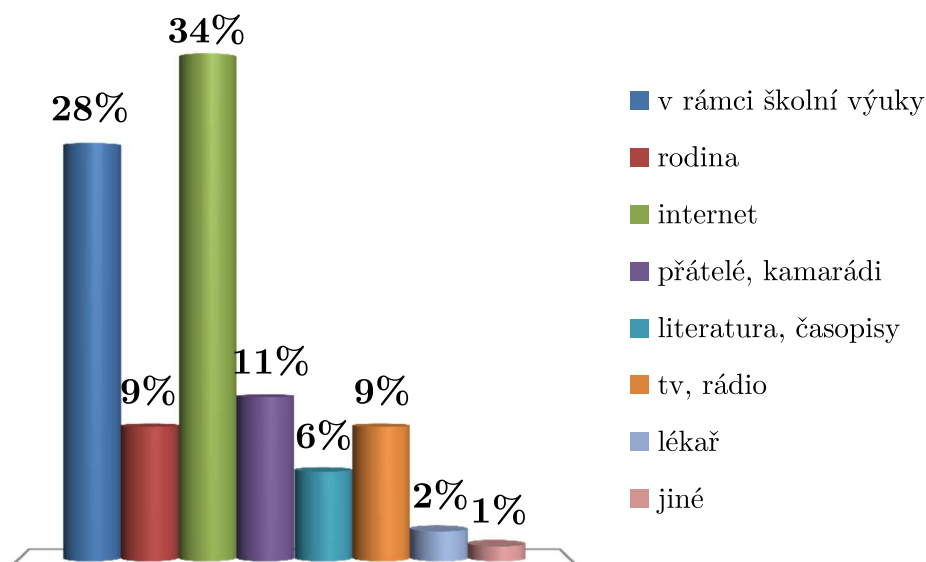


Z tabulky i grafu je patrné, že naprostá většina respondentů někdy slyšela o duševním onemocnění mentální anorexie. Pouze šest respondentů o této nemoci nikdy neslyšelo. Jednalo se o chlapce ve věku 16 až 17 let.

Tabulka 2 Zdroje informací o mentální anorexii

Z jakého zdroje jste se o něm dozvěděl/a?	absolutní četnost	relativní četnost
v rámci školní výuky	62	28%
rodina	20	9%
internet	74	34%
přátelé, kamarádi	24	11%
literatura, časopisy	13	6%
tv, rádio	19	9%
lékař	4	2%
jiné	3	1%

Graf 2 Zdroje informací o mentální anorexii

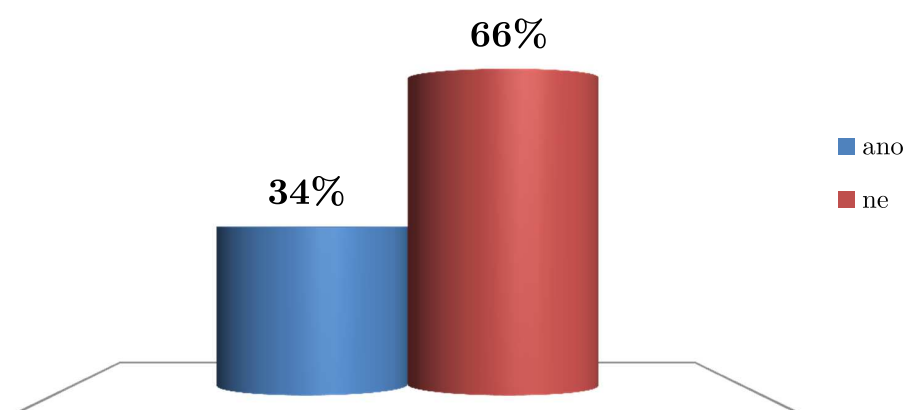


Pokud o mentální anorexii respondenti slyšeli, zajímalo mě odkud. Více jak třetina respondentů uvedla Internet. Na druhém místě studenti uvedli, že se o mentální anorexii dozvěděli v rámci školní výuky v předmětu *Základy společenských věd*. Dalším zdrojem byli přátelé a kamarádi. Další možnosti uvádím ve výše uvedené tabulce.

Tabulka 3 Osobní setkání respondentů s nemocí mentální anorexie

Setkal/a jste se osobně s někým s mentální anorexií?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	74	34%
ne	145	66%

Graf 3 Osobní setkání respondentů s nemocí mentální anorexie

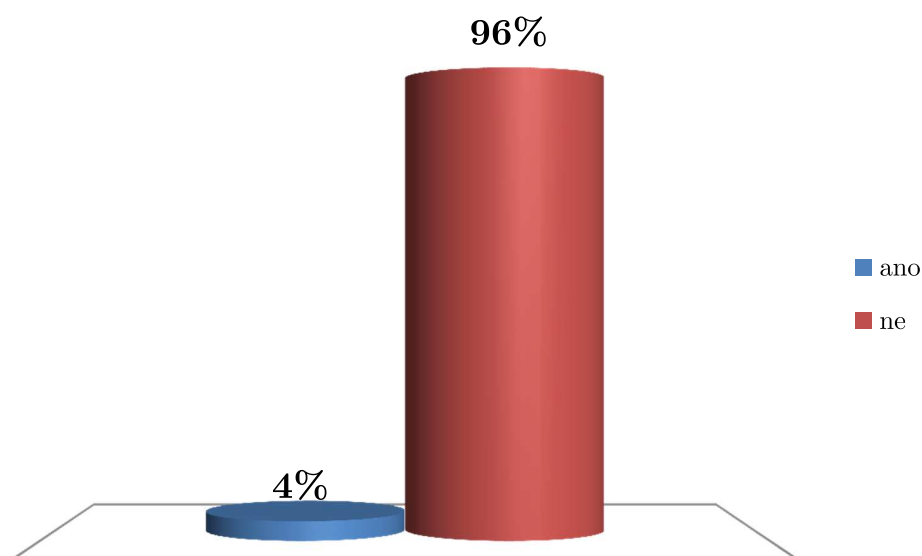


V další otázce 34 % respondentů uvedlo, že se osobně setkali s někým s mentální anorexií. Zbýlých 66% dotazovaných se nikdy nesetkalo s osobou, která onemocněla mentální anorexií.

Tabulka 4 Výskyt poruchy příjmu potravy v rodinách respondentů

Trpí někdo z vaší rodiny mentální anorexií nebo jinou poruchou příjmu potravy?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	9	4%
ne	210	96%

Graf 4 Výskyt poruchy příjmu potravy v rodinách respondentů

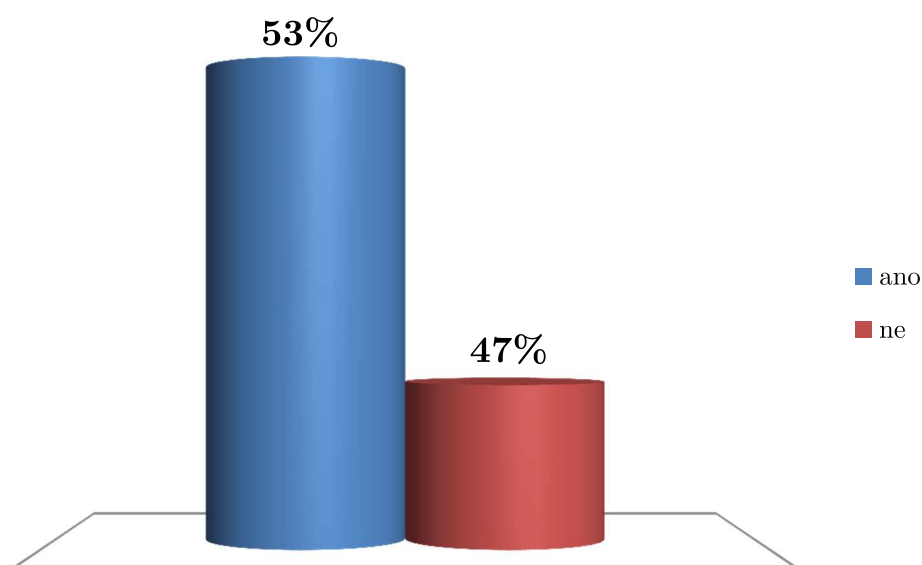


V návaznosti na předchozí otázku 96% respondentů uvádí, že se nejednalo o nikoho z jejich rodiny. 4% dotazovaných uvedlo, že někdo v jejich rodině trpí poruchou příjmu potravy.

Tabulka 5 Respondenti a jejich vzor

Máte nějaký svůj vzor v tom, jak byste chtěl/a vypadat? (herec, zpěvák, ...)	absolutní četnost	relativní četnost
ano	115	53%
ne	104	47%

Graf 5 Respondenti a jejich vzor

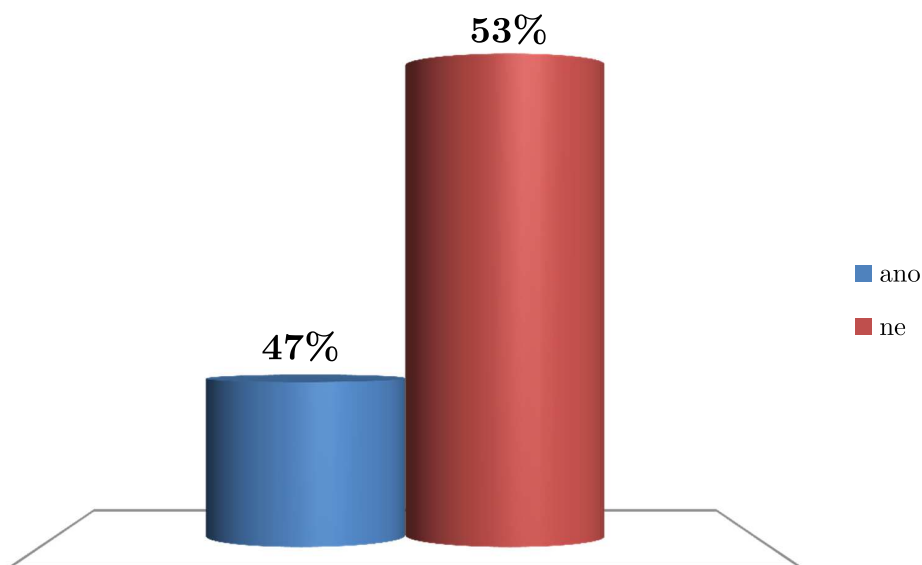


53% respondentů uvedlo, že má vzor pro svoji postavu ve známých osobnostech, které zná z televize, Internetu a časopisů. 47% uvedlo, že vzor nemá.

Tabulka 6 Spokojenost respondentů se svojí postavou

Jste spokojen/a se svojí postavou?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	104	47%
ne	115	53%

Graf 6 Spokojenost respondentů se svojí postavou

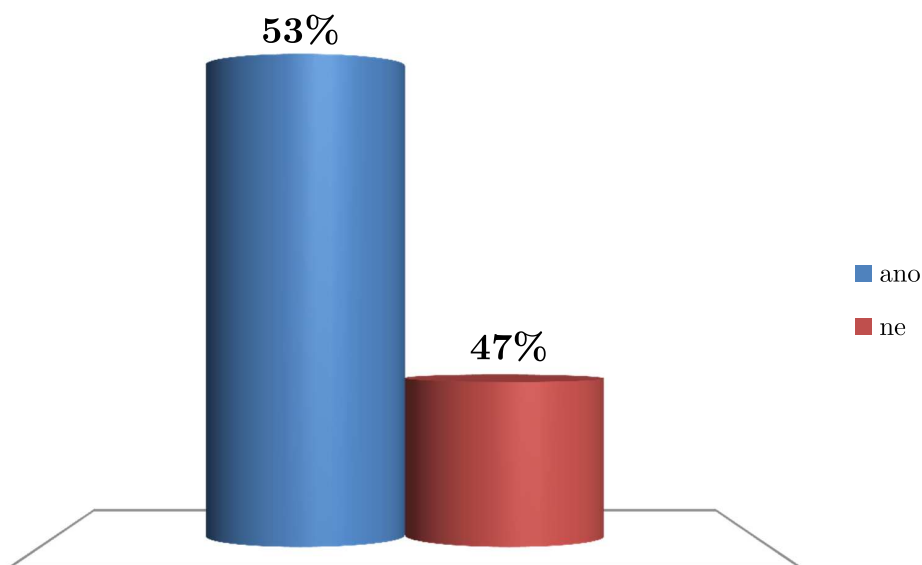


V návaznosti na předchozí otázku není překvapením, že 47% respondentů je spokojeno se svojí postavou a 53% spokojeno není. Z dotazníků je patrné, že nespokojené jsou více mladší dívky ve věku 16 – 17 let.

Tabulka 7 Spokojenost respondentů se svojí tělesnou hmotností

Jste spokojen/a se svojí tělesnou hmotností?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	116	53%
ne	103	47%

Graf 7 Spokojenost respondentů se svojí tělesnou hmotností

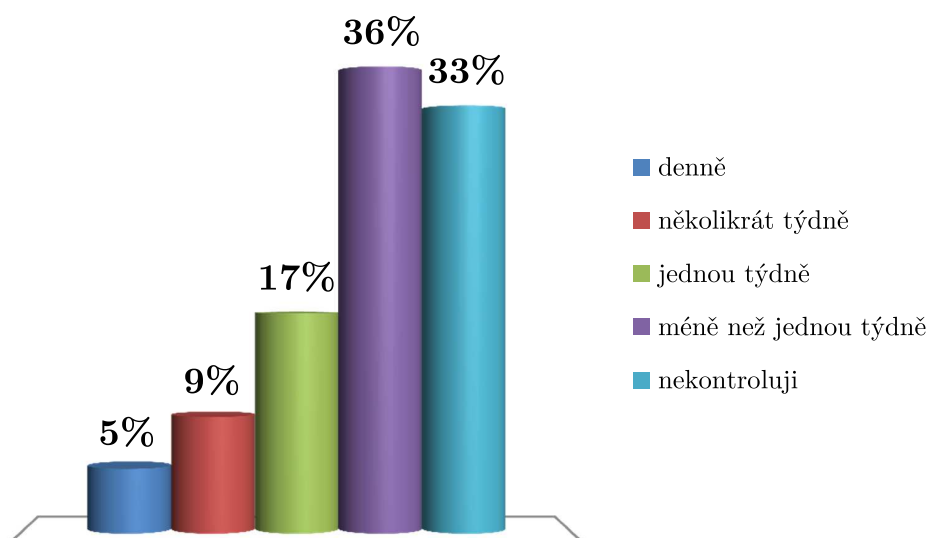


Se spokojeností se svojí postavou souvisí i subjektivní hodnocení vlastní postavy a tedy i tělesné hmotnosti. 53% respondentů je spokojeno se svojí tělesnou hmotností a 47% spokojeno není. Nespokojené jsou především mladší dívky 16 – 17 let.

Tabulka 8 Kontrola tělesné hmotnosti respondentů

Jak často kontrolujete svoji tělesnou hmotnost?	absolutní četnost	relativní četnost
denně	12	5%
několikrát týdně	19	9%
jednou týdně	37	17%
méně než jednou týdně	79	36%
nekontroluji	72	33%

Graf 8 Kontrola tělesné hmotnosti respondentů

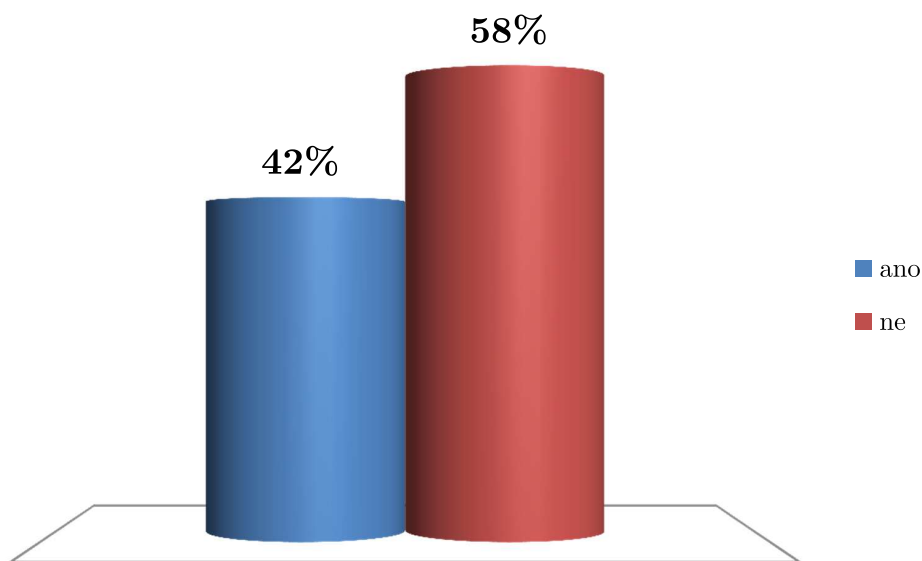


Je známo, že vážit bychom se měli ráno s četností jednou za týden, pokud si chceme pravidelně kontrolovat svoji váhu. Pouze 5% dotazovaných uvedlo, že se váží denně, 9% několikrát týdně a 17% jednou za týden. Největší procento respondentů se váží méně než jednou týdně a 33% svoji váhu nekontroluje.

Tabulka 9 Názor respondentů na skutečnost, že vzhled a postava je zárukou úspěchu

Domníváte se, že vzhled a postava jsou zárukou úspěchu?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	93	42%
ne	126	58%

Graf 9 Názor respondentů na skutečnost, že vzhled a postava je zárukou úspěchu

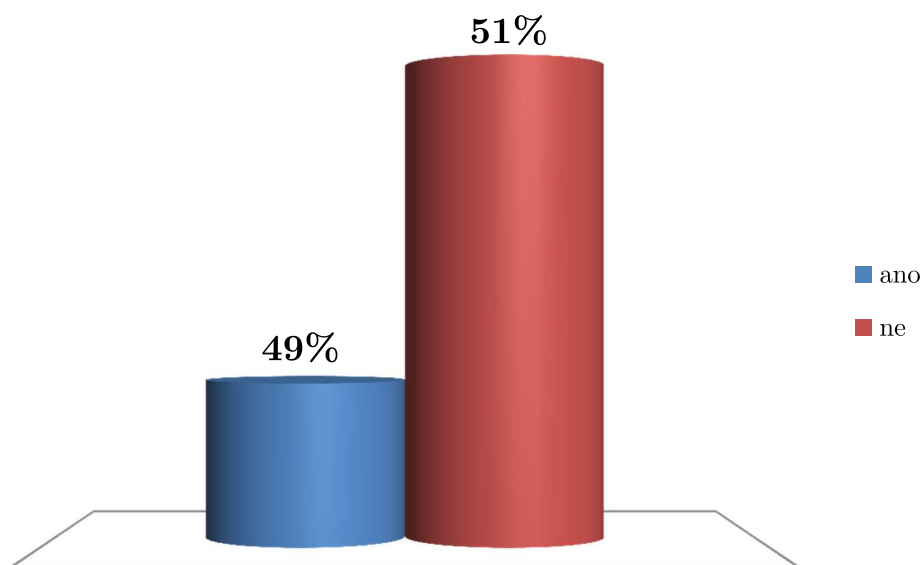


Vysoké procento (42%) respondentů věří, že vzhled a postava jsou zárukou úspěchu v životě. Určitě zde sehrávají svoji úlohu média, kde úspěšní lidé bývají často zároveň krásní a štíhlí.

Tabulka 10 Důležitost hodnocení postavy okolím

Je pro Vás důležité, jak Vaši postavu hodnotí okolí?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	107	49%
ne	112	51%

Graf 10 Důležitost hodnocení postavy okolím

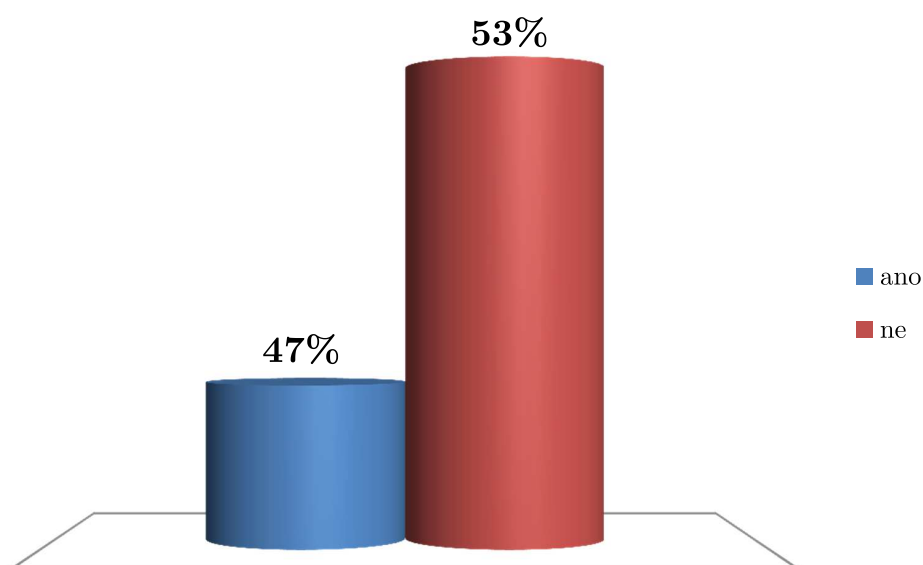


Pokud 42% respondentů věří, že jejich vzhled bude zárukou úspěchu v životě, je logické, že pro 49% dotazovaných je důležité, jak jejich postavu hodnotí okolí. 51% respondentů odpovědělo ne, že pro ně není důležité hodnocení postavy okolím.

Tabulka 11 Nemístné chování okolí vůči respondentům kvůli jejich postavě

Stal/a jste se někdy obětí nemístných poznámek nebo výsměchu kvůli postavě?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	103	47%
ne	116	53%

Graf 11 Nemístné chování okolí vůči respondentům kvůli jejich postavě

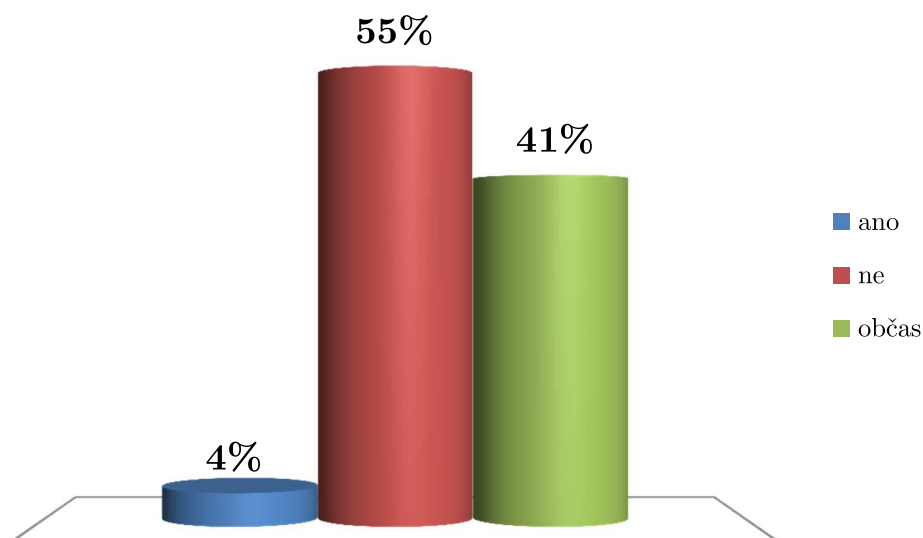


Zarážející je, že 47% dotazovaných se již někdy stalo obětí nemístných poznámek nebo výsměchu kvůli postavě ze strany svého okolí. 53% uvedlo, že ne.

Tabulka 12 Četnost dietních výrobků v jídelníčku respondentů

Jíte pravidelně dietní výrobky?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	8	4%
ne	120	55%
občas	91	41%

Graf 12 Četnost dietních výrobků v jídelníčku respondentů

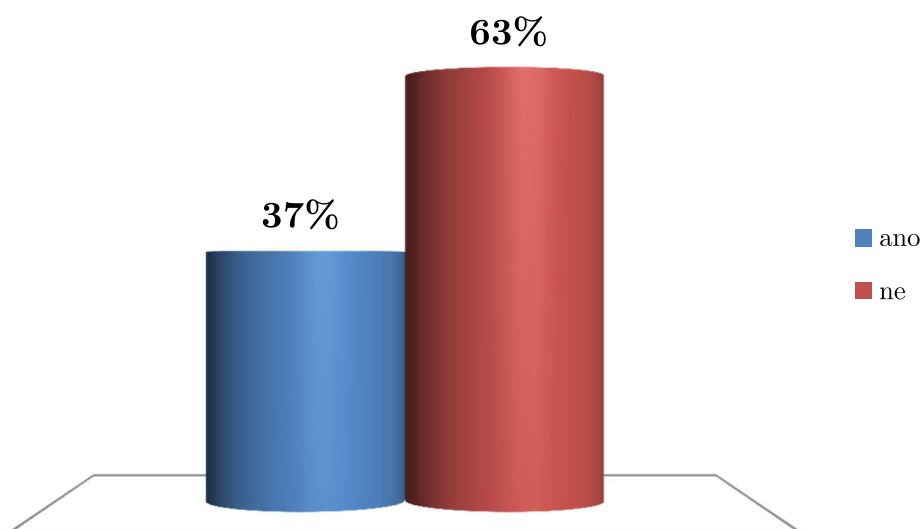


Pouze 4% respondentů pravidelně jí dietní výrobky. Ostatní je konzumují občas anebo vůbec. Přílišná snaha o kontrolu výživové a energetické hodnoty každého konzumovaného jídla bez závažného zdravotního důvodu může předznamenávat predispozice ke vzniku poruchy příjmu potravy.

Tabulka 13 Názor respondentů na správnost jejich stravování

Domníváte se, že se stravujete správně?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	80	37%
ne	139	63%

Graf 13 Názor respondentů na správnost jejich stravování

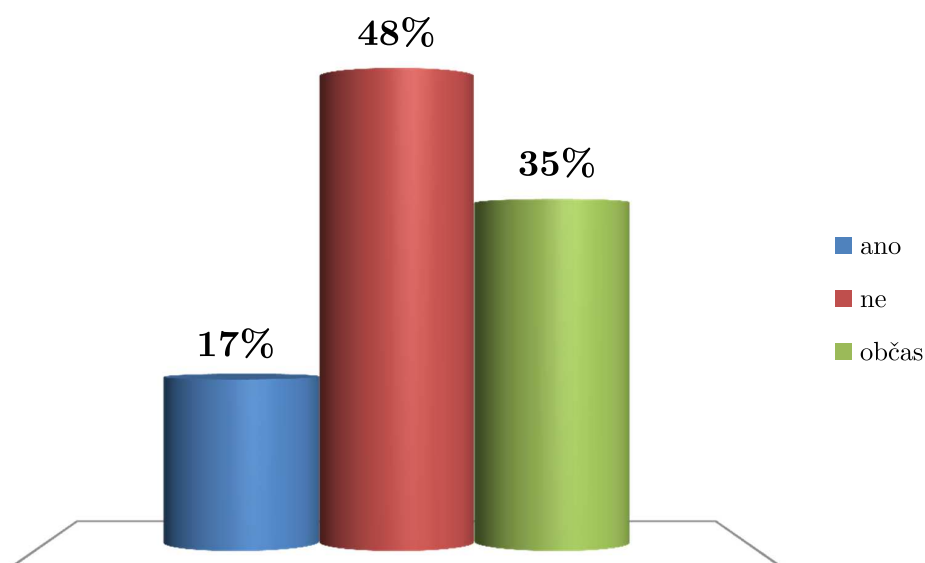


Většina respondentů si uvědomuje, že se nestravuje správně. Zajímal mě důvod, proč se respondenti nestravují ve školní jídelně a dodatečně jsem se jich zeptala. V rámci diskuze jsem se od studentů dozvěděla, že jídlo v jídelně jim nechutná. Z domova mají vžitě jiné stravovací návyky. Dojíždějící studenti nechodí do školní jídelny z důvodu špatného spojení do místa bydliště. Pouze 37% se domnívá, že se stravuje správně.

Tabulka 14 Stravovací návyky respondentů

Vynecháváte pravidelně jedno nebo více hlavních jídel?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	38	17%
ne	105	48%
občas	76	35%

Graf 14 Stravovací návyky respondentů

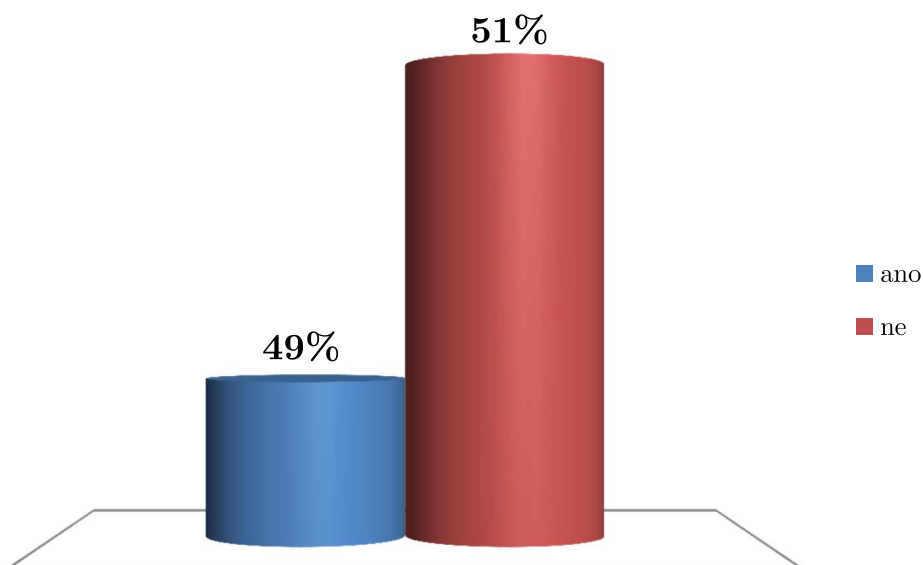


Pouze malá část dotazovaných vynechává pravidelně jedno nebo více hlavních jídel. 48% respondentů je přesvědčeno, že hlavní jídla nevynechávají a 35% občas. Neuvědomují si však, že hlavní jídla mají mít určitou energetickou a výživovou hodnotu. Zdravá životospráva podle různých odborníků představuje až pět jídel za den, z toho tři hlavní.

Tabulka 15 Zájem respondentů o hubnutí

Chtěl/a byste zhubnout?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	108	49%
ne	111	51%

Graf 15 Zájem respondentů o hubnutí

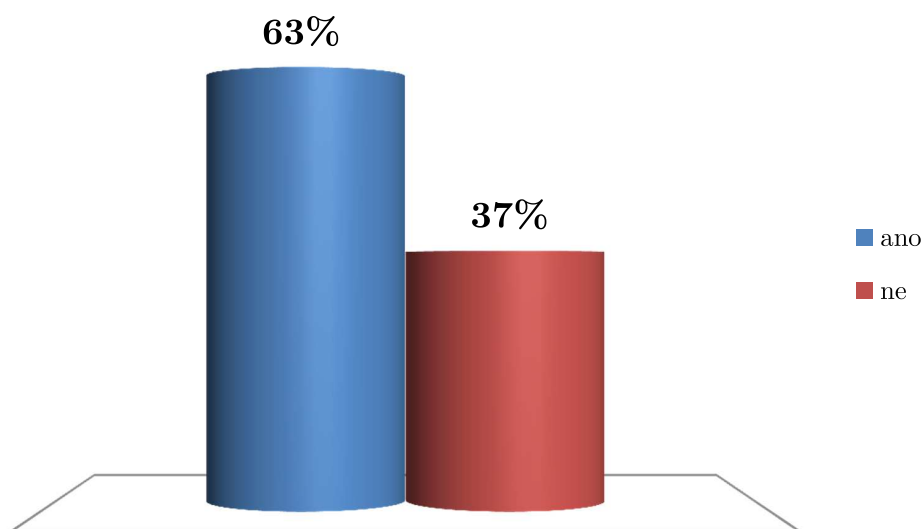


Ze získaných údajů vyplývá, že polovina respondentů by chtěla zhubnout a polovina je se svojí hmotností spokojena. Nejedná se jen o dívky, ale jsou mezi nimi i chlapci, kteří nejsou spokojeni se svými proporcemi. Uvědomují si, že jejich hmotnost neodpovídá výšce postavy.

Tabulka 16 Snaha respondentů zhubnout

Snažili jste se již někdy zhubnout?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	138	63%
ne	81	37%

Graf 16 Snaha respondentů zhubnout

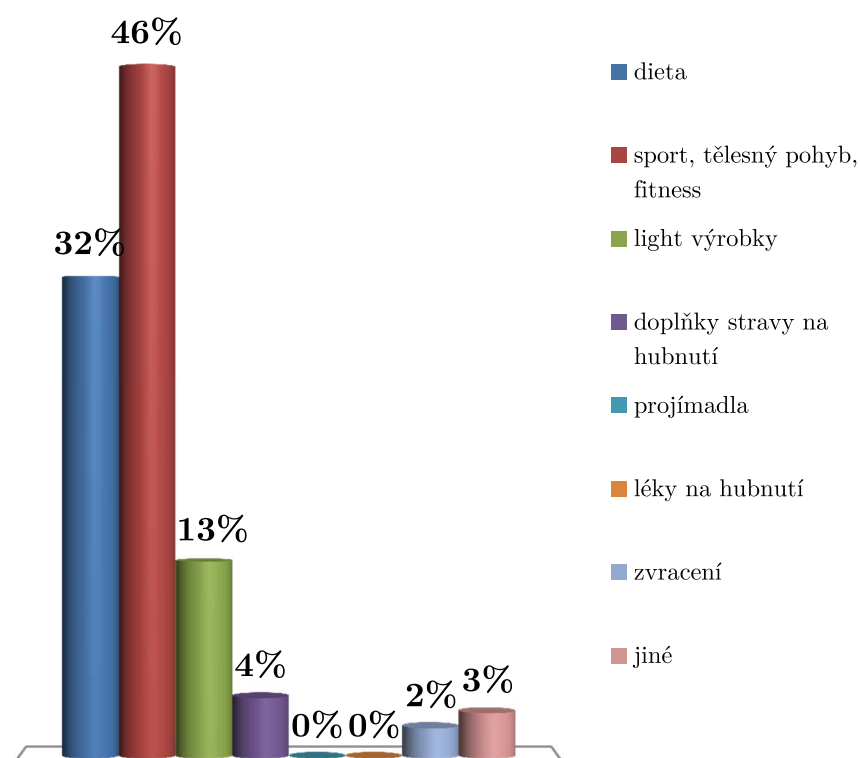


Z grafu vyplývá, že 63% respondentů se již snažilo někdy zhubnout. Zajímalo mě také, jaké metody k hubnutí používali. Na následující otázku odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli kladně.

Tabulka 17 Metody hubnutí u respondentů

Jaké metody používáte nebo jste použil/a ve snaze zhubnout?	absolutní četnost	relativní četnost
dieta	82	32%
sport, tělesný pohyb, fitness	118	46%
light výrobky	33	13%
doplňky stravy na hubnutí	11	4%
projímadla	1	0%
léky na hubnutí	0	0%
zvracení	6	2%
jiné	7	3%

Graf 17 Metody hubnutí u respondentů

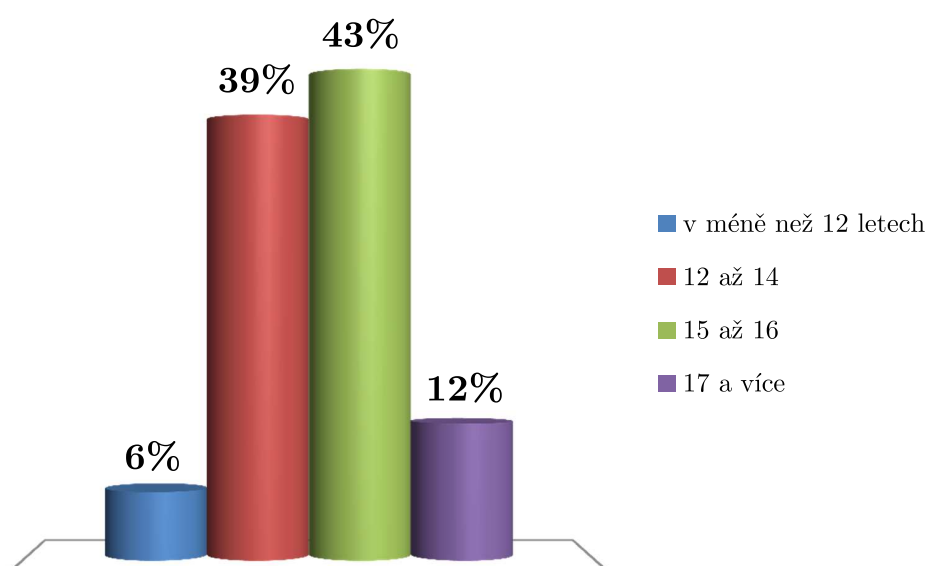


V této otázce mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. Překvapilo mě, že si respondenti uvědomují nutnost pohybu k dosažení uspokojivého výsledku. Téměř polovina z těch, kteří se někdy snažili zhubnout, využila sportu a tělesného pohybu. 32% respondentů uvedlo, že má zkušenost s dietami a 13% s light výrobky. Další menší procento použilo doplňky stravy na hubnutí, zvracení aj. Při výpočtu relativní četnosti jsem vycházela z otázky č. 16, ve které 138 respondentů odpovědělo kladně.

Tabulka 18 Nejnižší věk respondenta při hubnutí

V kolika letech jste se poprvé pokusil/a zhubnout?	absolutní četnost	relativní četnost
v méně než 12 letech	9	6%
12 až 14	54	39%
15 až 16	59	43%
17 a více	17	12%

Graf 18 Nejnižší věk respondenta při hubnutí

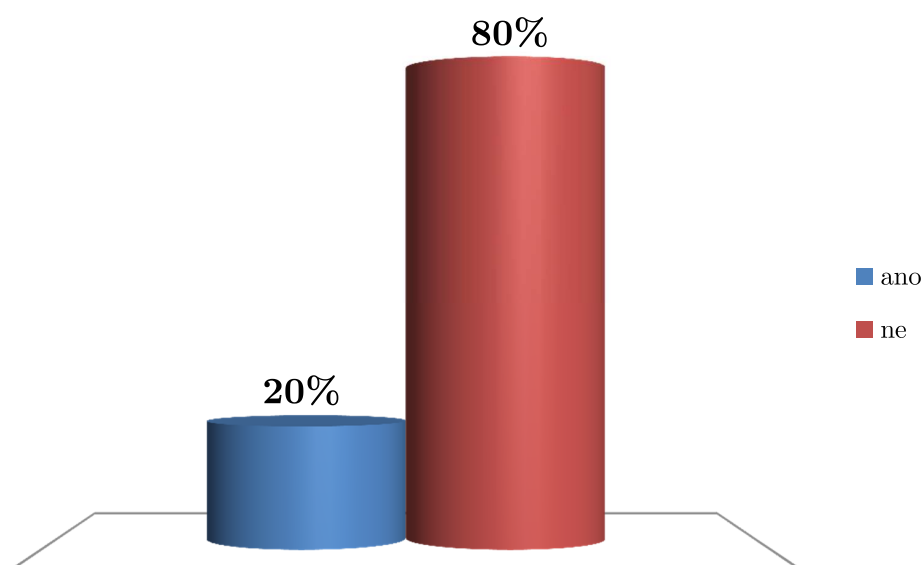


V této otázce měli studenti odpovědět, v kolika letech se poprvé pokusili zhubnout. Ze získaných údajů je patrné, že se o první hubnutí pokouší studenti ve věku 12 až 16 let. Středoškoláci představují 43%. Pouze 6% studentů se pokouší o hubnutí ve věku mladším než 12 let a 12% ve věku starším než 17 let. Je vidět, že nejrizikovější skupinu představují středoškoláci ve věku 15 – 16 let.

Tabulka 19 Názor okolí respondenta na jeho tělesnou hmotnost

Upozorňují Vás spolužáci, kamarádi, přátelé a nebo rodiče, že jste moc hubení?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	43	20%
ne	176	80%

Graf 19 Názor okolí respondenta na jeho tělesnou hmotnost

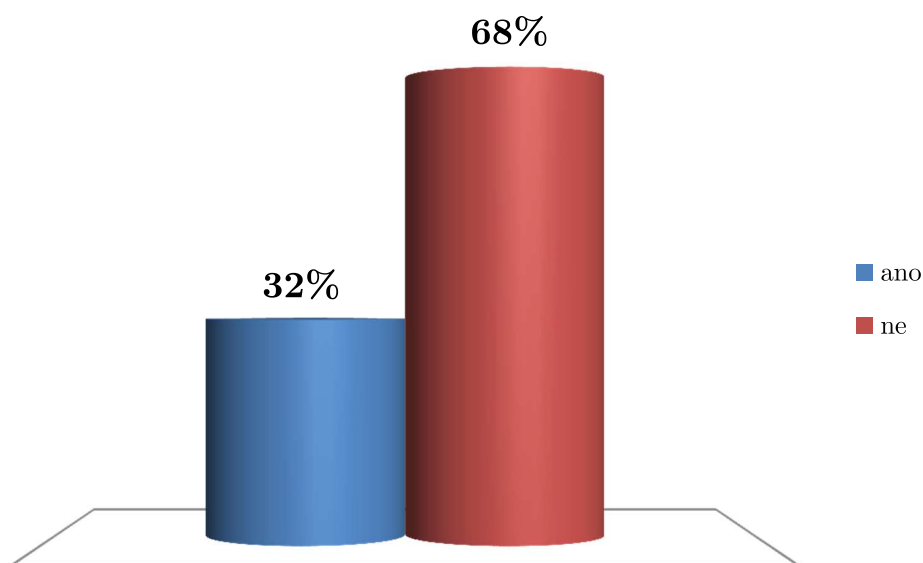


Respondenti v 80% uvádějí, že je okolí neupozorňuje na to, že by byli hubení. Z toho můžeme usoudit, že tato většina bude mít hmotnost, která odpovídá jejich věku a výšce. Z uvedeného počtu 43 respondentů měli tři chlapci a tři dívky hodnotu BMI nižší než 17,5. Z 20%, na které upozorňuje okolí, je 14% skutečně hubených. Graf č. 29 (str. 60) ukazuje, že z celkového počtu 219 respondentů má pět dívek BMI nižší než 17,5. Je zřejmé, že zbylé dvě respondentky nebyly upozorněny okolím na jejich hubenost.

Tabulka 20 Stav psychiky respondenta po konzumaci většího množství jídla

Máte výčitky svědomí, když sníte větší množství jídla?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	69	32%
ne	150	68%

Graf 20 Stav psychiky respondenta po konzumaci většího množství jídla

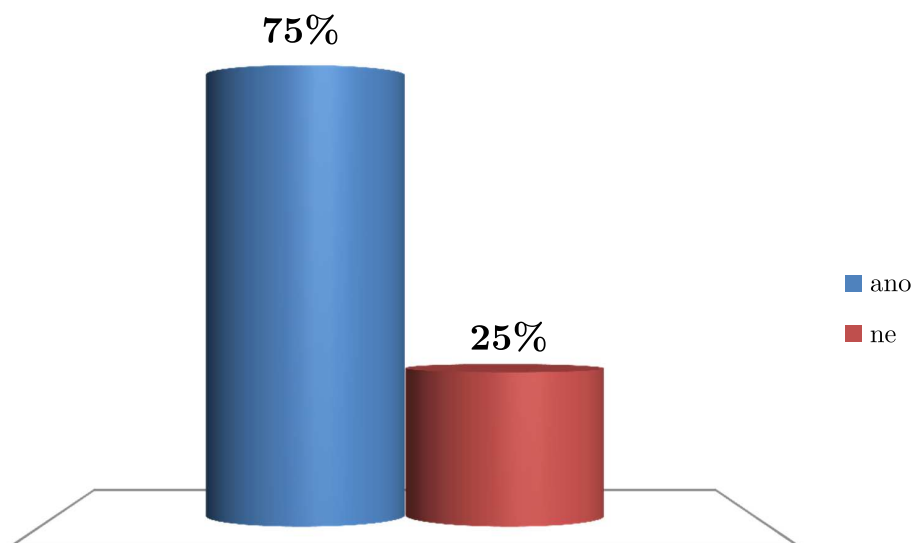


Více než polovina respondentů uvádí, že nemá po jídle výčitky svědomí. Nezabývá se tím, kolik jídla sní. 32% uvedlo, že má výčitky svědomí, pokud sní větší množství jídla.

Tabulka 21 Celkový psychický stav respondenta

Cítíte se psychicky dobře?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	164	75%
ne	55	25%

Graf 21 Celkový psychický stav respondenta

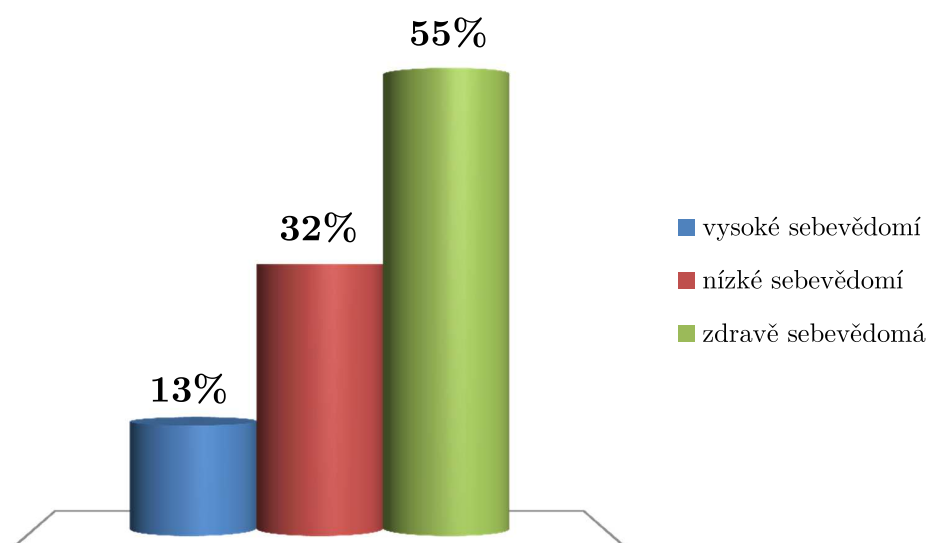


Naprostá většina respondentů uvedla, že se po psychické stránce cítí dobře. 25% má potíže s psychikou. Je to čtvrtina z celkového počtu, která bude citlivá a bude hůře odolávat případným rizikovým faktorům.

Tabulka 22 Hodnocení svého sebevědomí respondenty

Jak hodnotíte své sebevědomí?	absolutní četnost	relativní četnost
vysoké sebevědomí	28	13%
nízké sebevědomí	71	32%
zdravě sebevědomá/ý	120	55%

Graf 22 Hodnocení svého sebevědomí respondenty

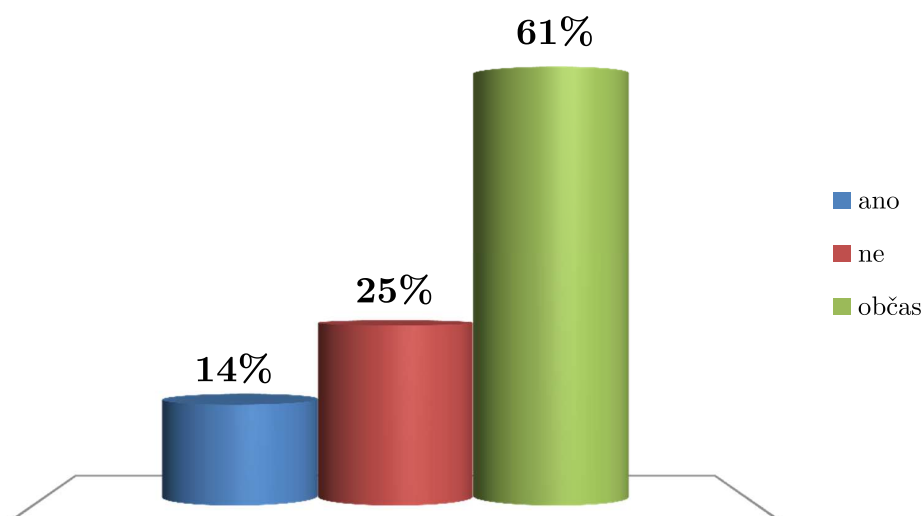


Bylo pro mě zajímavé poznat, jak studenti střední školy hodnotí svoje sebevědomí. V 55% jsou respondenti zdravě sebevědomí. 13% má vysoké sebevědomí a každý třetí student uvádí nízké sebevědomí.

Tabulka 23 Názor respondentů na velikost nároků, které jsou na ně kladeny

Jsou na Vás kladeny vysoké nároky?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	30	14%
ne	54	25%
občas	135	61%

Graf 23 Názor respondentů na velikost nároků, které jsou na ně kladeny

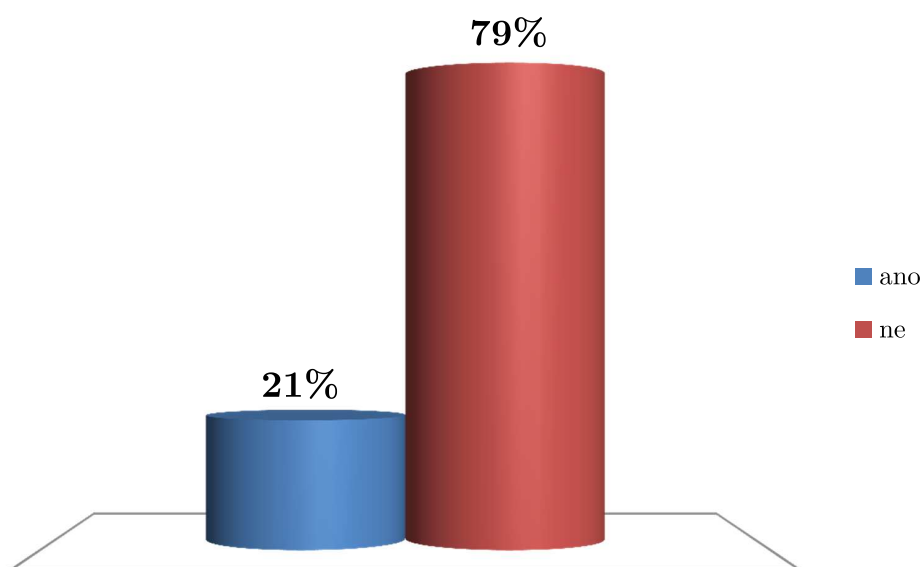


Čtvrtina respondentů se domnívá, že na ně nejsou kladeny vysoké nároky, 14% uvádí – ano a nadpoloviční většina respondentů tvrdí, že jen občas. Po následném neformálním rozhovoru se studenty jsem se dozvěděla, že větší psychickou zátěž mají v období uzavírání známek.

Tabulka 24 Zdravotní stav respondentů

Trpíte lámáním nehtů nebo nadměrným padáním vlasů?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	45	21%
ne	174	79%

Graf 24 Zdravotní stav respondentů

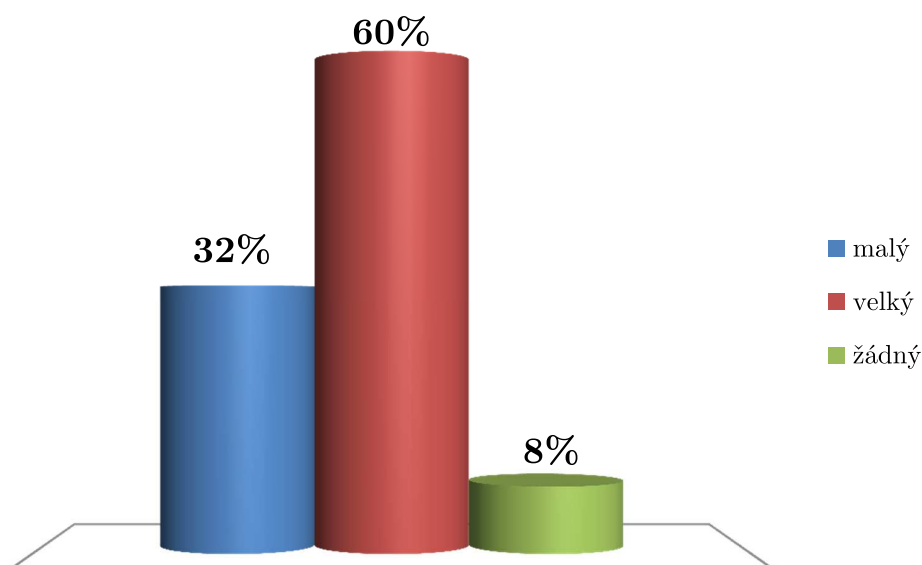


Lámání nehtů, padání vlasů může být důsledkem špatné životosprávy a stresových situací. Je dobře, že 79% respondentů uvedlo, že tyto potíže nemá. Ostatní dotazovaní by se měli zamyslet nad skladbou svého jídelníčku. Výpočet BMI u těchto studentů může prokázat stav podvýživy, při němž se doporučuje zlepšit životosprávu. Z uvedeného počtu 45 respondentů mají tři studenti BMI nižší než 17,5. Z toho lze usoudit, že jejich potíže souvisí s podvýživou.

Tabulka 25 Názor respondentů na vliv módních trendů na vznik mentální anorexie

Jaký je podle Vás vliv módních trendů na vznik mentální anorexie?	absolutní četnost	relativní četnost
malý	70	32%
velký	132	60%
žádný	17	8%

Graf 25 Názor respondentů na vliv módních trendů na vznik mentální anorexie

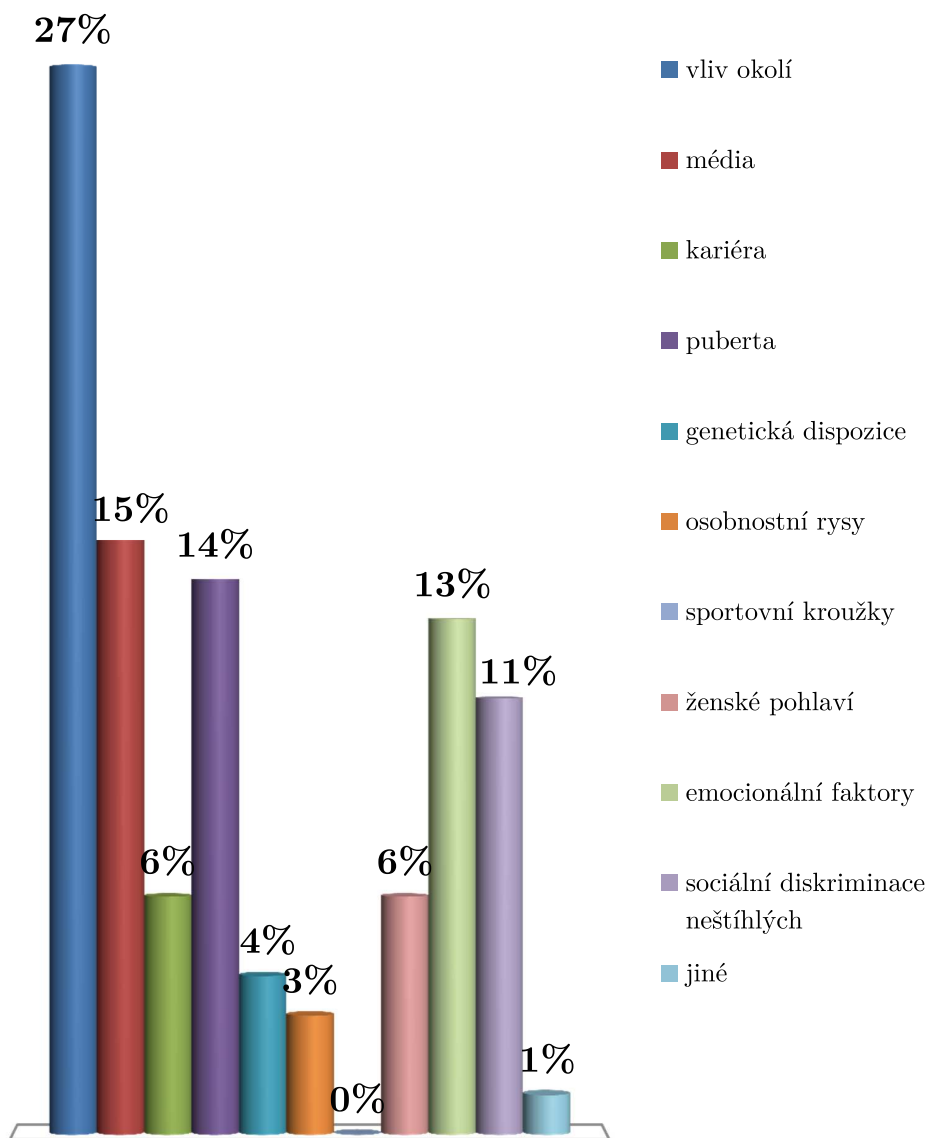


Nadpoloviční většina respondentů si uvědomuje, že módní trendy mají velký vliv na vznik onemocnění mentální anorexií. 32% je přesvědčeno, že jejich vliv je malý a 8% si myslí, že nemají vliv žádný.

Tabulka 26 Rizikové faktory, které jsou podle respondentů nejvýznamnější při vzniku mentální anorexie

Uveďte, které 3 rizikové faktory jsou podle Vás nejvýznamnější při vzniku mentální anorexie?	absolutní četnost	relativní četnost
vliv okolí	59	27%
média	34	15%
kariéra	14	6%
puberta	30	14%
genetická dispozice	8	4%
osobnostní rysy	6	3%
sportovní kroužky	1	0%
ženské pohlaví	13	6%
emocionální faktory	28	13%
sociální diskriminace nešťihlých	24	11%
jiné	2	1%

Graf 26 Rizikové faktory, které jsou podle respondentů nejvýznamnější při vzniku mentální anorexie

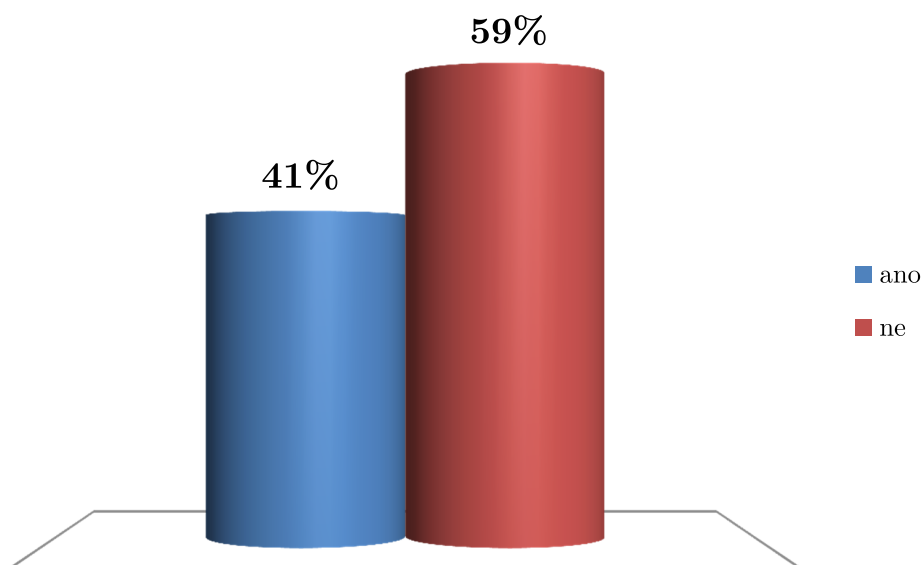


Každý respondent měl uvést 3 rizikové faktory podle důležitosti. Výzkumné šetření pak prokázalo, že ze všech uvedených rizikových faktorů nejvíce přispívají ke vzniku mentální anorexie vliv okolí, média a puberta. Další v pořadí jsou pak emocionální faktory, sociální diskriminace nešťhlých, ženské pohlaví, kariéra, genetická dispozice, osobnostní rysy a jiné. Vyhodnocení bylo provedeno podle toho, kterému faktoru přiřkládali dotazovaní největší důležitost.

Tabulka 27 Zájem respondentů o informace ohledně nemoci mentální anorexie

Chtěl/a bys více informací o této nemoci?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	90	41%
ne	129	59%

Graf 27 Zájem respondentů o informace ohledně nemoci mentální anorexie

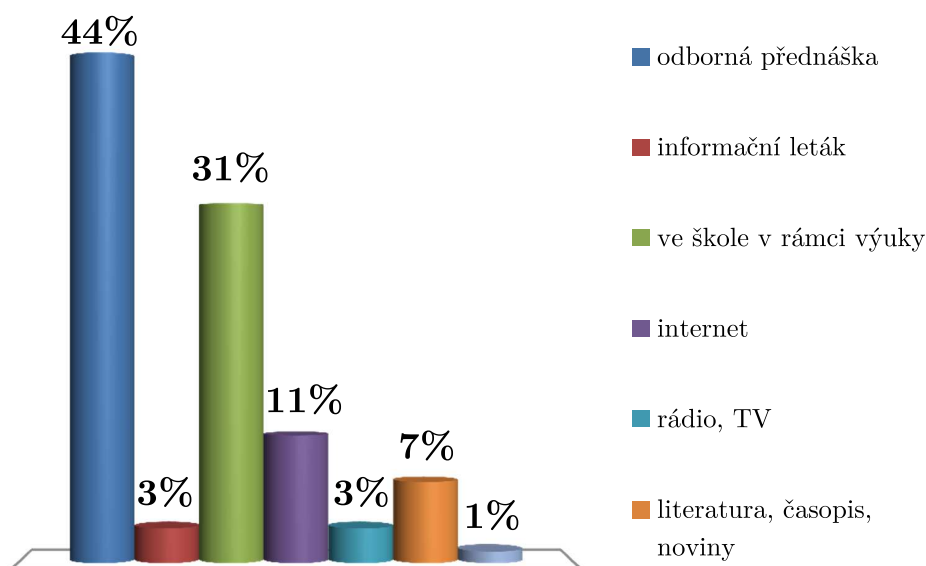


Více jak polovina respondentů neprojevuje zájem dozvědět se více o této nemoci. 41% respondentů by se rádo dozvědělo více.

Tabulka 28 Zdroje informací, které respondenti preferují

Které informační zdroje byste preferoval/a?	absolutní četnost	relativní četnost
odborná přednáška	39	44%
informační leták	3	3%
ve škole v rámci výuky	28	31%
internet	10	11%
rádio, TV	3	3%
literatura, časopis, noviny	6	7%
jiné	1	1%

Graf 28 Zdroje informací, které respondenti preferují

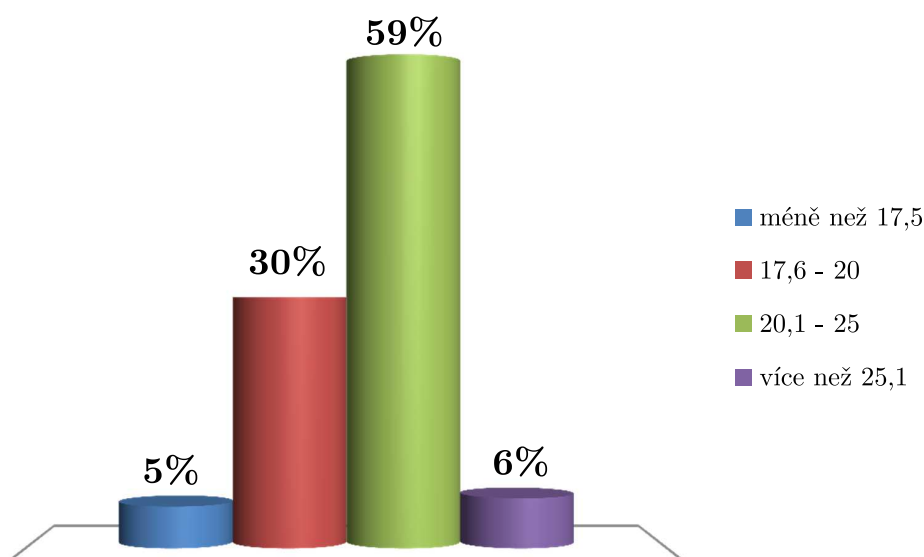


V návaznosti na předchozí otázku se měli respondenti vyjádřit, jaké informační zdroje preferují při získávání informací. Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce odpověděli ano. Mezi nejčastěji uváděným zdrojem byla označena odborná přednáška, dále školní výuka a následoval Internet. Vzhledem k tomu, že jsem si pro respondenty připravila informační leták, měla jsem obavy, jak ho přijmou. Setkal se s velkým zájmem, původně připravené množství jsem musela zdvojnásobit. Rozdala jsem 110 kusů.

Tabulka 29 BMI dívek v adolescentním věku

BMI dívek	absolutní četnost	relativní četnost
méně než 17,5	5	5%
17,6 – 20	33	30%
20,1 – 25	66	59%
více než 25,1	7	6%

Graf 29 BMI dívek v adolescentním věku

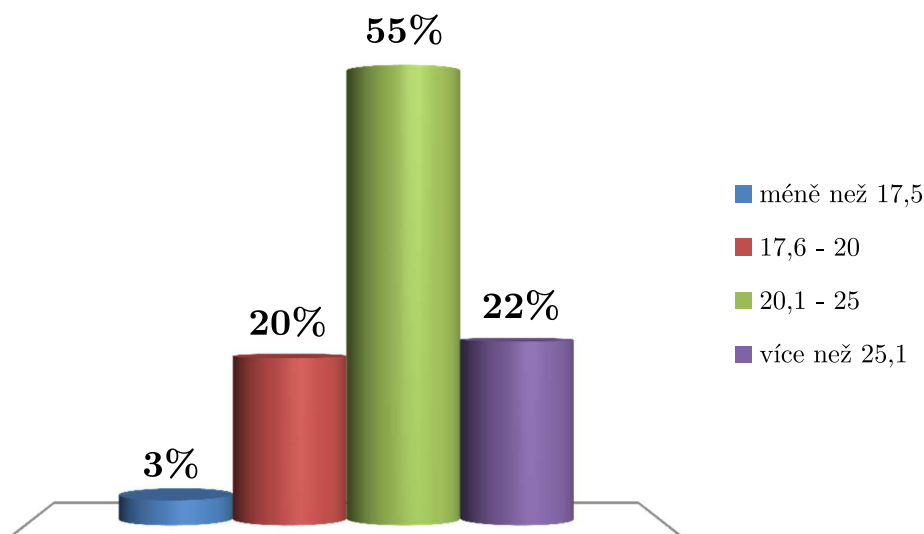


Z grafu i tabulky je zřejmé, že 89% studentek má podle výpočtu BMI naprosto normální váhu ke své výšce. Většina dívek nepotřebuje redukovat svoji tělesnou hmotnost. 5% středoškolaček uvedlo rizikovou hodnotu BMI nižší než 17,5. Tento stav je označován jako podvýživa. Dívky by měly přibrat několik kilogramů a zlepšit celkově svoji životosprávu. 6% dívek přiznalo nadváhu. Pro snížení zdravotních rizik by měly upravit svůj jídelníček v kombinaci se zvýšenou pohybovou aktivitou. Potěšující je, že v dotaznících jsem nezaznamenala žádný stav obezity.

Tabulka 30 BMI chlapců v adolescentním věku

BMI chlapců	absolutní četnost	relativní četnost
méně než 17,5	3	3%
17,6 – 20	22	20%
20,1 – 25	59	55%
více než 25,1	24	22%

Graf 30 BMI chlapců v adolescentním věku

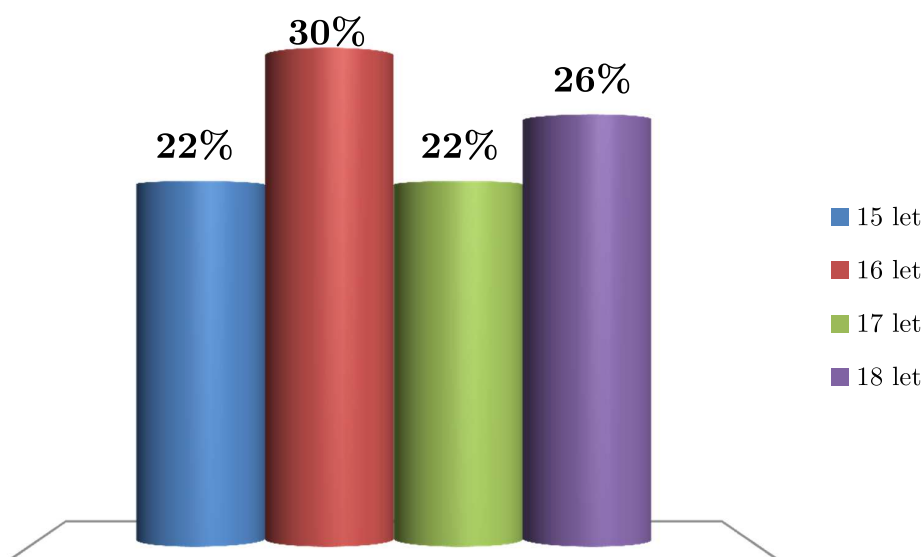


Většina chlapců má podle výpočtu BMI tělesnou váhu v normě. Nepotřebují redukovat svoji tělesnou hmotnost. Z grafu vidíme, že v porovnání s děvčaty má více chlapců BMI nad hranicí 25. Naopak pod kritickou hranicí BMI 17,5 je chlapců méně než děvčat, jsou to 3% respondentů.

Tabulka 31 Věkové kategorie respondentů

Věk	absolutní četnost	relativní četnost
15	49	22%
16	66	30%
17	47	22%
18	57	26%

Graf 31 Věkové kategorie respondentů



Absolutní četnost v jednotlivých věkových kategoriích byla téměř vyrovnaná. Nejvíce dotazovaných se nacházelo ve druhé věkové kategorii. Stejné procentuální zastoupení měla věková skupina 15 a 17 let.

8 DISKUZE

Výzkumné šetření jsem uskutečnila na Gymnáziu a Střední odborné škole v Rokycanech. Tato škola funguje jako jeden právní subjekt. Na gymnáziu se vzdělávají studenti na nižším osmiletém gymnáziu a vyšším čtyřletém gymnáziu. Moje výzkumné šetření jsem zaměřila na studenty vyššího čtyřletého gymnázia. Na SOŠ (střední odborná škola) se vzdělávají studenti oboru Informační technologie a Ekonomické lyceum. Na celé škole studuje celkem 250 studentů. Dotazníky jsem rozdělila rovnoměrně mezi gymnázium a SOŠ. Po dobu výzkumného šetření bylo ve škole přítomno 219 studentů, z toho 110 studentů na SOŠ a 109 na gymnáziu. Ve všech oborech bylo výzkumné šetření prováděno v rámci předmětu Základy společenských věd, neboť v tomto předmětu se studenti učí v souladu se školním vzdělávacím plánem o poruchách příjmu potravy. I přesto 6 respondentů z celkového počtu 219 neslyšelo o duševním onemocnění mentální anorexie. Zastoupení dívek a chlapců bylo téměř rovnoměrné. Dotazník vyplnilo 111 dívek a 108 chlapců. Věkové kategorie respondentů přehledně znázorňuje graf č. 31 (str. 62). Z důvodu mé přítomnosti při vyplňování dotazníků byla návratnost 100%. Velmi mě zajímalo, do jaké míry jsou dnešní studenti na středních školách vystaveni rizikovým faktorům, které přispívají k tak závažnému onemocnění, jako je mentální anorexie. Pokud ano, tak který faktor je nejrizikovější. V dotazníku měli studenti přiznat řadu důležitých skutečností, které lze následně vyhodnotit jako rizikové faktory.

Prvním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se mezi respondenty vyskytují rizikové faktory vzniku mentální anorexie. V předpokladu č. 1 jsem se domnívala, že se mezi respondenty budou vyskytovat rizikové faktory vzniku mentální anorexie. Z grafů č. 6 – 15 (str. 36 – 45) je patrné, že se předpoklad č. 1 potvrdil. 53% respondentů není spokojeno se svojí postavou. Ze všech dotazovaných se 42% domnívá, že vzhled a postava jsou zárukou úspěchu v životě. 49% respondentů uvedlo, že je pro ně důležité, jak jejich postavu hodnotí okolí. Zarážející je, že 47% dotazovaných se již někdy stalo obětí nemístných poznámek nebo výsměchu kvůli postavě ze strany svého okolí. 63% respondentů přiznává, že se špatně stravuje. Stejně procento se již někdy snažilo zhubnout. Stravovací režim u studentů není uspokojivý. Někteří z nich nechodí do školní jídelny. Zajímalo mě důvod, proč se respondenti nestravují ve školní jídelně a dodatečně jsem se jich zeptala. V rámci diskuze jsem se od studentů dozvěděla, že jídlo v jídelně jim nechutná. Z domova mají vžitě jiné stravovací návyky. Dojíždějící studenti nechodí do školní jídelny z důvodu špatného dopravního spojení do místa bydliště. Pravidelně vynechává hlavní jídlo 17% respondentů a 35% přiznává, že občas. Domnívám se, že důležité je, jak funguje jejich rodina. Samotná příprava jídla, do které se mohou všichni doma zapojit, jistě bude mít vliv na jeho konzumaci. Společné stolování je

důležité nejen pro pravidelný režim stravování – členové rodiny si mohou povídat. To má nesporně vliv na psychiku každého z nás. Utužují se vztahy v rodině.

Druhým cílem výzkumného šetření bylo zjistit, které rizikové faktory jsou mezi respondenty nejčastější. V předpokladu č. 2 jsem se domnívala, že jako nejčastější rizikové faktory vzniku mentální anorexie budou respondenti uvádět sociální faktory. Z grafu č. 26 (str. 57) je zřejmé, že se předpoklad č. 2 potvrdil. Každý respondent měl uvést tři rizikové faktory podle důležitosti. Podle respondentů nejvíce přispívají ke vzniku onemocnění vliv okolí, média a puberta.

Třetím cílem bylo zjistit, kolik respondentů se již někdy snažilo o snížení tělesné hmotnosti. V předpokladu č. 3 jsem se domnívala, že většina respondentů se již někdy snažila o snížení tělesné hmotnosti. Ve výzkumném šetření 47% respondentů uvedlo, že nejsou spokojeni se svojí tělesnou hmotností. Z dotazníků jsem se dozvěděla, že z celkového počtu 219 respondentů by v současné době chtělo zhubnout 49%. Je známo, že vážit bychom se měli ráno s četností jednou za týden, pokud si chceme pravidelně kontrolovat svoji váhu. Pouze 5% dotazovaných uvedlo, že se váží denně. Z grafu č. 16 (str. 46) je patrné, že 63% respondentů se již někdy snažilo zhubnout. Zbylých 37% se o to nikdy nesnažilo. Předpoklad č. 3 se potvrdil. Jaké při tom používali metody, jsem se dozvěděla z následující otázky č. 17. Pozitivní je, že 46% se snažilo o snížení tělesné hmotnosti pohybovou aktivitou. 32% respondentů uvedlo, že má zkušenost s dietami a 13% s light výrobky. Z grafu č. 18 (str. 48) vyplývá, že se 88% respondentů snažilo zhubnout již ve věku 12 až 16 let. To je alarmující zjištění. Je i určité procento respondentů, kteří se snažili zhubnout v době, kdy jim bylo méně než 12 let. V 17 letech a více pak 12%. Je patrné, že věková hranice se snižuje. Tento rizikový faktor není jen záležitostí dívek v adolescentním věku. Také výzkumná šetření odborníků poukazují na to, že se věková hranice u onemocnění mentální anorexií posouvá nejen směrem dolů, ale postihuje i starší lidi. Jsou mezi nimi modelky, herci, sportovci. Nemoc postihla například modelku Isabelle Caro, která napsala knihu „Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii“, ve které otevřeně mluví o nemoci mentální anorexie. V knize vypráví svůj životní příběh, aby varovala především dívky a ženy před touto zákeřnou nemocí. Obdobnou osobní zkušenost jako Isabelle Caro popsala ve své knize Michala Jendruchová. (4) Celý svět také zaznamenal italskou kontroverzní kampaň. Fotografie Oliviera Toscani odhalovaly skutečnou tvář mentální anorexie a rozdělily světovou veřejnost. Někteří fotografie i celou kampaň proti poruše příjmu potravy ocenili, jiní je nekompromisně odsoudili a označili ji za příliš krutou.

Zajímala jsem se o studie autorů Krch, Drábková, Macek a zjistila následující. Podle těchto autorů poruchy příjmu potravy ohrožují v České republice asi 1–6% populace dívek a mladých žen. Už v roce 1996 autoři F. Krch a H. Drábková zjistili ve své studii, že 76,5% dívek a 35,4% chlapců nebylo spokojeno se svým tělem. U dívek znamená nespokojenost převážně přání být štíhlejší. Zhruba 7,4% respondentek projevílo podle

výsledků šetření narušený postoj k jídlu a ke svému tělu. Negativní vztah k vlastnímu tělu a narušený postoj k jídlu u adolescentů se úzce váže na sebehodnocení. Celková nespokojenost, stres a také nuda vedou k nadměrné kontrole jídla. Změna stravovacích návyků a postoj k příjmu potravy podléhá jistě kulturním a módním trendům. Z rozsáhlého průzkumu Nadace Kooperativa „Česká rodina žije“, který byl realizován agenturou Perfect Crowd na reprezentativním vzorku českých rodin, můžeme vidět znepokojivý stav stravovacích návyků. V tiskové zprávě, kterou nadace vydala v září 2015, se píše: *„Českým rodinám chybí pravidelnost – třetina nesnídá a dvě třetiny jí méně než pětikrát denně. Více než polovina českých rodin navíc zapomíná na pravidelnou konzumaci ovoce a zeleniny. Rodiny, které večerí společně, se cítí zdravěji.“* (11, 18)

Zajímalo mě také, jaké mají studenti BMI. Grafy č. 29, 30 (str. 60, 61) názorně ukazují, že z celkového počtu 219 respondentů má 8 studentů BMI nižší než 17,5. Jedná se o 5 dívek a 3 chlapce. Z těchto osmi studentů je šest upozorňováno svým okolím, že jsou příliš hubení. Vyplývá to z dotazníku u otázky č. 19. Uvedený počet studentů je ohrožen rizikovými faktory vzniku mentální anorexie. Tento stav je označen za podvýživu a může mít za následek vážné zdravotní problémy. Tři dívky z pěti uvedených už potíže mají. V dotazníku v otázce č. 24 uvádějí lámání nehtů, nadměrné padání vlasů. Pouze 6% z celkového počtu dívek má nadváhu. Z grafu č. 30 (str. 61) je patrné, že chlapci v porovnání s děvčaty při výpočtu BMI se více pohybují nad hranici 25. Většina chlapců má normální váhu a nepotřebuje redukovat svoji tělesnou hmotnost. Více se soustředí na zpevnění svalové hmoty. Potěšující je, že v obou skupinách respondentů nebyl zaznamenán žádný stav obezity.

Čtvrtým cílem bylo vytvořit pro studenty informační leták. Leták jsem zařadila jako přílohu 2. Přehledně a stručně upozorňuje na rizikové faktory vzniku mentální anorexie, komplikace při vzniku onemocnění mentální anorexií a předkládá výčet příznaků tohoto onemocnění. Odkazuji v něm na organizace, které poskytují poradenskou činnost a zabývají se terapií. O leták byl velký zájem, rozdala jsem jich celkem 110 kusů. Líbil se nejen studentům, ale i učitelům.

Všechny stanovené cíle byly splněny. Také všechny předpoklady se potvrdily. Z výzkumného šetření, které jsem provedla na Gymnáziu a SOŠ v Rokycanech, jsem došla k závěru, že informovanost studentů o nemoci mentální anorexie je velmi dobrá. Na škole v rámci školního vzdělávacího plánu v předmětu Základy společenských věd studenti probírají poruchy příjmu potravy. Pouze 6 respondentů uvedlo, že o mentální anorexii nikdy neslyšelo. Před samotným výzkumným šetřením jsem se ústně dotazovala vyučujících, v jakém rozsahu se studenti o poruchách příjmu potravy učí. Mají možnost na škole spolupracovat s poradkyní z oboru psychologie MUDr. Petrou Elizabethou Teslíkovou. Předmět Základy společenských věd se vyučuje nejen na gymnáziu i na SOŠ. O poruchách příjmu potravy se studenti poprvé dozvídají v tercií a kvartě na nižším stupni gymnázia. Výzkumné šetření ukázalo, že se snižuje věková

hranice, kdy se poprvé respondenti pokusili zhubnout. Doporučuji pro praxi, aby se o poruchách příjmu potravy studenti začali učit už v primě a sekundě. V těchto třídách se nachází riziková skupina ve věku 12 a 13 let. Také bych doporučila studentům přečíst si velmi pěknou brožuru „Poruchy příjmu potravy“, kterou napsala Eva Marádová.(8) V příručce jsou uvedena hlavní diagnostická kritéria mentální anorexie. Autorka se dále zaměřuje na prevenci, průběh a léčbu nemoci. Za výstup do praxe považuji informační leták, který jsem pro respondenty připravila a rozdala po vyplnění dotazníku.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mojí bakalářské práce bylo zjistit rizika vzniku mentální anorexie u studentů středních škol. Výzkumným šetřením jsem dospěla k závěru, že tato rizika u studentů středních škol existují a je důležité na uvedené téma stále upozorňovat. Zarážející je, že v současné době by chtěla polovina respondentů zhubnout, přestože jejich body mass index vychází v normě. Necelé dvě třetiny se již někdy zhubnout snažilo. Pozitivní je, že upřednostňují pohybovou aktivitu. Bohužel skutečnost je taková, že redukovat váhu se snažili někteří ve věku pod 12 let. Více jak polovina není spokojena se svojí postavou. Mají svůj vzor ve známých osobnostech, které znají z televize a časopisů. Také je do značné míry ovlivňují módní trendy. Domnívají se, že vzhled a postava jsou zárukou úspěchu v životě. Je pro ně důležité, jak jejich postavu hodnotí okolí. Zarážející je, že vysoké procento se už stalo obětí nemístných poznámek nebo výsměchu kvůli postavě. Výzkumné šetření také ukázalo, že studenti mají vžitě nesprávné stravovací návyky. Důležité je, že jen malé procento vykazuje zdravotní problémy, například lámání nehtů, nadměrné padání vlasů. Vyskytuje se u těch, jejichž body mass index je nižší než 17,5 a okolí je upozorňuje na to, že jsou příliš hubení. Je jasné, že trpí podvýživou.

O možných příčinách mentální anorexie bylo již vysloveno mnoho různých předpokladů. Shodují se v tom, že se na vzniku a rozvoji anorexie podílí celá řada faktorů. Postižené dívky a ženy jsou ctizádostivé, ambiciózní a často s nadprůměrnou inteligencí, se studijními a pracovními ambicemi.

Rozšíření mentální anorexie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy. Představuje vážný problém. Závažnost mentální anorexie spočívá nejen v celkovém postižení zdravotního stavu, ale i v možném ohrožení života pacientů. První příznaky mentální anorexie se zpravidla objevují v období mezi 12. a 16. rokem, neboť v tomto období dochází ke změně tělesné váhy. Nemoc se může dále rozvinout v adolescentním věku. Je důležité co nejdříve odhalit varovné signály a zahájit včasnou léčbu. Čím dříve se nemoc podchytí, tím kratší a snadnější může být cesta k uzdravení.

Současný svět na nás klade vysoké nároky ve všech oblastech života. Musíme být výkonní, chytrí, krásní. Je možné, že jsme jen průměrní. Ti, kteří touží po dokonalé postavě, by si měli uvědomit, že být hubený nerovná se být šťastný. Někdo svojí posedlostí po vysněné postavě přestává vnímat ostatní důležitější věci kolem sebe a vlastní život mu „utíká mezi prsty“.

SEZNAM LITERATURY

- (1) CARO, Isabelle. *Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii*. V Praze: XYZ, 2011. 236 s. ISBN 978-80-7388-573-1.
- (2) HORT, Vladimír; HRDLIČKA, Michal; kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2008. 796 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- (3) HRIVNOVÁ, Michaela. *Základní aspekty výživy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. 95 s. ISBN 978-80-244-4034-7.
- (4) JENDRUCHOVÁ, Michala. *Už je to za mnou, Osobní zpověď (bývalé?), Anorektičky anorexie a jak se s ní vyrovnat*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, s.r.o., 2013. 112 s. ISBN 978-80-7429-335-1.
- (5) KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2. přeprac. vyd., Praha: Portál, s.r.o., 2010. 264 s. ISBN 978-80-7367-807-4.
- (6) MALÁ, Eva; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, 143 s. ISBN 978-80-7367-723-7.
- (7) MACEK, Petr. *Adolescence, Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, s.r.o., 1999. 208 s. ISBN 80-7178-348-X.
- (8) MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 30 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
- (9) NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o., 1. vyd., 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- (10) OBERREITEROVÁ, Martina. *Mentální anorexie u pubescentů*. České Budějovice, 2009. Diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Pedagogická fakulta
- (11) PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- (12) PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.
- (13) RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel; JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšířené. Praha: Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1.

- (14) THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie, Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, s.r.o., 2015. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- (15) Anorexia Nervosa. [online].[2016-01-07]. Dostupné z:
<<http://www.helpguide.org/articles/eating-disorders/anorexia-nervosa.htm>>.
- (16) Mentální anorexie, bulimie, psychogenní přejídání – portál s odbornou garancí. [online]. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z:
<<http://www.idealni.cz>, <http://www.idealni.cz/test-rizik-vzniku-poruchy-prijmu-potravy/>>.
- (17) Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy [online]. [2015-03-08] Dostupné z:
<<http://www.anorexia.cz/>>.
- (18) Nadace pojišťovny Kooperativa [online] [2016-01-06]. Dostupné z:
<<http://www.ceskarodinazije.cz/upload/pdf/09-22-TZ-nadace-spolecny-stul.pdf>>.
- (19) Občanské sdružení Anabell. [online]. [cit. 2015-02-20]. Dostupné z:
<<http://www.anabell.cz>>.
- (20) Občanské sdružení Výživa dětí. Poradenské centrum Výživa dětí. [online]. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z:
Dostupné z: <<http://www.vyzivadeti.cz/o-nas>>.
- (21) Slezské gymnázium Opava. příspěvková organizace. [online].[cit. 2015-0307]. Dostupné z:
<<http://help-p3.slezgymopava.cz/>>.
- (22) Státní zdravotní ústav. Zdravá školní svačina. [online]. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z:
<<http://www.szu.cz/zdrava-skolni-svacina>>.
- (23) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Psychiatrická péče 2013. [online].[2015-08-20]. Dostupné z:
<<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>>.
- (24) Víš co jíš. Portál ministerstva zemědělství ČR [online].[cit. 2015-03-08]. Dostupné z:
<http://viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=21%3A3&catid=68&Itemid=118>.

- (25) Vitalion, lepší informace, lepší zdraví. provozovatel serveru MAFRA, a.s. [online]. [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <<http://nemoci.vitalion.cz/anorexie>>.
- (26) Ženy. Móda a krása. FTV Prima, spol. s.r.o. [online]. [cit. 2015-08-20]. Dostupné z: <<http://zeny.iprima.cz/moda-krasa/ideal-zenske-krazy-jak-se-zmenil-za-3000-let-0>>.

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Body mass index
DiS.	Diplomovaný specialista
Ing.	Inženýr
Mgr.	Magistr
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MUDr.	Doktor medicíny
např.	Například
PPP	Poruchy příjmu potravy
SOŠ	Střední odborná škola
tj.	To jest

SEZNAM TABULEK

- | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Tabulka 1 | Povědomí respondentů o nemoci mentální anorexie |
| Tabulka 2 | Zdroje informací respondentů |
| Tabulka 3 | Osobní setkání respondentů s nemocí mentální anorexie |
| Tabulka 4 | Výskyt poruchy příjmu potravy v rodinách respondentů |
| Tabulka 5 | Respondenti a jejich vzor |
| Tabulka 6 | Spokojenost respondentů se svojí postavou |
| Tabulka 7 | Spokojenost respondentů se svojí tělesnou hmotností |
| Tabulka 8 | Kontrola tělesné hmotnosti respondenty |
| Tabulka 9 | Názor respondentů na skutečnost, že vzhled a postava je zárukou úspěchu |
| Tabulka 10 | Důležitost hodnocení postavy okolím |
| Tabulka 11 | Nemístné chování okolí vůči respondentům kvůli jejich postavě |
| Tabulka 12 | Četnost dietních výrobků v jídelníčku respondentů |
| Tabulka 13 | Názor respondentů na správnost jejich stravování |
| Tabulka 14 | Stravovací návyky respondentů |
| Tabulka 15 | Zájem respondentů o hubnutí |
| Tabulka 16 | Snaha respondentů zhubnout |
| Tabulka 17 | Metody hubnutí u respondentů |
| Tabulka 18 | Nejnižší věk respondenta při hubnutí |
| Tabulka 19 | Názor okolí respondenta na jeho tělesnou hmotnost |
| Tabulka 20 | Stav psychiky respondenta po konzumaci většího množství jídla |
| Tabulka 21 | Celkový psychický stav respondenta |
| Tabulka 22 | Hodnocení svého sebevědomí respondenty |
| Tabulka 23 | Názor respondentů na velikost nároků, které jsou na ně kladeny |
| Tabulka 24 | Zdravotní stav respondentů |
| Tabulka 25 | Názor respondentů na vliv módních trendů na vznik mentální anorexie |
| Tabulka 26 | Rizikové faktory, které jsou nejvýznamnější při vzniku mentální anorexie |
| Tabulka 27 | Zájem respondentů o informace ohledně nemoci mentální anorexie |
| Tabulka 28 | Zdroje informací, které respondenti preferují |
| Tabulka 29 | BMI dívek v adolescentním věku |
| Tabulka 30 | BMI chlapců v adolescentním věku |
| Tabulka 31 | Věkové kategorie respondentů |

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Povědomí respondentů o nemoci mentální anorexie
- Graf 2 Zdroje informací respondentů
- Graf 3 Osobní setkání respondentů s nemocí mentální anorexie
- Graf 4 Výskyt poruchy příjmu potravy v rodinách respondentů
- Graf 5 Respondenti a jejich vzor
- Graf 6 Spokojenost respondentů se svojí postavou
- Graf 7 Spokojenost respondentů se svojí tělesnou hmotností
- Graf 8 Kontrola tělesné hmotnosti respondenty
- Graf 9 Názor respondentů na skutečnost, že vzhled a postava je zárukou úspěchu
- Graf 10 Důležitost hodnocení postavy okolím
- Graf 11 Nemístné chování okolí vůči respondentům kvůli jejich postavě
- Graf 12 Četnost dietních výrobků v jídelníčku respondentů
- Graf 13 Názor respondentů na správnost jejich stravování
- Graf 14 Stravovací návyky respondentů
- Graf 15 Zájem respondentů o hubnutí
- Graf 16 Snaha respondentů zhubnout
- Graf 17 Metody hubnutí u respondentů
- Graf 18 Nejnižší věk respondenta při hubnutí
- Graf 19 Názor okolí respondenta na jeho tělesnou hmotnost
- Graf 20 Stav psychiky respondenta po konzumaci většího množství jídla
- Graf 21 Celkový psychický stav respondenta
- Graf 22 Hodnocení svého sebevědomí respondenty
- Graf 23 Názor respondentů na velikost nároků, které jsou na ně kladeny
- Graf 24 Zdravotní stav respondentů
- Graf 25 Názor respondentů na vliv módních trendů na vznik mentální anorexie
- Graf 26 Rizikové faktory, které jsou nejvýznamnější při vzniku mentální anorexie
- Graf 27 Zájem respondentů o informace ohledně nemoci mentální anorexie
- Graf 28 Zdroje informací, které respondenti preferují
- Graf 29 BMI dívek v adolescentním věku
- Graf 30 BMI chlapců v adolescentním věku
- Graf 31 Věkové kategorie respondentů

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Anorexia affects your whole body

Obrázek 2 Anorexia No-l-ita

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 Dotazník – anonymizovaná data

PŘÍLOHA 2 Informační leták

PŘÍLOHA 3 Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření

PŘÍLOHA 1 DOTAZNÍK – ANONYMIZOVANÁ DATA

Vážení respondenti,
žádám Vás o vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní. Vyplněná data budou sloužit jen pro praktickou část méj bakalářské práce. Odpovídejte prosím pravdivě.

Děkuji Šárka Hlinovská, Fakulta zdravotnických studií v Plzni

Pohlaví

Věk

1. Slyšel/a jste někdy o duševním onemocnění mentální anorexie?
 ano
 ne
2. Z jakého zdroje jste se o něm dozvěděl/a?
 v rámci školní výuky
 rodina
 internet
 přátelé, kamarádi
 literatura, časopisy
 tv, rádio
 lékař
 jiné:
3. Setkal/a jste se osobně s někým s mentální anorexií?
 ano
 ne
4. Trpí někdo z vaší rodiny mentální anorexií nebo jinou poruchou příjmu potravy?
 ano
 ne
5. Máte nějaký svůj vzor v tom, jak byste chtěl/a vypadat? (herec, zpěvák, sportovec, modelka)
 ano
 ne
6. Jste spokojen/a se svojí postavou?
 ano
 ne
7. Jste spokojen/a se svojí tělesnou hmotností?
 ano
 ne
8. Jak často kontrolujete svoji tělesnou hmotnost?
 denně
 několikrát týdně
 jednou týdně
 méně než jednou týdně
 nekontroluji
9. Domníváte se, že vzhled a postava jsou zárukou úspěchu?
 ano
 ne

10. Je pro Vás důležité, jak Vaší postavu hodnotí okolí?

- ano
- ne

11. Stal/a jste se někdy obětí nemístných poznámek nebo výsměchu kvůli Vaší postavě?

- ano
- ne

12. Jíte pravidelně dietní výrobky (light)?

- ano
- ne
- občas

13. Domníváte se, že se stravujete správně?

- ano
- ne

14. Vynecháváte pravidelně jedno nebo více hlavních jídel?

- ano
- ne
- občas

15. Chtěl/a byste zhubnout?

- ano
- ne

16. Snažili jste se již někdy zhubnout?
(pokud odpovíte ne, ot.č.17,18
nevypĺňujte)

- ano
- ne



17. Jaké metody používáte nebo jste
použil/a ve snaze zhubnout? Můžete
označit více odpovědí.

- dieta
- sport, tělesný pohyb, fitness
- light výrobky
- doplňky stravy na hubnutí (např.
čaje, přípravky s vlákninou apod.)
- projímadla
- léky na hubnutí
- zvracení
- jiné:

18. V kolika letech jste se poprvé pokusil/a zhubnout?

- v méně než 12 letech
- 12-14
- 15-16
- 17 a více

19. Upozorňují Vás spolužáci, kamarádi, přátelé a nebo rodiče, že jste moc hubení?

- ano
- ne

20. Máte výčitky svědomí, když sníte větší množství jídla?

- ano
- ne

21. Cítíte se psychicky dobře?

- ano
- ne

22. Jak hodnotíte své sebevědomí?

- vysoké sebevědomí
- nízké sebevědomí
- zdravě sebevědomá/ý

23. Jsou na Vás kladeny vysoké nároky?

- ano
- ne
- občas

24. Trpíte lámáním nehtů nebo nadměrným padáním vlasů?

- ano
- ne

25. Jaký je podle Vás vliv módních trendů na vznik mentální anorexie?

- malý
- velký
- žádný

26. Uveďte, které 3 rizikové faktory jsou podle Vás nejvýznamnější při vzniku mentální anorexie?
(očísľujte od 1-3, kdy 1 je nejvýznamnější)

- vliv okolí
- média
- kariéra
- puberta
- genetická dispozice
- osobnostní rysy
- sportovní kroužky
- ženské pohlaví
- emocionální faktory
- sociální diskriminace nešťihlých
- jiné:

27. Chtěl/a bys více informací o této nemoci? (pokud odpovíte ne, ot.č.28 nevyplňujte)

- ano
- ne



28. Které informační zdroje byste preferoval/a?

- odborná přednáška
- informační leták
- ve škole v rámci výuky
- internet
- rádio, TV
- literatura, časopis, noviny
- jiné:

Na závěr si každý spočítejte svůj BMI (body mass index), což je váha v kilogramech dělená druhou mocninou výšky. (nebo alespoň napište svou váhu a výšku)

Příklad:

výška dívky 155cm, váha 52kg

$$\text{BMI} = 52 : 1,55^2 = 21,6$$

Vaše BMI =

BMI adolescenta se pohybuje v rozmezí 20 – 25. **Mějte na paměti, že Váš BMI by nikdy neměl být menší než 17,5.**

PŘÍLOHA 2 INFORMAČNÍ LETÁK

**Mentální anorexie je duševní nemoc
spočívající v odmítání potravy a zkreslené
představě o svém těle.**

Rizikové faktory:

- ❖ Puberta
- ❖ Vliv médií, módních trendů,
- ❖ Osobnostní rysy
- ❖ Snížené sebevědomí
- ❖ Výchova v rodině
- ❖ Genetika
- ❖ Negativní životní události a zkušenosti

Komplikace:

- ❖ Srdeční poruchy
- ❖ Anémie
- ❖ Trávicí potíže
- ❖ Úbytek kostní hmoty
- ❖ Kožní onemocnění
- ❖ Plicní komplikace
- ❖ Reprodukční poruchy
- ❖ Neurologické komplikace
- ❖ Metabolický rozvrat organismu
- ❖ Smrt



Zdroj: <http://tema.novinky.cz/mentalni-anorexie>

JÍDLO NENÍ NEPŘÍTEL !

Poradenství a terapie:

www.anabell.cz
www.vyzivadeti.cz
www.nemocivitalion.cz
www.idealni.cz

Príznaky onemocnění:

- ❖ Extrémní hubnutí
- ❖ Vynechávání menstruace
- ❖ Vynechávání jídla
- ❖ Opakované vážení
- ❖ Častá kontrola v zrcadle
- ❖ Nadměrné cvičení až do vyčerpání
- ❖ Závratě, zácpa, únava, smutek, úzkost, beznaděj, nízké sebevědomí
- ❖ Snížený zájem o sex
- ❖ Nespavost, nesoustředěnost

PŘÍLOHA 3 ŽÁDOST O POVOLENÍ SBĚRU DAT K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ

Povolení sběru dat k výzkumnému šetření

Vedoucí katedry ošetrovatelství a porodní asistence
Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA
Fakulta zdravotnických studií v Plzni
Náměstí Odboje 18
323 21 Plzeň

Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření bakalářské práce

Vážená paní ředitelko,

jmenuji se Šárka Hlinovská a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií, obor všeobecná sestra. Téma mojí bakalářské práce je *Rizika vzniku mentální anorexie u studentů středních škol*. Cílem práce je zjistit, zda se mezi studenty středních škol vyskytují rizikové faktory vzniku mentální anorexie. Sběr dat bude prováděn formou anonymního dotazníku.

Chtěla bych Vás proto touto formou požádat o souhlas k provedení výzkumného šetření na Gymnáziu a Střední odborné škole. Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Veroniky Muchlové Múhlsteinové, DiS., která dohlíží nad celým průběhem.

Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit.

Děkuji

V Klabavě, 30.10. 2015
Šárka Hlinovská
Studentka 3.ročníku, obor všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií, ZČU v Plzni

Kontaktní osoba:
Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Náměstí Odboje 18
323 21 Plzeň
Holoubkj@kos.zcu.cz

Kontaktní osoba:
Šárka Hlinovská
Klabava 180
338 41 Klabava
sarka.hlinovska@seznam.cz

Vyjádření k žádosti:

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko: 

2. 11. 2015