

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Lucie Křivánková

Poruchy příjmu potravy a tvorba zdravého životního stylu očima
mladistvých

„Zdraví je nejdůležitější kvalita těla“ – Aristoteles

*„Zdravý životní styl je nakažlivý, ale nečekejte, až ho chytíte od někoho jiného. Buďte raději
ten, od koho to chytí ostatní“ – Tom Stappard*

Prohlášení

Tímto prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně, pod vedením Mgr. Evy Urbanovské Ph.D.. Veškerou použitou literaturu jsem uvedla v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci dne:

.....

podpis studenta

Poděkování:

Děkuji Mgr. Evě Urbanovské Ph.D. za poskytnutí cenných rad, trpělivosti a času, který mi věnovala, při vedení mé diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	9
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE (ANOREXIA NERVOSA)	9
1.1.1 Diagnostika mentální anorexie	10
1.1.2 Osobnostní rysy dívek	11
1.1.3 Nebezpečné důsledky mentální anorexie	11
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE (BULIMIA NERVOSA)	12
1.2.1 Diagnostika mentální bulimie	12
1.2.2 Příznaky mentální bulimie	13
1.2.3 Projevy mentální bulimie	13
1.3 DALŠÍ MOŽNÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	13
1.3.1 Záchvatovité přejídání	13
1.3.2 Bigorexie	14
1.3.3 Ortorexie	14
1.3.4 Drunkorexie	14
1.3.5 Pika syndrom	15
1.3.6 Ruminační syndrom	15
1.3.7 Syndrom nočního přejídání	15
1.3.8 Obezita	15
1.4 INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI	16
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	16
1.5.1 Osobnostní charakteristiky	16
1.5.2 Rodina jako rizikový faktor	17
1.5.3 Sociokulturní faktor	17
1.5.4 Puberta	17
2 LÉČBA A PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	18
2.1 HOSPITALIZACE A AMBULANTNÍ LÉČBA	18
2.2 PSYCHOTERAPIE	18
2.3 FARMAKOTERAPIE	19

2.4 NUTRIČNÍ PORADENSTVÍ	19
2.4.1 Nutriční terapeut	19
2.5 CENTRUM ANABELL	20
2.6 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY VE ŠKOLE	21
2.7 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	21
3 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL	23
3.1 ZDRAVÁ VÝŽIVA	23
3.1.1 Stravovací plány	25
3.2 LIMITACE KOUŘENÍ, ALKOHOLU A DROG	26
3.3 POHYBOVÁ AKTIVITA	28
3.4 ODPOČINEK, SPÁNEK, UVOLNĚNÍ	28
3.5 SPRÁVNÉ ZVLÁDÁNÍ STRESU	29
3.6 POZITIVNÍ VNÍMÁNÍ SAMA SEBE	29
3.7 NAUČIT SE ŘÍKAT NE	30
PRAKTICKÁ ČÁST	31
4.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	31
4.2 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE	32
4.3 APLIKOVANÁ METODA	32
4.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	33
4.5 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉ ČÁSTI PRÁCE	34
4.6 ZÁVĚR ŠETŘENÍ	41
4.7 DISKUZE	43
4.8 DOPORUČENÍ DO PRAXE	45
4.9 LIMITY	46
ZÁVĚR	47
SEZNAM ZDROJŮ	48
SEZNAM ZKRATEK	57
SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A ILUSTRACÍ	58
SEZNAM PŘÍLOH	59
PŘÍLOHA Č. 1	

PŘÍLOHA Č. 2

ANOTACE

ÚVOD

Má diplomová práce nese název Poruchy příjmu potravy a tvorba zdravého životního stylu očima mladistvých. Toto téma jsem si vybrala záměrně. Problematika poruch příjmu potravy nás velice zaujala. Stává se totiž více a více diskutovanějším tématem mezi mladistvými na platformách sociálních sítí. Nadchlo nás, jaký efekt může mít, když se o svém problému začnete bavit s okolím. Jaká se strhne vlna podpory, která může být motivující pro ty, kteří si nelehkým obdobím právě procházejí. Zamýšleli jsme se však nad tím, zda mladiství mají alespoň nějakou povědomost o této problematice. Zda dokáží rozlišit jednotlivé nemoci a rozpoznat jejich nástup a projevy. Proto nastíníme tuto problematiku v následujících kapitolách. Zdravý životní styl jsme do práce doplnili nejen z důvodu toho, že pokud se chce jedince dostat z problému poruch příjmu potravy, tak se mu musí věnovat, ale také z důvodu, že i já osobně se o něj zajímám.

Cílem mé práce je tedy poukázat na to, zda se mladiství orientují v problematice poruch příjmu potravy, co si konkrétně představují pod touto nemocí a zda-li ví, jak s ní bojovat, když se u nich objeví. A také jakou pomoc mohou vyhledat, když se u nich objeví problém týkající se poruch příjmu potravy. U zdravého životního stylu se budeme zajímat, o to, zda ho žáci středních škol vůbec dodržují a co všechno zahrnuje. Zjišťovat to budeme pomocí dotazníku, který jsme vypracovali a na základě, kterého by následně měl vzniknout metodický materiál věnující se poruchám příjmu potravy. Brožuru se poté budeme snažit distribuovat do škol, které se šetření zúčastnili.

Na začátku chceme zmínit, že nejvíce se bude problematika poruch příjmu potravy, zaobírat tématy jako mentální anorexie a mentální bulimie, které patří mezi nejznámější diagnózy. Samozřejmě se pokusíme o nastínění i dalších poruch ovšem ne tak do hloubky. Zdravotním stylem se budeme zabývat, tak jak by dle nás měl správně vypadat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Oblast poruch příjmu potravy je velmi komplikované a závažné téma, problematika se řadí mezi psychiatrická onemocnění (Pugnerová, Kvintová, 2016). V současné době rozlišujeme dva hlavní typy diagnóz, jedná se o mentální anorexii (anorexia nervosa) a mentální bulimii (bulimia nervosa) (Papežová, Hanusová, 2012). Mentální anorexii a mentální bulimii se budu podrobněji věnovat v následujících kapitolách.

Onemocněním trpí převážně dívky v pubertálním a adolescentním věku (Pugnerová, Kvintová, 2016). Krch (2010) dokonce zmiňuje fakt, že riziko vzniku poruchy příjmu potravy je u žen desetkrát vyšší než u mužů. Obě onemocnění byly často vysvětlovány jako odmítání ženského těla, dospělé ženské role a sexuality. I když jsou obě onemocnění velmi odlišná, lze nalézt podobné znaky u obou nemocí. Jedná se především o strach z navýšení tělesné hmotnosti a obava z tloušťky (Krch, 2008). V případě poruch příjmu potravy hraje důležitou roli i psychika nemocného jedince. V případě závažnějšího stádia nemoci je nutná lékařská a psychologická péče (Geisslerová, 2012). Poruchy příjmu potravy se nevyhýbají mladým, starým, bohatým ani chudým. Kdokoliv může touto chorobou onemocnět. Proto je důležité rozpoznat prvotní symptomy, které k poruše mohou vést (Kramer a kolektiv, 2009). První náznaky poruchy příjmu potravy můžeme vyzorovat u stravování nemocného jedince. Nemocný konzumuje převážně dietní jídla, snaží se jíst pomalu. Rozlišuje potraviny na dobré a špatné, a některé dokonce vynechává (nejčastěji se jedná o tuky a sacharidy). Snaží se jíst v předem domluvených časech a někdy sní obrovské množství jídla (NZIP, nedat.).

1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE (Anorexia nervosa)

Mentální anorexii můžeme definovat, jako úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Jedinci odmítají jídlo, z důvodu, že nechtějí jíst (Krch a kolektiv, 2005). Fobie z jídla je spojena se strachem z tloušťky, přičemž hubnutí je jediný cíl nemocného. Pocity hladu jsou úspěšným signálem toho, že člověk netloustne. V některých situacích se může stát, že pocit hladu jedince přemůže a u nemocného nastává záchvat žravosti. Následně se u jedince objeví pocit vlastního selhání, neúspěchu, také pocity viny a deprese (Vágnerová, 2014). Jako psychiatrická porucha, mentální anorexie dominuje u mladých žen, prevalence 0,5-2,2 % a má také nejvyšší úmrtnost. Onemocnění se může objevit už kolem 10. roku věku, přičemž vrcholu nabývá mezi 14.-15. rokem života, druhá vlna může nastat v období mezi 17.-18. rokem (Kukla, 2016). U jedinců s mentální anorexií můžeme pozorovat perfekcionistický přístup, nekompletní rozvoj osobnostní identity, zkreslené vnímání vlastního těla a sebepoškozující chování (Rokyta, 2015).

Mentální anorexii dělíme na restriktivní typ, kdy se u jedince nevyskytují záchvaty přejídání a následného zvracení. A na purgativní typ, u kterého se tyto situace objevují a nemocný dále zneužívá léků sloužících k odvodnění, projímadel a klystýrů (Weiss, 2010). Pokud budeme pátrat v historii po pojmu mentální anorexie, zjistíme, že poprvé byl tento pojem užit ve 2. století našeho letopočtu. Použil ho jeden z nejznámějších starověkých lékařů – Galénos. Přičemž první případ, který by klinicky připomínal diagnózu mentální anorexie se objevil, až v 17. století. Důkladným popisem nemoci, mentální anorexie, se zabýval anglický lékař Richard Morton (Papežová, 2010). V historii se kladl důraz na krásu žen, které byly kyprých tvarů. Až po druhé světové válce se objevil fenomén hubených žen, který představují ideál krásy a dokonalosti. V České republice se mentální anorexie začala objevovat až po roce 1989, kdy se k nám dostávali časopisy s hubenými ženami, modelkami (Pasz, Plechatá, 2020).

1.1.1 Diagnostika mentální anorexie

Diagnostická kritéria podle MKN-10:

- a. Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou (ať již byla nížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo) nebo Queteleův index (index tělesné hmotnosti, zkráceně BMI) hmoty těla je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek (MKN-10, 2018).
- b. Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik (léky potlačující chuť k jídlu) a diuretik (léky zvyšující tvorbu a vylučování moči, slouží k odvodnění), nadměrné cvičení.
- c. Specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvávají strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládací myšlenka a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu (MKN-10, 2018).
- d. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-pituitární-gonádovou osu, se projevuje u ženy jako amenorea (nedostavení menstruace) a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence (zřejmá výjimka je vaginální krvácení u anorektických žen, které jsou na náhradní hormonální terapii, obvykle ve formě antikoncepční pilulky). Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu – stresového hormonu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu (MKN-10, 2018).

- e. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenorei, u hochů zůstávají dětské genitály). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché neboli první menstruace je opožděna (MKN-10, 2018).

Diagnostická kritéria Diagnostického a statického manuálu nejsou uvedena záměrně. Z důvodu toho, že manuál je více užíván ve Spojených státech amerických, přičemž Mezinárodní klasifikace nemocí je spíše používána v Evropě. Jsme si vědomi toho, že v současné době se tvoří Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize. Nyní však probíhá její celkový překlad, tudíž jsme uvedli revizi desátou.

1.1.2 *Osobnostní rysy dívek trpící mentální anorexií*

Dívky s mentální anorexií mají vysokou školní úspěšnost a inteligenci, dosahují velmi dobrých výsledků a pod vlivem a tlakem rodiny mívají i vysoké ambice. Dívky jsou často bezproblémové, snaží se nevybočovat z řady, kladou důraz na dodržování norem a pravidel, jsou zodpovědné, perfekcionistické a věčně nespokojené se svým výsledkem. Nemají dostatečně velké sebevědomí a chybí jim smysl pro humor. Anorektické dívky jsou citlivější, mívají depresivní náladu, trpí úzkostmi (Vágnerová, 2014).

1.1.3 *Nebezpečné důsledky mentální anorexie*

U anorektických dívek se často objevuje suchá pleť, ochlupení po celém těle, vyrážky. Trpí na vypadávání vlasů, jsou častěji unavené, mají ochablé svalstvo. Trpí nespavostí, ztrátou sexuálního apetitu, poruchami ledvin a jater. Nemají dobře vyvinutý obranyschopný systém, a může dojít ke zpomalení nebo pozdějšímu nástupu puberty (Krch, 2010). Mají sníženou citlivost v nohou a rukou, nízký krevní tlak a nepravidelný srdeční tep. Objevují se u nich charakteristické podlitiny, mají sníženou tělesnou teplotu a jsou často dehydrované (Primární prevence, 2013). Někdy mentální anorexii doprovází i bolest hlavy, závratě, oslabená pozornost, pocíty na zvracení a únava (Strumia, 2013).

1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE (Bulimia nervosa)

O mentální bulimii můžeme hovořit, pokud nemocný člověk má opakující se záchvaty přejídání, které doprovází přehnaná kontrola tělesné hmotnosti (Krch, 2008). Po jídle se u nemocného objevují pocit viny, výčitky a strach z tloušťky. Následně se člověk snaží potravu zbavit pomocí zvracení nebo užívání projímadel (Geisslerová, 2012). Mentální bulimie se může vyskytovat v kombinaci s prvky mentální anorexie nebo i jako samostatná duševní porucha (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Od mentální anorexie se mentální bulimie liší tím, že osoba si svůj problém uvědomuje a občas se ho snaží i řešit. Příčinami vzniku mohou být společenské a rodinné klima nebo deprese nemocného (Kukla, 2016).

Řecký spisovatel Plútarchos tvrdil, že bulimie pochází z pojmu bolimos, tedy zlý démon, který byl představitelem nadměrného hladu (Papežová, 2010). Termín mentální bulimie se v odborném názvosloví objevil poprvé až v roce 1979, použil ho britský psychiatr Gerald Rusell. (Murray a kolektiv, 1997). Rusell tvrdil, že mentální bulimie je: „*silně a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou je chorobný strach z ztloustnutí*“ (Papežová, 2010 str. 23). I když nemoc zde byla mnohem dříve než daný pojem. Mentální bulimie měla původně být typem mentální anorexie, protože se symptomy nemoci zdály být velmi podobné mentální anorexii (Jaffa, McDermott, 2007).

1.2.1 Diagnostika mentální bulimie

Diagnostická kritéria dle MKN-10

- a. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby (MKN-10, 2018).
- b. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ – projímadel, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků, jako jsou anorektika, tyreoidní preparáty nebo diuretika. Když se bulimie vyskytne u diabetických pacientů, může dojít i k úmyslnému zanedbávání inzulínové léčby (MKN-10, 2018).
- c. Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh, který je nižší než premorbidní váha (váha před onemocněním), která je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá. Často, ale ne vždy, je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie, přičemž interval se pohybuje od několika měsíců do několika let. Tato epizoda může být plně vyjádřena a mít podobu mírné skryté formy

s přiměřenou ztrátou váhy a/ nebo přechodnou fází amenorei – nedostavení se menstruace (MKN-10, 2018).

1.2.2 Příznaky mentální bulimie

- Pocity viny,
- deprese, úzkosti,
- záchvaty přejídání, následné zvracení,
- závratě, bolesti břicha,
- odsuzování sama sebe, nepřipouštění si nemoci,
- nepravidelná menstruace, oteklé slinné žlázy,
- strach, že dotyčný nedokáže přestat jíst nebo strach z toho, že po jídle se nebude moci vyprázdnit (Primární prevence, 2013).

1.2.3 Projevy mentální bulimie

U mentální bulimie je zajímavý fakt, jak se projevuje na těle nemocného. Bulimičky mají problém se zvýšenou kazivostí zubů a ztrátou zubní skloviny. Dále mohou mít problém s menstruačním cyklem a rizikem vzniku závislosti na alkoholu a stimulačních látkách. (Videbeck, 2010). U dívek s diagnózou mentální bulimie může převládat podrážděná nálada, slabá pozornost, apatie a celková slabost (Strumia, 2013). Také se objevují problémy s dýcháním, plynatost, zácpa nebo průjem. Z důvodu špatného jídelníčku se může objevit hypoglykémie (nízká hladina glukózy v krvi). Vedlejším problémem zvracení pak může být nízká hladina draslíku, která ovlivňuje nepravidelnosti srdečního tepu. Smrtelně nebezpečné jsou pak léky vyvolávající zvracení (Šance dětem – Krch, 2021).

1.3 DALŠÍ MOŽNÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Kromě již výše zmíněných poruch, mentální anorexie a mentální bulimie, existují i další novodobé poruchy, které k souboru poruch příjmu potravy můžeme také řadit.

1.3.1 Záchvatovité přejídání

Záchvatovité přejídání, které je charakteristické tím, že člověk sní velké množství jídla v krátkém čase, i když nemá vůbec hlad. Typickými znaky této nemoci jsou hltání, schovávání potravin a tajné požívání, i když je člověk plný dál pokračuje v jezení. Kromě toho člověka

doprovází výčitky svědomí, úzkosti a deprese. Aby se skutečně jednalo o záchvatovité přejídání, jako konkrétní nemoc, musí se u jedince dostavovat návaly přejídání minimálně jednou týdně po dobu alespoň 3 měsíců (Dvořáková, 2021). Pro záchvatovité přejídání jsou typické spouštěče těchto záchvatů. Mohou to být pouhé myšlenky na jídlo nebo zjištění, že oblečení, které máme ve skříni je nám příliš těsné nebo malé. Může to být také pocit osamělosti, úzkosti, hněvu a strachu, který záchvat může vyvolat. Po záchvatu nastává úleva, která přechází v znechucení z vlastní osoby a deprese (Cooper, 2014).

1.3.2 *Bigorexie*

Dalším typem poruch příjmu potravy může být bigorexie. Onemocnění, kterým trpí převážně muži. Jedinec má zkreslenou představu o svém těle a má pocit, že je nedostatečně svalově vyvinutý. Proto každodenně posiluje a zneužívá anabolické steroidy pro růst svalstva (Papežová, 2010). Bigorexii můžeme také nazvat Adonisovým komplexem, kdy si bigorektiční muži připadají slabí a hubení a chtějí vypadat jako muži z akčních filmů nebo kulturistických soutěží. Bigorexie je nebezpečná tím, že jedinec dlouhodobě přetěžuje svůj pohybový aparát a konzumuje nevyváženou stravu, která nezvratně poškozuje ledviny, játra a trávicí systém (Cenková, 2010).

1.3.3 *Ortorexie*

Ortorexie je typem onemocnění, kdy nemocná osoba konzumuje a upíná se především na zdravou a čistou stravu (McGregor, 2019). Nemocný člověk se v jídle velmi omezuje, zabývá se více časem tím, jaké potraviny jsou pro něj nebezpečné a postupně ztrácí na váze nepotřebné kilogramy (Cenková, Langrová, 2010). Ortorexií trpí převážně ženy (dívky), které jsou charakteristické tím, že prostřednictvím sociálních sítí sdílejí, jak správně cvičit a jíst, v některých případech i co nejíst (Volfová, 2021). Mezi ortorektiky se řadí především vegani, příznivci raw food, frutariáni a další vyznavači alternativních výživových plánů (Pipová a kolektiv, 2021).

1.3.4 *Drunkorexie*

Mezi velmi nebezpečné typy poruch příjmu potravy se řadí drunkorexie. Jedná se o kombinaci celodenního hladovění a následného večerního pití alkoholu, které jedinec může a nemusí vyzvracet. Nejčastěji se objevuje u mladých lidí ve věku mezi 18-24 let (Gilík, 2011). Máme zde na mysli skutečně tvrdý alkohol, který obsahuje hodně kalorií. Jedinci si totiž myslí, že pokud celý den nejedli, mohou si dopřát alkoholu více. Je to však chyba, pokud se alkohol setká s prázdným žaludkem, hůře ho vstřebává (Geisslerová, 2012).

1.3.5 Pika syndrom

Velmi zvláštní způsob poruchy příjmu potravy se nazývá Pika syndrom. Jedná se převážně o to, že jedinec požívá věci, které nejsou určeny k jídlu. Porucha se vyskytuje většinou u určitých psychických onemocněních, u etnických skupin nebo v těhotenství. Mezi věci, které jsou pojídány řadíme: vlasy, hlínu, kameny, křidu, sklo, vlnu, chlupy, škrob nebo výkaly. Pika syndrom jako porucha může být velmi nebezpečná. Obvykle vede k parazitárním nákazám, otravám, poraněním nebo narušením vývoje (Vránová, 2013).

1.3.6 Ruminační syndrom

Ruminační syndrom neboli přežvykování. Jedná se o poruchu, při níž jedinec polkne stravu, následně ji vydává, znovu žvýká a poté spolkne nebo vyplivne. Ruminace nastává 10-30 minut po jídle, kdy dojde k ruminaci někdy i 20krát. U adolescentů a dospělých zatím není příčina známa (Lukáš, Žák, 2010). U ruminace se neobjevuje nevolnost ani zvracení. O poruše mluvíme trvá-li minimálně tři měsíce jdoucí po sobě (Morschitzky, 2007).

1.3.7 Syndrom nočního přejídání

Syndrom nočního přejídání se nejčastěji objevuje u obéznější části populace. Vyznačuje se poruchami spánku, nočním přejídáním a ranním nechutenstvím. Jedná se o situace, kdy se člověk snaží zhubnout, po neúspěších se u pacientů objevují noční deprese, které zahání jídlem (Rokyta, 2015). K diagnostickým kritériím patří, že nejméně 25 % jídla je konzumováno po večeři a pacient se probudí nejméně dvakrát v noci v průběhu jednoho týdne a následně konzumuje jídlo (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

1.3.8 Obezita

Obezita se v České republice řadí na první místo nejčastějších onemocnění. Jedná se o uložení nadměrného množství tuku v organismu. Na výskyt obezity má vliv mnoho faktorů mezi, které můžeme řadit: věk, pohlaví, genetické vlivy, kouření, alkohol a dietní zvyklosti (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Aby se jednalo o obezitu, musí být nadměrný tuk u mužů vyšší než 25 % a u žen 30 %. Obezita s sebou přináší řadu onemocnění. Obvykle jsou to respirační onemocnění, kardiovaskulární komplikace, poruchy pohybového aparátu a psychosociální komplikace (Pastucha, 2011).

1.4 INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI

Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index – BMI) se v současnosti užívá pro určení vzniku obtíží obezity a pro klasifikaci tělesné hmotnosti (Lukáš, Žák, 2010). Vytvořil ho Adolphe Quetelet v 19. století, proto je index tělesné hmotnosti také někdy nazýván jako Queteletův index (viz kapitola Diagnostika mentální anorexie) (Hronek, 2013).

Výpočet:

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška} * \text{výška}}$$

Obr. č. 1 BMI (Tým rehabilitace.info, 2017)

Index tělesné hmotnosti:

<i>BMI</i>	<i>Kategorie</i>	<i>Riziko komplikace</i>
<18,5	podváha	vysoké
18,5-24,9	normální váha	průměrné
25,0-29,9	nadváha	mírně zvýšené
30,0-34,9	obezita I. stupně	střední
35,0-39,9	obezita II. stupně	vysoké
≥ 40	obezita III. stupně	velmi vysoké (Lukáš, Žák, 2010).

1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

1.5.1 Osobnostní charakteristiky

U poruch příjmu potravy bývají rizikové osobností charakteristiky, které problém mohou předpovídat. Jedná se o perfekcionismus a impulzivitu v chování. Perfekcionistické rysy se nejvíce objevují u mentální anorexie, kdy se nemocní za každou cenu snaží dodržet to, co si předsevzaly. To se může týkat jak omezování v jídle, tak i v dosahování sportovních výkonů. Impulzivita je spojována s nedostatečnou sebekontrolou. Sebekontrola bývá spojována se záchvaty přejídání, po kterém má daný jedinec výčitky. Dalším typickým znakem pacientů s diagnostikovanou poruchou chování může být sebepoškozování. To můžeme rozdělovat

na méně zřetelné, kam řadíme stahování pasu, extrémní fyzickou zátěž, nebo polknutí předmětu, co není k jídlu a na jasně zřetelné neboli také viditelné. K viditelnému sebepoškozování pak patří pálení cigaretou nebo pořezávání se žiletkou (Kocourová a kolektiv, 2014).

1.5.2 Rodina jako rizikový faktor

Ke vzniku poruch příjmu potravy mohou přispět i genetické faktory rodiny. Není však žádný konkrétní odpovědný gen, který by tuto nemoc vysvětloval. Kromě genetiky může rodina přispět nevhodným stylem výchovy, nadměrným očekáváním, vyhýbání se konfliktům nebo nedostatečnou péčí o jedince. Příkladem nevhodného stylu výchovy může být příliš perfekcionistická nebo naopak liberální výchova. Samotná rodina může působit jako spouštěč nemoci, kdy napomáhá tím, že dítě v rodině zažije traumatický zážitek. Nejčastěji se jedná o rozchod rodičů. (NZIP, nedat.)

1.5.3 Sociokulturní faktor

Vekou rolí týkající se poruch příjmu potravy hraje také pohlaví jedince. Zvláště v pubertálním věku jsou na své nedokonalé tělo více háklivé dívky než chlapci. Těm totiž nevadí tloušťka ani rostoucí váha, vidí totiž, že z nabrané hmotnosti jim rostou svaly. Kromě pohlaví zde musíme zmínit i věk, kdy k poruše dojde. Nejedná se pouze o pubertální věk od 10. roku do 18. roku u dívek. Dle studují si své tělesné proporce uvědomují dívky mnohem dříve, někdy už kolem 7. roku života, zjišťují, že jsou se svým tělem naprosto znepokojené. Během dospívání jedinci neprocházejí jen fyzickými změnami, ale také psychickými, kdy se stávají přecitlivějšími na reakce z okolí. Jejich okolí může mít nelichotivé náarážky na proporce jejich těla. Po těchto náarážkách dívky začínají být opatrnější ve stravě a uvědomují si své nedostatky (Krch, 2004).

1.3.4 Puberta

Puberta je typickým obdobím, kdy se u pacientů začínají objevovat poruchy příjmu potravy. V období dospívání totiž nápadně vzrůstá uvědomování si sama sebe a přemýšlení o svém vlastním těle, a to ve srovnání s ostatními. Dívky v porovnání s chlapci, mají četnější obavy, o tom, jak jsou oblíbené v kolektivu či nikoliv. U dívek se také objevuje nižší úcta k vlastnímu tělu a také mají nižší sebevědomí. Právě nízké či nulové sebevědomí je podstatným zdrojem sebepodceňování. Nízká sebedůvěra ve spojení se snahou změnit svůj vzhled k lepšímu, vede k držení nebezpečných diet (Krch, 1999).

2 LÉČBA A PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

2.1 HOSPITALIZACE A AMBULANTNÍ LÉČBA

Na léčbě poruch příjmu potravy by se měl podílet multidisciplinární tým. Samotné léčení poruch příjmu potravy je velice náročné, protože dívky s poruchami příjmu potravy si odmítají nemoc přiznat. Také musíme zvážit, zda u pacientů postačí ambulantní léčba nebo je nutná hospitalizace. Dívky jakoukoliv pomoc z okolí odmítají a vyhýbají se léčbě, vše berou jako nátlak (Machová, Kubátová 2015).

Základem léčby je stanovení přesné diagnózy, která zahrnuje stupeň somatického vývoje, stupeň psychického a sexuálního vývoje a diagnostikování dalších přidružených poruch. Následujícím krokem je sestavení léčebného plánu spolu s hlavním a dílčími cíli, které by měly být konkrétní a dosažitelné. Při léčbě je důležité znovuoobnovení nebo nové vytvoření jídelních návyků. Mnoho pacientů se při léčbě vyznačuje tím, že schovávají jídlo nebo podvádějí při vážení (Papežová, 2018).

Při ambulantní léčbě je nezbytný dohled psychologa. Nemocný dochází za dětským lékařem nebo praktickým lékařem, který hlídá zdravotní stav. Dále by měl lékař doporučit jídelní plán, o kterém si nemocný vede záznamy. Psycholog také může doporučit svépomocné skupiny či kluby, které se problematikou poruch příjmu potravy zabírají (Papežová, 2010).

Nejčastější důvody hospitalizace:

- a. hmotnostní úbytek více než o 25 %,
- b. známky oběhového selhávání (pomalý tep, nízký tlak),
- c. dehydratace,
- d. těžká deprese nebo suicidální (sebevražedné) chování,
- e. přetrvávající zvracení nebo zvracení krve (Krch, 2005).

2.2 PSYCHOTERAPIE

Nejdůležitějším prvkem při léčení poruch příjmu potravy je psychoterapie, hlavními metodami jsou kognitivně-behaviorální terapie. Psychoterapie může být individuální, rodinná či skupinová. Pomocí psychoterapie se dívky učí přepracovat své jídelní návyky, zmírnit pocity viny a studu a naučí se vnímat sama sebe a své vlastní tělo (Machová, Kubátová, 2015). Jako velmi účinná se jeví psychoterapie skupinová, kdy si pacienti vyměňují své zkušenosti ohledně

nemoci a poskytují se vzájemnou podporu a pomoc při léčbě (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006). Terapii vede odborný psychoterapeut, který své vzdělání získal ukončeným vysokoškolským vzděláním a prošel několikaletým (doba se pohybuje okolo pěti až šesti lety) psychoterapeutickým výcvikem (Jarolímek, 2015).

2.3 FARMAKOTERAPIE

Farmakoterapie se doporučuje jen u pacientů, kteří jsou v ohrožení života nebo mají atypickou formu onemocnění. V těchto případech se užívají antidepresiva (Papežová, 2018). Antidepresiva, pochopitelně jako všechny léky mají vedlejší účinky, patří mezi ně žaludeční nevolnosti, ztráta chuti k jídlu a průjemy, které léčbu stěžují. Kromě antidepresiv se při léčbě poruch příjmu potravy užívají i atypická antipsychotika a léky podporující chuť k jídlu. Přičemž se ukázalo, že žádná látka není zcela účinná při léčbě a nevyváží tak množství vedlejších účinků. U mentální bulimie také může nastat problém, že nemocný lék vyzvrací spolu se stravou (Hosák, Hrdlička, Libiger a kolektiv, 2015). Vyšší sebevražednost u poruch příjmu potravy zvyšují obvykle úzkostné poruchy, abúzus alkoholu a komorbidní deprese (Látalová, Končelíková, Praško, 2015).

2.4 NUTRIČNÍ PORADENSTVÍ

Nutriční poradenství se zabývá obnovením normální hmotnosti jedince, vytvořením zdravých jídelních návyků a výživou organismu. V rámci poruch příjmu potravy je součástí hospitalizace, někdy bývá součástí i ambulantní léčby. Nutriční poradenství by mělo napomáhat v sestavování jídelníčku a hledat v něm chyby, dále pak najít potraviny, které jsou pro nemocného jedince vhodné a žádoucí (Pipová a kolektiv, 2021). Dále se nutriční poradenství podílí na snižování výskytu narozených dětí s nízkou porodní hmotností a vrozenými vývojovými vadami (Čevela, 2009).

2.4.1 Nutriční terapeut

Nutriční terapeut, dříve nazývaný dietní sestra, je dle Grofové (2007, str. 49) odborník v léčebné výživě s vyšším středním nebo vysokoškolským vzděláním. Jedná se o zdravotnického pracovníka, který pracuje bez odborného dohledu. Zabývá se sestavováním nutričních plánů a posouzením nutričního stavu člověka včetně jeho rizik. Nutriční terapeut pracuje přímo s konkrétním jedincem, který ho také informuje o svém zdravotním stavu a onemocněních. Je velmi důležité neplést si nutričního terapeuta a výživového poradce. Oba dva sice získávají svoji odbornost vysokoškolským vzděláním, i když pro výživového poradce

už dnes existují pouze několikaměsíční kurzy, kterých se nejvíce účastní sportovně založení lidé. Rozdílem mezi těmito dvěma profesemi je však takový, že výživový poradce se nezajímá o zdravotní stav, v jeho kompetencích by mělo být pouze sestavování jídelníčku, pro ty, kteří chtějí zhubnout nebo naopak nabrat svaly (Zobačová,2021).

Jak poznáme, že někdo z našeho okolí trpí poruchou příjmu potravy?

- a. Má daný člověk chuť k jídlu, ale přemáhá hlad a odmítá jíst, i když nemá nadváhu?
- b. Používá ve svém životě projímadla, neadekvátně ke svému věku a výšce?
- c. Došlo k náhlému a výraznějšímu hubnutí?
- d. Má chorobný strach z tloušťky nebo se snaží přehnaně sportovat a nejí?
- e. Začalo mizet jídlo z lednice a člověk se začal nekontrolovatelně přejídat?
- f. Popírá jedinec svoji váhu?
- g. Zajímá se často o jídlo, jeho nutriční hodnoty, nebo užívá kalorické tabulky?
- h. Bojí se, že přibere, i když je podvyživený?
- i. Přistihli jste někdy toho člověka, že zvrací?

Pokud alespoň jednou odpovíte ano na výše uvedené otázky, je lepší vyhledat pomoc odborníka a konfrontovat dotyčnou osobu, zda se skutečně jedná o poruchy příjmu potravy (Anabell, 2009).

2.5 CENTRUM ANABELL

Centrum Anabell vzniklo v roce 2002 a zabývá se poskytnutím pomoci v případě problému poruch příjmu potravy. Jedná se o sociální službu, která poskytuje odborné sociální poradenství. Činnosti, jimiž se centrum zabývá, jsou přímé ambulantní poradenství v Praze, Brně a Ostravě, ale také online formou. Dále pak poskytují psychoterapeutickou podporu, rodinnou terapii, která tedy v Ostravě neprobíhá. Centrum dává možnost setkání svépomocných skupin, a také peer konzultace. Peer konzultace jsou vždy s odborníkem, který si sám prošel poruchou příjmu potravy. Dále mají vlastní linku, kam osoby s poruchami příjmu potravy mohou volat, vždy mezi osmou ranní a čtvrtou hodinou odpolední. Centrum funguje i jako nutriční poradna a poskytuje dvoudenní kurz nutričního poradenství. Všechny tyto služby jsou určeny mladistvým od 15 let. Kromě služby sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

Ty jsou pro děti ve věku od 0-18 let a služba je poskytována pouze v Brně. Služba je určena pro ty, kteří trpí psychickými problémy nebo specifickými projevy chování (Anabell, nedat.)

2.6 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY VE ŠKOLE

Osoby trpící jakoukoli poruchou příjmu potravy mají oslabenou schopnost učit se, dělá jim problém se přizpůsobit okolí a plánovat čas. Jak studijní, tak i volný čas nebo i každodenní život. Kognitivní funkce jsou porušeny z důvodu podvýživy, ale je zde možnost na nich pracovat v rámci terapie. Obvykle se věnují domácí přípravě více než běžní studenti, není doporučováno zkoušení před celou třídou. Při volbě povolání, těsně po terapii poruch příjmu potravy, vynecháváme ta povolání, kde se pracuje s potravinami (kuchař, cukrář) či nadměrně věnuje dietám (Papežová, Hanusová, 2012).

Jak se chovat k člověku, který trpí poruchou příjmu potravy:

- Zajímá nás dotyčný člověk, ne jeho diagnostikovaná nemoc,
- neposkytujeme žádné nepotřebné rady,
- nenutíme nemocného jíst, když nechce,
- nehodnotíme jeho postavu,
- nehledáme důvod, proč se nemoc objevila, ale hledáme její řešení (Hedepý, nedat.).

2.7 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V roce 2020 se v České republice léčilo s poruchami příjmu potravy celkem 5 167 osob. Jak udává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, tato čísla se každoročně zvyšují, proto je prevence v této oblasti více než žádoucí a potřebná (České noviny, 2021). U prevence hrají nejdůležitější roli rodiče, kteří dítěti předávají základní hodnoty a postoje, kladou důraz na vytvoření zdravého sebevědomí a přijetí vhodných stravovacích návyků. Také jsou to právě rodiče, kteří by si měli všimnout prvních jídelních změn u dítěte. Jako například, že dítě nadměrně cvičí, i když nemá nadváhu nebo je vybíravé a rýpavé v jídle. Nedodržuje pitný režim, nebo odmítá celkově jíst (Papežová, 2018).

Školní prevence poruch příjmu potravy by se měla týkat konkrétního nebezpečí těchto poruch, nevhodností jednostranných nebo extrémních postojů ve výživě, sportu a životním stylu. Dále by se měl omezit prodej sladkostí a slazených nápojů ve školách. Pokud si pedagog všimne podezřelých jevů u žáka (nejí, náhlý úbytek hmotnosti) měl by dané skutečnosti oznámit rodičům žáka, případně pediatrovi, bez zbytečného odkladu. V případě, že se žák obrátí

s pomocí na pedagoga, měl by být schopný zprostředkovat mu pomoc s dětským psychologem nebo dětským lékařem (MŠMT – Co dělat, když – intervence pedagoga, 2010).

V České republice se prevencí zabývá nezisková organizace Anabell, viz kapitola výše. Dále se jedinci s poruchami příjmu potravy mohou obracet na pedagogicko-psychologické poradny v místě bydliště, dětské psychiatrické kliniky, linky bezpečí a linky důvěry, které fungují nepřetržitě (Anabell, 2009).

Jako součást prevence poruch příjmu potravy můžeme brát i pohybovou aktivitu. Aktivita však musí být pravidelná, aby byl znatelný výsledek a účinek cvičení. S pravidelným pohybem je nejlepší začít již v raném dětství, kdy dítě ke svému dobrému vývoji pohyb potřebuje (Plevová, 2011).

3 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

V této kapitole se budeme věnovat zdravému životnímu stylu a jeho určitým komponentům. Zdravým životním stylem rozumíme to, kdy si jedinec v různých životních situacích dobrovolně vybírá zdravé možnosti a ty nevhodné odmítá. Tato rozhodnutí bývají často ovlivněna společností a rodinnými zvyklostmi. Někdy je však výběr zdravého životního stylu limitován sociálním postavením jedince a ekonomickou situací společnosti (Čeledová, Čevela, 2010).

3.1 ZDRAVÁ VÝŽIVA

Zdravou stravou rozumíme, takovou stravu, která nám nezpůsobuje žádné onemocnění a jsou v ní zastoupeny veškeré důležité látky (Caha, 2021). Tyto látky nastíníme v následující kapitole. Patří mezi ně sacharidy, škroby, vláknina, bílkoviny, tuky, cholesterol, minerály, vitamíny a pitná voda. Zdravé stravě bychom se měli věnovat z důvodu, že zlepšuje duševní zdraví, fungování mozku a psychickou vyrovnanost. Dále díky zdravé stravě dosáhneme ideální tělesné váhy a přináší i celkovou vitalitu (Jirchářová, 2020). Strava se v určitých situacích našeho života může stát kompenzačním činitelem. Mezi tyto situace řadíme neúspěch, nedostatek lásky nebo nenaplnění sociálních vztahů. Jídlo nám pomáhá překonat zátěž jakéhokoliv původu. Strava může sloužit i jako odměna, může nám pomoci urovnat vztahy nebo může být prostředkem k poznání jiné kultury (Pipová a kolektiv, 2021).

Zdravé stravování zahrnuje:

- Vyhrazení času na jídlo,
- soustředění se přímo na stravu a eliminace rušivých elementů,
- důkladné rozkousání potravy,
- dodržování pauz mezi pokrmy (nejlépe se stravovat každé 3 hodiny)
- správné rozdělení energetického denního příjmu mezi všechna jídla (Vránová, 2013).

Energetické rozložení denního příjmu by mělo vypadat následovně: snídaně 25 %, dopolední svačina 10 %, oběd 30 %, odpolední svačina 10 % a večeře 25 % z celkového denního příjmu (Nutrivita, 2019). Správný energetický denní příjem by měl určit lékař nebo nutriční terapeut. Odvíjí se od naší výšky, váhy, věku, fyzické aktivity a celkového zdraví (Hlavatý, 2018).

Sacharidy jsou potřebnou složkou naší potravy, dodávají tělu nezbytné minerální látky a vitamíny, dále dodávají potřebnou energii pro řadu buněk např. svalových (Fořt, 2004). V případě nízkého příjmu sacharidů dochází k negativnímu ovlivnění naší psychiky a úbytku svalové hmoty. Nejvhodnějším zdrojem sacharidů jsou brambory, obiloviny, rýže a pečivo (Kunová, 2011).

Škroby jsou v naší stravě složené cukry, které především získáváme z brambor, rýže a chlebu (Čeledová, Čevela, 2010). Dalším zdrojem škrobu mohou také být obiloviny a fazole (Sharma a kolektiv, 2018).

Vláknina podporuje pravidelný průchod potravy střevem, snižuje krevní cholesterol a zlepšuje hladinu glukózy v krvi. Vlákninu dělíme na nerozpustnou (zelenina, pšeničné výrobky, otruby) a rozpustnou (ječmen, červené fazole a ovesné vločky) (Clark, 2020).

Bílkoviny jsou zdrojem energie, jsou součástí některých hormonů a jsou nezbytné pro tvorbu a obnovu tkání v organismu. Bílkoviny jednoduše rozdělujeme na živočišné a rostlinné (Piřha, Poledne a kolektiv, 2009). Živočišné bílkoviny najdeme v rybách, vejcích, mléku a mléčných výrobcích, v mořských plodech, v červeném masu a drůbeži. Do rostlinných bílkovin naopak patří obiloviny, luštěniny semínky a ořechy (Volfová, 2021).

Tuky, jako mastné kyseliny, jsou pro naše tělo důležité z hlediska udržování tělesné teploty, jsou zdrojem energie, vytvářejí stavební komponenty v těle a celkově přispívají chuti jídla. Dokonce i některé vitamíny tělu prospěšné jsou rozpustné v tucích (Sharma a kolektiv, 2018). Jsou to vitamíny A, D, E a K (Klimešová, 2016). Mezi zdravé tuky patří ryby, vejce, ořechy, semínka, avokádo, oleje a olivy (Slimáková, 2021).

Bez cholesterolu se naše tělo zkrátka neobejde. Je důležitý pro trávení tuků, pro tvorbu hormonů (testosteron a estrogen), má vliv na naši paměť, usměrňuje množství hladiny soli a vody a má vliv i na naše nervy (Egressy, 2018).

Minerály jsou důležitou součástí všech buněk, tkání a tělních tekutin. Mezi nejvýznamnější patří: sodík, vápník, draslík, chlór, hořčík, síra, železo, fosfor, jód, měď, zinek a fluor. Většinu z nich získáváme z naší stravy (Klíma, 2016). Pokud je však člověk ohrožen jejich nedostatkem, musí je doplňovat pomocí různých doplňků stravy (Stackeová, 2013).

Vitamíny řídí štěpení a stavbu tuků, bílkovin a sacharidů. Vitamíny samy o sobě žádnou energii tělu nedodávají, podílejí se však na energetické výměně. Že jsme dobře zásobeni vitamíny poznáme i na svém těle, odráží se v našich vlasech, kůži, dobré obranyschopnosti organismu a spokojenému citění (Großhauser, 2015).

Voda je nejdůležitější částí výživy. Průměrný jedinec potřebuje okolo 1,5-2 litry vody denně (Čeledová, Čevela, 2010). Mělo by se jednat o čistou pramenitou vodu. Do denního příjmu nezařazujeme sladké nápoje, alkohol a kávu. Nedostatek tekutin se projevuje bolestmi hlavy, suchem v ústech, suchou kůží a potížemi s klouby (Corkhill, 2019).

3.1.1 *Stravovací plány*

V dnešní době existuje již několik stravovacích plánů (diet). Tyto stravovací plány bychom měli konzultovat s odborným nutričním terapeutem, protože obvykle řeší specifická onemocnění konkrétního jedince (Dtest, 2017). A také z důvodu, že ne všechny diety jsou našemu tělu prospěšné. Stravovací plány, které nám spíše škodí, jsou například paleo dieta nebo raw strava. Za nejextrémnější stravovací plán se bere hadí dieta. Je založena na principu půstu, kdy můžete sníst jedno velké jídlo během 2 hodin za celý den (Košutová, 2020).

V následující kapitole zmíníme jen lehký výčet těch zdravějších stravovacích plánů. I když musíme mít stále na paměti, že každý stravovací plán může obsahovat něco, co nebude danému jedinci vyhovovat, proto je nutná konzultace s odborníkem. V kapitole se zmíníme o vegetariánství a veganství, dále o ketogenní dietě, dělené stravě, celiakii a bezlaktózové dietě.

Vegetariánstvím se rozumí strava, ve které nenajdeme žádné maso. Je však několik druhů neboli podtypů vegetariánství, kterým dieta maso povoluje. Jedná se však jen o drůbež a ryby (Vítek, 2008). Důvodů k vegetariánství je mnoho, mohou to být například důvody zdravotní, náboženské nebo ekologické. Vegetariánství přináší tělu užitečné změny, protože snižuje riziko vzniku nádorů tlustého střeva, a vzniku žlučových kamenů, vede ke zlepšení cévního řečiště a úbytku tělesné váhy (Klíma, 2016). Vegetariánství jako životní styl není vhodný pro mladší 18 let (Fořt, 2004). Vegetariánství je nejvíce rozšířené mezi ženami (Zelenka, 2015).

Zatímco ve vegetariánské stravě nenajdeme žádné maso, ve veganské nenajdeme ani živočišné produkty, mezi které řadíme mléko, vejce a včelí med. Vegetariánství a veganství už není bráno jako stravovací plán, nýbrž životní styl (Grosshauser, 2015). Životním stylem se rozumí, že odpůrci masa a ostatních živočišných produktů, odmítají oblečení z kůže, vlny, srsti zvířat a hedvábí. Dále se vyhýbají hygienickým a kosmetickým produktům, které byly testovány na zvířatech (Robertson, 2014).

Ketogenní dieta, známá pod názvem keto dieta. Je založena na principu naprostého omezení sacharidů v potravě. Denní příjem je sacharidů je zredukovaný na pouhých 50 g (Caha, 2021). Celý jídelníček je složen z vysoce proteinových jídel. Samotné držení diety trvá asi 3 měsíce. Dieta se doporučuje všem lidem trpícím nadváhou a nedoporučuje se osobám s chronickým onemocněním jater a ledvin (Vitalia, 2015). Keto dieta pomáhá předcházet srdečním chorobám, cukrovce, mozkovým příhodám, Alzheimerově nemoci a epilepsii. Díky ní se snižuje u člověka tělesný tuk, krevní tlak, hladinu cukru v krvi a celkově se zlepšuje aktivita mozku (Ramos, 2019).

Dělená strava stojí na principu, že se nemohou konzumovat společně jídla ve kterých jsou sacharidy a bílkoviny. Větší část jídla by měla obsahovat nejlépe syrovou zeleninu a ovoce (Kunová, 2011). Sacharidy a bílkoviny se skutečně musí rozdělovat v pokrmech a, nebo ve dnech, kdy jsou pojídány (Chrpová, 2010). U této diety se nehlídá množství ani kalorie, aby měla dieta pozitivní účinky musí se dodržovat minimálně po dobu 4 týdnů (Vollmer, 2016).

Celiakie neboli nesnášenlivost lepku, není úplně stravovací plán, nýbrž dědičné zdravotní onemocnění. Ovšem nemocní jedinci se stravou, v případě nemoci, musejí zabývat. Protože jedinou optimální léčbou je bezlepková dieta (Vránová, 2013). Bezlepková strava absolutně vynechává pšenici, žito a ječmen. Celiakie se může objevit kdykoliv v průběhu života. Mezi základní příznaky patří zvracení, průjem, migrény, bolest celého těla, únava, chudokrevnost, úbytek váhy a neurologické obtíže (Roberts, Pillow, 2013).

Bezlaktózovou dietu mají pacienti, kteří trpí intolerancí na laktózu. Laktózou se rozumí mléčný cukr, který je obsažen v mléku a mléčných výrobcích (Kapounová, 2020). Kromě v již zmíněných výrobcích, které laktózu obsahují, ji můžeme najít i v některých lécích. Což pro nemocného přináší značný problém (Souček a kolektiv, 2011). Bezlaktózová dieta ovšem není tak striktní, jak se může zdát. Většina pacientů malé množství laktózy snese bez zdravotních komplikací. Lepší je přidávat laktózu do jiných potravin, pak je lépe stravitelná (Kasper, 2015).

3.2 LIMITACE KOUŘENÍ, ALKOHOLU A DROG

Součástí zdravého životního stylu by určitě nemělo být kouření, a zde se nejedná pouze o kouření cigaret, ale také doutníků, dýmky, žvýkání tabáku nebo šňupání tabáku (Plevová, 2011). Nejvíce škodlivý je pro tělo dehet a oxid uhelnatý. Na nikotinu, který cigarety obsahují, se tvoří závislost (Nováková, 2012). Kouření jako nezdravý zlozvyk přispívá ke vzniku více než 20 nemocí a je důvodem předčasného umírání (Plevová, 2011). Jedná se především o nemoci jako onemocnění cév a dýchací soustavy, srdeční onemocnění, vznik zhoubných nádorů

a poškození žaludku. Dokonce i některé tabákové společnosti říkají, že kouření škodlivé není. Podle nich jde pouze o osobní potěšení (Bártlová, 2003). Pokud chceme eliminovat riziko vzniku závislosti na kouření musíme se věnovat prevenci. V tomto případě prevence zahrnuje neustálé zmiňování škodlivosti kouření a jeho důsledcích, dále bychom měli být nekuřáckými vzory doma i ve společnosti. Být nekuřáckým vzorem se očekává i od některých profesí (např. zdravotník, učitel). Měli bychom zamezit a kontrolovat přístup dětem k cigaretám v domácím prostředí i v obchodech, musíme chránit sebe i okolí před pasivním kouřením a vytvářet preventivní programy proti kouření (Machová, Kubáková, 2015).

Kromě kouření nezařazujeme do zdravého životního stylu ani alkohol, protože alkohol se řadí mezi nejčastěji užívané drogy. Jedná se o návykovou látku, která tlumivě působí na naši centrální nervovou soustavu (Nováková, 2012). Alkohol má řadu vedlejších účinků, mezi které se řadí stav zvaný kocovina. Kocovina s sebou přináší bolesti hlavy, nevolnost, citlivost na hluk a světlo a pocit žízně. Kromě kocoviny se však mohou objevit další problémy jako zhoršení rozhodování, prolomení zábran, nesouměrnost pohybů, špatná artikulace a agresivita (Prevcentrum, nedat.). Dlouhodobé užívání alkoholu způsobuje řadu onemocnění. Nejvýznamnější jsou onemocnění žaludku, nádory v ústech a střevech, záněty a cirhózy (Kalvach, 2004). Nejdůležitějším prvkem prevence alkoholismu je stálá informovanost společnosti o jeho škodlivosti. Dále omezení prodeje alkoholu, minimum reklamy a konkrétní politika státu bojující proti alkoholismu, do které můžeme zařadit zdanění alkoholu nebo regulaci cen (Hamplová, 2020).

Pokud mluvíme o zdravém životním stylu, tak mezi jeho komponenty by určitě neměli patřit ani drogy. Na drogy si rychle zvykneme a tvoří se na nich závislost stejně jako na alkoholu. A pokud se u nás objeví závislost jedná se o problém, ze kterého se nikdy nemůžeme dostat sami, vždy budeme potřebovat nějakou záchranou ruku (Tůmová, 2020). Stále však musíme mít na paměti, že drogy ohrožují naše zdraví a mohou vést i ke smrti. V porovnání s okolními zeměmi je v České republice vysoký počet mladistvých, kteří užívají drogy. Hojně jsou mezi mladistvými užívány i tlumivé léky (jedná se nejčastěji o léky proti bolesti) (Sovinová, 2007). Přičemž zde musíme zmínit, že většina drog je v České republice nelegální. Jsou to například konopné drogy, halucinogeny, opiáty a další stimulační látky. Naopak mezi legální drogy v České republice patří tabák, alkohol a těkavé látky (Aktuálně, 2013). Nejčastěji užívanou těkavou látkou je toluen, dále aceton a éter (Patočka, 2007).

3.3 POHYBOVÁ AKTIVITA

Pohybová aktivita sama o sobě slouží jako prevence, ale také jako oblíbený koníček. Může mít pozitivní vliv na úbytek tělesné hmotnosti, zlepšení oběhové soustavy, udržení hladiny glykémie a celkové zlepšení výkonnosti organismu (Tóthová a kolektiv, 2019). Dětem a mladistvým se doporučuje věnovat pohybovým aktivitám alespoň jednu hodinu denně. A to nejen ve škole, kde je pohyb uskutečňován v rámci tělesné výchovy, ale i ve volném čase mladistvého (Hamplová, 2020). Příkladem dobré pohybové aktivity může být běh, jízda na kole, plavání nebo obyčejná chůze. Pohyb by měl být vždy plánovaný a pravidelný (Sekot, 2015). Když však mluvíme o pohybové aktivitě nemusí se vždy jednat pouze o sport. Pohybová aktivita zahrnuje i domácí práce, jako například luxování, věšení záclon nebo mytí nádobí (Vítek, 2008).

3.4 ODPOČINEK, SPÁNEK, UVOLNĚNÍ

Mezi zdravý životní styl řadíme i kvalitní spánek. Přičemž doba spánku je vysoce individuální a záleží na každém jedinci, kolik času potřebuje, aby se po probuzení cítil odpočatý. Kvalitním spánkem máme na mysli to, že jedinec nemá večer problém s usínáním a během noci se nebudí (Filipová, 2011). Pravidelný spánek dodává našemu tělu řád a také umožňuje lepší soustředění. Spánek není vhodné nahrazovat kofeinovými produkty ani jinými povzbuzovaly. Nedostatek spánku se může projevit na naší váze, u jedince se mohou objevit kardiovaskulární obtíže nebo deprese a úzkosti (Downie, 2011).

Pro kvalitní spánek je důležité:

- Vynechání těžkých jídel tři až čtyři hodiny před spaním,
- eliminace hluku, světla a nastavení ideální teploty v místnosti,
- před spaním omezujeme pití alkoholu a nekouříme, protože nikotin povzbuzuje organismus,
- vynecháváme energetické a kofeinové nápoje,
- v posteli trávíme pouze nezbytně nutný čas a zbytečně se nepřevalujeme,
- snažíme mysl odprostit od těžkých témat, snažíme se naladit na spánek,
- zkvalitněním spánku dosáhneme lehkou procházkou, minimálně tři hodiny před spánkem,
- postel využíváme pouze na spaní, v posteli nejíme ani se zbytečně nedíváme na televizi (Čeledová, Čevela, 2010).

Neméně důležitou složkou zdravého životního stylu je relaxace, tedy celkové psychické a tělesné uvolnění celého těla. Relaxace by měla vést k celkovému zklidnění srdečních úderů, krevního tlaku, dechové frekvence a uvolnění svalů. Má pozitivní vliv na náš spánek, zvyšuje odolnost vůči stresu a schopnost koncentrace, vyvažuje zbrzklé jednání člověka a zvyšuje pocit optimismu a sebedůvěry (Mlýnková, 2017). Rozlišujeme relaxaci celkovou tedy celého těla, a lokální relaxaci, která působí na jednotlivé části těla případně na sval nebo skupinu svalů (Bernaciková, Cacek, Dovrtělová, 2020). Do příkladů dobré relaxace můžeme řadit hluboké dýchání, řízenou imaginaci a meditaci (Sasínek, 2021). Dále se při relaxaci používá skenování vlastního těla, kdy se soustředíme na naše napjaté svaly a pomocí psychického vnímání těla se napětí snažíme zbavit. K uvolnění můžeme také trénovat jógu, tai chi nebo cvičení ve vodě. Příjemné pocity nám může navodit teplý zábal, zklidňující masáž nebo telefonát s kamarádkou. Stresový hormon v těle nám může snížit smích, když si pustíme film nebo přečteme knihu. Kvalitní hudba nám pak může pomoci od vysokého krevního tlaku nebo úzkosti, nejúčinnější se zde jeví zvuky přírody (Tým rehabilitace, 2019).

3.5 SPRÁVNÉ ZVLÁDÁNÍ STRESU

Pokud mluvíme o stresu, máme na mysli nadlimitní zátěž organismu, kterou tělo není schopné zvládnout. Spouštěče, které vyvolávají stres nazýváme stresory (Ayers, Visser, 2015). Stresory rozlišujeme na vnitřní a vnější. Vnitřními rozumíme například různé bolesti, nemoci a negativní emoce, tyto stresory vycházejí z našeho těla. Přičemž vnějším stresorem může být náhlá životní událost nebo přetrvávající zima, tma nebo hluk (Zacharová, 2017). Abychom se naučili zvládat stres, musíme nejdříve porozumět našim stresorům. Nejúčinnějšími technikami zvládání a vyrovnání se se stresem mohou být meditace, četba knih, poslech hudby, imaginace, dechová cvičení a relaxace (Nováková, 2012).

3.6 POZITIVNÍ VNÍMÁNÍ SAMA SEBE

Duševní hygiena pozitivně ovlivňuje podmínky lidského života. Také se snaží odstranit či zmírnit nebezpečí, které indikují různé problémy nebo nemoci (Čeledová, Čevela, 2010). Duševní hygiena neboli také psychohygiena je komplex určitých pravidel, které vedou k prohloubení, udržení či znovuzískání duševního zdraví a rovnováhy. Psychohygiena může mít pozitivní vliv sociální vztahy, dobrou pracovní výkonnost (Nováková, 2012). Je určena jak pro nemocné, tak i pro zdravé osoby. Člověk se nejdříve učí, jak má naslouchat svému tělu, aby byl šťastný a spokojený (Kelnarová, Matějková, 2014).

3.7 NAUČIT SE ŘÍKAT NE

Proč se učíme v životě říkat ne? Protože nechceme dělat věci, které nás nedělají šťastnými. Tím, že řekneme ne, se zbavujeme rozhodnutí, které nám nic nepřinášejí a jen bychom se kvůli nim přemáhali nebo trápili (Hauerová, 2019). Pokud v životě nebudeme mít jasně a konkrétně stanové hranice, může se stát, že nás okolí začne využívat. V takových situacích pak ztrácíme úctu a respekt od ostatních. Musíme si jasně stavit priority a naučit se převzít zodpovědnost za svá rozhodnutí (Nürnbergger, 2011). Přičemž, když se naučíme říkat ne, přinese nám to pouze samá pozitiva. Těmi pozitivy máme na mysli svobodu, více času, prostor pro vlastní tvorbu, okolí si nás bude vážit a také získáme více sebedůvěry (Adamová, 2020).

Umění říci ne, je jako každá jiná dovednost. Vyžaduje čas, aby se ji člověk mohl naučit a aplikovat ji v praxi. Můžeme se však řídit určitými kroky, které nám pomohou s důsledným ne:

- Vezměte si chvíli na přemýšlení, než odpovíte,
- promyslete, jak je daná situace vážná a jaký může mít následek, a to nejlépe na místě, kde budete sami,
- procvičujte si říkání ne, doma o samotě,
- jakmile učiníte rozhodnutí, stůjte si za ním,
- po vyslovení ne se snažte obrátit konverzaci na jiné téma, předejdete tím pocitům viny a negaci z druhé strany (Manresa, 2011).

PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Ve výše uvedené teoretické části práce bylo uvedeno, co jsou poruchy příjmu potravy, jak je poznáme a jaký mají důsledek. Mezi nejčastěji diskutované řadíme mentální anorexii a mentální bulimii. Dále k nim můžeme řadit obezitu, záchvatovité přejídání a noční jedliectví. Novodobými poruchami příjmu potravy rozumíme bigorexii, drunkorexii, ruminační syndrom, pika syndrom nebo ortorexii. Dále jsme se více zajímali o mentální anorexii a mentální bulimii, jejich diagnostikou, projevy a důsledky. Další kapitola navazovala na léčbu poruch příjmu potravy, dále jak se projevují ve škole, jak se k takovému člověku máme chovat a končila prevencí poruch příjmu potravy. Následující kapitola se věnovala zdravému životnímu stylu. Zahrnuje body věnující se zdravé výživě, limitace kouření a alkoholu, pohybové aktivitě, spánku a v neposlední řadě psychohygieně. Celá teoretická část je podložena odbornou literaturou, ať už z oblastí lékařství nebo psychologie.

V rámci praktické části jsme prostřednictvím online dotazníku, s otevřenými i uzavřenými otázkami, obrátili na žáky středních škol napříč Českou republikou. Žáky středních škol jsme vybrali záměrně, z důvodu, že jsou nejohroženější věkovou skupinou, co se týká problematiky poruch příjmu potravy. Potvrzuje nám to zahraniční studie z roku 2022 Wszolek a kolektiv (2022). Zajímali jsme se, zda mají určitou povědomost, co se týká této problematiky. Informovaností, žáků středních škol a základních škol, o poruchách příjmu potravy pojednává i diplomová práce z roku 2009 (Ellingerová). Nás pouze zajímali výsledky týkající se žáků středních škol. V šetření se podařilo zjistit, že žáci nevědí, jak pracovat s BMI (Body mass index). Tudíž si nemohou vypočítat, zda se jejich váha pohybuje v normě či nikoliv. Také bylo zjištěno, že více než polovina dotazovaných není spokojena s vlastním tělem.

V dotazování jsme se také zaobírali tím, jaký mají žáci středních škol postoj k zdravému životnímu stylu, který je nezbytný v rámci rekonvalescence z poruch příjmu potravy. V jedné z otázek jsme se zajímali, jestli naši respondenti dodržují konkrétní a zdravé stravovací plány. Protože studie z Magazínu zdraví (2006) nám říká, že nezdravé stravovací návyky jsou u žáků středních škol zcela běžné. Dále jsme se zaměřili na pohybovou aktivitu mladistvých, konkrétně v jakých časových intervalech je uskutečňovaná. Neboť šetření diplomové práce z roku 2009 Smolková nám říká, že žáci středních škol se sportu věnují 1x až 3x týdně, což je pro zdravého jedince ideální stav. Na základě obou částí dotazníku vzniknul metodický materiál, který by měl pomoci v osvětě poruch příjmu potravy. Je součástí diplomové práce, příloha č. 2.

4.2 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE

V předchozích kapitolách jsme se věnovali konkrétním typům poruch příjmu potravy (mentální anorexií a mentální bulimií) a zabývali jsme se zdravým životním stylem. Cílem praktické části je poukázat na to, jak mladiství na středních školách nahlíží na poruchy příjmu potravy, a také jestli se věnují zdravému životnímu stylu či nikoliv. Pro dílčí cíle máme stanoveno, zda žáci vědí, jaké jsou konkrétní druhy poruch příjmu potravy, jestli se někdy setkali s někým, kdo trpěl nebo stále trpí konkrétní diagnostikovanou poruchou příjmu potravy. A zda by v případě problému věděli, kdo jim v případě problematiky poruch příjmu potravy může poskytnout pomoc. V oblasti zdravého životního stylu se budeme zajímat o to, jaké komponenty u mladistvých životní styl tvoří a zdali jej vůbec dodržují. Výsledkem praktické části by měl být námi vytvořený metodický materiál, který je uveden v příloze č. 2.

4.3 APLIKOVANÁ METODA

Pro výzkum jsme zvolili empirickou kvantitativní metodu, tedy dotazníkovou metodu, prostřednictvím online dotazníku v Google formulářích. Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá. Vlastnostmi dobrého dotazníku jsou validita a reliabilita. Reliabilita spočívá v tom, že dotazník zachycuje přesně a spolehlivě zkoumané jevy. Přičemž validitou se rozumí to, že připravený dotazník zjišťuje skutečně to, co má zjišťovat (Chrásková, 2007). Dotazník je zaměřený na současné žáky na středních školách a jejich povědomí o poruchách příjmu potravy a způsobu tvoření zdravého životního stylu. Dotazník jsme rozeslali celkem do 36 středních škol napříč Českou republikou. Celkem se nám vrátilo 340 odpovědí.

Dotazník je tvořený 18 otázkami, přičemž první tři otázky jsou zaměřené na základní informace a následující otázky se přímo věnují tématu poruch příjmu potravy a tvorbou zdravého životního stylu. Otázky 12, 15, a 18 jsou otevřené otázky, u ostatních respondenti vybírali z nabízených odpovědí. Brožura následně vznikla na základě odpovědí respondentů. Jsou v ní uvedené důležité informace týkající se problematiky poruch příjmu potravy. Jedná se o informace, jak by žáci mohli rozpoznat nemoc. Dále jaké máme druhy poruch příjmu potravy a nejdůležitější v brožuře je uvedená pomoc, na koho by se měli žáci obrátit v případě, že by se u nich nemoc objevila. Do brožury jsme zahrnuli i důležité kontakty, které by žákům mohli usnadnit boj s touto nemocí, v případě, že by se styděli svěřit někomu blízkému

či někomu ve škole. V brožuře je zahrnut i příklad prevence poruch příjmu potravy, tedy ukázka toho, co by žáci měli dodržovat, aby se s touto nemocí nemuseli potýkat.

4.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Všichni respondenti daného průzkumu museli splňovat jediné kritérium, a to, že jsou žáky střední školy. Dotazník jsme rozeslali do vybraných škol České republiky mezi výchovné poradce, metodiky prevence, školní speciální pedagogy a školní psychology. Záleželo vždy na dané škole, na koho má uvedený emailový kontakt na svých webových stránkách. Odpovědi respondenti zasílali v průběhu měsíce října 2021 až ledna 2022.

Otázka č. 1 – Pohlaví

Pohlaví	N	%
Žena	271	79,7
Muž	69	20,3
Celkem	340	100,0

Tab. č. 1 Pohlaví

Absolutní četnost je znázorněna N, přičemž relativní četnost je znázorněna %. N= 340

Otázka č. 2 – Věk

Celkově odpovídalo na dotazník 340 žáků středních škol ve věku od 15 let do 20 let.

Otázka č. 3 – Druh střední školy, na které žák studuje

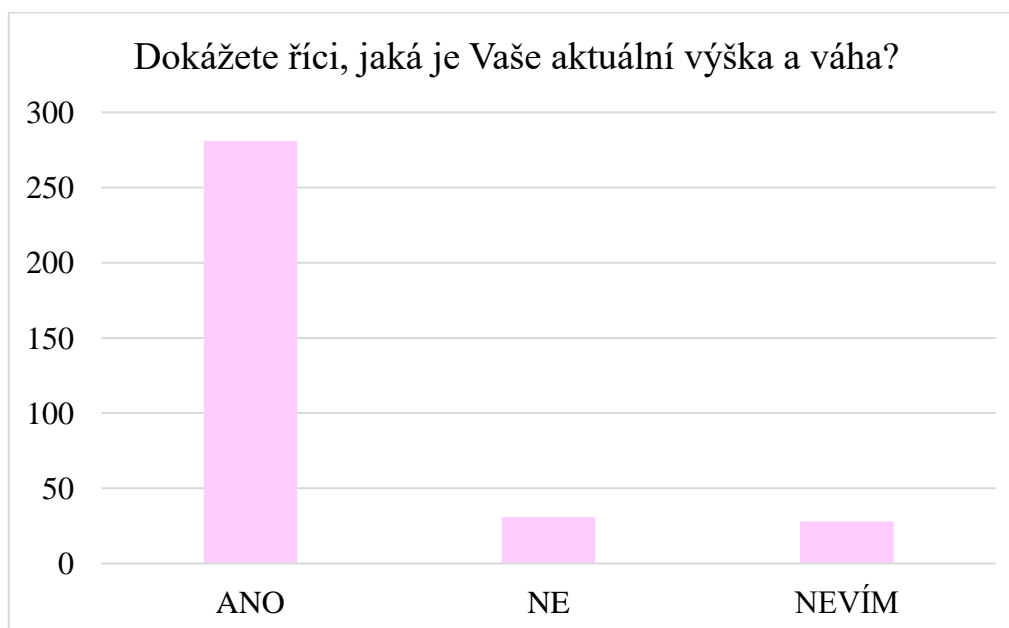
Střední škola	N
Gymnázium	3
Obchodní akademie	200
Střední odborná škola	97
Střední zdravotnická škola	14
Střední průmyslová škola	2
Ekonomické lyceum	11
Střední odborné učiliště	2
Střední škola knihovnická	2
Střední integrovaná škola	4
Soukromá střední škola Trading centre	5
Celkem	340

Tab. č. 2 Střední škola

Absolutní četnost je znázorněna N, přičemž relativní četnost je znázorněna %. N=340

4.5 VÝSLEDKY Z DOTAZNÍKOVÉ ČÁSTI

Otázka č. 4 a 5 – Dokážete říci, jaká je Vaše aktuální výška a váha? Máte určitou představu o tom, jaká by měla být Vaše tělesná hmotnost?

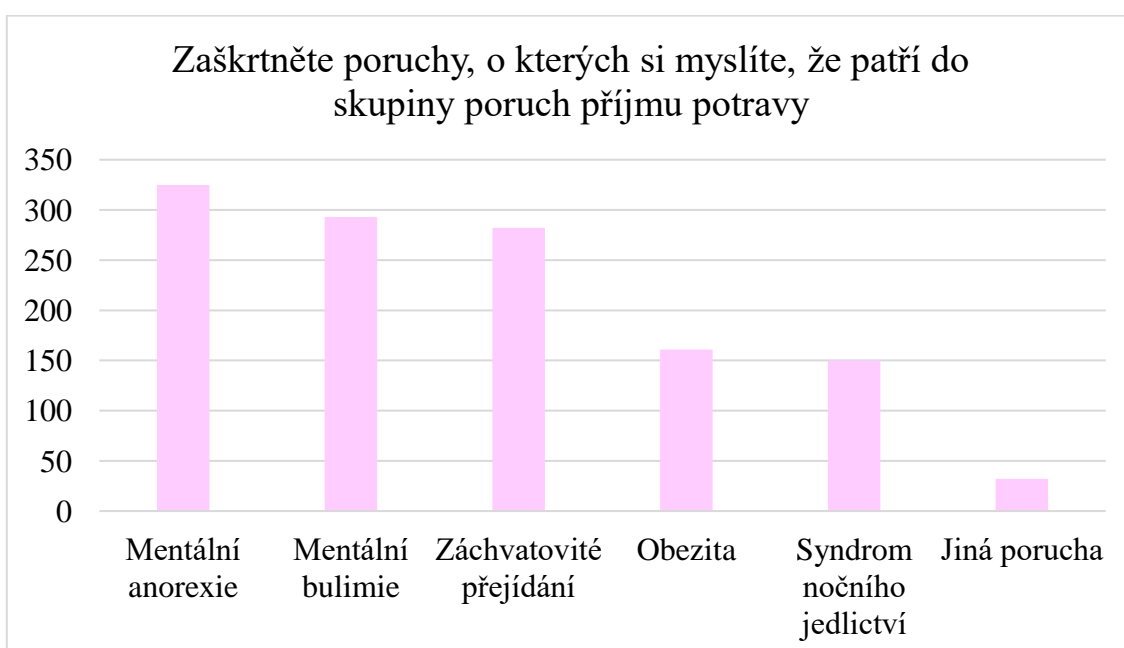


Graf č. 1 Aktuální výška a váha

Graf č. 1 nám říká, že ze 340 respondentů dokáže říci svoji aktuální výšku a váhu 281 studentů.

U otázky číslo 5, odpovídali respondenti, zda mají představu o tom, jaká by měla být jejich váha. A skutečně 300 studentů tuto představu má, přičemž dalších 40 na váze nejspíše tolik nezáleží. Znat svoji váhu je důležité například z důvodu měření BMI, není však zdravé lpět na vytoužených kilogramech a po každém jídle se vážit, váha a samotné vážení velice škodlivým způsobem může ovlivňovat naši psychiku.

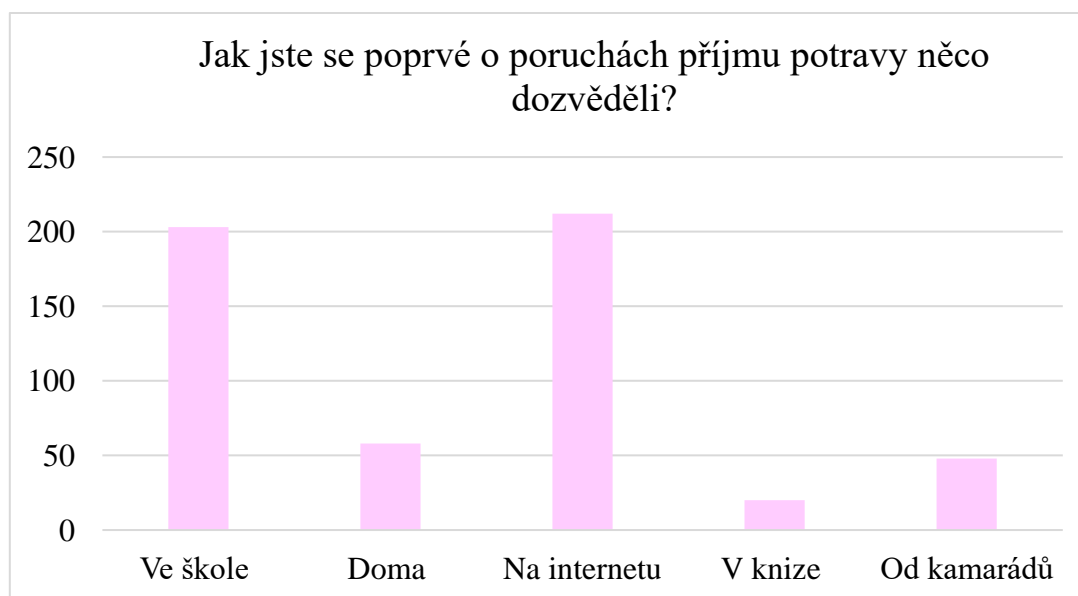
Otázka č. 6 – Zaškrtněte poruchy, o kterých si myslíte, že patří do skupiny poruch příjmu potravy



Graf č. 2 Výčet poruch příjmu potravy

Na otázku č. 6 neexistovala správná odpověď. Z výčtu poruch, které jsou uvedené v dotazníku, se totiž všechny řadí mezi poruchy příjmu potravy, ať už ty, které jsou více známe nebo ty novodobější. Nejvíce však studenti zaznamenávali odpovědi jako mentální anorexie a mentální bulimie, což je správné, protože tyto poruchy jsou nejvíce diskutované.

Otázka č. 7 – Jak jste se poprvé o poruchách příjmu potravy něco dozvěděli?



Graf č. 3 Zdroje informací

V dnešní online době nebylo velkým překvapením, že skutečnosti, týkající se poruch příjmu potravy studenti, vyhledávají nebo pouze objevují ve světě internetu. Co je však poněkud zarážející, že s pouze minimálním počtem respondentů je toto téma probíráno doma. Kromě nabízených odpovědí se objevily i další. Jednalo se o to, že se o poruchách příjmu potravy dozvěděli z kroužků, televize nebo filmu.

Otázka č. 8 – Převažují poruchy příjmu potravy spíše u:

Pohlaví	N	%
Žen	291	85,6
Mužů	2	0,6
Stejně u obou pohlaví	47	13,8
Celkem	340	100,0

Tab. č. 3 U koho převažují poruchy příjmu potravy

Absolutní četnost je znázorněna N, přičemž relativní četnost je znázorněna %. N= 340

Dle tabulky č. 3 můžeme konstatovat, že poruchy příjmu potravy převládají více u žen. Tuto odpověď máme již potvrzenou v teoretické části práce.

Otázka č. 9 – Označte, co mohou být podle Vás okolnosti, které vedou ke vzniku poruch příjmu potravy?

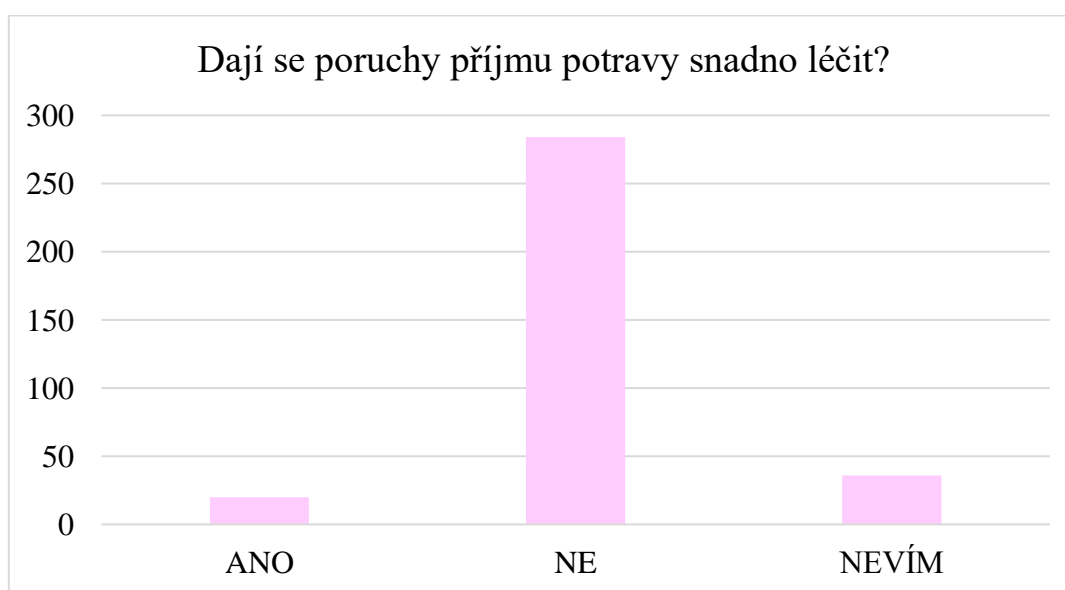
Okolnosti vzniku poruch příjmu potravy	N
Nespokojenost s vlastním tělem	330
Kluci si vybírají jen hubené	221
Nepotřeba jídla	47
Nadměrné užívání alkoholu	96
Psychické problémy	321
Vliv médií	266
Problémy v rodině	250
Jiná možnost	21

Tab. č. 4 Okolnosti vzniku poruch příjmu potravy

Absolutní četnost je znázorněna N.

Jak vidíme v tabulce č. 4 okolnosti vzniku poruch příjmu potravy mohou být různorodé. Respondenti však z nabízených možností nejvíce vybírali, že daný jedinec trpí psychickými problémy nebo je nespokojen s vlastním tělem. Kromě nabízených možností respondenti také uváděli, že jedince k poruchám příjmu potravy může vést i šikana, vrcholový sport nebo náboženství. Nejméně odpovědí se sešlo u okolnosti nepotřeba jídla k životu.

Otázka č. 10 a 11 – Dají se poruchy příjmu potravy snadno léčit? Setkali jste se ve Vašem okolí s někým, kdo má nebo měl poruchu příjmu potravy?



Graf č. 4 Léčení poruch příjmu potravy

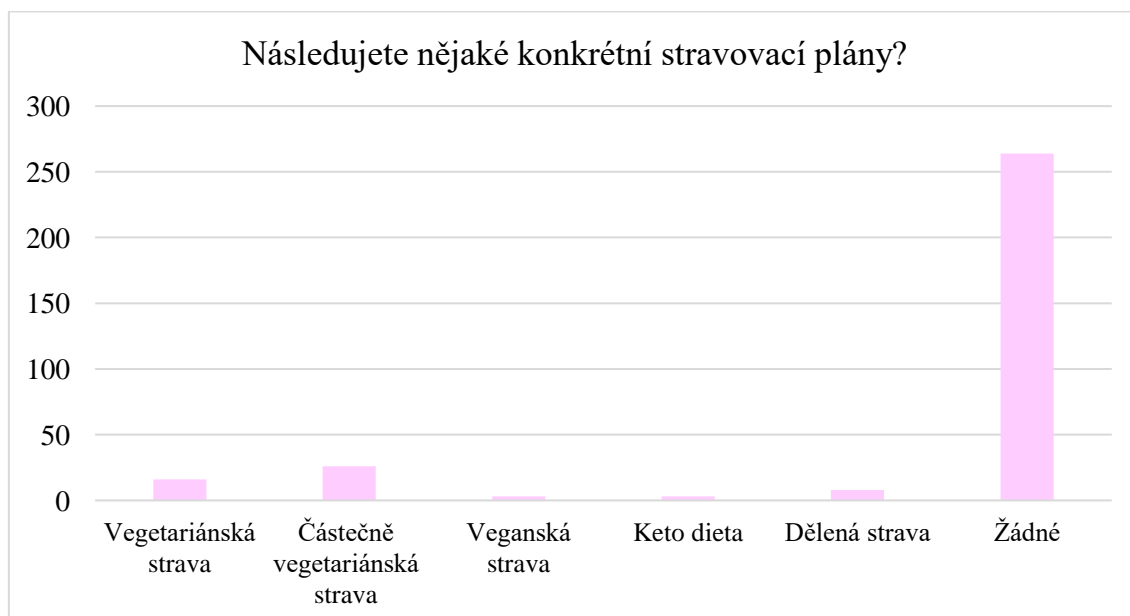
Jak jsme již zmínili v teoretické části práce, léčba poruch příjmu potravy není vůbec snadná. Vyžaduje spolupráci mnoha odborníků a také dostatek času, toto tvrzení ví i většina, tedy 284 respondentů, kteří odpověděli, že léčba není jednoduchá.

V další otázce (č. 11) pak odpovídali, jestli se sešli někdy ve svém okolí s osobou, o které ví, že měla poruchy příjmu potravy. Přičemž 64 % respondentů má tuto zkušenost, zbylých 36 % uznalo, že se s nikým takovým neseťkali.

Otázka č. 12 – Věděli byste na koho se obrátit v případě problému poruch příjmu potravy?

Otázka číslo 12 byla první z otevřených otázek dotazníku. Respondenti měli odpovědět na to, zda ví, na koho se obrátit, v případě, že by řešili problematiku poruch příjmu potravy. Odpovědi, které se nejvíce opakovali jsou, rodiče, sourozenec a přátelé. Ze školního okruhu, zde byli zmíněni třídní učitel a školní psycholog. Ze zdravotnictví se opakovali lékař a psychiatr. V neposlední řadě respondenti také zmiňovali výživovou poradkyni, poradenskou linku a centrum Anabell. Ze všech 340, které se mi podařilo získat, celých 18, 3 % vůbec netuší, na koho se obrátit.

Otázka č. 13 a 14 – Následujete nějaké konkrétní stravovací plány? Snažíte se dbát na zdravou výživu tím, že k běžné stravě přidáváte vitamíny či doplňky stravy?



Graf č. 5 Stravovací plány

U otázky číslo 13 respondenti zaznamenávali, zda dodržují nějaké stravovací plány. Grafické znázornění č. 5 nám ukazuje, že více než polovina odpovědí se shodla na tom,

že žádné nedodrží. V odpovědích se objevily i další stravovací plány, které nebyly uvedené v dotazníku a respondenti je mohli sami dopsat. Například, že z důvodu celiakie mají bezlepkovou dietu, z důvodu intolerance na mléko bezlaktózovou dietu, vrcholoví sportovci zase dodržují fitness nebo proteinovou dietu, objevila se také seafood dieta nebo histaminová dieta.

U další otázky č. 14, respondenti vybírali, zda do své stravy zařazují vitamíny či doplňky stravy. Celých 61,2 % odpovědí se shodlo na tom, že se tímto pokouší zlepšit svoji zdravou výživu, zbytek však nikoliv.

Otázka č. 15 – Víte, kolik hodin denně spíte?

U této otevřené otázky č. 15, přibylo snad nejvíce rozmanitých odpovědí. Dle z všech průměrovaných odpovědí dnešní středoškoláci spí v okolo 6-8 hodin denně. Délka spánku u respondentů je však ovlivněna tím, zda se připravují do školy, vstávají do školy nebo se jedná o víkend. Protože v době víkendu se doba spánku prodlužuje až na 9-10 spánku denně. V odpovědích se také objevil protikladný počet hodin, který jedincům stačí. Minimálně jsou to 3 hodiny denně a v opačném případě, tedy maximálně 12 hodin denně.

Otázka č. 16 – Kouříte nebo pijete alkohol ve volném čase?

Odpověď	N	%
Ano, často	20	5,88
Pouze, občas	164	48,24
Ne, nikdy	156	45,88
Celkem	340	100,0

Tab. č. 5 Kouření a alkohol

Absolutní četnost je znázorněna N, přičemž relativní četnost je znázorněna %. N= 340

Tabulka č. 5 ilustruje kolik studentů z řad středních škol kouří nebo pije alkohol.

Otázka č. 17 – Jak často se věnujete pohybovým aktivitám?

Pravidelnost	N	%
1x za týden	73	21,5
2x-3x za týden	204	60
1x za měsíc	4	1,2
Jen příležitostně	48	14,1
Nevěnuji	11	3,2
Celkem	340	100,0

Tab. č. 6 Pravidelnost pohybové aktivity

Absolutní četnost je znázorněna N, přičemž relativní četnost je znázorněna %. N= 340

V předposlední otázce dotazníku respondenti odpovídali, jak často se věnují pohybovým aktivitám. Nejčastěji se objevovala odpověď, že respondenti cvičí 2x-3x za týden. Nejméně odpovědí se sešlo u toho, že se věnují sportu pouze 1x za měsíc.

Otázka č. 18 – Jak by podle Vás měl vypadat ideální odpočinek (relaxace)?

Umění relaxovat je velmi důležité pro naše tělo, dokonce i mysl. Na tuto otázku se sešlo mnoho různých odpovědí. Zmíním zde však ty nejčastější. Nejvíce hlasů dostal spánek, sledování filmů či seriálů a procházka v přírodě. Dále se objevovali odpovědi jako teplá vana/sprcha, četba knih, poslech hudby se svíčkami, dovolená s wellness pobytem a masážími nebo čas strávený s rodinou a přáteli. 2,9 % odpovědí odpovídají tomu, že mladiství neumí nebo neví, jak odpočívat.

4.6 ZÁVĚR ŠETŘENÍ

Cílem praktické části bylo zjistit, jak se mladiství orientují v problematice poruch příjmu potravy a, jak vypadá jejich zdravotní styl. Návratnost dotazníků byla 340 odpovědí. Díky dotazníku se podařilo zjistit, že respondenti určitou povědomost mají.

Zajímalo nás, zda respondenti vědí, jaká je jejich výška a váha. Z důvodu výpočtu BMI, které predikuje obezitu a další zdravotního problému. Podařilo se nám potvrdit, že mezi nejznámější poruchy příjmu potravy, řadíme mentální anorexii a mentální bulimii. Respondenti mohli vybírat i z dalších jako záchvatovité přejídání, obezita a syndrom nočního jedlictví. Čímž se alespoň takhle mohli dozvědět o dalších poruchách, které k poruchám příjmu potravy řadíme. Největším překvapením byly odpovědi u otázky, jak se žáci poprvé o poruchách příjmu potravy dozvěděli. Nejčastěji zde byla zastoupena odpověď, že nejvíce informací se dozvídají na internetu. U nabídky odpovědi, že se o poruchách příjmu potravy dozvěděli v domácím prostředí se sešlo nízké procento odpovědí. Přičemž rodiče by měli být primárním zdrojem těchto informací. Poruchy příjmu potravy převažují spíše u žen, což nám potvrdil i náš průzkum. Nejčastějším důvodem, dle našich respondentů, mohou být nespokojenost s vlastním tělem, psychické problémy jedince, vliv médií nebo problémy v rodině. Tyto důvody nám již potvrzuje teoretická část práce, konkrétně kapitola rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy. Dále v teoretické části práce máme potvrzenou odpověď, že léčba poruch příjmu potravy není snadná a někdy dokonce i nemožná. U otevřené otázky, zda žáci vědí, na koho by se měli obrátit v případě problému poruch příjmu potravy se sešlo velké množství různorodých odpovědí. Nejčastěji to byli rodiče a přátelé. Dále ze školního okruhu, zde byli zmíněni třídní učitel a školní psycholog. Ze zdravotnictví se opakovali lékař a psychiatr.

Kromě poruch příjmu potravy zahrnovalo i naše šetření oblast zdravého životního stylu, který může působit jako prevence toho onemocnění. Zjistili jsme, že více než polovina respondentů nedodrží žádný stravovací plán, ale že se snaží obohacovat svoji stravu vitamíny a doplňky stravy. Kvalitní spánek je pro naše tělo důležitý. Dodává našemu tělu energii a lépe se díky němu soustředíme. Počet naspaných hodin se odvíjí vždy od konkrétního jedince. Nám se podařilo zjistit, že respondenti spí v průměru 6-8 hodin denně. V našem šetření jsme se zajímali, zda žáci kouří nebo pijí alkohol. A potvrdila se naše očekávání, které zní, že mladiství těmto špatným zlovykům stále holdují, i když jen v nízké míře. Pod pojmem zdravý životní styl si představujeme i pohybovou aktivitu, které se respondenti věnují několikrát za týden. Pouze 3,2 % respondentů se pohybu nevěnují vůbec. Závěrečná otázka

se týkala představě ideálního odpočinku neboli relaxace. Zde se opět sešlo mnoho různých odpovědí, nejčastějšími odpověďmi byli spánek, sledování filmu a procházka v přírodě.

4.7 DISKUZE

Pro praktickou část jsme zvolili empirickou metodu dotazníku. Dotazník měl předem dané otázky, přičemž u 15 otázek respondenti vybírali z nabízených odpovědí a zbylé tři byly otevřené otázky. Otázky se týkaly oblastí poruch příjmu potravy a zdravého životního stylu. Do dotazníkového šetření se zapojilo celkem 340 studentů z řad středních škol vybraných z celé České republiky.

Poruchy příjmu potravy se řadí mezi psychiatrická onemocnění. Na vzniku nemoci se podílejí genetické, biologické a sociální faktory. Studie Navrátilová a Kalendová (2019) říká, že onemocnění postihuje převážně ženy a dívky, a to 10krát až 20krát častěji než muže. Toto tvrzení se nám potvrdilo v praktické části práce, u otázky číslo 8. Zahraniční studie (Wszolek a kolektiv, 2022) se zmiňuje o tom, že průměrný věk, kdy k poruchám příjmu potravy dochází je 11-18 let. Kocourová a Koutek (2018) zmiňují, že nemocný jedinec si svoji nemoc neuvědomuje nebo nepřipouští.

Dotazníkové šetření nám potvrdilo, že léčba poruch příjmu potravy není jednoduchá. Článek Papežová (2017) uvádí, že konkrétně ambulantní léčba je ztížena, tím, že se jí neúčastní celý multidisciplinární tým. V psychiatrických ambulancích chybí odborníci v psychosomatické léčbě, specializované psychiatrické sestry, nutriční specialisté a specializovaní psychoterapeuti. Dále Papažová (2017) uvádí, že pokud by vznikla tato specializovaná ambulance snížilo by se riziko chronifikace. Léčba poruch příjmu potravy, jak uvádí v článku Koutek (2011), by měla být komplexní. Podstoupit by se měla hospitalizace nebo ambulantní léčba, dále by měla zahrnovat individuální nebo komplexní psychoterapii, také rodinnou terapii a v neposlední řadě také farmakoterapii. Tvrzení máme potvrzeno v teoretické části práce.

Dále jsme se v práci zabývali zdravým životním stylem, do které zařazujeme i zdravé stravování. V našem šetření jsme zjistili, že více než polovina dotazovaných nedodrhuje žádný stravovací plán. Zahraniční studie Rohde a kolektiv (2019) zmiňuje, že adolescenti mají naprosto nevyváženou stravu a nedodrhují denní příjem ovoce a zeleniny a také zanedbávají svůj pitný režim. Ze studie Voráčová a kolektiv (2015) vyplývá, že u mladistvých klesla konzumace slazených nápojů a sladkých potravin. Dále nám studie říká, že se nepatrně zvýšilo procento těch, kteří v průběhu týdne snídají.

Dalším nezastupitelným komponentem zdravého životního stylu je spánek. Článek Sovová a kolektiv (2012) uvádí, že kvalitní krátký spánek trvá 5-6 hodin a dlouhý kvalitní

spánek 8–9 hodin. Výrok máme potvrzen v praktické části práce. Studie Rubín a kolektiv (2018) nám říká, že pohybové aktivitě se věnují více dívky než chlapci v adolescentním věku. Snaží se plnit doporučený denní limit chůze, který dále doplňují o další cvičení o délce trvání 60 minut. Žáci středních škol jsou celkově více aktivnější ve školních dnech než o víkendu.

Alkohol do zdravého životního stylu nezařazujeme a spíše se mu snažíme vyhýbat. Jedná se o látku, na které se tvoří závislost. Jak uvádí diplomová práce Filipová (2012) někteří žáci, se začínají věnovat alkoholu už v 10. letech. Dále nám říká, že žáci středních škol se věnují pití alkoholu 1x-2x za měsíc, přičemž někteří jedinci berou pití alkoholu jako součást odpočinku. Spolu s alkoholem do zdravého životního stylu nepatří ani kouření. Studie Greplová (2013) uvádí, že ve skupině 16letých adolescentů denně kouří 25 % z celé populace. Jako důvody uvádějí kouření u rodičů a tabákovou reklamu. Mezi preventivní opatření kouření by mělo patřit zavedení vysoké ceny cigaret a zákaz kouření na veřejných místech. Neodmyslitelnou součástí zdravého životního stylu je i umění relaxace. Jak uvádí diplomová práce Langmannová (2015), tak žáci středních škol do relaxace zařazují spánek, pohybovou aktivitu, četbu knih, procházky do lesa nebo kino. S těmito odpověďmi se ztotožnil i náš průzkum, v poslední otázce dotazníku.

4.8 DOPORUČENÍ DO PRAXE

Zjištěné poznatky z dotazníku jsou důležité nejen pro odborníky zabývající se problematikou poruch příjmu potravy, ale také pro rodiče, pedagogy a další okolí. Je důležité se v dané problematice orientovat, znát konkrétní projevy nemocí a jejich možné negativní důsledky. Okolí by mělo být schopné rozpoznat změny v chování a stravování daného jedince, aby se mohlo předejít vzniku poruchy příjmu potravy. Je nutné znát projevy daných nemocí a včas zareagovat. Pro lepší orientaci v problematice vzniknul metodický materiál, který má usnadnit pochopení daného problému a zároveň i pomoci těm, kteří už s tímto problémem bojují.

Jak vyplynulo z našeho šetření, tak se problematice poruch příjmu potravy rodiče moc nevěnují. Respondenti si informace o onemocnění zjišťují sami na internetu, kde jsou obvykle nepravdivé informace. Bylo by tedy vhodné, kdyby se o nemoci a jejím průběhu a následcích zajímali i rodiče či zákonní zástupci dítěte. Měli by se orientovat i v tom, jak jejich dítě tráví volný čas, protože, v té době dítě experimentuje se svým tělem a přemýšlí, co všechno by se na něm mohlo změnit. Jak nám průzkum ukázal, celých 18,3 % žáků středních škol neví, na koho by se v případě onemocnění, měli obrátit. Z tohoto důvodu doporučujeme nejlépe všem pedagogům, kterým se naše metodická brožura dostane do rukou, aby ji měli stále vyvěšenou na dobře viditelném místě, kde si žáci bezpečně a v klidu mohou přečíst uvedené kontakty na pomoc. Nemusí se však jednat pouze o poruchy příjmu potravy, ale i tematiku šikany, problémech doma, prospěchových problémech či další závažných problémech, které by se měly urgentně řešit. Bylo by vhodné o těchto věcech s žáky i ve škole více mluvit, aby se nebáli říct si o pomoc.

4.9 LIMITY

Jedním z limitů u praktické části práce bylo sehnání kontaktů na dané školy. Jak jsme již zmiňovali, oslovení byli pouze výchovní poradci, metodici prevence, školní speciální pedagogové, popřípadě školní psychologové, prostřednictvím emailu. Ne však všechny střední školy uvádí kontakty na své pedagogické pracovníky. Velkým limitem práce byl i nezájem ze strany školních poradenských pracovišť, někteří ani nereagovali na daný email. Rozhodli jsme se však, že metodický materiál bude zaslán všem školám, které byly na začátku šetření osloveni. Emailovou cestu jsme volili záměrně. A to z důvodu nákladnosti tisku dotazníku a z důvodu onemocnění Covid-19.

Další limit, který jsme objevili u praktické části práce, byl dotazník samotný. U otázek s výběrem z více možností, nezastoupíte všechny odpovědi, které by byly možné. Dalším problémem dotazníku jsou i otevřené otázky. I když jsme v dotazníku uvedli pouze 3 otevřené otázky, tak u těchto otázek je vždy složité je vyhodnotit. Jedná se o to, že pokud se sejde opravdu větší množství odpovědí je důležité zaměřit se na ty odpovědi, které jsou podstatné a nejvíce se opakují. Dále vyhodnocování zabere více času, než jste si s dotazníkem plánovali.

Jedním z limitů teoretické části práce je, že při výběru tématu, jsme si vůbec neuvědomili, že budeme pracovat s odbornou lékařskou literaturou. A jelikož jsem studentem oboru speciální pedagogiky, limitace spočívala v náročnosti vysvětlení řady odborných termínů.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo rozšířit povědomost o poruchách příjmu potravy a zdravém životním stylu u žáků středních škol České republiky.

V teoretické části práce se věnujeme konkrétním poruchám poruchy příjmu potravy (mentální anorexii a mentální bulimii). Nastínili jsme jejich diagnostiku, rizikové předpoklady, projevy i nebezpečné důsledky těchto nemocí. Kromě již zmíněných poruch jsme kapitoly doplnili o novodobé poruchy příjmu potravy, které nejsou až tak známé. Dále jsme se věnovali léčbě poruch příjmu potravy, také jsme zmínili, jak poznáme člověka, který trpí touto nemocí. Snažili jsme se i podat pohled na poruchy příjmu potravy ve škole a věnovali jsme se i prevenci této nemoci. V další části práce jsme se zabírali tématy zdravého životního stylu, jeho konkrétními komponenty, jako zdravé výživě, spánku či pohybu. Teoretická část je podložena odbornou literaturou.

Na teoretickou část navazuje praktická část, která byla zaměřena na konkrétní poznatky, týkající se žáků středních škol o problematice poruch příjmu potravy a zdravého životního stylu. Vytvořili jsme dotazník, který jsme následně distribuovali prostřednictvím online platformy do škol. Dle výsledků z šetření se potvrdilo, že žáci určitou povědomost o problematice poruch příjmu potravy a zdravého životního stylu mají. Přičemž jsou zde oblasti, které potřebují posílit. Jedná se především o otázku číslo sedm, kdy se žáci o této problematice dozvěděli na internetu a doma se o této nemoci spíše nediskutují. Jako velmi přínosnou otázku bereme otázku číslo 12. Dotazovali jsme se v ní, na koho by se žáci obrátili, kdyby se u nich objevil problém nemoci poruchy příjmu potravy. Zde se objevilo velké množství různých odpovědí např. třídní učitel, rodič, kamarád nebo psycholog. Bylo příjemné zjistit, že žáci by věděli, na koho se mají obrátit a nebáli by se o problému mluvit. U zdravého životního stylu jsme se zajímali o stravovací návyky, doplňky stravy, počet naspaných hodin a představu ideální relaxace. Z výsledků šetření vzniknul metodický materiál o poruchách příjmu potravy a zdravém životním stylu, který je především určen pro žáky středních škol.

Věříme, že tato diplomová práce bude přínosem nejen pro učitele, ale i pro celá školní poradenská pracoviště, díky metodickému materiálu, který jsme vytvořili. Také jsme přesvědčeni, že jsme poukázali na nebezpečnost poruch příjmu potravy a doufáme, že se počet diagnostikovaných pacientů s touto nemocí bude snižovat.

SEZNAM ZDROJŮ

1. ADAMOVÁ, Daniela (2020). [online] *Jak a kdy se naučit umění říkat ne?* [cit. 14.2.2022]. Dostupné z: <https://zijuspesne.cz/jak-a-kdy-se-naucit-umeni-rikat-ne/>
2. AKUTÁLNĚ (2013). [online] *Drogy*. [cit. 3.4.2022]. Dostupné z: <https://www.aktualne.cz/wiki/domaci/drogy/r~i:wiki:3548/>
3. Anabell (nedat.). *Centrum Anabell*. [online] [cit. 25.1.2022]. Dostupné z <http://www.anabell.cz/>
4. Anabell (2009). [online] *Poruchy příjmu potravy...a co s tím*. [cit. 2.2. 2022]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404371651_plakat_rodice.pdf?fbclid=IwAR1ifaiib8GprHnbljUkIgwxya0rX4qTFvJT4sAw-Wdk1-fTU-QOBSsHODk
5. AYERS, Susan a Richard DE VISSER (2015). *Psychologie v medicíně*. 1. vyd. Přeložila Helena Hartlová. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
6. BÁRTLOVÁ, Sylva (2003). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-391-0.
7. BERNACIKOVÁ, Martina, Jan CACEK, Lenka DOVRTĚLOVÁ, et al. (2020). *Regenerace a výživa ve sportu*. 3., doplněné vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9725-4.
8. CAHA, Jan (2021). *Sám sobě výživovým poradcem*. 1. vyd., v Brně: CPress. ISBN 978-80-264-3618-8.
9. CENKOVÁ, Tamara a Monika LANGROVÁ (2010). *Jak přežít pubertu svých dětí*. 1.vyd. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2913-8.
10. CLARK, Nancy (2020). *Sportovní výživa: stravovací plán, potravinové doplňky, strava před výkonem i po něm, specifické výživové potřeby, hubnutí bez hladovění, recepty*. 4. vydání. Přeložil René Souček, přeložila Monika Součková. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1030-8.
11. COOPER, Peter J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. 1. vyd. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.
12. CORKHILL, Melissa (2019). *Přírodní léčení*. 1. vyd. Přeložila Hana Škapová. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-2571-7.
13. ČELEDOVÁ, Libuše a ČVELA Rostislav (2010). *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
14. České noviny (2021). [online]. *V ČR vzrůstá počet lidí s poruchami příjmu potravy*. [cit. 3.2.2022]. Dostupné z: https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/v-cr-vzrusta-pocet-lidi-s-poruchami-prijmu-potravy/2066808?fbclid=IwAR13s-S3Y_zVmit7dWn4e79SfIf4FiHNSYIx99rnhJiU-UJr5W2_14tRlt0

29. GROSSHAUSER, Mareike (2015). *Sportovní výživa pro vegetariány a vegany*. 1. vyd. Přeložil Lucie Frolíková. Praha: Grada Publishing. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-247-5527-4.
30. HAMPLOVÁ, Lidmila (2020). *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5562-5.
31. HAUNEROVÁ, Klára (2019). *Méně mít, více žít: najděte si vlastní cestu k minimalismu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2562-3.
32. HEDEPY [online]. *Jak může psychoterapie pomoci s poruchami příjmu potravy?* [cit. 29.3.2022] Dostupné z: <https://hedepy.cz/temata/porucha-prijmu-potravy/>
33. HLAVATÝ, Petr (2018). [online]. *Jak vypočítat denní optimální příjem kalorií?* [cit. 30.3.2022] Dostupné z: https://www.vimcojim.cz/magazin/clanky/o-zdravi/Jak-vypocitat-denni-optimalni-prijem-kalorii__s10012x11111.html
34. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
35. HRONEK, Miloslav (2013). *Praktická cvičení z morfologie a fyziologie pro posluchače Farmaceutické fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2293-4.
36. CHRPOVÁ, Diana (2010). *S výživou zdravě po celý rok*. 1. vyd. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2512-3.
37. JAFFA Tony, MCDERMOTT Brett (2007). *Eating disorders in children and adolescents*. 1. vyd. USA: Cambridge University Press, New York. ISBN – 13: 978-0-521-61312-4. (*vlastní překlad*)
38. JAROLÍMEK, Petr (2015). [online]. *Psychoterapie bez vzdělání?* [cit. 8.2.2022]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/psychoterapie-bez-vzdelani/>
39. JIRCHÁŘOVÁ, Šárka (2020). [online] *Zdravé stravování: Proověřené zásady, poměr živin a další tipy* [cit. 30.3.2022] Dostupné z: <https://www.bezhladoveni.cz/zdrave-stravovani/>
40. KALVACH, Zdeněk (2004). *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
41. KAPOUNOVÁ, Gabriela (2020). *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.
42. KASPER, Heinrich (2015). *Výživa v medicíně a dietetika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.
43. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ (2014). *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.
44. KLÍMA, Jiří. (2016) *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
45. KLIMEŠOVÁ, Iva. (2015) *Základy sportovní výživy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4833-6.

46. KOCOuroVÁ, Jana, PAPEŽOVÁ Hana, KOUTEK Jiří (2014). [online]. *Prevence poruch příjmu potravy v adolescenci*. [cit. 3.2.2022]. Dostupné z: https://karolinum.cz/data/clanek/4574/AUC-Sociologie-214_06_Kocourkova.pdf?fbclid=IwAR1Awx4vQzcVvEdKo6BWSfr4OGIM4wbinY13AGuUg1kg7cAfzcRYMIs0Nfo
47. KOCOuroVÁ J., KOUTEK J. (2018) [online] *Mentální anorexie s raným začátkem diagnostika a terapie* [cit. 30.3.2022] Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=asn&AN=133731036&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>
48. KOUTEK, Jiří (2011). [online] *Poruchy příjmu potravy*. Cesko-Slovenska Pediatrie, s. 243-248. [cit. 30.3.2022] Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=asn&AN=67362207&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>
49. KOŠUTOVÁ, M. Kateřina (2020). [online]. *Velký přehled diet: které jsou zdravé a jakým se vyhnout obloukem?* [cit. 30.3.2022] Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/velky-prehled-diet-ktere-jsou-zdrave-a-jakym-se-obloukem-vyhnout/#h210-0>
50. KRAMER Freid Gerri, GOLDEN N. Robert, PETERSON L. Fred, KANE William, KITTLESON J. Mark (2009). *The truth about eating disorders*, 2. vyd. USA: Infobase Publishing, ISBN -13: 978-0-8160-7633-8. (vlastní překlad)
51. KRCH, František (2004). [online]. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory*. [cit. 4.2.2022]. Přehledné články. Psychiatrická klinika VFN, Praha. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-2004010004_Poruchy_prijmu_potravy-rizikove_faktory.php?fbclid=IwAR2TOCOyRU6xjOd11XpTktjnhnpMRsV700Q2YtG_Ub_X-wAaQ4-ELDsGvLE
52. KRCH, František David (2008). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
53. KRCH, František David (2010). *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.
54. KRCH, František David (2005). *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-x.
55. KRCH, František David (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.
56. KUKLA, Lubomír (2016). *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
57. KUNOVÁ, Václava (2011). *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-3433-0.
58. LANGMANNOVÁ, Pavlína (2015). [online] *Hygiena ve vyučovacím procesu, formy a způsoby odpočinku žáků na střední škole*. [cit. 5.4.2022]. Brno, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Diplomová práce, vedoucí práce Ing. Jan Děcký. Dostupné z: <https://theses.cz/id/xm29oh/>
59. LÁTALOVÁ, Klára, Dana KONČELÍKOVÁ a Ján PRAŠKO (2015). *Suicidialita u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.

60. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK (2010). *Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2764-6.
61. MAGAZÍN ZDRAVÍ (2006). [online]. *Mnozí středoškoláci trpí poruchou příjmu potravy*. [cit. 30.3.2022] Dostupné z: <https://www.magazinzdravi.cz/mnozi-stredoskolaci-trpi-poruchou-prijmu-po>
62. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ (2015). *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024753515.
63. MANRESA, Maritza (2011). *Learning How to Say No When You Usually Say Yes Everything You Need to Know Explained Simply*. 1. vyd. Atlantic Publishing Group. ISBN 1601383843. (vlastní překlad)
64. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
65. MCGREGOR, Renee (2019). *Ortorexie: posedlost zdravou stravou*. 1. vyd. Přeložila Dana Balatková. Praha: Dobrovský. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-968-0.
66. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28). (2010). Příloha 3. [online]. [cit. 3.2.2022]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny?fbclid=IwAR3sCDMIaMeiT6-u_N1SzO3HPj4hxPiboT8XAH-eg_4b9oCKMroREDnPaRY
67. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. (2018). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.
68. MLÝNKOVÁ, Jana (2017). *Pečovatelsví 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost, 2. doplněné vydání*. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9915-0.
69. MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR (2007). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. 1. vyd. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-218-8.
70. MURRAY Robin, HILL Peter, McGuffin Peter (1997). *The essentials of postgraduate psychiatry*, 3. vyd. Cambridge University Press. ISBN 0 521 57801 9. (vlastní překlad)
71. NAVRÁTILOVÁ M., KALEDOVÁ M. (2019). [online] *Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie, nejzávažnější somatické a metabolické komplikace. Způsoby realimentace Shrnutí 30leté praxe z metabolického pohledu internisty*. [cit. 27.3.2022] Dostupné z: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=df6cc9d2-e08d-41ec-b0b0-215dcbfd4aa6%40redis>
72. NUTRIVITA (2019). [online] *Rozdělení jídla během dne*. [cit. 30.3.2022] Dostupné z: <https://www.nutrivita.cz/rozdeleni-jidla-behem-dne-2/>
73. NOVÁKOVÁ, Iva (2012). *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3708-9.

74. NÜRNBERGER, Elke (2011). *Jak získat vnitřní klid a rovnováhu*. 1. vyd. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3904-5.
75. NZIP – Národní zdravotnický informační portál (nedat.). [online]. *Poruchy příjmu potravy, co to je?* [cit. 3.2.2022]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/699-poruchy-prijmu-potravy-zakladni-informace?fbclid=IwAR0Ymo-x1Tn1dmSC0K-Iq0Z1EJFK_GYTbUecfJxxV_wHH4EgYpJhcr5btbY
76. NZIP – Národní zdravotnický informační portál (nedat.). [online]. *Poruchy příjmu potravy: jak rozpoznat příznaky?* [29.3.2022]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/700-poruchy-prijmu-potravy-jak-rozpoznat-priznaky>
77. PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ (2012). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. ISBN 978-80-87258-98-9.
78. PAPEŽOVÁ, Hana, ed. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
79. PAPEŽOVÁ, Hana (2017). [online] *Úvodník – Patří poruchy příjmu potravy do reformy psychiatrické péče?* [cit. 27.3.2022] Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=asn&AN=123271795&authtype=shib&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>
80. PAPEŽOVÁ, Hana (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
81. PASTUCHA, Dalibor (2011). *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4065-2.
82. PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ (2020). *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. 1. vyd. Brno: Host. ISBN 978-80-275-0389-6.
83. PATOČKA, Jiří (2007). [online] *Těkávé látky – podceňované drogy*. [cit. 3.4.2022] Dostupné z: <http://toxicology.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=100>
84. PIPOVÁ, Helena, Martin DOLEJŠ, Jaroslava SUCHÁ, Markéta KOSTKOVÁ a Anna UREŠOVÁ (2021). *Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století*. 1. vyd. Praha: Togga ve spolupráci s Univerzitou Palackého v Olomouci, 2021. ISBN 978-80-7476-217-8.
85. PÍŤHA, Jan a Rudolf POLEDNE (2009). *Zdravá výživa pro každý den*. 1. vyd. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2488-1.
86. PLEVOVÁ, Ilona (2011). *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
87. Prevcentrum, Alkohol. [online]. *Alkohol*. [cit. 2.2.2022]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/alkohol/>

88. Primární prevence (2013). [online]. *Poruchy příjmu potravy*. [cit. 2.2.2022]. Dostupné z:https://primarni-prevence.webnode.cz/poruchy-prijmu-potravy/?fbclid=IwAR1_aVHzjPPjYnjyf1JiZWRFOGiqWtZ0e8oMTGkj7vOho2J5j1EKQIJk0
89. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.
90. RAMOS, Amy (2019). *Kompletná keto diéta pre začiatovníkov*. 1. vyd. Lindeni. ISBN 978-80-566-1378-8.
91. RHODA, Anna, DUENSING Anja, DAWCZYNSKI, Christine, GODEMANN, Jasmin, LORKOWSKI, Stefan, BROMACH, Christine (2019). [online] *An App to Improve Eating Habits of Adolescents and Young Adults (Challenge to Go): Systematic Development of a Theory-Based and Target Group-Adapted Mobile App Intervention* [cit. 5.4.2022] Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edo&AN=138653023&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593> (vlastní překlad)
92. ROBERTS, Annalise G. a Claudia PILLOW (2013). *Život bez lepku – kuchařka pro pevné zdraví: jak si pochutnat a zároveň posílit svůj imunitní systém a neutralizovat zánět*. 1. vyd. [Olomouc]: ANAG. ISBN 978-80-7263-804-8.
93. ROBERTSON, Robin (2014). *Vegan Planet*. 1. vyd. USA. ISBN 978-1-55832-831-0. (vlastní překlad)
94. ROKYTA, Richard (2015). *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4867-2.
95. RUBÍN, Lukáš a kolektiv (2018). [online] *Pohybová aktivita a tělesná zdatnost českých adolescentů v kontextu zastavěného prostředí*. [cit. 5.4.2022] Dostupné z: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=nlebk&AN=2503864&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593&ebv=EB&ppid=pp_1
96. SASÍNEK, Evi (2021). [online]. *Relaxace – víte, jak na ni?* [cit. 8.2.2022]. Dostupné z: <https://terap.io/blog/prakticke-tipy/relaxace>
97. SEKOT, Aleš (2015). *Pohybové aktivity pohledem sociologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7918-2.
98. SHARMA, Sangita (2018). *Klinická výživa a dietologie: v kostce*. 1. vyd. Přeložila Hana Pospíšilová. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0228-0.
99. SLIMÁKOVÁ, Margit (2021). *Osobní receptář pro zdraví a pohodu: jak zvládat chutě na sladkosti, nechuť k pohybu, stres v práci a povinnosti doma, prevenci nemoci a léčbu stravou, kariéru, kritiky i stárnutí*. 1. vyd. Ilustroval Remi PAVLOVSKÁ. V Brně: BizBooks. ISBN 978-80-265-1035-2.
100. SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK, ed. (2011). *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-210-5418-9.
101. SOVINOVÁ, Hana (2007). [online]. *Drogy*. [cit. 3.4.2022] Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/drogy>

102. SOVOVÁ, Eliška, SOVA, Milan, HOBZOVÁ, Milada, KOLEK, Vítězslav (2012). [online]. *Spánek jako důležitá součást našeho denního rytmu*. [cit. 3.4.2022] Dostupné z: <https://e-coretvasa.cz/pdfs/cor/2012/05/15.pdf>
103. STACKEOVÁ, Daniela (2013). *Fitness manuál pro ženy: cvičení ve fitness centru*. 1. vyd. Praha: Grada. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-247-4437-7.
104. STRUMIA, Renata (2013). *Eating disorders and the skin*. 1. vyd. Springer Heidelberg New York Dordrecht London. ISBN 978-3-642-29136-4.
105. SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2395-2.
106. Šance dětem, F. D. Krch. (2021). [online]. *Poruchy příjmu potravy u dětí a dospělých*. [cit. 2.2.2022]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/poruchy-prijmu-potravy-u-deti-dospivajicich?fbclid=IwAR1xswbhsnLP9WJiH0ePaSHdO8jLzd8a3SmBHy5qokUJFLFHDxxnIWzB3k#dusledky-a-nebezpeci>
107. TÓTHOVÁ, Valérie, Ivana CHLOUBOVÁ a Radka PROKEŠOVÁ, ed. (2019). *Význam ošetřovatelství v preventivní kardiologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2197-7.
108. TŮMOVÁ M. Veronika (2020). [online]. *Zdravý životní styl nejde ruku v ruce se závislostmi*. [cit. 3.4.2022]. Dostupné z: <https://zdravy-zivot.zdrave.cz/zdravy-zivotni-styl-nejde-ruku-v-ruce-se-zavislostmi/>
109. Tým rehabilitace.info (2017). [online]. *Mýty o BMI (indexu tělesné hmotnosti) – čemu věřit a čemu ne?* [cit. 21.12.2021]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravotni/myty-o-bmi-indexu-telesne-hmotnosti-cemu-verit-a-cemu-ne/>
110. Tým rehabilitace.info (2019). [online]. *TOP 10 relaxačních technik ke snížení stresu a navození lepší nálady*. [cit. 8.2.2022]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/relaxace/top-10-relaxacnich-technik-ke-snizeni-stresu-a-navozeni-lepsi-nalady/>
111. VÁGNEROVÁ, Marie (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
112. VIDEDECK, L. Sheila (2010). *Psychiatric Mental Health Nursing*, 5. vyd. ISBN 9780323020114 (vlastní překlad)
113. Vitalia. cz (2015). *Průvodce dietami: jak zhubnout rozumně*. 1. vyd. Internet Info. ISBN 999-00-015-7444-4
114. VÍTEK, Libor (2008). *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vyd. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2247-4.
115. VOLFOVÁ, Kristýna (2021). *Strašák jménem jídlo: zaměřeno na strach z jídla a na přístup k vlastnímu já*. 1. vyd. V Praze: Pointa. ISBN 978-80-7650-132-4.
116. VOLLMER, Joachim Bernd (2016). *Zdravá střeva, zdravý život: chraňte si centrum svého zdraví*. 1. vyd. Přeložila Štěpánka SYROVÁ. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0061-3.
117. VORÁČOVÁ, Jaroslava, SIGMUND, Erik a SIGMUNDOVÁ, Dagmar (2015). [online] *Trendy ve výživě*. [cit. 6.4.2022] Dostupné z:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=s3h&AN=111670172&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>

118. VRÁNOVÁ, Dagmar (2013). *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vyd. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-788-1.
119. WEISS, Petr (2010). *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.
120. WSZOLEK a kolektiv (2022). [online] *Assessment of the frequency of hormonal disorders of the gonads and bone mineral density among women treated for anorexia nervosa in adolescence*, [cit. 1.4.2022] Dostupné z:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=35112559&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>
(vlastní překlad)
121. ZACHAROVÁ, Eva (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
122. ZELENKA, Jaroslav (2015). *Nečekaný lék*. 1. vyd. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0813-0.
123. ZOBACHOVÁ, Kateřina (2021). [online]. *Nutriční terapeut vs. výživový poradce. Kdo je kdo a kde je najít?* [cit. 4.2.2022]. Dostupné z: <https://aktin.cz/nutricni-terapeut-vs-vyzivovy-poradce-kdo-je-kdo-a-kde-je-najit>

Seznam zkratek

č. – číslo

tab. – tabulka

str. – strana

obr. - obrázek

vyd. – vydání

roz. – rozšířené

dopl. – doplněné

přeproc. - přepracované

aktualiz. – aktualizované

nedat. – nedatováno

Seznam tabulek, grafů a ilustrací

Tabulky:

Tab. č. 1 – Pohlaví

Tab. č. 2 – Střední škola

Tab. č. 3 – U koho převažují poruchy příjmu potravy

Tab. č. 4 – Okolnosti vzniku poruch příjmu potravy

Tab. č. 5 – Kouření a alkohol

Tab. č. 6 – Pravidelnost pohybové aktivity

Grafy:

Graf č. 1– Aktuální výška a váha

Graf č. 2 – Výčet poruch příjmu potravy

Graf č. 3 – Zdroje informací

Graf č. 4 – Léčení poruch příjmu potravy

Graf č. 5 – Stravovací plány

Ilustrace:

Obr. č. 1 - BMI

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Brožura

Příloha č. 1 – Dotazník

1) Pohlaví

- Žena
- Muž

2) Věk:

3) Studuji na:

- Gymnáziu
- Obchodní akademii
- Střední zdravotnické škole
- Střední pedagogické škole
- Střední odborné škole
- Střední umělecké škole
- Střední průmyslové škole
- Středním odborném učilišti
- Jiná:

4) Dokážete říci, jaká je Vaše aktuální výška a váha?

- Ano
- Ne
- Nevím

5) Máte určitou představu o tom, jaká by měla být Vaše tělesná hmotnost?

- Ano
- Ne

6) Zaškrtněte poruchy, o kterých si myslíte, že patří do skupiny poruch příjmu potravy:

- Mentální anorexie
- Mentální bulimie
- Záchvatovité přejídání
- Obezita
- Syndrom nočního jedlictví
- Jiná porucha:

7) Jak jste se poprvé o poruchách příjmu potravy něco dozvěděli?

- Ve škole
- Doma
- Na internetu
- V knize
- Od kamarádů
- Jiná

8) Převažují poruchy příjmu potravy spíše u:

- Žen
- Mužů
- U obou pohlaví stejně

9) Označte, co mohou být podle Vás okolnosti, které vedou ke vzniku poruch příjmu potravy?

- Nespokojenost s vlastním tělem
- Kluci/holky si vybírají jen hubené holky/kluky
- Nepotřeba jídla k životu
- Nadměrné užívání alkoholu a drog
- Psychické problémy
- Vliv médií (nabídka diet a redukčních programů)
- Problémy v rodině
- Jiná

10) Dají se poruchy příjmu potravy snadno léčit?

- Ano
- Ne
- Nevím

11) Setkali jste se ve Vašem okolí s někým, kdo má nebo měl poruchu příjmu potravy?

- Ano, setkal/a
- Ne, nesetkal/a

12) Věděli byste na koho se obrátit v případě problému poruch příjmu potravy?

Stručná odpověď:

13) Následujete nějaké konkrétní stravovací plány?

- Vegetariánská strava
- Částečně vegetariánská strava (pouze ryby a kuřecí maso)
- Veganská strava
- Keto dieta
- Dělená strava
- Žádné
- Jiná:

14) Snažíte se dbát na zdravou výživu tím, že k běžné stravě přidáváte vitamíny či doplňky stravy?

- Ano
- Ne

15) Víte, kolik hodin denně spíte?

Stručná odpověď:

16) Kouříte nebo pijete alkohol ve volném čase?

- Ano, často
- Pouze, občas
- Ne, nikdy

17) Jak často se věnujete pohybovým aktivitám?

- 1x za týden
- 2x-3x za týden
- 1x za měsíc
- Jen příležitostně
- Nevěnuji se pohybovým aktivitám

18) Jak by podle Vás měl vypadat ideální odpočinek (relaxace)?

Stručná odpověď:

Příloha č. 2 – Brožura

Anonymní pomoc

Linka důvěry pro děti
Tel.: 241 484 149, 777 715 215
Email: problem@dittekrize.cz

Linka Anabell – poruchy příjmu potravy
Tel.: 774 467 293

Linka bezpečí pro děti a mládež do 26 let
Tel.: 116 111
Email: pomoc@linkabezpeci.cz

Vytvořila: Bc. Lucie Krivánková,
cenné rady poskytla Mgr. Eva
Urbanovská, Ph.D.

Studijní obor: Speciální pedagogika
– poradenství 2020/2022 UPOL

Odkazy – obrázky:

<https://www.kindpng.com/imgv/jmTxJL-confidence-drawing-anorexia-eating-disorder-clip-art-hd/>
https://www.freepik.com/prerium-vector/sad-young-woman-eating-donuts-concept-binge-eating-disorder-food-addiction-overeating-mental-illness-behavioral-problem-psychiatric-condition-flat-cartoon-colorful-vector-illustration_20081389.htm

Pomoc:
<https://www.dittekrize.cz/>
<https://www.linkabezpeci.cz/sluzby/napis-nam/>
<http://www.anabell.cz/cz/nabuzime/linka-anabell>

*Je váha tvůj nepřítel?
Slycháš kritiku
na své tělo?*

**POŘUCHY
PŘÍJMU
POTRAVY**

*Zkoušíš stále nové diety?
Toužíš po změně?
Nelíbíš se sám/sama sobě?*

Co jsou poruchy příjmu potravy?



Mezi známé poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Dalšími novodobými poruchami jsou pak obezita, noční ledičtví nebo záchvatovitě přejídání. Nebezpečí, která mohou přerůst v poruchu příjmu potravy jsou i nadměrné cvičení, lpení na zdravé stravě, požívání věcí, což nejsou k jídlu a také zvýšenou konzumaci alkoholu.

„Neporovnávej se s ostatními, každý člověk je originál.“

Na koho se obrátit v případě problému?

Pokud jsi v situaci, ze které si nevíš rady, tak na zadní straně najdeš kontakty na anonymní pomoc. Odborník ti poskytne cenné rady a zaplatíš pouze cenu hovoru u svého mobilního operátora. Dobré je se také svěřit rodině nebo svým kamarádům. Veškolopak s problémem může pomoci učitel, výchovný poradce, metodik prevence nebo ti mohou doporučit odborného specialistu (psychiatra). Důležité je o problému mluvit a postavit se mu.



Zdravý životní styl je správná cesta

Patří sem:

- Zdravá výživa,
- pohybová aktivita,
- spánek (min. 8 hodin denně),
- omezení alkoholu,
- žádné kouření,
- správné zvládnání stresu,
- naučit se říkat NE,
- čas s rodinou, přáteli,
- a v neposlední řadě... naučit se mít rád své **VLASTNÍ TĚLO!**

Začínají naprosto nevinně...

Obvykle začínají, tak že chceš jen pár kilo shodit. Časem se hubnutí stane tvojí posedlostí, nemáš čas na kamarády a zanedbáváš své zájmy. Nevnímáš zdravotní ani psychologické problémy. Dokonce si ani neuvědomuješ, že problém máš a okoli nevěříš. Přitom už v těchto chvílích se u TEBE může objevit jedna z poruch příjmu potravy. Jedná se o nebezpečnou nemoc, ze které není lehká cesta ven.

ANOTACE

Název závěrečné práce:	Poruchy příjmu potravy a tvorba zdravého životního stylu očima mladistvých
Název závěrečné práce v angličtině:	Eating disorders and the creation of a healthy lifestyle through the eyes of adolescents
Anotace závěrečné práce:	<p>Diplomová práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy a tvorby zdravého životního stylu, je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol, první kapitola, je věnovaná úvodu a poruchách příjmu potravy a konkrétních druzích. Druhá kapitola se zabývá konkrétněji zabývá mentální anorexií a mentální bulimií. Třetí kapitola je věnována léčbě a prevenci poruch příjmu potravy. Ve čtvrté kapitole se zabývá tím, jak by měl vypadat zdravý životní styl (jeho konkrétními komponenty).</p> <p>Praktická část je o tom, jakou mají žáci středních škol povědomost o poruchách příjmu potravy a jak podle nich vypadá zdravý životní styl. Výstupem je metodický materiál.</p>
Klíčová slova:	Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, projevy, příznaky, léčba, prevence, zdravý životní styl, zdravá strava, spánek, pohybová aktivita, relaxace, omezení kouření a alkoholu
Anotace práce v angličtině:	The diploma thesis deals with the issue of eating disorders and the creation of a healthy lifestyle, it is divided into theoretical and practical part. The theoretical part consists of four chapters, the first chapter is devoted to the introduction and eating disorders and specific species. The second chapter deals more specifically with anorexia nervosa and bulimia nervosa. The third chapter is devoted to the treatment and prevention of eating disorders. In the fourth chapter, we deal with what a healthy lifestyle should look like (its specific components).

	The practical part is about how high school students are aware of eating disorders and what they think a healthy lifestyle looks like. The output is methodical material..
Klíčová slova v angličtině:	Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Manifestations, Symptoms, Treatment, Prevention, Healthy Lifestyle, Healthy Eating, Sleep, Physical Activity, Relaxation, Smoking and Alcohol Restrictions
Přílohy vázané v práci:	<p><i>Tabulky:</i> Tab. č. 1 – Pohlaví Tab. č. 2 – Střední škola Tab. č. 3 – U koho převažují poruchy příjmu potravy Tab. č. 4 – Okolnosti vzniku poruch příjmu potravy Tab. č. 5 – Kouření a alkohol Tab. č. 6 – Pravidelnost pohybové aktivity</p> <p><i>Grafy:</i> Graf č. 1- Aktuální výška a váha Graf č. 2 – Výčet poruch příjmu potravy Graf č. 3 – Zdroje informací Graf č. 4 – Léčení poruch příjmu potravy Graf č. 5 – Stravovací plány</p> <p><i>Ilustrace:</i> Obr. č. 1 – BMI</p> <p>Příloha č. 1 – Dotazník Příloha č. 2 – Metodický materiál</p>
Rozsah práce:	59 str.
Jazyk práce:	čeština