

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

Bakalářská práce

2011

Veronika ROHÁČKOVÁ

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

**Jídelní postoje studentek vysokých škol se sportovním zaměřením
v České republice, Finsku a Španělsku**

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Veronika Roháčková, ATV

Vedoucí práce: Mgr. Michal Šafář, PhD.

Olomouc 2011

Jméno a příjmení autora: Veronika Roháčková

Název diplomové práce: Poruchy příjmu potravy

Pracoviště: Katedra aplikované tělesné výchovy

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Michal Šafář, PhD.

Rok obhajoby diplomové práce: 2011

Abstrakt: Bakalářská práce je zaměřena na problematiku poruch příjmu potravy. První část, teoretická, poukazuje na objasnění základních pojmů v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Druhá část, praktická, nám pomocí dotazníků umožňuje zjistit možný výskyt dietního chování u dotazovaných studentek vysokých škol sportovních z České republiky, Finska a Španělska, které se stále aktivně věnují sportu. Celá práce je psána s akcentem na sport, možnou příčinu poruch potravy.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, anorexie nervosa, bulimie nervosa, sport, remise.

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Veronika Roháčková

Title of the bachelor thesis: Dining attitudes of students at the sport-oriented universities in the Czech Republic, Finland and Spain

Department: Department of applicative physical education

Supervisor: Mgr. Michal Šafář, PhD.

The year of presentation: 2011

Abstract: Bachelor thesis is focused on eating disorders. The first part, theoretical, points to the clarification of basic terms related to eating disorders. The second part, practical, using questionnaires allows us to detect possible presence of dietary behaviour among students surveyed university sport in the Czech Republic, Finland and Spain, which are still actively engaged in sport. The whole work is written with an emphasis on sports, a possible cause of failure of food.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimy, sport, remise.

I agree the thesis paper to be lent within the library services.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Michala Šafáře PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne.....

Děkuji Mgr. Michalovi Šafářovi PhD. za čas věnovaný úpravám této práce, za rady, metodickou pomoc a doporučení literatury ohledně daného tématu.

Obsah:

Úvod.....	9
1. 1 Přehled poznatků.....	11
1.1. Poruchy příjmu potravy.....	11
1.1.1. Mentální anorexie.....	12
1.1.2. Mentální bulimie.....	14
1.1.3. Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy.....	15
1.1.4. Ruminace a pika.....	16
1.1.5. Mentální anorexie a bulimie u dětí.....	16
1.1.6. Dějiny mentální anorexie.....	18
1.1.7. Dějiny mentální bulimie.....	18
1.1.8. Experimentální hladovění.....	19
1.2. Příčiny poruch příjmu potravy.....	19
1.2.1. Vztah české populace k vlastnímu tělu.....	20
1.2.2. Ideál krásy, BMI.....	20
1.2.3. Mýtus dokonalého těla.....	23
1.2.4. Sport, možná příčina poruch příjmu potravy.....	23
1.2.5. Štíhlost ve sportu.....	25
1.2.6. Sport a poruchy příjmu potravy.....	27
1.2.7. Remise, úzdrava.....	27
2. Cíle práce.....	29
2.1. Dílčí cíle a úkoly práce.....	29
3. Metodika a výzkumná část.....	30
3.1. Charakteristika zkoumaného souboru.....	30
3.2. Metodika diagnostiky poruch příjmu potravy.....	31
3.3. Metody vyhodnocení.....	31
4. Výsledky výzkumu.....	32
4.1. Interpretace výsledků.....	35
4.2. Shrnutí výsledků.....	38
4.3. Názor na problematiku.....	38

5. Závěr.....	40
6. Souhrn.....	41
7. Summary.....	42
8. Referenční seznam.....	43
9. Přílohy.....	46

Úvod

Chceš znát mé pocity?

Jistě víš, že tě miluju, z celého svého srdce ti vyznávám lásku..

Chci být jen s tebou, tak mi podej ruku..

Vyrvu ti ji z těla, budu se dívat, jak trpíš, budu plakat za své city, které k tobě chovám..

A až budeš umírat, budu se ze srdce usmívat a užívat si tvých nářků – dělají mne šťastným..

Chci, abys mi věřila, abys mne milovala, protože jen tak ti můžu způsobit tu největší bolest..

Pojď a neboj se, sic budeš trpět pro mé potěšení, ale budeš trpět naposled..

Potom půjdu za tebou..

Anorexie je v přesném významu onemocnění odkazující ke ztrátě chuti. U pacientek s mentální anorexií nejde o pravou ztrátu chuti, de facto nikdy ne zpočátku onemocnění. Jde o boj s chutí a hladem a nacházení potěšení ve schopnosti kontrolovat se, ovládnout se a samozřejmě zhubnout (Kocourková, 1997).

Podobně jako pojem anorexie, má i termín bulimie svou rozsáhlou vlastní historii. Podle Plutarcha pojem bolimos značil zlého démona a původně měl znamenat velký hlad (pou limos = polys limos). Pozdější filologové však tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad), čímž popisuje velký hlad, při kterém by člověk dokázal sníst celého vola.

1. Přehled poznatků

Od kolébky do hrobu, neboli mnoho významných, sociálních a potěšujících aktivit v lidském životě je zaměřeno na jídlo a pití. Jídlo a pití není jen jednoduchou cestu, jak ukojit hlad a žízeň, ale zahrnuje také sociální aktivity bohaté na symboly morální a kulturní hodnoty. Diety, životní styl a sociální organizace během evolučního vývoje vyprodukovaly směs užitečných efektů na zdraví. Preference a návyky v jídle jsou ovlivněny komplexem interakce procesů zahrnujících podmínky, návyky a kulturu (Marks, Murray, Evans, Willig, 2000).

Mentální anorexie neboli obecně poruchy příjmu potravy představují závažné primárně duševní onemocnění zahrnující změny v oblasti jak psychické, tak somatické. Jde o nemoc patřící do období posledního půlstoletí, která bývá zařazena mezi tzv. civilizační choroby. Postihuje především mladé dívky a ženy. Rozeznáváme dvě formy onemocnění, a to formu restriktérskou, tedy mentální anorexii, a formu bulimickou, mentální bulimii. Oběma typům je pak společné to, že dívky s tímto onemocněním touží zůstat extrémně štíhlé a je nutno počítat s faktem, že obě formy mohou přecházet jedna v druhou (Hort a kol., 2000).

Hort dále popisuje, že velmi častý je takový průběh, kdy onemocnění začne jako mentální anorexie a později přejde do fáze mentální bulimie. V takových případech někteří autoři hovoří o takzvané bulimarexii.

Sebevraždou skončí asi 1% pacientů.

1.1. Poruchy příjmu potravy

Jak bylo již řečeno, mentální anorexie patří společně s bulimií mezi takzvané poruchy příjmu potravy, kdy i přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si obě poruchy velmi podobné a úzce spolu souvisí. Je pro ně příznačné intenzivní úsilí o dosažení nepřiměřené štíhlosti spojené s omezením energetického příjmu a zvýšením energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale ze všech sil se snaží zhubnout, nebo alespoň nepřibírat (Krch, 2010).

„Dieta je stále větším počtem žen zaměňována za normální jídelní režim a jen málokterá dívka má reálnou představu o tom, kolik by měla vážit“ (Krch, 2002, 52).

1.1.1. Mentální anorexie

„Mentální anorexie je porucha charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění. U některých nemocných je možné pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí“ (Krch, 2002, 23).

Dle Krcha (2010) lze diagnostická kritéria mentální anorexie (dále MA) shrnout do tří základních bodů:

1. Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% běžné tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI).
2. Strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost, doprovázeno vyhýbáním se jídlům, „po kterých se tloustne“ a užíváním jednoho nebo více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik či nadměrná cvičení.
3. U žen porucha nebo dokonce ztráta menstruace v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky.

Hort popisuje mentální anorexii jako psychosomatické onemocnění, které se závažným způsobem promítá do tělesného stavu a tedy i psychiky daného jedince. V popředí je omezení jakéhokoliv druhu výživy se všemi důsledky. Bývá přítomna kachexie, dosahující až pod BMI 12. Somatické příznaky také bývají prvními symptomy, které vyvolají pozornost rodiče.

Pokud pacientka splňuje kritéria anorexie (rozhodující je zejména vyhublost) a současně opakovaně zvrací nebo užívá projímadla, pak jde o takzvaný bulimický typ mentální anorexie (Krch, 2010).

Onemocnění se objevuje nejčastěji v období puberty nebo v adolescenci, často poté, co se objeví sekundární pohlavní znaky, jako je například růst prsů, boků. V jisté chvíli dojde dívka k názoru, že je příliš silná a začne držet dietu. Dietní opatření se stávají stále drastičtějšími, pacientka jí méně, zpočátku omezuje sladkosti, postupně omezuje i další běžná jídla, v některých případech i příjem tekutin. Často jsou změny v jídelních návycích racionalizovány a odůvodňovány snahou po takzvané zdravé výživě. Oblíbené je v tomto případě vegetariánství a makrobiotika. Často během toho nemocná používá dalších metod k redukci váhy, jako je zneužívání anorektik, laxantií a diuretik. O nadměrném cvičení, které má až nutkavý charakter, nemluvě. Postupná redukce hmotnosti může vést již ke zmiňované kachexii (Koutek, 2000).

Koutek dále píše, že pacientky mají i přes extrémní vyhublost utkvělou představu, že jsou stále velmi silné. Pocit hladu a chuti k jídlu postupně zcela vymizí, jen v málo případech musí dívky pocity hladu dále překonávat. Nápadné je také ustavičné zabývání se jídlem, kdy pacientky velmi rády vaří, samozřejmě jen pro ostatní, a současně sbírají recepty.

V dalším průběhu nemoci dochází v rámci odmítání jídla ke konfliktům v rodině, kdy se rodiče snaží dceru do jídla nutit. Ta to klasicky odmítá a brání se nejrůznějšími způsoby. Častá je manipulace s jídlem, jeho schovávání nebo následné vyvolávání zvracení. Vztahy v rodině se tak logicky sekundárně dramaticky zhoršují. Postup onemocnění je spojen se změnami psychickými, bývá přítomen depresivní syndrom, ztráta zájmu o okolí kromě školního výkonu, a zvýšená dráždivost nemocné osoby.

U mentální anorexie prakticky nikdy nejde o klinické nechutenství, ale spíše o přemáhání hladu a redukci příjmu potravy ve snaze snížit vlastní tělesnou hmotnost.

U chlapců je výskyt mentální anorexie a mentální bulimie popisován zatím jen zřídka. Obvykle se uvádí 10% výskytu mentální anorexie u chlapců oproti dívkám.

Specifická psychopatologie spojená s chorobným strachem z tloušťky a patologickým jídelním stylem, který má vést ke snížení tělesné váhy, prakticky chlapce a dívky neodlišuje (Kocourková, 1997).

1.1.2. Mentální bulimie

Mentální bulimie, syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení, avšak s přetrvávající touhou zůstat štíhlou, vedou pacientku k pocitům viny a následné snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou vyvolání zvracení. Zajímavé je, že nemocná osoba si na rozdíl od mentální anorexie uvědomuje chorobnost svých příznaků a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení (Koutek, 2000).

Koutek dále uvádí, že pro celkovou diagnózu mentální bulimie je zapotřebí, aby byla přítomna všechna následující diagnostická kritéria:

1. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle spojená s epizodami přejídání a konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
2. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, střídavými obdobími hladovění, užívání léků, jako jsou anorektika, tyreoidní preparáty či diuretika nebo zneužíváním laxativ. Když se bulimie vyskytne u diabetických pacientů, může dojít paradoxně i k úmyslnému zanedbání inzulinové léčby.
3. Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si stanoví přesně vymezený váhový práh, který je o mnoho nižší než optimální váha. Často, avšak 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 nebo mít jen mírné skryté formy s přiměřenou ztrátou váhy nebo přechodnou fází amenorey.

Koutek dále líčí, že pro mentální bulimii jsou charakteristické záchvaty „vlčího“ hladu, při nichž je postižený schopen sníst najednou obrovské porce jídla. Energetická hodnota jednorázového příjmu potravy může začít na 5-10 000 kcal (20-40 000 kJ) a za celý den může dosáhnout až 50 000 kcal (asi 210 000 kJ). Pacientka sní tedy vesměs vše, co je v lednici k dispozici pro celou rodinu. Jde prakticky mnohdy o velmi neobvyklé kombinace jídel. Typicky následují výrazné pocity viny, kdy si dívky vyčítají, že opět selhaly, že budou silné a mají depresivní prožitky. Pocity viny posléze řeší tím, že si vyvolají zvracení a požitou stravu

vyzvrací. Nejběžněji se zvracení vyvoláváno prsty, někdy nějakým předmětem, například kuchyňskými přístroji. Zvracení může být i spontánním, a to pak pacientky zvrací i několikrát denně, aniž by si to vědomě přály. Postupně se rozvine typický kruh, na jehož počátku je náhlý záchvat hladu s přejedením, to je následováno pocity viny, které vedou ke zvracení, pocitem opětovného selhání a po určité době fází nového přejedení. Tento cyklus se může během dne opakovat i vícekrát.

1.1.3. Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

S rostoucím výskytem poruch příjmu potravy přibývají dokonce netypické pacientky, které nemusí splňovat všechna diagnostická kritéria. I tyto nevyhraněné nebo atypické případy s sebou však nesou závažné psychické a tedy i zdravotní potíže. V některých případech dochází k plnému rozvoji všech příznaků (Krch 2010).

V rámci atypické mentální anorexie hovoří Koutek o poklesu váhy pod BMI 17,5 nebo méně. Pokles hmotnosti může někdy nasednout na nechutenství v souvislosti se somatickým onemocněním, například angínou, která je určitým poklesem hmotnosti často doprovázena (Koutek, 2000).

Koutek zdůrazňuje, že velkou skupinou je také problematika subklinických forem mentální anorexie. Nemocné dívky vykazují sice problémy v několika nebo ve všech parametrech diagnostických kritérií, avšak intenzita příznaků není tak výrazná. Jde zpravidla o dívky s hraničním BMI, které se často zabývají váhou a jídlem, pocítují strach z tloušťky a obvykle praktikují nejružnější dietní opatření. Krch a Drápková našli u 7,4% adolescentních dívek narušené postoje k jídlu a tedy i ke svému tělu. Tyto dívky většinou nevyhledávají léčbu, avšak postupně mohou jejich příznaky dosáhnout klinické podoby.

1.1.4. Ruminace a Pika

Koutek (2000) ruminaci popisuje jako poruchu příjmu jídla spojenou s opakovanou regurgitací, neboli návratem nestrávené potravy do úst bez nauzey a dávení. Se symptomem ruminace se lze nejčastěji setkat zejména v útlém věku, u kojenců, ale také ve věku batolecím a pozdějším. Porucha se vyskytuje relativně zřídka a obvykle se objevuje v rámci mentální retardace. Podmínkou diagnózy musí být nepřítomnost organického onemocnění gastrointestinálního traktu. V rámci poruchy může typicky dojít k poklesu či stagnaci hmotnosti. Rizikovým faktorem pro vznik a udržení poruchy může být prenatální a perinatální poškození dítěte. Nezřídka matky takto postižených dětí vykazují příznaky duševní poruchy. Léčba ruminace musí být centrována jak na dítě, tak tedy i na matku.

Krech hovoří o ruminaci jako o vracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání.

Jako pika je označováno onemocnění, při němž dochází k požívání nestravitelných látek, které nejsou jinak k jídlu určeny. Může se jednat o hlínu, barviva, různé odpadky, písek, vlasy, papír, textilie. Je stejně jako ruminace spojena s raným věkem dítěte a obvykle i s nízkou socio-kulturní úrovní rodiny. Do dospělosti může přetrvávat zejména u mentálně retardovaných v ústavní péči. Pika se může vyskytnout v rámci širší psychiatrické poruchy, jako je například infantilní autismus, mentální retardace. Může se ale objevit také jako izolovaný příznak. Dítě může tímto způsobem reagovat na rozvrat manželství rodičů, týrání. V rámci léčby je opět podstatná jak psychoterapie dítěte, tak i práce s rodiči (Koutek, 2000).

1.1.5. Mentální anorexie a bulimie u dětí

Poruchy příjmu potravy se prakticky nejčastěji vyskytují u adolescentních dívek a mladých žen. Mohou se však objevit i v dětství a počátku dospívání, tedy v období, které vykazuje velkou citlivost na vývojové změny. Ačkoliv se mentální anorexie a mentální bulimie v tomto věku objevuje velmi zřídka, porucha příjmu potravy zde působí destruktivně na biologické, psychologické i sociální vlivy v období dospívání. Porucha bývá obtížněji identifikována mimo jiné také proto, že děti svoje důvody k omezování příjmu potravy

uvádějí v jiných termínech, popírají je nebo si stěžují na nechutenství či různé somatické obtíže spojené s jídlem (Koutek, 2000).

Kritéria mentální anorexie vztahující se k somatickým změnám nejsou pro dětský věk zcela použitelná. Koutek zdůrazňuje kritéria Nicholse a Laska, která nejsou totožná s klasifikací pro dospělé:

1. Úmyslný úbytek hmotnosti (vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání projímadel).
2. Nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se váhy nebo postavy.
3. Chorobné zabývání se hmotností či postavou.

Koutek dále popisuje, že emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu byla popsána jako porucha ležící na hranici mentální anorexie a emoční poruchy v dětství. Není přítomno nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy, neboť dítě se těmito tématy chorobně nezabývá. Při této poruše bývají dětmi uváděny různé důvody, proč nejí, například strach, že jim bude špatně, strach z nákazy, obava ze zadušení nebo pozvracení. Uváděny bývají také bolesti břicha po požití jídla. Přestávají přijímat potravu a ve výsledku mohou být z hlediska somatických následků ohroženy stejně jako děti s typickou mentální anorexií.

Dle Krcha (2002) je možné mimo mentální anorexiu se u dětí setkat s celou řadou dalších jídelních poruch a problémů. Na prvním místě to bývá ztráta chuti k jídlu v souvislosti s nějakým zdravotním problémem, s depresí, s úzkostí, ale také ve spojitosti s nevhodnými jídelními návyky dítěte a celé jeho rodiny. Jestliže má dítě možnost jíst jen tehdy, kdy má na něco chuť ono samo, a výběr jídla záleží čistě na něm, pak dříve nebo později začne odmítat některá běžná jídla a bude upřednostňovat své oblíbené mlsky.

Stejně tak jako u starších pacientů, ani u dětí není příliš produktivní pátrat po „hlavní příčině“ onemocnění. Mnohem důležitější je zbavit rodiče pocitu provinění za problém dítěte a přimět je ke vzájemné spolupráci a spojení v boji s anorexií (Krch, 2002).

Hospitalizace je u dětí do čtrnácti let doporučována v následujících případech:

1. Váhový úbytek více než 25% optimální tělesné váhy.
2. Dehydratace.
3. Znamky oběhového selhávání (pomalý tep, nízký krevní tlak).
4. Přetrvávající zvracení nebo zvracení krve.
5. Těžká deprese a sebevražedná chování.

1.1.6. Dějiny mentální anorexie

V průběhu dějin patřilo odmítání potravy k řadám ochromujících somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Extrémní dodržování půstu patřilo původně k sebe-trestajícím nebo asketickým praktikám mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo samotné dlouhodobé odmítání jídla spíše úvahy o nadpřirozených silách nebo o vlivu ďábla (Krch, 1999).

Krch dále informuje, že moderní historie pojmu anorexie nervosa se datuje teprve od sedmdesátých let devatenáctého století. Odmítání jídla patřilo k běžným průvodním symptomům dávno známých jevů – hysterie, zamilovanost, mánie, melancholie, demence.

Přesto, že mentální anorexie byla přesně popsána ve druhé polovině devatenáctého století významnými lékařskými kapacitami, ještě dlouho jí nebyla věnována, dnes již nezbytná, pozornost. Avšak v posledních desetiletích se ze vzácné a málo známé klinické entity stala „módní“ porucha, kterou veřejnost sleduje s patřičně velkým zaujetím.

1.1.7. Dějiny mentální bulimie

Dějiny přejídání jsou stejně staré jako historie odmítání jídla a nenasytné hltání bylo bezpochyby časté zejména mezi privilegovanou a elitní společností. Různé významy, rozličná vysvětlení termínu bulimie přetrvaly z dob antiky až do začátku moderní doby. V osmnáctém století se umělo rozlišit až sedm druhů bulimie. Až poměrně nedávno získala specifická forma bulimie status široce uznávané psychiatrické diagnózy. V roce 1979 byl poprvé vymezen termín bulimia nervosa, značící „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem ze ztloustnutí“ a vyhýbáním se „ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální tělesnou hmotností (Krch, 1999).

1.1.8. Experimentální hladovění

Důvody, proč hladovět a nejíst, mohou být různé, někomu jde o snížení nadváhy, jinému o zlepšení svého tělesného vzhledu (o tělesnou krásu). Potravu přijímáme, abychom mohli žít, ale žít znamená mimo jiné pohybovat se. Stále většímu množství lidí je vztah mezi tělesným pohybem a příjmem potravy zřejmý. Projevuje se to též ve statistických údajích o tom, kolik lidí se snaží řídit svou tělesnou váhu záměrně regulovaným tělesným cvičením jakéhokoliv druhu (Křivohlavý, 2001).

U poruch příjmu potravy jídlo patologicky jídlo budí odpor nebo fobii navozujícím bolestivým podnětem (Papežová, 2010).

Následkem hladovky lze pozorovat dramatické psychické, tělesné a sociální změny, kdy hlavním a nevyhnutelným následkem je až neúměrný zájem o jídlo. Jídlo a vše, co s ním souvisí, se pak typicky stává nejdůležitějším tématem. Proto je třeba si uvědomit, že mnoho z toho, co postižený během nemoci vnímá a cítí, je jen důsledkem jeho hladovění a že ve fázi závažné vyhublosti by nepochybně každý reagoval podobně (Krch, 2002).

1.2. Příčiny poruch příjmu potravy

Nejčastějším spouštěcím faktorem je nespokojenost s vlastním tělem v období puberty. Počátek těchto stravovacích poruch bývá spojován s různými životními stresy, např. vstupem na novou školu, nedostatkem nezávislosti nebo s obtížným rodinným prostředím. K těmto poruchám jsou, ve srovnání s běžnou populací, často náchylnější sportovkyně, a to především ve sportech, kde nízká hmotnost a málo tuku je považováno za výhodu, např. u gymnastek, baletek a běžkyň na dlouhé trati (<http://www.icm.cz/poruchy-prijmu-potravy-charakteristika>).

Až dvě třetiny anorektiček dávají vznik poruchy do spojitosti s nějakou životní událostí. Nejčastěji uvádí různé nárážky týkající se jejich tělesného vzhledu, životní změny nebo problémy v rodině (Krch, 2010).

Fakt, že poruchy příjmu potravy se v rodinách anorektiček vyskytují až pětikrát častěji než v běžné populaci, vedla některé autory k názoru, že příčina problému může být v rodině nemocných. Doposud ale nebylo potvrzeno, že by existovala nějaká typická anorektická rodina. Na druhé straně se lze v rodinách pacientek s poruchami příjmu potravy mnohem

častěji setkat s dietami, obezitou, posedlostí zdravou výživou nebo s alkoholismem a s depresemi. Nebezpečné také může být, pokud jsou rodiče příliš orientováni na výkon a mají sklon k postojům jako: „Musíš za každou cenu“ nebo „Stačí zatnout zuby“ (Krch, 2002).

1.2.1. Vztah české populace k vlastnímu tělu

Člověk je pokládán, a sám sebe tedy pokládá, za nejdokonalejšího živočicha. Podstatným znakem dokonalosti je krása a estetický vzhled. Dokonalost se vždy vyznačuje nejvyšší možnou estetickou úrovní (Hodaň, 2000).

Četné studie nám dokazují, že obecně přijímáme „stereotyp pozitivní fyzické atraktivity“. V důsledku tohoto stereotypu jsme přesvědčeni, že fyzická atraktivita je spojená s úspěšností v životě i v zaměstnání, s inteligencí, oblíbeností. Zkrátka, že atraktivní osoba je nositelem celé řady pozitivních vlastností, zatímco negativní interpretace jiného stereotypu diktuje spíše představu o nepříznivých osobnostních kvalitách, jako je tomu v případě obézních jedinců, kterým jsou přisuzovány pohodlnost, lenost a dokonce i nižší inteligence. Kusák (2005) uzavírá, že psychologické charakteristiky asociované s naším tělem působí jako stigmata, která dávají svému nositeli punc jisté výlučnosti, což pro osobu viděnou v negativních polohách musí být nepochybně osobně i společensky hendikepující.

1.2.2. Ideál krásy, BMI

Být fyzicky atraktivní bylo vždy velmi žádoucí. Fyzická atraktivita se tak stává podmínkou, diktátem, často přímo závaznou normou každé doby. Nejen odměňuje svého nositele, ale propůjčuje mu i jistou moc, neboť poutá pozornost a otevírá dveře k příležitostem. Naše představy jsou bohužel velmi ovlivněny evolučními motivy, jak jinak si vysvětlit skutečnost, že neustále výrazně přijímáme z masově sdělovacích prostředků idealizovanou představu o tom, jak má „zdravé“ a „atraktivní“ tělo vypadat. Kusák (2005) dále popisuje prokazující studie, že pro naši kulturu jsou typické preferované standardy fyzické, sociální atraktivity, které spadají spíše do oblasti vnější povahy (štíhlost žen, svalnatost mužů) a způsob, jakým prožíváme své „reálné“ tělo, je ovlivněn lidmi v našem

okolí. Nejde ani tak o otevřené komentáře, jako spíše aktuální postoje našeho okolí, kdy nemusíme přímo „slyšet“, abychom odvodili své pocity od neverbálních znaků nebo z „vedlejších“ poznámek.

Je samozřejmé, že lidský organismus ke své existenci potřebuje dostatečné množství energie. Potřeba energie pro člověka je získávána z přijaté potravy. Při jeho nedostatku nastává jistá forma adaptace organismu, potřeba se snižuje, dojde k odbourávání tuku z těla nebo dokonce i svalové tkáně. Nadbytečný příjem naopak energii ukládá ve formě tuku do zásob. Je-li tedy nerovnováha výdeje a příjmu energie velká a trvá dlouhou dobu, výsledná změna v hmotnosti tak může vést k poruchám fyziologickým funkcím a celkovému zdraví (Stratil, 1993).

Co se týká sportovců, často odkazují na „ideální konkurenční hmotnost“. Bohužel to má málo společného se zdravím. Spíše to naznačuje obvykle nízkou váhu, při níž bude účastník výkonně nejúspěšnější (Thompson, Sherman, 1993).

Fialová (2001) vysvětluje, že ideál krásy se v průběhu vývoje lidstva zcela změnil. V raných kulturách bylo módní volné a splývavé oblečení. Rozměry těla byly nedůležité, protože ať bylo drobné nebo objemné, pod takovým oděvem se jeho proporce dokázaly ztratit. Faktem zůstává, že dnes, stejně jako v historii, se snažíme dosáhnout normálu, ideálu. Ženský ideál je ale čím dál více okleštěný, více vzdálený realitě a naopak méně zdravý.

Ke stanovení stavu výživy organismu (nutričního stavu) se používá BMI (Body Mass Index). Vypočítá se tak, že se tělesná hmotnost v kilogramech dělí druhou mocninou výšky v metrech.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Tělesná váha (kg)}}{\text{Výška (m}^2\text{)}}$$

V poslední době se ke stanovení stavu výživy více osvědčuje měření obvodu pasu. Obvod 88 cm a více u žen a 102 cm a více u mužů znamená zvýšená zdravotní rizika způsobená nadměrným příjmem energie, obezitou. Pro androidní typ obezity (vyskytuje se častěji u mužů) je typické, že se tuk ukládá převážně do oblasti břicha. U tohoto typu obezity nacházíme velké riziko kardiovaskulárních onemocnění, protože se při něm snadno uvolňují volné mastné kyseliny. Pokud jde o gynoidní typ obezity (častěji u žen), pak zde se tuk

naopak hromadí v oblasti hýždí a prsních žláz. Obvod pasu je menší než obvod přes boky. Tento typ obezity nepředstavuje takové riziko kardiovaskulárních onemocnění, ale daleko obtížněji se redukuje jeho hmotnost (Rokyta, 2008).

Normální hodnoty BMI se pohybují ve škále od 19 do 25. O obezitě hovoříme u hodnot, které jsou vyšší než BMI 30. Podváha začíná hodnotou 19 a níže. Vyhublost pak pod hodnotou 16 (Krch, 2003).

Tabulka č.1 – Hodnoty BMI pro dospělé:

	Muži (kg/m ²)	Ženy (kg/m ²)
Podváha	Méně než 20	Méně než 19
Normální	20 – 25	19 – 24
Nadváha	25 – 30	24 – 29
Obezita	nad 30	nad 29

Tabulka č.2 – Hodnota BMI pro chlapce a dívky:

Věk (roky)	Chlapci (kg/m ²)	Dívky (kg/m ²)
11	16 – 19	16 – 19
12	16,5 – 19,5	17 – 20,4
13	17 – 20	19 – 21
14	18 – 21	18,5 – 22
15	19 – 21,5	19 – 22
16	19,5 – 22	19,5 – 23
17	20 – 23	20 – 23

(Benešová, Mičová, 2003)

Fořt (1990) hovoří o ideální tělesné hmotnosti jako o vyjádření obecného ideálu, který vzniká velkým počtem měření mnoha jedinců jisté populace či populačních skupin. Tato idealizace se poslední dobou dostává pod vlnu kritiky, neboť v rámci tohoto měření není zahrnuta spousta jiných a podstatných faktorů, které ovlivňují výško-váhový poměr. Ve vrcholovém a výkonnostním sportu se skutečná tělesná hmotnost některých druhů sportovců podstatně liší od ideálu a přesto nemůžeme hovořit o nadváze či podvýživě.

1.2.3. Mýtus dokonalého těla

Diety, omezování jídla, narušené jídelní postoje se dnes staly rozšířeným a samozřejmým jevem všedního dne mnoha lidí. Štíhlá postava je považována za podmínku výkonnosti, atraktivity. Štíhlost se stala hodnotou, cílem a snažením spousty lidí. Štíhlost je všudypřítomná, a to zejména kvůli médiím.

Tloušťka, dříve symbol úspěchu a bohatství. Tlustí lidé byli považováni za milé, veselé a vyrovnané jedince. Nyní však dochází k jejich diskriminaci a naopak pozitivněji se hodnotí štíhlost, která je úzce spojována s představou větší vůle, vyšších očekávání od života a různých dalších pozitivních vlastností. Člověk dnes musí vážit méně, aby byl považován za zdravého, a touha po štíhlosti se stává základním činitelem v utváření způsobu životního stylu (Fialová, 2001).

1.2.4. Sport, možná příčina poruch příjmu potravy

Sport je ze všech pohybových kultur tou nejvíce preferovanou oblastí. Poutá největší zájem diváků, koncentruje veškeré vrcholové výkony a v neposlední řadě absorbuje a produkuje nejvíce peněz. Zvyšující se náročnost včetně frekvence sportovní přípravy (tréninku) i harmonogram soutěží přibližují sportovce blíže a blíže k biologickým limitům jejich pohybových schopností (Jirásek, 2005).

Paulík (2006) píše, že dnes jsou sportovní výkony ovlivněny psychickými jevy natolik, že stále více dochází k soutěžení, kompetici nejen se soupeři, ale i s námi samotnými. Taková situace často vyvolá stresový vjem, kterým může být nejen reálné, ale i domnělé

ohrožení důležitých hodnot sportovce. V takovém případě jde pak zejména o jeho subjektivní pohled.

Stejně tak Franková (1995) shrnuje, že konkurence ve sportu může dosáhnout až patologických rozměrů. Jestliže se tedy sport za úspěchem, touhou po vítězství stane hlavním smyslem života a má kompenzovat nedostatek pravého sebevědomí, pak se tato situace stává obrovskou tragédií, a to zejména pro vlastní osobu.

Thompson, Sherman (1993) píší, že poruchy příjmu potravy mohou pro některé sportovce znamenat větší problém než pro celkovou populaci. Sportovci jsou vystaveni zvýšenému riziku v důsledku faktorů sportovního prostředí. Sportovní segmenty v posledních letech kladou velký důraz na vztah mezi nízkým podílem tuku a lepší sportovní výkon. V důsledku toho se mnozí sportovci snaží zhubnout, aby mohli výkon lépe provést a tím i konkurovat. Bohužel pokračují v tomto hubnutí v rámci diety, primárního předchůdce poruch příjmu potravy. Jsou ochotni na sobě tvrdě pracovat k dosažení dokonalosti, lepšího sportovního výsledku, úspěchu a jsou také schopni vydržet větší míru bolesti či nepohodlí.

Představa, že účast ve sportu způsobuje u sportovců poruchy příjmu potravy, může být přičtena dvěma faktorům. První faktor spočívá ve vysoké úrovni fyzické aktivity a cvičení, které mohou způsobit, že se poruchy příjmu potravy začnou rozvíjet. Druhý faktor se týká tlaku nebo poptávek po vrozené štíhlosti ve sportu především samotnými trenéry.

- první faktor - činnosti způsobující anorexii:

Jak jsme již vysvětlili, vysoká úroveň fyzické aktivity nebo neúměrné cvičení může vést k rozvoji poruch příjmu potravy. Je předkládáno, že diety a cvičení vyvolávají anorektický kruh. Konkrétně lze říci, že namáhavé cvičení vede k potlačení chuti k jídlu, což vede ke snížení využití hodnoty potravin. V důsledku toho dojde ke snížení příjmu potravy a ztrátě tělesné hmotnosti. Jak se tělesná hmotnost snižuje, motivační hodnota pro cvičení se zvyšuje. To vede ke zvýšení fyzické aktivity, což ovšem naopak snižuje hodnotu jedení. Je třeba podotknout, že ne všechny anorekticky cvičí. U některých anorektických osob cvičení není klíčovým prvkem a nemůžeme jej považovat za spouštěč anorexie. Mnoho anorektiček začne cvičit až po omezení příjmu kalorií, aby došlo k dalšímu hubnutí.

Mentální bulimie na tomto základě cvičení není prokázána.

- druhý faktor – tlak zhubnout:

Dieta, primární prekursor poruch příjmu potravy. Podpora nebo poptávka po snížení hmotnosti nebo tělesného tuku se stává populárním začarovaným kruhem dnešní doby. Mnoho sportovců pociťuje vlastní tlak ke snižování tělesné tuku ve snaze zvýšit sportovní výkon. Zvýšený tlak a nároky také mohou pociťovat ze strany trenéra a zde je důležité nepodceňovat sílu a schopnosti mnohých trenérů, neboť většina sportovců se shoduje na tom, že nabádání přišlo v první řadě právě ze strany trenéra. A mnoho sportovců je ochotných udělat cokoli, jen aby v tomto ohledu své trenéry potěšili. Vzhledem k faktu, že držení diet je často a snadno podporováno a posilováno mnohými aspekty ze sportovního prostředí, včetně výkonných trenérů, je snadné uvěřit, že tyto tlaky vztahující se ke stravě způsobují poruchy příjmu potravy u sportovců.

Smysl pravidelné sportovní aktivity nespočívá v žádném případě v podávání vysokých sportovních výkonů. Je třeba si vytvořit určité předpoklady k tomu, abychom pociťovali více radosti ze života. A ta bude samozřejmě tím větší, čím více se naše váha přiblíží ideálnímu stavu a čím bude naše tělo trénovanější. Hovoříme však o rozumně pěstovaném sportu (Kunze, M., Exel, W., Schoberberger, R., 1994).

Clarková (2000) dodává, že mezi sportovci je v souvislosti se stravou častá zácpa a průjem, které v důsledku velice ovlivňují výkon. Je to důvod, proč spousta sportovců zachází až do extrémů jen proto, aby podpořili rychlost pohybu natrávené potravy ve střevech.

1.2.5. Štíhlost ve sportu

Výzkumy naznačují, že sportovní aktivity, které kladou důraz na malou velikost těla, štíhlé tvary nebo nízkou hmotnost, mají tendenci ke zvýšení pravděpodobnosti výskytu poruch příjmu potravy. V důsledku toho jsou tedy sportovci podporováni a nabádáni ke štíhlosti. Konkrétně sporty, u nichž je zdůrazněn vzhled - jako gymnastika, skoky do vody, krasobruslení – mají větší riziko pro rozvoj poruch příjmu potravy. Stejně tak zvýšené riziko můžeme očekávat u sportů jako – běh na dlouhou trať, balet, které jsou zaměřeny na velmi štíhlé až hubené tělo (Thompson, R., A., Sherman, R., T., 1993).

Proto také při různých sportovních aktivitách se člověk musí zamyslet nad tím, čemu by se chtěl věnovat a jaké má cíle. Na tomto základě je pak nutné upravit stravovací návyky a samozřejmě se také seznámit a přesněji definicemi jednotlivých sportovních oblastí (Konopka, 2004).

Pomoc sportovcům v jejich jídelním režimu vyžaduje tedy určité specifické vědomosti a schopnosti. Trenéři a jejich sportovci si musí umět pohlídat fakt, aby vyvážená strava obsahovala jak kalorickou, tak i nutriční hodnotu a nedošlo tak k úbytku tělesné hmotnosti a ztrátě energie.

Udržení optimální váhy ve sportu znamená více, než jen její kolísání. Pro sportovce to značí dosažení úspěchu a sportovního výkonu prostřednictvím právě ideální váhy. (Eisenman, P.A., Johnson, S.C., Benson, J.E., 1990).

Tabulka č. 3 – Orientační hodnoty výdeje energie při různých aktivitách:

Druh zatížení	kcal / kJ za hodinu	Čas potřebný pro spálení 250 kcal / 1050 kJ
Bruslení rekreační	354 / 1487	45 minut
Chůze 7km/hod	400 / 1680	37 minut
Tenis rekreační	425 / 1785	35 minut
Plavání 40m/min.	530 / 2226	30 minut
Lyže sjezd rekreační	585 / 2457	27 minut
Tenis – zápas	600 / 2520	25 minut
Jogging 9km/hod.	650 / 2730	22 minut
Cyklistika 21km/hod.	850 / 3570	18 minut

(Fořt, 2000)

1.2.6. Sport a poruchy příjmu potravy

Jelikož se sport dá považovat za zdůraznění štíhlosti, je možné říci, že mnoho osob se o sport zajímá jen pro to, aby mohly svou nemoc skrýt. To znamená, že tyto osoby mají již anorektické sklony ještě před účastí ve sportu.

Vytrvalostní sporty nebo sporty, které vyžadují vytrvalostní tréninky, mohou být tedy atraktivní pro ty, kteří preferují nadměrné cvičení jako prostředek k hubnutí a očistě. Mimo sportovní prostředí tito lidé mohou být často kritizováni pro neúměrné strávení času cvičením a pro fakt, že sport se stává jedním z nejdůležitějších aspektů jejich života. Stejná osoba ve sportovním prostředí proto bude pravděpodobněji méně kritizována a spíše pro nutnost nadměrného množství cvičení ještě chválena. Ve sportovním prostředí je tedy tato osoba vnímána jako na sobě tvrdě pracující sportovec, který se snaží stát se co nejlepším. Bohužel tyto obyčejné a akceptované hmotnosti včetně standardních cvičení v mnoha sportech umožňují a napomáhají sportovcům skrýt jejich poruchu a v důsledku toho činí velký problém odhalení jejich problému a zabraňuje včasné intervenci. Nezjištění poruch příjmu potravy a zpoždění léčby nejen, že významně ovlivní psychické zdraví a emocionální vyrovnanost sportovce, ale jeho celkový stav může být nebezpečně ohrožen.

Na druhou stranu lze udat příklad, kdy elitní gymnastka, která byla vybrána již ve věku pěti let, začala trpět poruchou příjmu potravy o deset let později. Samozřejmě nemůžeme říci, že již v tak mladém věku by byla gymnastikou, tvrdou dřinou a štíhlostí nadšená. V rámci hypotéz „přitažlivosti sportu“ není popsána přítomnost poruch příjmu potravy ve sportech, kde není poptávka po štíhlém těle a vytrvalostním tréninku (Thompson, Sherman, 1993).

1.2.7. Remise, úzdrava

Remise

Remisí lze nazvat návrat k původnímu fungování pacienta před vypuknutím vlastní nemoci. Jde o dosažení bezpříznakového období. Předpokládá se, že nemoc je stále přítomna, ale již bez zjevných symptomů. Pokud je však remise spontánní, znamená to, že k vymizení příznaků došlo bez specifické léčby (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Remise>).

Procentuální vyjádření

Po dosti dlouhou dobu je dívka s poruchami příjmu potravy schopna nemoc tajit a tedy i léčbu odmítat, ve svém izolovaném světě je vlastně spokojená. Motivace k léčbě a symptomatika se však v průběhu onemocnění vyvíjejí. Dlouhodobé katamnézy ukázaly dobrou remisi u 44% pacientek s mentální anorexií, u 28% pacientek remisi částečnou a u 24% pacientek byl popsán chronický průběh s neschopností udržet zdravou tělesnou hmotnost s přetrvávajícím patologickým zájmem o jídlo a vlastní tělesnou hmotnost, závažnými psychosomatickými a sociálními komplikacemi a zvýšenou mortalitou (5-20%). Příčinou mortality je obvykle srdeční zástava, sebevražda či banální infekce (<http://anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy>).

Úzdrava

Papežová (2000) uvádí ovlivnění uzdravení ve spojitosti se závažností anorexie a zranitelností:

Závažnost anorexie je zvýšená tím:

- Čím větší je váhová ztráta a extrémnější podvýživa.
- Čím déle nemoc trvala před léčbou.
- Když nemoc selhala v několika léčebných pokusech.

Zranitelnost

- Rysy spojené s horším vyústěním jsou ty, které poukazují na adaptační problémy v dětství, před vznikem anorexie.
- Problémy v dětství, odmítání školy nebo emoční problémy.
- Problémy získat přátele, vážná stydlivost a problémy s odcizením.
- Problémy v rodině.

Papežová (2000) uzavírá, že nejde předpovědět průběh dříve, než po uplynutí pěti let. Po pěti letech se polovina postižených anorexií uzdraví, 30% však zůstane vážně nemocná a 20% si udrží podváhu a poruchy menstruace.

2. Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda se u studentek vysokých škol sportovních v České republice, Finsku a Španělsku vyskytují narušené jídelní postoje, které nezřídka mohou vést právě k rozvoji poruch příjmu potravy.

2.1. Dílčí cíle a úkoly práce

1. Zmapovat, zda se u studentek vysokých škol sportovních ve věku 20-24 let na území České republiky vyskytují narušené jídelní postoje.
2. Zmapovat, zda se u studentek vysokých škol sportovních ve věku 20-24 let na území Finska vyskytují narušené jídelní postoje.
3. Zmapovat, zda se u studentek vysokých škol sportovních ve věku 20-24 let na území Španělska vyskytují narušené jídelní postoje.

Stanovili jsme tyto výzkumné otázky:

1. Jaká je prevalence výskytu poruch příjmu potravy u studentek vysoké školy sportovní ve věku 20-24 let na území České republiky?
2. Jaká je prevalence výskytu poruch příjmu potravy u studentek vysoké školy sportovní ve věku 20-24 let na území Finska?
3. Jaká je prevalence výskytu poruch příjmu potravy u studentek vysoké školy sportovní ve věku 20-24 let na území Španělska?

3. Metodika a výzkumná část

3.1. Charakteristika zkoumaného souboru

Krch (2008) uvádí, že pro vznik mentální anorexie se považuje jako rizikový věk mezi 14. -15. rokem, kdežto mentální bulimie se objevuje obecně v pozdějším věku, konkrétně ve věku 15 – 30 let. Osobně jsem však záměrně výzkumné šetření zaměřila na studentky vysokých sportovních škol v České republice, Finsku a Španělsku. Výzkumný soubor tvoří 12 studentek z České republiky, 12 studentek z Finska a 12 studentek ze Španělska. Všechny studentky jsou ve věkovém rozmezí 20-24 let. Dotazování proběhlo během jednoho týdne. Rozdáno a posláno bylo celkem 36 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 100%.

Tabulka č.3 – Výzkumný soubor:

	Počet	Věk
České studentky	12	20-24 let
Finské studentky	12	20-24 let
Španělské studentky	12	20-24 let
Celkem	36	

Zdroj – Vlastní výzkumné šetření

3.2. Metodika diagnostiky poruch příjmu potravy

Pro potřebu výzkumu byla použita metoda dotazníku – Orientační test jídelních problémů dle Krcha (2002). Orientační test jídelních postojů čítá 10 otázek vypovídajících o míře narušení jídelních postojů a jídelního chování.

V úvodu byly studentky požádány o pravdivé vyplnění dotazníku a dále byly ujistěny o anonymitě s tím, že jejich odpovědi budou využity jen pro mou bakalářskou práci.

Na otázky byly tyto možnosti odpovědí:

- většinou ano
- někdy
- většinou ne.

3.3. Metody vyhodnocení

První část dotazníku je vyhodnocena následujícím způsobem: otázky 1 – 10 (Krch, 2002):

- Většinou ano – hodnoceno 2 body
- Někdy – hodnoceno 1 body
- Většinou ne – hodnoceno 0 body

Po sečtení všech bodů by studentky neměly dosáhnout celkového výsledku více než 5 bodů. V opačném případě již překročily hranici „rozumné“ redukční diety a je vhodné přehodnotit jídelní režim a přiměřenost tělesné hmotnosti (Krch, 2002).

Krch (2002) dále popisuje další významné a varující faktory z hlediska možné poruchy příjmu potravy, a to:

- ✓ když po jídle zvracíte
- ✓ když jste v poslední době nápadně rychle zhubli nebo když je vaše tělesná hmotnost o více než 10% nižší, než je ideální tělesná hmotnost odpovídající vašemu věku a výšce
- ✓ když jste žena a v souvislosti s poklesem tělesné hmotnosti jste přestala menstruat

4. Výsledky výzkumu

Výsledky ve formě odpovědí na otázky, formulované v odstavci cíle práce, jsou prezentovány formou tabulek a grafů, kde uvádíme odpovědi v rámci číselného, ale i procentuálního zastoupení. Otázky jsou zaměřeny na studentky vysokých škol sportovních v České republice, Finsku a Španělsku.

1. Jaká je prevalence výskytu poruch příjmu potravy u studentek vysoké školy sportovní ve věku 20-24 let na území České republiky?

Tabulka č.4 – Vyhodnocení dotazníku, studentky České republiky:

	Většinou ano	Většinou ne	Někdy
	(n)/%	(n)/%	(n)/%
1. Mám hrůzu z nadváhy, ikdyž objektivně nejsem tlustý/á, (mohu se tak ale cítit).	8/66,6	4/33,3	0/0
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.	0/0	8/66,6	4/33,3
3. Před jídlem se mě většinou zmocňuje úzkost.	2/16,6	8/66,6	2/16,6
4. Vynechávám některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře), nebo kategorii potravin (například sladkosti nebo maso).	4/33,3	6/50	2/16,6
5. Po jídle se cítím provinile.	2/16,6	8/66,6	2/16,6
6. Cítím, že ostatní mě do jídla nutí.	0/0	12/100	0/0
7. Usilovně cvičím, abych spálil/a energii.	8/66,6	4/33,3	0/0
8. Mám rád/a prázdný žaludek.	4/33,3	6/50	2/16,6
9. Snadno se cítím přejedený/á.	2/16,6	8/66,6	2/16,6
10. Cítím, že jídlo ovládá můj život.	6/50	6/50	0/0
Průměr	3,6/29,9	7/61,6	1,4/11,6

Zdroj – Vlastní výzkumné šetření

Z vyhodnocení dotazníku pro studentky vysoké školy sportovní v České republice je patrné, že 6 studentek (50%) dosáhlo vyššího počtu než 5 bodů. Nejvyššího skóre dosáhly dvě studentky s počtem 15 bodů, což značí vysokou úroveň výskytu narušených jídelních postojů vedoucích k poruchám příjmu potravy. Naopak 6 studentek dosáhlo nižšího počtu než 5 bodů s tím, že 2 studentky dosáhly dokonce 0 bodů.

2. Jaká je prevalence výskytu poruch příjmu potravy u studentek vysoké školy sportovní ve věku 20-24 let na území Finska?

Tabulka č.5 – Vyhodnocení dotazníku, studentky Finska:

	Většinou ano	Většinou ne	Někdy
	(n)/%	(n)/%	(n)/%
1. Mám hrůzu z nadváhy, ikdyž objektivně nejsem tlustý/á, (mohu se tak ale cítit).	4/33,3	6/50	2/16,6
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.	4/33,3	6/50	2/16,6
3. Před jídlem se mě většinou zmocňuje úzkost.	2/16,6	6/50	4/33,3
4. Vynechávám některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře), nebo kategorii potravin (například sladkosti nebo maso).	4/33,3	6/50	2/16,6
5. Po jídle se cítím provinile.	2/16,6	6/50	2/16,6
6. Cítím, že ostatní mě do jídla nutí.		6/50	6/50
7. Usilovně cvičím, abych spálil/a energii.	4/33,3	6/50	2/16,6
8. Mám rád/a prázdný žaludek.	2/16,6	8/66,6	2/16,6
9. Snadno se cítím přejedený/á.	2/16,6	6/50	4/33,3
10. Cítím, že jídlo ovládá můj život.	4/33,3	6/50	2/16,6
Průměr	2,8/23,3	6,2/51,7	2,8/23,3

Zdroj – Vlastní výzkumné šetření

Z vyhodnocení dotazníku pro studentky vysoké školy sportovní ve Finsku je patrné, že 4 studentky (33%) dosáhlo vyššího počtu než 5 bodů. Nejvyššího skóre dosáhla jedna studentka s počtem 18 bodů, což značí vysokou úroveň výskytu narušených jídelních postojů vedoucích k poruchám příjmu potravy. Naopak 8 studentek dosáhlo nižšího počtu než 5 bodů s tím, že 2 studentky dosáhly 0 bodů – stejně jako studentky České republiky.

3. Jaká je prevalence výskytu poruch příjmu potravy u studentek vysoké školy sportovní ve věku 20-24 let na území Španělska?

Tabulka č.6 – Vyhodnocení dotazníku, studentky Španělska:

	Většinou ano	Většinou ne	Někdy
	(n)/%	(n)/%	(n)/%
1. Mám hrůzu z nadváhy, ikdyž objektivně nejsem tlustý/á, (mohu se tak ale cítit).	4/33,3	2/16,6	6/50
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.	2/16,6	6/50	4/33,3
3. Před jídlem se mě většinou zmocňuje úzkost.	6/50	4/33,3	2/16,6
4. Vynechávám některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře), nebo kategorii potravin (například sladkosti nebo maso).	2/16,6	8/66,6	2/16,6
5. Po jídle se cítím provinile.	4/33,3	4/33,3	4/33,3
6. Cítím, že ostatní mě do jídla nutí.	2/16,6	8/66,6	2/16,6
7. Usilovně cvičím, abych spálil/a energii.	4/33,3	2/16,6	6/50
8. Mám rád/a prázdný žaludek.	4/33,3	6/50	2/16,6
9. Snadno se cítím přejedený/á.	2/16,6	8/66,6	2/16,6
10. Cítím, že jídlo ovládá můj život.	4/33,3	4/33,3	4/33,3
Průměr	3,4/28,3	5,2/43,3	3,4/28,3

Zdroj – Vlastní výzkumné šetření

Z vyhodnoceného dotazníku pro studentky vysoké školy sportovní ve Španělsku je patrné, že 6 studentek (50%) dosáhlo vyššího počtu než 5 bodů. Nejvyššího skóre dosáhla jedna studentka s počtem 10 bodů, což značí vysokou úroveň výskytu narušených jídelních postojů vedoucích k poruchám příjmu potravy. Naopak 6 studentek dosáhlo nižšího počtu než 5 bodů s tím, že žádná ze studentek nedosáhla 0 bodů.

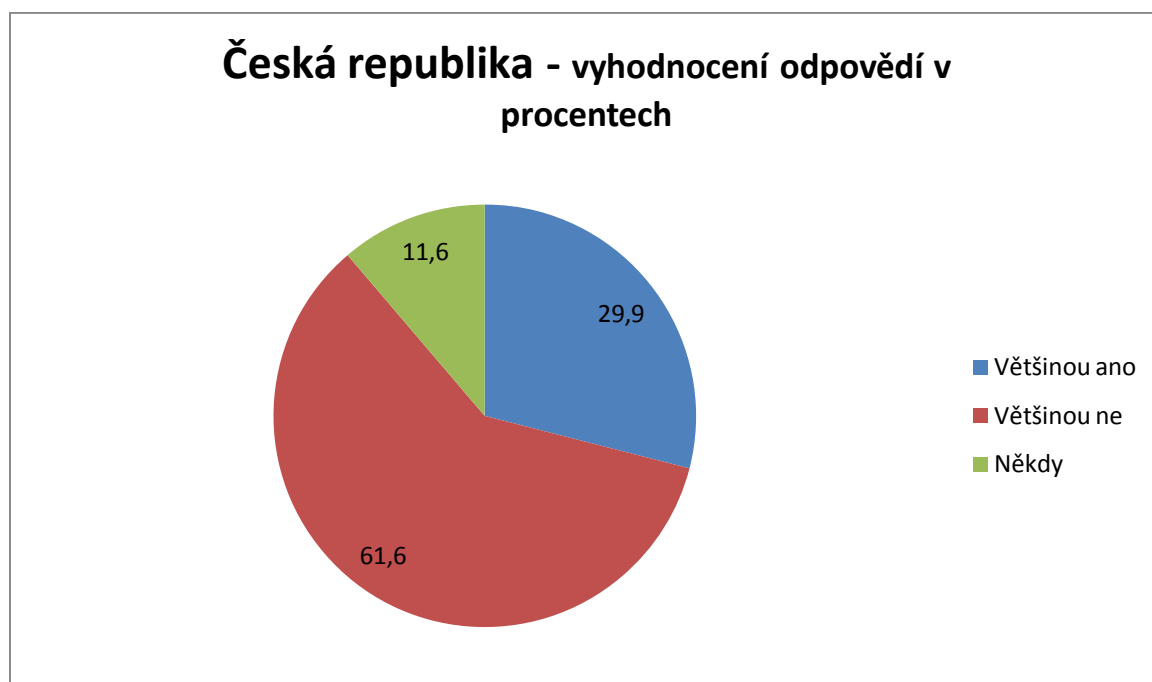
Vysvětlivky:

n - Počet studentů v číslech

% - Počet studentů v procentech zaokrouhleno na jedno desetinné místo

4.1. Interpretace výsledků

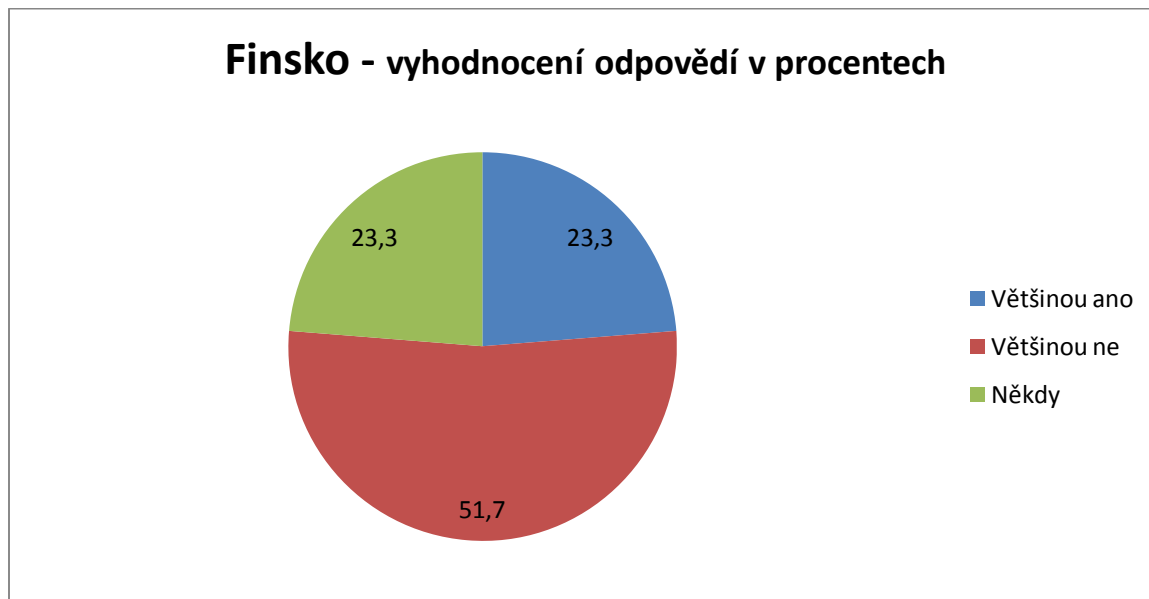
Graf č. 1



Zdroj – Vlastní výzkumné šetření

Z grafu vidíme, že 51,6% respondentek odpovědělo možností „většinou ne“, 29,9% se shodlo na odpovědi „většinou ano“ a 11,6% zadalo jako možnou odpověď „někdy“.

Graf č. 2



Zdroj – Vlastní výzkumné šetření

Finský graf uvádí, že 51,7% studentek odpovědělo možností „většinou ne“ a 23,3% zadalo možnost „většinou ano“, stejně tak 23,3% zadalo možnost „někdy“.

Graf č. 3

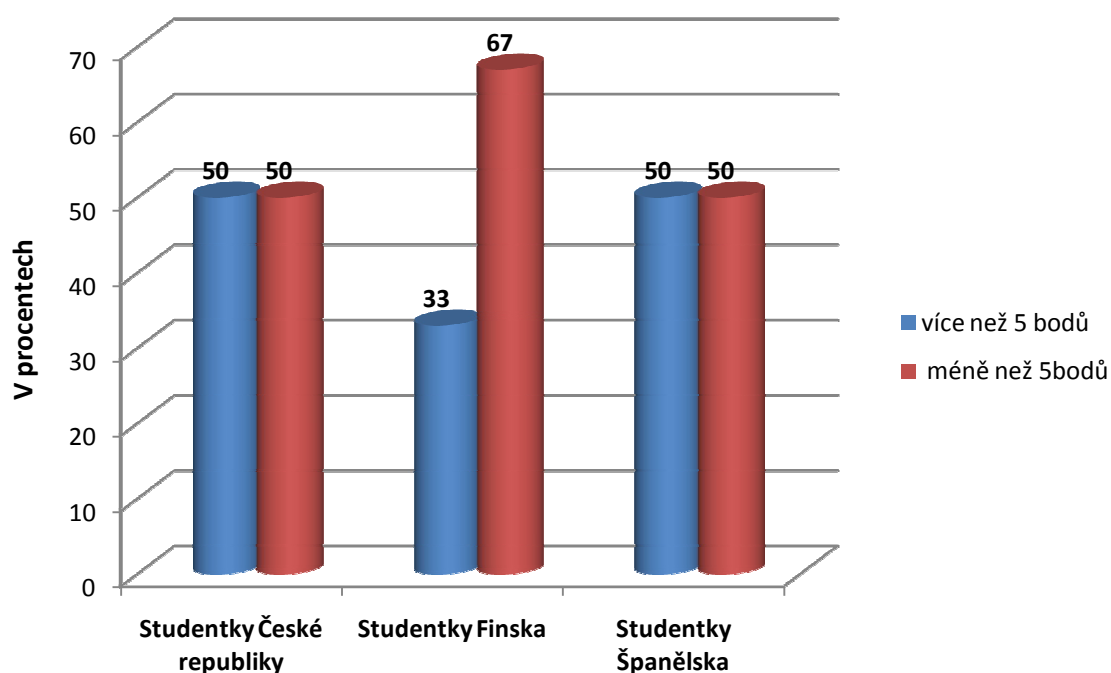


Zdroj – Vlastní výzkumné šetření

Ze španělského grafu můžeme vyčíst, že 43,3% studentek odpovědělo možností „většinou ne“ a 28,3% zadalo odpověď „většinou ano“ a 28,3% „někdy“.

Graf č. 4

Prevalence narušených jídelních postojů studentek vysokých škol sportovních z České republiky, Finska a Španělska



Zdroj – Vlastní výzkumné šetření

Z celkového počtu 36 studentek byla hranice 5 bodů překročena 16 studentkami.

20 studentek se tedy nachází pod hranici 5 bodů.

Studentky České republiky překročily hranici šestkrát.

Studentky Finska překročily hranici čtyřikrát.

Studentky Španělska překročily hranici šestkrát.

Globálně můžeme říci, že nejmenší výskyt narušených jídelních postojů nalezneme u studentek sportovních škol vysokých ve Finsku.

4.2. Shrnutí výsledků

Na základě všech uvedených informací nelze jednoznačně říci, že by výsledky ze všech tří zemí výrazně inklinovaly na jednu či druhou stranu neboli že by výskyt dietního chování převažoval nad stravováním se v normě. Lze tedy shrnout, že výskyt narušených jídelních postojů v České republice a Španělsku se neliší, naopak u studentek z Finska byla prokázána dokonce nižší míra výskytu narušení jídelních postojů.

Nejvyššího počtu bodů dosáhla studentka z Finska – 18 bodů, na druhém místě byly dvě studentky z České republiky, které dosáhly 15 bodů. Nejnižší počet bodů získaly dvě studentky z České republiky a dvě studentky z Finska – dosáhly 0 bodů.

Ačkoliv nejvyššího počtu bodů dosáhla studentka z Finska, lze říci, že finské studentky mají nejnižší výskyt dietního chování.

Globálně lze tedy shrnout, že výskyt narušení jídelních postojů, které vedou často k poruchám příjmu potravy, u studentek vysokých škol sportovních, je ve všech třech státech prakticky stejný a nelze proto vyvodit závěry, že by v některém z těchto tří států výrazně převažovalo dietní chování.

4.3. Názor na problematiku

Jsou všude. Všude kolem nás. Objeví se nevinně, někdy odcházejí až společně se smrtí. Kde se vzaly? A proč? Klademe si řadu otázek, na které však nenacházíme odpověď. Poruchy příjmu potravy.

Když jsem byla malá, byla jsem držena celkem zkrátka. Důvodem byl výskyt obezity v naší generaci. Dával se proto pozor, aby se mně obezita vyhnula velkým obloukem. Snažila jsem se být dokonalá. Dokonalá s vypadanými vlasy kolem školní lavice. Dokonalá se 37 kg. Ale mně to bylo málo.. Dopadlo to diagnózou mentální anorexie. A nejsmutnější na tom je, že v průběhu celkové anabáze jsem byla opravdu šťastná. Šťastná, že jsem konečně něco dokázala. Dokázala jsem nejíst. Jak chvályhodné. Co s tím? Nic. Čí je to vina? Ničí, prostě se to stalo. Jak to dopadlo? U mě naštěstí velice dobře. A proč? Protože...

Můj názor na problematiku je sporný. Na jednu stranu při setkání s dívkou, která trpí poruchami příjmu potravy, mě sevře úzkost, hlava se mi zaplaví starými vzpomínkami,

kdy při pohledu na její bledou tvář vím, na co myslí...já vím, na co myslí a tyto stavy mne vždy vyruší ze soustředěnosti. Nemůžu jí nijak pomoci. Jen poslouchat řeči ostatních, „že ta holka určitě nejlí“, na které zásadně nereaguji. Mé poslední setkání s anorektičkou bylo během studijního pobytu ve Finsku.

Na druhou stranu jsem velmi rozčilená. Jsem rozčilená nejen na ně, ale i zpětně na sebe. Proč? Protože na světě je spousta nevyléčitelných nemocí a lidí, dětí, kteří by za život, za prodloužení délky života dali kdoví co. Vždyť i má budoucí práce se týká snahy zkvalitnění života druhým, tak proč.. Proč musím potkávat osoby, které se ze života radovat nechtějí? Proč stále hledíme na zevnějšek? Vždyť někdy stačí obyčejná věta a život jiného se změní od základů. Chvilé, která může rodinu rozvrátit, nebo naopak rodinné vztahy upevnit. Proč máme stále potřebu řešit druhé a nezabýváme se raději samy sebou? Na to jediné znám snad možnou odpověď. Ono je totiž snazší řešit problémy ostatních než ty své...život pak některým z nás přijde jednodušší..

„Vivere militare est. Žít znamená bojovat.“

Seneca

5. Závěr

V bakalářské práci jsem se zaměřila na poruchy příjmu potravy, kdy uvádím přehled o základních problémech narušení jídelních postojů. Především popisuji mentální anorexii, mentální bulimii a sport, možnou příčinu poruch příjmu potravy. Snažím se poukázat na fakt, že k ideální váze nevede hlad a sebetrýznění, nýbrž uvědomělost a sebekontrola v jídle. Mou snahou bylo zjistit a porovnat situaci jídelních postojů studentek ze tří evropských zemí, a to v České republice, Finsku, Španělsku.

Ze zjištěných informací nám vyplynuly tyto údaje. Jednotlivé výsledky ze všech tří evropských lokalit se nijak výrazně neliší. U studentek z Finska sice nacházíme menší výskyt narušení jídelních postojů, za to však dívka s nejvyšším počtem bodů je právě Finka. U studentek z České republiky a ze Španělska můžeme pozorovat překvapivě obdobné výsledky, kdy šest studentek se dostalo nad hranici pěti bodů – došlo tedy k překročení hranice týkající se varovného výskytu jídelního chování - a naopak. Ačkoliv jde vidět, že dívky jsou informované, některé se přeci jen s poruchami příjmu potravy setkaly. Z celkového počtu 36 studentek byla hranice 5 bodů překročena 16 studentkami. 20 studentek se tedy nachází pod hranici 5 bodů. Vyplyvá z toho fakt, že většina dívek ze zkoumaného vzorku je se sebou samotnými spokojená a netrpí žádnou poruchou zvýšeného dietního chování.

Jaký je tedy závěr? Globálně lze říci, že ženy byly, jsou a vždy budou vůči sobě obzvláště kritické. Na základě vypracované bakalářské práce si proto nemyslím, že samotný sport je příčinou poruch potravy. Některé knihy uvádí možný výskyt narušení jídelních postojů ve spojitosti s určitým druhem vrcholového sportu. Dle mého názoru mají pravdu, ale je třeba hledět na situaci s nadhledem a nepřičítat verdikt jen jednomu faktoru, sportu. Existuje celá řada příčin, o kterých se my můžeme jen domnívat. Přirozeně nelze popřít, že bychom každý měli začít sami u sebe. Zvlášť oblast médií, která nám neustále diktuje, podle koho bychom měli vypadat a podle koho bychom měli jíst. Propagace kultu štíhlosti je totiž jen obyčejná fabrika na peníze. Čili pokud budeme klást stále vyšší nároky na naši budoucí generaci, mohli bychom být v budoucnu nemile překvapeni, kolik životů jsme vlastními prostředky zmařili.

6. Souhrn

Poruchy příjmu potravy jsou psychická onemocnění, která mohou potkat kohokoliv z nás. Muže, ženy, staré, mladé, bohaté či chudé. Přesné příčiny nejsou stále ještě známe, často jsou však přikládány nespokojeností se sebou samotným. Co je ale podstatné – poruchy příjmu potravy působí dlouhodobé potíže nejen nemocným, ale i jejich rodině, okolí.

Cílem této práce bylo zjistit situaci jídelních postojů u námi oslovených studentek vysokých škol sportovních, které se stále aktivně věnují sportu, ze tří různých evropských destinací. V úvodní části jsem se na základě teoretických poznatků snažila vystihnout problematiku poruch příjmu potravy, jejich rozdělení, příčiny. Zaobírala jsem se sportovní tematikou a snažila se zjistit, zda samotný sport může vést k poruchám příjmu potravy. Je tomu věnován podrobný výklad v kapitole Příčiny poruch příjmu potravy. V druhé polovině práce jsem se zaměřila na samotný výzkum a své výsledky jsem zaznamenala do dotazníku, který jsem převzala od PhDr. Františka Davida Krcha. Dotazník byl vypracován během mého pobytu ve Finsku na vysoké škole Haaga-Helia Ammattikorkeakoulu a současně na Univerzitě Palackého v Olomouci. Výzkumný vzorek tvořilo 36 studentek sportovních škol vysokých, z čehož 12 bylo původem z České republiky, 12 pocházelo z Finska a 12 ze Španělska.

Zjištěné výsledky a závěry nám udávají sílu této zákeřné nemoci. A ačkoliv největší výskyt poruch příjmu potravy je stanoven do období puberty, neměli bychom podceňovat její výskyt v žádném věku a u nikoho.

7. Summary

Eating disorders are mental illnesses that can befall any of us. Men, women, old, young, rich or poor. The exact causes are still not known, however, often accompanying the dissatisfaction with himself. But what is important - eating disorders has long-term problems not only for patients but also their family, neighborhood.

The aim of this work was to investigate the situation of eating attitudes of students contacted us universities sports that are still actively engaged in sports, from three different European destinations. In the introductory section I was on the basis of theoretical knowledge, trying to grasp the issue of eating disorders, their classification, causes. I preoccupied with sports themes and tried to see if the sport itself can lead to eating disorders. This is devoted to a detailed explanation in Chapter Causes of eating disorders. In the second half of the work I focused on the actual research and its results I saw in the questionnaire, which I took from Dr. Františka Davida Krcha. The questionnaire was developed during my study visit in Finland at the college Haaga-Helia Ammattikorkeakoulu and at the University of Palacky in Olomouc. The research sample consisted of 36 students of university of sports, of which 12 were originally from the Czech Republic, 12 came from Finland and 12 from Spain.

The results and conclusions give us the power of this insidious disease. And although the greatest incidence of eating disorders is set to puberty, we should not underestimate its incidence in any age and anyone.

8. REFERENČNÍ SEZNAM:

Benešová, D., Mičová, L. (2003). *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. Praha: Sdružení Mac.

Clarková, N., (2000). *Sportovní výživa pro pěknou postavu, dobrou kondici, výkonnostní trénink*. Grada Publishing.

Eisenman, P.A., Johnson, S.C., Benson, J.E., (1990). *Coaches guide to nutrition and weight control*. United States of America: Library of Congress Cataloging – in – Publication Data.

Fialová, L., (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.

Fořt, P., (1990). *Výživa a sport*. Praha: Olympia.

Fořt, P., (2000). *Recepty a výživové tabulky (nejen) pro sportovce*. Pardubice: Svět kulturistiky.

Franková, A., (1995). *Bud' fit i v zaměstnání*. Praha: MOTTO.

Hodaň, B., (2000). *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

Jirásek, I., (2005). *Filosofická kinantropologie: setkání filosofie, těla a pohybu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Kocourková, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.

Konopka, P., (2004). *Sportovní výživa*. České Budějovice: KOPP.

Krch, F.D. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.

Krch, F.D., (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.

Kunze, M., Exel, W., Schoberberger, R., (1994). *Štíhlí bez diety*. Praha: Knižní klub.

Kusák, P., (2005). *Tělová katexie adolescentních dívek. Její implikace s ohledem na poruchy příjmu potravy a některé osobnostní proměnné*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., (2000). *Health psychology*. London: British Library.

Papežová, H. (2000). *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing.

Paulík, K., (2006). *Psychologie sportu*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Rokyta, R., (2008). *Fziologie*. Praha: ISV

Stratil, P., (1993). *ABC zdravé výživy*. Brno: Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Thompson, R.A., Sherman, R.T., (1993). *Helping athletes with eating disorders*. United States of America: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Internetové odkazy

Icm.cz (2011). Retrieved 17. 7. 2011 from the World Wide Web:
<http://www.icm.cz/poruchy-prijmu-potravy-charakteristika>

Wikipedia.org (2011). 17. 7. 2011 from World Wide Web:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Remise>

Anabell.cz (2011). 23. 4. 2011 from World Wide Web:
<http://anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy>

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro finské a španělské studentky:

Hello, students!

I would like to ask you for help in preparing my thesis. I prepared for you a questionnaire on issues in the field of eating disorders. Your responses will be anonymous of course.

Thank you for your cooperation!

	Mostly yes	Mostly not	Sometimes
1. I am terrified about being overweight.			
2. I avoid eating when I am hungry.			
3. Before eating I usually suffer from anxiety.			
4. I particularly avoid main meals (i.e. breakfast, lunch, dinner) or aware of the calorie content of foods that I eat (sweets, meat).			
5. I feel extremely guilty after eating.			
6. I feel that others pressure me to eat.			
7. I think about burning up calories when I Exercise.			
8. I like my stomach to be empty.			
9. I feel full up easily.			
10. I feel that food controls my life.			

Dobrý den, studenti!

Ráda bych Vás požádala o pomoc při vypracování mé bakalářské práce. Připravila jsem pro Vás dotazník týkající se poruch příjmu potravy. Vaše odpovědi jsou samozřejmě anonymní.

Děkuji za spolupráci!

	Většinou ano	Většinou ne	Někdy
1. Mám hrůzu z nadváhy.			
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.			
3. Před jídlem se mě většinou zmocňuje úzkost.			
4. Vynechávám některé hlavní denní jídlo (snídaně, obědy, večeře) nebo kategorii potravin (například sladkosti nebo maso).			
5. Po jídle se cítím provinile.			
6. Cítím, že ostatní mě do jídla nutí.			
7. Usilovně cvičím, abych spálil/a energii.			
8. Mám ráda prázdný žaludek.			
9. Snadno se cítím přejedený/á.			
10. Cítím, že jídlo ovládá můj život.			