

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Výživové zvyklosti a pohybová aktivita v souvislosti s poruchami
příjmu potravy u mužů**

Diplomová práce

Autor diplomové práce: Bc. Magda Koubková

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Leona Meindlová

2009

Abstract

Eating Behaviour and Physical Activities Related to eating Disorders in Male Population

This work deals with eating disorders in mens. Eating disorders are considered to be a continuum in pathological eating behaviour. There are several diagnoses such as Anorexia Nervosa which counts among highly serious ones, Bulimia Nervosa with common weight range and psychogenic overeating which often leads to obesity.

Eating disorders have been studied from different points of view lately. They have occured in the centre of various psychiatric and psychologic diagnostics and therapy surveys and they have also been analysed as a sociocultural element of our lifestyle norms, our values and image standards. The number of men and women suffered from these disorders cannot be neither compared nor omitted. It is statistically clear that about ten per cent of anorexics and bulimics are male patients. Going West, the number of male patients is increasing. These disorders in men are usually connected with jobs, mostly those such as jockeys, gymnasts and dancers. Bulimia and anorexia are reported as typically women disorders therefore men hardly any time concede they can suffer from this problem and need a specialist's advice.

The aim of the work has been to map eating behaviour, a lifestyle, physical activities and risk factors responsible for eating disorder incidence such as a distorted view of the body and being on a diet among men between the ages of 15 to 30. A quantitative technique approach using questionnaires was applied. There were stated four hypotheses concerning the relation between body acceptance and physical activities, methods used for body weight control and differences in lifestyles of secondary school students.

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „**Výživové zvyklosti a pohybová aktivita v souvislosti s poruchami příjmu potravy u mužů**“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998, v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne 15.5.2009

.....

PODPIS

PODĚKOVÁNÍ:

Mé poděkování patří především vedoucí diplomové práce Mgr. Leoně Meindlové za její ochotu a cenné rady. Dále chci poděkovat pedagogickým pracovníkům na jednotlivých středních školách za distribuci dotazníků a všem, kteří dotazník vyplnili. Také děkuji své rodině a přátelům za pomoc při zpracování této práce.

OBSAH

Úvod	7
1. Současný stav	8
1. 1 Mentální anorexie (F50.0)	8
1. 1. 1 Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MNK	9
1. 1. 2 Specifické typy mentální anorexie	9
1. 2 Mentální bulimie (F50.2)	10
1. 2. 1 Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MNK	10
1. 2. 2 Specifické typy mentální bulimie	11
1. 3 Atypická mentální anorexie, atypická mentální bulimie (F50.3)	11
1. 4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4)	11
1. 5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5)	12
1. 6 Jiné poruchy jídla (50. 8)	12
1. 7 Příčiny a rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy u mužů	12
1. 7. 1 Nespokojenost s vlastním tělem u mužů	13
1. 7. 2 Posuzování nespokojenosti s vlastním tělem u mužů	14
1. 8 Průběh onemocnění	15
1. 8. 1 Výživové zvyklosti u poruch příjmu potravy	15
1. 8. 2 Důsledky dlouhodobého hladovění	16
1. 8. 3 Pohybová aktivita u poruch příjmu potravy	17
1. 9 Komorbidita poruch příjmu potravy	18
1. 10 Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy u mužů	19
1. 11 Epidemiologie poruch příjmu potravy u mužů	19
1. 12 Léčba poruch příjmu potravy u mužů	20
1. 13 Prevence poruch příjmu potravy	22
2. Cíl práce a hypotézy	23
2. 1 Cíl práce	23
2. 2 Hypotézy	23

3. Metodika	24
3. 1 Způsob řešení problému	24
3. 2 Vymezení souboru	24
3. 3 Faktory ovlivňující výběr souboru	24
4. Výsledky	25
5. Diskuze	82
6. Závěr	87
7. Seznam použitých zdrojů	88
8. Klíčová slova	96
9. Přílohy	97

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou označením pro skupinu onemocnění, při kterých dochází k patologickému zacházení s jídlem. K nejčastějším a nejznámějším poruchám příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. U mužů se tyto poruchy vyskytují mnohem méně než u žen, v poslední době však poruch příjmu potravy u mužů narůstá. U mužů se také onemocnění mnohem obtížněji diagnostikuje. Správná a včasná diagnóza však může zabránit těžkým následkům a smrti. Onemocnění má multifaktoriální etiologii. Příčin a rizikových faktorů může být celá řada, uplatňují se zde faktory rodinné, sociokulturní, psychické a další. U mužů jsou z hlediska vzniku onemocnění rizikové některé profese.

Nejvyšší výskyt onemocnění je ve věkové skupině 15 – 30 let, i když se v poslední době objevují případy mentální anorexie již u malých dětí. V České Republice je vytvořena komplexní terapeutická síť, a to hospitalizační jednotky, stacionáře, kontaktní centra, kde jsou poruchy příjmu potravy s úspěchem léčeny. Nejdůležitější a zároveň nejekonomičtější je, tak jako v jiných oblastech, nemoci předcházet důslednou, komplexní a intenzivní prevencí. Na uplatňování prevence těchto poruch je třeba dále pracovat a nezapomínat přitom na mužskou populaci.

Téma diplomové práce bylo vybráno v návaznosti na problematiku zpracovávanou v roce 2007 v bakalářské práci na téma: „Nespokojenost s vlastním tělem a držení diet jako rizikové faktory pro rozvoj poruch příjmu potravy a sledování metod kontroly tělesné hmotnosti u studentek středních škol.“ Obě práce tedy mapují celou populaci, dívky i chlapce, středoškolských studentů. Zpracování této problematiky je pro mě nesmírně zajímavé a důležité hlavně proto, že se v mém okolí nachází několik žen s diagnózou poruch příjmu potravy, ale i mužů, kteří zkrlesleně vnímají vlastní tělo, jsou s ním nespokojeni, drží diety, vyvíjejí nadměrnou pohybovou aktivitu ve snaze zhubnout a jsou tedy v nebezpečí rozvoje poruch příjmu potravy.

1. Současný stav

Poruchy příjmu potravy, které jsou označením pro široký okruh různých patologických způsobů zacházení s jídlem, již dávno nejsou ryze dívčím problémem. Dobrovolně své tělo trápit hladem začíná stále více chlapců a mladých mužů. Tělesný vzhled se stává dominantní hodnotou a péče o něj prvořadým zájmem hlavně pro adolescenty, kteří procházejí fyzickými a psychickými změnami dospívání. Jejich sebevědomí je zásadním způsobem určováno tím, jak vnímají svoji postavu. Nespokojenost se svým tělem tak může významně ovlivňovat jejich prožívání a chování a to i v případě, že není symptomem poruchy příjmu potravy. **(19, 20, 26)**

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, která je standardem v klinické praxi, se pod pojmem poruchy příjmu potravy zahrnují diagnózy F50.0 – F50.8, tedy mentální anorexie, mentální bulimie, atypické formy mentální anorexie a bulimie, přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychickými poruchami a jiné poruchy jídla. **(28, 32)**

1. 1. Mentální anorexie (F50.0)

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná úmyslným extrémním snižováním příjmu potravy, tím snižováním tělesné hmotnosti a udržováním podváhy. Averze k jídlu a chorobný strach z otylosti je projevem narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. Začátek onemocnění se nejčastěji projevuje mezi 12 až 20 rokem života. **(19, 34, 51)**

Příznaky mentální anorexie popsal již Galén ve druhém století n. l. První kazuistiky mužů s poruchami příjmu potravy byly popsány v 17. a 18. století. Na psychologické příčiny extrémního spontánního hladovění upozornil anglický lékař Richard Morton v roce 1689. Popsal kazuistiku 16letého chlapce. Podle jeho názoru šlo o stav způsobený smutkem a úzkostí. O tři čtvrtě století později popsal Robert Whytt kazuistiku 14letého chlapce, jehož stav nazval nervovou atrofií. Jednalo se o váhový úbytek, nechutenství, náladovost. V 19. století William Gull a Charles Laségue upozornili na další případy. V české odborné literatuře popsali první případy poruch příjmu potravy a jejich léčbu Jonáš (1941) a Janota (1946). **(19, 33, 42)**

1. 1. 1 Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN – 10

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní nebo BMI (Body Mass Index) 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

2. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá pokrmům “po kterých se tloustne”, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

3. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tlouстnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.

4. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizonu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

5. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty. **(15, 19, 23, 32, 46, 64)**

1. 1. 2 Specifické typy mentální anorexie:

Nbulimický (restriktivní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický (purgativní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání. **(19, 23)**

1. 2 Mentální bulimie (F50.2)

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Pacienti s touto diagnózou jsou schopni v krátkém časovém intervalu hltavě sníst velké množství potravy a nemohou toto chování vůlí ovlivnit. Po bulimickém záchvatu přichází zpravidla výčitky, sebeobviňování, pocit viny a nálada se mění v depresivní. Na rozdíl od mentální anorexie se u mentální bulimie většinou nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. **(3, 40, 55)**

Již Hippokrates rozlišoval boulimos jako nezdravý hlad od normálního hladu. Aristofanes, Xenofob a další antičtí autoři spojovali boulimos s epizodami přejídání vyvolanými neobvyklou formou hladu. Novodobá historie mentální bulimie začíná až v roce 1979, kdy anglický psychiatr Gerard Russel publikoval článek, ve kterém použil termínu bulimia nervosa k popisu příznaků třiceti pacientů, který doplnil detailním klinickým popisem skupiny. Termín bulimie se brzy stal běžně užívaným a nahradil jiné termíny jako bulimarexie nebo hyperorexie. **(19, 21, 33, 38, 64)**

1. 2. 1 Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10

1. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
2. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
3. Snaha potlačit “výkrmný” účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
4. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často nepřiměřenou hmotnost). Často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnější omezování v jídle. **(19, 21, 32, 40, 46)**

1. 2. 2 Specifické typy mentální bulimie:

Purgativní typ – pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.

Nepurgativní typ – pacient drží přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody. **(19, 21)**

1. 3 Atypická mentální anorexie (F50.1), atypická mentální bulimie (F50.3)

U atypických forem není přítomen jeden nebo více klíčových rysů, ale jinak pozorujeme typický klinický obraz či všechny symptomy v mírném stupni.

Do této kategorie patří:

1. Ženy a dívky, které splňují kritéria pro mentální anorexii, avšak přetrvává u nich pravidelná menstruace.
2. Ti, kteří splňují všechna kritéria pro mentální anorexii, ale přes signifikantní váhovou ztrátu jejich individuální hmotnost ještě spadá do normálního rozmezí.
3. Jedinci, kteří splňují všechna kritéria pro mentální bulimii, avšak frekvence záchvatů přejídání a neadekvátního kompenzačního chování je menší než 2krát týdně po dobu 3 měsíců.
4. Ti, kteří pravidelně používají neadekvátní kompenzační mechanismy po požití malého množství jídla a mají normální váhu.
5. Jedinci, kteří pravidelně žvýkají a vyplivují velká kvanta jídla, aniž by je polykali.
6. Psychogenní přejídání, opakované epizody přejídání bez užívání kompenzačních mechanismů charakteristických pro bulimii. **(39)**

1. 4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4)

Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami je definováno jako přejídání, které je především reakcí na stresové události jako je například úmrtí v rodině, chirurgický zákrok nebo těžký úraz, a může být spojené s jinými rušivými duševními příznaky. Pacient se neustále zabývá jídlem. Typické je bažení po jídle neboli „craving“

podobné touze po drogách a přejídání „binge eating“, jako u bulimických pacientů i pocit ztráty kontroly. Diagnóza vyžaduje přítomnost přejídání během minimálně 2 dnů v týdnu během období nejméně 6 měsíců, bez kompenzačních mechanismů (zvracení, zneužívání laxancií, hladovění, užívání léků). **(36, 49)**

1. 5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5)

Nehledě na vyprovokované zvracení u mentální bulimie může nastat opakované zvracení u disociačních poruch (F44.-), u hypochondrické poruchy (F45.2), kde zvracení může být jedním z několika tělesných symptomů, a v těhotenství, kdy emoční faktory mohou přispět k opakované nauze a zvracení. Diagnóza zahrnuje psychogenní hypertenzi těhotných, psychogenní zvracení, vylučuje nauzeu a zvracení NS (R11). **(39)**

1. 6 Jiné poruchy jídla (F50.8)

Tato diagnóza zahrnuje piku neorganického původu u dospělých, psychogenní ztrátu chuti k jídlu, syndrom nočního přejídání, noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchami spánku a další. Syndrom nočního přejídání byl popsán poprvé Stunkardem v roce 1955 u obézních pacientů s poruchami spánku. O jejich prevalenci a léčbě existuje zatím málo informací. **(34, 36, 39)**

1. 7 Příčiny a rizikové faktory poruch příjmu potravy u mužů

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním multifaktoriálním, vznikají většinou kombinací biopsychosociálních faktorů. K jejich vzniku může přispět působení sociálních faktorů nebo genetická predispozice. Tyto poruchy lze považovat převážně za adolescentní patologii. **(19, 20)**

Muži zdůrazňují zvláště fyzickou zdatnost a sportovní vzhled, sílu a svaly jako maskulinní charakteristiku, a proto mohou být spouštěcí mechanismy vázané na zpochybnění jejich tělesné zdatnosti, například posměch spolužáků v hodinách

tělocviku nebo neschopnost se fyzicky vyrovnat druhým. U chlapců se častěji než u dívek vyskytuje premorbidně nadváha nebo přímo obezita. Z hlediska vývoje osobnosti bývají chlapci podobně jako dívky popisovány jako perfekcionista, citliví, premorbidně přizpůsobiví. Nacházíme u nich premorbidně femininní rysy a zájmy, zajímají se například o vaření, vyšívání, pěstování květin. (15)

Dalším rizikovým faktorem může být příliš nízké sebevědomí. Objevily se i studie hodnotící vztah mezi anorexií u mužů a skrytou homosexualitou. Nic takového však nebylo stoprocentně dokázáno. Za mužskou anorexií můžou také média. Podle výzkumu ve Velké Británii, který provedla psychologka Sarah Grogan, není 75 % mužů spokojeno s vlastním tělem. Další výzkum z Velké Británie zjistil, že 25 % mužů drží diety a 65 % cvičí jenom kvůli tomu, aby zhubli. (7)

Docentka Hana Papežová rozděluje pacienty do třech následujících skupin. První skupinou pacientů jsou mladíci, kteří se stali obětí titulních stránek žurnálů. Ideál mužské krásy začal být společnosti vnucován později než diktát vyhublé krásy ženské, to však neznamená, že by po sobě nestačil zanechat oběti. Ideálem je svalnatá muskulatura s minimálním procentem tuku. Muži tedy tráví mnoho času v posilovně. Nic jiného je postupně nezajímá, život vně je přestává bavit a mohou mít tytéž tělesné i psychické problémy jako anorektičky. Jedná se o jakousi anorexiu naruby. Specifickou skupinou pacientů jsou muži, kteří se zajímají o východní duchovní směry. Jejich život je postavený na přísných dietách, jako je veganství, a jejich perfekcionismus může získat až obsedantní rysy. Třetí skupinou pacientů jsou muži, u nichž stojí na počátku nemoci pocit, že jim život chaoticky uniká mezi prsty, jsou v područí kariéry a nevědí, jaký má jejich práce smysl. Jejich život je hektický a neumějí se vyrovnat s problémy v rodině. Nezdravě striktní kontrolou stravování si tak chtějí nahrazovat nedostatek kontroly nad vlastním životem. (37)

1. 7. 1 Nespokojenost s vlastním tělem u mužů

V našem sociokulturním prostředí má tělesná atraktivita svou sociální hodnotu. Na zevnějšek je kladem značný důraz, a proto není divu, že se stal důležitou součástí naší identity. Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou

postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícími narušenými stravovacími návyky. Osoby trpící poruchami příjmu potravy vykazují nadměrnou nespokojenost s vlastním tělem. Zkoumání spokojenosti mužů s jejich tělem ukazuje, že v posledních letech dochází ke kulturnímu posunu, kdy se také muži dostávají pod sílící tlak, aby byli štíhlejší a svalnatější. **(19, 61)**

Panuje všeobecná shoda v tom, že většina mužů by chtěla mít svalnatou, středně velkou postavu, pro niž je typická průměrně velká konstrukce s dobře vyvinutými svaly na hrudi, ramenou a pažích, štíhlý pas a boky. Mužům této postavy jsou připisovány pozitivní osobnostní znaky a jsou pokládány za silné, šťastné, statečné a vstřícné. Mnoho mužů se snaží přiblížit tomuto ideálu a uvádějí různý stupeň nespokojenosti se svou postavou. **(7)**

Nejvyšší nespokojenost se svým tělem, touhu zhubnout a sklon k bulimii vykazuje skupina kulturistů. Oproti ostatním skupinám mají kulturisté významně nižší sebevědomí a vyšší sklon k perfekcionismu. V poslední době se u stále mladších chlapců setkáváme s excesivním posilováním a s užíváním prostředků na posílení. Nespokojenost s vlastním tělem může být nezbytným předpokladem, ale rozhodně sama o sobě nepostačuje ke vzniku poruchy příjmu potravy. Byla identifikována řada dalších faktorů působících na rozvoj poruch příjmu potravy, jako jsou faktory genetické, rodinné a psychické. **(4, 7)**

1. 7. 2 Posuzování spokojenosti s vlastním tělem u mužů

Při posuzování spokojenosti s vlastním tělem u mužů jsou používány podobné metody jako u žen. Používají se studie se siluetami mužských postav, dotazníkové studie a studie využívající rozhovorů. **(7)**

Ve studiích se siluetami postav mají muži určit postavu, která se nejvíce podobá jejich skutečné postavě, dále postavu, jakou by si přáli mít a nakonec postavu, jakou by preferovaly ženy. U mužů bývá nespokojenost s vlastním tělem spojena s pocitem nadváhy nebo podváhy. **(4, 5, 7)**

Příkladem dotazníkové studie je multidimenzionální dotazník zjišťování vztahů Tělo-Já, který obsahuje sérii podškál pro zjišťování spokojenosti s jednotlivými částmi

těla. Tento dotazník umožňuje identifikovat ty partie, s nimiž jsou muži nespokojeni. Jednou z nevýhod dotazníkových studií je, že odhady míry nespokojenosti s vlastním tělem nedokáží říct, proč jsou muži nespokojeni a jak to ovlivňuje jejich život. Toto odhalují studie využívající rozhovory. **(4, 5, 7, 52)**

1. 8 Průběh onemocnění

Měnicí se osobní cíle, pokud jde o tělesnou hmotnost, a diety bývají prvními varujícími znaky poruch příjmu potravy. Průběh potíží bývá pozvolný, zpočátku se nejeví jako porucha, i když tendence dodržovat přísnou dietu a nadměrně cvičit začíná být nápadná. Postupně začíná být chování podobné jako u narkomanů. Bagatelizují závažnost svého počínání a popírají, že by měli jakékoliv potíže. **(19)** Nemocní s mentální anorexií mění postupně svůj jídelníček. Z jídelníčku mizí pokrmy, které jsou považovány za energeticky vydatné, poté postupně mizí další pokrmy jako je bílé pečivo, knedlíky, maso, nakonec zbývají jen dietní light výrobky. Pod různými záminkami se vyhýbají hlavnímu jídlu. Při jídle se úzkostlivě srovnávají s ostatními a vyžadují, aby měli co nejmenší porci jídla. Anorektici konzumují pokrmy velmi pomalu, dlouho si ho prohlížejí, vybírají co snědí a co ne. Bulimici mají naopak sklon jíst hltavě a všechny možné druhy pokrmů míchat dohromady. Nemocní často hodně solí a ve větším množství pijí kávu, což souvisí se změnou jejich chuti. Také se často vyhýbají jídlu ve společnosti, nadměrně cvičí, příliš se soustředí na vlastní postavu a tělesnou hmotnost. **(2, 22)** Pokles testosteronu v důsledku hladovění oslabuje sexuální zájem o druhé pohlaví a psychologicky tak posiluje fantazii o možné homosexuální orientaci. U poruch příjmu potravy je pozorován velmi vysoký výskyt sebepoškozujícího a sebevražedného chování. **(10, 15, 31)**

1. 8. 1 Výživové zvyklosti u poruch příjmu potravy

Postoje k jídlu jsou u dospělého člověka výsledkem mnoha vnějších a vnitřních činitelů. Za normální postoj k jídlu považujeme takový, který vede k uspokojování fyziologických potřeb a přitom plní i psychologickou a sociální funkci jídla. Nevede

k přejídání ani k zavrhování potravy nebo k znehodnocování jídla nesprávným potravním chováním. Pacienti trpící poruchami příjmu potravy mají silně narušené jídelní chování, které spočívá v držení přísných diet kombinovaných s nekontrolovatelným přejídáním, vynechávání hlavních jídel, striktnímu vyhýbání se sladkostem, stravování se v soukromí, krájení jídla na velmi malé kousky, dlouhé žvýkání soust, atd. Redukční diety hrají hlavní role u poruch příjmu potravy. S dietou roste hlad a pozornost věnovaná jídlu, oslabují se možnosti kontroly v jídle. Výsledkem je chaotický stravovací režim a přesvědčení o ztrátě kontroly nad jídlom. **(6, 19, 22)**

Strach z otylosti vede k posedlosti jíst pouze nízkokalorické pokrmy. Energetický deficit provázený nedostatečným přísunem základních živin a nutričních faktorů vede k obrazu malnutrice. Energetický deficit má za následek zprvu redukcii tukových zásob, později však klesá množství aktivní hmoty, kterou představuje především svalstvo. Diety jsou navíc většinou jednostranné, nevyvážené, zatěžují organismus a hlavně vedou k nevhodným stravovacím návykům. **(6, 16, 19, 45)** Dietování je časté v období adolescence. Vztah mezi dietami a poruchami příjmu potravy vyzdvihují i studie poukazující na častější výskyt poruch nebo nevhodných jídelních návyků u diabetiků. **(6)**

Muži drží diety méně často než ženy. Většina zdrojů uvádí, že asi 25% mužů drželo někdy v průběhu svého života dietu. Muži, kteří se zvláště zajímají o zdraví, drží diety častěji než běžná mužská populace. U mužů je pravděpodobnější, že se ve snaze zhubnout spíše pokusí jíst zdravěji, než by snižovali kalorický příjem - tedy drželi dietu. Důsledkem držení diet může být nespokojenost s vlastním tělem a nepřiměřená pozornost věnovaná postavě. **(5, 7)**

1. 8. 2 Důsledky dlouhodobého hladovění

K úhradě energetických potřeb člověka slouží energie obsažená v chemických vazbách potravy. Lidský organismus získává energii z potravy oxidací sacharidů, tuků a někdy také aminokyselin. Hladovění samo o sobě způsobuje řadu biochemických změn, z nichž některé se vyskytují i u deprese. U pacientů dochází ke ztrátě apetitu, jehož regulační centrum je v oblasti jader ventromediálního a paraventriculárního

hypotalamu. **(12, 33)** Při hladovění se výrazně zlepšuje sluch, klesá schopnost nočního vidění, zlepšuje se však barevné vidění a ostrost. Při pokračujícím hladovění dochází k bolestem hlavy, snižuje se tělesná teplota, klesá srdeční frekvence, mohou se dostavit i halucinace. **(6)**

Cílem všech metabolických změn, které během hladovění probíhají, je redukovat ztráty tělesných bílkovin na nejnižší možnou míru, protože ztráta bílkovin znamená poruchu funkce orgánů a orgánová dysfunkce znamená nemoc nebo smrt. Při hladovění klesá celkový metabolismus a glukoneogenesa, naopak zvyšuje se lipolýza a zásoby tuku jsou rychle využívány jako zdroj energie. Nedostatečná výživa má vliv na fyziologické funkce. Například deficit vitamínu B12 má vliv na mentální funkce, deficit vápníku, hořčíku a fosforu způsobuje deprese. Nedostatek vitamínu B6 a minerálů způsobuje porušení kardiovaskulárního systému. Deficit proteinů způsobuje také oslabení dýchacích svalů a tím sníženou odpověď na hypoxii a hyperkapnii. Nedostatek potravy ve střevním lumen způsobuje atrofii střevní sliznice s tím je spojena porucha střevní bariéry a maloabsorbce. Pro zjištění nutričního stavu pacienta je důležitá osobní anamnéza a dále fyzikální, antropometrické, biochemické a imunologické vyšetření. **(12, 16)**

1. 8. 3 Pohybová aktivita u poruch příjmu potravy

Pohybovou aktivitou, například cvičením, se lidé snaží získat ideální štíhlou postavu a snížit nespokojenost s vlastním tělem. Bylo prokázáno, že časté nadměrné cvičení může vést k nespokojenosti s vlastním tělem a tedy k ohrožení poruchami příjmu potravy. Umírněné cvičení naopak zlepšuje pocit spokojenosti s tělem, zlepšuje náladu, pocit zdraví a kontroly. **(7)** Hyperaktivita je význačným rysem mnoha pacientů s poruchami příjmu potravy. Mnoho pacientů provozovalo závodně sport nebo pravidelně cvičilo před tím, než vůbec začaly držet diety, což může naznačovat, že fyzická aktivita může hrát centrální roli v patogenezi poruch příjmu potravy. Extrémně vysoké hladiny cvičení byly pozorovány hlavně u mužů. Některé výzkumy naznačují, že pravidelné běhání je mužskou analogií poruch příjmu potravy. Hlavním příznakem je nutková potřeba cvičit, a to čím dál víc. Sportovec není schopen změnit nebo přerušit

cvičení ani při závažných zdravotních problémech. Pohybová činnost se stává hlavním zájmem, postupně dochází k vážnému narušení ostatních běžných činností, radost z ní se vytrácí. Tréninkové dávky se zvyšují až na hranici únosnosti, vzrůstá pravděpodobnost zranění či onemocnění. Objevuje se toleranční efekt, s pokračující expozicí jedinci typicky vyžadují větší nebo častější „dávky“ aktivity, aby dosáhli stejného posilujícího účinku. Při nuceném „přerušení“ se dostavují abstinenční příznaky – nervozita, rozladěnost, nevolnost. **(58, 62, 63)**

U mužů byl popsán takzvaný Adonisův komplex. Tento syndrom se vyznačuje anomální péčí mužů o zvýšení svalnatosti vlastního těla, bez zvýšení tuků. Jedná se o zkreslené vnímání vlastního těla, abnormální jídelní návyky a obsedantní myšlení na vlastní svalstvo, zneužívání steroidních hormonů, excesivní cvičení. U svalové dysmorfie jsou popisovány podobné následky jako u mentální anorexie - sociální izolace, snížení zájmů a interpersonálních problémy. **(13)**

1. 9 Komorbidita poruch příjmu potravy

U poruch příjmu potravy je velmi častá komorbidita s dalším psychiatrickým nebo somatickým onemocněním, která vede ke zhoršení prognózy a potřebě specializované léčby. Častá jsou spojení s poruchami osobnosti, závislostí na alkoholu a návykových látkách, posttraumatickou stresovou poruchou, depresivní poruchou, a to až v 25 % - 50 % případů. Mezi nemocnými trpícími poruchami příjmu potravy je vysoká prevalence užívání drog, a proto je potřeba specializovaná léčba pro tyto diagnózy. Abúzus návykových látek by měl být léčen přednostně, pokud není malnutrice na kritické úrovni. Spojení se somatickými onemocněními, jako s diabetem mellitus, gastrointestinálními či neurologickými onemocněními, problematizuje spolupráci pacientů na léčebném režimu, psychoterapii i farmakoterapii. **(14, 48)**

1. 10 Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy u mužů

U mužských pacientů je na poruchy příjmu potravy málo pomýšleno, a tak se stává, že pacienti jsou léčeni na sekundární psychické a somatické příznaky. Anorexie se může u chlapců objevit už v 7 letech. **(9, 42, 48)** Diferenciální diagnostika je také často komplikována popíráním obtíží, tajením jídelních rituálů a nespoluprací při léčbě. Viditelná symptomatologie u anorexia nervosa není pro stanovení diagnózy dostačující. Ztráta hmotnosti musí být navozena přímo pacientem. Je potřeba odlišit mentální anorexii od jiných onemocnění jako je například tuberkulóza, nádorová onemocnění a další. **(47)** Mentální bulimii je nutné odlišit od zvracení konverzní etiologie, přejídání a zvracení v rámci poruchy osobnosti, přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, mezi které patří například psychogenní přejídání, kdy postižený konzumuje velké množství potravy jako reakce na stresovou situaci. K určení správné diagnózy je zapotřebí komplexní somatické vyšetření včetně vyšetření laboratorního, EKG, CT CNS, případně MRI, oční pozadí, endokrinologické a neurologické vyšetření. Pomocí CT a MRI byla jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie zjištěna atrofie šedé a bílé hmoty mozkové, částečně reversibilní po realimentaci. **(14, 59, 60)**

1. 11 Epidemiologie poruch příjmu potravy u mužů

Výskyt poruch příjmu potravy je celosvětový. Tato onemocnění jsou mnohem častější v industrializovaných společnostech. Poruchy příjmu potravy se rozhodně netýkají pouze dospívajících dívek či žen. Ze statistiky vyplývá, že přibližně deset procent z registrovaných případů anorexie a bulimie tvoří pacienti mužského pohlaví. Od Česka na západ podíl mužských pacientů stoupá. Rizikovým obdobím je podobně jako u dívek zejména pozdní adolescence a časná dospělost. Ačkoliv některé studie a někteří vědci hovoří o tom, že vysoké procento takto postižených mužů je homosexuálně orientovaných, tato teorie nebyla potvrzena. Relativně častěji se můžeme v mladším věku setkat s mentální anorexií u chlapců. **(15, 18, 53)**

Nižší incidence mentální anorexie u mužů je vysvětlována tím, že ženské tělo je v médiích představováno mnohem častěji než mužské a jeho popis bývá konkrétnější,

také společenský tlak u mužů působí proti přílišné hubenosti. Dospívající chlapci jsou motivováni spíše přibrat na váze. Dalším možným důvodem nižší incidence je skutečnost, že lékaři a psychologové v mnoha případech nerozpoznají u mužů poruchu příjmu potravy a stanoví nesprávnou diagnózu. Podle odborníků, jak se může vyskyt poruch příjmu potravy vyvíjet, lze očekávat lehký nárůst. Fenomén posiloven, diktát vypracovaného těla jako symbol a předpoklad mužského úspěchu je něčím, co své pozice ve světě kolem nás pořád spíše ještě dobývá, než aby byl na ústupu. **(4, 5, 7, 56)** Zastoupení mužských pacientů je nejčastější v problematice záchvatovitého přejídání, jehož začátek se často projeví až ve starším věku. Co se týká vztahu obezity a záchvatovitého přejídání, ukazuje se, že čím je obezita těžšího stupně, tím častěji se lze setkat i se záchvatovitým přejídáním. U mužů poruchy příjmu potravy vznikají hlavně díky nárokům kladeným ve spojitosti s povoláním. Jedná se především o žokeje, gymnasty a tanečnický. **(9, 19)**

1. 12 Léčba poruch příjmu potravy u mužů

Kvalitní léčba poruch příjmu potravy musí být komplexní a diferencovaná, důležitý je výběr a koordinace individualizovaného léčebného postupu. Způsob a rozsah vyšetření závisí na stavu pacienta. Z toho pak vychází volba léčby. Je nutná mezioborová spolupráce mezi praktickými, dětskými lékaři, internisty, dermatology, neurology, nutricionisty a dalšími odborníky, kteří poprvé pacienta vyšetřují. **(14, 37)**

Základní principy léčby poruch příjmu potravy u mužů jsou podobné jako u žen. Terapie poruch příjmu potravy by měla sledovat tři cíle. Prvním cílem je léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží, způsobených opakovaným zvracením a zneužíváním projímadel. Druhým cílem je psychoterapie, která by nemocnému přinesla pochopení příčin jeho onemocnění a zejména pak úlohy, jakou v jeho současném životě onemocnění plní. Dalším cílem je psychoterapie, zaměřená pragmaticky na změnu "špatných" jídelních návyků případně "špatného" životního stylu nemocného. Jde tedy o obnovu normální hmotnosti, přerušování abnormálního chování, jako je přejídání a zvracení, léčbu komorbidních problémů. **(28, 43, 54, 57)**

Při léčbě se doporučuje zařadit do terapeutické skupiny více než jednoho muže, protože muži s poruchou příjmu potravy pocítují osamělost a necítí se být součástí skupiny, pokud je tvořena pouze ženami. Krátkodobé studie zjišťují, že výsledky léčby u mužů a žen jsou srovnatelné, dlouhodobé studie však chybí. **(53)** Povaha onemocnění vyžaduje komplexní diferencovanou péči podle somatického, psychického stavu, poruch osobnosti, dalších komorbidit, průběhu onemocnění a sociálního, především rodinného prostředí, podobně jako u ostatních psychosomatických onemocnění. Pro zajištění kvalitní péče je třeba specializované terapeutické sítě a interdisciplinární spolupráce, včetně programů společných s návykovými či psychosomatizačními poruchami. **(24, 26, 44)** Jedním z hlavních problémů v léčbě poruch příjmu potravy je nedostatek náhledu a motivace, stejně jako u závislostí na omamných látkách. Motivace mužských pacientů k léčbě bývá menší než u jejich ženských protějšků. Jako rizikový faktor se jeví zejména vyšší premorbidní hmotnost. Dalším rizikovým faktorem zhoršujícím prognózu se ukazuje abúsus psychoaktivních látek zejména alkoholu. Dále bývají problematičtí pacienti s ostatními komorbidními psychiatrickými poruchami. **(48, 60)**

V ČR je vytvořena komplexní terapeutická síť, a to hospitalizační jednotky, stacionáře, kontaktní centra, kde jsou poruchy příjmu potravy s úspěchem léčeny. Farmakoterapie není u poruch příjmu potravy metodou první volby. Její účinnost je posuzována v kombinaci s psychoedukací, nutričním poradenstvím, psychoterapií a režimovou terapií. K léčbě jsou používána psychofarmaka – antipsychotika, antidepressiva a anxiolytika. **(30, 35, 38)**

Poruchy příjmu potravy u mužů se sice vyskytují zřídka, ale jejich zkoumání je potřebné proto, aby byly včas rozpoznány a adekvátně léčeny. V těchto případech nebývá snadné dosáhnout spolupráce v terapeutické situaci. Pro chlapce a muže to platí dvojnásob, protože jsou navíc nepříjemně konfrontováni s faktem, že trpí tak zvanou ženskou chorobou. **(11, 15)**

1. 13 Prevence poruch příjmu potravy

V kritickém období nastupující puberty je možné poruchám příjmu potravy předcházet zejména vhodným výchovným působením. Základ prevence spočívá hlavně v rodině a také v přístupu školy, která by měla žákům poskytnout dostatečné a správné informace o této problematice, měla by vést žáky ke zdravým stravovacím návykům a vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka. **(22)** Rodiče by měli své děti poučit o základních sexuálních rozdílech, fyzickém vývoji a různých tělesných typech a také o tom, jak nebezpečné může být vytváření předsudků vůči určitému typu. Dále jak nevhodné je držení diet a naopak důležité jíst pestrou a vyváženou stravu v pravidelných denních dávkách. Rodiče by se měli vyhýbat rozdělování jídla na dobrá, nízkokalorická tedy bezpečná a na špatná, tučná tedy nebezpečná. Rodiče by se měli také vyvarovat počítání kalorií, snažit se být dobrým vzorem pro své dítě v oblasti stravování, cvičení a přijímání sebe sama. Kladné přijímání sebe sama je tou nejlepší prevencí proti nesmyslným dietám a špatným stravovacím návykům. Důležité je také bránit se vlivu médií propagujících tělesnou krásu spojenou s vyhublostí. **(27, 29, 41)** Na primární i sekundární prevenci se mohou podílet i svépomocné skupiny například výchovou o zdravé výživě, vysvětlením nebezpečí při držení diet a včasnou pomocí postiženým. Problematika zdravého životního stylu i realistického přístupu k vlastnímu tělu a jeho zdraví, zdatnosti i vzhledu by měla být součástí kurikula na všech typech škol. V ještě větší míře by se měla stát součástí učebních plánů pregraduální přípravy budoucích pedagogů. **(5, 39)**

Jestliže má prevence fungovat, musí se na ní podílet všichni a musí být systematická a dlouhodobá. Poučit studenty o rizicích poruch příjmu potravy je neúčinné, pokud zároveň nepoučíme jejich rodiče, učitele a vrstevníky. **(8, 29)**

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zmapování výživových návyků, životního stylu, úrovně pohybové aktivity a výskytu rizikových faktorů zásadních pro rozvoj poruch příjmu potravy, jako je nespokojenost s vlastním tělem a držení diet, u mužů ve věkové skupině 15 – 30 let.

2.2 Hypotézy

1. Rekreačně sportující muži jsou více spokojeni sami se sebou a tedy méně ohroženi poruchami příjmu potravy než muži sportující vrcholově či nesportující. **(5)**
2. Muži používají ve snaze zhubnout spíše pohybovou aktivitu než držení diet. **(5)**
3. Studenti gymnázia jsou štíhlejší a méně drží diety než studenti učiliště. **(25)**
4. Studenti gymnázia více sportují a zdravěji se stravují než studenti učiliště. **(25)**

3. Metodika

3. 1 Způsob řešení problému

V diplomové práci byl použit kvantitativní výzkum technikou dotazníků. Dotazníkové šetření bylo provedeno v populaci 15-30letých mužů. Dotazník byl anonymní a obsahoval 20 otázek, z nichž 15 otázek bylo uzavřených, 2 otázky polootevřené a 3 otázky otevřené. U některých otázek byla možnost označit více odpovědí. V rámci dotazníkového šetření bylo osloveno 450 studentů středních škol (150 studentů z každé školy) a 150 náhodně vybraných mužů ve věku 20-30 let. Byla získána úplná data od 522 respondentů. Celková návratnost byla 87 % - 522 dotazníků. Návratnost v jednotlivých skupinách: Gymnázium Strakonice 81 % - 122 dotazníků, Střední odborná škola Blatná 99 % - 148 dotazníků, Střední odborné učiliště Blatná 100 % - 150 dotazníků, skupina náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let 68 % - 102 dotazníků. Dotazníky byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Access a Microsoft Excel. Pro prezentaci výsledků byly použity grafy a tabulky. Výsledky jsou uvedeny v absolutních číslech a v procentech.

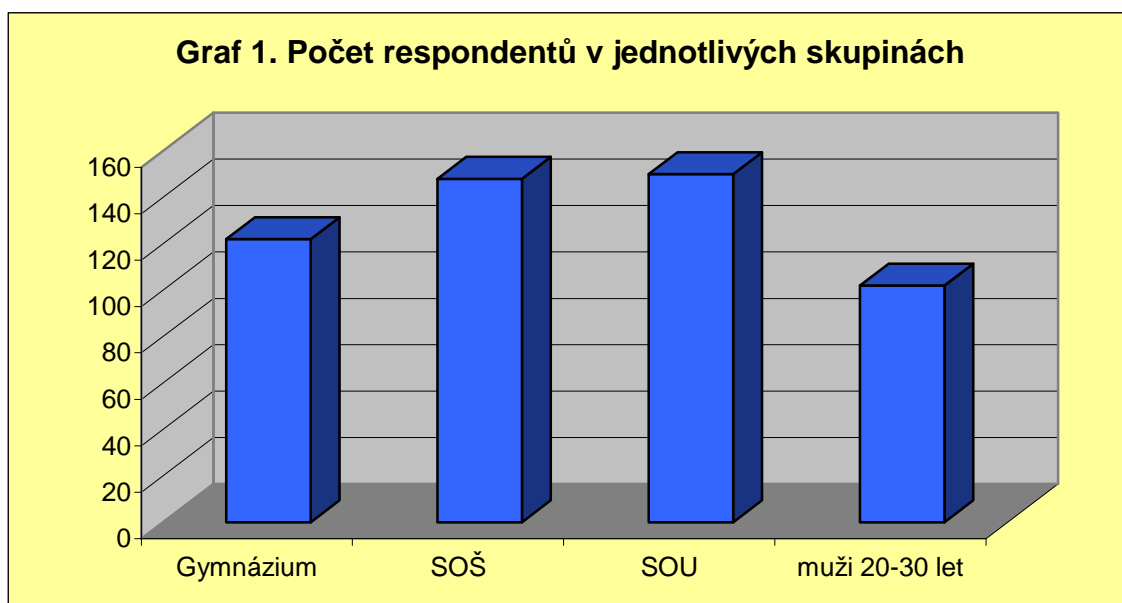
3. 2 Vymezení souboru

Zkoumaný soubor byl tvořen studenty středních škol v okrese Strakonice ve věku 15 - 21 let a dále náhodně vybranými muži ve věku 20 - 30 let. Výzkum byl proveden v listopadu a prosinci roku 2008. Soubor byl rozdělen na čtyři skupiny: studenti Gymnázia Strakonice (dále také „Gymnázium“), studenti Střední odborné školy Blatná (dále také „SOŠ“), studenti Středního odborného učiliště Blatná (dále také „SOU“) a muži ve věku 20 - 30 let (dále také „muži 20 - 30 let“).

3. 3 Faktory ovlivňující výběr souboru

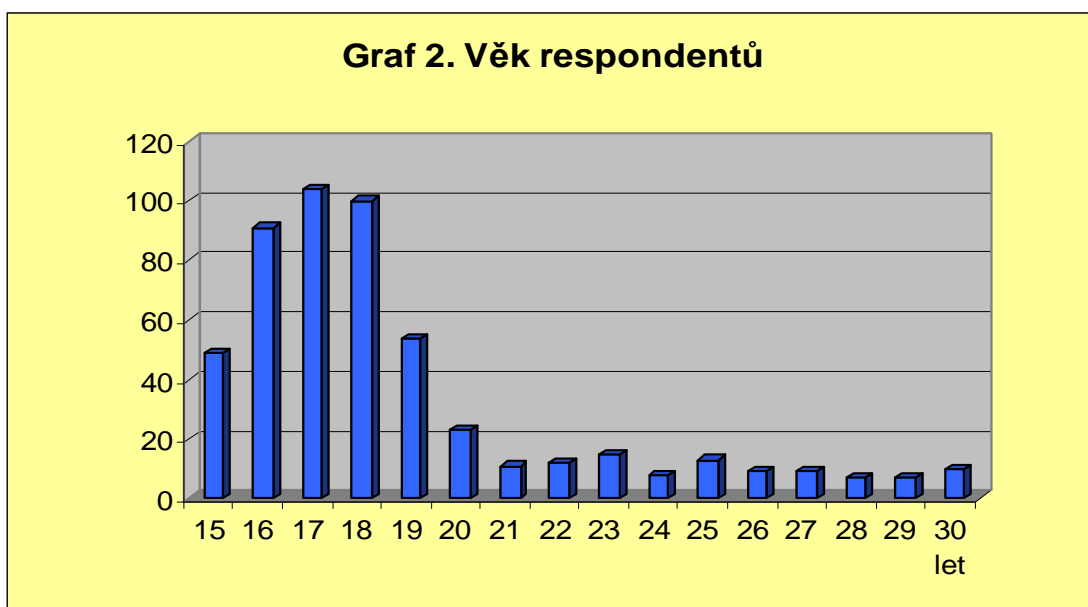
- a) Nejvyšší kumulace poruch příjmu potravy v rozmezí 15 - 30 let.
- b) Počátek onemocnění většinou mezi 13 - 18 rokem života.
- c) Školy s odlišným zaměřením – heterogenita souboru.
- d) Předpoklad vyšší návratnosti dotazníků při spolupráci se školou.

4. Výsledky



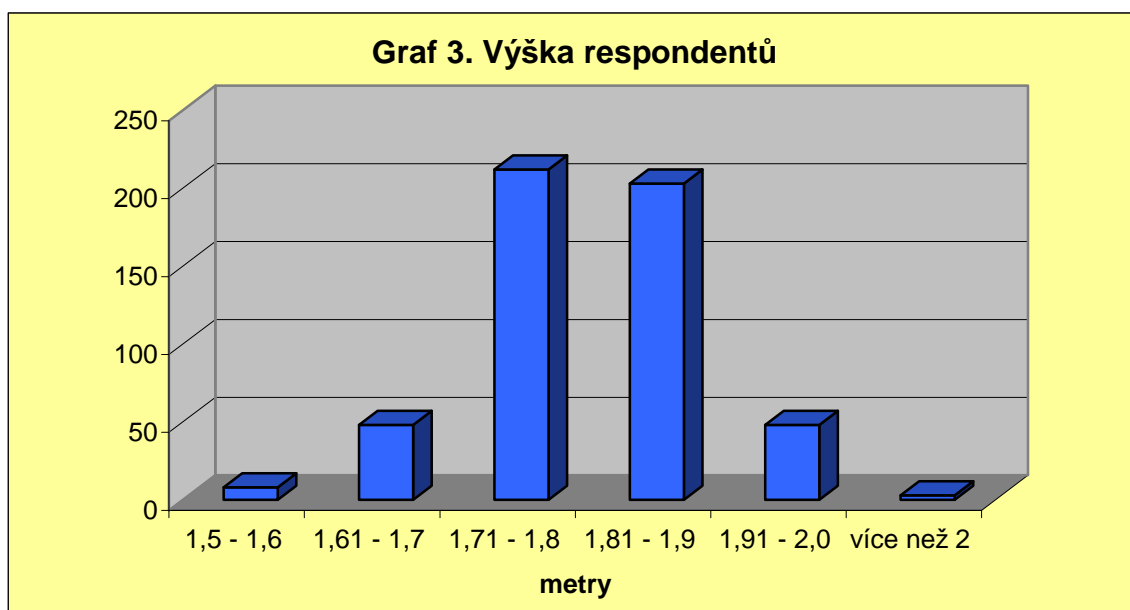
Zdroj: Vlastní výzkum

Zkoumaný soubor byl tvořen 522 respondenty, z nichž 122 bylo studenty Gymnázia Strakonice, 148 studenty Střední odborné školy Blatná (SOŠ), 150 studenty Středního odborného učiliště Blatná (SOU) a 102 náhodně vybraných mužů ve věku 20 - 30 let.



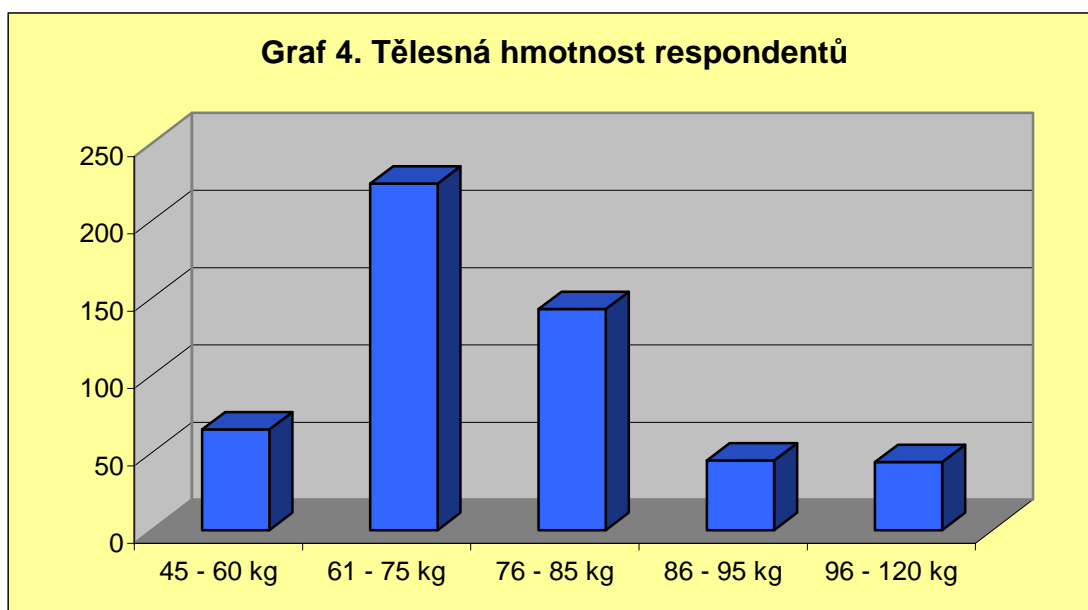
Zdroj: Vlastní výzkum

Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 15 - 30 let. 15 let bylo 49 respondentům, 16 let bylo 91 respondentům, 17 let bylo 104 respondentům, 18 let bylo 100 respondentům, 19 let bylo 54 respondentům, 20 let bylo 23 respondentům, 21 let bylo 11 respondentům, 22 let bylo 12 respondentům, 23 let bylo 15 respondentům, 24 let bylo 8 respondentům, 25 let bylo 13 respondentům, 26 let bylo 9 respondentům, 27 let bylo 9 respondentům, 28 let bylo 7 respondentům, 29 let bylo 9 respondentům, 30 let bylo 10 respondentům.



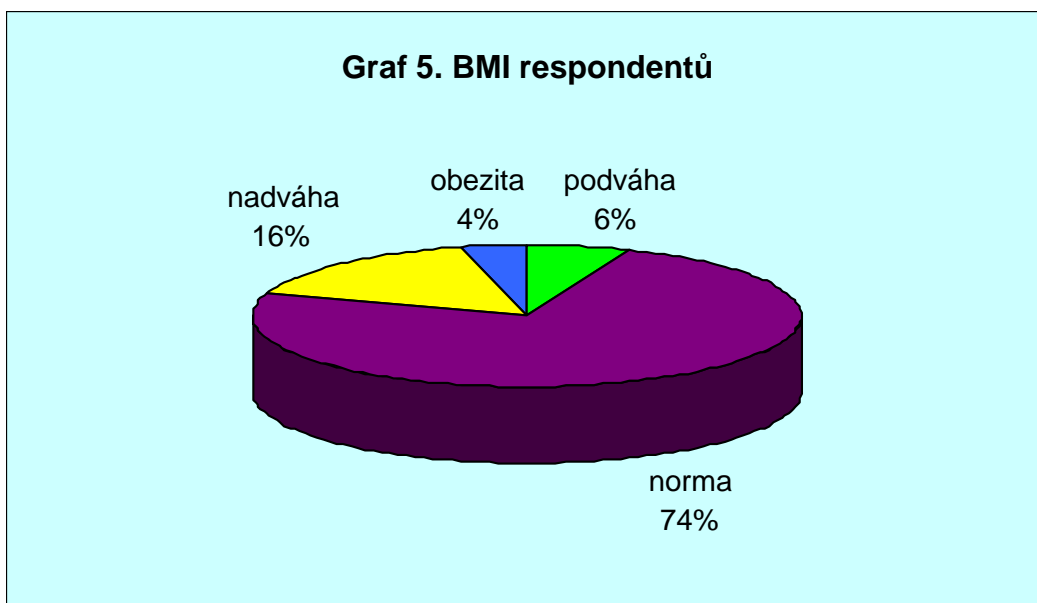
Zdroj: Vlastní výzkum

Tělesná výška 522 respondentů se pohybovala v rozmezí 1,50 – 2,02 metrů. 8 respondentů měřilo 1,5 – 1,6 metru, 48 respondentů měřilo 1,61 -1,7 metru, 212 respondentů měřilo 1,71 – 1,8 metru, 203 respondentů měřilo 1,81 – 1,9 metru, 48 respondentů měřilo 1,91 – 2,0 metrů a 3 respondenti měřili více než 2,0 metrů.



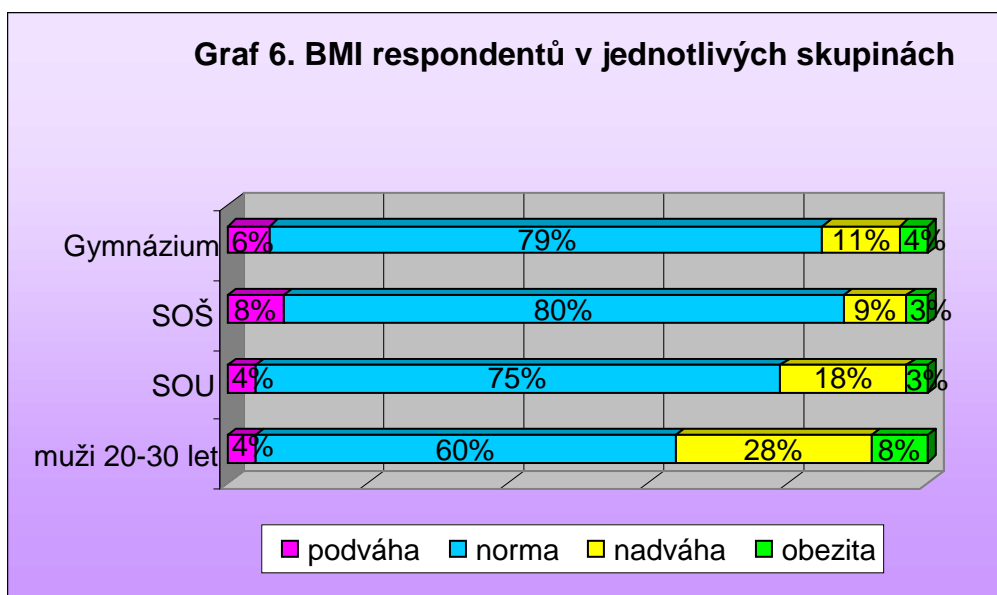
Zdroj: Vlastní výzkum

Tělesná hmotnost 522 respondentů se pohybovala v rozmezí 45 – 120 kg. 65 respondentů vážilo 45 – 60 kg, 224 respondentů vážilo 61 – 75 kg, 143 respondentů vážilo 76 – 85 kg, 45 respondentů vážilo 86 – 95 kg a 44 respondentů vážilo 96 – 120 kg.



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 522 respondentů mělo 29 (6 %) podváhu (BMI <18,5), 386 (74 %) mělo BMI v normě (BMI 18,5 – 24,99), 84 (16 %) mělo nadváhu (BMI 25 – 29,99) a 23 (4 %) bylo obézních (BMI > 30).



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 122 studentů Gymnázia mělo 7 (6 %) podváhu (BMI <18,5), 96 (79 %) mělo BMI v normě (BMI 18,5 – 24, 99), 14 (11%) mělo nadváhu (BMI 25 – 29,99) a 5 (4 %) bylo obézních (BMI > 30). Ze 148 studentů Střední odborné školy Blatná mělo 12 (8 %) studentů podváhu, 117 (80 %) studentů mělo BMI v normě, 14 (9 %) studentů mělo nadváhu a 5 (3 %) studentů bylo obézních. Ze 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná mělo 6 (4 %) studentů podváhu, 112 (75 %) studentů mělo BMI v normě, 27 (18 %) studentů mělo nadváhu a 5 (3 %) studentů bylo obézních. Ze 102 náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let měli 4 (4 %) respondenti podváhu, 61 (60 %) respondentů mělo BMI v normě, 29 (28 %) respondentů mělo nadváhu a 8 (8 %) bylo obézních.

Tabulka 1. Celkové hodnoty (522 respondentů)

	rozmezí hodnot	aritmetický průměr	modus	medián
věk (roky)	15 – 30	18,73	17	18
výška (m)	1,5 – 2,04	1,81	1,80	1,83
hmotnost (kg)	45 - 120	75,6	75	75
BMI	16,4 – 37,9	23,1	23,1	22,5
požadovaná výška (m)	1,5 – 2,1	1,84	1,80	1,85
požadovaná hmotnost (kg)	45 - 135	77,7	80	80
požadované BMI	16,4 – 36,5	22,8	22,7	22,5

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2. Gymnázium Strakonice (122 respondentů)

	rozmezí hodnot	aritmetický průměr	modus	medián
věk	15 - 20	17,2	17	17
výška (m)	1,58 – 2,04	1,81	1,8	1,8
hmotnost (kg)	45 - 120	73,8	85	73
BMI	16,6 – 37,9	22,5	21,6	22,2
požadovaná výška (m)	1,5 - 2,1	1,85	1,8	1,85
požadovaná hmotnost (kg)	45 - 105	75,3	70	75
požadované BMI	16,6 – 28,1	21,9	21,5	21,7

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 3. Střední odborná škola Blatná (148 respondentů)

	rozmezí hodnot	aritmetický průměr	modus	medián
věk	15 - 21	17,3	18	17
výška (m)	1,54 - 2	1,81	1,8	1,82
hmotnost (kg)	50 - 120	74,1	65	72,5
BMI	16,9 - 34,3	22,5	19,6	22,1
požadovaná výška (m)	1,68 - 2,1	185,1	1,9	1,85
požadovaná hmotnost (kg)	50 - 135	77,7	80	80
požadované BMI	20,45 - 27,8	22,6	22,2	22,2

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 4. Střední odborné učiliště Blatná (150 respondentů)

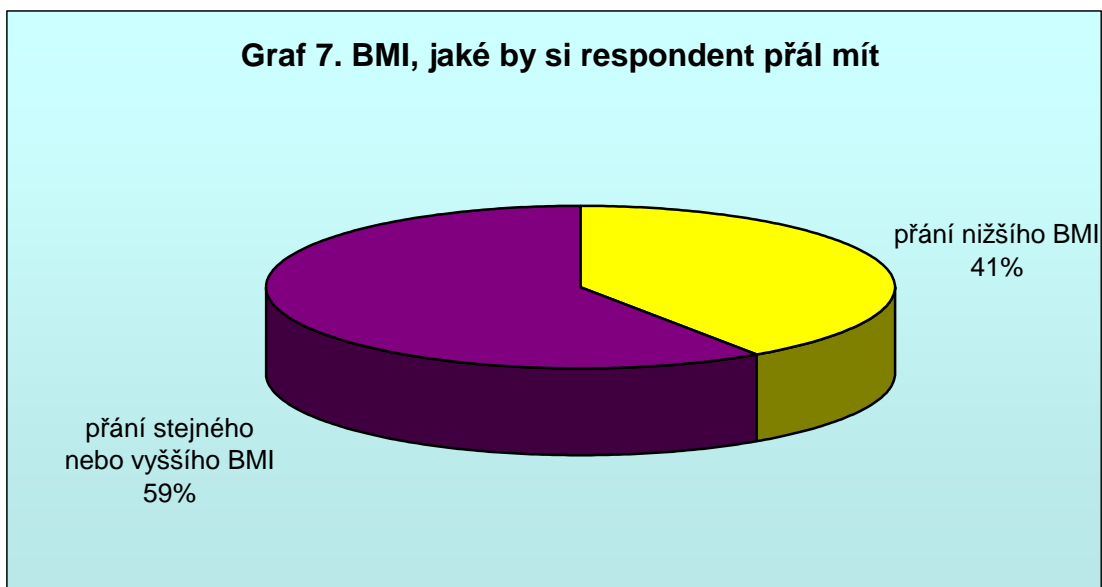
	rozmezí hodnot	aritmetický průměr	modus	medián
věk	15 - 21	17,2	17	17
výška (m)	1,5 - 2	1,79	1,8	1,8
hmotnost (kg)	45 - 108	75,6	80	75
BMI	16,4 – 35,3	23,4	23,1	23,2
požadovaná výška (m)	1,6 – 2,02	183,4	1,8	1,83
požadovaná hmotnost (kg)	50 - 125	78,3	80	79,5
požadované BMI	16,4 – 36,5	23,2	23,4	23,2

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 5. Skupina náhodně vybraných mužů ve věku 20 - 30 let
(102 respondentů)**

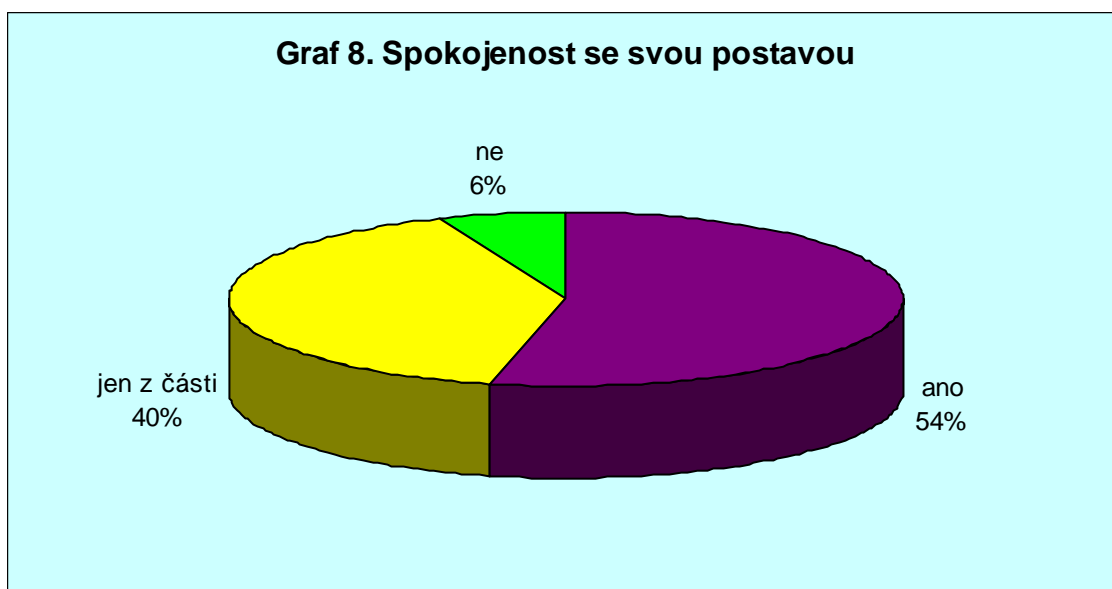
	rozmezí hodnot	aritmetický průměr	modus	medián
věk	20 – 30	25	23	25
výška (m)	1,6 – 2,02	1,82	1,8	1,8
hmotnost (kg)	55 - 120	80,3	85	80
BMI	17,9 - 36	24,3	24,7	24
požadovaná výška (m)	1,65 – 2,1	1,84	1,8	1,85
požadovaná hmotnost (kg)	52 - 102	79,6	80	80
požadované BMI	18 – 29,9	23,4	22	24,7

Zdroj: Vlastní výzkum



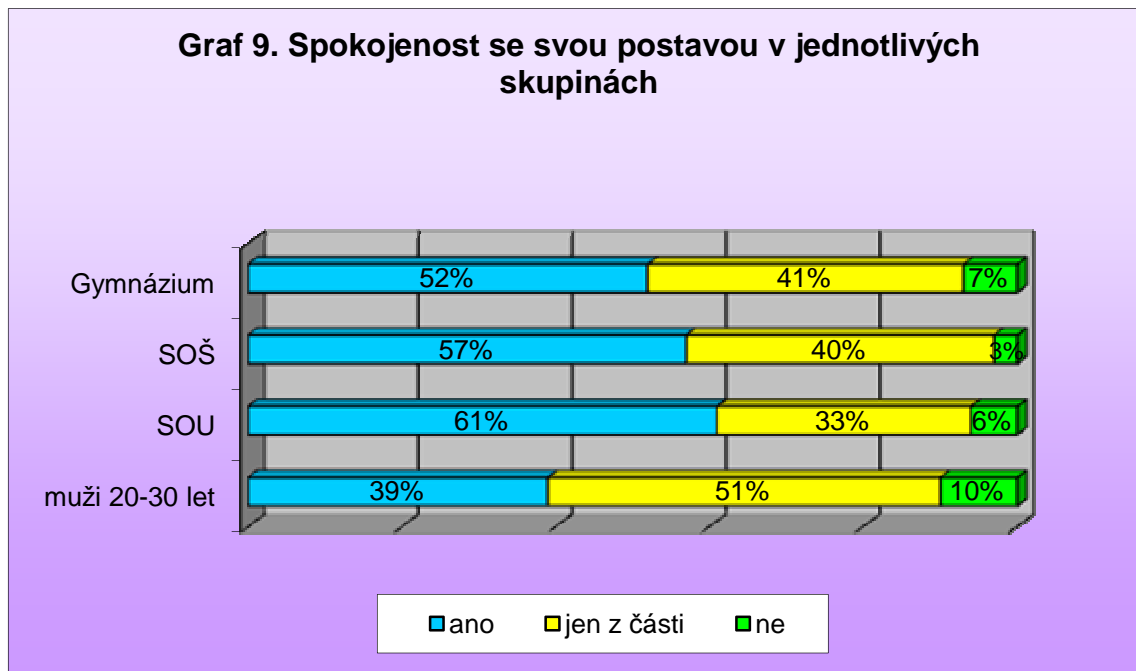
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 2 dotazníku „Jakou byste si přál mít výšku a hmotnost“ odpovědělo 522 respondentů. Z hodnot výšky a hmotnosti byl vypočten BMI. 310 (59 %) respondentů si přálo mít stejnou nebo vyšší hodnotu BMI a 212 (41 %) respondentů si přálo mít tuto hodnotu nižší.



Zdroj: Vlastní výzkum

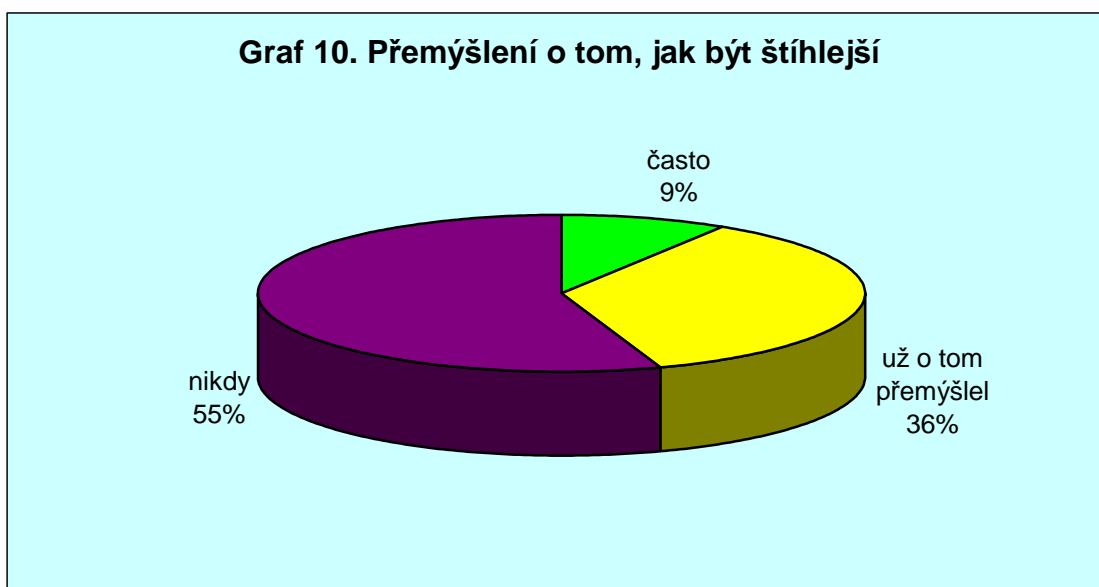
Na otázku, týkající se spokojenosti s vlastní postavou, odpovědělo 522 respondentů. 280 respondentů (54 %) bylo spokojeno se svou postavou, 210 (40 %) respondentů bylo spokojeno se svou postavou jen z části a 32 (6 %) respondentů nebylo spokojeno se svou postavou.



Zdroj: Vlastní výzkum

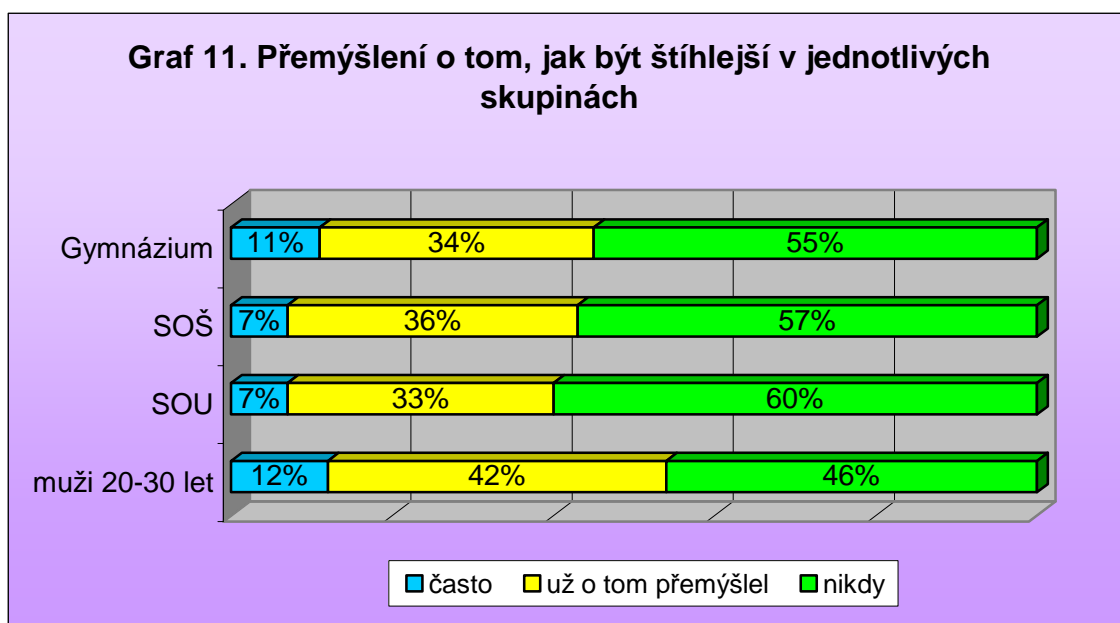
Na otázku týkající se spokojenosti se svou postavou odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 64 (52 %) bylo spokojeno se svou postavou, 50 (41 %) bylo se svou postavou spokojeno jen z části a 8 (7 %) nebylo spokojeno se svou postavou. Dále na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 84 (57 %) bylo spokojeno se svou postavou, 59 (40 %) bylo se svou postavou spokojeno jen z části a 5 (3 %) nebylo spokojeno se svou postavou. Na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 92 (61 %) bylo spokojeno se svou postavou, 49 (33 %) bylo se svou postavou spokojeno jen z části a 9 (6 %) nebylo spokojeno se svou postavou. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 40 (39 %) bylo spokojeno se svou postavou, 52 (51 %) bylo se svou postavou spokojeno jen z části a 10 (10 %) nebylo spokojeno se svou postavou.

Graf 10. Přemýšlení o tom, jak být štíhlejší

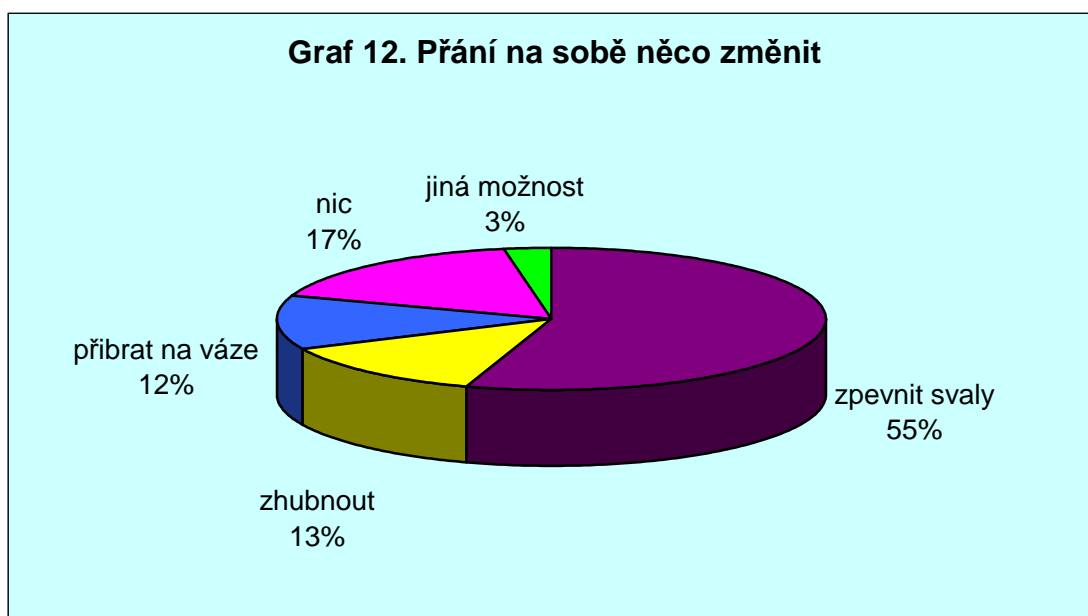


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 4 dotazníku „Přemýšlel jste někdy o tom, jak být štíhlejší?“ odpovědělo 522 respondentů. 46 (9 %) respondentů odpovědělo, že často přemýšlí o tom, jak být štíhlejší. 187 (36 %) respondentů odpovědělo, že o tom, jak být štíhlejší, už někdy přemýšlelo. 289 (55 %) respondentů nepřemýšlí o tom, jak být štíhlejší.

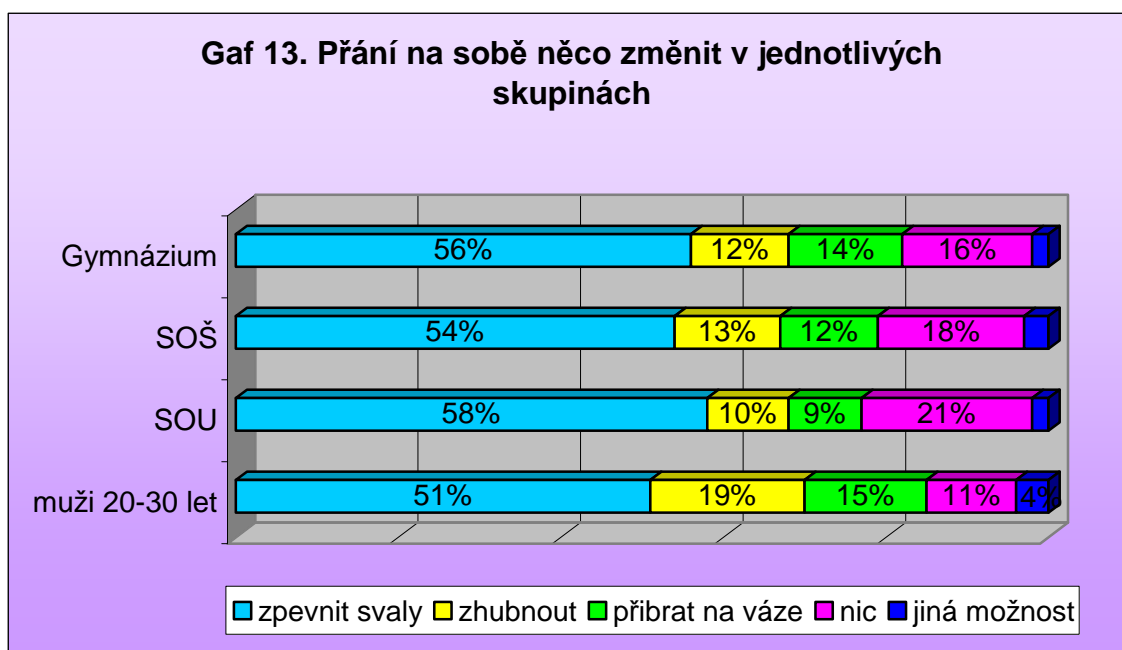


Na otázku číslo 4 dotazníku „Přemýšlel jste někdy o tom, jak být štíhlejší?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 13 (11 %) odpovědělo, že často přemýšlí o tom, jak být štíhlejší, 41 (34 %) odpovědělo, že o tom, jak být štíhlejší, už někdy přemýšleli a 68 (55 %) nepřemýšlí o tom, jak být štíhlejší. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 11 (7 %) odpovědělo, že často přemýšlí o tom, jak být štíhlejší, 53 (36 %) odpovědělo, že o tom, jak být štíhlejší, už někdy přemýšleli a 84 (57 %) nepřemýšlí o tom, jak být štíhlejší. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště v Blatné, z nichž 10 (7 %) odpovědělo, že často přemýšlí o tom, jak být štíhlejší, 50 (33 %) odpovědělo, že o tom, jak být štíhlejší, už někdy přemýšleli a 90 (60 %) nepřemýšlí o tom, jak být štíhlejší. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 12 (12 %) odpovědělo, že často přemýšlí o tom, jak být štíhlejší, 43 (42 %) odpovědělo, že o tom, jak být štíhlejší, už někdy přemýšleli a 47 (46 %) nepřemýšlí o tom, jak být štíhlejší.



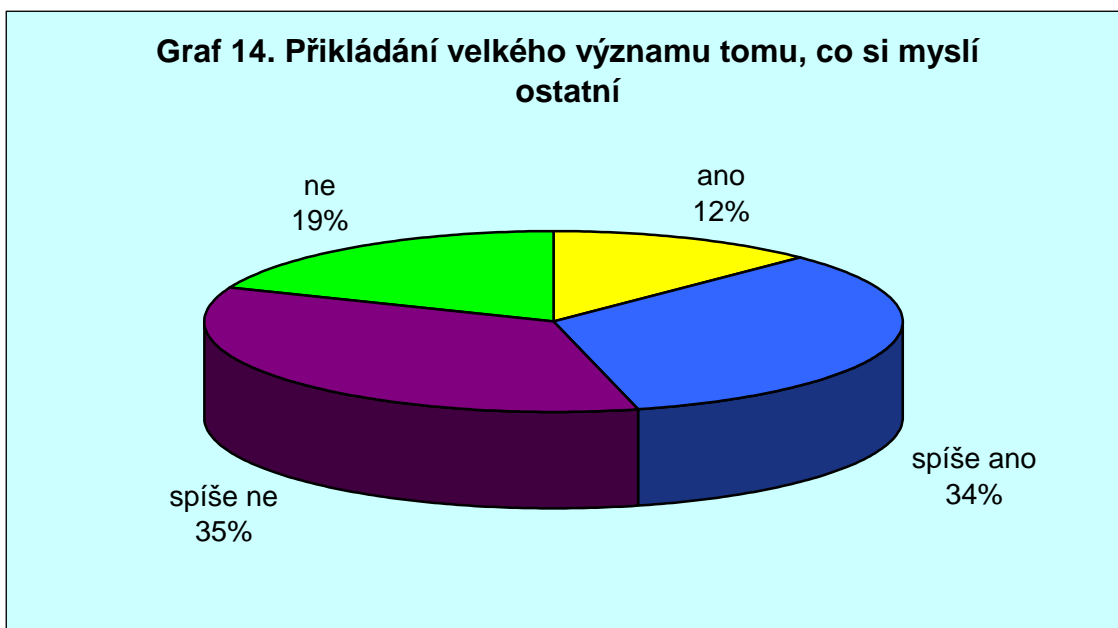
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 5 dotazníku „Co byste na Vaší postavě chtěl změnit?“ odpovědělo 522 respondentů. 287 (55 %) respondentů by chtělo zpevnit svaly, 68 (13 %) respondentů by chtělo zhubnout, 64 (12 %) respondentů by chtělo přibrat na váze, 89 (17 %) by na sobě nic neměnilo a 14 (3 %) respondentů odpovědělo slovně jinou možností.



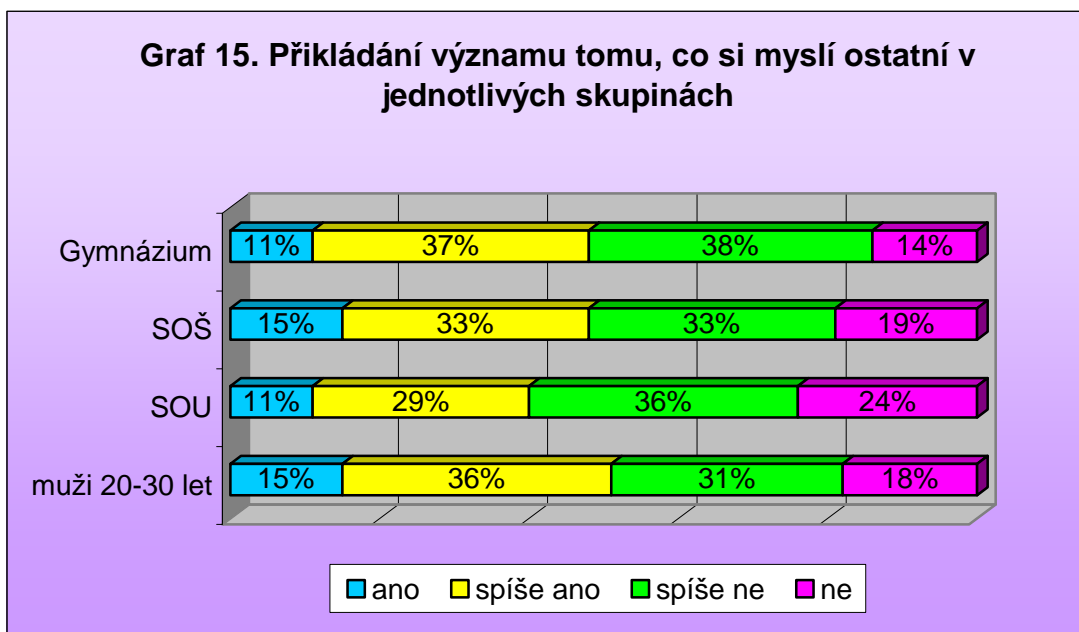
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 5 dotazníku „Co byste na Vaší postavě chtěl změnit?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 68 (56 %) by chtělo zpevnit svaly, 15 (12 %) by chtělo zhubnout, 17 (14 %) by chtělo přibrat na váze, 19 (16 %) by na sobě nic neměnilo a 3 (2 %) odpověděli slovně jinou možností. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 80 (54 %) by chtělo zpevnit svaly, 19 (13 %) by chtělo zhubnout, 18 (12 %) by chtělo přibrat na váze, 27 (18 %) by na sobě nic neměnilo a 4 (3 %) odpověděli slovně jinou možností. Dále odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 87 (58 %) by chtělo zpevnit svaly, 15 (10 %) by chtělo zhubnout, 14 (9 %) by chtělo přibrat na váze, 31 (21 %) by na sobě nic neměnilo a 3 (2 %) odpověděli slovně jinou možností. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 52 (51 %) by chtělo zpevnit svaly, 19 (19 %) by chtělo zhubnout, 15 (15 %) by chtělo přibrat na váze, 12 (11 %) by na sobě nic neměnilo a 4 (4 %) odpověděli slovně jinou možností.



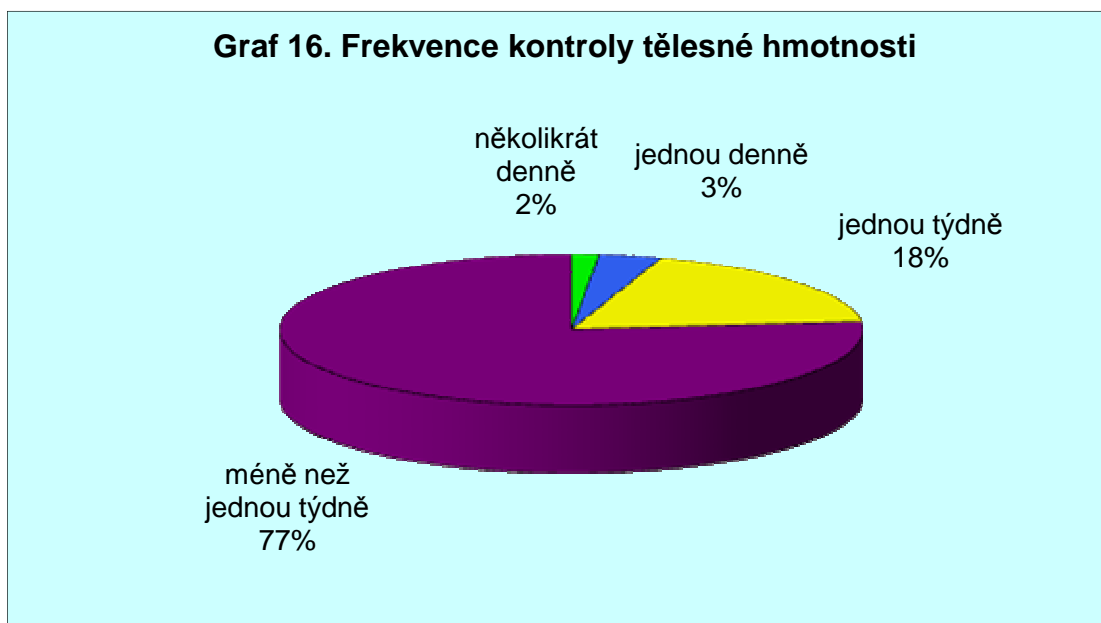
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 6 dotazníku „Přikládáte velký význam tomu, co si o Vás myslí ostatní?“ odpovědělo 522 respondentů. 65 (12 %) respondentů přikládá velký význam tomu, co si o něm myslí ostatní. 175 (34 %) respondentů odpovědělo na tuto otázku „spíše ano“, 183 (35 %) respondentů odpovědělo na tuto otázku „spíše ne“ a 99 (19 %) respondentů nepřikládá velký význam tomu, co si o něm myslí ostatní.



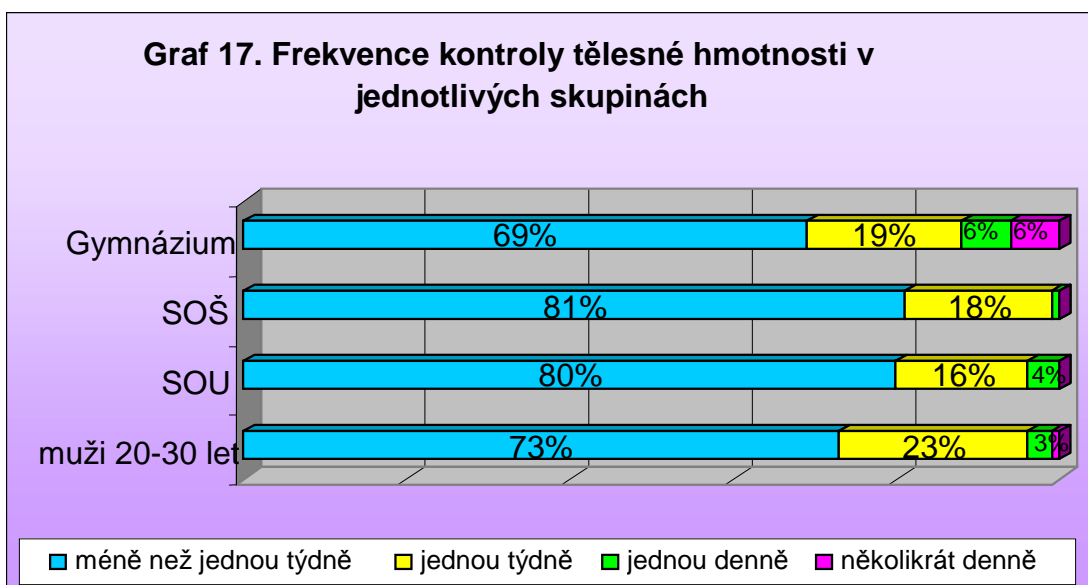
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 6 dotazníku „Příkladáte velký význam tomu, co si o Vás myslí ostatní?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 14 (11 %) příkládá velký význam tomu, co si o něm myslí ostatní, 45 (37 %) odpovědělo na tuto otázku „spíše ano“, 46 (38 %) odpovědělo na tuto otázku „spíše ne“ a 17 (14 %) nepřikládá velký význam tomu, co si o něm myslí ostatní. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 20 (15 %) příkládá velký význam tomu, co si o něm myslí ostatní, 50 (33 %) odpovědělo na tuto otázku „spíše ano“, 50 (33 %) odpovědělo na tuto otázku „spíše ne“ a 28 (19 %) nepřikládá velký význam tomu, co si o něm myslí ostatní. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 16 (11 %) příkládá velký význam tomu, co si o něm myslí ostatní, 43 (29 %) odpovědělo na tuto otázku „spíše ano“, 55 (36 %) odpovědělo na tuto otázku „spíše ne“ a 36 (24 %) nepřikládá velký význam tomu, co si o něm myslí ostatní. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 15 (15 %) příkládá velký význam tomu, co si o něm myslí ostatní, 37 (36 %) odpovědělo na tuto otázku „spíše ano“, 32 (31 %) odpovědělo na tuto otázku „spíše ne“ a 18 (18 %) nepřikládá velký význam tomu, co si o něm myslí ostatní.



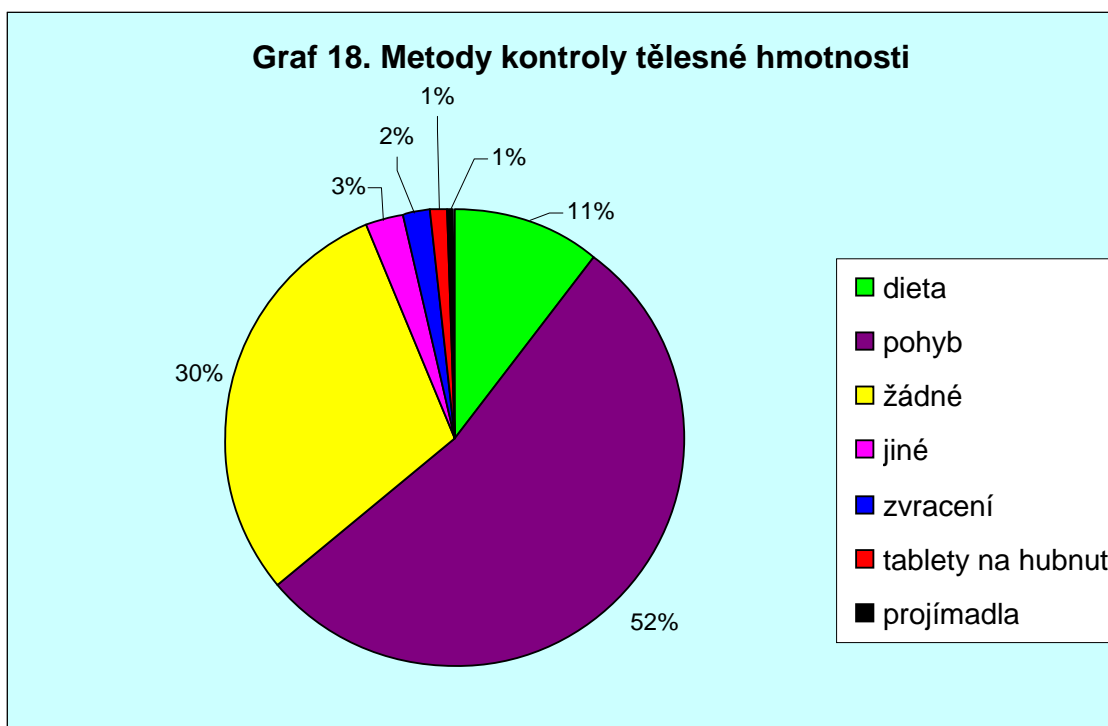
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 7 dotazníku „Jak často kontrolujete svou váhu?“ odpovědělo 522 respondentů. 8 (2 %) respondentů kontrolovalo svou váhu několikrát denně, 18 (3 %) respondentů kontrolovalo svou váhu jednou denně, 96 (18 %) respondentů kontrolovalo svou váhu jednou týdně a 399 (77 %) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně.



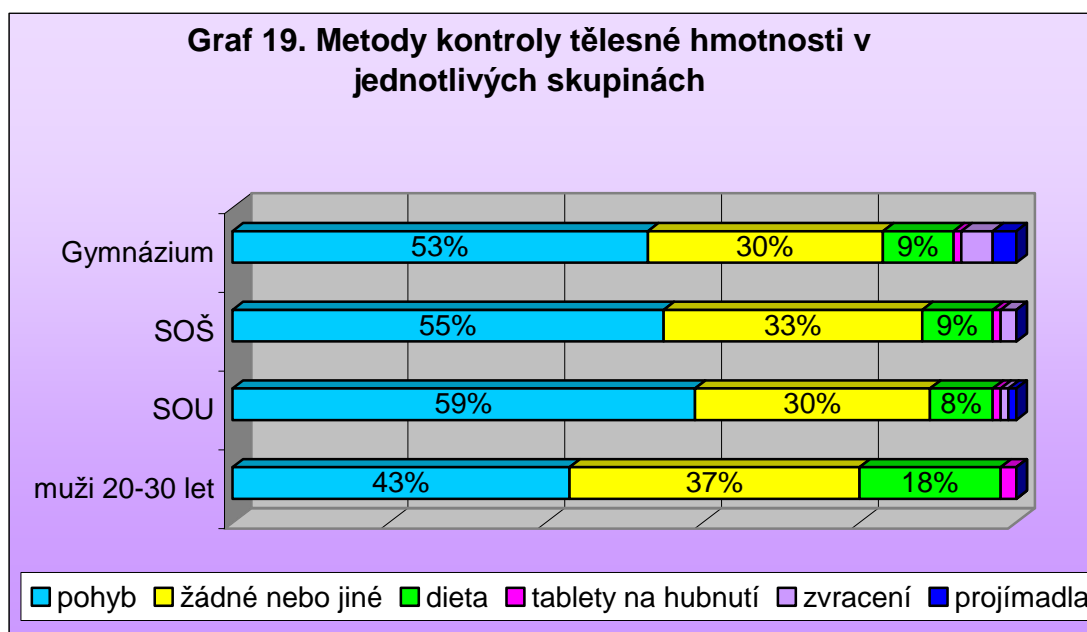
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 7 dotazníku „Jak často kontrolujete svou váhu?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 7 (6 %) kontrolovalo svou váhu několikrát denně, 7 (6 %) kontrolovalo svou váhu jednou denně, 23 (19 %) kontrolovalo svou váhu jednou týdně a 84 (69 %) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž žádný (0 %) nekontroloval svou váhu několikrát denně, 2 (1 %) kontrolovali svou váhu jednou denně, 26 (18 %) kontrolovalo svou váhu jednou týdně a 120 (81 %) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž žádný (0 %) nekontroloval svou váhu několikrát denně, 6 (4 %) kontrolovalo svou váhu jednou denně, 24 (16 %) kontrolovalo svou váhu jednou týdně a 120 (80 %) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 1 (1 %) kontroloval svou váhu několikrát denně, 3 (3 %) kontrolovali svou váhu jednou denně, 23 (23 %) kontrolovalo svou váhu jednou týdně a 75 (73 %) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 8 dotazníku „Jaké metody používáte ve snaze zhubnout?“ odpovědělo 522 respondentů. U této otázky byla možnost vyznačit více odpovědí. 310 (52 %) respondentů používalo ve snaze zhubnout pohyb, 62 (11 %) respondentů drželo ve snaze zhubnout dietu, 173 (30 %) respondentů nepoužívalo žádnou metodu kontroly tělesné hmotnosti, 15 (3 %) respondentů používalo jiné metody k hubnutí, 11 (2%) respondentů používalo jako metodu tělesné hmotnosti zvracení, 6 (1 %) respondentů používalo tablety na hubnutí a 4 (1 %) respondenti používali ve snaze zhubnout projímadla.

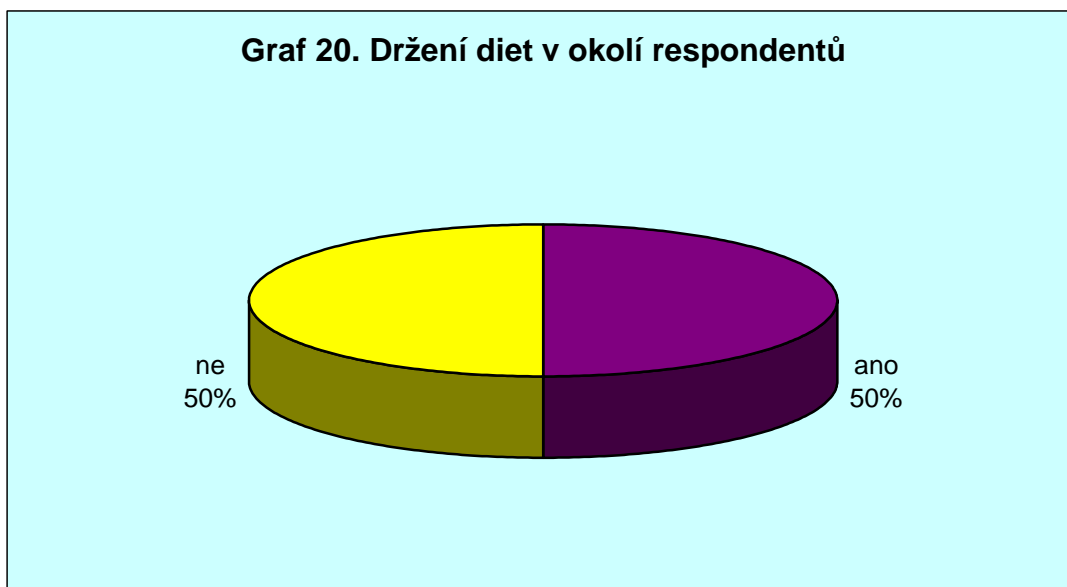


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 8 dotazníku „Jaké metody používáte ve snaze zhubnout?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 73 (53 %) používalo ve snaze zhubnout pohyb, 13 (9 %) drželo ve snaze zhubnout dietu, 41 (30 %) nepoužívalo žádnou metodu kontroly tělesné hmotnosti nebo jinou metodu než bylo uvedeno, 5 (4 %) používalo jako metodu tělesné hmotnosti zvracení, 2 (1 %) používalo tablety na hubnutí a 3 (3 %) používali ve snaze zhubnout projímadla. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 91 (55 %) používalo ve snaze zhubnout pohyb, 15 (9 %) drželo ve snaze zhubnout dietu, 54 (33 %) nepoužívalo žádnou metodu kontroly tělesné hmotnosti nebo jinou metodu než bylo uvedeno, 4 (2 %) používalo jako metodu tělesné hmotnosti zvracení, 1 (1 %) respondent používal tablety na hubnutí a žádný (0 %) student nepoužíval ve snaze zhubnout projímadla. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 94 (59 %) používalo ve snaze zhubnout pohyb, 12 (8 %) drželo ve snaze zhubnout dietu, 49 (30 %) nepoužívalo žádnou metodu kontroly tělesné hmotnosti nebo jinou metodu než bylo uvedeno, 2 (1 %) používalo jako metodu tělesné hmotnosti zvracení, 1 (1 %) používal tablety na hubnutí a 1 (1 %) používal ve snaze zhubnout projímadla. Ve skupině náhodně

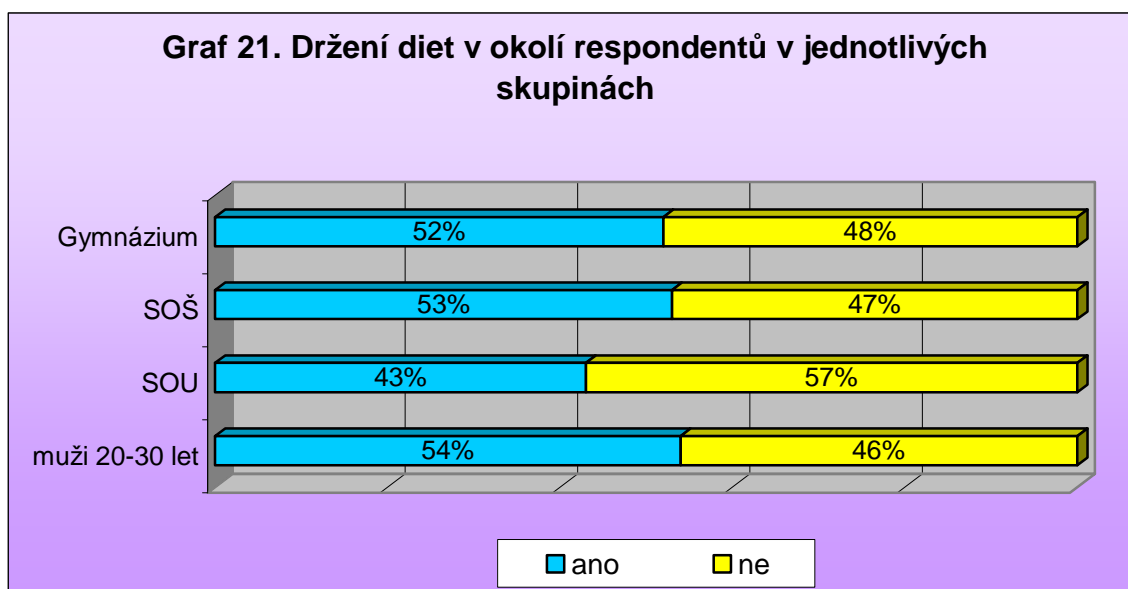
vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 52 (43 %) používalo ve snaze zhubnout pohyb, 22 (18 %) drželo ve snaze zhubnout dietu, 44 (37 %) nepoužívalo žádnou metodu kontroly tělesné hmotnosti nebo jinou metodu než bylo uvedeno, žádný (0 %) respondent nepoužíval jako metodu tělesné hmotnosti zvracení, 2 (2 %) používali tablety na hubnutí a žádný (0 %) respondent nepoužíval ve snaze zhubnout projímadla.

Graf 20. Držení diet v okolí respondentů

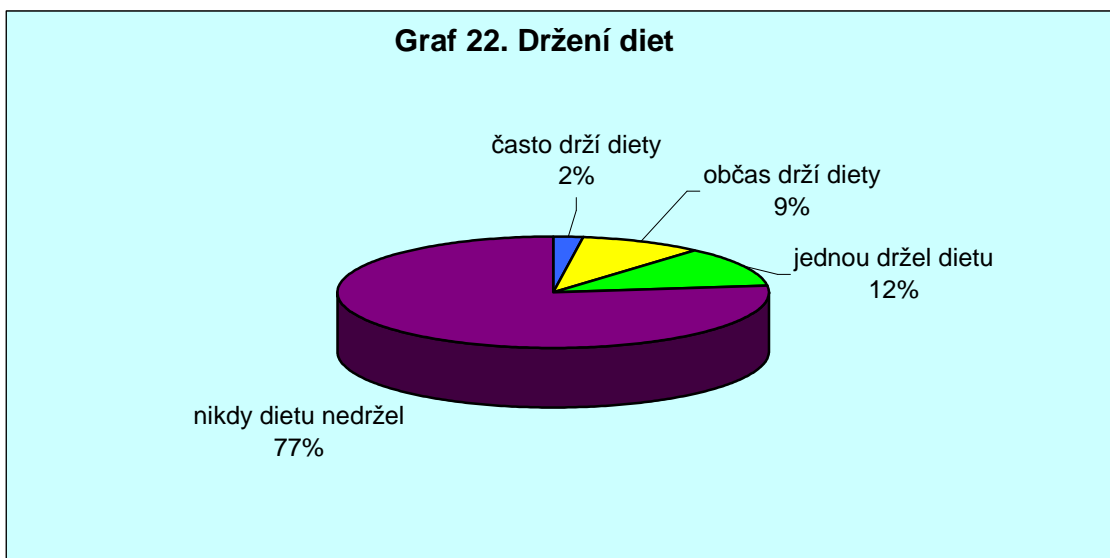


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 9 dotazníku „Drží někdo z Vašeho okolí dietu?“ odpovědělo 522 respondentů. 261 (50 %) respondentů odpovědělo, že někdo z jejich okolí dietu drží. 261 (50 %) respondentů odpovědělo, že nikdo z jejich okolí dietu nedrží.



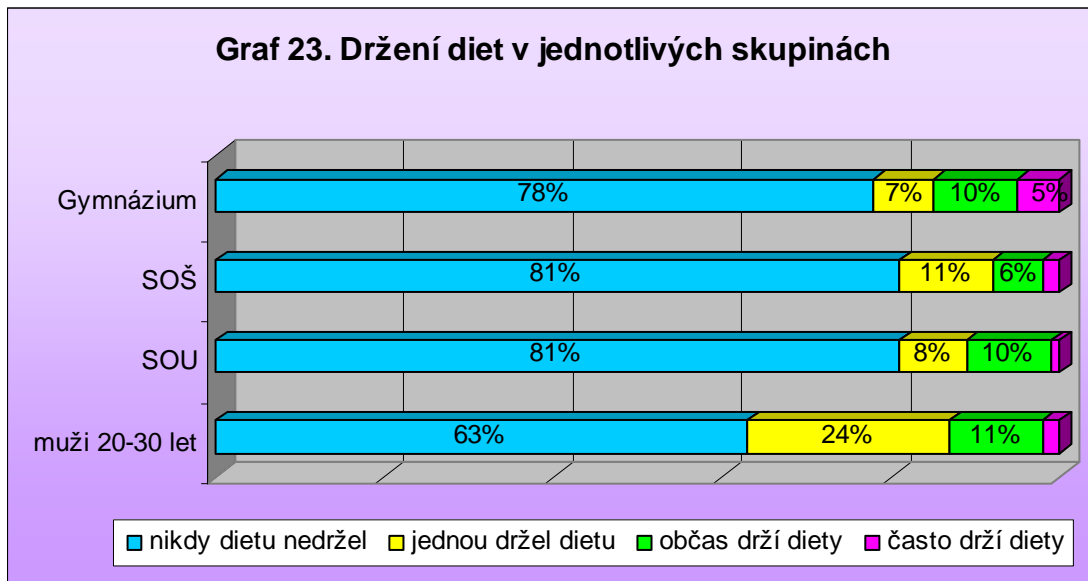
Na otázku číslo 9 dotazníku „Drží někdo z Vašeho okolí dietu?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 63 (52 %) odpovědělo „ano“ a 59 (48 %) odpovědělo „ne“. Ze 148 studentů Střední odborné školy Blatná odpovědělo 79 (53 %) „ano“ a 69 (47 %) odpovědělo „ne“. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 64 (43 %) odpovědělo „ano“ a 86 (57 %) odpovědělo „ne“. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 55 (54 %) odpovědělo „ano“ a 47 (46 %) odpovědělo „ne“.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 10 dotazníku „Držel jste někdy dietu ve snaze zhubnout?“ odpovědělo 522 respondentů. 12 (2 %) respondentů drželo dietu často, 47 (9 %) drželo dietu občas, 61 (12 %) respondentů jednou dietu drželo a 402 (77 %) respondentů nikdy dietu nedrželo.

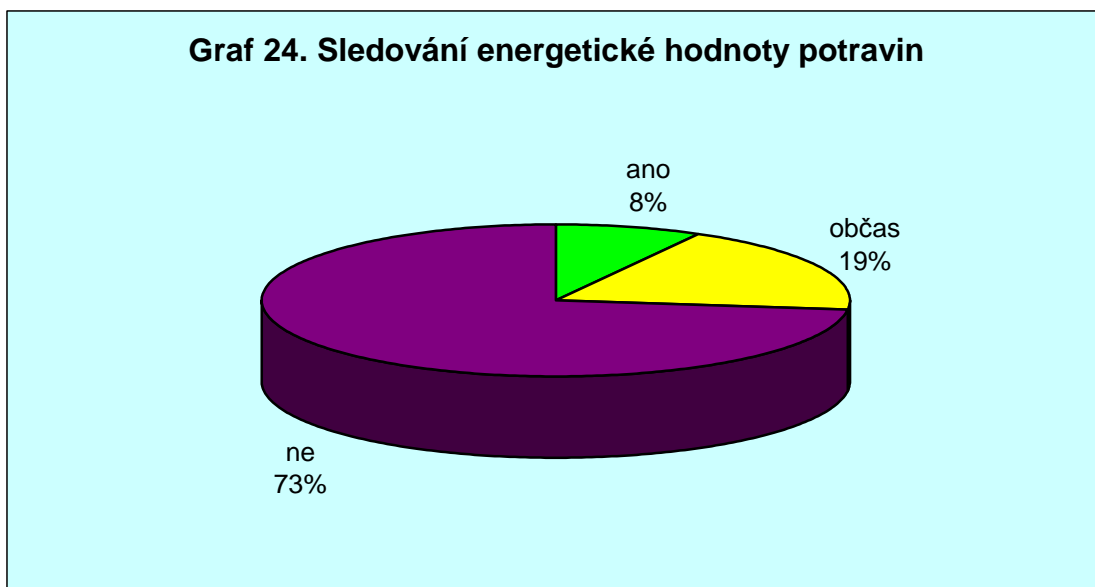
Zdroj: Vlastní výzkum



Zdroj: Vlastní výzkum

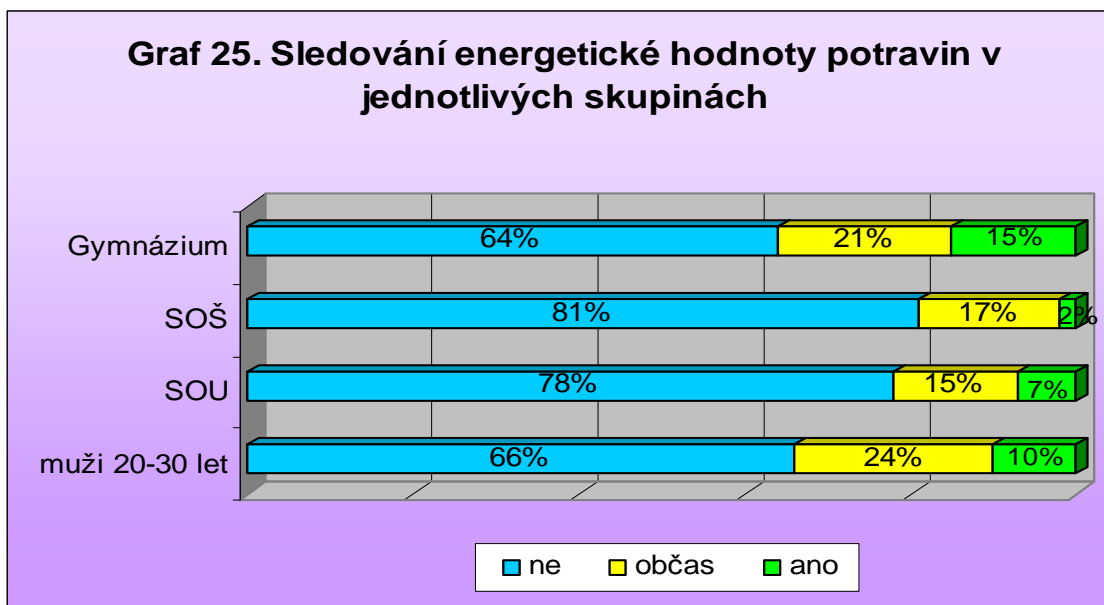
Na otázku číslo 10 dotazníku „Držel jste někdy dietu ve snaze zhubnout?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 6 (5 %) drželo dietu často, 12 (10 %) drželo dietu občas, 9 (7 %) jednou dietu drželo a 95 (78 %) nikdy dietu nedržel. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 3 (2 %) drželo dietu často, 9 (6 %) drželo dietu občas, 16 (11 %) jednou dietu drželo a 120 (81 %) nikdy dietu nedržel. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 1 (1 %) držel dietu často, 15 (10 %) drželo dietu občas, 12 (8 %) jednou dietu drželo a 122 (81 %) nikdy dietu nedržel. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 2 (2 %) drželi dietu často, 11 (11 %) drželo dietu občas, 24 (24 %) jednou dietu drželo a 65 (63 %) nikdy dietu nedržel.

Graf 24. Sledování energetické hodnoty potravin



Zdroj: Vlastní výzkum

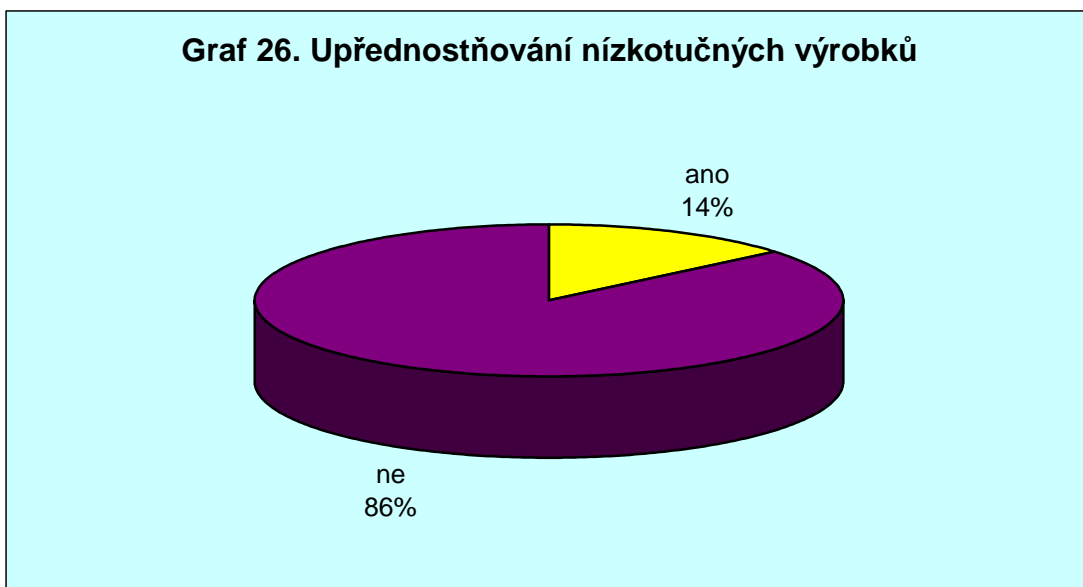
Na otázku číslo 11 dotazníku „Sledujete energetickou hodnotu potravin?“ odpovědělo 522 respondentů. 42 (8 %) respondentů odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin sleduje. 98 (19 %) respondentů odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin sleduje občas a 382 (73 %) respondentů odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin nesleduje.



Zdroj: Vlastní výzkum

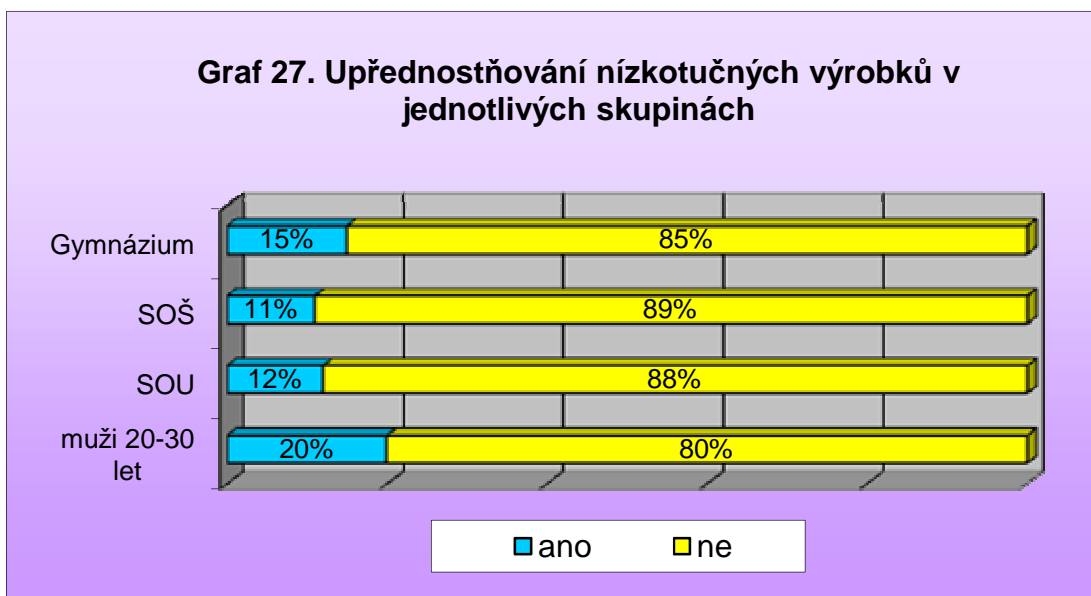
Na otázku číslo 11 dotazníku „Sledujete energetickou hodnotu potravin?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 18 (15 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin sleduje, 26 (21 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin sleduje občas a 78 (64 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin nesleduje. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 3 (2 %) odpověděli, že energetickou hodnotu potravin sleduje, 25 (17 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin sleduje občas a 120 (81 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin nesleduje. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 11 (7 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin sleduje, 23 (15 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin sleduje občas a 116 (78 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin nesleduje. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 10 (10 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin sleduje, 24 (24 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin sleduje občas a 68 (66 %) odpovědělo, že energetickou hodnotu potravin nesleduje.

Graf 26. Upřednostňování nízkotučných výrobků



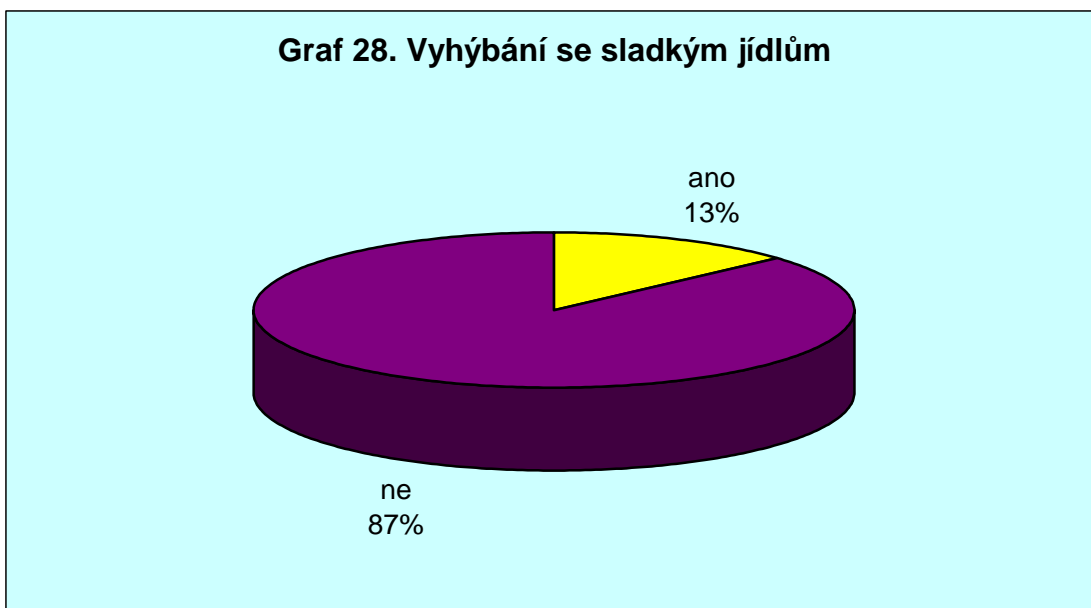
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 12 dotazníku „Upřednostňujete nízkotučné výrobky?“ odpovědělo 522 respondentů. 72 (14 %) respondentů upřednostňovalo nízkotučné výrobky a 448 (86 %) respondentů nízkotučné výrobky neupřednostňovalo.



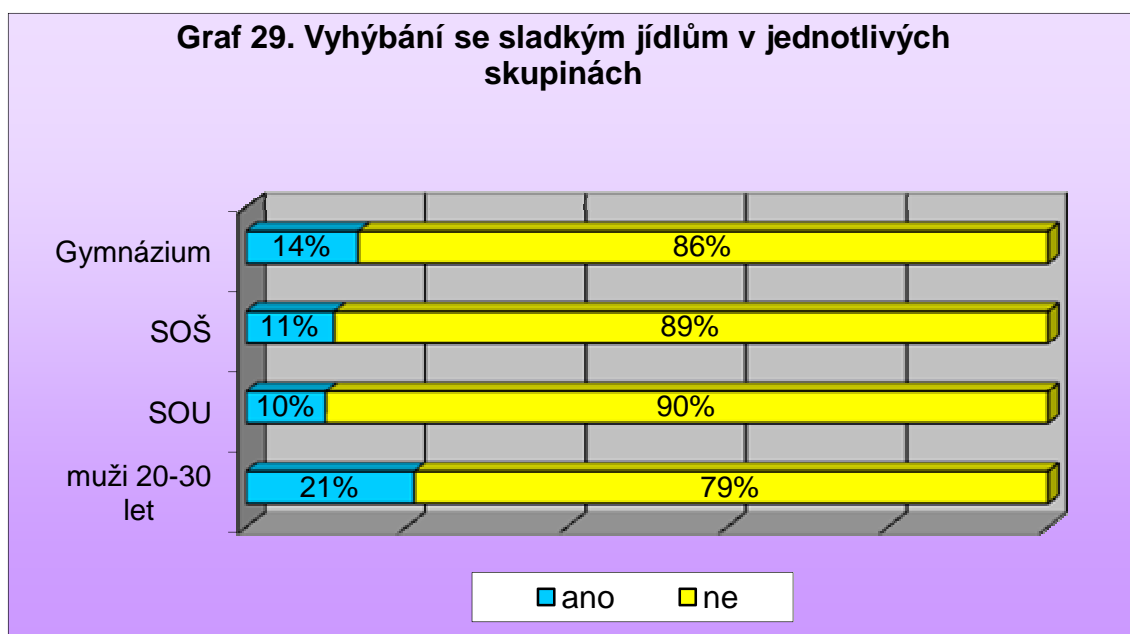
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 12 dotazníku „Upřednostňujete nízkotučné výrobky?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 18 (15 %) upřednostňovalo nízkotučné výrobky a 103 (85 %) nízkotučné výrobky neupřednostňovalo. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 16 (11 %) upřednostňovalo nízkotučné výrobky a 132 (89 %) nízkotučné výrobky neupřednostňovalo. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 18 (12 %) upřednostňovalo nízkotučné výrobky a 131 (88 %) nízkotučné výrobky neupřednostňovalo. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 20 (20 %) upřednostňovalo nízkotučné výrobky a 82 (80 %) nízkotučné výrobky neupřednostňovalo.



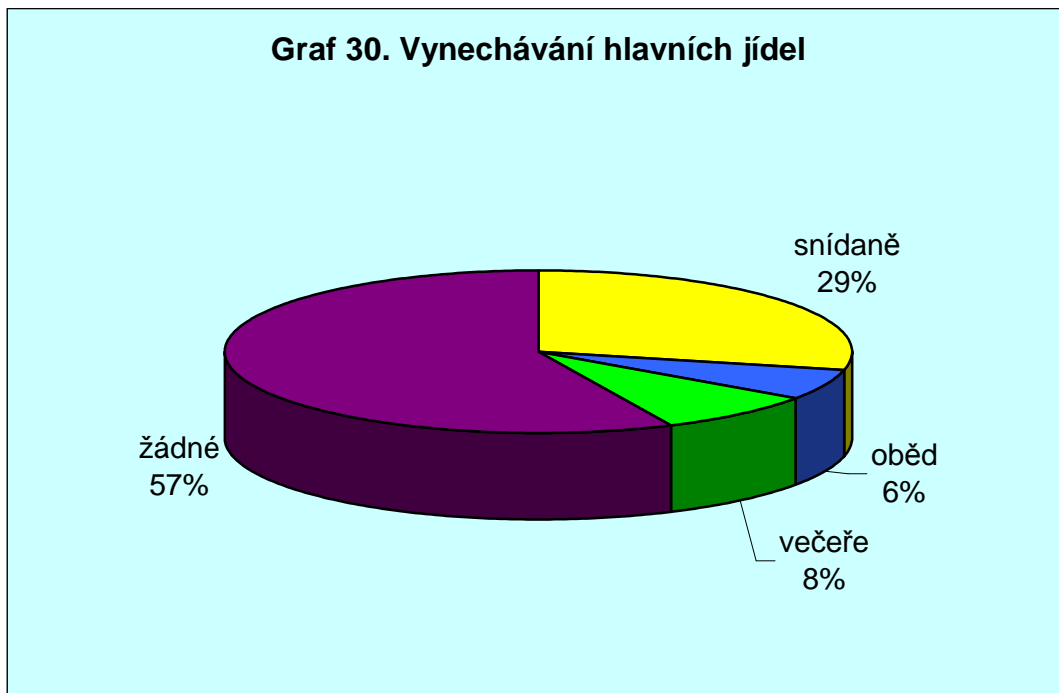
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 13 dotazníku „Vyhýbáte se sladkým jídlům?“ odpovědělo 522 respondentů. 69 (13 %) respondentů se sladkým jídlům vyhýbalo a 453 (87 %) se sladkým jídlům nevyhýbalo.



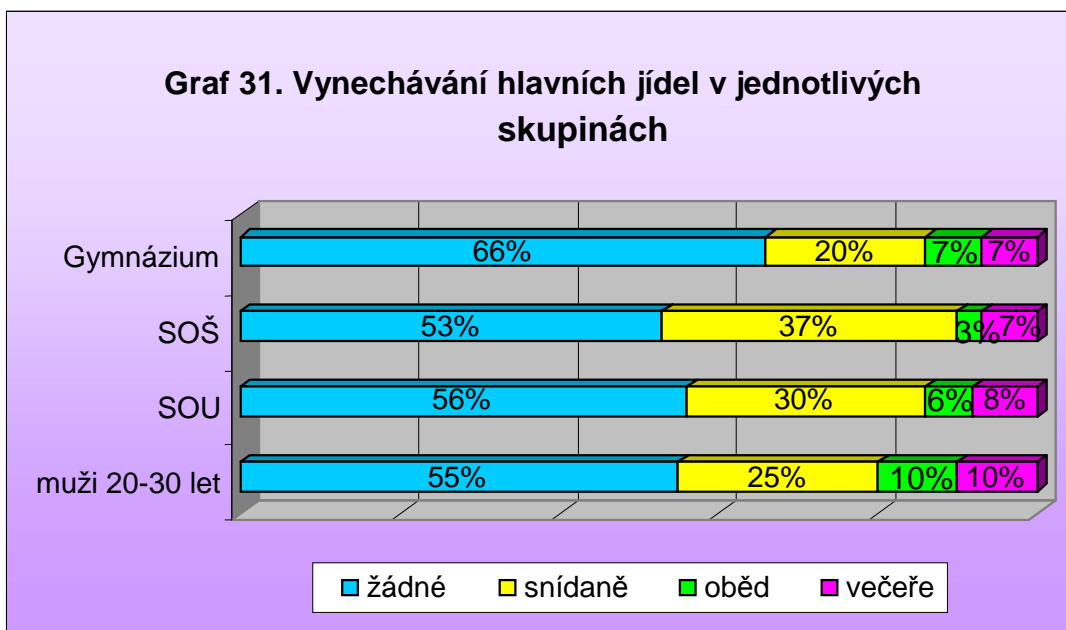
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 13 dotazníku „Vyhýbáte se sladkým jídlům?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 17 (14 %) se sladkým jídlům vyhýbalo a 105 (86 %) se sladkým jídlům nevyhýbalo. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 16 (11 %) se sladkým jídlům vyhýbalo a 132 (89 %) se sladkým jídlům nevyhýbalo. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 18 (10 %) se sladkým jídlům vyhýbalo a 131 (90 %) se sladkým jídlům nevyhýbalo. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 20 (21 %) se sladkým jídlům vyhýbalo a 182 (79 %) se sladkým jídlům nevyhýbalo.



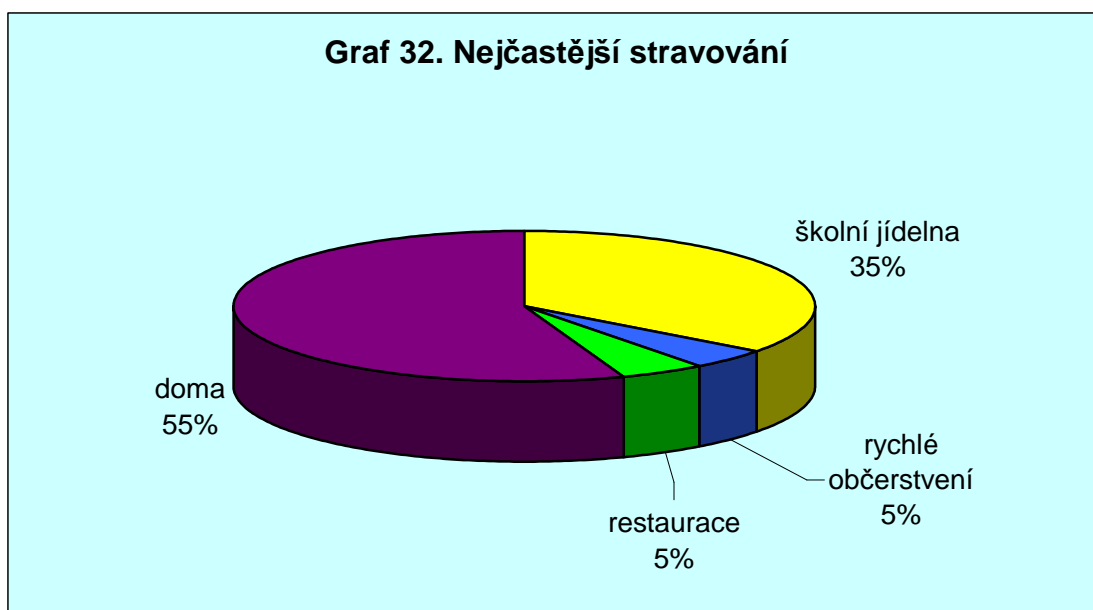
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 14 dotazníku „Vynecháváte pravidelně jedno nebo více hlavních jídel?“ odpovědělo 522 respondentů. V této otázce byla možnost vyznačit více odpovědí. 158 (29 %) respondentů vynechávalo snídani, 34 (6 %) respondentů vynechávalo oběd, 45 (8 %) respondentů vynechávalo večeři, 315 (57 %) nevynechávalo žádné hlavní jídlo.



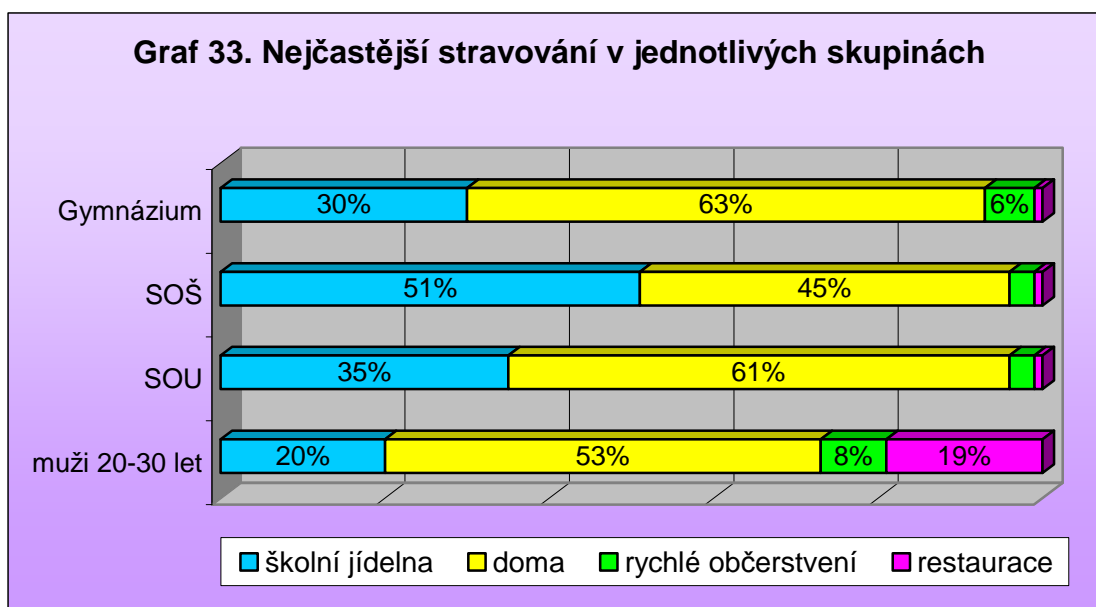
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 14 dotazníku „Vynecháváte pravidelně jedno nebo více hlavních jídel?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 26 (20 %) vynechávalo snídani, 9 (7 %) vynechávalo oběd, 9 (7 %) vynechávalo večeři, 84 (66 %) nevynechávalo žádné hlavní jídlo. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 58 (37 %) vynechávalo snídani, 5 (3 %) vynechávalo oběd, 12 (7 %) vynechávalo večeři, 82 (53 %) nevynechávalo žádné hlavní jídlo. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 47 (30 %) vynechávalo snídani, 9 (6 %) vynechávalo oběd, 13 (8 %) vynechávalo večeři, 90 (56 %) nevynechávalo žádné hlavní jídlo. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 27 (25 %) vynechávalo snídani, 11 (10 %) vynechávalo oběd, 11 (10 %) vynechávalo večeři, 59 (55 %) nevynechávalo žádné hlavní jídlo. V této otázce byla možnost vyznačit více odpovědí.



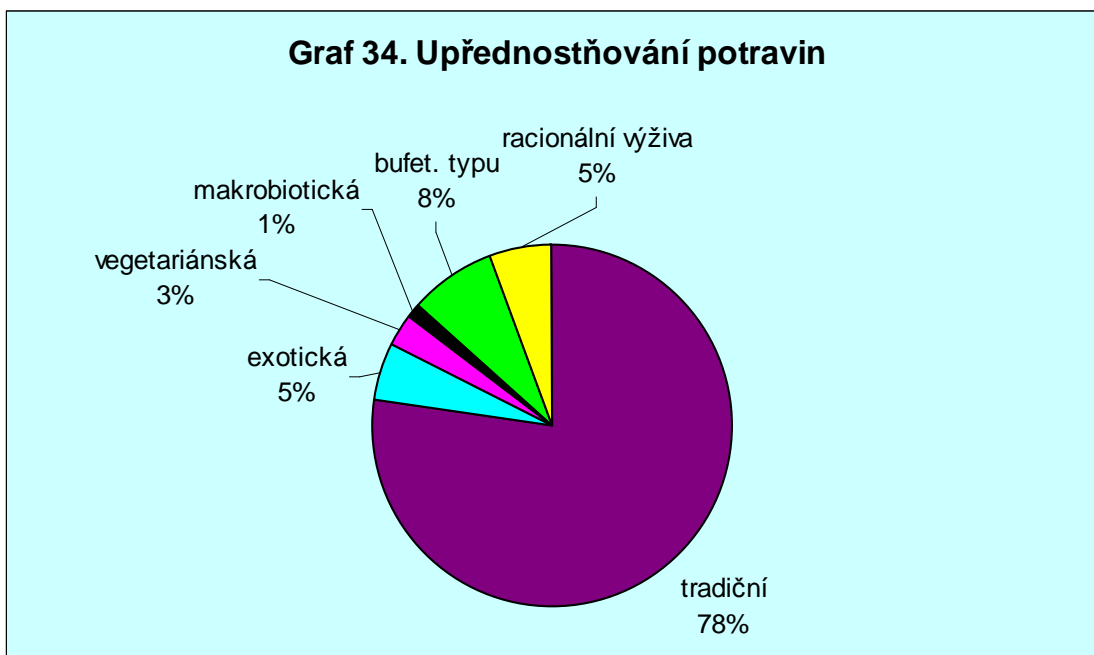
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 15 dotazníku „Kde se nejčastěji stravujete?“ odpovědělo 522 respondentů. 184 (35 %) respondentů se nejčastěji stravovalo ve školní jídelně, 24 (5 %) respondentů se nejčastěji stravovalo formou rychlého občerstvení, 24 (5 %) respondentů se nejčastěji stravovalo v restauraci a 290 (55 %) respondentů se nejčastěji stravovalo doma.



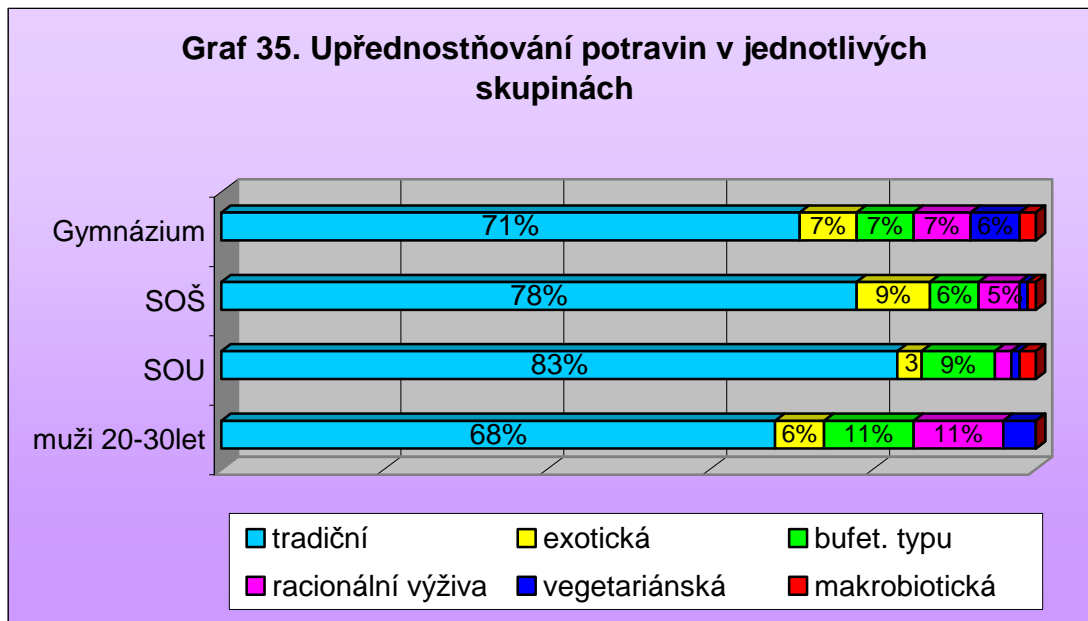
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 15 dotazníku „Kde se nejčastěji stravujete?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 36 (30 %) se nejčastěji stravovalo ve školní jídelně, 7 (6 %) se nejčastěji stravovalo formou rychlého občerstvení, 2 (1 %) se nejčastěji stravovali v restauraci a 77 (63 %) se nejčastěji stravovalo doma. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 76 (51 %) se nejčastěji stravovalo ve školní jídelně, 4 (3 %) se nejčastěji stravovalo formou rychlého občerstvení, 1 (1 %) se nejčastěji stravoval v restauraci a 67 (45 %) se nejčastěji stravovalo doma. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 52 (35 %) se nejčastěji stravovalo ve školní jídelně, 5 (3 %) se nejčastěji stravovalo formou rychlého občerstvení, 2 (1 %) se nejčastěji stravovali v restauraci a 91 (61 %) se nejčastěji stravovalo doma. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 20 (20 %) se nejčastěji stravovalo ve školní jídelně, 8 (8 %) se nejčastěji stravovalo formou rychlého občerstvení, 19 (19 %) se nejčastěji stravovali v restauraci a 55 (53 %) se nejčastěji stravovalo doma.



Zdroj: Vlastní výzkum

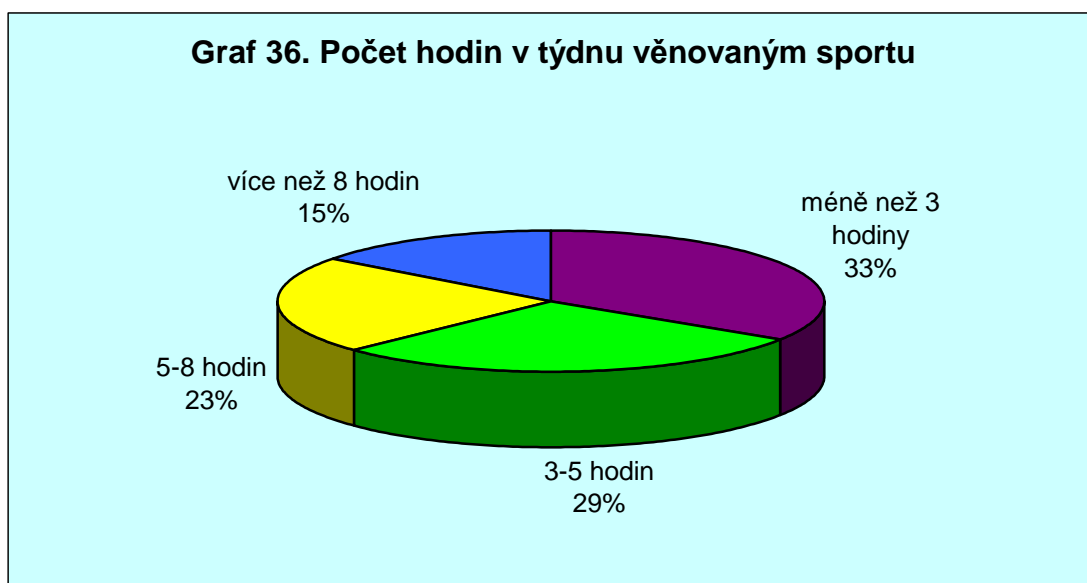
Na otázku číslo 16 dotazníku „Co upřednostňujete za potraviny?“ odpovědělo 522 respondentů. 382 (78 %) respondentů upřednostňovalo tradiční potraviny, 26 (5 %) respondentů upřednostňovalo exotické potraviny, 14 (3 %) respondentů upřednostňovalo vegetariánské potraviny, 7 (1 %) respondentů upřednostňovalo makrobiotické potraviny, 39 (8 %) respondentů upřednostňovalo potraviny bufetového typu a 27 (5 %) respondentů upřednostňovalo racionální výživu.



Zdroj: Vlastní výzkum

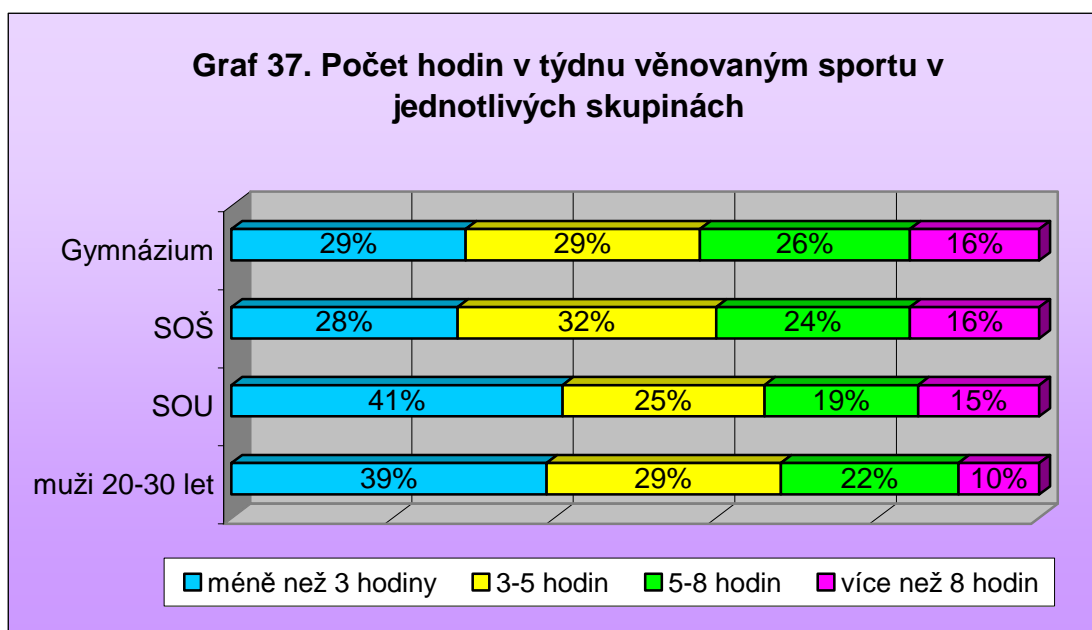
Na otázku číslo 16 dotazníku „Co upřednostňujete za potraviny?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 86 (71 %) upřednostňovalo tradiční potraviny, 9 (7 %) upřednostňovalo exotické potraviny, 7 (6 %) upřednostňovalo vegetariánské potraviny, 3 (2 %) upřednostňovalo makrobiotické potraviny, 9 (7 %) upřednostňovalo potraviny bufetového typu a 8 (7 %) upřednostňovalo racionální výživu. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 115 (78 %) upřednostňovalo tradiční potraviny, 12 (9 %) upřednostňovalo exotické potraviny, 2 (1 %) upřednostňovali vegetariánské potraviny, 2 (1 %) upřednostňovalo makrobiotické potraviny, 9 (6 %) upřednostňovalo potraviny bufetového typu a 8 (5 %) upřednostňovalo racionální výživu. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 124 (83 %) upřednostňovalo tradiční potraviny, 5 (3 %) upřednostňovalo exotické potraviny, 1 (1 %) upřednostňoval vegetariánské potraviny, 3 (2 %) upřednostňovalo makrobiotické potraviny, 13 (9 %) upřednostňovalo potraviny bufetového typu a 4 (2 %) upřednostňovalo racionální výživu. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto

otázku 102 respondentů, z nichž 69 (68 %) upřednostňovalo tradiční potraviny, 6 (6 %) upřednostňovalo exotické potraviny, 5 (4 %) upřednostňovali vegetariánské potraviny, žádný respondent (0 %) upřednostňoval makrobiotické potraviny, 11 (11 %) upřednostňovalo potraviny bufetového typu a 11 (11 %) upřednostňovalo racionální výživu.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 17 dotazníku „Kolik hodin týdně sportujete?“ odpovědělo 522 respondentů. 178 (33 %) respondentů sportovalo méně než 3 hodiny týdně, 149 (29 %) respondentů sportovalo 3 - 5 hodin týdně, 117 (23 %) respondentů sportovalo 5 - 8 hodin týdně a 76 (15 %) respondentů sportovalo více než 8 hodin v týdnu.

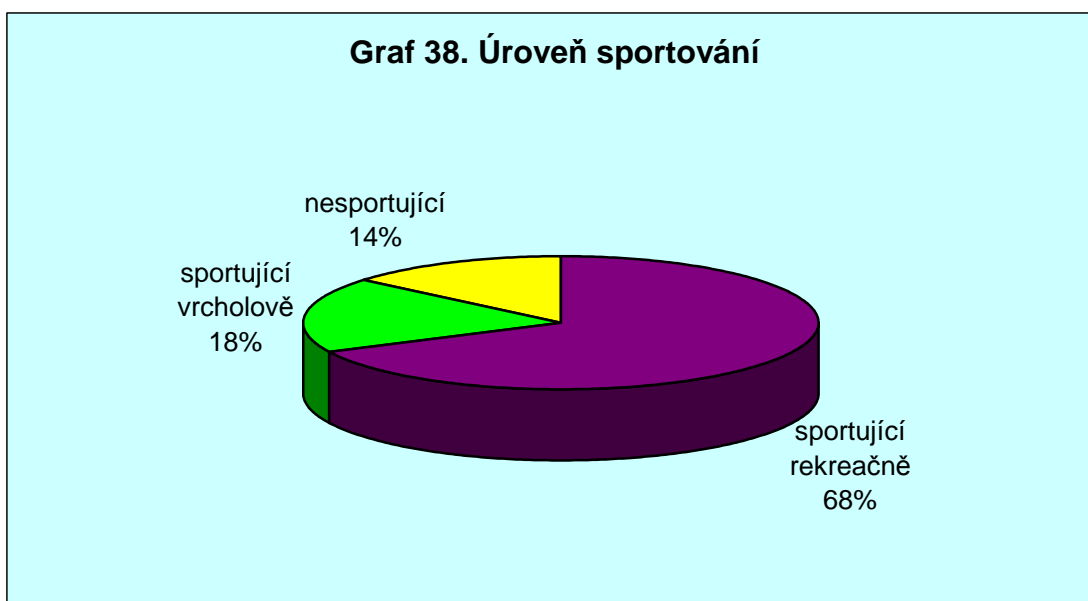


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 17 dotazníku „Kolik hodin týdně sportujete?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 35 (29 %) sportovalo méně než 3 hodiny týdně, 36 (29 %) sportovalo 3 - 5 hodin týdně, 31 (26 %) sportovalo 5 - 8 hodin týdně a 19 (16 %) sportovalo více než 8 hodin v týdnu. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 42 (28 %) sportovalo méně než 3 hodiny týdně, 46 (32 %) sportovalo 3 - 5 hodin týdně, 36 (24 %) sportovalo 5 - 8 hodin týdně a 24 (16 %) sportovalo více než 8 hodin v týdnu. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 61 (41 %) sportovalo méně než 3 hodiny týdně, 37 (25 %) sportovalo 3 - 5 hodin týdně, 28 (19 %) sportovalo 5 - 8 hodin týdně a 23 (15 %) sportovalo více než 8 hodin v týdnu. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 40 (39 %) sportovalo méně než 3 hodiny týdně, 30 (29 %) sportovalo 3 - 5 hodin týdně, 22 (22 %) sportovalo 5 - 8 hodin týdně a 10 (10 %) sportovalo více než 8 hodin v týdnu.

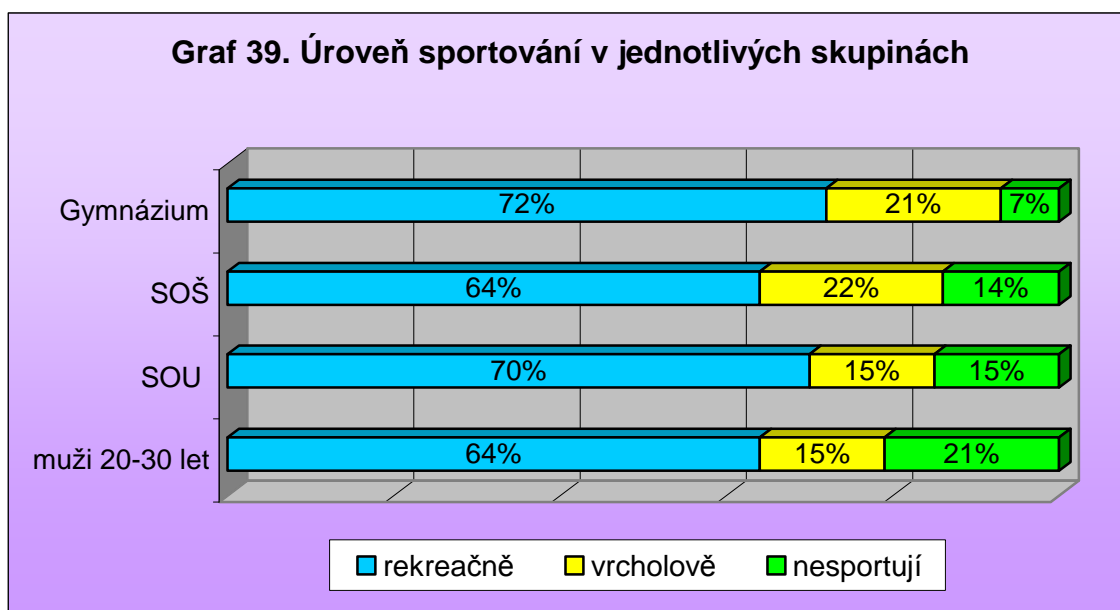
Tabulka 6. Provozované sporty (522 respondentů)

Provozovaný sport	Počet respondentů provozující daný sport
fotbal	186
florbal	66
posilovna	94
cyklistika	88
běh	55
plavání	48
hokej	36
basketbal	30
volejbal	27
lyžování	20
turistika	17
tenis	15
stolní tenis	14
bruslení	14
box, kickbox	13
motocross	10
ostatní (triatlon, kulturistika, nohejbal, rybaření, atletika, atd.)	98
žádný sport	72



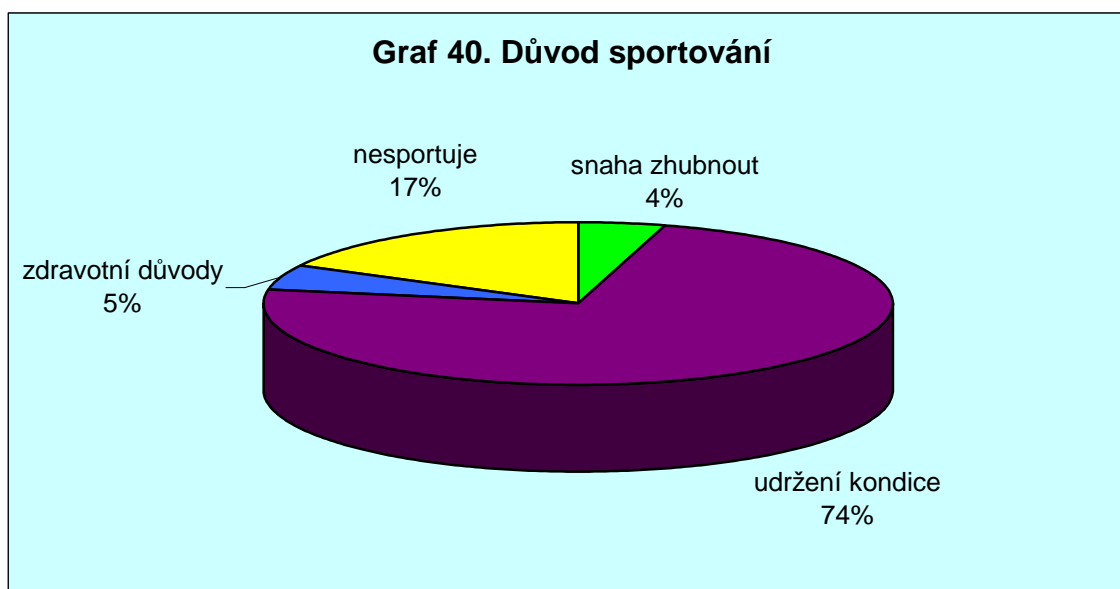
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 19 dotazníku odpovědělo 522 respondentů. 354 (68 %) respondentů sportovalo rekreačně, 96 (18 %) respondentů sportovalo vrcholově a 72 (14 %) respondentů nesportovalo.



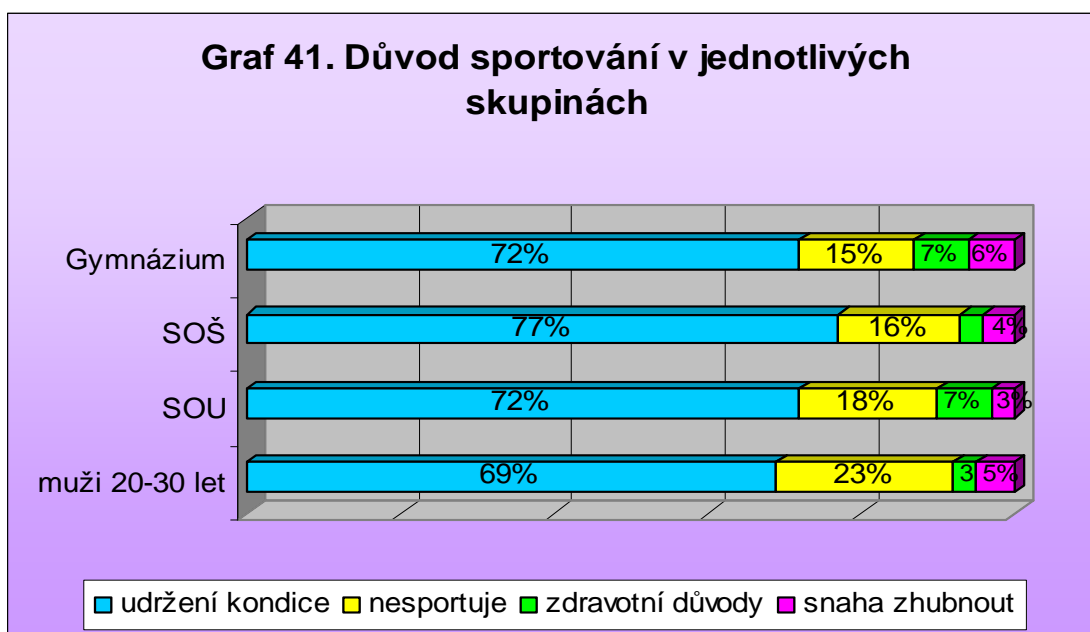
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 19 dotazníku odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 88 (72 %) sportovalo rekreačně, 26 (21 %) sportovalo vrcholově a 8 (7 %) nesportovalo. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 95 (64 %) sportovalo rekreačně, 32 (22 %) sportovalo vrcholově a 21 (14 %) nesportovalo. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 105 (70 %) sportovalo rekreačně, 23 (15 %) sportovalo vrcholově a 22 (15 %) nesportovalo. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 66 (64 %) sportovalo rekreačně, 15 (15 %) sportovalo vrcholově a 21 (21 %) nesportovalo.



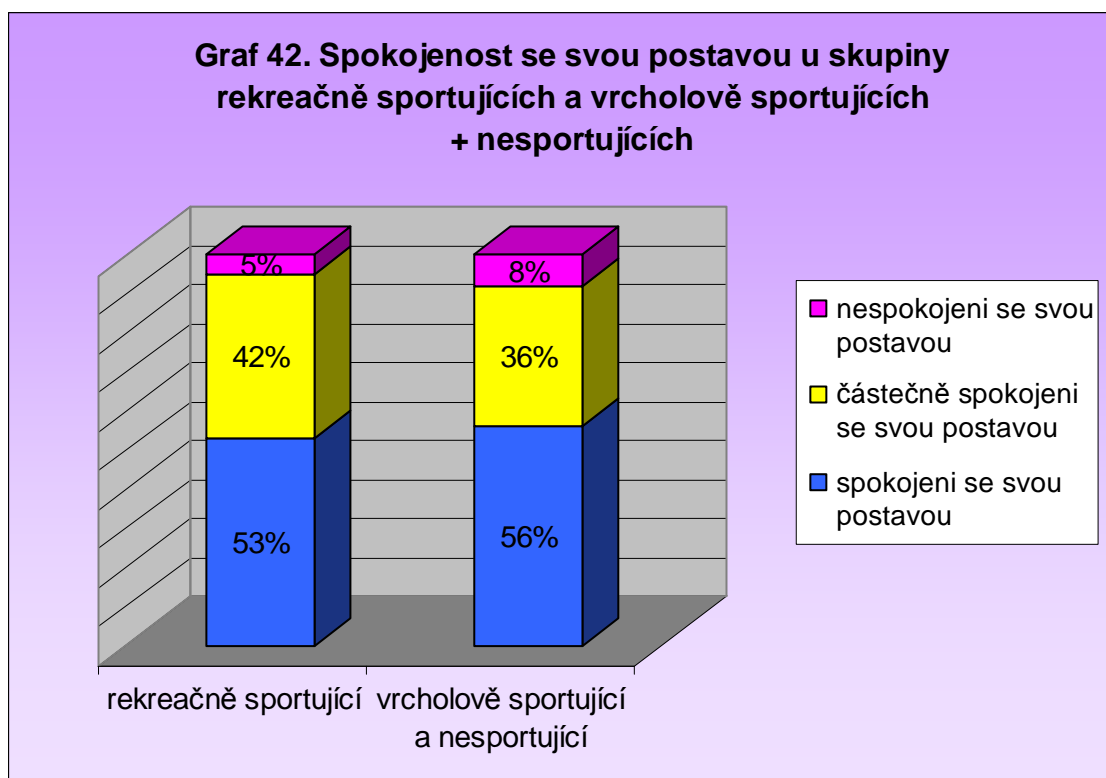
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 20 dotazníku „Sportujete hlavně z důvodu.....?“ odpovědělo 522 respondentů. 22 (4 %) respondentů sportovalo z důvodu snahy zhubnout, 361 (74 %) respondentů sportovalo z důvodu udržení kondice, 25 (5 %) respondentů sportovalo ze zdravotních důvodů a 85 (17 %) respondentů nesportovalo.



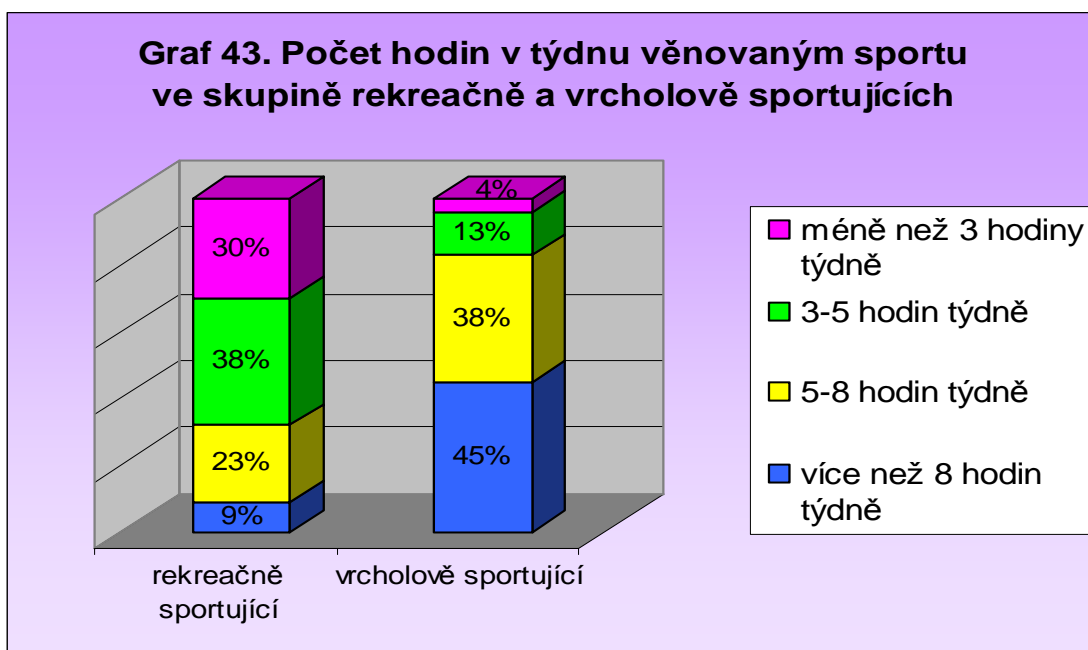
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 20 dotazníku „Sportujete hlavně z důvodu....?“ odpovědělo 122 studentů Gymnázia Strakonice, z nichž 7 (6 %) sportovalo z důvodu snahy zhubnout, 85 (72 %) sportovalo z důvodu udržení kondice, 8 (7 %) sportovalo ze zdravotních důvodů a 17 (15 %) nesportovalo. Na tuto otázku odpovědělo 148 studentů Střední odborné školy Blatná, z nichž 6 (4 %) sportovalo z důvodu snahy zhubnout, 109 (77 %) sportovalo z důvodu udržení kondice, 4 (3 %) sportovalo ze zdravotních důvodů a 22 (16 %) nesportovalo. Dále na tuto otázku odpovědělo 150 studentů Středního odborného učiliště Blatná, z nichž 4 (3 %) sportovalo z důvodu snahy zhubnout, 103 (72 %) sportovalo z důvodu udržení kondice, 10 (7 %) sportovalo ze zdravotních důvodů a 25 (18 %) nesportovalo. Ve skupině náhodně vybraných mužů ve věku 20 – 30 let odpovědělo na tuto otázku 102 respondentů, z nichž 5 (5 %) sportovalo z důvodu snahy zhubnout, 64 (69 %) sportovalo z důvodu udržení kondice, 3 (3 %) sportovalo ze zdravotních důvodů a 21 (23 %) nesportovalo.



Zdroj: Vlastní výzkum

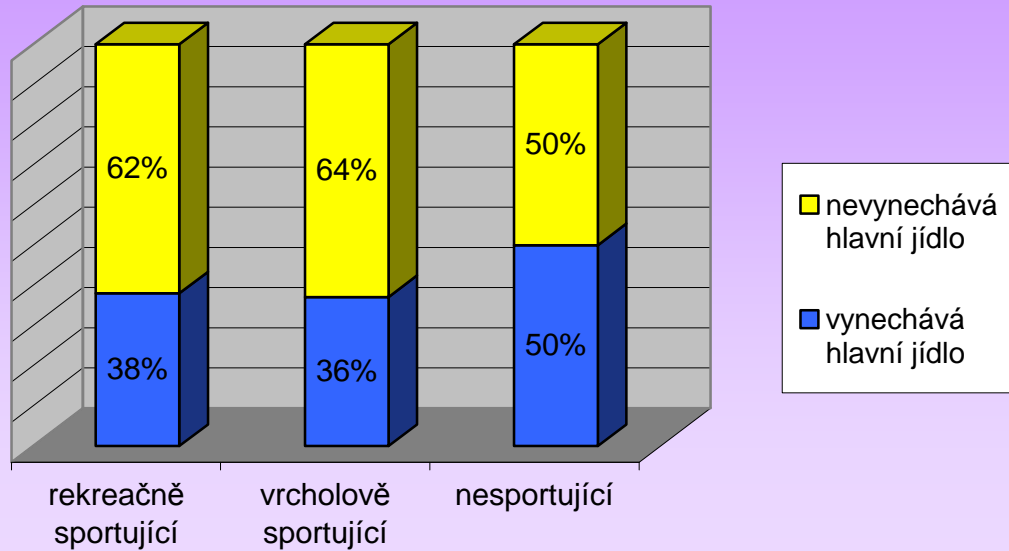
Ze 354 rekreačně sportujících respondentů bylo 186 (53 %) spokojeno se svou postavou, 149 (42 %) spokojeno se svou postavou jen z části a 19 (5 %) nespokojeno se svou postavou. Ze 168 vrcholově sportujících a nespportujících respondentů bylo 94 (56 %) spokojeno se svou postavou, 61 (36 %) spokojeno se svou postavou jen z části a 13 (8 %) nespokojeno se svou postavou.



Zdroj: Vlastní výzkum

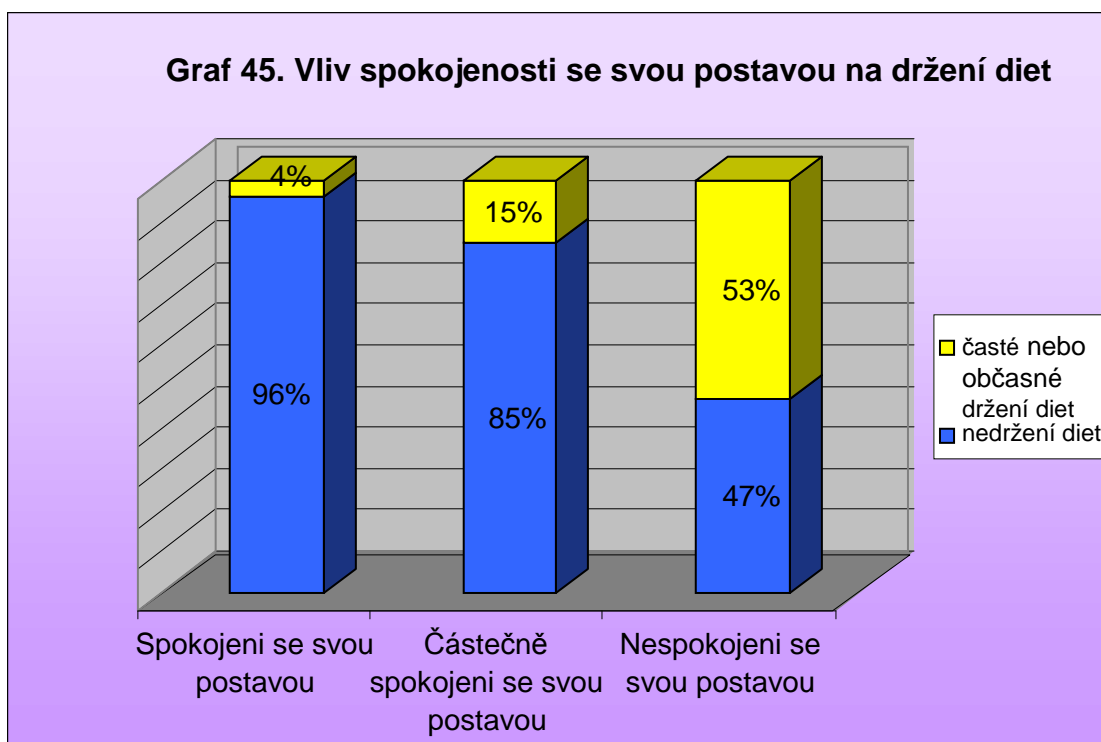
Z 354 respondentů, kteří sportovali rekreačně, se věnovalo 107 (30 %) sportu méně než 3 hodiny za týden, 134 (38 %) se sportu věnovalo 3 - 5 hodin za týden, 80 (23 %) se sportu věnovalo 5 - 8 hodin za týden a 33 (9 %) se sportu věnovalo více než 8 hodin týdně. Z 96 respondentů, kteří sportovali vrcholově, se věnovalo 5 (4 %) sportu méně než 3 hodiny za týden, 12 (13 %) se sportu věnovalo 3 - 5 hodin za týden, 36 (38 %) se sportu věnovalo 5 - 8 hodin za týden a 43 (45 %) se sportu věnovalo více než 8 hodin týdně.

Graf 44. Vynechávání hlavních jídel ve skupině rekreačně, vrcholově sportujících a nesportujících



Zdroj: Vlastní výzkum

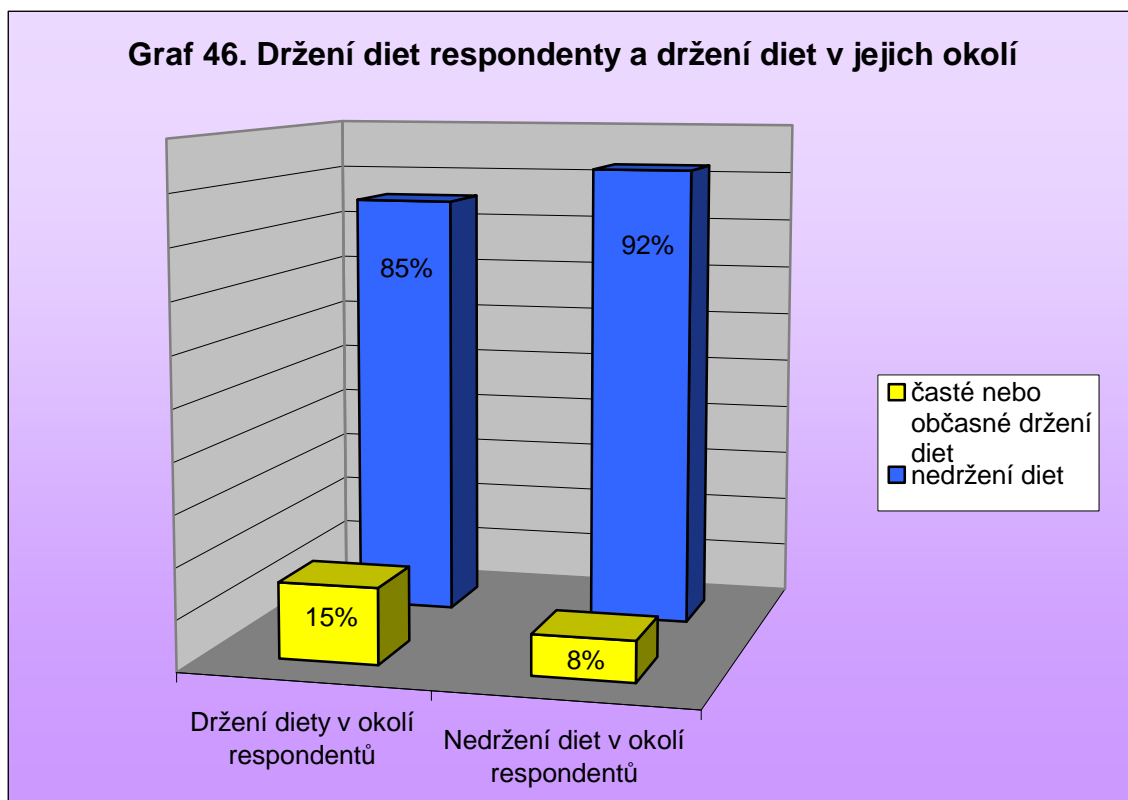
Z 354 rekreačně sportujících respondentů vynechávalo hlavní jídlo 136 (38 %) a 218 (62 %) hlavní jídlo nevynechávalo. Z 96 vrcholově sportujících respondentů vynechávalo hlavní jídlo 35 (36 %) a 61 (64 %) hlavní jídlo nevynechávalo. Ze 72 nesportujících respondentů vynechávalo hlavní jídlo 36 (50 %) a 36 (50 %) hlavní jídlo nevynechávalo.



Zdroj: Vlastní výzkum

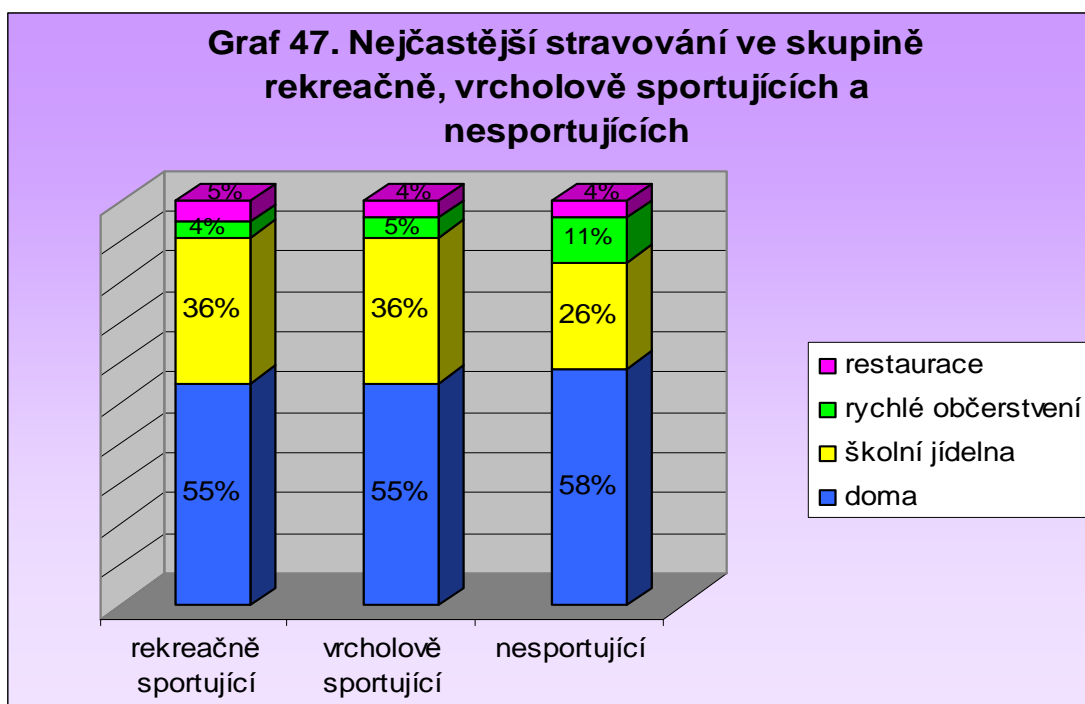
Z 280 respondentů spokojených s vlastní postavou drželo 11 (4 %) často nebo občas diety a 269 (96 %) diety nedrželo. Z 210 respondentů částečně spokojených se svou postavou 32 (15 %) drželo často nebo občas diety a 178 (85 %) diety nedrželo. Z 32 respondentů nespokojených se svou postavou drželo 17 (53 %) často nebo občas diety a 15 (47 %) diety nedrželo.

Graf 46. Držení diet respondenty a držení diet v jejich okolí



Zdroj: Vlastní výzkum

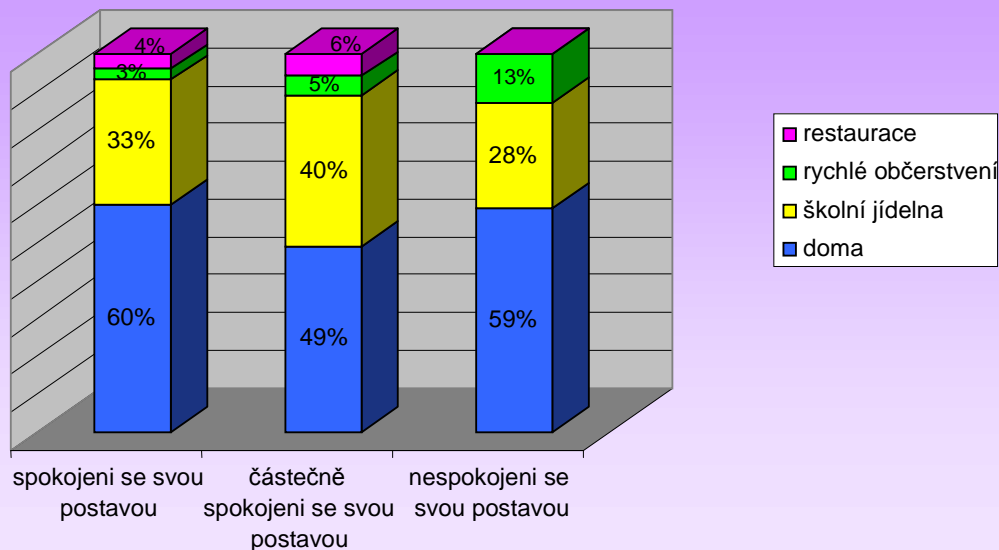
Z 261 respondentů, v jejichž okolí držel někdo dietu, drželo často nebo občas diety 39 (15 %) a diety nedrželo 222 (85 %). Z 261 respondentů, v jejichž okolí nikdo dietu nedržel, drželo často nebo občas diety 20 (8 %) a diety nedrželo 241 (92 %).



Zdroj: Vlastní výzkum

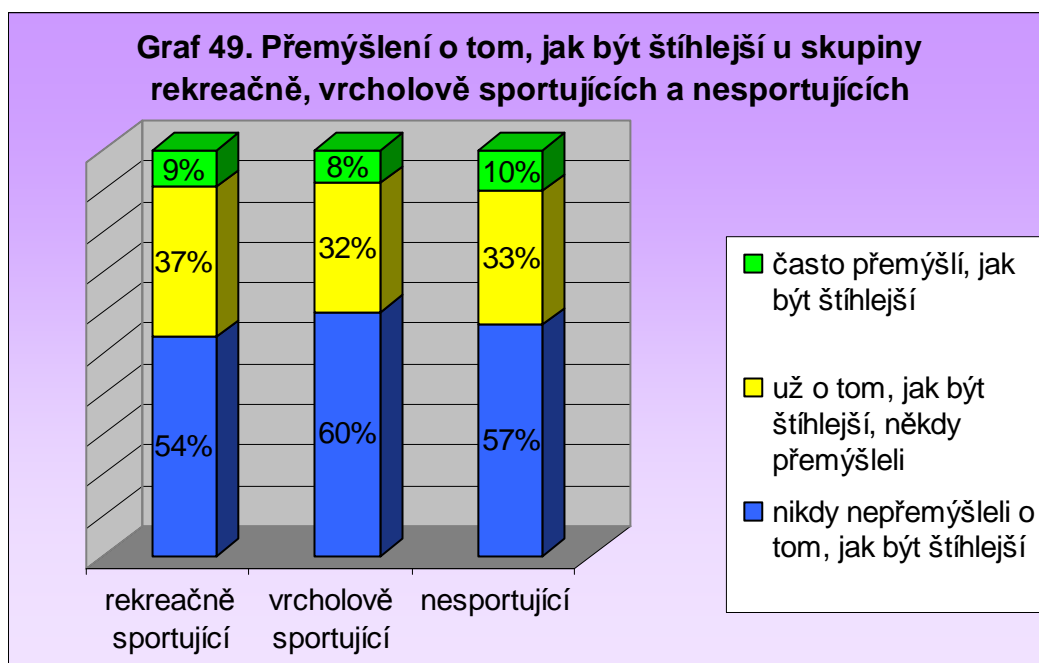
Ze 354 rekreačně sportujících respondentů se 194 (55 %) stravovalo nejčastěji doma, 129 (36 %) ve školní jídelně, 12 (4 %) formou rychlého občerstvení a 19 (5 %) v restauraci. Z 96 vrcholově sportujících respondentů se 53 (55 %) stravovalo nejčastěji doma, 34 (36 %) ve školní jídelně, 5 (5 %) formou rychlého občerstvení a 4 (4 %) v restauraci. Ze 72 nespportujících respondentů se 42 (58 %) stravovalo nejčastěji doma, 19 (26 %) ve školní jídelně, 8 (11 %) formou rychlého občerstvení a 3 (4 %) v restauraci.

Graf 48. Nejčastější stravování ve skupině spokojených, částečně spokojených a nespokojených se svou postavou



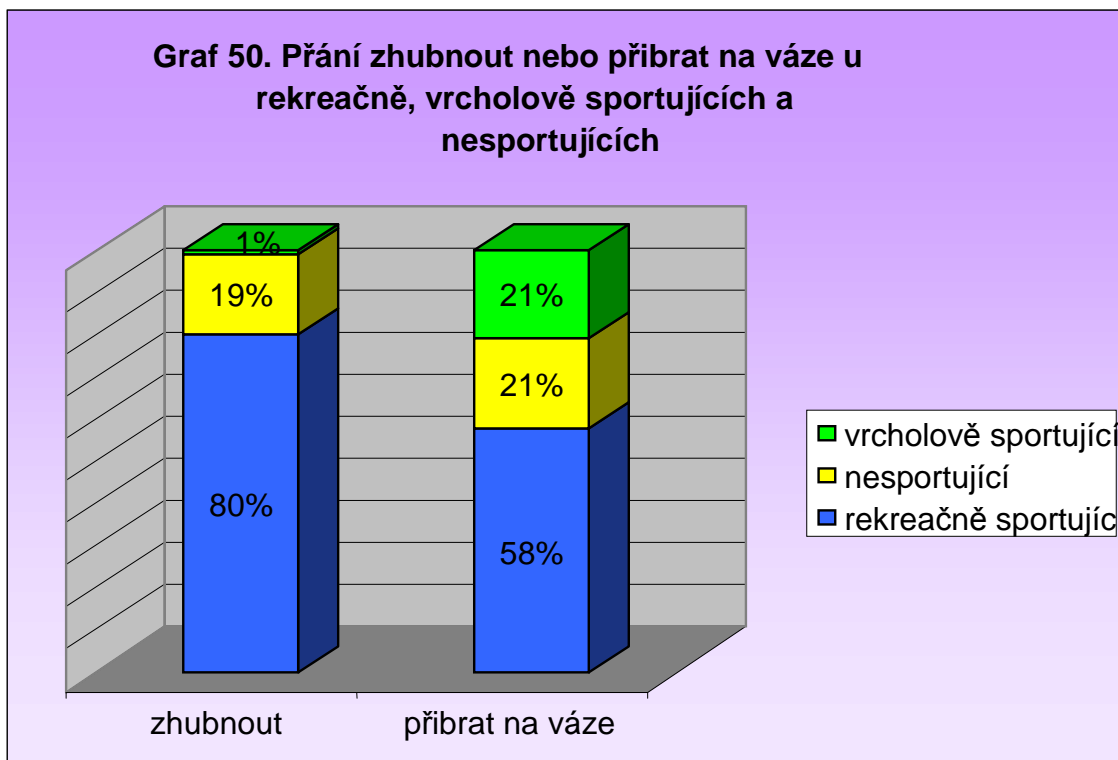
Zdroj: Vlastní výzkum

Z 280 respondentů spokojených se svou postavou se 167 (60 %) stravovalo nejčastěji doma, 92 (33 %) ve školní jídelně, 9 (3 %) formou rychlého občerstvení a 12 (4 %) v restauraci. Z 210 respondentů částečně spokojených se svou postavou se 104 (49 %) stravovalo nejčastěji doma, 83 (40 %) ve školní jídelně, 11 (5 %) formou rychlého občerstvení a 12 (6 %) v restauraci. Z 32 respondentů nespokojených se svou postavou se 19 (59 %) stravovalo nejčastěji doma, 9 (28 %) ve školní jídelně, 4 (13 %) formou rychlého občerstvení a žádný (0 %) v restauraci.



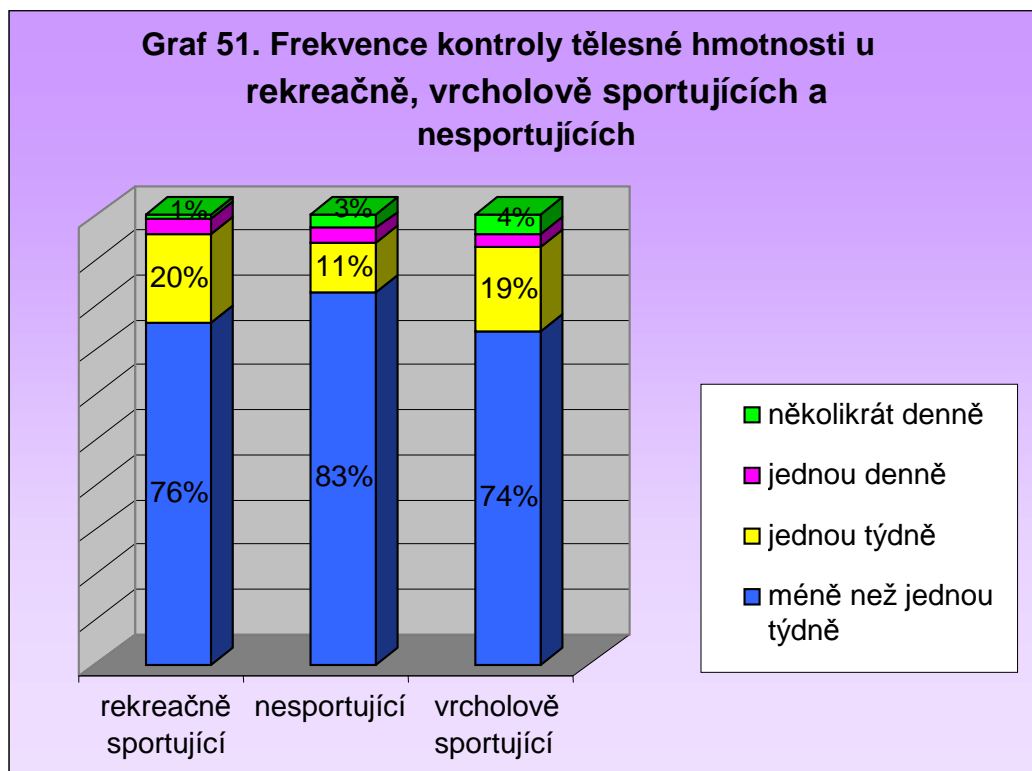
Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 354 rekreačně sportujících respondentů 32 (9 %) často přemýšlelo o tom, jak být štíhlejší, 132 (37 %) už o tom, jak být štíhlejší, někdy přemýšleli a 190 (54 %) o tom, jak být štíhlejší, nikdy nepřemýšleli. Z 96 vrcholově sportujících respondentů 7 (8 %) často přemýšlelo o tom, jak být štíhlejší, 31 (32 %) už o tom, jak být štíhlejší, někdy přemýšleli a 58 (60 %) o tom, jak být štíhlejší, nikdy nepřemýšleli. Ze 72 nespportujících respondentů 7 (10 %) často přemýšlelo o tom, jak být štíhlejší, 24 (33 %) už o tom, jak být štíhlejší, někdy přemýšleli a 41 (57 %) o tom, jak být štíhlejší, nikdy nepřemýšleli.



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 54 respondentů, kteří chtěli zhubnout, bylo 43 (80 %) rekreačně sportujících, 10 (19 %) nespportujících a 1 (1 %) byl vrcholový sportovec. Z 52 respondentů, kteří chtěli přibrat na váze, bylo 30 (58 %) rekreačně sportujících, 11 (21 %) vrcholově sportujících a 11 (21 %) nespportujících.



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 354 rekreačně sportujících respondentů 269 (76 %) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně, 70 (20 %) kontrolovalo svou váhu jednou týdně, 13 (3 %) kontrolovalo svou váhu jednou denně a 2 (1 %) kontrolovalo svou váhu několikrát denně. Ze 72 nespportujících respondentů 60 (83 %) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně 8 (11 %) kontrolovalo svou váhu jednou týdně, 2 (3 %) kontrolovalo svou váhu jednou denně a 2 (3 %) kontrolovalo svou váhu několikrát denně. Z 96 vrcholově sportujících 71 (74 %) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně, 18 (19 %) kontrolovalo svou váhu jednou týdně, 3 (3 %) kontrolovalo svou váhu jednou denně a 4 (4 %) kontrolovalo svou váhu několikrát denně.

5. Diskuze

Byl proveden kvantitativní výzkum pomocí techniky dotazníků (viz Příloha 1). Výhody dotazníku: efektivní technika, která může postihnout veliký počet jedinců při relativně malých nákladech, dotazník umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase a s poměrně malým nákladem, anonymita. Nevýhody dotazníku: dotazník klade vysoké nároky na ochotu dotazovaného, je snadné přeskočit některé otázky nebo neodpovědět vůbec, u dotazníku je možné, že otázky byly zodpovězeny někým jiným, návratnost je ve většině případů velice nízká.

Otázky dotazníku se týkaly rizikového chování typického pro onemocnění poruch příjmu potravy, jako je nespokojenost se svým tělem, nesprávné výživové zvyklosti, nadměrná pohybová aktivita. Návratnost dotazníků byla velice uspokojivá (87 %). Zkoumaný soubor byl tvořen studenty tří středních škol z okresu Strakonice, Gymnázium Strakonice (dále jen „Gymnázium“), Střední odborná škola Blatná (dále jen „SOŠ“), Střední odborné učiliště Blatná (dále jen „SOU“), a skupinou náhodně vybraných mužů 20 – 30 let (graf 1), celkový počet respondentů byl 522. Věk respondentů se pohyboval od 15 do 30 let (graf 2), což je rizikový věk pro rozvoj poruch příjmu potravy.

Z navrácených dotazníků byla zjištěna výška a hmotnost respondentů, z těchto údajů byl vypočítán Body Mass Index dle vzorce: $BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m)}^2$. Srovnáním průměrných hodnot BMI u jednotlivých skupin byla zjištěna nejnižší hodnota BMI = 22,5 u studentů Gymnázia a studentů SOŠ, následovala hodnota BMI 23,4 u studentů SOU a nejvyšší hodnota byla zjištěna u skupiny mužů 20 - 30 let – BMI 24,3. V dotazníku zapsali respondenti jakou výšku a hmotnost by si přáli mít. Také z těchto hodnot byl vypočítán Body Mass Index. Nejnižší průměrná hodnota požadovaného BMI 21,9 byla zjištěna u studentů Gymnázia, naopak nejvyšší průměrná hodnota BMI 23,4 u skupiny mužů 20 - 30 let. Ve všech skupinách byla požadovaná hodnota BMI nižší než skutečné BMI na rozdíl od studie F. D. Krcha provedené u dospívajících žáků a studentů (25), kde požadovaná hodnota BMI byla naopak vyšší než

skutečná - chlapci si přáli být silnější. Hodnoty: věk, výška, hmotnost, BMI, požadovaná výška, požadovaná hmotnost, požadované BMI, jsou znázorněny v tabulkách 1 - 5. Dle hodnot BMI byl soubor rozdělen na ty, kteří mají podváhu (tj. BMI <18,5), normální hodnotu BMI (BMI 18,5 - 24,99), nadváhu (BMI 25 - 29,99), obezitu (BMI >30). Nejvíce respondentů s nadváhou a obezitou bylo ve skupině mužů 20 – 30 let, nejméně pak ve skupině studentů SOŠ, kde byl však největší počet respondentů s podváhou (graf 6).

Evidentní je vztah nespokojenosti s vlastním tělem a poruchami příjmu potravy. Osoby trpící poruchami příjmu potravy vykazují nadměrnou nespokojenost s vlastním tělem. Nejvyšší nespokojenost s vlastním tělem – 10 % byla zjištěna u skupiny mužů 20 - 30 let (graf 9). S nespokojeností s vlastním tělem souvisí také časté přemýšlení o tom, jak být štíhlejší (graf 10 a graf 11). I zde nejvíce přemýšlela o tom, jak být štíhlejší, skupina mužů 20 – 30 let. Na otázku dotazníku, co by na sobě respondent chtěl změnit, odpovědělo 13 % „zhubnout“ a naopak 12 % „přibrat na váze“. Muži, na rozdíl od žen, které chtějí v drtivé většině případů zhubnout, chtěli stejnou měrou zhubnout nebo přibrat. Na tuto otázku mohli respondenti odpovědět i svými slovy, kde nejčastěji uváděli: „být vyšší“, „být menší“, „mít tetování“, „mít více vlasů“, atd.

Pacienti s poruchami příjmu potravy jsou velice úzkostní na to, co si o nich myslí jejich okolí. Otázka dotazníku odhalila, že co si o nich myslí ostatní nejvíce záleží mužům ve věku 20 – 30 let a nejméně pak studentům SOU (graf 15). U poruch příjmu potravy je typické neustálé hlídání si tělesné hmotnosti. Několikrát denně kontrolovalo svou váhu 2 % respondentů, 3 % respondentů kontrolovalo svou váhu jednou denně (graf 16). Nejčastěji kontrolovali svou váhu studenti Gymnázia (graf 17).

Lidé s problematickým vztahem k příjmu potravy používají ke kontrole a snižování své tělesné hmotnosti různé metody jako jsou diety, nadměrný pohyb, zvracení, projímadla, tablety na hubnutí a další. Jako nejčastější metoda kontroly tělesné hmotnosti byl zjištěn pohyb, dále potom držení diet a to hlavně u skupiny mužů 20 - 30 let (graf 18, graf 19). Rizikovým faktorem pro rozvoj poruch příjmu potravy je držení přísných diet v nejbližším okolí (tj. hlavně v rodině). Diety byly drženy v okolí 50 % respondentů (graf 20, graf 21), což svědčí pro velmi časté držení diet v populaci. Držení

diet je jedním z typických projevů poruchy příjmu potravy. Často držela dietu 2 % respondentů a občas dietu drželo 9 % respondentů (graf 22). Nejvíce drželi diety studenti Gymnázia následování muži 20 – 30 let (graf 23).

K dalším zvyklostem ve stravování pacientů s poruchami příjmu potravy patří neustálé sledování energetické hodnoty potravin, upřednostňování pouze nízkotučných výrobků, vyhýbání se sladkým jídlům, vynechávání hlavních jídel (graf 24 - 31). V tomto směru se jako nejrizikovější jevila skupina studentů Gymnázia a skupina mužů 20 – 30 let. Studenti Gymnázia však mnohem méně vynechávali hlavní jídla než ostatní skupiny, měli tedy pravidelnější jídelní režim.

Nejčastější místo, kde se respondenti stravovali a jaké upřednostňovali potraviny, bylo zjištěno, že 55 % respondentů se stravovalo doma, dále pak 35 % respondentů se stravovalo ve školní jídelně (graf 32). Ve skupině mužů 20 – 30 let bylo zjištěno nejvyšší procento stravujících se formou rychlého občerstvení nebo v restauraci, což je logické, protože mezi respondenty této skupiny byli i pracující muži, kteří mají menší možnost stravování se ve školní jídelně či doma (graf 33). Lidé s narušeným vnímáním svého těla a trpící poruchami příjmu potravy provozují nadměrnou pohybovou aktivitu. Tomu by mohla za daných okolností odpovídat odpověď na otázku dotazníku – sportování více než 8 hodin týdně. Takto sportovalo 15 % respondentů (graf 36). Nejvyšší procento sportujících více než 8 hodin týdně bylo zjištěno u studentů středních škol a nejméně hodin v týdnu se věnovala sportu skupina mužů 20 – 30 let (graf 37). Respondenti uváděli do dotazníku sporty, kterým se věnují. Kromě typicky mužských sportů, jako je fotbal, florbal, hokej, motocross, byly uváděny i sporty jako tanec, atletika nebo cvičení doma (Tabulka 6). Sportování respondentů probíhalo na rekreační nebo vrcholové úrovni, někteří respondenti nespotovali vůbec (graf 38). Nejvíce vrcholových sportovců bylo mezi studenty Gymnázia a SOŠ. Naopak nejvíce nespotovců bylo mezi muži 20 – 30 let (graf 39). Sportování se respondenti věnovali hlavně z důvodu udržení kondice, pouze 4 % respondentů sportovalo ve snaze zhubnout (graf 40).

Byly stanoveny čtyři hypotézy. 1. hypotéza zněla: „Rekreačně sportující muži jsou více spokojeni sami se sebou a tedy méně ohroženi poruchami příjmu potravy než

muži sportující vrcholově či nespportující (4)“. 183 (53 %) rekreačně sportujících mužů bylo spokojeno se svou postavou, stejně jako 94 (56 %) vrcholově sportujících a nespportujících mužů. Tato hypotéza tedy nebyla potvrzena. Rekreačně sportující muži byli spokojeni se svou postavou dokonce méně (graf 42).

2. hypotéza zněla: „Muži používají ve snaze zhubnout spíše pohybovou aktivitu než držení diet (4)“. Počet mužů užívající ve snaze zhubnout pohyb byl 310 (60 %) a mužů, kteří používají ve snaze zhubnout dietu, bylo 62 (11 %) (graf 18). Mnohem více mužů tedy preferovalo hubnutí pomocí pohybu, tím byla 2. hypotéza potvrzena.

3. hypotéza zněla: „Studenti gymnázia jsou štíhlejší a méně drží diety než studenti učiliště (25)“. Z hodnot průměrných Body Mass Indexů je zřejmé, že nejštíhlejší byli studenti Gymnázia a SOŠ, u kterých byla zjištěna shodná průměrná hodnota BMI 22,5. U studentů SOU byla zjištěna průměrná hodnota BMI vyšší a to 23,4. U studentů Gymnázia bylo zjištěno časté a občasné držení diet u 15 % studentů ve srovnání se studenty SOU, kde byla tato skutečnost zjištěna u 11 % studentů (graf 23). Hypotéza 3. byla potvrzena jen částečně. Studenti Gymnázia byli štíhlejší, ale více drželi diety než studenti učiliště.

4. hypotéza zněla: „Studenti gymnázia více sportují a zdravěji se stravují než studenti učiliště (25)“. Ve skupině studentů Gymnázia bylo méně nespportujících (7 %) než ve skupině studentů SOU (15 %) (graf 39). Studenti Gymnázia věnovali sportu více hodin týdně, než studenti SOU (graf 37). Studenti Gymnázia vynechávali hlavní jídla méně, než studenti SOU (graf 30). Nebyl zjištěn větší rozdíl mezi tím, kde se studenti stravují. Největší počet studentů Gymnázia i SOU se stravoval ve školní jídelně nebo doma (graf 32). Studenti Gymnázia více než studenti SOU upřednostňovali racionální a vegetariánskou výživu, zdravěji se stravovali (graf 35). Hypotéza 4. byla těmito skutečnostmi potvrzena.

V grafu 44 je znázorněno vynechávání hlavních jídel u skupiny rekreačně, vrcholově sportujících a nespportujících. Nejvíce vynechávala některé z hlavních jídel skupina nespportujících (50 %). V grafu 45 je znázorněn vztah mezi spokojeností s vlastním tělem a držením diet. Je zde pozorována stejná závislost, jaká byla zjištěna u studentek středních škol (17). Skupina spokojených s vlastním tělem držela mnohem

méně diety než skupina se svým tělem nespokojená. Z grafického znázornění - graf 46 byla zjištěna skutečnost, že častější držení diet bylo ve skupině respondentů, kde také držel někdo z jejich okolí dietu. U vynechávání hlavních jídel byly zjištěny rozdíly mezi muži a ženami. Muži častěji než ženy vynechávali snídani a naopak méně vynechávali večeři. Muži věnovali sportu více hodin v týdnu než ženy (17).

6. Závěr

Domnívám se, že cíl diplomové práce, jejíž téma znělo „Výživové zvyklosti a pohybová aktivita v souvislosti s poruchami příjmu potravy u mužů“, byl splněn. Práce ověřila hypotézu, že muži používají ve snaze zhubnout spíše pohybovou aktivitu než držení diet, dále že studenti gymnázia více sportují a zdravěji se stravují než studenti učiliště. Částečně byla potvrzena i hypotéza, týkající se rozdílu mezi gymnáziem a učilištěm, studenti gymnázia byli štíhlejší. Hypotéza, týkající se rozdílu ve spokojenosti s vlastním tělem u rekreačně sportujících mužů a mužů sportujících vrcholově či nesportujících, nebyla potvrzena. Rekreačně sportující muži byli spokojeni se svou postavou méně.

Pro současnou společnost je příznačný stále rostoucí strach z nadváhy, která je spojena nejen s estetickým, ale i sociálním a zdravotním handicapem. Strachem z tloušťky, nespokojeností s vlastním tělem, nevhodnými jídelními návyky a způsoby, jak kontrolovat tělesnou hmotnost, tedy poruchami příjmu potravy dnes trpí nejen mnoho dospívajících, ale i malých dětí nebo naopak starších dospělých. Mezi poruchy příjmu potravy řadíme diagnózy: mentální anorexie, mentální bulimie, atypické formy mentální anorexie a bulimie, přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychickými poruchami a jiné poruchy jídla. Mentální anorexie patří stále mezi nejletálnější psychické poruchy s úmrtností mezi 2 až 8 %. U mentální bulimie dosahuje úmrtnost nejvíce 2 %. Nejčastější uváděnou příčinou úmrtí je vyhublost, sebevražda a toxikománie. Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním, kterým mohou být postiženi pacienti obojího pohlaví, přičemž u mužských pacientů nebývá na tuto poruchu pomýšleno.

Práci lze využít jako screeningovou metodu pro sledování poruch příjmu potravy, k monitoringu rizikových postojů, výživových zvyklostí a úrovně pohybové aktivity u mužů. Výstupy z této práce mohou upozornit na to, že v riziku poruch příjmu potravy jsou i chlapci a muži. Je tedy důležité myslet na prevenci těchto onemocnění také v mužské populaci.

7. Seznam použitých zdrojů:

1. **BOLDIŠ, P.** *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typu dokumentu.* Verze 3.0 (2004). © 1999–2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004. [cit. 2009-03-23]. URL: < <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf> >.

2. **COHEN, R.** *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4.

3. *Eating disorders* [online]. [cit. 2009-02-23].
URL: < <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/ken98-0047/default.asp> >.

4. **FIALOVÁ, L.** *Moderní body image, jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla.* 1. vydání. Praha: GRADA Publishing, 2006. 92 s. ISBN 80-247-1350-0.

5. **FIALOVÁ, L.** *Body image jako sebepojetí člověka.* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 80-246-0173-7.

6. **FRAŇKOVÁ, S. – DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V.** *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla.* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0548-1.

7. **GROGAN, S.** *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem.* 1. vydání. Praha: GRADA Publishing, 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1.

8. **HALL, L. – COHN, L.** *Rozlučte se s bulimií.* 1. vydání. Brno: ERA, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8.

9. **HANZLOVSKÝ, M.** *Mentální anorexie u mužů* [online]. © 2004. [cit. 2009-2-28].

URL: < <http://www.celostnimediceina.cz/mentalni-anorexie-u-muzu.htm> >.

10. HERMAN, E. Suicidalita v ambulantní psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. Březsko: Solen, 2004, roč. 5, č. 2, s 80-82. ISSN 1213-0508.

11. HOSÁK, L. et al. Léčba poruch příjmu jídla na psychiatrické klinice v Hradci Králové. *Psychiatrie pro praxi*. Březsko: Solen, 2007, roč. 8, č. 2, s 88-91. ISSN 1213-0508.

12. KLEINWÄCHTEROVÁ, H. – BRÁZDOVÁ, Z. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjišťování*. 2. přepracované vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 102 s. ISBN 80-7013-336-8.

13. KMOCH, V. – PAPEŽOVÁ, H. Adonisův komplex, nové pohledy na poruchu příjmu potravy u mužů. Teorie a kasuistiky. In *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha: Galén, 2006. s 73-75. ISBN 80-7262-420-2.

14. KOCOURKOVÁ, Jana. – KOUTEK, Jiří. Problematika komorbidity u poruch příjmu potravy. In *Psychiatrie pro XXI. století*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. s 59. ISBN 80-86257-18-5.

15. KOCOURKOVÁ, J. – KOUTEK, J. Poruchy příjmu potravy u adolescentních chlapců. *Česká a slovenská psychiatrie: časopis psychiatrické společnosti*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 1998, roč. 94, č. 8, s 480-483. ISSN 1212-0383.

16. KOHOUT, P. – KOTRLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. 1. vydání. Praha: Kriegl, 2005. 113 s. ISBN 80-86912-08-6.

17. KOUBKOVÁ, M. *Nespokojenost s vlastním tělem a držení diet jako rizikové faktory pro rozvoj poruch příjmu potravy a metody kontroly tělesné hmotnosti u studentek středních škol*. České Budějovice, 2007. 68 s. Bakalářská práce na Zdravotně

sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře veřejného a sociálního zdravotnictví.
Vedoucí diplomové práce Mgr. Leona Meindlová.

18. KOUTEK, J. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.

19. KRCH, FD. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: GRADA Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

20. KRCH, FD. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*. Konice: 2004, roč. 5, č. 1, s 14-16. ISSN 1213-0508.

21. KRCH, FD. *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. 2. doplněné vydání. Praha: GRADA Publishing, 2003. 170 s. ISBN 80-247-0527-3.

22. KRCH, FD. – MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT, 2003. 32 s.

23. KRCH, FD. *Mentální anorexie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

24. KRCH, FD. Specifika psychoterapie poruch příjmu potravy. In *Psychiatrie pro XXI. století*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. s 61. ISBN 80-86257-18-5.

25. KRCH, FD. Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: 2000, roč. 4, č. 4, s. 231-235. ISSN 1211-7579.

26. KRCH, FD. et al. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 1. vydání. Praha: GRADA Publishing, 1999, 238 s. ISBN 80-7169-627-7.

- 27. KULHÁNEK, J.** *Prevence poruch příjmu potravy* [online]. © 2002-2006. [cit. 2006-10-11]. URL: < http://www.idealni.cz/prevence-poruch-prijmu-potravy+clanek_show.asp?id=23 >.
- 28. KULHÁNEK, J.** *Poruchy příjmu potravy* [online]. © 2002-2006. [cit. 2006-10-11]. URL: < http://www.pppinfo.cz/poruchy-prijmu-potravy---lecba+clanek_show.asp?id=22 > Poruchy příjmu potravy – léčba >
- 29. LEVINE, M.** *10 Things Parents Can Do to Help Prevent Eating Disorders* [online]. © 2005. [cit. 2009-02-10]. URL: < <http://www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/documents/handouts/10Parent.pdf> >.
- 30. LINCOVÁ, D. – HASSAN, F.** *Základní a aplikovaná farmakologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 601 s. ISBN 80-7262-168-8.
- 31. MALÁ, E.** Sebeпоškozování u poruch příjmu potravy. In *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha: Galén, 2006. s 112-115. ISBN 80-7262-420-2.
- 32. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 10. REVIZE.** *Duševní poruchy a poruchy chování: diagnostická kritéria pro výzkum*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 179 s. ISBN 80-85121-64-6.
- 33. NAVRÁTILOVÁ, M. – ČEŠKOVÁ, E. – SOBOTKA, L.** *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: MAXDORF, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3.
- 34. NĚMEČKOVÁ, P.** Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. Konice: 2002, roč. 3, č. 3, s 124-128. ISSN 1213-0508.

- 35. PAPEŽOVÁ, H. – KOCOURKOVÁ, J. – KOUTEK, J.** *Poruchy příjmu potravy* [online]. © 2006. [cit. 2009-01-28]. URL: <www.ceskapsychiatrie.cz/RSystem/soubory/e-book/book.pdf>.
- 36. PAPEŽOVÁ, H.** *Problémy psychogenního přejídání a obezita* [online]. © 2006 - 2007. [cit. 2008-07-08]. URL: <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=173673>>.
- 37. PAPEŽOVÁ, H.** Poruchy příjmu potravy a mezioborová spolupráce. *Postgraduální medicína, odborný časopis pro lékaře*. Praha: 2005, roč. 7, č. 1, s 94-100. ISSN 1212-4184.
- 38. PAPEŽOVÁ, H.** Poruchy příjmu potravy, novější diagnostické jednotky, společnost a média. *Practicus, odborný časopis praktických lékařů*. Praha: 2005, roč.4, č.4, s 144-146. ISSN 1213-8711.
- 39. PAPEŽOVÁ, H. et al.** *Psychiatre – poruchy příjmu potravy*. 2. doplněné a opravené vydání. Praha: TIGIS, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
- 40. PAPEŽOVÁ, H.** *Bulimia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
- 41. PAPEŽOVÁ, H.** *Informace pro rodiče* [online]. © 2002 – 2006. [cit. 2007-01-09]. URL: <<http://www.pppinfo.cz/informace-pro-rodice+clanek+show.asp?id=44>>.
- 42. PAPEŽOVÁ, H.** *Anorexia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-92-8.

- 43. PELKOVÁ, L.** Témata psychologické intervence v léčbě poruch příjmu potravy. In *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha: Galén, 2006. s 166-169. ISBN 80-7262-420-2.
- 44. PODLIPNÝ, J. – ŠTROSOVÁ, I.** Mentální anorexie u čtrnáctiletého chlapce. *Psychiatrie pro praxi*. Březsko: Solen, 2005, roč. 6, č. 2, s 91-95. ISSN 1213-0508.
- 45. PROVAZNÍK, K. - KOMÁREK, L.** *Manuál prevence v lékařské praxi*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 2004. 736s. ISBN 80-7168-942-4.
- 46. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P.** *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 3. vydání. Praha: TRITON, 2003. 211 s. ISBN 80-7254-423-3.
- 47. RABOCH, J. – ZVOLENSKÝ, P. et al.** *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 662 s. ISBN 80-7262-140-8.
- 48. SEKOT, M.** Problematika mužů hospitalizovaných pro poruchy příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti a Slovenskej psychiatrické společnosti*. Praha: 2002, roč. 98, č.7, s 393-397. ISSN 1212-0383.
- 49. SHILTZ, T.** *Binge Eating Disorder in Male* [online]. © 2005. [cit. 2009-01-20]. URL:<<http://www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/documents/handouts/MalesED.pdf>>.
- 50. SHILTZ, T.** *Strategies for Prevention and Early Intervention of Male Eating Disorders* [online].© 2002. [cit. 2009-01-20]. URL: < <http://www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/documents/handouts/MalePrev.pdf> >.

- 51. STÁRKOVÁ, L.** Poruchy příjmu potravy – psyché a soma. *Pediatric pro praxi*. Konice: 2005, roč. 6, č. 1, s 11-15. ISSN 1213-0494.
- 52. STÁRKOVÁ, L. – LUŇÁČKOVÁ, M.** Štíhlost v hodnotové hierarchii žen a mužů moravského regionu. *Psychiatrie pro praxi*. Konice: 2004, roč. 5, č. 6, s 325-328. ISSN 1213-0508.
- 53. STÁRKOVÁ, L.** Mentální bulimie u mužů. *Interní medicína pro praxi*. Konice: 2003, roč. 5, č. 5, s 250-252. ISSN 1212-7299.
- 54. STÁRKOVÁ, L.** Kognitivně – behaviorální terapie: praktické využití v ordinaci pedopsychiatra. III. část: poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. Konice: 2003, roč. 4, č. 2, s. 52-56. ISSN 1213-0508.
- 55. ŠTICHOVÁ, Z.** Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy. In *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. s 448-457. ISBN 80-7178-696-9.
- 56. TARTAKOVSKY, M.** *Eating disorders in Men* [online]. © 1992- 2009 [cit. 2009-02-10]. URL: < <http://psychcentral.com/blog/archives/2008/10/07/eating-disorders-in-men/> >.
- 57. TOMANOVÁ, J.** *Víceřodinná terapie mentální anorexie v Čechách* [online]. © 2002-2006. [cit. 2008-11-11]. URL: <http://www.idealni.cz/vicerodinna-terapie-mentalni-anorexie-v-cechach+clanek_show.asp?id=1463 >.
- 58. TOMEŠOVÁ, E.** *Závislost na cvičení* [online]. © 2008. [cit. 2008-05-05]. URL: < <http://www.ftvs.cuni.cz/Katedry/PPD/osoby/tomesova/materialy/Zavislost%20na%20cviceni.doc> >.

- 59. UHER, R. et al.** Zobrazovací metody u poruch příjmu potravy. In *Psychiatrie pro XXI. století*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. s 120. ISBN 80-86257-18-5.
- 60. VALENTOVÁ, D.** Chyby v diagnostice nebo nové formy poruch příjmu potravy? In *Psychiatrie pro XXI. století*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. s 123. ISBN 80-86257-18-5.
- 61. VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- 62. VOMASTEK, P.** *Z deníku anorektika*. 1. vydání. Praha: Tomáš Houška, 2000, 256 s. ISBN 80-86065-10-3.
- 63. ZÁMEČNÍKOVÁ, R.** Kompluzivní fyzická aktivita u mentální anorexie. In *Psychiatrie pro XXI. století*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. s 158. ISBN 80-86257-18-5.
- 64. ZVOLENSKÝ, P. et al.** *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2001. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

8. Klíčová slova

poruchy příjmu potravy

mentální anorexie

mentální bulimie

nespokojenost s vlastním tělem

diety

přejídání

nadměrná pohybová aktivita

9. Přílohy

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Přední odborníci na problematiku poruch příjmu potravy

- PhDr. František David Krch, Prof. doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Příloha 3 - Seznam podpořených projektů pro podporu prevence poruch příjmu

potravy v roce 2008 společností Unilever ČR, spol. s r.o. a Nadace VIA

Příloha 4 – Kazuistiky pacientů s poruchami příjmu potravy

Příloha 5 – Fotografie mužů s mentální anorexií



Dotazník

Jmenuji se Magda Koubková, jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulty navazujícího magisterského oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví.

Prosím Vás, abyste pravdivě odpověděl na otázky tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity v mé diplomové práci. Přečtěte si pozorně následujících 20 otázek a zakroužkujte jednu odpověď, popřípadě odpovězte slovně.

Předem Vám moc děkuji za pomoc.

1. **Věk**
- Výška**m
- Hmotnost**.....kg

2. Jakou byste si přál mít výšku a hmotnost?

Výškam

Hmotnost.....kg

3. Jste spokojený se svou postavou?

- a) ano
- b) jen z části
- c) ne

4. Přemýšlel jste někdy o tom, jak být štíhlejší?

- a) často
- b) už jsem o tom přemýšlel
- c) nikdy

5. Co byste na Vaší postavě chtěl změnit?

- a) zpevnit svaly
- b) zhubnout
- c) přibrat na váze
- d) nic bych na sobě neměnil
- e)

6. Přikládáte velký význam tomu, co si o Vás myslí ostatní?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

7. Jak často kontrolujete svou váhu?

- a) několikrát denně
- b) jednou denně
- c) jednou týdně
- d) méně než jednou týdně

8. Jaké metody používáte ve snaze zhubnout? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) dieta
- b) pohyb
- c) zvracení
- d) projímadla
- e) tabletky na hubnutí (jaké)
- f) jiné (uved'te jaké)

9. Drží někdo z Vašeho okolí dietu?

- a) ano
- b) ne





10. Držel jste někdy dietu ve snaze zhubnout?

- a) často držím dietu
- b) občas držím dietu
- c) jednou jsem držel dietu
- d) nikdy jsem dietu nedržel

11. Sledujete energetickou hodnotu potravin?

- a) ano
- b) občas
- c) ne

12. Upřednostňujete nízkotučné výrobky?

- a) ano
- b) ne

13. Vyhýbáte se sladkým jídlům?

- a) ano
- b) ne

14. Vynecháváte pravidelně jedno nebo více hlavních jídel? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) ano - snídani
- b) ano - oběd
- c) ano - večeři
- d) ne

15. Kde se nejčastěji stravujete?

- a) školní jídelna
- b) rychlé občerstvení
- c) restaurace
- d) doma

16. Co upřednostňujete za potraviny?

- a) tradiční
- b) exotická
- c) vegetariánská
- d) makrobiotická
- e) bufet. typu
- f) racionální výživa

17. Kolik hodin týdně sportujete?

- a) méně než 3 hodiny
- b) 3-5 hodin
- c) 5-8 hodin
- d) více než 8 hodin

18. O jaké sporty jde?

19. Sportujete:

- a) rekreačně
- b) vrcholově
- c) nesportuji

20. Sportujete hlavně z důvodu:

- a) snaha zhubnout
- b) udržení kondice
- c) zdravotní důvody
- d) nesportuji



Příloha 2 – Přední odborníci na problematiku poruch příjmu potravy

PhDr. František David Krch



Přední odborník na problematiku poruch příjmu potravy, výživy a závislostí. Dlouhodobě se zabývá léčbou mentální anorexie a bulimie a výzkumem v této oblasti. Dále se podílí na pedagogické a osvětové činnosti Psychiatrické kliniky VFN, přednáší v odborném a postgraduálním výcviku k problematice poruch příjmu potravy, zdravé výživy, závislostí a psychoterapie, publikuje v odborném i populárně naučném tisku.

Vzdělání:

1977 - Ukončil Filosofickou fakultu UK (psychologie)
1978 - Doktorát z filosofie
1984 - Atestace z klinické psychologie
1998 - Specializace v systematické psychoterapii
2005 - Státní doktorská zkouška a obhajoba disertační práce
Universita Palackého Olomouc, Filosofická fakulta)

Výzkumná činnost:

1985–1988 Psychosociální problémy pacientů s PPP, PK VFN.

1990–1994 Spolupráce s Centre for Interdisciplinary Research (CNR Paris), společný výzkum (stud. pobyt INSERM) s Unité de recherche sur la déviance et de la santé mental inf. a s Faculté de Médecine X. Bichat, Paris

1992–1997 Spolupráce s Innsbruckou a Debrecenskou universitou na projektu Transkulturní epidemiologické studie "Kvalita života".

od r. 1993 Navrhovatel a řešitel několika výzkumných projektů

1997-2002 Spolupráce s mezinárodním výzkumným týmem (UNDCP) na projektu "Developing social research capacities in drug control".

od. 2002 Spolupráce na WHO projektu: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study (PCP - vedoucí projektu L.Csémy)

Zdroj:

<http://www.vfn.cz/article.asp?nDepartmentID=1499&nArticleID=7516&nLanguageID=1>

Prof. doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.



Prof. doc. MUDr. Hana Papežová, CSc. se od počátku své profesionální kariéry zajímala o problematiku duševních poruch. Nejprve se jednalo o široký rozsah obecné psychiatrie. Své zkušenosti rozšířila v rámci zahraničních pobytů především na univerzitách v USA. V posledních více než 10 letech se zpočátku pod vedením svého učitele doc. Faltyse zaměřila na oblast poruch příjmu potravy. Převzala vedení tohoto specializovaného oddělení na Psychiatrické klinice v Praze. Jeho program však zásadním způsobem rozšířila o denní stacionář, rozvinula nové léčebné metody včetně internetových a podpořila další ambulantní služby. Dovedně vede multidisciplinární tým, který sama založila a organizačně zabezpečila. Na poli poruch příjmu potravy se stala uznávaným odborníkem nejen v naší zemi ale i mezinárodně. Je českým koordinátorem a úspěšným řešitelem celé řady národních i mezinárodních projektů zaměřených na problematiku poruch příjmu potravy. Je aktivní členkou Psychiatrické společnosti a zakladatelkou a předsedkyní odborné sekce pro poruchy příjmu potravy. Je autorkou více monografií, učebnic a dalších výukových pomůcek. Publikovala se spoluautory 25 prací v časopisech s IF, její citovanost dle SCI je 181. Za svou vědecko-odbornou činnost byla opakovaně odměněna např. cenou V. Vondráčka, prof., Kuffnera, Hanzlíčkovou i Janssenovou cenou. Od r. 1986 je doc. Papežová pedagogickým pracovníkem 1. LF UK. Je zapojena a organizuje jak pregraduální tak postgraduální výuku v českém i anglickém jazyce. Její kurzy o poruchách příjmu potravy jsou mezi studenty velmi dobře hodnoceny. Je členkou oborové rady Lékařská psychologie a psychopatologie postgraduální vědecké přípravy na KU. Papežová vyzrála v mezinárodně uznávanou osobnost české psychiatrie i celé akademické obce. Její dosavadní životní linie dává dobré předpoklady, že bude i nadále rozvíjet tuto stále ještě stigmatizovanou, ale velmi důležitou oblast medicíny.

Příloha 3 - Seznam podpořených projektů pro podporu prevence poruch příjmu potravy v roce 2008 společností Unilever ČR, spol. s r.o. a Nadace VIA

I vy jste v tom II - "Mateřské centrum (Centrum pro rodinu) Benjamínek, o. s., Domažlice"

Projekt "I vy jste v tom II" navazuje na stejnojmenný projekt „I vy jste v tom“ a obdobně jako jeho předchůdce má i on interaktivními semináři vést účastníky k přijetí vlastního těla, k uvědomění si sebe sama a posilování sebeúcty a podporovat pochopení vlastní jedinečnosti.

Formou aktivního sociálního učení ve skupině má být rozvíjena dovednost vybrat si a vychutnat jídlo a předejít možnosti případných redukčních diet zacílením na zdravý životní styl. Součástí projektu je i uvedení do problematiky poruch příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie, obezita...). Sdružení se také v případě výskytu patologie bude snažit pomoci vyhledat odbornou péči a odborníky v místě bydliště pacienta.

Podpora kontaktního centra Anabell Praha - Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, Brno

Cílem projektu je stabilizace a profesionalizace pomoci a podpory osobám s poruchou příjmu potravy v Praze a blízkém okolí. Cílené, úzce vymezené a specializované poradenství je v Kontaktním centru Anabell Praha zaměřeno na předcházení rizikům, resp. na změnu nevhodných návyků spojených s jídlem, které by mohly vést (a vedou) k sociálnímu vyloučení pacienta (sociální izolace, ztráta zaměstnání, invalidita,...). Kontaktní centrum Anabell Praha tím tedy poskytuje služby ve smyslu primární i sekundární prevence oblasti problematiky poruch příjmu potravy.

Kreativitou a zážitkem k prevenci poruch příjmu potravy - Evangelická akademie Praha, Praha

Projekt je určen pro žákyně a žáky střední odborné školy a studentky a studenty Vyšší odborné školy sociální práce a je složen z kreativní soutěže, edukativních seminářů a odborného poradenství. Teoretická – edukativní – část projektu bude tvořena cyklem přednášek, resp. spíše interaktivních workshopů přizpůsobených věku, zkušenostem a požadavkům cílové skupiny. Další složka této části již obsahuje praktické prvky a zaměřuje se na sledování a testování práce počítačového grafika při úpravě běžné fotografie na fotografii, jak jí můžeme vidět v médiích. Praktická část projektu navazuje na část teoretickou a bude realizována ve spolupráci s kmenovými pedagogy školy. Jedná se o kreativní soutěž, vernisáž nejlepších děl, vytvoření informačních panelů a jejich následné slavnostní uvedení do provozu, zavedení anonymního poradenství s veřejnými odpověďmi týkajícími se poruch příjmu potravy.

STOPPPP - Nové Obzory, o. s., Domažlice

Od dubna 2008 bude v Domažlicích nově otevřeno kontaktní místo pro osoby trpící poruchami příjmu potravy, které si se svým problémem neví rady – koho, kde a jak požádat o pomoc? A co dál? STOPPPP bude svým návštěvníkům poskytovat tematickou literaturu, propagační materiály, kontakty na odborníky zabývající se problematikou poruch příjmu potravy, léčbou a terapií.

Prevence poruch příjmu potravy v nízkoprahových klubech Jahoda a Džagoda - Jahoda, o. s., Praha

V rámci projektu bude vybrána skupina 10 dívek a chlapců z klubu Džagoda ve věku mezi 14 a 18 let. Ti utvoří ve spolupráci s pracovníci klubu pracovní skupinu, jejímž cílem bude:

- 1) Zrealizovat (tedy organizačně zajistit) dvě diskuse v obou klubech na téma poruch příjmu potravy a zdravého životního stylu.
- 2) Vytvořit preventivně zaměřený informační leták s tématem poruch příjmu potravy primárně pro klub Jahoda (tedy pro děti ve věku od 6 do 15 let) a uspořádat k tomuto tématu společnou schůzku.
- 3) Vymyslet formu a styl portrétních fotografií a sloganů, které budou součástí výstavy na toto téma.

Přes most života - Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, Brno

Projekt "Přes most do života" si klade za cíl prostřednictvím diskusního chatu na internetových stránkách www.idealni.cz (odborníky garantovaný informační portál o poruchách příjmu potravy) aktivně vyhledávat osoby ohrožené nebo již nemocné poruchou příjmu potravy a nabízet jim pomocnou ruku a podporu v rozhodnutí léčit se a vyhledat odbornou pomoc. Do projektu budou zapojeni dobrovolníci a stážisté na praxi v Kontaktním centru Anabell Praha, kteří budou vyškoleni pro práci s klienty/klientkami na internetu – diskusním chatu.

Psychiatrická ambulance pro klienty/ky občanského sdružení Anabell - Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, Brno

Obsahem projektu je přímá pomoc a podpora osobám s poruchami příjmu potravy realizovaná formou specializované pomoci – odborné psychiatrické a psychoterapeutické léčby. Psychiatrická ambulance bude provozována jako logická součást komplexní nabídky služeb a programů v Kontaktním centru Anabell Brno. Metody, které již jsou nebo budou

Psychiatrické ambulanci Anabell využívány:

- odborné psychiatrické vyšetření;
- doporučení farmakologické léčby, farmakoterapie;

- doporučení k hospitalizaci;
- konzultace s dalšími lékařskými odborníky (interna, gynekologie, endokrinologie, gastroenterologie aj.);
- individuální psychoterapie;
- rodinná terapie.

Vícerodinná terapie pro pacienty s mentální anorexií - Svépomocná asociace psychodenních poruch příjmu potravy, Praha

Vícerodinná terapie, nový terapeutický přístup v ČR, je koncipována jako osmiměsíční cyklus s pevně danou strukturou. Jednoho cyklu kurzu se účastní 5 až 6 rodin, v nichž některý z členů trpí mentální anorexií. O rodiny zpravidla pečuje 5 nebo 6 terapeutů, jenž se dlouhodobě specializují na práci v oblasti poruch příjmu potravy a rodinné terapie. Každá z rodin je zároveň v péči jednoho svého terapeuta, který má možnost být se zbytkem týmu v kontaktu. Organizátoři programu (Svépomocná asociace psychogenních porucha příjmu potravy) usilují o pravidelné konání tohoto terapeutického cyklu a jeho zpřístupní pro stále větší počet rodin, v nichž některý z členů trpí poruchou příjmu potravy. Péče o tyto rodiny je zajištěna jednak jejich přímou účastí v programu, jednak následnou péčí terapeutů specializovaných na problematiku poruch příjmu potravy.

Podpora kontaktního centra Anabell Ostrava - Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, Brno

Cílem projektu Podpora Kontaktního centra Anabell Ostrava je stabilizace a ještě větší profesionalizace pomoci a podpory osobám s poruchami příjmu potravy v Moravskoslezském kraji. Specializované poradenství je v kontaktním centru zaměřeno na předcházení rizikům, resp. na samotnou změnu nevhodných návyků spojených s jídlem, které by mohly vést, a mnohdy také vedou k sociálnímu vyloučení (sociální izolace, ztráta zaměstnání, invalidita,...) v souvislosti s onemocněním mentální anorexií nebo bulimií.

Zdroj:

[http://www.nadacevia.cz/projekty.shtml?conds\[0\]\[unspecifed....2\]=8176b357c1185720296a3d5dc05b7cb3](http://www.nadacevia.cz/projekty.shtml?conds[0][unspecifed....2]=8176b357c1185720296a3d5dc05b7cb3)

Příloha 4 – Kazuistiky pacientů s poruchami příjmu potravy

Kazuistika 1.

Osmnáctiletý mladík, odeslaný praktickým lékařem pro poruchu příjmu potravy, v. s. psychického původu. Doprovází ho matka, která, po dohodě s ním, sděluje základní informace o problému.

V rodině se vždy dbalo na životosprávu, a to hlavně kvůli mladšímu bratrovi pacienta, který býval „otesánek“. Pacient sám býval vždy zdravý, ve všem průměrný, sám moc ambicí neměl. Bude maturovat na střední průmyslové škole, chce se pokusit o studium na vysoké škole, což je hlavně přání otce.

Matčina výpověď se od počátku jasně orientuje na dlouhodobý vztahový problém mezi pacientem a otcem, který ona sama vnímá. Otec, voják z povolání, hodně autoritativní, s relativně hodně úspěšnou kariérou, výrazně preferující mladšího syna. Ten je skutečně na rozdíl od pacienta zvědavější, živější a úspěšnější. Pacient se podle ní musel cítit otcem nemilovaný a odstrkovaný. Vždy chtěl dobře vypadat, zkoušel diety, protože inklinoval k nadváze. Hlídal si kalorie, zhubl. Pak začal hodně jíst, protože se začal věnovat závodnímu plavání. Překvapovalo ji, že tak moc jí a „nic to s ním nedělá“. Nejdřív to přičítala energetickému výdeji ve sportu, pak zjistila, že chodí po jídle zvracet. Dokázal vyjíst lednici. Jindy připravil oběd pro sebe, bratra a otce, nakonec snědl všechny tři porce sám. Ví, že mu hodně záleží na figuře a ona se ani nediví, doma to bylo dost často diskutované téma.

Pacient pohledný, sportovního vzhledu. Sám sděluje, že si postavu hlídá asi tři roky. Začal ji udržovat hlavně prostřednictvím diet a sportu. Zhruba před rokem mu začaly vadit časté návštěvy u prarodičů s nadměrnou konzumací jídla. Sám je označil jako „žranice“. Nutili ho do jídla a on je nechtěl urazit. Nakonec se překonal, nabízené snědl, pak to šel vyzvracet. Zvracel s použitím prstů jen dvakrát, pak už zvracel automaticky (pil hodně tekutin během jídla). Po vyzvracení se cítil líp. Jak uvádí, „jídlo prostě v žaludku nesnesl“. Vůbec se nepřejídá a nezvrací, když tráví víkend s přáteli, eventuálně se svou dívkou. Ta o jeho problémech vůbec neví. Celou záležitost odhalila matka, zvracel prakticky denně. Maximálně vydržel pět dní nezvracet, pak se k tomu vrátil. Sám to vnímá jako psychologický a ne fyzický problém. Otce hodnotí jako člověka,

který si zakládá na svém egu. Nejvíc ho zranilo, když se otec vyjádřil, že mu na něm a na matce vůbec nezáleží, záleží mu jen na bratrovi. Sám má otce rád a chce vystudovat VŠ, aby naplnil jeho ambice. Výška: 184 cm, hmotnost 73,10 kg.

Další dvě kazuistiky naplňují diagnózu mentální bulimie rovněž, vztahují se k adolescentnímu věku. Zvláště poslední kazuistika dokumentuje, jak není na bulimii u mužů pomýšleno.

Kazuistika 2.

Téměř 15letý hoch, odeslaný praktickou lékařkou pro podezření na mentální anorexii. Matka uvádí, že měl ve 4,5 letech těžký úraz. Prodělal kraniocerebrální trauma s následnou reziduální hemiparézou vlevo. Byl hodně fixován na babičku, která o něho pečovala. Zemřela asi před půl rokem na karcinom. Chlapec chodí do ZŠ, učí se na lepší průměr. Mezi dětmi není příliš oblíbený, protože se nemůže zúčastnit žádných společných sportovních aktivit. Míval nadváhu a děti se mu posmívaly. Měl přezdívku „medvěd“, což bylo zřejmě dáno jeho pouhazovým zhoršením hybnosti a nadváhou.

Matka rovněž sděluje, že otec měl potvrzenou obezitu, začal redukovat a zhubl 30 kg. Váhu mají doma skoro na každém kroku, otec se pořád kontroluje.

Před půl rokem zpozorovali, že syn dost zhubl. Říkali si, že se vytáhl – vyrostl o 10 cm a zhubl 10 kg. Přijali to, slušelo mu to. V posledních měsících však zjistili, že se začal hodně přejídat a pak jídlo zvrací. Jí velmi rychle a s chutí. Zvracení je hodně časté, několikrát týdně. Původně se domnívali, že mu je asi z nějakého jídla špatně, to se ale nepotvrdilo. Byl vyšetřen praktickou lékařkou s negativním nálezem.

Chlapec sám uvádí, že „byl tlustej a chtěl zhubnout“. Nechtěl, aby se mu posmívali. Pak zase začal víc jíst. Snědl třeba velkou porci a dostal strach, že zase ztloustne. Tak šel zvracet. Nemusel používat prsty, šlo to samo. Když předtím zhubl, byl sice unavený, ale spokojený, že se mu neposmívali.

Výška 176 cm, hmotnost 65,40 kg, původní hmotnost 75 kg.

Kazuistika 3.

Mladík 16,5 let, který byl v roce 1999 v péči naší ambulance pro mentální anorexii. Měl tehdy BMI 16,5, klasický obraz anorexie. Když začal hubnout, vyřadil vše sladké, včetně ovoce, jedl jen knuspi a mýsli tyčinky. Předcházela doba, kdy byl podle matky velký jedlík, dokázal sníst 10 knedlíků. Dělal tehdy sportovní gymnastiku a bojové umění.

Rodinná atmosféra byla dle matky někdy dost neúnosná pro otcovu povahovou nevyrovnanost a výbušnost, sklon k větší konzumaci alkoholu. O děti nejevil zájem. Během ambulantní léčby se stav pacienta zlepšil, hmotnost se upravila na 53 kg (z původní hmotnosti 49,70 / 166 cm).

Za dva roky přicházejí znovu. Matka uvádí, že téměř půl roku běhali po různých vyšetřeních, protože měl potíže se žaludkem a dost zvracel. Vždy se najedl a pak to vyzvracel. Jí samotné se zdálo, že jídla konzumuje příliš mnoho. Za jídlo dokázal utratit hodně peněz, rád si dopřál. Třeba před tanečními – to snědl kvantum jídla a pak to šel vyzvracet.

Sám uvádí, že se snažil v jídle kontrolovat. Když vydržel ráno nejíst, dokázal nejíst celý den a pak mu bylo dobře. Když se najedl víc, šel zvracet. Prsty nepoužíval, zvracel automaticky. Už nedělá gymnastiku, dál se věnuje karate a začal chodit do posilovny, formuje tělo.

Dle matky se rodinná atmosféra zhoršila, rovněž mladší syn začal navštěvovat psychologa a psychiatra pro úzkostnou poruchu.

Zdroj: viz Seznam použitých zdrojů (53)

Příloha 5 – Fotografie mužů s mentální anorexií



Zdroj:

http://images.google.cz/imgres?imgurl=http://www.ahaonline.cz/public/nah/07_07_15/30_chlap.jpg&imgrefurl=http://sweetmoda.blog.cz/0708/pribeh-aleny-z-prahy-16&h=140&w=93&sz=5&hl=cs&start=121&um=1&usg=__bZBQBtNAfYHIdEQAc2FdS8agWAc=&tbnid=2srWWtFnYka-sM:&tbnh=93&tbnw=62&prev=/images%3Fq%3Danorexie%2Bu%2Bmu%25C5%25BEe%26start%3D120%26ndsp%3D20%26um%3D1%26hl%3Dcs%26sa%3DN



Zdroj:

http://images.google.cz/imgres?imgurl=http://blogs.citypages.com/blotter/J2_0100.jpg&imgrefurl=http://blogs.citypages.com/blotter/blogsweb/&h=480&w=722&sz=79&hl=cs&start=8&sig2=DnUlzU64GZ2g4zi5ogv-gA&um=1&usg=__9cZCijOp4xaQWNnGze-yGEv10Xs=&tbnid=h5AeQ9Gp0lubIM:&tbnh=93&tbnw=140&ei=gX39SKneFYqw0gWHmrSIAg&prev=/images%3Fq%3Deating%2Bdisorders%26um%3D1%26hl%3Dcs%26sa%3DX