

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav zdraví dětí a mládeže



Blanka Dudová

Postoje patnáctiletých dívek k redukčním dietám

The Attitudes of 15 year girls to lowering diet

Bakalářská práce

Praha, květen 2011

Autor práce: Blanka Dudová

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Veřejné zdravotnictví

Vedoucí práce: **MUDr. Eva Vaníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav zdraví dětí a mládeže 3. LF**

Předpokládaný termín obhajoby: 7. 9. 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 28. května 2011

Blanka Dudová

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Evě Vaníčkové za odborné vedení, trpělivost, podnětné a cenné rady, konzultace, které mi poskytovala během celého zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji za ochotný přístup při organizaci sběru dat školní psycholožce Mgr. Janě Možíšové a v neposlední řadě i Bc. Jiřímu Pospíšilovi za korekci a formální úpravu.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 7 |
| 1 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ | 9 |
| 1.1 Anatomicko-fyziologické změny v období pubescence | 9 |
| 1.1.1 Tělesné změny v průběhu dospívání u dívek..... | 10 |
| 1.2 Psychické změny v období pubescence..... | 11 |
| 1.2.1 Změny na úrovni prožívání..... | 12 |
| 1.3 Rozvoj sexuality v dospívání..... | 12 |
| 2 NADVÁHA A OBEZITA U DĚTÍ | 13 |
| 2.1 Příčiny vzniku nadváhy a obezity | 13 |
| 2.2 Rizikado dospělosti | 13 |
| 2.3 Prevence vzniku nadváhy a obezity..... | 14 |
| 3 REDUKČNÍ DIETY | 15 |
| 3.1 Redukční dieta se nerovná normální jídelní režim..... | 15 |
| 3.1.1 Dietou to začíná..... | 16 |
| 3.1.2 Důsledky diet | 17 |
| 3.2 Kdy je vhodná redukce váhy a redukční dieta..... | 18 |
| 4 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY | 19 |
| 4.1 Kdo je poruchami příjmu potravy ohrožen..... | 19 |
| 4.2 Faktory posilující vznik poruch příjmu potravy | 20 |
| 4.3 Mentální anorexie | 20 |
| 4.4 Mentální bulimie..... | 21 |
| 4.5 Orthorexie | 22 |
| 4.6 Následky poruch příjmu potravy..... | 23 |
| 4.7 Léčba příjmu potravy..... | 23 |
| 5 PRAKTICKÁ ČÁST – POSTOJE PATNÁCTILETÝCH DÍVEK K REDUKČNÍM DIETÁM | 24 |
| 5.1 Metodika, cíl práce, hypotézy | 24 |
| 5.2 Charakteristika dotazníku..... | 25 |
| 5.3 Charakteristika zkoumané skupiny..... | 26 |
| 6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ | 29 |
| DISKUSE | 42 |
| ZÁVĚR | 46 |
| SOUHRN | 48 |
| SUMMARY | 49 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 50 |
| SEZNAM TABULEK A GRAFŮ | 52 |

| | |
|------------------------------|-----------|
| TABULKY A GRAFY | 54 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 68 |
| PŘÍLOHY | 69 |

Úvod

Téma své bakalářské práce „Postoje patnáctiletých dívek k redukčním dietám“ jsem si vybrala na základě dlouholetého zájmu o tuto problematiku, protože jsem se s ní po dobu základní školní docházky a později i při studiu na gymnáziu setkávala u svých spolužaček, u kterých v několika případech došlo k poruše příjmu potravy a mne mrzelo, že jim neumím pomoci.

Mladé dívky jsou v současnosti stále více ovlivňovány reklamními kampaněmi módního průmyslu, které na ně útočí z billboardů, televize, filmů či módních časopisů, ze kterých se dozvídají, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Do popředí jsou dávány zdravotní výhody štíhlosti, ale záměrně je opomíjeno zdůraznění škodlivých důsledků omezování v jídlu. Lidé s vyšší tělesnou hmotností bývají společností často vnímáni jako neúspěšní a méněcenní. „*Někteří pedagogové trousí ve třídě znevažující poznámky. Jiní, ve snaze pomoci, navrhnou snížení hmotnosti, balet nebo speciální cvičení. V obou případech vynášejí vyučující rozsudek, kterému dospívající dívka rozumí moc dobře – taková, jaká je, není dost dobrá.*“¹ Proto chtějí mít mladé dívky dokonalou postavu, začínají držet různé mnohdy až drastické diety, protože chtějí zhubnout velké množství kilogramů za velmi krátkou dobu. Pravda je však taková, že jednorázová dieta má málokdy dlouhodobý efekt. Největším nebezpečím těchto diet je však vznik poruch příjmu potravy, které v současnosti patří k nejrozšířenějším a zároveň nejnebezpečnějším onemocněním mladé generace a mohou skončit až smrtí. Na důležitost této problematiky upozorním v rámci této práce.

Práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou. Cílem teoretické práce je objasnit specifika období dospívání dívek, příčiny vzniku nadváhy a obezity, rizika do dospělosti a prevence jejich vzniku. Dále ujasnit, co je to redukční dieta, kdy je vhodná, jaké mohou být následky při jejím neodborném aplikování a v závěru teoretické části rozebrat poruchy příjmu potravy, kdo je jimi ohrožen, které faktory posilují vznik těchto poruch, jaké mohou mít následky a jejich léčbu.

¹ Crooková, M., *V zajetí image těla*. 1995, s. 24

Praktická část práce je věnována sběru dat týkajících se názorů a postojů patnáctiletých dívek k redukčním dietám, a to pomocí dotazníkového šetření u vytipovaných základních a středních škol v okrese Kroměříž, s analýzou výsledků tohoto šetření. Tato práce je pouze zlomkem v oblasti této široké problematiky a z tohoto hlediska je také nutno ji posuzovat.

1. Období dospívání

Období dospívání se vyznačuje tělesnými změnami, které jsou podmíněny pohlavním dozráváním. Stejně tak sem patří i psychické změny.

U dospívajících jedinců můžeme v této fázi života pozorovat duševní rozkolísanost, zvýšenou citlivost či vzdorovitost. Tato životní etapa má také své klady, objevuje se smysl pro spravedlnost, mravní cítění, snaha o osamostatnění, hledání svého místa ve společnosti a hledání sebe sama. Dospívající už není dítětem, ale ani ještě dospělým.

Období dospívání rozdělujeme na²:

Období pubescence (od 11 let do 15 let):

- a) Prepuberta se vyznačuje nástupem prvních známek pohlavního dozrání, patří sem objevení se prvních sekundárních pohlavních znaků, zrychlení růstové křivky. Tato fáze končí výskytem menarche u dívek.
- b) Vlastní puberta navazuje na ukončenou fázi prepuberty a trvá tak dlouho, dokud nedosáhne reprodukční schopnosti. Období vlastní puberty se odehrává zhruba ve věku 13 – 15 let.

Období adolescence (15 – 22 let):

V této fázi dochází k plné reprodukční zralosti a dokončení růstu. Mění se role dospívajícího ve společnosti (přechod ze základní školy na střední školu či učiliště), jedinec navazuje hlubší vztahy s opačným pohlavím. Dívky a chlapci se výrazně tělesně od sebe odlišují, dívkám se zaoblují postavy a chlapci nabírají svalovou hmotu.

1.1 Anatomicko-fyziologické změny v období pubescence

Činnost žláz s vnitřní sekrecí (hypofýza, pohlavní žlázy) se zvyšuje. Díky působkům, které uvolňuje hypothalamus, se stimuluje hypofýza, produkující gonadotropní hormony, čímž se zvyšuje hladina pohlavních hormonů. *„Zvýšené a nepravdělné vylučování adrenalinu dření nadledvin v dospívání se patrně*

² LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie.*, 2006.

podílí na erupivní, prudké a ještě neustálené povaze pubertálních citů.“³ Intenzivně narůstá tuková tkáň, svalová hmota a vnitřní orgány, což tělu poskytuje typický tvar, výšku a váhu. Charakteristický nárůst jedince do výšky je způsoben prodloužením dlouhých kostí končetin, což umožňuje chrupavčitá růstová destička, jejíž činnost je řízena hormonálně. Dospívající jedinec však neroste jenom do výšky, celkově se mění proporce jeho těla (nárůst tukové hmoty a svalové hmoty).

Pohlavní diferenciaci je řízena nervově, vysílané impulsy ovlivňují soustavu žláz s vnitřní sekrecí. „Všechny impulsy první a druhé signální soustavy, které u dospívajících vyvolávají vnímání a jiné psychické procesy, jsou v celé šíři přeměně sexuální diferenciaci velmi důležité.“⁴ Tyto impulsy podporují rozvoj psychických vlastností jedince a působí také na funkci žláz.

„V průběhu puberty se vyvíjejí pohlavní znaky, které zařazujeme do čtyř skupin: 1. primární pohlavní znaky – to jsou pohlavní orgány, které narůstají do normální velikosti; 2. sekundární pohlavní znaky – vzhledově odlišují dospívajícího od dítěte a ženské tělo od mužského. U dívek jsou to zvláště zvětšené mléčné žlázy, ochlupení v krajině stydké a v podpaží, zaoblování boků a bohatší ukládání tuku do podkoží než u chlapců. U chlapců je to ochlupení v krajině stydké, v podpaží, růst vousů, ochlupení celého těla, značný růst svalové hmoty a mutace hlasu; 3. terciální pohlavní znaky nelze přesně oddělit od sekundárních, týkají se dýchání, činnosti srdce, složení krve a činnosti žláz s vnitřní sekrecí apod.; 4. Kvartérní pohlavní znaky přecházejí z oblasti somaticko-fyziologické do oblasti psychické, ale jejich substrát je sexuálně-fyziologický.“⁵

1.1.1 Tělesné změny v průběhu dospívání u dívek

V jedenáctém roce života dochází u dívek ke zvětšení nader a ochlupuje se stydká oblast. Dochází ke zvýšení tělesné hmotnosti a zvětšení vnitřních pohlavních orgánů (děloha, vejcovody, vaječníky) a vnějších rodidel.

³ KOHOUTEK, R. *Psychologie puberty*. 2009

⁴ KURIC, J. a kolektiv. *Ontogenetická psychologie*. 1986

⁵ Tamtéž

Okolo dvanáctého roku života se zvětšují mléčné žlázy a pigmentují prsní bradavky. Dostavuje se obvykle v tomto věku menarche.

Ve třinácti letech se objevuje ochlupení v podpaží. Dívka menstruuje zatím v nepravidelných intervalech.

Ve čtrnácti letech se výrazně mění proporcionalita těla, tělo se zaobluje a začíná mít všechny znaky ženského těla. Dívka pravidelně menstruuje až od patnáctého roku života, v této době je už plně pohlavně zralá.⁶ Dívky jsou velice citlivé, co se týče jejich měnícího se těla. Nemusí být nadšené z těchto změn a mohou odmítat se s tím smířit. Stačí poznámky ohledně přibraných kil ze strany spolužáků nebo dospělých, což může být spouštěčem poruch příjmu potravy.

1.2 Psychické změny v období pubescence

Pubescent má výrazné tendence osamostatnit se. Narůstá jeho individualita, většinou je pubescent introvertní a vnitřně neklidný. Na začátku puberty lze sledovat fázi vzdorovitosti. Snaží se sám naplňovat své zájmy a přání. Typické pro toto období je labilita, kolísání v sebehodnocení.

Měnící se dětské tělo v tělo dospělé může mít za následek ztrátu sebejistoty, protože se s tím, jak se mění tělo dívky, mění i chování okolních lidí. Reakce okolí ovlivňuje, zda dospívající přijme změnu svého těla pozitivně či negativně. Vnímání vlastního těla je součástí identity.

Dospívající věnuje zvýšenou pozornost svému vzhledu, zkoumá svůj obličej, svou postavu. V tomto období je tudíž dívka velice náchylná ke vzniku poruch příjmu potravy.

Psychické změny se výrazně projevují v oblasti rozumové. Rozvíjí se vyšší úroveň abstraktního myšlení. Přebývá logické myšlení. Myšlení dospívajícího je samostatnější, rozumovými schopnostmi se blíží rozumovým schopnostem dospělého jedince, chybí však zkušenosti.

Dívky v tomto období mají v rozumovém vývoji náskok oproti chlapcům. Tento rozdíl se však později stírá.

⁶ KURIC, J. a kolektiv. *Ontogenetická psychologie*. 1986

1.2.1 Změny na úrovni prožívání

Na úrovni prožívání pozorujeme emoční labilitu, sklony k přecitlivělosti, vztahovačnost, křehkou sebeúctu. Dospívající je podrážděný, impulzivní a introvertní. Dívky si v tomto období píší deník, kam zachycují své pocity.

Dospívající utíkají do fantazie, která je pro ně útočištěm před realitou. Denní snění je typické pro období pubescence, nejčastějšími tématy bývají erotika, snění o budoucím povolání, vlastní všemocnost.

Dospívající jeví nechuť ke kompromisům, hledá jednoduchá řešení. Snaží se prosazovat své názory. V tomto období je velmi obtížná komunikace mezi rodiči a dospívajícím.

K dalším rysům puberty patří přesvědčení o vlastní výjimečnosti. Jedině myšlenky, pocity dospívajícího jsou výjimečné a ostatní to nemohou pochopit.

Jedinec dokáže navazovat hlubší vztahy (přátelství). Objevují se city první pubertální zamilovanosti.

1.3 Rozvoj sexuality v dospívání

V dospívání se rozvíjí sexuální identita. Rozvíjí se sexualita, vztah k vlastnímu tělu a to, jak je vnímáno a přijímáno. Sexualitu dospívajícího ovlivňují rodiče. To, zda rodiče přijímají či odmítají sexualitu, jestli se doma o ní baví či ji tabuizují, ovlivňuje postoj dospívajícího k vlastní sexualitě.

2. Nadváha a obezita u dětí

Nadváha a obezita u dětí je v dnešní době velmi často diskutovaným problémem, který je rozšířen ve všech vyspělých a některých rozvojových zemích světa. Dětská obezita se neustále zvyšuje. V celosvětovém měřítku se udává, že nejméně dvacet dva milionů dětí ve věku od pěti let trpí nadváhou či je obézní. V České republice obezitou trpí asi dvacet až třicet procent dětí.⁷

2.1 Příčiny vzniku nadváhy a obezity

Co vlastně způsobuje to, že počty dětí s nadváhou či obézních dětí stále narůstají? Tento problém je multifaktoriální etiologie. Velký podíl na vzniku nadváhy a obezity má genetická výbava jedince, ve většině případů však lze předejít vzniku nadváhy pravidelnou pohybovou aktivitou a racionální výživou.

Dále je to nepoměr mezi energetickým příjmem a výdejem, špatné stravovací zvyklosti v rodině a celkově životní styl rodiny. Děti mají nedostatek pohybové aktivity, což je způsobeno tím, že tráví veškerý svůj volný čas u televize či počítače.

Většina dětí také nesnídá a potom jsou hladové. Potřebnou energii tedy dětský organismus získá z tukových zásob, které jsou posléze doplněny, když se dítě nají. Většinou sáhnou po potravinách tučných či sladkých.⁸

2.2 Rizika do dospělosti

Pokud se obezita nepodchytí v začátcích, dítě zůstane obézní i v dospělosti. Je tedy mylné si myslet, že dítě z obezity vyroste. Obezita s sebou nese komplikace. Mezi nejčastější komplikace obezity patří hypertenze a diabetes mellitus.

Obezita ovlivňuje negativně nejen zdravotní stav jedince, ale také zasahuje do oblasti sociální. Působí nepříznivě v každém věku. Obézní děti a mladiství jsou nepohybliví, neobratní. Jsou často středem posměchu, což je vede k tomu, aby se stranili okolí. Tím se zvyšuje tendence ke vzniku závislosti, poruch příjmu

⁷ Internet. In obezita.podrobněji.cz . *Obezita u dětí*. 2009.

⁸ Tamtéž

potravy či sebepoškozování. Je tedy na místě předcházet vzniku obezity pomocí prevence.

2.3 Prevence vzniku nadváhy a obezity

Prevence vzniku nadváhy a obezity u dětí je mnohem efektivnější než léčba. Předpokladem je včasné podchycení sklonu k nadváze. Sklony k nadváze a následně obezitě mají děti, jejichž rodiče jsou obézní nebo obezitou trpí některý člen rodiny.

Prevence začíná již v těhotenství. Po narození je základem zdravého vývoje dítěte a zároveň prevencí kojení.

Výchovou dětí ke zdravému životnímu stylu (racionální výživa, pravidelná pohybová aktivita) by se mělo zabránit stoupajícímu trendu výskytu obezity u dětí a následně u dospívajících. Rodiče by měli jít svým dětem příkladem, pěstovat u nich správné stravovací návyky (naučit je jíst ovoce a zeleninu) a vštěpovat, že díky pravidelnému stravování nebude mít organismus tendence část přijaté energie ukládat do zásoby. Neméně důležitým prvkem prevence nadváhy a obezity, kromě racionální výživy, je pravidelná pohybová aktivita.

3. Redukční diety

Co to vlastně redukční dieta je? Redukční dieta se používá jako léčebná metoda při redukci nadváhy či obezity. Redukční dietou rozumíme úpravu jídelníčku a celého životního stylu, tím lze dosáhnout úbytku hmotnosti. Redukční dieta je samozřejmě jen krátkodobá záležitost.

Hubnout může pacient buď pomalu, nebo rychle. Při pomalém hubnutí se hmotnost snižuje o dva až čtyři kilogramy za měsíc. Redukční diety by měly být pod dohledem lékaře či nutričního specialisty. Při držení redukční diety by si měl pacient stanovit krátkodobý reálný cíl, kterým je hmotnost, jíž chce dosáhnout. Měla by to však být „rozumná hmotnost“, čili hmotnost, jíž je pacient schopen dosáhnout a dlouhodobě si ji udržet.

3.1 Redukční dieta se nerovná normální jídelní režim

Dívky a mladé ženy zaměňují redukční diety za normální jídelní režim. V zemích západní Evropy a USA už je pojem redukční dieta vnímán veřejností, hlavně vzdělanými ženami, jako negativní jev, který je nmoderní, a tudíž není vhodné se k tomu přiznávat.

Postoje k redukčním dietám se mění pravděpodobně díky názorům, že tyto diety jsou nebezpečné a jejich držení nedosahuje kýžených požadavků. Tím se možná sníží riziko rozvoje poruch příjmu potravy, ale stále narůstá počet žen držících dietu a pacientů s anorexií a bulimií, kteří považují své nevhodné jídelní návyky za zdravou a racionální výživu, a popírají snahu o zhubnutí.

S dietou roste hlad. Normální nebo malá porce jídla, po tzv. redukčních dietách, může tedy způsobit pocit přejedení. Dieta taktéž mění chuť k jídlu (roste chuť na sladké), prožívání pocitu sytosti a s přejídáním může navodit hypoglykémii.⁹

Redukční diety jsou velice časté u dívek trpících bulimií. Pokud dívka selže, protože dieta je moc přísná, nebo potřebuje vysokou dávku sebekontroly, dostávají se výčitky svědomí, pocit selhání a klesá její sebevědomí. Pozornost je

⁹ KRCH, F. D.; MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví*.2003

soustředěna pouze na kontrolu v jídle, tělesnou hmotnost a tělesné proporce. Často mění diety.

Podle F. D. Krcha¹⁰ existují tři typy redukčních diet. Prvním typem je půst, kdy člověk se snaží vydržet, co nejdéle nejíst. Jako důvod uvádí nedostatek času, práci. Další typ je založen na udržení energetického příjmu pod určitým limitem. Velmi častou dietou je třetí typ. Dívka se vyhýbá určitým potravinám a jídlům, které jsou podle ní kalorická nebo riziková z hlediska přejedení.

3.1.1 Dietou to začíná

Diety zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy, a to mentální anorexie, mentální bulimie. Například bylo dotazováno tisíc londýnských středoškolských studentek, které byly rozděleny do skupin podle toho, zda držely nebo nedržely redukční dietu. Po roce, kdy byly znovu vyšetřeny, bylo zjištěno, že ve skupině dívek držících dietu má dvacet jedna procent narušené jídelní chování. Ve skupině dívek, které dietu nedržely, to byla tři procenta.¹¹

Nebezpečí toho, že dívka vůbec začne držet dietu, zvyšují určité rizikové faktory. Mezi tyto faktory patří obezita v dětství či v rodině, stejně tak i výskyt poruch příjmu potravy v rodině, nebo některé nevhodné jídelní návyky okolí.

V USA a Kanadě bylo zjištěno, že osmdesát procent dívek ve věku třinácti let již má osobní zkušenost s dietami. U nás redukční dietu drží padesát procent dívek a ostatní dívky redukční dietu v minulosti vyzkoušely.¹²

„Dietní snaha omezovat energetický příjem nemusí být vždy přiznána nebo patrná na první pohled. Tam, kde diety nepomohou, se mohou zoufalé dívky pokoušet o ještě dramatictější a nebezpečnější způsoby kontroly tělesné hmotnosti.“¹³

¹⁰ KRCH, F.D. *Poruchy příjmu potravy – mezi nadváhou a vyhublostí.* . 2009.

¹¹ Internet. In anabell.cz. *Poruchy příjmu potravy, mění se svět.* 2010.

¹² Tamtéž.

¹³ Tamtéž.

3.1.2 Důsledky diet

Mnoho dívek, a nemusí to být pacientky trpící mentální anorexií či mentální bulimií, držících dietu je plně zaujato jídlem a snahou se vyhýbat nevhodným potravinám tak, že už nemyslí na nic jiného.

„Psychologické důsledky diet a polohladovění velmi systematicky popsal Ancel Keysi a jeho kolegové z university v Minnesotě. Experiment spočíval ve sledování mladých zdravých mužů, kterým byl v průběhu šesti měsíců omezen příjem potravy na polovinu.

Sledovaní muži ztratili průměrně polovinu původní váhy. Důsledkem omezení příjmu potravy byly poměrně dramatické psychické, fyziologické a sociální změny podobné příznakům poruch příjmu potravy. Nevyhnutelným následkem hladovění bylo zvýšení zájmu o jídlo, které ovládlo jejich konverzaci, zájmy i snění.

Pozoruhodných změn dostaly jejich stravovací návyky. Na konci pokusu se někteří muži dokázali loudat téměř dvě hodiny s jídlem, které předtím sporádali za několik minut. Nápadně vzrostla spotřeba soli, koření, kávy a čaje. Posedlostí mnoha z nich se staly žvýkačky. Někteří sledovaní muži uváděli pocit ztráty kontroly nad jídlem a po skončení pokusu jedli téměř nepřetržitě nebo v jakýchsi bulimických záchvatech, které následovaly silné výčítky.

Jejich nenasytnost vedla k častému výskytu bolestí hlavy a zažívacích obtíží. Několik z nich v té době prodělalo období nevolnosti a zvracení. Až po 5 měsících rehabilitace se stravovací návyky pokusných osob normalizovaly.

Kognitivní, emocionální a sociální změny v důsledku šestiměsíčního polohladovění byly velmi podobné psychickým změnám, které popisují anorektické nebo bulimické pacientky. Někteří sledovaní muži popisovali depresivní stavy a u většiny hladovějících bylo nápadné kolísání nálady a časté výlevy zlosti. Původně družní muži se během experimentu uzavírali do sebe a ztráceli smysl pro humor. Některé psychické změny nezmizely hned během rehabilitace a významný vliv na

*ně pravděpodobně mělo až zvýšení tělesné hmotnosti. Přetrvávala zejména depresivita, popudlivost a negativismus. Tato zjištění je významné zejména proto, že řada pacientů zdůrazňuje svoje emocionální a sociální obtíže a od jejich zlepšení očekává i zlepšení chutě k jídlu a změnu jídelních návyků. Nezbytné změny jídelního a často i sociálního chování jsou však naopak spojeny s vystupňováním negativních prožitků. Přesto je nelze obejít. S psychickými následky hladovění a polohladovění je možné se setkat nejenom u poruch příjmu potravy, ale i u jiných pacientů, kteří z různých důvodů drží dietu.*¹⁴

3.2 Kdy je vhodná redukce váhy a redukční dieta

Podle čeho se vlastně pozná, že dívka potřebuje zhubnout? Pomůžou nám tzv. percentilové (růstové) grafy (nejčastěji od 0 do 18 let). Zde jsou znázorněny hodnoty hlavních percentilů (3., 10., 25., 50., 75., 90., 97.) referenční populace. Hodnoty percentilů znázorňují, že dané procento referenční populace dosáhne těchto hodnot nebo nižších hodnot. Zjištěné a zanesené hodnoty do percentilového grafu (viz příloha č. 1) jednotlivců jsou hodnoceny vzhledem k percentilovým hodnotám referenční populace.

Hodnoty mezi třetím a devadesátým sedmým percentilem¹⁵ jsou v pásmu širší normy. V tomto pásmu se nachází devadesát čtyři procent empiricky zjištěných hodnot daného parametru pro věk a pohlaví. V pásmu mezi dvacátým pátým a sedmdesátým pátým percentilem se nachází padesát procent všech hodnot. Toto pásmo označujeme jako pásmo středních hodnot. Jedinci, kteří mají vyšší až vysokou hodnotu posuzovaného parametru, se nachází nad sedmdesátým pátým percentilem. Nad devadesátým percentilem se nachází jedinci s velmi vysokou hodnotou. Hodnoty pod dvacátým pátým percentilem jsou hodnoty nižší až nízké. Pod desátým percentilem se nachází hodnoty velmi nízké.

Stejně tak můžeme sledovat, zda se dívka správně vyvíjí, pomocí percentilového grafu, který umožňuje hodnotit hmotnostně-výškový poměr. Tento percentilový graf je taktéž rozdílný pro dívky a chlapce.

¹⁴ KRCH, F.D. *Poruchy příjmu potravy – mezi nadváhou a vyhublostí*. 2009.

¹⁵ Internet. In *ulekare.cz. Percentilové grafy v praxi*. 2008.

4. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy a jídelních návyků jsou v poslední době centrem pozornosti. Někteří odborníci poruchy příjmu potravy a jídelních návyků zařazují do civilizačních chorob, ačkoli tyto poruchy se vyskytovaly již v dobách Hippokratových. Největší výskyt poruch příjmu potravy byl zaznamenán ve druhé polovině dvacátého století.

Poruchy příjmu potravy nestojí jenom v popředí zájmu psychologické a psychiatrické diagnostiky a terapie, ale jsou též předmětem socio-kulturní analýzy, jejímž cílem je snaha o porozumění stylu doby, vztahu k tělu atd.

Jídelní patologii můžeme sledovat ze dvou stran. Na jedné straně zaujetí štíhlou postavou, fyzickou dokonalostí, dietami a na straně druhé vyhublost, patologický strach z tloušťky aj. Do rizikové skupiny spadají dospívající dívky a mladé ženy.¹⁶

4.1 Kdo je poruchami příjmu potravy ohrožen

Nejvíce těmito poruchami jsou postiženy ženy a dívky. Je to možná tím, že mužům tloušťka zas tak moc nevádí jako ženám. Ženy a dospívající dívky jsou mnohem více vystavovány tlaku, který je na ně vyvíjen ze strany společnosti a médií ohledně ideální postavy a váhy. Ideál ženské krásy se mění častěji než ideál mužské krásy. Dívky během dospívání nabírají tukovou hmotu, kdežto chlapci nabírají svalovou hmotu. S přibývajícím věkem mají ženy větší tendence přibírat než muži.

Na rozdíl od chlapců jsou nejistější, mají o svém těle nízké mínění, jsou méně sebevědomé. Pro ženy a dívky je jejich vzhled důležitější než pro muže, i když v porovnání s nimi mají nižší sebehodnocení. Stejně tak, i když jsou spokojené se svojí postavou, chtějí být štíhlejší.¹⁷ Kritickým obdobím, kdy se mohou projevit první příznaky, je dospívání. Věk nemocných se však neustále snižuje.

¹⁶ KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1997

¹⁷ KRCH, F. D. *Mentální anorexie a bulimie*. 2009.

4.2 Faktory posilující vznik poruch příjmu potravy

Jedním z faktorů posilujících vznik poruch příjmu potravy je individuální faktor. Dívky v období dospívání prochází fyzickými a psychickými změnami. Jejich postava dostává typicky ženské oblé tvary, což způsobuje nárůst tukové hmoty. Některé dívky se s takovými změnami těžko vyrovnávají, zvláště když si je vrstevníci dobírají pro jejich křivky. Což je může utvrdit v tom, aby začaly držet redukční dietu. Samozřejmě někdy ani vůbec nevědí, jakou hmotnost by vzhledem ke své výšce a věku měly mít.

Dalším rizikovým faktorem je rodina. Některé matky, které mají problémy se svojí postavou, mohou díky tomu klást na své dcery zvýšené požadavky. Stresující mohou být i poznámky ze strany otce na dceřinu postavu či poznámky týkající se stravování (př.: „...už by sis neměla přidávat, jinak budeš tlustá...“).

Vzhledem k tomu, že dnešní doba klade důraz na výkon, sebeovládání, vzhled atd., jsou dívky pod tlakem, který je nutí dbát o svůj vzhled. Jsou nesrovnatelně silněji než chlapci ovlivňovány diktátem štíhlosti, který udává společnost a média. Všude vidí reklamy na přípravky na hubnutí či zeštíhlení problémových partií, navíc se díky médiím utvrzují v představě, že jedině štíhlé a krásné ženy mají šanci na úspěch ve všech aspektech života.¹⁸

4.3 Mentální anorexie

Pro mentální anorexii je typická abnormální snaha zhubnout. Dívka věnuje zvýšenou pozornost své postavě a tělesné hmotnosti. Její pohled na vlastní tělo je zkreslený, vidí se jako příliš tlustá a nemotorná, i když tomu tak ve skutečnosti není. Dívka totiž většinou ani neví, jaká by měla být její přiměřená tělesná hmotnost k její tělesné výšce a věku.

Začátky jsou pozvolné. Dívka ze svého jídelníčku odstraňuje potraviny a jídla, která jsou „nezdravá“ a kalorická. Snaží se co nejvíce snížit energetický příjem a zvýšit energetický výdej v podobě přehnané pohybové aktivity. Někdy se uchyluje i k drastičtějším prostředkům, které jí pomohou k dosažení snížení tělesné hmotnosti, a to k abusu laxativ, diuretik, potravinových doplňků stravy na

¹⁸ Internet. In vyzivadeti.cz. *Poruchy příjmu potravy*. 2011

hubnutí či zvracení. Každý váhový úbytek ji posiluje v tom, aby nepřestávala hladovět či užívat všemožných prostředků ke snížení tělesné hmotnosti.

Dívka odmítá přijímat potravu, a když už něco sní, je to pouze minimální množství potravy udržující ji při životě. Popírá pocit hladu. Snížená chuť k jídlu a nechutenství jsou způsobeny hladověním. I když sama anorektička odmítá jíst, věnuje přehnanou pozornost všemu, co je spojeno s jídlem. Vyhýbá se společným jídlům, což komentuje tím, že už jedla, nebo nemá hlad a nají se tedy až později, nebo si odnáší jídlo k sobě s tím, že si ho chce snít v klidu sama.

V pokročilé fázi choroby, kdy už je patrná vyhublost, se dívka snaží tento fakt zakrývat nošením volného oblečení. Straní se okolí a rodině.

Pro diagnostiku mentální anorexie musí dívka podle F. Krcha¹⁹ splňovat tato kritéria:

1. Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti
2. Strach z toho, že přibere, i přesto, že má velmi nízkou tělesnou hmotnost
3. Porucha menstruačního cyklu až amenorrhoea

Pokud dívka splňuje tato kritéria a ještě k tomu pravidelně zvrací či užívá laxativa, jedná se o tzv. bulimický typ mentální anorexie.²⁰

4.4 Mentální bulimie

Stejně jako u mentální anorexie, tak i u mentální bulimie dívka věnuje přehnanou pozornost svému tělu a tělesné hmotnosti. Typickým jevem pro mentální bulimii je pravidelné záchvatovité přejídání, po kterém následuje pocit viny. Aby se zbavila tohoto pocitu, snaží se vyvolat zvracení, nebo použije laxativa či diuretika. Zvracení povzbuzuje pacientku k přejídání, což vede k tomu, že přibírá na váze.

Bulimička v záchvatu žravosti je schopna zkonsumovat velké množství potravin, které je většinou tučné a sladké. Příkladem mohou být klobásy, dorty, sýry či samotné máslo. Záchvaty žravosti mohou být vyprovokovány různými

¹⁹ KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2010

²⁰ Tamtéž.

faktory, jako jsou například deprese, strach, pocit osamění aj. Po záchvatu následuje pocit viny a nutkání vyzvracet se.

Bulimie se může vyvinout u pacientů trpících mentální anorexií nebo u obézních lidí, kteří nedokáží snést svoji nadváhu a nedokáží se normálně stravovat.²¹

Kritéria pro diagnostiku mentální bulimie podle F. Krcha^{22 23}:

1. Opakované záchvaty žravosti
2. Nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti, zvracení, abusus laxativ a diuretik, opakované hladovění a nadměrná pohybová aktivita
3. Strach z tloušťky, nadměrná pozornost věnovaná tělesnému vzhledu a tělesné hmotnosti

4.5 Orthorexie

Orthorexie je onemocnění poměrně nové. Vyznačuje se chorobnou posedlostí zdravým jídlem. Jedinci trpící touto poruchou se vyhýbají potravinám obsahujícím aditiva, potravinám geneticky upravovaným. Příčiny, vedoucí k této poruše, nejsou jenom touha „být zdravý“, může to být touha po štíhlé postavě, snaha mít vše pod kontrolou.

Na začátku není touha po ideální postavě, tělesné hmotnosti jako je tomu u mentální anorexie a mentální bulimie, je to až posedlost zdravou výživou, díky níž má jedinec dosáhnout naprostého zdraví a dlouhověkosti. Většinou k tomu inklinují jedinci, kteří dávají přednost alternativnímu směru výživy (makrobiotika, veganství). Věnují přehnanou pozornost zdravému stravování, při sebemenším porušení zásad trpí pocitem viny. Fixace na problematiku zdravého stravování může vytěsnit zájem o všechno ostatní (zanedbávání rodiny, zájmů atd.).^{24 25}

²¹ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie, příčiny, průběh a nové léčebné metody*.1995.

²² KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy – mezi nadváhou a vyhublostí*. 2009.

²³ KRCH, F. D.; MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. 2003.

²⁴ SCHMIDOVÁ, S. *Orthorexie*. 2011.

²⁵ MARTYKÁNOVÁ, L.; PISKÁČKOVÁ, Z. *Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy*. 2010.

4.6 Následky poruch příjmu potravy

Jaký mají poruchy příjmu potravy dopad na zdraví jedince? V případě mentální anorexie dochází ke karenci základních makronutrientů a mikronutrientů. Pozastavuje se vývoj jedince, pokud porucha propukne ještě před pubertou, dochází ke zpoždění nástupu sekundárních pohlavních znaků a vývoje vůbec. Pokud porucha není podchycena včas, nebo není léčena, může dojít k selhání vitálních funkcí organismu, což při delším trvání tohoto stavu může mít až fatální následky.

Abusus laxativ, diuretik či zvracení způsobuje rozvrat vnitřního prostředí, minerálovou a vodní disbalanci jak u mentální bulimie, tak i u mentální anorexie.

Zdravotní důsledky jsou tedy tím větší, a méně či více ireverzibilní, čím je delší doba trvání poruchy příjmu potravy. Někdy jsou důsledky fatální.

4.7 Léčba poruch příjmu potravy

Léčbou poruch příjmu potravy je hospitalizace na oddělení psychiatrie. Kromě úpravy vnitřního prostředí organismu, realimentace a rehydratace, se pacientka podrobuje psychoterapii, při níž by se měla zbavit patologických vzorců chování ve vztahu ke stravování, měla by změnit pohled na své tělo a myšlení.

5. Praktická část – Postoje patnáctiletých dívek k redukčním dietám

5.1 Metodika, cíl práce, hypotézy

Praktická část bakalářské práce je věnována sběru dat týkajících se názorů a postojů patnáctiletých dívek k redukčním dietám. Sběr dat se uskutečnil pomocí dotazníkového šetření. Dotazník (viz příloha č. 2), který byl anonymní, jsem vypracovala sama pro potřeby této bakalářské práce.

Dotazovány byly pouze dívky, nikoli chlapci. Chlapci se totiž většinou méně starají o svoji tělesnou hmotnost a nepřikládají tak velký význam svému vnějšímu vzhledu. Ženy a dívky jsou pod větším tlakem, který je nutí dbát o svůj vzhled. Dívky jsou nesrovnatelně silněji než chlapci ovlivňovány diktátem štíhlosti, který udává společnost a média. Výše uvedené dokladuje i Kachlík²⁶, který uvádí, že „v dnešní době připadá jeden muž trpící poruchou příjmu potravy na deset až dvacet procent nemocných žen. Proto se většinou o pacientech s poruchou příjmu potravy pojednává v ženském rodě.“

Věk dotazovaných dívek se pohybuje okolo patnáctého roku života. Toto období se vyznačuje jak změnami sociálními, tak změnami životního stylu. Je neodmyslitelně spjata s fyzickým zráním, změnami tělesných proporcí, vnímáním svých vrstevníků a zvýšeným vnímáním svého těla. S tím, jak si dívky začínají uvědomovat své tělo, přichází i změny ve stravovacích a pohybových návycích. Nastupují výrazné dietní tendence, jejichž změny jsou ovlivňovány ze strany rodiny, vrstevníků či médií.

K vypracování bakalářské práce byla použita analýza odborné literatury, vypracován dotazník, získaná data z vysbíraných dotazníků byla matematicko-statisticky zpracována. Všechny základní výsledky jsou prezentované formou grafů.

²⁶ KACHLÍK, P.; HAVELKOVÁ, M.; PROCHÁZKOVÁ, L. *Poruchy příjmu potravy – informovanost a prevence u žáků na 2. stupni základních škol v Brně*. 2006.

Cíl práce

Cílem práce je zjistit názory a postoje patnáctiletých dívek ke zdravému životnímu stylu se zaměřením na stravovací zvyklosti, volbu a preferenci redukčních diet a identifikovat případné ohrožení poruchami příjmu potravy.

Hypotézy

Pro můj výzkum jsem si stanovila tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Dívky držící redukční diety jsou 2x více ohrožené vznikem poruchy příjmu potravy.

Hypotéza č. 2: Dívky ze základních škol drží redukční diety 2x častěji než dívky z gymnázií a střední školy.

Hypotéza č. 3: Dívky ze základních škol jsou méně spokojené se svojí postavou než dívky z gymnázií.

5.2 Metodika dotazníku

Ředitelé škol byli osobně požádáni o spolupráci s vyplněním dotazníků jejich žáky a studenty. Po získání souhlasu na spolupráci byly dotazníky předány pedagogům příslušných tříd a u střední školy školní psychologce s instrukcemi pro jejich vyplnění, které bylo založeno na dobrovolnosti a anonymitě.

Sběr dat proběhl dobrovolně pomocí anonymních dotazníků ve dnech od 4. 10. 2010 do 22. 10 2010 na třech základních školách, jedné střední odborné škole a jednom gymnáziu v Kroměříži, dále na gymnáziu v Holešově, čili ve školách v okrese Kroměříž ve Zlínském kraji.

Výběr základních a středních škol byl náhodný. Sběr dat byl proveden na Základní škole Oskol, Kroměříž, příspěvková organizace, Základní škole Kroměříž, Komenského nám. 440, Církevní základní škole v Kroměříži, Gymnáziu Kroměříž, Gymnáziu Ladislava Jaroše v Holešově a Střední škole hotelové a služeb v Kroměříži.

Dotazník obsahuje třicet otázek, z nichž dvacet otázek bylo uzavřených (odpovědi typu ano/ne a jiné konkrétní odpovědi), čtyři otázky otevřené a šest otázek polootevřených. Otázky jsou zaměřeny na vlastní vnímání těla, stravovací

zvyklosti, dietní tendence, což umožní i vyhodnocení rizika prvotních příznaků vyskytujících se u nemocných s poruchou příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie).

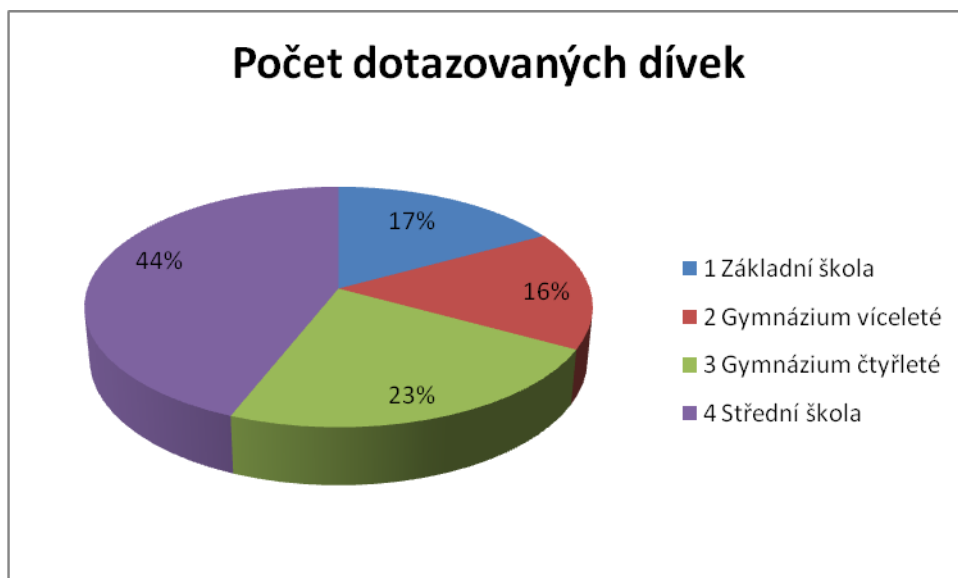
Výsledky z vrácených dotazníků, jejichž návratnost byla stoprocentní, byly vyhodnoceny matematicko-statistickou metodou ve spolupráci odborného asistenta pracujícího při Ústavu zdraví dětí a mládeže. Výsledky jsou prezentovány ve formě grafů a tabulek.

5.3 Charakteristika zkoumané skupiny

Celkem bylo dotázáno dvě stě respondentů ze tří základních škol, dvou gymnázií a jedné střední školy. Dotazovanou skupinu tvořily dívky ve věku patnácti let (viz tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 Přehled respondentů

| Seznam škol | Počet devátých tříd/počet respondentů | Počet prvních ročníků SŠ a čtyřletých gymnázií/ počet respondentů | Počet čtvrtých ročníků víceletých gymnázií/ počet respondentů | Počet respondentů celkem | Počet respondentů v procentech |
|--|---------------------------------------|---|---|--------------------------|--------------------------------|
| Základní škola Oskol, Kroměříž, příspěvková organizace | 4/15 | - | - | 15 | 7,5 |
| Základní škola Kroměříž, Komenského náměstí 440 Kroměříž | 2/13 | - | - | 13 | 6,5 |
| Církevní základní škola v Kroměříži | 1/6 | - | - | 6 | 3 |
| Gymnázium Kroměříž | - | 1/16 | 2/17 | 33 | 16,5 |
| Gymnázium Ladislava Jaroše, Holešov | - | 2/30 | 1/15 | 45 | 22,5 |
| Střední škola hotelová a služeb, Kroměříž | - | 6/88 | - | 88 | 44 |
| Celkem | 7/34 | 9/124 | 3/32 | 200 | 100 |



Graf č.1 Počet dotazovaných dívek

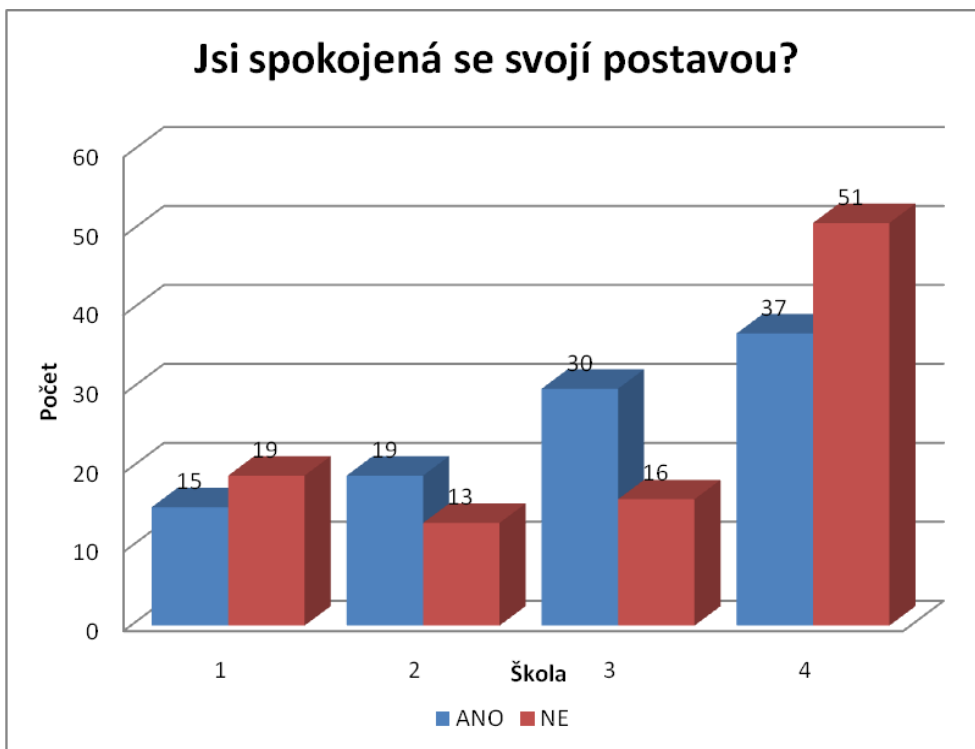
Z grafu č. 1 vyplývá, že převážnou část respondentů 44 % (88) tvoří dívky ze šesti tříd střední školy. Dále 16 % (32) dívek ze třech tříd víceletých gymnázií, 23 % (46) zastupují dívky ze třech tříd čtyřletých gymnázií a zbylých 17 % (34) představují dívky ze sedmi tříd základních škol.

Pořadové číslo školy zůstává platné i pro všechny ostatní grafy.

6. Analýza výsledků dotazníkového šetření

V této kapitole jsou rozebrány výsledky vyplývající z dotazníkového šetření. Výsledky jsou prezentovány formou grafů.

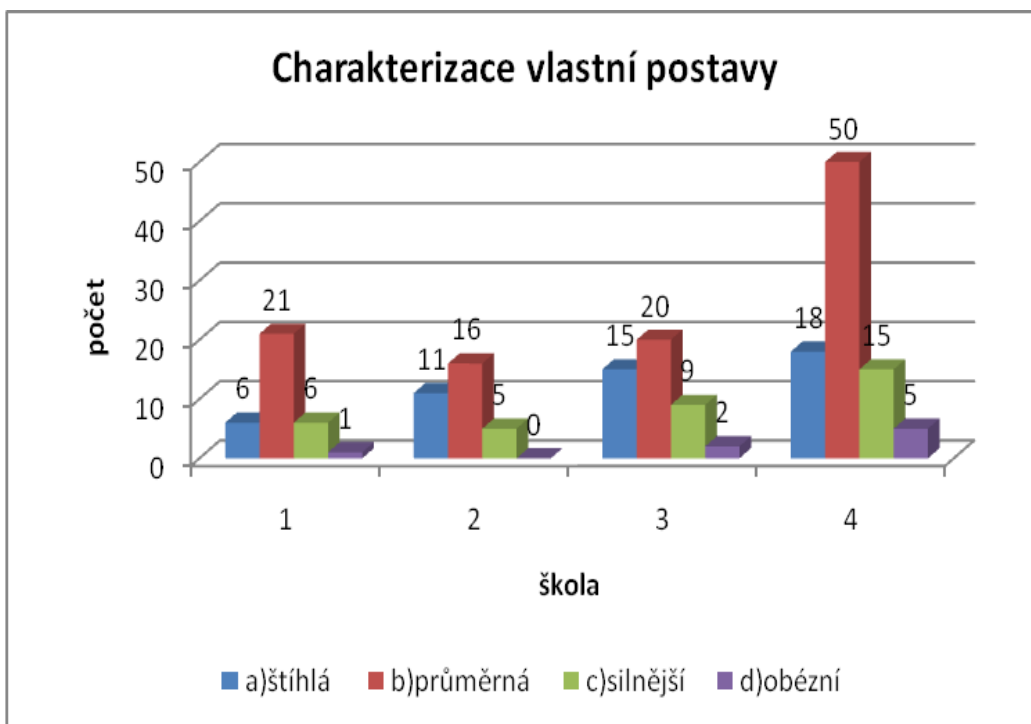
Spokojenost s vlastní postavou



Graf č. 2 Spokojenost s vlastní postavou

Z grafu č. 2 vyplývá, že dívky z víceletých a čtyřletých gymnázií jsou spokojené s vlastní postavou. Výsledky ze základních škol a střední školy ukazují spíše na nespokojenost s postavou. U dívek ze střední školy více jak polovina z nich hodnotí svoji postavu jako neuspokojivou.

Charakterizace vlastní postavy



Graf č. 3 Charakterizace vlastní postavy

Na otázku týkající se charakterizace postavy (viz graf č. 3) sto sedm respondentek ze dvou set dotazovaných hodnotí svoji postavu jako průměrnou (základní škola - dvacet jedna dotazovaných, víceletá gymnázia – šestnáct dotazovaných, čtyřletá gymnázia – dvacet dotazovaných, střední škola – padesát dotazovaných). Naopak nejméně častou odpovědí na charakterizaci postavy byla odpověď za d) postava obézní. Z víceletých gymnázií se takto necharakterizovala žádná dívka, na základní škole to byla jedna, ze čtyřletých gymnázií se takto charakterizovaly dvě dívky a na střední škole to bylo pět dívek. Častější než obézní typ postavy byla volena odpověď za c) postava silnější (základní škola – šest dívek, víceletá gymnázia – pět dívek, čtyřletá gymnázia – devět dívek a na střední škole to bylo patnáct dívek). Padesát dotazovaných dívek z celkového počtu dvou set hodnotilo svoji postavu jako štíhlou (základní škola – šest dívek, víceletá gymnázia – jedenáct dívek, čtyřletá gymnázia – patnáct dívek a na střední škole to bylo osmnáct dívek).

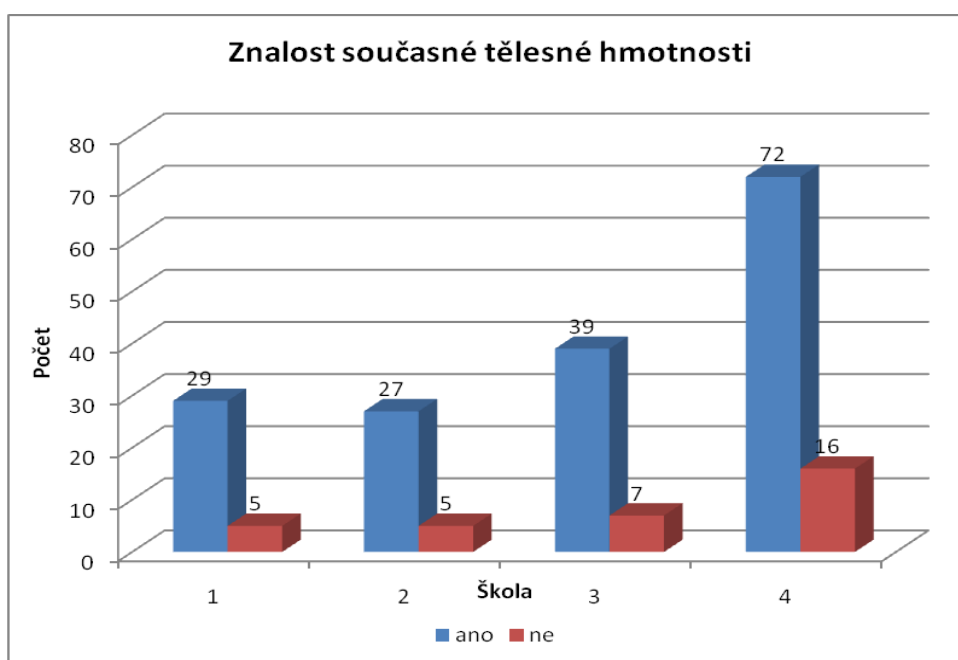
Ideální postava

Na skoro všech vybraných školách převažovaly respondenty, které by chtěly mít postavu štíhlou (ZŠ – 24, víceletá gymnázia – 21, čtyřletá gymnázia – 22, SŠ – 63) (viz. graf č. 12). Pouze u respondentech ze čtyřletých gymnázií převažovala odpověď za b) vysportovaná postava. Tedy vysportovanou postavu by chtělo mít deset dívek ze základní školy, deset z víceletých gymnázií, dvacet čtyři ze čtyřletých gymnázií a dvacet pět ze střední školy.

Typ postavy rodičů

Na grafu č. 13 je vidět, že ve všech vybraných školách kromě víceletých gymnázií respondenty nejčastěji hodnotily postavu rodičů jako podsaditou (ZŠ – 18, víceletá gymnázia – 12, čtyřletá gymnázia – 24, SŠ – 52). Druhou nejčastěji vybíranou odpovědí byla odpověď za c) postava štíhlá (ZŠ – 10, víceletá gymnázia – 15, čtyřletá gymnázia – 15, SŠ – 29). Zbylé respondenty hodnotily postavu rodičů jako vysportovanou (ZŠ – 6, víceletá gymnázia – 5, čtyřletá gymnázia – 7, SŠ – 7).

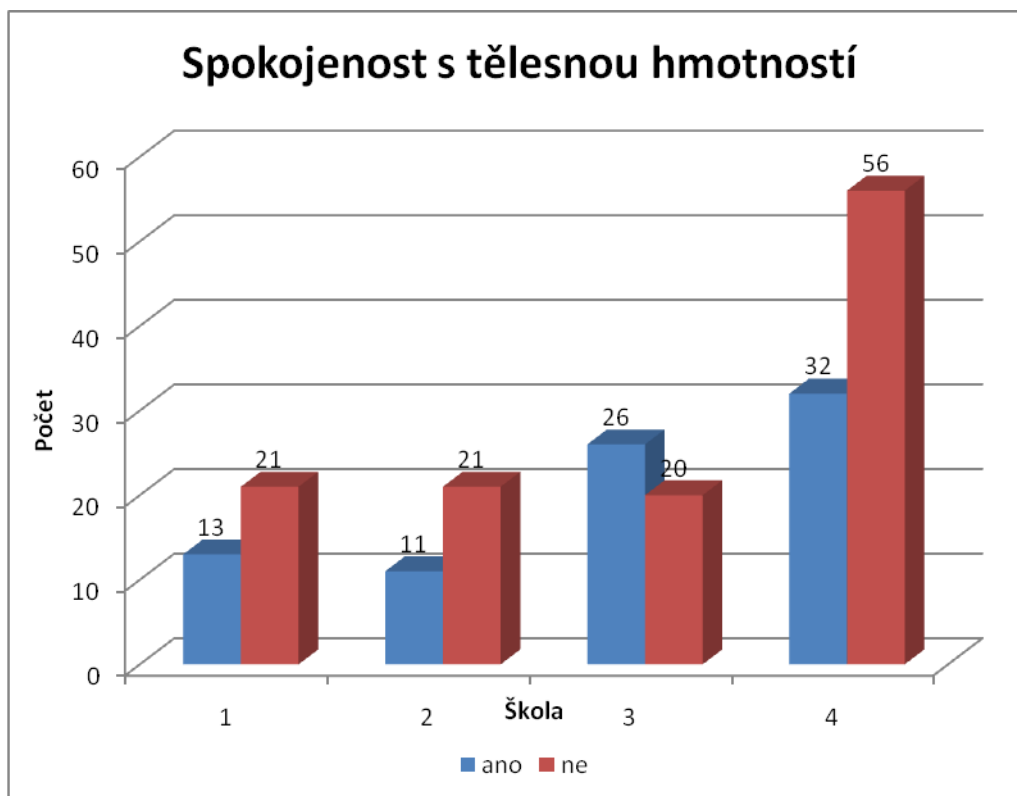
Znalost současné tělesné hmotnosti



Graf č. 4 Znalost současné tělesné hmotnosti

Na otázku, zda respondentky znají svoji současnou tělesnou hmotnost, kladně odpovědělo sto šedesát sedm dotazovaných z celkového počtu dvou set (viz graf č. 4). Z toho vyplývá, že převážná většina dívek ze všech vybraných škol zná svoji hmotnost.

Spokojenost s tělesnou hmotností



Graf č. 5 Spokojenost s tělesnou hmotností

Na základních školách, víceletých gymnáziích a střední škole převažují dívky, které nejsou se svojí tělesnou hmotností spokojené, přitom přes 70 % z nich (viz tabulka č. 3), je dle hodnoty BMI v kategorii normálního rozmezí. Naopak na čtyřletých gymnáziích je víc než polovina dotazovaných dívek se svojí tělesnou hmotností spokojená (viz graf č. 5). Pro názornost uvádím v tabulce č. 2 kategorizaci tělesné hmotnosti dle BMI podle hodnot pro patnáctileté dívky, tak jak si je mohou najít na webových stránkách idealni.cz²⁷:

²⁷ Internet. In idealni.cz. *Odhad tělesné hmotnosti u dětí i dospělých*. 2011

Tabulka č. 2 Kategorie tělesné hmotnosti patnáctiletých dívek dle BMI

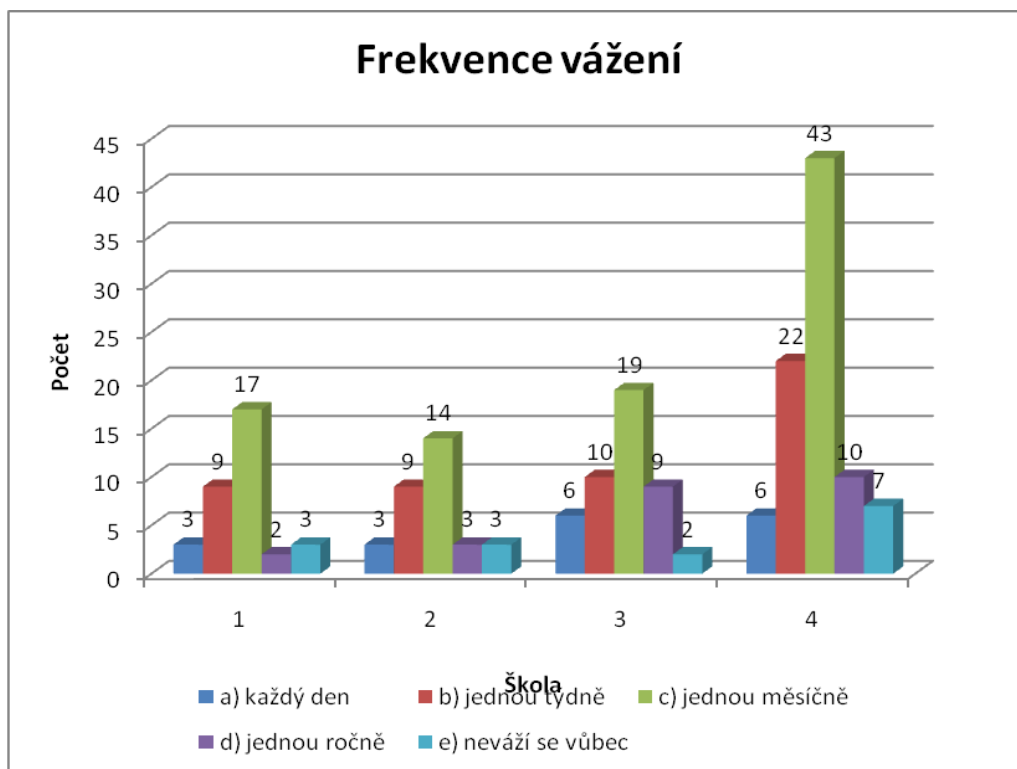
| BMI | Kategorie |
|-------------------------------------|---|
| méně než 16,2 16,2 - 17,5 | velká podváha - jedno z kritérií anorexie podváha |
| 17,6 - 23,4 23,5 - 27,4 | normální rozmezí nadváha |
| více než 27,5 | obezita |

Tabulka č. 3 Výsledky BMI z dotazníkového šetření

| BMI | Základní školy - počet | Gymnázia víceletá - počet | Gymnázia čtyřletá - počet | Střední škola hotelová a služeb - počet | Celkem |
|--|------------------------|---------------------------|---------------------------|---|------------|
| | % * | % * | % * | % * | |
| Velká podváha | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| | 0 | 6,25 | 2,17 | 1,14 | |
| Podváha | 2 | 2 | 4 | 5 | 13 |
| | 5,88 | 6,25 | 8,69 | 5,68 | |
| Norma | 24 | 25 | 34 | 62 | 145 |
| | 70,58 | 78,12 | 73,91 | 70,45 | |
| Nadváha | 2 | 1 | 2 | 8 | 13 |
| | 5,88 | 3,12 | 4,35 | 9,09 | |
| Obezita | 1 | 0 | 2 | 4 | 7 |
| | 2,94 | 0 | 4,35 | 4,54 | |
| Nelze hodnotit pro neuvedení tělesné hmotnosti | 5 | 2 | 3 | 8 | 18 |
| | 14,72 | 6,26 | 6,53 | 9,1 | |
| Celkem | 34 | 32 | 46 | 88 | 200 |

* Procentuální vyjádření v rámci dané školy

Frekvence vážení



Graf č. 6 Frekvence vážení

Při zjišťování frekvence vážení (viz graf č. 6), na všech školách nejčastěji respondentky odpovídaly, že se váží jednou měsíčně. Druhou nejčastější variantou ve všech vybraných školách byla frekvence vážení jednou za týden.

Znalost pojmu BMI a jeho výpočet

Z grafu týkajícího se znalosti pojmu BMI (viz. graf č. 14) vyplývá, jak jsou dívky z víceletých i čtyřletých gymnázií a střední školy obeznámeny s pojmem BMI. Více jak polovina totiž kladně odpověděla, zda ví, co je to BMI. Pouze na základních školách převažovaly dívky, které tento pojem neznaly.

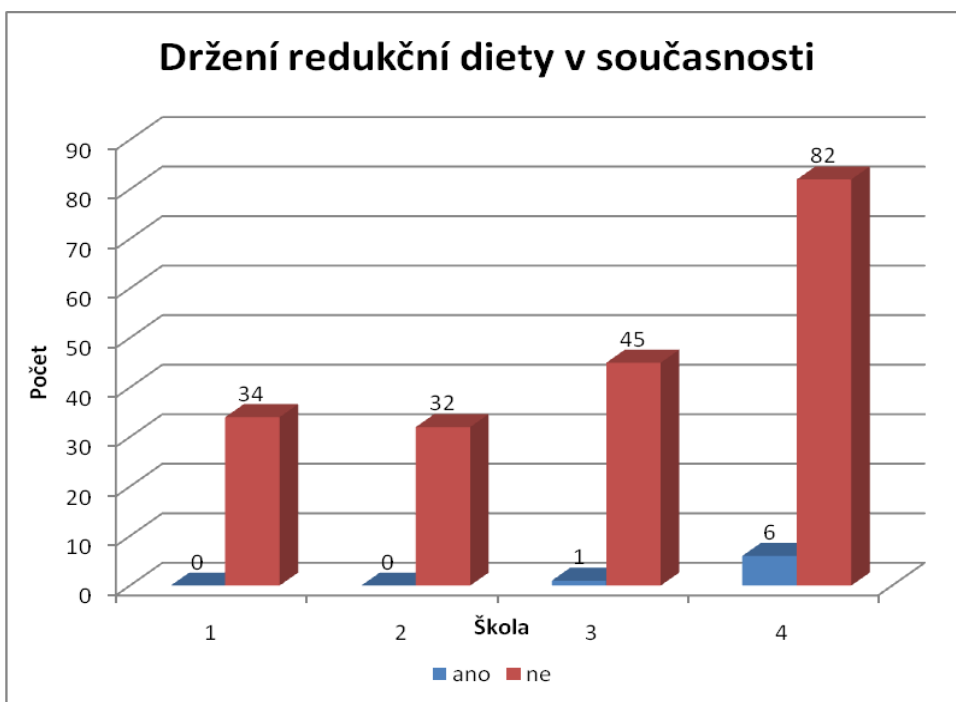
Naopak u otázky, zda by uměly vypočítat BMI (viz. graf č. 15), více jak polovina dotazovaných dívek ze všech škol odpověděla negativně (ZŠ – 30, víceletá gymnázia – 26, čtyřletá gymnázia – 32, SŠ – 70). Dívky, které odpověděly kladně (ZŠ – 4, víceletá gymnázia – 6, čtyřletá gymnázia – 14, SŠ – 18), uváděly, že BMI dokáží spočítat pomocí internetové BMI kalkulačky.

Držení redukční diety v minulosti a v současnosti



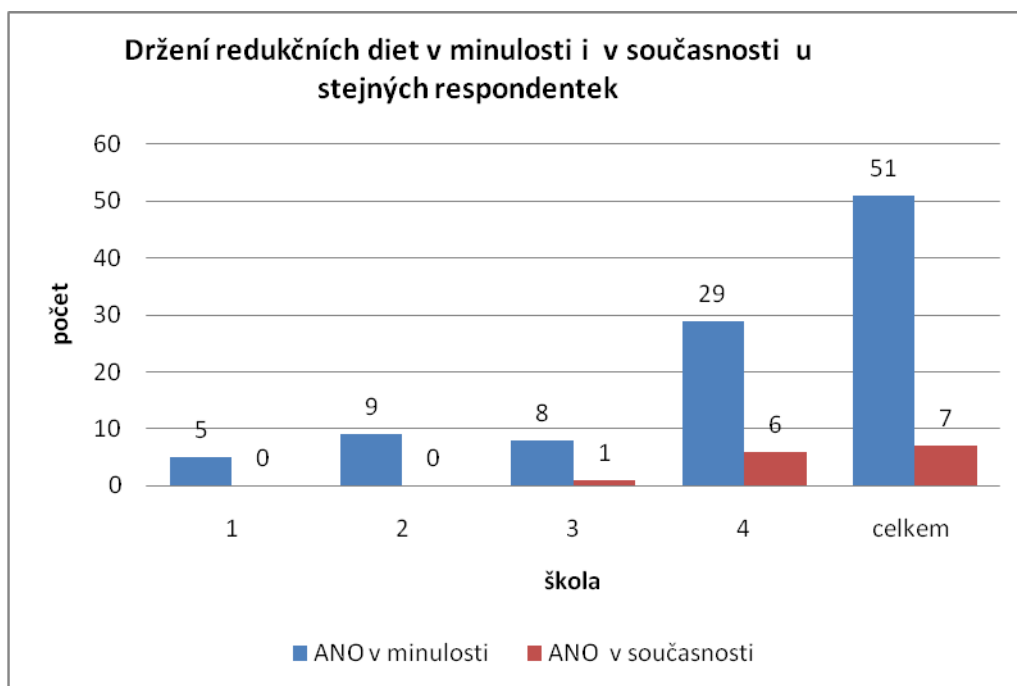
Graf č. 7 Držení redukční diety v minulosti

Více jak polovina všech respondentek ze všech vybraných škol negovala, že by v minulosti držela redukční dietu. Pouze malá část odpověděla kladně (viz graf č. 7).



Graf č. 8 Držení redukční diety v současnosti

Otázku, zda v současné době drží redukční dietu, respondentky nehovaly. Pouze šest dívek ze střední školy a jedna ze čtyřletého gymnázia uváděly, že v současnosti drží redukční dietu (viz graf č. 8).



Graf č. 9 Držení redukčních diet v minulosti i v současnosti

V grafu č. 9 porovnávám respondentky, které uvedly, že držely dietu v minulosti se současným stavem. Z celkového počtu 51 dívek, které v minulosti držely redukční dietu, ji drží v současnosti jen 7, z nichž 1 je obézní a jedna dívka má nadváhu, zbylých 5 dívek má tělesnou hmotnost v normě.

V tabulkách č. 4 až 7 uvádím, pro zjištění možného výskytu poruch příjmu potravy, výsledky vytypovaných odpovědí u respondentek, které nejsou v kategorii normální tělesné hmotnosti.

Tabulka č. 4 Respondetky ze základních škol

| Kategorie hmotnosti | Číslo respondenta | Redukční dieta minulost | Redukční dieta nyní | Spokojenost s postavou | Spokojenost s hmotností | Vynechání hlavního jídla | Užití doplňků na hubnutí | Užití diuretik |
|---------------------|-------------------|-------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| podváha | 89 | ne | ne | ano | ano | ne | ne | ne |
| | 96 | ne | ne | ne | ano | večeře | ne | ne |
| nadváha | 19 | ne | ne | ne | ne | různě | ne | ne |
| | 21 | ne | ne | ne | ne | ne | ne | ne |
| obezita | 5 | ano | ne | ne | ne | snídaně večeře | ano | ne |

Tabulka č. 5 Respondetky z víceletých gymnázií

| Kategorie hmotnosti | Číslo respondenta | Redukční dieta minulost | Redukční dieta nyní | Spokojenost s postavou | Spokojenost s hmotností | Vynechání hlavního jídla | Užití doplňků na hubnutí | Užití diuretik |
|---------------------|-------------------|-------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| velká podváha | 81 | ne | ne | ano | ano | ne | ne | ne |
| | 83 | ne | ne | ano | ano | ne | ne | ne |
| podváha | 73 | ano | ne | ne | ne | snídaně | ano | ano |
| | 82 | ne | ne | ano | ano | snídaně | ne | ne |
| nadváha | 63 | ano | ne | ne | ne | snídaně | ne | ne |
| obezita | 198 | ne | ne | ne | ne | ne | ne | ne |

Tabulka č.6 Respondetky ze čtyřletých gymnázií

| Kategorie hmotnosti | Číslo respondenta | Redukční dieta minulost | Redukční dieta nyní | Spokojenost s postavou | Spokojenost s hmotností | Vynechání hlavního jídla | Užití doplňků na hubnutí | Užití diuretik |
|---------------------|-------------------|-------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| velká podváha | 32 | ne | ne | ano | ne | ne | ne | ne |
| podváha | 44 | ne | ne | ano | ano | ne | ne | ne |
| | 68 | ne | ne | ano | ano | ne | ne | ne |
| | 98 | ne | ne | ano | ano | snídaně | ne | ne |
| | 100 | ano | ne | ano | ano | ne | ne | ne |

| | | | | | | | | |
|---------|----|-----|----|-----|----|-------|-----|-----|
| nadváha | 43 | ano | ne | ne | ne | různě | ne | ano |
| | 72 | ano | ne | ne | ne | ne | ano | ne |
| obezita | 27 | ne | ne | ne | ne | ne | ne | ne |
| | 39 | ne | ne | ano | ne | ne | ne | ne |

Tabulka č.7 Respondetky ze střední školy

| Kategorie hmotnosti | Číslo respondenta | Redukční dieta minulost | Redukční dieta nyní | Spokojenost s postavou | Spokojenost s hmotností | Vynechání hlavního jídla | Užití doplňků na hubnutí | Užití diuretik |
|---------------------|-------------------|-------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| velká podváha | 143 | ne | ne | ano | ano | ne | ne | ne |
| podváha | 109 | ne | ne | ano | ne | oběd | ne | ne |
| | 146 | ne | ne | ne | ne | ne | ne | ne |
| | 177 | ne | ne | ano | ano | oběd | ne | ne |
| | 181 | ne | ne | ne | ano | ne | ne | ne |
| | 188 | ne | ne | ne | ano | různě | ne | ne |
| nadváha | 120 | ano | ano | ne | ne | ano | ano | ano |
| | 137 | ano | ne | ne | ne | ne | ne | ne |
| | 147 | ne | ne | ne | ne | oběd | ne | ne |
| | 164 | ne | ne | ne | ne | ne | ne | ne |
| | 170 | ne | ne | ne | ne | snídaně | ne | ne |
| | 183 | ne | ne | ne | ne | ano | ne | ne |
| | 184 | ne | ne | ano | ne | snídaně večeře | ne | ne |
| | 190 | ano | ne | ne | ne | ne | ne | ne |
| obezita | 117 | ne | ne | ano | ne | ne | ne | ne |
| | 118 | ano | ne | ne | ne | ne | ne | ne |
| | 134 | ano | ne | ne | ne | snídaně polévky | ne | ne |
| | 163 | ano | ano | ne | ne | oběd večeře | ano | ne |

Podpora v redukčních dietách ze strany rodičů

Všechny respondentky ze základních škol a čtyřletých gymnázií negují, že by je rodiče podporovali v redukčních dietách, pouze jedna respondentka z víceletých gymnázií a jedenáct respondentek ze střední školy potvrzují podporu ze strany rodičů (viz graf č. 16).

Výskyt redukčních diet v rodině

Reukční diety u rodinných příslušníků (viz graf č. 17) potvrdilo pouze dvacet osm respondentek (ZŠ – 5, víceletá gymnázia – 7, čtyřletá gymnázia – 6, SŠ – 10). Jako nejčastější důvod pro redukci váhy u rodinných příslušníků uváděly redukci hmotnosti po porodu nebo zdravotní potíže.

Rozebírání tématu týkajícího se redukčních diet mezi vrstevnicemi

Pouze padesát pět respondentek ze všech vybraných škol rozebírá problematiku redukčních diet se svými vrstevnicemi (ZŠ – 11, víceletá gymnázia – 8, čtyřletá gymnázia – 11, SŠ – 25). Z grafu (viz graf č. 18) vyplývá, že většina (sto čtyřicet pět dotazovaných ze všech vybraných škol) respondentek neshledává problematiku redukčních diet zajímavou.

Na dotaz, zda si myslí, že pouze držení redukční diety je správným řešením při redukci tělesné hmotnosti, kladně odpovědělo šestnáct dívek (ZŠ – 3, víceletá gymnázia – 1, čtyřletá gymnázia – 2, SŠ – 10). Z toho vyplývá, že sto osmdesát čtyři dívek (ZŠ – 31, víceletá gymnázia – 31, čtyřletá gymnázia – 44, SŠ – 78) je obeznámeno s tím, že pro redukci hmotnosti nestačí držet dietu (viz graf č. 19).

Stravování

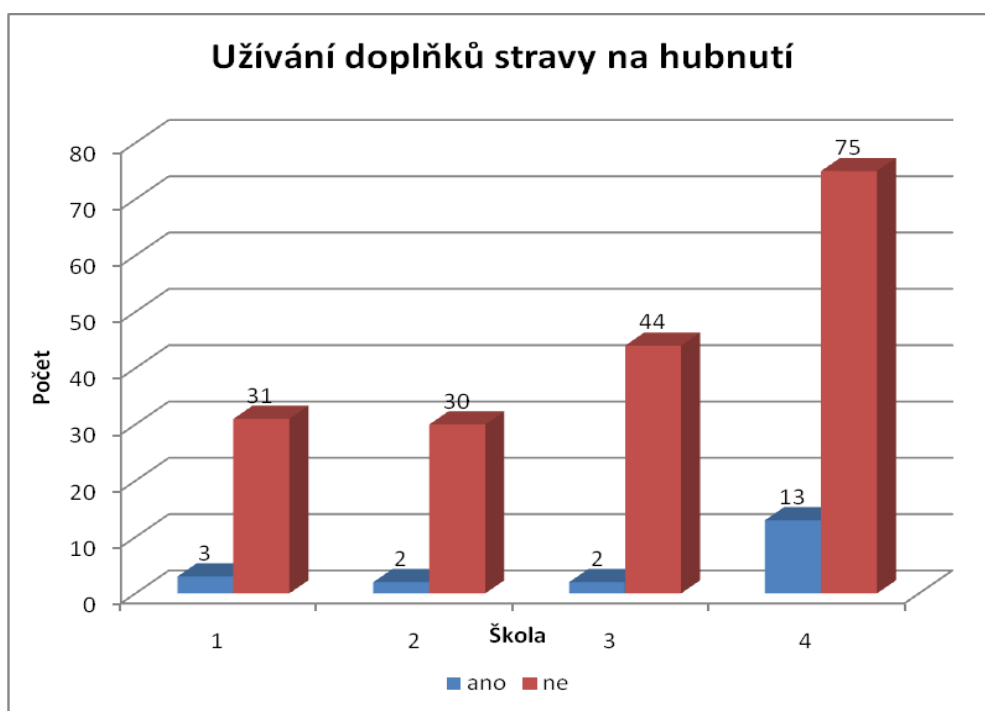
Otázky týkající se stravování byly mířeny na pravidelnost (viz graf č. 20), frekvenci (viz. graf č. 21) a vynechávání hlavních jídel (viz. graf č. 22) či potravin (viz graf č. 23). Pravidelné stravování potvrzuje sto šestnáct respondentek (ZŠ – 19, víceletá gymnázia – 19, čtyřletá gymnázia – 32, SŠ – 46).

V otázce týkající se frekvence stravování převažovala odpověď za c) 5x denně, tuto frekvenci uváděly respondentky z víceletých a čtyřletých gymnázií a střední školy nejčastěji (ZŠ – 10, víceletá gymnázia – 13, čtyřletá gymnázia – 27,

SŠ – 34). U respondentek ze základních škol převažovala odpověď za b) 4x denně, dále druhá nejčastěji volená varianta byla odpověď za c) 5x denně.

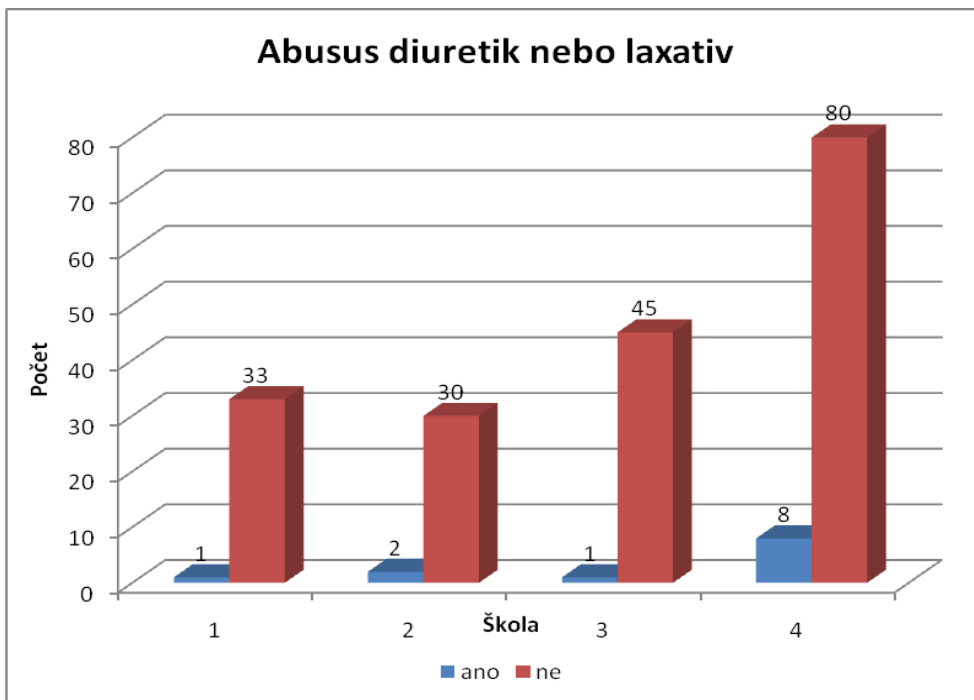
Na základních školách a střední škole převažují respondetky, které vynechávají některá z hlavních jídel (ZŠ – 20, SŠ – 52). Nejčastěji to byla snídaně a důvodem pro její vynechání byl nedostatek času kvůli dojíždění do školy (viz tabulka č. 8). Více jak polovina respondentek z víceletých a čtyřletých gymnázií neguje vynechávání hlavních jídel (víceleté gymnázium – 20, čtyřleté gymnázium – 28). V otázce vynechávání některých potravin převážná většina respondentek ze všech vybraných škol neguje (ZŠ – 22, víceletá gymnázia – 13, čtyřletá gymnázia – 28, SŠ – 47), že by existovaly potraviny, které by nejedly.

Užívání doplňků stravy na redukcí tělesné hmotnosti a abusus laxativ, diuretik



Graf č. 10 Užívání doplňků stravy na hubnutí

V grafu č. 10 je vidět, že dvacet respondentek ze všech vybraných škol potvrdilo užívání doplňků stravy na hubnutí.



Graf č. 11 Abusus diuretik nebo laxativ

Graf č. 11 znázorňuje abusus diuretik nebo laxativ. Čtyři respondentky ze základních škol, víceletých a čtyřletých gymnázií reagovaly na dotaz, zda užívaly diuretika nebo laxativa, kladně. Dodávaly však, že je používaly ze zdravotních důvodů. Osm respondentek ze střední školy uvedlo, že v minulosti drželo redukční dietu a v současnosti pro redukci tělesné hmotnosti pravidelně používá laxativa. Jedna z těchto dívek uvedla užívání přípravku adipex, který nepatří mezi laxativa, ale anorektika tlumící nadměrnou chuť k jídlu a potlačující pocit hladu, přičemž při zhodnocení uvedené tělesné výšky a hmotnosti se její BMI pohybovalo v normálních hodnotách. Dále tak mi jedna z těchto respondentek uvedla do dotazníku, že již tři roky trpí mentální anorexií, která se přehoupla v mentální bulimii. Stejně tak uvádí zdravotní problémy spjaté s abusem laxativ, a i přesto všechno stále laxativa užívá.

Znalost pojmu poruchy příjmu potravy

Na otázku, týkající se znalosti pojmu poruch příjmu potravy (viz. graf č. 24), kladně odpovědělo sto padesát tři respondentek ze všech vybraných škol (ZŠ – 20, víceletá gymnázia – 28, čtyřletá gymnázia – 40, SŠ – 65).

Diskuse

Při zpracování mé bakalářské práce jsem získala praktické poznatky o názorech a postojích patnáctiletých dívek z různých vzdělávacích zařízení v rámci okresu Kroměříž ve vztahu ke zdravému životnímu stylu se zaměřením na jejich stravovací zvyklosti, volbu a preferenci redukčních diet, což bylo cílem této práce. Přitom jsem se zaměřila i na identifikaci případného ohrožení poruchami příjmu potravy. Z těchto poznatků, které jsem sumarizovala do 24 grafů a osmi tabulek, jsem vycházela při potvrzení, či vyvrácení níže uvedených hypotéz a tím jsem splnila i cíl práce.

Hypotéza č. 1: Dívky držící redukční diety jsou 2x více ohroženy vznikem poruchy příjmu potravy.

Při stanovení této hypotézy jsem vycházela z poznatků, kterých jsem nabyla analýzou odborné literatury a příkladů studií především PhDr. Krcha²⁸, který uvádí že: *„Většina studií zatím prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát. V průměru 30 % redukčních diet přechází během jednoho až dvou let v to, čemu se říká patologická dieta. U 20 až 30 % patologických dietářek se později rozvine plný nebo částečný syndrom poruchy příjmu potravy. Tisíc londýnských středoškolaček bylo rozděleno na ty, které dietu držely, a na ty, které ji nedržely. Po roce byly opět vyšetřeny: 21 % dívek, které před rokem držely dietu, mělo výrazně narušené jídelní chování, zatímco ve druhé skupině měla podobné problémy jen 3 %.“*

Tato hypotéza, jak je vidět i v grafu č. 9 týkajícího se držení diet v minulosti a současnosti, se mi nepotvrdila. Předpokládám, že je to proto, že jsem prováděla šetření v relativně malých městech, kde nejsou dívky vystaveny takovému tlaku prostředí, jako je tomu například v Praze a krajských městech. Tento názor opírám o výsledky diplomové práce Bc. Marie Gregorové²⁹, která potvrdila hypotézu, že se poruchy příjmu potravy vyskytují častěji u žáků navštěvujících městské školy než u žáků, kteří navštěvují školy na venkově.

²⁸ KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2005.

²⁹ GREGOROVÁ, M. *Diplomová práce, Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci*. 2007.

Mimo studentky čtyřletých gymnázií jsou dívky ve většině případů spokojeny se svou postavou (viz graf č. 5). Podle výsledků ani v rodinách na dívky nepůsobí vliv redukčních diet, protože rodiče jsou většinou podsadití (viz graf č. 13) a redukční diety většinou nedrží (viz graf č. 17). Pokud se dívky váží, tak nejčastěji 1x za měsíc (viz graf č. 6). Je to dáno i velkou nezaměstnaností v regionu, kdy se například objevily 2 případy (viz tabulka č. 8), kdy studentky nemají zapláceno stravování a mají tedy jiné problémy, než držet diety.

Zarážející je spíše větší výskyt případů vynechání některého z hlavních jídel (viz tabulky č. 4-7), a to z důvodu nedostatku času (viz tabulka č. 8), především z důvodu dojíždění z okolních vesnic v případě snídání a přesunování se na odbornou výuku do jiných prostor než je hlavní budova školy (většinou studenti střední školy) v případě obědů, což je jeden z možných faktorů vedoucí ke vzniku poruch příjmu potravy.

V neposlední řadě však musím uvést, že vzorek respondentek byl na jednoznačný závěr malý. I když se mi hypotéza nepotvrdila v počtu četnosti, neznamená to, že riziko vzniku poruch příjmu potravy v daném vzorku neexistuje. Například z grafů č. 10 a 11, které se týkají užívání doplňků stravy na hubnutí a abusu laxativ a diuretik, je zřejmé, že několik dívek, které v minulosti drželo redukční dietu, v současnosti pro redukci tělesné hmotnosti pravidelně používá laxativa.

Hypotéza č. 2: Dívky ze základních škol drží redukční diety 2x častěji než dívky z gymnázií a střední školy.

Tuto hypotézu jsem vytvořila na základě studie, uvedené v článku PhDr. F. D. Krcha³⁰, uskutečněné u studentů středních škol v Praze a Českých Budějovicích. Výsledkem této studie bylo zjištění, že relativně vyšší výskyt redukčních diet a poruch příjmu potravy je mezi dívkami z učňovských škol ve srovnání se studentkami gymnázií a jiných středních škol.

³⁰ Internet. In anabell.cz. *Poruchy příjmu potravy, měnící se svět*. 2010.

Vycházím z této studie, i když sledovaný soubor zmíněné studie byl tvořen dívkami z gymnázií, jiných středních škol a učilišť. Předpokládala jsem, že na základní škole jsou jak potencionální studentky gymnázií a jiných středních škol, tak potencionální adeptky studia na učilišti, tudíž by výsledek mého šetření mohl hrát ve prospěch studentek gymnázií a střední školy, tedy že u nich nebude tak častý výskyt redukčních diet.

Z dotazníkového šetření (viz graf č. 8 a tabulky č. 4-7) vyplývá, že se hypotéza nepotvrdila. Proč tomu tak je? Může tomu tak být z důvodů větší informovanosti v oblasti problematiky poruch příjmu potravy a redukčních diet, které jsou rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy, což potvrzují i odpovědi znázorněné v grafech č. 19 a 24 týkajících se správnosti výlučného držení redukčních diet a znalosti pojmu poruchy příjmu potravy. Dále se domnívám, že je tu spojitost s propagací zdravého životního stylu. Protože samotná dieta je jen krátkodobé řešení, není to normální jídelní režim. Navíc v časopisech určených dospívajícím dívkám už nejsou tak často publikovány nejrůznější „osvědčené“ diety, u nichž se většinou objeví jo-jo efekt. Spíš v článcích věnovaných redukci hmotnosti jsou dívky nabádány, aby se pravidelně věnovaly nějaké pohybové aktivitě.

Hypotéza č. 3: Dívky ze základních škol jsou méně spokojené se svojí postavou než dívky z gymnázií.

Podkladem pro třetí hypotézu mi byla studie realizovaná PhDr. F. D. Krchem³¹ u studentek středních a učňovských škol. Ze studie vyplynulo, že víc jak polovina dotazovaných dívek bylo nespokojených se svojí postavou a nejčastěji to byly studentky učňovských škol. Ty také měly vyšší tendence změnit svoji postavu pomocí diet, zvracení atd.

Zde jsem taktéž vycházela z vlastního předpokladu, že na základní škole jsou jak potencionální studentky gymnázií, tak potencionální adeptky na studium

³¹ KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy – mezi nadváhou a vyhublostí*. 2009.

na učilišti, tudíž by se výsledek mohl naklonit ve prospěch studentek gymnázií, že u nich bude méně častá nespokojenost s postavou než u dívek na základní škole.

Hypotéza se potvrdila, dívky ze základních škol byly méně spokojené se svojí postavou (viz graf č. 2). Myslím si, že tomu tak je, protože dívky na gymnáziích mají jiné priority, navíc jsou na ně kladeny ze strany školy nároky ohledně studijních výsledků.

Také tu hraje roli přechod ze základní školy na gymnázium, kde jsou už starší dívky, jejichž tělesné proporce jsou dospělé ženštější. Dívka se tak může lépe vyrovnat se svým „novým“ tělem, pochopí, že dospívající tělo není špatné a navíc, že zaoblená postava může být předností na rozdíl od chlapecky hubené postavy.

Závěr

Dotazovaným dívkám je patnáct let, což je období charakterizované jak změnami psychologickými tak fyzickými, jež jsou podmíněny pohlavním dozráváním. Dívky nabírají především tukovou hmotu, díky níž dostává jejich postava ryze ženské oblé tvary, a některé se s nárůstem tělesné hmotnosti nemohou vyrovnat, a proto se snaží o snížení tělesné hmotnosti pomocí redukčních diet. Je pro ně snadnější držet redukční dietu než změnit svůj životní styl, změnit některé nevyhovující jídelní zvyklosti, na které jsou zvyklé z domova. Pokud dieta nepomáhá, mohou snadno sklouznout k použití drastičtějších metod redukce tělesné hmotnosti, což je zvracení, abusus laxativ, diuretik či volně prodejných doplňků stravy ke snížení tělesné hmotnosti. Tyto praktiky jsou jedním z charakteristických rysů poruch příjmu potravy, a právě proto bylo cílem mé bakalářské práce zjistit názory a postoje patnáctiletých dívek ke zdravému životnímu stylu se zaměřením na stravovací zvyklosti, volbu a preferenci redukčních diet a díky tomu identifikovat případné ohrožení poruchami příjmu potravy. Tento cíl byl podle všeho splněn.

Teoretická část předkládá komplexní obraz řešené problematiky a byla výchozím materiálem pro provedení výzkum a jeho vyhodnocení. Všechny použité zdroje jsou uvedeny v závěru bakalářské práce. V souladu s cílem bakalářské práce byly v praktické části stanoveny tři hypotézy, z nichž se potvrdila pouze třetí. Výzkumné šetření však odhalilo nezdravé stravovací návyky, které jsou však z velké části zapříčiněny i současným uspěchaným způsobem života, kdy studenti pro nedostatek času vynechávají především snídani a obědy, což s onemocněním poruchami příjmu potravy úzce souvisí.

Prevence by měla být realizována jak na úrovni rodiny tak i školy. Vzhledem k tomu, že se zásady správného stravování a motivace k péči o své zdraví formuluje již v útlém dětství, měli by proto rodiče vést své děti již od útlého věku ke zdravému životnímu stylu, který zahrnuje nejen zásady racionální výživy ale i pravidelnou pohybovou aktivitu. Což znamená, že by měli jít příkladem.

Nejen rodiče jsou významnými aktéry podílející se na utváření zásad vedoucích k podpoře zdraví, jsou to také pedagogové. Na úrovni školy by se

prevence měla týkat osvěty a propagace racionální výživy, které zahrnují principy zdravé výživy, stravovacích návyků a složení stravy v podobě potravinových pyramid. To vše je součástí projektu Škola podporující zdraví, k jehož cílům patří také podporovat pozitivní sociální klima ve škole, vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování. Dále by se měl omezit výskyt jídelních automatů v areálech škol. Většinou totiž nabízený sortiment zboží těmito automaty je tvořen čokoládovými tyčinkami, chipsy, brambůrky apod., což jen podporuje vznik obezity, která v některých případech vede ke druhému extrému - mentální anorexii a mentální bulimii. Některé školy mají místo automatů bufety, zde by se měla upřednostňovat nabídka ovoce a racionálních výrobků (např. müsli tyčinky apod.) před sladkostmi a slanými výrobky typu chipsů.

Nesmíme opomenout také společnost, která má taktéž lví podíl na podpoře vzniku poruch příjmu potravy. Jsou to hlavně reklamy a časopisy, které podporují mladé dívky a ženy v myšlence, že když budou vypadat jako kachektické modelky, že potom budou krásné žádoucí a šťastné. Místo reklam na potravinové doplňky stravy podporující hubnutí by měla média propagovat zásady zdravého životního stylu. Jak si potom má dívka vytvořit zdravý pohled na své tělo, když už od malička je jí vštěpován ideál krásy v podobě panenky Barbie a z médií na ni útočí kachektické krásky.

Pokud si toto společnost neuvědomí a nebude věnovat větší pozornost prevenci, bude procento dívek ohrožených poruchami příjmu potravy stále stoupat.

Souhrn

Bakalářská práce pojednává o problematice redukčních diet u mladých dívek vedoucích až k poruchám příjmu potravy. Teoretická část nabízí všeobecnou orientaci v daném tématu, což jsou fyzické a psychické změny v dospívání, problematika dětské obezity, redukčních diet a poruch příjmu potravy. Cílem práce bylo zjistit postoje a názory patnáctiletých dívek k redukčním dietám a celkově ke zdravému životnímu stylu a zachycení rizikového chování vedoucího ke vzniku poruch příjmu potravy. Výzkum byl uskutečněn formou dotazníků na základních a středních školách ve Zlínském kraji. Šetřením byly zjištěny nevhodné stravovací návyky, mající kořeny nejen v rodině, ale i v časovém presu zapříčiněném organizací výuky ze strany vedení škol. Rovněž bylo zachyceno několik dívek, jejichž chování je rizikové pro vznik poruch příjmu potravy. Zavedením preventivních opatření na úrovni rodiny, školy a společnosti by měl počet dívek v riziku klesnout.

Summary

The Bachelor thesis deals with the issue of reducing diets among young girls which leads to eating disorders. The theoretical part provides a general orientation in the target topic; these are physical and psychological changes in adolescence, the issue of childhood obesity, reducing diets and eating disorders. The aim of the thesis was to determine opinions and attitudes of fifteen-year-old girls to reducing diets and an overall healthy lifestyle, and capture risk behavior leading to the occurrence of eating disorders. The research was conducted by questionnaire in basic and high schools in the Zlín Region. The investigation identified inappropriate eating habits not only rooted in the family, but also in the time pressure caused by the organization of classes by the school managements. Moreover there were captured few girls whose behavior is already in a risk for the development of eating disorders. With the introduction of preventive measures at the level of families, schools and society, the number of girls at risk of mentioned problems should fall.

Seznam použité literatury

CASSUTO, D. A.; GUILLOU, S. *Když chce dcera hubnout*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-357-4.

CROOKOVÁ, M. *V zajetí image těla*. Ostrava: Oldag, 1995. ISBN 80-85954-02-8.

KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2. přepracované vydání, Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, F. D.; MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003.

KURIC, J. a kolektiv. *Ontogenetická psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 14-409-86.

LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. Aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie, příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

NAVRÁTILOVÁ, M.; ČEŠKOVÁ, E.; SOBOTKA, L. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-33-3.

Internetové zdroje

Internet. In anabell.cz. *Poruchy příjmu potravy, mění se svět*. [online]. 2010. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/93-poruchy-pijmu-potravy-mnici-se-svt>

Internet. In obezita.podrobneji.cz. *Obezita u dětí*. [online]. 2009. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z <http://obezita.podrobneji.cz/obezita-u-deti.aspx>

- Internet. In idealni.cz. *Odhad tělesné hmotnosti u dětí i dospělých*. [online]. 2011. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z http://www.idealni.cz/vyzkousejte_bmi2.asp
- Internet. In ulekare.cz. *Percentilové grafy v praxi*. [online]. 2008. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z <http://www.ulekare.cz/clanek/percentilove-grafy-v-praxi-6193>
- Internet. In vyzivadeti.cz. *Poruchy příjmu potravy*. [online]. 2011. [cit. 2011-04-17]. Dostupné z <http://www.vyzivadeti.cz/novinky-aktuality/poruchy-prijmu-potravy/>
- GREGOROVÁ, M. *Diplomová práce, Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci*. [online]. 2007. [cit. 2011-04-17]. Dostupné z http://is.muni.cz/th/69614/pedf_m/diplomova_prace.pdf
- KACHLÍK, P.; HAVELKOVÁ, M.; PROCHÁZKOVÁ, L. *Poruchy příjmu potravy – informovanost a prevence u žáků na 2. stupni základních škol v Brně*. [online]. 2006. [cit. 2011-05-02]. Dostupné z http://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik_2006/pdf/078.pdf .
- KOHOUTEK, R. *Psychologie puberty*. [online]. 2009. [cit. 2011-04-18]. Dostupné z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0901/psychologie-puberty>
- KRCH, F. D. *Mentální anorexie a bulimie*. [online]. 2009. [cit. 2011-03-12]. Dostupné z http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=38
- KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. [online]. 2005. [cit. 2011-04-18]. Dostupné z <http://sekceppp.eu/doc/050300.pdf>
- KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy – mezi nadváhou a vyhublostí*. [online]. 2009. [cit. 2011-01-05]. Dostupné z http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=38
- MARTYKÁNOVÁ, L.; PISKÁČKOVÁ, Z. *Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy*. [online]. 2010. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>
- SCHMIDOVÁ, S. *Orthorexie*. [online]. 2011. [cit. 2011-04-17]. Dostupné z <http://www.viviente.cz/orthorexie/>

Seznam tabulek a grafů

| | |
|--|----|
| Tabulka č. 1 Přehled respondentů..... | 26 |
| Tabulka č. 2 Kategorie tělesné hmotnosti patnáctiletých dívek dle BMI..... | 32 |
| Tabulka č. 3 Výsledky BMI z dotazníkového šetření | 32 |
| Tabulka č. 4 Respondetky ze základních škol..... | 36 |
| Tabulka č. 5 Respondetky z víceletých gymnázií | 36 |
| Tabulka č. 6 Respondetky z čtyřletých gymnázií..... | 36 |
| Tabulka č. 7 Respondetky ze střední školy | 37 |
| Tabulka č. 8 Důvody vynechávání hlavních jídel | 54 |
| Graf č.1 Počet dotazovaných dívek | 27 |
| Graf č. 2 Spokojenost s vlastní postavou..... | 28 |
| Graf č. 3 Charakterizace vlastní postavy | 29 |
| Graf č. 4 Znalost současné tělesné hmotnosti..... | 30 |
| Graf č. 5 Spokojenost s tělesnou hmotností | 31 |
| Graf č. 6 Frekvence vážení | 33 |
| Graf č. 7 Držení redukční diety v minulosti | 34 |
| Graf č. 8 Držení redukční diety v současnosti..... | 34 |
| Graf č. 9 Držení redukčních diet v minulosti i v současnosti..... | 35 |
| Graf č. 10 Užívání doplňků stravy na hubnutí..... | 39 |
| Graf č. 11 Abusus diuretik nebo laxativ | 40 |
| Graf č. 12 Ideální typ postavy | 55 |
| Graf č. 13 Postava rodičů | 56 |
| Graf č. 14 Znalost pojmu BMI | 57 |

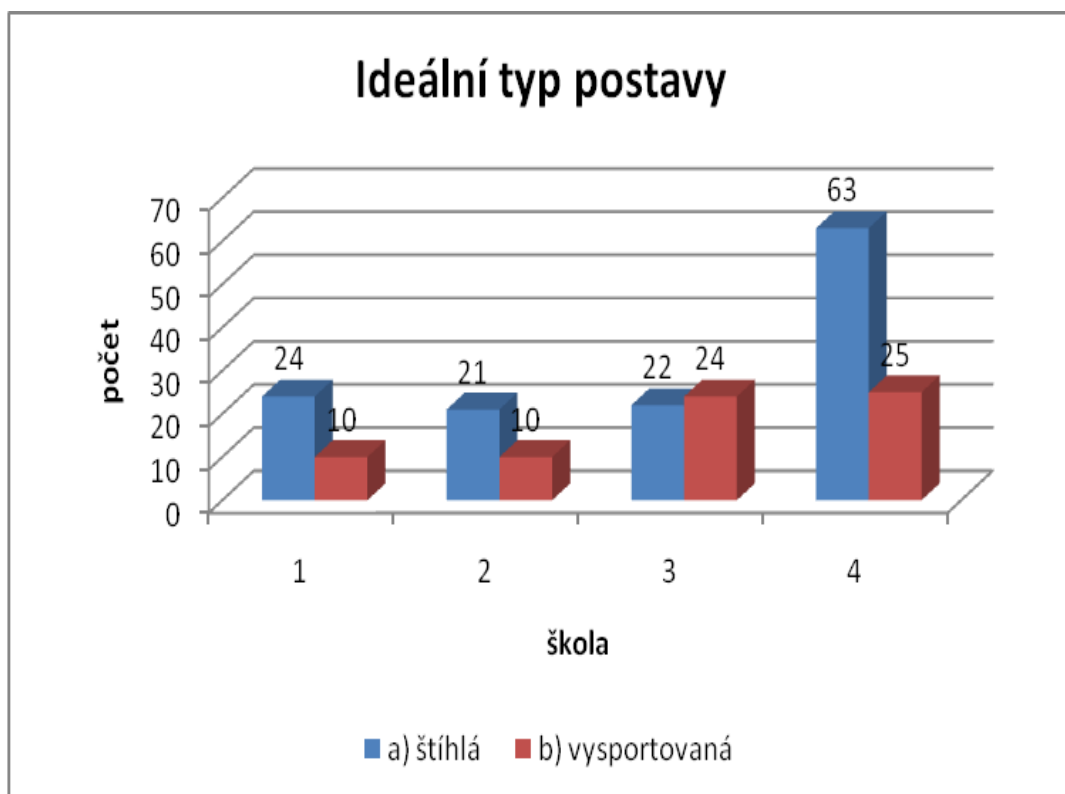
| | |
|---|----|
| Graf č. 15 Znalost výpočtu BMI..... | 58 |
| Graf č. 16 Podpora v redukčních dietách ze strany rodičů..... | 59 |
| Graf č. 17 Výskyt redukčních diet v rodině | 60 |
| Graf č. 18 Rozebírání redukčních diet s vrstevnicemi..... | 61 |
| Graf č. 19 Dotaz, zda je pouze držení redukční diety, za účelem redukce hmotnosti, správné | 62 |
| Graf č. 20 Pravidelnost ve stravování | 63 |
| Graf č. 21 Frekvence stravování | 64 |
| Graf č. 22 Vynechávání hlavních jídel | 65 |
| Graf č. 23 Změny preference potravin | 66 |
| Graf č. 24 Znalost pojmu poruchy příjmu potravy | 67 |

Tabulky a grafy

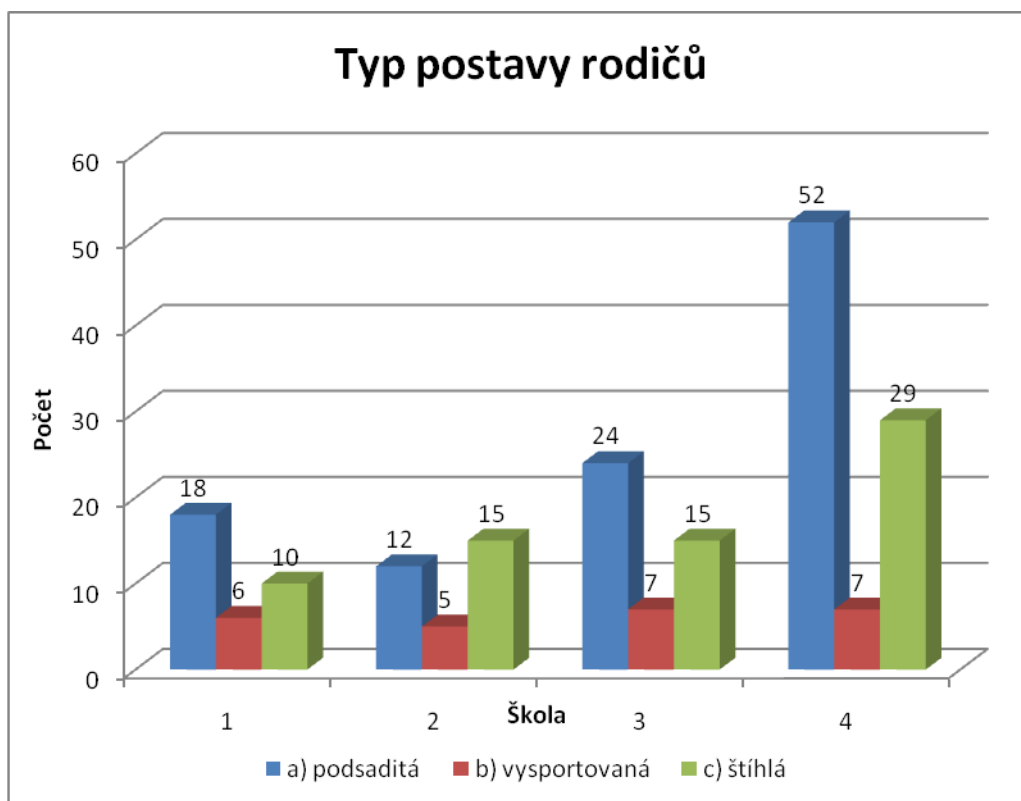
Tabulka č. 8 Důvody vynechávání hlavních jídel

| škola | nedostatek času | nemá hlad, chuť | nemá zapláceno | bez uvedení důvodu | celkem |
|-------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|--------|
| základní školy | 8 | 7 | 0 | 5 | 20 |
| gymnázia víceletá | 11 | 1 | 0 | 0 | 12 |
| gymnázia čtyřletá | 8 | 6 | 1 | 3 | 18 |
| střední škola | 24 | 7 | 1 | 20 | 52 |

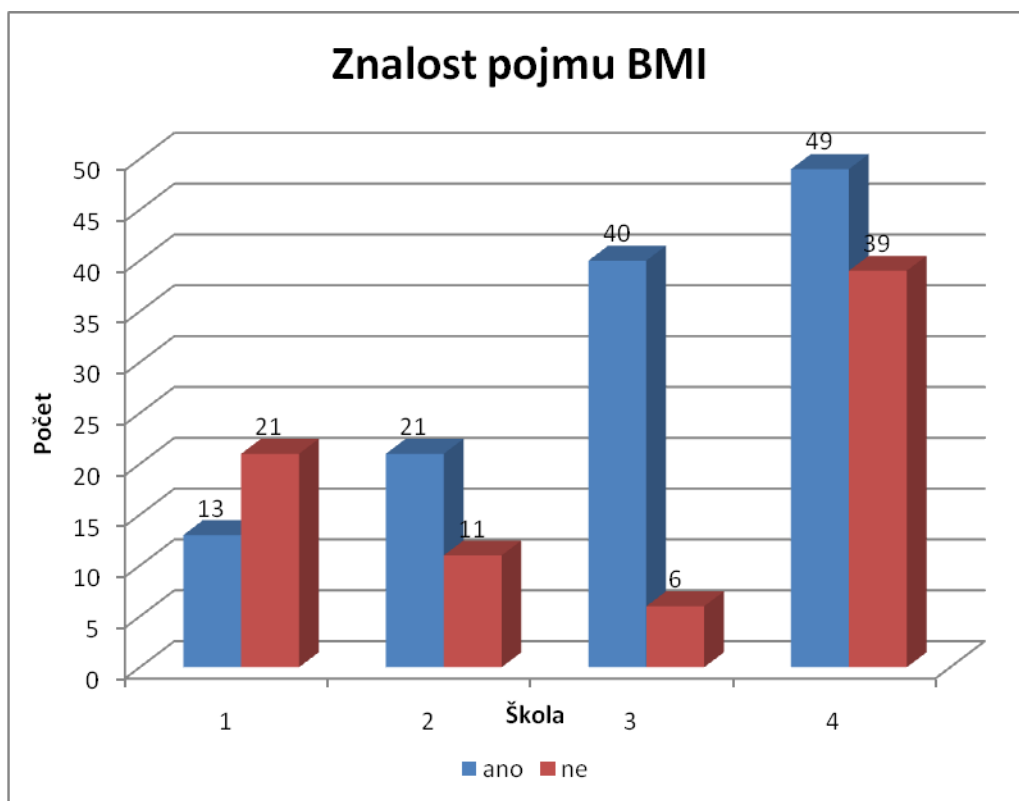
Graf č.12 Ideální typ postavy



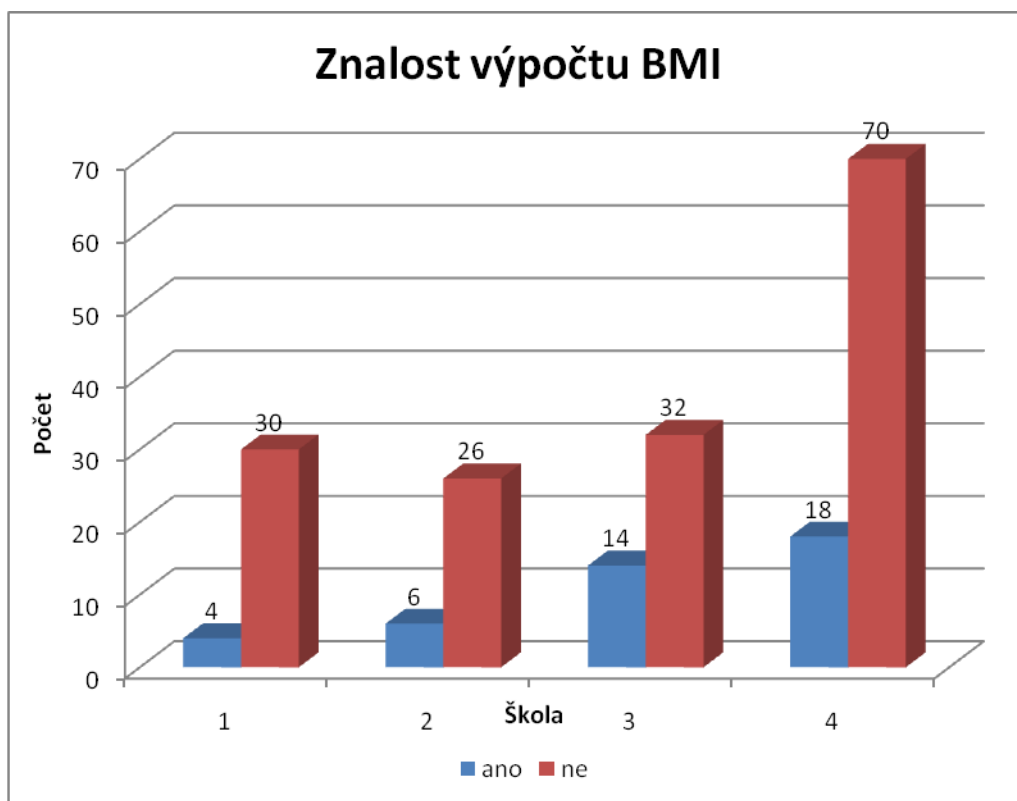
Graf č. 13 Typ postavy rodičů



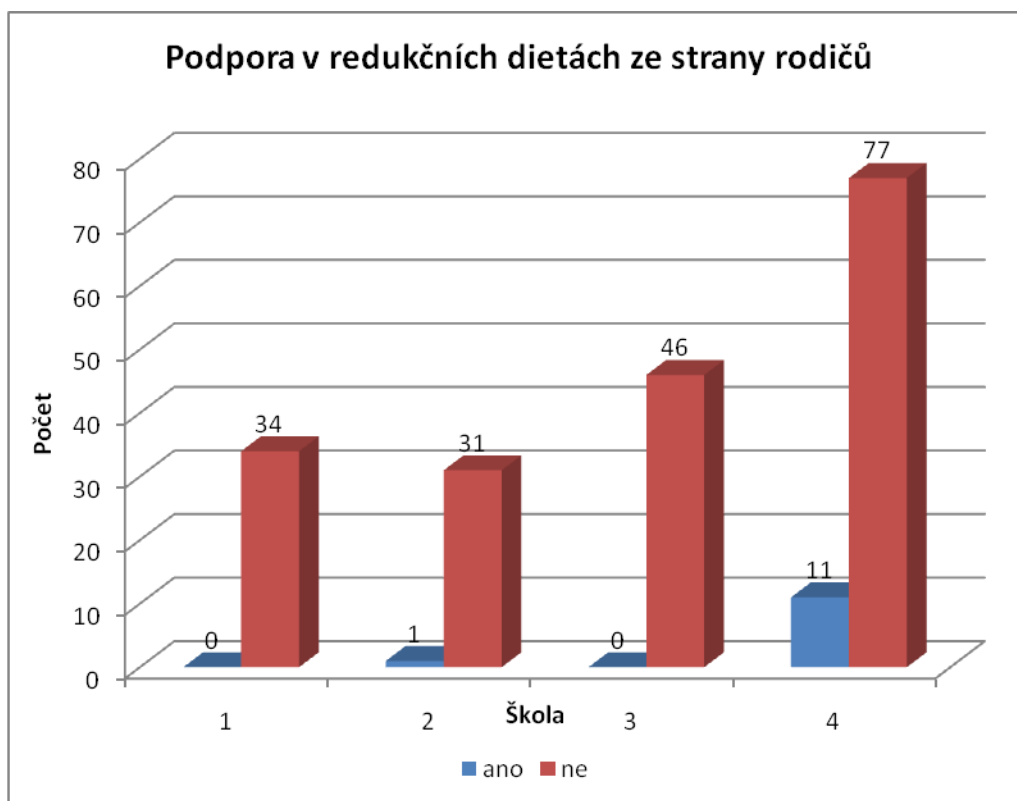
Graf č.14 Znalost pojmu BMI



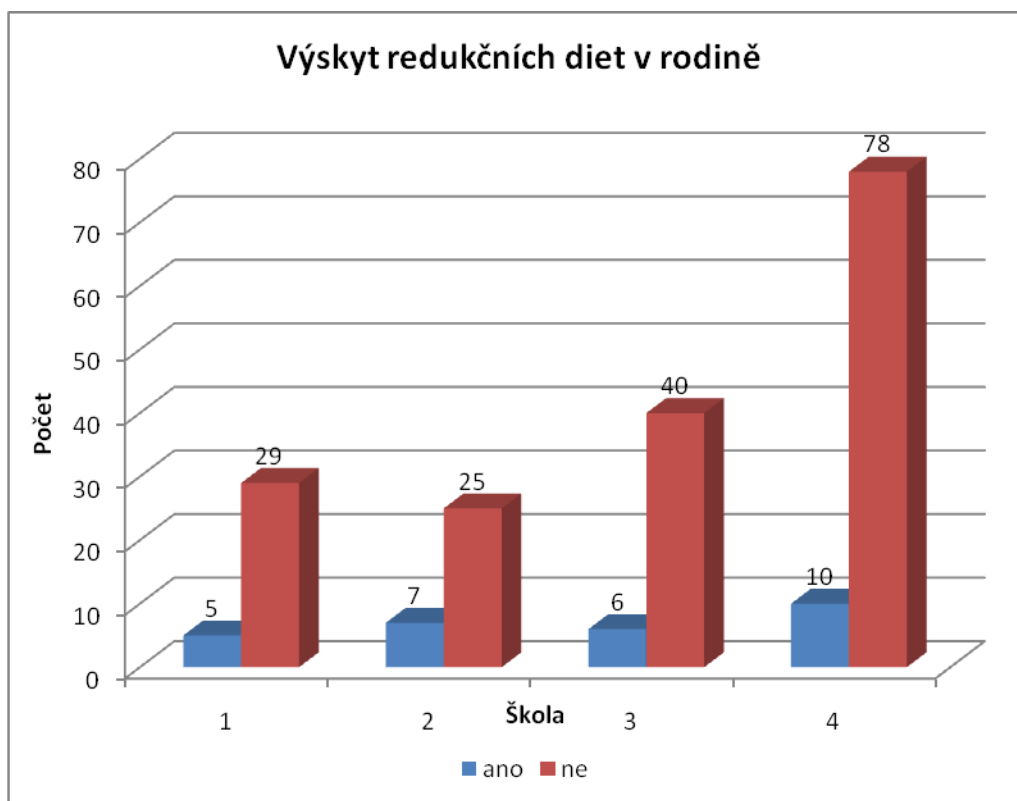
Graf č.15 Znalost výpočtu BMI



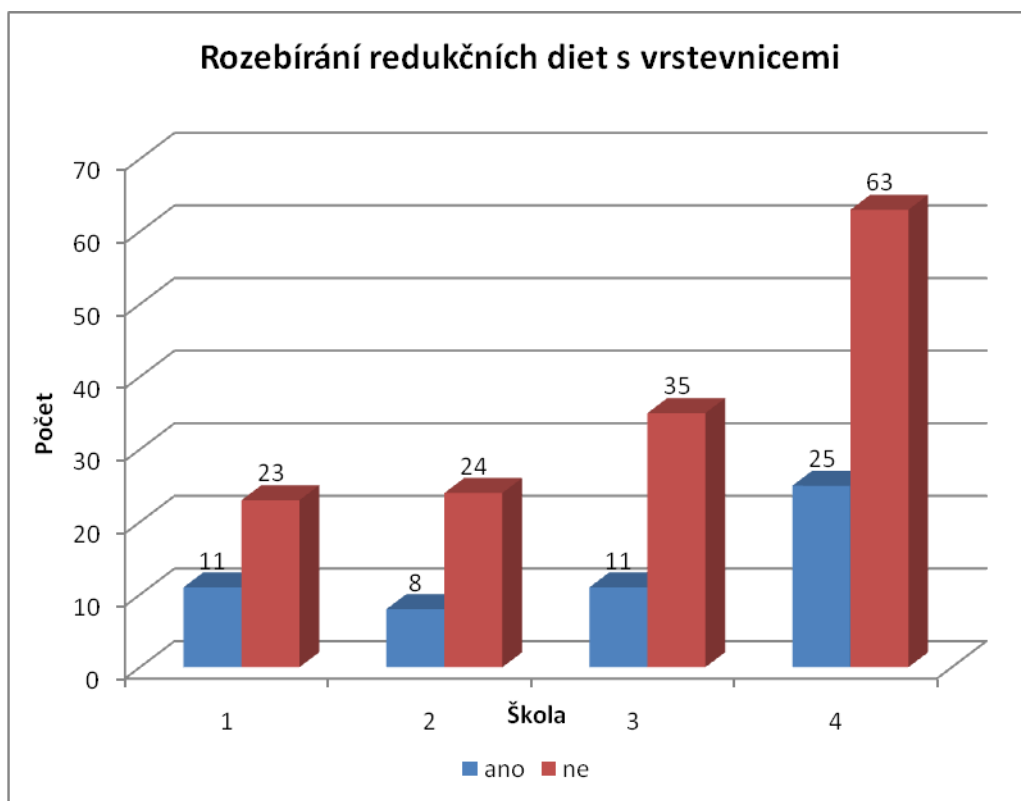
Graf č. 16 Podpora v redukčních dietách ze strany rodičů



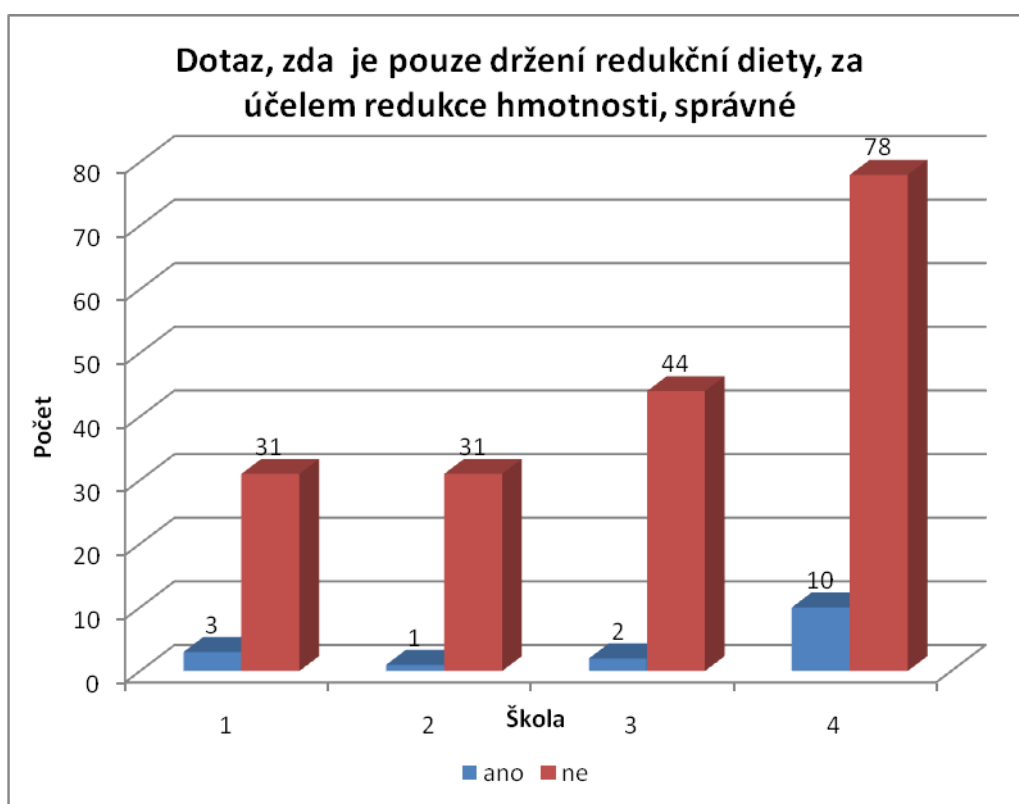
Graf č.17 Výskyt redukčních diet v rodině



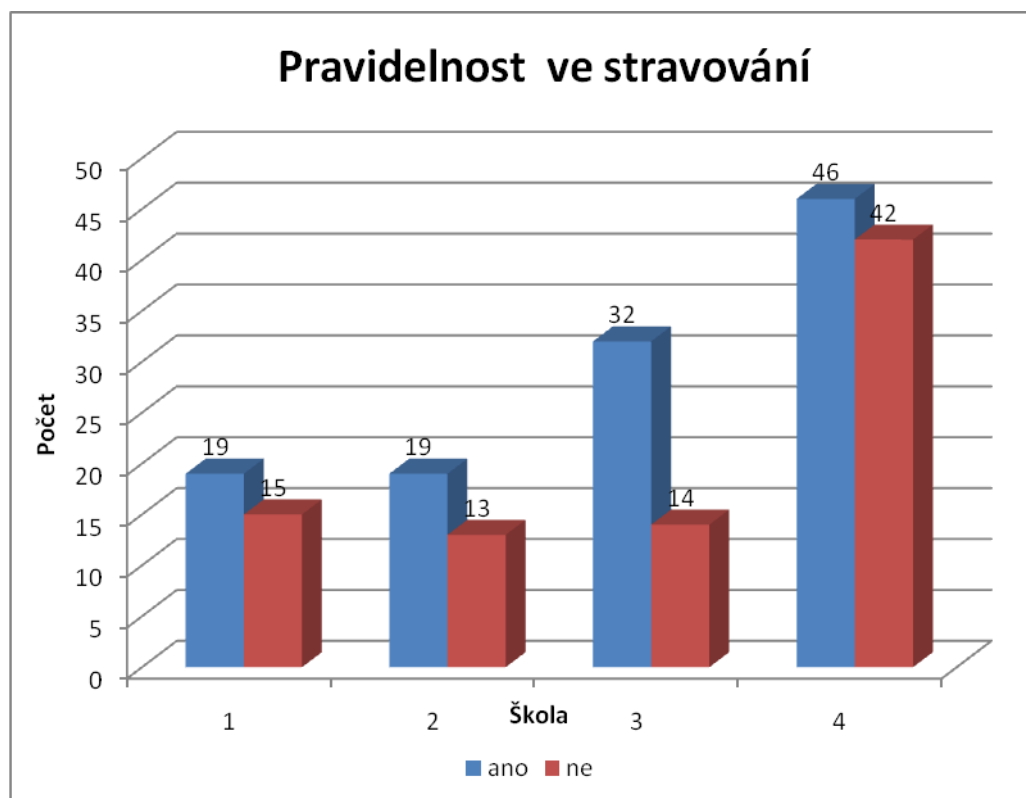
Graf č. 18 Rozebírání redukčních diet s vrstevnicemi



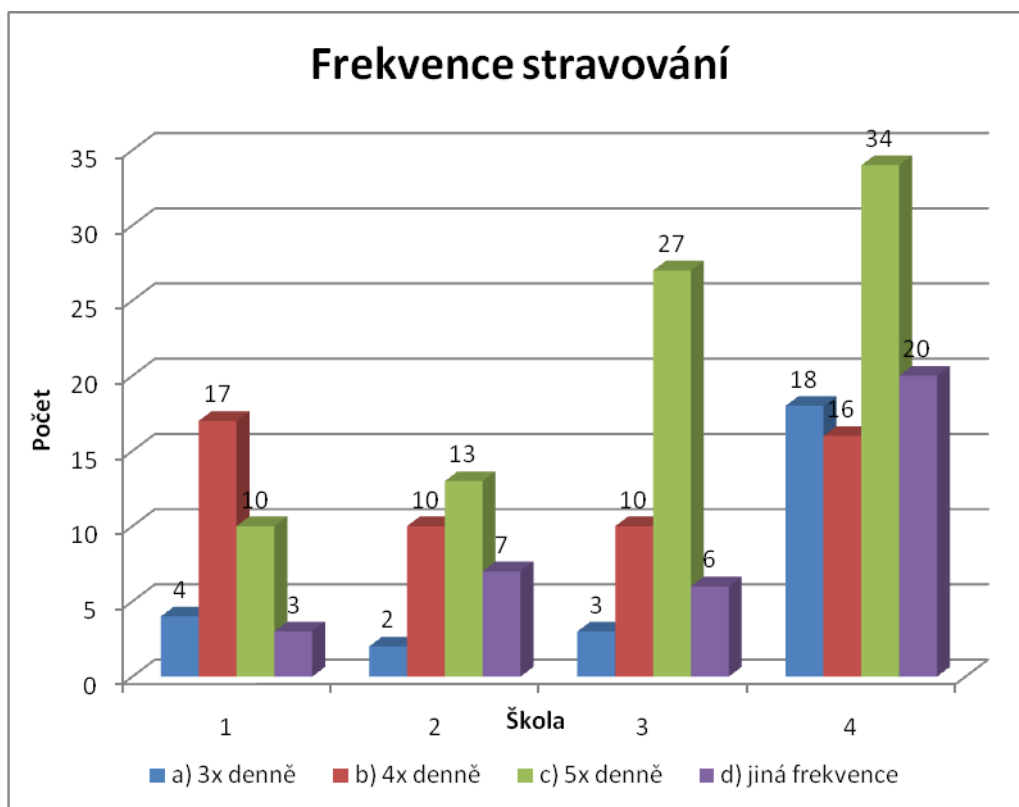
Graf č. 19 Dotaz, zda je pouze držení redukční diety, za účelem redukce hmotnosti, správné



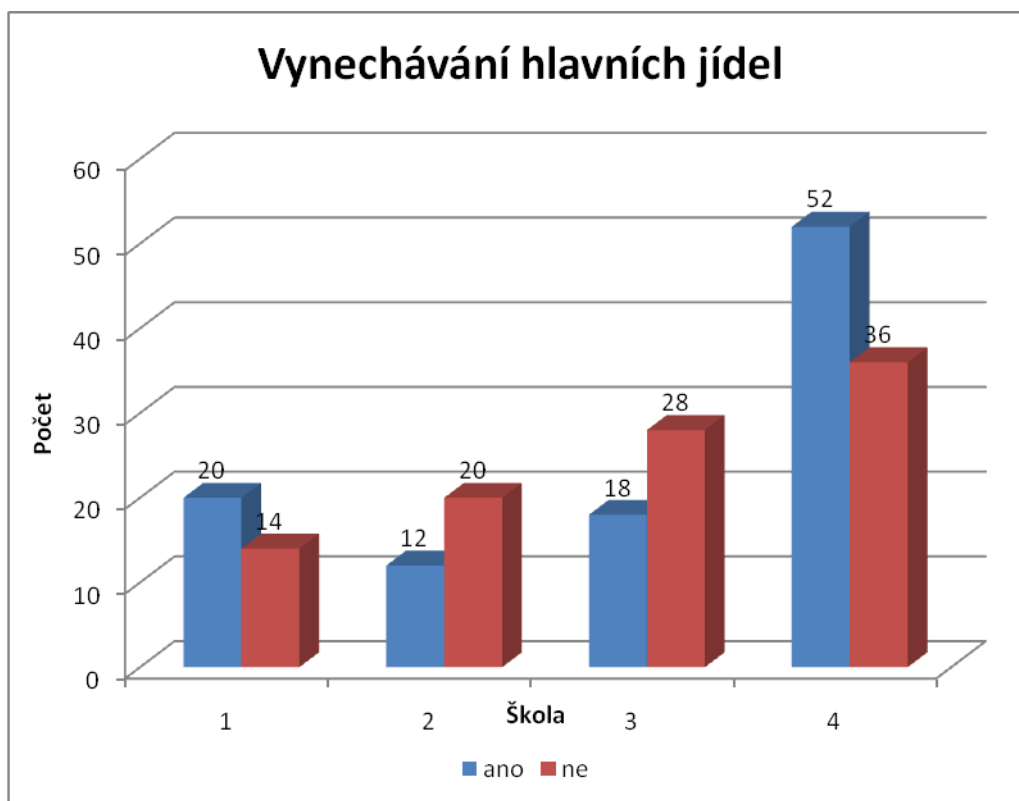
Graf č. 20 Pravidelnost ve stravování



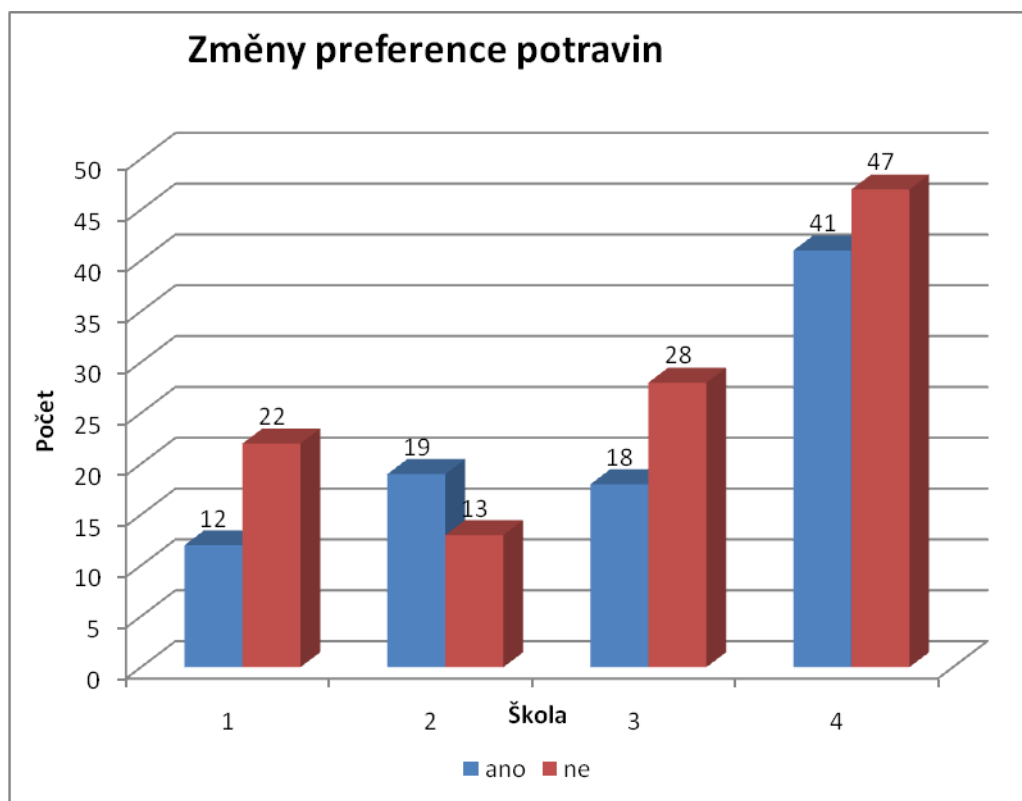
Graf č. 21 Frekvence stravování



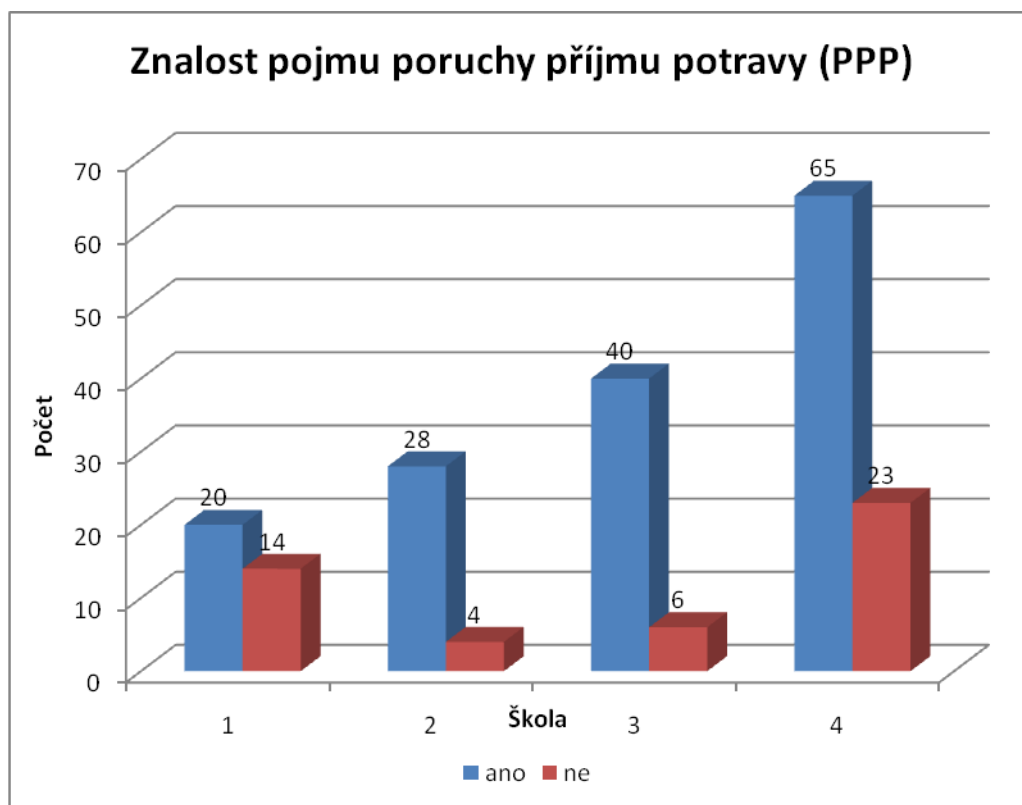
Graf č. 22 Vynechávání hlavních jídel



Graf č. 23 Změny preference potravin



Graf č. 24 Znalost pojmu poruchy příjmu potravy



Seznam příloh

Příloha č. 1: Percentilový graf

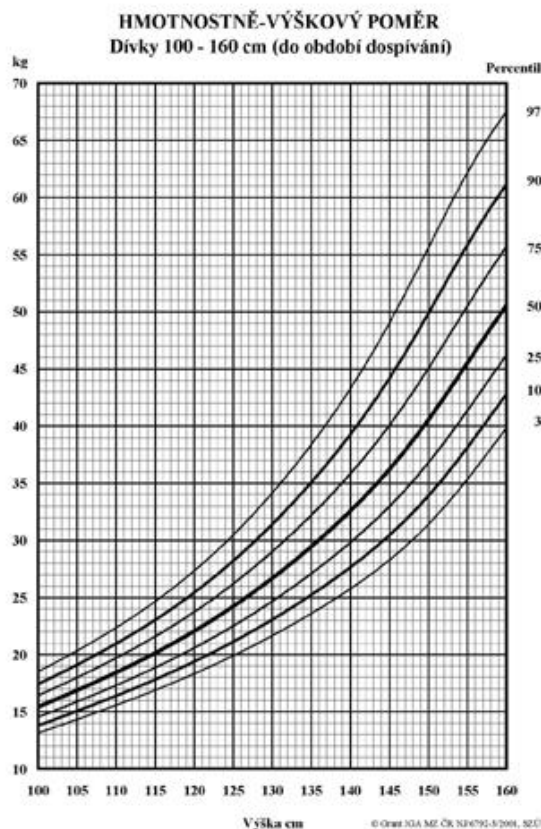
Příloha č. 2: Tiskopis dotazníku

Přílohy

Příloha č. 1

Percentilový graf³²

Co potřebujeme znát, abychom mohli pracovat s daným percentilovým grafem? Potřebujeme znát výšku a váhu, podle těchto údajů vypočítáme hodnotu zvanou Body Mass Index (BMI). Vypočítá se tak, že vydělíme hmotnost v kilogramech druhou mocninou výšky v metrech. Hodnotu, která nám vyjde, dosadíme do percentilového grafu, který je pro dívky a chlapce rozdílný. Na ose y si najdeme požadovanou hodnotu BMI, na ose x si najdeme věk a tyto dvě hodnoty zaneseme do grafu. Podle toho, v jakém percentilovém pásmu se výslednice protnou, zjistíme výsledek.



³² Internet. In ulekare.cz. *Percentilové grafy v praxi*. 2008.

Příloha č. 2



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
ÚSTAV ZDRAVÍ DĚTÍ A MLÁDEŽE



Jsem studentkou v oboru veřejné zdravotnictví na 3. Lékařské fakultě a píši bakalářskou práci na téma Postoje patnáctiletých dívek k redukčním dietám. Chtěla bych vás tedy poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé práce. Dotazník je anonymní.

1. Jsi spokojená se svojí postavou?

- a) ano
- b) ne

2. Jak bys charakterizovala svoji postavu?

- a) štíhlá
- b) průměrná
- c) silnější
- d) obézní

3. Jaký typ postavy bys chtěla mít?

- a) ektomorf (štíhlá postava)
- b) mezomorf (vysportovaná postava)

4. Jaký typ postavy mají tvoji rodiče?

- a) endomorf (podsaditá postava)
- b) mezomorf (vysportovaná postava)
- c) ektomorf (štíhlá postava)

5. Znáš svoji současnou tělesnou hmotnost?

- a) ano
- b) ne

6. Uveď svoji poslední známou tělesnou hmotnost a výšku:

váha (kg):

výška (cm).....

7. Jsi spokojená se svojí váhou?

- a) ano
- b) ne

8. Jak často se vážíš?

- a) každý den
- b) jednou týdně
- c) jednou měsíčně
- d) jednou ročně
- e) nevážím se vůbec

9. Víš, co je to BMI?

- a) ano
- b) ne

10. Co se zjišťuje pomocí BMI? (Napiš do volných řádků)

.....

.....

.....

11. Uměla bys vypočítat BMI?

a) ano, napiš jak:.....

.....

b) ne

12. Při hodnocení své postavy je pro tebe nejdůležitější (více možností na výběr):

- a) názor rodiny
- b) názor kamarádů
- c) názor přítele
- d) údaje o ideální postavě z médií (časopisy, televize,...)
- e) vlastní názor

13. Co děláš pro udržení své váhy? (Více možností na výběr)

- a) sportuji
- b) snažím se zdravě stravovat
- c) držím dietu
- d) omezuji se v jídle
- e) po každém jídle zvracím
- f) používám projímadla
- g) nic

14. Držela jsi někdy redukční dietu?

- a) ano
- b) ne

15. Držíš v současné době redukční dietu?

- a) ano
- b) ne

16. Jaký máš důvod pro držení redukční diety? (Napiš do volných řádků)

.....

.....

17. Podporovali nebo podporují tě rodiče v názoru, že bys měla držet redukční dietu?

- a) ano
- b) ne

18. Držel nebo drží někdo z tvé rodiny redukční dietu?

a) ano, uveď kdo a důvod držení redukční diety.....

.....

.....

b) ne

19. Povídáš si s kamarádkami o redukčních dietách?
 a) ano
 b) ne
20. Myslíš si, že pouze držení redukční diety za účelem redukce hmotnosti, je správné?
 a) ano
 b) ne
21. Stravuješ se pravidelně?
 a) ano
 b) ne
22. Jak často jíš? (Počítej i hlavní jídla - snídaně, oběd,...)
 a) 3x denně
 b) 4x denně
 c) 5x denně
 d) jiná frekvence stravování, uveď:.....
23. Vynecháváš některá z hlavních jídel?
 a) ano, uveď které a proč:.....

 b) ne
24. Existují nějaké potraviny, které jsi dřív jedla, ale dnes už je nejíš?
 a) ano, uveď které a proč:.....

 b) ne
25. Jaké potraviny ve tvém jídelníčku převládají? (Více možností na výběr)
 a) ovoce, zelenina
 b) mléčné výrobky (sýry, jogurty,...)
 c) light výrobky
 d) cereální výrobky (müsli,...)
 e) uzeniny
 f) slané věci (slané tyčinky, chipsy,...)
 g) sladkosti
26. Ve svém volném čase (více možností na výběr):
 a) cvičím doma
 b) aktivně sportuji
 c) čtu si pro zábavu
 d) dívám se na televizi
 e) trávím čas u počítače
 f) pomáhám v domácnosti
 g) chodím s kamarády ven
27. Užívala jsi někdy doplňky stravy na hubnutí?
 a) ano
 b) ne

28. Užívala jsi někdy diuretika (léky podporující zvýšené vylučování vody) nebo laxativa (projímadla)?

a) ano, uveď:.....

.....

.....

b) ne

29. Víš, co jsou poruchy příjmu potravy (PPP)?

a) ano

b) ne

30. Co bys zařadila mezi PPP? (stačí dvě poruchy)

.....

.....