



**UNIVERZITA KARLOVA**  
**I. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapie

**Barbora Černá**

Vliv stravovacích návyků rodičů na rozvoj poruch příjmu potravy u dětí

The influence of parents' eating habits on children's development of eating disorders

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. František Krch Ph.D.

Praha, 2023

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 29.4.2024

Barbora Černá

.....

### **Identifikační záznam**

ČERNÁ, Barbora. *Vliv stravovacích návyků rodičů na rozvoj poruch příjmu potravy u dětí.* [The influence of parents' eating habits on children's development of eating disorders]. Praha, 2024. 70 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN. Vedoucí práce PhDr. František Krch Ph.D.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou poruch příjmu potravy (PPP), a to z hlediska vlivu stravovacích návyků rodičů na vznik a rozvoj poruch příjmu potravy u dětí. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda tento vliv hraje v rámci vzniku onemocnění roli, jak velký tento vliv může být a o které konkrétní stravovací návyky se může jednat.

Teoretická část bakalářské práce byla zaměřena na popis onemocnění, epidemiologii, diagnostiku, nástup, průběh, léčbu a mortalitu. Dále byly přiblíženy jednotlivé typy poruch příjmu potravy včetně jejich diagnostiky a následků. Poslední část se věnovala rizikovým faktorům, a to především vlivu stravovacích návyků rodičů na vznik a rozvoj PPP.

Praktická část byla realizována pomocí dotazníkového šetření. Toho se zúčastnilo 19 respondentů. Jednalo se o rodiče patientek ambulantní péče psychiatrické kliniky VFN léčících se s PPP. Výsledky poukázaly na spojitost mezi stravovacími návyky rodičů a rozvojem poruch příjmu potravy u jejich dětí, nicméně nebyly jednoznačné. Je potřeba vzít v potaz existenci řady rizikových faktorů a rozdílnost jejich vlivů na vznik a rozvoj onemocnění.

**klíčová slova:** Poruchy příjmu potravy, stravovací návyky rodičů, rizikové faktory, děti

## **ABSTRACT**

This bachelor's thesis dealt with the issue of eating disorders (ED) in terms of the influence of parents' eating habits on the onset and development of eating disorders in children. The aim of the thesis was to determine whether this influence plays a role in the development of the disorder, how large this influence may be and which specific eating habits may be involved.

The theoretical part of the bachelor thesis focused on the description of the disease, epidemiology, diagnosis, onset, course, treatment and mortality. In addition, the different types of eating disorders were presented, including their diagnosis and consequences. The last part focused on risk factors, especially the influence of parental eating habits on the onset and development of ED.

The practical part was carried out by means of a questionnaire survey. Nineteen respondents took part in the survey. They were parents of outpatients of the psychiatric clinic of the VFN treated for ED. The results showed an association between the eating habits of parents and the development of eating disorders in their children, but were not conclusive. It is necessary to take into account the existence of a number of risk factors and the diversity of their effects on the onset and development of the disease.

**keywords:** Eating disorders, eating habits of parents, risk factors, kids

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu bakalářské práce, panu PhDr. Františku Krchovi Ph.D., za jeho odborné vedení, cenné rady, trpělivost a konstruktivní kritiku, která mě velmi obohatila.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří odpověděli na můj dotazník a umožnili mi tak provést výzkumnou část bakalářské práce.

Také bych ráda poděkovala své rodině za nekončící podporu a vřelá slova, která mi pomohla bakalářskou práci dokončit i napříč obtížným situacím.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým nejbližším přátelům, kteří mi poskytli velkou dávku optimismu a opory, za kterou jsem jim velmi vděčná.

# Obsah

Úvod .....	9
<b>1 Teoretická část .....</b>	<b>10</b>
1.1 Poruchy příjmu potravy .....	10
1.2 Epidemiologie .....	10
1.3 Diagnostika.....	10
1.4 Nástup onemocnění .....	11
1.5 Léčba .....	11
1.6 Průběh onemocnění .....	13
1.7 Mortalita .....	13
1.8 Typy poruch příjmu potravy .....	14
1.8.1 Mentální anorexie .....	14
1.8.2 Mentální bulimie.....	16
1.8.3 Atypická mentální anorexie a bulimie .....	19
1.8.4 Psychogenní přejídání – přejídání spojené s jinými psychickými poruchami .....	20
1.8.5 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami.....	21
1.8.6 Syndrom nočního přejídání.....	21
1.9 Rizikové faktory vzniku onemocnění .....	22
1.9.1 Biologické faktory .....	22
1.9.2 Psychologické faktory .....	23
1.9.3 Sociokulturní faktory .....	24
1.10 Vliv stravovacích návyků rodičů na rozvoj onemocnění .....	26
1.10.1 Stravovací návyky .....	26
1.10.2 Transgenerační přenos .....	27
1.10.3 Úloha rodiny ve stravování.....	27
1.10.4 Úloha otce a matky .....	28
1.10.5 Poruchy příjmu potravy u rodičů .....	29
1.10.6 Společné stravování .....	29
<b>2 Praktická část.....</b>	<b>31</b>
2.1 Cíl práce .....	31
2.2 Výzkumné otázky .....	31
2.3 Metodika výzkumu.....	31
2.4 Soubor respondentů.....	31

<b>3</b>	<b>Výsledky výzkumu.....</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>51</b>
4.1	Diskuse .....	51
4.2	Shrnutí diskuse .....	53
4.3	Limity výzkumu .....	54
<b>5</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>56</b>
<b>6</b>	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>63</b>
<b>8</b>	<b>Seznam grafů .....</b>	<b>64</b>
<b>9</b>	<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>65</b>
<b>10</b>	<b>Seznam obrázky.....</b>	<b>66</b>
<b>11</b>	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>67</b>



## Úvod

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy, onemocněním, které začíná být v posledních letech velmi diskutované. Díky dnešní době orientované na výkon, perfekcionismus a dokonalost, jež jsou nám prezentovány skrze média a sociální sítě od útlého věku, ale i rostoucímu riziku obezity a tlaku na držení diet, se s tímto problémem potýká čím dál více lidí.

Jídlo je pro nás základní potřebou a neodmyslitelnou součástí každodenního života. Hranice, kdy se stává uspokojení této potřeby problémem a kdy se z běžného zájmu o jídlo a stravování stává středobod našeho myšlení, je velmi tenká. Faktorů, které ovlivňují vznik a pozdější rozvoj poruch příjmu potravy, je mnoho.

Jedním z významných vlivů, které mohou ovlivnit vznik a rozvoj onemocnění, jsou stravovací návyky rodičů. Dítě od poměrně nízkého věku vnímá, jak se rodiče nejen chovají, ale také stravují. Jak velký vliv mohou mít rodinné stravovací návyky a postoje k jídlu a tělu na děti a být tak jedním z důvodů tohoto onemocnění, je otázkou, na kterou jsem se v mé závěrečné práci snažila najít odpověď.

V teoretickou částí bakalářské práce jsem se nejdříve zaměřila na poruchy příjmu potravy, následně jsem popsala blíže každou poruchu dle platné diagnostiky, popsala jejich charakteristiku, vymezení a následky. Dále jsem se více zaměřila na jednotlivé rizikové faktory vzniku onemocnění, a to především na faktor vlivu stravování rodičů. Popsala jsem celkový vliv rodičů na utváření vzorců chování jejich dětí.

Praktická část byla řešena formou anonymního dotazníkové šetření, kde jsem si byla vědoma záporů čistě dotazníkového výzkumu, nicméně s ohledem na skupinu pacientů, o které se v této práci jedná, pro mě nebyla s aktuálními možnostmi jiná varianta. Dotazník byl předán rodičům pacientů léčících se s poruchou příjmu potravy v ambulanci psychiatrické kliniky VFN v Praze, který vyplnili a poštou zaslali. Následně jsem dotazník vyhodnotila.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou primárně psychiatrické onemocnění, pro které je typický různý stupeň malnutrice, hmotnostní změny ohrožující zdraví, purgativní syndromy a patologické jídelní návyky (Kohout, 2021). Toto onemocnění se dále vyznačuje velkým zájmem o příjem potravy doprovázeným snahou o kontrolu tělesné hmotnosti a těla (Morton, 2016). Díky svým důsledkům a dlouhému průběhu patří PPP mezi nejčastější a nejzávažnější onemocnění vyskytující se převážně u dospívajících dívek a mladých žen. U mužů a chlapců se vyskytuje onemocnění méně, je uváděn poměr 10:1 (Krch, 2007; Koutek a Kocourková, 2014).

Lidé trpící PPP představují velmi heterogenní skupinu s širokou škálou různorodých problémů, jejichž léčba se pohybuje na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů (Krch a kol., 2005). Vzhledem k multifaktoriálně podmíněnému charakteru onemocnění je nutné posuzovat a léčit poruchy příjmu potravy v širším bio-psycho-sociálním kontextu (Papežová, 2010).

## 1.2 Epidemiologie

V důsledku charakteru onemocnění, kdy je nemoc často dlouhodobě skrývaná, je získání epidemiologických dat obtížné. Na 12.konferenci o PPP v roce 2019 byla přednesena nová data, ze kterých vyplývá, že tímto onemocněním trpí jedna ze šesti dívek a mladých žen a jeden z padesáti mladých mužů (Kohout, 2021).

Za poslední dvě desetiletí se životní prevalence poruch příjmu potravy u žen zvedla ze 4 na 8 % (Galmiche et al., 2019; Silen et al., 2020 cit. podle Himmerich et al., 2023, s. 643). Také stále více lidí, kteří trpí tímto onemocněním, vyhledává odbornou pomoc (Schmidt et al., 2016 cit. podle Himmerich et al., 2023, str 643.)

Dle studie zveřejněné v dubnu 2023, která vycházela z 23 studií a zahrnovala obsáhlé vzorky z 16 zemí, bylo zjištěno, že se u 22 % dětí a dospívajících objevuje porucha příjmu potravy. Přičemž dívky uváděly PPP v 30 % a chlapci v 16,9 %. Zároveň se ukázalo zvýšení s rostoucím BMI (López-Gil et al., 2023).

## 1.3 Diagnostika

Spektrum PPP se stále rozšiřuje a jednotlivé diagnózy se od sebe mohou navzájem velmi lišit. A to nejen v klinickém obrazu, ale i v závažnosti, kde se můžeme setkat s neobvyklými stravovacími návyky, také známými jako disordered eating (DE), nebo i s život ohrožujícími chronickými formami nemoci (SEAN, severe and enduring anorexia) (Kohout, 2021).

V klinické praxi se používá MKN-10 klasifikace (Papežová et al, 2018). Řadíme sem mentální anorexii (F50.0), atypickou mentální anorexii (F50.1), mentální bulimii (F50.2), atypickou mentální bulimii (F50.3), přejídání spojené s psychologickými poruchami (F50.4), zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (F50.5) a jiné poruchy příjmu potravy (F50.8) (MKN-10, 2006). Pro výzkum a publikační činnost se běžně používají kritéria stanovená v DSM-5 (Krch a kol., 2005)

Mezi PPP se začínají zařazovat i diagnózy související s fenomény, které byly v minulosti mnohdy vnímány za součást zdravého životního stylu a bagatelizovány. Hovoříme zde o ortorexii nebo drunkorexii. Ty v současnosti nejsou zařazeny do klasifikace nemocí, ale mohou být stejně nebezpečné pro zdraví člověka, jako poruchy příjmu potravy (Kohout, 2021).

## **1.4 Nástup onemocnění**

K rozvoji poruch příjmu potravy dochází nejčastěji mezi 13.-18. rokem života. Porucha se může rozvinout z jakékoliv výchozí hmotnosti, nicméně nadváha a obezita představují pro rozvoj nemoci rizikový faktor (Koutek a Kocourková, 2014).

Prvotním kontaktem s nemocnými jsou ve většině případů pediatři, praktičtí lékaři nebo gynekologové. Jejich role představuje v diagnostice a motivaci k následné léčbě pacientů nezastupitelný význam. Větší pozornost je nutné věnovat znatelným váhovým úbytkům a podváze u rizikových skupin z hlediska věku (adolescence a mladé dívky), rizikosti určitých povolání (modelky, tanečnice, sportovkyně) nebo u rodin a jedinců zaměřených na zdravou stravu a výkon (Papežová, 2010; Krch a kol., 2005).

## **1.5 Léčba**

Základní příznaky poruch příjmu potravy (vyhublost, sebekontrola, ale i zvracení) přináší nemocným uspokojení a bývají podceňovány nemocnými, ale často i jejich rodiči. Poruchy příjmu potravy jsou často skrývané a probíhají chronicky (Papežová, 2010; Krch a kol., 2005).

Léčba poruch příjmu potravy bývá komplexní a zpravidla obsahuje několik zdravotnických oborů (Monteleone et al., 2022). Předpoklad zdařilé léčby spočívá zejména v kvalitním terapeutickém vztahu a ve shodě cílů mezi pacientem a terapeutem či terapeutickým týmem (Papežová, 2020).

V poslední letech roste poptávka po co nejúčinnějších terapiích a jejich aplikaci v léčbě. Zároveň došlo i ke značnému rozšíření nabídky léčebných přístupů, a to především těch psychoterapeutických. Podle současných národních a mezinárodních směrnic je hlavní terapeutický přístup v postoji k léčbě PPP postaven na psychoterapii, nutričním poradenství,

sledování fyzického zdraví a svépomoci. Zároveň se naše znalosti v ohledech možností biologické a psychofarmakologické léčby rozšiřují (Himmerich et al., 2023)

U pacientů léčících se z poruch příjmu potravy je primárním přístupem bezpečnost, potřeba korigování všech naléhavých a závažných zdravotních poruch, jejich rozlišení s příznaky a symptomy lékařského hladovění a zvážení strategie pro dlouhodobé zdravotní problémy (Mehler a Andersen; 2022).

Charakter léčby je podmíněn stupněm rozvoje poruchy, rodinným a sociálním kontextem nemocného. Je potřeba zvážit fázi onemocnění s výsledky předešlého léčení. Postup léčby se upravuje dle diagnózy, somatického a psychického stavu, spolupráce rodiny a bezpečnosti léčby (Papežová, 2020). Účinnost léčby je závislá na délce trvání onemocnění a míře remise (Van Hoeken a Hoek; 2020).

**Tabulka č.1:** Komplexní úkoly při léčbě PPP (Papežová, 2020)

Adaptovat a modifikovat terapeutické strategie podle změn v průběhu onemocnění a podle vývoje terapeutického vztahu.
Uvědomovat si protipřenos; stanovit jasné hranice v léčbě (terapeutická smlouva).
Zabezpečit a koordinovat péči a spolupráci s dalšími klinickými pracovníky.
Konzultovat s ostatními lékaři v nutričním poradenství a při interní, endokrinologické, gynekologické a stomatologické a další péči.
Spolupracovat s rodinnými terapeuty a adekvátními terapeutickými programy (individuálními i skupinovými).
Vychovávat a supervidovat nezkušený personál.
Monitorovat nebo zabezpečit monitorování symptomů PPP včetně patologického jídelního chování i somatického stavu: váhy, krevního tlaku a pulzu, příjmu a výdeje potravy a tekutin, výskytu otoků, specifické váhy moči, minerálů a elektrolytů.

## 1.6 Průběh onemocnění

U 55-95 % jedinců s diagnózou PPP se během života vyvine komorbiditní psychiatrická porucha. Identifikace komorbidit je velmi důležité z hlediska jejich potenciálního vlivu na závažnost onemocnění a účinnost léčby. Včasná identifikace a léčba může vylepšit nejen odpověď na léčbu ale i celkové výsledky. (Hambleton, 2022).

Zdravotní komorbidity se mohou projevovat od lehkých až po život ohrožující, kdy jsou komplikace pozorovány ve všech tělesných systémech. Mimo zdravotní komorbidity rozlišujeme komorbidity psychiatrické. Ty se mohou vyskytovat u pacientů souběžně s PPP, nebo mohou poruše předcházet či být jejím důsledkem (Hambleton, 2022).

Na společném výskytu poruch příjmu potravy a jiných psychiatrických onemocnění nese podíl také genetické riziko. Byly například zjištěny genetické asociace mezi všemi poruchami příjmu potravy a poruchou pozornosti s hyperaktivitou. Dále byly objeveny výrazné genetické souvislosti mezi anorexií nervóznou a dalšími psychiatrickými komorbiditami jako sebevraždy, schizofrenie, neuroticismus, OCD, depresivní poruchy, autismus a neurovývojového opoždění (Barakat, 2023).

## 1.7 Mortalita

Poruchy příjmu potravy jsou řazeny mezi jedny z nejvíce závažných a potencionálně smrtelných psychických nemocí (Castellini et al., 2022). Dle nejnovějších zjištění zemře na následky tohoto onemocnění ročně okolo 3,3 milionu lidí. Navzdory pokrokům v léčbě PPP zůstává úmrtnost na MA a MB velmi vysoká. Zároveň u nich dochází ke snížení kvality života, zvýšení nákladů na zdravotní péči o 48 % než je tomu u běžné populace, přítomnost komorbidit a snížení množství potomků (Van Hoaken a Hoek, 2020).

Závažný úbytek hmotnosti nebo podvýživa, elektrolytová nerovnováha, zneužívání návykových látek a kolísání hmotnosti mohou způsobit rozsáhlé poškození orgánů, které může přetrvávat po dlouhou dobu a být spolu se sebevraždami zodpovědné za předčasné úmrtí, a to v případě, pokud nejsou tyto poruchy adekvátně a kontinuálně léčeny (Castellini et al., 2022).

Ze studie z roku 2020, která zpracovala data o úmrtnosti PPP z období 1990–2013, vyplývá, že mezi jedinci diagnostikovanými s PPP v nemocničním prostředí byla úmrtnost až pětikrát vyšší, než tomu bylo u běžné populace (Iwajomo, 2021).

Nejvyšší úmrtnost bývá mezi opakovaně hospitalizovanými pacienty s dlouhodobým průběhem mentální anorexie (Krch, 2008; Papežová, 2018). Chronicitu PPP se obvykle udává 10-15 let po jejím vzniku. Chronický průběh mentální anorexie je často doprovázen sociální izolací a pracovní neschopností. PPP mění kvalitu života pacienta. Značné riziko představují drogy a alkohol, zejména pro pacienty s bulimií (Krch, 2005). Nejsou k dispozici

dlouhodobé údaje, které by předpovídali nepříznivý průběh nemoci pacienta léčícího se s PPP. Hranici představují určité patofyziologické aspekty, překročení potenciálu pro uzdravení a další jevy, které zapříčiňují udržování nemoci (Papežová, 2010).

## **1.8 Typy poruch příjmu potravy**

### **1.8.1 Mentální anorexie**

#### **1.8.1.1 Charakteristika**

Mentální anorexie je porucha, pro kterou je typické úmyslné snižování tělesné hmotnosti (Papežová et al., 2018). Toto snižování váhy probíhá často z důvodu patologického vnímání tělesných proporcí (Seifert, Frühauf a Seifertová, 2020). Počátek onemocnění je nejčastěji mezi 13.-20. rokem života (Krch a kol., 2005).

Klíčový klinický rys pro mentální anorexii definujeme jako odmítání držení tělesné hmotnosti nad nebo na minimální normální úrovni vzhledem k pohlaví, věku, vývoji a fyzickému zdraví (Black a Grant, 2014). U nemocných dochází k odmítání potravy, ne však z důvodu absence chuti, ale z důvodu, že pacienti jíst nechtějí (Pugnerová a Kvintová, 2016). Snižování chuti a nechutenství nemusí být nicméně pravidlem vyskytujícím se u všech pacientů. Může se jednat o sekundární dopad dlouhodobého hladovění (Krch a kol., 2005).

Tato duševní porucha má po poruchách způsobených užíváním návykových látek nejvyšší úmrtnost ze všech psychiatrických onemocnění (Birmingham et al., 2005; Crow et al., 2009 cit. podle Lock, 2019). Úmrtí je ve většině případů sekundární. Jedná se o následky podvýživy a zejména o kardiovaskulární dysrytmie (Jáuregui-Garrido a Jáuregui Lobera 2012 cit. podle Lock, 2019). Velká část pacientů umírá na sebevraždu (Lock, 2019).

Mentální anorexie se vyskytuje v 5-10 % u mladých chlapců a mužů, v 90-95 % se objevuje u dospívajících dívek a mladých žen. Čím dál častěji se také vyskytuje u dětí před nástupem puberty a u starších žen (Kohout, 2021).

Nejvyšší výskyt mentální anorexie u žen se pohybuje kolem 15. roku života (Silen et al., Smink et al., Petkova et al. cit. podle Van Eeden, Van Hoeken a Hoek, 2021, str. 517). Vrcholné stádium nemoci u mužů nebývá tak jednoznačné, jako je tomu u žen. Některé studie ukázaly srovnatelný anebo o něco vyšší věk nástupu mentální anorexie, a to okolo 16. roku. Jiné studie naopak zjistily věk vrcholu nižší, kde se pohyboval okolo 12-13 let. (Silen et al., Petkova et al., Javaras et al. cit. podle Van Eeden, Van Hoeken a Hoek, str. 517)

### 1.8.1.2 Diagnostika podle MKN-10

**Tabulka č.2:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro anorexia nervosa (MKN-10, 2006 cit. podle Papežová, 2010, str. 127)

(a) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať už jí byla snížena nebo ji nikdy nebylo dosaženo) nebo Quetelův index hmoty těla (body mass index): BMI váha(kg)/výška (m <sup>2</sup> ) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
(b) Pacientka si snižuje váhu sama dietami, vyprovokovanými zvracením, užíváním diuretik anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
(c) Specifické psychopatologie: přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podvaze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podváhy.
(d) Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonadové osy: u žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí, u mužů ztráta sexuálního zájmu.
(e) Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarché může být opožděna.

### 1.8.1.3 Diagnostika podle DSM-5

Anorexia nervosa je v DSM-5 rozdělena na dva typy – restriktivní a purgativní (Kohout, 2021). Restriktivní (nebulimický) typ lze charakterizovat tím, že během nemoci pacient netrpí opakovanými záchvaty přejídání, nezvrací a nejeví jiné patologické purgativní mechanismy za cílem dosažení nižší váhy. U purgativního typu se může objevovat vše výše zmíněné (Kohout, 2021; Papežová et al., 2018 a Krch a kol., 2005).

Mentální anorexie bývá rozdělována podle hmotnosti nemocného na AN mírná s BMI, které je rovno nebo vyšší 17 kg/m<sup>3</sup>, AN průměrná s BMI od 16 – 16,99 kg/m<sup>3</sup>, AN závažná s BMI mezi 15-15,99 kg/m<sup>3</sup> a AN extrémní, kdy se BMI pohybuje pod 15 kg/m<sup>3</sup>. Tento stupeň závažnosti je ale možné navýšit dle stupně funkčního postižení, dále podle klinického symptomu a potřeby dozoru nad pacientem (Papežová et al., 2018).

#### **1.8.1.4 Následky MA**

Následky mentální anorexie jsou velmi podobné jakékoliv jiné malnutrici, kdy z důvodu udržování nízké váhy vzniká podvýživa a sekundárně se objevují endokrinní a metabolické změny. Dochází k narušení tělesných funkcí, dechovým obtížím, oběhovým změnám a řídnutí kostí (Seifert, Frühauf a Seifertová, 2020; Vokurka, 2023).

Mentální anorexie souvisí s endokrinními změnami. Ty vedou k útlumu všech složek osy pohlavních hormonů. K tomu dochází pravděpodobně v návaznosti na nedostatek leptinu, což v konečném důsledku vede k poklesu sekrece luteinizačního hormonu (LH) a folikuly stimulujícího hormonu (FSH). Omezená tvorba estrogenů se pak projeví amenoreou. Ta při dlouhodobém působení může znamenat rozvoj osteoporózy. Na té se zároveň podílí i malý příjem vápníku a zvýšená tvorba kortizolu (Vokurka, 2023; Meczekalski, 2013).

Hormonální změny také mohou souviset s neplodností. V důsledku onemocnění mohou dále vznikat komplikace během těhotenství, kdy se častěji vyskytuje hyperemesis gravidarum, anémie, porodní komplikace, snížený přírůstek hmotnosti a snížení nitroděložního vývoje plodu (Meczekalski, 2013).

Téměř osmdesát procent pacientek léčících se s mentální anorexií trpí kardiálními komplikacemi jako například sinusovou bradykardií, prodloužením QT intervalu během elektrokardiografického vyšetření, arytmiemi, změnou hmotnosti myokardu a hypotenzí. (Meczekalski, 2013).

#### **1.8.2 Mentální bulimie**

##### **1.8.2.1 Charakteristika**

Mentální bulimie je charakterizována záchvaty přejídání se, které se opakují a jsou spojené s nadměrnou kontrolou tělesné váhy (Krch, 2008). Pro bulimii je typická posedlost jídlem a hmotností, kdy dochází k opakovaným záchvatům přejedení se, po kterých se běžně pacient uchyluje ke kompenzačnímu chování (Hall a Cohn, 2003 cit. podle Pugnerová a Kvintová, 2016, str. 500–501). V závislosti na výsledcích pocházejících z několika studií lze předpokládat výskyt MB u každé dvacáté dívky nebo mladé ženy v České republice (Krch, 2007).

Mentální bulimii často předchází období extrémních diet nebo mentální anorexie. Kontrola hmotnosti po záchvatu přejedení probíhá pomocí zvracení, laxativ, léků na hubnutí a hladovění. Pravidelné užívání laxativ a ostatních hubnoucích prostředků může vést ke vzniku závislosti. Byl prokázán častější výskyt zneužívání alkoholu u mentální bulimie, než je tomu u mentální anorexie (Dušek a Večeřová Procházková, 2010).

Začátek onemocnění nastává později než u AN a často se může rozvinout ze subklinické formy AN (Black a Grant, 2014; Kohout, 2021). Lidé trpící mentální bulimií také méně hubnou, bývají více extrovertní a impulzivní (Black a Grant, 2014).



Toto onemocnění je bráno jako emocionální porucha vyskytující se mnohdy v kombinaci s jinými psychickými nemocemi (deprese, obsedantně-kompulzivní porucha a sebepoškození). Je spojena se strachem z přibírání. Jedná se ale o spíše o vypořádávání se se stresem a emocionální zátěží (Pugnerová a Kvintová, 2016).

### 1.8.2.2 Diagnostická kritéria podle MKN-10

**Tabulka č.3:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro bulimia nervosa (MKN-10, 2006; cit. podle Papežová, 2010, str. 128)

(a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
(b) Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientů manipulací s inzulinovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.
(c) Specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než premorbidní váha (optimální či zdravá).

### 1.8.2.3 Diagnostika podle DSM-5

V DSM-5 je minimální stupeň závažnosti určen frekvencí opakujícího se kompenzačního chování. Zároveň je možné stupně závažnost zvýšit, tak aby odpovídaly míře omezení vykonané aktivity a jiným symptomům (Kohout, 2021).

Podle stupně závažnosti dělíme MB v DSM-5 dle počtů epizod – mírná MB s v průměru 1- 3 epizodami, průměrná MB se 4-7 epizodami v průměru, závažná MB, kde se v průměru vyskytuje 8-13 epizod a na extrémní MB při které dochází v průměru až ke 14 nebo více epizodám (Kohout, 2021).

**Tabulka č.4 – Srovnání mentální anorexie a bulimie (Krch,2008 )**

<b>Srovnání anorexie a bulimie</b>		
<b>Mentální anorexie</b>		<b>Mentální bulimie</b>
<b>Pokles hmotnosti</b>	Výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	Mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
<b>Amenorea</b>	60-100 %, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10-30 %
<b>Navozené zvracení</b>	15-30 %	75-90 %
<b>Sebekontrola</b>	Vystupňovaná	Oslabená
<b>Jídelní chování</b>	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	Spíše rychlejší jídelní tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
<b>Počátek obtíží</b>	13.-20. rok, výjimečně později	14.-30. rok, výjimečně dříve
<b>Pohlaví nemocných ženy: muži</b>	(10-15):1	20:1
<b>Výskyt v rizikové populaci (ženy, 15-30 let)</b>	0,5-0,8 %	2,5-6 %
<b>Deprese</b>	10-60 %	20-90 %
<b>Užívání alkoholu</b>	Výjimečně	Často
<b>Významné zlepšení</b>	20-75 %	60-85 %
<b>Náhled chorobnosti</b>	Minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	Zvýrazněný v případech přejídání, nízký v případech diet
<b>Motivace k léčbě</b>	Z donucení obtížemi nebo okolím	Snaha zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout

#### **1.8.2.4 Dopady MB**

Obdobně jako u mentální anorexie se i u mentální bulimie vyskytují různorodé zdravotní následky. Můžeme mezi ně zařadit ztrátu elektrolytů, žaludeční vředy, ruptury jícnu a žaludku, nepravidelný srdeční tep, zácpu, náchylnost k sebevražednému chování. Z důvodu opakovaného působení obsahu žaludku na zubní sklovinu, dochází k její erozi a ke kazivosti zubů (Black a Grant, 2014).

Bulimie končí méně často fatálně, než je tomu u anorexie, nicméně i mentální bulimie může vyústit v smrt (Pugnerová a Kvintová, 2016). Nadměrné zvracení mnohdy vede k srdeční nerovnováze projevující se v regulaci srdečního rytmu jako srdeční arytmie. K té dochází z důvodu dehydratace a poklesu potřebných živin. Také se zde objevuje riziko selhání ledvin, zadušení, protržení jícnu nebo poškození dolních dýchacích cest (Pugnerová a Kvintová, 2016).

### **1.8.3 Atypická mentální anorexie a bulimie**

#### **1.8.3.1 Charakteristika**

Se vzrůstajícím počtem nemocných, kteří trpí určitou poruchou příjmu potravy, roste i počet pacientů, u nichž nejsou splněna všechna diagnostická kritéria (Krch, 2005). U atypických forem mentální anorexie a mentální bulimie jeden nebo i více klíčových příznaků chybí. Atypické formy představují podle literatury velkou část pacientů vyhledávající léčbu a to od 6,5-36,6 % (Papežová, 2020). Atypické formy PPP jsou spojeny se stejnými psychologickými i somatickými následky, stejně tak, jako je tomu u plně vyjádřených forem. Zároveň je i pro jejich léčbu velmi důležitá časná intervence (Papežová et al., 2018).

#### **1.8.3.2 Diagnostika podle MKN-10**

Pod atypickou mentální anorexií – F50.1 jsou dle MKN-10 řazeny poruchy splňující kritéria MA, nicméně klinický obraz nedává oprávnění k určení diagnózy. Jako příklad je uveden případ, kdy některý klíčový faktor jako je například strach z přibírání nebo absence menstruace chybí, ale vyskytuje se zde váhový úbytek a jednání směřující k redukci hmotnosti (MKN-10, 2006).

K diagnóze atypické mentální bulimie – F50.3 řadíme poruchy, kdy jsou splněna kritéria pro MB, ale celkový klinický obraz nesplňuje diagnostiku. Mohou se zde například vyskytovat recidivující záchvaty přejídání a užívání projímadel bez velké změny tělesné hmotnosti, nebo se zde nemusí vyskytovat typické znaky zvýšeného zájmu o váhu a vzhled těla (MKN-10, 2006).

#### **1.8.3.3 Diagnostika podle DSM-5**

V této diagnostice jsou atypické formy shrnuty pod jednotným názvem a zkratkou EDNOS – eating disorders not otherwise specified. A můžeme sem zařadit například pacientky s kritérii pro MA, které stále menstrují. Dále ty, u kterých došlo k velkému váhovému úbytku, ale stále ještě svojí tělesnou váhou spadají do kategorie normální (Papežová, 2020).

Také sem řadíme jedince splňující příznaky pro MB, u kterých ale dochází k záchvatům přejedení a kompenzačního chování méně než 2x týdně po dobu 3 měsíců. Zároveň sem spadají nemocní pravidelně užívající neadekvátní kompenzační mechanismy. Kdy ale k tomuto chování nedochází po konzumaci velkého množství jídla a zároveň mají váhu v normě (Papežová, 2020).

## **1.8.4 Psychogenní přejídání – přejídání spojené s jinými psychickými poruchami**

### **1.8.4.1 Charakteristika**

Psychogenní přejídání (Binge eating disorder – BED) je nejčastější poruchou příjmu potravy, i když se o ní nemluví tak často, jako o jiných PPP (Williamson, © 2023). Tato porucha bývá definována epizodami nadměrného přejídání, které se pravidelně opakují a jsou spojeny se subjektivním pocitem ztráty sebekontroly a významným strádáním (APA, 2013 cit. podle Colton, Wilson, Verdejo-Garcia, 2023, str.1).

Pro pacienty trpící psychogenním přejídáním je příznačné neustálé se zabývání jídlem. Objevuje se u nich typický craving – bažení po jídle, které je podobné touze po drogách, dále binge eating – záchvaty přejídání stejně jako u pacientů s MB, kdy dochází k trýznivému pocitu ztráty sebekontroly po záchvatu přejedení (Papežová et al, 2018).

Psychogenní přejídání podílející se na narůstající prevalenci obezity v populaci je v posledních desetiletích věnována čím dál větší pozornost (Papežová et al., 2018). V MKN-10 je psychogenní přejídání zařazeno s kódem F50.4 jako Přejídání spojeno s jinými psychickými poruchami (Kviatková, Albrecht a Papežová, 2016).

V důsledku charakteru onemocnění, který se projevuje epizodami záchvatovitého přejídání s absencí pokusů o eliminaci, je pro většinu nemocných příznačná obezita, která jako rizikový faktor civilizačních onemocnění poté znatelně zvyšuje morbiditu a mortalitu (Kviatková, Albrecht, Papežová; 2016). Odhadem 60 % lidí trpících psychogenním přejídáním zůstává bez léčby (Colton, Wilson a Verdejo-Garcia, 2023).

### **1.8.4.2 Diagnostika podle MKN-10**

V MKN-10 je psychogenní přejídání definováno jako přejedení vedoucí k obezitě, a to v reakci na stresující událost jako například smrt blízké osoby, narození dítěte, nehoda a podobně (Papežová et al., 2018; MKN-10, 2006). Nejsou zde obsažena žádná konkrétní kritéria k definování přejídání, frekvenci epizod přejídání a přidruženou psychopatologii. Lidé trpící PPP současně nemusí vyhovovat kritériím pro obezitu (Papežová et al, 2018).

**Tabulka č.5** Diagnostická kritéria MKN-10 pro psychogenní přejídání (MKN-10, 2006)

a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
b) Bez purgativní symptomatiky uvedené u bulimia nervosa.
c) Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Problematická je snaha po dosažení nereálné (nižší než premorbidní, optimální či zdravé cílové) váhy. Záchvaty přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním stresových situací.

#### **1.8.4.3 Diagnostika podle DMV-5**

Na rozdíl od diagnostických kritérií uvedených v DSM-4, je počet epizod přejedení v DSM-5 snížen, a to na nejméně jednou za týden po dobu posledních 3 měsíců. Závažnost onemocnění je dělena podle četnosti epizod přejedení a to – a) mírná s 1-3 epizodami za týden, b) střední s 4-7 epizodami týdně, c) závažná – kdy se epizody pohybují od 8-13 týdně a na d) velmi závažná s epizodami s četností více jak 14 (Papežová et al., 2018).

#### **1.8.5 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami**

Pod diagnostiku zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami v MKN-10 spadá opakované zvracení vyskytující se u disociativních poruch a hypochondrických poruch. Zvracení není zapříčiněno stavy zařazenými mimo tuto kapitolu. Dále sem patří psychogenní zvracení (MKN-10, 2006).

#### **1.8.6 Syndrom nočního přejídání**

Ačkoliv byl syndrom nočního přejídání poprvé popsán již v roce 1955, zůstává stále nedostatečně prozkoumanou poruchou příjmu potravy. Poprvé byl zařazen do pátého vydání DSM-5 v kategorii jiné specifikované poruchy příjmu potravy a jídelního chování – other specified feeding or eating disorders. V diagnostice MKN-10 se tato porucha řadí také mezi jiné specifikované poruchy potravy a jídelního chování (Lavery a Frum-Vassallo, 2022; Papežová et al., 2018).

NES (night eating syndrome) se vyznačuje večerní hyperfagií, kdy je nejméně 25 % denního příjmu energie přijato ve večerních hodinách anebo se jedná o noční probuzení s konzumací potravy, a to nejméně 2x do týdně. Stejně jako u jiných poruch příjmu potravy pociťuje

člověk vinu během konzumace jídla anebo těsně po ní. (NZIP, 2023; Lavery a Frum- Vassallo, 2022).

Tento syndrom do značné míry souvisí se souběžnými psychiatrickými diagnózami a komorbiditami, které mohou zahrnovat psychogenní přejídání, mentální bulimii, generalizovanou úzkostnou poruchu a poruchy způsobené užíváním návykových látek (Sakthivel, Hay a Mannan, 2023).

Dle kritérií DSM-5 musí pacient také pociťovat alespoň tři z pěti přidružených příznaků. Těmi jsou – a) nedostatek chuti k jídlu v ranních hodinách a/nebo vynechání snídaně, a to nejméně 4x za týden, b) nástup spánku a/nebo udržování nespavosti nejméně čtyři noci za týden, c) intenzivní nutkání jezení mezi večerí a spánkem a/nebo nutkání jíst během noci, d) přesvědčení, že se člověk musí najíst, aby usnul a e) depresivní nebo zhoršující se nálada ve večerních hodinách (Lavery a Frum-Vassallo, 2022).

## **1.9 Rizikové faktory vzniku onemocnění**

Etiologie poruch příjmu potravy je multifaktoriální. Může se jednat o kombinaci mnoha biologických, sociokulturních a psychologických faktorů (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer a Argas cit. podle Shapiro, 2011, str.7). To, co hraje významnou roli z hlediska držení diet, hraje významnou roli i z hlediska vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy (Krch, 2004).

Porozumění množství rizikových faktorů včetně jejich potenciálnímu podílu na vzniku PPP je klíčové pro identifikace rizikových skupin společně s účinnými screeningovými a preventivními programy (Barakat et al., 2023). Predispozice k určitým rizikovým faktorům nemusí znamenat nutný vývoj poruchy příjmu potravy. Je ale potřeba daná rizika sledovat (Walsh et al., cit. podle Shapiro, 2011, str.7).

### **1.9.1 Biologické faktory**

#### **1.9.1.1 Genetické faktory**

Na skupině dospívajících dvojčat ve věku 15-17 let bylo zjištěno genetické riziko PPP u žen vyšší, než je tomu u mužů. Možné vysvětlení poskytla studie na německých a francouzských kohortách, podle které dědičné odchylky v genu pro estrogenový receptor ESR1 signifikantně zvedaly riziko restriktivního stravování a následovného rozvoje restriktivního typu mentální anorexie (Barakat, 2023).

Řada genomických výzkumů se snažila najít specifické genové lokusy podílející se na vzniku poruchy příjmu potravy. Asociační studie z roku 2021 naznačila existenci zřetelného rozdílu v základní biologii poruch příjmu potravy typu binge, tedy mentální bulimii a psychogenní přejídání, a mentální anorexií. Tato studie uvedla sdílení totožné genomové

varianty pro BN a BED s nadváhou a obezitou, zároveň byly směry těchto asociací u mentální anorexie opačné (Barakat, 2023).

### **1.9.1.2 Pohlaví**

Mezi nejpodstatnější rizikové faktory rozvoje poruch příjmu potravy se řadí ženské pohlaví. Pro ženy se uvádí riziko vzniku mentální anorexie až 10x vyšší (Krch a kol., 2005). U mentální bulimie hovoříme o 20x vyšším výskytu nemoci u žen, než je tomu u mužů (Krch, 2004).

Dle Hsu (1990) je nebezpečí nemoci u žen vyšší z důvodu častějšího držení diet a hladovek se snahou o kontrolu své váhy. Mužům méně vadí tloušťka, v pubertě u nich dochází k menšímu přírůstku tuku, naopak jim více rostou svaly, což zároveň bývá viděno pozitivně (Krch, 2002).

### **1.9.1.3 Etnický původ**

Poruchy příjmu potravy bývají často považované za onemocnění „bílých“ dívek. To se ukázalo i v některých výzkumech z USA, kdy se projevila u afroamerických žen a dívek větší spokojenost se svým tělem i přes průměrně vyšší BMI (Franko a Striegel-Moore, 2002 cit. podle Papežová, 2010, str. 38).

### **1.9.1.4 Fyzické zrání a puberta**

Značné rozdíly v pojetí vnímání vlastního těla byly zaznamenány již u dívek a chlapců v mladším školním věku. Přesto ale k nejdůležitějším fyzickým a psychickým změnám ve vztahu ke vzniku PPP dochází v průběhu puberty (Krch a kol., 2005).

Toto období je spojené s velkým rizikem vzniku poruchy příjmu potravy jak u dívek, tak u chlapců. Favaro et al. dávají do spojitosti dřívější nástup menarché s mladším věkem nástupu mentální anorexie a mentální bulimie. Favaro et al. také předpokládá souvislost dřívější menarché oproti vrstevníkům s brzkým tělesným vývojem a vyšší nespokojenosti se vzhledem, což může vést ke vzniku poruchy příjmu potravy (Barakat, 2023).

Tělesné změny, ke kterým v průběhu puberty dochází mají na ženy větší dopad oproti mužům. U žen pravděpodobně dochází k tělesným změnám, které je vzdalují od ideálu štíhlosti, zatímco u mužů dochází k opaku, ti se přibližují k ideálům svalnatosti (Barakat, 2023). V souvislosti s dnešními ideály ženské krásy může představovat rychlý nárůst hmotnosti související s pubertou pro mnohé dívky velkou hrozbu (Krch a kol., 2005).

## **1.9.2 Psychologické faktory**

### **1.9.2.1 Životní události**

V souvislosti s rozvojem poruch příjmu potravy bývá často poukazováno na připomínky okolo tělesného vzhledu, váhy, změny v životě, sexuální a jiné konflikty, separaci od rodiny či rodinné problémy (Krch, 2005).

Byla zjištěna souvislost mezi traumatem z dětství a přítomností poruchy příjmu potravy, bez ohledu na to, zda bylo emocionální, sexuální či fyzické povahy. Prevalence špatného zacházení v dětství byla vysoká u všech typů PPP ve srovnání se zdravými a psychiatrickými kontrolními skupinami. Nemocní trpící poruchami příjmu potravy, kteří byli vystaveni špatnému zacházení v dětství, také uváděli dřívější nástup nemoci, trpěly závažnější formou a docházelo u nich k častému přejídání (Molendijk et al., 2017).

Některé studie ukázaly, že rozdíl mezi zdravými lidmi a pacienty trpícími PPP není závislý na prožití jedné negativní životní události, ale na opakované expozici těmto událostem. Schmidt et al. (1997) uvádí obdobný počet negativních zážitků u pacientů s MB a MA. Rozdíl je ale v typu zážitku. Pacienti s mentální anorexií prožili události ohrožující jejich „cudnost“, jež vedly k vyvolání pocitu znechucení či studu, a to ve spojení se sexualitou (Papežová, 2012).

Ukázala se silná souvislost mezi verbálním zneužíváním ze strany otce a rozvojem MA purgativního typu a MB, zároveň se prokázala spojitost mezi verbálním zneužíváním z matčiny strany a rozvojem mentální bulimie (Barakat, 2023).

### **1.9.2 Osobnostní rysy**

Osobnostní rysy, mezi které lze zařadit například perfekcionismus, obsedantně-kompulzivní poruchu a úzkost, bývají spojovány se zvýšeným rizikem PPP a mohou hrát roli nejen v závažnosti symptomů, ale také v riziku relapsu (Barakat, 2023).

Jsou ale rozdíly v daných diagnózách. Pacienti trpící mentální bulimií vykazují vyšší míru impulzivity, než je tomu u osob s mentální anorexií. Metaanalytická zjištění ukázala, že mezi nejčastěji diagnostikované poruchy osobnosti u restriktivní MA je osobnost s vyhubou a obsedantně-kompulzivní tendencí, zatímco hraniční a paranoidní poruchy osobnosti jsou běžně diagnostikovány u přejídání, mentální anorexie, mentální bulimie a PPP jinak nespécifikovaných (Farstad, McGeown a von Ranson, 2016).

Perfekcionismus se často zmiňuje ve spojitosti s rozvojem anorektických ale i bulimických příznaků. Nebezpečí perfekcionismu tkví převážně v rigiditě, důslednosti a neoblomnosti a zejména se projevuje v kontextu jídelního chování, pohybových návyků, sebekontroly a vztahu k body image (Krch, 2002). U impulzivity se hovoří o nedostatečné kontrole impulzů jako o jednom z možných vysvětlení záchvatovitého přejídání (Papežová, 2012).

### **1.9.3 Sociokulturní faktory**

Autoři jako Garfinkel a Garner (1982) či Hsu (1990) za podstatu problému pokládají kulturu, která se rychle proměňuje a zároveň nekriticky glorifikuje hubenost a přílišnou sebekontrolu (Krch, 2005).



### **1.9.3.1 Kultura a média**

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou pokládány za kulturně podmíněné syndromy (Krch, 2005). Důraz na tělesný vzhled a štíhlost šířený pomocí médií, módního průmyslu, časopisů, televize a internetu podporuje názor společnosti na to, že i lehká nadváha je škodlivá pro zdraví a hubenost je nejvíce důležitým aspektem úspěšnosti a atraktivity. Jsou to zejména tyto faktory, které nesou zodpovědnost za stále se zvyšující počet onemocnění PPP v zemích západního světa (Kliszová, 2012).

Společenský standard krásy a štíhlosti vyskytující se v současných médiích je jedním z nejpodstatnějších faktorů souvisejících s vývojem poruch příjmu potravy. (Dittmar et al., 2000 cit. podle Magallares, 2013, str. 148). Již v roce 1939 Ryle upozorňoval na potenciální souvislost mezi incidencí mentální anorexie a tlakem společnosti na dodržování štíhlosti (Krch, 2005). Společenské a kulturní trendy ale současně rozporují tomu, co je pro lidské tělo přirozené a představují pro mnoho žen nedosažitelné a zdraví ohrožující cíle (Kliszová, 2012).

### **1.9.3.2 Sociální sítě**

Moderní generace je vychovávána ve světě plného masmédií, kde jsou standardy krásy a dokonalosti stanoveny právě skrze média. Tento fakt působí na vnímání obrazu těla lidí. Představa ideálního těla prezentována skrze média může mít za následek nespokojenost se vzhledem (Hemant, Amit a Singh, 2023).

Studie ukazují vznik úzkosti z jídla v návaznosti na používání sociálních sítích (Hemant, Amit a Singh, 2023). Výsledky této studie naznačují silnou a konzistentní souvislost mezi používáním sociálních médií a obavami z jídla u vzorku mladých dospělých ve věku 19 až 32 let (Sidani et al., 2016).

Podstatná část obsahu na sociálních sítích propaguje fotky, kde se setkáváme s idealizovanými těly, ukázkami zdravých potravin, dietami a cvičením. Tyto fotky jsou zároveň velmi oblíbené a dostává se jim velkého zájmu od uživatelů sociálních sítí. Se zvýšeným užíváním sociálních sítích vzrostly i obavy z dopadu právě tohoto obsahu na duševní zdraví spojené s obrazem o vlastním těle, poruchami příjmu potravy a jinými psychickými obtížemi (Marks, De Foe a Collett; 2020).

Feltman a Szymanski (2018) zjistili, že předpokladem pro sledování vzhledu těla a pro porovnávání se je daný čas, který člověk na sociálních sítích stráví (Marks, De Foe a Collett, 2020). Pozorování vzhledu těla, behaviorální projev sebeobjektivizace, je rizikovým faktorem poruch příjmu potravy (Moradi a Huang, 2008 cit podle Marks, De Foe a Collett, 2020, str. 183).

Specifická kombinace faktorů zahrnujících popularitu sdílení příspěvků, interakce mezi vrstevníky a dostupnost mobilních technologií zvětšuje možnosti internalizace ideálu

štíhlosti, sebeobjektivizace a porovnání vlastního vzhledu se vzhledem vrstevníků (Marks, De Foe a Collett, 2020).

### **1.9.3.3 Rizikové zájmy a povolání**

Pro mnoho lidí je hubené tělo zdrojem výdělků. Jedná se například o baletky, modelky, gymnastky a jiné (Papežová, 2020). Profese či profesní příprava související s fyzickým vzhledem a nezbytností štíhlosti v budování kariéry je jedním ze sociálních faktorů, které mohou podmínit vznik PPP (Kliszová, 2012). Fyzické a psychické nároky, kterým bývají sportovci často vystavováni, mohou zvyšovat sklony pro rozvoj poruch příjmu potravy (Thompson a Sherman, 2011 cit. podle Chapa et al., 2022).

Pro řadu autorů byly socioprofesionální skupiny zaměřené na výkon, vzhled a zejména hmotnost středem jejich zájmu. Na anorektické chování dívek studujících balet upozornili Druss a Silverman (1979). Další výzkum provedli Garner a Garfinkel (1980), kdy zkoumali více jak dvě stovky profesionálních modelek a tanečnic. U 38 % tanečnic a 34 % modelek byly diagnostikovány narušené jídelní postoje, naproti tomu kontrolní skupina obsahovala jen 9 % studentů s narušeným jídelním postojem. Stejní autoři provedli šetření v rámci další studie o dva roky později a zjistili přítomnost poruch příjmu potravy u více než 25 % dívek na profesionální americké baletní škole (Krch, 2005).

Na studiích provedených mezi sportovce je očividné zvýšení rizika vzniku onemocnění PPP díky soutěživosti a okolí sportovců, které nekriticky uznává štíhlost, nevhodné stravovací a hmotnostní standardy. A dále ze studií vyplývá, že prvopočátkem mentální anorexie či bulimie je mnohdy dietní chování sportovců (Krch, 2005).

Sportovci dodržující tréninkové plány o vysoké intenzitě mohou být vystaveni vnitřnímu tlaku, který na sebe kladou oni sami, nebo tlaku z jejich okolí, a to na zachování určité tělesné hmotnosti nebo tvaru, z důvodu maximalizace sportovního výkonu a splnění estetických ideálů typických pro dané sporty (de Bruin a Oudejans, 2018; Galli et al., 2017; Hagmar et al., 2008; Scott et al., 2019; Thiemann et al., 2015 cit. podle Chapa et al., 2022).

## **1.10 Vliv stravovacích návyků rodičů na rozvoj onemocnění**

### **1.10.1 Stravovací návyky**

Stravovací návyky můžeme definovat jako opakovaný a vědomý způsob stravování, do kterého lze zahrnout druhy potravin, jejich množství, načasování jídel v návaznosti na kulturní a sociální vlivy. Stravovací chování je zároveň skupina činností od prostého žvýkání až po nákup a přípravu jídla (Mahmood et al., 2021).

Biologické, sociální a environmentální faktory ovlivňují potravinové preference. Ty se v průběhu života mění právě díky těmto faktorům. Potravinové preference nesou klíčový význam determinující výběr potravin a tím i kvalitu stravy (Scaglioni, 2018).

Napříč studii byl zjištěn velký vliv stravování rodičů na stravovací chování jejich dětí, a to bez ohledu na faktory jako demografie, věk, pohlaví, socioekonomický status a zemi. (Mahmood et al., 2021). Stravování rodičů je potenciálním intervenčním cílem k zamezení nevhodných jídelních návyků, přestože může být přímá změna stravovacích zvyklostí a hmotnosti dítěte problémem (Scaglioni, 2018).

### **1.10.2 Transgenerační přenos**

Transgenerační přenos představuje děj, během kterého dochází k přenosu traumatu, které prožila první generace na druhé nebo i další generace. U poruch příjmu potravy a vlivu transgeneračního přenosu nacházíme souvislosti jak s mechanismem přenosu traumatu, tak ale i s dopady malnutrice. Proto mohou být mechanismy přenosu komplikovanější (Papežová, 2020).

V dnešních rodinách se objevují obtíže s příjmem potravy ve druhé i třetí generaci, kdy bývá problém utajovaný a neléčený. Některé rodiny mají i více žen potýkajících se s těmito problémy. Může se zde vyskytovat i určitá predispozice v rámci nezdravého stravování. Rodiče pro svoje děti představují významný vzor (Papežová a Hanusová; 2016).

Existence důkazů potvrzuje souvislost sdílení – tedy transgeneračního přenosu hmotnostních problémů, nespokojeností s tělem, jídelní patologie a diet v rodinách. Dochází ale k tomu, že pocity viny, které nalézáme u rodičů, mnohdy oddalují léčbu. Rodiče také často popírají problémy svých dětí (Papežová, 2020).

Řada předních českých i zahraničních odborníků upozorňuje na nebezpečí PPP v gynekologii a porodnictví, zároveň ale i na obtíže matek, které mají s poruchou příjmu potravy zkušenost. Naučení dětí normálnímu jídelnímu režimu pro ně mnohdy představuje problém, ze kterého mohou vyplývat závažné důsledky pro děti (Papežová, 2007).

### **1.10.3 Úloha rodiny ve stravování**

Rodinné stravování tvoří vzor zdravého chování okolo jídla (Pearson et al., 2009 cit. podle Moreno et al., 2010, str. 107). Ve spojitosti se stravováním se hovoří o rodině jako o počátečním faktoru působícím na vývoj jídelního chování (Fraňková, Pařízková a Malichová, 2013). Z jídelních návyků se rodinné stravování stává hlavním sociálním kontextem, kdy děti jí se svými rodiči, kteří pro ně představují hlavní vzory (Mahmood et al., 2021).

Jídlo pro nás reprezentuje nezastupitelný zdroj živin a zároveň předpoklad somatického a psychického zdraví. Proto v průběhu života dostává různý psychický i sociální význam, může pro nás znamenat odměnu, komunikaci nebo například únik před samotou (Krch, 2005).

Rodina obklopující dítě aktivně ovlivňuje chování dítěte, které přetrvává po celý život. Zkušenosti získané v raném dětství související s chutí hrají roli v podpoře zdravého stravování v budoucnosti (Mahmood et al., 2021). Vysvětlení různého vývoje stravovacích stylů by mohla být schopnost dětí napodobovat chování druhých a učit se pomocí pozorování, především od svých rodičů. (Scaglioni, 2018).

Postoje k jídlu včetně jídelního chování v rámci rodiny patří mezi nedílnou součást života rodiny a jedince. Představy a znalosti rodičů o náležitém jídelním režimu a skladbě jídelníčku, pozice jídla v rámci žebříčku hodnot rodičů a postoje k jídlu samotnému formují základ pro způsob stravování a zajištění jídla nejen pro dospělé, ale i jejich děti (Fraňková, Pařízková a Malichová, 2013).

Neshody během stravování, záporné reakce na jídlo, problémy s jídlem a nepříjemné pocity spojené s jídlem v raném dětství jsou dávány do spojitosti s vyšším nebezpečím pozdějších symptomů mentální anorexie (Papežová, 2010).

#### **1.10.4 Úloha otce a matky**

Birch a kol. jako první podali experimentální důkaz o kontraproduktivě užívání restrikcí v rámci stravování, kdy dochází ke zvýšení příjmu zakázaných a omezených potravin, a tedy ke zvýšení rizika pro nadměrný hmotnostní přírůstek (Scaglioni, 2018). Přílišné omezování a kontrola ze strany rodičů během krmení a stravování mohou mít dopad na vývoj samostatnosti ve stravování dítěte. Také mohou mít negativní dopad na vybírání jídla a být podnětem opozičního chování, kdy dochází k zvýšené konzumaci zakázaných potravin (Papežová, 2010).

Rodiče budují prostředí pro seznámení se se stravováním a jídlem, kdy jídelní chování dětí je ovlivněno nejen stravovacím stylem rodičů, ale i volbou potravin, které rodiče dětem dávají. Dále je stravovací chování dětí ovlivněno složením stravy, preferencemi potravin, stylem krmení dětí, dostupností druhů potravin v domově, stravováním v restauracích atd. (Scaglioni, 2008).

Jedním z nejvýznamnějších prediktorů jídelních zvyklostí u dětí je mateřské stravování, kdy okolo 15-20 % problémů s jídlem může souviset se způsobem stravování a krmení u matky (Papežová, 2010). Styl stravování a kulinářských způsobů úpravy jídla je ovlivněno vzděláním matek. Matky se základním vzděláním více volí hotová a instantní jídla, také v jejich rodinách převahuje česká kuchyně. U matek s vyšším vzděláním se ukázalo variabilnější stravování, kdy vyšší vzdělání může být spojeno s vyšším platem a celkovým lepším finančním zajištěním rodiny (Fraňková, Pařízková a Malichová, 2013).

Matky hrají hlavní roli v otázce nákupu jídla a volbě potravin. Jejich výběr vychází z jejich teoretických znalostí, zkušeností a vědomostí o úloze jídla a stravy (Fraňková, Pařízková a Malichová, 2013).

Otec znázorňuje vzor v postoji k jídlu a preferenci potravin zejména pro chlapce (Fraňková, Pařízková a Malichová, 2013). Zároveň ale také u otců nacházíme méně častou kontrolu stravy u dětí a omezování jídla, než je tomu u matek. Přestože hrají otcově ve výchově dětí čím dál větší roli, ve výzkumu vlivu na krmení jsou málo zastoupeni (Scaglioni, 2018).

#### **1.10.5 Poruchy příjmu potravy u rodičů**

Podstatnou část dospělé populace potýkající se s poruchami příjmu potravy představují rodiče, což by dle studií mohlo znamenat zvýšené riziko pro rozvoj poruch příjmu potravy u dětí (Champan, 2021). Skrze výzkumy byla prokázána zvýšená pravděpodobnost vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy u dětí jejichž rodiče vykazují vlastnosti spojené s psychopatií tohoto onemocnění jako je například perfekcionismus a snaha o nízkou váhu (Canals, Sancho a Arija 2009 cit. podle Barakat, 2023, str. 9).

Hosman, van Doesum a van Santvoort (2009) klasifikují ve svém komplexním vývojovém modelu přenosu psychopatie pět rizikových mechanismů. Ty jsou spojovány s několika faktory působícími jak rizikově, tak protektivně. Tyto faktory zároveň mohou zprostředkovávat přenos obtíží na děti. Lze sem zařadit prenatální vlivy, genetická rizika, rodinné procesy a okolnosti a sociální vlivy vyskytující se mimo rodinu (Hosman et al., 2009 cit. podle Champan, 2021).

Další studie prokázaly zvýšené riziko výskytu poruch příjmu potravy u dětí, jejichž matky trpí tímto onemocněním. Tyto matky ovlivňují své dítě skrze stravování nejen během vývoje plodu v děloze, ale i v průběhu kojení. Ovlivnění se týká i pozdějšího vývoje skrze záporný vztah ke stravě, kam řadíme také zvýšenou pozornost k vlastní váze a tělu (Papežová, 2010). Porucha příjmu potravy u matek v anamnéze projevila třikrát větší pravděpodobnost výskytu „purging“ epizody, tedy snahy se očistit, alespoň jednou týdně, než tomu bylo u jejich vrstevnic. Každopádně u starších dospívajících dívek souvislost prokázána nebyla (Field, 2008).

Výskyt mentální anorexie v rámci nejbližších ženských příbuzných bývá pokládán za významný rizikový faktor. V majoritním počtu klinických studií se setkáváme s výskytem tohoto onemocnění mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3-10 %. U matek dívek trpících mentální anorexií se problémy s příjmem potravy mohou objevovat i častěji, než je tomu u sourozenců (Krch, 2005)

#### **1.10.6 Společné stravování**

Soudržnost rodiny tvoří základní kámen ideálního fungování rodiny jako celku, zároveň se jedná o důležitý předpoklad vhodného prostředí pro vývoj dítěte. Pozitivní podmínky a citové vztahy v rodině nejen napomáhají pocitu bezpečí, ale také s sebou nesou klid v jídelních situacích. Jeden z nejpodstatnějších faktorů koheze rodiny představují společná

jídla, která mohou být jedinečnou příležitostí k upevnění kladných vztahů v rodině (Fraňková, Pařízková a Malichová, 2013).

Jezení s rodinou společně se sociálními interakcemi během stravování představují důležité události v životě dítěte a mohou být spojeny s tělesnou váhou dítěte a vývojem jeho stravovacích zvyklostí (Scaglioni, 2018).

## 2 Praktická část

### 2.1 Cíl práce

**Primární cíl:** Zjištění, zda mají stravovací zvyklosti rodičů vliv na vznik a rozvoj poruch příjmu potravy u dětí.

**Sekundární cíle:** Posouzení, o jaké konkrétní stravovací návyky se může jednat. Zhodnocení vlivu diet a postoje ke vzhledu tělu rodičů na děti. Porovnání jednotlivých jídelních vlivů na vznik a rozvoj onemocnění PPP.

### 2.2 Výzkumné otázky

**Otázka č.1:** Stravovací návyky rodičů mají vliv na rozvoj poruch příjmu potravy u dětí.

**Otázka č.2:** Děti rodičů, kteří mají zkušenost s držením diet a hubnutím, mají větší riziko ke vzniku poruchy příjmu potravy.

**Otázka č.3:** Děti rodičů, kteří mají negativní vztah k jídlu a své postavě, mají větší riziko vzniku poruchy příjmu potravy.

### 2.3 Metodika výzkumu

S ohledem na téma práce, které se týká poruch příjmu potravy, byl zvolen typ písemného dotazníkového šetření. Dotazník tvořilo 23 otázek. Použity byly jak otevřené, tak uzavřené otázky, v některých šlo zvolit pouze jednu variantu odpovědi a v některých byla možnost zvolit více možností. Sběr dat probíhal od 23.11.2023 do 21.3.2024. Celkem bylo předáno okolo 30 dotazníků, vyplněno a zasláno zpět jich bylo 19. Distribuce proběhla předáním dotazníků v ambulanci psychiatrické kliniky VFN, kdy vedoucí bakalářské práce PhDr. František Krch Ph.D. předával dotazník pacientkám, které ho dále předaly svým rodičům a ty dotazník vyplnili. Dotazníkové šetření proběhlo anonymně, výsledky z jednotlivých otázek jsou níže zpracovány pomocí grafů a přidaného komentáře, který je popisuje.

### 2.4 Soubor respondentů

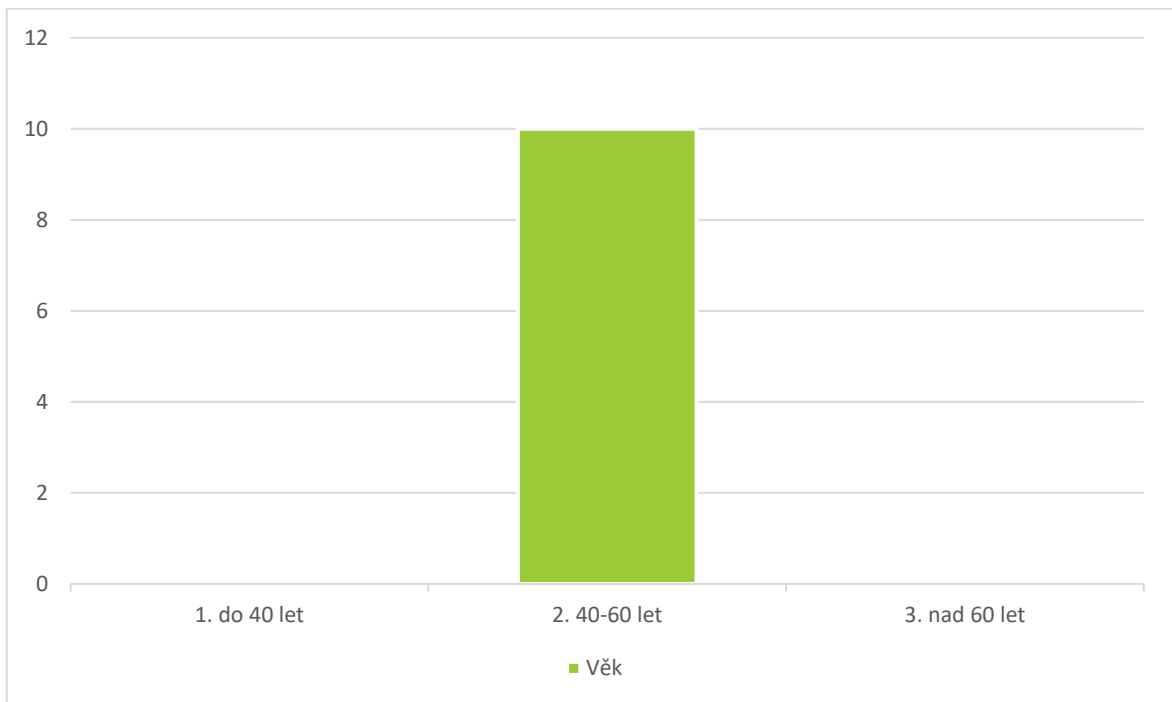
Výzkumný soubor tvořilo 19 rodičů pacientek léčících se s poruchami příjmu potravy v ambulantní péči psychiatrické kliniky VFN. Věková hranice nebyla stanovena. Nicméně se jednalo o rodiče pacientek a odhadovaný věk respondentů byl okolo 40-60 let. Což se následně také potvrdilo. Výzkumu se účastnili ženy i muži. Ve vztahu k pacientkám se jednalo pouze o jejich rodiče, nicméně byla na výběr i možnost prarodiče.

### 3 Výsledky výzkumu

#### Otázka číslo 1 - Jaký je Váš věk?

První otázka se ptala na věk respondentů. Ten se bez výjimky pohyboval od 40-60 let. Souvisí to s věkem pacientek, který se pohyboval od 13-25 let viz graf č.4.

**Graf č. 1:** Věk respondentů

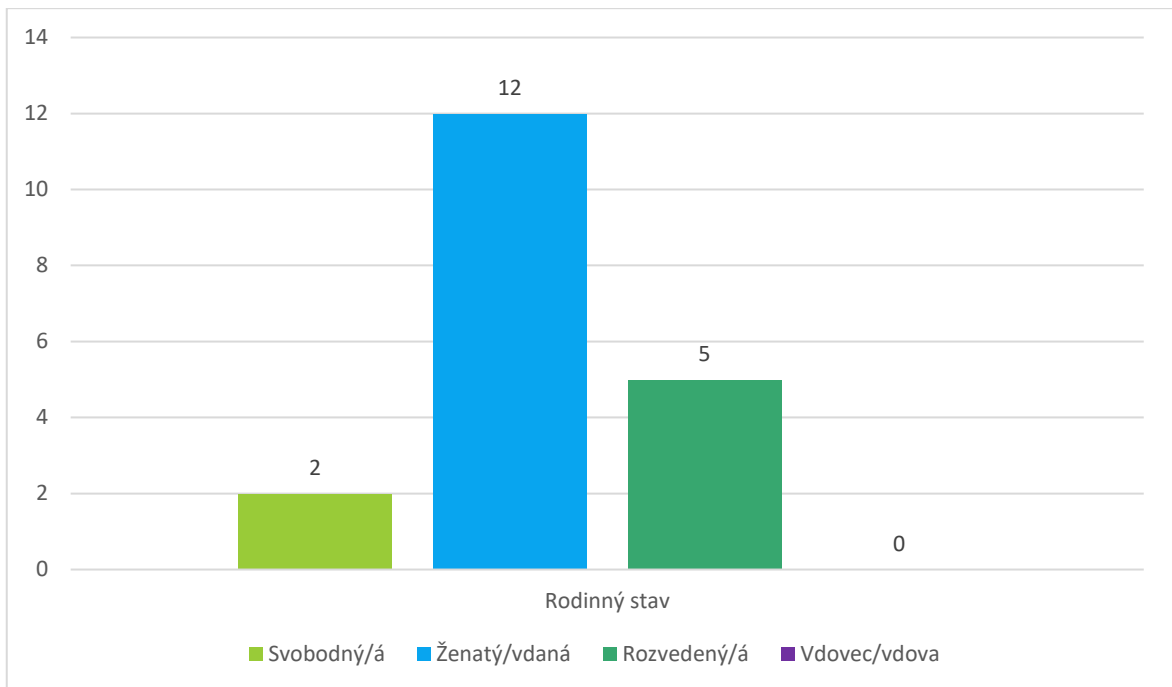


#### Otázka číslo 2 – Jaký je Váš rodinný stav?

Druhá otázka se týkala rodinného stavu respondentů. 12 rodičů bylo vdaných/ženatých, 5 rozvedených a 2 svobodní.



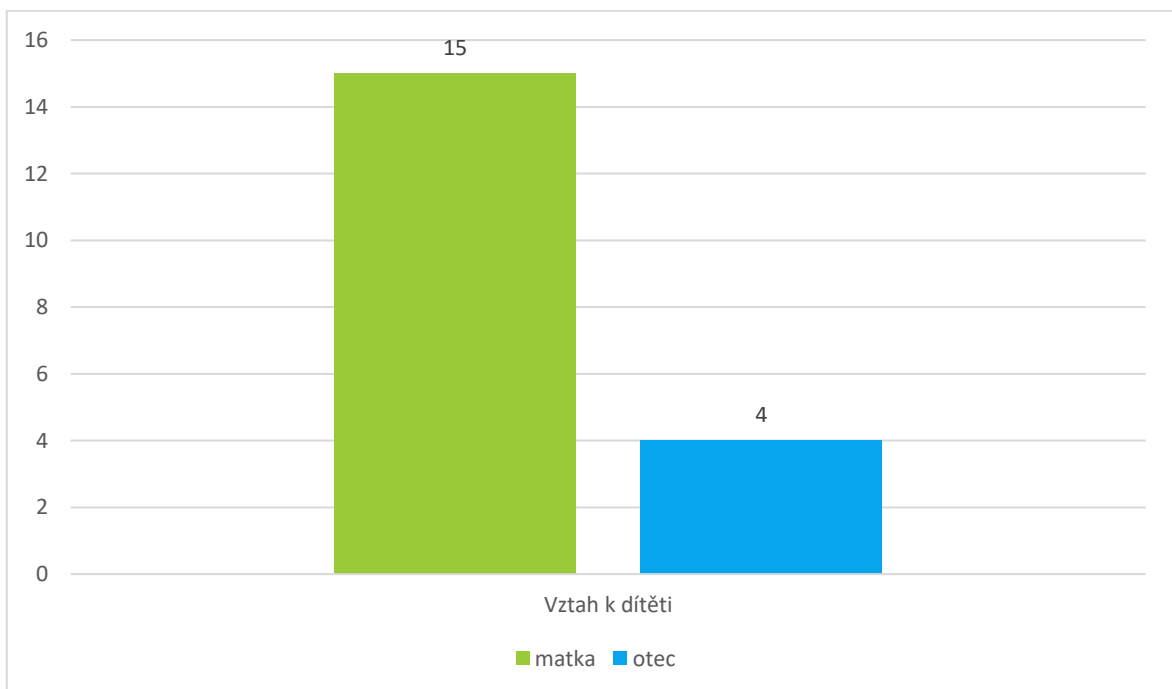
**Graf č.2: Rodinný stav respondentů**



**Otázka číslo 3 – Jaký máte vztah k nemocnému dítěti, které trpí poruchou příjmu potravy?**

Ve třetí otázce jsem se zeptala na vztah k pacientovi, tedy dítěti respondentů, který trpí poruchou příjmu potravy. V patnácti případech se jednalo o matku, ve čtyřech šlo o otce.

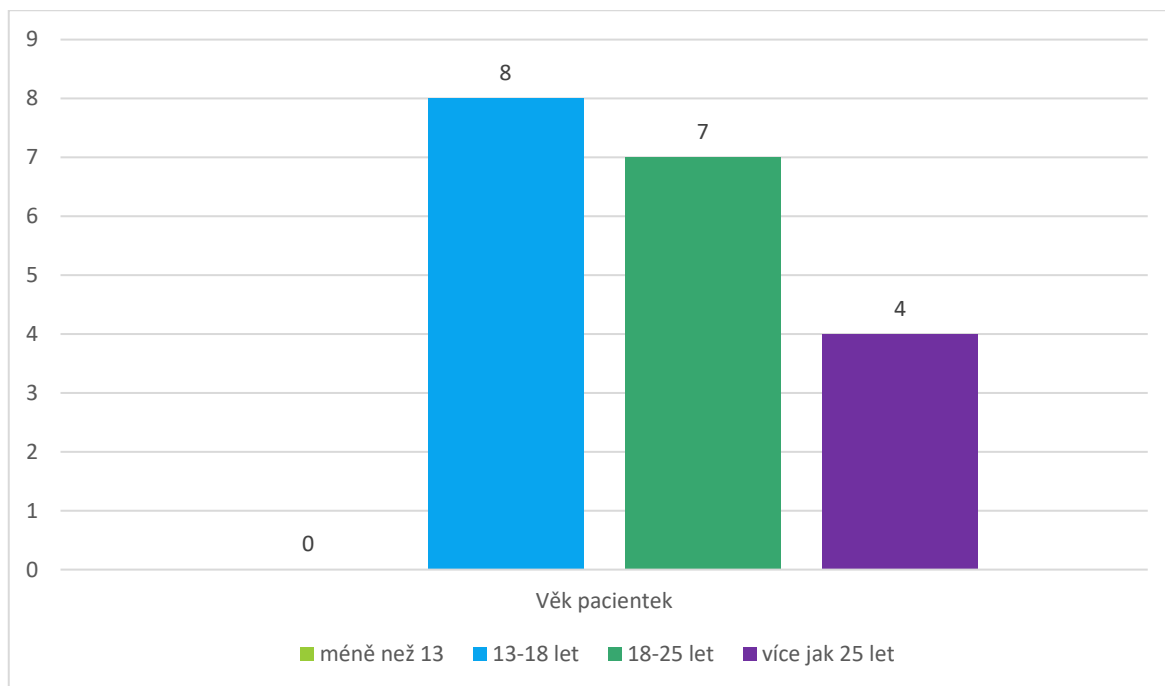
**Graf č.3: Vztah k pacientovi s poruchou příjmu potravy**



#### Otázka číslo 4 – Kolik je Vašemu dítěti?

Další otázka byla zaměřena na věk pacienta. 8 patientek ambulantní péče psychiatrické kliniky VFN bylo ve věku od 13-18 let, 7 patientek ve věku od 18-25 let a 4 bylo více jak 25 let. Věk pod 13 let se nevyskytoval.

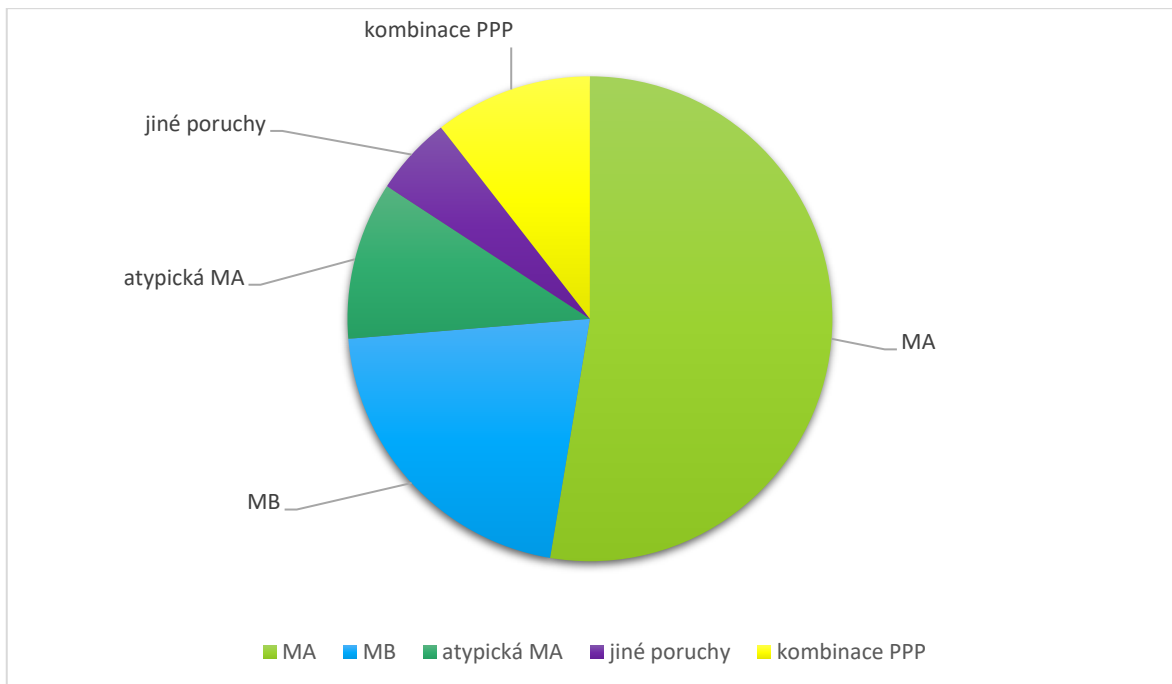
**Graf č.4:** Věk patientek



#### Otázka číslo 5 – Jaká porucha příjmu potravy byla Vašemu dítěti diagnostikována? (Na výběr bylo více možností)

V otázce číslo 5 respondenti odpovídali na dotaz, jaká porucha příjmu potravy byla jejich dítěti diagnostikována. Prevažovala zde mentální anorexie a to v 10 případech, což z celkového vzorku tvořilo 52,6 %. Dále se u pacientů objevila ve čtyřech případech mentální bulimie, to tvořilo 21,1 %. Ve dvou případech se jednalo o atypickou formu mentální anorexie, jedna pacientka trpěla jinou poruchou příjmu potravy a dvě byly diagnostikovány s více poruchami příjmu potravy. Konkrétně se jednalo u jedné o kombinaci mentální anorexie a mentální bulimie. Druhá byla diagnostikována s mentální anorexií, mentální bulimií a psychogenním přejídáním.

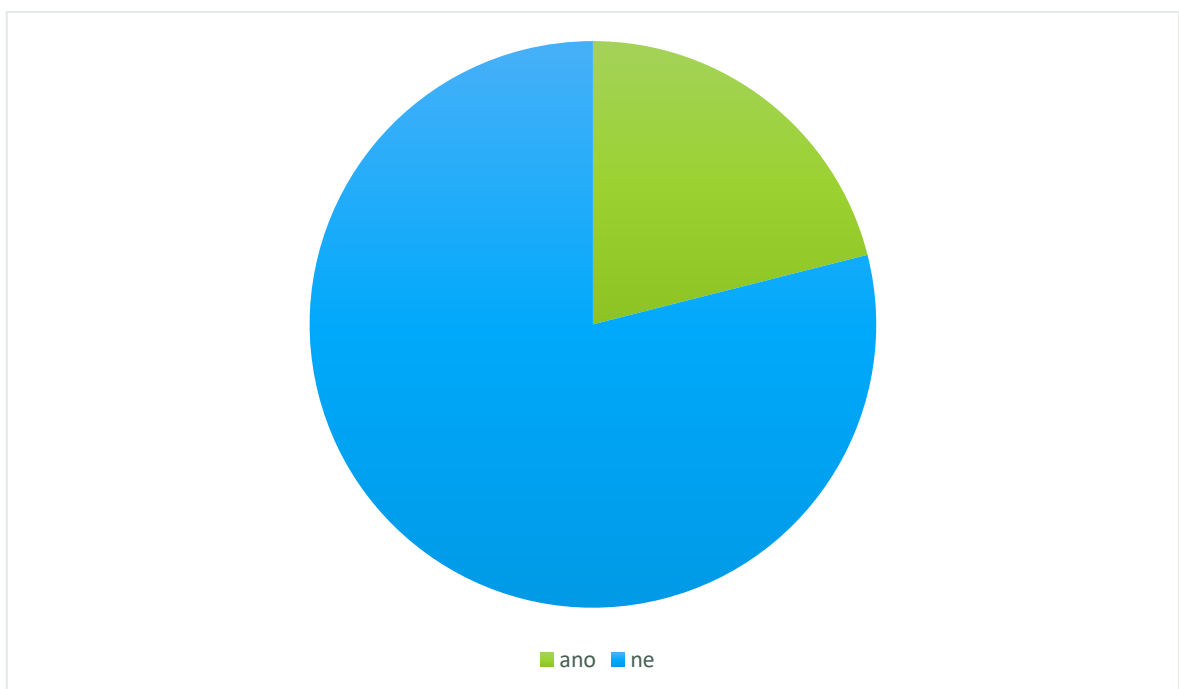
**Graf č.5:** Typ poruchy příjmu potravy u pacienta



**Otázka číslo 6 – Trpěl/a jste někdy v minulosti poruchami příjmu potravy?**

Šestá otázka byla zaměřena na minulost respondentů. Zajímalo mě, zda někdy v minulosti oni sami trpěli poruchou příjmu potravy. To se potvrdilo ve čtyřech případech z devatenácti.

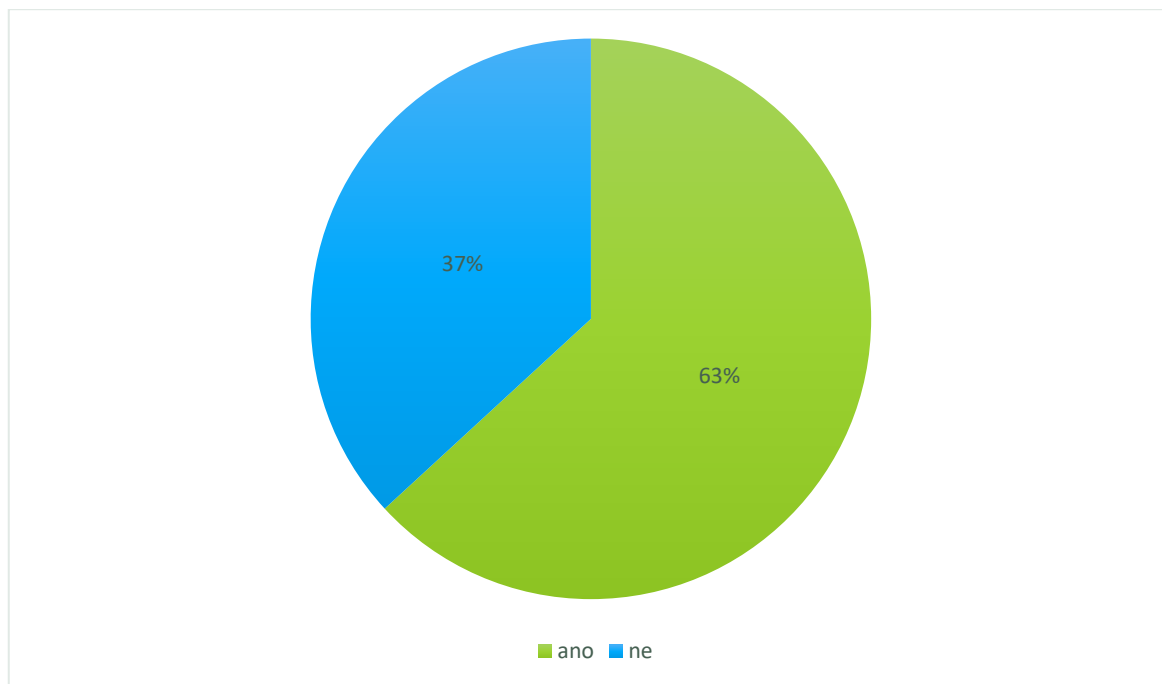
**Graf č.6:** Zkušenost s poruchami příjmu potravy



### Otázka číslo 7. – Držel/a jste někdy v minulosti dietu za účelem redukce hmotnosti?

Dvanáct respondentů potvrdilo, že v minulosti drželo dietu. Těchto dvanáct lidí tvořilo 63,2 %. Sedm respondentů (36,8 %) dietu v minulosti nedrželo.

**Graf č.7:** Zkušenost s dietami



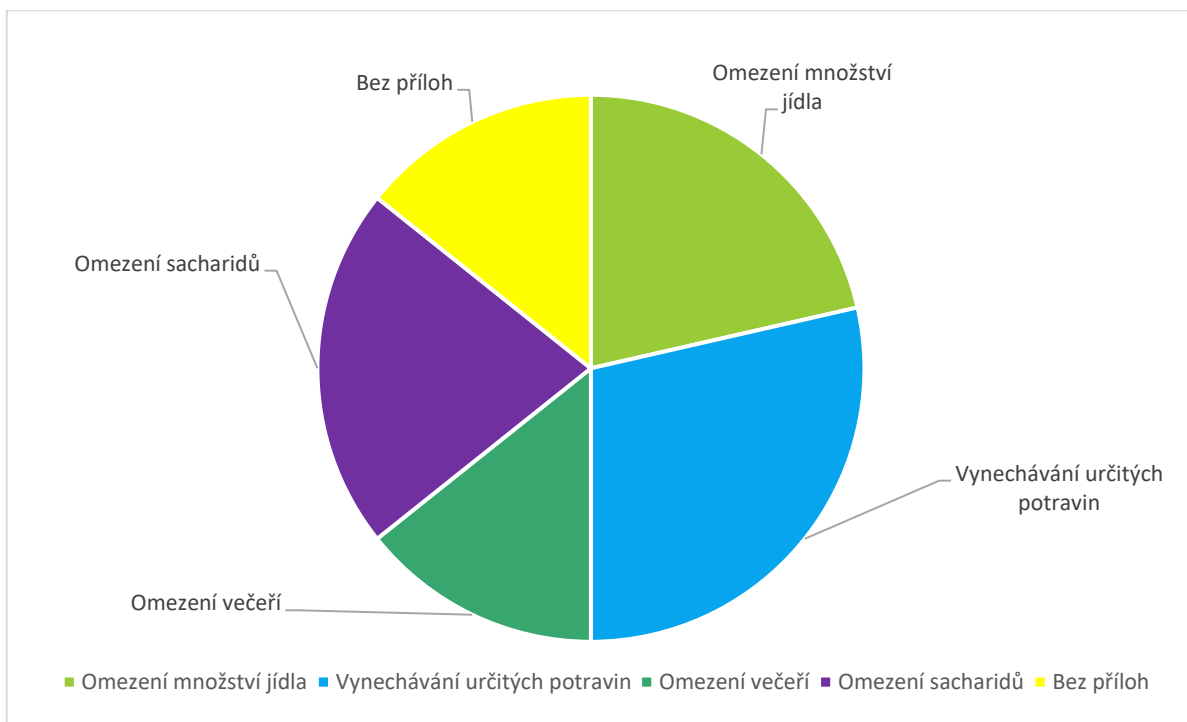
### Otázka číslo 8 – Pokud jste v otázce číslo 7 zaškrtnl/a ano, vypište prosím, jaké diety jste držel/a:

Otázka číslo osm byla určena pouze pro respondenty, kteří v otázce číslo sedm odpověděli ano. Tato otázka blíže specifikovala typ diety, kterou v minulosti drželi. Objevily se různé odpovědi. Nejčastěji šlo o kombinace různých diet. Nejvíce respondenti uváděli omezování porcí a vynechávání určitých druhů potravin nebo jídel. Omezení velikosti porcí se objevilo u 6 respondentů z 12. 3 respondenti uvedli omezování nebo vynechávání večeří. 2 respondenti také zmínili omezení příloh a 2 vyhýbání se sladkostem. Dále respondenti v dotazníku uvedli diety jako dělenou stravu, keto dietu, dietu podle Antonie Mačingové a detoxy viz tabulka č.6.

**Tabulka č.6:** Přehled diet respondentů

Respondent 1.	Dělená strava, keto dieta, omezení příloh, dieta Antonie Mačingové
Respondent 2.	Omezení jídla na minimum
Respondent 3.	Omezení pozdních večeří a velikosti porcí
Respondent 4.	Omezení sladkého, nezdravých potravin, smažených potravin
Respondent 5.	Poloviční porce, občasné vynechávání večeří
Respondent 6.	Menší porce jídla a navýšení pohybu
Respondent 7.	Kalorický deficit, bezsacharidová dieta
Respondent 8.	Omezení příloh, detoxy
Respondent 9.	Omezení večeří
Respondent 10.	Vynechávání nezdravých potravin, omezení sladkostí
Respondent 11.	Velmi malé množství jídla
Respondent 12.	Omezení potravin

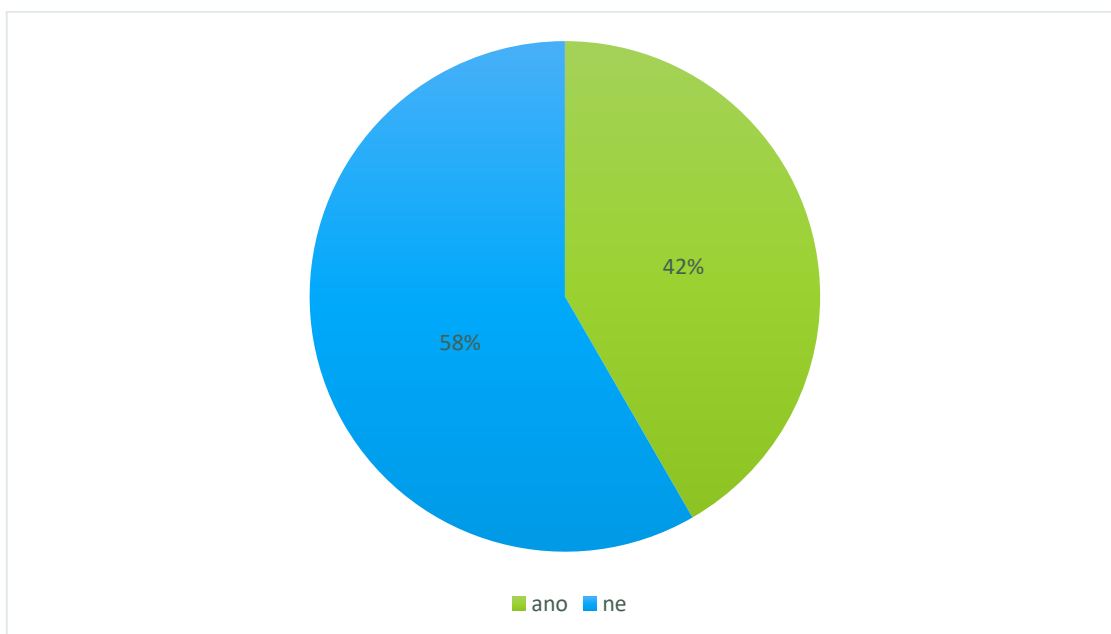
**Graf č.8: Diety u respondentů**



**Otázka číslo 9 – Pokud jste někdy držel/a dietu, ovlivnilo to stravování celé Vaší rodiny?**

V deváté otázce jsem se respondentů zeptala, zda držení diet v minulosti ovlivnilo stravování celé jejich rodiny. Kladnou odpověď (ano) potvrdilo 5 rodičů z 12, kteří dietu v minulosti drželi. To tvořilo 41,7 %.

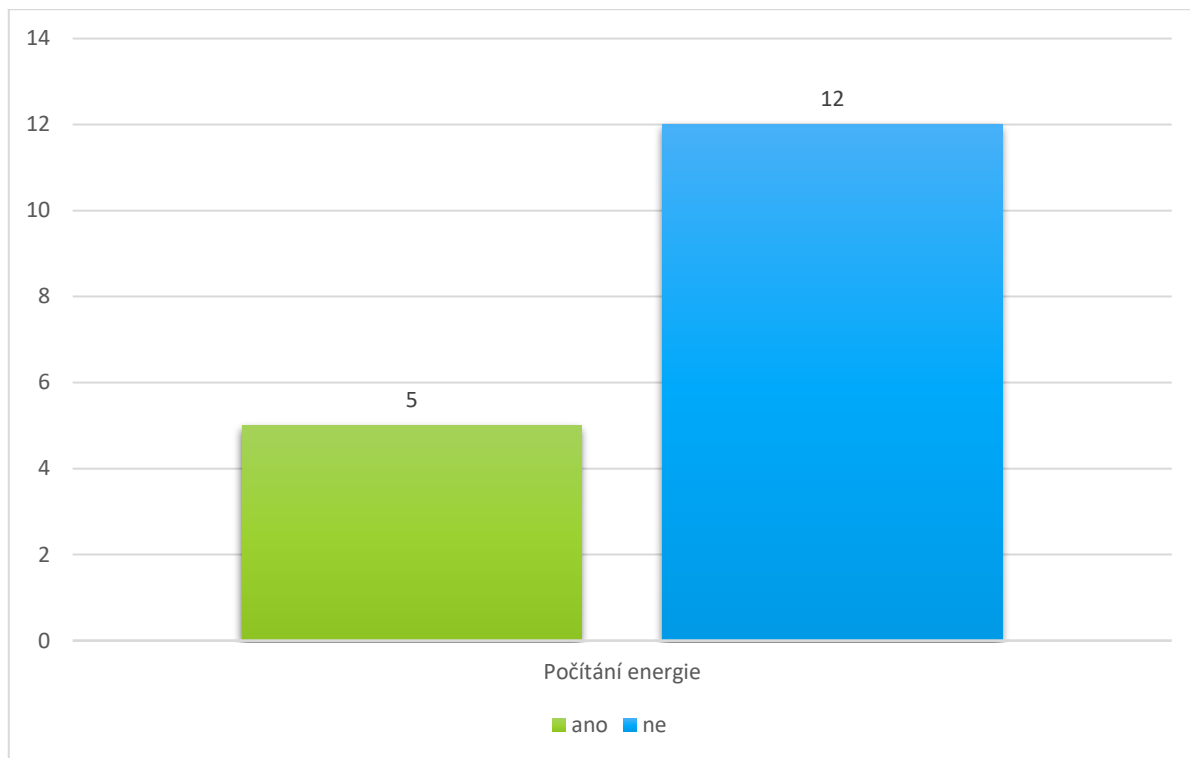
**Graf č.9: Vliv držení diet na rodinu**



### Otázka číslo 10 – Počítal/a jste si někdy příjem energie (kalorie)?

Otázka číslo 10 byla zaměřena na příjem energie. Zajímalo mě, zda si někdy v minulosti rodiče počítali příjem energie. Dvanáct si jich příjem nepočítalo, zatímco pět ano.

**Graf č.10:** Počítání příjmu energie



### Otázka číslo 11. – Pokud jste někdy příjem počítal/a, za jakým účelem to bylo?

Tato otázka byla určena pouze těm respondentům, kteří v desáté otázce zvolili odpověď ano. Tedy souhlasili s tím, že si v minulosti počítali příjem energie. Jedenáctá otázka se ptala na důvod počítání příjmu energie. Všech pět respondentů odpovědělo shodně, že účel počítání energie byla redukce hmotnosti.

**Graf č.11: Účel počítání příjmu energie**

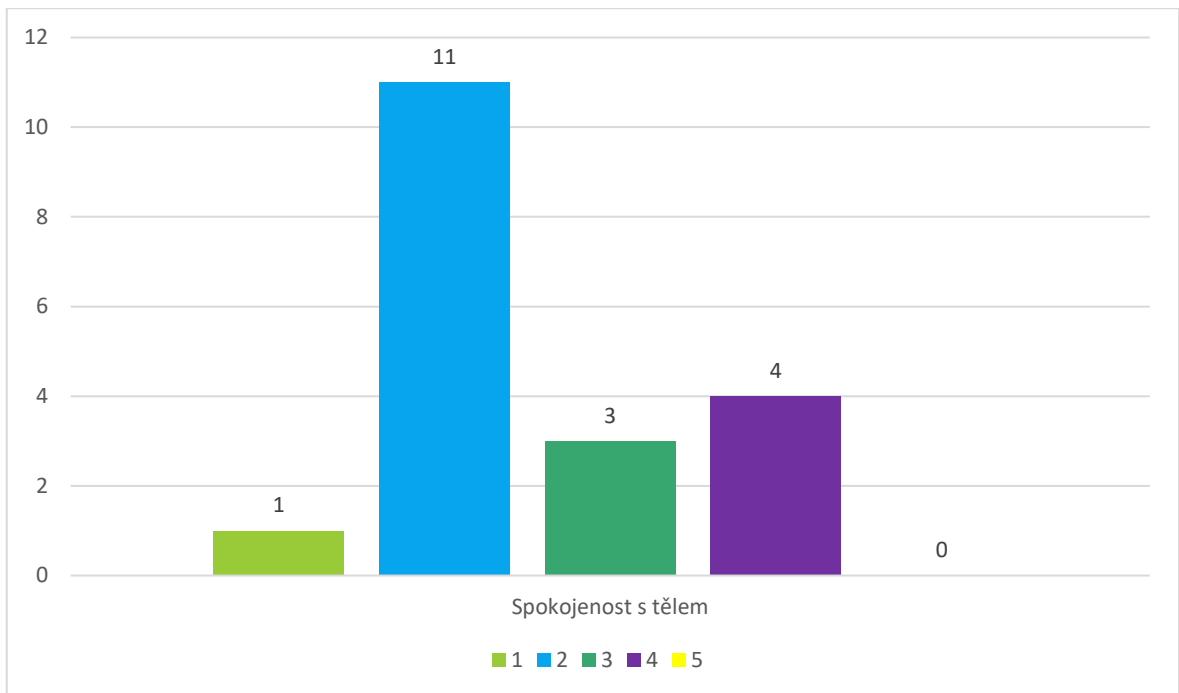


**Otázka číslo 12 – Na škále od 1-5, jak moc jste spokojený/a s tím, jak vypadá Vaše tělo?**

Ve dvanácté otázce respondenti odpovídali na dotaz v rámci spokojenosti se vzhledem jejich těla. V odpovědích měli možnost vybrat na škále od 1-5. Kdy č.1 značilo maximální spokojenost a naopak č.5 maximální nespokojenost. Jedenáct respondentů z devatenácti uvádělo na škále spokojenosti číslo 2. Tři uvedli spokojenost č. 3 a čtyři respondenti zaškrtnli č. 4. Jeden rodič uvedl maximální spokojenost č. 1 viz graf č.12.



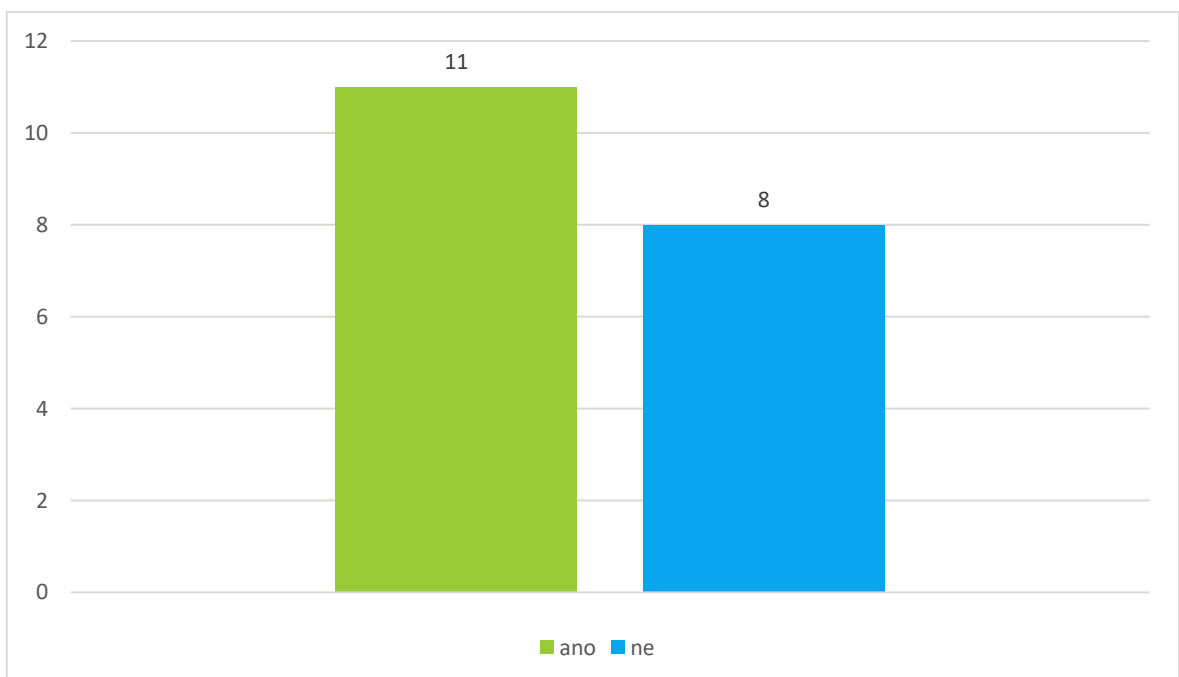
**Graf č.12: Spokojenost s tělem**



**Otázka číslo 13 – Mluvil/a jste někdy negativně o své postavě před svým dítětem?**

V otázce číslo 13 jsem se respondentů zeptala na to, zda mluvili před svým dítětem negativně o své postavě. Zde převažovala odpověď ano. Jedenáct rodičů v minulosti mluvilo negativně o své postavě a osm ne.

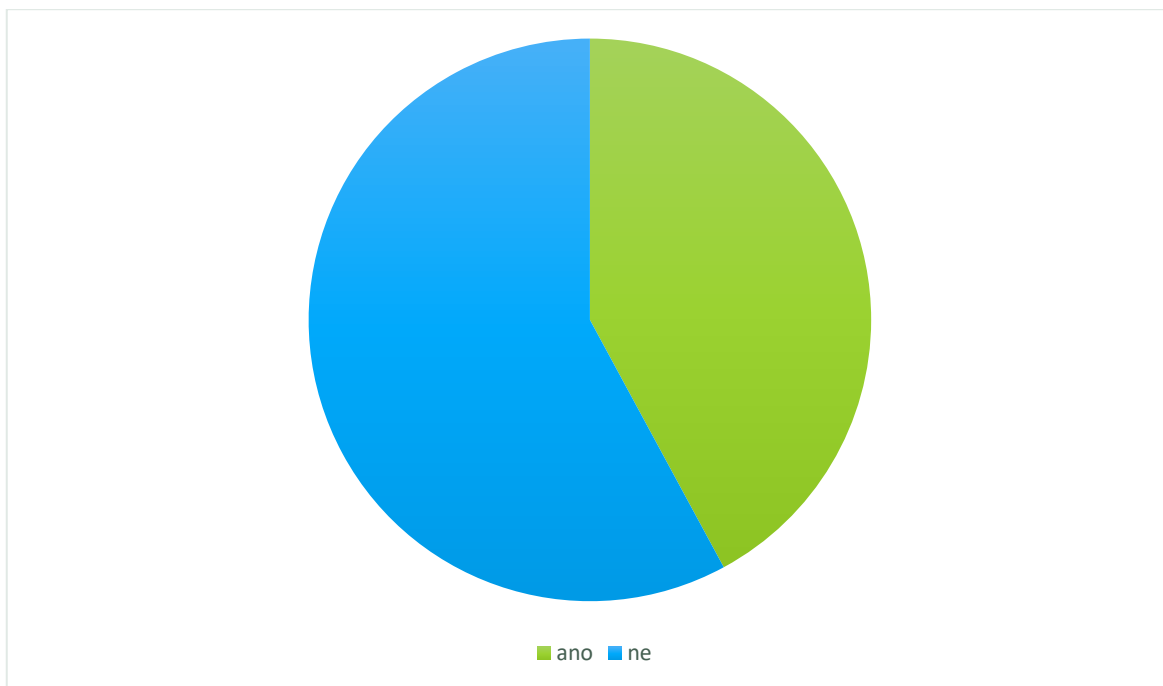
**Graf č.13: Negativní slova o vzhledu těla před dítětem**



### Otázka číslo 14 – Máte nadváhu?

Osm rodičů uvedlo, že trpí nadváhou. Zbytek, tedy jedenáct respondentů nadváhou dle dotazníku netrpí.

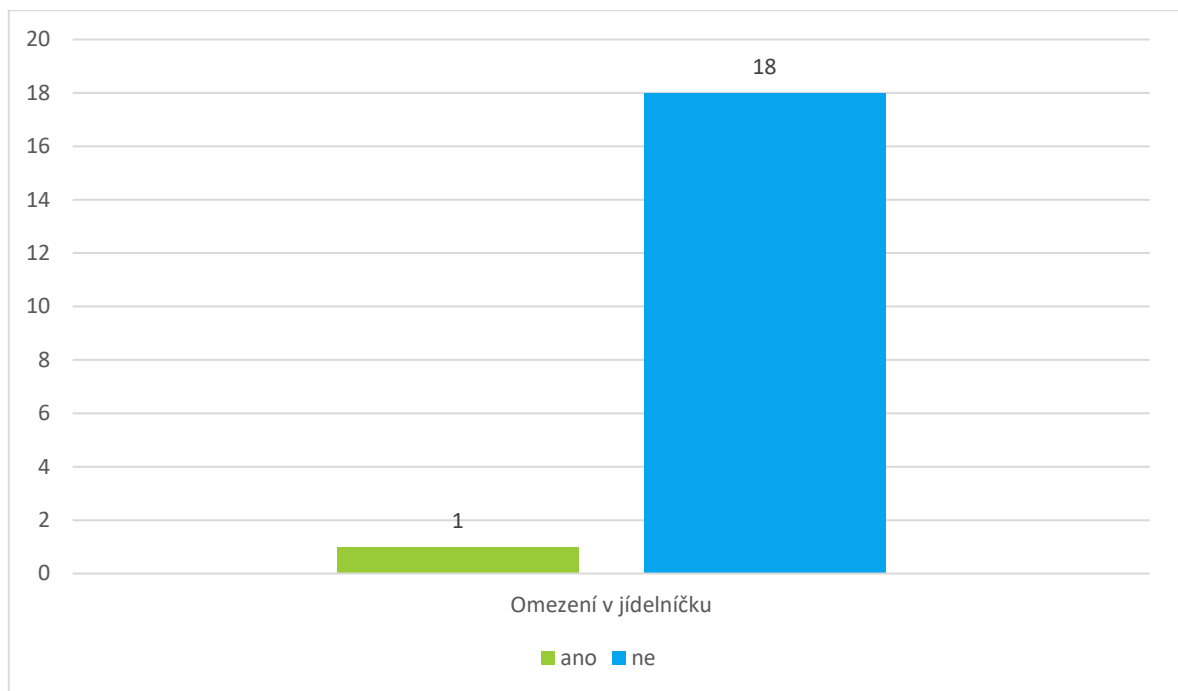
**Graf č.14:** Nadváha



### Otázka číslo 15 – Máte nějaká omezení v jídelníčku z důvodu zdravotních problémů (alergie, diabetes apod.)

Patnáctá otázka se ptala rodičů na omezení potravin ze zdravotních důvodů jako například potravinové alergie, intolerance, diabetes mellitus apod. Zde převažovala odpověď ne. Pouze jeden respondent zaškrtl ano.

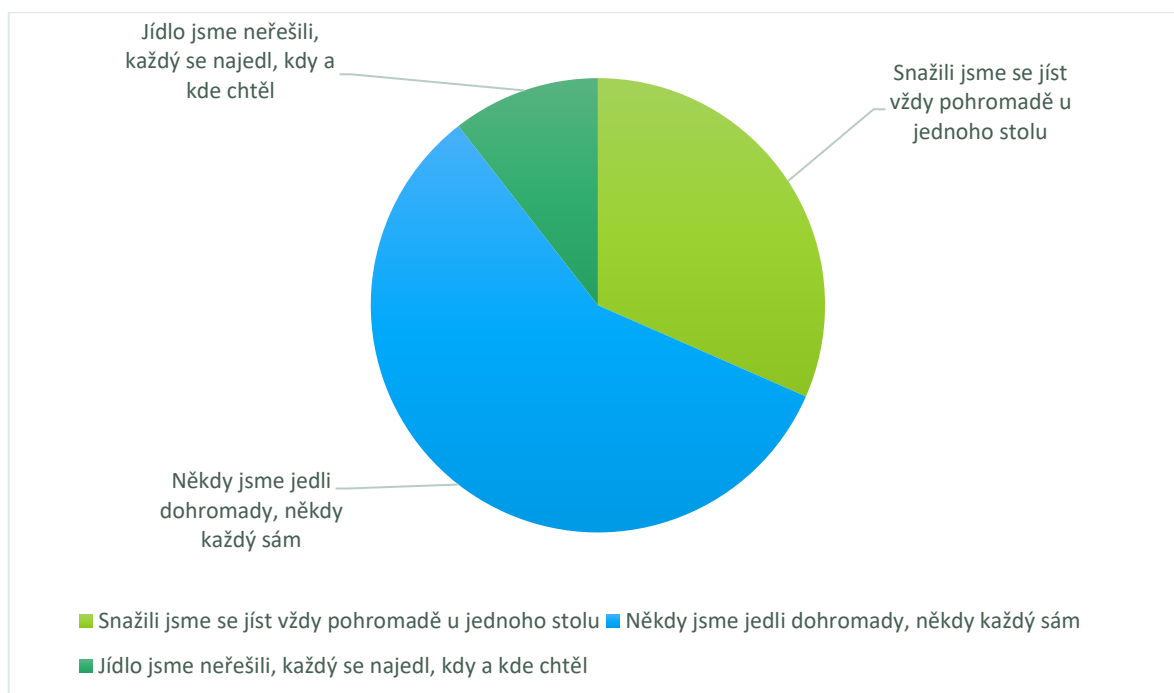
**Graf č.15:** Omezení v jídelníčku



**Otázka číslo 16 – Jak se Vaše rodina stravovala předtím, než Vaše dítě onemocnělo poruchou příjmu potravy?**

Otázka č. 16 se rodičů ptala na způsob stravování před tím, než jejich dítě začalo trpět poruchami příjmu potravy. Na výběr byly tři možnosti – a) Snažili jsme se jíst vždy pohromadě u jednoho stolu, b) Někdy jsme jedli dohromady, někdy každý sám a za c) Jídlo jsme neřešili, každý se najedl, kdy a kde chtěl. Jedenáct rodičů zvolilo odpověď b, sedm uvedlo, že jedli spolu pohromadě u jednoho stolu a jeden respondent zvolil odpověď c.

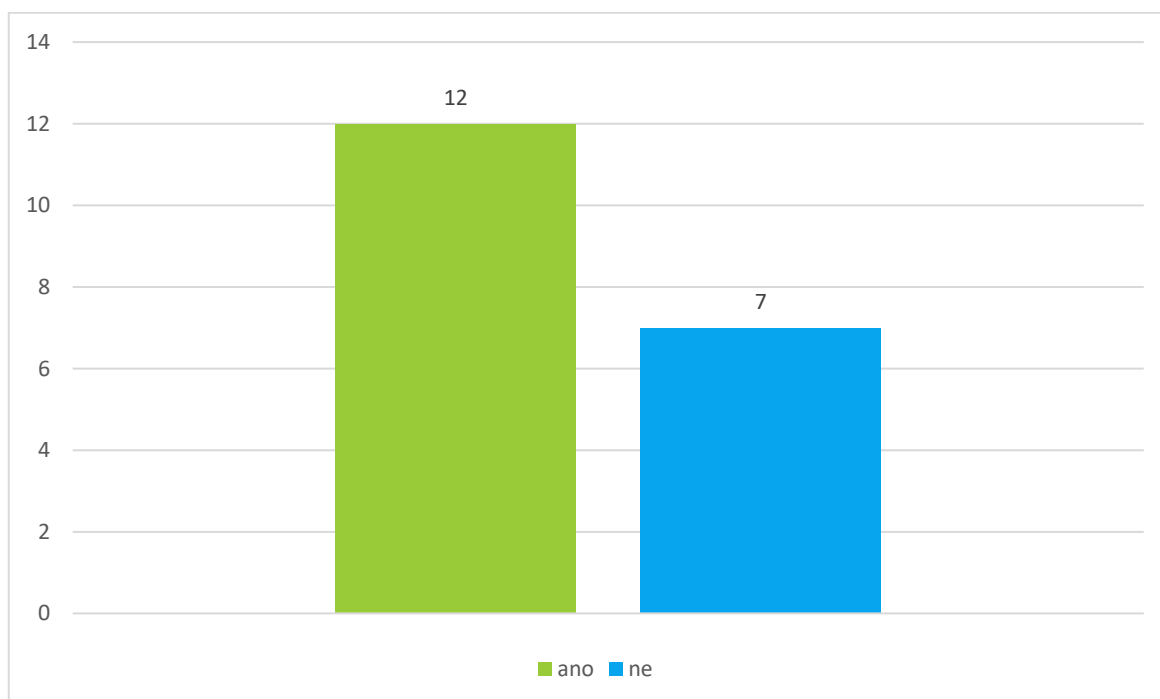
**Graf č.16: Stravování před onemocněním**



**Otázka číslo 17 – Při nákupu potravin jste zvažoval/a jejich složení.**

Sedmnáctá otázka se ptala respondentů na to, zda v minulosti při nákupu potravin zvažovali jejich složení. Dvanáct odpovědí bylo ano a sedm ne.

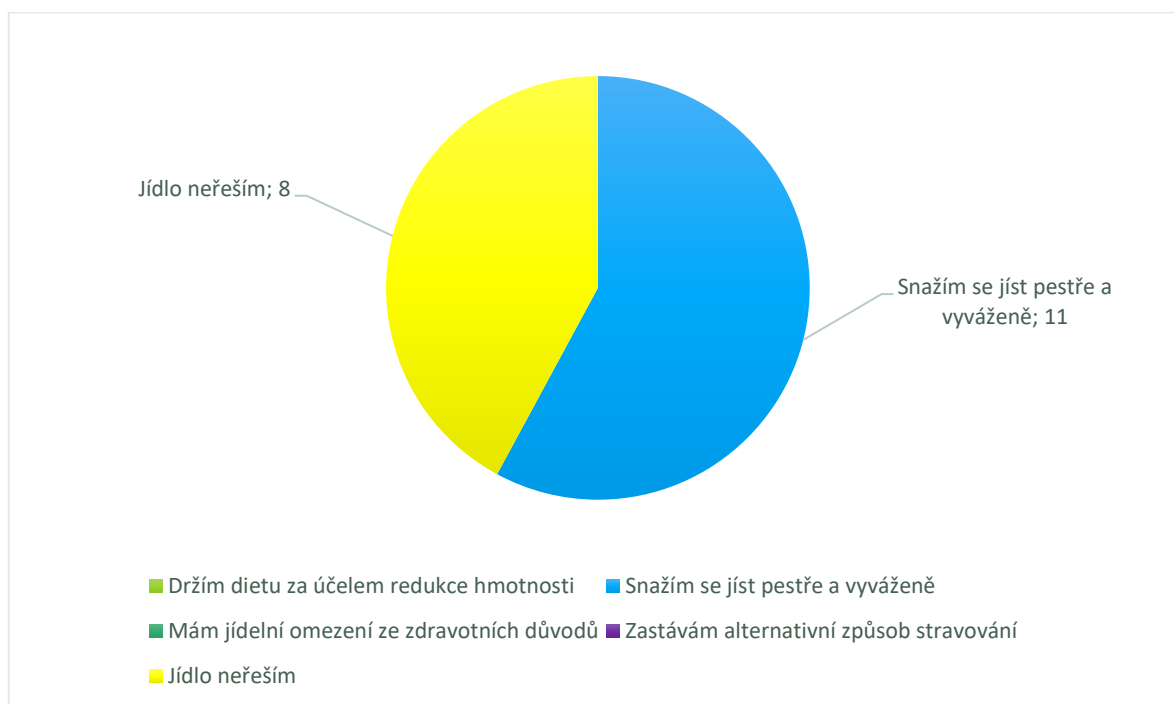
**Graf č.17: Sledování složení potravin při nákupu**



### Otázka číslo 18 – Jak se nyní Vy sami stravujete?

Otázka číslo osmnáct byla zaměřena na nynější stravování respondentů. Zde si mohli vybrat z pěti možností. Možnost a) Držím dietu za účelem redukce hmotnosti, možnost b) Snažím se jíst pestře a vyváženě, možnost c) Mám jídelní omezení ze zdravotních důvodů, možnost d) Zastávám alternativní způsob stravování a možnost e) Jídlo neřeším. Nejčastější odpověď byla, že se snaží jíst pestře a vyváženě, tu zvolilo 11 respondentů. 8 respondentů zaškrtnulo, že jídlo neřeší. Další možnosti nebyly respondenty zvoleny.

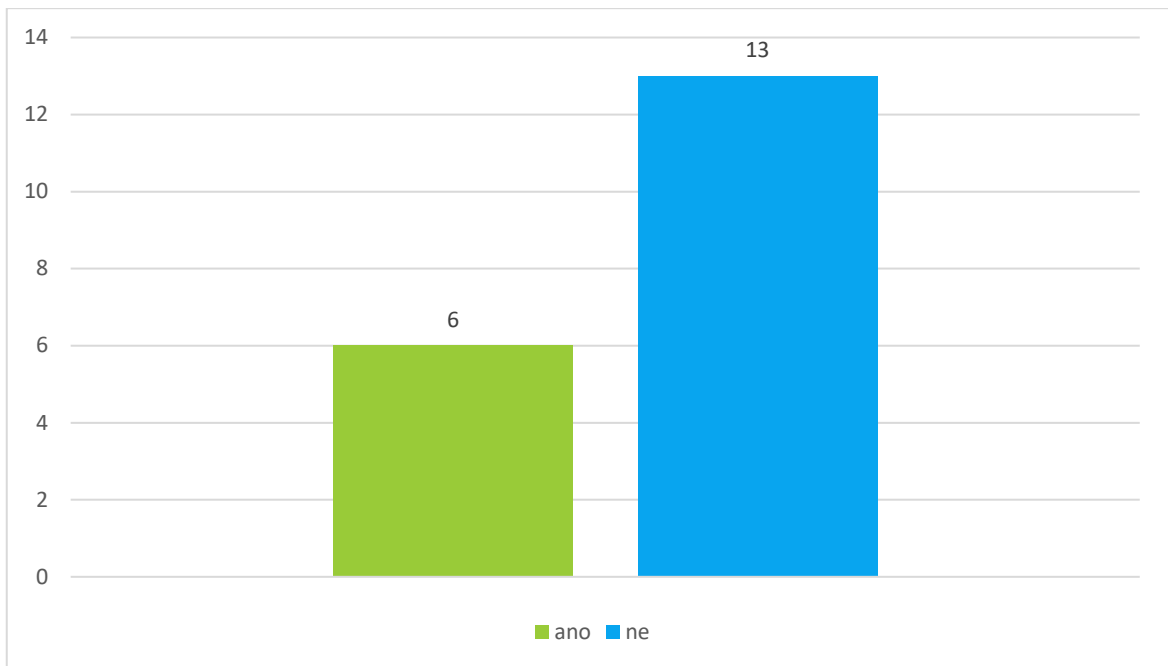
**Graf č.18:** Nynější stravování respondentů



### Otázka číslo 19 – Řídil/a jste se někdy tím, že si jídlo musíte zasloužit sportem?

V devatenácté otázce mě zajímalo, zda se někdy respondenti řídili tím, že si musí jídlo zasloužit sportem. 6 respondentů ze 19 odpovědělo ano. Jednalo se o 31,6 % s kladnou odpovědí.

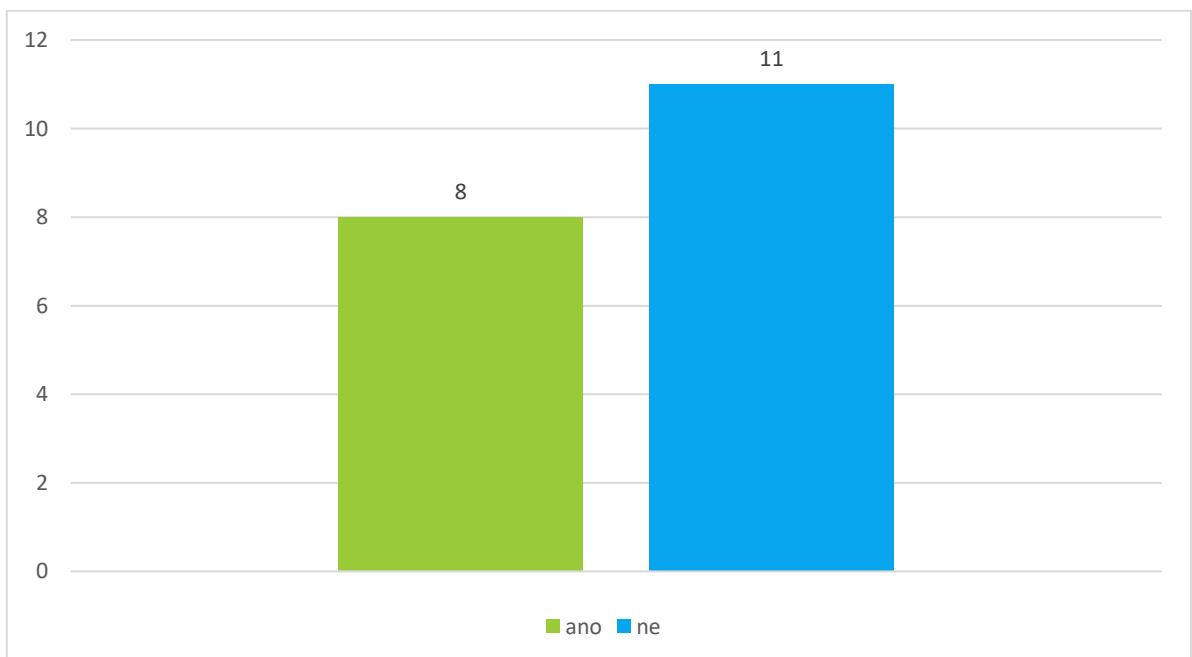
**Graf č.19:** Zasloužení si jídla sportem



**Otázka číslo 20 – Mluvil/a jste někdy negativně o jídle, potravinách před Vaším dítětem?**

Ve dvacáté otázce respondenti odpovídali na to, zda mluvili někdy negativně o potravinách a jídle před svým dítětem s poruchou příjmu potravy. Osm odpovědělo že ano, jedenáct ne.

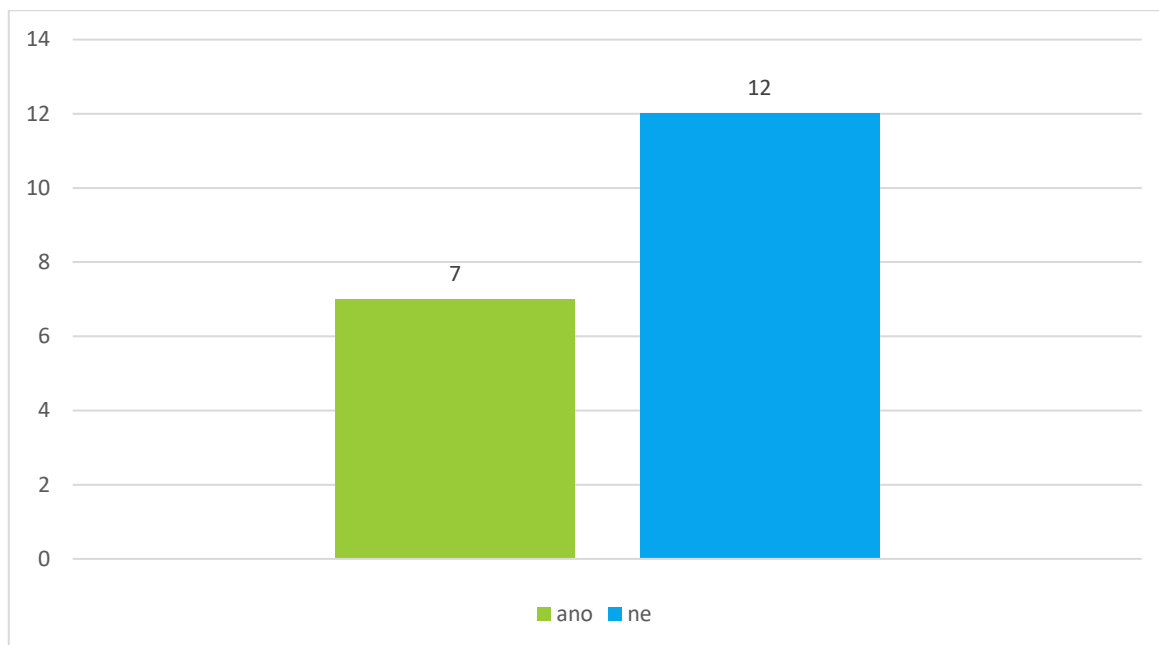
**Graf č.20:** Negativní slova o jídle před dětmi



### Otázka číslo 21. – Zakazoval/a jste někdy svému dítěti určité druhy potravin?

Otázka č. 21 byla zaměřena na zákaz potravin. Zajímalo mě, zda respondenti někdy zakazovali svým dětem určité druhy potravin. Možnost ano zvolilo sedm rodičů, možnost ne dvanáct.

**Graf č.21:** Zákaz určitých potravin dětem



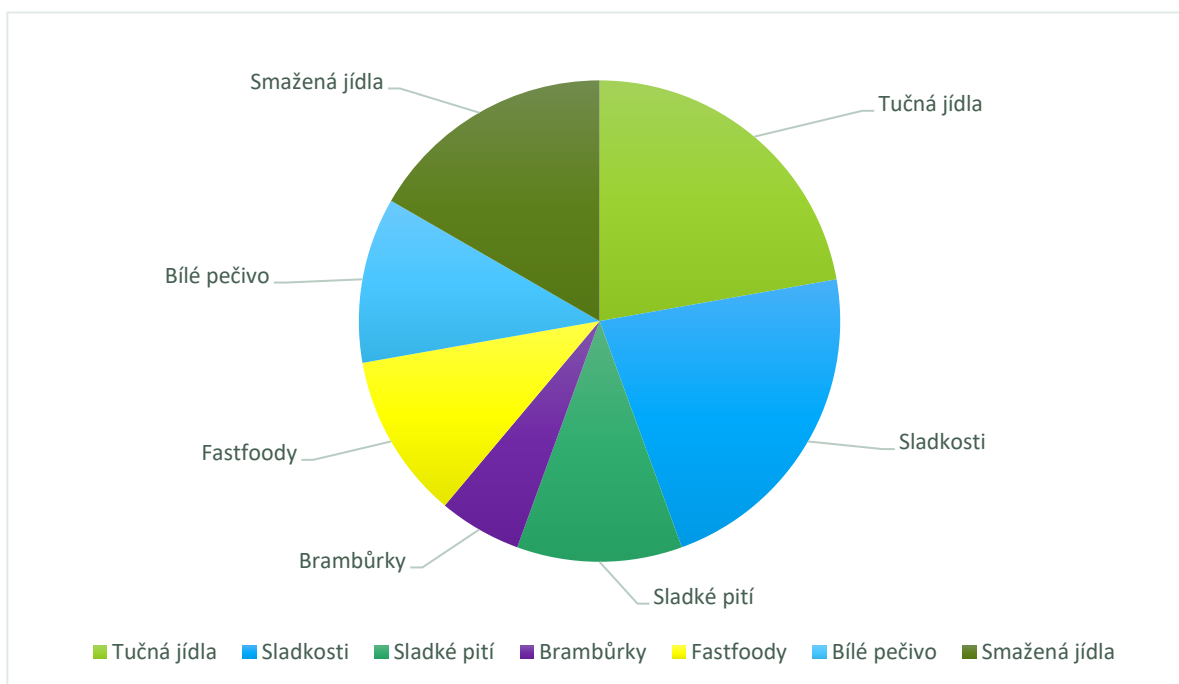
### Otázka číslo 22 – Pokud jste v otázce číslo 21 odpověděl/a ano, uveďte prosím, o jaké potraviny se jednalo.

Otázka číslo 22 blíže specifikovala otázku číslo 21. Zde respondenti, kteří v 21. otázce odpověděli ano, konkretizovali zakázané potraviny. Odpovědi respondentů byly různorodé. V určitých potravinách se ale shodovali. 4 ze 7 respondentů uvedlo, že zakazovali dětem tučná jídla. Dále se ve větším zastoupení objevila odpověď sladkost/cukrovinky. Opět ve 4 odpovědích ze 7. 3 respondenti uvedli sladké nápoje. Poté se objevily odpovědi jako bílé pečivo, smažená jídla, nezdravé potraviny, potraviny „plné éček“, šunky s nízkým obsahem masa, salámy, fastfoody/obchody s rychlým občerstvením, brambůrky.

**Tabulka č.7:** Konkrétní zakázané potraviny

Respondent 1.	Tučné maso a bílé pečivo
Respondent 2.	Potraviny „plné éček“, šunky s nízkým obsahem masa, mnoho sladkostí, nezdravé potraviny
Respondent 3.	Tučné maso, salámy, obchody s rychlým občerstvením, brambůrky
Respondent 4.	Tučná jídla, smažená jídla
Respondent 5.	Čokolády, cukrovinky, brambůrky, smažená jídla
Respondent 6.	Bílé pečivo, sladkosti, smažená jídla
Respondent 7.	Tučná jídla, sladkosti, sladké nápoje

**Graf č. 22:** Konkrétní zakázané potraviny





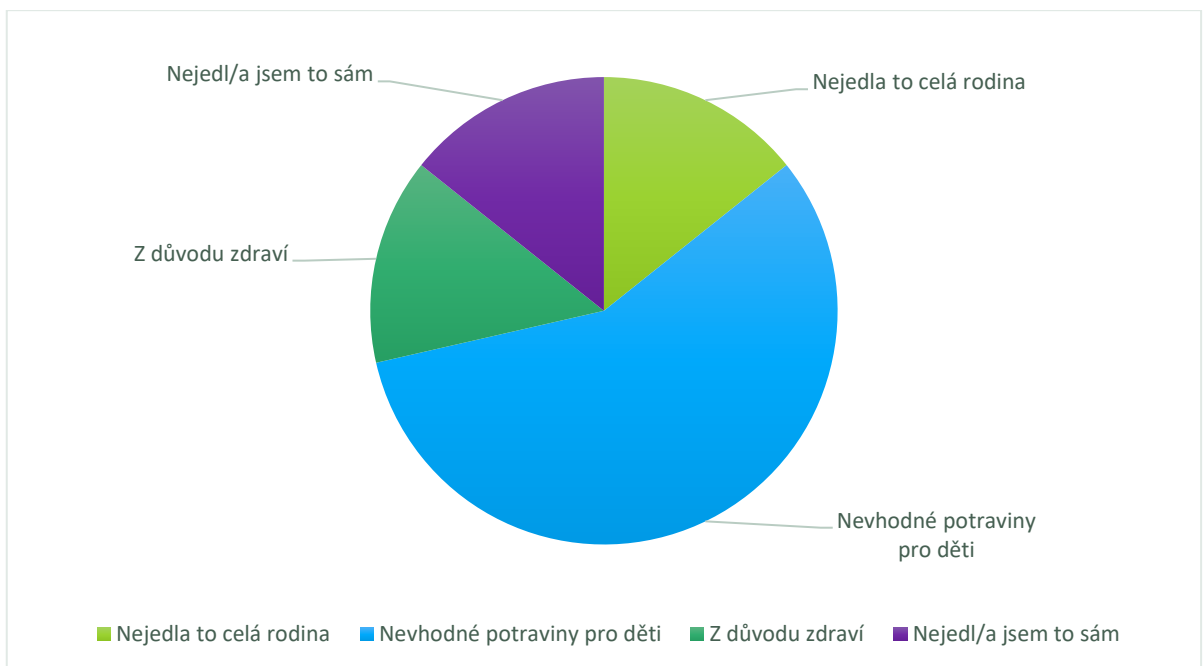
**Otázka číslo 23 – Pokud jste v otázce číslo 21. odpověděl/a ano, uveďte prosím důvod zákazu těchto potravin.**

V poslední otázce číslo 23 jsem se respondentů, kteří odpověděli možnost ano v 21. otázce, zeptala na důvod zákazu potravin, které blíže specifikovali v otázce číslo 22. 5 respondentů uvedlo, že tyto potraviny dle jejich uvážení nebyly vhodné pro děti, proto jim je i zakazovali. Dále udávali důvody jako nevhodnost těchto potravin pro podporu zdraví nebo také, že je nejedli ať už respondenti sami nebo celá rodina, tudíž nechtěli, aby je jedli i jejich děti.

**Tabulka č.8:** Důvod zákazu potravin

Respondent 1.	Protože to není ideální pro zdraví.
Respondent 2.	Snažil jsem se vybírat potraviny méně zpracované, zdravější a vhodnější pro děti.
Respondent 3.	Nejedl jsem to sám, není to dobré pro děti a nechtěl jsem, aby to jedla dcera.
Respondent 4.	Nevhodná jídla pro děti.
Respondent 5.	Děti by to neměli jíst.
Respondent 6.	Nevím. Pravděpodobně jsem nechtěl tyto potraviny dětem dávat.
Respondent 7.	Tyto potraviny jsme domu skoro nekupovali, nejedla je celá rodina.

**Graf č.23:** Důvod zákazu potravin



## 4 Diskuse

### 4.1 Diskuse

V teoretické části bakalářské práce byly blíže popsány jednotlivé poruchy příjmu potravy, jejich definice, diagnostika a následky. Následně byly přiblíženy jednotlivé rizikové faktory vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy. V posledním úseku teoretické části bylo více prostoru věnováno vlivu stravovacích návyků rodičů na rozvoj poruch příjmu potravy.

Hlavním cílem praktické části bylo zhodnocení vlivu stravovacích návyků rodičů na vznik a vývoj nemoci, jak velký vliv rodiče mohou mít a které konkrétní stravovací návyky a jídelní chování mohou hrát ve vzniku a vývoji poruch příjmu potravy roli. Otázky stanovené pro výzkumnou část byly - 1) Stravovací návyky rodičů mají vliv na vznik a rozvoj poruch příjmu potravy u dětí, 2) Děti rodičů, kteří mají zkušenost s držením diet a hubnutím, mají větší riziko vzniku PPP a 3) Děti rodičů, kteří mají negativní vztah k jídlu a své postavě, mají větší riziko vzniku PPP. Výzkum byl zhotoven pomocí dotazníkového šetření. To se skládalo z 23 otázek, které byly blíže konzultovány s vedoucím bakalářské práce Ph.Dr. Františkem Krchem Ph.D. Dotazník byl určen pro rodiče pacientek ambulantní péče psychiatrické kliniky VFN, ti jej vyplnili, vložili do mnou předem ofrankovaných obálek a poštou odeslali. Volba dotazníkového šetření pro výzkum byla jedna z mála možností. Přímý kontakt s pacientkami nebyl realizovatelný. A kontakt s jejich rodiči byl velmi složitý. Navíc byla potřeba vzít v potaz citlivost tématu. Proto byl zvolen právě písemný dotazník. Ten napomohl k zmírnění nepříjemnosti otázek směřovaných nejen na stravování rodičů, ale také na vliv jejich jídelního chování na rozvoj poruch příjmu potravy dětí. Celkem bylo předáno 30 dotazníků, vyplněných se vrátilo 19. Tento vzorek není velký, ale opět zde byl výzkum limitovaný v rámci omezení respondentů na jedno oddělení ambulantní péče psychiatrické kliniky VFN. Na dotazník odpovědělo 15 žen a 4 muži. Všichni respondenti byli ve věku od 40-60 let.

Prvních pět otázek mělo informativní charakter. Respondenti v nich odpovídali na otázky týkající se věku, pohlaví, rodinného stavu, vztahu k osobě s PPP, věku jejich dítěte a typu PPP dítěte. Tyto otázky měly za cíl bližší rozřazení respondentů. Všichni respondenti se pohybovali ve věkovém rozmezí od 40-60 let, nacházelo se mezi nimi 15 žen tedy matek a 4 muži – otcové. 12 z nich bylo vdaných/ženatých, 5 rozvedených a 2 svobodní. Věk dítěte respondentů převažoval od 13-18 let a to v 8 případech z 19, 7 dětí respondentů se pohybovalo ve věku od 18-25 let a čtyřem bylo více než 25 let. Otázka na typ poruch příjmu potravy povolovala více odpovědí. Nejvíce byla dětem respondentů diagnostikována mentální anorexie a to v 10 případech, což tvořilo 52,6 %. Ve 21,1 % procentech (4 dívky) se jednalo o diagnostiku mentální bulimie. Ve dvou případech šlo o atypickou mentální anorexii a jedna pacientka trpěla jinou poruchou příjmu potravy. U dvou dívek se jednalo o kombinaci více typů PPP. A to u jedné o kombinace MB a MA a u druhé o kombinace

MA, MB a psychogenního přejídání. Zde výzkum poukázal na vyšší výskyt mentální anorexie u dcer respondentů.

6-10. otázka byla směřována na minulost respondentů v oblasti PPP a držení diet. Šestá otázka se respondentů ptala na zkušenost s poruchou příjmu potravy v jejich minulosti. 4 respondenti z 19 potvrdili, že jim byla v minulosti tato nemoc diagnostikována. Jednalo se čistě o ženy. V otázce číslo sedm respondenti odpovídali na dotaz, zda někdy v minulosti drželi diety. 12 odpovědí bylo kladných, to tvořilo 63,2 %. Tato otázka ukázala poměrně vyšší výskyt držení diet u rodičů pacientek s poruchami příjmu potravy a možnou spojitost se vznikem a rozvojem onemocnění. Následující osmá otázka byla určena pouze pro ty, kteří odpověděli v sedmé otázce ano. Blíže určovala druh diety, který respondenti v minulosti drželi. Většina měla zkušenost s držením více diet. Nejčastěji se jednalo o omezování porcí a snížení energetického příjmu, tento typ diety uvedlo 6 z 12 respondentů. Tedy 50 %. Celkové snižování velikosti porcí opět může poukazovat na spojitost s onemocněním PPP u dětí respondentů. Mezi další časté odpovědi patřilo vynechávání večeří, omezování příloh a vyhýbání se sladkým a nezdravým potravinám viz tabulka č.6. Devátá otázka se dále ptala na to, zda držení diety ovlivnilo celou rodinu. Zde bylo 5 odpovědí kladných. 10. otázka se respondentů ptala na zkušenost s počítáním energie. V desáté otázce převažovala odpověď ne, kdy 12 rodičů příjem nikdy nepočítalo a 5 ano. V následující otázce číslo 11. ti, kteří odpověděli ano, uváděli důvod počítání příjmu. Ten byl u všech totožný, a to redukce hmotnosti. I přesto, že na 10. otázku odpovědělo kladně pouze 5 respondentů z 19, se zde opět vyskytuje restriktivní chování a možná spojitost s rozvojem onemocnění PPP.

Otázky 12-15 byly zaměřeny na spokojenost se vzhledem a pocity okolo postavy rodičů. Ve dvanácté otázce měli respondenti ohodnotit na škále od 1-5 spokojenost se vzhledem těla, kdy č.1 znamenala největší spokojenost a naopak č.5 největší nespokojenost. 11 z 19 rodičů odpovídalo spokojenost č.2. V tomto ohledu se jednalo o 57,9 %. 3 respondenti uvedli spokojenost č.3 a 4 ohodnotilo svoje pocity ohledně vzhledu č.4. Pouze jeden rodič vyplnil maximální spokojenost (1). Na této škále 7 respondentů uvedlo, že nejsou spokojeni se vzhledem své postavy, ať už zvolili odpověď č.3 anebo č.4, jednalo se o nespokojenost. Zde může být opět spojitost s možným rizikem pro vznik a rozvoj nemoci. 13. otázka se ptala respondentů na to, zda si jsou vědomi toho, že někdy mluvili negativně o své postavě před dítětem, u kterého se v budoucnu projevila porucha příjmu potravy. 57,9 % respondentů odpovědělo ano, což činilo 11 rodičů z 19. Zbytek odpovídal ne. Tato otázka poukazuje na vyšší výskyt negativního hodnocení vzhledu postavy respondentů před dítětem, u kterého se později rozvinula porucha příjmu potravy. Čtrnáctá otázka se respondentů ptala na to, zda mají nadváhu. Osm rodičů potvrdilo, že nadváhu mají.

V patnácté otázce respondenti odpovídali na jídelní omezení ze zdravotních důvodů. Zde pouze jeden z nich odpověděl kladně. V otázce číslo 16 respondenti zodpovídali dotaz, jak

se stravovala rodina před onemocněním dítěte poruchou příjmu potravy. Na výběr byly tři možnosti – a) Snažili jsme se jíst vždy pohromadě u jednoho stolu, b) Někdy jsme jedli dohromady a někdy každý sám, c) Jídlo jsme neřešili, každý se najedl, kdy a kde chtěl. Jedenáct respondentů zvolilo odpověď b, tedy Někdy jsme jedli dohromady a někdy každý sám. Zde se jednalo o 57,9 %. Sedm rodičů (36,8 %) odpovědělo, že se snažili jíst pohromadě u jednoho stolu a jeden respondent (5,3 %) zvolil odpověď c. Zde pouze necelých 40 % rodičů uvedlo pravidelné společné stravování. Zbytek neměl ve stravování pravidelný režim. V sedmnácté otázce rodiče odpovídali na otázku, zda během nákupu běžně sledovali složení potravin. Dvanáct odpovědí bylo kladných a sedm záporných. Osmnáctá otázka se ptala rodičů na způsob jejich nynějšího stravování. Měli na výběr pět otázek, odpovědi byly zvoleny pouze dvě. A to u 11 respondentů – Snažím se jíst pestře a vyváženě a u 8 respondentů – Jídlo neřeším. Odpovědi – Držím dietu za účelem redukce, Mám jídelní omezení ze zdravotních důvodů a Zastávám alternativní způsob stravování, nikdo nezvolil.

Zbylé otázky 19-23 se dotýkaly okruhu zasloužení si jídla sportem a zákazu určitých druhů potravin. Otázka č.19 zněla – Řídil/a jste se někdy tím, že si jídlo musíte zasloužit sportem? 6 respondentů odpovědělo ano, 13 ne. I přesto, že zde převažovala odpověď ne, 6 respondentů již představuje 31,6 %. Může se jednat o potenciální rizikový faktor pro vznik PPP. V otázce 20 rodiče odpovídali na to, zda někdy mluvili negativně před svým dítětem o určitých potravinách. Zde bylo osm kladných odpovědí. Ty představovaly 42,1 %. Tato otázka také může naznačovat spojitost se vznikem patologického jídelního chování u dětí respondentů. Následující otázka číslo 21 byla zaměřena na zákaz potravin. Respondenti odpovídali na to, zda někdy v minulosti zakazovali svému dítěti nějakou potravinu. 7 odpovědělo ano a 12 ne. Stejně jako v předchozích otázkách se může jednat o spojitost se vznikem onemocnění PPP. Otázka číslo 22 byla určena rodičům, kteří ve 21. otázce odpověděli ano. Zde měli uvést o jaké potraviny, které zakazovali, se jednalo. Odpovědi respondentů byly různorodé. Shodovali se ale v některých potravinách a sice v zákazu tučných jídel. Tento druh potravin uvedli 4 ze 7 respondentů. 3 respondenti odpověděli sladké nápoje. Jako další odpovědi byly bílé pečivo, smažená jídla, nezdravé potraviny, potraviny „plné éček“ a ostatní viz tabulka č. 7. 23. otázka byla také určena pouze pro respondenty, kteří v otázce číslo 21 odpověděli ano. Ptala se jich na důvod zákazu potravin, které uvedli v minulé otázce. 5 ze 7 respondentů uvedlo jako důvod nevhodnost těchto potravin pro děti. Mezi dalšími odpověďmi se objevily – nevhodnost potravin pro zdraví, nejedla je celá rodina, nejedl/a jsem je sám/a.

## 4.2 Shrnutí diskuse

Výsledky výzkumu nebyly jednoznačné. Stravovací návyky rodičů představují jeden z mnoha rizikových faktorů vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy. Podíl tohoto faktoru se ale liší u každého pacienta. V určitých odpovědích se respondenti shodovali ve vyšší míře. Jednalo se o otázku č.7, č.12, č.13 a č.21. V otázce číslo sedm 63,2 % respondentů potvrdilo,

že v minulosti drželi různé diety. V 12. otázce 36,8 % rodičů uvedlo spokojenost se vzhledem těla na škále od 1–5 tři a čtyři, tedy menší a větší nespokojenost. V otázce č.13 57,9 % respondentů potvrdilo, že někdy v minulosti mluvili negativně o vzhledu své postavy před svým dítětem. V 21. otázce 36,8 % rodičů souhlasilo s tím, že svým dětem zakazovali určité druhy potravin.

Výzkumná otázka číslo 2 se týkala spojitosti držení diet a hubnutí respondentů s vyšším rizikem výskytu poruch příjmu potravy u jejich dětí. Mezi respondenty se v minulosti objevilo restriktivní jídelní chování, které může být spojené se vznikem a rozvojem poruch příjmu potravy u dětí. 63,2 % respondentů v minulosti drželo dietu, kdy se především jednalo o omezování jídel a vyhýbání se některým potravinám. Zároveň 41,7 % z respondentů, kteří potvrdili držení diety v minulosti, souhlasilo s tvrzením, že držení diet mohlo mít vliv na rodinu. 31,6 % respondentů potvrdilo, že se někdy v minulosti řídili tím, že si jídlo musí zasloužit sportem. Tyto výsledky mohou mít spojitost se vznikem a rozvojem PPP.

Výzkumná otázka č. 3 byla zaměřena na negativní vztah k jídlu a postavě ve spojitosti s budoucím výskytem PPP. Negativní vztah k postavě respondentů se mohl projevit již v otázkách týkajících se diet a sportu, viz předešlý odstavec. Také na toto téma byly zaměřeny otázky č.12 a č.13. 36,8 % respondentů uvedlo nespokojenost (3 a 4) se vzhledem své postavy na sebehodnotící škále vzhledu (číslo 1- vysoká spokojenost a číslo 5- vysoká nespokojenost) viz graf č.12. 57,9 % potvrdilo, že v minulosti mluvilo negativně o vzhledu své postavy před dítětem, u kterého byla později diagnostikována porucha příjmu potravy. Tyto otázky opět mohou ukázat na potenciální spojitost s onemocněním PPP.

Zajímavé výsledky také ukázala otázka č. 16. Ta byla zaměřena na stravování rodiny před vznikem onemocnění PPP. 63,2 % respondentů uvedlo, že neměli zavedené pravidelné společné stravování. Tento výsledek nám může ukázat nejenom spojitost rodinných stravovacích zvyklostí a rozvoje poruch příjmu potravy, ale také důležitost společného rodinného stravování v budování kladných jídelních návyků u dětí.

### **4.3 Limity výzkumu**

Prvním limitem výzkumu je malý vzorek respondentů. Výzkum byl omezen pouze na pacientky ambulantní péče psychiatrické kliniky VFN, tudíž bylo náročné nasbírat velké množství respondentů. Dalším omezením je absence přímého kontaktu s respondenty. Přímý kontakt zde nebyl možný. Respondenti byli vybráni z řad rodičů patientek, a proto jsem s nimi nemohla mluvit v přímém kontraktu. Dotazníkové šetření zde bylo vhodné řešení výzkumu.

Dále mezi limity výzkumu patří možné zkreslení odpovědí vycházející z formy odpovědi v dotazníku, které byly sebeuposuzovací. Rodiče pacientů odpovídali na citlivé otázky, které se týkali jejich stravovacích zvyklostí, výchovy a pohledu na jejich tělo s ohledem na fakt,

že toto chování mohlo zapříčinit vznik a rozvoj poruchy příjmu potravy u jejich dítěte. Proto se mohli chtít ať už vědomě či nevědomě prezentovat v lepším světle. Také si samotný vliv na rozvoj nemoci u dítěte nemuseli chtít přiznat, nebo si ho vůbec neuvědomovali.

Jako další omezení výzkumu lze uvést nepřítomnost kontrolní skupiny. Zároveň může být limitem existence řady rizikových faktorů pro rozvoj PPP. Neexistuje jeden jediný faktor, který je možné označit za hlavní. U většiny pacientů trpících tímto onemocněním se jedná o souhru řady faktorů a událostí, které v konečném důsledku vedou k rozvoji nemoci. Proto nelze s přesností říct, jak velkou roli zde hrají rodiče a jejich vliv na děti. U některých jedinců mohlo patologické jídelní chování rodičů hrát roli ve vzniku nemoci, u jiných tomu tak být nemuselo.

## 5 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zhodnocení vlivu stravovacích návyků rodičů na vznik a rozvoj poruch příjmu potravy u jejich dětí. Cíl popsání jednotlivých typů onemocnění, rizikových faktorů a bližší specifikace vlivu stravovacích návyků byl obsažen v teoretické části bakalářské práce. Především z poslední kapitoly věnované stravovacím zvyklostem rodičů vyplývá velký vliv na potenciální vznik jídelní patologie u dětí.

Hlavním cílem praktické části bylo potvrdit nebo vyvrátit předpokládaný vliv stravovacích návyků rodičů na vznik a rozvoj onemocnění a dále zjistit, jak moc jednotlivé vlivy v rámci stravování, vztahu k tělesnému vzhledu a výchovy ze strany rodičů mohou ovlivnit právě vznik a vývoj PPP. Výzkum byl realizován pomocí anonymního dotazníkového šetření. Dotazník byl předáván vedoucím práce PhDr. Františkem Krchem Ph.D. v ambulanci péči psychiatrické kliniky VFN a byl určen rodičům pacientek léčících se s poruchami příjmu potravy. Celkově se jednalo o 19 respondentů. První část výzkumu se týkala obecných informací o respondentech a jejich dětech, tedy pacientkách. Respondenti se všichni pohybovali ve věku od 40-60 let, převažovaly zde matky. Ve druhé části odpovídali rodiče na otázky zaměřené na jejich minulost ve spojitosti s držením diet a poruchami příjmu potravy. Zde se ukázala možná spojitost mezi držením diet a vlivem na vznik nemoci. 63,2 % respondentů potvrdilo, že v minulosti dietu drželi a 41,7 % z těchto respondentů souhlasilo s tvrzením, že držení diety ovlivnilo rodinu. V otázce, zda si respondenti někdy počítali příjem, se objevilo 5 kladných odpovědí. Třetí část výzkumu souvisela s tělesným vzhledem a vnímáním vlastního těla z pohledu respondentů. 57,9 % rodičů uvedlo na škále spokojenosti číslo 2. 36,8 % uvedlo spokojenost 3 a 4. Velká část tedy představovala rodiče, které se vzhledem nejsou úplně spokojeni. Také se v 57,9 % respondenti shodli na tom, že v minulosti negativně komentovali svoji postavu před svým dítětem. Tento aspekt opět mohl hrát roli v rozvoji nemoci. V otázce zaměřené na rodinné stravování 63,2 % respondentů uvedlo, že neměli zavedené pravidelné společné stravování. Což může poukazovat na spojitost rodinných jídelních návyků a rozvoje PPP. Poslední část výzkumu se dotazovala respondentů na sport a zákaz potravin u dětí. 31,6 % rodičů potvrdilo, že se někdy řídili tím, že si jídlo musí zasloužit sportem. Tento fakt potencionálně může hrát roli v rozvoji PPP u dětí. To se týká i zákazu potravin. 36,8 % rodičů souhlasilo s tím, že svým dětem zakazovali určité druhy potravin. Jednalo se především o jídla tučná, smažená a o sladkosti. Důvod většina uváděla nevhodnost těchto potravin pro děti.

Výsledky výzkumu byly velmi rozmanité. Jednotlivé stravovací návyky a chování rodičů mohou hrát roli ve vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy u dětí, ale také nemusí. U tohoto onemocnění existuje řada rizikových faktorů. Zda tyto faktory hrají roli či nikoliv, se liší u každého pacienta. Proto nebyly výsledky výzkumu stoprocentní. Je třeba dalšího zkoumání k potvrzení výsledků.



## 6 Seznam použité literatury

- 1) BARAKAT, Sarah, Siân MCLEAN, Emma BRYANT, Anvi LE a Peta MARKS et al.; 2023. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders* [online]. **11**(8), 1-31 [cit. 2023-11-24]. ISSN 2050-2974. Dostupné z: doi:10.1186/s40337-022-00717-4
- 2) BLACK, Donald W. a Jon E. GRANT. DSM-5 guidebook: the essential companion to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Washington: American Psychiatric Publishing, 2014. ISBN 978-1-58562-465-2.
- 3) COLTON, Emily, Kira-Elise WILSON, Trevor T-J CHONG a Antonio VERDEJO-GARCIA, 2023. Dysfunctional decision-making in binge-eating disorder: A meta-analysis and systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews* [online]. Fayetteville, N. Y., ANKHO International, **2023**(152), 152 [cit. 2023-11-19]. ISSN 1873-7528. Dostupné z: doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105250
- 4) DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. elektronické vydání. Praha: Grada, 2010. 1 online zdroj (632 stran). ISBN: 978-80-247-1620-6; 978-80-247-7543-2.
- 5) FARSTAD, Sarah M., Laura M. MCGEOWN a Kristin M. VON RANSON, 2016. Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* [online]. (46), 91-105 [cit. 2024-02-09]. ISSN 1873-7811. Dostupné z: doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005
- 6) FIELD, Alison E., Kristin M. JAVARAS, Parul ANEJA, Nicole KITOS, Carlos A. CAMARGO JR., C Barr TAYLOR a Nan M. LAIRD, 2008. Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* [online]. **162**(6), 574–579 [cit. 2024-03-02]. Dostupné z: doi:10.1001/archpedi.162.6.574
- 7) FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ, 2013. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2247-7.
- 8) GIOVANNI, Castellini, Caimi SAVERIO, Cassioli EMANUELE, Rossi ELEONORA a Marchesoni GIORGIA et.al.; 2023. Mortality and care of eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. **31**(5), 122-133 [cit. 2023-11-24]. ISSN 0001690X. Dostupné z: doi:10.1111/acps.13487
- 9) HAMBLETON, Ashlea, Genevieve PEPIN, Anvi LE, Danielle MALONEY, Stephen TOUYZ, Sarah MAGUIRE a National Eating Disorder Research Consortium, 2022. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *J Eat Disord* [online]. **10**(132) [cit. 2024-03-08]. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1186/s40337-022-00654-2
- 10) HIMMERICH, Hubertus et al., 2023. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines update 2023 on the pharmacological treatment of

- eating disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry* [online]. United Kingdom: United Kingdom: Taylor & Francis, **2023**(24), 643-706 [cit. 2023-11-12]. ISSN 1814-1412. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15622975.2023.2179663>
- 11) CHAPA, Danielle A. et al., 2022. Eating-Disorder Psychopathology in Female Athletes and Non-Athletes: A Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders* [online]. **55**(7), 861-885 [cit. 2024-02-13]. ISSN 1098-108X. Dostupné z: doi:10.1002/eat.23748
  - 12) CHAPMAN, Laura, Sam CARTWRIGHT-HATTON, Abigail THOMSON a Kathryn J. LESTER, 2021. Parental eating disorders: A systematic review of parenting attitudes, behaviours, and parent-child interactions. *Clinical Psychology Review* [online]. **88** [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102031>
  - 13) IWAJOMO, T., S.J. BONDY, C. DE OLIVEIRA, P. COLTON, K. TROTTIER a P. KURDYAK, 2021. Excess mortality associated with eating disorders: population-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry* [online]. **219**(3), 487–493 [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: doi:10.1192/bjp.2020.197
  - 14) KLISZOVÁ, Viera, 2012. Poruchy příjmu potravy 3 – příčiny vzniku. In: KLISZOVÁ, Viera. *MGR. VIERA KLISZOVÁ psychologické poradenství a psychoterapie Praha* [online]. [cit. 2024-02-10]. Dostupné z: <https://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priciny-vzniku/>
  - 15) KOHOUT, Pavel; HAVEL, Eduard; MATĚJOVIČ, Martin a ŠENKYŘÍK, Michal (ed.). *Klinická výživa*. Praha: Galén, [2021]. ISBN 978-80-7492-555-9.
  - 16) KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatric pro praxi*. 2014, **15**(4), 213-215. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/04/08.pdf>
  - 17) Krch, František David. Poruchy příjmu potravy – gender perspektiva. *Gender – rovné příležitosti – výzkum*, 2002, **3**(1), s. 10-12. ISSN 1213-0028. Dostupné také z: <http://www.genderonline.cz/en/issue/21-volume-3-number-1-2002/195>.
  - 18) KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*. 2004, **5**(1), 14-16. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>
  - 19) KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi*. 2007, **4**(10), 420-422. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
  - 20) KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
  - 21) KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.

- 22) KUMAR, Hemant, AMIT a Vijeta SINGH, 2023. Influence of Social Media on Eating Disorders and Body Image. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*. **11**(3), 486-489. ISSN 2347-3797.
- 23) KVIATKOVSKÁ, Katarína, Jakub ALBRECHT a Hana PAPEŽOVÁ. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2016, **112**(6), 275-279. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: [http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2016\\_6\\_275\\_279.pdf](http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_275_279.pdf)
- 24) LAVERY, M.E. a Deirdra FRUM-VASSALLO, 2022. An Updated Review of Night Eating Syndrome: An Under-Represented Eating Disorder. *Current obesity reports* [online]. **11**(4), 395-404 [cit. 2023-11-19]. ISSN 2162-4968. Dostupné z: doi:10.1007/s13679-022-00487-9
- 25) LOCK, James, 2019. *Pocket Guide for the Assessment and Treatment of Eating Disorders* [online]. Washington D.C.: American Psychiatric Association Publishing [cit. 2023-11-12]. ISBN 9781615372157. Dostupné z: doi: LCCN 2018035425
- 26) López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., Jiménez-López, E., Gutiérrez-Espinoza, H., Tárraga-López, P. J., & Victoria-Montesinos, D. (2023). Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, *177*(4), 363–372. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>
- 27) MAGALLARES, Alejandro, 2013. Social risk factors related to eating disorders in women. *Revista Latinoamericana de Psicología*. **45**(1), 147-154. ISSN 0120-0534.
- 28) MAHMOOD, Lubna, Paloma FLORES-BARRANTES, Luis A. MORENO, Yannis MANIOS a Esther M. GONZALES-GIL, 2021. The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients* [online]. **13**(4), 1038 [cit. 2024-02-19]. Dostupné z: doi:10.3390/nu13041138
- 29) MARKS, Rosie Jean, Alexander DE FOE a James COLLETT, 2020. The pursuit of wellness: Social media, body image and eating disorders. *Children and Youth Services Review* [online]. **119** [cit. 2024-02-12]. ISSN 1873-7765. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105659>
- 30) MECZEKALSKI, Blazej, Agnieszka PODFIGURNA-STOPA a Krzysztof KATULSKI, 2013. Long-term consequences of anorexia nervosa. *Maturitas* [online]. **75**(3), 215-220 [cit. 2024-03-06]. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.04.014>
- 31) MEHLER, Philip a Arnold ANDERSEN, ed., 2022. *Eating Disorders: A Comprehensive Guide to Medical Care and Complications* [online]. 4. Baltimore: Johns Hopkins University Press [cit. 2023-11-10]. ISBN 9781421443584. Dostupné z: <https://tinyurl.com/yrscm5uh>
- 32) Mezinárodní klasifikace nemocí: O klasifikaci, 2019. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2023-11-13]. Dostupné z:

<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikacenemoci#o-klasifikaci>

- 33) MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.
- 34) MOLENDIJK, M.L., H.W. HOEK, T.D. BREWERTON a B.M. ELZINGA. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological medicine* [online]. **47**(8), 1402–1416 [cit. 2024-02-08]. ISSN 1469-8978. Dostupné z: doi:10.1017/S0033291716003561
- 35) MONTELEONE, A.M., Francesca PELLEGRINO, Giovanni CROATTO, Marco CARFAGNO a Anja HILBERT et al, 2022. Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience and biobehavioral reviews* [online]. United States: Fayetteville, N. Y., ANKHO International, **2022**(142), 142 [cit. 2023-11-22]. ISSN 1873-7528. Dostupné z: doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104857
- 36) MORENO, Luis A., Gerardo RODRÍGUEZ, Jesús FLETA, Manuel BUENO-LOZANO, Aurora LAZÁRO a Gloria BUENO, 2010. Trends of Dietary Habits in Adolescents. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* [online]. **50**(2), 106-112 [cit. 2024-02-28]. Dostupné z: doi:10.1080/10408390903467480
- 37) MORTON, Nina, ed., 2016. *Eating Disorders: Prevalence, Risk Factors and Treatment Options* [online]. 1. New York: Nova Science Publisher's [cit. 2023-11-10]. ISBN 9781536100754. Dostupné z: <https://tinyurl.com/yrscm5uh>
- 38) Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 08.03.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340
- 39) PAPEŽOVÁ, Hana, 2007. Poruchy příjmu potravy a obezita a transgenerační přenos. *Česká a slovenská psychiatrie*. **103**(S1), 11. ISSN 1212-0383.
- 40) PAPEŽOVÁ, Hana a HANUSOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Vydání první. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. 47 stran: ilustrace; 24 cm. ISBN: cnb002405976; 978-80-87258-98-9; 978-80-7422-398-3
- 41) PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* [online]. Praha: Grada, 2010 [cit. 2023-11-09]. ISBN 978-80-247-2425-6.
- 42) PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy, transgenerační přenos a trauma. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2020, **116**(4), 197-204. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2020\\_4\\_197\\_204.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2020_4_197_204.pdf)
- 43) PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4904-7.

- 44) PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ, 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.
- 45) SAKTHIVEL, Sai Janani, Phillipa HAY a Haider MANNAN, 2023. A Scoping Review on the Association between Night Eating Syndrome and Physical Health, Health-Related Quality of Life, Sleep and Weight Status in Adults. *Nutrients* [online]. **15**(12), 2791. ISSN 2072-6643. Dostupné z: doi:10.3390/nu15122791
- 46) SCAGLIONI, S, M SALVIONI a C GALIMBERTI, 2008. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition* [online]. **99**(S1), S22-S25 [cit. 2024-03-01]. Dostupné z: doi:10.1017/S0007114508892471
- 47) SCAGLIONI, Silvia, Valentina DE COSMI, Valentina CIAPPOLINO, Fabio PARAZZINI, Paola BRAMBILLA a Carlo AGOSTONI, 2018. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients* [online]. **10**(6), 706 [cit. 2024-02-28]. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.3390/nu10060706>
- 48) SEIFERT, Bohumil, Pavel FRÜHAUF a Jarmila SEIFERTO VÁ. *Vybrané kapitoly z pediatrie: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2020*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2020. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-17-0.
- 49) SHAPIRO, Colleen M., 2011. *Eating Disorders: Causes, Diagnosis and Treatments* [online]. 1. New York: Nova Science Publishers [cit. 2023-11-25]. ISBN 978-1-622657-225-0. Dostupné z: <https://shorturl.at/GIMO9>
- 50) SIDANI, J. E., A. SHENSA, B. HOFFMAN, J. HANMER a B.A. PRIMACK, 2016. The Association between Social Media Use and Eating Concerns among US Young Adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* [online]. **116**(9), 1465–1472 [cit. 2024-02-13]. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.03.021>
- 51) VAN EEDEN, A.E., Daphne VAN HOEKEN a H.W. HOEK, 2021. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* [online]. **36**(6), 515-524 [cit. 2023-11-14]. ISSN 0951-7367. Dostupné z: doi:10.1097/YCO.0000000000000739
- 52) VAN HOAKEN, Daphne a Hans W. HOEK, 2020. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry* [online]. United States: Philadelphia, PA, USA: Gower Academic Journals, c1988-, **33**(6), 521-527 [cit. 2023-11-22]. ISSN 1473-6578. Dostupné z: doi:0.1097/YCO.0000000000000641
- 53) VOKURKA, Martin, 2023. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 5. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-5535-2.
- 54) WILLIAMSON, Francie, 2023. What is the most common eating disorder? The answer may surprise you. In: THE UNIVERSITY OF IOWA. *UNIVERSITY OF*

*IOWA HEALTH CARE* [online]. [cit. 2023-11-19]. Dostupné z:  
<https://shorturl.at/doGW2>

## 7 Seznam zkratek

APA – american psychological association (americká psychologická asociace)

BED – binge eating disorder (psychogenní přejídání)

BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)

DE – disordered eating (neobvyklé stravovací návyky)

DSM – diagnostic and statistical manual of mental disorders (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)

ED – eating disorder (porucha příjmu potravy)

EDNOS – eating disorders not otherwise specified (nespecifikované formy poruch příjmu potravy)

ESR1 – estrogen receptor 1 (estrogenový receptor 1)

FSH – folikuly stimulační hormon

LH – luteinizační hormon

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

NES – night eating syndrome (syndrom nočního přejídání)

NZIP – národní zdravotnický informační ústav

OCD – obsessive-compulsive disorder (obsedantně kompulzivní porucha)

PPP – poruchy příjmu potravy

SEAN – severe and enduring anorexia (život ohrožující chronické formy nemoci)

VFN – velká fakultní nemocnice

## **8 Seznam grafů**

- Graf č. 1:** Věk respondentů (str. 32)
- Graf č.2:** Rodinný stav respondentů (str. 33)
- Graf č.3:** Vztah k pacientovi s poruchou příjmu potravy (str. 33)
- Graf č.4:** Věk pacientek (str. 34)
- Graf č.5:** Typ poruchy příjmu potravy u pacienta (str. 35)
- Graf č.6:** Zkušenost s poruchami příjmu potravy (str. 35)
- Graf č.7:** Zkušenost s dietami (str. 36)
- Graf č.8:** Diety u respondentů (str. 38)
- Graf č.9:** Vliv držení diet na rodinu (str. 38)
- Graf č.10:** Počítání příjmu energie (str. 39)
- Graf č.11:** Účel počítání příjmu energie (str. 40)
- Graf č.12:** Spokojenost s tělem (str. 41)
- Graf č.13:** Negativní slova o vzhledu těla před dítětem (str. 41)
- Graf č.14:** Nadváha (str. 42)
- Graf č.15:** Omezení v jídelníčku (str. 43)
- Graf č.16:** Stravování před onemocněním (str. 44)
- Graf č.17:** Sledování složení potravin při nákupu (str. 44)
- Graf č.18:** Nynější stravování respondentů (str. 45)
- Graf č.19:** Zasloužení si jídla sportem (str. 46)
- Graf č.20:** Negativní slova o jídle před dětmi (str. 46)
- Graf č.21:** Zákaz určitých potravin dětem (str. 47)
- Graf č. 22:** Konkrétní zakázané potraviny (str. 48)
- Graf č.23:** Důvod zákazu potravin (str. 50)



## **9 Seznam tabulek**

**Tabulka č.1:** Komplexní úkoly při léčbě PPP (str. 12)

**Tabulka č.2:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro anorexia nervosa (str. 15)

**Tabulka č.3:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro bulimia nervosa (str. 17)

**Tabulka č.4:** Srovnání mentální anorexie a bulimie (str. 18)

**Tabulka č.5:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro psychogenní přejídání (str. 21)

**Tabulka č.6:** Přehled diet respondentů (str. 37)

**Tabulka č.7:** Konkrétní zakázané potraviny (str. 48)

**Tabulka č.8:** Důvod zákazu potravin (str. 49)

## **10 Seznam obrázky**

## **11 Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Dotazník – Vliv stravovacích návyků rodičů na rozvoj poruch příjmu potravy u dětí

**Příloha č. 1:** Dotazník – Vliv stravovacích návyků rodičů na rozvoj poruch příjmu potravy u dětí

**DOTAZNÍK**

**1) Jaký je Váš věk?**

- a) Do 40 let
- b) 40–60 let
- c) Nad 60 let

**2) Jaký je Váš rodinný stav?**

- a) Svobodný/á
- b) Ženatý/vdaná
- c) Rozvedený/á
- d) Vdovec/vdova

**3) Jaký máte vztah k nemocnému dítěti, které trpí poruchou příjmu potravy?**

- a) Otec
- b) Matka
- c) Prarodič

**4) Kolik je Vašemu dítěti?**

- a) Méně než 10 let
- b) 10-13 let
- c) 13-18 let
- d) 18-25 let
- e) Více než 25 let

**5) Jaká porucha příjmu potravy byla Vašemu dítěti diagnostikována?**

- a) (Můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a) Mentální anorexie
- b) Atypická forma mentální anorexie
- c) Mentální bulimie
- d) Atypická forma mentální bulimie
- e) Psychogenní přejídání
- f) Jiná porucha příjmu potravy

**6) Trpěl/a jste někdy v minulosti problémy s příjmem potravy?**

- a) Ano
- b) Ne

**7) Držel/a jste někdy v minulosti dietu za účelem redukce hmotnosti?**

- a) Ano
- b) Ne

**8) Pokud jste v otázce č.7 zaškrtnl/a ano, vypište prosím, jaké diety jste držel/a:**

**9) Pokud jste někdy držel/a dietu, ovlivnilo to stravování celé vaší rodiny?**

- a) Ano
- b) Ne

**10) Počítal/a jste si někdy příjem energie (kalorie)?**

- a) Ano
- b) Ne

**11) Pokud jste si někdy příjem počítal/a, za jakým účelem to bylo?**

**12) Na škále od 1–5, jak moc jste spokojený/á s tím, jak vypadá Vaše tělo?**

1–2–3–4–5

1- Velmi spokojený/á

5 - Velmi nespokojený/á

**13) Mluvil/a jste někdy negativně o své postavě před svým dítětem?**

- a) Ano
- b) Ne

**14) Máte nadváhu**

- a) Ano
- b) Ne

**15) Máte nějaká omezení jídelníčku z důvodu zdravotních problémů (alergie, diabetes apod.):**

- a) Ano
- b) Ne

**16) Jak se vaše rodina stravovala předtím, než vaše dítě onemocnělo poruchou příjmu potravy?**

- a) Snažili jsme se jíst vždy pohromadě u jednoho stolu
- b) Někdy jsme jedli dohromady, někdy každý sám
- c) Jídlo jsme neřešili, každý se najedl, kdy a kde chtěl

**17) Při nákupu potravin jste zvažoval/a jejich složení**

- a) Ano
- b) Ne

**18) Jak se nyní Vy sami stravujete?**

- a) Držím dietu za účelem redukce hmotnosti
- b) Snažím se jíst pestře a vyváženě
- c) Mám jídelní omezení ze zdravotních důvodů
- d) Zastávám alternativní způsob stravování (veganství, vegetariánství)
- e) Jídlo neřeším

**19) Řídil/a jste se někdy tím, že si jídlo musíte zasloužit sportem?**

- a) Ano
- b) Ne

**20) Mluvil/a jste někdy negativně o jídle, potravinách před dítětem?**

- a) Ano
- b) Ne

**21) Zakazoval/a jste někdy svému dítěti určité druhy potravin?**

- a) Ano
- b) Ne

**22) Pokud jste v otázce č.21 odpověděl/a ano, uveďte prosím, o jaké potraviny se jednalo.**

**23) Pokud jste v otázce č.21 odpověděl/a ano, uveďte prosím důvod zákazu těchto potravin.**