UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapie

Lucie Černíková

Stravovací návyky dospívajících

Genderové rozdíly v přístupu ke stravování

Eating Habits of Adolescents

Difference in Approach Between Genders

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Nelly Kalinová

Praha, 2024

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

V Praze, 29. 04. 2024.

LUCIE ČERNÍKOVÁ

……

Podpis

Identifikační záznam

Černíková, Lucie. *Stravovací návyky dospívajících, genderové rozdíly v přístupu ke stravování*. *[Eating Habits of Adolescents, Difference in Approach Between Genders]*. Praha, 2024. 66 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, III. Interní klinika 1. LF UK. Vedoucí práce Kalinová, Nelly.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá stravovacími návyky dospívajících a jejich rozdíly v závislosti na pohlaví. S cílem zmapování jídelních zvyklostí bylo provedeno dotazníkové šetření mezi respondenty daného věkového rozmezí. Otázky byly sestaveny ze dvou oficiálních dotazníků. Prvním z nich byl The Adolescent Food Habit Checklist, který slouží k hodnocení stravovacích návyků u adolescentů. Druhá část sestávala ze Stunkardova Dotazníku jídelních zvyklostí, který se běžně používá v psychologické praxi a sleduje tři oblasti: restrikci, disinhibici a hlad. Ve výsledcích se nepotvrdilo, že by dívky měly zdravější stravovací návyky, větší tendence k restrikci nebo vykazovaly vyšší míru disinhibice v jídelním chování. Prokázalo se, že chlapci ve větší míře pociťují hlad. Pro potvrzení nebo vyvrácení těchto výsledků by bylo třeba dalšího výzkumu.

klíčová slova: stravovací návyky, poruchy příjmu potravy, dospívající, adolescenti, restrikce, disinhibice, hlad, body image, obezita

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on eating behaviour of adolescents and differences between genders. With concern to examine this behaviour a survey was conducted with respondents of defined age. Questions were put together from two different official questionnaires. First was The Adolescent Food Habit Checklist which is used to evaluate adolescents‘ eating habits and the second one was Stunkard’s Three-Factor Eating Questionnaire which is used regulary in psychiatric practise. This form covers three areas: restriction, disinhibition and hunger. Results didn’t show that girls have healtier eating habits than boys nor higher tendency for restriction or disinhibition in case of eating behaviour. Study shown that boys in general tend to feel more hungry. To support or disprove these results more research is needed.

keywords: eating behaviour, eating disorders, adolescents, restriction, disinhibition, hunger, body image, obesity

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat své vedoucí PhDr. Nelly Kalinové za odborné vedení, cenné rady a podporu během zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod 9
Teoretická část 10
1. Adolescence 10
1.1. Definice adolescence 10
1.2. Nutriční potřeby 11
1.2.1. Potřeba energie 11
1.2.2. Potřeba nutrientů 12
2. Vývojové vlivy podmiňující stravování 13
2.1. Kognitivní změny 13
2.2. Fyzické změny 14
2.3. Sociální a emoční změny 14
2.3.1. Média a sociální sítě 15
3. Vývoj jídelního chování 17
4. Stravovací návyky adolescentů 18
4.1. Vynechávání jídel 19
4.2. Diety 20
4.3. Svačení 21
4.4. Stravování v rychlých občerstveních 22
5. Poruchy příjmu potravy 22
5.1. Etiologie 23
5.2. Rizikové faktory 23
6. Obezita dospívajících 25
7. Výživová doporučení pro dospívající 26
7.1. Vzorce stravování a stravovací návyky 27
7.2. Výběr potravin a jejich zpracování 28
8. Jak podpořit zdravé stravovací návyky 28
Praktická část 30
9. Cíle 30
10. Hypotézy 30
11. Výzkumný soubor 30
12. Použité metody 31
12.1. Sběr dat 31
12.1.1. The Adolescent Food Habit Checklist 31

12.1.2. Stunkardův Dotazník jídelních zvyklostí 32
13. Výsledky 32
13.1. The Adolescent Food Habit Checklist 32
13.1.1. H1: Dívky budou v dotazníku AFHC častěji volit „zdravé“ odpovědi 32
13.2. Stunkardův dotazník jídelních zvyklostí 34
13.2.1. H2: Dívky budou v oblasti Restrikce dosahovat vyššího skóre 36
13.2.2. H3: Dívky budou mít v oblasti Disinhibice vyšší skóre než chlapci 36
13.2.3. H4: Chlapci budou v oblasti Hladu dosahovat vyššího skóre než dívky 37
14. Diskuse 39
15. Závěr 41
Seznam použité literatury 42
Seznam zkratek 50
Seznam grafů 51
Seznam tabulek 52
Seznam obrázků 53

Úvod

Dospívání je obdobím mnohých změn. Dochází ke komplexní proměně osobnosti v aspektech fyzických, psychických i sociálních. Průběh určují mnohé proměnné, některé pochody jsou dané biologicky, jiné jsou závislé na psychických a sociálních faktorech. Na každého jedince působí požadavky a očekávání společnosti, které jsou specifické pro danou kulturu a prostředí. Toto období života je časem hledání sama sebe a definování vlastní identity, proměn vztahů s ostatními lidmi a snahy o to, najít si své místo ve společnosti.

Tělesný vzhled je důležitou součástí identity a stává cílem i prostředkem. Dospívající se chtějí líbit jak sobě tak okolí a mají potřebu se skrze své vzezření ujišťovat o své hodnotě a dosáhnout pomyslné vysoké příčky na sociálním žebříčku. Kromě toho hrají velkou roli média, která nás tlačí k určité uniformitě. Při naplnění kritérií považovaných za predispozice ke kráse jsou lépe přijímáni dospělými a vrstevníky. Tendence ke snahám o dosažení co největší atraktivity se projevuje více u dívek. U chlapců bývá velkým tématem například výška nebo i fyzická síla (Vágnerová, 2012).

Ve své bakalářské práci si kladu za cíl zkoumat, jak se změny této vývojové fáze podepisují na stravovacích návycích dospívajících.

V teoretické části se zabývám základním popisem probíhajících změn v průběhu dospívání a hlouběji se zaobírám otázkou typických vzorců jídelního chování, se kterými se u mladistvých můžeme setkat.

V praktické části popisuji výzkum, který jsem provedla pomocí dotazníkového šetření u mladistvých definovaného věkového rozmezí. Výzkum si klade otázku, jakým způsobem se liší způsob stravování a cíle s ním spojené mezi chlapci a dívkami.

Teoretická část

1. Adolescence

1.1. Definice adolescence

Na začátek této bakalářské práce je třeba si definovat, jakou věkovou kategorií se bude zabývat a jaká specifika jsou pro ni typická, a to jak v obecných charakteristikách, tak především z nutričního pohledu na věc. Období adolescence můžeme definovat jako období mezi dětstvím a dospělostí. V této fázi života dochází ke značným změnám v psychické, fyzické i sociální sféře. Základ změn je dán biologickými procesy, ale vždy hraje velkou roli okolní prostředí. Dospívání je ovlivněno řadou faktorů, společenskými a kulturními podmínkami nebo například kladenými požadavky. Je to složité období charakteristické hledáním sebe sama, snahy začlenit se mezi vrstevníky a vydobytí si místa ve společnosti. Mladiství se střetávají s pochybnostmi o svých schopnostech a kompetencích.

Kvůli mnohým změnám jsou jedinci tohoto věku pod značným tlakem. Roste potřeba nezávislosti, snaha zbavit se postavení dítěte a s tím spojené sociální podřízenosti.

Dospívání můžeme rozdělit do dvou fází. První je raná adolescence, někdy také označována jako pubescence, je popisována ve věku od 11 do 15 let. Nejzřetelněji se projevují fyzické změny a pohlavní dospívání. To vede ke změnám v chování a vlastním sebepojetí. Transformací prochází i způsob myšlení. Rozvíjí se hypotetické uvažování, které umožňuje přemýšlet o abstraktních, neexistujících věcech. Proměnou prochází i emoční prožívání. Pubescenti se začínají odpoutávat od rodičů a snaží se se odlišit od dětí. Vnějšímu světu to dávají najevo například změnou životního stylu a zevnějšku.

Odpoutáváním od rodiny částečně přichází o pocit jistoty, nahrazuje ho však větší svoboda v rozhodování. Učí se novým kompetencím, které jim dopřávají pocit větší nezávislosti a mají potřebu nalézt si přijatelnou pozici ve společnosti.

Druhou fázi nazýváme pozdní adolescence. Ta trvá přibližně od 15. roku života do 20. Začátek je vymezen biologickými procesy, a to konkrétně pohlavním dozráváním. Hlavní roli zde nehraje fyzický vývoj, ale především psychosociální proměny, měnící se osobnost i společenská pozice. Důležitým mezníkem je zakončení školní docházky, na které navazuje rozhodnutí, zda ve vzdělávání pokračovat nebo nastoupit do zaměstnání. Rozvíjejí se sociální vztahy s vrstevníky, jak v rozměru přátelství, tak partnerství.

Definující je v tomto období hledání vlastní identity. Snaha o sebepoznání se projevuje i v experimentech v rámci partnerských vztahů nebo způsobů chování. Roste touha po seberealizaci. Adolescenti zkouší hranice svých možností, což může v některých případech zajít až k extrémnímu jednání. Přechod mezi dospíváním a dospělostí je pro mnohé příjemným obdobím, kdy zažívají poměrně velkou svobodu zároveň s minimem zodpovědnosti. Je třeba jedinci poskytnout dostatek času pro zvolení toho, kam by chtěl v životě směřovat, aby mohl porozumět sám sobě a mohl se osamostatnit (Vágnerová, 2012).

1.2. Nutriční potřeby

Období dospívání je spojeno s výrazným růstem a změnami tělesné konstituce, čímž dochází i ke značnému nárůstu potřeby energie a nutrientů (Das et al., 2017).

Růst a vývoj během adolescence má vliv na zdraví i v pozdějších fázích života. Přestože obezita u dospívajících je na vzestupu, stále se setkáváme s problémem nedostatku mikronutrientů. Deficit látek v období raného dospívání může mít za následek nesprávný průběh fyzického vývoje, který dále ovlivňuje konečnou výšku, množství svalové nebo tukové tkáně nebo i vznik některých nepřenosných onemocnění. Výživa se podepisuje také na vývoji kardiorespiračních funkcí a muskuloskeletálního, nervového a imunitního systému (Norris et al., 2022).

Strava může také sloužit jako prevence mnoha chronických onemocnění jako jsou obezita, některé typy rakoviny, diabetes druhého typu a srdeční choroby. (Thompson et al., 2007) .

1.2.1. Potřeba energie

Dospívání je období růstu a maturace, kdy dozrávají orgány a fyziologický systém celkově. Průměrný jedinec vyroste o 20 % své konečné výšky a hmotnost se navýší o 50 % konečné dospělé hodnoty. Kosterní hmota se z důvodu remodelace zvětší přibližně o 40 % (Norris et al., 2022).

Jak už jsem zmínila, období dospívání souvisí s navýšením potřeby energie. Dívky obecně potřebují méně kalorií než chlapci, ale záleží vždy na mnohých proměnných: věku, hmotnosti, fyzické aktivitě apod. Individuální potřeby se tak mohou značně lišit. V následující tabulce jsou rozepsané přibližné doporučené hodnoty denního příjmu kalorií pro chlapce a dívky (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025).

VĚK	MÁLO AKTIVNÍ (kcal)	STŘEDNĚ AKTIVNÍ (kcal)	VYSOCE AKTIVNÍ (kcal)
11	1800	2000	2200
12	1800	2200	2400
13	2000	2200	2600
14	2000	2400	2800
15	2200	2600	3000
16	2400	2800	3200
17	2400	2800	3200
18	2400	2800	3200
19	2600	2800	3000

20	2600	2800	3000

Tabulka 1: Přibližná denní energetická potřeba dospívajících chlapců (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025)

VĚK	MÁLO AKTIVNÍ (kcal)	STŘEDNĚ AKTIVNÍ (kcal)	VYSOCE AKTIVNÍ (kcal)
11	1600	1800	2000
12	1600	2000	2200
13	1600	2000	2200
14	1800	2000	2400
15	1800	2000	2400
16	1800	2000	2400
17	1800	2000	2400
18	1800	2000	2400
19	2000	2000	2400
20	2000	2000	2400

Tabulka 2: Přibližná denní energetická potřeba dospívajících dívek (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025)

1.2.2. Potřeba nutrientů

V řadě výzkumů prováděných v USA vychází, že velká míra dospívajících nedokáže splnit dietní doporučení, jak už z pohledu celkového nutričního stavu nebo v rámci příjmu některého specifického nutrientu (Neumark-Sztainer et al., 2002). U řady adolescentů se setkáváme s tím, že přijímají nadměrnou část energie z přidaného cukru nebo tučných výrobků. Naproti tomu mají nedostatečný příjem vitamínu a D, kyseliny listové, vlákniny, zinku nebo vápníku (Frary et al., 2004).

U dívek je například zvýšená potřeba železa, které je důležitým prvkem při probíhající menstruaci. Jeho nedostatek může vést ke snížení kognitivních funkcí, dysfunkci imunitního systému nebo zpomalení růstu. V nejvážnějších případech může způsobit až sideropenickou anémii (Norris et al., 2022). Doporučená denní dávka se pohybuje kolem 15 mg, které může být těžké dosáhnout, zvlášť pokud se dívka rozhodne redukovat svoji hmotnost a proto sníží svůj energetický příjem. Problémem je jistě i nedostatek živočišných produktů ve stravě, především vajec a masa (Lifshitz et al., 1993).

U dívek je v porovnání s chlapci viditelná nižší spotřeba masa a vajec. To při nedostatku jiných zdrojů bílkovin, například luštěnin, může vést k jejich nedostatku. Mimo to se u dívek často setkáváme s deficitem folátů, vitamínu B6 a vitamínu B12 (Snetselaar et al., 2021).

Kromě toho narážíme v některých případech i na deficit vápníku, který zvyšuje riziko vzniku osteoporózy v pozdějších fázích života (Greer et al., 2006). Doporučované množství je pro obě pohlaví 1300 mg denně, což představuje 3 až 4 porce mléčných produktů. Množství přijatého vápníku se dá navýšit konzumací výrobků, které přirozeně prvek obsahují, nebo za pomoci fortifikovaných potravin. Další možností je i suplementace (Kann, 2016). Problém s dostatečným příjmem nastává hlavně pokud dotyčný vynechává jídla nebo se snaží o redukci hmotnosti (Greer et al., 2006).

Na vzestupu je i nedostatek vitamínu D, který je spojován s řídnutím kostní hmoty a častějšími frakturami (Dong et al., 2010). Doporučená denní dávka je 600 IU, někteří jedinci však potřebují i dávky vyšší. Dobrou službu zde dělají opět fortifikované výrobky, a to nejen mléčné produkty, ale i džusy, cereálie a další. Přesto je mnohdy vhodné vitamín D suplementovat, a to především u těch, kteří nedokáží zkonzumovat doporučené tři dávky mléčných produktů denně (Saintonge et al., 2009).

Co se týče nedostatku zinku, je na vině opět v největší míře omezení konzumace masa, vajec a mléčných výrobků. Jako náhrada se dají využít obilné klíčky, celozrnné produkty a dalších potraviny bohaté na tento mikronutrient (Subar et al., 1998). Zinek je součástí enzymů, které jsou důležitým elementem v mnoha metabolických drahách, je důležitý pro regulaci exprese genů, tvorbu bílkovin, metabolismus glukózy, sekreci inzulinu, hojení ran nebo funkce imunitního systému. Nedostatek se projevuje neadekvátním růstem, kožními onemocněními, hypogonadismem nebo třeba anorexií (Willoughby & Bowen, 2014).

2. Vývojové vlivy podmiňující stravování

Dospívající procházejí v tomto období mnohými změnami, které mohou výrazně determinovat další průběh jejich života. Začínají se odlišovat od dětí, ale stále nejsou ani dospělými. Společnost často vyžaduje, aby mladý člověk ukázal svou odolnost a odvahu a tím jsou mu postupně předávány symboly statutu dospělého. V současné době jsou nároky čím dál tím vyšší a vyžadují tak i delší přípravu.

Dospívající si vytvářejí zvláštní znaky, někdy až specifickou subkulturu, která se může vymykat od většinové společnosti odlišným vyjadřováním, oblékáním či dalšími odchylkami. Jejich postavení je do značné míry nejisté a jejich výchova mnohdy nejednotná. To může vést k řadě obtíží, se kterými se mladí lidé musí vypořádat (Langmeier & Krejčířová, 2006).

2.1. Kognitivní změny

Dle Piageta je ve školním věku, tedy ve věku od 7 do 11 let, dovršena fáze konkrétních myšlenkových operací. V období dospívání by tedy měla být ukončena a měla by se překlenout do období formálních operací (Josef & Dana, 2006). Jedinci spadající do skupiny zájmu této práce by tedy měli

být schopni logického abstraktního uvažování, přemýšlení o budoucnosti, a měli by být schopni uchopit principy stravování včetně jeho plánování na základě vlastních cílů.

Přestože se kognitivní schopnosti stále vyvíjejí (Fraňková et al., 2013), dospívající by již měli být schopni odložit akutní potřebu naplnění svých potřeb. Zároveň již mají zakořeněné sociální normy a autonomní morálku. To se promítá i do jejich jídelních zvyklostí, vztahu k jídlu a jídelního chování. Na výsledném jednání se podílejí nejen individuální proměnné, ale samozřejmě i vlivy externí, jako je např. rodinné prostředí, vrstevníci a média (Krch, 2005).

2.2. Fyzické změny

Puberta mimo psychických změn přináší i řadu změn tělesných. V tomto období se mění složení těla, podíl a uložení tuku a celkově se mění tvar postavy. To především u dívek může vést ke značné nespokojenosti (Krch, 2005). Dochází k vývoji sekundárních pohlavních znaků a adolescenti prožívají první psychosexuální zkušenosti. Právě tyto změny hrají největší roli v rozvoji poruch příjmu potravy, které jsou pro období adolescence tak typické (Koutek & Kocourková, 2007).

Podle některých autorů do období adolescence můžeme zařadit i případný počátek psychogenního přejídání, které mohou následovat snahy o redukční diety nebo i depresivní porucha (Wilfley et al., 1997).

2.3. Sociální a emoční změny

Mladí lidé se musí během dospívání vyrovnat s očekáváním světa dospělých. Sociální a emocionální změny jsou v tomto případě velmi úzce propojené a jdou spolu ruku v ruce (Papežová, 2010). Dítě si s přibývajícím věkem stále více uvědomuje a hodnotí své postoje k životu, ostatním lidem i jídlu, a společenské prostředí na něj v tomto ohledu vyvíjí velký tlak (Fraňková et al., 2013).

Dospívající postupně získávají větší nezávislost, tráví více času mimo rodinný kruh a jejich strava už není tak striktně pod taktovkou rodičů (Videon & Manning, 2003). Přestože ti stále představují významný element v životě dospívajícího, vrstevníci se začínají pomalu dostávat do popředí. Porovnávají se s nimi, hledají si vlastní identitu a dochází k postupnému odpoutávání od rodičů. V tomto procesu je jedinec v mnoha ohledech nejistý a je zvýšeně citlivý na hodnocení z vnějšku (Erikson, 1996). Postoje a hodnoty, včetně těch souvisejících se stravováním, jsou tedy ovlivněny rodinou, vrstevníky, okolním prostředím i celkově společností jako takovou, které dohromady budují obraz toho, jak by stravování mělo vypadat a tím i konkrétní jídelní zvyklosti.

Identita, která byla do této chvíle budována převážně z vnějšku, je sice stále formována pomocí hodnocení a názorů ostatních, důležitější postavení však přebírá osobní zkušenost (Orel et al., 2016). Přirozeně se při identifikaci vlastní osobnosti jedinec vrací k tomu, co je mu známé, na co je zvyklý.

Typickým znakem dospívání je zaměření sama na sebe. Poznámky z okolí ohledně postavy nebo váhy si tak berou za vlastní, nezamýšlí se nad tím, jestli například nepramení z nejistot toho, který ji vyslovil. V době, kdy jedinec hledá svou identitu a vytváří si vlastní sebepojetí mohou nabývat neobvyklého významu, i proto, že fyzický vzhled tvoří důležitou součást sebepojetí (Orel et al., 2016). V důsledku toho se mohou vytvářet některá patologická chování, která mohou vést až

k poruchám příjmu potravy. Výroky okolí dospívajícího, které neprošly kritickým zhodnocením, tak mohou vyvolat nepřiměřenou reakci v podobě touhy po dokonalé postavě a držení drastických diet. To je navíc umocněno tím, že adolescenti, nejistí si vlastní identitou, dokáží dávat značně najevo svou nesnášenlivost k odlišnostem (Erikson, 1996).

Odlišnosti ve vzhledu jsou samozřejmě nejlépe viditelné na první pohled, proto se nabízejí jako vhodný prostředek pro změnu při snaze zapadnout do skupiny vrstevníků. Tato skupina, do které chce být jedinec začleněn, tak často nastavuje normy vzhledu i chování, které je vzájemně akceptováno. Zaměření na štíhlost, které je zakořeněno nejen u adolescentů, ale i v celkové společnosti, je považováno za jeden ze zásadních faktorů vzniku poruch příjmu potravy (McKnight Investigators, 2003).

Pokud jedinec tyto ideály nesplňuje, často si připadá horší než ostatní. v některých případech se k tomu přidružuje i strach, že nebude dostatečně atraktivní, a bude tak mít potíže s nalezením partnera (Fairburn & Harrison, 2003).

Mezi další vlivy na stravování jedince může být míra vnější kontroly, která může vést k dysregulaci příjmu potravy. Studie nacházejí pozitivní korelaci s jedením spouštěným emočními podněty nebo dalšími externími činiteli, jako je například vůně jídla, jako důsledek nucení k jídlu v dětství. Omezování přísunu potravy naopak s emočním jedením korelovalo negativně a pozitivně se projevilo v tendencích k restrikci (van Strien & Bazelier, 2007). Jedení jako odpověď na emoce bylo také vyšší u jedinců, kteří popisovali nedostatek mateřské podpory a vysokou míru fyzické kontroly v období mladší adolescence. U starších adolescentů měla stejný dopad malá behaviorální kontrola (Snoek et al., 2007).

2.3.1. Média a sociální sítě

Z důvodu velkého rozmachu nových technologií jsem se rozhodla v rámci své bakalářské práce zahrnout i kapitolu, která se této problematice bude samostatně věnovat. Domnívám se, že moderní komunikační prostředky, především sociální sítě, mají signifikantní dopad na své uživatele. Mladiství, kteří jsou předmětem zkoumání této práce, jsou navíc nejpočetnější skupinou jejich uživatelů a nejvíce se na nich podepisuje jejich vliv.

V otázce stravování hrají média dvojí roli. První souvisí s jejich samotným sledováním, které nevyžaduje téměř žádnou fyzickou aktivitu, čímž mohou přispívat k nárůstu hmotnosti. Čím více času tráví jedinec u televize nebo sledováním jiných médií, tím vyšší je pravděpodobnost, že bude obézní. Kromě již zmíněné nedostatečné aktivity s tímto fenoménem souvisí i konzumace drobného občerstvení, které bývá zpravidla bohaté na tuky, cukry a obecně vzato kalorie.

Druhá role je přesně opačná a tou je již zmiňované budování touhy po štíhlosti. V jedné ze studií z roku 2003 se při analýze mediálního obsahu ukázalo, že více než dvě třetiny ženských charakterů jsou štíhlé, zatímco u mužů jich bylo pouhých 18 %. Také se ukázalo, že mediální ideál ženského těla se výrazně změnil během posledních 30 let. Původně měly modelky přibližně o 8 % nižší váhu, na přelomu milénia však již o celých 23 % (Brown & Witherspoon, 2002).

Dnes se adolescenti přesouvají od televize k používání sociálních sítí, online platforem, které zajišťují mezilidské interakce pod záštitou individualizovaných profilů a sdílení fotografií, videí a

dalších informací přes aplikace jako je Instagram, Facebook a mnoho jiných. Dívky se zdají být náchylnější k rozvoji mentálních zdravotních potíží v souvislosti s používáním sociálních sítí více než chlapci. Jednou z příčin může být konzumace obsahu na internetu, který může zapříčinit nespokojenost s vlastním tělem.

Tyto platformy mají zajisté mnoho pozitivních přínosů, mezi které může zařadit například možnost propojení a komunikace a lepší příležitosti ke vzdělávání a učení. Naproti tomu ale můžeme sledovat neblahý účinek na mentální zdraví, přispívají k rozvoji deprese, úzkosti, sebepoškozování, nižšímu sebevědomí a pro tuto práci nejsignifikantnější negativní body image.

Podle studie z roku 2022 dochází u dívek k porovnávání s prezentovanými obrazy těl, které iniciuje touhu po změně. Uznání a zpětnou vazbu pak hledají opět na těchto platformách, čímž dále ovlivňují další sledující. Čas strávený na sociálních sítích je spojován s rostoucí nespokojeností s vlastním tělem. Fotografie štíhlých žen, často navíc zkrášlené filtry, které v tomto prostoru běžně nacházíme, propagují stereotypní ideály krásy. Navíc zde nenajdeme pouze modelky nebo herečky, které se dříve zviditelňovaly na plátnech kin, na televizních obrazovkách nebo na stránkách časopisů. Dnes se díky digitalizaci stávají mladistvým vzory jejich vrstevníci, se kterými se můžou lépe ztotožnit a jejich vliv má větší sílu (Papageorgiou et al., 2022).

Výzkumy potvrzují, že ukazování štíhlých ženských ideálů může mít okamžitý dopad na vnímání vlastního těla a spokojeností se svojí postavou. Sledování těchto obrazů samo o sobě dá jen stěží za vznik poruše příjmu potravy, přesto je zřejmé, že v procesu hrají důležitou roli (Brown & Witherspoon, 2002).

Při hodnocení obsahu zveřejňovaných fotografií byla zaznamenána sexuální objektivizace žen, která je příkladem zvýrazňují genderové rozdíly skrze vyobrazení žen jako sexuálně dostupných. To může vést u dívek k internalizaci konvenčních představ o ženskosti s dopadem na mentální zdraví. Při vývoji body image tento obsah, který zdůrazňuje, že by měly vypadat „sexy“, přispívá k tomu, že mladé slečny odvozují svoji hodnotu od sledování vlastního vzhledu a jeho posuzování (Papageorgiou et al., 2022).

Kromě toho sílí i trend fitness, který propaguje vysportovaná atletická těla a zdravý životní styl založený na cvičení a dodržováním určitého stravování. Sledováním profilů zaměřených na toto téma se ukazuje jako podklad k využívání legálních látek a suplementů podporujících výkon nebo produktů podporujících změnu tělesné konstituce ke kýženému výsledku. Dochází ke zvýšené konzumaci proteinových přípravků, APEDS (appearance- and performance-enhancing drugs and substances, volně přeloženo: vzhled a výkon podporující léky a látky), energy drinků a „pre-workout“ výrobků podporujících výkon při tréninku. Také roste například příjem kofeinu, kreatinu a probiotik.

Tento trend opět podporuje již mnohokrát zmiňované chování, navíc spojené s intenzivním cvičením (Ganson, Nguyen, Ali, Hallward, et al., 2023).

Kromě touhy po štíhlosti dnes pozorujeme u mnoha lidí snahu o budování svalové hmoty. Vzpírání a další silové disciplíny jsou obecně považovány za dobrý prostředek pro zlepšení zdraví, podpoření dlouhověkosti a snížení rizika úrazu. Přesto o budování svaloviny můžeme mluvit i v kontextu poruch příjmu potravy, kdy daní jedinci usilují o vypracovanou muskulaturu, snížení podílu tukové

tkáně a o dosažení specifické sociokulturního ideálu. V chování se objevuje například extrémní fyzická aktivita, přehnaná konzumace bílkovin, eliminační diety, přerušované hladovění a nabírací a rýsovací cykly.

Na pomoc si tito jednici berou i již zmiňované APEDS a v horších případech sahají po nelegálních látkách jako jsou anabolické steroidy, modulátory selektivních androgenových receptorů nebo testosteron.

Tradičně dívky častěji udávají touhu po štíhlosti, zatímco chlapci právě po vyrýsovaných svalech. V poslední době však není toto rozdělení natolik zřetelné a tendence typické spíše pro mužské pohlaví shledáváme i u dívek, které také propadají trendu body buildingu (Ganson, Nguyen, Ali, Nagata, et al., 2023).

Mimo dokonalých těl nacházíme na sociálních sítích také profily propagují tzv. „body positivity“. I ty však stále zachycují realitu, kde je tvar těla velkým faktorem hodnoty jedince (Papageorgiou et al., 2022). Přesto se ukazují jako méně škodlivé a často i přínosné. Zobrazují těla, která se liší od obecného ideálu, čímž uvolňují tlak na dosahování nerealistických cílů a nabízejí příležitost k porovnávání, které nemá negativní účinky. Navíc některé profily produkují i edukační obsah poukazující na nereálnost většiny sdílených obrázků (Rodgers et al., 2023).

3. Vývoj jídelního chování

Pro pochopení vztahů mezi jídlem a dospívání je třeba se podívat i na to, jak vlastně jídelní chování vzniká a co ho determinuje. Tento proces samozřejmě nezasahuje pouze do generace adolescentů, ale do všech věkových kategorií. Protože tato práce se zabývá především změnami ve stravování, které se dějí v přechodu z dětství do adolescence, a jídelním chováním typickým pro tuto skupinu, chtěla bych se na začátek podívat na to, jak se vůbec vztah k jídlu vyvíjí, jaké podněty nám může poskytnout okolí v době vyrůstání a co se podepisuje na tom, jaké potraviny budeme preferovat v průběhu života.

Při vývoji stravovacích preferencí se zapojují mnohé faktory. Významnou roli hrají genetické predispozice jedince společně s vnějšími faktory prostředí. Při zkoumání těchto vlivů naráží výzkumníci na zásadní problém, a to, že rodiče zpravidla poskytují jak genetickou výbavu, tak vytváří prostředí k dospívání a starají se o výchovu potomka. Prevalence obezity je tak vyšší u dětí s obézními rodiči, než v rodinách, kde mají rodiče hmotnost v normě. Který z faktorů je v tomto případě zásadní, zda genetika nebo prostředí, se dá posoudit jen těžko.

Velká část učení o jídle a stravování probíhá v době, kdy dítě přechází z čistě mléčné stravy na stravu běžnou. Tento proces je omezený genetickými predispozicemi, které má v genomu zakořeněné každý z nás. Přirozeně totiž dáváme přednost sladkým a slaným chutím před kyselými a hořkými. Děti jsou také geneticky naprogramované k tomu, aby odmítaly nová jídla, a aby si v tomto období vytvářely asociace mezi chutěmi a následnými konsekvencemi po pozření dané potraviny.

Ukazuje se, že děti dokážou reagovat na energetickou denzitu potravy, a na jejím základě regulovat celkový denní příjem. V této regulaci zjišťujeme určité individuální odchylky již v brzkém předškolním věku. Tyto odchylky v seberegulaci jsou spojovány s rozdílnými stravovacími návyky

dětí a s množstvím tělesného tuku. Aktuální výsledky ukazují, že striktní výchova může potencovat preference k vysoce tučným a energeticky bohatým jídlům, omezenou akceptaci některých potravin a narušuje přirozenou schopnost regulace přijmu potravy tím, že mění proces rozhodování a nenechává dítě se rozhodnout samo na základě vnitřních pocitů hladu a sytosti. Přesto se často nejedná ze strany rodičů o zlý úmysl, mívají pocit, že jejich potomek potřebuje při rozhodování, kolik má kdy čeho sníst, pomoci. Berou tím však dítěti možnost vyhodnocovat správně své potřeby (Birch & Fisher, 1998).

Že má rodina v rozvoji stravovacích preferencí majoritní úlohu, není překvapujícím zjištěním. Rodiče zajišťují nejen to, jaká jídla jejich potomek jí, ale přeneseně i to, jaká si oblíbí a jakou stravu bude vyhledávat v průběhu života. Jaká jídla to budou závisí z velké části na tom, co jim rodiče nabízí a čemu jsou vystavováni. Zjednodušeně řečeno, děti mají rády to, co znají, a jedí to, co mají rády (Cooke, 2007).

Přestože základní návyky jsou poměrně pevně zakořeněny již během prvních 3 let, v období školního věku a dospívání dochází k velkým změnám prostředí. Děti mají přístup ke stále širší škále pokrmů a samy se například rozhodují o tom, který chod si zvolí ve školní jídelně. Toto rozhodnutí pramení především z toho, co je považováno za vhodné v jejich sociální skupině.

Mezi příklady změn ve stravování autoři zařazují například redukci jídelníčku na omezený sortiment potravin, snížení konzumace ovoce a zeleniny, zvýšené pití kávy a alkoholu, výrazně větší konzumaci slazených nápojů, sladkostí a tučných a slaných jídel. Na druhé straně můžeme sledovat často i nesmyslné snahy o zlepšení jídelníčku, mezi které řadíme například hledání alternativních způsobů stravování za cílem ekologického jednání, redukce hmotnosti apod. (Fraňková et al., 2013).

4. Stravovací návyky adolescentů

Hlavní část své bakalářské práce bych chtěla věnovat samotným stravovacím návykům adolescentů. Ty mají oproti ostatním věkovým skupinám určitá specifika, která bych chtěla v následující kapitole shrnout.

Změna nároku organismu společně s dalšími vlivy může mít radikální dopad na skladbu jídelníčku i nutriční stav dospívajících. Pod pojem „další vlivy“ neřadíme pouze vlivy biologické, ale především vlivy sociální, potřebu nezávislosti, přijetí vrstevníky, větší možnost svobodné volby nebo také to, že studenti tráví více času mimo domov, dále od přímého vlivu rodičů. Mimo to může hrát roli i potřeba sebeprezentace, která často vede ke zhoršení stravovacích návyků (Siega-Riz et al., 1998).

Jeden z důvodů nevhodného stravování může být nedostatečná znalost správného sestavení jídelníčku. Dospívající pomalu přebírají zodpovědnost za to, co jedí, rozhodnutí však nemusí stát na dobrých základech. Dotazníkové šetření mezi adolescenty ukázalo, že více než dvě třetiny dospívajících mají v této sféře neuspokojivé znalosti. Tento nedostatek se ukázal ve větší míře u chlapců. Mezery ve znalostech se týkaly výživových doporučení, zdrojů živin, vhodných stravovacích návyků i nebezpečí některých chorob spojených s výživou (Milosavljević et al., 2015).

4.1. Vynechávání jídel

Ukazuje se, že adolescenti mají tendence k přeskakování některých chodů. Nejspíš za to může hlavně nepravidelný režim. Nejčastěji vynechávanými snídani nebo oběd, večeře jen velmi zřídka (Spear, 2002).

Vynechání chodu se neobejde bez následků. Přeskočení snídaně může mít efekt na výkony ve škole a celkově zhoršovat kvalitu jídelníčku (Sweeney & Horishita, 2005). Podle studie provedené roku 1998 ve školách měst v USA, studenti, kteří jedli školou poskytovanou snídani, měli signifikantně lepší výsledky v matematice, jednoznačně nižší absenci a méně pozdních příchodů. Studenti zapojení do programu školních snídaní také vykazovali méně psychosociálních problémů (Murphy et al., 1998).

Podle kanadské studie publikované roku 2014 navíc u studentů, kteří snídani vynechávají, většinou dochází k celkovému nižšímu příjmu nutrientů. V porovnání nacházíme u jedinců, kteří snídají, vyšší příjem vlákniny, vitamínu A, D, C a K, železa, hořčíku, vápníku, fosforu a celkově vyšší příjem energie s nižším poměrem tuku. S tím souvisí i nižší příjem polynenasycených mastných kyselin a cholesterolu. To je s největší pravděpodobností způsobeno tím, že vynechané potraviny jsou v tomto případě nejčastěji ovoce, mléčné produkty a obilniny. V rámci studie nebyl zjištěn výrazný rozdíl mezi chlapci a dívkami (Barr et al., 2014).

Kromě vynechávání jídel mladiství také přestávají tak často jíst s rodinou. Rodiči připravovaná jídla jsou však většinou spojena s lepší kvalitou a vyvážeností. S četností jídel strávených v rodinném kruhu se zvyšuje i množství zkonzumovaného ovoce a zeleniny a naopak snižuje míru stravování ve fastfoodových řetězcích (Cutler et al., 2011). Například častější návštěvy školního bufetu jsou asociovány s vyšším příjmem jednoduchých cukrů a tuků (Cusatis & Shannon, 1996).

Dospívající, mluvíme především o dívkách, mohou přeskakování chodů používat jako strategii ke snížení tělesné hmotnosti (Calderon et al., 2004). Vynechání snídaně však zvyšuje pravděpodobnost přejedení v dalších chodech dne. Tito jedinci mají větší tendenci sahat častěji po svačinách, které navíc většinou nemají vhodné složení a jsou nutričně chudé (Keski-Rahkonen et al., 2003). Celková skladba jídelníčku tak trpí, protože energeticky nabité svačiny nedokáží naplnit nutriční hodnoty, které by splňovala plnohodnotná snídaně (Dwyer et al., 2001).

Studie provedená ve Finsku mezi lety 1991 a 1995 ukazuje, že pozitivně koreluje vynechání snídaně s dalšími ukazateli, jako je kouření, nedostatek pohybu, častá konzumace alkoholu, vysoké BMI a nízký stupeň vzdělání. Zároveň se s ním častěji setkáváme u dívek (Keski-Rahkonen et al., 2003).

Mnoho studií navíc dokazuje, že přeskakování jídel vede ke zvyšování hmotnosti. Obecně můžeme tvrdit, že vyšší frekvence jídel je spojována s nižším BMI, a to převážně u chlapců (Kaisari et al., 2013). Možným vysvětlením je například, že si mladiství myslí, že při vynechání chodu snížili svůj příjem více než je reálné a dovolují si tedy poté jíst více. Další teorií je, že jedinci s predispozicí k přibírání mají větší tendence k vynechávání chodů. V neposlední řadě je možné, že vynechávání jídel je markerem dalších nevhodných stravovacích zvyklostí nebo návyků spojených s fyzickou aktivitou (Stice et al., 2005).

4.2. Diety

Je běžné, že během dospívání mnoho lidí vnímá nespokojenost se svým tělem. Adolescence je kritickým obdobím pro vývoj problémů spojených se vzhledem a poruch příjmu potravy, a to zejména u dívek. Z průzkumů vyplývá, že majorita dospívajících není spokojena s tvarem svého těla, která přibližně v 6 až 7 % vede k projevům vážných psychopatologií. BMI, zmíněná nespokojenost a porovnávání s ostatními může dát za vznik nezdravému lpění na striktních stravovacích pravidlech, které jsou typické pro poruchy příjmu potravy (dále i jako PPP) (Duarte et al., 2016).

Pod pojem dieta se myslí manipulace s jídlem, jeho množstvím a výběrem potravin, konkrétně prováděná za účelem kontroly hmotnosti, mnohem více než ze starosti o zdraví. Od snahy o nutričně vyváženou stravu a osvojování si vhodných návyků má velmi daleko.

Mezi techniky držení diet můžeme zařadit kontrolu velikosti porcí, ta je zřejmě využívána nejčastěji, dále počítání kalorií nebo množství tuku, vybírání nízkotučných potravin nebo vynechávání chodů, které jsem již více probírala v minulé kapitole (Calderon et al., 2004).

Při zkoumání diety v korelaci se vznikem poruchy příjmu potravy se ukazuje, že mnoho adolescentů využívá například i laxativa, záměrné zvracení nebo půsty, pití velkého množství vody a časté cvičení. Při držení diety většina volí konzumaci více malých porcí složených z potravin, které považují za zdravé a málo energeticky denzní, v jejich jídelníčku tedy nalézáme například velké množství zeleniny a ovoce. Snaží se vyhýbat sladkostem a jiným pochutinám, především potravinám, které obsahují hodně tuku.

Ne u všech se však rozvine držení diet až do tak vážné podoby, jako je PPP. Dívky, které dělají sport, ve kterém se klade velký důraz na štíhlou postavu, mají k dietám větší sklony, stejně jako k rozvinu PPP. To platí například pro gymnastky nebo baletky.

Dívky oproti chlapcům vykazují větší tendence k vybírání zdravých potravin a méně častému svačení. Je to způsobené větším strachem o udržování hmotnosti a snaha o určitý vzhled (French et al., 1994). Toto tvrzení nacházíme podložené i v novějších studiích. Výzkum provedený v roce 2021, který sledoval více než půl milionu účastníků ze 32 zemí, uvádí, že chlapci zaostávají v konzumaci ovoce a zeleniny oproti dívkám (Marconcin et al., 2021). Stejný výsledek zmiňuje i studie shrnující 34 odborných článků, ze kterých vychází, že dívky mají větší sklony ke zdravému stravování než chlapci, kteří jedí spíše pro potěšení a jejich motivace směřuje více k zlepšování fyzické kondice (Deslippe et al., 2023).

S držením diety má zkušenost asi 50 % dívek, zatímco u chlapců se hodnota pohybuje kolem 25 % (Crow et al., 2006). Mnoho dívek bere přibírání na váze, které je přirozeně spojeno s dospíváním, za tloustnutí, a pomocí restrikce se snaží proces odvrátit nebo alespoň zpomalit (Stice et al., 1999). Znepokojující je v tomto ohledu množství dívek, které se snaží redukovat hmotnost a prožívají nespokojenost se svým tělem, přestože netrpí nadváhou (Calderon et al., 2004).

Sledováním restrikce se zabývala studie publikovaná v roce 2023, která konkrétně sledovala prevalenci ARFID (Avoidant Restrictive Eating Disorder) v populaci adolescentů. Výsledky ukázaly, že míra prevalence byla u dívek vyšší než u chlapců, a to v poměru 1,7:1 (Van Buuren et al., 2023).

Kromě rizika vzniku PPP se při dietách mladiství připravují o příjem důležitých nutrientů, které jsou esenciální ke správnému vývoji a růstu. Problematické je především vynechávání celých skupin potravin, jako je maso, vejce a mléčné produkty (Larson et al., 2009).

Výsledkem je deficit v příjmu několika významných látek. Mezi ně můžeme zařadit například železo, kdy zvlášť u dívek často shledáváme problematické naplnění doporučené denní dávky 15 mg. To souvisí většinou právě s omezováním živočišných produktů, konkrétně masa a vajec (Lifshitz et al., 1993). V jedné z britských studií prováděné na dívkách od 12 do 14 let, byla prevalence anémie z nedostatku železa vyšší u těch, které se pokoušely redukovat hmotnost, než u těch, které se o to nikdy nepokoušely. Konkrétně se jednalo o hodnoty 23 % v porovnání se 7 % (Nelson et al., 1993).

Dalším deficitním prvkem bývá vápník, jehož příjem se může snižovat typicky při vynechávání chodů. Tím se redukuje množství příležitostí ke konzumaci potravin bohatých na tento prvek, hlavně mléčných produktů, které jsou jeho primárním zdrojem. Je důležitý pro správný vývoj kostí, tím i prevenci zlomenin a osteoporózy v pozdějších obdobích života. Právě během adolescence je nejkritičtější období, kdy probíhá ve velkém kostní mineralizace. Správně složený jídelníček obsahující nízkotučné mléčné produkty, ovoce a zeleninu společně s adekvátní pohybovou aktivitou jsou dobrou predispozicí ke správnému vývoji kostí (Greer et al., 2006).

Nedostatečný může být i příjem zinku, který je úzce spojován s omezováním masa a mléčných produktů. Jeho příjem se dá kompenzovat zařazováním jiných potravin bohatých na tento prvek, jako jsou fortifikované cereálie, luštěniny nebo ořechy. V případě rostlinných zdrojů však musíme brát v potaz jejich menší biologickou dostupnost. Obsahují totiž i značné množství fytátu, který inhibuje absorpci zinku. Jejich molekuly se na sebe vážou a vytváří v trávicím traktu nerozpustné komplexy. Z toho vyplývá, že deficitem jsou ohroženi v největší míře vegani a vegetariáni, kteří se připravují o příjem zinku z živočišných zdrojů (Willoughby & Bowen, 2014).

4.3. Svačení

Díky větší svobodě v jídle dochází u dospívajících ke zvyšování frekvence jídel za den, a to právě v podobě svačin, které v průměru naplňují asi čtvrtinu celkového denního příjmu energie. Adolescenti málokdy uvádí, že by jedli pouze 3 chody denně. Více než polovina vybraného vzorku uvádí, že se stravuje alespoň pětkrát denně.

Co se týče nutričních hodnot, v porovnání s hlavními jídly většinou svačiny přispívají pouze malou měrou v příjmu bílkovin, vlákniny, železa a vápníku. Zároveň jsou ale na nejnižších příčkách v obsahu cholesterolu. Obecně můžeme říct, že z pohledu nutričních parametrů nejsou velkým přínosem, naproti tomu však stále hrají značnou roli v celkovém příjmu energie. Můžou tak přispívat k méně nutričně hodnotnému jídelníčku a přibírání na váze.

Zvýšená frekvence příjmu potravy je spojována s nižším BMI a podle všeho je rozložení stravy do menších porcí konzumovaných během celého dne predispozicí ke štíhlé postavě. Studie, která byla na toto téma provedena, však uvádí, že získané výsledky mohou být náchylné k metodickým chybám a je třeba dalšího výzkumu (Stockman et al., 2005).

Na základě načasování a především složení svačin může tento vzorec přispívat v negativním slova smyslu ke složení jídelníčku (Sebastian et al., 2008). Kaloricky nabité a nutričně chudé varianty

mohou vést ke snížení hladu v době hlavního jídla, čímž nahrazují nutričně bohaté pokrmy, které jsou důležitým předpokladem pro správný růst a vývoj (Lifshitz et al., 1993).

Důležitou proměnnou je i pití cukrem slazených nápojů, které jistě nejsou zanedbatelnou položkou jídelníčků zkoumané skupiny. Jejich rizikem je nejen přibírání na hmotnosti, ale také vyšší riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Ambrosini et al., 2013).

Zaznamenám byl i negativní vliv konzumace tučných a sladkých potravin na kognitivní funkce, které mohou ve výsledku vést k neregulovanému příjmu potravy a impulzivnímu rozhodování (Reichelt, Rank, 2017). Naopak vhodně zvolené, nutričně hodnotnější svačiny, dokážou vyrovnat případné nedostatky v příjmu živin v hlavních jídlech, jako je například vláknina nebo vitamín A (Cusatis & Shannon, 1996).

4.4. Stravování v rychlých občerstveních

Jak jsem již zmínila v předchozích kapitolách, s větší volností jedí dospívající častěji mimo domov. Při mnohých odpoledních aktivitách, které zpravidla mívají, pak často připadne výběr právě na jídlo z rychlého občerstvení. Příčina k tomuto rozhodnutí je poměrně přímočará. Fast food řetězce jsou levné, dostupné a navíc mívají dlouhou otevírací dobu. Zároveň se i stávají místem socializace této věkové skupiny (Lifshitz et al., 1993). Jedinci mladší 18 let dokonce přestavují asi 80 % celkové klientely fast foodových řetězců (Briefel & Johnson, 2004).

Nejoblíbenějším výběrem jsou hranolky, pizza, hamburgery a mexické pokrmy jako je tacos nebo burrito. K běžné objednávce patří i slazené nápoje (Nielsen et al., 2002).

Důsledky tohoto typu stravování samozřejmě závisí na frekvenci návštěv a samotném výběru jídla, ale obecně můžeme tvrdit, že jsou značně negativní. Příkladem je zvyšování množství tuků, především v podobě nasycených mastných kyselin, a jednoduchých cukrů v jídelníčku. Tuk v řadě případů zastupuje i více než 50 % energetické hodnoty jídel v nabídce. Zároveň může souviset i se zvýšením příjmu bílkovin. Oblast, ve které je naopak tato strava nedostatečná, je množství některých nutrientů. Těmi jsou například vitamín a C, kyselina listová nebo vláknina.

Kromě toho je spojováno se zvýšením celkového denního příjmu energie v průměru přibližně o 300 kcal a častější konzumací slazených nápojů (Ebbeling et al., 2004; Powell & Nguyen, 2013). V projektu EAT, který zkoumal stravovací návyky adolescentů, byl celkový týdenní příjem energie u těch, kteří navštěvovali fast food více než třikrát týdně, v průměru dokonce o téměř 40 % vyšší než u těch, kteří se rychlým občerstvením vyhýbali (French et al., 2001).

5. Poruchy příjmu potravy

Častým tématem zmiňovaným v kontextu dospívání je bohužel i výskyt poruch příjmu potravy. Právě proto jsem se rozhodla tuto problematiku do své práce zařadit a vyčlenit jim několik samostatných stran.

Ať už je příčinou cokoli, je jisté, že s poruchou příjmu potravy se můžeme mezi dospívajícími setkávat stále častěji (Williams et al., 2003) a podle průzkumů se dokonce jedná o třetí nejčastější chronické onemocnění u dospívajících dívek (Rosen, 2003). Nemusí se vyskytovat pouze

u náctiletých, ale je to právě toto období života, které je spojeno se značnými fyzickými změnami, kdy se nejčastěji začne projevovat (Williams et al., 2003).

5.1. Etiologie

Přesná příčina vzniku poruch příjmu potravy není jistá, jedná se totiž o multifaktoriální onemocnění způsobené řadou faktorů od genetických a biologických predispozic, přes sociální a kulturní vlivy až po psychiku. Na základě výzkumů se má stále více za to, že genetika v tomto případě hraje poměrně velkou roli, určitě ale za vznikem nestojí sama (Campbell, Peebles, 2014).

5.2. Rizikové faktory

Mezi nejvýznamnější, ale také neovlivnitelné, rizikové faktory můžeme s jistou zařadit pohlaví, věk a částečně i etnický původ. PPP trpí povětšinou ženy, pro příklad anorexií či bulimií onemocní až desetkrát častěji než muži (Hsu, 1996). V počtu případů vedou v rámci etnik ženy bílé pleti, otázkou je však, zda se můžeme na tato data spoléhat. Obecně jsou PPP vnímány jako „nemoc bílých dívek".

Pokud se podíváme mimo naši kulturu, konkrétně mimo euroamerickou společnost, zjistíme, že incidence PPP dosahuje nižších hodnot. Zdá se tedy, že za nárůst těchto onemocnění může především západní ideál krásy vyznačující se štíhlou postavou a nízkou hmotností (Papežová, 2010).

Ani chlapcům se bohužel PPP nevyhýbají, poměrově jich však bude znatelně méně než dívek. Z nejnovějších dat však vyplývá, že prevalence onemocnění vzrůstá u chlapců rychlejším tempem než u opačného pohlaví (Mitchison et al., 2014). Zároveň je problémové PPP u chlapců detekovat kvůli tomu, že některé symptomy mohou být kvalitativně odlišné od případů dívek, a standartní hodnocení není pro tyto účely dostatečně senzitivní (Darcy et al., 2012). Mnoho případů tak může zůstat nediagnostikováno nebo jsou pacienti zařazeni do kategorie s méně závažnými symptomy. Při diagnostice se zohledňuje především přehnaná obsese hmotností a internalizace ideálu štíhlosti, které jsou typické především pro ženy. Hodnocení většinou nebere v potaz rozlišnost body image, která se v mužské populaci zaměřuje především na výraznou muskulaturu (Murray et al., 2017; Smith et al., 2017).

Jedna z teorií je, že výskyt koreluje se sexuální orientací. Homosexuální nebo bisexuální chlapci jsou k onemocnění nepopiratelně náchylnější a bylo u nich zaznamenáno častější užívání projímadel, léků na hubnutí a hladovění za účelem snížení hmotnosti, než u jejich heterosexuálních vrstevníků (Watson et al., 2017).

Zásadní roli hrají také mnohé osobnostní rysy. Příkladem je perfekcionismus, který vedle snahy o co nejlepší výkon nebo školní výsledky může vést i k touze po co nejdokonalejší postavě (Halmi et al., 2005). Lidé s touto vlastností mají pak větší sklony k rozvoji poruchy příjmu potravy, a to jak anorexie, tak bulimie (Bulik et al., 2003). Stejný důsledek mohou mít i impulzivita (Zanarini et al., 1998), která ale na rozdíl od předchozích charakteristik vede pravděpodobně spíše k rozvoji záchvatovitého přejídání. Neposledním rizikovým faktorem jsou obsedantně-kompulzivní porucha a některé další psychopatologie (Papežová, 2010). Riziko navíc roste tam, kde se přidává nízké sebevědomí (Vohs et al., 1999).

Asi první otázkou, která většinu z nás napadne je, co se stalo, že se u dané dívky nebo chlapce nemoc rozvinula. Ukazuje se, že příčinou nebývá jedna ojedinělá událost, ale opakované prožívání negativních zážitků (Horesh et al., 1996). Pacientky s anorexií ve studiích také zmiňovaly nepříjemné zážitky spojené s objevováním světa sexuality, které nějakým způsobem narušilo jejich „cudnost". Necitlivé zacházení partnera dokázalo vyvolat pocity studu či dokonce zhnusení ve spojení s intimním stykem (Leon et al., 1985). Souvisí to s tím, že období dospívání je mimo jiné spojeno právě i s objevováním vlastní sexuality (Papežová, 2010).

Dlouhodobě se ukazuje, že velkým faktorem jsou vleklé problémy v rodině (Horesh et al., 1996). V dnešní době především přehnaný tlak na výkon ze strany rodičů, kteří kladou neadekvátně vysoké požadavky na svoje děti (Horesh et al., 1996). Nevědomky se pak snahou o to, dostat dceru na prestižní školu nebo udělat z ní sportovní reprezentantku, zasluhují o rozvoj poruchy příjmu potravy. Kromě toho byl problém i nesoulad mezi rodiči nebo negativní vztahy se sourozencem. V tomto ohledu by se dalo symptomatické chování přeložit jako snaha o znovuzískání pozornosti rodičů (Papežová, 2010). Podobné vyústění můžeme sledovat i při chronickém onemocnění blízkého příbuzného, které naruší soužití členů rodiny. Mezi příčinami však vede nepřiměřený tlak rodičů na dítě (Horesh et al., 1996).

Jako předpoklad pro zvýšené riziko rozvoje PPP se považuje sexuální zneužívání. Riziko se navíc zvyšuje s větším počtem opakování případů. Ukazuje se, že tato traumata přispívají k rozvoji všech typů PPP, nejvíce jsou ale čísla zřetelná u pacientek s bulimií. Nárůst případů se projevuje i po setkání s fyzickým násilím. Oběti mohou následně zažívat problémy se vztahem k vlastnímu tělu a cítit stud. Jídlo si odpírají s cílem potrestat svoje tělo, které je příčinou vzniklého traumatu. Vinu za sexuální obtěžování někdy přebírají sami na sebe.

Druhým mechanismem může být využití vzorců chování při PPP jako vyrovnávací mechanismus v reakci na stres. Svou roli hraje také vztah násilníka k oběti. Pokud se jedná o příbuzného, následky bývají horší než při obtěžování člověkem, který do rodiny nepatří. U pacientek s anorexií dokonce většinou identifikují za násilníka svého otce. PPP může sloužit i jako prostředek k regulaci emocí. Například pacientky s anorexií volí raději pocit slabosti a otupělosti před prožíváním emocí (Madowitz et al., 2015).

Zajímavou otázkou je vliv socioekonomického statutu na rozvoj PPP. Ukazuje se, že prevalence není v přímé korelaci s vysokým nebo nízkým socioekonomickým statutem rodičů. Větší roli hraje pravděpodobně soužití rodičů. Tomuto nálezu napovídají určitá data sesbíraná v Nordic Journal of Psychiatry. Zde se uvádí, že například držení diet uváděly dívky žijící s oběma rodiči v menší míře, stejně jako se v takových rodinách méně vyskytovalo záchvatovité přejídání (Litmanen et al., 2017).

Nesmíme opomenout ani skupiny lidí, pro které je vzhled těla důležitou součástí úspěchu. Gymnastky, modelky nebo třeba baletky jsou tak vystavovány prostředí, které na štíhlost klade velký důraz a může se tak stát podkladem k vývoji PPP (Papežová, 2010). Při porovnávání dívek s anorexií a bulimií se skupinou zdravých dívek, nemocná skupina vykazovala větší míru fyzické aktivity před propuknutím onemocnění než skupina kontrolní (Davis et al., 1994).

Vždy musíme brát v potaz, že u výše zmíněných faktorů je sice zřejmá souvislost, vždy ale závisí na daném jedinci, jak se dokáže se situací vyrovnat (Papežová, 2010).

6. Obezita dospívajících

Téma obezity se v dnešní době prolíná celou společností. Zprávy rostoucích číslech obézních lidí slyšíme často v médiích a jistě si množství jedinců s nezdravou hmotností můžeme všímat i na vlastní oči v běžném životě. Kvůli významnosti tohoto fenoménu bych se v této části chtěla zaměřit na to, jak se daří adolescentům udržovat zdravé BMI a také jaká je prevalence nadváhy a obezity v České republice.

Obezita je všeobecně vnímaným nebezpečím, které má ve společnosti narůstající tendence. U dospívajících je spojena s rizikem vyššího krevního tlaku, zvýšeného cholesterolu a zhoršením glukózové tolerance. Zároveň hrozí větší riziko kardiovaskulárních onemocnění a diabetu mellitu druhého typu. Kromě toho se u mladistvých s nadváhou nebo obezitou častěji setkáváme s psychickými problémy, jako jsou úzkosti nebo deprese, nebo s potížemi v rámci sociálních vazeb, šikanou a stigmatem.

Podkladem dětské obezity je komplexní soubor faktorů od naučených vzorců chování (stravování, fyzická aktivita apod.) přes společnost, ve které je jedinec vychováván, po genetiku a průběh prenatálního období. Prevence je naštěstí poměrně jasná. Existuje mnoho způsobů jak zamezit jejímu vzniku nebo jak se dostat na ideální hmotnost, pokud už je obezita rozvinutá. Nejlepší prevencí je konzumovat nutričně vyvážené stravy, minimalizovat nevhodné potraviny a podporovat pravidelnou fyzickou aktivitu (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025).

Jedna ze studií probíhajících na území České republiky sledovala trend obezity u adolescentů v průběhu let 2002 až 2018 a sledovala korelaci hodnot se socioekonomickým statutem účastníků (SES). Vzorek zahrnoval reprezentativní počet dospívajících školního věku v rovnoměrném zastoupení chlapců a dívek. Ti byli navíc rozděleni podle socioekonomického statutu do tří skupin: status nízký, střední a vysoký. Z výsledků vyplývá jasný nárůst počtu obézních ve všech třech skupinách. Nejvíce byl zřetelný u chlapců, kde se zvýšil o 7,5 procentních bodů na 12 %, a u dívek ze skupiny s nejnižším SES, kde narostl o 2,4 % na 5,1 %. Po zhodnocení všech výsledků se ukázalo, že nejvyšší prevalence vysokého BMI byla evidována u skupiny nízkého SES u obou pohlaví.

Nejnižší výskyt obezity se prokázal u dětí, které se pravidelně věnují fyzické aktivitě a případně jsou členy organizovaných sportů, nehledě na to, z jaké sociální skupiny pochází. Nejméně uspokojivé výsledky první skupiny korespondují s počtem sportujících, jejichž množství je právě zde nejnižší (Sigmund et al., 2019).

Tab. 1 Popisné charakteristiky reprezentativního vzorku českých adolescentů

	2002		2006		2010		2014		2018†	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
n =	(2345)	(2567)	(2332)	(2297)	(2008)	(2113)	(2183)	(2405)	(5856)	(5773)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Věková kategorie§										
11 let	34,1	33,1	31,4	31,2	32,6	30,6	29,9	30,3	32,7	32,8
13 let	32,5	33,8	33,5	33,9	31,4	35,2	33,9	34,4	34,5	34,4
15 let	33,4	33,1	35,0	34,9	36,0	34,2	36,2	35,3	32,8	32,8
Socioekonomický status										
nízký	34,2	40,5	25,7	30,3	13,1	17,0	32,4	34,4	23,7	27,2
střední	56,5	53,0	54,9	55,9	54,2	53,3	44,3	45,4	45,3	44,6
vysoký	9,3	6,5	19,4	13,8	32,7	29,7	23,3	20,2	31,0	28,2
Úroveň tělesné hmotnosti*										
normální	81,6	91,7	77,9	83,8	73,7	88,1	74,8	87,9	73,2	84,7
95% CI	80,0–83,2	90,6–92,7	76,2–79,6	82,3–85,3	71,8–75,7	86,7–89,5	73,0–76,6	86,6–89,2	72,1–74,4	83,8–85,7
nadváha	14,5	6,5	14,2	11,8	18,7	9,5	18,1	9,3	17,9	11,9
95% CI	13,1–16,0	5,6–7,4	12,8–15,6	10,5–13,1	17,0–20,4	8,3–10,7	16,5–19,7	8,2–10,5	16,9–19,0	11,0–12,7
obezita	3,9	1,8	7,9	4,4	7,6	2,4	7,1	2,8	8,8	3,4
95% CI	3,1–4,7	1,3–2,3	6,8–9,0	3,6–5,3	6,4–8,8	1,7–3,1	6,0–8,2	2,1–3,5	8,1–9,6	2,9–3,9

§11 let (13 let a 15 let) zahrnuje adolescenty ve věkovém rozpětí 10,5–12,49 let (12,50–14,49 let a 14,50–16,49 let),
†data z roku 2018 jsou vážená podle počtu obyvatel krajů České republiky,
*nadváha/obezita reprezentuje 85–97%/> 97% interval ve věkově diferencovaném percentilovém grafu BMI pro chlapce a dívky (7), CI – 95% konfidenční interval

Obrázek 1: Výsledky studie vývoje hmotnostního profilu adolescentů v Čr (Sigmund et al., 2019)

7. Výživová doporučení pro dospívající

Na závěr své bakalářské práce bych se ráda podívala na to, jaká doporučení jsou adresována mladým dospívajícím ohledně stravování a výživy a jak se dají zdravé návyky podpořit.

Průzkumy ukazují, že přestože mají studenti poměrně dobré znalosti o správném stravování, je pro ně těžké tato doporučení dodržovat. Často konzumují jídla, která sami považují za nezdravá. Příčinou zřejmě bývá nedostatek času, špatná dostupnost zdravých jídel ve školních zařízeních a obecně malý zájem o dodržování vyvážené stravy. Intervence si tedy nedává za hlavní cíl dát dospívajícím potřebné vědomosti, jako spíše pomoci jim v implementaci vhodných návyků do běžného života (Croll et al., 2001).

Jídelníček dospívajícího by měl být přizpůsoben individuálním potřebám. Ty závisí na věku, pohlaví, fyzickém vývoji a růstu, pohybové aktivitě a dalších proměnných. Aktuální data říkají, že zdravé návyky se zakládají již v dětství a adolescenti z nich později vychází. Kvalita stravy se však zhoršuje se zvyšujícím se věkem a u náctiletých se čím dál více vzdaluje od výživových doporučení.

Rozdíl mezi doporučeními a reálným příjmem je podle všeho u adolescentů největší ze všech věkových kategorií. Tím pádem jsou vystaveni největšímu riziku dietních karencí v porovnání s ostatními skupinami. Nízká spotřeba nutričně bohatých potravin a nápojů – obilovin, ovoce, zeleniny a mléčných výrobků – vede například k nízkému příjmu fosforu, hořčíku a cholinu.

Zásady správného stravování odpovídají obecné populaci, přesto však v rámci této věkové skupiny panují určitá specifika. Mezi ně patří zvýšený příjem slazených nápojů a snížená konzumace mléčných výrobků, jejichž hodnoty dávají za vznik obavám.

Konzumace slazených nápojů podle průzkumů hradí průměrně 15 % celkového denního příjmu energie. Na příjmu přidaného cukru se podílí přibližně z 32 %, někdy i více, především pokud vezmeme v potaz pití slazené kávy a čaje. Tyto nápoje jen málokdy přispívají k naplnění ostatních nutričních požadavků a zároveň jsou signifikantním zdrojem kalorií.

Snížení konzumace slazených nápojů tak přispívá k naplnění nutričních doporučení. Neslazené nápoje by měly být první volbou v příjmu tekutin. Mezi ně řadíme vodu, neslazené čaje a také nízkotučné mléko nebo fortifikované sójové mléko. 100% ovocné džusy se doporučují konzumovat pouze v omezeném množství.

Co se týče mléčných výrobků, klesá spotřeba nízkotučného mléka a naopak stoupá například množství sýru, který je většinou součástí komplexnějších jídel, jako jsou sendviče, pizza, těstoviny apod. Jako vhodná alternativa se doporučuje nízkotučné mléko a jogurty, fortifikované sójové mléko a jogurty a případně jejich bezlaktózové alternativy. Ty zajišťují příjem bílkovin a škálu nutrientů, které jsou obecně nedostatkové. Tím se myslí především draslík, vápník a vitamín D (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025).

7.1. Vzorce stravování a stravovací návyky

Každý den, týden nebo rok všichni konzumujeme jídlo a pití v určitých kombinacích. Stravovací vzorce reprezentují celkově skladbu jídelníčku, jak obvykle vypadá a jak jednotlivé komponenty společně působí na stav našeho zdraví. Ve výsledku se podle tohoto ukazatele dá nejlépe předpovídat zdravotní status a případné riziko některých onemocnění.

Doporučuje se potraviny zařazovat ve formách, které zajišťují příjem obsažených nutrientů, v ideálním množství a tak, aby dohromady jejich energetická hodnota souhlasila s potřebami jedince (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025).

Rodiče vždy musí myslet na to, že děti obvykle napodobují chování svých vychovatelů, a proto je potřeba jim jít dobrým příkladem. Je důležité považovat obezitu za zdravotní riziko a v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc.

Při rozložení jídel v průběhu dne je optimální dodržovat pravidelnost. Hlavními chody by měly být snídaně, oběd a večeře a mezi ně se případně dají vložit menší svačiny. To zajistí dostatečné zasycení a přísun energie, zabrání potřebám mlsání a nadměrným chutím na sladké (Národní zdravotnický informační portál, 2024).

7.2. Výběr potravin a jejich zpracování

Všem lidem, dospívající nevyjímaje, se doporučuje vybírat potraviny tak, aby jejich konzumací naplnili hodnoty všech potřebných živin. V některých případech je však nutné určité nutrienty suplementovat, pokud je nelze přijmout ve stravě v dostatečném množství. To závisí především na tom, jak je dané jídlo připraveno, ať už doma nebo mimo domov.

Dalším doporučením je vybírat rozličné potraviny tak, aby jídelníček zahrnoval všechny skupiny. Ty je možné zařazovat v mnoha formách, například potraviny čerstvé, mražené, konzervované, sušené nebo také v podobě 100% ovocných či zeleninových šťáv (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025).

Zásady vyváženého jídelníčku se u této skupiny nijak zvlášť neliší od doporučení pro obecnou populaci. Jak děti tak dospívající by se v měli snažit vyvarovat přílišnému množství tuků a jednoduchých cukrů. V případě tuků by měly převažovat ty nenasycené, které najdeme především v rostlinných zdrojích – ořeších, rostlinných olejích a tučných rybách. Naopak je vhodné redukovat tuky nasycené a trans, které se zpravidla nacházejí v průmyslově zpracovaných potravinách, jídlech z fast foodů a různých pochutinách. Tyto produkty se zároveň vyznačují velkým množstvím soli.

Ovoce a zelenina by se na talíři měli objevovat každý den. Pokud mladistvý nemá v oblibě zeleninu čerstvou, dá se zařadit i ve zpracovaném stavu.

Co se týče přípravy, doporučuje se volit způsoby, při kterých se nepoužívá velké množství tuku. Ideální je si jídlo připravovat doma z čerstvých surovin a hotovým jídlům, která se dají zakoupit v obchodních řetězcích, se spíše vyhýbat. Vhodné způsoby přípravy jsou například vaření, dušení nebo smažení s minimem tuku na nepřilnavé pánvi.

Důležitou položkou je samozřejmě i pitný režim, ve kterém by měla stát na prvním místě čistá voda (Národní zdravotnický informační portál, 2024).

Všechno samozřejmě záleží především na množství, proto bychom na velikost porcí měli obzvláště dbát, a to hlavně v případě méně vhodných pokrmů. Množství jídla bude značně individuální, závisí totiž na mnoha faktorech, jmenovitě na věku, výšce, pohlaví, pohybové aktivitě, genetických predispozicích a dalších (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025).

8. Jak podpořit zdravé stravovací návyky

Stravování dospívajících je ovlivňováno mnoha faktory. Jsou vystaveni různorodým prostředím, která dohromady dávají vzniknout výsledným rozhodnutím, a jsou tedy důležité pro nastavení optimálního jídelníčku.

Primární je začít s budováním zdravých návyků už v dětství. Nabízet dětem paletu nutričně hodnotných potravin poskládanou ze všech kategorií je ideálním způsobem, jak podpořit kvalitu jejich celoživotního stravování, protože strava v dětství je nejen důležitá pro správný růst a vývoj dítěte, ale také předurčuje pozdější chuťové preference. V tomto duchu bychom měli pokračovat během celého dospívání a přizpůsobovat jídelníček změnám, které doprovází jednotlivé etapy života dítěte (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025).

Pokud má dítě nebo dospívající problém s nadváhou, určitě není dobré zařazovat nárazové diety, hladovění nebo jednostranný způsob stravování vyřazující určité skupiny potravin. Ty mohou vést k poruchám růstu a vývoje a mohou organismus poškodit. Zároveň se většinou dostaví i tzv. jojo efekt, kdy se po navrácení k normálnímu stravování hmotnost vrátí na původní hodnotu, nebo dokonce na hodnotu vyšší.

Především u dětí je důležité, aby měly možnost respektovali svůj pocit hladu. Jídla je vhodné plánovat tak, aby na ně byl dostatečný klid a čas, a dítě se tak lépe naučí poslouchat svoje tělo a zhodnotit pocit sytosti. S tím souvisí i to, že by se při jídle měly eliminovat okolní rušivé elementy, nedoporučuje se sledovat televizi nebo používat telefon. Na jídlo bychom se zkrátka měli soustředit.

Jídlo by ve výchově nemělo sloužit jako odměna, tím v dítěti sílí tendence používat ho jako prostředek pro vyvolávání příjemných emocí (Národní zdravotnický informační portál, 2024).

V době, kdy děti posíláme do školy, můžeme zajišťovat vyváženou stravu pomocí svačin v podobě nutričně hodnotných potravin, jako je například ovoce a zelenina namísto sušenek nebo jiných sladkostí. Tyto návyky se poté nejspíše promítnou i do budoucích rozhodnutí dospívajících.

V domácím prostředí je nejjednodušší prevencí nevhodné potraviny vůbec nemít a naopak obklopovat dospívající vhodnými alternativami. Naučit je, jak si jídlo připravovat a jak si jídlo vybírat mimo domov (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025).

V rámci prevence při užívání sociálních sítí je vhodné dospívající edukovat, aby byli schopni rozeznat upravené fotografie a nebrali je jako reálnou skutečnost. Také je benefitní podpořit jejich sebevědomí (Papageorgiou et al., 2022).

Praktická část

9. Cíle

V praktické částí své práce si kladu za cíl porovnat stravovací návyky dospívajících a to v závislosti na pohlaví respondentů. Za pomoci výsledků dotazníků budu porovnávat rozdílný přístup ke stravování mezi chlapci a dívkami ve věku od 11 do 20 let.

Z první části dotazníku, která je převzatá z The Adolescent Food Habit Checklist, bych ráda zjistila, zda je rozdílný přístup ke stravování mezi pohlavími, a zda jedna zkoumaná skupina volí častěji „zdravé“ odpovědi než druhá.

V druhé části dotazníku, která je převzata ze Stunkardova Dotazníku jídelních zvyklostí, budu porovnávat výsledky chlapců a dívek v jednotlivých kategoriích, kterých se otázky týkají. Konkrétně se jedná o Restrikci, Disinhibici a Hlad.

10. Hypotézy

Mou první hypotézou je, že v první části dotazníku, která je převzatá z The Adolescent Food Habit Checklist, budou dívky častěji volit „zdravé“ odpovědi než chlapci a při porovnání skóre budou vykazovat vyšší míru zdravých návyků.

V druhé části dotazníku sleduji parametry restrikce a disinhibice, které mohou být známkou některé z poruch příjmu potravy. Vzhledem k tomu, že se PPP u dívek vyskytuje častěji, domnívám se, že dívky budou dosahovat vyššího skóre než chlapci. Stunkardův dotazník se v praxi využívá především u pacientů s nadváhou či obezitou, některé vzory chování typické pro tyto osoby se však mohou prokazovat právě i u pacientů s PPP, například u záchvatovitého přejídání (Papežová, 2010).

Druhá hypotéza se týká Stunkardova Dotazníku jídelních zvyklostí. Domnívám se, že dívky budou v oblastech Restrikce dosahovat statisticky významně vyšších hodnot než chlapci. Tato domněnka se zakládá na výsledcích studie provedené roku 2023, která ukazuje, že u adolescentních dívek je vyšší prevalence restriktivních poruch příjmu potravy než u chlapců (Van Buuren et al., 2023). Ve svém výzkumu bych se chtěla podívat na to, zda se tato tendence prokáže i ve Stunkardově dotazníku jídelních zvyklostí.

Třetí hypotéza se opět týká Stunkardova dotazníku. Stejně jako v oblasti Restrikce podle mého předpokladu budou dívky dosahovat vyššího skóre i v oblasti Disinhibice.

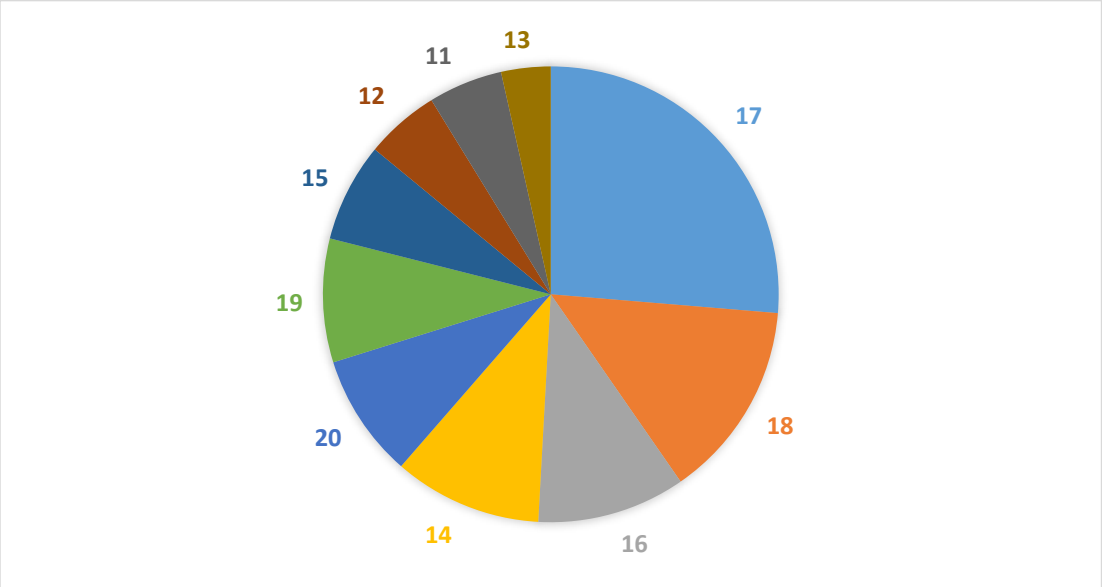
Čtvrtá hypotéza se zaobírá poslední kategorií obsažené ve Stunkardově dotazníku. Mou hypotézou je, že chlapci budou ve výsledcích vykazovat vyšší skóre v oblasti Hladu.

11. Výzkumný soubor

V dotazníkovém šetření se mi podařilo sesbírat odpovědi od 57 respondentů. Jednalo se především o studenty pražských gymnázií, z většiny studující na Gymnáziu Nad Kavalírkou na Praze 5. Těm byl dotazník distribuován za pomoci emailu zaslaného jedním z vyučujících.

Pět respondentů z celkového vzorku jsou studenty vysoké školy UK FTVS. Ty jsem zařadila pro rozšíření vzorku respondentů. Zároveň jsem sama studentkou této fakulty a využila jsem příležitosti zapojit do svého výzkumu několik studentů prvního ročníku, kteří stále spadají do věkového rozmezí, které jsem si stanovila jako inclusion kritérium pro zařazení do dotazníkového šetření.

Celkem se soubor skládá ze 37 dívek a 20 chlapců. V následujícím grafu je znázorněno věkové rozložení respondentů.



Graf 1: Počet respondentů podle věku

12. Použité metody

12.1. Sběr dat

Sběr dat jsem provedla pomocí dotazníkového šetření. Otázky byly sestaveny ze dvou dotazníků, které se využívají pro hodnocení stravovacích návyků.

12.1.1. The Adolescent Food Habit Checklist

Prvním z použitých dotazníků byl The Adolescent Food Habit Checklist, který se využívá k hodnocení stravovacích návyků mladistvých, jako je například frekvence konzumace určitých potravin nebo složek potravy, především vlákniny, tuku, ovoce a zeleniny. Také je možné ho využít při sledování restrikce stravy a míry znalostí nutričních doporučení. Celkem obsahuje 23 otázek.

Primárně byl sestaven na základě výsledků pilotní studie provedené s 178 dospívajícími dívkami. Na jeho vytvoření se podíleli psychologové a experti na výživu a jeho reliabilita byla testována v praxi s dobrým výsledkem. Do testovací studie reliability se zapojilo celkem 1822 dospívajících ve věku od 13 do 16 let. Při test-retest kontrole reliability byla korelace výsledků velmi vysoká ($P < 0,001$). Cronbachova $\alpha = 0,82$ (Johnson et al., 2002).

V jeho hodnocení autor uvádí, že u jednotlivých odpovědí rozlišuje „zdravé“ a „nezdravé“ odpovědi. Za zdravé považuje, pokud jsou zodpovězeny volbou „nesouhlasím“ pro otázky číslo 3, 8, 14, 18, 21, pro všechny ostatní „souhlasím“. Výsledná hodnota se vypočítá tímto vzorcem:

- počet „zdravých“ odpovědí * počet zodpovězených otázek/počet aplikovatelných otázek

(Johnson et al., 2002). Čím vyššího skóre respondent dosáhne, tím zdravější má návyky. Zhodnocení jsem provedla porovnáním průměrných výsledků chlapců a dívek (Proserpio et al., 2019).

Tento dotazník není oficiálně přeložen do českého jazyka, za cílem využití ve své bakalářské práci jsem ho přeložila pomocí oboustranného překladu.

12.1.2. Stunkardův Dotazník jídelních zvyklostí

Druhou částí otázek jsem převzala ze Stunkardova dotazníku jídelních zvyklostí v oficiálním českém překladu. Ten slouží pro sledování jídelních zvyklostí z psychologického hlediska. Obsahuje 51 položek, které sledují téma restrikce příjmu potravy (21 otázek), disinhibice (16 otázek) a hladu (14 otázek) (Stunkard & Messick, 1985). Testováním reliability tohoto dotazníku se zabýval článek vydaný v Cambridge University Press. Zmiňuje využití této metody u obézních pacientů, kdy Cronbachova alfa pro celou baterii otázek vyšla 0,639 (Küçükerdönmez et al., 2021).

Výsledky jednotlivých respondentů jsem vyhodnocovala za pomoci programu agentury STEM/MARK, který slouží pro analýzu výsledků využívaných pro vědecký výzkum.

Dotazník jsem vytvořila v programu Survio a distribuovala z největší míry studentům na Gymnáziu Nad Kavalírkou a z menší části také studentům prvního ročníku FTVS UK. Data jsem sbírala v období od 15. 1. do 15. 3. 2024.

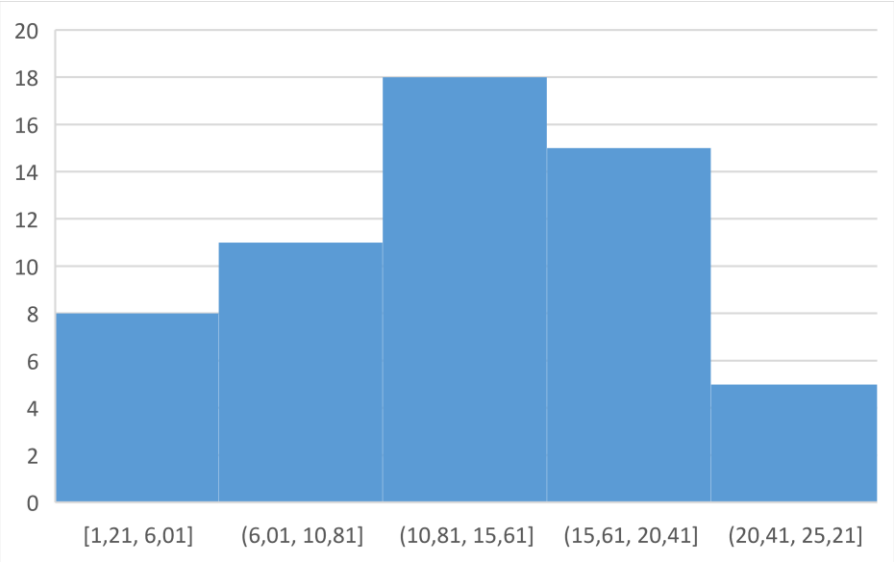
13. Výsledky

13.1. The Adolescent Food Habit Checklist

Na začátek uvádím výsledky první části dotazníku, kterou jsem převzala z The Adolescent Food Habit Checklist, který se zabývá mírou zdravého stravování.

13.1.1. H1: Dívky budou v dotazníku AFHC častěji volit „zdravé“ odpovědi

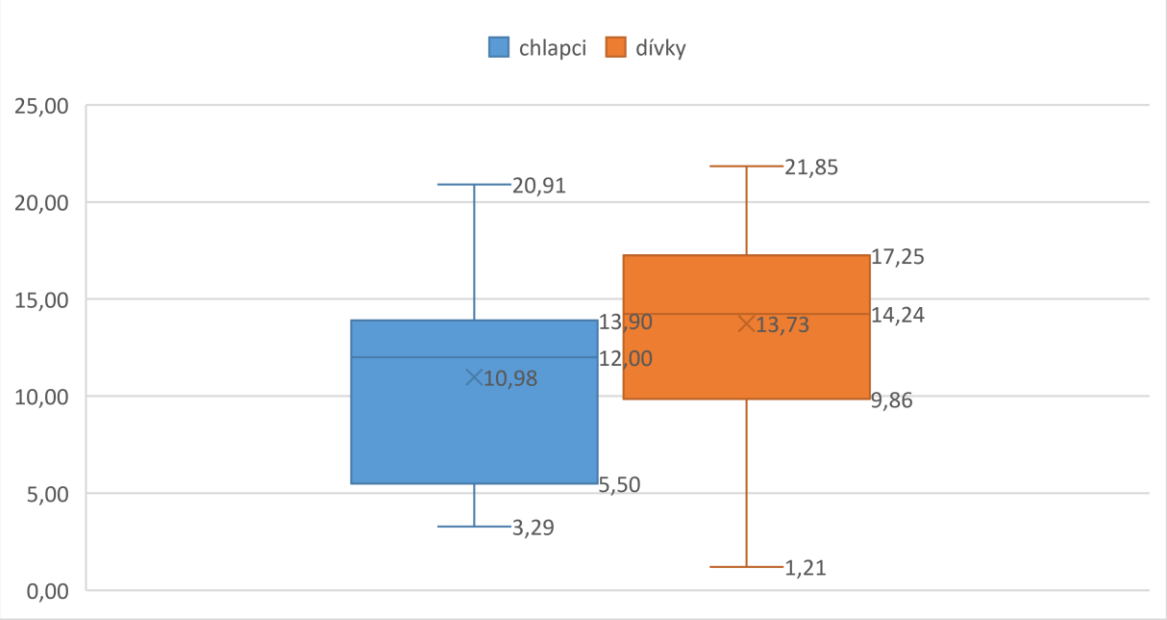
Pro provedení vyhodnocení výsledků je třeba se nejdříve podívat, zda souhrnná data odpovídají normálnímu rozložení. Pro tyto účely jsem vytvořila histogram, který ukazuje rozložení jednotlivých odpovědí.



Graf 2: Histogram výsledků v části AFHC

Při zhodnocení grafického znázornění je zřejmé, že rozložení hodnot připomíná Gaussovu křivku. Pro potvrzení normálního rozložení jsem navíc provedla Shapiro-Wilkův test, ve kterém ukazatel p nabývá hodnoty 0,2592. Distribuci tedy můžeme považovat za normální. Kvůli tomu jsem pro další zhodnocení výsledků rozhodla použít t-test, na jehož provedení jsem využila online program.

V následujícím grafu vidíme výsledné hodnoty rozdělené podle pohlaví. Chlapci dosahují v průměru skóre 10,98, dívky 13,73, u dívek jsou tedy průměrné hodnoty vyšší. To samé platí i pro horní mezní hodnoty, kde však rozdíl není tak velký. Nejnižší hodnotu nalézáme opět u dívek, celkový rozptyl výsledných skóre je tedy u respondentů ženského pohlaví větší než u chlapců.



Graf 3: Výsledky dotazníku AFHC

Přestože se na první pohled můžou zdát hodnoty jasně vyšší, při analýze za využití t-testu nabývá statistický ukazatel p hodnoty 0,0603. Výsledek není statisticky signifikantní. Má hypotéza se nepotvrdila.

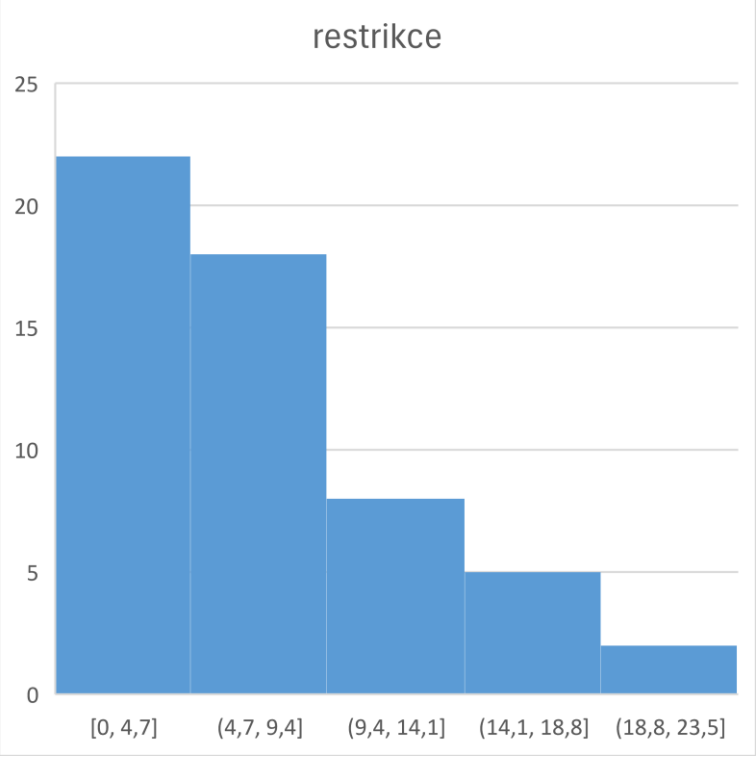
AFHC	Chlapci	Dívky
Průměr	10,98	13,73
Standardní odchylka	5	5,28
Standardní chyba průměru	1,12	0,87

Tabulka 3: Výsledky dotazníku AFHC

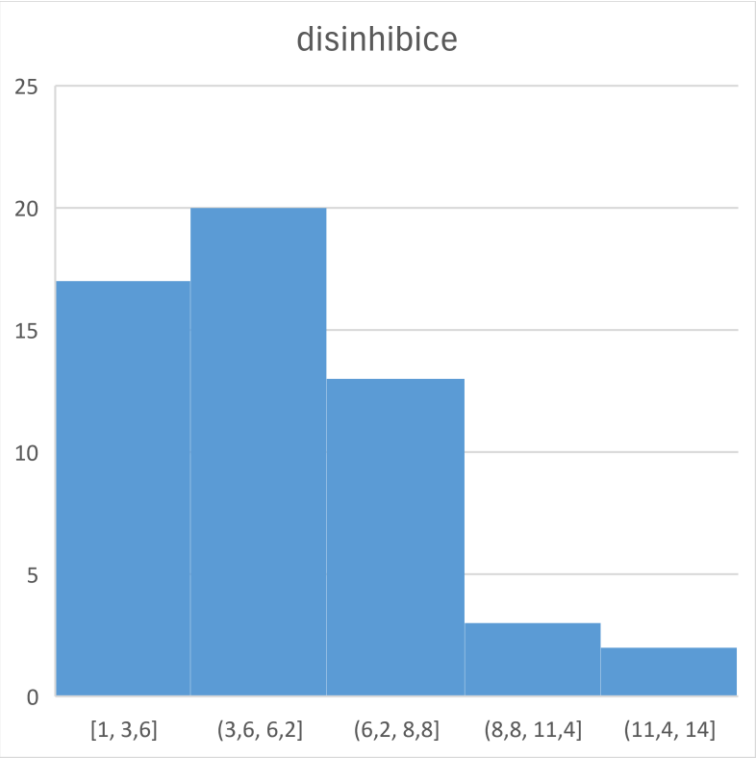
13.2. Stunkardův dotazník jídelních zvyklostí

Druhou částí mého dotazníku byly otázky převzaté ze Stunkardova dotazníku jídelních zvyklostí.

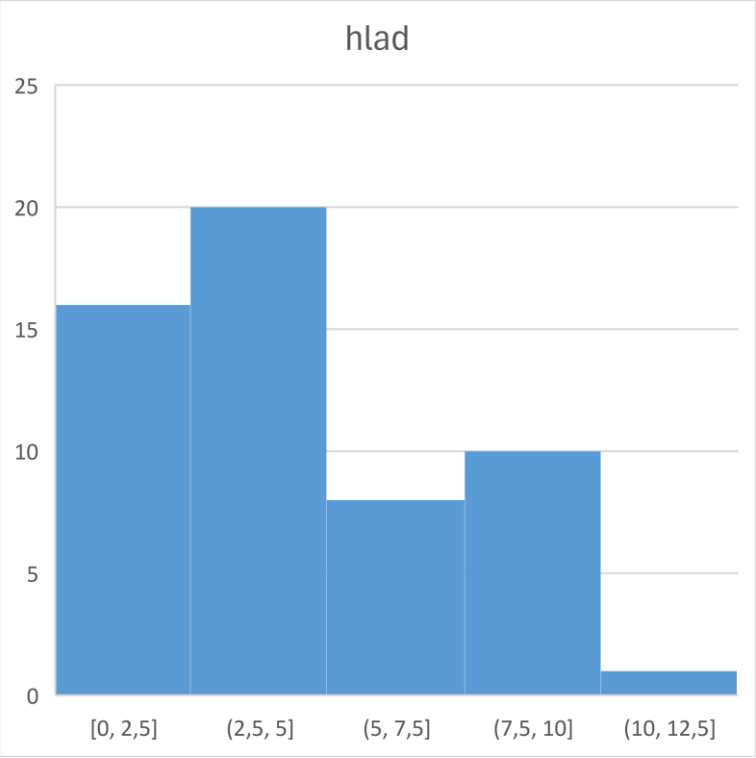
Pro vyhodnocení druhé části dotazníku je opět třeba nejdříve ověřit, zda výsledné hodnoty odpovídají normálnímu rozložení. Z následujících grafických znázornění můžeme usoudit, že hodnoty neopisují Gaussovu křivku a nejedná se tedy o normální rozložení ani v jedné z oblastí Stunkardova dotazníku.



Graf 4: Rozložení hodnot v oblasti Restrikce



Graf 5: Rozložení hodnot v oblasti Disinhibice



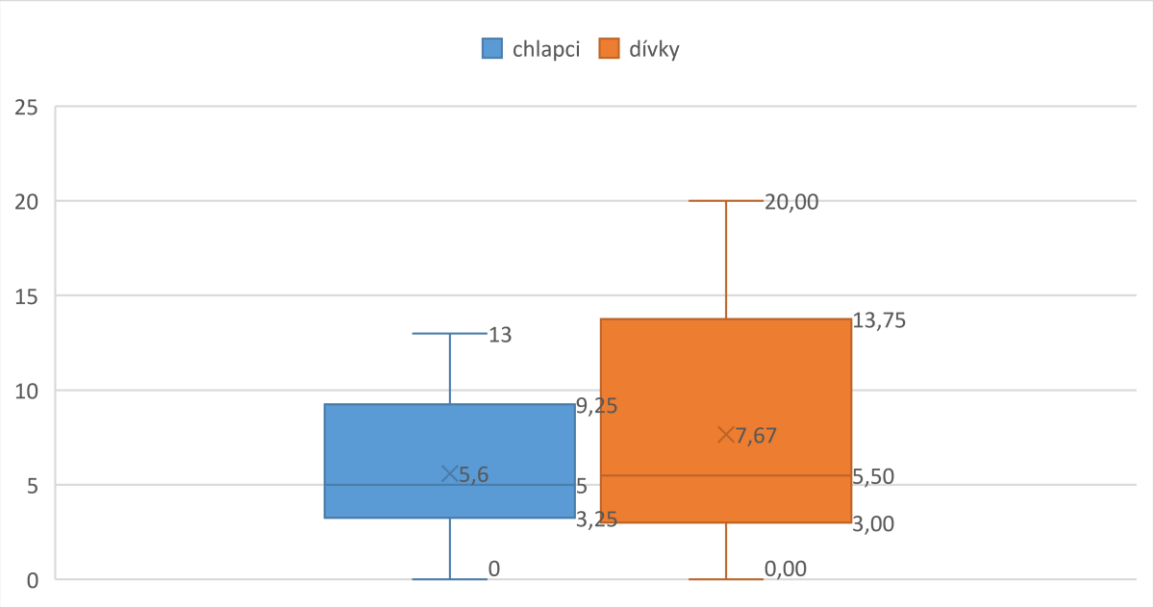
Graf 6: Rozložení hodnot v oblasti Hladu

Pro zhodnocení signifikance výsledků jsem využila Mann-Whitney U test. K výpočtu hodnot jsem využila internetový program.

13.2.1. H2: Dívky budou v oblasti Restrikce dosahovat vyššího skóre

Druhá hypotéza, kterou jsem si stanovila, zní, že dívky mají v oblasti Restrikce vyšší skóre. Z výsledků se ukazuje, že u chlapců, kteří se zapojili do mé studie, je průměrné skóre restrikce 5,6. U dívek tato hodnota dosahuje 7,67.

Pokud se podíváme na následující graf, můžeme si všimnout, že u dívek je zároveň zřetelně větší rozsah mezních hodnot, které se dostávají až na skóre 20, které je pouze o jeden bod nižší než maximální hodnota, které může respondent dosáhnout. U chlapců je oproti tomu nejvyšší skóre 13. U dívek je viditelně větší rozdíl mezi jednotlivci.



Graf 7: Výsledky oblasti Restrikce

Přestože u dívek je hodnota vyšší, ukazatel p = 0,395, není tedy statisticky signifikantní. Má hypotéza se nepotvrdila.

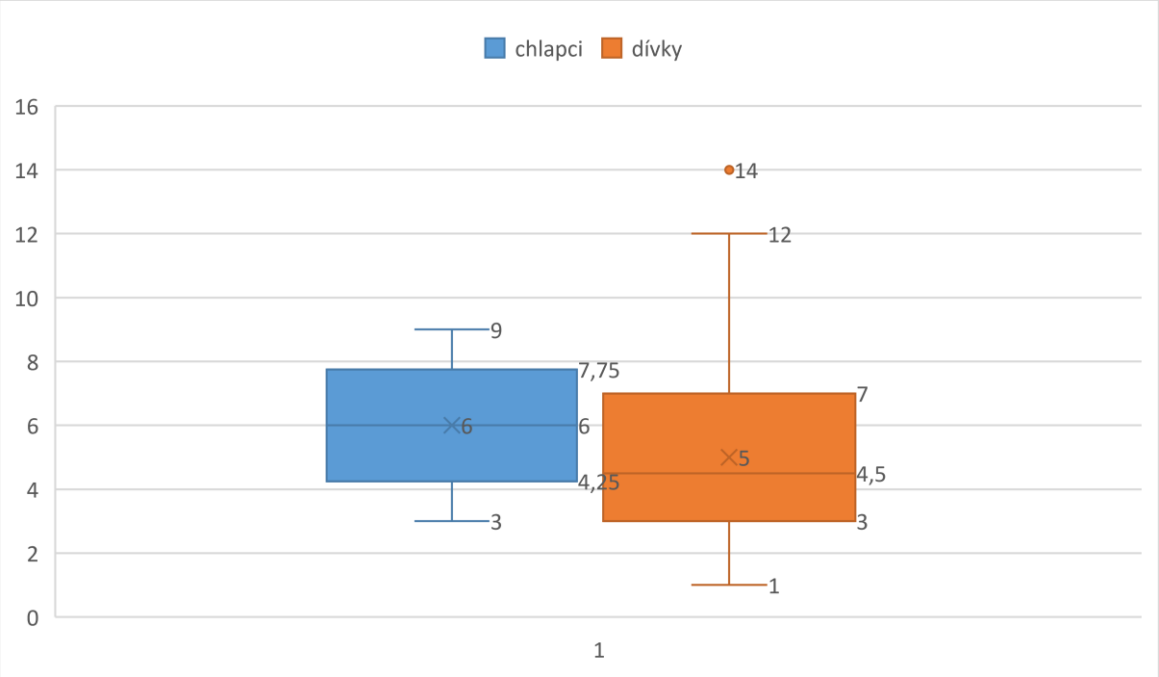
RESTRIKCE	Chlapci	Dívky
Průměr	5,60	7.67
Standardní odchylka	3,62	6,05
Standardní chyba průměru	0,81	1,01

Tabulka 4: Výsledky oblasti Restrikce

13.2.2. H3: Dívky budou mít v oblasti Disinhibice vyšší skóre než chlapci

Třetí hypotéza zněla, že dívky budou mít v oblasti Disinhibice vyšší skóre než chlapci. Průměrné hodnoty u chlapců mi při zhodnocení vyšly 6 a u dívek 5. Chlapci tedy dosahují dokonce vyšších hodnot.

Stejně jako u předchozí otázky i zde můžeme vidět větší rozptyl hodnot u dívek než u chlapců, a to do obou směrů. Maximální skóre u dívek dosahuje 12, zatímco u chlapců pouze 9. Maximální hodnota, které je možné v této oblasti dosáhnout je 16. Z předchozí informace je zřejmé, že některá z respondentek se k ní blíží více, než chlapec s nejvyšším skóre. Zároveň u dívek nacházíme i nejnižší hodnotu ze všech výsledků, opět tak nalézáme větší rozptyl hodnot než mají chlapci.



Graf 8: Výsledky oblasti Disinhibice

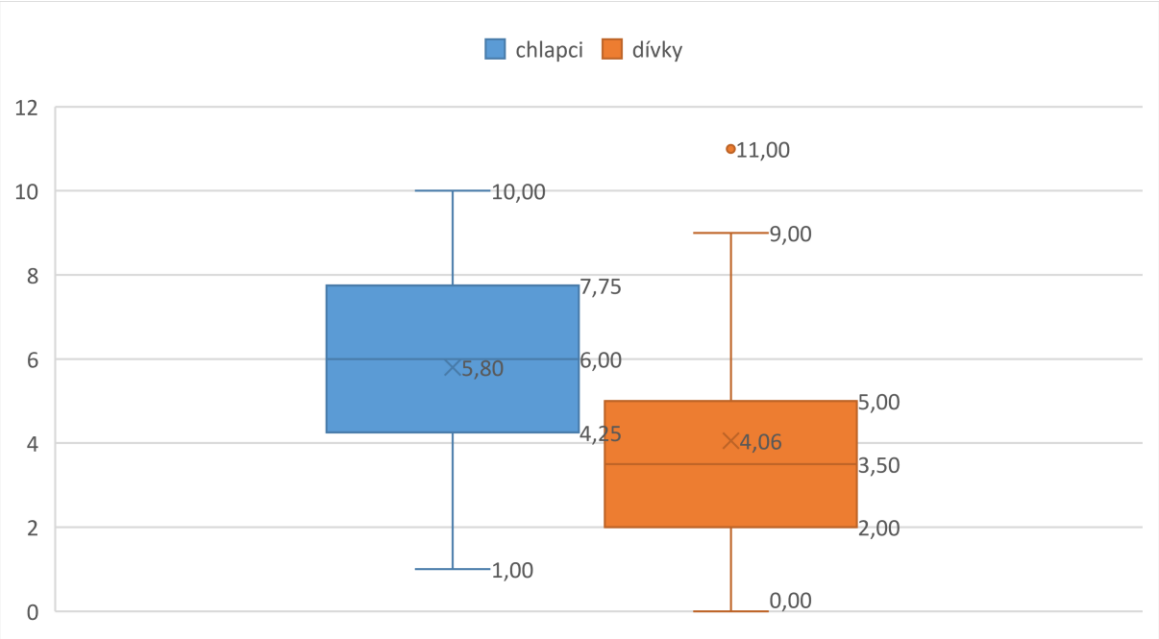
Pokud ale provedeme Mann-Whitney U test a podíváme se na statistický ukazatel p (p=0,06), zjistíme, že rozdíl není statisticky významný. Ani tato hypotéza se neprokázala.

DISINHIBICE	Chlapci	Dívky
Průměr	6,00	5,00
Standardní odchylka	1,86	3,16
Standardní chyba průměru	0,42	0,53

Tabulka 5: Výsledky oblasti Disinhibice

13.2.3. H4: Chlapci budou v oblasti Hladu dosahovat vyššího skóre než dívky

Má poslední hypotéza zněla, že chlapci budou v oblasti Hladu vykazovat vyšší skóre. Z dotazníkového šetření vyšly hodnoty u chlapců na 5,8 a u dívek 4,06. V následujícím grafu můžeme pozorovat, že nejvyšší dosažené skóre u chlapců je 10. U dívek nalézáme dokonce tzv. odlehlou hodnotu 11, která může ovlivňovat výsledný průměr a ještě ho tak zvyšovat. Rozptyl výsledných hodnot je tedy u dívek opět větší než u chlapců.



Graf 9: Výsledky oblasti Hladu

P-hodnota při provedení Mann-Whitney U test je v tomto případě 0,016, výsledek je tedy statisticky významný. Má hypotéza se potvrdila.

HLAD	**Chlapci**	**Dívky**
Průměr	5,80	4,06
Standardní odchylka	2,48	2,72
Standardní chyba průměru	0,56	0,45

Tabulka 6: Výsledky oblasti Hladu

14. Diskuse

Tato bakalářská práce si ukládá za cíl sledovat a zhodnotit stravovací návyky dospívajících, posoudit zda převažují zdravé či nezdravé, zjistit tendence k patologickému jídelnímu chování, konkrétně restrikci a disinhibici a míru pociťovaného hladu.

Co se týče hodnocení zdravých stravovacích návyků, nebylo prokázáno, že by dívky volily častěji zdravější odpovědi. Přestože jejich skóre v části dotazníku zabývající se touto otázkou bylo vyšší, nebyl rozdíl dostatečně velký, aby byl statisticky signifikantní. P-hodnota (konkrétně p = 0,0603) se však značně blížila hodnotě 0,05, která je všeobecně považována jako minimální hodnota pro vyloučení nulové hypotézy (Foster et al., 2019).

Domnívám se, že výsledek může být zkreslen omezeným počtem respondentů. Zároveň může být důvodem jejich poměrně velká uniformita, naprostá většina patří mezi studenty gymnázií a mají tím pádem podobnou míru vzdělání. Současná studie provedená roku 2024 ukazuje, že mladí lidé s vyšším vzděláním mají obecně nižší BMI a mají celkově zdravější způsob stravování, než lidé s nižším vzděláním (Sandri et al., 2024). Dá se tedy předpokládat, že respondenti zahrnutí v mém výzkumu budou vzhledem k těmto předpokladům vykazovat i podobné stravovací návyky.

Ani v oblasti Restrikce se neprokázalo, že by dívky dosahovaly vyšších hodnot. Stejně jako u předchozí hypotézy se sice u dívek vyskytlo vyšší průměrné skóre, statisticky však rozdíl neprošel jako signifikantní. Opět se může jednat o chybu kvůli nedostatečné velikosti vzorku nebo jeho malé diverzitě.

Hypotéza, že dívky budou v oblasti Disinhibice dosahovat vyššího hodnocení, se také neprokázala. Průměrné hodnoty byly dokonce vyšší u chlapců než u dívek. V tomto věku mohou dívky vykazovat větší míru kontroly právě proto, že se více snaží svůj příjem regulovat (Duarte et al., 2016). Dospívající chlapci na druhou stranu často potřebují pro správný růst a vývoj velké množství energie, zvlášť, pokud se pravidelně věnují fyzické aktivitě (Dietary Guidelines for Americans, 2020–2025). Pro naplnění potřebného příjmu poté mohou chlapci vykazovat chování, které je v hodnocení považováno za známku disinhibice. Výsledky zároveň mohou korespondovat s faktem, že chlapci, především právě v adolescentním věku, mají větší tendence k impulzivnímu chování (Kuzmina et al., 2021)

V poslední otázce výsledky ukázaly, že chlapci opravdu pociťují větší míru hladu než dívky. To může souviset s průměrně větší energetickou potřebou nebo s tím, že se chlapci nesnaží na tolik omezovat svůj příjem a více poslouchají potřeby svého dospívajícího organismu.

Zajímavým zjištěním bylo, že u všech oblastí sledovaných ve Stunkardově dotazníku u dívek nacházíme větší rozptyl hodnot. To může být zapříčiněno větším vzorkem respondentek. Mou domněnkou je, že tím, že se v populaci dívek častěji setkáváme s patologickým jídelním chováním, které může přejít až do poruchy příjmu potravy (Papežová, 2010), můžeme u určitých jedinců častěji zaznamenat odlehlé hodnoty, které se vymykají normálnímu rozložení ve zdravé populaci. Z mých výsledků vychází, že můžeme u několika málo dívek pozorovat zjevně vyšší hodnoty než u zbytku vzorku. U chlapců jsou naopak hodnoty stabilnější. Vzorek dotazovaných je však příliš malý, abych si tuto domněnku mohla potvrdit.

Do dotazníkového šetření provedeného v rámci praktické části se zapojilo celkem 57 respondentů ve věku od 11 do 20 let, z toho 20 chlapců a 37 dívek. Jsem si vědoma toho, že v ideálním případě by měly být obě skupiny početně vyrovnanější, bohužel se mi však nepodařilo do výzkumu sehnat více respondentů mužského pohlaví. S přihlédnutím k faktu, že dotazník byl rozesílán studentům Gymnázia Nad Kavalírkou, kteří tvoří majoritní skupinu dotazovaných, pomocí hromadného emailu, dá se předpokládat, že se dostal k podobnému počtu dívek jako chlapců.

Domnívám se, že důvodem menšího zapojení chlapců může být mimo jiné i to, že nejsou do otázek týkajících se výživy a stravování tak zainteresovaní a do vyplňování poměrně dlouhého dotazníku jim tedy chyběla vůle. To může ve výsledku dále ovlivňovat výsledky tím, že chlapci, kteří dotazník dokončili, mohou mít větší zájem o stravování a tím i odlišné výsledky v porovnání s průměrným vzorkem mládeže. Jedná se však pouze o mou spekulaci.

Zároveň jsem si vědoma značné uniformity respondentů, naprostá většina totiž pochází z Hlavního města Prahy nebo jejího blízkého okolí. Všichni jsou navíc aktuálními studenty gymnázia nebo vysoké školy a patří tak do podobné sociální skupiny.

Také je třeba vzít v potaz, že Stunkardův Dotazník jídelních zvyklostí není specificky vytvořen pro dospívající jedince, výsledky proto mohou být zkreslené. V dalším výzkumu bych využila metody, které jsou přímo určené pro sledovaný vzorek, jenž je v některých ohledech značně specifický.

Pro zkvalitnění výsledků bych se při dalším výzkumu zaměřila na sestavení více reprezentativního vzorku respondentů a využití metod, které jsou přímo určené pro dospívající populaci.

15. Závěr

Cíle této bakalářské práce bylo popsat stravovací návyky dospívajících a porovnat je v závislosti na pohlaví respondentů. Správná výživa v tomto období je důležitým předpokladem pro správný růst a vývoj jedince, a je proto podle mého názoru na místě se touto otázkou zabývat.

Za tímto cílem bylo provedeno dotazníkové šetření na půdě Gymnázia Nad Kavalírkou a z menší části také na FTVS UK. Do průzkumu se zapojilo celkem 57 respondentů, z toho 20 chlapců a 37 dívek ve věku od 11 do 20 let.

Kladla jsem si otázku, zda se ve výsledcích u dívek prokáží zdravější stravovací návyky. Tato teorie se při zhodnocení neprokázala, hodnoty nebyly dostatečně přesvědčivé.

Podobný výsledek jsem zaznamenala i u dalších dvou hypotéz, které se zabývaly otázkou restrikce a disinhibice při stravování. Ani v jedné z oblastí jsem nezaznamenala statisticky významný rozdíl mezi respondenty ženského a mužského pohlaví.

Z výsledků prokazatelně vystupuje fakt, že chlapci pociťují větší míru hladu než dívky.

Právě z toho důvodu, že je výživa tak důležitým předpokladem pro správné fungování organismu, je vhodné dodržovat určitá doporučení. V případě takto mladých lidí je však třeba edukace nejen jich samotných, ale i jejich okolí, rodičů, pedagogů i dalších školních zaměstnanců, případně i trenérů nebo dalších osob, které se na stravování adolescenta podílejí. V ideálním případě bychom se chtěli vyvarovat jak vzniku nadváhy a obezity, tak druhého extrému, který může vyústit až v poruchu příjmu potravy. Nejen během adolescence, ale již od dětství je důležité budovat zdravý vztah a přístup k jídlu a předejít tak případnému poškození fyzického nebo i psychického zdraví.

Seznam použité literatury

Ambrosini, G. L., Oddy, W. H., Huang, R. C., Mori, T. A., Beilin, L. J., & Jebb, S. A. (2013). Prospective associations between sugar-sweetened beverage intakes and cardiometabolic risk factors in adolescents123. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *98*(2), 327–334. https://doi.org/10.3945/ajcn.112.051383

Barr, S. I., DiFrancesco, L., & Fulgoni, V. L. (2014). Breakfast consumption is positively associated with nutrient adequacy in Canadian children and adolescents. *British Journal of Nutrition*, *112*(8), 1373–1383. https://doi.org/10.1017/S0007114514002190

Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, *101*(3 Pt 2), 539–549.

Briefel, R. R., & Johnson, C. L. (2004). Secular Trends in Dietary Intake in the United States. *Annual Review of Nutrition*, *24*(1), 401–431. https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.23.011702.073349

Brown, J. D., & Witherspoon, E. M. (2002). The mass media and American adolescents' health. *Journal of Adolescent Health*, *31*(6), 153–170. https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00507-4

Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 366–368. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.366

Calderon, L. L., Yu, C. K., & Jambazian, P. (2004). Dieting practices in high school students. *Journal of the American Dietetic Association*, *104*(9), 1369–1374. https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.06.017

Cooke, L. (2007). The importance of exposure for healthy eating in childhood: A review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *20*(4), 294–301. https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2007.00804.x

Croll, J. K., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2001). Healthy eating: What does it mean to adolescents? *Journal of Nutrition Education*, *33*(4), 193–198. https://doi.org/10.1016/s1499-4046(06)60031-6

Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Psychosocial and behavioral correlates of dieting among overweight and non-overweight adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *38*(5), 569–574. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.05.019

Cusatis, D. C., & Shannon, B. M. (1996). Influences on adolescent eating behavior. *Journal of Adolescent Health*, *18*(1), 27–34. https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00125-C

Cutler, G. J., Flood, A., Hannan, P., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Multiple Sociodemographic and Socioenvironmental Characteristics Are Correlated with Major Patterns of Dietary Intake in Adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, *111*(2), 230–240. https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.10.052

Darcy, A. M., Doyle, A. C., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P., & Le Grange, D. (2012). The Eating Disorders Examination in adolescent males with anorexia nervosa: How does it compare to adolescent females? *The International Journal of Eating Disorders*, *45*(1), 110–114. https://doi.org/10.1002/eat.20896

Das, J. K., Salam, R. A., Thornburg, K. L., Prentice, A. M., Campisi, S., Lassi, Z. S., Koletzko, B., & Bhutta, Z. A. (2017). Nutrition in adolescents: Physiology, metabolism, and nutritional needs. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1393*(1), 21–33. https://doi.org/10.1111/nyas.13330

Davis, C., Kennedy, S. H., Ravelski, E., & Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, *24*(4), 957–967. https://doi.org/10.1017/s0033291700029044

Deslippe, A. L., Bergeron, C., & Cohen, T. R. (2023). Boys and girls differ in their rationale behind eating: A systematic review of intrinsic and extrinsic motivations in dietary habits across countries. *Frontiers in Nutrition*, *10*. https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1256189

Dietary Guidelines for Americans, 2020–2025—PMC. (b.r.). Získáno 7. únor 2024, z https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8713704/

Dong, Y., Pollock, N., Stallmann-Jorgensen, I. S., Gutin, B., Lan, L., Chen, T. C., Keeton, D., Petty, K., Holick, M. F., & Zhu, H. (2010). Low 25-Hydroxyvitamin D Levels in Adolescents: Race, Season, Adiposity, Physical Activity, and Fitness. *Pediatrics*, *125*(6), 1104–1111. https://doi.org/10.1542/peds.2009-2055

Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I. A., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Normative body dissatisfaction and eating psychopathology in teenage girls: The impact of inflexible eating rules. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(1), 41–48. https://doi.org/10.1007/s40519-015-0212-1

Dwyer, J. T., Evans, M., Stone, E. J., Feldman, H. A., Lytle, L., Hoelscher, D., Johnson, C., Zive, M., & Yang, M. (2001). Adolescents' Eating Patterns Influence their Nutrient Intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, *101*(7), 798–802. https://doi.org/10.1016/S0002-8223(01)00198-5

Ebbeling, C. B., Sinclair, K. B., Pereira, M. A., Garcia-Lago, E., Feldman, H. A., & Ludwig, D. S. (2004). Compensation for Energy Intake From Fast Food Among Overweight and Lean Adolescents. *JAMA*, *291*(23), 2828–2833. https://doi.org/10.1001/jama.291.23.2828

Erikson, E. H. (1996). *Osm věků člověka*. Propsy; Praha.

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, *361*(9355), 407–416. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1

Foster et al. (2019, listopad 12). *7.5: Critical values, p-values, and significance level*. Statistics LibreTexts. https://stats.libretexts.org/Bookshelves/Applied_Statistics/An_Introduction_to_Psychological_Sta

tistics_(Foster_et_al.)/07%3A__Introduction_to_Hypothesis_Testing/7.05%3A_Critical_values_p-values_and_significance_level

Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). *Jídlo v životě dítěte a adoslescenta: Teorie, výzkum, praxe* (Vyd. 1). Karolinum.

Frary, C. D., Johnson, R. K., & Wang, M. Q. (2004). Children and adolescents' choices of foods and beverages high in added sugars are associated with intakes of key nutrients and food groups. *Journal of Adolescent Health*, *34*(1), 56–63. https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00248-9

French, S. A., Perry, C. L., Leon, G. R., & Fulkerson, J. A. (1994). Food preferences, eating patterns, and physical activity among adolescents: Correlates of eating disorders symptoms. *Journal of Adolescent Health*, *15*(4), 286–294. https://doi.org/10.1016/1054-139X(94)90601-7

French, S. A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson, J. A., & Hannan, P. (2001). Fast food restaurant use among adolescents: Associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *International Journal of Obesity*, *25*(12), Article 12. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801820

Ganson, K. T., Nguyen, L., Ali, A. R. H., Hallward, L., Jackson, D. B., Testa, A., & Nagata, J. M. (2023). Associations between social media use, fitness- and weight-related online content, and use of legal appearance- and performance-enhancing drugs and substances. *Eating Behaviors*, *49*, 101736. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101736

Ganson, K. T., Nguyen, L., Ali, A. R. H., Nagata, J. M., Rodgers, R. F., Murray, S. B., & Alaggia, R. (2023). "Eat more protein, build more muscle": A grounded theory study of muscle-building behaviors among Canadian adolescents and young adults. *Body Image*, *47*, 101635. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.101635

Greer, F. R., Krebs, N. F., & Committee on Nutrition. (2006). Optimizing Bone Health and Calcium Intakes of Infants, Children, and Adolescents. *Pediatrics*, *117*(2), 578–585. https://doi.org/10.1542/peds.2005-2822

Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., Keel, P., Klump, K. L., Lilenfeld, L. R., Mitchell, J. E., Plotnicov, K. H., Pollice, C., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, *38*(4), 371–374. https://doi.org/10.1002/eat.20190

Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D., Lepkifker, E., & Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*(7), 921–927. https://doi.org/10.1097/00004583-199607000-00019

Hsu, L. K. G. (1996). Outcome of early onset anorexia nervosa: What do we know? *Journal of Youth and Adolescence*, *25*(4), 563–568. https://doi.org/10.1007/BF01537549

Johnson, F., Wardle, J., & Griffith, J. (2002). The Adolescent Food Habits Checklist: Reliability and validity of a measure of healthy eating behaviour in adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, *56*(7), 644–649. https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601371

Josef, L., & Dana, K. (2006). *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. Grada Publishing a.s.

Kaisari, P., Yannakoulia, M., & Panagiotakos, D. B. (2013). Eating Frequency and Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Meta-analysis. *Pediatrics*, *131*(5), 958–967. https://doi.org/10.1542/peds.2012-3241

Kann, L. (2016). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2015. *MMWR. Surveillance Summaries*, *65*. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6506a1

Keski-Rahkonen, A., Kaprio, J., Rissanen, A., Virkkunen, M., & Rose, R. J. (2003). Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, *57*(7), Article 7. https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601618

Koutek, J., & Kocourková, J. (2007). *Sebevražedné chování* (Vyd. 2). Portál.

Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2., aktualiz. a dopl. vyd.). Psyché (Grada).

Küçükerdönmez, Ö., Akder, R. N., Seçkiner, S., Oksel, E., Akpınar, Ş., & Köksal, E. (2021). Turkish version of the 'Three-Factor Eating Questionnaire-51' for obese individuals: A validity and reliability study. *Public Health Nutrition*, *24*(11), 3269–3275. https://doi.org/10.1017/S1368980021000574

Kuzmina, Y., Ivanova, A., & Kanonirs, G. (2021). Inattention, hyperactivity/impulsivity, and mathematics: Exploring gender differences in a nonclinical sample. *Research in Developmental Disabilities*, *119*, 104107. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104107

Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2009). Weight Control Behaviors and Dietary Intake among Adolescents and Young Adults: Longitudinal Findings from Project EAT. *Journal of the American Dietetic Association*, *109*(11), 1869–1877. https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.08.016

Leon, G. R., Lucas, A. R., Colligan, R. C., Ferdinande, R. J., & Kamp, J. (1985). Sexual, body-image, and personality attitudes in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *13*(2), 245–257. https://doi.org/10.1007/BF00910645

Lifshitz, F., Tarim, O., & Smith, M. M. (1993). Nutrition in adolescence. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *22*(3), 673–683.

Litmanen, J., Fröjd, S., Marttunen, M., Isomaa, R., & Kaltiala-Heino, R. (2017). Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? *Nordic Journal of Psychiatry*, *71*(1), 61–66. https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1224272

Madowitz, J., Matheson, B. E., & Liang, J. (2015). The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating and Weight Disorders: EWD*, *20*(3), 281–293. https://doi.org/10.1007/s40519-015-0195-y

Marconcin, P., Matos, M. G., Ihle, A., Ferrari, G., Gouveia, É. R., López-Flores, M., Peralta, M., & Marques, A. (2021). Trends of Healthy Lifestyles Among Adolescents: An Analysis of More Than Half a Million Participants From 32 Countries Between 2006 and 2014. *Frontiers in Pediatrics*, *9*. https://doi.org/10.3389/fped.2021.645074

McKnight Investigators. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 248–254. https://doi.org/10.1176/ajp.160.2.248

Milosavljević, D., Mandić, M. L., & Banjari, I. (2015). Nutritional Knowledge and Dietary Habits Survey in High School Population. *Coll. Antropol.*

Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., & Mond, J. (2014). The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *BMC Public Health*, *14*(1), 943. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-943

Murphy, J. M., Pagano, M. E., Nachmani, J., Sperling, P., Kane, S., & Kleinman, R. E. (1998). The relationship of school breakfast to psychosocial and academic functioning: Cross-sectional and longitudinal observations in an inner-city school sample. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *152*(9), 899–907. https://doi.org/10.1001/archpedi.152.9.899

Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J., & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, *57*, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.001

Národní zdravotnický informační portál. (2024). *Nadváha a obezita u dětí a dospívajících*. NZIP.cz. https://www.nzip.cz/clanek/1496-nadvaha-a-obezita-u-deti-a-dospivajicich

Nelson, M., White, J., & Rhodes, C. (1993). Haemoglobin, ferritin, and iron intakes in British children aged 12–14 years: A preliminary investigation. *British Journal of Nutrition*, *70*(1), 147–155. https://doi.org/10.1079/BJN19930112

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., & Croll, J. (2002). Overweight Status and Eating Patterns Among Adolescents: Where Do Youths Stand in Comparison With the Healthy People 2010 Objectives? *American Journal of Public Health*, *92*(5), 844–851. https://doi.org/10.2105/AJPH.92.5.844

Norris, S. A., Frongillo, E. A., Black, M. M., Dong, Y., Fall, C., Lampl, M., Liese, A. D., Naguib, M., Prentice, A., Rochat, T., Stephensen, C. B., Tinago, C. B., Ward, K. A., Wrottesley, S. V., & Patton, G. C. (2022). Nutrition in adolescent growth and development. *The Lancet*, *399*(10320), 172–184. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01590-7

Orel, M., Obereignerů, R., & Mentel, A. (2016). *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Papageorgiou, A., Fisher, C., & Cross, D. (2022). “Why don’t I look like her?” How adolescent girls view social media and its connection to body image. *BMC Women’s Health*, *22*(1), 261. https://doi.org/10.1186/s12905-022-01845-4

Papežová, H. (Ed.). (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Grada.

Powell, L. M., & Nguyen, B. T. (2013). Fast-Food and Full-Service Restaurant Consumption Among Children and Adolescents: Effect on Energy, Beverage, and Nutrient Intake. *JAMA Pediatrics*, *167*(1), 14–20. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.417

Proserpio, C., Pagliarini, E., Laureati, M., Frigerio, B., & Lavelli, V. (2019). Acceptance of a New Food Enriched in β-Glucans among Adolescents: Effects of Food Technology Neophobia and Healthy Food Habits. *Foods*, *8*(10), Article 10. https://doi.org/10.3390/foods8100433

Rodgers, R. F., Laveway, K., Zalvino, J., Cardone, W., & Wang, L. (2023). #BodyPositive: A qualitative exploration of young people’s responses to body positive social media content. *Body Image*, *47*, 101613. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.08.005

Saintonge, S., Bang, H., & Gerber, L. M. (2009). Implications of a New Definition of Vitamin D Deficiency in a Multiracial US Adolescent Population: The National Health and Nutrition Examination Survey III. *Pediatrics*, *123*(3), 797–803. https://doi.org/10.1542/peds.2008-1195

Sandri, E., Pardo, J., Cantín Larumbe, E., Cerdá Olmedo, G., & Falcó, A. (2024). Analysis of the influence of educational level on the nutritional status and lifestyle habits of the young Spanish population. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1341420. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1341420

Sebastian, R. S., Cleveland, L. E., & Goldman, J. D. (2008). Effect of Snacking Frequency on Adolescents’ Dietary Intakes and Meeting National Recommendations. *Journal of Adolescent Health*, *42*(5), 503–511. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.10.002

Siega-Riz, A. M., Carson, T., & Popkin, B. (1998). Three squares or mostly snacks—What do teens really eat?: A sociodemographic study of meal patterns. *Journal of Adolescent Health*, *22*(1), 29–36. https://doi.org/10.1016/S1054-139X(97)00125-0

Sigmund, E., Baďura, P., Sigmundová, D., Pavelka, J., Voráčová, J., Hobza JR., V., Zacpal, J., Hamřík, Z., Půžová, Z., & Kalman, M. (2019, červenec 1). *Trendy a koreláty obezity českých adolescentů ve vztahu k socioekonomickému statusu rodin mezi lety 2002-2018. | General Practitioner / Praktický Lékař | EBSCOhost*. https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:138729661?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:138729661

Smith, K. E., Mason, T. B., Murray, S. B., Griffiths, S., Leonard, R. C., Wetterneck, C. T., Smith, B. E. R., Farrell, N. R., Riemann, B. C., & Lavender, J. M. (2017). Male clinical norms and sex differences on the Eating Disorder Inventory (EDI) and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *The International journal of eating disorders*, *50*(7), 769–775. https://doi.org/10.1002/eat.22716

Snetselaar, L. G., de Jesus, J. M., DeSilva, D. M., & Stoody, E. E. (2021). Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025: Understanding the Scientific Process, Guidelines, and Key Recommendations. *Nutrition Today*, *56*(6), 287–295. https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000512

Snoek, H. M., van Strien, T., Janssens, J. M. A. M., & Engels, R. C. M. E. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, *48*(1), 23–32. https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00568.x

Spear, B. A. (2002). Adolescent Growth and Development. *Journal of the American Dietetic Association*, *102*(3), S23–S29. https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90418-9

Stice, E., Cameron, R. P., Killen, J. D., Hayward, C., & Taylor, C. B. (1999). Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(6), 967–974. https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.967

Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., & Rohde, P. (2005). Psychological and Behavioral Risk Factors for Obesity Onset in Adolescent Girls: A Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(2), 195–202. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.195

Stockman, N. K. A., Schenkel, T. C., Brown, J. N., & Duncan, A. M. (2005). Comparison of energy and nutrient intakes among meals and snacks of adolescent males. *Preventive Medicine*, *41*(1), 203–210. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.11.001

Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*(1), 71–83. https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8

Subar, A. F., Krebs-Smith, S. M., Cook, A., & Kahle, L. L. (1998). Dietary Sources of Nutrients Among US Children, 1989–1991. *Pediatrics*, *102*(4), 913–923. https://doi.org/10.1542/peds.102.4.913

Sweeney, N. M., & Horishita, N. (2005). The Breakfast-Eating Habits of Inner City High School Students. *The Journal of School Nursing*, *21*(2), 100–105. https://doi.org/10.1177/10598405050210020701

Thompson, D. R., Obarzanek, E., Franko, D. L., Barton, B. A., Morrison, J., Biro, F. M., Daniels, S. R., & Striegel-Moore, R. H. (2007). Childhood Overweight and Cardiovascular Disease Risk Factors: The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. *The Journal of Pediatrics*, *150*(1), 18–25. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.09.039

Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: Detství a dospívání* (P. Janošová, J. Klégrová, & L. Serbaničová, Ed.; První dotisk druhého, rozsířeného a přepracovaného vydání). Karolinum.

Van Buuren, L., Fleming, C. A. K., Hay, P., Bussey, K., Trompeter, N., Lonergan, A., & Mitchison, D. (2023). The prevalence and burden of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in a general

adolescent population. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 104. https://doi.org/10.1186/s40337-023-00831-x

van Strien, T., & Bazelier, F. G. (2007). Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7-12-year-old boys and girls. *Appetite*, *49*(3), 618–625. https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.03.227

Videon, T. M., & Manning, C. K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: The importance of family meals. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *32*(5), 365–373. https://doi.org/10.1016/s1054-139x(02)00711-5

Vohs, K. D., Bardone, A. M., Joiner, T. E., Abramson, L. Y., & Heatherton, T. F. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*(4), 695–700. https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.4.695

Watson, R. J., Adjei, J., Saewyc, E., Homma, Y., & Goodenow, C. (2017). Trends and disparities in disordered eating among heterosexual and sexual minority adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, *50*(1), 22–31. https://doi.org/10.1002/eat.22576

Wilfley, D., Pike, K., & Weissman, R. (1997). Toward an integrated model of risk for binge eating disorder. *Journal of Gender, Culture, and Health*, *2*, 1–32.

Willoughby, J. L., & Bowen, C. N. (2014). Zinc deficiency and toxicity in pediatric practice. *Current Opinion in Pediatrics*, *26*(5), 579. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000132

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *155*(12), 1733–1739. https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733

Seznam zkratek

AFHC – The Adolescent Food Habit Checklist

ARFID - Avoidant Restrictive Eating Disorder

IU – international unit (mezinárodní jednotka)

PPP – poruchy příjmu potravy

Seznam grafů

Graf 1: Počet respondentů podle věku 31
Graf 2: Výsledky dotazníku AFHC ..... **Chyba! Záložka není definována.**
Graf 3: Výsledky dotazníku AFHC 33
Graf 4: Výsledky oblasti Restrikce 36
Graf 5: Výsledky oblasti Disinhibice 37
Graf 6: Výsledky v oblasti Hladu 38

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přibližná denní energetická potřeba dospívajících chlapců (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025) 12

Tabulka 2: Přibližná denní energetická potřeba dospívajících dívek (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025) 12

Tabulka 3: Výsledky dotazníku AFHC ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 4: Výsledky dotazníku AFHC 34

Tabulka 5: Výsledky oblasti Restrikce 36

Tabulka 6: Výsledky oblasti Disinhibice 37

Tabulka 7: Výsledky oblasti Hladu 38

Seznam obrázků

Obrázek 1: Výsledky studie vývoje hmotnostního profilu adolescentů v Čr (Sigmund et al., 2019) 26

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník 55

Příloha č. 2: Původní anglická verze The Adolescent Food Habit Checklist s vyznačenými „zdravými“ odpověďmi 62

Příloha č. 3: Souhlas Etické komise 64

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Stravovací návyky dospívajících

Dobrý den, milí studenti,

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníkové studie, která slouží k vyhotovení bakalářské práce na téma: Stravovací návyky dospívajících, genderové rozdíly v přístupu ke stravování. Účast na projektu je dobrovolná a všechna data získaná z průzkumu budou zcela anonymizována.

Informovaný souhlas s poskytnutím údajů k vypracování bakalářské práce

Název práce: Stravovací návyky dospívajících, genderové rozdíly v přístupu ke stravování

Autorka práce: Lucie Černíková

Email: luckacerni@seznam.cz

Vážení studenti,

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru nutriční terapie na 1. lékařské fakultě a v rámci praktické části své bakalářské práce bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku ohledně stravovacích návyků dospívajících.

Dotazník je zhotoven za účelem neintervenční studie, jejímž cílem je zkoumat stravovací návyky dospívajících a rozdíly v přístupu ke stravování v závislosti na pohlaví respondenta. Studie bude probíhat dotazníkovým šetřením za pomoci formuláře, který bude nabídnut k vyplnění žákům středních škol, především víceletých gymnáziích v Praze.

Dotazník je zhotoven na základě dvou standardizovaných dotazníků. Prvním z nich je zahraniční dotazník „Adolecent Food Habits Checklist“, který jsem volně přeložila do češtiny, není tedy standardizovaným dotazníkem pro českou populaci. Zabývá se především nutriční stránkou stravovacích návyků adolescentů. Druhým dotazníkem je Stunkardův „Dotazník jídelních zvyklostí“, který je uveden v oficiálním českém překladu. Ten je dotazníkem psychologickým s návazností na stravovací návyky. Časová náročnost dotazníku je přibližně 10 minut.

Celá studie bude probíhat v již zmíněným dotazníkovým šetřením s následným vyhodnocením zjištěných výsledků.

U uvedené studie nejsou očekávána žádná rizika. Veškerá data budou anonymizována a máte možnost se rozhodnout, zda chcete přispět vyplněním uvedeného dotazníku.

Odesláním formuláře vyjadřujete souhlas se zpracováním údajů vyplněných v rámci dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
   - Muž
   - Žena
   - Jiné
2. Kolik Vám je let
   - 11
   - 12
   - 13
   - 14
   - 15
   - 16
   - 17
   - 18
   - 19
   - 20
3. Když neobědvám doma, většinou si vyberu nízkotučnou variantu.
   - Souhlasím; Nesouhlasím
   - Nikdy neobědvám mimo domov
4. Většinou se vyhýbám konzumaci smažených jídel.
   - Souhlasím; Nesouhlasím
5. Většinou si dám dezert nebo pudink, pokud je nějaký k dispozici.
   - Souhlasím; Nesouhlasím
6. Dávám si pozor, abych snědl/snědla alespoň jednu porci ovoce denně.
   - Souhlasím; Nesouhlasím
7. Snažím se udržovat svůj celkový denní příjem tuku na nízké úrovni.
   - Souhlasím; Nesouhlasím
8. Pokud si kupuji chipsy, často zvolím nízkotučnou variantu.
   - souhlasím; Nesouhlasím
   - Nikdy si nekupuji chipsy
9. Vyhýbám se časté konzumaci uzenin a burgerů.
   - Souhlasím; Nesouhlasím
   - Nikdy nejím klobásy ani burgery
10. Často si kupuji sladké pečivo nebo dorty.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
11. Snažím se držet můj celkový příjem cukru na nízké úrovni.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
12. Dávám si pozor, abych měl/měla alespoň jednu porci zeleniny nebo salátu denně.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
13. Když si dávám doma dezert, snažím se vybírat varianty s nízkým obsahem tuku.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
    - Nejím dezerty
14. Málokdy si objednám jídlo s sebou na ulici.

- Souhlasím; Nesouhlasím

15. Dávám si pozor, abych jedl/jedla spoustu ovoce a zeleniny.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
16. Často jím sladké svačiny mezi hlavními jídly.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
17. Skoro vždy mám alespoň jednu porci zeleniny (nepočítaje brambory) nebo salát k večeři.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
18. Pokud si kupuji limonádu, většinou volím dietní variantu.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
    - Nikdy si nekupuji limonády
19. Když si mažu chleba máslem/margarínem, dávám si tenkou vrstvu.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
    - Nikdy si na chleba nedávám máslo ani margarín
20. Když si připravuji oběd s sebou, většinou přidám nějakou sladkost, jako je čokoláda a nebo sušenky.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
    - Nikdy si nepřipravuji oběd s sebou
21. Když svačím mezi hlavními jídly, většinou zvolím ovoce.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
    - Nikdy nesvačím mezi hlavními jídly
22. Když si dávám dezert v restauraci, většinou zvolím nejzdravější možnost.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
    - Nikdy si v restauraci nedávám dezert.
23. Skoro vždy si dám na dezert šlehačku.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
    - Nejím dezerty
24. Většinu dní zkonzumuji alespoň tři porce ovoce.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
25. Obecně se snažím dodržovat zdravou stravu.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
26. Když cítím vůni smažícího se řízku nebo když vidím plátek šťavnatého masa, je pro mne velmi obtížné odolat pokušení dát se do jídla a to i v případě, že jsem právě dojedl/a.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
27. Při společenských příležitostech jako jsou návštěvy, pikniky apod. se obvykle pořádně najím.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
28. Obvykle bývám stále tak hladový/á, že jim častěji než třikrát denně.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
29. Když sním svou denní dávku kalorií (kilojoulů), jsem obvykle smířen/a s tím, že již nebudu nic jíst
    - Souhlasím; Nesouhlasím
30. Jakékoliv dodržování redukční diety je pro mne nesmírně těžké, protože mám hned velký hlad.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
31. S rozmyslem si beru jen malé porce, abych tak kontroloval/a svou váhu.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
32. Když mi jídlo moc chutná, tak nepřestanu jíst, i když už nejsem hladový/á.

- Souhlasím; Nesouhlasím

33. Jelikož mívám často hlad, přál/a bych si, aby mi odborník během jídla řekl, zda již mám dost, anebo že si mohu dovolit ještě něco navíc sníst.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
34. Pociťuji-li úzkost, obvykle něco jím.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
35. Život je příliš krátký na to, aby si člověk dělal starosti s držením diety.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
36. Jelikož má váha kolísá nahoru a dolů, musel/a jsem již více než jedenkrát dodržovat redukční dietu.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
37. Často se cítím tak hladový/á, že prostě musím něco sníst.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
38. Když se někdo, s kým jsem u stolu, přejídá, neodolám a obvykle se též přejídám.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
39. Mám celkem dobrý přehled o energetické hodnotě běžných jídel.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
40. Někdy, když začnu jíst, nejsem schopen/na přestat.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
41. Vůbec mi nečiní potíže ponechat něco na talíři.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
42. V určitou denní dobu mívám hlad, protože jsem v tu dobu zvyklý/á jíst.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
43. Jestliže dodržuji dietu a sním jídlo, které není vhodné, záměrně jím nějakou dobu méně, abych to napravil/a.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
44. Když jsem s někým, kdo často jí, dostanu hned pocit hladu, a musím též jíst.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
45. Mám-li pocit sklíčenosti, často se přejídám.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
46. Mám natolik rád/a jídlo, že si ho nebudu kazit počítáním kalorií a hlídáním své váhy.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
47. Když vidím skutečnou delikatesu, dostanu často takový hlad, že musím ihned začít jíst.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
48. Často přestanu jíst, i když nemám pocit nasycení, a to proto, že chci vědomě omezit množství toho, co sním.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
49. Mívám takový hlad, že mám pocit, že je můj žaludek bezednou nádobou.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
50. Moje váha se v posledních deseti letech nezměnila.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
51. Jsem vždy tak hladový/á, že je pro mne těžké přestat jíst dříve, než je můj talíř prázdný.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
52. Když mám pocit smutku a osamění, utěšuji se jídlem.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
53. Vědomě se držím zpět při jídle, abych nepřibral/a na váze.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
54. Někdy mívám velký hlad pozdě večer nebo v noci.

- Souhlasím; Nesouhlasím

55. Jím cokoliv chci, a kdykoliv chci.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
56. Aniž o tom přemýšlím, jím pomalu.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
57. Počítám si kalorie, abych vědomě kontroloval/a svou váhu.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
58. Některá jídla nejím, protože po nich tloustnu.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
59. Mám vždy takový hlad, že mohu jíst kdykoliv.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
60. Velkou pozornost věnuji změnám své postavy.
    - Souhlasím; Nesouhlasím
61. Jestliže při redukční dietě sním „nepovolené“ jídlo, začnu si pak užívat a jíst i jiná vysoce kalorická jídla.
    - Souhlasím; Nesouhlasím

62. Jak často dodržujete dietu, abyste měla pod kontrolou svou váhu?
    1 – zřídka
    2 – občas
    3 – obvykle
    4 – stále

63. Ovlivňují výkyvy Vaší váhy o 2-3 kg způsob Vašeho života?
    1 – vůbec ne
    2 – jen lehce
    3 – středně
    4 – velmi mnoho

64. Jak často míváte pocit hladu?
    1 – pouze v době před hlavním jídlem
    2 – někdy mezi jídly
    3 – často mezi jídly
    4 – téměř trvale

65. Pomáhá Vám pocit viny při přejídání regulovat příjem potravy?
    1 – nikdy
    2 – zřídka kdy
    3 – často
    4 – vždy

66. Jak by bylo pro vás obtížné skončit jedení uprostřed hlavního jídla a nejíst nic v následujících čtyřech hodinách?
    1 – lehké
    2 – trochu obtížné
    3 – středně obtížné

4 – velmi obtížné

67. Jak dalece si uvědomujete to, co jíte?
    1 – vůbec ne
    2 – jen trochu
    3 – středně
    4 – velmi

68. Jak často se vyhýbáte tomu , abyste si dělali zásoby lákavých jídel?
    1 – téměř nikdy
    2 – zřídka
    3 – obvykle
    4 – stále

69. Jak je pravděpodobné, že nakupujete cíleně nízkoenergetické potraviny?
    1 – nepravděpodobné
    2 – málo pravděpodobné
    3 – pravděpodobné
    4 – velmi pravděpodobné

70. Jíte uváženě v přítomnosti druhých, zatímco, jste-li osamocen/a, jíte bez zábran?
    1 – nikdy
    2 – zřídka
    3 – často
    4 – vždy

71. Jak je pravděpodobné, že vědomě jíte pomalu, abyste snížil/a množství toho, co sníte?
    1 – nepravděpodobné
    2 – málo pravděpodobné
    3 – pravděpodobné
    4 – velmi pravděpodobné

72. Jak často vynecháte dezert, protože už nemáte hlad?
    1 – téměř nikdy
    2 – zřídka
    3 – alespoň 1x týdně
    4 – téměř každý den

73. Jak je pravděpodobné, že úmyslně jíte méně než chcete?
    1 – nepravděpodobné
    2 – málo pravděpodobné
    3 – pravděpodobné
    4 – velmi pravděpodobné

74. Pokračujete v přejídání, ačkoliv již nemáte pocit hladu?

1 – nikdy
2 – zřídka
3 – občas
4 – alespoň 1x týdně

75. Podle stupnice 0 až 5 si vyberte číslo, které odpovídá Vašemu stylu jídla, "0" znamená, že jídlo neomezujete (jíte cokoliv, co chcete a kdykoliv chcete) a "5" znamená, že se v jídle musíte trvale omezovat. Zakroužkujte číslo,které Vás nejlépe vystihuje.

0 – Jíte cokoliv chcete, kdykoliv chcete

1 – Obvykle jíte cokoliv chcete, kdykoliv chcete

2 – Poměrně často jíte cokoliv chcete, kdykoliv chcete

3 – Často omezujete příjem potravy, ale často to také "vzdáte"

4 – Obvykle omezujete příjem potravy, zřídka to porušíte

5 – Trvale omezujete příjem potravy a nikdy tento režim neporušíte

76. Jak dalece se shoduje níže uvedené prohlášení s Vaším jídelním chováním? "Začínám s dietou ráno, ale vzhledem k řadě událostí, které se během dne přihodí, do večera dodržování diety vzdám a pak sním vše, na co mám chuť, přičemž si slíbím, že začnu s dietou opět zítra."

Toto prohlášení mému chování:
1 – vůbec neodpovídá
2 – trochu odpovídá
3 – docela dobře odpovídá
4 – stoprocentně odpovídá

Příloha č. 2: Původní anglická verze The Adolescent Food Habit Checklist s vyznačenými „zdravými“ odpověďmi

1. If I am having lunch away from home, I often choose a low-fat option.
True; False; I never have lunch away from home

2. I usually avoid eating fried foods.
True; False

3. I usually eat a dessert or pudding if there is one available.
True; **False**

4. I make sure I eat at least one serving of fruit a day.
True; False

5. I try to keep my overall fat intake down.
True; False

6. If I am buying crisps, I often choose a low-fat brand.
True; False I never buy crisps

7. I avoid eating lots of sausages and burgers.
True; False I never eat sausages or burgers

8. I often buy pastries or cakes.
True; **False**

9. I try to keep my overall sugar intake down.
True; False

10. I make sure I eat at least one serving of vegetables or salad a day.
True; False

11. If I am having a dessert at home, I try to have something low in fat.
True; False; I don’t eat desserts

12. I rarely eat takeaway meals.
True; False

13. I try to ensure I eat plenty of fruit and vegetables.
True; False

14. I often eat sweet snacks between meals.
True; **False**

15. I usually eat at least one serving of vegetables (excluding potatoes) or salad with my evening meal.
True; False

16. When I am buying a soft drink, I usually choose a diet drink.
True; False; I never buy soft drinks

17. When I put butter or margarine on bread, I usually spread it thinly.
True; False; I never have butter or margarine on bread

18. If I have a packed lunch, I usually include some chocolate and/or biscuits.
True; **False;** I never have a packed lunch

19. When I have a snack between meals, I often choose fruit.
True; False; I never eat snacks between meals

20. If I am having a dessert or pudding in a restaurant, I usually choose the healthiest one.
True; False; I never have desserts in restaurants

21. I often have cream on desserts.
True; **False;** I don't eat desserts

22. I eat at least three servings of fruit most days.
True; False

23. I generally try to have a healthy diet.
True; False

Příloha č. 3: Souhlas Etické komise

ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená paní
Lucie Černíková
8.listopadu 581/30
169 00 Praha 6 - Břevnov

21.12.2023
č.j.: 187/23 S-IV

Vážená paní Černíková,
Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 14.12.2023 Vámi předložený individuální výzkumný projekt **č.j. 187/23 S-IV- bakalářská práce.**

Název studie/*Title of CT*: Stravovací návyky dospívajících, genderové rozdíly v přístupu ke stravování

Žadatel/*Applicant*: Lucie Černíková, 8.listopadu 581/30, 169 00 Praha 6 - Břevnov, e-mail: luckacerni@seznam.cz

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /*Reimbursement of costs related to assessment of the EC:*
☐ Ano/*Yes* ☒ Ne, důvod/*No,reasons*: *nesponzorovaný projekt*

Datum doručení žádosti / *Date of submission of the Application Form:* 29.11.2023
Datum jednání EK+čas/*Date and time of Ethics Committee's session:* **14.12.2023** (15:30 –17:30 hod.) – pozastaveno, připomínky odeslány emailem. Po úpravě a kontrole vydáno dne 21.12.2023 souhlasné stanovisko.

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího *Trial Site / Name of Investigator*	*Místní EK* *Local EC*	*Adresa místní EK* *Address*
Lucie Černíková, 1. lékařská fakulta UK v Praze	☒	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / *List of all submitted documents:*

Název dokumentu, verze, datum *Document title, version, date*	Schváleno/ *Approved*		Na vědomí / *Taken into account*	
	ANO *Yes*	NE *No*	ANO *Yes*	NE *No*
Průvodní dopis, bez data	☐	☐	☒	☐
Dotazník – Víceúčelový formulář EK VFN, 20.11.2023	☐	☐	☒	☐
Popis projektu, bez data	☒	☐	☐	☐
Informovaný souhlas s poskytnutím údajů k vypracování bakalářské práce, bez data	☒	☐	☐	☐
Dotazník pro účastníky, bez data	☐	☒	☐	☐
Souhlas vedoucí práce, bez data	☐	☐	☒	☐
Životopis hlavní zkoušející: Lucie Černíková, bez data	☐	☐	☒	☐
1698/23 D				
Vysvětlení k připomínkce EK	☐	☐	☒	☐
Dotazník pro účastníky, **opravená verze** bez data	☒	☐	☐	☐

Stanovisko etické komise:
EK vydává / *EC issues*

☒ **Souhlasné stanovisko/*Favourable opinion***
☐ Nesouhlasné stanovisko/*Unfavourable opinion*

EK VFN vydává souhlasné stanovisko k provedení individuálního výzkumu na 1. lékařské fakultě UK v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.
Digitálně podepsal PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.
Datum: 2023.12.28 13:23:15 +01'00'

Seznam členů etické komise/ *List of the Ethics Committee Members:*

	Muž/ Žena *Male/ Female*	Odbornost *Specialist*	Zaměstnanec zřizovatele EK* Ano *Yes*	Ne *No*	Funkce v EK *Role in EC*	Přítomen *Attendance* Ano *Yes*	Ne *No*	Hlasoval *Voted* Ano *Yes*	Ne *No*
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA	M/M	*Pharmacist Pharmacologist*	☒	☐	Předseda/ Chairperson	☒	☐	☒	☐
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	*Haematologist*	☒	☐	Místopředseda/Vice-chairperson	☒	☐	☒	☐
Jana Farkačová	Ž/F	*Lab.Technician*	☒	☐	Člen/Member	☐	☒	☐	☒
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	*Gynaecologist*	☒	☐	Člen/Member	☒	☐	☒	☐
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	*Engineer*	☐	☒	Člen/Member	☒	☐	☒	☐
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	*Neurologist*	☒	☐	Člen/Member	☐	☒	☐	☒
MUDr. Hana Honová	Ž/F	*Oncologist*	☒	☐	Člen/Member	☒	☐	☒	☐
MUDr. Jiří Humhal	M/M	*Cardiologist*	☒	☐	Člen/Member	☒	☐	☒	☐
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	*Microbiologist*	☐	☒	Člen/Member	☐	☒	☐	☒
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	*Dental surgeon*	☒	☐	Člen/Member	☒	☐	☒	☐
Mgr. Bc. Inka Dvořáková, MBA	Ž/F	*Lawyer*	☒	☐	Člen/Member	☒	☐	☒	☐
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	*Neurologist*	☒	☐	Člen/Member	☐	☒	☐	☒
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	*Member of clergy*	☐	☒	Člen/Member	☒	☐	☒	☐
Doc. PharmDr. Martin Šíma, Ph.D.	M/M	*Clinical Pharmacist*	☒	☐	Člen/Member	☒	☐	☒	☐
JUDr. Šárka Speciánová	Ž/F	*Lawyer*	☐	☒	Člen/Member	☐	☒	☐	☒
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	*Privat Nefrologist*	☐	☒	Člen/Member	☒	☐	☒	☐
MUDr. Jiří Valenta	M/M	*Anesthesiologist -Intensive Med.*	☒	☐	Člen/Member	☒	☐	☒	☐
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	*Paediatrist – AdolescentMed*	☒	☐	Člen/Member	☒	☐	☒	☐

pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ *Employee of EC appointing authority)*

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci. /*The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:*

☒Ano/*Yes* ☐Ne/*No* Komentář/*Comments:*

Datum/*Date:* 14.12.2023

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., v.r.

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	**číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)**	**Signatura závěrečné práce**	**Datum**	**Podpis**