

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Adéla Vilímovská

**Rizikové chování ve vztahu
k poruchám příjmu potravy u dospívajících**
*Risk behaviour related to
eating disorders in adolescents*

Bakalářská práce

Praha, květen 2024

Autor práce: Adéla Vilímovská

Studijní program: Nutriční terapie

Vedoucí práce: **doc. MUDr. Dagmar Schneidrová, CSc.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav hygieny 3. LF UK**

Prohlášení

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

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 28. května 2024

Adéla Vilímovská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala nejvíce paní doc. MUDr. Schneiderové, CSc. za opravdu úžasné vedení práce, včetně časového rozvržení během semestru. Dále také za její skvělý přístup a empatii k mé osobě. Musím říci, že mě velice v tomto odvětví posunula, dokonce tam, kam jsem ani já sama nečekala. Bylo mi velkou radostí s ní spolupracovat. Také bych chtěla poděkovat panu doc. RNDr. M. Petrášovi, Ph.D. a panu doc. RNDr. P. Sedlakovi, Ph.D. za zodpovězené dotazy a konzultace, díky kterým jsem mohla pokračovat v práci na mém bakalářském výzkumu.

OBSAH

ÚVOD

TEORETICKÁ ČÁST

1	VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	8
1.1	VÝSKYT RIZIKOVÝCH FAKTORŮ SPOJENÝCH S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY U DOSPÍVAJÍCÍCH	9
2	ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	10
2.1	OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ	11
2.2	OSOBNOST DOSPÍVAJÍCÍCH	11
2.3	VLIV RODIČŮ	12
2.4	VLIV VRSTEVNÍKŮ	13
2.5	VLIV SOCIÁLNÍCH SÍTÍ A MÓDNÍCH TRENDŮ	13
2.6	NÁROKY ŠKOLY A SPOLEČNOSTI	14
3	CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	14
3.1	MENTÁLNÍ ANOREXIE	14
3.1.1	<i>Diagnostická kritéria</i>	<i>14</i>
3.1.2	<i>Rizikové dietní chování</i>	<i>15</i>
3.1.3	<i>Zdravotní důsledky poruchy.....</i>	<i>15</i>
3.2	MENTÁLNÍ BULIMIE	16
3.2.1	<i>Diagnostická kritéria</i>	<i>16</i>
3.2.2	<i>Rizikové dietní chování</i>	<i>17</i>
3.2.3	<i>Zdravotní důsledky poruchy.....</i>	<i>17</i>
3.3	PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ	17
3.3.1	<i>Diagnostická kritéria</i>	<i>18</i>
3.3.2	<i>Rizikové dietní chování</i>	<i>18</i>
3.3.3	<i>Zdravotní důsledky poruchy.....</i>	<i>18</i>
4	PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	19
4.1	PREVENCE ZE STRANY ŠKOLY (EDUKACE, ŠKOLNÍ STRAVOVÁNÍ, VČASNÝ ZÁCHYT PORUCHY)	20
4.2	PREVENCE ZE STRANY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE (VČASNÝ ZÁCHYT PORUCHY, EDUKACE, INTERVENCE)	24
5	LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	26
5.1	AMBULANTNÍ LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	26
5.2	HOSPITALIZACE (MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP).....	27
6	ÚLOHA NUTRIČNÍHO TERAPEUTA PŘI LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	28
6.1	KOMPETENCE NUTRIČNÍHO TERAPEUTA V RÁMCI KOMPLEXNÍ LÉČBY	29
6.2	NUTRIČNÍ EDUKACE	30
6.3	NUTRIČNÍ INTERVENCE	32

PRAKTICKÁ ČÁST

7	CÍL VÝZKUMU, PRACOVNÍ HYPOTÉZY ..	33
8	METODIKA VÝZKUMU	34
8.1	SBĚR DAT A CHARAKTERISTIKA SOUBORU	34
8.2	STRUKTURA DOTAZNÍKU	34
8.3	ZPRACOVÁNÍ DAT	35
9	VÝSLEDKY	36
9.1	HMOTNOSTNÍ PROPORCIONALITA	38
9.2	RIZIKO VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	38
9.3	HODNOCENÍ KONKRÉTNÍCH OTÁZEK DOTAZNÍKU	39
10	DISKUSE	46
11	ZÁVĚR	48
12	SOUHRN	49
13	SUMMARY	50
14	SEZNAM LITERATURY	51
15	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	56
16	PŘÍLOHY	57

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním psychického původu, a tak je doprovází rizikové chování, které jedinec není schopen od určité chvíle sám ovládat. Toto rizikové chování se vyznačuje především velkým strachem z příbytku váhy a nutnost kontroly nad vlastním jídlem, v rámci snížení hmotnosti. (ÚZIS, 2018)

V roce 2019 bylo zaznamenáno, že poruchy příjmu potravy zakusilo 14 milionů lidí, přičemž téměř 3 miliony z nich byly děti a adolescenti. Rizikové chování a symptomy nemoci mohou výrazně poškodit zdraví, způsobit duševní újmu, ale i omezit každodenní fungování. Mentální anorexie většinou začíná v období dospívání a může dokonce vést k předčasné smrti v důsledku komplikací nebo sebevraždy. Mentální bulimie většinou začíná v období mladé dospělosti a je spojována s vyšším rizikem užívání drog, sebevražedných tendencí a souvisejících zdravotních problémů. (WHO, 2022)

K nárůstu výskytu onemocnění přispívá důraz na vzhled, který značně podporují sociální sítě, kde je často vyobrazována nereálná skutečnost a podněcuje mladistvé ke srovnávání s nereálnými vzory. (Doležalová, 2023) Dále také svou roli hraje tlak na výkonnost ze strany školy a společnosti. (Vilímcová, 2022)

Téma poruch příjmu potravy jsem zvolila, jelikož je mi tato problematika blízká z hlediska mé osoby, i výskytu v rodině. Také bych si velmi přála jednou kompetentně pomáhat lidem předcházet nebo řešit tento problém a podpořit je k sebelásce a správnému vnímání vlastního těla.

Cílem teoretické části práce je shrnout poznatky o poruchách příjmu potravy, rizikovém chování spojeném s těmito poruchami, poukázat na možnosti prevence a léčby poruch příjmu potravy a také se zaměřit na roli nutričního terapeuta, především na nutriční edukaci a intervenci.

Cílem praktické části je zjistit formou dotazníkového šetření rozdíly ve výskytu rizikového chování u adolescentní populace na základní škole a nižším gymnáziu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Výskyt poruch příjmu potravy

V České republice se začaly projevovat případy mentální anorexie koncem třicátých let 20. století. Informací o počtu léčených pacientů z tohoto období je k dispozici málo. Zřejmý nárůst hospitalizovaných pacientů s mentální anorexií byl zaznamenán až v osmdesátých letech 20. století. Výzkum probíhal v pražských nemocnicích, kde se odhaduje, že v roce 1973 se vyskytlo 1,08 případů mentální anorexie na 100 000 obyvatel. V roce 1985 se tento počet zvýšil na 4,1 případu. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) bylo v roce 1996 hospitalizováno 389 žen a 23 mužů s diagnózou mentální anorexie nebo bulimie. V této době byl průměrný věk pacientek s mentální anorexií 18 let a s mentální bulimií 21 let. (Havlíková, 2008)

Prevalence mentální anorexie u mladých žen a dívek se udává 0,5-1 %. Jsou to většinou pacientky, které spadají do střední a vyšší socioekonomické vrstvy. Mentální bulimie postihuje 4-15 % dívek na střední a vysoké škole, zatímco u žáků základních škol je zastoupení lehce snížené a činí 1-3 %. (Papežová, 2010)

Albrecht a Papežová (2016) uvádějí, že nejčastější poruchou příjmu potravy je psychogenní přejídání, jehož prevalence dosahuje až 7,8 %. (Fantová, 2021)

Data týkající se ambulantní péče byla získána ze zprávy o činnosti psychiatrických ambulancí. Tyto informace jsou rozděleny podle místa, kde se nachází zdravotnické zařízení. Od roku 2011 se monitoruje počet pacientů s diagnózou poruch příjmu potravy. „V roce 2017 bylo v psychiatrických ambulancích léčeno s touto diagnózou celkem 3 731 pacientů, z toho bylo 90 % žen. Pacienti, kteří byli léčeni pro tuto diagnózu v daném roce poprvé v životě, tvořili téměř 37 % z celkového počtu těchto pacientů. Z hlediska věkové struktury bylo téměř 12 % z celkového počtu pacientů léčených pro dg. F50 ve věku 0–14 let, necelých 32 % ve věku 15–19 let a 56 % starších 20 let.“ (ÚZIS, 2018, str. 2) Incidence onemocnění byla nejvyšší v Praze, a to 114,5 pacientů na 100 000

obyvatel. Celorepublikový průměr byl 35,2 pacientů na 100 000 obyvatel. (ÚZIS, 2018)

1.1 Výskyt rizikových faktorů spojených s poruchami příjmu potravy u dospívajících

Rizikové faktory u poruch příjmu potravy nejsme schopni zcela přesně definovat, jelikož se jedná o faktory, které jsou biologického, psychického a sociálního původu. Rizikové faktory se zjišťují průřezovými studiemi, které by měly odhalit aspekty rozdílu mezi zdravými a nemocnými jedinci. Pokud je dostatečný důkaz, že se faktor vyskytoval již před onemocněním, jedná se o rizikový faktor. (Suchopárová, 2013)

Jedním z rizikových faktorů je etnický původ. Poruchami příjmu potravy trpí převážně příslušníci bílé rasy, přičemž americké studie prokázaly, že Afroameričanky jsou skutečně se svou postavou spokojenější a nedrží tolik diety. Mají dokonce i průměrný BMI vyšší, ale dle některých studií trpí více psychogenním přejídáním. (Papežová, 2010)

Z hlediska pohlaví, vznik poruch příjmu potravy, je mnohonásobně vyšší u ženské populace. Zastoupení mužů, diagnostikovaných s poruchou příjmu potravy, z různých studií činilo 0-15 %. Hoek (1993) tvrdí, že žen s mentální anorexií je 10x více než mužů a v případě mentální bulimie je to dokonce 20x více. Menší zastoupení u mužů je díky tomu, že muži drží mnohem méně diety a obecně jsou se svou postavou spokojenější. (Krch, 2004)

Nepříznivé životní události také mohou být jedním z mnoha faktorů, které přispívají vzniku onemocnění. Některé studie poukazují na to, že k projevu nemoci je potřeba opakovanému vystavení traumatickému zážitku. „Srovnání lidí trpících PPP s lidmi zdravými nespočívá v zážitku jedné negativní události, ale v opakované expozici traumatickým událostem.“ Bylo prokázáno, že sexuální zneužívání, jako jedno z nejčastějších traumat, opravdu predisponuje poruchám příjmu potravy. Riziko mentální bulimie je výrazně vyšší u osob, které se někdy staly obětí sexuálního zneužívání. Největší potíže s jídlem mají ženy, které byly zneužívané

v dospělosti i dětství. Americký sociolog Grafinkel, se svým kolektivem v roce 1996 zjistili, že výskyt mentální bulimie u žen, které zažily sexuální zneužívání je až 3x vyšší. (Papežová, 2010, str. 40)

V roce 2020 bylo vytipováno z 2 197 meta-analýz kolem 50 rizikových faktorů. Ve studii bylo zahrnuto 29 272 subjektů s poruchami příjmu potravy a 1 679 385 kontrol. U většiny faktorů se neprokázala významná souvislost s poruchami příjmu potravy. Největší souvislost byla prokázána u mentální bulimie ve vztahu k dětskému sexuálnímu zneužívání. Také mezi oběťmi násilných činů a více druhy poruch příjmu potravy. (Solmi, Radua, Stubbs et al., 2021)

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorder (ANAD), americká asociace, zabývající se mentální anorexií a dalšími poruchami příjmu potravy uvádí, že 42 % dívek z 1.-3. třídy základní školy chce být hubenější, 81 % dětí ve věku 10 let se bojí, že budou tlustí a děti ve věku 9-11 let drží „někdy“ nebo „velmi často“ diety. 35-57 % adolescentních dívek hladoví, drží diety, snaží se zvracet a zneužívá dietní léky nebo laxativa. (ANAD, 2023)

2 Etiologie poruch příjmu potravy

Etiologie poruch příjmu potravy byla mnohokrát diskutována, jelikož nejde přesně vysvětlit všechny varianty onemocnění, nese to s sebou velká omezení. Již proběhlé studie zatím neprokázaly žádný z etiologických modelů. V četných situacích se jednalo o současný výskyt poruch se specifickým jevem, charakteristickým pro konkrétní populační skupinu. Také bylo obtížné určit, zda se jedná o příčinu či následek. Obecně v dnešní době platí názor, že jediný opravdový specifický rizikový faktor je držení redukčních diet, který se objevuje u všech pacientů a stojí za konkrétními obtížemi. (Krch et al., 2005)

„Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů.“ (Krch et al., 2005, str. 57)

2.1 Období dospívání

Adolescentní vývoj je zásadní pro manifestaci poruchy příjmu potravy. Crisp (1980) uvádí, že krize, probíhající v adolescentním období, je značným patologickým faktorem pro projev poruchy příjmu potravy. Což se týká hlavně fyzických změn, které jsou v té době největší z celého života. Tyto změny velmi úzce souvisí s dietním chováním jedinců adolescentního věku. (Kocourková, 1997)

Fyzické změny probíhají u obou pohlaví naprosto odlišně. U chlapců v pubertálním věku dojde ke značnému příbytku svalové hmoty, kdežto ženy přibírají spíše na tuku. U dívek může později tato skutečnost vyústit v odmítání dospělé ženské postavy, role, ale i sexuality. (Krch, 2004)

„Crisp zdůrazňuje pubertální tělesné dozrávání jako ústřední podnět při vzniku anorektických příznaků, které jsou koncem puberty patrné až u 6 % děvčat.“ (Krch, 2004, str.14)

Koff a Rierdan (1991), při sledování dívek ve věku 7-12 let, zjistili, že až 40 % z nich se nelíbí jejich postava, také se již pokoušeli o držení diety. Jako závěr autoři studie uvedli, že cílem dívek je vyhublost, nikoli zdravá váha. Dále se Killen et al. (1992) zabývali studiem dietního chování a sexuální zralosti u dívek ve věku 11-12 let. Bylo prokázáno, že u tělesně vyspělejších dívek je riziko poruchy příjmu potravy až dvojnásobně vyšší. A to i díky tomu, jelikož se k dřívější vyspělosti pojí například příbytek váhy a depresivní příznaky. (Krch, 2004)

2.2 Osobnost dospívajících

Co se týče psychologie osobnosti, jsou určité osobnostní rysy, které jsou spojené s poruchami příjmu potravy. U mentální anorexie je to například úzkostnost, perfekcionismus, vyhýbavé chování. U mentální bulimie je to emoční labilita, impulzivita a také depresivní nálada. Predisponujícími faktory pro poruchy příjmu potravy jsou: nízké sebevědomí, negativní sebehodnocení, pocit neefektivnosti a úzkostné sebepozorování. (Krch, 2004)

Některé studie poukázaly na to, že jedním z rizikových faktorů poruch příjmu potravy, mohou být specifické osobnostní rysy, nebo určité osobnostní poruchy. Příznivcem tohoto názoru je např. Strober (1981).

„Typickou anorektičku obvykle popisují jako dívku zaměřenou na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli, jako dívku zatíženou negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům a cílům.“ (Krch et al., 2005, str.71)

Dívky postižené tímto onemocněním obecně potřebují pocit kontroly, i nad svým chováním, dále se jejich chování označuje jako „vyhýbavé“. U mentálních anorektiček převažuje spíše perfekcionismus, rigidita a převyšující emoční kontrola. U mentálních bulimiček převažuje emoční nestabilita a snížená sebekontrola. (Krch et al., 2005)

2.3 Vliv rodičů

Jeden z nejzásadnějších rizikových faktorů je výskyt jedinců, trpících poruchou příjmu potravy v rodině. 3-10 % pacientů uvádí, že mají v rodině jedince, kteří trpí poruchou příjmu potravy. Dalším rizikovým faktorem v rodině je také obezita a nezdravý postoj k vnímání svého těla. Dále nevhodné komentáře ze strany rodiny, ať už se týkají přímo tělesného vzhledu, či stravovacích návyků. Také velmi často velké nároky na vzhled a výkonnost, ze strany rodiny. Rodiče mají velmi významný vliv na vývoj postoje ke stravování a pohybovým návykům, ale i na vnímání vlastního těla. (Zadrazilová, 2012)

Nejčastější patogeneze poruch příjmu potravy je spojována se vztahem matky a dcery. Masterson tvrdí, že když neproběhnou separačně-individuační procesy správně, dojde k nesprávnému upevnění a vývoji vlastní identity. Proto anorektické dívky mají většinou pevný, úzký vztah k matce, společně s odmítáním otce. (Kocourková, 1997)

2.4 Vliv vrstevníků

Vliv vrstevníků je velice významným faktorem v etiopatogenezi poruch příjmu potravy. V případě, že dítě vyčnívá z kolektivu vrstevníků, může být vystaveno povzbuzování či výsměchu, díky čemuž si děti osvojují určité postoje. V dívčích skupinách je velmi kladen důraz na fyzický vzhled, což vede dívky k porovnávání, hodnocení sebe i druhých. Vliv vrstevníků je velmi těžko uchopitelný, díky rozmanitosti skupin vrstevníků. Lze potvrdit, že školní prostředí je rizikovější, pokud se jedná o smíšené školy. Mnozí jedinci se před vrstevníky uzavrou dokonce rok před vznikem samotné poruchy. Může následně dojít k vyřazení z komunity svými vrstevníky nebo se sami separují. Často jsou zatíženi obavami, že se s těmito změnami nezvládnou vyrovnat, nebo že nedokáží změnit očekávání ostatních. Tyto obavy pramení převážně z nejistoty ohledně vlastní role a identity. (Pernicová, 2016)

2.5 Vliv sociálních sítí a módních trendů

V minulosti bylo ve společnosti považováno za atraktivní, když měla žena plnější postavu. Bylo to spojováno s bohatstvím a prosperitou. Naopak hubená postava byla často přisuzována chudobě spojené s nedostatkem potravy. V dnešní době je žádoucí postava štíhlá, která je vnímána jako symbol úspěchu. A to hlavně díky vlivu módního a dietního průmyslu, který propaguje dietní přípravky. (Grogan, 2000)

Vliv sociálních sítí na jedince je v dnešní době velmi diskutovanou problematikou. Sociální sítě mohou mít funkci edukační, inspirativní a zábavnou, ale zároveň se s nimi pojí rizika, jako například kyberšikana. Také spousta studií prokázala, že mohou být významným faktorem ve vzniku duševních onemocnění, a to deprese, úzkostné, panické poruchy a poruchy příjmu potravy. Největší problém sociálních sítí, jako je například Instagram, je ten, že obsahuje obrovské množství nejrůznějších obsahů, z nichž největší část tvoří fotografie, které jsou velmi nereálné. Fotografie se často fotí z nejrůznějších úhlů a filtrují se, aby dotyčný vypadal, co nejlépe. Harriger et al. (2022) tvrdí, že zveřejňování

nerealistických snímků má velký vliv na zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy a nespokojenost s vlastním tělem. (Doležalová, 2023)

2.6 Nároky školy a společnosti

Jedním z dalších důležitých rizikových faktorů je školní prostředí, hlavně vzhledem k vyvíjení tlaku na žáky. Příklad do školy bývá pozitivně brán, avšak pro dítě je to obrovská změna a výstup z komfortní zóny. Pro děti to může být první příležitost, kdy se nepodřizují rodičovské autoritě, ale školní, což může značně ovlivnit vnímání instituce. Dále se k nástupu do školy pojí formování sociální role a identity, které může být také velmi znepokojující. Z hlediska sebehodnocení má velký vliv na jedince školní hodnocení a interakce s vrstevníky. Jedny z největších, úplně nových, stresorů pro dítě je tedy strach z hodnocení a tlak na výkon. (Vilímcová, 2022)

3 Charakteristika poruch příjmu potravy

3.1 Mentální anorexie

Charakteristickým znakem mentální anorexie je úmyslné snižování hmotnosti sníženým příjmem energie, nebo i zvýšeným výdejem energie. Nemocní nechtějí jíst z různých důvodů. Většinou uvádí, že chtějí být zdraví a výkonní. Zároveň se velmi zajímají o jídlo a stravování druhých. Hlavním znakem je ale nejvíce přehnaná sebekritika. (Krch, 2007)

3.1.1 Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků; vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové hmotnosti).

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

E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna. (Krch a kol., 2005, str. 16)

3.1.2 Rizikové dietní chování

Hřivnová (2014) uvádí, že mohou probíhat v poruše specifické algoritmy. Postižení začnou nejprve vynechávat energeticky bohatá, nezdravá jídla jako jsou sladkosti a uzeniny, nebo třeba slazené limonády, což může na první pohled vypadat jen jako zdravé stravování, dle výživových doporučení. Následně dochází k omezení nebo vyloučených příloh a zejména masných jídel. Další fází bývá pseudovegetariánství, kdy dotyční vyloučí ze stravy vajíčka a mléčné výrobky, což postupně vede už jen ke konzumaci zeleniny a ovoce. Nakonec může dojít k úplnému hladovění, přičemž také dochází ke konzumaci neobvyklých věcí pro tlumení pocitu hladu. Toto dietní chování bývá často doprovázeno excesivním cvičením. (Hřivnová, 2014)

3.1.3 Zdravotní důsledky poruchy

Vlivem malnutrice, vyvolávaného zvracení a abúzu léků pro snížení hmotnosti, se k onemocnění váží závažné metabolické důsledky. U osob, které užívají diuretika nebo laxativa se může rozvinout hypokalemická alkalóza, což se může

projevit například svalovou slabostí, únavností, nebo dokonce srdeční arytmii, díky nedostatku draslíku. Srdeční arytmie může vést až k srdeční zástavě. Často dochází i k dehydrataci vzhledem ke sníženému příjmu tekutin, zvracení a snížené sekrece vazopresinu z abúzu laxativ. Při dalším rozvoji dehydratace se může objevit sekundární hyperaldosteronismus, který může zvýšit depleci draslíku. V krevním obrazu můžeme vidět četné změny a to např. anémii, leukopenii, nebo trombocytopenii. Při kachektické fázi, ale i během realimentace se díky zvýšenému cholesterolu může dostavit steatóza jater, která je ale obvykle reverzibilní. (Kocourková, 1997)

3.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie se projevuje většinou u dospívajících později, a to až kolem 16 let a výše. Často také vzniká z mentální anorexie či v sebe vzájemně přechází. Vyskytuje se převážně u pracovně vytížených lidí s dobrým socioekonomickým statusem. Zvracení nemusí být vždy přítomné. (Havlinová, 2018)

3.2.1 Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2):

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně 2x týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu insulinem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle. (Krch a kol., 2005, str. 19)

3.2.2 Rizikové dietní chování

Bulimii rozlišujeme na dvě formy – purgativní a nepurgativní. Purgativní typ je charakterizován pravidelným zvracením a užívání diuretik nebo laxativ. Nepurgativní typ se vyznačuje spíše dodržováním diet, hladovek nebo excesivním cvičením. (Havlíková, 2018)

V průměru čtvrtina jedinců, kteří při mentální bulimii zvrací, dokáží zvracení vyvolat pouze stlačením břicha. Největším rizikem je tzv. zvracení se zapíjením, což funguje tak, že se po každém zvracení jedinci napijí vody a následně se znovu vyzvrací. Tuto metodu poté opakují, dokud nezvrací úplně čistou tekutinu. Z počátku mají nemocní radost z účinnosti zvracení, jakožto prostředku neomezeného jení a nepřibírání na váze. Vlivem zvracení už je nic nezdržuje od přejídání, a tak začnou navyšovat množství snědených potravin. (Zdražilová, 2012)

3.2.3 Zdravotní důsledky poruchy

Při mentální bulimii, z hlediska poruchy metabolismu dochází vlivem zvracení dochází k dehydrataci, hypokalémii, metabolické alkalóze a sekundárnímu hyperaldosteronizmu. Co se týče gastrointestinálních komplikací většinou jde o rupturu žaludku, rozvoj zubních kazů, díky poškozené zubní sklovině, kvůli působení kyselého pH obsahu žaludku při zvracení. V neposlední řadě je velkou komplikací ruptura jícnu a ezofagitida. (Kocourková, 1997)

3.3 Psychogenní přejídání

Přejedení je velmi relativní pojem, jelikož je těžké individuálně určit, jestli se někdo přejedl, či ztratil kontrolu nad jídlem. Záchvatovité přejídání není jednorázová situace, ale dlouhodobý problém. Je velmi důležité poznamenat, že záchvatovité přejídání není spojené s pocitem hladu. (Doležalová, 2023)

3.3.1 Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria dle MKN-10 (F 50.4) (2008):

- A. Opakované zabývání se jídlem, výrazná touha po jídle, epizody přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- B. Bez purgativního chování známého u mentální bulimie.
- C. Nepřiměřený strach z tloušťky. Snahy po získání nižší než optimální zdravé váhy. Epizody přejídání jsou čteně spojovány s maladitivním vyrovnáním se stresovými situacemi. (Fantová, 2021, str. 14)

3.3.2 Rizikové dietní chování

Záchvatové přejídání je charakterizováno opakujícími se epizodami přejídání, které nedoprovází hladovění, zvracení, cvičení, ani užívání projímadel. Během takovéto epizody nemocný zkonsumuje velké množství potravin, i když ve skutečnosti nemá hlad. Lidé, trpící záchvatovitým přejídáním, se také často obracejí na neúčinné diety, díky strachu z obezity. Poruchu doprovází depresivní a úzkostné příznaky. Většinou se jedná o emoční jedení. (Havlíková, 2018)

Onemocnění se navenek nemusí projevit, jelikož nemocní se často přejídají tajně a jsou ochotni díky tomu i lhát. Před ostatními však udržují iluzi normálního stravování. Při epizodě přejídání dotyčný konzumuje jídlo velmi rychle, někdy dokonce i bez rozkousání. Množství energie potravin, které bývají při záchvatu zkonsumovány je individuální, odhaduje se však průměrně 1500-3500 kcal. Přejídání doprovází složité emoce. Nastupuje okamžitá úleva, kterou vystřídá pocit zahanbení, viny a znechucení. Vše to často doprovází deprese, včetně ztráty naděje pro získání kontroly nad jídlem. (Cooper, 2014)

3.3.3 Zdravotní důsledky poruchy

Záchvatové přejídání má negativní dopad na tělo, ve formě únavy, bolestí břicha, závratí a pocitů extrémní plnosti a nadmutosti. (Cooper, 2014)

Dále také může být spojeno se zvýšenou nemocností a některými zdravotními komplikacemi. Mezi nejčastější zdravotní důsledky záchvatového přejídání se řadí obezita, kardiovaskulární poruchy, metabolický syndrom a diabetes II. Typu.

K obezitě se často váží další fyzické obtíže, jako například pohybové omezení, respirační poruchy a další. Postižení také mohou mít větší riziko vysokého krevního tlaku, dyslipidémie a diabetu II. Typu, což může vést k rozvoji metabolického syndromu. Porucha se také často podílí na ovlivnění hormonální regulace, což může vést k poruchám cyklu u žen. (Polášková, 2022)

4 Prevence poruch příjmu potravy

Nejdříve je nutno vymezit základní pojmy a druhy prevence. Prevence je činnost, která vede k prohloubení zdraví, snížení rizika vzniku nemoci, a hlavně k prodloužení aktivní délky života. Prevence probíhá na úrovni jednotlivce či určité populace. Dělí se na specifickou a nespecifickou. Specifická prevence je vedena za účelem prevence vzniku konkrétního onemocnění, případně jeho následků, kdežto nespecifická prevence je zaměřena na podporu zdravého životního stylu a prostředí, která může být vnímána také jako součást podpory zdraví. (Suchopárová, 2013)

Dále se prevence dělí na primární, sekundární a terciární prevenci. Primární prevence se odvíjí hlavně od rodinné výchovy, školní edukace, vlivů okolní společnosti, návyků a kultury stravování. Měla by pomoci předejít vzniku rizikového chování. Šmahel (2004) tvrdí, že je důležité sebehodnocení dětí a adolescentů, na které mají vliv hlavně média a kulturní vzory. Sekundární prevence zahrnuje vyhledávání a ovlivnění rizikových jedinců určitých skupin, do kterých spadají například děti trpící obezitou a poruchami příjmu potravy. Rizikové skupiny mohou být charakterizovány i ve spojení se zájmy dětí, kde je kladen velký důraz na kontrolu váhy a vzhledu, jako je tomu například v modelingu či gymnastice. Sekundární prevence má tedy za úkol podchytit již rizikové dítě, seznámit ho se všemi riziky, které se pojí s daným rizikovým chováním. Terciární prevence se zabývá tím, aby pacient dostal vhodné nabídky léčby, nedocházelo k opakovaným návratům nemoci a došlo k obnově úplného zdraví včetně plodnosti. V posledních letech je zároveň v terciární prevenci žádoucí zabránění přenosu onemocnění na další generaci. (Papežová, 2010)

4.1 Prevence ze strany školy (edukace, školní stravování, včasný záchyt poruchy)

Škola je primárně vzdělávacím a výchovným prostředím, proto je její funkce v prevenci a edukaci o rizikových vlivech nedílnou součástí. Prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže má dle ministra školství zprostředkovávat školní metodik prevence, který dohlíží a řídí realizaci povinných minimálních preventivních programů na školách a školních zařízeních. (Jacháčková, 2023)

Dle školského zákona (zákon č. 561/2004), každá škola musí mít minimální preventivní program, který si sama sestaví. Důraz je přitom kladen na předcházení poruch příjmu potravy prostřednictvím edukace se zaměřením na rizikovou věkovou skupinu žáků, dále také rozpoznání rizikového chování u žáka a zajištění včasné intervence ve spolupráci s výchovným poradcem, školním psychologem či speciálním pedagogem. Podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělání (RVP ZV) je v rámci Výchovy ke zdraví zařazena do výuky Výživa a zdraví, kde jsou žáci s problematikou PPP seznámeni. Tyto změny ve školství přispěly k většímu povědomí o prevenci v této problematice. Z výzkumného šetření diplomové práce (Dolejší, 2016) vyplývá, že v předešlých letech nebyla prevence podchycena, a tak respondentky žádnými konkrétními preventivními programy neprošly. Školy mají v dnešní době možnost si vybrat z velkého množství aktivit, které by mohly podpořit jejich vlastní minimální preventivní program. (Dolejší, 2016)

Jeden z preventivních programů vytvořila pod Státním zdravotním ústavem magistra Suchopárová. Jedná se o metodickou pomůcku formou CD s názvem Správnou výživou proti anorexii a bulimii. Cílem manuálu je pomoci učitelům vzdělávat žáky o poruchách příjmu potravy, usnadnit jim práci a nabídnout kvalitní informace v rámci předmětu Výchova ke zdraví. Manuál je dělen na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obeznámuje s poruchami příjmu potravy, jakožto charakteristiky onemocnění i možnosti

jejich překonání. Praktická část obsahuje 4 příběhy ze života pacientů s poruchami příjmu potravy, část s názvem Třináct pomocníků pro lepší den a přílohy k diskusi. Každý příběh vyobrazuje různé projevy poruchy příjmu potravy. Aktivita, které jsou součástí manuálu jsou např. sestavování jídelníčku, výpočet BMI, hry k posílení sebevědomí, referát k tématu, diskuze o anorexii a bulimii, a dokonce i test na internetové stránce www.idealni.cz. (Suchopárová, 2013)

Co se týče školního stravování, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, vytvořilo nutriční doporučení ke Spotřebnímu koši pro školní jídelny. Spotřební koš je nástroj, který slouží provozovněm školního stravování k průkazu naplňování výživových ukazatelů, jakožto souhrn měsíční spotřeby, který je stanoven přílohou č. 1 k vyhlášce č.107/2005 Sb., o školním stravování, ve znění pozdějších předpisů, kde jsou stanoveny normy pro vybrané komodity potravin, vztažené na strávnicka a den v závislosti na jejich věkové kategorii. Dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ukládá provozovatelům stravovacích služeb povinnost, aby pokrmy podávané v rámci stravovací služby splňovaly výživové požadavky podle skupin spotřebitelů, pro které jsou určeny. (MZČR, 2015)

Doporučení ke spotřebnímu koši pro obědy na jeden měsíc dle Rádce školní jídelny 1 (str 11.), který je vytvořený podle nutričních doporučení Ministerstva zdravotnictví ke Spotřebnímu koši, vypadá takto:

POLÉVKY	<u>Doporučená četnost</u>
Zeleninové	12x
Luštěninová	3-4x
Zařazení obilných zavárek (jáhly, vločky, krupky, pohanka, bulgur, kuskus,...)	4x
Kombinace polévek a hlavních jídel	Většinou vhodná kombinace

HLAVNÍ JÍDLA	
Drůbež (kuře, krůta, slepice) a králík	3x
Ryby	2 - 3x
Vepřové maso	Max. 4x
Bezmasé nesladká jídla (vč. luštěnin bez masa)	4x
Nejsou zařazeny uzeniny	0x
Sladké jídlo	Max. 2x
Nápaditost pokrmů	Nápadité
Luštěniny	1 - 2x
PŘÍLOHY	
Obiloviny (těstoviny, rýže,...)	7x
Houskové knedlíky	Max. 2x
ZELENINA	
Zelenina čerstvá	Min. 8x
Tepelně upravená zelenina	Min. 4x
NÁPOJE	
Denně nabídnut neslazený nemléčný	Ano
Pokud mléčný, výběr i nemléčného	Ano

Pro školní jídelny existují také speciální programy vytvořené Státním zdravotním ústavem. Jedná se o 2 programy: Máme to na talíři a Zdravá školní jídelna. (www.mametonataliri.cz, www.zdravaskolnijidelna.cz)

Projektu Máme to na talíři se v současnosti účastní 17 pilotních školních jídelen, které se vzdělávají v technologických postupech kulinářství, užívají standardy, které tento program představuje a pomáhají je modifikovat. S recepty pokrmů pomáhají známí šéfkuchaři, pro které je dětské stravování také důležité. Standardy jsou přitom nastavené dle vědecky podložených dat, praktického využití a snaží se o konkrétnost, srozumitelnost, a hlavně aplikovatelnost ve všech školních zařízeních. Program vystihuje slogan: „Cesta změny ze školní jídelny do školní restaurace.“

Projekt Zdravá školní jídelna má za cíl udržet a vylepšit systém školního stravování, kde by strava měl být pestrá, nutričně vyvážená a chutná. Program Zdravá školní jídelna obsahuje 10 kritérií:

1. Z pyramidy na talíř – jednoduché zásady správné výživy v praxi;
2. Pestrý jídelní lístek s každodenní nabídkou neslazených nápojů (sestavený dle Nutričního doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR ke spotřebnímu koši);
3. Správné a bezchybné vedení spotřebního koše;
4. Čerstvé sezónní potraviny jsou základem pokrmů;
5. Střídmé solení s ohledem na dětského strávnicka;
6. Omezení používání dochucovadel a instantních dehydratovaných směsí;
7. Podpora národních tradic a regionálních zvyklostí, seznamování s mezinárodní kuchyní;
8. Pravidelné vzdělání personálu školní jídelny;
9. Zvyšování výživové gramotnosti a podpora správných stravovacích návyků dětí;
10. Prezentace školní jídelny a podpora komunikace s pedagogy, dětmi a rodiči. (Košťálová, 2023)

Jelikož dítě tráví ve škole většinu času svého života, je učitel jedním z prvních, kdo může zaznamenat počátky rozvíjejícího se onemocnění. Papežová (2017) vyzdvihuje určité příznaky, které by neměl pedagog přehlížet. Je to: výrazná ztráta či nadbytek hmotnosti během krátkého časového intervalu; zaostávání v růstu; dříve sociálně aktivní dítě se nyní straní kolektivu; dítě se schovává pod vrstvami oblečení; nenosí svačiny nebo vynechává jídla. Dalšími znaky mohou být změna jídelního tempa, typické je také zdůrazňování apetitu. Mimo to je potřeba sledovat také soustředěnost, změnu kvality pleti a vlasů, či časté odbíhání na toalety. Nutné je sledovat i osobnost jedince, kdy se jeho snaha a nálada v důsledku nedostatku energie mění a může přerůst až v apatii. Učitel by první měl s žákem provést soukromý rozhovor, následovně kontaktovat rodiče a případně doporučit praktického lékaře, psychologa, či návštěvu pedagogicko-psychologické poradny. Některé školy mají školního psychologa. (Vilímcová, 2022)

4.2 Prevence ze strany praktického lékaře (včasný záchyt poruchy, edukace, intervence)

Poruchy příjmu potravy jsou pro pediatry v současnosti již známá onemocnění. Právě oni totiž při preventivní prohlídce zjistí změnu hmotnosti, nedostatečnost příjmu, hormonální dysbalanci a další. Je ale velmi důležité zmínit, že spolupráce pediatra s psychiatrem je v případě poruch příjmu potravy nevyhnutelná, jelikož zde hraje velkou roli porucha vnímání vlastního těla. (Stárková, 2003)

Úkolem pediatra je vyloučit organickou příčinu obtíží, posoudit somatický stav a stav výživy, rozhodnout o potřebě hospitalizace nebo další ambulantní péče. Jsou známá somatická onemocnění, která je třeba vyloučit. Standardní somatické vyšetření by mělo zahrnovat kompletní laboratorní testy, EKG, EEG, MRI CNS, oční pozadí a také vyšetření k vyloučení možné endokrinopatie. Kromě správné diagnostiky je spolupráce mezi psychiatrem a pediatrem důležitá i pro správnou realimentaci dívek a řešení somatických komplikací. V dnešní době je onemocnění diagnostikováno poměrně rychle, díky jeho rozšířenosti. Problém ale nastává

v momentě, kdy přetrvává obtížně překonatelná stigmatizace psychiatrie, což může vést k odmítání léčby ze strany rodičů. (Kocourková, Koutek, 2014)

Rizikové způsoby pro kontrolu tělesné váhy od 11 let věku přibývají. Praktický lékař dokáže zachytit poruchu dle percentilových grafů při preventivních prohlídkách. Pokud vznikne podezření na poruchu, měl by odkázat na specializovaná centra, jako je například Anabell. Anabell plní jak funkci edukační o PPP i výživě, tak poradenskou, dále poskytuje skupinové aktivity pro klienty a jejich rodiče a partnery, nebo také kontakty na profesionální pomoc. (Schneidrová, 2023)

Zkreslená představa svého vlastního těla je velmi zásadní v případě poruch příjmu potravy. V rámci léčby je nutné tuto zkreslenou představu přepracovat. Často se volí právě psychoedukace, která má fungovat jako nástroj přesvědčení o tom, že má pacient znalosti o funkci a stavbě těla mylné. Jednou z metod, jak odhalit zkreslené vnímání těla je metoda měření odhadu tělesných velikostí (Body Size Estimation), kterou vypracovali Slade a Russel na počátku 80. let. Metoda vychází z propočtu indexu vnímání těla (Body Perception index, BPI). Srovnávají se skutečné tělesné rozměry s těmi, které pacientka odhaduje. Měření se provádí na několika frontálních, případně profilových rozměrů. Typicky se sledují tyto velikosti: obličej, ramena, hrudník, pas, boky. Profilové rozměry zahrnují: hrudník, pas, hýždě, stehna. Pacientka má za úkol odhadnout a zaznamenat, jak je velký právě měřený rozměr, založený na vlastní představě o sobě. Vzorec pro index BPI vypadá následovně: $\text{index (BPI)} = \text{vnímaný rozměr} / \text{skutečný rozměr} \times 100 (\%)$. (Stárková, 2003)

Dále je také nutno zmínit spolupráci pediatra s gynekologem, protože dříve, kdy nebyly poruchy příjmu potravy tolik rozšířené, byl právě gynekolog často prvním lékařem, který na základě amenorey vyjádřil podezření na poruchu příjmu potravy. (Kocourková, Koutek, 2014)

Intervence lékařů by měly směřovat k transformaci nepříznivých postojů a návyků pacientky a k potlačení faktorů, které tato onemocnění posilují či brání

nezbytným změnám. Navrhovaná řešení by měla být konkrétní a odvozena z aktuální situace. (Krch, 2007)

5 Léčba poruch příjmu potravy

Správné diagnostikování poruch příjmu potravy je podstatným základem pro zvolení adekvátního postupu léčby. Jeho nedílnou součástí je zhodnocení vývoje dítěte na úrovni somatické, psychické a sexuální, dále také riziko výskytu dalších přidružených poruch. Poruchy příjmu potravy jsou multifaktoriálního původu, proto léčba musí být komplexní, diferencovaná, a hlavně s individuálním léčebným přístupem. V tomto případě je to nejčastěji kognitivně behaviorální terapie (KBT). Hlavní cíle léčby jsou změna hmotnosti, změna stravovacích návyků, postojů vůči jídlu, váze, vzhledu a sebehodnocení. U dětí je léčba obtížnější, jelikož u nich lze těžko dosáhnout dobrovolné spolupráce, díky psychické nezralosti a častému vzdoru. Nezbytná součást léčby je jasné stanovení pravidel a jejich důsledné plnění, což může být v rámci náročnosti situace, a s tím spojenými konflikty v rodině, velmi náročné. Důležité je také rozlišit, zda je žádoucí léčba ambulantní, či bude nutná hospitalizace. (Papežová, 2010)

Po ukončení léčby by mělo dojít k přijetí své postavy s přiměřeným kladným sebehodnocením, potěšením z jídla a obnova či udržení společenských vztahů. Je nutno zmínit, že léčba trvá dlouho a je často provázena relapsy. Úmrtnost u mentální anorexie je až 30x vyšší oproti celkové úmrtnosti žen stejného věku. Tato porucha má z psychiatrických onemocnění nejvyšší úmrtnost, jejíž příčinou jsou sebevraždy, srdeční selhání a podvyživenost. Se špatnou prognózou se pojí BMI pod 13 kg/m², délka trvání onemocnění déle než 10 let, deficit sérového albuminu, nízká glykémie, hypokalémie, dehydratace a prodloužení QT intervalu na EKG. (Suchopárová, 2013)

5.1 Ambulantní léčba poruch příjmu potravy

Ambulantní péče je poskytována pacientům s poruchami příjmu potravy v souladu s průběhem jejich onemocnění. U jedinců s mentální anorexií, kteří mají hmotnost pod 30% ideální váhy, je ambulantní péče vhodná pouze za předpokladu

dobré motivace, spolupráce rodiny a kratší trvání příznaků. Je nezbytné pravidelně monitorovat výsledky léčby a tělesnou hmotnost minimálně jednou týdně. Pro ambulantní léčbu je klíčem spolupráce s pediatry a psychoterapeutickými týmy. Psychologové provádí vyšetření, která zkoumají aktuální stav, podle kterého se stanovují další postupy léčby. Důležité jsou také pravidelné návštěvy u pediatra, který musí být o všem informován. Mimo to se také doporučuje spolupráce s internistou, nutričním terapeutem včetně edukace o vhodném stravování a vedení jídelních záznamů. Nedílnou součástí je i psychiatrická péče, která je nápomocná ke stabilizaci duševního stavu a předcházení problémů se stravováním. (Packová, 2012)

V případě chronických pacientů s malou nadějí na vyléčení můžeme uvažovat o specifické lékařské péči, jejímž předmětem není překonání poruchy, ale pouze somatická a psychická stabilizace. Tato péče může probíhat skupinově či jednotlivě. Při ambulantní lékařské péči by se měla kontrolovat tělesná hmotnost, hladiny elektrolytů a další ukazatelé zdravotního stavu jedince. (Garner, 2005)

5.2 Hospitalizace (multidisciplinární přístup)

V případě nedostatečnosti ambulantní léčby je nutné přistoupit k hospitalizaci, a proto je nutné vymezit určitá kritéria, podle kterých se hospitalizace indikuje. Kritéria pro hospitalizaci dětí s poruchami příjmu potravy podle Remschmidta, jsou z hlediska medicínského úbytek hmotnosti pod 75% váhy odpovídající věku a výšce; tělesné komplikace: metabolický rozvrat, dehydratace, bradykardie, přetrvávající zvracení; depresivní syndrom, riziko sebevraždy. Do psychosociálních kritérií spadá rigidní rodinná konstelace, sociální izolace a značně omezená výkonnost v běžném životě. Psychoterapeutickými kritérii jsou: selhání ambulantní terapie; chybění terapeutické alternativy k hospitalizaci. (Papežová, 2010)

Délka hospitalizace bývá individuálně stanovena v závislosti na zdravotním stavu jedince, obvykle trvá kolem 2-3 měsíců. Zaměřuje se nejen na fyzické aspekty nemoci, ale i psychické problémy spojené s poruchami příjmu potravy, proto léčba musí být komplexní. O pacienta se stará multidisciplinární tým. Psychiatr řeší psychické krize pomocí psychofarmak a spolupracuje se somatickými lékaři a

sestrami na zlepšení fyzického stavu. Psycholog má na starosti vstupní psychologická vyšetření, díky kterým se určí aktuální psychický stav pacienta a následně výběr psychotherapeutických postupů a programů. Pacienti se účastní individuálních i skupinových aktivit, kde se učí pracovat se svým onemocněním. (Packová, 2012)

Psychotherapeutické metody, které se využívají nejčastěji jsou KBT, dále rodinná a individuální psychotherapie. Dle evropských standardů je pro dospívající jedince s mentální anorexií ideální rodinná terapie. Farmakoterapie v případě dětí a dospívajících není zcela podložena kvalitními studiemi, ale ze stávajících dat je zřejmé, že se může využít v léčbě přidružených poruch nálady a obsedantně kompulzivních příznaků. (Papežová, 2010)

Pro většinu jedinců s poruchami příjmu potravy je výhodnější volbou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace. Tyto programy poskytují strukturu ohledně režimů stravování a zároveň umožňují intenzivní formu terapie, aniž by pacient musel ztrácet terapeutickou podporu. Jsou i ekonomicky výhodnější než úplná hospitalizace a nabízejí nemocným přínosný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí. Existují modely denních léčebných programů, které sdílejí mnoho prvků s programy pro hospitalizované pacienty. Hlavní rozdíl spočívá v tom, že pacientům se dostane terapeutických služeb, ale již bez hospitalizace přes noc. Úplná hospitalizace se preferuje u pacientů, kteří výrazně trpí malnutricí a je nutný lékařský monitoring. Dále také u pacientů, kteří se nezvládli vyléčit při částečné hospitalizaci nebo mají vysoké riziko sebepoškození. (Garner, 2005)

6 Úloha nutričního terapeuta při léčbě poruch příjmu potravy

Jelikož jsou poruchy příjmu potravy duševní onemocnění, nutriční terapie není hlavní složkou léčby. Pokud pacient totiž nezmění své vnímání těla, nikdy nezačne jíst správným způsobem. Proto jsou v tomto okamžiku důležitější intervence psychologů a psychiatrů. Vzhledem k tomu, že pacienti mají sklony kvůli onemocněním lhát a držet se svých stravovacích návyků, donutit je jíst správně je možné pouze v případě hospitalizace, kdy dostávají určité porce a jejich jídelní

režim je pod neustálou kontrolou. Pacienti, kteří se léčí sami často nezvládnou jíst dle doporučení nutričního terapeuta, proto je nejdůležitější při léčbě multidisciplinární přístup a úzká spolupráce s rodiči. (Nicholls, Lask, 2005)

6.1 Kompetence nutričního terapeuta v rámci komplexní léčby

Nutriční terapeut bývá většinou v nemocničních zařízeních součástí nutričního týmu, který je interdisciplinární a zodpovídá za úroveň nutriční podpory v daném zařízení. Nutriční terapeut v rámci nutričního týmu je primárně zodpovědný za nutriční stav pacienta a možnost kombinovat výživu umělou s výživou přirozenou. Jeho hlavní funkce jsou:

- Zjistit dosavadní příjem potravy a z výchozích hodnot dopočítat konkrétní hodnoty pro denní příjem bílkovin, energie a dalších substrátů nutných pro správné fungování těla.
- Monitoring nutričního stavu pacienta a získání důležitých dat pro případný přechod na umělou výživu.
- Vyhledat pacienty v riziku malnutrice a včas intervenovat například možností enterální výživy, případně parenterální výživy.
- Přesně dokumentovat typ výživy, toleranci jednotlivých komponentů diety, ale i zaznamenat příjem stravy z jiných než nemocničních zdrojů.
- Dohled nad dietními standardy v příslušném zdravotnickém zařízení.

Mimo nutričního terapeuta se nutriční tým skládá z vedoucího nutričního týmu, což je klinický lékař se specializací na výživu a metabolismus. Dále je jeho součástí nutriční sestra, která musí být specializovaná na podávání umělé výživy. Poté sem spadá i lékárník, který je zodpovědný například za přípravu nutričních formulí pro parenterální výživu. A kvůli laboratorním vyšetřením je důležitou součástí i biochemik a mikrobiolog. Nutriční tým převážně dohlíží na správné užití umělé výživy a odhalení rizikových pacientů. (Zadák, 2008)

6.2 Nutriční edukace

Nutriční edukace je v tomto případě velice důležitá, jelikož pacienti s poruchami příjmu potravy jsou často velmi „vzdělaní“ v rámci výživy, avšak většinou tyto znalosti pochází z nedůvěryhodných zdrojů a nejsou nijak podložené. Tyto znalosti bývají extrémní a nesprávné, proto je tato chybná přesvědčení nutno vyvrátit a poskytnout jim racionální a pravdivé znalosti, co se výživy týče. Tyto otázky by měly být probírány po celou dobu péče. Edukace by měla obsahovat následující témata:

- Fyzické a psychické následky přehnaného dodržování diet, hladovění a špatné výživy;
- Výživný obsah potravin;
- Měnicí se požadavky na dietu s rostoucí hmotností;
- Dynamika energetického příjmu, aktivity a kontroly hmotnosti;
- Požadavky na výživu nutné k dobrému zdraví a udržení hmotnosti;
- Nebezpečné chování (zvracení, excesivní cvičení, abúzus návykových látek);
- U starších pacientek praktické rady pro nakupování a vaření.

(Beumont, Williams, 2005, str.163)

Pro správná nutriční doporučení, určené široké veřejnosti, je možné odkázat například na metodickou pomůcku s názvem *Výživa na vlastní pěst*, kterou vytvořila Košťálová a Mužíková (2023) pod Státním zdravotním ústavem. V manuálu jsou popsány výživová doporučení a základy zdravého stravování pro děti. Tento dokument je jednoduše získatelný z internetových stránek SZÚ. Manuál obsahuje 16 stran, ve kterých se pojednává o základních principech výživové pyramidy, velikosti porcí, ukazuje příkladový jídelníček, obeznamuje s etiketami potravin a učí žáky jim porozumět.

Také je možné využít stručná výživová doporučení, pro širokou veřejnost, které vytvořila Společnost pro výživu, kde jsou jasně stanovena racionální výživová doporučení. Tato doporučení s názvem *Zdravá 13* jsou dělaná jak pro děti, dospělé,

tak i seniory. Jedná se o 13 bodů, ve kterých jsou vystižená výživová doporučení pro danou věkovou skupinu.

Zdravá 13 pro děti:

1. Udržujte přiměřenou tělesnou hmotnost dětí v celém průběhu jejich růstu a vývoje, optimálně mezi 25-75 percentilem.
2. Podporujte fyzickou aktivitu dětí v souladu s jejich psychomotorickým výkonem.
3. Zajistěte, aby děti konzumovaly pestrou stravu, která odpovídá jejich věku a je rozdělena do pěti denních jídel. Děti by neměly vynechávat snídaně.
4. Od kojeneckého věku je nutné dbát, aby se děti denně naučily konzumovat dostatečné množství zeleniny (od vařené k syrové formě) a pravidelně měly ve svém jídelníčku i ovoce.
5. Nejdříve po ukončeném čtvrtém měsíci věku a nejpozději do ukončeného sedmého měsíce by děti měly dostávat obiloviny, nejdříve ve formě kaší, později pečiva, od tří let postupně i celozrnného. Měly by konzumovat brambory, těstoviny, rýži. Do jídelníčku by měly být postupně zařazeny i luštěniny (alespoň 1x týdně).
6. Jemné rybí maso (bez kostí) zařazujte postupně do jídelníčku dítěte od šestého měsíce věku a dále. Zařazujte je tak, aby se dítě naučilo jíst ryby a rybí výrobky alespoň 2x týdně.
7. Do jídelníčku dítěte je vhodné zařazovat mléko nebo mléčné výrobky alespoň v 5-6 porcích v kojeneckém věku přes 3-4 porce v batolecím a 2-3 denní porce ve věku předškolním a školním. Naučte děti konzumovat zakysané a méně sladké mléčné výrobky (např. jogurt, zakysané mléčné nápoje, kefíry).
8. Od předškolního a školního věku omezujte potraviny s větším množstvím živočišných tuků (tučné maso, tučné masné a mléčné výrobky, jemné a trvanlivé pečivo s vyšším obsahem tuků, chipsy, čokoládové výrobky). Preferujte příjem tuků rostlinných (oleje, obohacené tuky o omega 3 a omega 6 mastné kyseliny). Nicméně, nebojte se másla.
9. U dětí omezujte příjem přidaných cukrů, zejména ve formě slazených nápojů, sladkostí, džemu, slazených mléčných výrobků a zmrzliny.

10. Omezujte příjem kuchyňské soli a potravin s vyšším obsahem soli (slané uzeniny, rybí výrobky, sýry, chipsy, solené tyčinky a ořechy). Kojencům a batolatům sůl do stravy vůbec nedávejte a starším dětem stravu zbytečně nesolte a hotové pokrmy nepřisolujte. Buďte příkladem.
11. Předcházejte nákazám a otravám z potravin správným zacházením s potravinami při nákupu, uskladnění a přípravě pokrmů; při tepelném zpracování dávejte přednost šetrným způsobům, omezte smažení a grilování. K pravidelnému mytí rukou před konzumací potravy ved'te i své děti.
12. Nezapomínejte na pitný režim, zvláště v časném věku je nutno nabízet dětem pravidelně tekutiny. Děti by měly pít i mimo dobu příjmu potravy, alespoň 6x denně. Pravidelná konzumace nápojů při snídani a během dopoledne je prevencí skryté dehydratace, a tím i horší pozornosti a horších školních výsledků dítěte. Pro pitný režim je vhodná pitná voda, slabé mineralizované nejlépe neperlivé minerální vody, slabý čaj, ovocné čaje a šťávy, nejlépe neslazené nebo ředěné. Omezujte konzumaci sladkých a ochucených nápojů. Pro děti není určená káva, energetické nápoje a samozřejmě alkohol.
13. Mějte na paměti, že výživa plodu a dále dítěte v prvních tisíci dnech života může významně ovlivnit zdravotní stav Vašeho dítěte až do dospělosti. Stravu v době těhotenství a v době kojení a případné problémy s výživou dítěte konzultujte s lékařem.
[\(<https://www.vyzivaspol.cz/zdrava-trinaetka-strucna-vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelestvo/#deti>\)](https://www.vyzivaspol.cz/zdrava-trinaetka-strucna-vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelestvo/#deti)

6.3 Nutriční intervence

Nutriční intervence v případě poruch příjmu potravy má za úkol zabránit dalšímu úbytku váhy. Přičemž je velmi důležitý kladný vztah mezi nutričním terapeutem a pacientem. Ze začátku je nutné navrátit do normálu vodní a elektrolytový metabolismus, často je nutná dokonce enterální či parenterální výživa. Výživa per os pomáhá hlavně při zavádění pravidelného stravovacího režimu. Energetická potřeba pacienta se zjistí díky hodnotě bazálního metabolismu. Velké množství

výživy je nežádoucí, jelikož jí tělo nedokáže zatím správně využít a vyvolává to v pacientovi také kvůli nemoci nedůvěru. Když si pacient zvykne, je možné příjem navýšit. Je žádoucí vyhovět chuťovým přáním pacienta a vést ho k vyššímu příjmu bílkovin (1-1,5g/kg). Se zařazováním ovoce a zeleniny se problémy nevyskytují, je třeba preferovat tuky rostlinné a rybí. Často je vhodná suplementace draslíku, vápníku, hořčíku, vitamínů sk. B, vitamín D. Po začátku realimentace je nutné začít provádět edukaci o stravovacích návycích. (Svačina, 2008)

Cílem dietní péče u adolescentních pacientů je dosáhnout normální tělesného hmotnosti, zavést normální jídelní chování, podporovat normální postoj k jídlu a vytvořit adekvátní reakce na podněty hladu a nasycení. (Beumont, Williams, 2005)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Cíl výzkumu, pracovní hypotézy

Cílem mé výzkumné práce bylo zmapovat a porovnat rizikové jídelní chování adolescentů na vybrané základní škole a víceletém gymnáziu.

Zajímal mě podíl jedinců s hodnotami hmotnostní proporcionality vychylujícími se normě a podíl jedinců v riziku rozvoje poruchy příjmu potravy.

Na základě literární rešerše byly vytvořeny následující pracovní hypotézy.

H1: Předpokládám vyšší četnost rizikového jídelního chování u studentů víceletého gymnázia oproti žákům základní školy.

H2: Předpokládám vyšší četnost rizikového jídelního chování u dívek oproti chlapcům.

H3: Předpokládám, že co se týče hmotnostní proporcionality, bude u chlapců v porovnání s dívkami, vyšší výskyt nadváhy a obezity.

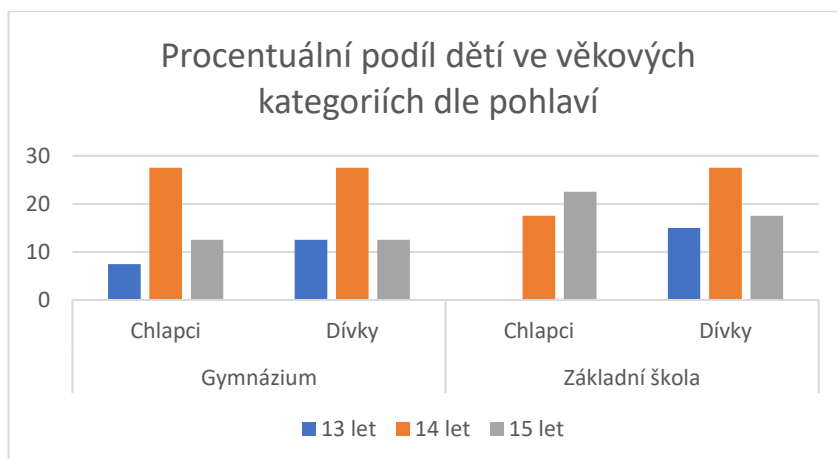
H4: Předpokládám, že co se týče hmotnostní proporcionality, bude u dívek v porovnání s chlapci, vyšší výskyt podváhy.

8 Metodika výzkumu

8.1 Sběr dat a charakteristika souboru

Zvolila jsem metodu dotazníkového šetření ve spolupráci s pedagogy na vybraném víceletém gymnáziu a základní škole Středočeského kraje. Na víceletém gymnáziu byl rozdán dotazník do tercie a kvarty, na základní škole do 8. a 9. třídy. Dotazník vyplnilo 80 respondentů: 40 studentů gymnázia a 40 žáků základní školy. Návratnost dotazníku byla 100 %. Věková kategorie respondentů byla 13-15 let. Jedná se tedy o homogenní soubor.

Graf. č. 1



8.2 Struktura dotazníku

Dotazník měl dvě části. První část se dotazovala na věk, výšku, hmotnost a fyziologické pohlaví – „chlapec/dívka“. Předpokládám, že v tomto věku adolescenti ještě nejsou zcela dostatečně zralí na genderové vymezení osobnosti.

Na základě údajů o věku, výšce a hmotnosti jsem spočítala BMI a následně zařadila do příslušných kategorií percentilových pásem na základě tabulek prezentovaných Státním zdravotním ústavem (viz. Příloha č. 2, 3). Po domluvě s doc. RNDr. P. Sedlakem, Ph.D. klinickým antropologem, byla hmotnostní proporcionalita řazena do následujících kategorií:

- <10. percentil = podváha
- 10.-90. percentil = normální hmotnost
- 90.-97. percentil = nadváha
- >97. percentil = obezita

Druhá část dotazníku zahrnovala otázky na rizikové jídelní chování. Inspiraci pro druhou část dotazníku, jsem získala od PhDr. F. D. Krcha, který podobnou formu dotazníku nabízí v příručce Mentální anorexie jako autodiagnostický test, na jehož základě jsem orientačně hodnotila zjistiť podíl jedinců s rizikovým chováním ve vztahu k poruchám příjmu potravy. (Krch, 2002) Následně byly hodnoceny i četnosti odpovědí u konkrétních otázek.

Otázky dotazníku se ptaly na rizikové chování, postoje a příznaky doprovázející poruchu, přičemž bylo možné orientačně vyhodnotit hranici rizika rozvoje poruchy příjmu potravy, dle získaných bodů za odpovědi.

Otázky jsem hodnotila následovně: za každou odpověď bylo připsáno příslušné množství bodů („Většinou ano“ = 2 body; „Někdy“ = 1 bod; „Většinou ne“ = 0 bodů). V Krchově testu bylo 10 otázek, a pokud jedinec dosahoval 5 bodů a výše, znamenalo to vyšší pravděpodobnost rozvoje PPP. V převodu na formu tohoto dotazníku, který zahrnoval 31 otázek, byla zvolena hranice 32 a více bodů pro možný výskyt rizika.

Otázky byly původně členěny na 3 odpovědi (Většinou ano, Někdy, Většinou ne) – kvůli statistickému zpracování jsem na základě doporučení od doc. RNDr. M. Petráše, Ph.D. sloučila odpovědi „Většinou Ano“ a „Někdy“. Odpověď „Někdy“ již totiž může značit výskyt rizikového chování, myšlenek či postojů.

Sledováno bylo hlavně jídelní chování, postoje, emoce a známky poruch příjmu potravy u adolescentů ve 31 otázkách. (viz Příloha č.1)

8.3 Zpracování dat

Celý soubor dat byl zanesen do programu Excel. Odpovědi respondentů byly prezentovány jako četnostní zastoupení a procentuální zastoupení ve formě tabulek a grafů.

Odpovědi respondentů a vztahy formulované hypotézami byly hodnoceny pomocí fakultní aplikace, kterou poskytl doc. RNDr. M. Petráš, Ph.D. (<https://statistika.inis.tcx.dj2dev.lf3.cuni.cz/>), kde jsem využila funkci „Porovnání kategoriálních dat“ s ukazatelem statistické významnosti – Fisherův exaktní test (pokud se $P = <0,05$, jedná se o statisticky významný výsledek). Dále jsem využila k hodnocení relativní riziko s 95% intervalem spolehlivosti.

9 Výsledky

První část kapitoly zahrnuje výsledky týkající se hmotnostní proporcionality, druhá část souhrnné výsledky týkající se rizika rozvoje poruchy příjmu potravy a třetí část výsledky odpovědí na konkrétní otázky na rizikové jídelní chování ve formě četnosti odpovědí respondentů a statisticky významné rozdíly mezi porovnávanými skupinami.

Tabulka č. 1 prezentuje přehled odpovědí týkajících se věkového zastoupení souboru, hmotnostní proporcionality a rizika rozvoje poruchy příjmu potravy (PPP). Dle odpovědí respondentů můžeme říci, že první pracovní hypotéza týkající se rozdílu ve výskytu jedinců s rizikovým chováním ve vztahu k rozvoji PPP v jednotlivých školách byla vyvrácena, i když rozdíl mezi skupinami v jednotlivých školách nebyl statisticky významný. Druhá pracovní hypotéza byla potvrzena – byl zjištěn vyšší podíl dívek v riziku rozvoje PPP oproti chlapcům se statisticky významným rozdílem ($p=0,001$). Třetí pracovní hypotéza týkající se vyššího zastoupení nadváhy a obezity u chlapců, oproti dívkám byla potvrzena. Čtvrtá pracovní hypotéza týkající se vyššího zastoupení podváhy u dívek oproti chlapcům byla taktéž potvrzena, avšak bez statisticky významného rozdílu, jelikož jedinci s podváhou byli na obou školách dohromady pouze 4 (3 dívky a 1 chlapec).

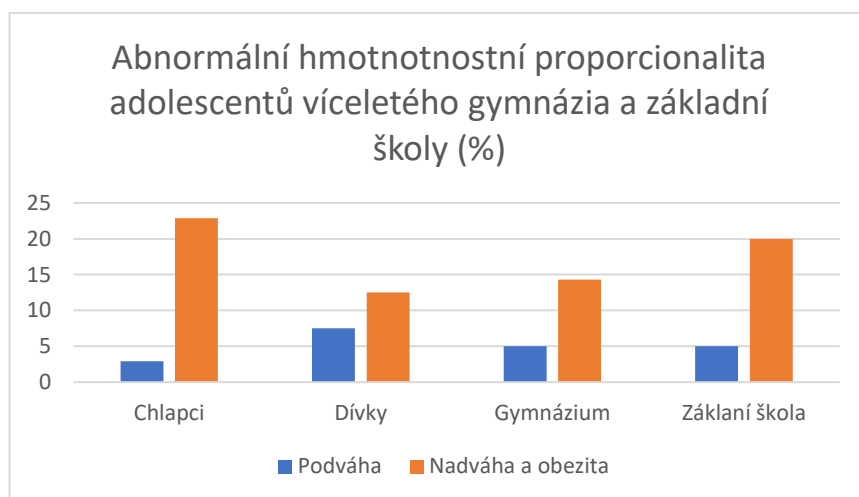
Tabulka č. 1: Věkové zastoupení souboru, hmotnostní proporcionalita, riziko rozvoje PPP

		Celkem n (%)	Chlapci n (%)	Dívky n (%)	Víceleté gymnázium		Základní škola	
					Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Celkem		80 (100 %)	35 (43,8 %)	45 (56,2 %)	19 (47,5 %)	21 (52,5 %)	16 (40 %)	24 (60 %)
Věk	13 let	14 (17,5 %)	3 (8,6 %)	11 (24,4 %)	3 (15,7 %)	5 (23,8 %)	0	6 (25 %)
	14 let	40 (50 %)	18 (51,4 %)	22 (48,9 %)	11 (57,8 %)	11 (52,4 %)	7 (43,8 %)	11 (45,8 %)
	15 let	26 (32,5 %)	14 (40 %)	12 (26,7 %)	5 (26,3 %)	5 (23,8 %)	9 (56,3 %)	7 (29,2 %)
Hmotn. propor- cionalita	Podváha	4 (5 %)	1 (2,8 %)	3 (6,7 %)	1 (5,3 %)	1 (4,8 %)	0	2 (8,3 %)
	Normální	58 (72,5 %)	26 (74,3 %)	32 (71,1 %)	15 (78,9 %)	13 (61,9 %)	11 (68,8 %)	19 (79,2 %)
	Nadváha	9 (11,25 %)	5 (14,3 %)	4 (8,9 %)	2 (10,5 %)	2 (9,5 %)	3 (18,8 %)	2 (8,3 %)
	Obezita	4 (5 %)	3 (8,6 %)	1 (2,2 %)	1 (5,3 %)	0	2 (12,5 %)	1 (4,2 %)
	Neodp.	5 (6,25 %)	0	5 (11,1 %)	0	5 (23,8 %)	0	0
Riziko PPP	Žádné	38 (47,5 %)	24 (68,6 %)	14 (31,1 %)	16 (84,2 %)	8 (38,1 %)	8 (50 %)	6 (25 %)
	V riziku	42 (52,5 %)	11 (31,4 %)	31 (68,9 %)	3 (15,7 %)	13 (61,9 %)	8 (50 %)	18 (75 %)

9.1 Hmotnostní proporcionalita

Graf č. 2 znázorňuje rozložení abnormální hmotnostní proporcionality – podváhy, nadváhy a obezity – u sledovaného souboru. Ukazuje vyšší výskyt podváhy u dívek v porovnání s chlapci (o 6,6 %, $p=0,618$) a naopak vyšší výskyt nadváhy a obezity u chlapců v porovnání s dívkami (o 10,4 %, $p=0,378$). Výskyt podváhy je stejný u obou škol, ale nadváha a obezita se vyskytuje častěji u dětí na základní škole (o 5,7 % $p=0,557$). Rozdíly mezi podskupinami nejsou statisticky významné.

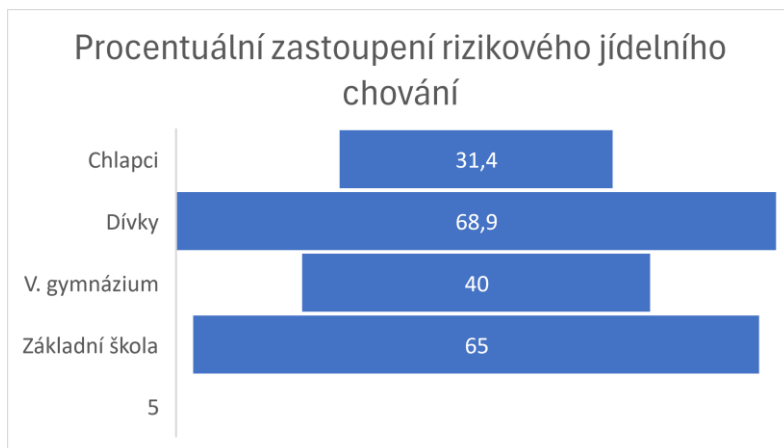
Graf č.2



9.2 Riziko vzniku poruchy příjmu potravy

Graf č. 3 prezentuje statisticky významný vyšší výskyt rizikového chování u dívek oproti chlapcům (o 37,5 % $p=0,001$). Vyšší výskyt rizikového chování se ukázal na základní škole oproti víceletému gymnáziu a to o 25 %, avšak zde statisticky významný rozdíl není ($p=0,043$).

Graf č. 3



9.3 Hodnocení konkrétních otázek dotazníku.

Z hlediska významového členění jsem otázky zařadila do pěti kategorií:

- 1) **Otázky týkající se zevních spouštěčů** (faktory, které mohou hrát roli v manifestaci poruchy)
- 2) **Otázky týkající se emocí** (podněty vyvolávající převážně negativní emoce ve vztahu k jídelnímu chování)
- 3) **Otázky týkající se postojů** (rizikové postoje, přání, přesvědčení)
- 4) **Otázky týkající se chování** (rizikové jídelní chování - např. vynechávání určitých potravin, používání diet; excesivní cvičení)
- 5) **Otázky týkající se dopadů rizikového chování** (např. uspokojení spojené s pocitem hladu, potřeba kontroly nad stravovacím režimem)

*Kompletní formulace otázek je k dispozici v plné formě dotazníku v Příloze č.1.

1) Otázky týkající se zevních spouštěčů

Tabulka č. 2 znázorňuje četnostní a procentuální zastoupení kladných odpovědí na otázky týkající se zevních spouštěčů, včetně výsledků statistické analýzy. V této analýze nebyly zaznamenány žádné statisticky významné rozdíly mezi pohlavími a školami. Statistické významnosti se blíží odpovědi v otázce týkající se nepříjemných komentářů rodičů, kde můžeme vidět vyšší výskyt komentování vzhledu dívek oproti chlapcům a to o 20,3 %.

Tabulka č. 2: Zevní spouštěče rizikového chování ve vztahu k PPP

Spouštěče	Kategorie	Počet a podíl	RR (95% CI)	p hodnota
		n (%)		
		Většinou ano		
č. 8: <i>Nucení do jídla</i>	Chlapci	11 (31,4 %)	ref.	
	Dívky	21 (46,7 %)	1,49 (0,83-2,65)	0,250
	Gymnázium	18 (45,0 %)	ref.	
	Základní škola	14 (35,0 %)	0,78 (0,45-1,34)	0,494
č. 20: <i>Nepříjemné komentáře rodičů</i>	Chlapci	10 (28,6 %)	ref.	
	Dívky	22 (48,9 %)	1,71 (0,94-3,13)	0,072
	Gymnázium	13 (16,3 %)	ref.	
	Základní škola	19 (23,8 %)	1,45 (0,84-2,54)	0,25

2) Otázky týkající se emocí

Tabulka č. 3 znázorňuje četnostní a procentuální zastoupení odpovědí na otázky týkající se emocí včetně výsledků statistické analýzy. Tabulka prezentuje statisticky významný rozdíl u otázky č.1 týkající se strachu z nárůstu tělesné váhy, kde dívky tímto strachem trpí o 58,7 % častěji než chlapci. Dále tabulka prezentuje statisticky významný rozdíl, co se týče negativních emocí před jídlem (otázka č.3). Těmi trpí dívky o 35,3 % častěji oproti chlapcům. Další statisticky významný rozdíl je zřejmý u otázky č. 6, kde provinilostí po konzumaci většího množství jídla trpí dívky o 44,4 % častěji oproti chlapcům.

Tabulka č. 3: Prožívání emocí ve vztahu k jídlu

Emoce	Kategorie	Počet a podíl	RR (95% CI)	p hodnota
		n (%)		
		Většinou ano		
č. 1: <i>Strach z přibrání na váze</i>	Chlapci	9 (25,7 %)	ref.	
	Dívky	38 (84,4 %)	3,28 (1,84-5,85)	<0,0001
	Gymnázium	21 (52,5 %)	ref.	
	Základní škola	26 (65,0 %)	1,24 (0,85-1,80)	0,364

č. 3: <i>Negativní emoce před jídlem</i>	Chlapci	4 (11,4 %)	ref.	
	Dívky	21 (46,7 %)	4,08 (1,54-10,8)	0,001
	Gymnázium	7 (17,5 %)	ref.	
	Základní škola	18 (45,0 %)	2,57 (1,21-5,47)	0,015
č. 6: <i>Pocit provinilosti po sněžení většího množství jídla</i>	Chlapci	7 (20 %)	ref.	
	Dívky	28 (64,4 %)	3,11 (1,54-6,27)	0,0
	Gymnázium	19 (47,5 %)	ref.	
	Základní škola	17 (42,5 %)	0,90 (0,55-1,45)	0,822
č. 17: <i>Negativní pocity při dotazu na váhu</i>	Chlapci	12 (34,4 %)	ref.	
	Dívky	29 (64,4 %)	1,88 (1,13-3,12)	0,013
	Gymnázium	18 (45,0 %)	ref.	
	Základní škola	23 (57,5 %)	1,28 (0,83-1,97)	0,371

3) Otázky týkající se postojů a myšlenek

Tabulka č. 4 znázorňuje četnostní a procentuální zastoupení odpovědí na otázky týkající se postojů a myšlenek, včetně hodnot statistické významnosti. Tabulka ukazuje, že vysoká statistická významnost rozdílu mezi pohlavími je u otázky č. 14, o 47,8 % více dívek by si přálo být hubenější oproti chlapcům. Dále je zde velká statisticky významný rozdíl u otázky č. 21 týkající se vnímání svého těla. Vyšší podíl dívek oproti chlapcům (o 47,6 %) má dojem vyšší váhy svého těla oproti skutečnosti. Co se týče nelibosti v jezení ve společnosti (otázka č. 28), prokázala se statistická významnost rozdílu mezi dívkami a chlapci o 51,1 % dívek více nerado jí ve společnosti, ve srovnání s chlapci.

Tabulka č. 4: Změněné postoje a myšlenky ve vztahu k jídlu

<u>Postoje a myšlenky</u>	Kategorie	Počet a podíl	RR (95% CI)	p hodnota
		n (%)		
č. 12: <i>Větší zájem o zdravé stravování</i>	Chlapci	17 (48,6 %)	ref.	
	Dívky	24 (53,3 %)	1,10 (0,71-1,7)	0,822
	Gymnázium	22 (55,0 %)	ref.	

	Základní škola	19 (47,5 %)	0,86 (0,56-1,33)	0,655
č. 14: <i>Přání nižší hmotnosti</i>	Chlapci	12 (34,4 %)	ref.	
	Dívky	37 (82,2 %)	2,40 (1,49-3,87)	<0,0001
	Gymnázium	23 (57,5 %)	ref.	
	Základní škola	26 (65,0 %)	1,13 (0,80-1,61)	0,647
č. 19: <i>Separace od společnosti</i>	Chlapci	17 (48,6 %)	ref.	
	Dívky	35 (77,7 %)	1,60 (1,10-2,33)	0,009
	Gymnázium	26 (65,0 %)	ref.	
	Základní škola	26 (65,0 %)	1,0 (0,72-1,38)	1,0
č. 21: <i>Dojem vyšší váhy, než jak ji vidí okolí</i>	Chlapci	9 (25,7 %)	ref.	
	Dívky	33 (73,3 %)	2,85 (1,58-5,15)	<0,0001
	Gymnázium	17 (42,5 %)	ref.	
	Základní škola	15 (37,5 %)	0,88 (0,52-1,52)	0,82
č. 23: <i>Touha po jídlech, „nebezpečných“ pro váhu</i>	Chlapci	13 (37,1 %)	ref.	
	Dívky	25 (55,6 %)	1,50 (0,91-2,48)	0,119
	Gymnázium	19 (47,5 %)	ref.	
	Základní škola	19 (47,5 %)	1,0 (0,68-1,47)	1,0
č. 26: <i>Nespokojenost s postavou</i>	Chlapci	20 (57,1 %)	ref.	
	Dívky	36 (80,0 %)	1,4 (1,01-1,93)	0,048
	Gymnázium	26 (65,0 %)	ref.	
	Základní škola	30 (75,0 %)	1,15 (0,86-1,54)	0,465
č. 28: <i>Nelibost v jezení ve společnosti</i>	Chlapci	7 (20,0 %)	ref.	
	Dívky	32 (71,1 %)	3,45 (1,74-6,86)	<0,0001
	Gymnázium	14 (35,0 %)	ref.	
	Základní škola	25 (62,5 %)	1,79 (1,10-2,90)	0,025
č. 29: <i>Potřeba přehledu o složení pokrmu</i>	Chlapci	10 (28,5 %)	ref.	
	Dívky	21 (46,7 %)	1,63 (0,89-3,01)	0,112
	Gymnázium	14 (35,0 %)	ref.	
	Základní škola	16 (40,0 %)	0,82 (0,65-2,02)	0,818
č. 31:	Chlapci	27 (77,1 %)	ref.	
	Dívky	28 (62,8 %)	0,81 (0,60-1,08)	0,224

<i>Způsob stravování</i>	Gymnázium	28 (70,0 %)	ref.	
<i>považován za zdravý</i>	Základní škola	27 (67,5 %)	0,96 (0,72-1,30)	1,0

4) Otázky týkající se chování

Tabulka č. 5 znázorňuje četnostní a procentuální zastoupení odpovědí na otázky týkající se chování, včetně hodnot statistické významnosti. Statisticky významné rozdíly mezi podskupinami se ukázaly u otázek č. 2, 4, 5, 15, 22, 24, 27 a 30. Více dívek oproti chlapcům se vyhýbá jídlu i při pocitu hladu (o 28,5 %). Více dětí na základní škole oproti gymnáziu vynechává denní jídla (o 30 %). Více dívek oproti chlapcům (o 46,7 %) vynechává určitou skupinu potravin, i když k tomu nemá zdravotní důvod. Více dívek (o 28,6 %) užívá redukční diety. Více dívek oproti chlapcům po celodenním nejezení se večer přejídá (o 23,8 %). Více dívek oproti chlapcům (o 32,4 %) a více dětí na základní škole oproti gymnáziu (o 25 %) nepravdivě sděluje svou váhu. Více dívek oproti chlapcům (o 23,8 %) ignoruje pocity hladu. Více dívek oproti chlapcům (o 36,5 %) lže o tom, zda jídlo snědli či ne.

Tabulka č. 5: Chování ve vztahu k jídlu

<u>Chování</u>	Kategorie	Počet a podíl	RR (95% CI)	p hodnota
		n (%)		
		Většinou ano		
č. 2: <i>Vyhýbání se jídlu i při pocitu hladu</i>	Chlapci	12 (34,3 %)	ref.	
	Dívky	28 (62,8 %)	1,82 (1,09-3,03)	0,024
	Gymnázium	19 (47,5 %)	ref.	
	Základní škola	18 (45,0 %)	0,95 (0,59-1,52)	1,0
č. 4: <i>Vynechávání denního jídla</i>	Chlapci	9 (25,7 %)	ref.	
	Dívky	21 (46,7 %)	1,82 (0,95-3,46)	0,066
	Gymnázium	9 (22,5 %)	ref.	
	Základní škola	21 (52,5 %)	2,33 (1,22-4,45)	0,01
č. 5: <i>Vynechávání skupin potravin</i>	Chlapci	7 (20,0 %)	ref.	
	Dívky	30 (66,7 %)	3,33 (1,67-6,67)	<0,0001
	Gymnázium	19 (47,5 %)	ref.	

	Základní škola	18 (45,0 %)	0,95 (0,59-1,52)	1,0
č. 7: <i>Usilovné cvičení k redukci hmotnosti</i>	Chlapci	24 (68,6 %)	ref.	
	Dívky	31 (68,9 %)	1,01 (0,75-1,35)	1,0
	Gymnázium	24 (60 %)	ref.	
	Základní škola	31 (77,5 %)	1,29 (0,95-1,75)	0,147
č. 15: <i>Užívání redukčních diet</i>	Chlapci	4 (11,4 %)	ref.	
	Dívky	18 (40,0 %)	3,5 (1,30-9,41)	0,005
	Gymnázium	7 (17,5 %)	ref.	
	Základní škola	15 (37,5 %)	1,60 (0,75-3,44)	0,299
č. 16: <i>Úbytek váhy v posledním měsíci > 3 kg</i>	Chlapci	6 (17,1 %)	ref.	
	Dívky	7 (15,6 %)	0,91 (0,34-2,46)	1,0
	Gymnázium	3 (7,5 %)	ref.	
	Základní škola	10 (25,0 %)	3,33 (0,99-11,2)	0,066
č. 22: <i>Celý den nejezení, večer přejídání</i>	Chlapci	15 (42,9 %)	ref.	
	Dívky	30 (66,7 %)	1,56 (1,01-2,40)	0,042
	Gymnázium	20 (50 %)	ref.	
	Základní škola	25 (62,5 %)	0,97 (0,66-1,43)	1,0
č. 24: <i>Nepravdivé sdělování své váhy</i>	Chlapci	5 (14,3 %)	ref.	
	Dívky	21 (46,7 %)	3,27 (1,37-7,79)	0,003
	Gymnázium	8 (20,0 %)	ref.	
	Základní škola	18 (45,0 %)	2,25 (1,11-4,57)	0,031
č. 27: <i>Ignorace pocitu hladu</i>	Chlapci	15 (42,9 %)	ref.	
	Dívky	30 (66,7 %)	1,56 (1,0-2,40)	0,042
	Gymnázium	18 (45,0 %)	ref.	
	Základní škola	27 (67,5 %)	1,5 (1,0-2,25)	0,071
č. 30: <i>Nepravdivé tvrzení rodičům o „sněženém“ jídle</i>	Chlapci	9 (25,7 %)	ref.	
	Dívky	28 (62,2 %)	2,42 (1,32-4,44)	0,002
	Gymnázium	16 (40,0 %)	ref.	
	Základní škola	19 (47,5 %)	1,19 (0,72-1,96)	0,652

5) Otázky, týkající se dopadů rizikového chování:

Tabulka č. 6 znázorňuje četnostní a procentuální zastoupení odpovědí na otázky týkající se dopadů rizikového chování včetně hodnot statistické významnosti. Statistiky významné rozdíly mezi pohlavími se ukázaly u otázek č. 11, 13 a 25. O 31,1 % více dívek oproti chlapcům uvedlo, že jejich život je ovládnut jídlem. O 17,1 % dívek oproti chlapcům uvedlo, že používá zvracení či projímadla. O 35,8 % více dívek oproti chlapcům uvedlo, že je spokojeno, pokud je jejich příjem potravy nedostačující.

Tabulka č. 6: Dopady rizikového chování ve vztahu k jídlu

<u>Dopady rizikového chování</u>	Kategorie	Počet a podíl	RR (95% CI)	p hodnota
		n (%)		
		Většinou ano		
č. 9: <i>Uspokojení v pocitu prázdného žaludku</i>	Chlapci	8 (22,9 %)	ref.	
	Dívky	19 (42,2 %)	1,85 (0,92-3,71)	0,096
	Gymnázium	9 (22,5 %)	ref.	
	Základní škola	18 (45,0 %)	2,0 (1,02-3,91)	0,058
č. 10: <i>Snadný pocit přejedení</i>	Chlapci	20 (57,1 %)	ref.	
	Dívky	22 (73,3 %)	0,86 (0,56-1,30)	0,505
	Gymnázium	27 (67,5 %)	ref.	
	Základní škola	18 (45,0 %)	0,67 (0,45-1,0)	0,071
č. 11: <i>Ovládnutí života jídlem</i>	Chlapci	12 (34,3 %)	ref.	
	Dívky	29 (64,4 %)	1,88 (1,13-3,12)	0,013
	Gymnázium	21 (52,5 %)	ref.	
	Základní škola	20 (50,0 %)	1,05 (0,69-1,61)	1,0
č. 13: <i>Užití zvracení či projímadla</i>	Chlapci	1 (2,9 %)	ref.	
	Dívky	9 (20,0 %)	7,0 (0,93-52,7)	0,037
	Gymnázium	3 (7,5 %)	ref.	
	Základní škola	7 (17,5 %)	2,33 (0,65-8,39)	0,311

č. 18: <i>Potřeba mít stravovací režim pod kontrolou</i>	Chlapci	8 (22,9 %)	ref.	
	Dívky	16 (35,6 %)	1,56 (0,75-3,21)	0,325
	Gymnázium	18 (45,0 %)	ref.	
	Základní škola	16 (40,0 %)	0,89 (0,53-1,48)	0,821
č. 25: <i>Dobrá pocit z nedostatečného příjmu</i>	Chlapci	10 (28,6 %)	ref.	
	Dívky	29 (64,4 %)	2,56 (1,28-3,98)	0,002
	Gymnázium	17 (42,5 %)	ref.	
	Základní škola	22 (55,0 %)	1,29 (0,82-2,04)	0,371

10 Diskuse

Analýza výsledků výzkumného šetření vedla k následujícím odpovědím na pracovní hypotézy.

První pracovní hypotéza (Předpokládám vyšší četnost rizikového jídelního chování u studentů víceletého gymnázia oproti žákům základní školy.) byla vyvrácena – vyšší četnost rizikového jídelního chování byla zjištěna u žáků základní školy v porovnání s víceletým gymnáziem a to o 25 %, rozdíl se statistické významnosti velmi přiblížil ($p=0,043$), což je nejspíše ovlivněno velikostí souboru. Hypotéza vycházela z předpokladu osobnostních faktorů, které mohou souviset se studenty gymnázia, jako je např. perfekcionismus, ale i vzhledem ke zvýšené míře stresu na gymnáziu oproti základní škole.

Druhá pracovní hypotéza (Předpokládám, že v riziku rozvoje poruch příjmu potravy bude vyšší podíl dívek oproti chlapcům.) byla potvrzena – v riziku rozvoje poruch příjmu potravy byl vyšší podíl dívek a to o 36,5 %, se statistickou významností ($p=0,001$). Vyšší výskyt poruch příjmu potravy u dívek není překvapující, už jen vzhledem k větší nespokojenosti se svou postavou, což potvrzuje studie autorů Mäkinen, Puukko-Viertomies, Lingberg et al. z roku 2012. Studie prokázala, že chlapci trpí nespokojeností se svou postavou méně často nejspíše díky přirozeně vyššímu sebevědomí.

Třetí pracovní hypotéza (Předpokládám, že co se týče hmotnostní proporcionality, bude u chlapců v porovnání s dívkami, vyšší výskyt nadměrné hmotnosti.) byla potvrzena. U chlapců se ukázal vyšší výskyt nadměrné

hmotnosti a to o 10,4 % oproti dívkám. Vzhledem k malému souboru se nejedná o statisticky významný rozdíl. Podobné výsledky byly potvrzeny ve studii autorů Vážná, Vignerová, Brabec et al. z roku 2023, která zkoumala nárůst dětské obezity v období pandemie, kde byl u chlapců značný nárůst prevalence obezity i nadváhy, oproti období pandemie. Tato skutečnost jistě vychází z omezení, která s sebou pandemie přinesla, jako byla například online výuka, kdy děti přišly o přirozený pohyb a trávily čas často pouze v domácnostech u počítačů i mimo výuku.

Čtvrtá pracovní hypotéza (Předpokládám, že co se týče hmotnostní proporcionality, bude u dívek v porovnání s chlapci, vyšší výskyt podváhy.) se potvrdila. Dívky trpí podváhou o 5,4 % více než chlapci. Autoři Garido-Miguel, Martinez-Vizcaino, Oliviera et al. v roce 2021 prezentovali systematickou meta-analýzu, která zahrnovala 49 studií z let 2000-2017. Nebyly zde prokázány žádné signifikantní rozdíly mezi pohlavími adolescentů ve výskytu podváhy.

Až na první pracovní hypotézu se navržené pracovní hypotézy potvrdily. Nepotvrzením první výzkumné otázky se ukázalo, že je více jedinců s rizikovým jídelním chováním na základní škole. Důvod tohoto výsledku je nejspíše ten, že se jednalo o pražskou základní školu a víceleté gymnázium z malého města. Život v Praze oproti malému městu je více hektický, je zde více rizikových stresových faktorů, vyšší konkurence a tlak na výkon dítěte. Výsledek také mohl být ovlivněn velikostí souboru.

Vyhodnocení dílčích otázek dotazníku ukázalo, že nejvýznamnějšími rizikovými faktory u zkoumaného souboru jsou: strach z příbytku na váze, negativní emoce před jídlem, pocit provinilosti po sněžení většího množství jídla, přání nižší hmotnosti, dojem vyšší váhy oproti skutečnosti, neuspokojení v jezení ve společnosti, vynechávání určitých skupin potravin, celý den nejezení a večer přejídání, ignorace pocitu hladu, lhaní o sněženém jídle, ovládnutí života jídlem a dobrý pocit z nedostatečného příjmu potravy.

11 ZÁVĚR

Škola je nejen vzdělávací ale i výchovné prostředí, které by svými edukačními a preventivními programy mělo děti vést ke zdravému způsobu života. Prostor k tomuto poskytuje předmět Výchova ke zdraví.

Existují různé programy, které poskytují pedagogům školení a podklady pro edukaci, jako je například preventivní program zaměřený na poruchy příjmu potravy Státního zdravotního ústav (Suchopárová, 2013). Tento program zahrnuje vhodné informace a možnosti přístupu k výuce v zábavné formě přizpůsobené dětem základních škol a víceletých gymnázií.

Další možností obohacení školní edukace by mohly být interaktivní přednášky, které by mohli provádět studenti nutriční terapie např. v rámci Světového dne výživy. Jistě by bylo vhodné zakomponovat i různé hry, které by pomohly dětem pomoci se zorientovat ve výživě. Takovou hrou by mohla být například vizualizace kostek cukru obsaženého ve sladkých nápojích, které jsou v dnešní době u dětí velmi aktuálním problematickým tématem. Hlavním předmětem této edukace by mělo být zvýšení povědomí o tom, že není potřeba rozdělovat potraviny na „dobré a špatné“, ale naučit je zdravému racionálnímu přístupu k výživě, vyvrátit mýty a doporučení spojená s komerčními dietami.

V dnešní době, kdy je přístupné obrovské množství informací je pro dospívající děti těžké vybírat kvalitní zdroje informací. Osvětu v této oblasti provádí Institut moderní výživy, který vychází z vědecky ověřených informací a prezentuje je na sociálních sítích, ve formě podcastů i televizního programu.

Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažné psychiatrické onemocnění, která mohou skončit sebevraždou, a proto bychom měli co nejvíce dbát o správnou edukaci rizikových skupin, jako jsou například adolescenti.

Proto by měli být pedagogové vyškoleni v oblasti časného záchytu rizikového jídelního chování a provedení vhodné intervence, např. doporučení dítěti konzultovat školního psychologa nebo psychologa v pedagogicko-psychologické poradně v příslušné spádové oblasti, případně doporučit rodičům a dítěti návštěvu praktického lékaře pro děti a dorost.

12 SOUHRN

Cíle: Cílem bakalářské práce bylo shrnout poznatky o rizikovém chování ve vztahu k poruchám příjmu potravy (výskyt, etiologie, charakteristika, prevence, léčba a úloha nutričního terapeuta) a zmapovat a porovnat rizikové jídelní chování a abnormální hmotnostní proporcionalitu adolescentů na základní škole a víceletém gymnáziu.

Metodika: Byla zvolena metoda dotazníkového šetření ve spolupráci s pedagogy dvou vybraných škol. Návratnost dotazníku byla 100 % a celkový počet respondentů byl 80 (40 žáků základní školy a 40 studentů víceletého gymnázia). Věková kategorie respondentů byla 13-15 let. Byla hodnocena hmotnostní proporcionalita (podváha, nadváha a obezita) a rizikové jídelní chování. Získaná data byly hodnocena programem Excel a fakultním statistickým programem pro hodnocení statistické významnosti rozdílů daných podskupin.

Výsledky: Zjištěn byl vyšší výskyt rizikového jídelního chování (např. nepravdivé sdělování své váhy, vynechávání denních jídel) na pražské základní škole oproti víceletému gymnáziu na malém městě a vyšší výskyt rizikového jídelního chování dívek oproti chlapcům. Co se týče hmotnostní proporcionality byl zjištěn vyšší výskyt nadváhy a obezity u chlapců oproti dívkám a vyšší výskyt podváhy u dívek oproti chlapcům.

Závěr: Bylo by vhodné využít již vytvořené edukační programy zaměřené na prevenci poruch příjmu potravy ve výuce na školách, a tím zvýšit povědomí o rizikovém jídelním chování u adolescentů.

Klíčová slova: rizikové chování, poruchy příjmu potravy, dospívající

13 SUMMARY

Aims: The aim of the bachelor thesis was to summarize the knowledge about risky behaviours in relation to eating disorders (prevalence, etiology, characteristics, prevention, treatment and the role of nutritional therapist) and to map and compare risky eating behaviours and abnormal weight proportionality in adolescents in elementary school and multi-year grammar school.

Methodology: The return rate of the questionnaire was 100 % and the total number of respondents was 80 (40 elementary school, 40 students of multi-year grammar school). The age category of respondents was 13-15 years. Weight proportionality (underweight, overweight and obesity) and risky eating behaviour were evaluated. The data obtained were evaluated with Excel and a faculty statistical program to evaluate the statistical significance of differences between these subgroups.

Results: A higher prevalence of risky eating behaviours (e.g. misreporting own weight, skipping daily meals) was found in a Prague elementary school compared to a small town multi-year grammar school and a higher prevalence of risky eating behaviours in girls compared to boys. In terms of weight proportionality, there was a higher prevalence of overweight and obesity in boys compared to girls and a higher prevalence of underweight in girls compared to boys.

Conclusion: It would be useful to use already established educational programmes aimed at preventing eating disorders in school education to raise awareness of risky eating behaviour in adolescent.

Keywords: risk behaviour, eating disorders, adolescents

14 SEZNAM LITERATURY

- 1) COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 183 s. ISBN 978-80-262-0706-1.
- 2) DLOUHÝ et al. *Zdravá třináctka – stručná výživová doporučení pro obyvatelstvo*. Společnost pro výživu, 2021. Dostupné z: <https://www.vyzivapol.cz/zdrava-trinactka-strucna-vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo/>
- 3) DOLEJŠÍ, Simona. *Vliv školního prostředí na vznik poruch příjmu potravy pohledem bývalých pacientek z Havlíčkovobrodské*. Praha, 2016. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. 2017-01-12. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/1493>
- 4) DOLEŽALOVÁ, Adéla. *Role sociálních sítí při vzniku, v průběhu a během léčby poruchy příjmu potravy*. Praha, 2023. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut komunikačních studií a žurnalistiky, Katedra marketingové komunikace a public relations. Dostupné z : <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/182442>
- 5) FANTOVÁ, Iveta. *Psychogenní přejídání a jídlo v životě adolescenta*. Hradec Králové, 2021. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Hradec králové, Pedagogická fakulta, Ústav sociálních studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/hpao3j/>
- 6) GARIDO-MIGUEL M., MARTINEZ-VIZCAINO V., OLIVIERA A. et al. *Prevalence and trends of enderweight in European children and adolescents: a systematic review and meta-analysis*. European journal of nutrition. 2021. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00394-021-02540-0>
- 7) GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-907-1.
- 8) HAVLÍNOVÁ, Lenka. *Faktory vzniku poruch příjmu potravy v adolescenci*. Hradec Králové, 2018. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Katedra sociální patologie a sociologie. Dostupné z: <https://theses.cz/id/sawju1/>
- 9) HŘIVNOVÁ, Michaela. *Základní aspekty výživy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 95 s. ISBN 978-80-244-4034-7.

- 10) JACHÁČKOVÁ, Barbora. *Metodik školní prevence a jeho role na základní škole speciální*. Praha, 2023. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. 2023-5-24. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/180950>
- 11) KOCOURKOVÁ J., KOUTEK J. *Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem*. *Pediatric pro praxi* 2014; 15(4): 213-215. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201404-0008_Poruchy_prijmu_potravy-spoluprace_psychiatra_s_pediatrem_a_gynekologem.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dkoutek%252C%2Bkocourkov%25E1%2Bporuchy%2Bp%25F8%25EDjmu%2Bpotravy%2B2014%26sfrom%3D0%26spage%3D30
- 12) KOCOURKOVÁ, Jana; LEBL, Jan a KOUTEK, Jiří. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. *Folia practica*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
- 13) KOŠŤÁLOVÁ, Alexandra. *Máme to na talíři*. Státní zdravotní ústav. Projekt podpory zdraví MZČR pro rok 2020. Dostupné z: <https://www.mametonataliri.cz/>
- 14) KOŠŤÁLOVÁ et al., *Rádce školní jídelny 1*. Státní zdravotní ústav. Projekt podpory zdraví MZČR pro rok 2015. 1.vydání. Dostupné z: https://www.jidelny.cz/public/2016-06-01_Radce-skolni-jidelny_nahled6.pdf
- 15) KOŠŤÁLOVÁ, Alexandra. *Správná výživa*. Státní zdravotní ústav. Projekt podpory zdraví MZČR. 2023. Dostupné z: <https://szu.cz/temata-zdravi-a-bezpecnosti/podpora-zdravi/spravna-vyziva/>
- 16) KOŠŤÁLOVÁ, MUŽÍKOVÁ. *Výživa na vlastní pěst. 1*. vydání. Státní zdravotní ústav. Projekt podpory zdraví MZČR pro rok 2018. Dostupné z: https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/02/vyziva_na_vlastni_pest.pdf
- 17) KOŠŤÁLOVÁ, Alexandra. *Zdravá školní jídelna*. Státní zdravotní ústav. Projekt podpory zdraví MZČR pro rok 2015. Dostupné z: <https://www.zdravaskolnijidelna.cz/>
- 18) KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. *Psychologie pro každého*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-946-2.

- 19) KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy*. Medicína pro praxi 2007;4(10): 420-422. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
- 20) KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- 21) KRCH, František David, 2004. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory*. Psychiatrie pro praxi 1, www.psychiatriepropraxi.cz, ISSN 1803-5272, z : https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200401-0004_Poruchy_prijmu_potravy-rizikove_faktory.php
- 22) KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
- 23) MÄKINEM M., PUUKLO-VIERTOMIES LR., LINDBERG N. et al. *Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits*. BMC Psychiatry. 2012 Jun 8;12:35. doi: 10.1186/1471-244X-12-35. PMID: 22540528;. dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22540528/>
- 24) National association od Anorexia nervosa and associated disorders. *Children and young adults eating disorder statistics*. 2023. Dostupné z: <https://anad.org/eating-disorders-statistics/>
- 25) Odbor OVZ, MZ ČR. *Nutriční doporučení Ministerstva zdravotnictví ke Spotřebnímu koši – metodický návod k hodnocení jídelniček školních jídelen*. 1. vydání. 2015. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/skolni_stravovani/Nutricni_doporuceni_MZ_ke_spotrebnimu_kosi.pdf
- 26) PACKOVÁ, Zdeňka. *Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie*. Brno, 2012. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7jprh7/>
- 27) PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
- 28) PERNICOVÁ, Michaela. *Vliv vrstevníků ve školním prostředí na vznik poruch příjmu potravy*. Zlín, 2016. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita

Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1fw3x7/>

- 29) POLÁŠKOVÁ, Veronika. *Zmapování vzniku, průběhu a dopadů onemocnění u osob se záchvatovitým přejídáním*. Olomouc, 2022. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. 2022-05-19. Dostupné z: <https://stag.upol.cz/portal/studium/prohlizeni.html>
- 30) SCHNEIDROVÁ, Dagmar. *Časná identifikace a intervence v oblasti rizikového chování u dětí v primární péči*. Výuková prezentace, 3. LFUK, 2023.
- 31) SOLMI M., RADUA J., STUBS B. *Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses*. *Braz J Psychiatry*. 2021 May-Jun;43(3):314-323. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1099. PMID: 32997075. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32997075/>
- 32) STÁRKOVÁ, Libuše. *Poruchy příjmu potravy – možnosti a meze pediatrické intervence*. *Pediatric pro praxi*, 2003; 5: 259-261. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200305-0006.php>
- 33) SUCHOPÁROVÁ, Lenka. *Prevence poruch příjmu potravy a propagace správné výživy: tvorba edukačního materiálu pro základní školy*. Brno, 2013. Disertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Ústav preventivního lékařství.
- 34) SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/klinicka-dietologie-2811/>
- 35) SZÚ, *Celostátní antropologické výzkumy (6.CAV)*, dostupné z: <https://szu.cz/publikace-szu/data/hodnoceni-rustu-a-vyvoje/>
- 36) ÚZIS ČR, *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011-2017*. Praha, 2018. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf
- 37) VÁŽNÁ A., VIGNEROVÁ J, BRABEC M, et al. *Vliv restrikcí spojených s onemocněním covid-19 na prevalenci nadváhy a obezity u českých dětí*. *Česko-slovenská pediatrie*. 2023;78(5):275-280. Dostupné z: https://cspediatrie.cz/artkey/ped-202305-0005_the-effect-of-restrictions-associated-with-the-covid-19-disease-on-the-prevalence-of-overweight-and-obesity-in.php

- 38) VILÍMCOVÁ, Vendula. *Poruchy příjmu potravy u žáků základních a středních škol optikou učitelů*. Brno, 2022. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra občanské výchovy. 2023-06-21. Dostupné z: <https://theses.cz/id/qojx24/>
- 39) WHO, *Mental health of adolescents, Eating disorders*. 2021. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- 40) ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/vyziva-v-intenzivni-peci-2836/>
- 41) ZADRAŽILOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy – vliv rodiny a okolí*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta filozofická, Katedra filozofie. Dostupné z: <https://theses.cz/id/bnz78s/>

15 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Graf č. 1: Procentuální podíl dětí ve věkových kategoriích dle pohlaví. (str. 34)

Tabulka č. 1: Věkové zastoupení souboru, hmotnostní proporcionalita, riziko rozvoje PPP (str. 37)

Graf č. 2: Abnormální hmotnostní proporcionalita adolescentů víceletého gymnázia a základní školy (str. 38)

Graf č. 3: Procentuální zastoupení rizikového chování (str. 38)

Tabulka č. 2: Zevní spouštěče rizikového chování ve vztahu k PPP (str. 39)

Tabulka č. 3: Prožívání emocí ve vztahu k jídlu (str. 40)

Tabulka č. 4: Změněné postoje a myšlenky ve vztahu k jídlu (str. 41)

Tabulka č. 5: Rizikové chování ve vztahu k jídlu (str. 43)

Tabulka č. 6: Dopady PPP ve vztahu k jídlu (str. 45)

16 PŘÍLOHY

Příloha č.1: Dotazník pro studenty Víceletého gymnázia a žáky Základní školy

Milé studentky, milí studenti,

prosím vás o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako výzkumný nástroj pro mou bakalářskou práci, která bude zkoumat jídelní chování u dospívajících.

Chtěla bych vás rovněž poprosit o co nejpřesnější a pravdivé odpovědi. Dotazník je plně anonymní, tudíž se opravdu nemusíte bát odpovídat pravdivě. Zároveň je jeho vyplnění dobrovolné.

Správné odpovědi zakroužkujte.

Předem vám děkuji za spolupráci.

Adéla Vilímovská, studentka oboru Nutriční terapie na 3. lékařské fakultě UK v Praze

Dotazník pro studenty/žáky gymnázia/základní školy

Třída..... Věk..... Výška..... Váha..... Pohlaví: a) dívka b) chlapec

1) Mám strach z toho, že přiberu na váze.

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

2) Vyhýbám se jídlu, i když mám hlad.

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

3) Před jídlem se mě zmocňují negativní pocity, jako například strach nebo úzkost.

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

4) Vynechávám záměrně některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře).

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

5) Vynechávám záměrně určité skupiny potravin (např. maso, sladkosti, přílohy), i když k tomu nemám zdravotní důvody (např. alergie).

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

6) Cítím se po sněžení většího množství jídla provinile.

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

7) Usilovně cvičím, abych spálil/a energii s cílem snížit váhu.

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

8) Mívám dojem, že mě ostatní nutí do jídla.

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

9) Mám rád/a pocit prázdného žaludku.

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

10) Snadno se cítím přejedený/á.

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

- 11) Cítím, že jídlo ovládá můj život.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 12) Zajímám se o zdravé stravování do hloubky.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 13) Používám zvracení nebo projímadlo, abych nepřibral/a na váze.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 14) Přál/a bych si být hubenější.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 15) Používám diety k hubnutí.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 16) Zhubnul/a jsem v posledním měsíci 3 kg a více.**
a) ano b) ne
- 17) Při otázkách druhých na mou váhu se dostaví negativní pocity.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 18) Potřebuji mít svůj stravovací režim pod kontrolou, a pokud tomu tak není, dostavují se nepříjemné pocity.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 19) Trávím raději čas sám/sama, i když jsem dříve raději čas trávil/a s kamarády/ve společnosti.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 20) Rodiče mě nepříjemně upozorňují na to, jak vypadám, případně na to, kolik toho sním.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 21) Mám dojem, že jsem tlustá/ý, i když okolí tvrdí, že tomu tak není.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 22) Stává se mi, že celý den jím velmi málo, a poté se večer přejím.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 23) Toužím po jídlech, která považuji za nebezpečná pro mou váhu.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 24) Mluvím nepravdivě o svém stravování nebo váze.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 25) Mám dobrý pocit, když jsem přes den jedl/a málo.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 26) Jsem nespokojen/a se svou postavou.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 27) Ignoruji pocit hladu.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 28) Nerad/a jím mezi lidmi.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 29) Rád/a mám přesný přehled o tom, co obsahuje pokrm, který mám sníst.**
a) většinou ano b) někdy c) většinou ne
- 30) Tvrdil/a jsem rodičům, že jsem jídlo snědl/a, i když tomu tak nebylo.**

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

31) Svůj způsob stravování považuji za zdravý a vyvážený.

a) většinou ano b) někdy c) většinou ne

Příloha č. 2: Hodnocení hmotnostní proporcionality na základě BMI u dívek

Tab. 4.3. - 7b

Body Mass Index (BMI) (kg/m²)
Body Mass Index (kg/m²)
Divky / Girls

Věk (roky) Age (years)	3. percentil	10. percentil	25. percentil	50. percentil	75. percentil	90. percentil	97. percentil
0,0	11,0	11,7	12,4	13,3	14,3	15,3	16,3
0,2	12,1	12,9	13,7	14,7	15,7	16,8	17,9
0,4	13,1	13,9	14,8	15,8	17,0	18,1	19,3
0,6	13,8	14,6	15,5	16,6	17,8	18,9	20,2
0,8	14,2	15,0	15,9	17,0	18,2	19,4	20,6
1,0	14,3	15,1	16,0	17,1	18,3	19,4	20,7
1,2	14,2	15,0	15,9	17,0	18,1	19,3	20,5
1,4	14,1	14,9	15,7	16,8	17,9	19,0	20,2
1,6	13,9	14,7	15,5	16,5	17,6	18,7	19,9
1,8	13,8	14,5	15,3	16,3	17,4	18,4	19,6
2,0	13,6	14,4	15,2	16,1	17,2	18,2	19,3
2,2	13,5	14,2	15,0	16,0	17,0	18,0	19,1
2,4	13,4	14,1	14,9	15,8	16,8	17,8	18,9
2,6	13,3	14,0	14,8	15,7	16,7	17,7	18,7
2,8	13,3	14,0	14,7	15,6	16,6	17,6	18,6
3,0	13,2	13,9	14,7	15,6	16,6	17,5	18,5
3,5	13,1	13,8	14,6	15,5	16,5	17,4	18,5
4,0	13,1	13,8	14,5	15,4	16,4	17,4	18,5
4,5	12,9	13,6	14,4	15,3	16,4	17,4	18,5
5,0	12,8	13,5	14,2	15,2	16,3	17,3	18,5
5,5	12,7	13,4	14,2	15,2	16,3	17,4	18,6
6,0	12,7	13,4	14,2	15,3	16,4	17,6	18,9
7,0	12,7	13,5	14,4	15,5	16,8	18,1	19,6
8,0	12,8	13,7	14,6	15,9	17,3	18,9	20,6
9,0	13,0	13,9	14,9	16,2	17,8	19,5	21,5
10,0	13,2	14,2	15,2	16,6	18,3	20,2	22,4
11,0	13,6	14,5	15,7	17,1	18,9	20,9	23,3
12,0	14,1	15,1	16,2	17,7	19,6	21,6	24,2
13,0	15,0	16,0	17,1	18,7	20,5	22,6	25,2
14,0	15,8	16,8	18,0	19,5	21,3	23,3	25,8
15,0	16,4	17,4	18,5	19,9	21,7	23,6	26,0
16,0	17,0	18,0	19,1	20,5	22,2	24,1	26,5
17,0	17,4	18,3	19,4	20,9	22,6	24,6	27,0
18,0	17,6	18,6	19,7	21,2	23,0	25,0	27,6

Data získaná na základě výsledků CAV 1991.

Data based on NAS 1991.

Příloha č. 3: Hodnocení hmotnostní proporcionality na základě BMI u chlapců

Tab. 4.3. - 7a

Body Mass Index (BMI) (kg/m²)
 Body Mass Index (kg/m²)
 Chlapci / Boys

Věk (roky) Age (years)	3. percentil	10. percentil	25. percentil	50. percentil	75. percentil	90. percentil	97. percentil
0,0	11,4	12,2	13,0	13,9	15,0	16,0	17,1
0,2	12,4	13,2	14,1	15,1	16,3	17,4	18,6
0,4	13,4	14,2	15,1	16,2	17,4	18,6	19,8
0,6	14,0	14,9	15,8	17,0	18,2	19,4	20,7
0,8	14,4	15,3	16,2	17,4	18,6	19,8	21,1
1,0	14,5	15,4	16,3	17,5	18,7	19,9	21,2
1,2	14,5	15,3	16,2	17,3	18,6	19,8	21,1
1,4	14,3	15,1	16,0	17,1	18,3	19,5	20,8
1,6	14,2	15,0	15,8	16,9	18,1	19,2	20,4
1,8	14,0	14,8	15,6	16,7	17,8	18,9	20,1
2,0	13,9	14,6	15,5	16,5	17,6	18,7	19,9
2,2	13,7	14,5	15,3	16,3	17,4	18,5	19,6
2,4	13,7	14,4	15,2	16,2	17,2	18,3	19,4
2,6	13,6	14,3	15,1	16,0	17,1	18,2	19,3
2,8	13,5	14,2	15,0	16,0	17,0	18,0	19,2
3,0	13,5	14,2	14,9	15,9	16,9	17,9	19,1
3,5	13,4	14,0	14,8	15,7	16,7	17,7	18,8
4,0	13,3	13,9	14,7	15,6	16,6	17,6	18,7
4,5	13,2	13,8	14,6	15,5	16,5	17,5	18,6
5,0	13,1	13,8	14,5	15,4	16,4	17,5	18,7
5,5	13,0	13,7	14,4	15,4	16,4	17,5	18,7
6,0	13,1	13,7	14,5	15,4	16,5	17,6	18,9
7,0	13,1	13,8	14,6	15,6	16,8	18,0	19,5
8,0	13,2	13,9	14,8	15,9	17,2	18,6	20,3
9,0	13,5	14,2	15,1	16,3	17,7	19,3	21,3
10,0	13,7	14,5	15,5	16,7	18,3	20,1	22,3
11,0	14,1	14,9	15,9	17,2	18,9	20,8	23,3
12,0	14,5	15,4	16,4	17,8	19,5	21,5	24,1
13,0	15,0	15,9	17,0	18,4	20,1	22,1	24,7
14,0	15,7	16,6	17,7	19,1	20,9	22,9	25,4
15,0	16,4	17,3	18,4	19,8	21,5	23,5	25,9
16,0	17,1	18,0	19,1	20,5	22,3	24,2	26,6
17,0	17,6	18,6	19,7	21,1	22,9	24,8	27,1
18,0	18,2	19,1	20,3	21,7	23,5	25,4	27,7

Data získaná na základě výsledků CAV 1991.

Data based on NAS 1991.