

Česká zemědělská univerzita v Praze

Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů

Katedra mikrobiologie, výživy a dietetiky



**Fakulta agrobiologie,
potravinových a přírodních zdrojů**

**Možný negativní vliv masových médií na eventuální spolupříčinu
vzniku poruch příjmu potravy**

Bakalářská práce

Eliška Urbanová

Zemědělství, zahradnictví a rozvoj venkova

Výživa a potraviny

Ing. Mgr. Diana Chrpová, Ph.D.

© 2023 ČZU v Praze

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci „Možný negativní vliv masových médií na eventuální spolupříčinu poruch příjmu potravy“ jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 14.04.2023

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Ing. Mgr. Dianě Chrpové, PhD. za cenné rady, trpělivost, ochotu a vstřícnost, kterou mi poskytla v průběhu vypracování této bakalářské práce. Rovněž bych také ráda poděkovala účastníkům případových „studií“, kteří souhlasili s uveřejněním jejich příběhů.

Možný negativní vliv masových médií na eventuální spolupříčinu vzniku poruch příjmu potravy

Souhrn

Poruchy příjmu potravy jsou primárně psychiatrická onemocnění charakterizovaná nezdravým a problematickým vztahem k potravě a tělesnému vnímání. Mohou mít vážné důsledky pro fyzické a duševní zdraví postižených jedinců. V rámci těchto onemocnění dochází ke ztrátě sociálního zájmu, náladovosti či nesoustředěnosti ze strany nemocného. Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Mentální anorexii charakterizuje odmítání potravy s cílem snížit tělesnou hmotnost. Mentální bulimie se vyznačuje záchvaty přejídání, které se opakují, spojené s nepřiměřenou kontrolou tělesné hmotnosti, vedoucí k vyvolávání zvracení. Každým rokem dochází k výraznému nárůstu počtu nových případů poruch příjmu potravy v České republice i ve světě. V posledních letech se objevují nové poruchy příjmu potravy, jakými jsou například ortorexie či drunkorexie, které nejsou stále oficiálně uznávány jako poruchy příjmu potravy, nicméně mají řadu jejich charakteristických znaků.

Rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy jsou masmédiá. Práce zejména pojednává o sociálních sítích, jelikož celosvětově nejvyužívanějším masmédiem je internet. V práci byly rozebrány tři nejvíce využívané sociální sítě současnosti – Facebook, Instagram a TikTok. U každé z těchto sociálních sítí byla prezentována případová studie, která dokazovala negativní dopad na jedince, jenž také přispěl ke vzniku poruchy příjmu potravy.

V rámci kapitoly „Vliv digitálních médií na současnou společnost“ byl interpretován průzkum veřejnosti, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Průzkum obsahoval 25 otázek a celkem ho vyplnilo 102 respondentů. Primárním cílem dotazníku bylo zjištění, zda mohou mít digitální média spolupříčinu na vzniku poruch příjmu potravy. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že digitální média mohou mít skutečně vliv na spolupříčinu vzniku poruch příjmu potravy.

Na základě této práce lze konstatovat, že se masová média skutečně podílí na vzniku poruch příjmu potravy významnou měrou. V budoucnosti by bylo vhodné, aby docházelo k větší kontrole obsahu, který nám předávají masmédiá. Dále by byla vhodná edukace, zejména mladých lidí, ohledně nepravdivé prezentace, která probíhá na sociálních sítích.

Klíčová slova: Mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatové přejídání, výživa, sociální sítě, internet

Potential negative impact of the mass media on the possible development origin of eating disorders

Summary

Eating disorders are primarily psychiatric illnesses characterized by an unhealthy and problematic relationship with food and body image. They can have serious consequences for the physical and mental health of affected individuals. Within these disorders, there is a loss of social interest, moodiness, or lack of focus on the part of the patient. The most well-known eating disorders are mental anorexia and mental bulimia. Mental anorexia is characterized by the refusal of food in order to reduce body weight. Mental bulimia is characterized by repeated episodes of overeating, combined with excessive control of body weight, leading to vomiting. Every year, there is a significant increase in the number of new cases of eating disorders in the Czech Republic and around the world. In recent years, new eating disorders have emerged, such as orthorexia or drunkorexia, which are not yet officially recognized as eating disorders, but have many of their characteristic features.

A risk factor for the development of eating disorders is the media. The thesis primarily focuses on social media, as the most widely used media worldwide is the internet. The thesis analyzes the three most commonly used social networks today – Facebook, Instagram, and TikTok. For each of these social networks, a case study was presented that demonstrated the negative impact on individuals that led to the development of eating disorders.

Within the chapter "The impact of digital media on contemporary society," a public survey was interpreted, which was conducted using a questionnaire. The survey contained 25 questions and was completed by a total of 102 respondents. The primary goal of the questionnaire was to determine whether digital media could be a contributing factor to the development of eating disorders. The survey results showed that digital media can indeed have an impact on the development of eating disorders.

Based on this thesis, it can be concluded that mass media significantly contributes to the development of eating disorders. In the future, it would be appropriate for there to be greater control over the content provided by mass media. Furthermore, education, particularly for young people, regarding the false presentation that occurs on social media would be beneficial.

Keywords: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, nutrition, social networks, internet

Obsah

1 Úvod	7
2 Cíl práce	8
3 Literární rešerše	9
3.1 Poruchy příjmu potravy	9
3.1.1 Mentální anorexie.....	9
3.1.2 Atypická mentální anorexie.....	10
3.1.3 Mentální bulimie	10
3.1.4 Atypická mentální bulimie	12
3.1.5 Přejídání spojené s jinými psychologickými poruchami.....	12
3.1.6 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami	13
3.1.7 Jiné poruchy příjmu potravy.....	14
Pica u dospělých.....	14
3.1.8 Výživová doporučení při vybraných poruchách příjmu potravy.....	16
Výživová doporučení při léčbě mentální anorexie	17
3.2 Výskyt poruch příjmu potravy v České republice	18
3.2.1 Ambulantní péče.....	18
3.3.2 Lůžková péče.....	19
3.3 Výskyt poruch příjmu potravy ve světě	20
3.4 Nové poruchy příjmu potravy	21
3.4.1 Ortorexie.....	21
3.4.2 Drunkorexie.....	22
3.5 Masmédia a ideál krásy	24
3.5.1 Periodický tisk.....	24
Blesk pro ženy	24
3.5.2 Sociální sítě	24
Facebook	25

Instagram	28
TikTok	33
3.5.3 Vliv digitálních médií na současnou společnost	34
Průzkum veřejností	35
4 Závěr	45
5 Literatura	46
6 Seznam použitých zkratk a symbolů.....	51
7 Samostatné přílohy	I

1 Úvod

Poruchy příjmu potravy v současnosti postihují lidi všech věků, pohlaví, ras, etnicit, tělesných tvarů, váhových kategorií, sexuálních orientací a socioekonomických úrovní. (Papežová et al. 2018).

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky lidí s poruchami příjmu potravy rok od roku přibývá (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018).

Poruchy příjmu potravy tvoří okruh onemocnění, kam patří mentální anorexie, atypická mentální anorexie, mentální bulimie, atypickou mentální bulimie, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami a jiné poruchy příjmu potravy (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2023).

Nemoc bývá doprovázena ztrátou zájmu o kontakt s bližními (či vrstevníky), náladovostí a nesoustředěností. Středem zájmu se stává jídlo a vlastní postava (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018). U poruch příjmu potravy se projevují atypické stravovací a jídelní zvyklosti. Dochází k narušení stravovacího vzorce, což vede k psychickým a zdravotním následkům (Papežová 2018).

V posledních letech se objevují nové poruchy příjmu potravy, jako například ortorexie, které nejsou stále oficiálně uznávány jako poruchy příjmu potravy, nicméně mají řadu jejich charakteristických znaků (McGregor 2017).

Rizikovým faktorem pro vznik těchto onemocnění se stávají masmédia, zejména sociální sítě (Papežová 2021). Masovými médii se zpravidla rozumí periodický tisk, rozhlasové a televizní vysílání a veřejně dostupná sdělení na internetu. (Jiráček & Köpplová 2015). V současné době je nejvyužívanějším masmédiem internet, kde najdeme téměř cokoli (Procházková & Sladká Ševčíková 2017).

Z hlediska sociálních sítí jsou mladí lidé často negativně ovlivňováni virtuální realitou, dle které posuzují vlastní hodnoty, cíle, zevnějšek, jídelní chování, energetický příjem i pohybovou aktivitu (Papežová 2021).

2 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo zpracování literární rešerše zaměřené na popis poruch příjmu potravy, jejich příčin, léčby a zdravotních komplikací včetně zhodnocení masových médií, jakožto možné eventuální spolupříčiny vzniku poruch příjmu potravy. Cílem bylo zjištění, zda a případně jakou měrou, se masmédia podílí na spolupříčině vzniku poruch příjmu potravy.

Byla stanovena hypotéza:

- 1) Masmédia se významnou měrou podílí na vzniku poruch příjmu potravy.

3 Literární rešerše

3.1 Poruchy příjmu potravy

Podle poslední aktualizace MKN-10 (10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí), prováděnou mezinárodní zdravotní organizací WHO, řadíme mezi poruchy příjmu potravy mentální anorexii, atypickou mentální anorexii, mentální bulimii, atypickou mentální bulimii, přejídání spojené s psychologickými poruchami a zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami. Dále sem řadíme jiné poruchy příjmu potravy, mezi které patří pica u dospělých a psychogenní ztráta chuti k jídlu (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2023).

3.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je psychiatrické onemocnění, které je charakterizováno záměrným odmítáním potravy s cílem snížit tělesnou hmotnost. Osoby trpící mentální anorexií mají zkreslené vnímání vlastního těla, vykazují sebepoškozující chování, perfekcionistický přístup s výrazným zaměřením na výkon a s důrazem na dokonalý zevnějšek (Rokyta 2015).

Příznačnou vlastností mentální anorexie je aktivní snižování tělesné hmotnosti v rámci úpravy energetického příjmu či navýšení energetického výdeje. Nemocné osoby odmítají přijmout potravu z vlastního přesvědčení, nikoli z důvodu nechuti k jídlu. Omezování se v konzumaci potravy bývá často doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo, kdy postižené osoby rády vaří, zkouší nové recepty či vykrmují ostatní (Krch 2007).

Anorexii lze rozdělit na restriktivní a purgativní typ. Purgativní typ provází zvracení a jiné patologické purgativní mechanismy snižování váhy (Papežová 2018).

U této poruchy dochází k narušení hypotalamo-pituitární-gonádové osy. Ve většině případů dochází k narušení menstruačního cyklu u žen či snížení sexuálního zájmu. Nemocní mají tendenci k zatajování obtíží, podvádění a drobným krádežím, především jídla (Raboch et al. 2012).

Neexistuje pouze jediná příčina vzniku mentální anorexie, obvykle se jedná o souhru několika faktorů, které dávají vznik tomuto onemocnění nebo ho udržují. Mezi jevy, vedoucí ke vzniku poruchy, patří například genetická predispozice, vliv rodiny nebo strach z jídla způsobený vnějším prostředím (Papežová 2000; Papežová 2018).

Anorexie se nejčastěji léčí v rámci ústavní nebo ambulantní léčby, kde je zapotřebí multidisciplinárního přístupu. Ústavní léčba bývá stejně účinná jako léčba ambulantní. Nemocniční léčba vykazuje dlouhodobý nejasný přínos, jelikož asi u 40 % hospitalizovaných

pacientů dochází k opětovnému přijetí k léčení. Novější studie prokázaly možnost použití antipsychotik za užitečné, avšak není jasné kdy a pro koho budou přínosné (Lock & Le Grange 2012).

Mentální anorexií trpí nejčastěji dospívající dívky. V České republice se vyskytuje 0,5 % - 1,0 % mladých žen a dívek trpící touto poruchou. Jedinci si udržují abnormálně nízkou hmotnost, cca o 15 % nižší oproti normě, s BMI nižším než 17,5, kdy hranice zdravé hmotnosti je 18,5 (Papežová et al. 2018).

Tabulka č. 1: Váhové kategorie dle BMI (upraveno podle Papežové 2018)

BMI	KATEGORIE	ZDRAVOTNÍ RIZIKA
Méně než 18,5	Podváha	Vysoká
18,5 - 24,9	Norma	Minimální
25,0 - 29,9	Nadváha	Nízká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	Obezita 1. stupně	Zvýšená
35,0 - 39,9	Obezita 2. stupně (závažná)	Vysoká
40,0 a více	Obezita 3. stupně (těžká)	Velmi vysoká

3.1.2 Atypická mentální anorexie

Atypická mentální anorexie řadí mezi poměrně nové poruchy příjmu potravy. Na rozdíl od klasické mentální anorexie nemusí postižené osoby vykazovat znaky podvýživy. Jedinci mohou mít normální hmotnost, nadváhu, obezitu či mírnou podvýživu. Do největších rozdílů mezi mentální anorexií a atypickou mentální anorexií patří prvek narušení obrazu těla. Pacienti trpící touto poruchou se považují za obézní, přičemž je toto vnímání často pravdivé na základě standardů BMI. Lidé trpící touto poruchou mají často traumatickou zkušenost jako jsou sociální boje včetně šikany, kdy se v důsledku toho obávají dalšího přibírání na váze (Moskowitz & Weiselberg 2017).

Obecně rozumíme atypickou mentální anorexií takový stav, kdy pacient vykazuje klasické klinické příznaky mentální anorexie, avšak v menší míře. Některé příznaky, jako jsou amenorea či signifikantní úbytek na váze, chybí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2023).

3.1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimii charakterizují opakující se záchvaty přejídání, spojené s nepřiměřenou kontrolou tělesné hmotnosti, vedoucí k vyvolávání zvracení, zneužívání projímadel a léků na

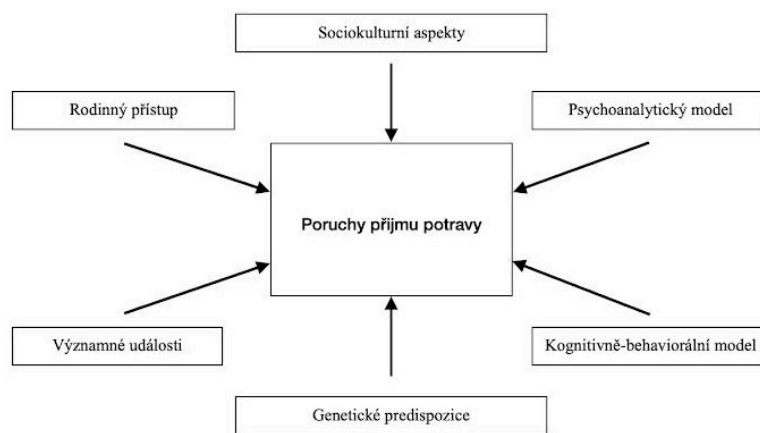
odvodnění nebo také opakující se hladovky či nadměrné cvičení. Na rozdíl od mentální anorexie nedochází k tak výraznému poklesu tělesné hmotnosti. U mentální bulimie pozorujeme pouze mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti (Krch 2008; Papežová 2018).

Tato porucha začíná v mnoha případech později a často se vyvíjí ze subklinické formy mentální anorexie (Papežová 2018).

Rozlišujeme dvě formy bulimie. První se vyznačuje záchvatovým přejídáním a určitou formou kompenzačního mechanismu, takzvaný purgativní typ. Jedinci používají ke kompenzaci nadměrného příjmu potravy medikamenty, projímadla nebo si vyvolávají zvracení. Druhá forma se nazývá nepurgativní mentální bulimie, která spočívá v hladovění a nadměrném cvičení, kde dochází k absenci purgativní symptomatiky (Agras & Apple 2008).

V důsledku chování, spojeného s tímto onemocněním, dochází k závažným zdravotním komplikacím, mezi které patří například: ovlivnění funkce mozku, srdečně-cévní obtíže, poškození zubů, kostí, trávicího systému či vysoký cholesterol (Agras & Apple 2008).

Všeobecně existuje mnoho psychologických i fyziologických aspektů příčin vzniku poruch příjmu potravy. Jednotlivé aspekty nebývají zapříčiněny pouze jedním faktorem, nýbrž kombinací několika, zdánlivě nesouvisejících činitelů (viz obrázek č. 1) (Ogden 2010).



Obrázek č. 1: Schéma příčin vzniku poruch příjmu potravy
(upraveno podle Ogden 2010)

Obecně léčba poruch příjmu potravy představuje obdobné modely léčení. Existuje několik způsobů léčby, mezi které řadíme například: psychoterapie, hospitalizace, rodinné terapie či farmakoterapie. Každá jednotlivá porucha příjmu potravy vykazuje svou určitou specifičnost, tudíž je zapotřebí i určitý přístup k léčbě (Krch 2005; Papežová 2018).

U pacientů s mentální bulimií se za účinné formy léčby považují psychoterapie. Nejúčinnější intervencí je pak kognitivně-behaviorální terapie a interpersonální terapie. Pozitivní vliv na snížení záchvatů přejídání, zvracení a dysfunkčních myšlenek vykazuje zejména kognitivně-behaviorální terapie (Papežová 2010; Papežová 2018).

„Mentální bulimie se nejčastěji vyskytuje u studentek středních a vysokých škol, zhruba ve 4–15 %. O něco menší je potom výskyt u mladých dospělých, tedy asi 1–3 %.“ (Papežová et al. 2018).

3.1.4 Atypická mentální bulimie

Jedná se o psychiatrickou poruchu, která splňuje některá kritéria mentální bulimie. U atypické formy dochází k přejídání či nevhodnému kompenzačnímu chování v průměru méně než jednou týdně. Podobně, jako u klasické mentální bulimie, dochází ke ztrátám kontroly nad množstvím přijímané potravy. U postižených pozorujeme jeden či více příznaků: konzumace velkého množství jídla v krátkém čase, vnímání sebe sama s nepřiměřeným tvarem těla, používání jedné či více metod ke kontrole nebo snížení hmotnosti, jakými jsou zvracení, užívání diuretik či projímadel (Castelao-Naval et al. 2019).

U atypických forem chybí jeden či více klíčových rysů typického klinického obrazu nebo se vyskytují všechny příznaky v mírné formě. U typických i atypických forem dochází k somatickým i psychologickým následkům a je velmi důležitá jejich časná intervence (Papežová 2018).

3.1.5 Přejídání spojené s jinými psychologickými poruchami

Mezi diagnostická kritéria psychogenního přejídání patří neodolatelná touha po jídle, podobné touze po drogách, včetně záchvatů přejídání s drásavým pocitem ztráty kontroly po přejedení. Pacienti se neustále zabývají jídlem. Dochází ke konzumaci takového množství jídla, jež je výrazně vyšší, než by zkonsumovala většina lidí za stejných okolností a stejnou časovou jednotku. Během záchvatu dokáží přijmout velké množství energie, které se pohybuje v rozmezí 1500–4500 kilokalorií. Nemocní jedí o samotě a v rámci každé epizody prožívají velký stres. Přestože záchvatové přejídání provází negativní fyzické i psychické následky, postižení jedinci nepoužívají žádnou formu kompenzačního mechanismu (vyvolání zvracení, používání projímadel a podobně) (Papežová 2018).

V MKN-10 (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí) je psychogenní přejídání vymezeno jako přejídání způsobené stresujícími událostmi, například narození dítěte či smrt blízké osoby (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2023).

Psychogenní přejídání zahrnuje pocity znechucení, stresu a deprese spojené s konzumací velkého množství potravy. Odhaduje se, že psychogenní přejídání postihuje 1-3 % celkové populace, což z ní činí nejčastější poruchu příjmu potravy (McCuen-Wurst et al. 2018).

V rámci onemocnění dochází k prevalenci komorbidních somatických stavů, kterými jsou například: vysoká hladina cholesterolu, vysoká hladina triglyceridů, artritida, anémie, plicní problémy či problémy se spánkem (Udo & Grilo 2019).

Mnohé z přidružených chování, jako je držení diet, zabývání se tvarem těla a občasné záchvatové přejídání začínají již v časném období života. Příčina psychogenního přejídání může být zakotvena již v raném dětství potažmo v období dospívání. Studie prokázaly, že se zvyšující se hmotností se zvyšuje i podíl osob, které trpí záchvatovým přejídáním. K onemocnění může vést řada činitelů. Určitý vliv může mít genetická podmíněnost nebo také faktory prostředí. Zobrazování ideálů krásy v masmédiích a nárůst komerčních diet vyvolává zvyšující se tlak na ženy, aby byly štíhlé. K dalším příčinám, které mohou přispívat ke vzniku poruchy, řadíme výskyt obezity v rodině, nízké sebevědomí nebo šikanu ze strany vrstevníků (Agras & Apple 2008)

Léčba se z větší části zaměřuje na behaviorální, psychologické a fyzické důsledky spojené s tímto onemocněním. Za nejúčinnější způsoby je považována psychoterapie, konkrétněji přístupy založené na kognitivně-behaviorální terapii a interpersonální terapii. U specifických skupin se osvědčily i další metody léčby včetně snižování hmotnosti a farmakologické léčby. Ze studií vyplývá, že oba způsoby léčby vykazovaly podobnou účinnost. Pacienti, kteří podstoupili kognitivně-behaviorální terapii, dosáhli po léčbě vyššího procenta zotavení ve srovnání s pacienty, kteří podstoupili interpersonální terapii. Při delším sledování vykazovala vyšší míru úplného zotavení interpersonální terapie. Nicméně kognitivně-behaviorální terapie je stále doporučována jako primární způsob léčby, jelikož funguje nejrychleji (McCuen-Wurst et al. 2018).

3.1.6 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami

Charakterizuje se opakovaným zvracením vyskytujícím se u disociativních poruch (disociace vyznačuje nevědomý, obranný, psychický mechanismus, který jedinec využívá

v rámci neschopnosti se vyrovnat s určitým psychickým obsahem) a hypochondrických poruch (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2023).

V rámci poruchy dochází k purgativnímu chování s cílem ovlivnit hmotnost nebo tvar postavy. Jedinci si opakovaně vyvolávají zvracení, zneužívají projímadla, diuretika či jiné léky. U onemocnění dochází k absenci záchvatového přejídání. Charakteristické pro zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami je, že postižení netrpí podváhou (American Psychiatric Association 2013).

U žen dochází k významně většímu postprandiálnímu zvýšení střevního peptidu (objevující se po jídle), který vyvolává pocit sytosti, ve srovnání s jedinci s bulimií. Tyto změny předpovídají zvýšené gastrointestinální potíže (poruchy trávení), které ženy trpící poruchou uvádějí (Keel 2019).

Pacienti vykazují ve větší míře deprese, úzkostné stavy, poruchy osobnosti, sklony k sebevraždě a poruchy spojené se zneužíváním návykových látek (Castillo & Weiselberg 2017)

Z důvodu nedostatku studií, spojené s tímto onemocněním, je doporučováno použití postupu léčby jiné poruchy. Avšak porucha, jejíž léčebný vzorec bude použit, musí vykazovat co nejvíce podobností s touto poruchou příjmu potravy (Treasure et al. 2020).

Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami postihuje každoročně přibližně 2,5 % dospívajících, přičemž prevalence je vyšší u dívek nežli u chlapců (Keel 2019).

Onemocnění představuje novou klinicky odlišnou poruchu příjmu potravy. Toto uznání umožňuje další výzkum prevalence, etiologie, léčby a možnost farmakologické léčby v budoucnosti (Castillo & Weiselberg 2017).

3.1.7 Jiné poruchy příjmu potravy

Pica u dospělých

Diagnostickým kritériem onemocnění je permanentní konzumace předmětů nepotravinového původu, bez nutriční hodnoty, po dobu nejméně jednoho měsíce. Stravovací chování není součástí kulturně podporovaných nebo společensky normativních zvyklostí (American Psychiatric Association 2013).

V rámci poruchy dochází k nutkavé touze po požívání nepotravinových předmětů. Nejčastěji se jedná o konzumaci hlíny, křídly, čistících prostředků či kamení (Shekarriz et al. 2021).

Ačkoli pica může mít negativní dopad na tělesné funkce, zřídka narušuje sociální fungování, které bývá často spojeno s komorbidními poruchami. Nejvyšším rizikem onemocnění je pravděpodobně porucha autistického spektra, mentální postižení a v menší míře také schizofrenie a obsedantně-kompulzivní porucha. Pica také koexistuje s trichotillomanií (psychická porucha, při které si pacienti trhají vlasy či chlupy) nebo ekkoriací (povrchové poškození kůže), přičemž postižení obvykle konzumují své vlasy či kůži (Rajput et al. 2020).

Hlavními stimuly začátku onemocnění bývá nuda, zvědavost, psychické napětí nebo chuť daného předmětu (Treasure et al. 2020).

Pica se může objevit v dětství, dospívání nebo dospělosti, i když nejčastěji se uvádí výskyt v dětství. U dospělých se zdá, že se více vyskytuje v souvislosti s mentálním postižením nebo jinými duševními poruchami. Pojídání nevyživných, nepotravinových látek se může projevit také v těhotenství, kdy se mohou objevit specifické chutě. Diagnóza pica v těhotenství je na místě pouze tehdy, pokud takové chutě vedou k požití nevyživných, nepotravinových látek v takové míře, že konzumace těchto látek představuje potenciální zdravotní riziko. Průběh poruchy může být zdlouhavý a může vyústit ve zdravotní potíže (např. střevní obstrukce, akutní úbytek hmotnosti, otrava). V závislosti na požitých látkách může být porucha potenciálně smrtelná (American Psychiatric Association 2013)

Terapii lze provádět ve dvou oddělených oblastech, a to ve farmakologické a psychosociální léčbě. U picy není nutná žádná specifická medikamentózní léčba, jelikož stále nebyly provedeny žádné studie farmakologické léčby. Nicméně hypotéza, že s picou souvisí snížená dopaminergní neurotransmise (neurotransmise označuje základní přenos vzruchu v synapsi centrálního nervového systému, který se přenáší pomocí chemického mediátoru-neurotransmiteru, v tomto případě neurotransmiter zastupuje dopamin) naznačuje, že léky, které potenciálně posilují dopaminergní terapii, mohou poskytnout alternativu k terapeutickému zásahu u osob s picou. Jediná kazuistika ukázala, že olanzapin snižuje pica chování. Klíčem k úspěšné léčbě je důkladné zvážení procesu chování konkrétního pacienta. V současné době se za nejvhodnější způsob léčby považují terapeutické strategie. Mezi ně patří například: předběžný screening, pokyny pro rozlišování mezi jedlými a nejedlými předměty, sebeochranné pomůcky (zabraňují vkládání látek do úst), posilování vizuálního chování či nerovnoměrné posilování jiného nebo protichůdného chování (Rajput et al. 2020).

Pica je geograficky nejrozšířenější v Africe s odhadovanou prevalencí 44,8 %, následuje Severní a Jižní Amerika (23,0 %). V Eurasii se prevalence usuzuje okolo 17,5 % (Fawcett et al. 2016).

3.1.8 Výživová doporučení při vybraných poruchách příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou primárně psychiatrickým onemocněním, kdy psychoterapie je primární intervencí (hlavně u mentální anorexie). Doporučené postupy terapií jsou v jednotlivých zemích podobné. Odlišnosti jsou dány organizací, dostupností a financováním specializovaných služeb a výukou specialistů. V České republice je mnoho časných intervencí v rukou nutričních specialistů, terapeutů a poradců. Mezi novější terapeutické postupy patří například Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) (Papežová 2021).

MB-EAT je program uvědomělého přístupu ke stravování, jenž byl vytvořen pro terapii záchvatového přejídání. Vychází z poznatků, že práce na uvědomění si vnitřních prožitků pozitivně ovlivňuje deficity interoceptivního vnímání (vědomého vnímání) a emoční regulace, které jsou typické pro poruchy příjmu potravy. Základem je užití meditace ke zvýšení kontroly nad záchvaty přejídání, nad tělesnými pocity hladu a sytosti, k rozpoznání psychogenních spouštěčů a ke zmírnění reaktivní impulzivity (Papežová 2021).

Nutriční intervence musí být založena na týmové či konziliární (poradní) spolupráci a vyžaduje specializované dovednosti v komunikaci s pacienty bez schopnosti náhledu, s kognitivními deficity (narušení mentálních funkcí) a problémy v motivaci ke změně a navazování terapeutického vztahu. Léčba musí začít co nejdříve, je nutné si stanovit reálné a dosažitelné cíle, sdělovat je srozumitelným jazykem a pracovat kriticky s novými technologiemi, hlavně v programech pro děti a dospívající (Papežová 2021).

Poruchy příjmu potravy jsou primárně psychiatrické onemocnění, proto je při léčbě nutná spolupráce s psychologem či psychiatrem, přičemž součástí komplexní léčby by měla být nutriční podpora. Lékař nutricionista by tedy neměl řešit sám nutriční stav pacienta, ale být součástí týmu, který navrhne dietní opatření, případně doporučí péči nutriční terapeutky či navrhne nutriční substituci přípravky umělé výživy (Kohout 2018).

Nejjednodušším prostředkem nutriční intervence je úprava stravování, nejtěžším domluva s pacientem o respektování nutričních doporučení. Dalším prostředkem je využití nutričních suplementů, přípravků enterální výživy. Ve všech případech je nutná spolupráce pacienta, případně jeho blízkého okolí (Kohout 2018).

U poruch příjmu potravy, typicky pak u mentální anorexie, dochází k prostému hladovění neboli energetické malnutrici. Malnutrice je obecně definována jako porucha nutričního stavu. V užším slova smyslu se jedná o nerovnováhu mezi příjmem a potřebou základních živin (bílkovin, sacharidů, tuků). Prosté hladovění vzniká při nižším příjmu energie

ve srovnání s jejím výdejem při nepřítomnosti zánětlivé reakce nebo zvýšené potřeby bílkovin. Pokud dochází k hladovění, organismus se adaptuje, nastává snížení energetického výdeje a využití energetické rezervy. Energetická rezerva se nejprve využívá z tukové tkáně, později ze svalové hmoty a případně z dalšího poolu bílkovin (množství bílkovin, které jsou kdykoli k dispozici pro různé procesy v organismu). Z tohoto důvodu, i přes zřetelnou vyhublost a nízkou hmotnost, jsou hodnoty nutričních markerů v normě (chemické či biologické ukazatele, jenž se používají k posouzení výživového stavu člověka) a svalová síla zůstává zachována. Později, při pokračujícím hladovění, dochází k postupnému využívání zásob, únavě a vyčerpání (Kohout 2018).

U těžších forem malnutrice je nutná hospitalizace a aplikace umělé výživy (parentální či enterální formou) na jednotce intenzivní metabolické péče, hlavně v případě, kdy dominuje dysbalance minerálních látek (Kohout 2018).

Výživová doporučení při léčbě mentální anorexie

Součástí komplexní léčby pacientů s mentální anorexií by měla být nutriční podpora. Cílem této podpory je normalizace tělesné hmotnosti, jež by měla odpovídat výšce a věku pacienta. Potřebná úprava hmotnosti se řeší pomocí úpravy jídelníčku dle individuálních potřeb jedince. Přejít na stravu s vyšší energetickou hodnotou není pro pacienty snadný, je tedy více než vhodné vyhledat a předat pacienta do péče nutričního terapeuta. Změna by měla být postupná, jelikož náhlá změna může vést k refeeding syndromu (Kohout 2018).

Refeeding syndrom je stav způsobený rychlou realimentací (obnovení podávání živin jedinci, který delší dobu hladověl) malnutričního pacienta dlouhodobě adaptovaného na nízký energetický příjem z potravy. Pokud dochází k obnově energetického příjmu příliš rychle, nastává, v lehčím případě po nástupu anabolického stavu, ke zvýšené potřebě fosfátu, draslíku, hořčíku a vitamínů. V těžších případech dochází k zahlcení energetických cest a hypermetabolickému stresu, který je charakterizován poruchou vodního a minerálního hospodářství a selháním orgánů. Prevencí vzniku refeeding syndromu je proto postupná realimentace. U pacientů, jejichž organismus se adaptoval na hladovění, je nutné podávat výživu, která má energetickou hodnotu maximálně 10 kilokalorií na kilogram hmotnosti a na den, přičemž dávka sacharidů by neměla přesáhnout 2 gramy na kilogram a den. Současně je nutné kontrolovat sérové hladiny (koncentrace různých látek) minerálních látek a jejich odpady močí a vodní bilanci. Pokud dojde k poklesu hladiny minerálních látek je nutná jejich suplementace v dostatečné dávce (Kohout 2018).

Také trávicí trakt nemocného není připraven na větší obsah potravy či větší obsah tuku. Pokud by tedy byl přechod příliš náhlý, dochází u pacientů ke komplikacím, jakými jsou například: nadýmání, pocitu tíže žaludku či průjemovitá stolice. Tyto komplikace utvrzují nemocné v přesvědčení, že nízkoenergetická strava je jediným správným řešením. V první fázi je nutné stabilizovat pacienta, zamezit dalším hmotnostním úbytkům a ve spolupráci s odborníky stanovit kompromisní váhu. Až teprve v dalších fázích postupně zvyšovat hmotnostní přírůstek (Papežová 2010; Papežová 2018).

V rámci nutriční podpory se také používají nutriční suplementy nebo přípravky enterální výživy ve formě sippingu. Sipping může být kompletní přípravek (obsahující téměř veškeré živiny) či modulární dietetikum (lze doplnit pouze jednotlivé chybějící složky) (Papežová 2010; Papežová 2018).

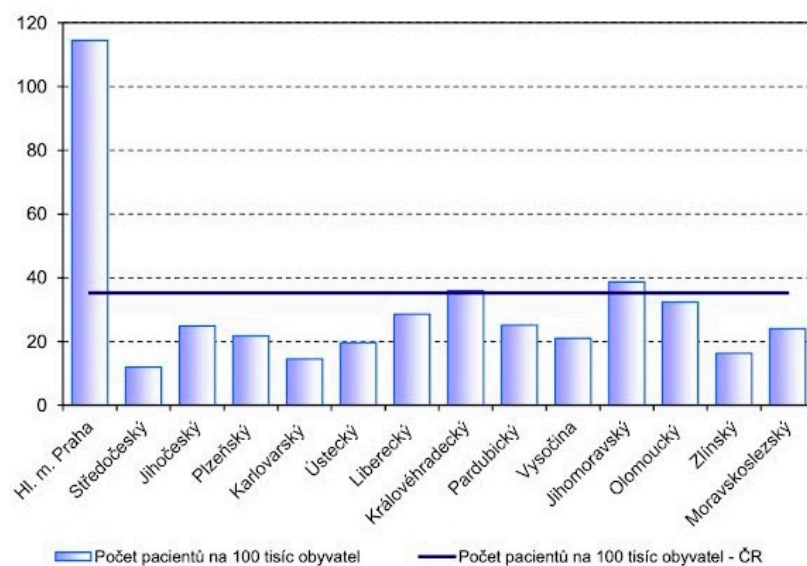
U vážnějších případů mentální anorexie, především v průběhu hospitalizace, se používá enterální a parenterální výživa. Enterální výživu lze podávat buď sondou zavedenou do žaludku nebo do tenkého střeva. Z počátku je možné aplikovat pouze enterální výživu, poté dochází ke kombinaci perorálního příjmu a enterální výživy. Parenterální výživa bývá většinou určena pro nejvážnější případy, které vyžadují pobyt na jednotce intenzivní péče (Papežová 2010; Papežová 2018).

3.2 Výskyt poruch příjmu potravy v České republice

3.2.1 Ambulantní péče

Dle aktuálních informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, bylo v roce 2017 léčeno v psychiatrických ambulancích celkem 3731 pacientů z toho 90 % žen. Celkem 37 % pacientů představovalo úplně nové případy, tedy část populace, která se léčila s poruchami příjmu potravy poprvé v životě (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018)

Téměř 12 % z celkového počtu pacientů tvořila věková skupina 0-14 let, necelých 32 % se nacházelo ve věku 15-19 let a 56 % tvořila skupina starších 20 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018).

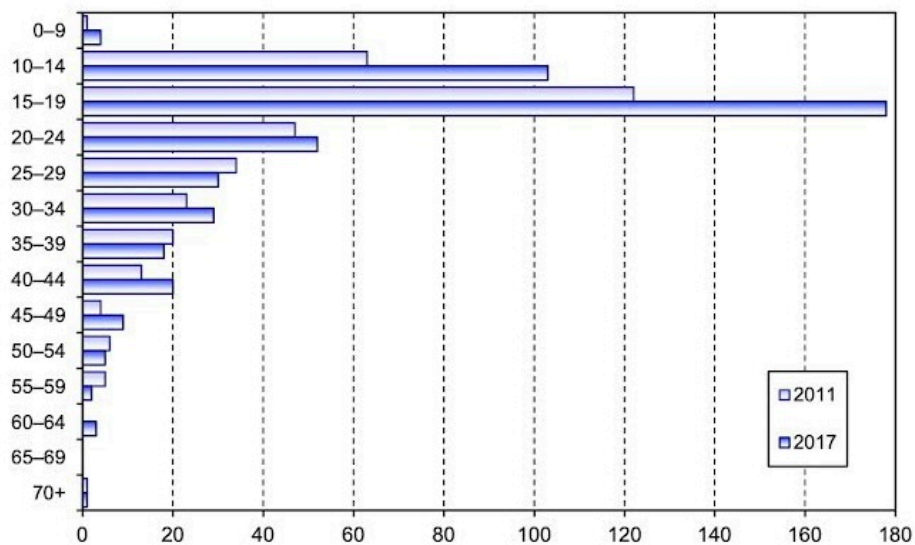


Graf č.1: Porovnání počtu ambulantních pacientů s poruchami příjmu potravy na 100 000 obyvatel podle kraje sídla zdravotnického zařízení v roce 2017 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018)

Z grafu č. 1 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018) je patrné, že nejvíce pacientů (přepočteno na 100 000 obyvatel daného kraje) bylo léčeno ve zdravotnických zařízeních na území Prahy.

3.3.2 Lůžková péče

V roce 2017 bylo hospitalizováno v psychiatrických lůžkových zařízeních 454 pacientů trpících poruchami příjmu potravy. Téměř 65 % evidovaných hospitalizací tvořili pacienti s diagnózou mentální anorexie, více než 13 % s diagnózou mentální bulimie a nakonec téměř 13 % tvořili pacienti s atypickou mentální anorexií. Ostatní diagnózy tvořily necelou desetinu hospitalizací. Více pacientů zastávaly ženy, kdy muži tvořili od 5 % do 10 % z celkového počtu. Nejvíce hospitalizovaných, v přepočtu na 100 000 obyvatel daného kraje, bylo evidováno u osob s trvalým pobytem v kraji Ústeckém. Největší počet hospitalizací, zhruba 84 %, zastává skupina „nepracující, dítě, studující“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky 2018).



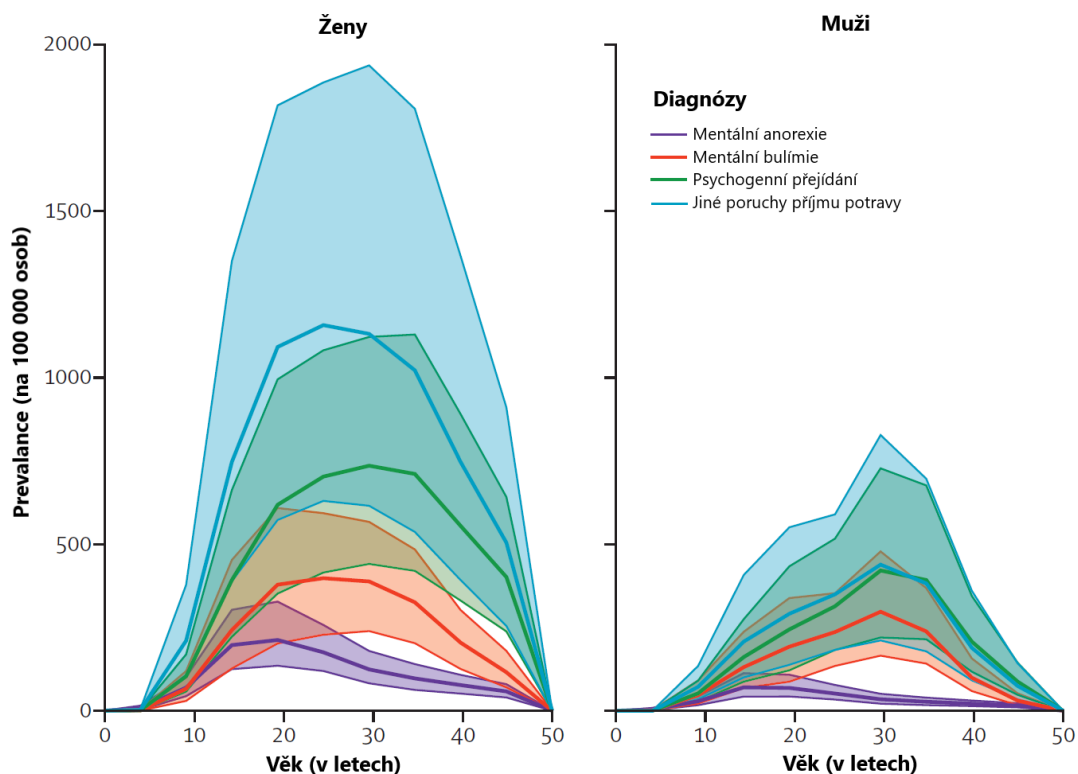
Graf č.2: Porovnání počtu hospitalizovaných pacientů s poruchami příjmu potravy dle věkových skupin v roce 2011 a 2017
(Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018)

Z grafu č.2 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018) jednoznačně vyplývá rostoucí incidence poruch příjmu potravy. Zřetelně nejvyšší nárůst nových případů můžeme pozorovat u skupiny ve věku 15-19 let.

3.3 Výskyt poruch příjmu potravy ve světě

Tato statistická studie z roku 2019 (viz graf č.3) zahrnovala odhad prevalence výskytu mentální anorexie, mentální bulimie, psychogenního přejídání a jiných poruch příjmu potravy ve světě. Jiné poruchy příjmu potravy zahrnovaly atypickou mentální anorexii, atypickou mentální bulimii, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami a psychogenní přejídání s „nízkou frekvencí“ (Santomauro et al. 2021).

V roce 2019 byl celkový odhadovaný počet osob trpících poruchami příjmu potravy 55,5 milionů. Prevalence mentální anorexie a bulimie činila 13,6 milionů lidí, přičemž 17,3 milionů případů zastává psychogenní přejídání a 24,6 milionů jiné poruchy příjmu potravy (Santomauro et al. 2021).



Graf č.3: Globální prevalence výskytu poruch příjmu potravy podle pohlaví a věku na 100 000 osob v roce 2019. Stínované oblasti vyobrazují 95 % intervaly nejistoty (upraveno podle Santomauro et al. 2021)

3.4 Nové poruchy příjmu potravy

3.4.1 Ortorexie

Ortorexie spadá mezi poměrně nové poruchy příjmu potravy. V současné době není ortorexie formálně uznávaná jako porucha příjmu potravy, nicméně má řadu jejích charakteristických znaků (McGregor 2017).

Onemocnění lze definovat jako nadměrný zájem o zdravé stravování. V rámci diagnózy dochází k přílišnému zájmu o kvalitu potravin, která je stále stupňována. Postižení se zaměřují na jednotlivé složky potravy (mimo potravinářské přidané látky nebo konzervanty), původ a zpracování (Roncero et al. 2021).

Dochází k narušení obrazu vnímání vlastního těla, kdy se nemocní zaměřují na kvalitu pokožky (která má „zářit“), pružnost svalstva a celkově na tělesné proporce. Nicméně jedinci trpící poruchou váží, v poměru ke svému věku a výšce, obvykle přiměřeně (McGregor 2017).

Osoby dodržují rigidní pravidla týkající se zdravé stravy, přičemž toto respektování pravidel často doprovází chorobná posedlost cvičením (Dajon & Sudres 2022).

Na ortoroxii lze pohlížet dvěma způsoby. Můžeme rozlišovat mezi ortorexií patologickou (mentální ortorexií) a zdravou ortorexií, jenž zaujímá snahu o zdravou stravu, která je prospěšná. Zdravá ortorexie i mentální ortorexie odráží stravovací chování, při němž jedinec rozděluje potraviny do kategorií „zdravé“ a „nezdravé“. Předpokládá se však, že zdravá ortorexie odráží snahu o konzumaci zdravých potravin způsobem, který posiluje zdraví a není patologický. Studie zjistily významné pozitivní asociace mezi oběma konstrukty, což poskytuje podporu pro to, že zdravá ortorexie a mentální ortorexie se do jisté míry koncepčně překrývají. Přibývá však také důkazů, které podporují, že se jedná o dva koncepčně odlišné styly stravování (zdravá ortorexie odráží zdravou snahu o dodržování diety a mentální ortorexie odráží zintenzivnění této snahy až do neuspořádané patologické posedlosti). Bylo zjištěno, že zdravá ortorexie je pozitivně spojena s ukazateli pohody a inverzně s negativním afektem, zatímco mentální ortorexie je inverzně spojena s ukazateli pohody a pozitivně s ukazateli negativního afektu (Anastasiades & Argyrides 2022).

Z důvodu dostatečné „čistoty“ potravin (jednotlivých složek potravin) dochází absenci důležitých živin. Projevy nedostatku nutrientů zahrnují únavu, bolesti hlavy, amenoreu či anémii. V některých případech se objevují také trávicí potíže či halitóza (zápach z úst) (McGregor 2017).

Výchozími faktory pro ortorexistické chování bývá pocit nekontroly nad životem. Jediná možnost řízení je tak ovládat behaviorální vzorce. Dalšími aspekty vzniku bývá nízké sebevědomí, potřeba být dokonalý či nedostatek soucitu se sebou samým (McGregor 2017).

Při terapii duševních poruch se uplatňují různé psychoterapeutické směry se stejným cílem, kterým je úzdava nemocného a jeho návrat do běžného života. U ortorexie se považuje za velmi významnou právě kognitivně-behaviorální terapie (Koven & Abry 2015).

3.4.2 Drunkorexie

V literatuře je často zdůrazňován společný výskyt zneužívání alkoholu a poruch příjmu potravy. Fenomén, který v posledních letech vzbudil zájem vědců, nese název „drunkorexie“, Drunkorexie označuje nemedicínský termín vytvořený populárními médii, který představuje překrývání poruchového stravovacího chování a užívání alkoholu. Jedná se o redukci energetického příjmu na úkor konzumace alkoholu (obsahuje značné množství kilokalorií). Drunkorexie se vztahuje na jedince, kteří se rozhodnou pro chování související s dietou, aby

mohli konzumovat velké množství alkoholu. Nechtějí se obávat kilokalorií zkonsumovaných prostřednictvím alkoholických nápojů a z toho plynoucího nárůstu hmotnosti (Pompili & Laghi 2020).

Porucha se vyznačuje opakovanou redukcí množství příjmu potravy. Cílem jedinců je snaha dosáhnout vyrovnané energetické bilance. Dochází tak ke sníženému přijetí kvantity stravy na úkor alkoholu, jelikož alkohol obsahuje značné množství kilokalorií (Kulhánek & Papežová 2014).

Motivy, které jsou základem chování při drunkorexii, nejsou dobře známy. Podněty k požívání alkoholických nápojů vycházejí z očekávání, jež zahrnuje změny afektivních stavů. Souhrnně se zdá, že snaha zvládnout určitou situaci (zmírněním negativního afektivního stavu) či záměrné posilování pozitivních afektivních stavů jsou významnými rizikovými faktory pro dysregulované chování a mohou souviset s drunkorexií (Simons et al. 2021).

V rámci obav z přibývání hmotnosti, jež pramení z vyšší spotřeby alkoholu, dochází k omezování příjmu potravy. Opakované epizody pití v kombinaci s výrazným omezením potravy vystavují jedince vyššímu riziku vzniku problematických stravovacích návyků (zvracení, záchvatové přejídání) nebo problémů souvisejících s alkoholem (výpadky paměti, otrava alkoholem, zapojení do rizikového chování) (Simons et al. 2021).

Drunkorexie bývá spojena s nízkým sebevědomím, osobním odcizením, interoceptivními deficity, emoční dysregulací a asketičností (Simons et al. 2021).

Dostupné studie naznačují, že drunkorexie je mezi mladými lidmi rozšířená. Bylo zjištěno, že 12 % studentů středoškolského věku uvedlo omezování jídla, kilokalorií nebo sacharidů ve dnech, kdy plánovali pít alkohol, aby se vyhnuli přibývání na váze. U chlapců a dívek byla míra podobná. Současný výskyt nezdravého chování při udržování hmotnosti a pití velkého množství alkoholu představuje pro zdraví dospívajících vážné riziko. Mohou se objevovat krátkodobé i dlouhodobé nepříznivé důsledky, jako jsou depresivní a úzkostné příznaky, problémy s alkoholem, kognitivní poruchy a nedostatky ve výživě (Laghi et al. 2020).

3.5 Masmédia a ideál krásy

Masovými médii se zpravidla rozumí periodický tisk, rozhlasové a televizní vysílání a veřejně dostupná sdělení na internetu. Masmédia mají velkou popularitu, jsou v zásadě veřejné povahy a obsahově univerzální (Jirák & Köpplová 2015).

V současné době je nejvyužívanějším masmédiem internet, kde najdeme téměř cokoli (Procházková & Sladká Ševčíková 2017).

3.5.1 Periodický tisk

Mnohokrát denně vidáme v médiích „ideály krásy“, tedy dokonalé modelky s krásným make-upem a perfektní postavou. Časopisy, zejména pro ženy, obsahují mnoho rad a tipů, jak redukovat hmotnost. Dále nabízejí hubnoucí doplňky či produkty na dokonalou pleť (Procházková & Sladká Ševčíková 2017).

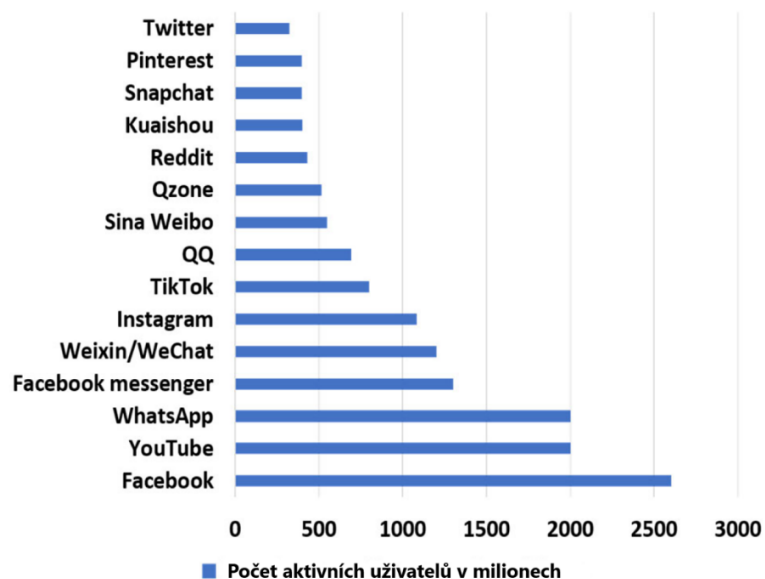
Blesk pro ženy

Jedná se o ženský týdeník, ve kterém můžeme najít tipy a zajímavosti o módě, kosmetice, vztazích nebo také rady týkající se životního stylu (Blesk pro ženy 2023)

Blesk pro ženy nabízí několik oblastí, mezi které patří sekce „Jak zhubnout“. V této sekci najdeme několik rad na hubnutí, udržení váhy, tipy na dietní potraviny nebo příběhy obézních žen, které zhubly (Blesk pro ženy 2023).

3.5.2 Sociální sítě

V dnešní době jsou sociální sítě nedílnou součástí internetu. Nabízejí všeobjímající fórum, jehož prostřednictvím mohou jednotlivci, skupiny a komunity vyjadřovat své myšlenky. Dostupnost, dosah a rychlost s jakou dochází k předávání informací prostřednictvím prostoru sociálních médií z nich nepochybně učinily neoddělitelnou součást současného životního stylu. Dalším aspektem používání sociálních médií je možnost flexibilně sdílet fotografie, videa, aplikace a další. Sociální sítě používají více než 3 miliardy uživatelů a očekává se, že jejich počet bude i nadále růst (Almalki et al. 2021).



Graf č. 4: Celosvětově nejvíce oblíbené sociální sítě v červenci roku 2020 (upraveno podle Almalki et al. 2021).

Z grafu č. 4 (Almalki et al. 2021) vyplývá, že nejvíce celosvětově oblíbenou sociální sítí byl (v červenci roku 2020) Facebook.

Na sociálních médiích se můžeme potkávat s pojmem „influencer“. Influenceri jsou novým typem nezávislé třetí strany. Ovlivňují postoje publika prostřednictvím sociálních médií. Hlavní činností influencerů je ovlivňovat osoby, které sledují jejich komunikaci, chování a prezentaci. Každá osoba, která se dostává do role influencera, má základnu příznivců, kteří se ztotožňují s jejími postoji či myšlenkami nebo jsou pouze pod vlivem influencera. Vliv, který na ně tato osoba má, často nepochází z racionálního přesvědčení, ale ze sympatií a personální náklonnosti (Vodák et al. 2019).

Influenceri na sociálních sítích jsou názoroví vůdci, kteří komunikují s rozsáhlou sociální komunitou lidí (svými sledujícími) (Boerman 2020).

Influenceri přitahují miliony sledujících tím, že na sociálních mediích sdílejí obsah vycházející z jejich každodenního života a zaměřený na jednu konkrétní oblast zájmu. Ačkoli si "tradiční" celebrity našly cestu i na sociální média, influenceri si vybudovali kariéru online a předtím byli široké veřejnosti neznámí (Schouten et al. 2020).

Facebook

Facebook poskytuje online prostor, kde se lidé setkávají, mluví spolu a sdílejí své názory. Jedná se o jednu z nejoblíbenějších sociálních sítí současnosti, kterou používá velké

množství lidí ke komunikaci se svými rodinami, přáteli a také k obchodním vystoupením nebo setkáním online s ostatními uživateli (Cudo et al. 2022).

Případová studie

Facebook umožňuje tvořit stránky, skupiny či skupinové chaty (chat označuje komunikaci mezi dvěma a více lidmi prostřednictvím komunikační sítě) týkajících se různých témat. Může se jednat o tipy na rychlý úklid, poradenství v oblasti výživy nebo lze vytvářet stránky přímo na svou vlastní osobu. Tvorbu stránek, jejíž obsah se týká vlastního života, využívají především osobnosti, které se něčím proslavili.

Jednou z těchto osob, je Influencer č. 1, který se proslavil několika výhrami na soutěžích ve fitness, kdy poté začal působit jako osobní fitness trenér a výživový poradce. Na své stránce propagoval především zdravý životní styl, správné cvičení nebo výživová doporučení. V rámci výživového doporučení začal nabízet a prodávat „zázračnou kávu na hubnutí“ (Vlastní zdroj 2022).

Káva na hubnutí Valentus měla představovat doplněk stravy sloužící ke zdravému a šetrnému hubnutí bez nutnosti cvičení a omezování se v jídle. Byla představována jako čistá detoxikační káva, která rozpouští tuk v těle a uvolňuje tak velké množství kovů a průmyslových chemikálií, jenž tělo ukládá do tukových buněk. Navíc měla pomáhat se zdravotními problémy: vysokým krevním tlakem, vysokým cholesterolem a toxiny v krvi. Ovšem největším problémem tohoto produktu byl obsah dvou zakázaných látek ze skupiny stimulantů (fenylethylaminu a octodrinu). Mezi vedlejší účinky těchto zakázaných stimulantů patří: bolesti hlavy, nevolnost, úzkost, zvýšení krevního tlaku, tachykardie, srdeční palpitace, únava a pocit nedostatku energie po odeznění účinku, a hlavně také riziko vytvoření závislosti. Mimo zdravotních komplikací mohl vyjít pozitivní dopingový test na sportovní soutěži a zároveň i pozitivní test na drogy (na amfetaminy) při běžné silniční kontrole, při autonehodě či při testu na drogy v zaměstnání (Institut moderní výživy 2021).

Kávu Valentus nabízelo vícero prodejců, kteří tvrdili, že o přítomnosti dopingové látky nevěděli anebo diskutovali, že káva žádnou dopingovou látku neobsahuje (i když byla uvedená přímo ve složení) (Institut moderní výživy 2021).

Před kávou Valentus varovala v roce 2020 i Státní zemědělská a potravinářská inspekce.

Potravinářská inspekce varuje před doplňkem stravy škodlivým pro lidské zdraví

17. 12. 2020

Státní zemědělská a potravinářská inspekce (SZPI) varuje spotřebitele před doplňkem stravy „VALENTUS SlimROAST OPTIMUM 118g, původem z USA (distributor: Valentus, Inc., Sioux Falls, SD 57106, USA, šarže: A28594912G).

Laboratorní analýza v akreditované laboratoři SZPI potvrdila v doplňku stravy přítomnost látky 2-phenylethylamin (PEA), a to v koncentraci 2618 miligramů na kilogram (mg/kg). Vzhledem ke zjištěnému množství uvedené látky byla předmětná potravina vyhodnocena jako škodlivá pro lidské zdraví.

Inspektoři SZPI vzorek odebrali v rámci kontroly internetového prodeje prostřednictvím kontrolního nákupu na sociální síti Facebook.

SZPI důrazně doporučuje všem spotřebitelům, kteří zakoupili předmětnou šarži potravinu, aby ji nekonzumovali.

SZPI informaci vložila do evropského systému rychlého varování pro potraviny a krmiva RASFF.

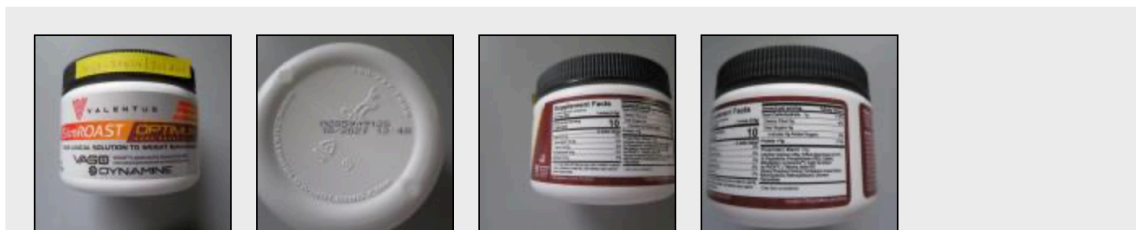
Inspektoři SZPI odebrali další tři šarže předmětné potravinu, přičemž naměřené hodnoty PEA dle hodnocení rizika nepředstavovaly riziko pro lidské zdraví.

SZPI informovala spotřebitele a provozovatele o pravidlech internetového prodeje mj. v tiskové zprávě ze dne [4. 12. 2020](#).

Potravinářská inspekce doporučuje spotřebitelům, aby byli obezřetní při nákupu potravin na internetu.

Zpracoval: Bc. Marek Bartík – referent mediální komunikace, tel.: +420 542 426 613

17. 12. 2020



Obrázek č. 2: Varování Státní zemědělské a potravinářské inspekce
(Státní zemědělská a potravinářská inspekce 2020)

Z obrázku č. 2 (Státní zemědělská a potravinářská inspekce 2020) vyplývá, že káva na hubnutí Valentus je škodlivá pro lidské zdraví.

Influencer č. 1 prodal, přes sociální síť Facebook, kávu na hubnutí Osobě č.1. Osoba č. 1 obdržela od prodejkyne kávu Valentus, přičemž také obdržela i několik doporučení, jak tuto kávu užívat. Bylo jí doporučeno přijímat mezi dvěma až čtyřmi lahvemi vody denně, přičemž se měla napít hodinu před užitím kávy a hodinu po vypití kávy. Také byla varována, že častější využívání toalety je v pořádku, jelikož se tělo zbavuje toxinů. Mimo tyto doporučení Influencer č. 1 poradil Osobě č. 1. omezení příjmu potravy během dne, nikoli však její úplné vyřazení. Jelikož Osoba č. 1 bojovala od mládí s mírnou obezitou, převzala si toto doporučení po svém a přestala (téměř) konzumovat jakoukoli potravu, aby se účinek dostavil co nejrychleji. V rámci užívání kávy Valentus a nedostatečného příjmu potravy došlo u Osoby č. 1 k vážným

zdravotním komplikacím a celkovému metabolickému rozvratu. Osoba č. 1 začala vykazovat známky mentální bulimie, která jí byla později i diagnostikována. Nyní Osoba č. 1 dochází na pravidelná sezení k psychologovi a mentální bulimie je již na ústupu (Vlastní zdroj 2022).

Instagram

Instagram je sociální síť pro sdílení fotografií a videí, kterou vlastní společnost Facebook. Aplikace umožňuje uživatelům nahrávat do služby fotografie a videa, které lze upravovat pomocí různých filtrů a organizovat pomocí značek a informací o poloze. Příspěvky účtu lze sdílet veřejně nebo s předem schválenými sledujícími. Uživatelé mohou procházet obsah ostatních uživatelů podle značek a míst a zobrazovat trendový obsah. Mohou označovat nějakou fotografii jako „líbí se mi“, sledovat ostatní uživatele a přidávat jejich obsah do kanálu (Kumar & Nanda 2019).

Zde je uveden příklad dosahu profilu Influencera č. 1, který má 32,5 tisíc sledujících. Influencer č. 1 je žena, bydlí v České republice, tvoří obsah v českém jazyce a je jí přes 40 let. Aktivně (minimálně jednou denně) přidává příspěvky týkající se zdravého životního stylu, především v oblasti fitness.



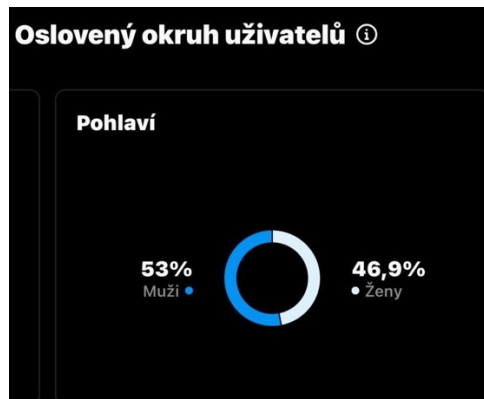
Obrázek č. 3: Přehled dosahu Influencera č. 1 (Instagram 2023).

Z obrázku č. 3 (Instagram 2023) vyplývá, že se v posledních 30 dnech zvýšil počet účtů, které projevily zájem o obsah na profilu Influencera č. 1. Zájem se zvýšil o 48,8 %, zároveň se zvýšil počet sledujících o 2,8 %.



Obrázek č. 4: Nejaktivnější věkové skupiny uživatelů na profilu Influencera č. 1 (Instagram 2023)

Z obrázku č. 4 (Instagram 2023) je patrné, že nejaktivnější skupina na profilu Influencera č. 1 je mezi 25-34 lety.



Obrázek č. 5: Rozdělení uživatelů dle pohlaví na profilu Influencera č. 1 (Instagram 2023)

Z obrázku č. 5 (Instagram 2023) můžeme pozorovat, že o obsah na profilu mají větší zájem muži nežli ženy.



Obrázek č. 6: Nejaktivnější země na profilu Influencera č. 1 (Instagram 2023)

Z obrázku č. 6 (Instagram 2023) můžeme zpozorovat, že nejaktivnější sledující jsou z České republiky.

Případová studie

V posledních letech se tato sociální síť stává více a více populárnější, zejména kvůli známým osobnostem, takzvaným influencerům. Influencer označuje známou osobnost na sociálních médiích, která prostřednictvím nahraného obsahu ovlivňuje chování či názory významné skupiny lidí (zejména svých sledujících). Bohužel hodně lidí vnímá tento sdělovaný obsah jako jedinou pravdu a nedohledávají si žádné další informace k danému tématu. Měřítkem pravdy jsou sledující, čím větší počet sledujících, tím je influencer kvalifikovanější odborník.

Jedním z těchto influencerů působící na Instagramu byl Influencer č. 2. Influencer č. 2 měl (a stále má) na svém účtu přes 56 tisíc sledujících. Jeho obsah se zaměřuje na zdravý životní styl, poznatky a rady v okruhu fitness. Vyhrál soutěže v bikiní fitness (soutěžní kategorie v oblasti fitness) a spolupracoval s řadou známých značek. Tím vším se mohl pyšnit Influencer č. 2. Není divu, že pro spoustu lidí (zejména pak žen) se stal vzorem a chtěli vypadat stejně (Vlastní zdroj 2021).

V rámci ód na její vizuální stránku se proto rozhodl nabízet své stravovací plány. Za kompletní jídelníčku si bezmála účtoval mezi třemi až čtyřmi tisíci korunami, kdy klienti následně obdrželi tabulku s instrukcemi. Bohužel jídelníček nebyl individualizovaný a sestavený pro konkrétního klienta a několik osob (nezávisle na sobě) obdrželi stejnou tabulku. Stravovací plán zahrnoval energetický denní příjem mezi 500-800 kilokaloriemi, což je hluboko pod bazálním metabolismem. Navíc obsahoval mnoho doporučení pro větší

efektivnost, například zařazení kardiovaskulárního cvičení minimálně čtyřikrát do týdně. V sekci doporučení se také objevilo: „V případě hladu cucejte lžičku“. Influencer č. 2 bez problému doporučil drastický jídelníček dokonce i osobě s diabetem či kojící ženě (Vlastní zdroj 2021).

Mezi klienty se objevila i slečna, které tento jídelníček vyvolal mentální anorexii, jelikož si dávala za vinu neschopnost dodržení tohoto stravovacího plánu. Nyní je slečna vyléčena. (Vlastní zdroj 2021).

Tabulka č. 2: Jídelníček slečny s diagnózou mentální anorexie (Vlastní zdroj 2023)

PONDĚLÍ		RÝŽE SE SKOŘICÍ A JABLKEM	
	100 g	Rýže	
	3 g	Skořice	
	60 g	Jablko	
			CELKEM 1639 kJ/ 391 kcal
ÚTERÝ		NÍZKOTUČNÝ TVAROH S PIŠKOTEM A NEKTARINKOU	
	250 g	Nízkotučný tvaroh	
	70 g	Nektarinka	
	1 ks	Piškot	
			CELKEM 1456 kJ/ 345 kcal
STŘEDA		BÍLÝ JOGURT, OVESNÉ VLOČKY, NEKTARINKA	
	150 g	Bílý jogurt	
	10 g	Ovesné vločky	
	70 g	Nektarinka	
			CELKEM 765 kJ / 183 kcal
ČTVRTEK			
Snídaně		NÍZKOTUČNÝ TVAROH S PIŠKOTEM A NEKTARINKOU	
	250 g	Nízkotučný tvaroh	
	70 g	Nektarinka	
	1 ks	Piškot	
Oběd		RÝŽE S SKOŘICÍ A JABLKEM	
	100 g	Rýže	
	3 g	Skořice	
	60 g	Jablko	
			CELKEM 3095 kJ/ 736 kcal
PÁTEK		NIC	
			CELKEM 0 kJ/ 0 kcal
SOBOTA		NÍZKOTUČNÝ TVAROH S PIŠKOTEM A NEKTARINKOU	
250	g	Nízkotučný tvaroh	
70	g	Nektarinka	
1	ks	Piškot	
			CELKEM 1456 kJ/ 345 kcal
NEDĚLE		RÝŽE SE SKOŘICÍ A JABLKEM	
100	g	Rýže	
3	g	Skořice	
60	g	Jablko	
			CELKEM 1639 kJ/ 391 kcal
PITNÝ REŽIM:	4 l vody/den		
		PRŮMĚRNĚ ZA DEN	1435 kJ/ 342 kcal
		CELKEM ZA TÝDEN	10050 kJ/2391kcal

Tabulka č. 3: Návrh jednodenního postupného jídelníčku pro slečnu s diagnózou mentální anorexie (Vlastní zdroj 2023)

Snídaně	JOGURT BÍLÝ S JABLKEM
150 g	Jogurt bílý max 0,3 % tuku
160 g	Jablko
Svačina	BANÁN
90 g	Banán
Oběd	TĚSTOVINOVÝ SALÁT S PAPIKOU, RAJČATEM, OKURKOU A OLIVOVÝM OLEJEM
50 g	Těstoviny semolinové
30 g	Rajče
30 g	Paprika
20 g	Okurka
10 g	Olivový olej
Svačina	JOGURT BÍLÝ S VLAŠSKÝMI OŘECHY
150 g	Jogurt bílý max 0,3 % tuku
10 g	Ořechy vlašské
Večeře	ŽITNÝ CHLÉB S MÁSLEM A SÝREM
50 g	Žitný chléb
10 g	Máslo
17 g	Eidam 30 %
CELKEM ZA DEN 3633 kJ/ 876 kcal	

Tabulka č. 4: Návrh jednodenního jídelníčku po ukončení léčby mentální anorexie (Vlastní zdroj 2023)

Snídaně	OVESNÁ KAŠE S BANÁNEM A ARAŠÍDOVÝM MÁSLEM
100 g	Ovesná kaše
90 g	Banán
20 g	Arašídové máslo
Svačina	MERUŇKOVÝ KEFÍR, HROZNOVÉ VÍNO
450 ml	Kefír meruňkový
120 g	Hroznové víno
Oběd	TĚSTOVINOVÝ SALÁT S PAPIKOU, RAJČATEM, OKURKOU A OLIVOVÝM OLEJEM
100 g	Těstoviny semolinové
50 g	Rajče
50 g	Paprika
20 g	Okurka
20 g	Olivový olej
Svačina	BÍLÝ SKYR S MEDEM A VLAŠSKÝMI OŘECHY
140 g	Skыр natur 0 % tuku
35 g	Vlašský ořech
50 g	Med
Večeře	ŽITNÝ CHLÉB S MÁSLEM A SÝREM
110 g	Žitný chléb
20 g	Máslo
34 g	Eidam 30 %
CELKEM ZA DEN 10 324 kJ/ 2474 kcal	

Diskuse

Z tabulky č. 2 můžeme pozorovat, že slečna trpěla vážnou formou mentální anorexie. Dle slov slečny se tento jídelní model neustále opakoval, jelikož měla přesný přehled o tom, kolik kilojoulů denně přijme a měla v těchto potravinách „jistotu“. Z jídelníčku je patrné, že se slečna nacházela hluboko pod hranicí bazálního metabolismu. Průměrný denní energetický příjem se pohyboval okolo 1 435 kilojoulů.

Tabulka č. 3 je návrh jednodenního jídelníčku, který by mohl být použit na začátek léčby mentální anorexie. Slečna je vegetariánka, tudíž jsem volila bezmasé pokrmy. Na začátek léčby jsem zvolila navýšení energie o cca 2 000 kilojoulů na den, přesně 3633 kilojoulů na den. Jídelníček stále neobsahuje dostatečné množství potravy, co by slečna měla přijmout. Mým cílem bylo, aby byla změna postupná a v žádném případě nedošlo k vyvolání regrese onemocnění. Dále bylo mým cílem schopnost dodržení tohoto stravovacího plánu ze strany pacientky a také, aby nedocházelo ke komplikacím spojených s léčbou mentální anorexie (refeeding syndrom, průjmovitá stolice a podobně). Tento jídelníček by měla dodržovat přibližně okolo týdne, poté bych zvolila další navýšení energie o (přibližně) 1 500 kilojoulů (samozřejmě záleží na psychickém rozpoložení pacientky).

Tabulka č. 4 ukazuje navrhovaný jídelníček (pro slečnu) po ukončení léčby mentální anorexie. V tomto jídelníčku jsem brala v potaz preference pacientky, kdy slečna nekonzumuje maso a výrobky z nich a ráda by se stravovala pětkrát denně. Stravovací plán je vytvořen v souladu s životním stylem pacientky. Slečna každý druhý den posiluje, šestkrát v týdnu běhá a jejím cílem je udržovat aktuální hmotnost. Kazuistika slečny je uvedena jako příloha č.1.

TikTok

TikTok je nový druh sociálních médií. Díky svým multifunkčním vlastnostem a formě videostreamového média se stal všeobecně rozšířeným a přilákal velký počet uživatelů. Stále více jednotlivců tak začíná TikTok využívat k různým účelům, jako je zábava, vyhledávání informací, získávání znalostí, vyplňování volného času a podobně (Tang et al. 2021).

Nadměrné používání TikToku však vede k řadě problémů, jelikož ovlivňuje emoce a vztahy uživatelů. Někteří uživatelé například, v důsledku oddávání se TikToku, ignorují svou rodinu a přátele v reálném životě, což může mít dopad na jejich mezilidské vztahy. Jiní uživatelé se po dlouhém brouzdání po TikToku cítí frustrovaní a v depresi (Tang et al. 2021).

Případová studie

TikTok je čínská aplikace umožňující nahrávat a publikovat krátká videa různých témat. Video lze komentovat, přidat mezi oblíbené (pomocí symbolu srdce) nebo sdílet mezi uživateli. Mimo receptů, tipů na úklid a různých rad vznikají videa, které mají charakter výzev. Uživatelé sdílejí video, do jehož popisku umístí hashtag (forma uživatelského označování, umožňuje vzájemné propojení obsahu podle tématu) s názvem výzvy. Jedna z těchto výzev byla #skinnychallenge (hubená výzva).

Výzva, která vznikla v Číně, spočívala v obmotání bankovky (v hodnotě 100 jüanů) kolem zápěstí tak, aniž by byly vidět „mezery“, tedy žádná část kůže. Někteří dokonce používali i menší bankovky. Naneštěstí se tato výzva rozmohla mezi velké množství uživatelů a lidé si tak začali cíleně snižovat hmotnost, aby si mohli bankovku obmotat bez „mezer“ (Tik Tok 2022).

Na TikToku je běžné sdílet videa i na téma poruch příjmu potravy. Bohužel tato videa jsou rozdělena na dvě kategorie. První kategorie vyjadřuje jakousi podporu lidem, kteří trpěli nebo trpí poruchou příjmu potravy. Tvůrci videa motivují ostatní uživatele ke zvládnutí situace pomocí svého příběhu, který shrnou v krátkém videu. Druhá kategorie je úplným opakem. Uživatelé se také navzájem motivují, ale k prohloubení stavu, ve kterém se nacházejí.

Uživatel TikToku Osoba č.1 trpěla diagnózou mentální anorexie, jenž (dle jeho slov) byla tehdy v raném stádiu. Pomocí TikToku chtěl uniknout od reality a narazil na videa, která nabádala k vytrvání v tomto stavu. Osoba č. 1 byla nakonec hospitalizována v psychiatrickém lůžkovém zařízení. Dle slov Osoba č. 1, byl TikTok určitou spolupříčinou k propuknutí tohoto onemocnění (Vlastní zdroj 2021).

Nyní dochází na TikToku k větší kontrole obsahu, tudíž lze narazit pouze na videa, která podněcují ke zvládnutí situace (Vlastní zdroj 2023).

3.5.3 Vliv digitálních médií na současnou společnost

Virtuální život narušuje soustředění, pozornost a vzdělávací procesy. Poškozuje nejen vzdělávání, ale i naše společenské soužití. Setkávání se prostřednictvím digitálních technologií nemůže nahradit přímé smyslové prožitky opravdového života. Digitální média tyto přímé zážitky s našimi bližními potlačují. Buď je nahrazují méně kvalitními zážitky (pro učení prokazatelně nepříznivými) nebo nám zabírají strávený čas, čímž dochází ke snížení sociálních dovedností. Největší rizikovou skupinou je dospívající generace, jelikož sociální citění, schopnosti či dovednosti se dají naučit pouze v prožívaném společenství (Spitzer 2014).

Během období dospívání adolescentů vznikají tři základní okruhy vývojových úkolů a potřeb. Vytvoření stabilní a pevné identity, navázání důvěrných vztahů s vrstevníky, romantickými partnery a přizpůsobení se vyvíjející se sexualitě. Lze předpokládat, že nadměrné užívání internetu může být spojováno s neúspěšným vytvořením jednoho či více základních vývojových úkolů a potřeb. Pokud se nedokážou socializovat, mohou se cítit osaměle, trpět úzkostí či depresí. Neúspěšná socializace může vést k tomu, že dospívající slečny tráví převážnou část svého času na internetu hledáním rad, jak se do společnosti lépe zapojit, co změnit, jak být více šťastné a oblíbené (Blinka 2015).

Dalším důsledkem používání digitálních médií je nedostatek pohybu, hlavně dospívající generace. Nedostatek pohybu zvyšuje riziko vzniku nadváhy včetně souvisejících zdravotních komplikací, jako například diabetes či vysoký krevní tlak (Spitzer 2016).

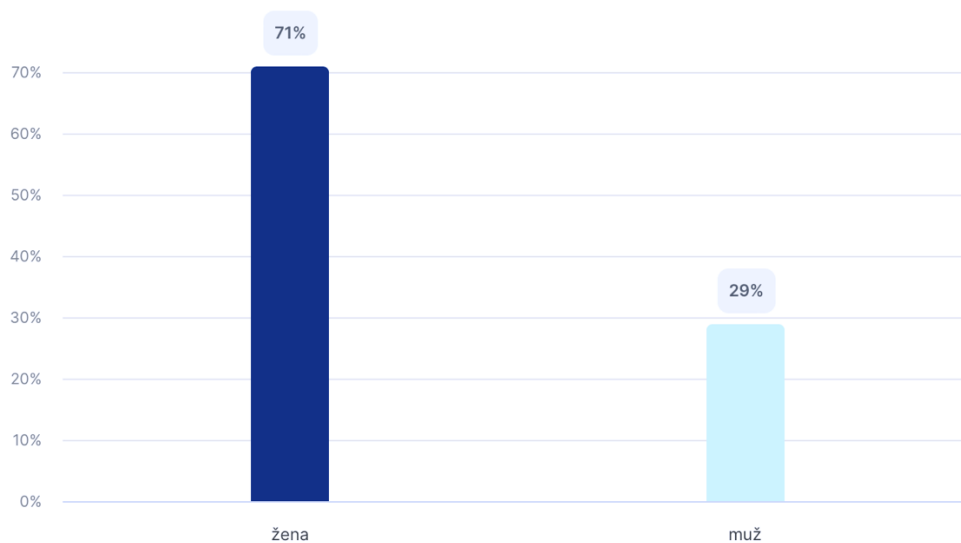
V současné společnosti se stávají sociální sítě čím dál tím větším rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy. Mladí lidé využívají sociální sítě pro hledání informací, rad a vzorů. Často jsou však negativně ovlivněni virtuální realitou, jenž zobrazuje ideály krásy. Dle štíhlých postav a různých aplikací posuzují své vlastní hodnoty, cíle, jídelní chování, pohybovou aktivitu či kalorický příjem (Papežová 2021).

Sociální sítě a další média mohou mít v několika případech pozitivní vliv, avšak neměli bychom jim dovolit převzít kontrolu nad všemi aspekty života. Pokud jim kontrolu přenecháme, bude to mít své následky – stres, deprese, nadváha, poruchy soustředění či spánku (Spitzer 2016).

Průzkum veřejností

Na sociálních sítích Facebook a Instagram jsem umístila anonymní dotazník, který měl za cíl zjištění, jak široce jsou rozšířené poruchy příjmu potravy mezi veřejností a zda mohou mít digitální média spolupříčinu na jejich vzniku. Dále měl prozkoumat vztah jednotlivců ke stravě a jejich vnímání digitálních médií. Průzkum obsahoval 25 otázek a celkem ho vyplnilo 102 respondentů. V rámci interpretace výsledků jsem se rozhodla pro grafické znázornění těch otázek, které mi přišli nejdůležitější nebo těch odpovědí, které měly více možností. Pro lepší přehlednost výsledků jsem se rozhodla zaokrouhlit procentuální odpovědi na celá čísla.

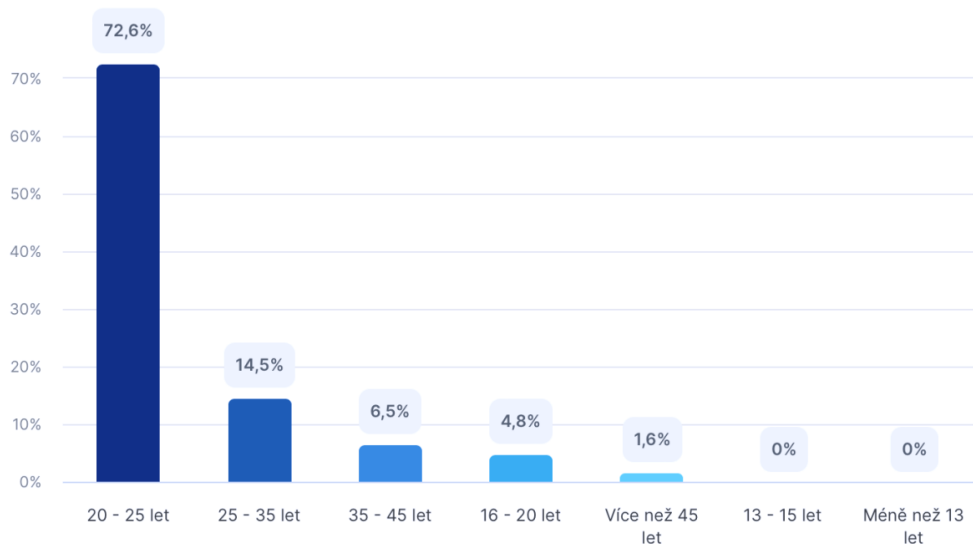
Otázka č. 1: Jste muž nebo žena?



Graf č. 6: Pohlaví respondentů

Z grafu č. 6 vyplývá, že 71 % dotazovaných tvořilo ženy a 29 % muži.

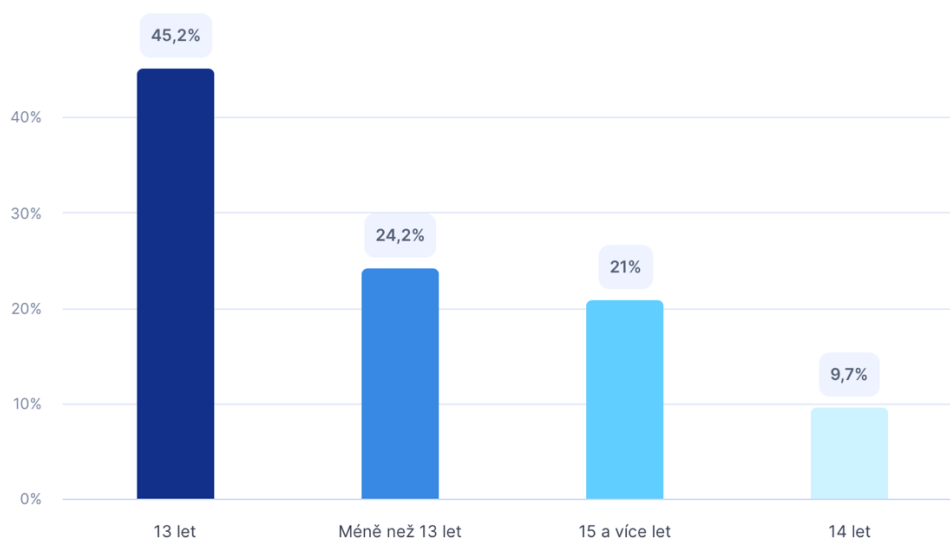
Otázka č. 2: Kolik Vám je let?



Graf č. 5: Věk respondentů

Graf č. 5 ukazuje, že nejčetnější věk respondentů byla skupina ve věku 20-25 let (73 %), druhá nejčetnější skupina byla ve věku 25-35 let (15 %).

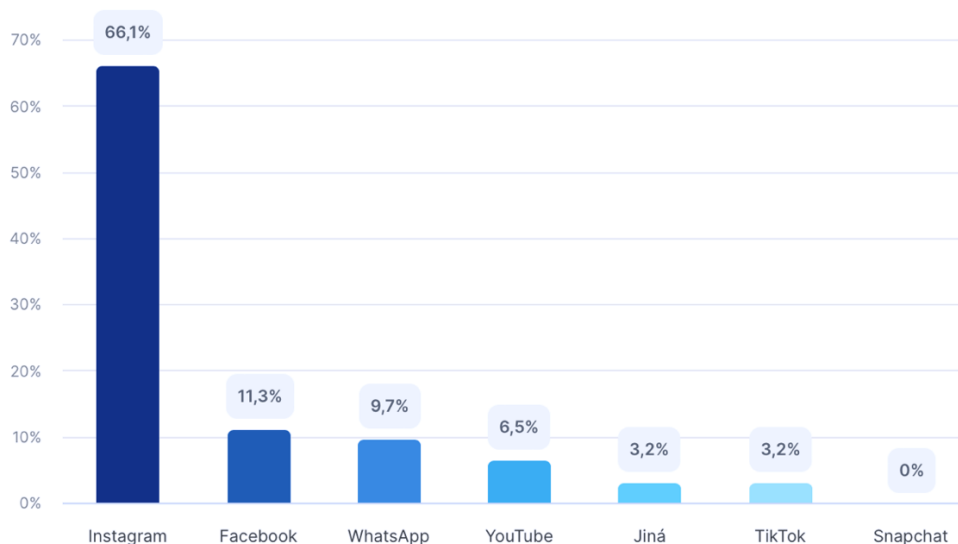
Otázka č. 3: Od kolika let máte svůj profil na nějaké sociální síti?



Graf č. 6: Stáří založení prvního profilu na sociální síti

Graf č. 6 ukazuje, že 45 % jednotlivců si založilo svůj první profil na sociální síti ve věku 13 let, 24 % si jej založilo v méně než 13 letech, 21 % ve věku 15 (či více) let a 10 % ve 14 letech.

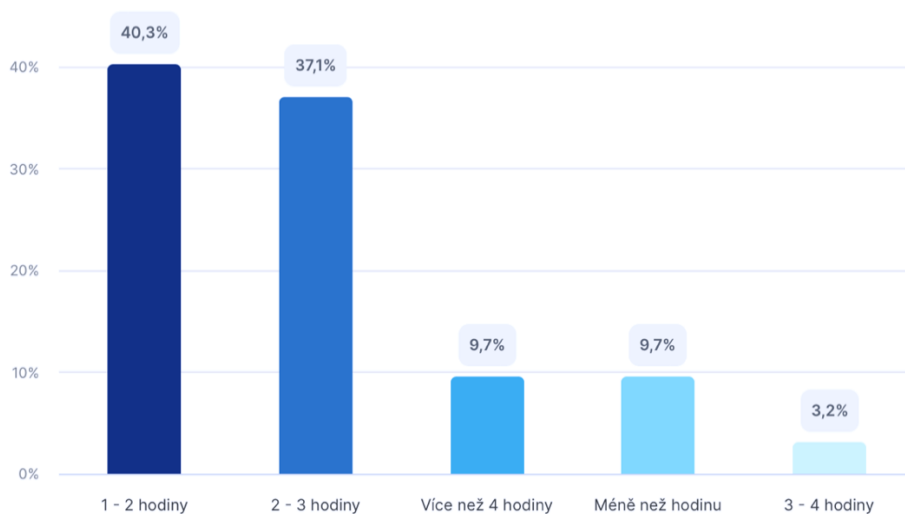
Otázka č. 4: Jakou sociální síť nejvíce používáte?



Graf č. 7: Nejvíce používané sociální sítě

Graf č. 7 vyobrazuje, že 66 % respondentů nejčastěji využívá sociální síť Instagram, druhou nejvíce používanou sítí byl v 11 % Facebook.

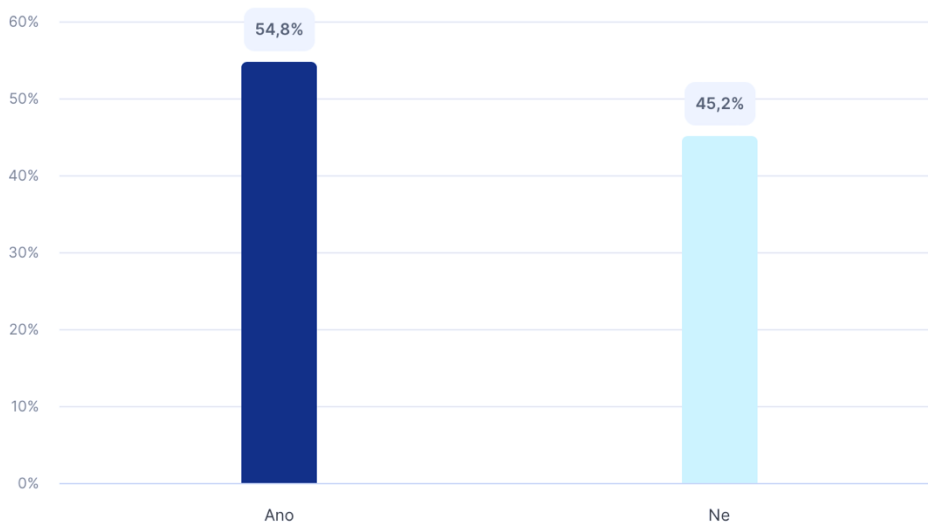
Otázka č. 5: Kolik hodin denně průměrně strávíte na sociálních sítích?



Graf č. 8: Průměrný počet strávených hodin na sociálních sítích

Z grafu č. 8 vyplývá, že 40 % dotazujících tráví průměrně 1-2 hodiny denně na sociálních sítích, celkem 37 % tráví na sociálních sítích 3-4 hodiny denně.

Otázka č. 6: Jste spokojen/á s tím, jak momentálně vypadáte?



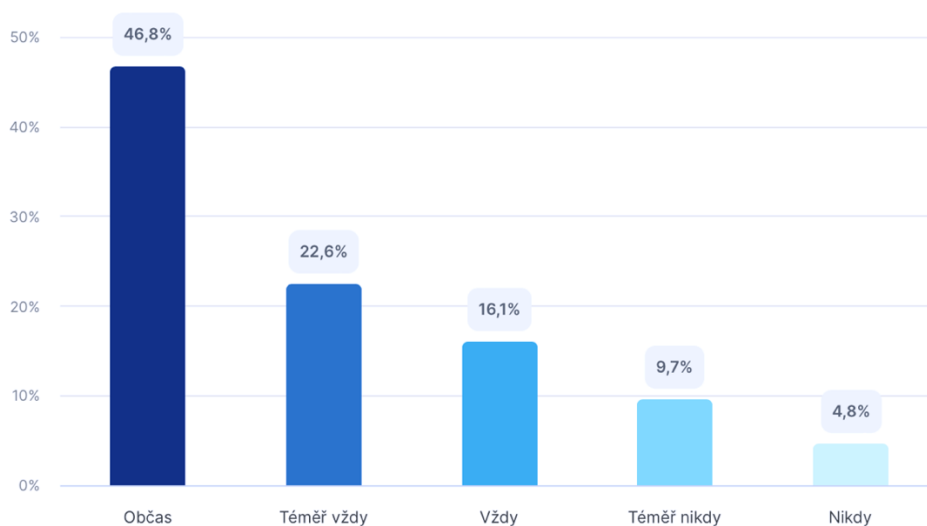
Graf č. 9: Spokojenost s vlastním tělem

Graf č. 9 vyobrazuje, že 55 % dotazovaných je spokojeným s vlastním vzhledem, zatímco 45 % spokojených není.

Otázka č. 7: Co jste vyzkoušeli na doporučení ze sociálních sítí?

Tato otázka byla otevřeného charakteru. Nejčastější odpovědi byly recepty, diety a posilovací cviky.

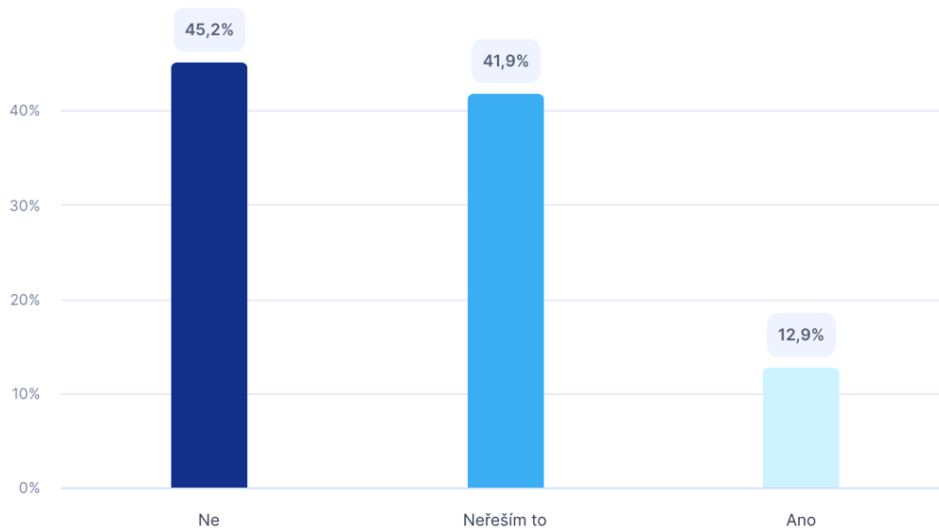
Otázka č. 8: Dohledáváš si informace k tipům a radám ze sociálních sítí?



Graf č. 10: Dohledávání informací k tipům či radám na sociálních sítích

Graf č. 10 ukazuje, že 47 % dotázaných si informace dohledává občas, celkem 39 % si informace vždy nebo téměř vždy dohledává a 15 % si téměř nikdy nebo nikdy informace nedohledává.

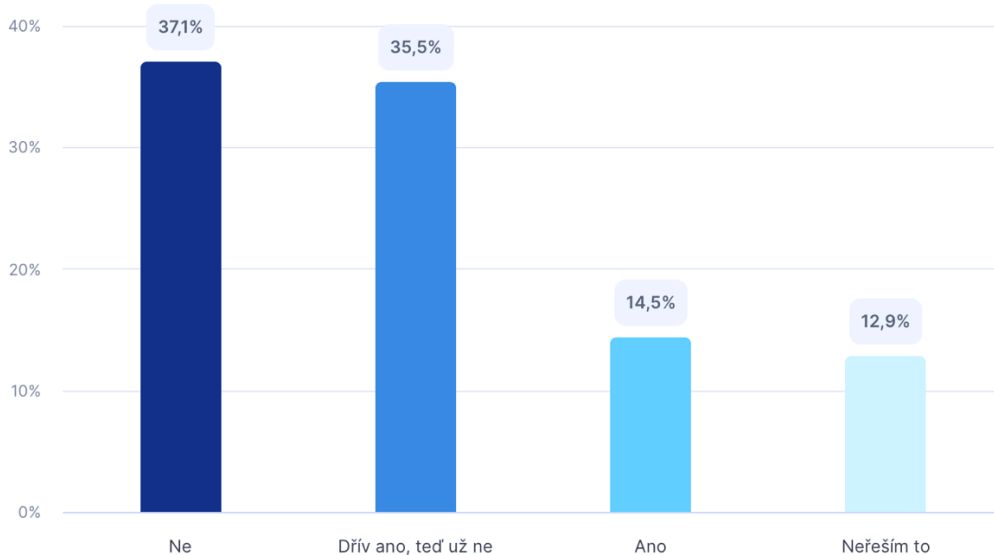
Otázka č. 9: Líbí se Vám ideál krásy prezentovaný v médiích?



Graf č. 11: Záliba ideálu krásy prezentovaných v médiích

Z grafu č. 11 je patrné, že 87 % respondentům se buď nelíbí ideál krásy prezentovaný v médiích, nebo to neřeší. Celkem 13 % z dotazovaných se ideál krásy prezentovaný v médiích líbí.

Otázka č. 10: Snažíte se dosáhnout stejné postavy jako je prezentovaná v médiích?



Graf č. 10: Snaha dosáhnout stejné postavy jako je prezentovaná v médiích

Z grafu č. 10 vyplývá, že 36 % se v minulosti snažilo dosáhnout stejné postavy, jako je prezentovaná v médiích a 15 % se aktuálně snaží dosáhnout stejné postavy, jež je v médiích.

Otázka č. 11: Myslíte si, že máte normální váhu vzhledem k věku a výšce?

Celkem 66 % dotazovaných odpovědělo, že mají standartní hmotnost. Zbýlých 34 % si myslí, že nemají ideální hmotnost vzhledem k výšce a váze, přičemž 9 % z nich (dle BMI indexu) opravdu ideální hmotnost nemají.

Otázka č. 12: Máte tendenci přizpůsobovat svůj vzhled a postavu na základě vlivu a aktuálním trendům na sociálních sítích či v médiích?

Dohromady 24 % respondentů má tendenci se přizpůsobovat aktuálním trendům týkajících se vzhledu a postavy.

Otázka č. 13: Proč máte tendenci se přizpůsobovat?

Otázka se týkala toho procenta respondentů, kteří odpověděli, že mají tendenci se přizpůsobovat. Nejčastější odpovědí byla společnost. Většina chce odpovídat dnešním standardům, aby zapadli do kolektivu. Druhou nejčastější odpovědí byly sociální sítě. V rámci příspěvků na sociálních sítích se necítí dobře a chtějí vypadat stejně.

Otázka č. 14: Máte nějaký vzor z internetu (myslím postavou), ke kterému byste se chtěli přiblížit?

Z odpovědí vyplývá, že 34 % dotázaných má internetový vzor ke kterému by se chtěli přiblížit.

Otázka č. 15: Myslíte si, že fotky různých postav na internetu bývají reálné nebo zkreslené: Proč?

Drtivá většina, celých 98 % si myslí, že fotky jsou zkreslené. 76 % dotázaných si myslí, že důvodem je větší ocenění ze strany současné společnosti, které chtějí získat. Zbýlá část si myslí, že se chtějí přizpůsobit aktuálním ideálům krásy nebo chtějí více sledujících.

Otázka č. 16: Myslíte si, že vnímání sebe sama (své postavy) je ovlivněno sociálními sítěmi? A proč?

Většina si myslí (88 %), že ano. Nejčastější odpovědí je ideál krásy, kterému se chtějí jednotlivci přizpůsobit z důvodu zařazení do společnosti. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že většina lidí se nemá rádo a nemá sebevědomí, tudíž vnímání sebe sama je zkreslené a denní aktivita na sociálních sítích nepomáhá, jelikož se na internetu většinou prezentují jen „hezké“ věci, tedy i hezké postavy.

Otázka č. 17: Jste nebo byl/a jste ovlivněn/a sociálními sítěmi?

Celkem 68 % odpovědělo, že byli nebo jsou. Zbýlých 32 % zakliklo „Ne“.

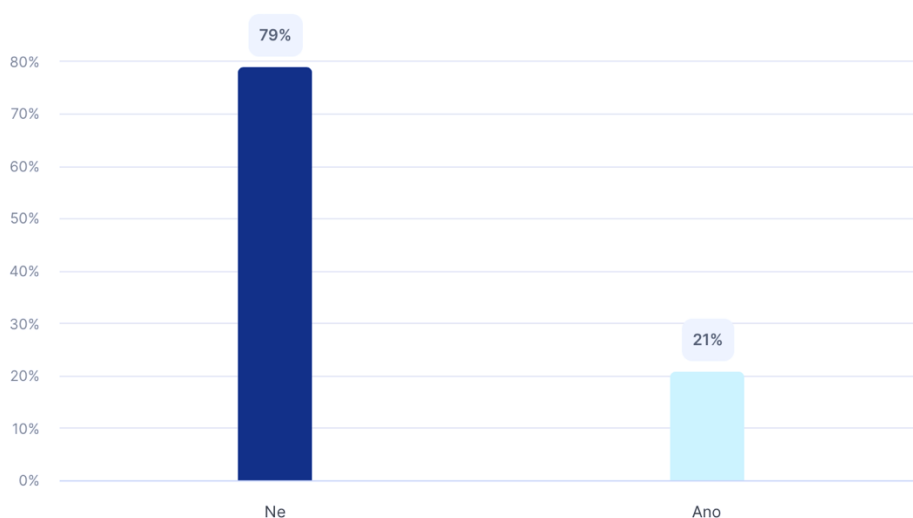
Otázka č. 18: Držel/a jste dietu v posledním roce?

21 % jedinců odpovědělo, že ano.

Otázka č. 19: Jaký máte postoj k jídlu?

Několik respondentů odpovědělo (21 %), že nemají úplně dobrý vztah k jídlu. Jeden z nejčastějších důvodů byl špatný pocit, že lidé na internetu mají skvělý život, mohou sníst co chtějí a jsou stále dokonalí. Druhý nejčastější důvod byl, že se cítí obézní a neatraktivní.

Otázka č. 20: Trpíte nebo trpěl/a jste někdy v minulosti nějakou poruchou příjmu potravy?



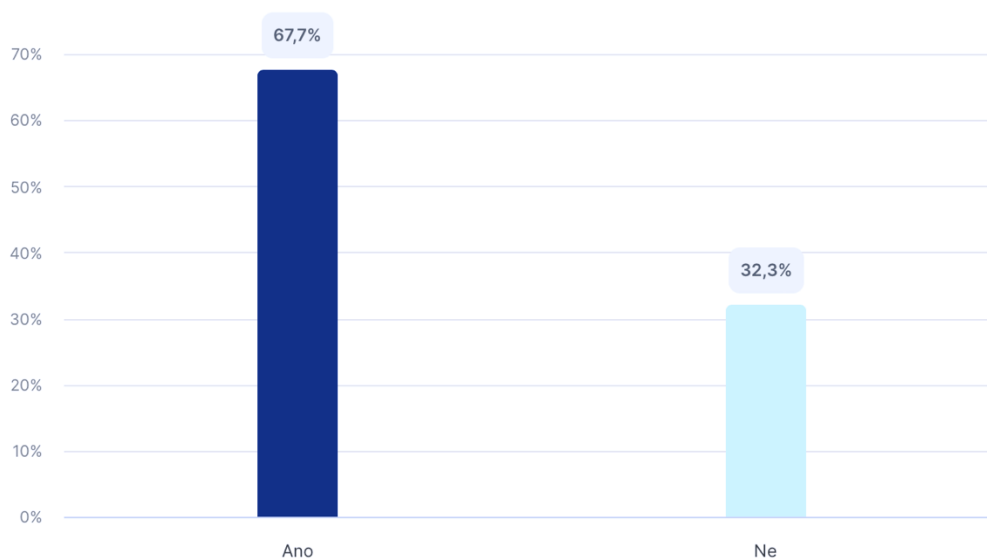
Graf č. 11: Prevalence výskytu poruch příjmu potravy respondentů nyní a v minulosti

Z grafu č. 11 je patrné, že 21 % dotázaných zažívá či zažívalo některou z poruch příjmu potravy.

Otázka č. 21: Pokud ano, kde to začalo?

Jak je již zmíněno v otázce č. 20, celkem 24 % respondentů zažívá či zažívalo některou z poruch příjmu potravy. Má otázka zněla, kde to začalo? Co byl spouštěč onemocnění? Nejčastější odpověď byla rodina a školní prostředí. Co se týče rodiny, spouštěčem byly narážky na váhu jedince typu: „Nepřibrala jsi?“, „To toho sníš tolik?“. Ve školním prostředí zase stres ze školy, známek a okolí.

Otázka č. 22: Znáte někoho v okolí, kdo trpí či trpěl poruchou příjmu potravy?



Graf č. 12: Prevalence výskytu poruch příjmu potravy v okolí respondentů

Z grafu č. 12 můžeme pozorovat, že necelých 68 % dotázaných zná někoho, kdo zažíval či zažívá některou z poruch příjmu potravy.

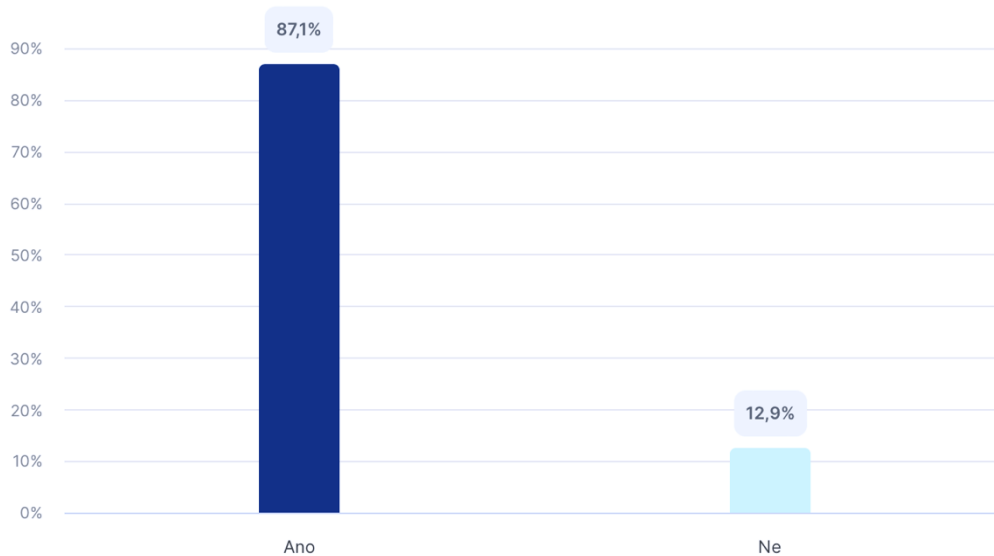
Otázka č. 23: Pokud ano, co si myslíte, že byl spouštěč?

Z již zmíněné otázky č. 22, téměř 68 % respondentů zná někoho, kdo trpí či trpěl poruchou příjmu potravy. Přičemž nejčastějším důvodem byl (dle jejich názoru) stres, sociální síť rodina a poznámky okolí na jejich zevnějšek.

Otázka č. 24: Co má podle Vás největší vliv na vznik poruch příjmu potravy?

Celkem 40 % dotazovaných uvedlo, že největší vliv má okolí a rodina, 35 % sociální síť a 25 % nedostatečné sebevědomí.

Otázka č. 25: Myslíte si, že se zvýšil výskyt poruch příjmu potravy od dob začátků sociálních sítí?



Graf č. 13: Názor respondentů na sociální sítě a výskyt poruch příjmu potravy

Celých 87 % dotázaných si myslí, že se skutečně zvýšil výskyt poruch příjmu potravy od dob začátků sociálních sítí.

Vyhodnocení průzkumu:

Výsledky průzkumu mě opravdu velice překvapily. Poruchy příjmu potravy jsou mezi veřejností mnohem rozšířenější, než jsem si myslela. Celkem 22 respondentů zažilo či zažívá poruchu příjmu potravy, přičemž 69 dotázaných zná někoho, kdo trpěl či trpí tímto onemocněním. 22 jednotlivců nemá ideální vztah ke stravě (předpokládám, že jsou to ti, kteří zažili či zažívají poruchu příjmu potravy). Téměř polovina však není spokojená s vlastním tělem a polovina se snažila dosáhnout (či stále snaží) postavy prezentované v médiích. Celkem 69 přiznalo, že byli (či stále jsou) ovlivněni sociálními sítěmi. Drtivá většina (90 dotázaných) souhlasí s tím, že vnímání sebe sama je ovlivněno sociálními sítěmi, nejčastěji z důvodu zařazení do společnosti či z důvodu nízkého sebevědomí. 36 lidí uvedlo, že spouštěčem poruchy příjmu potravy (v jeho okolí) byli sociální sítě. Většina respondentů (89) vyjádřila souhlas s tvrzením, že od dob začátků sociálních sítí se zvýšil výskyt poruch příjmu potravy. Dle průzkumu mohou být digitální média skutečně spolupříčinou vzniku těchto onemocnění.

4 Závěr

Jedním z cílů této práce bylo zpracování uceleného přehledu, který se týkal poruch příjmu potravy. Práce se zaměřila na popis jednotlivých poruch příjmu potravy, na jejich příčiny, způsoby léčby a zdravotní komplikace včetně výživových doporučení u vybraných poruch příjmu potravy. Také zde byly rozebrány nové poruchy příjmu potravy, které nejsou stále formálně uznávané, nicméně se v současné společnosti objevují čím dál tím častěji. Druhým cílem bylo zhodnocení masových médií, které mělo za úkol zjištění, zda a případně jakou měrou, se masmédia podílí na spolupříčině vzniku poruch příjmu potravy.

V této práci byly především rozebrány sociální sítě, které jsou v současné době jedním z nejvyužívanějších nástrojů ke komunikaci a předávání informací. V práci byly rozebrány tři nejvíce využívané sociální sítě současnosti – Facebook, Instagram a TikTok. U každé z těchto sociálních sítí byla prezentována případová studie, která dokazovala negativní dopad na jedince, jenž vedl ke vzniku poruchy příjmu potravy. Hypotéza je tudíž potvrzena. Masmédia se mohou významnou měrou podílet na vzniku poruch příjmu potravy.

V rámci kapitoly „Vliv digitálních médií na současnou společnost“ byl interpretován průzkum veřejností, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Primárním cílem dotazníku bylo zjištění, zda mohou mít digitální média spolupříčinu na jejich vzniku. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že digitální média mohou mít skutečně vliv na spolupříčinu vzniku poruch příjmu potravy.

Na základě této práce lze konstatovat, že se masová média skutečně podílí na vzniku poruch příjmu potravy významnou měrou. V budoucnosti by bylo vhodné, aby docházelo k větší kontrole obsahu, který nám předávají masmédia. Dále by byla vhodná edukace, zejména mladých lidí, ohledně nepravdivé prezentace, která probíhá na sociálních sítích.

5 Literatura

- Agras WS, Apple RF. 2008. *Overcoming Your Eating Disorder: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder: Guided Self-Help Workbook*. Oxford University Press, New York.
- Almalki S, Alghamdi R, Sami G, Wajdi A. 2021. Social Media Security and Attacks. *International Journal of Computer Science and Network Security* **21**:174–183.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- Anastasiades E, Argyrides M. 2022. Healthy orthorexia vs orthorexia nervosa: associations with body appreciation, functionality appreciation, intuitive eating and embodiment. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* **8**:3197–3206.
- Blinka L. 2015. *Online závislosti: jednání jako droga? : online hry, sex a sociální sítě: diagnostika závislosti na internetu: prevence a léčba*. Grada, Praha.
- Boerman SC. 2020. The effects of the standardized instagram disclosure for micro – and meso-influencers. *Computers in Human Behavior* **103**:199-207.
- Castelao-Naval O, Blanco-Fernandez A, Meseguer-Barros CM, Thuissard-Vasallo IJ, Cerda B, Larrosa M. 2019. Life style and risk of atypical eating disorders in university students: Reality versus perception. *Enfermeria Clinica* **29**:280-290.
- Castillo M, Weiselberg E. 2017. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* **47**:85-94.
- Cudo A, Toroj M, Orzechowski J, Misiuro T. 2022. The Relationship between Facebook Intrusion and Self-Control Dimensions among Facebook Users. *Journal of Media Psychology-Theories* **34**:277-286.
- Dajon M, Sudres J-L. 2022. Orthorexie et troubles des conduites alimentaires : spécificité d'un profil ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **180**:621-629.
- Fawcett EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. 2016. A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **133**:277-283.
- Jiráček J, Köpplová B. 2015. *Masová média: 2., přepracované vydání*. Portál, Praha.
- Keel PK. 2019. Purging disorder: Recent Advances and Future Challenges. *Curr Opin Psychiatry* **32**:518-524.

- Kohout P. 2018. Nutriční poradenství. Pages 160-172 in Papežová et al., editor. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Mladá fronta, Praha.
- Koven NS, Abry AW. 2015. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* **11**:385-394.
- Krch FD. 2007. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi* **4**:420–422.
- Krch FD. 2005. Poruchy příjmu potravy: 2. aktualizované a doplněné vydání. Grada, Praha.
- Krch FD. 2008. Bulimie: jak bojovat s přejídáním: 3. doplněné a přepracované vydání. Grada, Praha.
- Kumar V, Nanda P. 2019. Social media to social media analytics: Ethical challenges. *International Journal of Technoethics* **10**:57-70.
- Laghi F, Pompili S, Bianchi D, Lonigro A, Baiocco R. 2020. Psychological characteristics and eating attitudes in adolescents with drunkorexia behavior: an exploratory study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity* **25**:709-718.
- Lock J, Le Grange D. 2012. Treatment manual for Anorexia nervosa: A family-based approach: Second Edition. Guilford Publications, United states.
- McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. 2018. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences* **1411**:96-105.
- McGregor R. 2017. Ortorexie: posedlost zdravou stravou. Dobrovský Knihy Omega, Praha.
- Moskowitz L, Weiselberg E. 2017. Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* **47**:70-84.
- Ogden J. 2010. The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior: 2nd edition. Wiley-Blackwell, United Kingdom.
- Papežová H. 2000. Anorexia Nervosa. Psychiatrické centrum Praha, Praha.
- Papežová H. 2010. Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup. Grada Publishing, Praha.
- Papežová H. 2018. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Mladá fronta, Praha.
- Papežová H. 2021. Poruchy příjmu potravy a výživa v psychiatrii. Pages 807-814 in Kohout P, Havel E, Matějovič M, Šenkyřík M, editors. *Klinická výživa*. Galén, Praha.
- Pompili S, Laghi F. 2020. Drunkorexia: Disordered eating behaviors and risky alcohol consumption among adolescents. *Journal of Health Psychology* **25**:2222-2232.

- Procházková L, Sladká Ševčíková J. 2017. Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat. Pasparta Publishing, Praha.
- Raboch J, Pavlovský P, Janotová D. 2012. Psychiatrie – Minimum pro praxi: 5. vydání. Triton, Praha.
- Rajput N, Kumar K, Moudgil K. 2020. Pica an eating disorder: An overview. Pharmacophore **11**:11-14.
- Rokyta R. 2015. Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi. Grada Publishing, Praha.
- Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. 2021. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry **8**:320-328.
- Schouten AP, Janssen L, Verspaget M. 2020. Celebrity vs. Influencer endorsements in advertising: the role of identification, credibility, and Product-Endorser fit. International Journal of Advertising **39**:258-281.
- Shekarriz Z, Jokar A, Yousefi SS. 2021. Pica: Treatment with Punica Granatum extract. Phytotherapy Ressearch **35**:4629-4631.
- Spitzer M. 2014. Digitální demence: Jak připravujeme sami sebe o naše děti o rozum. Host, Brno.
- Spitzer M. 2016. Kybernemoc! Host, Brno.
- Tang L, Omar SZ, Bolong J, Zawawi JWM. 2021. Influence Of Tiktok Usage Toward Positive Emotion And Relationship. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences **110**:271-280.
- Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. 2020. Eating disorders. Lancet **395**:899-911.
- Udo T, Grilo CM. 2019. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. International Journal of Eating Disorders **52**:42-50.

Internetové zdroje

- Czech News Center. 2023. Blesk pro ženy.cz. Available from <https://prozeny.blesk.cz> (accessed March 2023).
- Facebook. 2023. Facebook. Available from <https://www.facebook.com> (accessed March 2023).
- Forsapi s.r.o. 2023. Nutriservis. Available from <https://www.nutriservis.cz> (accessed March 2023).
- Instagram. 2023. Instagram. Available from <https://www.instagram.com> (accessed March 2023).
- Institut moderní výživy. 2021. Potravinářská inspekce varuje: káva Valentus škodí zdraví!
Institut moderní výživy. Available from <https://www.institutmodernivyzyvy.cz/kava-na-hubnuti-shrnuti/> (accessed March 2023).
- Kulhánek J, Papežová H. 2014. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. Idealni.cz. Available from <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/> (accessed March 2023).
- Papežová H, Kulhánek J, Stárková L. 2018. Poruchy příjmu potravy v Čechách. Medialogy, Univerzita Karlova. Available from <https://www.lf1.cuni.cz/poruchy-prijmu-potravy-v-cechach> (accessed March 2023).
- Roncero M, Barrada JR, Garcia-Soriano G, Guillen V. 2021. Personality Profile in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia. *Frontiers in Psychology* **12**(710604) DOI: 10.3389/fpsyg.2021.710604.
- Simons RM, Hansen JM, Simons JS, Hovrud L, Hahn AM. 2021. Drunkorexia: Normative behavior or gateway to alcohol and eating pathology? *Addictive Behaviors* **112**(106577) DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106577
- Survio. 2023. Survio. Available from <https://www.survio.com> (accessed March 2023).
- Státní zemědělská a potravinářská inspekce. 2020. Potravinářská inspekce varuje před doplňkem stravy škodlivým pro lidské zdraví. Státní zemědělská a potravinářská inspekce. Available from <https://www.szpi.gov.cz/clanek/potravinarska-inspekce-varuje-pred-doplnekem-stravy-skodlivym-pro-lidske-zdravi.aspx> (accessed March 2023).
- TikTok. 2023. TikTok. Available from <https://www.tiktok.com> (accessed March 2023).
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2018. Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Available from https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf (accessed March 2023).

Vodák J, Novyzedlák M, Čakanová L, Pekár M. 2019. Who is Influencer and How to Choose the Right One to Improve Brand Reputation? *Managing Global Transitions* 17(2) DOI: 10.26493/1854-6935.17.149-162

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí/Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2023. F50-F59 - Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Available from <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.9> (accessed March 2023).

6 Seznam použitých zkratek a symbolů

- 1 MKN-10 10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí
- 2 BMI Body mass index

7 Samostatné přílohy

Příloha č. 1: Kazuistika slečny, která trpěla diagnózou mentální anorexie

KAZUISTIKA

Klient: anonymní

Pohlaví: žena

Roky: 24

Výška: 1,73 m

Hmotnost: 58 kg

Osobní a rodinná anamnéza:

OSOBNÍ:

→ DŘÍVĚJŠÍ:
Mentální anorexie
Snížená funkce štítné žlázy

→ NÝNĚJŠÍ:

X

RODINNÁ:

→ Dědeček rakovina tlustého střeva, kardiostimulátor
→ Babička diabetes melitus II. typu
→ Matka snížená funkce štítné žlázy

Sociální anamnéza:

→ Student
→ Silové tréninky ob den, 6x týdně běh
→ Vaří si sám, nemá jídelníček, snaží se dodržovat základy zdravé výživy
→ Klient bydlí s rodiči

Nutriční anamnéza:

→ 3x denně se pravidelně stravuje
→ Klienta nejí maso
→ Nemá ráda vařené brambory
→ SUPLEMENTACE: Vitaminy skupiny B, vitamin D3, vitamin C, Omega-3 a Omega-6, Se, Zn, I,

Alergie:

Pyly trav, prach (roztoč)

Příloha č. 2: Propoččet jídelníčku slečny s diagnózou mentální anorexie v Nutriservisu

PONDĚLÍ							
Množství	Jednotka	Název	Energie (kcal)	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Snídaně	-	-	-	-	-	-	-
Přesnídávka	-	-	-	-	-	-	-
Oběd							
100	g	Rýže	349	1461	6,9	0,7	79,2
3	g	Skořice	7,8	32,61	0,12	0,07	2,39
60	g	Jablko	34,2	145,8	0,2	0,35	6,84
Celkem			391	1639,41	7,22	1,12	88,43
Svačina	-	-	-	-	-	-	-
Večeře	-	-	-	-	-	-	-
DENNÍ SOUČET			391	1639,41	7,22	1,12	88,42
Poměr energie			100 %	100 %	7 %	3 %	90 %

ÚTERÝ							
Množství	Jednotka	Název	Energie (kcal)	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Snídaně	-	-	-	-	-	-	-
Přesnídávka	-	-	-	-	-	-	-
Oběd							
100	g	Tvaroh nízkotučný	272,5	1150	43,25	7,75	7,25
3	g	Nektarinky	33,6	140	0,77	0,21	7,7
60	g	Piškoty dětské	39,2	166	1,1	0,49	7,68
Celkem			345,3	1456	45,12	8,45	22,63
Svačina	-	-	-	-	-	-	-
Večeře	-	-	-	-	-	-	-
DENNÍ SOUČET			345,3	1456	45,12	8,45	22,63
Poměr energie			100 %	100 %	53 %	22 %	25 %

STŘEDA							
Množství	Jednotka	Název	Energie (kcal)	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Snídaně	-	-	-	-	-	-	-
Přesnídávka	-	-	-	-	-	-	-
Oběd							
150	ml	Jogurt bílý	112,5	469,5	7,05	5,7	8,55
10	g	Ovesné vločky	36,8	155	1,35	0,7	5,87
70	g	Nektarinky	33,6	140	0,77	0,21	7,7
Celkem			182,9	764,5	9,17	6,61	22,12
Svačina	-	-	-	-	-	-	-
Večeře	-	-	-	-	-	-	-
DENNÍ SOUČET			182,9	764,5	9,17	6,61	22,12
Poměr energie			100 %	100 %	20 %	33 %	47 %

ČTVRTEK							
Množství	Jednotka	Název	Energie (kcal)	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Snídaně							
250	g	Tvaroh nízkotučný	272,5	1150	43,25	7,75	7,25
70	g	Nektarinky	33,6	140	0,77	0,21	7,7
10	g	Piškoty dětské	39,2	166	1,1	0,49	7,68
CELKEM			345,3	1456	45,12	8,45	22,63
Přesnídávka	-	-	-	-	-	-	-
Oběd							
100	g	Rýže	349	1461	6,9	0,7	79,2
3	g	Skořice	7,8	32,61	0,12	0,07	2,39
60	g	Jablko	34,2	145,8	0,2	0,35	6,84
CELKEM			391	1639,41	7,22	1,12	88,43
Svačina	-	-	-	-	-	-	-
Večeře	-	-	-	-	-	-	-
DENNÍ SOUČET			736,3	3095,41	52,34	9,57	111,06
Poměr energie			100 %	100 %	29 %	12 %	59 %

PÁTEK							
Množství	Jednotka	Název	Energie (kcal)	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Snídaně	-	-	-	-	-	-	-
Přesnídávka	-	-	-	-	-	-	-
Oběd	-	-	-	-	-	-	-
Celkem	-	-	-	-	-	-	-
Svačina	-	-	-	-	-	-	-
Večeře	-	-	-	-	-	-	-
DENNÍ SOUČET			-	-	-	-	-
Poměr energie			-	-	-	-	-

SOBOTA							
Množství	Jednotka	Název	Energie (kcal)	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Snídaně	-	-	-	-	-	-	-
Přesnídávka	-	-	-	-	-	-	-
Oběd							
250	g	Tvaroh nízkotučný	272,5	1150	43,25	7,75	7,25
70	g	Nektarinky	33,6	140	0,77	0,21	7,7
10	g	Piškoty dětské	39,2	166	1,1	0,49	7,68
CELKEM			345,3	1456	45,12	8,45	22,63
Svačina	-	-	-	-	-	-	-
Večeře	-	-	-	-	-	-	-
DENNÍ SOUČET			345,3	1456	45,12	8,45	22,63
Poměr energie			100 %	100 %	53 %	22 %	25 %

NEDELE							
Množství	Jednotka	Název	Energie (kcal)	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Snídaně	-	-	-	-	-	-	-
Přesnídávka	-	-	-	-	-	-	-
Oběd							
100	g	Rýže	349	1461	6,9	0,7	79,2
3	g	Skořice	7,8	32,61	0,12	0,07	2,39
60	g	Jablko	34,2	145,8	0,2	0,35	6,84
CELKEM			391	1639,41	7,22	1,12	88,43
Svačina	-	-	-	-	-	-	-
Večeře	-	-	-	-	-	-	-
DENNÍ SOUČET			391	1639,41	7,22	1,12	88,43
Poměr energie			100 %	100 %	7 %	3 %	90 %

Příloha č. 3: Propočet postupného jednodenního jídelníčku v Nutriservisu

Jednodenní postupný							
Množství	Jednotka	Název	Energie (kcal)	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Přesnídávka							
90	g	Banán	83,7	351	1,04	0,16	18
Celkem			83,7	351	1,04	0,16	18
Oběd							
50	g	Těstoviny semolinové	174	727	6,25	0	33,6
10	g	Olej olivový	90	370	0	10	0
30	g	Rajče	5,7	24,3	0,29	0,06	0,78
30	g	Paprika	7,8	32,7	0,32	0,07	0,87
20	g	Okurka	2,6	11	0,12	0,04	0,36
CELKEM			280,1	1165	6,98	10,17	35,61
Svačina							
10	g	Ořechy vlašské	66,4	274	1,63	6,12	1,74
150	g	Jogurt bílý	55,5	235,5	6,6	0,15	7,35
CELKEM			121,9	509,5	8,23	6,27	9,09
Večeře							
50	g	Žitný chléb	115	487	3,35	0,5	22,9
10	g	Máslo	75,3	309,5	0,06	8,3	0,08
17	g	Eidam 30 %	44,71	187	5,15	2,58	0,24
CELKEM			235,01	983,5	8,56	11,38	23,22
Snídaně							
150	g	Jogurt bílý	55,5	235,5	6,6	0,15	7,35
160	g	Jablko	91,2	388,8	0,54	0,93	18,24
CELKEM			146,7	624,3	7,14	1,08	25,59
DENNÍ SOUČET			867,41	3633,3	31,95	29,06	111,51
Poměr energie			100 %	100 %	15 %	30 %	55 %

Příloha č. 4: Propočet jednodenního jídelníčku po ukončení léčby mentální anorexie v Nutriservisu

Ideální jednodenní							
Množství	Jednotka	Název	Energie (kcal)	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Snídaně							
100	g	Ovesná kaše	361	1512	13,1	6,9	68,1
90	g	Banán	83,7	351	1,04	0,16	18
20	g	Arašídové máslo	123,6	514	6,16	9,56	4,2
CELKEM			568,3	2377	20,3	16,62	90,3
Přesnídávka							
450	ml	Kefir meruňkový	289,8	1204,2	12,6	4,05	49,95
120	g	Hroznové víno	85,2	357,6	0,82	0,34	18,24
CELKEM			375	1561,8	13,42	4,39	68,19
Oběd							
100	g	Těstoviny semolinové	348	1454	12,5	0	67,2
50	g	Rajče	9,5	40,5	0,48	0,11	1,3
50	g	Paprika	13	54,5	0,54	0,12	1,46
20	g	Okurka	2,6	11	0,12	0,04	0,36
20	g	Olivový olej	180	740	0	20	0
CELKEM			553,1	2300	13,64	20,27	70,32
Svačina							
140	ml	Skyr natur 0 % tuku	85,4	362,6	16,8	0,14	4,2
35	g	Vlašský ořech	235,9	975,1	5,95	21,88	3,71
50	g	Med	163	681	0,2	0	41,2
CELKEM			484,3	2018,7	22,95	22,02	49,11
Večeře							
110	g	Žitný chléb	253	1071,4	7,37	1,1	50,38
20	g	Máslo	150,6	619	0,12	16,6	0,16
34	g	Sýr Eidam, 30 %	90,1	375,7	9,83	5,44	0,44
CELKEM			493,7	2066,1	17,32	23,14	50,98
DENNÍ SOUČET			2474,4	10323,6	87,63	86,44	328,9
Poměr energie			-	100 %	14 %	32 %	54 %