

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Experimentování s jídelním chováním v adolescenci

Bakalářská práce

Autor: Hana Kuřová
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce: PhDr. Josef Kasal, MBA, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Hana Kuřová
Studium:	P16K0312
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Experimentování s jídelním chováním v adolescenci
Název bakalářské práce AJ:	Experimenting with eating behavior in adolescence

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce mapuje faktory jídelního chování v rané až střední adolescenci. Charakterizuje vývojové zvláštnosti v adolescenci. Blíže specifikuje etologické faktory lidského potravního chování, rizikové a protektivní faktory poruch příjmu potravy v adolescenci, včetně dětské obezity. Výzkumná část bakalářské práce zjišťuje charakteristické znaky jídelního chování a postoje k jídlu u adolescentů.

BĚLÍK, Václav, Stanislava HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. Slovník sociální patologie. Praha: Grada, 2017. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1. FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Praha: Karolinum, 2003. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1. FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7. FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. Dítě s nadváhou a jeho problémy. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0797-9. NEVORAL, Jiří. Výživa v dětském věku. Jinočany: H & H, 2003. ISBN 80-86022-93-5. PAŘÍZKOVÁ, Jana a Lidka LISÁ. Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-246-1427-4.

Garantující pracoviště:	Ústav sociálních studií, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Josef Kasal, MBA, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	22.1.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Experimentování s jídelním chováním v adolescenci vypracovala pod vedením vedoucího závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 17. listopadu 2021

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, ochotu a odborné rady. Také děkuji všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a vyplnili dotazníky pro druhou část této práce.

Anotace

Kuřová, Hana. Experimentování s jídelním chováním v adolescenci. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 71 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce charakterizuje vývojové zvláštnosti v adolescenci. Blíže specifikuje etologické faktory lidského potravního chování, rizikové a protektivní faktory poruch příjmu potravy v adolescenci, včetně dětské obezity. Výzkumná část bakalářské práce zjišťuje charakteristické znaky jídelního chování a postoje k jídlu u adolescentů.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Část teoretická se zabývá shrnutím informací o poruchách příjmu potravy, alternativními způsoby výživy a o obezitě. V práci jsou dále charakterizovány a specifikovány projevy, příčiny a další problematika nemocí spojených s výživou. Praktická část se zabývá výsledky výzkumu na postoje veřejnosti. Výzkumným nástrojem bude dotazník.

Klíčová slova: adolescence, obezita, poruchy příjmu potravy

Annotation

Kuřová, Hana. Experimentování s jídelním chováním v adolescenci. Hradec Králové: Faculty of Education University of Hradec Králové, 2021. 71 pp. Diploma Thesis.

The bachelor thesis maps factors of eating behavior in early to middle adolescence. Characterizes developmental traits in adolescence. Specifies the ethological factors of human food behavior, risk and protective factors of adolescence eating disorders, including childhood obesity. The research part of the bachelor thesis finds out characteristic features of eating behavior and attitude to eat in adolescents.

The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with a summary of information about eating disorders, nutrition and alternative way of feeding and about obesity. The thesis further characterized and specified symptoms, causes and problems of diseases related to nutrition. The practical part deals with the results of research on public attitudes. The research tool is a questionnaire.

Keywords: adolescence, eating disorders, obesity

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 17. 11. 2021

Podpis studenta:

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	10
ÚVOD	11
1 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ PŘÍSTUP K PORUCHÁM PŘÍJMU	
POTRAVY	13
1.1 Vývojové zvláštnosti v adolescenci	13
1.2 Adolescentní deprese	14
1.3 Sebepoškozování v adolescenci	20
2 POTRAVNÍ CHOVÁNÍ A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	25
2.1 Potravní chování	25
2.2 Jídelní chování	26
2.3 Klasifikace a diagnostická kritéria PPP	27
3 RIZIKOVÉ FAKTORY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A OBEZITY	37
3.1 Rizikové faktory poruch příjmu potravy a obezity	37
3.2 Psychosociální vývojové faktory	38
3.3 Důsledky poruch příjmu potravy a obezity	41
3.4 Protektivní faktory a možnosti prevence	42
4 EXPERIMENTOVÁNÍ S JÍDELNÍM CHOVÁNÍM U ŽÁKŮ ZŠ	
PARDUBICE	45
4.1 Výzkumný cíl a hypotézy	45
4.2 Výzkumný soubor a procedura	46
4.3 Popis použitých výzkumných metod	47
4.4 Výsledky a diskuse	48
4.4.1 BMI jako rizikový faktor PPP	48
4.4.2 Výskyt experimentu s jídelním chováním u souboru adolescentů	49
4.4.3 Vztah deprese a experimentu s jídelním chováním	53
4.4.4 Souhrn	55
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	64
PŘÍLOHY	65
PŘÍLOHA A: CDI SEBEPOSUZOVACÍ ŠKÁLA DEPRESIVITY	I

PŘÍLOHA B: EAT-26 TEST JÍDELNÍCH POSTOJŮ	II
PŘÍLOHA C: SKÓROVACÍ SYSTÉM EAT-26	III
PŘÍLOHA D: TABULKA RIZIKOVÝCH ODPOVĚDÍ U JÍDELNÍHO EXPERIMENTU	IV
PŘÍLOHA E: PERCENTILOVÝ GRAF BMI, DÍVKY 0-18 LET	V
PŘÍLOHA F: TABULKA BODY MASS INDEXU	VI

SEZNAM ZKRATEK

AR	Adipozity rebound
BMI	Body Mass Index - index tělesné hmotnosti
DSM - 5	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch- páté vydání
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN – 10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PPP	Poruchy příjmu potravy
SRCH-D	Syndrom rizikového chování v adolescenci
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá experimentováním s jídelním chováním v adolescenci a úzkostí s následnou dětskou depresí.

Námět byl vybrán na základě vlastního podnětu najít ucelené informace o provázanosti jídelního chování v kritickém věku, jelikož je toto téma v současné době opomíjeno, případně se nedávají do souvislostí potrava a deprese či jiné formy destruktivního chování u adolescentů.

Práci lze rozdělit na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do tří kapitol a čtenáři nabízí teoretický základ tří hlavních témat této práce se zacílením na vybranou věkovou skupinu – adolescenti. Adolescence je období velkých změn a člověk v nich řeší spoustu střetů a krizí. Vzhledem k nedostatečným sociálním vazbám nejistého psychologického zázemí jsou velmi alarmující počty u sebepoškozování a následného suicidálního chování u adolescentů, ať už dokonatého, či nedokonatého.

V první kapitole je stručně čtenář seznámen s vybranou věkovou kategorií. Připomíná důležité změny, se kterými se adolescent musí vyrovnávat.

Druhá kapitola rozebírá všechny faktory, které mohou mít za následek vznik poruch příjmu potravy. Shrnuje pilíře, na kterých stojí predispozice k inklinaci k depresím a PPP. Obecně zmiňuje všechna kritická období, ale dále se zaměřuje na věkovou kategorii do 15 let věku dítěte. V tomto období vývoje mladého člověka probíhá mnoho změn, které jsou náročné nejen pro adolescenta, ale i pro jeho okolí. Pubescent se musí vyrovnávat se změnami v tělesném i psychickém vývoji. Proces zvládnutí se může promítnout mimo jiné právě i v poruchách příjmu potravy.

Ve druhé kapitole je také pozornost věnována vztahu k jídlu, Jsou zde vyzdvihnuty rozdíly mezi potravním a jídelním chováním. Zatímco první zmíněné popisuje, jak člověk reaguje na podnět potřeby jíst, druhé poukazuje na rituální chování, která souvisejí s příjmem potravy, jako např. volba dle aktuální chuti, příprava, společná konzumace s rodinou apod. Velmi důležitou v tomto směru hraje roli matka či jiný rodinný příslušník, který vychovává dítě. Předává dítěti vzorce, které dítě přijímá. Pokud tedy tento rodinný příslušník trpí nějakou mentální poruchou příjmu potravy

či negativním přístupem k jídlu (anorexie, obava z bakterií, ...), vzniká větší pravděpodobnost, že dítě bude v adolescentním věku přejímat tyto obavy a vzorce přemýšlení.

Následně jsou rozebrána konkrétní diagnostická kritéria a klasifikace PPP, důsledky poruch příjmu potravy a možnosti prevence.

Průběh a výsledky praktické části jsou shrnuty ve čtvrté kapitole. Výzkum probíhal na základní škole v Pardubicích. Cílem experimentu bylo zjistit vztah současných žáků k jídlu a poznat jejich jídelní chování. Zároveň bylo záměrem ověřit sklony k depresím, sebepoškozování či poruchám příjmu potravy.

Závěrem celé práce je shrnutí výsledků a následné potvrzení či vyvrácení teze, že potravní chování má vliv na možný vznik adolescentní deprese či některé z forem poruchy příjmu potravy.

1 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ PŘÍSTUP K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY

1.1 Vývojové zvláštnosti v adolescenci

Pojem adolescence dle Nakonečného pochází z latinského slova, které označuje dorůstání a dospívání. (Nakonečný, 2011, s. 681) Na přechodové období mezi dětstvím a dospělostí lze nahlížet z různých hledisek (např. časového, sociologického, biologického, sociálně-psychologického atd.).

Periodicky Marie Vágnerová dělí adolescenci na dvě fáze, a sice **ranou adolescenci** a **pozdní adolescenci**.

Ranou adolescenci časově ohraničuje mezi 11. a 15. rokem života. Signifikantní je fyzické dospívání souběžně s pohlavním dospíváním. Citové prožívání a jeho výkyvy ovlivňují hormonální změny a souběžně i sebehodnocení pubescenta. Nastává obměna stylu uvažování s odtržením se od rodiny a rodičů. Prvotní je identifikace s vrstevníky, přáteli, první láskou a prvním partnerským vztahem. Ukončena je povinná devítiletá školní docházka, s následným rozhodnutím ohledně budoucího pracovního směřování. (Vágnerová, 2012, s. 369-372)

Následnou životní etapu pojmenovává pojmem **pozdní adolescence** a časově ji autorka vymezuje od 15. do 20. roku života dítěte. Toto období je celým souborem psychosociálních změn. Od dokončení studia a nástupem do prvního pracovního poměru až po následnou finanční nezávislost. Adolescent rozvíjí vlastní identitu směrem ke svým představám. Poznáním svého já, s aktivní seberealizací a reálnou možností ovlivnit svůj vlastní život. (Vágnerová, 2012, s. 369-372)

Obdobně člení dospívání na dvě období Langmeier a Krejčířová, a sice na **pubescenci** a období **adolescence**.

Pubescenci dále dělí na dvě fáze:

- **Fáze prepuberty** – první pubertální fáze, časově od 11. do 13. roku. Se zrychleným růstem a počátkem pohlavního dospívání;

- **Fáze vlastní puberty** – druhá pubertální fáze, časově 13 až 15 let. Dívky i chlapci získají reprodukční schopnost. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 142-144)

Adolescenci časově autoři vymezují mezi 15. až 22. rokem, z biologického pohledu dochází k dokončení tělesného růstu a již plné reprodukční schopnosti. Probíhá i změna společenského statusu, a sice z dítěte školou povinného se stává student. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 142-144)

Biologické hledisko s celkovou tělesnou proměnou zmiňuje Vágnerová. S viditelnými tělesnými změnami, jako je růst postavy, rozvoj svalů, s proměnou sekundárních pohlavních znaků. Tělesná výška a fyzická síla je v tomto období důležitější pro chlapce. Výška jako objektivní měřítko, potvrzení a dosažení rovnocennosti s autoritou, tedy s dospělým. Fyzická síla a mrštnost je podmínkou úspěchu ve sportu. Chlapec, aktivní sportovec, je kladně přijímán společností i vrstevníky. U dívek této věkové skupiny je prioritní ideál krásy, nejčastěji ztělesněný úspěšnou modelkou. Se snahou přiblížit se vysněnému ideálu. (Vágnerová, 2012, s. 373-459)

Psychologický pohled s vymezením hlavních vývojových úkolů shrnuje Vágnerová, kdy adolescent usiluje o nové sebevymezení, a to přímo souvisí se snahou o sebepoznání. V citové rovině jde o sebepřijetí, pochopení vlastní aktuální nehotové identity, a to po předchozím odmítnutí zavedeného vzorce. Pozitivní je introspekce s následným vyhodnocením. (Vágnerová, 2012, s. 454-455)

Zpětnou vazbu, jak uvádí Vágnerová, dospívající získává od ostatních lidí, případně srovnáním s ostatními lidmi. Protikladné rozdíly v sebehodnocení dokáže zpracovat a sjednotit do konzistentního celku osobnosti. Prvotní je vztah k sobě samému, sebeúcta podporovaná sociálním prostředím. (Vágnerová, 2012, s. 376-459)

1.2 Adolescentní deprese

S ohledem na zadání této bakalářské práce je potřeba zmínit adolescentní depresi. Nejen pro laickou, ale i většinu odborné veřejnosti je obtížné přiznat, že by malé dítě trpělo depresí. Kde je původ, či příčina dětské deprese?

Adolescentní deprese dle Dudové zní: „Juvénilní deprese je závažná recidivující porucha se sociálními následky, často vedoucí ke společenské izolaci, zatížená vysokým rizikem sebevraždy.“ (Psychiatrie pro praxi, 2007, online)

Na odlišnost deprese dospělého, adolescenta a dítěte poukazují Koutek a Kocourková. Malé dítě má nižší úroveň mentálních funkcí, a tedy vnitřně nezkoumá sebe sama. Není schopno takto uvažovat. (Psychiatrie pro praxi, 2018, online)

Pugnerová a Kvintová popisují depresivní stavy a smutky, protože depresivní nálada není v dětství příliš častá. Ta je odpovědí na těžkou životní situaci. Dítě je nesoustředěné, nekomunikuje a jsou zjevné úzkostné neurotické projevy. (Pugnerová a Kvintová, 2016, s. 120-121)

Příčina či původ dětské deprese dle Vašutové tkví ve dvou faktorech. A to na **biologickém faktoru**, dědičné predispozici, se základem v chemických látkách v mozku. A na **psychickém faktoru**, kde jsou nefunkční vztahy mezi dítětem a rodiči. Případně negativní vidění světa, samotného dítěte. Zcela zřejmé jsou symptomy, jako je zhoršení školních výsledků, zlost, nezájmem a apatie vůči oblíbené činnosti. (Vašutová, 2005, s. 189-190)

Raboch v souvislosti s dětmi hovoří o **sekundární depresivní poruše** v návaznosti na jinou tělesnou nebo duševní poruchu. Depresivní syndrom se v některých případech projeví v souvislosti s užíváním léků při léčbě poruch imunity, či léků s protizánětlivým účinkem.

Původ psychických poruch je už v období dospívání, přičemž prokázáno a řešeno je to u 10 % dětské populace. (Raboch, 2008, s. 84-142)

Mezi afektivní poruchy zahrnul Hort deprese mladších a starších školáků. Úzkostné stavy se dle psychiatra přetransformují do deprese a jsou zde styčné body s dospělými. Rozpracovává velmi podrobně deprese pro **předškolní, mladší a starší školní věk**. U **mladšího školního věku** je patrná smutná nálada, nesoustředivost, snížení energie a ztráta zájmů a schopnosti se radovat. Specifické pro tuto věkovou skupinu jsou somatické symptomy enkoprézy, enurézy, onychofagie a pavor nocturnus.

Zatímco u **starších školáků** převládá pasivita a spavost, sklíčenost a kolísání nálad. Typická je regrese chování odpovídající nejmladšímu věku dítěte. Z afektivních

symptomů jmenuje nestálost nálad a suicidální úvahy. (Hort a kolektiv, 2008, s. 189-199)

Dudová přehledně zpracovává dětskou a adolescentní formu depresivní poruchy. V níže uvedené tabulce jsou depresivní příznaky nezávislé a závislé na věku.

Tabulka 1: Depresivní příznaky

Depresivní příznaky nezávislé a závislé na věku			
Všechny věkové skupiny	Předškolní děti	Děti školního věku	Adolescenti
depresivní nálada	podrážděnost nebo smutek	depresivní vzhled	podrážděná nálada
poruchy soustředění	anhedonie	somatizace	anhedonie
nespavost	plačtivost	agitace	pocity nudy a beznaděje
ztráta energie	omezení aktivit a zájmů	separační anxieta	změny hmotnosti
pocity méněcennosti nebo viny	odmítání kontaktů s vrstevníky	fobie	poruchy chování
suicidální myšlenky			hypersomnie
			abúzus návykových látek

(Psychiatrie pro praxi, 2007, online)

Průběh a prognóza dle Dudové: „Průběh deprese je u dětí a adolescentů často recidivující, riziko recidivy je nejvyšší v prvním roce po proběhlé epizodě. Délka depresivní fáze je u dětí průměrně 8–13 měsíců, u adolescentů 3–9 měsíců. Pro srovnání – u dospělých je délka trvání depresivní fáze 3–5 měsíců. Vysoké je riziko sebevraždy, je 6–20× vyšší než v běžné populaci. Ostatně suicidium je ve věkové skupině mezi 10. a 19. rokem věku třetí nejčastější příčinou smrti.“ (Psychiatrie pro praxi, 2007, online)

K podobným závěrům dospěli i Langmeier a Krejčířová, kdy symptomy maniodepresivní psychózy a endogenních depresí se objevují již v období adolescence. V anamnéze těchto dětí jsou také zjevné poruchy chování, a to až 25 %. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 273-274)

Deprese

Deprese je nálada s negativním viděním sebe i okolí a předjímáním negativních průběhů událostí. Velmi kritické vnímání i sebe sama a zveličování vlastních selhání. To vše s fyzickými příznaky v podobě únavy a nedostatku životní energie, tak laicky vnímá nemoc široká veřejnost.

Výčet depresivních poruch dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, DSM-5:

- **Disruptivní dysregulativní porucha nálady** - trvalá přítomnost vyšší míry podráždění;
- **Velká depresivní porucha** - během dvou týdnů je zjevných pět symptomů, jako např. depresivní nálada po celý den, nezájem o běžné činnosti, snížení tělesné hmotnosti, nespavost, únava, snížená schopnost rozhodování, myšlení nebo koncentrace;
- **Perzistentní depresivní porucha (Dystymie)** - obsahuje chronickou depresivní poruchu a dystymickou poruchu, počtem převažují dny s depresivní náladou po většinu dne;
- **Premenstruační dysforická porucha** - ve většině menstruačních cyklů je přítomna výrazná afektivní labilita, podrážděnost, vztek, interpersonální konflikty či depresivní nálada a úzkost;
- **Depresivní porucha vyvolaná používáním látek/léků** - výrazná a trvalá porucha nálady, kdy se symptomy rozvinuly během intoxikace;
- **Depresivní porucha způsobená jiným somatickým onemocněním** - je důsledkem jiného somatického onemocnění;
- **Jiná specifikovaná depresivní porucha** - dají se použít pro rekurentní krátkou depresivní epizodu, krátkou depresivní epizodu, depresivní epizodu s nedostatečně vyjádřenými symptomy;
- **Nespecifikovaná depresivní porucha** - diagnostikované symptomy depresivní poruchy způsobují problémy v sociální, pracovní či v jiné oblasti života. (DSM, 2015, s. 163-198)

Mezinárodní klasifikace nemocí, její 5. vydání a verze platná k 1. 1. 2018, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace, uvádí pod označením F32 Depresivní fáze a F33 Periodické depresivní poruchy.

F32 Depresivní fáze

- .0 Lehká depresivní fáze;
- .1 Středně těžká depresivní fáze;
- .2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků;
- .3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky;
- .8 Jiné depresivní fáze;
- .9 Depresivní fáze NS. (MKN 10, 2017-2018, s. 213-214)

F33 Periodická depresivní porucha

- .0 Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká;
- .1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká;
- .2 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů;
- .3 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky;
- .4 Periodická depresivní porucha, v současné době je v remisi;
- .8 Jiné periodické depresivní poruchy;
- .9 Periodická depresivní porucha NS;
- .10 Monopolární deprese NS. (MKN 10, 2017-2018, s. 214-215)

Polách dělí formy deprese podle závažnosti na lehkou, středně těžkou a těžkou. Dále dle délky trvání na depresivní poruchu a chronickou depresivní poruchu, která trvá déle než dva roky. Do této kategorie patří rekurentní forma deprese, pakliže člověk prožil dvě depresivní příhody v průběhu života. Dále se sem řadí dysthymiese, která se vyznačuje nízkým sebevědomím, nemluvností, beznadějí a nedůvěrou v budoucnost.

Následně dělí výše uvedený autor deprese podle převládajících příznaků, a sice **s útlumovou formou, agitovanou, atypickou a larvovou**. Depresivní porucha

s útlumovou formou je nejběžnější. U **agitované formy** je nepřehlédnutelná vnitřní tenze a nepokoj. Tato depresivní porucha je specifická vyšším rizikem suicidálního chování. **Atypickou** depresivní poruchou označuje, když je nálada formována okolními vlivy. Tím se liší od klasické deprese. Zjevná je velká vyčerpanost, spavost a značný jídelní apetyt. U poslední **larvové** deprese nejsou patrné symptomy. Pacient si stěžuje na různé fyziologické problémy, jako je Insomnie či silné bolesti hlavy. (Polách, 2016, s. 22-48)

O **ranních pesimismech** hovoří Orel, jelikož nejsilnější špatná nálada je právě v tomto čase a je jedním ze signifikantních znaků deprese. Tento depresivní stav trvá minimálně dva týdny. (Orel, 2020, s. 219)

Podle Češkové a Příkryla jsou příčinami deprese biologické faktory, stres a psychologické a sociální faktory. K biologickým faktorům řadí poruchy cirkadiálních rytmů, neboli poruchy kvality a délky spánku, dále strukturální a funkční změny centrální nervové soustavy. U přímých příbuzných je nebezpečí vzniku deprese dvakrát až třikrát vyšší. Další příčinou je stres, tedy reakce organismu na zátěž. Posledními příčinami jsou psychologické a sociální faktory, kdy negativní zážitek v dětství může změnit uspořádání v organismu a následně zvýšit nebezpečí propuknutí deprese, násobeno genetickou predispozicí. (Češková, Příkryl, 2013, s. 25)

V této souvislosti hovoří Papežová o pocitech méněcennosti, nízkém sebevědomí se sebeobviňováním, s celkovou izolací od okolního prostředí s omezením sociálních kontaktů. S následnou nemožností zvládat každodenní aktivity. Vznik onemocnění přičítá snížené schopnosti zvládat psychickou zátěž, v sociální anamnéze je i vrozená genetická dispozice. (Papežová, 2012, s. 142)

O depresi hovoří v souvislosti s hladověním. Totožné symptomy, neschopnost radovat se, sklony k pesimismu, s celkovou únavu se sklony k sebevražednému chování. Nutné je však odlišit depresi z hladovění u mentální anorexie a depresi jako duševní onemocnění. Upozorňuje na nutnost odlišit depresi jako psychiatrické onemocnění s nutností zahájit léčbu antidepresivy. A symptomy PPP, které navýšení hmotnosti depresi zlepší. (Papežová, 2012, s. 142)

Dle Orla se deprese promítne na celkovém držení těla a do výrazu tváře. Změna je patrná i u mluvy, která je bez energie a s omezeným obsahem. U hluboké deprese

jedinec nepečuje o zevnějšek, nevyhledává kontakt s dalšími lidmi, separuje se od společnosti a ignoruje pomoc okolí. Přidružují se symptomy související s duševní poruchou, jako jsou bludy a halucinace. (Orel, 2020, s. 221)

K psychotickým příznakům u těžké deprese řadí také Polách poškození uvažování. Bludy a halucinace způsobují poškození percepce. Zcela neúčinné je vyvracet pacientovi jeho přesvědčení a doporučuje se okamžité umístění v nemocnici. (Polách, 2016, s. 20)

Jako komorbidní psychiatrické diagnózy související s depresí Papežová zmiňuje, afektivní poruchy v 49 %, úzkostné poruchy v 29 %, OCD symptomatiky v 35 %. Časté je sebepoškození, a to až v 40 %. (Papežová, 2018, s. 136-148)

1.3 Sebeпоškození v adolescenci

„Sebeпоškození je forma agrese zaměřená směrem dovnitř, na sebe samotného.“ Tak popisuje Orel **sebeпоškození a sebeпоškození**. V prvním případě jde o jednorázovou činnost, v druhém o soustavnou a opakující se. (Orel, 2020, s. 120)

Sebeпоškození u dětí je velmi citlivé téma a zaslouží si pozornost nejen rodičů, ale i odborné veřejnosti. Sklony k sebeпоškození se v prvopočátcích můžou zdát jako bezvýznamné dětské konání. Opak je však pravdou. Jde o rizikové chování, projev velkých psychických problémů s následnou dlouhodobou léčbou.

Neexistuje jednotná mezinárodní definice sebeпоškození. Americký psychiatr Favazza definuje pojem sebeпоškození slovy: „Záměrné sebeпоškození jako přímou a záměrnou destrukci nebo poškození vlastních tkání bez vědomého suicidálního záměru.“ (Favazza in Kriegelová, 2008, s. 17)

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch rozlišuje poruchu se suicidálním chováním a nesuicidální sebeпоškození.

Porucha se suicidálním chováním – navrhovaná kritéria:

- A. Během posledních 24 měsíců jedinec spáchal sebevražedný pokus.
- B. Tento čin nesplňuje kritéria pro nesuicidální sebepoškození, tedy nezahrnují povrchové poranění za účelem ulevit si od negativních emocí/myšlenek nebo docílit pozitivního emočního stavu.
- C. Tato diagnóza se nepoužívá pro sebevražedné myšlenky nebo přípravu sebevraždy.
- D. Sebevražedný pokus nebyl započat ve stavu deliria nebo zmatenosti.
- E. Sebevražedný pokus nebyl učiněn čistě z politických nebo náboženských důvodů.

(DSM, 2015, s. 843)

Nesuicidální sebepoškozování – navrhovaná kritéria:

- A. V posledním roce si jedinec během pěti nebo více dnů způsobil úmyslné povrchové tělesné poškození, jako je krvácení, podlitiny nebo bolest (např. pořezáním, popálením, údery, nadměrným třením) s cílem poškodit se lehce nebo středně těžce (tedy bez sebevražedného úmyslu).
- B. Jedinec se dopouští sebepoškozujícího jednání za nejméně jedním z následujících účelů:
 - 1. Docílit úlevy od negativních pocitů nebo myšlenek.
 - 2. Ulevit si od vztahových problémů.
 - 3. Dosáhnout pozitivního emočního stavu.
- C. Úmyslné sebepoškozování je spojeno nejméně s jedním z následujících:
 - 1. Problémy v mezilidských vztazích, negativní pocity nebo myšlenky, jako je deprese, úzkost, napětí, vztek, generalizovaná nepohoda, sebekritika, které se objevují krátce před sebepoškozujícím činem.

2. Činu předchází silné zaujetí plánování sebepoškození, kterému je obtížné vzdorovat.

3. Časté přemýšlení o sebepoškození v období, kdy k němu nedochází.

- D. Sebeпоškozující konání není kulturně podmíněno (např. propichování částí těla, tetování, sebepoškození v rámci náboženského nebo společenského rituálu) a neomezuje se na olupování strupů či okusování nehtů.
- E. Chování a jeho dopady působí klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, studijní nebo v jiné důležité oblasti.
- F. Sebeпоškozující chování se nevyskytuje pouze v rámci psychotických epizod, deliria, intoxikace, látkou nebo odvykacího stavu po odnětí látky. U osob s neurovývojovou poruchou se nejedná o součást opakovaného stereotypního chování. Chování nelze lépe vysvětlit jinou psychickou poruchou nebo nemocí (např. psychotickou poruchou, poruchou autistického spektra, mentální retardací, Lesch-Nyhanovým syndromem, poruchou se stereotypními pohyby se sebezraňováním, trichotilománií nebo exkoriací).

(DSM, 2015, s. 845-846)

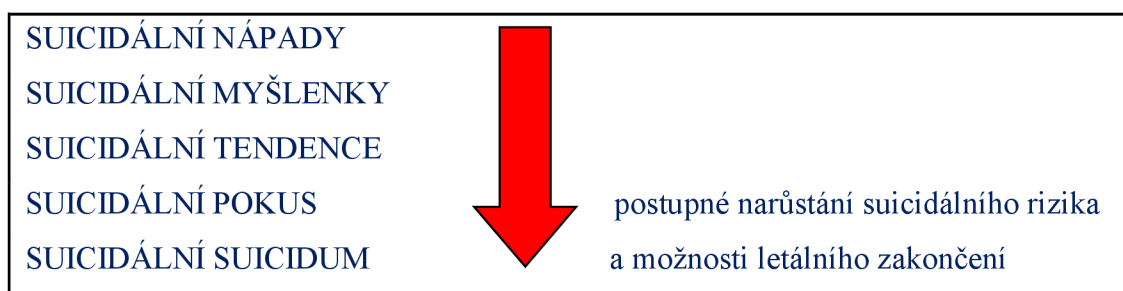
Z časového hlediska počátky automutilace podle Kriegelové spadají do období adolescence. Rovněž poukazuje na komorbiditu mezi záměrným sebepoškozováním a mentální anorexií a bulimií. Pro nejtěžší formu bulimie s postupným přidáváním sebedestruktivního chování byl vytvořen termín **Multi-Impulsive Bulimia Nervosa**. Snahou psychologů, je i vytvoření specifické metody přístupu k jedincům, kteří mají poruchu příjmu potravy a současně se sebepoškozují. (Kriegelová, 2008, s. 92-93)

V souvislosti se sebeřezáním u anorektiček Britten podotýká, že v druhém plánu souvisí se snižováním hmotnosti, a to v důsledku odtoku krve a snížením množství železa v krvi s možným následným hubnutím. (Britten in Kriegelová, 2008, s. 94-95)

Kriegelová následně poukazuje na projev dezintegrace sebezraňování a nebezpečné propojení sebepoškozování se sebevražednými tendencemi. Míra opakování a četnost sebepoškozování rovněž představuje riziko pro možnost jeho dokonání. (Kriegelová, 2008, s. 98)

Způsoby sebepoškozování dělí Kocourková na automutilaci, sebepoškozování, syndrom záměrného sebepoškozování, syndrom pořezaného zápěstí a předávkování léky. (Kocourková in Kriegelová, 2008, s. 27)

Koutek a Kocourková upozorňují na skutečnost, že k adolescentnímu věku patří **suicidální pokus**, který nekončí smrtí, ale nevratně poznamená zdravý vývoj jedince. Souvisí s psychiatrickou diagnózou, kterou může být deprese, schizofrenie, závislost i PPP. V takovém případě je modelem suicidálního jednání „kontinuální přímka, s postupným vzestupem suicidálního rizika.“ (Psychiatrie pro praxi, 2018, online)



Obrázek 1: Kontinuální model suicidálního jednání

(Psychiatrie pro praxi, 2018, online)

Češková a Příkryl však podotýkají, že sebevražda u adolescenta nesouvisí s tlaky přítomnými v období adolescence. Značná část jednotlivců zvládne přechodové období úspěšně. (Češková, Příkryl, 2013, s. 62)

Záměrné sebepoškozování případně sebezraňování popisuje Rozsivalová jako nebezpečný copingový mechanismus. S projevem již v dětství a dospívání, kdy si dospívající chce uškodit, ale nechce zemřít. Hovoří o **povrchovém sebeřezání, sebedpálení, předávkování se medikamenty či jinými chemickými látkami, sebetlučení, sebeškrcení, rozrušování ran, vytrhávání vlasů a podobně**. Záměrná činnost má svůj průběh s jasným počátkem a koncem. S následnou výčitkou a pocitem viny. V první fázi nastupuje **bažení-craving**, strmě stoupá **vzrušení-arousalu**, poté následuje uvolnění a skrytí devastujícího poranění. Po odeznění nastupuje pohnutka k opakování vyvolání bolesti. Sebeпоškozování ve své praxi sleduje od roku 2006 a uvádí je u celé škály psychiatrických diagnóz. Přičemž je predispozicí pro **suicidální chování** a zcela nevylučuje možnost dokonání. (Pediatrie pro praxi, 2015, online)

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky eviduje zemřelé podle pohlaví, vybraných příčin smrti a věkových skupin. Ve statistice za rok 2018 uvádí i vnější příčinu nemocnosti a úmrtnosti z důvodu úmyslného sebepoškození. (ÚZIS, 2019, online)

Tabulka 2: Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti

Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti		
Úmyslné sebepoškození		
Věk	Muži	Ženy
10-14	1	3
15-19	30	7

zdroj: vlastní zpracování

Papežová poznamenává, že součástí symptomatiky PPP je sebepoškození pacientů, a to až 40 %. Jeho výskyt se zvyšuje s větším množstvím příznaků. (Papežová, 2018, s. 136).

Polák potvrzuje, že sebevražedné myšlenky se častokrát vyskytují u pacientů s depresí. Nejasné a neurčité uvažování je třeba odlišit od zcela pragmatického a jasného cíle ukončit svůj život. Matoucí je však přechodové období trvající i několik měsíců, kdy pacient vykazuje náhlé zlepšení svého stavu. (Polák, 2016, s. 26)

2 POTRAVNÍ CHOVÁNÍ A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

2.1 Potravní chování

V současnosti se stále více hovoří o vlivu výživy na tělesné i psychické zdraví. Provázanost mezi psychikou a výživou může přispět k včasnému rozpoznání nemoci a následné řízené léčbě.

Fraňková do potravního chování zahrnuje aktivity směřující k nalezení potravního zdroje, přičemž základem je potrava jako souhrn látek nezbytných pro stavbu a funkce organismu. Tyto aktivity podněcuje tzv. motivace. (Fraňková a kolektiv, 2015, s. 59)

Motivační stav zkoumal již I. P. Pavlov a pojmenoval ho jako „vyladění“, kdy jde o specifický stav mozkové kůry, bdělost či stav podráždění. Prostředí, kdy se tak vytvářejí podmíněné reflexy. Výsledkem je soubor stimulů hormonálního systému z mozkových a okrajových center. Ideální nastavení těla na možnost přijmout potravu. (Pavlov in Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 71)

U Homo sapiens přiřazují k motivačnímu stavu Fraňková a Dvořáková **hlad** i **apetit**. Kdy na počátku je **apetit** s celým souborem motivačních sensorických čidel včetně očních, v ústech a hltanu. Do motivačního stádia překvapivě patří i **hlad**, jako fyziologický a psychický stav jedince. Negativní pocit, při velké časové prodlevě od posledního jídla. Může signalizovat i nedostatek živin nutných pro fungování organismu jednotlivce. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 71-72)

Apetenční fáze potravního chování sestávající z prvotního zaměření objektu a následné analýzy nutriční využitelnosti s vyhodnocením kvality potravy pro další správnou činnost organismu. S konečným rozhodnutím, zda se snažit o potravu či ne. Rozhodnout se pro energeticky výhodnější cíl, případně jaké pojmout množství potravy. Vše se odvíjí od nutričních potřeb a sociálního způsobu života živočišného druhu. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 75-77)

Poslední fází je **konzumatorní chování**, člení se do tří kroků:

- Aktivity následující po příchodu k potravnímu zdroji;
- Technologická fáze a manipulace s potravou;
- Vlastní požívání potravy. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 85-90)

Konzumatorní potravní chování člověka zahrnuje činnosti po dosažení potravy. Zde se zakončují technologické úpravy spočívající v samostatných pracovních úkonech a opracování jednotlivých surovin. Porcování masa, tepelné úpravy a dochucování jídla kořením, případně zdobení jídla. Následuje servírování a stolování. U potravního chování je závěrečnou a zákonitou fází požívání. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 85-90)

2.2 Jídelní chování

Jak konstatují Fraňková a Dvořáková, nejedná se pouze o vlastní manipulaci s jídlem, tedy zpracování potravin ve stavu připraveném pro vlastní konzumaci. Jídelní chování zahrnuje volbu a celkový postoj k jídlu. S tím úzce souvisí i způsob stravování, jeho příprava a skladba, zcela jistě vyjadřující sociální vztahy uvnitř rodiny. Spojuje členy nejen rodiny, ale i členy určité sociální skupiny. Tato situace upevňuje vztahy mezi jejími členy. Formuje morální i sociální vývoj dítěte. Má příznivý vliv na osvojování denního rytmu, nejen jídelního s jeho pravidelností a řádem. Potravní zvyklosti dětí jsou do velké míry ovlivněny kulinářskými zvyklostmi a praktikami rodiny. Jídlo není pouze funkční produkt k uspokojení jedné ze základních potřeb. Je také zdrojem libých pocitů a slasti. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 125-135)

Na základě zkušeností s jídelním chováním doma a případně ve škole či restauraci se vytváří tzv. **nutriční osobnost**, jak uvádí Fraňková a Dvořáková. Řadí sem nejen individualitu dítěte s jeho temperamentem a podmíněnými vlastnostmi. Ale i rodinu a sociální vlivy lidí mimo rodinu. Tedy i společnost se svou kulturní a ekonomickou úrovní a stylem. Dítě si ukládá do paměti asociace mezi jídlem, jídelní situací a širšími souvislostmi. Obohacuje jeho slovní zásobu, formuluje vlastní názor na pokrmy, pojmenovává jednotlivé potraviny, osvojuje si další znalosti. I když první, kdo zprostředkovává tyto informace pro malé dítě, je jeho maminka. Matka potažmo žena hraje nejdůležitější roli v sociální a kulturní adaptaci dítěte. Jednoznačně se jedná o nejdůležitější osobu ve stravovacím chování celé rodiny. Určuje strukturu, skladbu, směr stravování a vymezuje i časový prostor na jídlo. Z našeho středoevropského pohledu je žena zodpovědná za obstarávání a realizaci jídla. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 135)

V souvislosti s jídelním chováním hovoří Fraňková a Dvořáková o behaviorálních mechanismech **preference** a **averze**. Z části si je jedinec vytváří v průběhu celého života, částí jsou vrozené. **Preference** i **averze** se mohou týkat jednotlivých živin i hotových jídel. Upřednostňujeme jídlo, které nám bylo podáváno v souvislosti s nějakou sociální situací. Platí i sociální facilitace, kdy příslušník určité živočišné skupiny má jídelní preference své skupiny a učí se konzumovat od zkušenějšího. Averze je více faktorová, od neschopnosti strávit poživatinu, přes nedobrou chuť či pocit nebezpečí při pozření poživatiny, ze které máme obavu. Houby jsou nejznámějším příkladem. Nelze nezmínit vyhocené zamítnutí potravy, a to z důvodu etických, ekologických a morálních či náboženských. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 125-133)

2.3 Klasifikace a diagnostická kritéria PPP

Narušení příjmu potravy může být vlivem mnoha příčin. Ať porucha vnitřních funkcí organismu dítěte, nebo případná špatná ekonomická situace rodiny a nedostatek potravy jako vnější důvod deficitu živin. Správné posouzení a diagnostikování je velmi důležité. Poruchy příjmu potravy (dále PPP) jsou totožně v diagnostikování, tedy nejsou odlišná kritéria pro dospělé, děti a adolescenty.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky ve svém statistickém výstupu zpracoval i péči o pacienty s poruchami příjmu potravy za období roku 2011 až 2017. „V roce 2017 tvořily hospitalizace pacientů ve věku do 15 let necelou čtvrtinu z celkového počtu hospitalizací s diagnózami F50.0 – F50.9. Ve věku 15–19 let bylo 39 % hospitalizací a ve věku 20–29 let byla uskutečněna téměř pětina z celkového počtu těchto hospitalizací. Při porovnání roku 2011 a 2017 došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u věkové skupiny 10–14 let.“ (ÚZIS, 2019, online)

Přehled použitých diagnóz nalezneme v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10, v 5. vydání, ve verzi platné k 1. 1. 2018, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace v Diagnostickém a statistickém manuálu, známého pod zkratkou DSM-5.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10

- F50.0 Mentální anorexie;
- F50.1 Atypická mentální anorexie;
- F50.2 Mentální bulimie;
- F50.3 Atypická mentální bulimie.;
- F50.4 Přejídání spojené s psychologickými poruchami;
- F50.5 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami;
- F50.8 Jiné poruchy přijímání jídla;
- F50.9 Porucha přijímání jídla. NS. (MKN 10, 2017-2018, s. 229-230)

Mezinárodní klasifikace nemocí, její 5. vydání a verze platná k 1. 1. 2018, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace, uvádí Poruchy příjmu potravy a jídelního chování.

- **Pika** – opakující se požívání nejedlých látek a předmětů po dobu minimálně jednoho měsíce, případně toto konání neodpovídá vývojové fázi, případně neodpovídá kulturní tradici nebo sociální normě;
- **Ruminační porucha** – zpětný návrat nestrávené potravy do úst po dobu nejméně jednoho měsíce, opakované přežvýkávání, příčinou ale není somatické onemocnění;
- **Psychogenní ztráta chuti k jídlu** – vyhýbání se jídlu, důsledky stravování budí odpor, snížení hmotnosti či nutriční deficit. Nutná je nitrožilní výživa a potravní doplňky;
- **Mentální anorexie** – redukce energetického příjmu potravy s následným snížením tělesné hmotnosti, velké obavy z přibírání na váze;
- **Mentální bulimie** – konzumace, velkého množství jídla a následné kompenzační chování, opakující se minimálně jednou týdně po dobu tří měsíců;
- **Psychogenní přejídání** – opakující se záchvaty přejídání, není kontrola nad množstvím snědeného jídla, v krátkém časovém úseku (např. dvě hodiny) konzumace velkého množství jídla;

- **Jiná specifikovaná porucha příjmu potravy a jídelního chování** – symptomy poruch příjmu potravy a jídelního chování převládají, ale nenaplnují kritéria pro konkrétní třídu;
- **Nespecifikovaná porucha příjmu potravy a jídelního chování** – pro nedostatek informací nelze stanovit specifičtější diagnózu. (DSM-5, 2015, s. 347-374)

Dlouhodobě Papežová prezentuje PPP jako celou škálu nemocí, které postihují děti i dospělé. Nejčetnější skupinu však tvoří dospívající. (Papežová, 2018, s. 136-140)

Odlišně vnímá problematiku Slávka Fraňková, kdy rozlišuje **poruchy jídelního chování a příjmu potravy**. Vyhodnocuje poruchy z pohledu ontogenetického, od kojeneckého a batolecího období až po dospělost. Zde jsou nepřehlédnutelné změny postojů k potravinám i samotnému jídelnímu chování. Vznik poruchy a její symptomy a vlivy jsou vždy typické pro dané vývojové období. (Fraňková a kolektiv, 2015, s. 105-106)

Podle Praška mohou PPP někdy působit jako specifická fobie. Ovšem důvodem pro odmítání jídla je regulovat hmotnost a jsou přítomny další symptomy PPP. (Praško, Látalová, 2013, s. 471)

Procházková a Sladká-Ševčíková ve svých výčtech diagnóz zmiňují ještě další poruchy. Patří mezi ně:

- **Záchvatovité přejídání** - signifikantní je opětovná konzumace velkého množství jídla bez vomitusu;
- **Ortorexii** - ta se vyznačuje obsedantními myšlenkami, spojenými s kvalitou potravy;
- **Drunkorexii** - kdy mládež eliminuje potravu, aby si vytvořila energetický prostor pro pití alkoholu. Autorky uvádí statistiky z USA „... až 30 % dospívajících dívek vynechává jídlo, aby mohly pít více alkoholu.“;
- **Bigorexii** - ta se týká spíše mužů a projevuje se závislostí na velkém objemu svalů;
- **Noční přejídání** - největší porce jídla jsou konzumovány v nočních hodinách;

- **Diabulimie** - MB se vyskytuje souběžně s diabetes mellitus I. typu;
- **Pregorexii** - kdy symptomy MA jsou zřejmé v období gravidity, podvýživa může způsobit i smrt plodu. (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 11-13)

Mentální anorexie – projevy, symptomy a příčiny

Mezinárodní klasifikace nemocí mentální anorexii diagnostikuje: „Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu.“ (MKN 10, 2017-2018, s. 229)

Mentální anorexie (dále MA), je dle Krcha „... záměrným snižováním tělesné hmotnosti.“ Dívka či žena nechce jíst, i když má hlad a chuť. Následný nulový jídelní apetit je většinou výsledkem dlouhodobého hladovění. (Krch, 2010, s. 25)

Jak podotýká Dušek a Večeřová-Procházková, MA postihuje dospívající dívky a mladé ženy, u chlapců a mužů je vzácnější. Z hlediska etiologického se zdůrazňují neurotické a psychosomatické poruchy, častá je i hysterie. Při rozvinuté formě je pacientka extrémně vyhublá až kachetická, je přítomna amenorea a častá je obstipace. Samostatnou z hlediska mezinárodní klasifikace nemocí je **Atypická mentální anorexie**, která má lehčí průběh, bez amenorey, což je vynechání menstruace. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 260)

Charakteristickým znakem dle Papežové je vědomé, cílené a úmyslné snižování váhy. (Papežová, 2018, s. 122)

Fraňková poukazuje na nápadné stolování s rituálním chováním připomínající vzorce chování psychotických pacientů nebo poruchu autistického spektra. Anorektička odděluje jednotlivé druhy potravin od sebe, precizně a pomalu žvýká a sousta zapíjí. Vše s cílem sníst co nejmenší možné množství jídla a uvolňovat napětí. U dětí jsou už před nástupem nemoci patrné povahové vlastnosti s náchylností k perfekcionismu, obsedantní sklony, sebekázeň a pevná vůle. Nutkavé chování podobné poruchám autistického spektra, výkyvy v emocích, nesoustředění a depresivní ladění, to vše pramení z dlouhodobého hladovění. Minimální výživa vede ke zdravotním komplikacím jako je osteoporóza, poruchy endokrinního systému či snížená funkce štítné žlázy. (Fraňková a kolektiv, 2013, s. 118-120)

Obrácenou anorexií zmiňují Pugnerová a Kvintová s nasměrováním do reverzní anorexie a tělesné dysmorfie. Tento jev označují jako **bigorexie**, někdy známá také jako **Adonisův komplex** nebo svalová **dysmorfofobická porucha**. 10 % pacientů s PPP tvoří chlapani a muži, z toho 20 % jsou gayové. Podněty ke vzniku jsou totožné jako u žen, tedy atraktivita a hmotnost. Specifickou skupinu tvoří sportovci, kdy z počátečního snižování váhy vznikne závislost. (Pugnerová a Kvintová, 2016, s. 140-141)

Dle Krcha 30 % redukčních diet se v období několika let proměňuje do patologické diety. Následně u 20-30 % žen a dívek se rozvinou symptomy poruch příjmu potravy. (Krch, 2010, s. 58)

Mentální bulimie – projevy, symptomy a příčiny

První zmínku uveřejnil Galén ve 2. století n. l., symptomy byly známy v r. 1800, medicínským problémem se stala na konci 80. let minulého století. (Fraňková a kolektiv, 2013, s. 121)

Mezinárodní klasifikace nemocí říká: „Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel.“ (MKN 10, 2017-2018, s. 229)

Obdobně ji charakterizuje i Papežová jako souvislé přemýšlení o jídle s různými formami epizodního přejídání a s následným zvracením, či použitím projímadel a léků k odvodnění organismu. U mentální bulimie (dále MB) dle DSM-5 jsou kritéria počtu záchvatů a kompenzačního chování na 1 až 3 x týdně v mírné formě, průměrně na 4 až 7 záchvatů, kritická je kvalifikována jako 8 až 13 záchvatů a extrémní 14 epizod nevhodného chování za týden. (Papežová, 2018, s. 136-163)

Příznaky Fraňková popisuje jako pravidelné záchvaty přejídání s následným zkontrolováním hmotnosti. Vzniká samostatně či následuje po mentální anorexií případně obezitě s rozvojem mezi 16. a 25. rokem věku. (Fraňková a kolektiv, 2013, s. 121)

Tři základní znaky MB stanovuje Krch, a to opětovné epizody přejedení. Přejedení je běžné v reálném životě, v případě MB se jedná o záchvat nezvládnutelného nutkání.

Druhým znakem je soustavné sledování tělesné hmotnosti s aktivací zvracení. Třetím kritériem je nadměrný zájem o vlastní vzhled, obavy z obezity, kdy s momentální hmotností souvisí i sebevědomí pacientky. (Krch, 2010, s. 27)

Jak konstatuje Fraňková, jedná se o souhrn biologických, psychických, rodinných a kulturních okolností. Často jsou spojené s negativními poměry v rodině, zejména v komunikaci a nesoudržnosti uvnitř. Dívky bulimičky tak reagují na problémy s rodiči, zejména s otcem. Uvádí i fyziologický základ se zjištěnými biochemickými a strukturálními abnormalitami v mozku v centrech řídících příjem potravy. Nevylučuje ani genetickou podmíněnost tohoto onemocnění. Signifikantními jsou záchvaty přejedení nazvané **binge eating**. Z časového hlediska 2 x týdně po dobu 3 měsíců s následným vyvoláním zvracení a použitím laxativ a diuretik. Objevuje se mezi 16. a 25. rokem života. Ve většině případů následuje po mentální anorexii. Jedná se tak o neustálý koloběh zvracení a hladovění. V bulimické fázi je nepřehlédnutelná ztráta kontroly nad množstvím snědeného jídla. (Fraňková a kolektiv, 2013, s. 122-123)

Stejně jako Fraňková i autorky Pugnerová a Kvintová vidí primární podněty ke vzniku MB v nefunkční rodině v období pubescence dítěte. Základem je zřejmě nejen citová deprivace, ale nejsou uspokojovány ani základní fyziologické potřeby. Za příčinu však uvádějí způsob zvládnání stresu a emocionální zátěže. Útěk od problému ve formě nutkavého přejedení s následným vypuzením potravy. Celý mechanismus funguje jako řízený prostředek k nabytí psychické rovnováhy. (Pugnerová a Kvintová, 2016, s. 136-137)

Psychogenní přejídání – projevy, symptomy a příčiny

Mezinárodní klasifikace nemocí psychogenní přejídání zařadila mezi přejídání spojené s psychologickými poruchami. „Přejídání způsobené stresujícími událostmi jako úmrtí blízké osoby, nehoda, narození dítěte a podobně.“ (MKN 10, 2017-2018, s. 230)

Psychoterapeutka a psychiatrička Papežová zmiňuje psychogenní přejídání. Přirovnává tuto poruchu k mentální bulimii s totožnými rysy této poruchy, kdy pacient má neustálé myšlenky na jídlo. Znakem je bažením po jídle takzvaným **cravingem** a následným pocitem viny po přejedení. Charakteristický je záchvat, kdy jedinec

v krátkém časovém úseku sní obrovské množství jídla, či vypije velké množství nápoje. (Papežová, 2012, s. 13)

Ve své nejnovější publikaci doplňuje, že konzumace velkého množství potravy trvá i přes pocit plnosti žaludku k následné nevolnosti. To vše ve stresu, o samotě, s následnými negativními psychickými stavy na straně nemocného. Tento stav však nemocný nevyrovnává oproti jiným typům poruch příjmu potravy užíváním laxativ, diuretik, zvracením či nějakou pohybovou aktivitou. (Papežová, 2018, s. 125)

Jak poznamenává Praško, stoupající hmotnost souvisí s požitím velkého množství jídla jako reakce na těžkou životní událost, kterou je pro příklad smrt člena rodiny a autonehoda. (Praško, Látalová, 2013, s. 680)

O záchvatovitém přejídání hovoří Procházková, Sladká-Ševčíková, jedinec konzumuje i potraviny, které standardně nejí. Je to stav bez hladovění a vyvolávání zvracení, či aplikace laxativ a diuretik. Jedná se o kompenzační chování, jako reakci na podrážděnost,

vnitřní neklid a samotu. (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 11)

Papežová k psychogennímu přejídání přidává termín **únikové jedení**, je bližší ženám ve středním věku, v souvislosti se změnami v hormonální oblasti. Kompenzační chování se objevuje ve třech verzích, **převážně restriktivní, s přejídáním, s přejídáním a kompenzačními mechanismy**. (Papežová, 2012, s. 103)

Ortorexie a drunkorexie – projevy, symptomy a příčiny

Relativně novou a specifickou poruchou je závislost na biopotravínách zvaná **ortorexie**. Značný objem času věnuje ortorektik čtení etiket a studováním ochranných obalů potravin. Pozvolna ze svého jídelníčku vyřazuje jen některé potraviny, postupem času vyřadí vše, co obsahuje konzervanty, modifikované cukry a tuky.

Sledování všech výše vyjmenovaných atributů a následná příprava jídla zabere ortorektikovi veškerý volný čas. Spokojený je pouze ve chvíli, kdy konzumuje svoji bezchybnou stravu. Tady nalézá vnitřní uspokojení a cítí se dobře. Anorexie nebo ortorexie, podobnost čistě náhodná, je ortorexie jiná forma anorexie?

Není tedy tak nepochopitelné, že někteří psychologové inklinují k tomu zařadit ortorexii jako jistou formu anorexie. Na propojení mentální anorexie a ortorexie poukazuje i Krch: „Mentální anorexii charakterizuje především aktivní snaha snižovat nebo jinak omezovat příjem jídla, což může být spojeno s různými argumenty.“ (Krch, 2003, s. 123)

Pro patologickou formu Fraňková přiřazuje termín **orthorexia neurosa**. Kdy se jedinec orientuje jen to, co považuje za zdravé, čisté a nekontaminované, bez éček. Omezuje výběr potravin pouze na ty, které jedinec ze svého racionálního hlediska uznává. Přičemž základem není chuťová preference, jako tomu je u kvalitativních závislostí. Zmiňuje i obsedantní chování v souvislosti s touto diagnózou. Mezi symptomy řadí obsedantně – fobické rysy a složitou přípravu jídla z čerstvých, celozrnných a biologicky čistých potravin. Ortorektik konzumuje pouze to, co ze svého subjektivního pohledu považuje za zdravé a neznečištěné škodlivými látkami a je bez choroboplodných zárodků. Motivem není prvoplánově snížení hmotnosti, ale naprostá kontrola nad svým zdravím a upevněním společenského statusu. (Fraňková a kolektiv, 2013, s. 128)

Autorka dodává, že i adolescent může trpět touto poruchou. Vlivem rodičů, kteří ve snaze předejít civilizačním chorobám, vyloučí ze svého jídelníčku potraviny, které jsou z jejich pohledu zasažené, chemicky ošetřené nebo nejsou dostatečně čisté. Rodiče striktně nastaví rigidní vzorce chování, ty však dítě poškozují ve formě následných zdravotních a psychických problémů. (Fraňková a kolektiv, 2013, s. 128-131)

Kromě ortorexie Papežová dále popisuje jako další diagnózu drunkorexii. Ta se vyznačuje konzumací velkého množství alkoholu a minimálním stravováním. (Papežová, 2018, s. 130-131)

Již v roce 2010 ve své knize upozorňoval Krch na drunkorexii v souvislosti s anorexií. Hlad a chuť k jídlu otupovaná alkoholem, s následným vytvořením si závislosti. Časté pití doplní patřičnou energii, která nahrazuje stravu. Hladovění nebo nízký věk je rizikovým faktorem vzniku této závislosti. (Krch, 2010, s. 183)

Vzhledem k tomu, že klesá věk dětí pijících alkohol, je jen otázkou času, kdy tento typ poruchy příjmu potravy postihne mnou zkoumanou věkovou skupinu dětí.

Obezita jako rizikový faktor PPP

Nejen stoupající počet dospělých lidí s nadváhou a obezitou v naší středoevropské populaci je známou skutečností. Varující je počet dětí a mladistvých potýkajících se s tímto problémem.

Definice podle Aldhoon Hainerové zní: „Obezita je multifaktorově podmíněná porucha charakterizovaná množením tělesného tuku. Je důsledkem integrace genetických dispozic s faktory zevního prostředí.“ (Aldhoon Hainerová, 2009, s. 15)

Pařízková a Lisá uvádí v dospělosti typy obezity:

- Gynoidní – tuk se hromadí v dolní části těla;
- Androidní – tuk v horní části těla. (Pařízková, Lisá, 2007, s. 107)

Následně u dětí školního věku rozdělují autorky typy obezity:

- Primární obezita;
- Sekundární obezita. (Pařízková, Lisá, 2007, s. 107)

Ve školním věku dle autorek převládá **alimentární typ** obezity. Vzniká nerovnováhou mezi příjmem energie a jejím výdejem. Vrstvy tuku jsou rozloženy po celém těle, později se asymetricky rozprostřou podle pohlaví dítěte. (Pařízková, Lisá, 2007, s. 107)

V této souvislosti ještě hovoří o obezitě z dalších příčin:

- Obezita z genetických příčin;
- Syndromy spojené s obezitou;
- Obezita spojená s dalšími endokrinopatiemi;
- Obezita spojená s podáváním vybraných léků. (Pařízková, Lisá, 2007, s. 108-110)

Dle Pařízkové a Lisé zcela původně bylo konzumování velkého množství jídla hlavní příčinnou obezity. Výše uvedené autorky se v současnosti přiklání ke strukturální změně ve složení potravy. Jedná se o zvýšení jednoduchých sacharidů a tuků. S provázaností ve stravování do podvečerních a večerních hodin, s celkově nízkou

školní pohybovou aktivitou i sportováním ve volném čase. Náhradou je trávení času u počítače, televize a videoher. (Pařízková, Lisá, 2007, s. 20)

Papežová uvádí **obezitu prostou**, kdy relativně nadměrný přísun jídla ve vztahu k výdeji energie tvoří pozitivní energetickou bilanci. Jedná se o civilizační nemoc s nadměrnou konzumací vysoce energetické potravy a minimální tělesnou aktivitou. (Papežová, 2018, s. 217)

Problematicky vidí Fraňková množství a rozvoj tuku v dětském těle. Mírná nadváha neznamena obezitu. Jen předpokládá její riziko v provázanosti na chronická onemocnění. Nicméně obezita mění tvar a strukturu dětského těla. Způsobuje ortopedické problémy a deformuje kosterní skelet. (Fraňková a kolektiv, 2015, s. 12-14)

3 RIZIKOVÉ FAKTORY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A OBEZITY

3.1 Rizikové faktory poruch příjmu potravy a obezity

Pokud někdo poukazuje na genetickou dispozici k PPP ženského pohlaví, pak je to Papežová. Dcera a matka, dvě sestry, babička či teta. Matka s diagnózou mentální anorexie či bulimie je hrozbou pro svou dceru ve smyslu špatného výchovného vzoru a nekvalitních jídelních návyků. Matka s rodinou nikdy nejí, eventuálně má odlišnou stravu, či mnohem menší porci. V kombinaci s velkou péčí o vlastní zevnějšek, postavu a váhu je taková matka špatným předobrazem pro svou dceru. A přímo nejlepší startovacím signálem pro spuštění některé z PPP. Pohlaví autorka považuje jako silný rizikový faktor, kdy ženy onemocní častěji než muži, anorexií i bulimií až desetkrát. (Papežová, 2012, s. 33-37)

Jako jeden z faktorů vzniku obezity Pařízková a Lisá vyvozují vrozené genetické předpoklady. Předjímají tělesnou hmotnost a u obezity násobí možnost jejího vzniku. Avšak na morbidní obezitu genetická výbava má vliv minimální. U polygenní formy obezity, kdy geny a jejich mutace ovlivní energetický příjem a výdej, v kombinaci s obezigením prostředím vliv mají. Informace obsažené v činném genu předjímají vznik obezity. (Pařízková, Lisá, 2007, s. 87-88)

Fraňková označuje **genetické faktory, výživu a nízkou pohybovou aktivitu** jako faktory podílející se na vzniku obezity. V prenatální období se formuje nastavení organismu s predispozicemi k obezitě a předškolní věk je nejvhodnější k vyhodnocení prvních predispozic s přesahem do dospělosti. (Fraňková a kolektiv, 2013, s. 148-149)

Aldhoon Hainerová uvádí **prenatální faktory**, jako vrozené sklony k obezitě vznikající v době mezi početím a narozením. **Genetickým** předpokladem pro získání nadváhy v dětství a následně v dospělosti jsou obézní rodiče. Do výčtu rizikových faktorů řadí i **adipozity rebound (AR)**, kdy dítě dospěje k nejnižšímu Body mass indexu a následně stoupá hodnota v důsledku zvyšování hmotnosti a množství tuku v těle. (Aldhoon Hainerová, 2009, s. 32-34)

Poměr mužů a žen u poruchy příjmu potravy MA stanovuje Nevoral, kdy je jeden chlapec na 10-20 dívek. (Nevoral a kolektiv, 2003, s. 249)

3.2 Psychosociální vývojové faktory

Za důležité považuje Fraňková vlastní sebepojetí a uvádí termín Body image, tedy pojetí vlastního těla. Souhrn vnímání a představ o svém fyzickém vzhledu. Zahrnuje celou škálu stanovisek a názorů na velikost těla, proporce, hmotnost i vzhled. Kladný pohled na sebe sama, být si jistý svými kvalitami, jež jsou základem pro dobré zvládnutí náročných životních situací v dalším životě. Z nespokojenosti s vlastním tělem pak pramení nízké sebevědomí s následnou predispozicí k poruchám příjmu potravy. (Fraňková a kolektiv, 2013, s. 133-134)

Některé vlastnosti, rysy či osobní postoje představují dle Papežové větší rizikový faktor pro vznik poruch příjmu potravy. U nemocných je zřetelný perfekcionismus, nadměrná sebekritičnost, a vulnerabilita. Očividná je závislost na druhých lidech. Sebeovládání je jasně viditelné směrem k jídlu. Sebekontrola tak vede k následnému překonání pocitu hladu, jako základní fyziologické potřeby. (Papežová, 2012, s. 20)

Lze souhlasit s Papežovou, kde je perfekcionismus žádoucí, u adolescentů je to škola, u PPP je predikce jejich vzniku. Vysoká snaha, výborné výsledky a bezchybný zevnějšek, znaky perfekcionismu. Nastavení adolescenta – dívka, která se domnívá, že vysokým úsilím ve všech oblastech svého života a případným splněním vysokých požadavků, se jí dostane lásky a pochvaly. (Papežová, 2012, s. 29)

Papežová zmiňuje úlohu aktuálního, vývojového a chronického stresu při vzniku anorexie, bulimie, psychogenního přejídání a obezity. Na stres hůře reagují jedinci, kteří mají narušené vlohy se přizpůsobit. U mentální bulimie je častější aktuální a vývojový stres. Pro následnou léčbu je podstatné porozumět stresu, a podpořit vhodnějšími mechanismy k jeho zvládnutí. (Papežová, 2018, s. 43-50)

Přímou návaznost PPP na způsob péče v rodině a následné chování a vývoj dítěte nelze opominout. Pro další sociální vývoj je nezbytný pevný a kvalitní vztah s oběma rodiči. Zajisté vztah malého dítěte s matkou je nezastupitelný a nenahraditelný, ale druhý rodič zastává úlohu vzoru, se kterým se dítě identifikuje, případně ho bere jako vzor. Deprivované a opomíjené dítě je citlivější na vnější podněty.

Rizikové chování rodičů zmiňují ve své publikaci Procházková a Sladká-Ševčíková, kde popisují dívky, které dostávají pochvalu za hubenost a přísnou životosprávu. Rodinní příslušníci netuší, že je to významný činitel při vzniku nemoci. I přítomnost ekonomické nestability vzbuzuje u dívky dojem nutnosti převzít zodpovědnost za další členy rodiny a jejich potravní potřeby. V kombinaci se sníženou sebedůvěrou vzniká dojem o vlastní neschopnosti s následným sebetrestáním v podobě omezování stravy. Další příčinou vzniku je extrémní zájem členů rodiny o vzezření a zevnějšek, diety a cvičení. Na dítě jsou tak kladeny vysoké nároky a ty podněcují vznik poruch příjmu potravy. (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 43-44)

O sociokulturních faktorech, které mohou mít za následek vznik PPP, hovoří ve své publikaci Nevoral. PPP jsou mnohem četnější ve státech orientovaných na vysoké pracovní nasazení a úspěch ve všech sférách života, a to již od dětského věku. (Nevoral a kolektiv, 2003, s. 250)

Málková a Krch poznamenávají, že na počátku 20. století v souvislosti se sociálně kulturními změnami došlo i ke změně názoru na ideál ženské krásy. Plnoštíhlý vzhled s plnými tvary vystřídal štíhlý až anorektický. Stalo se tak v rámci boje za zrovnoprávnění žen, kdy ostříhané vlasy a potlačené ženské tvary byly znakem rovnoprávnosti s muži. Katechické modelky jsou k vidění na přehlídkových molech a na stránkách prestižních módních časopisů i dnes. (Málková, Krch, 2001, s. 46)

Dále se vyjadřují Málková a Krch ke svobodě těla a následnému otroctví váhy. Popisují tak zvané „osvobození ženy“, které prosazoval pařížský módní návrhář Paul Poiret. Ten představil již v roce 1908 poprvé na světě přirozenou, štíhlou siluetu. Dámy odložily dlouhé sukně, spodničky, stahovací prádlo a korzety. Reálný obraz štíhlého a osvobozeného těla, které tak získalo na společenském významu. Zde je počátek masového užívání diet. Pro mnoho žen se štíhlá postava stává synonymem pro krásu. (Málková, Krch, 2001, s. 46)

Autoři podotýkají, že v období druhé světové války se ideál krásy krátce přiklonil k siluete s plnými tvary. Na konci šedesátých let a počátkem sedmdesátých let dvacátého století opanoval kult krásy anorektické modelky Twiggy s mírami 81-56-81, která při výšce 170 cm vážila 41 kg. Štíhlost začala být spojována se sebekontrolou a úspěchem, s prototypem „nové ženy“, která je schopná spojit

sebekázeň a sexuální osvobození s tradičními hodnotami, jakými jsou přitažlivost a půvab. (Málková, Krch, 2001, s. 46-47)

Trend anorekticky-chlapeckého vzhledu modelek na stránkách módních časopisů a přehlídkových mol přetrvává dodnes. Módním ideálem jsou nejvíce ohroženi snadno zranitelní adolescenti, kteří se mohou domnívat, že kontrola váhy se rovná sebekontrolou a že tak automaticky směřují ke kráse, úspěchu a zdraví.

Alarmující je snižující se věková hranice, kdy Papežová uvádí nespokojené dívky ve věku šesti let, kdy podle jejich subjektivního názoru nedosahují ideálu krásy. Posuzují svůj vzhled s ideálem virtuální reality. Tento je však v reálném životě nedosažitelný. Nereálně dokonalé, krásné a extrémně štíhlé dívky či modelky tak přispívají k prevalenci jídelních poruch. (Papežová, 2012, s. 17)

Faktorem ovlivňujícím obezitu je dle Aldhoon Hainerové prostředí, kdy se mění typově konzumované potraviny a reklama propaguje levné potraviny s velkým obsahem kalorií. (Aldhoon Hainerová, 2009, s. 31-34)

Dalším moderním spouštěčem PPP se staly prostředky masové komunikace, jako je denní tisk, časopisy, televize i internet. Zejména médium audiovizuálního charakteru, televize tvoří nereálný obraz reality. Jsme obklopeni reklamou a je tak vnímána jako součást televizního programu. Prioritním médiem pro současnou generaci dětí je internet. Reklamní spoty jsou vkládány do internetového vysílání, zdůrazňují ideál ženské krásy, módu, různá cvičení i produkty na podporu hubnutí.

Lze souhlasit s názorem Pařízkové a Lisé, podle nichž negativní roli při vzniku obezity hrají sdělovací prostředky. Zde převažují reklamy na slazené nápoje a cukrovinky, zejména výrobky z čokolády a nápoje s vysokým obsahem cukru. Než potraviny zdravotně vhodnější, a to nejen pro tuto zkoumanou věkovou skupinu. (Pařízková, Lisá, 2007, s. 21-22)

Reklama má nesporný vliv na preference a postoje ve vztahu k jídlu. Ovlivňuje děti mnohem mladší, než je mnou zkoumaná skupina. Adolescent bývá konformnější se svým okolím a snadno podlehe vlivu pro něho významného vzoru. Je tak vytvářen velký tlak na dítě, které se nachází v nelehkém období hormonálních změn v pubertě. Tyto děti jsou sociálně vnímavější, citlivější a zranitelnější. Narážky na tělesný vzhled

v kombinaci s nízkou sebedůvěrou, či problémy v rodině mohou následně lehce vyústit ve snahu zlepšit nebo ovlivnit svůj vzhled dietami.

3.3 Důsledky poruch příjmu potravy a obezity

U dětí této věkové skupiny jsou důsledky poruch příjmu potravy tragičtější, jak podotýká Papežová, postihují tělo v období růstu, přičemž ovlivňují negativně vývoj organismu s trvalými následky. Tvoří se kosterní skelet, kalorická **malnutrinace**, ta má za následek nízké hodnoty kostní hmoty, celkově menší vzrůst či zpomalení růstu. Metabolismus je rychlejší, a tak v poměrně krátkém časovém úseku dojde k metabolickému rozvratu, v krajním případě i k selhání životně důležitých orgánů. (Papežová, 2018, s. 140)

Následně autorka poukazuje na nízkou odolnost organismu, udržování tělesné teploty, zmenšení normálně vyvinutého svalu, případně postižení ledvin zaviněné chronickou dehydratací s metabolickými abnormalitami a nevyhnutelnému následnému selhání ledvin. (Papežová, 2018, s. 355)

Důsledkem minimální výživy vedoucí ke zdravotním komplikacím, jak uvádí Fraňková, je osteoporóza, poruchy endokrinního systému či snížená funkce štítné žlázy. Velkým problémem je zkreslené vnímání tělesného schématu, a to speciálně u adolescentů. Narušené vnímání vlastní hmotnosti vede v krajním případě k vyčerpání energetických rezerv a svalové hmoty. (Fraňková a kolektiv, 2013, s. 118-120)

Varující je tvrzení Papežové, kdy konstatuje, že poruchy příjmu potravy a obezita nespočívají pouze v patologickém postoji k příjmu potravy a následný život ohrožujících důsledků. U těchto pacientů přestává fungovat hlad jako biologický signál energetického ohrožení organismu, taktéž je potlačována i bolest. To tedy znamená, že jedinec popírá pud sebezáchovy, neguje signály vlastního těla a ohrožuje tak svoji biologickou existenci. (Papežová, 2018, s. 140)

Papežová dodává, že je nezpochybnitelný vztah mezi obezitou a predispozicí vzniku diabetes, oběhových potíží, tumorů a psychiatrických diagnóz. (Papežová, 2018, s. 195)

Nárůst počtu klientů i výdajů za léčbu uvádí Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, kdy každoročně vyčísluje náklady na léčbu psychiatrických pacientů.

„V roce 2020 se nejvíce klientů VZP léčilo s neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami neboli neurózami doprovázenými například vysokou mírou úzkosti. S touto diagnózou se vloni léčilo téměř 230 tisíc klientů VZP, tj. o 8 % víc než v roce předchozím. Náklady na jejich péči byly skoro 1,5 mld. Kč. Výrazněji také stoupl počet pacientů se syndromy poruch chování a depresemi.“ Počet pacientů a následné náklady na jejich léčbu jsou uvedeny v tabulce níže. (VZP ČR, 2021, online)

Tabulka 3: Pacienti s psychickými problémy

	Počet pacientů			Náklady v tisících Kč		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Schizofrenie	36 256	35 993	35 673	2 164 684	2 291 898	2 433 904
Manická fáze	739	723	720	9 585	9 308	10 749
Bipolární afektivní porucha	6 790	6 804	6 753	162 786	169 417	182 851
Deprese	68 605	71 037	76 405	581 444	621 765	674 194
Perzistentní afektivní poruchy	3 315	3 288	3 140	18 203	19 286	18 691
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	204 458	212 476	229 210	1 227 882	1 319 486	1 437 555
Syndromy poruch chování	19 093	20 755	23 747	90 433	96 718	115 729
Celkem	339 256	351 076	375 648	4 255 017	4 436 274	4 527 878

(VZP ČR, 2021, online)

3.4 Protektivní faktory a možnosti prevence

Rodina v nejužším slova smyslu, kterou pro dítě tvoří rodiče a prarodiče, je nejdůležitější pro celkový vývoj dítěte. Zejména v období předškolním, kdy se tvoří základní návyky, postoje a dítě si utváří hodnotový systém včetně hodnoty sebe samého. Zdravé sebevědomí, potřeba pochvaly a neustálé podpory okolí je tím nejlepším činitelem prevence poruch příjmu potravy a obezity.

Prvotním dle vyjádření Papežové je přiznání si problému jednak nemocné, tak i celé její rodiny. Jsou známy případy, kdy rodina z obav o stigmatizaci zakazuje dítěti vyhledat odbornou pomoc. Nutností je však oddělení patologického chování

od pubertálního či indispozičního chování, kde je následná motivace ke změně. (Papežová, 2012, s. 124-127)

Papežová člení prevenci poruch příjmu potravy na:

- **Primární** - rodina a její vztah k jídlu a stolování;
- **Sekundární** - zaměřuje se na obézní děti a mládež, která se nadměrně zabývá dietami a zdravým životním stylem;
- **Terciární** - návrat poruchy případně nemoci, která byla v klidu, eliminace negativních jevů na pokračující pokolení. (Papežová, 2018, s. 143-144)

Pařízková Lisá doporučují zapojení celé rodiny do nových nejen stravovacích návyků. Zdravý způsob života a pravidelný režim prospěje celé rodině. Chválení dítěte za každý, byť i malý pokrok, je nutností. Pochvalou si dítě buduje sebedůvěru, ať se jedná o dítě s anorexií či dítě obézní. (Pařízková, Lisá, 2007, s. 198)

Rodinu jako sociální oporu uvádí i Lašek, která navozuje příjemné pocity, sympatie, pocit lidské sounáležitosti u dítěte v situacích, kdy samo pociťuje nedostatek vlastních sil i tam, kde selhávají copingové mechanismy. Oporu dělí na anticipovanou, očekávanou a získanou pojící se s určitou zkušeností. (Lašek, 2011, s. 109)

Další důležitou prevencí v boji proti PPP je škola. Tuto prevenci připomíná Emmerová, kdy „dominantné postavenie v prevencii by mala zohrávať škola“. Nejen nespecifická prevence, ale především specifická prevence se zaměřením na prevenci poruch příjmu potravy. Uskutečnění profylaxe je sice dlouhodobá, ale účinná podoba prevence. Kladně hodnotí ve Slovenské republice realizovaný projekt projektu „Chut' žiť“. Konkrétně zaměřený program na poruchy příjmu potravy. Upozorňuje na souběžnou primární prevenci se souvislými a ucelenými programy, které naučí žáky kvalitně komunikovat, zvládnout stres a konflikty. Budují jejich zdravou sebedůvěru. (Pediatrie pro praxi, 2019, s. 24-26)

Neopomenutelnou se ve výčtu stává i velká škála léčebných postupů i terapií. Procházková a Sladká-Ševčíková vytyčují tři cíle: věnovat pozornost zdravotním problémům, terapie se zaměřením na příčinu nemoci a terapie na špatné jídelní návyky. Denní stacionář je alespoň pro začátek nejúčinnější, klient ale musí mít zájem o léčbu. V ambulantní péči je primárním cílem vytvoření správného jídelního režimu.

Zbytek je na pacientovi a jeho svobodné vůli, zda tuto metodu podpoří i jinou lékařskou cestou (zejm. terapií). V dnešní době existují i svépomocné skupiny, které mají za úkol stimulaci, oporu, odbourání separace a izolace od okolního světa.

Na trhu jsou také běžně dostupné svépomocné manuály, rady a motivace pro klienty v období, kdy nemají zájem o osobní setkávání. Další možností je i rodinná terapie či „více rodinná terapie“, což je roční kurz za účasti pěti až šesti rodin. Mezi méně známé ale vyhledávané možnosti patří psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie, která vede k pochopení vzniku nemoci se všemi jejími kontexty. Dále psychofarmakologie, nutriční terapie a kognitivně behaviorální terapie.

Pokud však žádná z výše uvedených metod nezabírá, je nutné co nejdříve vyhledat ve stavech ohrožujících život hospitalizaci. Odborná péče poskytovaná v docházkovém režimu nevykazuje zlepšení. (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 54-59)

Není jediný univerzální postup při léčbě poruch příjmu potravy a obezity. Papežová v současnosti hovoří o nutnosti týmové a mezioborové spolupráce. Sám nemocný se zaměřuje pouze na jednu oblast problému, a tím je například jídlo. Není sám schopný správně aplikovat nové podněty a informace. V některých případech je přehlíží nebo odmítá. (Papežová, 2012, s. 22)

Osamocení vede k demoralizaci, proto podpůrná setkání kladně hodnotí Papežová, podle které jsou správnou cestou k návratu. Nejsou žádná všeobecná pravidla. Anorexie a bulimie trvá v průměru 5 let a třetina onemocnění až 10 let s přechodem do chronického stádia. Stanovení adekvátních hranic a cílů je protektivním činitelem případné remise PPP. (Papežová, 2012, s. 143-145)

4 EXPERIMENTOVÁNÍ S JÍDELNÍM CHOVÁNÍM U ŽÁKŮ ZŠ PARDUBICE

4.1 Výzkumný cíl a hypotézy

Rizikové chování v adolescenci zahrnuje celou škálu projevů, které souvisí také s experimentováním v oblasti jídelního chování. V kombinaci s psychickými vlastnostmi jedince, školním a rodinným stresem může experiment způsobit rozvoj poruch příjmu potravy. PPP můžeme shodně s Krchem považovat za nejčastější a nejzávažnější problémy dospívajících. (Pediatrie pro praxi, 2016, online)

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky neustále vykazuje rostoucí tendenci výskytu PPP. (ÚZIS, 2018, online)

Již v roce 2010 zahrnuje Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) do základních forem rizikového chování, spektrum poruch příjmu potravy. (MŠMT, 2010, online)

I Dolejš potvrzuje, že se jedná o rizikové chování „...které se objevuje nejčastěji u dívek navštěvujících základní a střední školu.“ (Dolejš, 2010, s. 78)

Cílem výzkumného šetření je:

- 1) zmapovat výskyt experimentování s jídelním chováním na vybrané ZŠ a ověřit;
- 2) vztahy mezi vybranými osobnostními vlastnostmi ovlivňujícími experiment s jídelním chováním.

Shodně s prostudovanou literaturou a výzkumnými cíli byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Více než 12 % žaček experimentuje s jídelním chováním.

V ambulantních zařízeních bylo v roce 2017 léčeno s některou z diagnóz spektra poruch příjmu potravy téměř 12 % mladších 14 let a necelých 32 % ve věku 15–19 let. (ÚZIS, 2018, online)

H2: V experimentu s jídelním chováním se nejčastěji vyskytuje restriktivní chování (držení diet bez kontroly zdravotníků)

Fraňková uvádí, že jakákoliv dieta může být cestou k poruchám příjmu potravy a také může zhoršit celkový zdravotní stav jedince. (Fraňková a kolektiv, 2013, s. 118)

Dle Krcha je držení redukčních diet mezi dospívajícími normální záležitostí. (Krch, 2010, s. 58-59)

H3: Vyšší hodnoty depresivity souvisejí se závažnějšími projevy experimentu s jídelním chováním

Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků poukazuje na souvislosti mezi experimentem s jídelním chováním a depresí, případně sebepoškozujícími až sebevražednými sklony. (Kalman, Sigmund a Sigmundová a kol., 2011, online) Procházková a Sladká-Ševčíková uvádějí, že u všech typů PPP je pro prožívání charakteristická úzkost, deprese a opakovaná podrážděnost. (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 15) Podle Dolejše vyšší míra psychického stresu v adolescenci také souvisí s depresivitou, úzkostí a hostilitou. (Dolejš, 2010, s. 57)

Goetz uvádí, že se u dívek deprese vyskytuje dvakrát častěji než u chlapců. (Goetz, 2005, online)

H4: Nižší spokojenost souvisí se závažnějšími projevy experimentu v oblasti jídelního chování

Dle Papežové riziko PPP roste při spojení nízkého sebevědomí a nespokojenosti s vlastním tělem. (Papežová, 2012, s. 141)

S tělesnou nespokojeností, jak uvádí Krch, přímo souvisí symptomy deprese, které mohou vést k PPP. A spokojenost u mužů i u žen koreluje s pozitivním hodnocením a celkového zdravotního stavu. (Krch, 2010, s. 188-189)

4.2 Výzkumný soubor a procedura

Výzkumné šetření proběhlo v měsících září - říjen 2021, bylo realizováno na ZŠ v Pardubicích. Sběr dat sloužil jako podklad programu prevence obezity a PPP.

Výzkumný soubor tvořili žáci 2. stupně ZŠ. Po předchozí konzultaci s učiteli a s ohledem na celospolečenskou situaci jsem dotazníky předala učitelé daného předmětu. Účastníci dotazníkového průzkumu vyplňovali papírovou formu dotazníků během předmětu Výchova ke zdraví. Po rozdání měli respondenti na vyplnění 45 minut, tedy jednu vyučovací hodinu. Celkem bylo rozdáno 176 dotazníků a návratnost činila 100%.

Průměrný věk respondentů byl 12,5 let. Shodně s prostudovanou literaturou je výzkumný soubor omezen na dívky.

Zpracování dotazníků proběhlo v souladu s požadavky GDPR a zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

4.3 Popis použitých výzkumných metod

Pro výzkum byla zvolena kvantitativní metoda s využitím standardizovaných dotazníků: EAT-26 Test jídelních postojů, CDI Sebeposuzovací škála depresivity.

EAT-26 Test jídelních postojů

Test jídelních postojů je dotazník vytvořený autory Garnerem a Garfínkelem v roce 1979, obsahuje 26 položek, které popisují jídelní postoje, jídelní chování a vztah k svému tělu. Položky jsou rozděleny do tří subškál – dietní chování, bulimické chování a orální kontrola. Respondenti odpovídají na šestibodové škále (vždy, velmi často, často, někdy, zřídka, nikdy). Celkové skóre je součtem skóre všech položek.

Kromě celkového skóre jídelní postoje hodnotíme v rámci dílčích škál. Skóre 20 bodů a více v testu EAT-26 autoři považují za kritické. V těchto případech by měl respondent vyhledat odbornou pomoc (vyloučení nebo potvrzení přítomnosti poruchy příjmu potravy). (EAT-26, 2017, online)

Papežová uvádí, že je tento dotazník citlivá screeningová metoda, která umožňuje odhalit rizika poruch příjmu potravy na školách. (Papežová, 2018, s. 35-36)

EAT-26 obsahuje 5 položek, které se týkají jídelního chování. Popisují možné projevy PPP nebo výraznou ztrátu hmotnosti za období 6 měsíců. Respondenti odpovídají

jednotlivá tvrzení na šestibodové škále (nikdy, 1 za měsíc nebo méně, 2 až 3krát za měsíc, 1krát týdně, 2 až 6krát týdně, jednou denně a více). (EAT-26, 2017, online)

CDI Sebeuposuzovací škála depresivity

Dotazník CDI (Childens' s depression Inventory, M. Kovacs). Autorem české mutace dotazníku je M. Preiss. Dotazník depresivity měří aktuální stav jedince nebo jeho změny. CDI obsahuje 5 subškál: 1. špatná nálada (6 položek), 2. interpersonální potíže (4 položky), 3. nevykonnost (4 položky), 4. anhedonie (8 položek) a 5. snížené sebehodnocení (5 položek). Dotazník obsahuje celkem 27 položek, v každé položce respondenti odpovídali volbou mezi třemi možnostmi. U vyhodnocení se sčítají body v jednotlivých subškálách s využitím šablony. Nula znamená absenci symptomu, jednička značí mírné projevy symptomu a číslo dvě ukazuje výrazné projevy depresivního ladění. Kromě celkového výsledku depresivity lze hodnotit i skóre subškál. Výrazně vysoké skóre v dotazníku znamená zvýšené riziko problému.

4.4 Výsledky a diskuse

4.4.1 BMI jako rizikový faktor PPP

Z hlediska rizika obezity a PPP nás zajímala distribuce hodnot BMI u souboru žákyň 2. stupně. Nízká hmotnost může signalizovat tzv. restriktivní chování – držení diet bez kontroly zdravotníků. Tabulka 4 ukazuje rozdělení hmotnosti podle BMI.

Tabulka 4: Rozdělení hmotnosti respondentů podle BMI (n=176)

Kategorie	Percentil	Počet	%
Nízká hmotnost	10 a méně	18	10,22
Střední hmotnost	10-90	120	68,18
Nadměrná hmotnost	90-97	23	13,07
Obezita	97 a více	15	8,53

Zdroj: vlastní zpracování

Výpočet BMI pro děti a dospívající se provádí podle stejného vzorce jako pro dospělé (tj. $BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$). Následně Pařízková a Lisá uvádí že v průběhu vývoje se mění hmotnost a výška jedince. BMI dítěte je interpretováno ve vztahu k ostatním

dětem stejného pohlaví a věku. BMI pro děti a dospívající se počítá podle percentilu, zvláště pro chlapce a dívky. (Pařízková, Lisá, 2007, s. 14-46)

Obezitu u dospívajících hodnotí percentilem BMI nad 97. Nadměrná hmotnost je v rozmezí 90-97 (nadváha) a nízká hmotnost je pod percentilem 10 a níže. Hodnoty BMI jsou zohledněny podle věku a pohlaví jedince. Jedinci s hodnotami BMI v rozmezí 75-90 mají zvýšenou hmotnost a jedinci v rozmezí 25-10 mají sníženou hmotnost. (Pařízková, Lisá, 2007, s. 14-46)

Vyšší hodnoty BMI u chlapců dle Procházkové a Sladké-Ševčíkové nemusí znamenat jednoznačně podíl tukové složky, v tomto období se více zaměřují na zvýšení svalové hmoty, dívky vykazují zájem o hmotnost. (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017, s. 13)

Dle Krcha s rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá u dospívajících nespokojenost s tělem a také nebezpečí redukčních diet, zejména u dívek. (Krch, 2010, s. 58)

Výsledky u našeho souboru kopírují aktuální trendy výskytu obezity a PPP v dětské populaci. Z celkového počtu respondentek má 68,18 % střední hmotnost (ideální váhu), 10,22 % má nízkou hmotnost, 13,07 % má nadměrnou hmotnost, u 8,53 % respondentek byla zjištěna obezita. Výskyt nízké hmotnosti u 10,22 % dívek (18) poukazuje na možný výskyt restriktivního chování u dívek

4.4.2 Výskyt experimentu s jídelním chováním u souboru adolescentů

Pro zhodnocení závažnosti experimentování s jídelním chováním se postupovalo podle skórovacího systému EAT-26 (viz příloha B). Nejprve si uvedeme celkové skóre EAT-26, které nám ukáže kolik procent žáků má narušené jídelní chování. Dále si uvedeme četnost odpovědí celkového testu EAT-26, abychom posoudili, jaká konkrétní rizika jídelního chování se u respondentů objevovala nejčastěji. Následně si ukážeme u žáků ZŠ výsledky behaviorálních projevů indikující možné symptomy poruch příjmu potravy za posledních 6 měsíců.

Tabulka 5: Distribuce celkového skóre EAT-26 u žáků (dívek) ZŠ (n = 176)

Skóre EAT-26	Počet	%
méně než 20	155	88,06
20 a více	21	11,93

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 5 zjištěno celkové skóre EAT-26 u žákyň 2. stupně ZŠ. Hodnoty skóre 20 a více nám ukazují na možnost poruch jídelního chování. Z celkového počtu 176 respondentů bylo u **21** dívek (**11,93 %**) zjištěno narušené jídelní chování a postoje, které zvyšují riziko rozvinutí poruch příjmu potravy. 88 % žákyň nevykazuje narušené jídelní chování, nízké skóre EAT-26 však vyžaduje pomoc odborníka v případech, kdy jedinec subjektivně trpí a jídelní chování negativně ovlivňuje jeho každodenního fungování.

Tabulka 6 ukazuje v této souvislosti položky dotazníku s nejvyšším zastoupením (položky popisují neadekvátní postoje týkající se jídelního chování). Odpověď vždy (3 body) je nejrizikovější, odpovědi občas, zřídka či nikdy jsou dle skóre EAT-26 hodnoceny 0 body.

Tabulka 6: Procentuální znázornění odpovědí testu EAT-26 u žáků ZŠ (n = 176)

	Vždy	Velmi často	Často	Občas Zřídka Nikdy
1.Mám hrůzu z nadváhy.	8,8 %	7,2 %	8,4 %	75,7 %
11.Myslím na to, jak být štíhlejší.	8,8 %	10 %	7,6 %	73,7 %
12.Když cvičím, myslím na to, jak spaluji kalorie.	8,4 %	9,6 %	9,2 %	72,9 %
14.Zabývám se myšlenkou, že mám na těle tuk.	8,4 %	7,6 %	7,2 %	76,9 %
15.Jíst mi trvá déle než ostatním.	8,4 %	4,8 %	6,4 %	80,5 %
8.Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl(a) více.	6,4 %	6,8 %	11,2 %	75,7 %
13.Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubený(á).	6,0 %	8,4 %	11,6 %	74,1 %
6.Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.	4,8 %	9,6 %	11,2 %	74,5 %
20.Mám pocit, že mě ostatní nutí do jídla.	4,4 %	3,2 %	6,4 %	86,1 %
22.Po tom, co sním sladkosti, se cítím nepříjemně.	4,0 %	4,4 %	6,8 %	84,9 %
24.Líbí se mi, když mám prázdný žaludek.	3,6 %	2,0 %	5,2 %	89,2 %
29.Ohledně jídla se kontrolojuji.	3,2 %	4,0 %	12 %	80,9 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska možného rizika poruch příjmu potravy jsou důležité další položky EAT-26, které se týkají jídelního chování. Dle návodu již indikují symptomy poruch příjmu potravy, včetně výrazné ztráty hmotnosti za období 6 měsíců.

Tabulka 7: Procentuální znázornění odpovědí testu behaviorálního chování EAT-26 u žáků ZŠ (n = 176)

Za posledních 6 měsíců:	Nikdy	Jednou za měsíc	2 až 3krát měsíčně	Jednou týdně	2 až 6krát týdně	Jednou denně a více
1.Měla jsem záchvat přejídání s pocitem, že nemůžu přestat jíst.	80,9 %	12,4 %	4,0 %	0,7 %	1,2 %	0,8 %
2.Vyvolala jsem si zvracení (nevolnost) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla.	89 %	3,8 %	5,0 %	1,8 %	0,4 %	0 %
3.Užila jsem projímadla, pilulky na hubnutí nebo diuretika (látky zvyšující vylučování vody močí) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla.	88,4 %	8,6 %	2,4 %	0 %	0,6 %	0 %
4.Cvičila jsem více než 60 minut s cílem snížit nebo udržet si váhu.	48,6 %	15,8 %	6,2 %	11 %	14 %	4,4 %
5.Zhubla jsem za posledních 6 měsíců 10 kilogramů nebo více.	(21) 11,93 % ANO			(155) 88,06 % NE		

Zdroj: vlastní zpracování

Z uvedených výsledků vyplývá, že za posledních 6 měsíců rizikově experimentovalo s jídelním chováním **11,93 %** dívek. Dle EAT-26 by tyto dívky měly vyhledat odbornou pomoc, která se specializuje na léčbu poruch příjmu potravy. Zbýlých 88,06 % dívek za posledních 6 měsíců rizikově neexperimentovalo s jídelním chováním. Novým faktorem jídelního rizikového chování je bezesporu cvičení za účelem redukce hmotnosti.

4.4.3 Vztah deprese a experimentu s jídelním chováním

Dle Kabíčka, depresivní symptomatologie v dětství a adolescenci je většinou odborníků spojována s různými projevy rizikového chování. V literatuře je nověji používán pojem syndrom rizikového chování v adolescenci. (Kabíček, 2014, s. 32) Depresivita v dětském věku a adolescenci představuje jeden z rizikových faktorů experimentu s jídelním chováním. Průměrná hodnota depresivity u dívek je 14,64 (Smodch =2,8). Zjištěná hodnota odpovídá české normě CDI. Pro zjištění vztahů mezi depresí a experimentem s jídelním chováním byl použit párový (Pearsonův) korelační koeficient r . Jedná se o součin směrodatných odchylek obou proměnných. Korelační koeficient může dosahovat hodnot od -1 do 1. Tabulka 8 uvádí výsledky korelační analýzy mezi subškálami CDI a EAT-26.

Tabulka 8: Korelace mezi depresí a experimentem s jídelním chováním u dívek ($n = 176$)

	DEP	EAT	DCH	BCH	ORK
Deprese	1				
Experiment s jídelním chováním	0,40**	1			
Dietní chování	0,34**	0,86**	1		
Bulimické chování	0,28**	0,66**	0,40**	1	
Orální kontrola	0,45**	0,67**	0,27**	0,34**	1

Zdroj: vlastní zpracování

Vysvětlivky: DEP = celková deprese, EAT = Experiment s jídelním chováním, DCH = dietní chování, BCH = bulimické chování, ORK = orální kontrola, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01

Tabulka 8 ilustruje zjištěné statisticky významné vztahy mezi depresivním laděním (celková hodnota deprese) a experimentem s jídelním chováním. Statisticky významné vztahy ukazuje celková míra depresivity, která kladně koreluje s celkovým skóre EAT-26 ($r = 0,40^{**}$), dále s dietním chováním ($r = 0,34^{**}$), bulimickým chováním ($r = 0,28^{*}$) a s orální kontrolou ($r = 0,45^{**}$). Vyšší hodnoty depresivity souvisejí s extrémnějšími postoji k jídelnímu chování a závažnějším experimentováním s jídelním chováním. Experiment může být společně s osobnostními vlastnostmi rizikovým faktorem spektra PPP. Poruchy jídelního chování v adolescenci mohou být, obdobně jako v dospělosti, ovlivněny převažujícími negativními emocemi a expozicí akutního nebo chronického stresu. Nadměrná

konzumace jídla i restriktivní chování mohou být maladaptivním kompenzačním mechanismem zvládnání zátěže a stresu.

Pro podrobnější analýzu negativního prožívání byly shodně s literaturou použity subskály dotazníku CDI, které korespondují s celkovou depresí tabulka 9.

Tabulka 9: Korelace mezi subskálami CDI a experimentem s jídelním chováním u dívek (n = 176)

	A	B	C	D	E	EAT
Špatná nálada	1					
Interpersonální potíže	0,59**	1				
Nevýkonnost	0,53**	0,45**	1			
Anhedonie	0,59**	0,50**	0,54**	1		
Snížené sebehodnocení	0,71**	0,56**	0,57**	0,63**	1	
Experiment s jídel. chováním	0,54**	0,34**	0,25*	0,34**	0,36**	1

Zdroj: vlastní zpracování

Vysvětlivky: A = špatná nálada, B = interpersonální potíže, C = nevýkonnost, D = anhedonie, E = snížené sebehodnocení, EAT = experiment s jídelním chováním, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Tabulka 9 popisuje zjištěné statisticky významné vztahy mezi negativním prožíváním a experimentem s jídelním chováním. Statisticky signifikantní vztahy byly zjištěny mezi celkovým skórem EAT-26 a položkami CDI. Experiment s jídelním chováním kladně koreluje s **špatnou náladou (r = 0,54**)**, **sníženým sebehodnocením (r = 0,36**)**, **interpersonálními potížemi (r = 0,34**)**, **s nevýkonností (r = 0,25*)** a **s anhedonií (r = 0,34**)**. Na základě těchto výsledků můžeme popsat tyto trendy. K problémovému/rizikovému jídelnímu chování více inklinují jedinci se špatnou náladou, převažující anhedonií a negativním sebehodnocením. Svou roli také hrají interpersonální potíže a nevýkonnost.

Převažující negativní prožívání vyjádřené špatnou náladou, interpersonálními potížemi, nevýkonností, anhedonií a sníženým sebehodnocením souvisejí se závažnějším experimentem s jídelním chováním. U našeho souboru špatná nálada koreluje s **interpersonálními problémy (r=0,59**)**, s **nevýkonností (r=0,53**)**, s **sníženým sebehodnocením (r=0,71)** a **experimente s jídlem (r=0,54)**.

Dle EAT-26 jsou nespokojenost s tělem a snahy zhubnout základními příznaky jídelní poruchy. V našem případě tento vztah potvrzuje korelace mezi sníženým

sebehodnocením a experimentem s jídelním chováním ($r=0,36^{**}$). (EAT-26, 2019, online)

Roli nízkého sebevědomí a PPP potvrzuje také Papežová, výraznou roli zde hraje nespokojenost s vlastním tělem. (Papežová, 2012, s. 141)

Krch zmiňuje, že s nespokojeností přímo souvisí symptomy deprese, např. pocity viny, ztráta sebedůvěry, pocity beznaděje a nepotřebnosti. U mužů i žen pozitivně koreluje nespokojenost s tělem s přáním zhubnout, s dietním chováním, častým cvičením a rostoucí frekvencí přejídání. Nespokojení muži mají signifikantně vyšší sklon k dietám a celkově narušené jídelní postoje a chování než spokojení muži. Spokojenost u mužů i u žen koreluje s pozitivním hodnocením celkového zdravotního stavu. (Krch, 2010, s. 59)

4.4.4 Souhrn

Na základě výsledků výzkumného šetření můžeme stručně zhodnotit stanovené hypotézy.

H1: Více než 12 % žaček experimentuje s jídelním chováním. Z distribuce hodnot BMI u souboru dívek ($n=176$) vyplývá, že 11,93 % trpí podváhou, jednou z příčin může být restriktivní chování. Oproti tomu 88 % žákyň nevykazuje symptomy problémového jídelního chování. **H1 se nepotvrdila.**

H2: V experimentu s jídelním chováním se nejčastěji vyskytuje restriktivní chování (držení diet bez kontroly zdravotníků). Procentuální zastoupení odpovědi testu behaviorálního chování EAT-26 ukázalo, že nejčastější poruchou není restrikce ale nadměrné cvičení. Dle zjištěných četností u sooru můžeme uvažovat o určitém trendu k bigorexii. Projevy restrikce byly méně závažné. **H2 se nepotvrdila.**

H3: Vyšší hodnoty depresivity souvisejí se závažnějšími projevy experimentu s jídelním chováním. Výsledky korelační analýzy potvrdily očekávané vztahy mezi adolescentní depresí a experimentem s jídelním chováním. Hodnoty r se pohybovaly v intervalu 0,45 – 0,34. **H3 se potvrdila.**

H4: Nižší spokojenost souvisí se závažnějšími projevy experimentu v oblasti jídelního chování. Pro objektivizaci nespokojenosti byl shodně s literaturou zvolen

subtest špatná nálada. Výsledky korelační analýzy potvrdily očekávané vztahy mezi špatnou náladou a interpersonálními potížemi ($r=0,59$), nevykonností ($r=0,53$), sebehodnocením ($r=0,71$) a experimentem s jídelním chováním ($r=0,54$).

H4 se potvrdila.

ZÁVĚR

Bakalářská práce nastínila okruh problémů související s jídelním chováním u adolescentů a provázanost experimentu s jídelním chováním a poruch příjmu potravy.

Období adolescence je charakteristické řadou změn v oblasti psychické, fyziologické i sociální. Tato životní etapa může dítě uvést do negativních stavů či situací které vyžadují pomoc a podporu nejen ze strany nejbližších rodinných příslušníků.

Teoretická část předložila poznatky o problematice poruch příjmu potravy v období adolescence a jejím propojením do dětské deprese. Práce nejprve popsala vývojové zvláštnosti tohoto období a následně zmínila depresi a adolescentní depresi. Obsáhle se věnovala sebepoškozování dětí v adolescenci, které následně může vyústit v suicidální chování. Vzhledem k tématu bylo zmíněno jídelní a potravní chování. Další část je věnována klasifikaci a diagnostickým kritériím poruch příjmu potravy. S podrobným popisem jednotlivých poruch, jejich projevy, symptomy a příčinami. Teoretickou část uzavírají rizikové faktory a protektivní faktory s možností prevence. V posledním desetiletí se dlouhodobě zvyšuje trend výskytu poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících. V návaznosti na syndrom rizikového chování v adolescenci se vyskytuje i v jídelním chování v návaznosti na osobnost, školní stres a jiné faktory. V konečném důsledku může vyústit u rozvinutí poruch příjmu potravy různé závažnosti, Z tohoto důvodu je vhodný včasný screening zejména v rané adolescenci dětí.

Touto tematikou se velmi obsáhle a podrobně zabývá Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2019-2027 která vychází z vyhodnocení Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013-2018. Uvádí i Specifickou primární prevenci rizikového chování, aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků.

Teoretická část podala dostatečný informace a podklad pro přistoupení k výzkumnému šetření.

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat výskyt experimentování s jídelním chováním na vybrané škole. A ověřit vztahy mezi vybranými osobnostními vlastnostmi ovlivňujícími experiment s jídelním chováním.

Výzkumné šetření proběhlo na Základní škole v Pardubicích a bylo zaměřeno na věkovou skupinu adolescentních dívek. Výsledky výzkumu byly vypočítány na základě získaných údajů z dotazníkového šetření. V mojí Bakalářské práci byl použit kvantitativní výzkum, jehož přímým nástrojem byli dotazníky EAT-26 - Test jídelních postojů a CDI - Sebeuposuzovací škála depresivity. Odhalovali jsme výskyt experimentu s jídelním chováním u žáků základních škol. A zjišťovali jsme závažnost depresivního ladění. Následně jsem za pomoci korelace ověřovala, zda vyšší hodnoty depresivity souvisejí se závažnějším experimentováním jídelním. Z uvedených výsledků vyplývá, že za posledních 6 měsíců rizikově experimentovalo s jídelním chováním 11,93 % dívek. Dle EAT-26 by tyto dívky měly vyhledat odbornou pomoc, která se specializuje na léčbu poruch příjmu potravy. Tedy nižší spokojenost souvisí se závažnějšími projevy experimentu v oblasti jídelního chování. A vyšší hodnoty depresivity souvisejí se závažnějšími projevy experimentu s jídelním chováním. Dvě ze čtyř hypotéz byly potvrzeny. Myslím si, že klíčové informace z teoretické části a výsledky průzkumu mohou použít pedagogičtí pracovníci jako jsou výchovní poradci na základních školách. Včasné odhalení experimentu napomůže redukci plného rozvinutí poruch příjmu potravy.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ALDHOON HAINEROVÁ, Irena. *Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, ©2009. 114 s. Novinky v medicíně; sv. 3. Jessenius. ISBN 978-80-7345-196-7.

BĚLÍK, Václav a kol. *Slovník sociální patologie*. Vydání 1. Praha: Grada, 2017. 120 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0599-1

ČEŠKOVÁ, Eva a PŘIKRYL, Radovan. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, ©2013. 143 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.

DOLEJŠ, Martin. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 189 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2642-6

DUDOVÁ, Iva. Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, 8(1), 29-31. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/07.pdf>

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

EMMEROVÁ, Ingrid. Poruchy příjmu potravy u dětí a mládeže a možnosti preventivního pôsobenia. *Pediatric pro praxi*. 2019, 20(1), 24-26. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/archiv.php>

FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1.

FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.

FRANĀKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. *Dítě s nadváhou a jeho problémy*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0797-9.

GARNER, M. David. *Eating Attitudes Test – EAT-26* [online]. EAT-26, 2017 [cit. 17.11.2021]. Dostupné z: <https://www.eat-26.com>

GOETZ, Michal. Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*. 2005, **6**(6), 287-290. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>

HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

KABÍČEK, Pavel a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014. 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

KALMAN, Michal, SIGMUND, Michal, SIGMUNDOVÁ, Dagmar, HAMŘÍK, Zdeněk, BENEŠ, Luděk, BENEŠOVÁ, Dana a CSÉMY, Ladislav. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků* [online]. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011 [cit. 17.11.2021]. ISBN 978-80-244-2985-4. Dostupné z: https://www.olympic.cz/financovani/docs/HBSC_2010_narodni_zprava_o_zdravi_a_zivotnim_stylu_deti_a_skolaku_offline.pdf

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Deprese a suicidální jednání v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*. 2018, **19**(1), 12-15. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/archiv.php>

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi*. 2016, **17**(4), 238-239. ISSN 1213-0494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2016.054

KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008. Psyché. ISBN 978-80-247-2333-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 138 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4007-2.

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

LAŠEK, Jan. *Sociální psychologie II*. Vyd. 3. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-116-7.

MÁLKOVÁ, Iva a KRCH, František David. *SOS nadváha*. 2., přeprac. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-0

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, 2010. (Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28): Příloha č. 3 Poruchy příjmu potravy. MŠMT [online]. Praha, 2010 [cit. 17.11.2021]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/>

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017-2018. 3 svazky. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné také z: <http://uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-443-8.

NEVORAL, Jiří. *Výživa v dětském věku*. Jinočany: H & H, 2003. ISBN 80-86022-93-5.

OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. 430 stran. Psyché. ISBN 978-80-271-2529-6.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 424 s., vi s. barev. obr. příl. Psyché. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.

- PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 607 stran. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
- PAŘÍZKOVÁ, Jana a Lidka LISÁ. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-246-1427-4.
- POLÁCH, Ladislav a kol. *Příručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance*. Vydání první. Bílovice: SYMEDIS PRO, [2016], ©2016. 197 stran. ISBN 978-80-906230-0-2
- PRAŠKO, Ján a LÁTALOVÁ, Klára. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
- PROCHÁZKOVÁ, Lenka a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Vydání první. [Praha]: Pasparta, [2017], ©2017. 97 stran. ISBN 978-80-88163-46-6
- PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje*. Vydání 1. Praha: Grada, 2016. 293 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-5452-9.
- RABOCH, Jiří et al. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2008. 158 s. ISBN 978-80-7262-586-4.
- RABOCH, Jiří et al. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2008. 158 s. ISBN 978-80-7262-586-4.
- RABOCH, Jiří, ed. et al. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. První české vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015. liv, 1032 stran. ISBN 978-80-86471-52-5
- ROZSÍVALOVÁ, Eva. *Sebepoškozování v dětství a dospívání. Pediatrie pro praxi*. 2015, 16(6), 392-394. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/archiv.php>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VAŠUTOVÁ, Maria. *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. 278 s. ISBN 80-7042-691-8.

VAŠUTOVÁ, Maria a kol. *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Vyd. 1. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2013. 137 s. ISBN 978-80-7464-125-1.

ÚŘAD ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Statistické výstupy. *Péče o pacienty s poruchou příjmu potravy v letech 2011–2017* [online], Praha: ÚZIS, 2018 - [vid. 2021-11-17]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8150>

ÚŘAD ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Významná témata a analýzy. *Poruchy příjmu potravy* [online], Praha: ÚZIS, [vid. 2021-11-17]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--vyznamna-temata--poruchy-prijmu-potravy>

ÚŘAD ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Významná témata a analýzy. *Zemřelí* [online], Praha: ÚZIS, 2019 - [vid. 2021-11-17]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8309>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. Aktuality. *Počet pacientů s psychickými problémy vloni vzrostl mezi klienty VZP o 7 %* [online], VZP ČR, ©2021, [vid. 2021-11-17]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/pocet-pacientu-s-psychickymi-problemy-vloni-vzrostl-mezi-klienty-vzp-o-7-lidi-s-potizemi-ale-muze-byt-i-nasobne-vic>

Seznam obrázků a tabulek

Seznam použitých obrázků

Obrázek 1: Kontinuální model suicidálního jednání	23
---	----

Seznam použitých tabulek

Tabulka 1: Depresivní příznaky	16
Tabulka 2: Vnější příčiny nemoci a úmrtnosti	24
Tabulka 3: Pacienti s psychickými problémy	42
Tabulka 4: Rozdělení hmotnosti respondentů podle BMI (n=176)	48
Tabulka 5: Distribuce celkového skóre EAT-26 u žáků (dívek) ZŠ (n = 176)	50
Tabulka 6: Procentuální znázornění odpovědí testu EAT-26 u žáků ZŠ (n = 176)	51
Tabulka 7: Procentuální znázornění odpovědí testu behaviorálního chování EAT- 26 u žáků ZŠ (n = 176)	52
Tabulka 8: Korelace mezi depresí a experimentem s jídelním chováním u dívek (n = 176)	53
Tabulka 9: Korelace mezi subškálami CDI a experimentem s jídelním chováním u dívek (n = 176)	54

PŘÍLOHY

Příloha A: CDI Sebeposuzovací škála depresivity	I
Příloha B: EAT-26 Test jídelních postojů	II
Příloha C: Skórovací systém EAT-26	III
Příloha D: Tabulka rizikových odpovědí u jídelního experimentu	IV
Příloha E: Percentilový graf BMI, dívky 0-18 let	V
Příloha F: Tabulka Body Mass indexu	VI

Příloha A: CDI Sebeposuzovací škála depresivity

T-94 Testový sešit

CDI
 jméno a příjmení:
 věk: dnešní datum:

1	Málokdy jsem smutný. Často jsem smutný. Pořád jsem smutný.
2	Nic se mi nedaří. Nejsem si jistý, jestli se mi daří. Všechno se mi daří.
3	Skoro všechno dělám dobře. Hodně věcí dělám špatně. Všechno dělám špatně.
4	Mnoho věcí mně baví. Baví mně jenom něco. Nic mně nebaví.
5	Pořád je mi zle. Často se cítím špatně. Málokdy se cítím špatně.
6	Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát. Mám strach, že se mi může stát něco špatného. Vím určitě, že se mi něco špatného stane.

VZOR

7	Nenávidím se. Nemám se rád. Mám se rád. Všechno špatně můžu já. Lžu za mnoho špatného. Špatné věci obvykle nemůžu. Myslím na to, že bych se zabil. Myslím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to. ci se zabit. Žádný den je mi do pláče. Něco je mi do pláče. Málokdy je mi do pláče. Všechno mě nudí. Něco mě nudí. Málokdy mě něco nudí. Nemám rád mezi lidmi. Nechci být mezi lidmi. Vůbec nechci být mezi lidmi.
13	Vůbec se nedokážu soustředit. Je těžké se soustředit. Snadno se mohu soustředit.

Hodnocení	A
	...
	...
	...
	...
	...
	B
	...
	...
	C
	...
	...
	D
	...
	...
	E
	...
	...
	...

Celkem: A= B= C= D= E=

Příloha B: EAT-26 Test jídelních postojů

Uveď, jak často se uvedené chování u Tebe vyskytuje nebo jak často nad uvedeným chováním přemýšlíš.

K posouzení použij škálu **1 (vždy) – 6 (nikdy)**. Odpověď vyznač kroužkem.

	Vždy	Velmi často	Často	Občas	Zřídka	Nikdy
Mám hrůzu z nadváhy.	1	2	3	4	5	6
Vyhýbám se jídlu, i když mám hlad.	1	2	3	4	5	6
Mám pocit, že se příliš zabývám jídlem – přemýšlím o něm.	1	2	3	4	5	6
Zažívám záchvaty přejídání s pocitem, že možná nebudu moct přestat.	1	2	3	4	5	6
Krájím si jídlo na malé kousky.	1	2	3	4	5	6
Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.	1	2	3	4	5	6
Obzvláště se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem karbohydrátů (např. chléb, rýže, brambory apod.)	1	2	3	4	5	6
Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl(a) více.	1	2	3	4	5	6
Po jídle zvracím.	1	2	3	4	5	6
Po jídle se cítím extrémně provinile.	1	2	3	4	5	6
Myslím na to, jak toužím být štíhlejší.	1	2	3	4	5	6
Když cvičím, myslím na to, jak spaluji kalorie.	1	2	3	4	5	6
Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubený(á).	1	2	3	4	5	6
Zabývám se myšlenkou, že mám na těle	1	2	3	4	5	6
Jíst mi trvá déle než ostatním.	1	2	3	4	5	6
Vyhýbám se jídlům, která obsahují	1	2	3	4	5	6
Jím dietní jídla.	1	2	3	4	5	6
Mám pocit, že jídlo ovládá můj život.	1	2	3	4	5	6
Ohledně jídla se kontrolojuj.	1	2	3	4	5	6
Mám pocit, že mě ostatní nutí do jídla.	1	2	3	4	5	6
Jídlu věnuji příliš času a myšlenek.	1	2	3	4	5	6
Po tom, co sním sladkosti, se cítím nepříjemně.	1	2	3	4	5	6
Držím dietu.	1	2	3	4	5	6
Líbí se mi, když mám prázdný žaludek.	1	2	3	4	5	6
Po jídle je mi na zvracení.	1	2	3	4	5	6
Rád(a) zkusím nová jídla bohatá na živiny.	1	2	3	4	5	6

Za posledních 6 měsíců:	Nikdy	Jednou za měsíc nebo 2 až 3krát měsíčně	Jednou týdně	2 až 6krát týdně	Jednou denně a více	
Měl(a) jsem záchvat přejídání s pocitem, že nemůžu přestat jíst.	1	2	3	4	5	6
Vyvolal(a) jsem si zvracení (nevolnost) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla.	1	2	3	4	5	6
Užil(a) jsem projímadla, pilulky na hubnutí nebo diuretika (látky zvyšující vylučování vody močí) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla.	1	2	3	4	5	6
Cvičil(a) jsem více než 60 minut s cílem snížit nebo udržet si váhu.	1	2	3	4	5	6
Zhubl(a) jsem za posledních 6 měsíců 10 kilogramů nebo více.	ano			ne		

Příloha C: Skórovací systém EAT-26

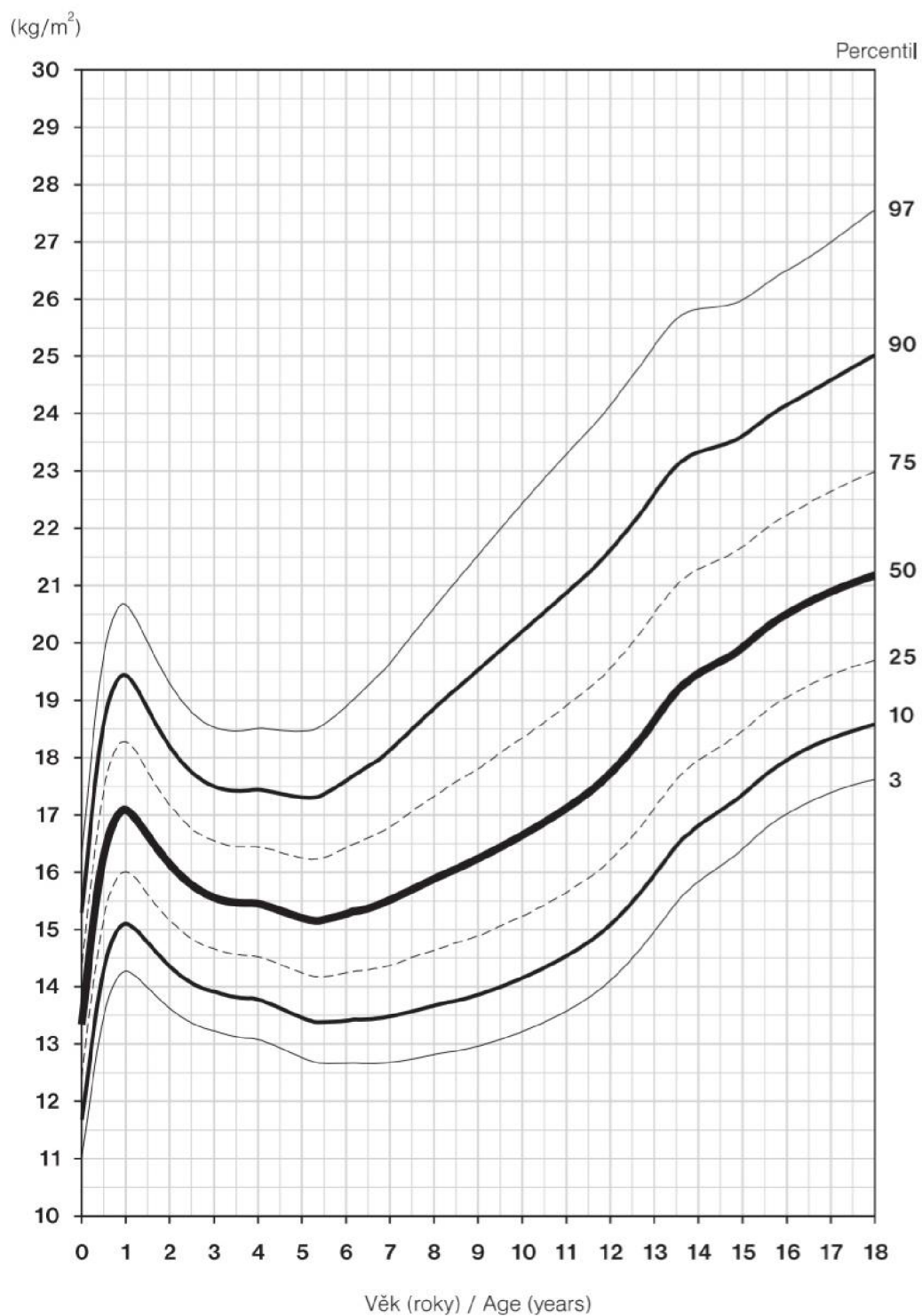
	Vždy	Velmi často	Často	Občas	Zřídka	Nikdy
Otázky 1-25	3	2	1	0	0	0
Otázka 26	0	0	0	1	2	3

Příloha D: Tabulka rizikových odpovědí u jídelního experimentu

Part C: Behavioral Questions: In the past 6 months have you:		Never	Once a month or less	2-3 times a month	Once a week	2-6 times a week	Once a day or more
A	Gone on eating binges where you feel that you may not be able to stop? *			✓	✓	✓	✓
B	Ever made yourself sick (vomited) to control your weight or shape?		✓	✓	✓	✓	✓
C	Ever used laxatives, diet pills or diuretics (water pills) to control your weight or shape?		✓	✓	✓	✓	✓
D	Exercised more than 60 minutes a day to lose or to control your weight?						✓
E	Lost 20 pounds or more in the past 6 months	Yes	✓	No			

Zdroj: <https://www.eat-26.com>

Příloha E: Percentilový graf BMI, dívky 0-18 let



Zdroj: <http://www.szu.cz>

Příloha F: Tabulka Body Mass indexu

Body Mass Index (kg/m²)

Chlapci, dívky

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

Zdroj: <http://www.szu.cz>