

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

Vybrané faktory jídelního chování v adolescenci

Diplomová práce

Autor:	Bc. Šárka Chaloupková
Studijní program:	N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Šárka Chaloupková

Studium: P16P0665

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Vybrané faktory jídelního chování v adolescenci**

Název diplomové práce AJ: Selected factors of adolescent eating behaviour

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá jídelním chováním v souvislosti s prevencí poruch příjmu potravy v adolescenci. Rozbor problému vychází z bio-psycho-sociálního přístupu k rizikovému chování v adolescenci. Teoretická část práce postupně charakterizuje vývojové zvláštnosti v adolescenci a experiment s jídelním chováním ve vazbě na poruchy příjmu potravy. Bližší pozornost je věnována multifaktoriálním příčinám onemocnění, epidemiologii a kategorizaci poruch příjmu potravy dle MKN 10. Empirická část práce mapuje vybrané faktory chování ovlivňujícího zdraví adolescenta s akcentem na experiment s jídelním chováním. Kvantitativní šetření ověřuje základní vztahy mezi psychickou odolností, depresivním laděním v adolescenci a experimentem s jídelním chováním. Výzkumná metoda: standardizovaný dotazník.

KRCH, František David. Mentální anorexie. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4. PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6. SLEZÁČKOVÁ, Alena. Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Oponent: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 25. 3. 2019

.....

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu práce PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytnuté konzultace, ochotu, trpělivost a cenné rady během tvorby mé diplomové práce.

Anotace

CHALOUPKOVÁ, Šárka. *Vybrané faktory jídelního chování v adolescenci*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 66 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá jídelním chováním v souvislosti s prevencí poruch příjmu potravy v adolescenci. Rozbor problému vychází z bio-psycho-sociálního přístupu k rizikovému chování v adolescenci. Teoretická část práce postupně charakterizuje vývojové zvláštnosti v adolescenci a experiment s jídelním chováním ve vazbě na poruchy příjmu potravy. Bližší pozornost je věnována multifaktoriálním příčinám onemocnění, epidemiologii a kategorizaci poruch příjmu potravy dle MKN 10. Empirická část práce mapuje vybrané faktory chování ovlivňujícího zdraví adolescenta s akcentem na experiment s jídelním chováním. Kvantitativní šetření ověřuje základní vztahy mezi psychickou odolností, depresivním laděním v adolescenci a experimentem s jídelním chováním. Výzkumná metoda: standardizovaný dotazník.

Klíčová slova: adolescence, identita, jídelní chování, rizikové chování, poruchy příjmu potravy

Annotation

CHALOUPKOVÁ, Šárka. *Selected factors of adolescent eating behaviour*. Hradec Králové: Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2019. 66 pp. Master Degree Thesis.

This diploma thesis deals with the topic of eating behavior in relation to prevention of eating disorders in adolescence. The problem analysis is based on a bio-psycho-social approach of risk behavior in adolescence. The theoretical part of this thesis gradually characterizes developmental differences in adolescence and experiments with eating behavior related to eating disorders. Closer attention is given to the multifactorial causes of the disease, epidemiology and categorization of eating disorders according to ICD 10. The practical-experimental part of this thesis, deals with the selected factors that influence adolescent health with emphasis on eating behavior. The quantitative survey verifies the basic relationships between psychological resilience, depression in adolescence and experimentation with eating behavior. Research method: a standardized questionnaire.

Keywords: adolescence, identity, eating habits, risky behavior, eating disorders

Obsah

Úvod	9
1 Vývojové zvláštnosti v adolescenci	11
1.1 Bio-psycho-sociální změny v adolescenci	12
1.2 Vývoj identity a sebepojetí v adolescenci	13
1.3 Rizikové chování v adolescenci	15
1.4 Jídelní chování v adolescenci	16
2 Poruchy příjmu potravy	18
2.1 Klasifikace poruch příjmu potravy podle MKN 10	18
2.1.1 Mentální anorexie (F50.0)	19
2.1.2 Mentální bulimie (F50.2)	20
2.1.3 Psychogenní přejídání (F50.4)	21
2.1.4 Další typy poruch příjmu potravy	22
2.2 Epidemiologie PPP	24
2.3 Multifaktoriální etiologie PPP	25
2.3.1 Rizikové faktory	25
2.3.2 Protektivní faktory a prevence	31
3 Experiment s jídelním chováním u žáků ZŠ	34
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy	34
3.2 Výzkumný soubor a procedura	36
3.3 Popis metod	39
3.4 Výsledky a diskuse	42
3.4.1 Výskyt experimentu s jídelním chováním u souboru adolescentů	42
3.4.2 Porovnání oblastí experimentu s jídelním chováním	46
3.4.3 Depresivní symptomatologie u žáků ZŠ	48
3.4.4 Vztah deprese a experimentu s jídelním chováním	50
3.4.5 Vztah psychické odolnosti a deprese	52
3.4.6 Porovnání spokojenosti s tělem a sebevědomím	54
3.4.7 Vztah mezi nespokojeností a experimentem s jídelním chováním	56
3.5 Souhrn	58
Závěr	60
Seznam použitých zdrojů	62
Seznam tabulek a grafů	66
Přílohy	

Seznam zkratek

BMI	Body mass index
CAV 2001	Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
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

Moderní společnost vytvořila pro adolescenty nelehký úkol, nejen porozumět tomu, co se má v jejich individuálním vývoji stát, co od nich společnost očekává, ale také jak to vše úspěšně zvládnout. K tomu všemu se čím dál více adolescentů snaží přiblížit ideálu krásy. A tak během svého dospívání často experimentují s jídlem, vyhledávají nové zkušenosti, pečlivě se starají o svůj zevnějšek a více si kontrolují svoji hmotnost. Krch (2005) ve své publikaci zmiňuje, že jsou to právě adolescenti, kteří jsou snadno zranitelní, ovlivnitelní a kteří vidí ve štíhlosti tu nejlepší cestu ke kráse a k úspěchu. Spektrum jídelního chování je v této souvislosti velmi rozmanité, zahrnuje postoje a chování v kontinuu běžných stravovacích zvyklostí, experimentu s jídelním chováním až po těžké formy, které mohou vážně ohrozit život adolescenta.

Problematika jídelního chování v adolescenci je velmi aktuální téma a výskyt poruch příjmu potravy v České republice stále stoupá. V ambulantním zařízení bylo v roce 2017 léčeno s některou z diagnóz poruch příjmu potravy celkem 3731 pacientů a z toho bylo 90 % žen. Pacienti, kteří byli léčeni pro tuto diagnózu v daném roce poprvé v životě, tvořili téměř 37 % z celkového počtu pacientů. Co se týče věku, tak bylo téměř 12 % mladších 14 let, necelých 32 % ve věku 15–19 let a 56 % starších 20 let. Také v psychiatrických lůžkových zařízeních – psychiatrické léčebny pro děti i dospělé se celkový počet hospitalizací pro poruchy příjmu potravy zvýšil. Skoro 65 % hospitalizací bylo pro diagnózu mentální anorexie, 13 % mentální bulimie a 13 % atypické mentální anorexie. Další druhy poruch příjmu potravy tvořilo zbývajících 9 %. I zde byly častěji hospitalizovány ženy, muži pouze od 5 % do 10 %. Pacienti ve věku do 15 let tvořili necelou čtvrtinu z celkového počtu hospitalizací a ve věku 15–19 let bylo 39 % hospitalizací. Při porovnání roku 2011 a 2017 došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u věkové skupiny 10–14 let. (ÚZIS, 2018, online)

Teoretická část definuje a vymezuje vývojové období adolescence, přibližuje bio-psycho-sociální změny v adolescenci související s vývojem identity a sebepojetím, které jsou rozhodujícím faktorem do budoucnosti. S nárůstem rizikového chování je také přiblížen pojem syndrom rizikového chování v dospívání a nezdravé stravovací návyky. Následně je uvedena klasifikace a epidemiologie poruch příjmu potravy. Popsány jsou jak základní druhy poruch příjmu potravy, kam se řadí mentální anorexie, mentální bulimie, psychogenní přejídání a další typy poruch příjmu potravy, jako je

ortorexie, bigorexie nebo drunkorexie. Výchozím bodem práce je multifaktoriální etiologie, přičemž faktory jsou členěny na rizikové a protektivní včetně prevence. Rizikové faktory jsou dále rozčleněny na biologické, osobnostní, rodinné a sociálně kulturní faktory včetně stresujících životních událostí.

Cílem diplomové práce je zmapovat výskyt experimentu s jídelním chováním u adolescentů na vybraných školách v Královéhradeckém kraji a ověřit základní vztahy mezi vybranými faktory ovlivňujícími experiment s jídelním chováním. Pro realizaci kvantitativní výzkumné strategie byla použita v souladu se současnou odbornou literaturou baterie standardizovaných dotazníků a jeden dotazník vlastní konstrukce. Jednalo se o dotazníky mapující experiment s jídelním chováním, depresivitu, nezdolnost a vybrané faktory chování ovlivňující zdraví.

1 Vývojové zvláštnosti v adolescenci

Dle Macka (2003) je termín adolescence odvozen z latinského „adolescere“, jež znamená dospívat, dorůstat. V psychologii se pojem adolescence často zaměňuje s označením dospívající, zatímco v pedagogice a sociologii se preferuje označení mládež. Období dospívání chápeme v naší kultuře jako samostatné vývojové období. Adolescenti se odlišují nejen od dětí, ale i od dospělých (Langmeier & Krejčířová, 2006). Toto období představuje specifickou životní etapu, která má své typické znaky v rámci životního cyklu a svůj objektivní i subjektivní význam. Je to etapa hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si tak zralejší formu vlastní identity (Vágnerová, 2012).

Věkové vymezení v období adolescence se u jednotlivých autorů odlišuje. Macek (2003), Hoferková & Pelcák (2015) člení období adolescence do tří vzájemně provázaných fází: časná adolescence (10-13), střední adolescence (14-16) a pozdní adolescence (17-20). Zatímco Langmeier & Krejčířová (2006) rozděluje dospívání na dvě období: pubescence (11-15 let) a adolescence (15-22 let). Vágnerová (2012) vymezuje adolescenci na ranou adolescenci (11-15 let) a pozdní adolescence (15-20 let).

Puberta nemusí nastupovat přesně v určitou dobu a ani neprobíhá u každého jedince stejně. Můžeme tedy říci, že počátek adolescence bývá spojován s plnou reprodukční zralostí a s ukončením povinné školní docházky. Konec tohoto období se váže s dospělostí, která nastává po 20. roce života, kdy jedinec dosahuje určitého stupně osobní zralosti (Hoferková & Pelcák, 2015).

Podle Havighursta (1953,1972, in Sobotková, 2014) je obecným vývojovým úkolem každého adolescenta kromě přijetí dospělé zodpovědnosti, vytvoření si vlastní identity a získání autonomie také:

- akceptovat svou tělesnou konstituci;
- dosáhnout mužské nebo ženské sociální role;
- dosáhnout nových a zralejších vztahů s vrstevníky obou pohlaví;
- dosáhnout emoční nezávislosti od rodičů a jiných dospělých;
- připravit se na ekonomickou nezávislost (výběr povolání, vzdělání);
- osvojit si určité hodnoty a etický systém;
- dosáhnout společensky zodpovědného chování;

- připravit se na manželství a rodinný život.

Důležité je, zda tyto úkoly dospívající splní prostřednictvím zdravého tedy sociálně přizpůsobeného chování, nebo pomocí rizikového chování (Sobotková, 2014).

1.1 Bio-psycho-sociální změny v adolescenci

V adolescenci dochází ke komplexní proměně osobnosti. Podle Sobotkové (2014) probíhá vývoj obecně v třech hlavních oblastech: biologické – vývoj mozku a pohlavní dozrávání, psychické – kognitivní vývoj a sociální – formování identity a nové zařazení jedince.

Změny jsou především podmíněny biologicky, ale ovlivňují je i psychické a sociální faktory, s nimiž jsou ve vzájemné interakci (Vágnerová, 2012). Mění se jak kvalita, výkonnost, duševní činnosti, tak postoje, sebeuvědomění, zájmy, aspirace a hodnoty (Čačka, 2000, in Zemanová & Dolejš, 2015). Jednou z oblastí, která se v dospívání výrazně mění, je i způsob stravování a postoj, který k němu adolescenti zaujímají (Fraňková, Pařízková & Malichová, 2013).

V průběhu puberty a adolescence dochází k největším **fyzickým změnám**, kdy se mění tvar těla, dochází k nárůstu tělesné hmotnosti a tukových zásob, a s tím i roste nespokojenost s vlastním tělem (Krch, 2005). Dle Vágnerové (2012) se tělesné dospívání projevuje viditelnými i pocíťovanými důsledky, jako je růst postavy, proměna proporcí, sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů atd. Podle Fialové & Krcha (2012) žije každý jedinec ve svém těle a také se jím navenek prezentuje, což významně ovlivňuje jeho sebedefinování. Fraňková, Pařízková & Malichová (2013) doplňují, že adolescenti s normální hmotností nejsou vždy spokojeni se svými tělesnými proporcemi.

Další změna nastává v **sexuálním vývoji**. Dle Janošové (2016) adolescenti často experimentují s erotikou a narůstá u nich touha po partnerském vztahu. Dospívající, pro které je důležitá kvalita partnerského vztahu, se tolik nezabývají sexualitou a vlastní atraktivitou a vyhýbají se rizikovému sexuálnímu chování (Breakwell, Millward, 1997, in Janošová, 2016). Kabíček dodává, že vztahy mezi dívkami a chlapci jsou ve většině povrchní, raději upřednostňují atraktivitu a sexuální experimentování spíše než intimitu.

Homosexuální experimentování nebývá úplnou výjimkou v tomto období a nemusí nutně znamenat trvalou sexuální orientaci (Kabíček, 2014).

Podle Vágnerové (2012) je v dospívání typická zvýšená **emoční labilita**. Změny v oblasti citového prožívání jsou způsobené hormonální proměnou, zvýšenou mírou sebereflexe, egocentričností a vysokou potřebou sebehodnocení. Nízká frustrační tolerance, proměnlivost nálad, přecitlivělost staví adolescenta do méně přijatelné a akceptovatelné sociální pozice. Zemanová & Dolejš (2015) upozorňují, že charakteristikou adolescence je i zvýšení psychického stresu, které se pojí s depresivitou, úzkostností a hostilitou. Není divu, že G. S. Hall (1904, in Zemanová & Dolejš, 2015) označil dospívání za období „bouře a stresu“. Podle něho se adolescence vyznačuje psychickým zmatkem, konflikty s rodiči, náladovostí, a v neposlední řadě i zapojením do různých forem rizikového chování.

Během dospívání postupně narůstá potřeba odstupu od rodičů, adolescentům vadí i nadměrná rodičovská starostlivost a poskytování rad. Svůj aktivní čas proto tráví raději s vrstevníky, kteří jsou pro ně stěžejní oporou. Přijetí **vrstevnickou skupinou** je na začátku dospívání jednou z nejdůležitějších sociálních potřeb. Ať je to prostřednictvím osobních vztahů, nebo také prostřednictvím internetových sociálních sítí, kde může jít o virtuální členství. Na osobnostním, sociálním a profesním vývoji se podílejí i další socializační prostředí jako jsou různé volnočasové skupiny a zájmové kroužky, které dávají jedinci pocit sounáležitosti a zodpovědnosti. (Janošová, 2016)

1.2 Vývoj identity a sebepojetí v adolescenci

Erikson (1968, in Macek, 2003) vnímá pojem identity jako získání pocitu vlastní jedinečnosti, celistvosti, stability, sjednocení vlastní zkušenosti v čase. Podle Říčana je hledání a vytváření identity záležitostí celého života. Avšak adolescence je vrcholem osobního zápasu o identitu, a proto je klíčem našeho období. „*Mít identitu znamená znát odpověď na otázku, kdo jsem, znát sám sebe, rozumět svým citům, vědět, kam patřím, kam směřuji, čemu doopravdy věřím a v čem je smysl mého života*“ (Říčan, 2014, s. 217).

Identita souvisí především se sebepojetím. Blatný & Plháková (2003) definují pojem sebepojetí jako souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová. Smékal (2002, in Obereignerů, 2017, s. 8) se domnívá, že „*sebepojetí je základem jáství*

člověka, je souhrnem názorů na sebe sama, na své místo ve světě, a v tomto smyslu je souhrnem pocitů, jimiž prožíváme spokojenost nebo nespokojenost se sebou, větší nebo menší sebedůvěru, sebeúctu a vliv na druhé.“ Smékal doplňuje, že ze sebepojetí vyrůstá charakter člověka.

Fialová & Krch (2012) shodně s Blatný & Plháková (2003) charakterizují sebepojetí třemi základními složkami:

- **kognitivní** – je charakterizována sebepoznáním a sebereflexí na základně podnětů z vnějšku i nitra, z minulosti, současnosti i budoucnosti;
- **emocionální** – je představena sebehodnocením, které může být zaměřeno na konkrétní nebo globální charakter, ve smyslu sebeúcty;
- **konativní** – je zastoupena seberegulací, která vyjadřuje, do jaké míry naše chování ovlivňuje činné Já.

Celistvý obraz vlastního Já je tak znázorněn sebepoznáním, sebehodnocením a sebekontrolou. Pokud je však narušena jedna ze složek utvářející sebepojetí, může to vést k různým psychickým nebo fyzickým poruchám.

Sebepojetí se vytváří v procesu socializace člověka, tedy v procesu jeho interakce se sociálním prostředím (Fialová & Krch, 2012). Kohoutek (2006, in Obereignerů, 2017) dodává, že sebepojetí bývá ovlivňováno tím, jak je jedinec milován a akceptován nebo naopak odmítán a zanedbáván v období dětství. Macek (2003) se domnívá, že nedostatečný prostor a malá příležitost k smysluplnému začlenění do světa dospělých můžou vést k nežádoucím, rizikových až nebezpečným cestám formování vlastní identity.

Podle Vágnerové (2012) má na formování identity značný význam hodnocení vlastního vzhledu. Adolescent o sebe začíná dbát, pečlivě volí, co si vezme na sebe nebo jaký bude mít účes. Proto bývá sociálně vnímavější, a rovněž zranitelnější a soupeřivější. Ve výzkumu Harterové (1999, in Janošová, 2016) bylo zjištěno, že fyzický vzhled vysvětloval dokonce 70 % rozptylu celkové sebeúcty dospívajících.

Vágnerová (2012) dodává, že se v současné době stává vzhled čím dál větším cílem a prostředkem k dosažení sociální akceptace a prestiže. Tělesná atraktivita má svoji sociální hodnotu, a atraktivnější jedinci jsou lépe přijímáni mezi vrstevníky i dospělými. Míra, na kolik se jedinec subjektivně považuje za atraktivního, často ovlivňuje

hierarchii hodnot. *Otázky typu „kdo je lepší?“ často předcházejí otázce „jak zhubnout?“* (Krch, 2005, s. 63). Langmeier & Krejčířová (2006) dodávají, že zejména jedinci s nízkým hodnocením na sobě hledají nejrůznější vady, kvůli kterým se často trápí, a právě tyto pocity pak mohou vést k poruchám příjmu potravy.

1.3 Rizikové chování v adolescenci

Sklon experimentovat s rizikem je v období adolescence považován do jisté míry za součást vývoje (Hamanová & Csémy, 2014). Při experimentování zažívá adolescent mnohé pocity porážek a omylů, vítězství a pádů, a nakonec zpravidla dozraje k náhledu, že život neprobíhá v tak velkých extrémech (Jedlička, 2017). Proto většina jedinců toto období překoná úspěšně, aniž by narazili na závažné psychické, zdravotní nebo sociální problémy (Sobotková, 2014).

Nutno však zmínit, že v současné době dochází v adolescenci k nárůstu rizikových faktorů, které ohrožují zdraví. Mluví se tak o tzv. morbiditě mládeže. Světová zdravotnická organizace proto stanovila adolescenty jako samostatnou rizikovou skupinu, pro kterou je nutná samostatná a zvýšená preventivní péče (Sobotková, 2014). V souvislosti s touto problematikou adolescentů zavedl R. Jessor termín „**syndrom rizikového chování v adolescenci**“ (SRCH-D), který je charakteristický jako soubor příznaků vznikajících na stejném podkladě (Hamanová & Csémy, 2014).

Projevy SRCH-D lze rozdělit do tří hlavních okruhů, které se vzájemně prolínají a mají společné příčiny (Hamanová & Csémy, 2014):

- 1) zneužívání návykových látek – kouření, konzumace alkoholu a drog;
- 2) negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje – poruchy chování, agrese, sebepoškozování a suicidalita;
- 3) rizikové chování v oblasti reprodukční – předčasný sex, předčasné rodičovství, časté střídání partnerů, pohlavní nemoci.

Hamanová & Csémy (2014) doplňují, že v širším pojetí může SRCH-D kromě výše uvedeného problémového chování zahrnovat i chování ohrožující zdraví jako jsou **nezdravé stravovací návyky** hraničící s poruchami příjmu potravy, nedostatek pohybu a sedavý způsob života často s nadměrnou vazbou na počítač nebo televizi. Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků zmiňuje spojení rizikového chování,

experimentu ve stravování, depresí a sebepoškozujícími až sebevražednými sklony (Kalman, Sigmund & Sigmundová a kol., 2011, online).

1.4 Jídelní chování v adolescenci

Fraňková, Pařízková & Malichová (2013) se podrobně zaměřují na téma jídelního chování a podle autorek právě v období adolescence vznikají nové preference a nové jídelní návyky. Některé teorie však zmiňují, že už v třech letech je upevněn poměrně stabilní systém jídelních preferencí, nicméně během školního věku, dochází k značným změnám. Rozšiřuje se škála nabízených pokrmů a jejich úprav. Děti a mládež mají otevřený přístup k samostatnému výběru denních jídel a začínají si vybírat podle toho, co je uznáváno za vhodné, a co považují spolužáci, kamarádi či jiné sociální skupiny za „správné“.

Fraňková, Pařízková & Malichová (2013) uvádí rizika, která narušují normální jídelní režim. U dospívajícího se často objevuje:

- vyšší konzumace kávy, piva a jiných alkoholických nápojů;
- redukce jídelníčku na úzký sortiment, zejména hamburgery, hot dogy, pizza;
- nadměrné zvýšení příjmu sladkostí, slazených nápojů, soli, tuků s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin;
- snížení spotřeby zeleniny a ovoce;
- vyšší obliba ostrých jídel, dráždivel, různých koření a přísad;
- hledání alternativních modelů jídelního režimu, větší zájem o ekologické zdroje a jiné způsoby výživy jako je vegetariánství, veganství, makrobiotika a další;
- snaha o redukci příjmu potravy v zájmu atraktivity v následku sociálních vlivů, soutěživost a předhánění se v hubnutí, vyměňování receptů a informací o dietách.

Problémy s jídlem mohou být dočasnou epizodou v životě adolescenta, někdy ho však mohou poznamenat na celý život. V oblasti jídelního chování a postupů k jídlu vyvstávají u adolescentů důležité jídelní a psychologické problémy spojené s mentální anorexií, mentální bulimií a obezitou (Fraňková, Pařízková & Malichová, 2013). Sobotková (2014) doplňuje, že experimentování s jídlem není v období adolescence vůbec ojedinělé, a tak vznikají nové diagnózy spojené se stravováním, jako například ortorexie, bigorexie nebo drunkorexie.

Nutno zmínit, že v některých fázích vývoje jedince se mohou objevit určité problémy s jídlem, ať se mohou projevovat pouhým zlobením, neklidem při jedení, neposlušností, odbíháním od stolu nebo neschopností soustředit se na jídlo! Jedinec se může projevovat jako vybíravý, mlsný nebo prostě nemá apetit. Tyto problémy jsou závažné v případě, kdy se stávají trvalou součástí osobnosti a mají negativní důsledky v somatickém či psychickém vývoji a poznamenávají jeho vztahy v rodině, narušují sociální vztahy a později i profesní život (Fraňková, Pařízková & Malichová, 2013).

Dle Fraňkové, Pařízkové & Malichové (2013) existuje rizikové chování projevující se v různé podobě poruch jídelního chování s nutričními, psychologickými a výchovnými aspekty, jež je označováno za „**dietování**“. Dietování se může týkat vyloučení některých potravin nebo živin z běžné stravy. Při déletrvajícím nevhodném stravovacím režimu může dojít ke vzniku nepříznivých následků. Podle autorek existují zkušenosti s tím, že již 5-6leté děti diskutují o tom, jak budou držet „dietu“, nebo že se u dospívajících dívek velmi často objevuje dietování jako normální jídelní režim. Někdy si dívky volí dietu podle své matky či vzoru, jindy ze strachu, aby neměly stejné tělesné rozměry jako jejich matka s nadváhou, přičemž mají tendenci nadhodnocovat hmotnost i rozměry své matky (Fraňková, 2006, in Fraňková, Pařízková & Malichová, 2013). Morton (2016) doplňuje, že jedinec, který má úspěch s dietou a dostává pozitivní reakce typu: „Vypadáš skvěle!“ nebo „Jak se ti podařilo zhubnout?“, tak nadále pokračuje v dietě. Uvádí, že to platí i u jedince, kterému se naopak nedaří zhubnout, a tak se může pokusit o ještě větší drastickou dietu.

Na rizikové jídelní chování upozornila studie Krcha, Czémyho & Drábkové (2003, in Fraňková, Pařízková & Malichová, 2013), kdy ze souboru 725 dívek mělo 10,5 % zkušenost se zvracením z dietních důvodů, 60 % si přálo zhubnout a často bylo zmíněno dietování sester a matek a neuspokojivé rodinné poměry. V mnoha publikacích se můžeme dočíst, jak jsou diety nebezpečné, neefektivní a pouze dočasné. Fraňková, Pařízková & Malichová (2013) doplňují, že dietování mohou značně ohrozit zdraví člověka, a také mohou být určitým rozcestím ke skutečným poruchám příjmu potravy.

2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním velmi závažné, s možností dlouhodobého poškození zdraví jak duševního, tak ve svých důsledcích i tělesného, a proto si zaslouží naši pozornost. Nedříve si uvedeme definice, přehled nejčastějších poruch příjmu potravy, následně si přiblížíme epidemiologii poruch příjmu potravy a v další kapitole si rozebereme multifaktoriální etiologii poruch příjmu potravy.

2.1 Klasifikace poruch příjmu potravy podle MKN 10

Pojem poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) lze definovat jako „*kontinuum patologického jídelního chování od nejzávažnější jednotky anorexia nervosa a bulimia nervosa po psychogenní přejídání a s ním spojenou obezitu. Jedná se o multifaktoriálně podmíněné onemocnění, které je nutno posuzovat i léčit v širším bio-psycho-sociálním kontextu*“ (Papežová, 2010, s. 126). V obrázku 1 je znázorněno spektrum poruch příjmu potravy, kde vidíme, jak spolu poruchy velmi úzce souvisí.



Obrázek 1 Spektrum poruch příjmu potravy¹

PPP jsou řazeny do poruchy duševní a poruchy chování. Podle poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí se PPP řadí do kategorie Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, které zahrnují (MKN-10, 2018, online):

- F50.0 – mentální anorexie,
- F50.1 – atypická mentální anorexie,
- F50.2 – mentální bulimie,
- F50.3 – atypická mentální bulimie,

¹ PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

- F50.4 – přejídání spojené s psychologickými poruchami,
- F50.5 – zvracení spojené s jinými psychickými poruchami,
- F50.8 – jiné poruchy příjmu potravy,
- F50.9 – porucha příjmu potravy NS.

Jak už jsme uvedli, existují i další poruchy jídelní chování. V posledních letech se vyskytují u dospívajících poruchy jako je ortorexie, bigorexie či drunkorexie. Všechny budou detailně rozebrány v samostatné podkapitole.

2.1.1 Mentální anorexie (F50.0)

Podle MKN-10 je mentální anorexie (dále jen MA) charakterizována jako porucha s úmyslným hubnutím, které je záměrně vyvoláno a dále udržováno. Nejčastěji se projevuje u dívek v adolescentním věku a mladých žen, ale ohrožení mohou být také pubertální chlapci a mladí muži. Choroba je spojená se specifickou psychopatií, která zahrnuje strach ze ztloustnutí. Projevuje se jako neustálá myšlenka na získání nižší tělesné váhy. Často je spojena s odmítáním jídla, nadměrným tělesným cvičením, zvracením a také užíváním léků jako jsou diuretika (léky na odvodňování těla) a anorektika (léky na potlačování chuti k jídlu a prostředky k hubnutí). U pacientů je patrná podvýživa a může docházet k metabolickým změnám a poruchám tělesných funkcí. (MKN-10, 2018, online)

Diagnostická kritéria MA podle MKN-10 jsou (Krch, 2005, s. 16-17):

- (a) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhy nebo BMI je 17,5 nebo nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- (b) Snížení váhy si způsobuje pacient tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků, které vyprovokují zvracení: užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- (c) Přetrvává strach z tloušťky a zkrácená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- (d) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzogonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u žen, které užívají hormonální antikoncepci.

- (e) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

Pro stanovení diagnózy MA musí být přítomné všechny příznaky uvedené v MKN-10. Pokud chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, mluvíme tak o **atypické mentální anorexii (F50.1)**. Patří do ní také pacientky, které mají všechny klíčové příznaky, ale pouze v mírném stupni. (Papežová, 2010)

Čtvrtá revize Diagnostického a statického manuálu duševních poruch (dále jen DSM-IV) dělí MA na restriktivní formu (I.), kdy se u pacientů neobjevují záchvaty přejídání a vyprazdňování (např. zvracením či užíváním diuretik, laxativ) a typ purgativní či bulimický (II.) kde se střídají epizody přejídání a vyprazdňování (Novák, 2010).

2.1.2 Mentální bulimie (F50.2)

Dle MKN-10 je mentální bulimie (dále jen MB) syndrom, který je charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a následným zvracením nebo používáním projímadel. Společné s MA je zde shodné úzkostné kontrolování vlastní tělesné hmotnosti a postavy. Opakovaným zvracením pak může docházet k poruchám elektrolytové rovnováhy a k somatickým komplikacím. (MKN-10, 2018, online)

Často bývá u pacientek v anamnéze MB také intenzivní omezování jídla až anorexie. Na rozdíl od MA se však u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek váhy ani trvalá amenorea. Z diagnostického hlediska platí, že pokud jsou přítomny předcházející znaky a pacientka splňuje i kritéria MA, pak má přednost diagnóza anorexie. (Krch, 2005)

Diagnostická kritéria MB podle MKN-10 jsou (Krch, 2005, s. 19):

- (a) Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- (b) Neustálé zabývání se jídlem a neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- (c) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.

- (d) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ale ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie či intenzivnějšího omezování v jídle.

Podobně jako u MA, i zde musí být přítomné všechny uvedené příznaky pro stanovení diagnózy. Pokud jeden či více rysů chybí, hovoříme o **atypické mentální bulimie (F50.3)**, při které nalezneme některá kritéria splňující příznaky bulimie, ale celkový klinický obraz tedy nesplňuje. Může se jednat o opakované záchvaty přejídání, o nadměrné užívání projímavých prostředků, ale nemusí zde být přítomen zvýšený zájem o tělesnou hmotnost. (MKN-10, 2018, online)

DSM-IV rozlišuje MB na typ se zvracením, který se nazývá purgativní typ (I.) a dále je to typ bez zvracení, označován jako nepurgativní typ (II.), u kterého se epizody přejídání střádají pouze s dietami a excesivním cvičením (Novák, 2010).

2.1.3 Psychogenní přejídání (F50.4)

Podle Papežové (2010) je v posledních letech věnována velká pozornost psychogennímu přejídání, které se často podílí na narůstajícím problému obezity v populaci. U této poruchy je typická rychlá konzumace jídla, nepříjemný pocit plnosti, jedení bez pocitu hladu, osamělá konzumace s pocitem studu, pocit znechucení a viny po jídle. Dle MKN-10 (2018, online) je psychogenní přejídání definováno jako přejídání spojené s psychologickými poruchami, které je způsobené stresujícími událostmi jako nehoda, smrt blízké osoby, narození dítěte apod.

Diagnostická kritéria psychogenního přejídání podle MKN-10 jsou:

- (a) Nepřetržité zabývání se jídlom, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- (b) Nevyskytuje se purgativní symptomatika uvedená u mentální bulimie.
- (c) Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Problematická je snaha o dosažení nereálné váhy (často nižší než optimální). Záchvaty přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním nastalých stresových situací. (Papežová, 2010)

Strach z obezity, nepříjemné pocity po záchvatech přejídání a nespokojenost s vlastním tělem následně vedou samozřejmě k neúčinným dietám, což ústí v další stres a větší nervozitu. Je to takový začarovaný kruh. Epidemiologické studie ukázaly, že 18-46 %

účastníků redukčních programů má problémy se záchvatovým přejídáním, aniž by splňovali kritéria pro MB. (Papežová, 2010)

Specifickým druhem přejídání je tzv. noční přejídání. Hovoří se o **syndromu nočního přejídání**, jež je charakteristický nespavostí a nechutenstvím po ránu. Ke konzumaci většiny denního jídla dochází po večeři, nejčastěji pozdě v noci. Spouštěčem onemocnění bývá zejména držení diet a narušení jídelního režimu, např. v období zvýšeného stresu (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Tato porucha byla poprvé popsána u obézních nemocných, ale nalezneme ji také u neobézních osob. Onemocnění se vyskytuje v 1,5 % u běžné populace a v 12,5 % u psychiatrických pacientů (Lundgren, 2006, in Papežová, 2010).

2.1.4 Další typy poruch příjmu potravy

Vedle MA, MB a psychogenního přejídání existují i nové další typy PPP, které nejsou součástí MKN-10. Jedná se o ortorexii, bigorexii a drunkorexii. Podle Papežové (2010) jsou tyto diagnózy používány především laickou veřejností k zakrytí diagnózy MA nebo jiné formy PPP.

Ortorexie

Patologická posedlost zdravou výživou je označována jako ortorexie, která se projevuje zpočátku velkým nadšením pro zdravou stravu a cíleným vyhledáváním obchodů se zdravými potravinami. Jídlo následně začíná být více podrobováno většímu zkoumání informací, až se z toho stává posedlost a hlavní náplň času. Nemocní ortorexií se výhradně orientují na bio potraviny ze specializovaných obchodů a jsou radikálními odpůrci uměle hnojených, geneticky upravovaných potravin bez použití chemických konzervantů a barviv. (Kulhánek, 2014, online)

Porucha je dlouhodobá a postupně začíná negativně působit na osobnost. Podstatným projevem nemoci jsou obsedantně-fobické rysy chování. V extrémní podobě nemocní raději hladoví, než by jedli pro ně „škodlivé“ pokrmy. Dodržování zdravého životního stylu a přemýšlení nad složením jídla hraničí až s fanatismem, a zabírá jedinci mnoho času. Zúžení spektra potravin, které člověk jí, může vést až k výrazné podváze. (Fraňková, Pařízková & Malichová, 2013)

Mezi ohrožené skupiny můžeme zařadit například ortodoxní vyznavači veganství, raw stravy, makrobiotiky a dalších alternativních výživových směrů. Na této poruše je velmi nebezpečné především to, že na rozdíl od ostatních PPP je jedinec svým okolím obdivován, protože se na první pohled pouze stará o své zdraví.

Bigorexie

Bigorexie nebo také Adonisův komplex se týká převážně tělesných proporcí ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem. Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti, tělesného vzhledu a výkonnosti. Bigorektici si připadají slabí, nedostatečně svalově vyvinutí a často se kvůli tomu trápí. Jsou ochotni pro vysněnou postavu z kulturistických časopisů nebo akčních filmů udělat opravdu hodně. Proto jsou často závislí na posilování, zneužívají zejména bílkovinné potravinové doplňky a látky podporující svalový růst a ovlivňující metabolismus. (Kulhánek, 2014, online)

Papežová (2010) doplňuje, se tato porucha týká především mužů, nalézt ji však můžeme i u žen (kulturistek). Adonisův komplex zahrnuje kromě zkresleného vnímání těla také abnormální jídelní návyky, excesivní cvičení a také zneužívání steroidních hormonů. Tyto symptomy vedou postupně k sociální izolaci.

Drunkorexie

Drunkorexie je porucha, pro kterou je charakteristické hladovění během dne a poté večerní nadužívání alkoholu. Jedná se o velmi nebezpečnou a až život ohrožující poruchu, která se vyskytuje u mladých lidí, převážně u dívek. Statistiky v americké populaci popisují, že až 30 % dospívajících dívek vynechává jídlo, aby poté mohly pít alkohol (Kulhánek, 2014, online). Velký strach z přibírání vede k záměrné redukci příjmu potravy tak, aby se mohlo zvýšit množství vypitého kalorického alkoholu. Vážným rizikem u této nemoci je konzumace alkoholu na tzv. prázdný žaludek, alkohol se tak v žaludku vstřebává rychleji a snadno může dojít k otravě alkoholem (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Podobně jako u jiných druhů PPP nemocní zažívají úzkost, deprese, objevuje se opakovaná podrážděnost z hladu či rychlé opilosti, což může vést k osamělosti a izolaci.

2.2 Epidemiologie PPP

PPP je onemocněním velmi starým, popisy této choroby najdeme už v starověku. Avšak největší výskyt je spojován s druhou polovinou 20. století, kdy incidence této poruchy narůstá v souvislosti se sociokulturními změnami a sociokulturním vývojem (Němečková, 2011).

Epidemiologie zjišťuje jak prevalenci, tak incidenci onemocnění. **Prevalence** udává počet případů, událostí nebo stavů v dané populaci. Celoživotní prevalence vyjadřuje počet jedinců, kteří někdy během života trpěli sledovaným onemocněním (Papežová, 2010). Zatímco **incidence** se týká počtu nových případů v populaci za určité časové období, obvykle je udávaná na 100 000 obyvatel. Různé epidemiologické studie se ve svých údajích liší, záleží na užitých diagnostických kritériích, metodě výzkumu a výběru vzorku populace (Krch, 2005).

Nejprve se zaměříme na **mentální anorexii**. Věk vzniku MA je nejčastěji uváděn mezi 12-18 roky, obvykle po začátku vývoje prsů, i když její příznaky bývají už u dětí mladších 10 let (Machová & Kubátová, 2015). Tato porucha se nejčastěji vyskytuje ve středních a vyšších socioekonomických vrstvách (Smolík, 1996, in ÚZIS, 2018, online). Celosvětově bývá u mladých dívek uváděna prevalence 0,2-1 % u MA (Krch, 2005), ÚZIS (2018, online) uvádí prevalenci MA v rozmezí 0,5-1,0 %. Celkový odhad celoživotní prevalence MA na základě populačních studií se pohybuje v rozmezí 0,5-2,2 % u žen, muži tvoří kolem 10 % všech případů s MA (Papežová, 2010). Studie založené na primární péči dosahují hodnot incidence u MA kolem 5 na 100 000 obyvatel (Papežová, 2010). Hoel (1993, in Krch, 2005) konstatuje, že incidence MA ve většině zemí v posledních letech výrazně vzrostla. U dívek mezi 13. a 19. rokem dosahuje incidence 30 až 80 případů na 100 000 (Krch, 2005).

V případě **mentální bulimie** je situace se zjišťováním výskytu složitější, jelikož byla tato porucha vymezena až koncem sedmdesátých let a její diagnostická kritéria byla od té doby několikrát změněna (Krch, 2005). Výsledky celoživotní prevalence MB u žen se pohybují mezi 1,1-2,8 % (Garfinkel, 1995, in Papežová, 2010). U mužů je prevalence MB podstatně nižší, dosahuje asi 0,1-0,2 %. Hodnoty incidence u MB bývají 6,1 % a 6,6 % (Papežová, 2010). Dle Bencka & Tryfose (2015, online) je incidence kolem hodnoty 40 na 100 000 osoboroků. MB má pozdější začátek výskytu, obvykle mezi 16-25 roky (Machová & Kubátová, 2015).

Dle Hudsona a kol. (2007, in Papežová, 2010) je prevalence **psychogenního přejídání** kolem 4,5 %. U žen se vrchol vzniku záchvatového přejídání a zvracení objevoval v 16. a 18. roku. Bencko & Tryfos (2015, online) dodává, že Česká republika je v prevalenci všech atypických PPP srovnatelná s jinými západními státy, spíše se však řadí mezi státy s vyšší prevalencí.

2.3 Multifaktoriální etiologie PPP

Podle odborníků neexistuje žádná specifická příčina, která by se vyskytovala u většiny nemocných PPP a vysvětlovala tak jejich potíže. K pochopení etiologie PPP je třeba se pokusit porozumět komplexní interakci rozhodujících vlivů (Krch, 2005). Proto se „v posledních dvaceti letech postupně ustálil konsenzus o multifaktoriální podmíněnosti PPP“ (Krch, 2007, s. 421). Hovoří se tak o působení biologických, psychologických a sociokulturních faktorů.

Podle Machové & Kubátové (2015) se dospívající často chová rizikově ne proto, že se tak úmyslně rozhodl, ale proto, že tím podvědomě řeší některý svůj nedostatek, kompenzuje si tak své rizikové faktory. Důležité je proto identifikovat faktory rizikové i protektivní, tedy důsledně oslabit rizikové faktory a posílit tak faktory protektivní. V následující podkapitole si přiblížíme vybrané rizikové a protektivní faktory ovlivňující jídelní chování.

2.3.1 Rizikové faktory

Dle Papežové (2010) je rizikovým faktorem charakteristika či událost, jejíž přítomnost zvyšuje pravděpodobnost výskytu nežádoucího jevu, v našem případě poruch příjmu potravy. Rizikové faktory jsme rozdělili na: biologické faktory, osobnostní faktory, rodinné faktory, životní události a sociokulturní faktory.

Biologické faktory

Dle Papežové (2010) je **ženské pohlaví** jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro vznik a rozvoj poruchy příjmu potravy. Tuto zkušenost dokládají i mnohé výzkumy. Ženy onemocní anorexií nebo bulimií desetkrát častěji než muži a trpí záchvaty přejídání dva a půl krát častěji než muži.

Nutno zmínit, že tato „ženská nemoc“ se v posledních desetiletí objevuje také u mužů. Dle Carleta a kol. (1997, in Papežová, 2010) onemocní 27 % mužů, kteří jsou

homosexuálové nebo bisexuálně zaměření, pokud se jedná pouze o bulimii, je to dokonce 42 % mužů. Za možnou příčinu je považován zvyšující se tlak na vzhled i u mužů, což dokazuje studie Al-sheyeaba a kol. (2018, online).

Dle Krcha (2005) je typickým obdobím vzniku PPP **puberta**. Během dospívání výrazně roste uvědomování si sama sebe, často právě ve srovnání s ostatními. Dívky jsou oproti chlapcům vnitřně nejistější, mají větší obavy, zda jsou oblíbené, mají nižší sebevědomí a nízké hodnocení vlastního těla (Allgood-Marten a kol., 1990, in Krch, 2005). Tremblay & Lariviere (2009, in Al-sheyeab a kol., 2018, online) ve své studii potvrzují, že pubertální vývoj je předpokladem poruch jídelního chování. Papežová (2010) však dodává, že vznik onemocnění se posouvá i do mladších, a také starších věkových kategorií. Podle ní je nejrizikovější věk v adolescenci a časně dospělosti, protože zde mohou propuknout i jiné další duševní onemocnění. Dle Kabíčka (2014) je v dnešní době rizikové stravování rozšířeno ve všech věkových kategoriích.

V průběhu puberty a adolescence dochází k výraznému **nárustu tělesné hmotnosti a tukových zásob**. Steiner, Sanders a Ryst (1995, in Krch, 2005) zjistili, že ženy, u kterých je tuk nejvíce uložen na bocích, stehnech a hýždích, tak vykazovaly významně vyšší riziko PPP než ostatní ženy. S rostoucí tělesnou hmotností signifikantně vzrůstá u dospívajících nespokojenost s tělem a roste i nebezpečí redukčních diet a bulimie. V důsledku kolísání hmotnosti dochází ke změně složení těla. Cyklické změny v hmotnosti bývají stejně zdravotně nebezpečné jako obezita a jsou často spojeny s nízkým sebevědomím a zvýšeným rizikem PPP. (Krch, 2005)

S ženským pohlavím je také spojen **menstruační cyklus**, který je považován za jeden z determinantů PPP. Nepravidelnost menstruačního cyklu může předcházet počátkům anorexie. Předmětem rozsáhlých diskusí je i možnost příčinného vztahu mezi fázemi menstruačního cyklu a příznaky bulimie. Podle některých autorů dochází ke zvyšování frekvence bulimických záchvatů pět dnů před menstruací a poté k jejich opětovnému poklesu. U některých případů bulimiček, bylo výrazné zlepšení po ukončení hormonální antikoncepce, která může mít vliv i na výrazné zvýšení tělesné hmotnosti. (Krch, 2005)

Osobnostní faktory

Procházková & Sladká-Ševčíková (2017) zdůrazňují, že pro rozvoj PPP mohou být rizikové i určité osobnostní rysy a psychické vlastnosti. Jedná se zejména o impulzivitu a perfekcionismus, negativní emocionalitu a depresivní či úzkostné poruchy.

Krch (2005) dodává, že stejně jako u většiny uváděných příčin, tak i zde musíme pohlížet s určitou opatrností. Některé projevy, jako např. depresivní příznaky mohou být spíše následkem či doprovodným jevem nemoci, nikoli předem existujícím rysem.

Jedním z možných vysvětlení záchvatovitého přejídání je **nedostatečná kontrola impulzů**. Existuje silná asociace mezi onemocněním PPP, impulzivitou a zneužíváním návykových látek. Některé návykové látky vedou k záchvatům přejídání, jiné jsou užívány pro anorektický efekt, jako např. pervitin (Papežová, 2010). U pacientů objevující se záchvatovité přejídání byl zaznamenán větší výskyt hraniční poruchy osobnosti (van Hanswijck a kol., 2003, in Papežová, 2010).

Dalším možným rizikem mohou být dívky, které na sebe kladou vysoké požadavky a jsou zvyklé být nejlepší. Tyto dívky jsou proto schopné zhubnout nejvíce kil. Studie potvrzují, že dívky s vyšší úrovní **perfekcionismu** mají větší pravděpodobnost, že se u nich vyvine jak anorexie, tak bulimie (Bulik a kol, 2002, in Papežová, 2010). Dle Papežové (2010) se mohou perfekcionista rýsy začít objevovat v dětství, kdy dítě usiluje o řádně uklizený pokojíček, krásný účes, hotové všechny úkoly. Snaží se mít všechno tak, jak má být. Riziko PPP roste při spojení perfekcionista rýsů, nízkého sebevědomí a nespokojenosti s vlastním tělem.

Studie Leona a kol. (1999, in Papežová, 2010) potvrzuje zvýšené riziko onemocnění PPP u jedinců, kteří trpí **negativní emocionalitou**. Je známo, že na stres je možné reagovat zvýšeným či sníženým příjmem potravy. Pokud však jedinec neví, jak zvládnout své emoce, může se uchýlovat k nekontrolovatelnému přejídání, aby tak přehlušil své nepříjemné pocity. K úlevě od negativních emocí může sloužit i zvracení jakožto očištění od všechno zlého (Stice, 2002, in Papežová, 2010). Snaha vyhýbat se emocím charakterizuje rovněž anorexii.

U pacientek s MA a MB se velmi často vyskytují **depresivní a úzkostné příznaky**. Dle Hsu (1990, in Krch, 2005) splňuje kolem 20 % anorektiček a 40 % bulimiček v průběhu onemocnění kritéria velké depresivní poruchy. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Spoustu studií se shoduje na tom, že negativní sebehodnocení, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocit představují významné zvyšující se riziko PPP. Jedlička (2017) dodává, že s depresivními rozkladami souvisí i autoagresivní jednání, projevující se pořežáním kůže, sebepopálením cigaretou, nutkavým vytrháváním vlasů, ale

i poškozováním povrchu těla zvláštními technikami „zdobení“ (piercing, skarifikace apod.).

Velmi častá je souvislost MA a **obsedantně-kompulzivní poruchy**, jež se objevuje od 27 % až po 81 % případů (Morgan & Russel, 1975, in Krch, 2005). Dívky trpící PPP jsou vnitřně velmi heterogenní skupinou pacientů, u kterých se můžeme setkat nejen s neurotickými, obsedantními rysy, hraniční poruchou osobnosti, ale také s egocentrismem, přecitlivělostí, senzitivitou, hysterickými rysy, narcistickou poruchou osobnosti, sociální úzkostí, nízkým sebevědomím a pocitem neefektivity (Krch, 2005).

Stresující životní události

Různé životní události jsou často považovány za spouštěče PPP. Podle Nice (2004, in Krch, 2005) bývá až v 70 % případů spouštěcím mechanismem závažná životní událost. Mezi nejčastěji zmíněné patří dle Krcha (2005):

- narážky na tloušťku a tělesný vzhled,
- sexuální zneužití nebo jiné konflikty (např. přepadení),
- významná životní změna (např. těhotenství),
- narušené vztahy v rodině či odloučení od rodiny,
- osobní nezdár nebo nemoc,
- problémy s vrstevníky a odmítnutí (nepřijetí v kolektivu).

Většina průřezových studií uvádí zvýšené riziko vzniku PPP u obětí sexuálního zneužívání v dětství. Dle studie Morton (2016) bylo zjištěno, že kolem 30 % pacientů s PPP bylo sexuálně zneužito v dětství. Papežová (2010) dodává, že riziko vzrůstá, pokud se jednalo o zneužití rodinným příslušníkem nebo pokud docházelo k násilí. Což následně vede nejen k pocitům studu, depresi, ale i zároveň se zvyšuje riziko mnoha dalších psychiatrických onemocnění.

Rodinné faktory

Na vznik a průběh PPP mají vliv nepochybně i rodinné faktory, ať už to jsou nefunkční role v rodině, konflikty či narušený vztah s dítětem. Hsu (1990, in Krch, 2005) uvádí, že v rodinách anorektiček a bulimiček se vyskytují PPP čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné rodině. Výskyt anorexie mezi sourozenci nemocných je uváděn v rozmezí 3-10 %. Mezi matkami anorektiček se nevhodné jídelní a dietní postoje mohou vyskytovat ještě častěji. V odborné literatuře je také poukázáno na další rizikové

faktory, jako je vyskytující se obezita v rodině či kritické komentáře v rodině týkající se jídla, tělesného vzhledu a váhy. (Krch, 2010)

Z hlediska vzniku PPP má zvláště významný vliv v rodině formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, a také při vytváření životního stylu, pohybových a jídelních návyků (Krch, 2010). Orbach (1986, in Novák, 2010) si všimá, že rodinné stolování pacientek s PPP je buď v rigidní atmosféře (stejný čas, striktní pravidla konverzace, napjatá atmosféra, nutná účast apod.) nebo v chaotické atmosféře (cizí lidé, hluk, vyřizování telefonátu, střídání místa, času i zasedacího pořádku apod.).

Novák uvádí, že nejen matky, ale i otcové mají značný vliv na patologii svých dětí. Matky jsou často náročné, hyperkritické, žárlivé, perfekcionistické, orientované na výkon anebo na druhou stranu jsou necitlivé, stažené do sebe, pasivní, závislé a frustrované. Otcové pacientek jsou často autoritativní, přísní anebo pasivní, slabí, nezúčastnění. Případové studie rodičovské interakce uvádí, že rodiny, v nichž se objevuje PPP, tak jsou často hostilní, obtěžující a bez emocí k pacientkám. (Novák, 2010)

Zvýšené riziko rozvoje poruchy představuje chybějící rodičovská péče, nedostatečná komunikace v rodině, nízké očekávání rodičů, sexuální či fyzické zneužívání, malá otevřenost mezi členy, absence rodičovské kontroly a absence láskyplného vztahu k dítěti. V rodinné anamnéze pacientek s MA se často objevovala deprese, alkoholismus, emoční porucha či sociální izolace. Rodiny jsou zaměřeny na kariérní a třídní postup, výkon a pracovní morálku. (Novák, 2010)

Sociálně kulturní faktory

Spousta autorů se shoduje na tom, že příčinou rostoucího počtu PPP je rychle se měnící kultura, která nekriticky oslavuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu. Na jedné straně obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí světa tloustnou, na druhé straně ideál ženské krásy hubne. Kdežto ve světě, kde hladovění není dobrovolnou volbou a nadváha nepředstavuje estetickou vadu ani mravní selhání, ztrácí poruchy příjmu potravy naprostý smysl. (Krch, 2010)

Velkou roli má nejen vliv médií, sociální styl, role, postavení ženy ve společnosti, ale i řada nespecifických vlivů, jako je například způsob trávení volného času, soutěživost

nebo sklon k extrémním postojům. To vše nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty, kteří vidí ve štíhlosti cestu ke kráse a k úspěchu. (Krch, 2005)

Dle Vágnerové je **krása** v dnešní době pojímána jako úkol, který je třeba splnit. Adolescenti, zejména dívky dovedou vyvinout značné úsilí, aby se určitému ideálu přiblížily. Přebírají různé postoje a experimenty s jídelním chováním od svých spolužáků, nebo se snaží držet drastické diety, které si někde přečtou. A to jen, aby byly štíhlé a krásné, a aby se zalíbily chlapcům (Vágnerová, 2012). Vrstevníci mohou být silným zdrojem tlaku, kdy pouhé nevinné kamarádké škádlení, které je cílené na postavu dívky, může vést k fatálním důsledkům. Al-shehab a kol. (2018, online) navázali na studii Meyera & Gasta (2008) a oba potvrzují, že tlak vrstevníků je výrazně spojen s PPP.

Významný podíl na rozvoji PPP mají bezpochyby **reklamy a sdělovací prostředky**. Krch (2005) uvádí, že reklama na dokonalou postavu vzbuzuje v čtenářích, posluchačích či divácích falešnou představu, že všechno je možné. Pokud otevřeme jakýkoliv ženský časopis, s velkou pravděpodobností tam najdeme článek na téma nejlepší diety nebo jak nejrychleji zhubnout. Výzkumy ukazují že mezi dívkami a ženami je v dnešní době vcelku normální držet některou z redukčních diet. Sociální přitažlivost PPP vzrůstá i v souladu s tím, že se mnoho celebrit přiznalo, že trpěly poruchou příjmu potravy (Krch, 2005).

Velkým nebezpečím je i bezpochyby internet. Velkým rizikem mohou být dle Krcha (2010) **proanorektické internetové stránky**, na nichž se čtenáři navzájem podporují v chorobných postojích k jídlu a posilují si tak iluzi výjimečnosti. Komunita zde oslavuje vyhublost, hladovění, sebekontrolu a různé diety. Novák (2010) dodává, že tyto weby mohou představovat nezanedbatelné riziko pro dívky, které těžce nesou podobu současného ideálu krásy, jsou silně ovlivnitelné sociálním prostředím, obtížně zvládají období puberty a dospívání, nenachází ve svém okolí patřičnou sociální oporu a jsou nespokojeny se svým životem. I přes značné nebezpečí těchto webů, Novák (2010) zmiňuje pozitivum, jež ocení lékaři a psychologové, kteří zde mohou nahlédnout do psychiky pacientek a následně tak hledat nové postupy v léčbě.

Dalším faktorem je společenský tlak na dodržování štíhlosti v souvislosti se širší škálou **profesionálního uplatnění a sportů**. Ve studii Janouta, Kollárové & Němečkové (2001, in Sobotková) se ukázaly jako nejrizikovější skupina vrcholové gymnastky

a krasobruslařky, nejnižší BMI měly gymnastky a modelky. Tělesný vzhled, výkon a zejména tělesná hmotnost má zde rozhodující význam. Kocourková & Koutek (1998, in Sobotková, 2014) připomínají, že PPP se týká také chlapců. Vysoký důraz na postavu a fyzickou výdrž je kladen na plavce, gymnasty a atlety (Rodin & Wilmore, 1992, in Krch, 2005). Podle Morton (2016) jsou rizikové také sporty, kde jsou vymezené striktní váhovou kategorií (např. zápasníci) nebo výhodnou nízkou hmotností (např. žokejové). Dále uvádí, že vysoké riziko vzniku PPP je u antigravitačních sportů (např. skok na lyžích). Kromě různých hladovek mnoho profesionálních sportovců užívá i další extrémní metody ke kontrole tělesné hmotnosti, jako jsou dietní tablety, sauna, zvracení, diuretika či laxativa (Krch, 2005). Ze studií mezi sportovci je zřejmé, že soutěživost a okolím oceňovaná štíhlost zvyšují riziko vzniku PPP, a že dietní chování je častým prvopočátkem MA či MB.

Nutno podotknout, že předpojatost vůči obézním jedincům se podle některých autorů stala kulturním fenoménem, jelikož obézní lidé jsou vnímány jako líní, hloupí a oškliví. Jakákoliv mírná nadváha či přerušení diety jsou vnímány jako selhání, což následně vede k izolaci a k poklesu sebevědomí jedince (Krch, 2005). Britská studie prokázala, že obézní děti jsou nejčastěji popisovány jako ty, ze kterých si ostatní dělají jen legraci a jsou považovány za špinavé, nepopulární a se sklony ke lhaní (Novák, 2010). Dle Papežové (2010) představuje obezita závažný celosvětový zdravotní problém, který se zatím nedaří výrazně zredukovat preventivními opatřeními.

2.3.2 Protektivní faktory a prevence

Protektivní faktory představují charakteristiku či událost, jejíž přítomnost snižuje pravděpodobnost výskytu PPP a zvyšuje tak šanci na uzdravení. Bylo prokázáno, že ochranné faktory mohou působit velmi mocně a „neutralizovat“ závažné rizikové faktory (Machová & Kubátová, 2015). Posilovat protektivní faktory můžeme v různých oblastech, ať na úrovni jedince, rodinného prostředí, školy, mimoškolních aktivit a dalších událostí.

Protektivním faktorem u **osobnosti** je zařazení přijatelné relaxace a vhodných zájmů a aktivit, které posilují u žáků sebekontrolu a sebeovládání. Slezáčková (2012) zdůrazňuje ve své publikaci pozitivitu, kterou považuje za jednu z nejdůležitějších zdrojů lidského štěstí. Pozitivitou se rozumí nejen pozitivní emoce, ale i pozitivně vnímaný smysl života, optimistický postoj a otevřená mysl, laskavá srdečnost, pocit

tělesného uvolnění a dostatek energie. Pozitivita v první řadě přispívá k tomu, že se cítíme dobře, ovlivňuje způsob myšlení, které se stává otevřenější a kreativnější. Pozitivní emoce kromě toho, že přispívají k rozvoji psychických a fyzických sil, také podporují resilienci, optimismus a zlepšují sociální vztahy. Fredricksonová (2009, in Slezáčková, 2012) ve svém výzkumu zjistila, že psychickou odolnost lze do určité míry trénovat a posilovat, a to skrze zvyšování poměru pozitivních emocí. Cílem není zbavit se negativních myšlenek, ale nalézt optimální rovnováhu, v níž jedinec zůstane především sám sebou. Dle Fredricksonové je optimální poměr positivity a negativity 3:1, aby byl schopen jedinec usměrnit své prožívání. Je však důležité zmínit, že pozitivita je volbou, kterou nelze nikomu vnutit, je však ji možné každému nabídnout.

V dobře fungujících **rodinách** můžeme najít velkou spoustu ochranných a pozitivních faktorů, které adolescenta před rizikovým chováním chrání. Slezáčková (2012) hovoří o tzv. pozitivním rodičovství, jež se zaměřuje na význam podpory osobní pohody a prožívaného štěstí jedince, které je považováno za důležitý předpoklad úspěšné autoregulace, udržení fyzického a psychického zdraví, prevence nežádoucích jevů a podpory bezproblémového chování. Dle Jedničky (2017) mají značný význam hodnoty rodičů, které uznávají, dále také rodičovská očekávání a rodičovský styl výchovy. Uvádí, že nejlépe jsou na tom adolescenti vychovávaní v láskyplném rodinném prostředí, které zároveň autoritativně stanovuje požadavky a hranice.

Dle Machové & Kubátové (2015) má velký vliv zdravý životní styl rodiny, který není zaměřen na konzumní styl života. Není v něm uspěchanost, přehnaná honba za jednostranným úspěchem, převažuje v něm soudržnost a tolerance. Při výchově správných stravovacích návyků má významnou roli v rodině především matka, tato výchova začíná už v brzkém věku. Pokud je zdravá strava chutně připravená a konzumovaná v příjemné a klidné atmosféře rodinného stolu, tak následně i podporuje chuť k jídlu jedince.

Svoji úlohu má zde i **škola**, která by měla poskytovat správné informace ve vhodnou dobu. Ještě před začátkem puberty by se měli žáci dozvědět o bio-psycho-sociálních změnách v období dospívání, také je upozornit na změnu tělesné hmotnosti, jež je přirozenou součástí vývoje. Pokud dospívající pochopí svoji optimální tělesnou hmotnost vzhledem k své výšce (podle BMI), budou si tak schopni vybudovat realistický obraz vlastního těla. Další oblastí, kterou by měla škola zprostředkovat, jsou

zásady zdravé výživy a správné stravovací návyky. Patří sem i poskytnutí dostatku objektivních informací o příčinách, výskytu a důsledcích PPP. Své místo má rovněž podpora sebedůvěry, zvyšování sebevědomí a vytvoření pozitivního klimatu ve třídě, ovzduší vzájemné důvěry a tolerance. (Machová & Kubátová, 2015)

Dle Bencka & Tryfose (2015, online) by se měla školní výchova snažit předcházet šikaně pro vzhled, oblečení, tělesný výkon a poskytnout možnost poradenství. Dodávají, že užitečné mohou být také poradenské aktivity nebo možnost telefonních „helplines“.

Co se týče prevence poruch příjmu potravy, Papežová (2010, s. 140-141) ji člení následovně:

1. **Primární** prevence spočívá především ve výchově v rodině, v působení společenských vlivů a kultuře stravování. Důležité je sebehodnocení dětí a dospívajících, na které mají značný vliv média a kulturní vzory.
2. **Sekundární** prevence je zaměřena na vyhledávání a ovlivnění ohrožených skupin, ke kterým patří děti léčené pro obezitu a děti se somatickým onemocněním provázaným dietou a hubnutím. Ale také děti se ze zájmových aktivit souvisejících s kontrolou váhy a vzhledu, jako je modeling, tanec, gymnastika, atletika a další.
3. **Terciární** prevence už se zaměřuje na obnovu plného zdraví, prevenci relapsu a také na zamezení přenosu jídelní patologie na další generaci.

MŠMT v metodickém doporučení uvádí **všeobecnou prevenci** PPP, která zdůrazňuje výchovu k přiměřenosti a umírněnosti v postojích, důraz na nebezpečí jednostranných či extrémních postojů ve výživě, životním stylu nebo také ve sportu. Důležité je omezit automaty na sladkosti, slazené nápoje ve školách, a především posílit dobrou školní jídelnu. MŠMT dále zmiňuje **specifickou prevenci** PPP, jež se zaměřuje na nebezpečí a neúčinnost redukčních diet a zajištění obecných informací o PPP, a to zejména pro rodiče. (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, 2010, online)

Pokud uvažujeme o efektivitě preventivních programů u žáků ZŠ, je vhodné vzhledem k epidemiologii PPP u této skupiny realizovat také včasný screening experimentu s jídelním chováním, který umožňuje identifikaci rizikových jednotlivců a následnou intervenci.

3 Experiment s jídelním chováním u žáků ZŠ

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

S rizikovým chováním v adolescenci značně souvisí nezdravé stravovací návyky hraničící s poruchami příjmu potravy. Dle Krcha (2016, s. 238) patří poruchy příjmu potravy „mezi nejčastější a současně také mezi nejzávažnější problémy dospívajících děvčat.“ Výskyt PPP neustále roste (ÚZIS, 2018, online), a proto jsem se rozhodla zabývat tímto tématem. Jako hlavní cíle výzkumného šetření jsem si stanovila:

- zmapovat výskyt experimentu s jídelním chováním u neklinické populace žáků ZŠ na vybraných školách v Královohradeckém kraji,
- ověřit základní vztahy mezi vybranými faktory ovlivňujícími experiment s jídelním chováním.

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

H1: Předpokládáme, že více než 12 % respondentů experimentuje s jídelním chováním.

ÚZIS uvádí, že problematika jídelního chování v adolescenci je velmi aktuální téma, jelikož za posledních šest let došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u věkové skupiny 10–14 let. V zprávě Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR zmiňuje, že v ambulantním zařízení bylo v roce 2017 léčeno s některou z diagnóz poruch příjmu potravy téměř 12 % mladších 14 let a necelých 32 % ve věku 15–19 let. Co se týče hospitalizací pro poruchy příjmu potravy, tak pacienti do 15 let tvořili necelou čtvrtinu z celkového počtu hospitalizací (ÚZIS, 2018, online).

H2: Jako rizikový faktor experimentu s jídelním chováním se nejčastěji vyskytuje dietní chování.

Vágnerová (2010) uvádí, že jedinci v období dospívání dovedou vyvinout značné úsilí, aby se přiblížili svému ideálu, a proto přebírají různé postoje a experimenty s jídelním chováním a se snaží držet drastické diety. Výzkumy ukazují, že mezi dospívajícími (obzvláště u dívek) je v dnešní době úplně normální držet některou z redukčních diet (Krch, 2005). Totéž uvádí i Fraňková, Pařízková & Malichová (2013), jež zdůrazňují, že jakákoliv dieta může být značným rozcestím ke skutečným poruchám příjmu potravy a také může značně ohrozit zdraví jedince.

H3: Adolescentní dívky mají větší sklony k depresím než chlapci.

Zemanová & Dolejš (2015) uvádí, že charakteristikou adolescence je i zvýšení psychického stresu, které se pojí s depresivitou, úzkostností a hostilitou. V období adolescence se prevalence deprese zvyšuje a objevuje se pohlavní diference ve výskytu deprese, dívky jsou postiženy dvakrát častěji než chlapci (Goetz, 2005, online).

H4: Vyšší hodnoty depresivity souvisejí se závažnějšími projevy experimentu v oblasti jídelního chování.

Spousta studií se shodují na tom, že depresivní nálada, negativní sebehodnocení a nedůvěra ve vlastní pocit významně zvyšují riziko jídelního chování. Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků zmiňuje spojení experimentu ve stravování s depresí a sebepoškozujícími až sebevražednými sklony (Kalman, Sigmund & Sigmundová a kol., 2011, online). Také Striegel-Mooreové (1993, in Krch, 2005) uvádí, že vnitřní nejistota dospívajících dívek je často spojena s nízkým sebevědomím, zvýšenou sebekritikou, náchylností k depresím a sklonem k PPP. Procházková & Sladká-Ševčíková (2017) podotýká, že u všech druhů poruch příjmu potravy nemocní často zažívají úzkost, deprese a objevuje se u nich opakovaná podrážděnost.

H5: Vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s nižšími hodnotami deprese.

„Lidé s vyšší mírou psychické odolnosti jsou mnohem lépe naladěni a jsou schopni brát daný úkol jako výzvu“ (Fredricksonová, 2009, in Slezáčková, 2012, s. 49). Slezáčková (2012) uvádí, že kladné emoční naladění podporuje lepší koncentraci, kreativnější myšlení i schopnost celostního úrovně životní spokojenosti. Dále zmiňuje, že psychicky odolní jedinci emočně lépe reagují na podmínky, rychleji se přizpůsobí a rychleji se zklidní. Spousta autorů se shodují na tom, že nízké skoré deprese je značným protektivním faktorem snižující riziko jídelního chování. Dle Machové & Kubátové (2015) bylo prokázáno, že ochranné faktory působí velmi mocně a „neutralizují“ tak závažné rizikové faktory.

H6: Spokojenost s postavou a sebevědomím je závislá na pohlaví.

S rostoucí tělesnou hmotností signifikantně vzrůstá u dospívajících nespokojenost s vlastním tělem a roste i nebezpečí redukčních diet a bulimie, obzvláště u dívek (Krch, 2005). Krch (2000, in Sobotková, 2014) zkoumal adolescenty a zjistil, že chlapci byli signifikantně čteněji spokojeni se svým tělem než dívky.

H7: Nižší spokojenost souvisí se závažnějšími projevy experimentu v oblasti jídelního chování.

Dle (EAT-26, 2019, online) je nespokojenost se svým tělem a snaha zhubnout základními příznaky jídelní poruchy. Riziko PPP roste při spojení nízkého sebevědomí a nespokojenosti s vlastním tělem (Papežová, 2010). Fialová & Krch (2012) doplňují, že s tělesnou nespokojeností přímo souvisí i symptomy deprese jako jsou pocity viny, ztráta sebedůvěry, pocity beznaděje a nepotřebnosti, které následně mohou vést k poruchám příjmu potravy.

Krch (2000, in Sobotková, 2014) ve svém výzkumu zjistil, že u mužů a žen pozitivně korelovala nespokojenost s tělem s přáním zhubnout, s dietním chováním, častým cvičením a rostoucí frekvencí přejídání. Nespokojení muži měli 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 a celkového zdravotního stavu.

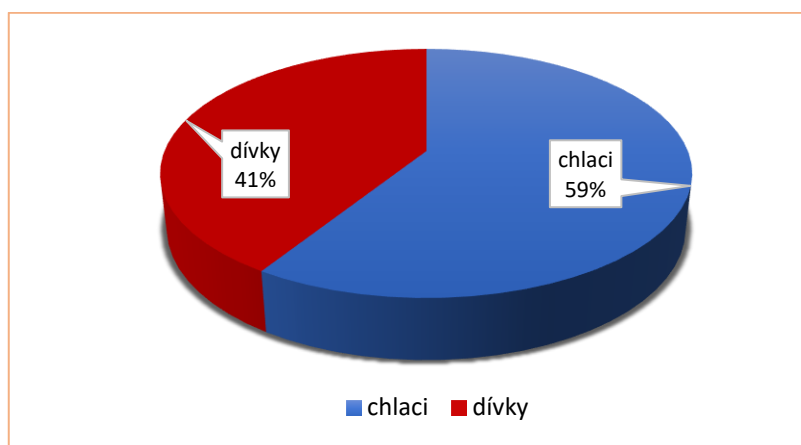
3.2 Výzkumný soubor a procedura

Výzkumné šetření proběhlo v měsících leden-únor 2019 a bylo realizováno na dvou základních školách, v Nové Pace a v Hradci Králové. Respondenti vyplňovali dotazníky během předmětů Výchova ke zdraví, Hudební výchovy, Informační techniky nebo Tělesné výchovy. Administrace dotazníků byla provedena osobně s účastí učitele daného předmětu. Všichni respondenti byli plně seznámeni s anonymitou dotazníků, využitím dat a také dostali možnost k dotazování. Respondenti měli na vyhodnocení jednu vyučovací hodinu, tedy 45 minut a všichni časově stihli vyplnit baterii dotazníků. Po vyhodnocení byly dotazníky sebrány zadavatelem, aby návratnost byla 100 %.

Výzkumný soubor tvořili adolescenti ve věku 11–16 let, tedy žáci šestých až devátých ročníků. Podílela se ZŠ Sever v Hradci Králové a ZŠ Nová Paka. Celkem bylo rozdáno 258 souborů dotazníků a návratnost byla 100 %, avšak 7 z nich (97,2 %) bylo vyřazeno pro neúplnost či chybné vyplnění. Z výsledného počtu 251 adolescentů bylo v našem průzkumu 148 chlapců a 103 dívek. Průměrný věk respondentů byl 12,5 let. V tabulce 1 můžeme vidět složení výzkumného vzorku dle škol.

Tabulka 1 Složení souboru respondentů

Škola	Třída	Počet adolescentů	Počet dívek	Počet chlapců	Průměrný věk
ZŠ Nová Paka	6A, 6B	51	28	23	11,6
	7A, 7B	32	20	12	12,9
	8A, 8B	29	10	19	13,6
	9A	20	11	9	14,9
ZŠ Sever HK	6A, 6B, 6C	62	11	51	11,7
	7A, 7B, 7C	57	23	34	12,6
Celkem		251	103	148	12,5

**Graf 1** Pohlaví respondentů (n = 251)

Kromě třídy a věku, respondenti uváděli také hmotnost a výšku. Z těchto údajů jsem si vypočítala BMI respondentů. BMI pro děti a dospívající se provádí podle stejného vzorce jako pro dospělé (tj. $BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$), avšak výsledky se interpretují jinak. Pařízková & Lisá a kol. (2007) uvádí, že v průběhu růstu se mění hmotnost a výška, a proto musí být BMI dítěte interpretováno ve vztahu k ostatním dětem stejného pohlaví a věku. BMI pro děti a dospívající se počítá podle percentilu, zvláště pro chlapce a dívky, percentilové grafy obou pohlaví nalezneme v příloze G a H. Při výpočtu jsem postupovala podle tabulky Body Mass Indexu dle percentilové metody pro chlapce a dívky (CAV 2001), která je uvedena v příloze I.

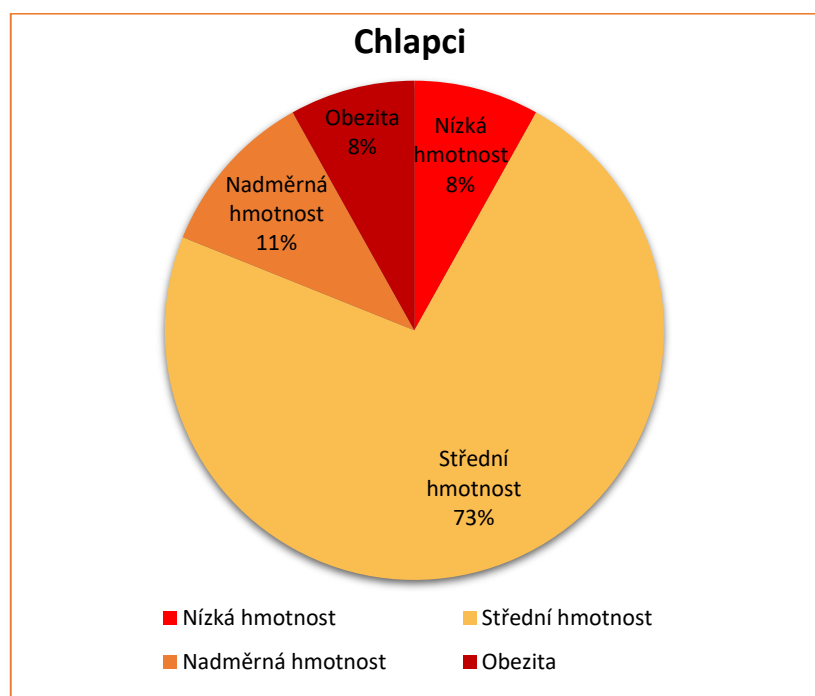
V tabulce 2 jsou respondenti rozděleni podle vypočítané hmotnosti BMI do kategorií podle percentilu a v grafu 2 a 3 vidíme podíl chlapců a dívek v kategoriích BMI.

Dle Vignerové, Riedlové & Bláhy a kol. (2001, online) se obezita hodnotí percentilem BMI nad 97, nadměrná hmotnost je v rozmezí 90-97 (v ČR je definována také jako nadváha) a nízká hmotnost je pod percentilem 10 a níže. Hodnoty BMI jsou zohledněny na věk a pohlaví jedince. Pařízková & Lisá a kol. (2007) doplňují, že jedinci jejichž hodnoty BMI se pohybují v rozmezí 75-90 mají zvýšenou hmotnost a jedinci v rozmezí 25-10 mají sníženou hmotnost. V tabulce 2 jsou kategorie seřazeny podle percentilu: nízká hmotnost, střední hmotnost, nadměrná hmotnost a obezita.

Tabulka 2 Rozdělení hmotnosti respondentů podle BMI dle percentilu

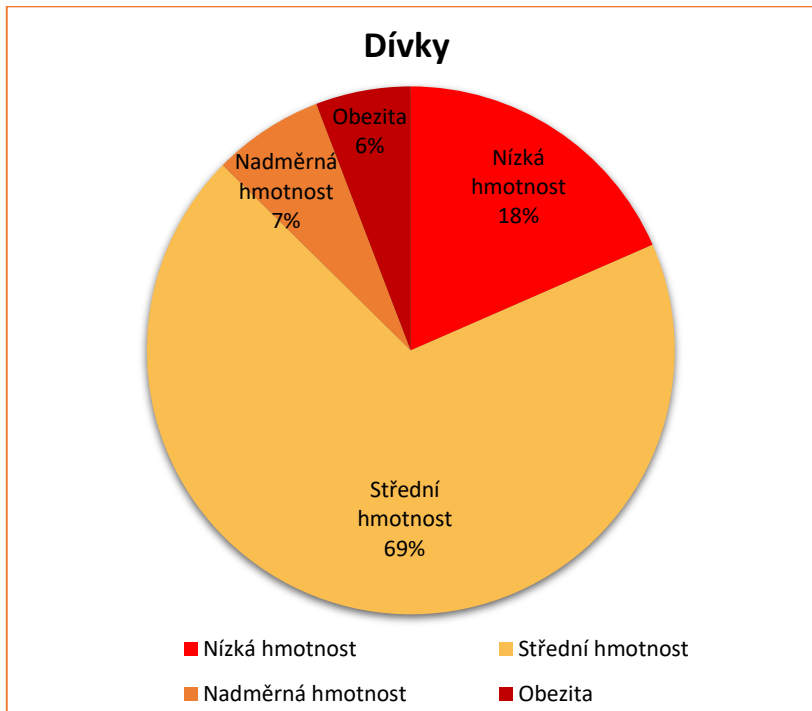
<i>Kategorie</i>	<i>Percentil</i>	<i>Počet</i>	<i>%</i>
Nízká hmotnost	10 a méně	31	13
Střední hmotnost	10-90	179	71
Nadměrná hmotnost	90-97	23	9
Obezita	97 a více	18	7

Z celkového počtu respondentů má 71 % střední hmotnost (ideální váhu), 13 % má nízkou hmotnost, 9 % má nadměrnou hmotnost a 7 % respondentů trpí obezitou. Nutno podotknout, že vyšší hodnoty BMI nemusí vždy v těchto případech znamenat jednoznačně podíl tukové složky (Vignerová, Riedlová & Bláha a kol., 2001, online).



Graf 2 Podíl chlapců v kategoriích BMI (n = 148)

Z grafu 2 je zřejmé, že většina chlapců (73 %) zaujímá střední hmotnost ke svému věku, nachází se tedy v normě. Zatímco 8 % chlapců má sklony k nízké hmotnosti a 11 % chlapců má nadváhu a 8 % chlapců má obezitu. U chlapců je důležité uvést, že vyšší hodnoty BMI nemusí znamenat jednoznačně podíl tukové složky, jelikož se v tomto období více zaměřují na zvýšení svalové hmoty, zatímco dívky vykazují zájem o svou hmotnost (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Můžeme tedy říci, že chlapce zahrnuté do průzkumu více ohrožuje nadváha spolu s obezitou než podváha.



Graf 3 Podíl dívek v kategoriích BMI (n = 103)

V grafu 3 vidíme, že 69 % dívek má normální váhu ke svému věku. Avšak větší procento dívek má nízkou váhu (18 %) se srovnáním s chlapci. Z celkového počtu dívek má 7 % nadměrnou hmotnost a 6 % obezitu. Z grafu vyplývá, že dívky ZŠ více ohrožuje podváha.

3.3 Popis metod

Pro výzkum jsem zvolila kvantitativní metodu pomocí dotazníků, protože jsem chtěla oslovit dostatečně široký počet respondentů. Tímto způsobem se mi podařilo zajistit velké množství potřebných informací. Jako výzkumný nástroj byly použity tři typy standardizovaných dotazníků a jeden dotazník vlastní konstrukce. Jednalo se o dotazníky mapující experiment s jídelním chováním, depresivitu, nezdolnost

a vybrané faktory chování ovlivňující zdraví. Z dotazníků byla vytvořena baterie pro každého respondenta, jež obsahovala všechny čtyři části. Hlavička každé baterie zahrnovala základní informace o respondentovi – škola, třída, pohlaví, věk, výška a váha. V každém dotazníku bylo popsáno, jak se vyplňuje. Vybrané dotazníky byly vyhodnoceny pomocí šablon ke standardizovaným dotazníkům.

EAT-26 Test jídelních postojů

Test jídelních postojů (Eating Attitude Test) je dotazník sestavený Garnerem a Garfínkem roku 1979. Test obsahuje 26 položek a vypovídá o míře narušení jídelních postojů, jídelního chování a vztahu ke svému tělu. Jednotlivé položky jsou rozděleny do tří subškál – dietní chování, bulimické chování a zabývání se jídlem neboli orální kontrola. Respondenti odpovídali na jednotlivá tvrzení na šestibodové škále (vždy, velmi často, často, někdy, zřídka, nikdy). Při vyhodnocení jsem postupovala podle skórovacího systému EAT-26, kterou nalezneme v příloze E. Pro získání celkového skóre jsem sečetla skóre všech položek. Kromě celkového skóre lze jídelní postoje hodnotit i v rámci dílčích škál. Skóre 20 bodů a více v testu EAT-26 je považováno za kritické a jedinec by měl být vyšetřen kvalifikovaným profesionálem pro vyloučení nebo potvrzení přítomnosti poruchy příjmu potravy (EAT-26, 2019, online). Dle Papežové (2010) je dotazník doporučován jako citlivá screeningová metoda, která umožňuje odhalit rizika poruch příjmu potravy na školách a u jiných rizikových populací jako například u atletů.

EAT-26 obsahuje ještě dalších 5 položek, které se týkají behaviorálního chování indikující možné symptomy poruch příjmu potravy nebo výraznou ztrátu hmotnosti, vyskytující se v posledních 6 měsících. Respondenti odpovídali na 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). V příloze F nalezneme tabulku rizikových odpovědí.

CDI Sebeuposuzovací škála depresivity

Pro zjištění depresivity u adolescentů byl použit dotazník CDI (Childens's depression Inventory), který je považován za první standardizovanou sebeuposuzovací škálu depresivity u dětí. Autorem je M. Kovacs a tvůrcem příručky M. Preiss. Dotazník depresivity měří aktuální stav jedince nebo jeho změny. CDI obsahuje 5 subškál, jímž jsou špatná nálada (6 položek), interpersonální potíže (4 položky), nevykonnost

(4 položky), anhedonie (8 položek) a snížené sebehodnocení (5 položek). Celkem dotazník obsahuje 27 položek a v každé položce respondenti odpovídali volbou mezi třemi možnostmi. U vyhodnocení se sčítají body k jednotlivým subškálám pomocí šablony. Na šabloně jsou bodované odpovědi, kdy nula znamená absenci symptomu, jednička značí mírné projevy symptomu a číslo dvě ukazuje výrazné projevy depresivního chování. Kromě celkového výsledku depresivity lze hodnotit i podle skóre dílčích škál. Výrazně vysoké skóre v tomto dotazníku znamená i zvýšené riziko problému.

Dotazník CSOC

Dotazník CSOC (The Children Sense of Coherence scale) zkoumá nezdolnost či odolnost jedince. V roce 1994 byl zkonstruován a ověřen profesorkou M. Margalitovou. Český překlad následně provedl profesor J. Křivohlavý. Dotazník se dělí do tří subškál – srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost. Srozumitelnost nebo také smysl pro porozumění obsahuje 5 položek. Zvládnutelnost obsahuje 7 položek a vysoké skóre zde značí, že adolescent má pocit kontroly a sebejistoty, a jakékoliv překážky zvládne vyřešit. Třetí částí je smysluplnost, která obsahuje 4 položky a zjišťuje u respondenta motivaci a zájem o činnosti. V dotazníku jsou 3 položky, které mají pouze rozptylující funkce. Respondenti u každé položky měli na výběr ze čtyř možností na škále četnosti (1 = nikdy, 4 = vždy). Před vyhodnocením se u některých položek převrátí hodnota, kterou zvolil respondent a následně se sečtou hodnoty daných položek a celkový součet pak udává celkovou nezdolnost. Čím vyšší skóre, tím vyšší nezdolnost vůči zátěži.

Dotazník chování ovlivňující zdraví

Dotazník vlastní konstrukce mapuje vybrané faktory chování ovlivňujícího zdraví adolescenta. Dotazník tvoří rizikové a protektivní faktory, které by mohly ovlivňovat jídelní chování adolescenta. Do oblasti rizikového životního stylu jsem zařadila časté trávení u počítače či TV, užívání chemických látek při sportu, nápoje bohaté na kofein, provozování adrenalinových sportů, brání léků na bolest, časté bolesti hlavy a břicha, pojídání sladkostí, poruchy příjmu potravy a sebepoškození. Dále do dotazníku byla vložena protektivní oblast, tzv. adherence ke zdravému životnímu stylu, jež je zaměřena na zdravou stravu a pitný režim, pravidelný spánek, relaxační aktivity, trávení volného času fyzickou aktivitou nebo sportem. Respondenti hodnotili jednotlivé otázky

na stupnici od 1 do 5, tedy jak často se u nich dané chování vyskytovalo v uplynulém roce (1 = nikdy, 5 = pravidelně).

Součástí dotazníku chování ovlivňující zdraví jsou dvě otázky mapující spokojenost s vlastní postavou a spokojenost se svým sebevědomím. Respondenti odpovídali na jednotlivá tvrzení na čtyřbodové škále (1 = silně nesouhlasím, 4 = silně souhlasím).

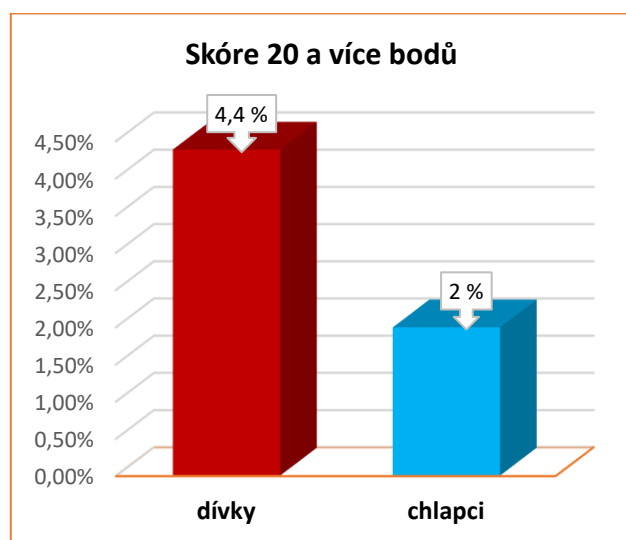
3.4 Výsledky a diskuse

3.4.1 Výskyt experimentu s jídelním chováním u soboru adolescentů

Pro zhodnocení rizika experimentu s jídelním chováním se postupovalo podle skórovacího systému EAT-26 (viz příloha E). 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 3 Celkové skóre EAT-26 u žáků ZŠ (n = 251)

<i>Skóre EAT-26</i>	<i>Počet</i>	<i>%</i>
méně než 20	235	93,6
20 a více	16	6,4



Graf 4 Procentuální znázornění skóre 20 a více bodů podle pohlaví (chlapci = 148, dívky = 103)

Podle tabulky 3 bylo zjištěno celkové skóre EAT-26, skóre 20 a více nám ukazují narušené jídelní chování. Z celkového počtu 251 respondentů se ukázalo, že 16 žáků tedy 6,4 % má narušené jídelní chování ve smyslu poruch příjmu potravy. Z tohoto počtu žáků s rizikovým jídelním chováním bylo 11 dívek (4 %) a 5 chlapců (2 %), jež vidíme v grafu 4. Nejvyššího rizikového počtu dosáhla dívka, která měla 37 bodů. Pět dívek a jeden chlapec měli skóre vyšší jak 30. Tato vysoká hranice naznačuje výrazné příznaky, které mohou vést ve svém důsledku k velmi závažným jídelním poruchám. Z grafu vyplývá, že vyšší než kritické skóre v testu má 6,4 % žáků ZŠ, jež může vypovídat o narušených jídelních postojích a chování ve smyslu poruch příjmu potravy. Shodně s literaturou zde můžeme také potvrdit, že stravovací jídelní poruchy se vyskytují častěji u dívek než u chlapců.

Zbýlých 93,6 % žáků ZŠ mělo skóre menší než 20, tedy nemá narušené jídelní chování. Avšak podle EAT-26 (online, 2019) by nízké skóre nemělo odrazovat od vyhledání odborníka, pokud jedinec trpí pocity způsobující znepekovení nebo zasahování do jeho každodenního fungování.

V tabulce 4 máme podrobně znázorněn test EAT-26, kde vidíme nejčastější rizika jídelního chování objevující se u žáků ZŠ. Odpověď vždy (3 body) je nejrizikovější, naopak odpověď občas, zřídka či nikdy je dle skóre EAT-26 bez bodů.

Tabulka 4 Procentuální znázornění odpovědí testu EAT-26 u žáků ZŠ (n = 251)

	<i>Vždy</i>	<i>Velmi často</i>	<i>Často</i>	<i>Občas Zřídka Nikdy</i>
1.Mám hrůzu z nadváhy.	8,8 %	7,2 %	8,4 %	75,7 %
2.Vyhýbám se jídlu, i když mám hlad.	1,2 %	1,2 %	3,6 %	94,0 %
3.Mám pocit, že se příliš zabývám jídlem – přemýšlím o něm.	3,6 %	6 %	8 %	82,5 %
4.Zažívám záchvaty přejídání s pocitem, že možná nebudu moct přestat.	0,8 %	2,4 %	3,6 %	93,2 %
5.Krájím si jídlo na malé kousky.	4,4 %	4 %	8,8 %	82,9 %
6.Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.	4,8 %	9,6 %	11,2 %	74,5 %
7.Obzvlášť se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem karbohydrátů (např. chléb, rýže, brambory apod.)	0 %	2 %	2,4 %	95,6 %
8.Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl(a) více.	6,4 %	6,8 %	11,2 %	75,7 %

9.Po jídle zvracím.	0 %	0,8 %	0,4 %	98,8 %
10.Po jídle se cítím extrémně provinile.	1,6 %	0,4 %	2,8 %	95,2 %
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 %
13.Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubený(á).	6 %	8,4 %	11,6 %	74,1 %
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 %
16.Vyhýbám se jídlům, která obsahují cukr.	1,2 %	1,2 %	6,0 %	91,6 %
17.Jím dietní jídla.	1,6 %	1,6 %	5,6 %	91,2 %
18.Mám pocit, že jídlo ovládá můj život.	2,4 %	4 %	6,4 %	87,3 %
29.Ohledně jídla se kontrolojuji.	3,2 %	4 %	12 %	80,9 %
20.Mám pocit, že mě ostatní nutí do jídla.	4,4 %	3,2 %	6,4 %	86,1 %
21.Jídlu věnuji příliš času a myšlenek.	2,4 %	2 %	5,2 %	90,4 %
22.Po tom, co sním sladkosti, se cítím nepříjemně.	4 %	4,4 %	6,8 %	84,9 %
23.Držím dietu.	1,2 %	4,4 %	3,6 %	90,8 %
24.Líbí se mi, když mám prázdný žaludek.	3,6 %	2 %	5,2 %	89,2 %
25.Po jídle je mi na zvracení.	0,8 %	0,4 %	1,2 %	97,6 %

	<i>Nikdy</i>	<i>Zřídka</i>	<i>Občas</i>	<i>Často Velmi často Vždy</i>
26.Rád(a) zkusím nová jídla bohatá na živiny.	9,6 %	26,3 %	20,7 %	43,4 %

V tabulce 4 byla zjištěna četnost jednotlivých odpovědí testu EAT-26. Z odpovědí na otázku číslo jedna vyplývá, že čtvrtina adolescentů má strach z nadváhy, 8,8 % žáků odpovědělo, že mají hrůzu z nadváhy vždy, 7,2 % se obává nadváhy velmi často a 8,4 % má hrůzu z nadváhy často. Dále bylo zjištěno, že 6 % žáků velmi často přemýšlí nad jídlem a 8 % žáků se často zabývá jídlem. Z otázky číslo 6 vyplývá, že čtvrtina respondentů si uvědomuje kalorickou hodnotu jídla, které jí. Taktéž to je i v otázce číslo 8, kdy čtvrtina žáků má pocit, že ostatní by chtěli, aby jedli více. 8,8 % žáků odpovědělo, že vždy myslí na to, jak být štíhlejší, 10 % žáků velmi často touží být štíhlejší, a 7,6 % odpovědělo často. Nejčastější bodovaná odpověď byla číslo dvanáct, kde bylo zjištěno, že 27,1 % dospívajících myslí na to, jak spalují kalorie při cvičení. Čtvrtina respondentů odpovědělo, že si okolí myslí, že jsou příliš hubení. Dále bylo zjištěno, že velké procento žáků ZŠ se zabývají myšlenkou, že mají na těle tuk, u 8,4 %

žáků byla odpověď vždy, 7,6 % odpovědělo velmi často a 7,2 % byla odpověď často. V otázce číslo dvacet odpovědělo 12 % žáků, že se často ohledně jídla kontroluje. Podle výsledků vyplývá, že 10 % žáků drží dietu. Poslední otázka byla hodnocena obráceně oproti předešlým (viz příloha E). Bylo zjištěno, že velké procento žáků nerado zkouší nová jídla bohatá na živiny, 9,6 % odpovědělo nikdy (skóre 3), u 26,3 % žáků byla odpověď zřídka (skóre 2) a u 20,7 % odpověď občas (skóre 1). Můžeme tedy říci, že více jak polovina respondentů nerado zkouší nová jídla. Z uvedených výsledků vyplývá, že čtvrtina žáků ZŠ má strach z nadváhy a zabývá se myšlenkou, že mají na sobě tuk. Čtvrtina respondentů si uvědomuje kalorickou hodnotu jídla a často myslí na spalování kalorií při cvičení. Dále bylo zjištěno, že až čtvrtina žáků ZŠ si myslí, že ostatní chtějí, aby jedli více jídla a že jsou moc hubení.

Součástí EAT-26 je ještě dalších 5 položek, které se týkají behaviorálního chování indukující možné symptomy poruch příjmu potravy či výraznou ztrátu hmotnosti vyskytující se v posledních 6 měsících. V tabulce 6 je znázorněna četnost jednotlivých odpovědí behaviorálního chování EAT-26. Červeně označené hodnoty jsou rizikové odpovědi.

Tabulka 5 Procentuální znázornění odpovědí testu behaviorálního chování EAT-26 u žáků ZŠ (n = 251)

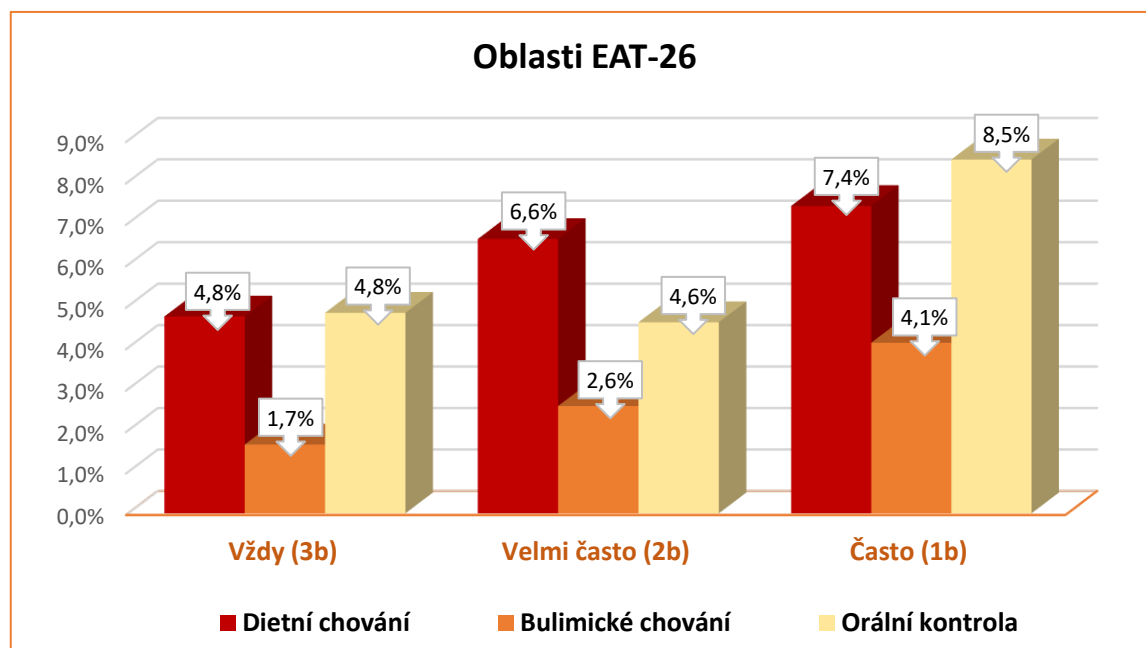
<i>Za posledních 6 měsíců:</i>	<i>Nikdy</i>	<i>Jednou za měsíc</i>	<i>2 až 3krát měsíčně</i>	<i>Jednou týdně</i>	<i>2 až 6krát týdně</i>	<i>Jednou denně a více</i>
1.Měl(a) jsem záchvat přejídání s pocitem, že nemůžu přestat jíst.	82,9 %	12,4 %	2,0 %	0,8 %	1,2 %	0,8 %
2.Vyvolal(a) jsem si zvracení (nevolnost) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla.	94 %	2,8 %	2,0 %	0,8 %	0,4 %	0 %
3.Užil(a) jsem projímadla, pilulky na hubnutí nebo diuretika (látky zvyšující vylučování vody močí) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla.	96,4 %	2,8 %	0,4 %	0 %	0,4 %	0 %
4.Cvičil(a) jsem více než 60 minut s cílem snížit nebo udržet si váhu.	52,6 %	15,9 %	5,2 %	10 %	12 %	4,4 %
5.Zhubl(a) jsem za posledních 6 měsíců 10 kilogramů nebo více.	6 % ANO			94 % NE		

V tabulce 5 vidíme, že většina odpovědí je záporných, avšak 24,7 % je rizikových. Bylo zjištěno že, 4,4 % žáků cvičí každý den více jak 60 minut s cílem snížit či udržet váhu. Z celkového počtu respondentů bylo vyřazeno 202 respondentů (80 %), kteří nezaškrtli

žádné z rizikových políček. Zbylých 49 respondentů (20 %) zaškrtno jedno z rizikových políček či kombinací více políček. Z uvedených výsledků vyplývá, že **za posledních 6 měsíců rizikově experimentovalo s jídelním chováním 20 % žáků ZŠ**. Dle EAT-26 (online, 2019) by tito žáci měli vyhledat odbornou pomoc, která se specializuje na léčbu poruch příjmu potravy. Zbylých 80 % žáků za posledních 6 měsíců rizikově neexperimentovalo s jídelním chováním.

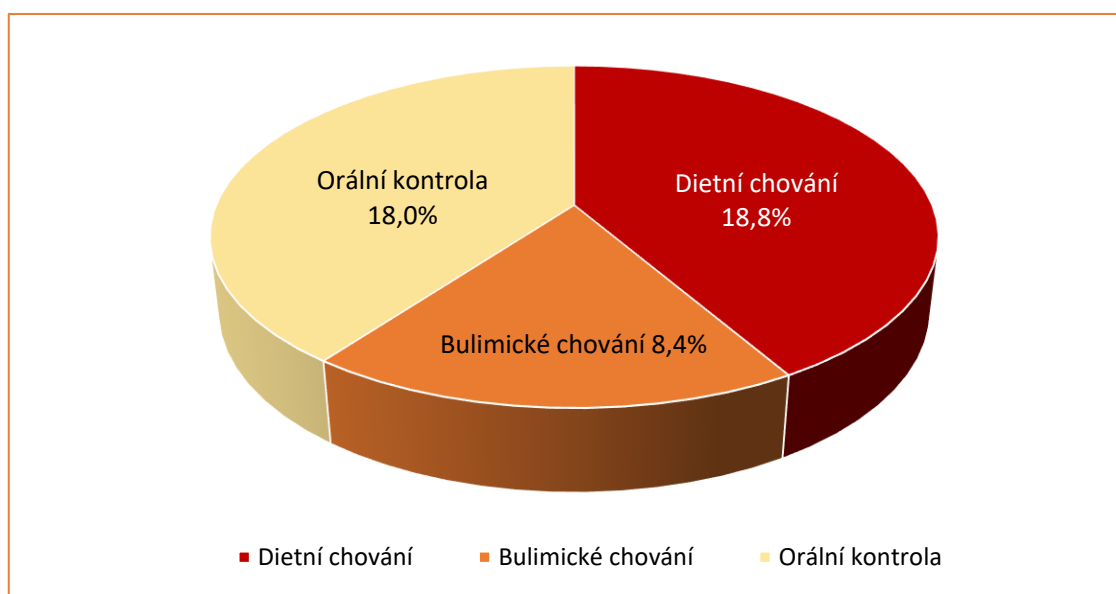
3.4.2 Porovnání oblastí experimentu s jídelním chováním

Pro porovnání oblastí experimentu s jídelním chováním byla použita procentuální četnost jednotlivých oblastí (dietního chování, bulimické chování, orální kontrola) podle počtu otázek. Dietní chování zahrnovalo otázka č.1, 6, 7,10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 a 26. Bulimické chování a zabývání se jídlem zahrnovalo otázky č. 3, 4, 9, 18, 21 a 25. Orální kontrola se týkala otázek 2, 5, 8, 13,15, 19, 20. Postupovalo se podle skórovacího systému EAT-26 (viz příloha E). Procentuální znázornění bylo vyhodnoceno na základě četnosti s ohledem na počet otázek jednotlivých oblastí, protože oblasti nemají stejný počet otázek, tak aby bylo porovnání adekvátní. Odpověď vždy (3 body) je nejrizikovější, naopak odpověď občas, zřídka či nikdy je dle skóre EAT-26 bez bodů.



Graf 5 Procentuální znázornění jednotlivých oblastí EAT-26 dle bodovaných odpovědí (n = 251)

V grafu 5 vidíme procentuální znázornění oblastí EAT-26 dle bodovaných, rizikových odpovědí. Výsledky ukazují, že z hlediska dietního chování respondenti zvolili rizikovou odpověď vždy 155 krát (4,8 %), odpověď velmi často byla zvolena 216 krát (6,6 %) a 242 krát (7,4 %) byla odpověď často. Z hlediska bulimického chování a zabývání se jídlem zvolili žáci rizikovou odpověď vždy 25 krát (1,7 %), 39 krát (2,6 %) byla odpověď velmi často a odpověď často byla zvolena 65 krát (4,1 %). Z hlediska restriktivního chování neboli orální kontroly byla odpověď vždy 85 krát (4,8 %), odpověď velmi často byla zvolena 81 krát (4,6 %) a 150 krát (8,5 %) byla odpověď často. Sečtení rizikových odpovědí (vždy, velmi často a často) jednotlivých oblastí je znázorněno v grafu 6.



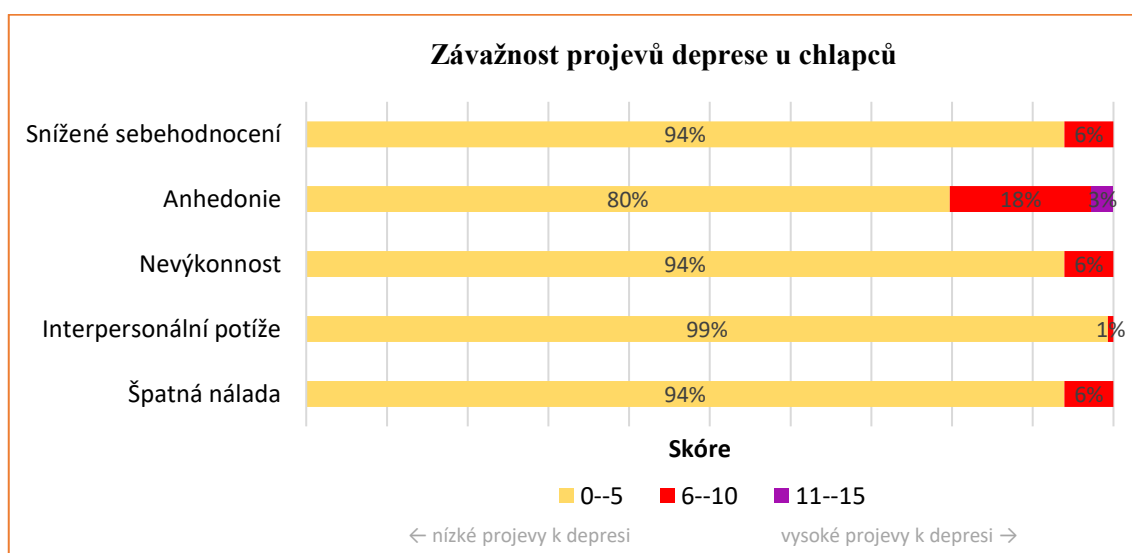
Graf 6 Celkové procentuální znázornění oblastí EAT-26 (n = 251)

V grafu 6 vidíme celkové procentuální znázornění všech rizikových bodovaných odpovědí EAT-26. Bylo zjištěno, že respondenti zvolili celkem 613 krát (18,8 %) odpověď rizikovou z hlediska dietního chování. Dále bylo zjištěno, že žáci zvolili 126 krát (8,4 %) rizikovou odpověď z oblasti bulimického chování a 316 krát (18 %) zvolili odpověď z oblasti orální kontroly. Z uvedených výsledků vyplývá, že **žáci ZŠ nejvíce inklinují k dietnímu chování** ve srovnání s ostatními rizikovými stravovacími oblastmi. Toto dietní chování může být spouštěčem k vzniku a rozvoji mentální anorexie či jiné z poruch příjmu potravy, která se začíná objevovat právě v období adolescence.

3.4.3 Depresivní symptomatologie u žáků ZŠ

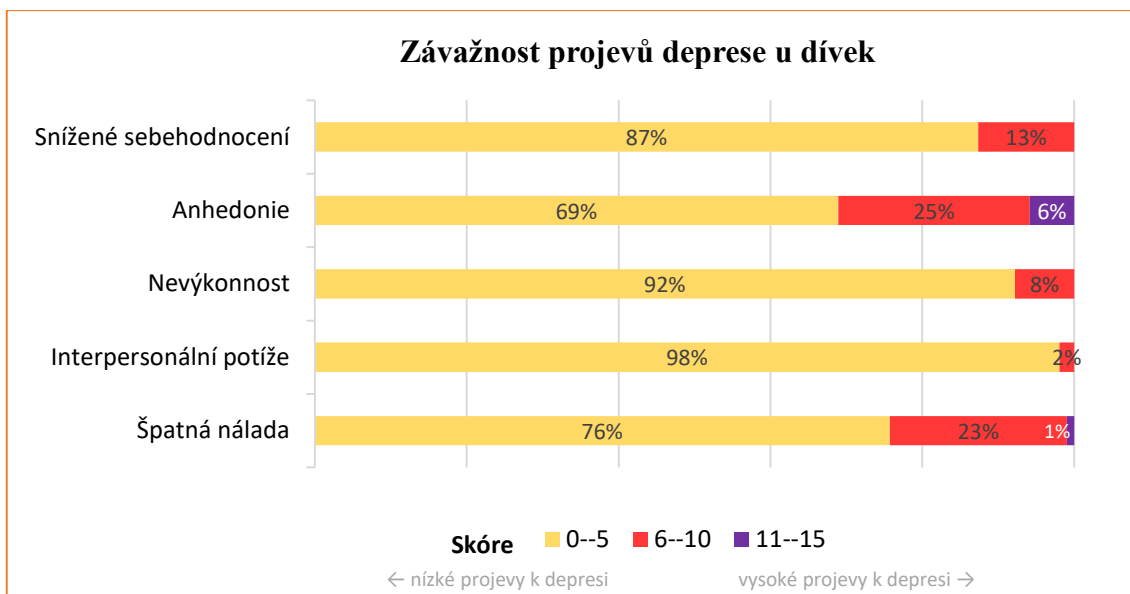
Depresivní symptomatologie v dětství a adolescenci bývá tradičně spojována s různými projevy rizikového chování. Literatura uvádí, že depresivita v dětském věku a adolescenci představuje jeden z rizikových faktorů experimentu s jídelním chováním. Nejprve si uvedeme četnost rizikového skóre jednotlivých projevů depresivity u chlapců a dívek ZŠ a následně si ukážeme graf četnosti celkového skóre depresivního ladění u obou pohlaví. V dalších kapitolách se postupně zaměříme na vztahy mezi depresivní symptomatologií a experimentem s jídelním chováním, vztahy psychickou odolností a depresivní symptomatologií.

Projevy deprese byly změřeny s využitím dotazníku CDI. V grafu 7 a 8 je vyhodnoceno skóre jednotlivých projevů deprese rozdělených dle závažnosti u obou pohlaví. Vyšší skóre značí vyšší riziko projevu depresivity.



Graf 7 Závažnost projevů deprese u chlapců (n= 148)

V grafu 7 vidíme, že většina chlapců (94 %) má méně závažné projevy v položce špatné nálady, avšak u 6 % chlapců byly zjištěny závažnější projevy k depresi. Dále vidíme, že téměř všichni chlapci mají nízké projevy k interpersonálním potížím (99 %). U 94 % chlapců byly zjištěny nízké projevy v položce nevykonnosti, a u 6 % byly zvýšené projevy v položce nevykonnosti. Nejvyšší sklony k depresi zaznamenáváme v položce anhedonie, u 20 % chlapců byly zjištěny závažnější projevy k depresi. Další položkou bylo snížené sebehodnocení (CDIE), kde vidíme že u 94 % chlapců se vyskytují méně závažné projevy v položce sníženého sebehodnocení, avšak u 6 % chlapců byly zjištěny závažnější projevy.

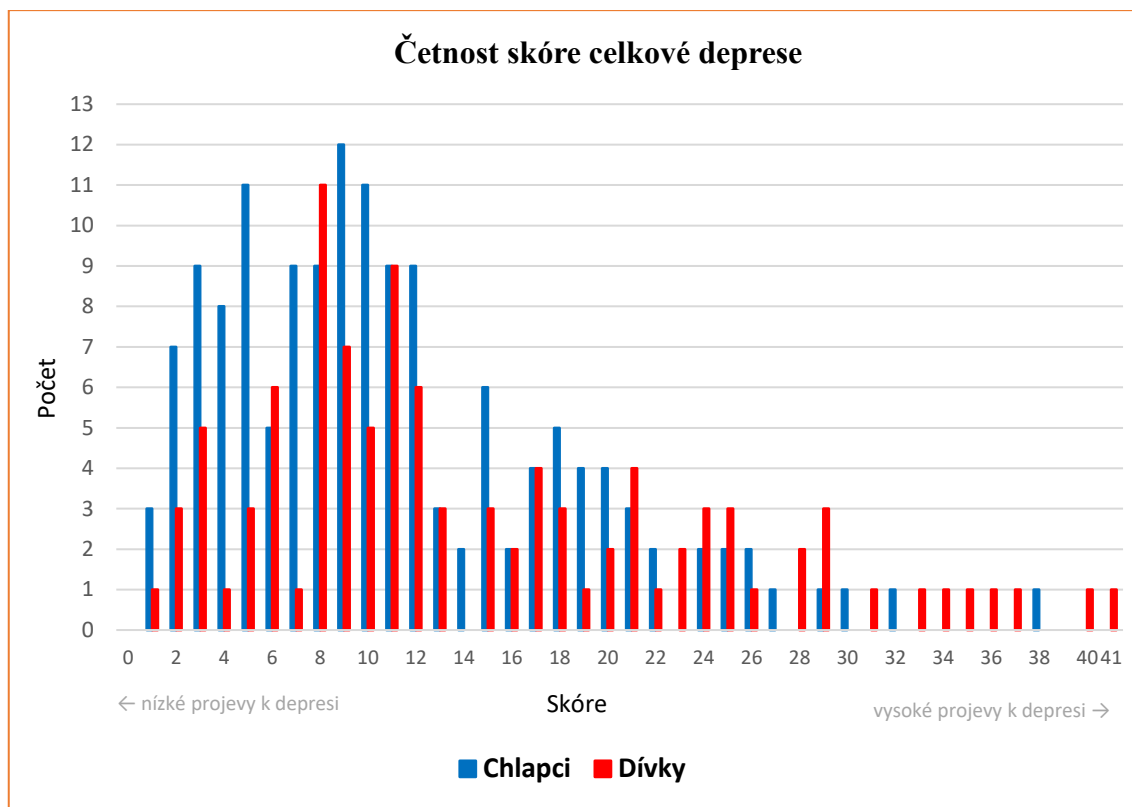


Graf 8 Závažnost projevů deprese u dívek (n = 103)

V grafu 8 vidíme, že 76 % dívek má méně závažné projevy v položce špatné nálady, avšak u 23 % dívek byly zjištěny závažnější projevy k depresi, dokonce 1 dívka měla 11 bodů (1 %) v oblasti špatné nálady, což už značí vysoký sklon k depresi. Dále vidíme, že téměř všechny dívky mají nízké projevy k interpersonálním potížím (99 %). U 92 % dívek byly zjištěny nízké projevy v položce nevykonnosti a u 8 % byly zvýšené projevy v položce nevykonnosti. Stejně jako u chlapců zaznamenáváme nejvyšší sklony k depresi v položce anhedonie, u 31 % dívek byly zjištěny závažnější projevy k depresi. U 87 % dívek byly zjištěny méně závažné projevy v oblasti sníženého sebehodnocení, avšak u 13 % dívek byly zjištěny závažnější projevy depresivity.

Z grafu 7 a 8 vyplývá, že nejvyšší riziko u obou pohlaví má výskyt anhedonie, jež může souviset s hormonálními změnami probíhajícími v adolescenci, které mají za následek zvýšenou emoční labilitu a tím i dochází k změně nálad. Celkově můžeme říci, že **dívky ZŠ mají větší sklon ve všech projevech depresivity než chlapci.**

Pro porovnání závažnosti depresivní symptomatologie bylo použito i celkové skóre CDI, jež vidíme v grafu 9.



Graf 9 Četnost celkového skóre deprese u chlapců a dívek (chlapci = 148, dívky = 103)

V grafu 9 vidíme, že u chlapců je maximální hodnota CDI 38, kdežto u dívek je maximální hodnota celkového skóre 41 bodů. Průměrná hodnota depresivity u chlapců je 11,06 kdežto u dívek je 14,64, což opět ukazuje vyšší projevy depresivity u dívek. Shodně s aktuální literaturou **dívky vykazují vyšší hodnoty celkové deprese než chlapci.**

3.4.4 Vztah deprese a experimentu s jídelním chováním

Pro zjištění vztahů mezi depresí a experimentem s jídelním chováním byl použit párový (Pearsonův) korelační koeficient R , který vyjadřuje společné kolísání dvou proměnných. Jedná se o součin směrodatných odchylek obou proměnných. Ideální korelace je 1, avšak korelační koeficient může dosahovat hodnot od -1 do 1. Tabulka 6 a 7 uvádí výsledky korelační analýzy mezi CDI a EAT-26 .

Tabulka 6 Korelace mezi depresí a experimentem s jídelním chováním u žáků ZŠ

	DEP	EAT	DCH	BCH	ORK
Deprese	1				
Experiment s jídelním chováním	0,38**	1			
Dietní chování	0,33**	0,86**	1		
Bulimické chování	0,28**	0,66**	0,40**	1	
Orální kontrola	0,22*	0,67**	0,27**	0,34**	1

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 6 vykresluje statisticky významné vztahy mezi depresivním laděním a experimentem s jídelním chováním. Statisticky významné vztahy ukazuje celková míra depresivity, která kladně koreluje s celkovým skóre EAT-26 ($r = 0,38^{**}$), dále s dietním chováním ($r = 0,33^{**}$), bulimickým chováním ($r = 0,28^*$) a s orální kontrolou ($r = 0,22^*$). Pokud se zaměříme na jednotlivé kategorie EAT-26, tak největší statisticky významný vztah má depresivita s dietním chováním. Z uvedených výsledků vyplývá, že vyšší hodnoty depresivity souvisejí se závažnějším experimentováním s jídelním chováním u neklinické populace žáků ZŠ.

Jídelní chování v adolescenci může být v řadě případů ovlivněno negativními emocemi. Nadměrná konzumace jídla či naopak omezení mohou být jakýmsi specifickým kompenzačním mechanismem zvládnání zátěže či stresu u jedince. Pro objektivizaci negativního prožívání byly použity položky dotazníku CDI, které nemusejí souviset s celkovou depresí.

Tabulka 7 Korelace mezi negativním prožíváním a experimentem s jídelním chováním u žáků ZŠ (n = 251)

	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	0,40**	0,27*	0,25*	0,25*	0,36**	1

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

Tabulka 7 znázorňuje statisticky významné vztahy mezi negativním prožíváním a experimentem s jídelním chováním. Statisticky signifikantní vztahy byly zjištěny mezi celkovým skórem EAT-26 a všemi položkami CDI. Experiment s jídelním chováním kladně koreluje s špatnou náladou ($r = 0,40^{**}$), sníženým sebehodnocením ($r = 0,36^{**}$), interpersonálními potížemi ($r = 0,27^{**}$), s nevykonností ($r = 0,25^*$) a s anhedonií ($r = 0,25^*$). Můžeme tedy říci, že k rizikovému jídelnímu chování nejvíce inklinují jedinci se špatnou náladou a negativním sebehodnocením. Z výsledků korelační analýzy vyplývá, že **negativní prožívání vyjádřené špatnou náladou, interpersonálními potížemi, nevykonností, anhedonií a sníženým sebehodnocením souvisejí se závažnějším experimentem s jídelním chováním u žáků ZŠ.**

3.4.5 Vztah psychické odolnosti a deprese

Jedním z nejčastěji uváděných protektivních faktorů je psychická odolnost, která snižuje závažnost depresivního ladění. Tabulka 8 uvádí výsledky korelační analýzy mezi CSOC a depresivitou.

Tabulka 8 Korelace mezi depresí a psychickou odolností (n = 251)

	CSOC	SROZ	ZVL	SMYS	DEP	A	B	C	D	E
CSOC	1									
SROZ	0,73**	1								
ZVL	0,83**	0,41**	1							
SMYS	0,66**	0,29**	0,32**	1						
DEP	-0,64**	-0,40**	-0,60**	-0,40**	1					
A	-0,56**	-0,33**	-0,54**	-0,35**	0,85**	1				
B	-0,39**	-0,24*	-0,35**	-0,26**	0,71**	0,59**	1			
C	-0,53**	-0,38**	-0,48**	-0,31**	0,76**	0,53**	0,45**	1		
D	-0,52**	-0,34**	-0,48**	-0,32**	0,86**	0,59**	0,50**	0,54**	1	
E	-0,55**	-0,31**	-0,52**	-0,37**	0,85**	0,71**	0,56**	0,57**	0,63**	1

Vysvětlivky: CSOC = psychická odolnost, SROZ =srozumitelnost, ZVL = zvládnutelnost, SMYS = smysluplnost, DEP = celková deprese, A = špatná nálada, B = interpersonální potíže, C = nevykonnost, D = anhedonie, E = snížené sebehodnocení, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Dle tabulky 8 byly zjištěny statisticky signifikantní vztahy mezi projevy depresivního ladění a psychickou odolností. S psychickou odolností záporně koreluje celková míra deprese ($r = -0,64^{**}$), špatná nálada ($r = -0,56^{**}$), interpersonální potíže ($r = -0,39^{**}$), nevykonnost ($r = -0,53^{**}$), anhedonie ($r = -0,52^{**}$) a snížené sebehodnocení ($r = -0,55^{**}$). Statisticky významné vztahy ukazuje celková míra depresivity, která záporně koreluje se srozumitelností ($r = -0,40^{**}$), zvládnutelností ($r = -0,60^{**}$) a smysluplností ($r = -0,40^{**}$). Z výsledků korelační analýzy vyplývá, že **vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s méně závažnými projevy deprese.**

V této souvislosti je také zajímavý vztah mezi psychickou odolností a tzv. adherencí ke zdravému životnímu stylu ($r = 0,35$). Adherence ke zdravému životnímu stylu je protektivní oblast, jež je zaměřena na zdravou stravu a pitný režim, pravidelný spánek, relaxační aktivity, trávení volného času fyzickou aktivitou nebo sportem.

Tabulka 9 Korelace mezi psychickou odolností a adherencí ke zdravému životnímu stylu ($n = 251$)

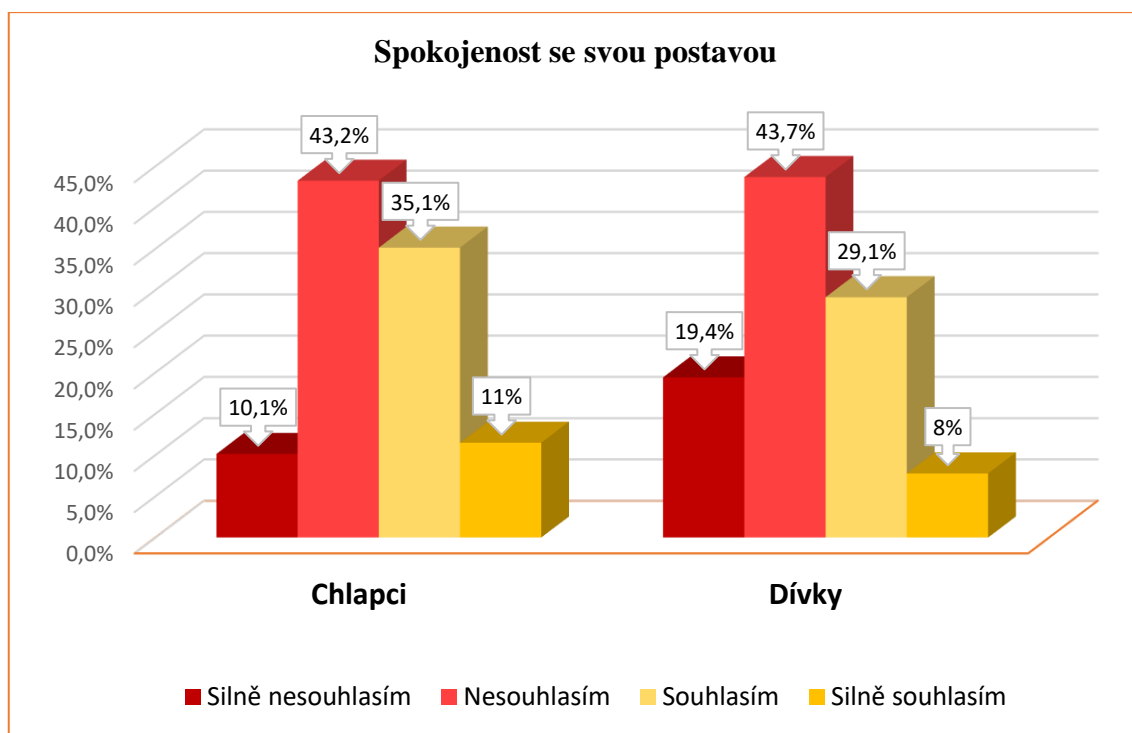
	CSOC	SROZ	ZVL	SMYSL	ADHER	DEP
Psychická odolnost	1					
Srozumitelnost	0,73**	1				
Zvládnutelnost	0,83**	0,41**	1			
Smysluplnost	0,66**	0,29**	0,32**	1		
Adherence	0,35**	0,23*	0,22*	0,37**	1	
Deprese	-0,64**	-0,40**	-0,60**	-0,40**	-0,41**	1

Vysvětlivky: CSOC = psychická odolnost, SROZ =srozumitelnost, ZVL = zvládnutelnost, SMYS = smysluplnost, ADHER = adherence ke zdravému životnímu stylu, DEP = celková deprese, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

V tabulce 9 vidíme statisticky významné vztahy mezi psychickou odolností a adherencí ke zdravému životnímu stylu. Adherence ke zdravému životnímu stylu kladně koreluje s celkovou psychickou odolností ($r = 0,35^{**}$), srozumitelností ($r = 0,23^{**}$), zvládnutelností ($r = 0,22^{**}$) a smysluplností ($r = 0,37^{**}$). Adherence negativně koreluje s depresivním laděním ($r = -0,41^{**}$), z čehož vyplývá, že s vyšší hodnotou adherence jedinec lépe zvládá problémy a je více přesvědčen o sebehodnocení, sebeúčinnosti a sebeuplatnění. Z výsledků korelační analýzy vyplývá, že **vyšší hodnoty celkové psychické odolnosti souvisejí s cílevědomějším dodržováním zásad zdravého životního stylu.**

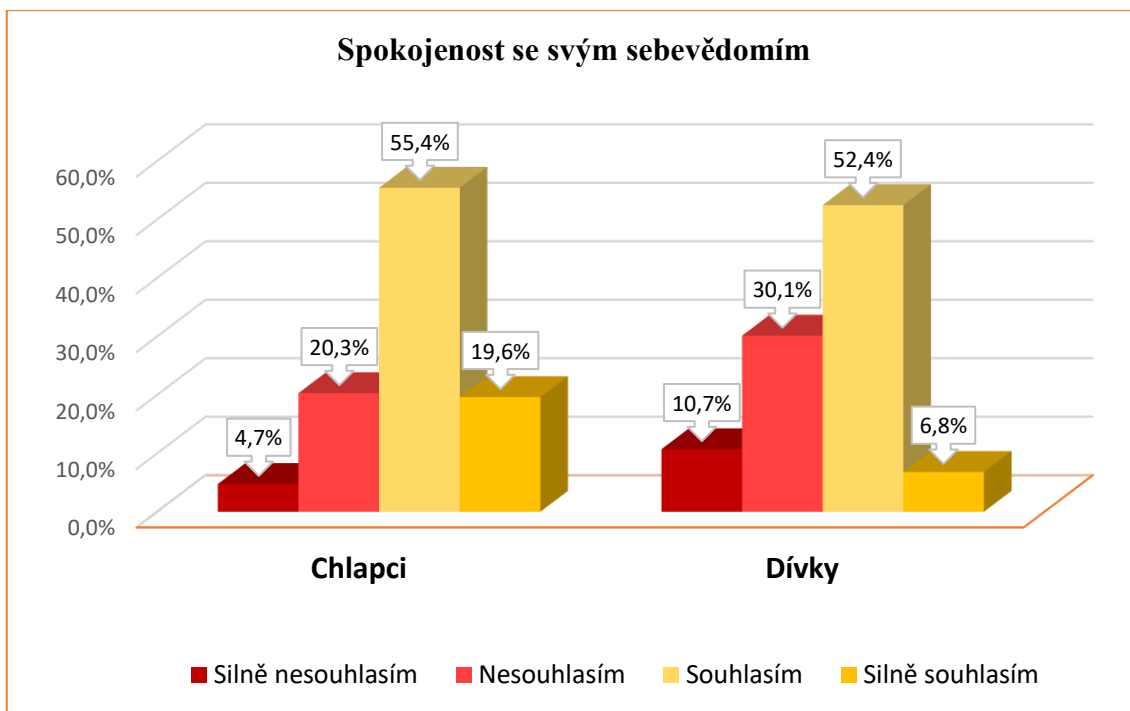
3.4.6 Porovnání spokojenosti s tělem a sebevědomím

Mnoho autorů uvádí, že nespokojenost s tělem a nízké sebevědomí výrazně ovlivňuje riziko poruch příjmu potravy a obzvláště u dívek. V grafu 10 a 11 vidíme rozdíly ve spokojenosti s postavou (váhou) a se sebevědomím u chlapců a dívek podle četnosti odpovědí. Následně je v tabulce 10 znázorněna celková spokojenost s postavou a sebevědomím u obou pohlaví. Pro zhodnocení celkové spokojenosti byly vybrány odpovědi – silně nesouhlasím a nesouhlasím jako nespokojenost, odpovědi – silně souhlasím a souhlasím byly vybrány jako spokojenost.



Graf 10 Procentuální znázornění odpovědí na spokojenost se svou postavou u chlapců a dívek (chlapci = 148, dívky = 103)

V grafu 10 vidíme procentuální četnost odpovědí u chlapců a dívek na otázku týkající se spokojenosti se svou postavou. Silně nespokojených se svou postavou je 10,1 % chlapců, u dívek je silná nespokojenost se svou postavou či váhou skoro dvojnásobná, silně nesouhlasím odpovědělo 19,4 % dívek. Četnost odpovědi nesouhlasím byla podobná u obou pohlaví, nespokojeno se svou postavou je 43,2 % chlapců a 43,7 % dívek. Spokojeno se svou postavou je 35,1 % chlapců a 29,1 % dívek. Velmi spokojeno se svou postavou a váhou je 11 % chlapců a 8 % dívek. Z uvedených výsledků vyplývá, že **dívky jsou více nespokojeni se svou postavou než chlapci.**



Graf 11 Procentuální znázornění odpovědí na spokojenost se svým sebevědomím u chlapců a dívek (chlapci = 148, dívky = 103)

V grafu 11 vidíme procentuální četnost odpovědí chlapců a dívek na otázku týkající se spokojenosti se svým sebevědomím. Silně nespokojených se svou sebevědomím je 4,7 % chlapců, u dívek je silná nespokojenost se svým sebevědomím opět dvojnásobná, silně nesouhlasím odpovědělo 10,7 % dívek. Četnost odpovědi nesouhlasím byla u dívek opět výrazně vyšší, nespokojeno se svým sebevědomím je 20,3 % chlapců a 30,1 % dívek. Naopak spokojenost se svým sebevědomím je 55,4 % chlapců a 52,4 % dívek. Velmi spokojeno se svým sebevědomím je 19,6 % chlapců, dívek je výrazně méně a to 6,8%. Z uvedených výsledků vyplývá, že **dívky jsou více nespokojené se svým sebevědomím než chlapci.**

Tabulka 10 Rozdíly ve spokojenosti s postavou a sebevědomím u chlapců a dívek (chlapci = 148, dívky = 103)

	Chlapci		Dívky	
	<i>nespokojenost</i>	<i>spokojenost</i>	<i>nespokojenost</i>	<i>spokojenost</i>
Postava	53%	47%	63%	37%
Sebevědomí	25%	75%	41%	59%

V tabulce 10 vidíme rozdíly v celkové spokojenosti či nespokojenosti s postavou a sebevědomím u chlapců a dívek. Se svou postavou je spokojeno 47 % chlapců a 37 % dívek. Se svým sebevědomím je spokojeno 75 % chlapců a 59 % dívek. Z uvedených výsledků vyplývá, že **dívky vykazují nižší spokojenost se svojí postavou i se svým sebevědomím než chlapci.**

3.4.7 Vztah mezi nespokojeností a experimentem s jídelním chováním

Dle (EAT-26, 2019, online) je nespokojenost se svým tělem a snaha zhubnout základními příznaky jídelní poruchy. Odborná literatura často zdůrazňuje větší riziko nespokojenosti s postavou a jídelním chováním u dospívajících dívek. V této souvislosti nás zajímaly vztahy mezi spokojeností se svou postavou a experimentem s jídelním chováním u chlapců a dívek.

Tabulka 11 Korelace mezi spokojeností a experimentem s jídelním chováním u chlapců (n = 148)

CHLAPCI	POS	SEB	EAT	DCH	BCH	ORK
Spokojenost s postavou	1					
Spokojenost se sebevědomím	0,24*	1				
Experiment s jídelním ch.	-0,36**	-0,09	1			
Dietní chování	-0,49**	-0,13	0,84	1		
Bulimické chování	-0,23*	-0,01	0,67	0,41	1	
Orální kontrola	-0,01	0,00	0,69	0,26	0,34	1

Vysvětlivky: POS = spokojenost s postavou, SEB = spokojenost se sebevědomím, 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 11 uvádí statisticky signifikantní vztahy mezi spokojeností a experimentem s jídelním chováním u chlapců ZŠ. Se spokojeností s postavou záporně koreluje experiment s jídelním chováním ($r = -0,36^{**}$), dietní chování ($r = -0,49^{**}$) a bulimické chování ($r = -0,23^{**}$). Nebyl zjištěn statisticky významný vztah mezi spokojeností se sebevědomím a rizikovým jídelním chováním u chlapců. Můžeme však říci, že statisticky nejvýznamnější vztah má spokojenost s tělem a dietní chování. Z výsledků korelační analýzy vyplývá, že **vyšší hodnoty nespokojenosti s postavou souvisejí se závažnějším experimentováním s jídelním chováním u chlapců ZŠ.**

Tabulka 12 Korelace mezi spokojeností a experimentem s jídelním chováním u dívek (n = 103)

DÍVKY	POS	SEB	EAT	DCH	BCH	ORK
Spokojenost s postavou	1					
Spokojenost se sebevědomím	0,17*	1				
Experiment s jídelním ch.	-0,44**	-0,28**	1			
Dietní chování	-0,57**	-0,20*	0,87	1		
Bulimické chování	-0,07	-0,05	0,63	0,38	1	
Orální kontrola	-0,11	-0,35**	0,64	0,25	0,32	1

Vysvětlivky: POS = spokojenost s postavou, SEB = spokojenost se sebevědomím 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 12 uvádí statisticky signifikantní vztahy mezi spokojeností a experimentem s jídelním chováním u dívek ZŠ. Se spokojeností s tělem záporně koreluje experiment s jídelním chováním ($r = -0,44^{**}$) a dietní chování ($r = -0,57^{**}$). U dívek byly dále prokázány statisticky významné vztahy mezi spokojenost se sebevědomím a s celkovým skóre EAT ($-0,28^{**}$), s dietním chováním ($-0,20^*$) a s orální kontrolou ($r = -0,35^{**}$). Nebyl zjištěn statisticky významný vztah mezi bulimickým chováním a spokojenost s tělem a sebevědomím. Stejně jako u chlapců se ukázalo, že statisticky nejvýznamnější má vztah spokojenost s tělem a dietní chování. Můžeme tedy říci, že **dívky nespokojené s postavou a nízkým sebevědomím více inklinují k dietnímu chování.** Z uvedených výsledků vyplývá, že **vyšší hodnoty nespokojenosti souvisejí se závažnějším experimentováním s jídelním chováním u dívek.**

3.5 Souhrn

H1: Předpokládáme, že více než 12 % respondentů experimentuje s jídelním chováním.

Z tabulky 3 vidíme, že vyšší než kritické skóre v testu EAT-26 má celkem 6,4 % adolescentů, což může vypovídat o narušených jídelních postojích a chování ve smyslu poruch příjmu potravy. Avšak součástí EAT-26 je i test behaviorálního chování, kde bylo zjištěno (tabulka 5), že za posledních 6 měsíců rizikově experimentovalo s jídelním chováním 20 % žáků ZŠ. Dle EAT-26 (2019, online) by tito jedinci měli vyhledat odbornou lékařskou pomoc specializující se na léčbu poruch příjmu potravy, jelikož označili některé z rizikových políček, které mohou značit poruchu příjmu potravy.

Hypotéza je potvrzena.

H2: Jako rizikový faktor experimentu s jídelním chováním se nejčastěji vyskytuje dietní chování.

V tabulce 6 vidíme, že u žáků se nejčastěji vyskytovalo dietní chování jako rizikový faktor experimentu s jídelním chováním. Také z korelační analýzy můžeme vidět (tabulka 11 a 12), že nespokojené dívky a chlapci dívky nejvíce inklinují právě k dietnímu chování. Toto dietní chování může být následně spouštěčem k vzniku a rozvoji mentální anorexie či jiné z poruch příjmu potravy.

Hypotéza potvrzena.

H3: Adolescentní dívky mají větší sklony k depresím než chlapci.

Z porovnání grafu 7 a 8 je zřejmé, že dívky mají větší sklon k depresivitě a to ve všech položkách depresivního ladění než chlapci. Také v grafu celkové depresivity (graf 9) vidíme, že dívky vykazují vyšší hodnoty celkové deprese než chlapci. Nejvyšší riziko u dívek má položka anhedonie, která může souviset s hormonálními změnami probíhajícími v adolescenci. Hormonální změny a výkyvy nálad následně mohou způsobit zvýšenou emoční labilitu, úzkosti, pocity méněcennosti a problémy se sebedřijetím.

Hypotéza potvrzena.

H4: Vyšší hodnoty depresivity souvisejí se závažnějšími projevy experimentu v oblasti jídelního chování.

Korelace v tabulce 9 potvrzuje vztah mezi depresivitou a experimentem s jídelním chováním ($r = 0,38^{**}$). Dále z korelační analýzy je zřejmé (tabulka 10), že nejvíce k rizikovému jídelnímu chování inklinují jedinci se špatnou náladou ($r = 0,40^{**}$) a negativním sebehodnocením ($r = 0,36^{**}$).

Hypotéza potvrzena.

H5: Vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s nižšími hodnotami deprese.

V tabulce 8 je jasně ukázáno, že vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s méně závažnými projevy deprese ($r = -0,64^{**}$). Vidíme, že psychická odolnost záporně koreluje se všemi položkami depresivního ladění. V této souvislosti je potvrzen také statisticky významný vztah mezi adherencí ke zdravému životnímu stylu a depresí ($r = -0,41^{**}$). Můžeme říci, že jedinci s vyšší hodnotou adherence lépe zvládají problémy a jsou více přesvědčeni o sebehodnocení, sebeúčinnosti a sebeuplatnění.

Hypotéza potvrzena.

H6: Spokojenost s postavou a sebevědomím je závislá na pohlaví.

Z grafu 10 je jasně ukázáno, že chlapci jsou více spokojeni se svojí postavou než dívky. Graf 11 ukazuje větší spokojenost se svým sebevědomím opět u chlapců. Je zřejmé, že dívky se zabývají daleko více vlastním tělem, váhou a jsou vůči sobě kritičtější než chlapci. Vyšší spokojenost u chlapců můžeme vidět také v grafu 7, který ukazuje kladnější přístup k sobě samému oproti dívkám.

Hypotéza potvrzena.

H7: Nižší spokojenost souvisí se závažnějšími projevy experimentu v oblasti jídelního chování u obou pohlaví.

Korelace v tabulce 11 s 12 potvrzuje, že nespokojenost s postavou zvyšuje riziko experimentu s jídelním chováním jak u chlapců ($r = -0,36^{**}$), tak u dívek ($r = -0,44^{**}$). Déle je ukázáno, že statisticky nejvýznamnější má vztah spokojenost s tělem a dietní chován jak u chlapců ($r = -0,49^{**}$), tak u dívek ($r = -0,57^{**}$). Můžeme tedy říci, že adolescenti nespokojeni se svou postavou více inklinují k dietnímu chování.

Hypotéza potvrzena.

Závěr

Práce se snaží přiblížit problematiku jídelního chování u adolescentů a poukázat tak na závažnost experimentu s jídelním chováním a poruch příjmu potravy. V období adolescence nastává mnoho změn a to ve všech oblastech života. Obecně jsou adolescenti považováni za rizikovou skupinu, pro kterou je nutná samostatná a zvýšená preventivní péče, jak uvádí Světová zdravotnická organizace. Opomíjet by se proto v tomto věku neměla prevence, a to nejen ve spojitosti s rizikovým jídelním chováním.

Teoretická část se nejprve zaměřuje na vývojové zvláštnosti v adolescenci, které jistým způsobem mohou vysvětlovat rizikové jídelní chování v tomto vývojovém období. Dále je zde charakterizováno rizikové jídelní chování, včetně syndromu rizikové chování v adolescenci. Velká pozornost je věnována poruchám příjmu potravy a její multifaktoriální etiologii. Nejprve jsou uvedeny a přiblíženy nejčastěji se vyskytující poruchy příjmu potravy a následně její epidemiologie. V této části je dále věnována pozornost jak vybraným rizikovým faktorům, které mohou zvyšovat výskyt rizikového jídelního chování, tak protektivním faktorům v souvislosti s prevencí poruch příjmu potravy.

Cílem práce bylo zmapovat závažnost výskytu experimentu s jídelním chováním na vybraných školách v Královehradeckém kraji a ověřit základní vztahy mezi vybranými faktory ovlivňujícími experiment s jídelním chováním.

Průzkum se zaměřil na adolescenty v Královehradeckém kraji, který proběhl na dvou základních školách. V mé diplomové práci byla aplikována kvantitativní výzkumná strategie a jako výzkumný nástroj byly použity tři typy standardizovaných dotazníků a jeden dotazník vlastní konstrukce. Zjišťovali jsme výskyt experimentu s jídelním chováním u neklinické populace žáků základních škol. Dále jsem zjišťovali závažnost projevů depresivního ladění. Pomocí korelace jsme ověřili, že vyšší hodnoty depresivity souvisejí se závažnějším experimentováním s jídelním. Také jsme prošetřili souvislost psychické odolnosti s dodržováním zdravého životního stylu a s méně závažnými projevy deprese. Zjišťovali jsme rozdíly ve spokojenosti s postavou a sebevědomím u dívek a chlapců. Na závěr byl prokázán vztah nespokojenosti s postavou a experimentem s jídelním chováním. Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány pomocí tabulek a grafů. Sedm ze sedmi hypotéz byly potvrzeny.

Zadané cíle jsem splnila zmapováním výskytu a závažnosti experimentu s jídelním chováním. Následně jsem si také za pomoci korelačních analýz ověřila důležité vztahy mezi vybranými faktory ovlivňujícími experiment s jídelním chováním. Z čehož vyplynulo, že protektivní faktory a prevence mají nezastupitelnou roli.

Myslím si, že důležité informace v teoretické části a výsledky šetření mohou využít výchovní poradci na základních a středních školách. Včasný záchyt experimentu může značně snížit pravděpodobnost, že se porucha příjmu potravy plně rozvine.

Seznam použitých zdrojů

Knižní zdroje

1. BLATNÝ, Marek a PLHÁKOVÁ, Alena. *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 2003. 150 s. ISBN 80-86620-05-0.
2. FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.
3. FRAŇKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, Jana a MALICHOVÁ, Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum a praxe*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 302 s. ISBN 978-80-246-22477.
4. HAMANOVÁ, Jana a CSÉMY, Ladislav. Syndrom rizikového v dospívání – teoretické předpoklady a souvislosti. In: *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. s. 32-49. ISBN 978-80-7387-793-4.
5. HOFERKOVÁ, Stanislava a PELCÁK, Stanislav. *Budoucí časová perspektiva pubescenta*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 153 s. ISBN 978-80-7435-630-8.
6. JANOŠOVÁ, Pavlína. Adolescence. In: *Psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2016. s. 99-111. ISBN 978-80-246-3462-3.
7. JEDLIČKA, Richard. *Psychický vývoj dítěte a výchova: jak porozumět socializačním obtížím*. Praha: Grada, 2017. 280 s. ISBN 978-80-271-0096-5.
8. KABÍČEK, Pavel. Vývoj v dospívání. In: *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. s. 17-32. ISBN 978-80-7387-793-4.
9. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.
10. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
11. LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
12. MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.
13. MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2015. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.

14. MORTON, Nina. *Eating Disorders: Prevalence, Risk Factors and Treatment Options*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, 2016. 304 s. ISBN 9781536100624.
15. NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 2011, **8**(11), 459-462.
16. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
17. OBEREIGNERŮ, Radko. *Sebepojetí dětí a adolescentů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. 171 s. ISBN 978-80-244-5201-2.
18. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
19. PAŘÍZKOVÁ, Jana a LISÁ, Lidka a kol. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Praha: Galén, 2007. 239 s.. ISBN 978-80-7262-466-9.
20. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. 1. vyd. Praha: Pasparta, 2017. 97 s. ISBN 978-80-88163-46-6.
21. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2014. 390 s. ISBN 978-80-262-0772-6.
22. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.
23. SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 147 s. ISBN 978-80-247-4042-3.
24. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
25. WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada, 2013. 218 s. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.
26. ZEMANOVÁ, Vanda a DOLEJŠ, Martin. *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 151 s. ISBN 978-80-244-4492-5.

Elektronické zdroje

27. AL-SHEYAB, Nihaya, GHARAIBEH, Tamer a KHEIRALLAH, Khalid. Relationship between Peer Pressure and Risk of Eating Disorders among Adolescents in Jordan. *Journal of Obesity* [online]. 2018, 1-8 [cit. 2019-03-15]. ISSN 2090-0708. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=6b03ee1e-768b-4888-b758-580501897058%40sessionmgr104>
28. BENCKO, Vladimír a TRYFOS, Michail. Psychosomatické poruchy výživy: incidence, rizikové faktory, šance a úskalí prevence. *Hygiena* [online]. 2015, 60(2), 59-62 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2015/02/06.pdf>
29. GARNER, M. David. *Eating Attitudes Test – EAT-26* [online]. EAT-26, 2017 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.eat-26.com>
30. GOETZ, Michal. Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*. [online]. 2005, 271-274 [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>
31. 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. 2019-03-15]. 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
32. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi* [online]. 2007, 4(10), 420-422 [cit. 2019-03-12]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
33. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi* [online]. 2016, 17(4), 238-239 [cit. 2019-03-12]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/04/09.pdf>
34. KULHÁNEK, Jan. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. 2014 [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie>
35. *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. 2019-03-15]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/>

36. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10. *Poruchy příjmu potravy (F50)* [online]. WHO/ÚZIS ČR. 2018 [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>
37. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky ÚZIS. *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2018 [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-o-pacienty-s-poruchami-prijmu-potravy-v-cr-v-letech-2011-2017>
38. VIGNEROVÁ, Jana, RIEDLOVÁ, Jitka, BLÁHA, Pavel a kol. *Růstové grafy. 6.celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001, Česká republika* [online]. Praha: PřF UK v Praze a SZÚ, 2006 [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/6.CAV_5_Rustove_grafy.pdf

Seznam tabulek a grafů

Tabulky

Tabulka 1 Složení souboru respondentů

Tabulka 2 Rozdělení hmotností respondentů podle BMI dle percentilu

Tabulka 3 Celkové skóre EAT-26 u žáků ZŠ

Tabulka 4 Procentuální znázornění odpovědí testu EAT-26 u žáků ZŠ

Tabulka 5 Procentuální znázornění odpovědí testu behaviorálního chování EAT-26 u žáků ZŠ

Tabulka 6 Korelace mezi depresí a experimentem s jídelním chováním u žáků ZŠ

Tabulka 7 Korelace mezi negativním prožíváním a experimentem s jídelním chováním u žáků ZŠ

Tabulka 8 Korelace mezi depresí a psychickou odolností

Tabulka 9 Korelace mezi psychickou odolností a adherencí ke zdravému životnímu stylu

Tabulka 10 Rozdíly ve spokojenosti s postavou a sebevědomím u chlapců a dívek

Tabulka 11 Korelace mezi spokojeností a experimentem s jídelním chováním u chlapců

Tabulka 12 Korelace mezi spokojeností a experimentem s jídelním chováním u dívek

Grafy

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Podíl chlapců v kategoriích BMI

Graf 3 Podíl dívek v kategoriích BMI

Graf 4 Procentuální znázornění skóre 20 a více bodů podle pohlaví

Graf 5 Procentuální znázornění jednotlivých oblastí EAT-26 dle bodovaných odpovědí

Graf 6 Celkové procentuální znázornění oblastí EAT-26

Graf 7 Závažnost projevů deprese u chlapců

Graf 8 Závažnost projevů deprese u dívek

Graf 9 Četnost celkového skóre CDI u chlapců a dívek

Graf 10 Procentuální znázornění odpovědí na spokojenost se svou postavou u chlapců a dívek

Graf 11 Procentuální znázornění odpovědí na spokojenost se svým sebevědomím u chlapců a dívek

Přílohy

Příloha A Dotazník CSOC

Přečti si následující věty v textu a potom kroužkem označ svoji odpověď do některého ze 4 sloupců.

Příklad: Pokud si po přečtení výroku č. 1 myslíš, že to, co každý den děláš, děláš **vždy** rád(a) a přináší Ti to radost, zakroužkuj ve sloupci **číslo 4**. Pokud si myslíš, že to neděláš rád(a) a nepřináší Ti to **nikdy** radost, zakroužkuj **číslo 1**. Můžeš se také rozhodnout pro číslo **2 někdy** nebo **3 často**.

	Nikdy	Někdy	Často	vždy
To, co každý den dělám, dělám rád(a) a přináší mi to radost.	1	2	3	4
Když potřebuji pomoc, najde se někdo kolem mě, kdo mi pomůže.	1	2	3	4
Rád(a) se dívám na televizi.	1	2	3	4
To, co dělám každý den, mě nudí a otravuje.	1	2	3	4
Zajímám se o to, co se děje kolem mne.	1	2	3	4
Kamarádi (kamarádky), s nimiž jsem se přátelil(a), mě namalují.	1	2	3	4
Cítím, že se se mnou nejedná tak, jak by se mělo, tzn. neúspěšně a nepřiměřeně.	1	2	3	4
Mám rád(a) zmrzlinu.	1	2	3	4
I když je to někdy obtížné, jsem si jistý(á), že vše nakonec dobře dopadne.	1	2	3	4
Cítím se zmatený(á), popletený(á) a nevyrovnaný(á), nejistý(á).	1	2	3	4
Když se mě kamarádi na něco zeptají, rozumím jim a chápu, co chtějí.	1	2	3	4
Na své problémy si stačím sám(a).	1	2	3	4
Zajímá mě mnoho věcí.	1	2	3	4
Dá mi to hodně práce, abych udělal(a), co udělat mám.	1	2	3	4
Jsem rád(a), když mi dá doktor nebo doktorka injekci.	1	2	3	4
Když se na mě někdo zlobí, rozumím mu a chápu, proč je takový.	1	2	3	4
Je mi líto sebe sama (lituji se).	1	2	3	4
Cítím, že dost dobře nevím, co mám ve třídě dělat.	1	2	3	4
Když něco chci, pak jsem si jistý(á), že to dostanu.	1	2	3	4

Příloha B CDI Sebeuposuzovací škála depresivity

T-94 Testový sešit

CDI jméno a příjmení: _____ věk: _____ dnešní datum: _____		7 Nenávídím se. Nemám se rád. am se rád. všechno špatně můžu já. ňžu za mnoho špatného. špatné věci obvykle nemůžu. myslím na to, že bych se zabítl. myšlím o tom, že bych se zabítl, ale neudělal bych to. ci se zabítl. ždý den je mi do pláče. ito je mi do pláče. lokdy je mi do pláče. ichno mě nudí. ito mě něco nudí. om málokdy mě něco nudí. n rád mezi lidmi. to nechci být mezi lidmi. *...se nechci být mezi lidmi.	Hodnocení A B C D E
1 Málokdy jsem smutný. Často jsem smutný. Pořád jsem smutný.		13 Vůbec se nedokážu soustředit. Je těžké se soustředit. Snadno se mohu soustředit.	
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

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

14	Vypadám dobře. Nevypadám zrovna nejlépe. Vypadám hrozně.	21	Ve škole nemám nikdy legraci. Málokdy mám ve škole legraci. Často mám ve škole legraci.	B
15	Musím se pořád nutit, abych ve škole pracoval. Často se musím nutit, abych ve škole pracoval. Pracovat ve škole mi nedělá žádné potíže.		dně kamarádů. colik kamarádů, ale chtěl bych jich mít víc. žádné kamarády.	C
16	Každou noc špatně spím. Často spím špatně. Spím dobře.		se mi daří. se mi daří hůře než dřív. ní už ani přediměty, ve kterých jsem vynikal.	D
17	Málokdy jsem unavený. Často jsem unavený. Pořád jsem unavený.		budu tak dobrý, jako ostatní děti. i, můžu být stejně dobrý jako ostatní děti. ně dobrý, jako ostatní děti.	D
18	Většinou nemám chuť k jídlu. Často nemám chuť k jídlu. Mám chuť k jídlu.		nemá doopravdy rád. stří mě má někdo doopravdy rád. ě má určitě rád.	D
19	Nestarám se o své starosti a bolesti. Často mě trápí různé starosti a bolesti. Pořád mě trápí různé starosti a bolesti.		udělám, co se po mě chce. neudělám, co se po mě chce. Nikdy neudělám, co se po mě chce.	E
20	Necítím se sám. Často se cítím sám. Pořád se cítím sám.	27	Dobře vycházím s lidmi. Často se s někým hádám nebo peru. Pořád se s někým hádám nebo peru.	E

VZOR

Příloha C Dotazník chování ovlivňující zdraví

Uveď, jak často se uvedené chování u Tebe vyskytovalo **v uplynulém kalendářním roce**.

K posouzení použij škálu **1(nikdy) – 5 (pravidelně)**. Odpověď vyznač kroužkem.

	Nikdy	Zřídka	Občas	Často	Pravidelně
Věnuji se aktivitám, které považuji za uklidňující a relaxační (koníčky, četba, poslech hudby...).	1	2	3	4	5
Piji nápoje bohaté na kofein a tein (silná káva, silný čaj, energetické nápoje)	1	2	3	4	5
Zdobím si nebo si nechávám zdobit tělo bez mechanického poškození (např. malování propiskou, hennou, fixou).	1	2	3	4	5
Sebepoškozují se (např. řezáním do kůže, pálením).	1	2	3	4	5
Užívám chemické látky při sportu (např. spalovače tuků, steroidy).	1	2	3	4	5
Jím hodně sladkostí nebo slaných dobrot (oříšky, chipsy, čokoládu, bonbony).	1	2	3	4	5
Provozují adrenalinové aktivity (např. parkour, jízda na bruslích/skatu za autobusem, lezení do výšek bez jistěných sádek, přes kůleje před vlaky, apod.).	1	2	3	4	5
Spím 7–8 hodin denně.	1	2	3	4	5
Ráno vydatně snídám.	1	2	3	4	5
Jím vyváženou a rozmanitou stravu (ovoce, zelenina, obilné výrobky, vepřové maso, drůbež).	1	2	3	4	5
Piji vodu nebo minerálku průběžně během dne.	1	2	3	4	5
Bývám nemocný (chřipka, angína, zánět horních cest dýchacích apod.).	1	2	3	4	5
Mívám bolesti hlavy nebo břicha.	1	2	3	4	5
Beru si léky na bolest nebo na spaní (bez lékařského předpisu, např. ibalgin).	1	2	3	4	5
Trávím čas u počítače, tabletu, televize.	1	2	3	4	5

Zhodnot, zda **souhlasíš** nebo **nesouhlasíš**. K posouzení použij škálu **1 (silně nesouhlasím) – 4 (silně souhlasím)**.

	Silně nesouhlasím	Nesouhlasím	Souhlasím	Silně souhlasím
Jsem velmi spokojený(á) se svou postavou/váhou. Nic bych na sobě neměnil(a).	1	2	3	4
Jsem velmi spokojený(á) se svým sebevědomím.	1	2	3	4

Příloha D 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, které 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 kontrolojuji.	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 E Skórovací systém EAT-26

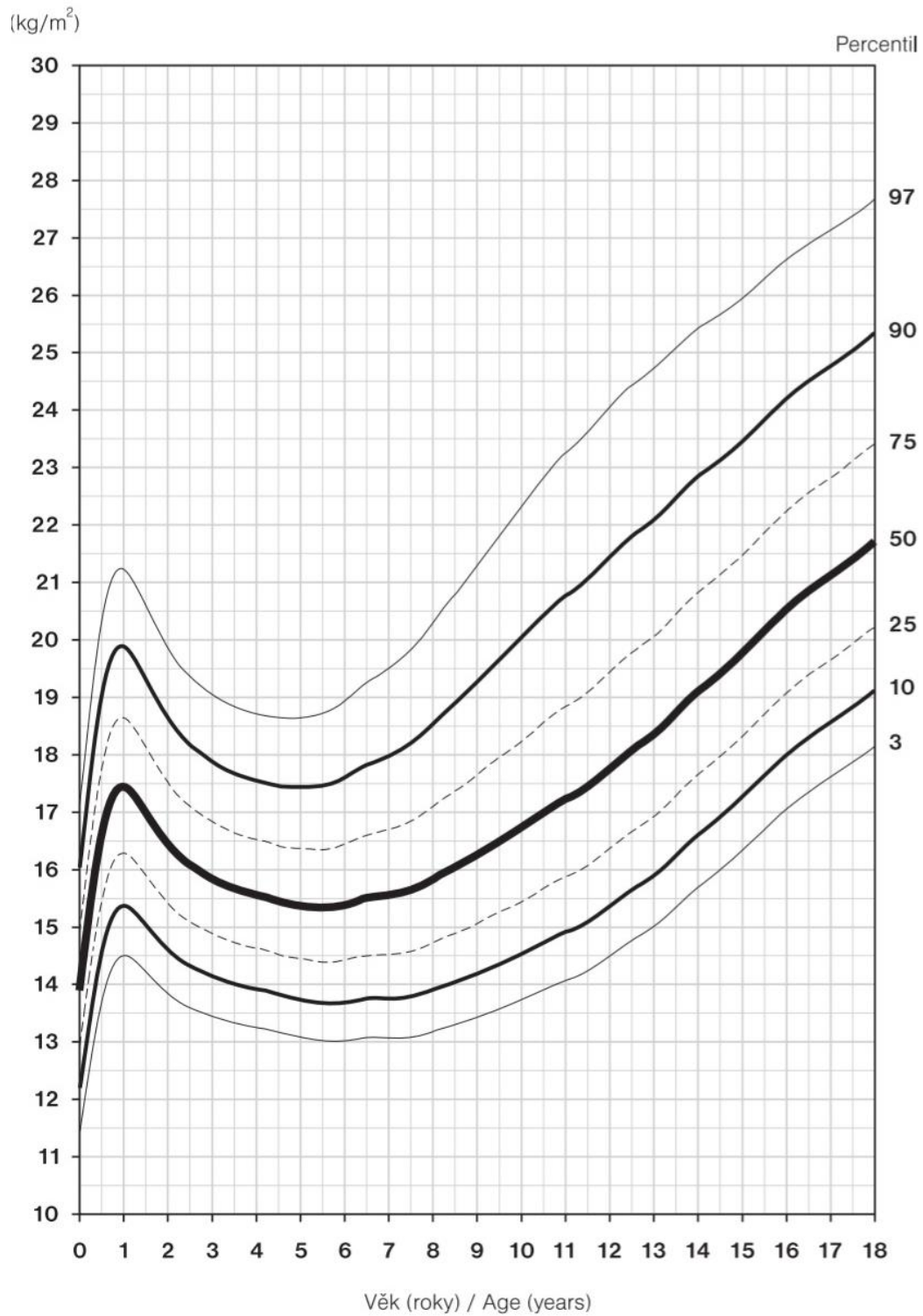
	Vždy	Velmi často	Často	Občas	Zřídka	Nikdy
Otázky 1-25	3	2	1	0	0	0
Otázka 26	0	0	0	1	2	3

Příloha F 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			

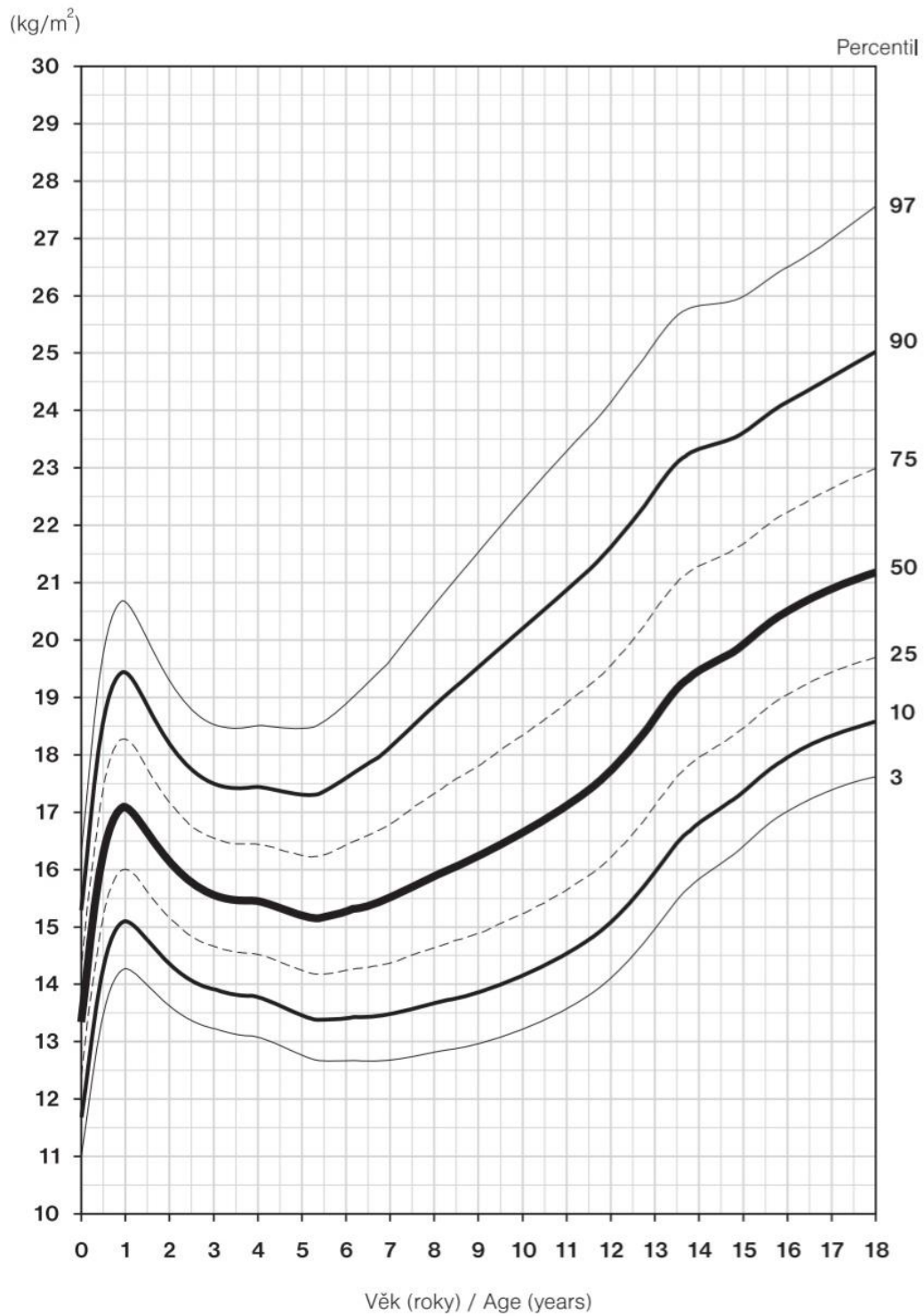
Zdroj: <https://www.eat-26.com>

Příloha G Percentilový graf BMI, chlapci 0-18 let



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

Příloha H Percentilový graf BMI, dívky 0-18 let



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

Příloha I Tabulka Body Mass indexu

Body Mass Index (kg/m²)

Chlapci, dívky

Perc.	CHLAPCI							DÍVKY						
	3.	10.	25.	50.	75.	90.	97.	3.	10.	25.	50.	75.	90.	97.
Věk (roky)														
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>