

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

**INTENZITA BAŽENÍ PO JÍDLE V ZÁVISLOSTI NA BMI U RŮZNÝCH
VĚKOVÝCH SKUPIN**

Diplomová práce magisterská

Autor: Kateřina Straková, studijní obor Rekreatologie, Management životního stylu

Vedoucí práce: Mgr. Iva Klimešová, Ph.D.

Granada 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení: Bc. Kateřina Straková

Název diplomové práce: Intenzita bažení po jídle v závislosti na BMI u různých věkových skupin

Pracoviště: Katedra přírodních věd v kinantropologii

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Iva Klimešová, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2014

Abstrakt: Diplomová práce je zaměřena na problematiku bažení po jídle (food craving) ve vztahu k hodnotě Body Mass Indexu (BMI) a věku. Teoretická část se věnuje zdraví, životnímu stylu, hodnocení tělesné hmotnosti, bažení a závislosti na jídle (intenzitě bažení, emočnímu bažení) a popisuje techniky zvládnání bažení. Výzkumná část práce se zabývá posouzením vztahu hodnoty BMI a míry intenzity bažení po jídle u různých věkových skupin lidí. K hodnocení intenzity bažení byla použita metoda dotazníkového šetření, konkrétně česká verze mezinárodně uznávaného dotazníku Food Craving Questionnaire Trait (G-FCQ-T). Výzkum probíhal na území olomouckého kraje v letech 2012 a 2013 a bylo získáno 2042 dotazníků. Vzorek se skládal z respondentů ve věkovém rozmezí 13 – 92 let. Na základě statistického zpracování výsledků jsme zjistili lineární vztah mezi hodnotou BMI a faktorem Celkové intenzity bažení. Dále bylo zjištěno, že faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u osob s obezitou. Mezi muži a ženami nebyl zjištěn v celkovém skóre intenzity bažení statisticky významný rozdíl a celkové skóre intenzity bažení se s rostoucím věkem snižovalo.

Klíčová slova: Dotazník G-FCQ-T, Bio-psycho-socio-spirituální model zdraví, životní styl, výživa, pohybová aktivita, Craving, hodnocení hmotnosti, nadváha a obezita, emoční bažení

Souhlasím s půjčováním této diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's name and surname: Bc. Kateřina Straková

Title of thesis: Intensity of Food Craving in Relation to Body Mass Index of the persons of various age groups

Department: Natural Sciences in Kinanthropology

Supervisor: Mgr. Iva Klimešová, Ph.D.

The year of presentation: 2014

Abstract: The diploma thesis is focused on the issue of food craving in connection to the Body mass Index value and the age. The theoretical part aims at health, lifestyle, measuring the body weight, food cravings (the intensity of food cravings and emotional cravings) and food addiction, and it describes techniques of coping with the food cravings. The survey deals with assessing the relation between the BMI value and the degree of food cravings in people of various age groups. To evaluate the intensity of food cravings a method of questionnaire was used, particularly, the internationally accepted questionnaire Food Craving Questionnaire Trait (G-FCQ-T). The survey took place in region of Olomouc in 2012 and 2013 and 2042 questionnaires were gathered. The sample is composed of respondents aged 13 to 92. On the basis of the statistical processing of results we have found out the linear relation of BMI figure and the food cravings intensity. Furthermore, it was found out that the factor of the loss of control is the highest in people with obesity. Overall, there was no difference found out between males and females in food cravings intensity, and the degree of food cravings is decreased with the age.

Keywords: G-FCQ-T Questionnaire, Bio-psycho-socio-spiritual health model, lifestyle, nutrition, physical activity, cravings, weight assessment, overweight, obesity, emotional cravings

I agree this thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem tuto magisterskou diplomovou práci zpracovala samostatně za odborné podpory Mgr.Ivy Klimešové, Ph.D., s dodržením zásad vědecké etiky a uvedla jsem všechny citované zdroje.

V Granadě 30.6.2014

.....

Poděkování

Na prvním místě děkuji vedoucí diplomové práce skvělé Mgr. Ivě Klimešové, Ph.D. z katedry přírodních věd v kinantropologii za veškerou pomoc, trpělivost a odborné rady, které mi v průběhu zpracování této práce poskytovala. Dále děkuji za možnost splnění odborné praxe ve Španělsku Fakultě tělesné kultury a Programu Erasmus a zvláště pak paní Zuzaně Hanelové, která je pro mne vzorem pracovitosti a velké obětavosti pro druhé a která mi dodávala povzbuzení. Pak děkuji milé paní Svobodové ze studijního oddělení za ochotu a vstřícnost po celou dobu studia.

Chci poděkovat třem nejbližším lidem, kteří mi byli na blízku při tvorbě a psaní a kteří mi ukázali jiný úhel pohledu na problematiku řešenou v mojí práci. Jsou to moji přátelé psychologka Maríia Peregrina, doktor čínské medicíny Juan Alberto Fajardo Hurtado a horolezec Paco Lopez.

Dále děkuji mojí rodině, která na mě z Česka do Španělska vyvíjela neustálý intenzivně stresující tlak, za který jsem jim vděčná. Pro jednu osobu je tato diplomová práce stejně důležitá jako pro mě a tou je moje maminka, nejmilovanější člověk na světě, který mi věří a vždycky to se mnou myslí dobře.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
1. LIDSKÉ ZDRAVÍ	9
1.1. BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZDRAVÍ	11
1.2. DETERMINANTY ZDRAVÍ	15
2. ŽIVOTNÍ STYL	16
2.1. PŘIMĚŘENÁ POHYBOVÁ AKTIVITA	17
2.2. ZDRAVÁ VÝŽIVA	19
2.3. MANAGEMENT STRESU	19
2.4. HYGIENA SPÁNKU A ODPOČINKU	20
2.5. NADVÁHA A OBEZITA	21
2.5.1. <i>Epidemiologie</i>	22
2.5.2. <i>Dětská nadváha a obezita</i>	23
2.5.3. <i>Terapie obezity</i>	24
2.6. HODNOCENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI	24
2.7. HODNOCENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI U DĚTÍ	28
3. BAŽENÍ PO JÍDLE (CRAVING)	30
3.1. TEORIE LIDSKÉ MOTIVACE A CHUŤ K JÍDLU	30
3.2. HISTORIE STRAVOVÁNÍ	32
3.3. BAŽENÍ A ZÁVISLOST NA JÍDLE	33
3.4. INTENZITA BAŽENÍ	35
3.5. IMPULZIVITA	36
3.6. EMOCE - SPOUŠTĚČI BAŽENÍ	37
4. POSTUPY A TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ BAŽENÍ	43
4.1. POSTUPY MÍRNÍCÍ BAŽENÍ A ZLEPŠUJÍCÍ SEBEOVLÁDÁNÍ	43
4.2. TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ BAŽENÍ A STRESU	45
5. CÍLE A HYPOTÉZY	50

5.1.	HLAVNÍ CÍL.....	50
5.2.	DÍLČÍ CÍLE	50
5.3.	HYPOTÉZY	50
6.	VÝZKUM.....	51
6.1.	METODIKA VÝZKUMU.....	51
6.2.	ETIKA VÝZKUMU	51
6.3.	METODIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	51
6.4.	METODIKA DOTAZNÍKU G-FCQ-T	53
6.5.	METODIKA STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ DAT.....	56
7.	VÝSLEDKY.....	58
7.1.	LIMITY PRÁCE.....	67
8.	DISKUZE.....	68
9.	ZÁVĚRY.....	70
10.	SOUHRN	71
11.	SUMMARY	73
12.	REFERENČNÍ SEZNAM	75
13.	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK.....	82
14.	PŘÍLOHY.....	84

ÚVOD

Lidské zdraví je jedna z nejvyšších hodnot, které máme a proto bychom si ho měli vážit a pečovat o něj. Organismus setrvává ve stavu dynamické rovnováhy a porušení této rovnováhy má většinou negativní dopad na zdraví člověka. Už stará řecko-římská kultura zastávala názor, že jakýkoliv extrém je škodlivý a to i co se týče stravování. Štíhlost byla považována za přirozený stav organismu. Byla tedy uznávána střídmost a uměřenost ve stravování a tzv. „žranice“ byly zavrhovány (Montanari, 2003). Nadměrná konzumace jídla nepřináší totiž téměř žádný pozitivní zdravotní efekt. Ba naopak, negativním důsledkem přejídání se je například přibývání na váze, se kterým je v budoucnosti spojeno mnoho zdravotních rizik.

Zajímalo mne, co způsobuje silnou touhu po jídle, jak vzniká, proč jí mnoho lidí často podléhá a nedokáže s ní bojovat. Bažení neboli craving je silná touha, která se vyskytuje také např. u drogových či alkoholových závislostí. Je nezvladatelná, nekontrolovatelná, impulzivní a otravná, pacientovi znemožňuje soustředit se na jiné věci, protože v myšlenkách neustále utíká k jedinému tématu – k jídlu. Takto by se dal přiblížit český výraz bažení po jídle. Aspekty bažení po jídle, jeho příčiny, projevy a následky budou hlavním tématem této práce.

Samotný výskyt bažení není považován za negativní, avšak přejídání a přibývajících tělesná hmotnost už riziková je. Při opakovaném přejídání a následném tloustnutí, dochází také k posilování negativních emocí, ke ztrátě sebevědomí a sebedůvěry, podceňování se. Čím více člověk přibírá na hmotnosti, tím více je posilováno jeho bažení a zhoršuje se i jeho psychický stav. Jídlo má pro obézního člověka nepřiměřeně silnou kladnou hodnotu. Poskytuje mu pocity uklidnění, uvolnění, jistoty, uspokojení a v některých případech nahrazuje lásku. Obézní člověk je zvýšeně citově zranitelný a na neúspěchy a pocity křivdy může reagovat tím, že se přejídá. Jídlo mu přináší úlevu, ale zároveň jej vzdaluje od cílů, kterých chtěl dosáhnout. (Taussig, 2012)

Rostoucí epidemie obezity odráží změny ve společnosti a jejích zvycích. K nárůstu počtu lidí trpících nadváhou a obezitou přispívají celosvětové procesy jako ekonomický růst, modernizace, globalizace obchodních řetězců, urbanizace, obecná tendence snižování pohybové aktivity člověka, která souvisí to s faktem, že ekonomika je více orientovaná na využívání sektoru služeb. Mnoho lidí vlastní automobil a čím dál méně osob se přemísťuje

pěšky či na kole. Moderní domácnosti jsou vybaveny vymoženostmi, které člověku na jedné straně usnadňují práci, ale zároveň přispívají ke snížení pohybové aktivity. (Taussig, 2002) Obezita je zapříčiněna velkým množstvím vzájemně působících faktorů, které jsou součástí tzv. metabolického syndromu. Vysoký cholesterol podílející se na vzniku ischemické choroby srdeční a na infarktu myokardu, kouření a stresující způsob života jsou faktory ohrožující člověka na životě. Při léčbě obezity je nezbytná úprava životního stylu, adekvátní pohybová aktivita a dodržování výživových zásad. (Hnízdil, 2007)

Autoři Virtue (1994), Nešpor (2012) i Hnízdil (2007) doporučují jako terapii bažení zaměřit se duchovním směrem a urovnat nejprve všechny problémy v rodinném, partnerském, pracovním a osobním životě. Je nesmysl si říkat, že některé věci nelze změnit. Téměř vše v našem životě jde změnit tak, abychom byli šťastní. Důležité je vnímat sám sebe jako člověka, který se umí pohybovat a orientovat v okolním prostředí, který si věří, dělá kroky vpřed, má nadhled a zdravé sebeprosazování. Ten, kdo má přátele, dělá věci, které ho baví, umí si dobře zorganizovat svůj čas, je šťastný. Vymyslí plno činností, které by chtěl dělat a už mu nezbyde ani chvilka času na to, věnovat se myšlenkám na jídlo. Člověk by se měl umět usměrnit, pokud si uvědomí své bažení a zastavit ho hned na počátku. Klíčem k mírnění bažení je uvědomit si pravou příčinu svých problémů. Například, že nezvladatelná touha po máslových sušenkách je vlastně skrytá touha pobavit se a uvolnit nebo že lačnění po tučném smaženém jídle znamená nedostatek lásky, osamělost a prázdnotu. Pokud si toto člověk uvědomí, začne se cítit lépe, lehčeji a získá kontrolu nad sebou samým. Lehkost na těle i naduchu je předpokladem toho, abychom se cítili dobře a zdravě.

Měření a hodnocení cravingu je poměrně komplikovaná záležitost, kvůli subjektivnímu posuzování a nepřesnému vymezení problematiky. Avšak existuje několik metod, které se v praxi používají. Jedním z nástrojů, jak posoudit intenzitu bažení je standardizovaný dotazník General-Food Craving Questionnaire Trait od autorů Nijs, Franken a Muris (2007) obsahující 21 otázek. Pro náš výzkum použijeme českou verzi tohoto dotazníku od Světláka a Černíka (2010), jehož reliabilita byla ověřena a také byla prokázána jeho dobrá stabilita v čase (Svobodová, 2012).

1. LIDSKÉ ZDRAVÍ

Nejvýznamnější organizací na světě, která se otázkou zdraví zabývá globálně, je Světová zdravotnická organizace (World Health Organization - dále jen WHO). V České republice je důležitým dokumentem především program Zdraví pro všechny ve 21. století (2004), za jehož plnění a monitorování cílů zodpovídá stát. Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky je v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj.

Dle Ústavy WHO je zdraví charakterizováno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“(WHO, 1946, 1). Definice vystihuje jak pozitivní, tak i negativní složku pojmu zdraví. Zdraví chápeme jako vnitřní subjektivní pocit. Dle českého Programu Zdraví 21 „Zdraví není jen charakteristikou organismu. Je i významnou humánní hodnotou, a to jak individuální, tak sociální. Je provázáno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty.“ (Zdraví 21, 2004, 23). Hloubku a smysl slova zdraví cítíme také v anglickém slově „health“, které vzniklo ze slova „whole“ (celý, zdravý). Ve vztahu duše - tělo je zdraví pojímáno monisticky a celostně jako jedna dimenze (Zdraví 21, 2004).

Mnoho okolností nasvědčuje tomu, že zdraví není prostým protipólem nemoci, že je ve své podstatě jinou kategorií než nemoc. Lze soudit, že zdraví je pojmem spíše obecně humánním a sociálním než jednostranně medicínským a že jeho determinanty a možnosti jeho ochrany, posílení a rozvoje široce přesahují tradiční doménu zdravotnických služeb (Zdraví 21, 2004, 22).

Tato definice obsahuje více přístupů. Zatímco medicínský pohled na zdraví je zaměřen na fyzické rizikové faktory (např. vysoký krevní tlak), behaviorální přístup se zaměřuje na faktory spojené s životním stylem (kouření, pohybová aktivita), socio-environmentální přístup řeší obecné životní podmínky jako je chudoba či nezaměstnanost. Měli bychom stavět na skutečnosti, že „lidé zdraví nejenom studují, ochraňují a navracejí, ale i prožívají; zdraví je tedy jednou z charakteristik života v jeho celé plnosti.“ (Holčík, 2004, 27).

Už z nejstarších teorií je dobře známé řecko-římské chápání zdraví. Lékaři Hippokrates a Galén viděli zdraví jako harmonii a rovnováhou (isonomia) řady prvků a kvalit, jak psychických, tak i fyzických (temperament, roční doba, tělesné šťávy: krev, černá a žluč,

žluč, sliz). A naopak nemoc znamenala porušení řádu v systému prvků či disproporci mezi tělesnými šťávami. Doktor Galén rozlišoval navíc tři stavy bytí: zdraví, nemoc a neutralitu (Holčík, 2004).

Burešova definice vystihuje zdraví jako „potenciál vlastností (schopností) člověka, vyrovnat se s nároky působením vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí.“ (Bureš in Zdraví 21, 2003, 23). Říká tím v podstatě, že život je neustálá změna a člověk na každou změnu určitým způsobem reaguje. Naše reakce musí být rychlá a adekvátní. Život člověka je proces, do kterého často nepředvídatelně vstupují vnější i vnitřní faktory, které člověk musí zvládnout a přijmout bez újmy na zdraví. Žijeme v dynamické rovnováze, vyrovnáváme se s různými nároky ze strany rodičů, přátel, partnera, z pracovního prostředí.

V pozitivním kontextu vnímání zdraví formuluje Ottawská charta podobnou myšlenku jako výše zmíněný Holčík (2004), že „zdraví je lidmi utvářeno a prožíváno v lokálním rámci jejich každodenního života; tam kde se učí, pracují, baví se a milují.“ (WHO, 2005, 2).

Má-li jednotlivec nebo skupina dosáhnout stavu úplné tělesné, duševní a sociální pohody, musí mít možnost určovat a uskutečňovat své aspirace, uspokojovat své potřeby a měnit prostředí nebo se s ním vyrovnávat. Zdraví je proto vnímáno jako zdroj každodenního života a nikoli jako životní cíl. Zdraví je pozitivní koncept, který kromě tělesných schopností zdůrazňuje i sociální a osobní možnosti člověka. (WHO, 2005, 72).

Hnízdil a Šavlík (2007) zdůrazňují aktivní přístup pacienta na péči o vlastní zdraví. Jsou představiteli psychosomatiky, která otevírá bránu k lepšímu porozumění člověka. Psychosomatika není samostatný medicínský obor, ale způsob myšlení, který v sobě zahrnuje holistický pohled na člověka (pacienta) ve svém přirozeném prožívání každodenního života. Psychosomatika se zabývá více nemocným pacientem, než nemocí (Hnízdil & Šavlík, 2007). Konečný (2013) považuje psychosomatiku za způsob uvažování o zdraví a nemoci, který nepomíjí člověka v jeho životní situaci. Na zdravotní obtíže pohlíží v kontextu individuální historie člověka a osobního jedinečného příběhu, a proto je psychosomatika schopna často pomoci tam, kde běžná léčba selhává. (Konečný, 2013). Hnízdil úspěchy biologické vědy v žádném ohledu nezpochybňuje. Naopak říká, že psychosomatika obohacuje klasický medicínský přístup o přirozenou stránku lidského života, o potřebu psychické a sociální podpory. Na dnešním lékařství vidí nedostatek

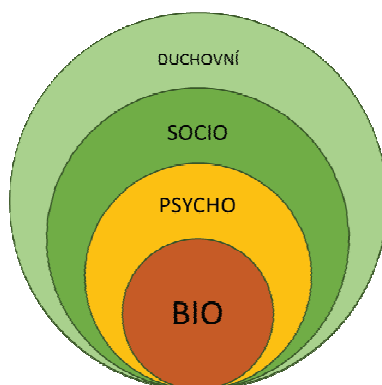
v tom, že je pod velkým vlivem biologických věd a ohromujících dílčích poznatků a že humanitní vědy jsou často opomíjeny. Chybí celostní teoretický koncept zahrnující bio-socio-psycho-spirituální model zdraví (Hnízdil & Šavlík, 2007).

Psychosomatickým přístupem se budeme zabývat i v problematice bažení po jídle. Lidé úzkostní, neklidní, neurotičtí či depresivní vyhledávají přirozeně různé strategie, jak z nepříjemných stavů unikat. Vzniká tak poměrně velká skupina lidí, kteří utíkají od svých životních problémů a řeší je pomocí jídla. Jejich touha po jídle bývá ve skutečnosti způsobena neuspokojenými psychickými potřebami (např. nespokojeností ve vztahu, neuspokojenou potřebu lásky, osamělosti, nudou) (Virtue, 1995). V následujících kapitolách budou popsány negativní zdravotní důsledky bažení a přejídání se a také léčba a techniky zvládnání bažení.

1.1. Bio-psycho-socio-spirituální model zdraví

Pro začátek bude dobré shrnout si všechny složky, které utváří zdraví. Základní přístup bio – psycho – socio - spirituálního modelu je interdisciplinární. Čtyřsložkový model zdraví pohlíží na zdraví člověka z různých úhlů pohledu, ale přitom neodděluje duši od těla. Systémové pojetí modelu umožňuje řešit otázku zdraví z hlediska biologického, psychologického, sociálního i duchovního (spirituálního). Jako jeden z prvních jej prosazoval G. Engel (MCAnulty, 2011).

Model, který byl zpočátku čistě biologický, se postupně rozšířil o psychologickou a sociální složku, protože bylo příliš zjednodušené a neobjektivní posuzovat lidské zdraví jen z biologického (tělesného) pohledu. Byla zahrnuta i problematika osobnosti, temperamentu a všeho, čím se zabývá psychologie osobnosti (psychika, vnitřní nastavení, názory) a sociální rovina. Rozumíme tím sociálním prostředím a vztahy, ve kterých člověk vystupuje (zastává v životě různé role: dítě, žák, sourozenec, rodič, zaměstnanec, manžel). V posledních letech psychologové a psychiatři obohatili model o čtvrtou složku - spirituální (duchovní). Všechny 4 složky jsou stejně důležité. Spiritualita je také významným a legitimním předmětem lékařského výzkumu (Nešpor, 2006).



Obrázek 1. Bio-psycho-socio-duchovní model zdraví (MCAnulty, 2011)

Tento model nám bude užitečný pro pochopení souvislostí v holistickém pohledu na lidské zdraví, životní styl, bažení po jídle, stres, negativní emoce, přejídání se, obezitu a léčbu. Vztáhněme tedy model na problematiku bažení po jídle:

1. Biologický aspekt bažení je například genetická predispozice, zakódovaná ve dvojité šroubovici deoxyribonukleové kyseliny v našich buňkách. Člověk se může narodit s genetickou predispozicí k tloustnutí, ale stále je to jen předpoklad, že by v budoucnu mohl vypadat a vážit zhruba stejně jako jeho rodiče, pokud by žil podobným životním stylem jako oni. Genetický faktor dle Holčíka nemá větší vliv na naše zdraví než 20 % (Holčík, 2004), tudíž nejsme k obezitě od prvopočátku odsouzeni. I přes toto pozitivní zjištění se z českých průzkumů dozvídáme alarmující výsledky. V rámci preventivního programu Žij zdravě Všeobecné Zdravotní Pojišťovny (dále jen VZP) byl proveden výzkum, ze kterého vyplývá, že 45 % českých dětí, které mají oba dva rodiče obézní, trpí obezitou v dospělosti také. Pokud jsou matka s otcem obézní, jejich potomek má statisticky velkou pravděpodobnost, že bude mít v budoucnu problémy s váhou, i když záleží vždy na mnoha dalších faktorech (např. druh, frekvence, délka a intenzita pohybové aktivity, skladba jídelníčku apod.) Čím vyšší je však tělesná váha, tím méně hodin týdně tráví člověk pohybovou aktivitou, což dokazuje, že s přibývajícimi kily roste i nechuť hýbat se. U obézních je významně vyšší podíl těch, kteří nevykonávají žádnou pohybovou aktivitu, a to zhruba jedna třetina. Lidí s nadváhou a obezitou v České republice přibývá a obezita je příčinou špatného zdravotního stavu. Negativní vliv nadváhy a obezity ovlivňuje také spokojenost s pracovním

výkonem, s osobními vztahy, se sexuálním životem a se sebou samým. Zhruba každý třetí obézní člověk trpí depresemi a více jak třetina obézních necítí dost energie pro každodenní činnosti a život (VZP, 2011).

2. Psychologický aspekt bažení a přejídání se týká například naučených stravovacích způsobů a vzorců chování, které jsou získané v dětství a většinou přetrvávají do dospělosti. Děti se od rodičů naučí stravovací návyky a v dospělosti je dále předávají vlastním potomkům. Proto dítě vyrůstající v prostředí rodiny s nadváhou či obezitou ve většině případů také v dospělém věku bojuje se svou hmotností. Mezi psychologické aspekty patří emoce. Zvláště intenzivní negativní emoce u mnoha lidí vyvolávají vtíravé myšlenky na jídlo a touhu po určitých potravinách. Pokud je touha natolik silná, že člověk není schopen ji odolat a zavčas sám sebe zarazit v konzumaci oblíbené potraviny, hovoříme o nekontrolovaném a impulzivním přejídání. Negativní emoce jsou například strach, zlost, napětí či stud, kterými se dále budeme zabývat v kapitole Emoční bažení (Virtue, 1995).

Mezi vnitřní kvality člověka patří například organizace, disciplína a sebekontrola, které v problematice bažení hrají poměrně velkou roli a kterými se později také budeme zabývat. Další charakteristiky jsou vděčnost, svědomí a hřích. Lidé, které ovládá touha po jídle natolik, že sní sami např. 100 gramovou tabulku čokolády, si zpětně vyčítají své nekontrolované jednání, vnímají ho jako hřích, který spáchali sami na sobě a cítí lítost a vztek, který opět v některých případech zajídají jídlem (Virtue, 1995).

3. Sociální aspekt touhy po jídle lze pozorovat v různých kulturách a zvycích společného stravování. Rodina tvoří primární prostředí, odkud člověk přejímá stravovací návyky (volba potravin, denní doba jednotlivých jídel, akt společného stolování a různé tradice spojené s jídlem). Tyto návyky přejímáme vědomky i nevědomky od rodiny jako děti a přinášíme je pak do naší vlastní rodiny, kterou v dospělosti zakládáme. Člověk se schází u jednoho stolu při příležitosti oběda či večeře s jinými lidmi (s přáteli, s partnerem, s kolegou z práce). Ve společenském kontextu je sdílení těchto okamžiků příjemné, uskutečňuje se při tom důležitá forma mezilidské komunikace (MCAnulty, 2011). Důležitou roli hrají české svátky Vánoce a Velikonoce, významné životní události, které jsou zároveň příležitosti k uspořádání společného oběda, hostiny, rautu či tzv. "zapíjecí akce" založené na konzumaci alkoholických nápojů. Narození dítěte, křtiny, narozeniny, svátky, maturita, promoce, zasnoubení, svatba, sportovní úspěch, pracovní úspěch, výročí

svatby, pohřeb, to všechno jsou společenské události, při kterých dochází ke společnému setkávání lidí. Společenské události vždy provázelo, provází a bude provázet jídlo (Bízová, 2007).

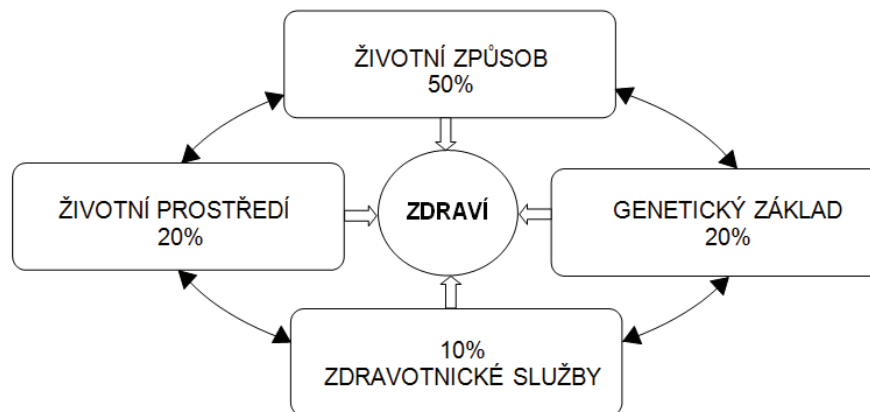
4. Duchovní či spirituální aspekt je významný v problematice řešení závislostí na jídle. Klíčové prvky spirituality jsou *smysluplnost*, kam patří důležitost života a smysl životních situací, *hodnoty*, což jsou ceněná přesvědčení a hodnotová měřítko, *transcendence* značící zkušenosti s dimenzí přesahující osobní já, *vztahy* k sobě, druhým lidem, Bohu nebo Vyšší síle a *rozvíjení života*, což vyžaduje zkušenost a reflexi a zahrnuje pocit, kdo člověk je a jak poznává (Martsof & Mickley in Nešpor, 2006). Co se týče závislostí, tak spiritualita podle Nešpora negativně koreluje s pitím alkoholu a kouřením (výskyt rizikového chování je nižší u věřících lidí 17,6 % než u nevěřících lidí 28,6 %), z čehož by se dalo částečně usuzovat, že pokud závislost na jídle vykazuje podobné znaky jako závislost na cigaretách, pak by věřící člověk po jídle bažil méně než nevěřící. Obecně řečeno spirituálně založení lidé mají optimističtější pohled na život, silnější pocit sociální pohody a podpory a vyšší odolnost vůči stresu (např. bolest ze ztráty blízké osoby), který úzce souvisí s bažením po jídle. Lékaři, kteří brali v úvahu spirituální prvek, zaznamenali u svých pacientů nižší mortalitu i lepší průběh léčby (Nešpor, 2006).

Pod pojem spiritualita spadá také otázka víry. Typicky českým specifickým je malé procento věřící populace, což potvrzují výsledky sčítání lidu z roku 2011 zveřejněných v únoru 2014. Z celkového počtu obyvatel ČR (10 436 560) je 3 604 095 obyvatel bez náboženské víry. Věřících lidí a zároveň hlásících se k nějaké církvi je 1 463 584. Lidí, kteří jsou věřící, ale nehlásí se k žádné víře je 765 358. Zbytek českého obyvatelstva nevedlo žádnou odpověď. To by mohlo znamenat, že i víra v prostředí ČR má určitý vliv na zvyšující se průměrné hmotnosti českého obyvatelstva (ČSÚ, 2011).

Souhrnem lze říci, že zdravá a harmonická osobnost člověka se skládá ze čtyř oblastí a pokud se v některé z těchto oblastí vyskytne problém, je nutné věnovat mu dostatečnou péči a nezanedbat ho. To platí nejen u lékařů a odborníků na obezitu, pohybovou aktivitu a výživu, kteří by měli mít na paměti, že s pacientem se musí pracovat citlivě, pozorně a celistvě a pomáhat nalézat skutečnou příčinu jeho potíží, ale i u pacientů, kteří nesou největší část zodpovědnosti za své zdraví.

1.2. Determinanty zdraví

Teď, když jsme si objasnili pojem zdraví, můžeme se podívat, čím je zdraví ovlivněno. Je zřejmé, že zdraví je výsledkem komplikovaného působení mnoha faktorů. Dle Holčíka (2004) rozdělujeme determinanty zdraví na 4 oblasti (Obrázek 2): genetické predispozice, které mají vliv na zdraví jedince až z 20 %, úroveň zdravotnických služeb ovlivňuje zdraví z 10 %, životní prostředí (což jsou přírodní a sociální faktory) mají vliv na zdraví z 20 %, ale z největší části se na zdraví jedince podílí vlastní životní způsob (chování), a to až z 50 % (Holčík, 2004).



Obrázek 2. Determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech (Holčík, 2004)

V oblasti životní prostředí má velkou důležitost politická a ekonomická situace, která do značné míry předznamenává možnost skutečné volby občanů (např. otázka pitné vody, výživy, bydlení, vzdělání). Významným faktorem, který spadá do životního způsobu je kultura, která obsahuje tradice, zvyklosti, hodnoty, historickou zkušenost, což také ovlivňuje zdraví lidí. Další determinantou zdraví je kouření a pití alkoholu. Vysoký nárůst tohoto rizikového chování je zaznamenán u mládeže, především u dívek (Holčík, 2004).

Vycházíme-li z předpokladu, že zdraví lze zhruba ze 70 % ovlivnit: jednak zlepšením životního prostředí (20 %) a jednak zdravějším chováním lidí (50 %), pak je zřejmé, že dosud se této oblasti věnuje poměrně malá pozornost. Nyní se zaměříme už pouze na životní styl.

2. ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je sociologickým fenoménem zkoumaným z mnoha hledisek. Prolíná se s pojmy životní způsob, kvalita a délka života, životní dráha a také jej často nejde oddělit od podmínek života. V českém prostředí dochází nejvíce ke konfrontaci výrazů životní způsob a životní styl, kde neexistuje odborný konsensus mezi těmito dvěma pojmy. Životní způsob bývá chápán jako pojem týkající se společnosti, je obecnější, širší a nadřazený životnímu způsobu, který se spíše více týká života jednotlivců či menších skupin spjatých s konkrétními podmínkami. Životní styl člověka se podílí na jeho celkové spokojenosti a pohodě (Valjent, n.d.).

Aktivní životní styl lze chápat jako rovnováhu mezi duševním a fyzickým zdravím. „Dále se charakterizuje jako životní styl závislý na vzájemné kladné kombinaci především těchto faktorů: zdravé výživě, pitném režimu, rizikových faktorech (kouření, pití alkoholu, drogy), konzumu médií (TV, počítače) a pohybové aktivitě.“ (Valjent, n.d., 6). Je používáno pravidel 3 P, což znamená: Přiměřenost v příjmu živin a energie, Pravidelnost pohybové aktivity a Prevenci v předcházení nezdravým stravovacím a životním návykům. Aktivní životní styl dává životu smysl, zlepšuje kvalitu života a navíc snižuje i náklady na léčbu komplikací a sociální výpomoc (Valjent, n.d.). Přínosy aktivního životního stylu tedy jsou:

- Zvýšení kardio-respirační kondice, zlepšení svalové síly, vytrvalosti.
- Snížení krevního tlaku.
- Zvýšení počtu červených krvinek, zlepšení anemie.
- Snížení inzulínové resistance, snížení a vylepšení lipidového spektra.
- Zlepšení obranyschopnosti proti infekcím.
- Prevence úbytku svalové hmoty a úbytku kostní hmoty ve vyšším věku.
- Zlepšení držení těla, udržení „svalového korzetu“ prevence degenerativního postižení vaziva a kloubů.
- Prevence pádů a významné zlepšení soběstačnosti ve vyšším věku.
- Zlepšení nálady a sebedůvěry, zlepšení psychické výkonnosti i odolnosti, zlepšené zvládání společenských rolí.
- Radostnější a aktivnější využívání volného času
- Méně depresí, hypochondrických těžkostí a stavů úzkosti

- Lepší trávení a méně problémů se zácpou.
- Způsobení přirozené únavy a uklidnění, klidnější, osvěžující spánek.
- Snižující působení stresu.
- Zlepšení vzhledu (Valjent, n.d.).

Životním stylem dětí a mládeže se zabývá v českém prostředí studie HBSC (Health Behaviour in School – aged Children). Tato studie vychází ze stanoviska WHO, že chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání. Zaznamenává u dětí a mládeže tyto nedostatky: nadměrný energetický příjem a nezdravá strava, nedostatečná úroveň pohybové aktivity a vysoká míra sedavých aktivit, užívání tabákových výrobků, drog a nadměrné pití alkoholu (Kalman & Vašíčková, 2013).

2.1. Přiměřená pohybová aktivita

Čím dál více se zvyšuje podíl duševní práce v naší společnosti, což přirozeně vede u většiny lidí ke snižování tělesného zatížení organismu a následně pak i ke snížení fyzické kondice. Také narůstá psychické vypětí, ať již pracovního či studijního charakteru, jenž se musí kompenzovat vhodnou pohybovou aktivitou, která pomáhá relaxovat organismus a tím urychlit i jeho regeneraci (Valjent, n.d.).

Teorie Coopera, který byl tvůrcem aerobního programu pro aktivní zdraví v USA, se zaměřuje na vzájemné vztahy mezi pohybovou aktivitou, výživou a duševní rovnováhou. Zdůrazňoval důležitost aerobní pohybové aktivity, což je taková pohybová činnost, která vyžaduje zvýšený přísun kyslíku v delším časovém intervalu. Klade na organismus takové požadavky, které ho nutí zvýšit využití kyslíku. Většinou se jedná o vytrvalostní činnosti vykonávané mírnou intenzitou (Cooper in Valjent, n.d.).

Každý účinný aerobní trénink se skládá ze 4 částí: rozcvičení, vlastní aerobní fáze, uklidnění a posilování svalstva pomocí gymnastiky nebo posilovacích cviků. Ve svém dlouhodobém výzkumu Cooper zjistil, že je vhodné intenzitu zatížení střídat, a proto doporučuje vykonávat aktivitu po delší čas. Každý účinný aerobní trénink se skládá ze 4 částí: rozcvičení, vlastní aerobní fáze, uklidnění a posilování svalstva pomocí gymnastiky nebo posilovacích cviků. Dále zjistil příznivé odezvy v organismu, které nastanou již při týdním aerobním běhu trvajícím celkem 80–90 minut; znamená to věnovat se mu 4 x týdně po 20 minutách nebo 3 x po 30 minutách (Cooper in Valjent, n.d.).

Podle Kohlmeiera (2003) intenzivní tělesné cvičení může potlačovat chuť k jídlu, a to pravděpodobně zvýšenou koncentrací serotoninu v hypotalamu a zřejmě tělesné cvičení zvyšuje preferenci sacharózy a kyseliny citrónové.

Národní doporučení pro pohybovou aktivitu (dle HBSC studie) zní takto:

Děti (6-17 let)

Každé dítě a adolescent by měl být pohybově aktivní alespoň 60 a více minut každý den.

Doporučení: Aerobní aktivita by měla tvořit podstatnou část z 60 a více minut každý den, při čemž většina pohybové aktivity by měla být vykonávána střední intenzitou. Minimálně 3 dny v týdnu by mělo dítě a adolescent vykonávat pohybovou aktivitu vysoké intenzity.

Alespoň 3 krát týdně by mělo dítě a adolescent provádět posilovací cvičení (dřepy, sedy lehy, poskoky a jiná základní atletická a gymnastická cvičení) jako součást 60 a více minut pohybové aktivity.

Dospělí (18-64)

Každý dospělý člověk by měl být pohybově aktivní alespoň 30 minut 5 dní v týdnu.

Doporučení: 30 minut pohybové aktivity střední intenzity (rychlá chůze, jízda na kole) 5 dní v týdnu nebo 25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity (běh, fotbal, aerobik) 3 dny v týdnu. K tomu provádět posilovací a protahovací cvičení 2 dny v týdnu.

Senioři (65 let a více)

Každý senior starší 65 let by měl být pohybově aktivní alespoň 30 minut 5 dní v týdnu.

Doporučení: 30 minut pohybové aktivity střední intenzity 5 dní v týdnu v 10 minutových a delších intervalech nebo 25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3 dny v týdnu. Dále by měl senior provádět posilovací a protahovací cvičení zaměřené na hlavní svalové skupiny (stehna, boky, záda, břicho, hrudník, ramena a paže) alespoň 2 dny v týdnu. V případě zhoršené koordinace by měl provádět balanční cvičení pro posílení stability (Kalman & spol, n.d.).

2.2. Zdravá výživa

Zdravá výživa je další oblastí lidského chování, která poskytuje organismu základ pro možný aktivní a zdravý život. Hlavní složky naší stravy jsou sacharidy, tuky a bílkoviny. Další součásti stravy jsou vitamíny, minerální látky a voda. Vyvážená strava by měla obsahovat 25–30 % tuků, 50–55 % sacharidů a 15–20 % bílkovin. Podstatná fakta o zdravé výživě uvádí Valjent (n.d.):

- dbát na snídani jako pravidelné a dostatečně vydatné jídlo
- udržovat rovnováhu mezi energetickým příjmem a výdejem je klíč k udržení tělesné váhy
- omezit celkový příjem tuků, preferovat tuky rostlinné před živočišnými, konzumovat dostatečné množství zeleniny a ovoce, zařadit do jídelníčku ryby, preferovat celozrnné výrobky a omezit solení
- dodržovat pravidlo poměru energetického příjmu tří hlavních jídel: 25 % snídaně, 50 % oběd a 25 % večeře
- jídelníček by měl být rozmanitý a přiměřený
- dodržovat pitný režim; (2–3 litrů neenergetických a zdravotně nezávadných tekutin)
- nevyčleňovat z jídelníčku nízkotučné mléčné výrobky a vybírat si potraviny bohaté na vlákninu
- problém možného řidnutí kostí řeší pravidelný příjem potravin bohatých na vápník
- nejvhodnějšími druhy ovoce a zeleniny jsou ty, které pocházejí ze zdrojů místní oblasti
- při nedostatečném příjmu esenciálních živin je možno požit i potravinové doplňky nutné ke zvýšení příjmu těchto živin (vitamíny, minerály) (Valjent, n.d.)

2.3. Management stresu

Přestože je vliv stresu na lidský organismus již dlouhou dobu znám, společnost mu stále nepřikládá dostatečnou pozornost. Rozlišujeme dva typy stresu: distres (negativně prožívaný stres) a jeho opakem je eustres, tj. pozitivní emocionální zážitek. Projevy stresu jsou např. zrychlené dýchání, zrychlená srdeční frekvence, aby se k napjatým svalům dostalo rychle dostatek energie v krvi. Stres lze rozdělit na tři stupně či fáze: první fáze je varovná, pro druhou je charakteristická rezistence a pro třetí vyčerpání. Mezi nejčastější

stresory patří především neúměrné pracovní tempo, stresující termíny, interpersonální konflikty, konflikty v rodině, obavy z nedostatku financí, ztráty zaměstnání, onemocnění aj. Riziko stresu je především v tom, že může přejít do chronického stadia (pokud neřešíme stres postupně, vede k tzv. syndromu vyhoření). Onemocnění spojovaná se stresem jsou vysoký krevní tlak, onemocnění oběhového systému (např. srdeční poruchy), bolesti hlavy a migrény, onemocnění trávicího traktu (např. žaludeční vředy), revmatická artritida, kožní choroby (akné nebo horší hojivost), bolesti v oblasti páteře, nádorová a onkologická onemocnění (Haluzíková & Římovská, 2010).

Hnízdil tvrdí, že se celkově stresujeme kvůli komplikované společenské situaci, která nám nedovoluje realizovat boj či útěk, což jsou pro lidský organismus přirozené reakce na stres. Protože není jednoduché uvolnit stres, často se v těle kumuluje a ukládá se např. do zádočných svalů, způsobuje bolesti hlavy, hučení v uších, sevření hrdla, žaludeční potíže a způsobuje celkovou slabost a napětí. Setrvává-li člověk v tomto stavu několik let, jeho imunita je oslabena a je tak vytvořeno prostředí, ve kterém snadno vzniká např. i rakovina (Hnízdil, 2007).

Dle Vogeltanze je důležité uvědomit si přítomný okamžik. Tvrdí, že lidé často věci řeší až zpětně, až po té, co se stanou nebo se stává, že utíkají dopředu do budoucnosti. Tyto dvě tendence odpoutávají od přítomnosti, od okamžiku TEĎ a TADY. Pokud si člověk není schopen přiznat své problémy, postavit se jim čelem a začít je řešit, volí útěk před skutečnou realitou, ve které by si musel uvědomit svůj současný stav. A to je stres (Vogeltanz, 2010).

V prevenci stresu se Haluzíková a Římovská doporučují zaměřit na to, jak žít smysluplný život, sestavit si žebříček hodnot a vědět, co je pro nás důležité, mít konkrétní, hodnotný, nadějný a dosažitelný cíl. Dále bychom měli udržovat rovnováhu mezi stresory a salutory (podpora zdraví) a usilovat o to, co nám dává sílu a radost ze života (Haluzíková & Římovská, 2010).

2.4. Hygiena spánku a odpočinku

Poslední důležitou složkou životního stylu je spánkový režim, který je důležitý pro duševní rovnováhu. Průměrně se jedná o 7 – 8 hodin spánku denně, nedoporučuje se ani nadměrný spánek ani nedostatek spánku. Důležité je zařazení odpočinku do denního režimu. O duševní rovnováze mluví ve spojení s pravidelně vykonávanou pohybovou

činností a správnou výživou. Zvýšení látkové přeměny napomáhá odstranit účinky nahromaděného adrenalinu a vyplavování hormonů endorfinů, které umožní pociťovat pohodu či euforii. Lidem správně odpočínutým stoupá sebevědomí a zažívají pocit uspokojení, který se projevuje ve všech sférách života. Člověk se stává společenštějším a vyrovnanějším, dochází u něho k příznivým změnám ve struktuře osobnosti. (Valjent, n.d.).

Cooper uvádí 3 principy, které se prolínají celou jeho teorií a dle kterých by se měl člověk řídit:

- princip rovnováhy
- princip střídmosti (týká se přiměřeného příjmu množství potravy, odpočinku i pohybové aktivity).
- princip angažované kontroly (řadí sem pravidelnou lékařskou prohlídku, kontrolu osobní hmotnosti a vypočítání BMI indexu a hladiny cholesterolu v krvi. Správný poměr mezi celkovým množstvím cholesterolu je velmi důležitý) (Cooper in Valjent, n.d.).

Souhrnem lze říci, že na zdravém životním stylu se podílí faktory jako je dostatečný spánek a odpočinek, pravidelnost ve stravování a vhodný výběr potravin do jídelníčku, kontrola váhy, absence kouření, umírněné pití alkoholu a pravidelné cvičení.

2.5. Nadváha a obezita

V české terminologii neexistuje jeden odborný termín pro hmotnost vyšší než je norma, tudíž jsou používány dva termíny: nadváha, jako předstupeň obezity a následující závažnější obezita. Obezita je definována nadměrným hromaděním množstvím tuku v organismu, které má negativní dopad na zdraví. Vyšší tělesnou hmotnost vzhledem k výšce postavy tedy označujeme jako nadváhu, či obezitu. Hromaděním tuku v organismu způsobuje nepoměr v příjmu a výdeji energie a pokud energetický příjem převyšuje energetický výdej, vzniká nadváha. Stejně jako extrémně nízká hmotnost patří i obezita mezi odchylky od normální váhy, které mohou vést k poškození organismu (Svačina, n.d.).

Podle tělesných partií, kde se má tendenci ukládat tuk rozlišujeme dvojí typologii postav:

- a) Androidní (mužský). Tuk se hromadí nejvíce v oblasti břicha a hrudníku. Tento typ obezity je rizikový zejména pro vznik metabolických a kardiovaskulárních

komplikací obezity (infarkt, mozková mrtvice, cukrovka, rakovina). Je charakteristický spíše pro mužské pohlaví.

- b) Gynoidní (ženský). U tohoto typu postavy se podkožní tuk zmnožuje zejména na bocích, hýždích a stehnech. Z hlediska zdravotního je sice méně riziková než mužský typ obezity, ale hrozí výskyt křečových žil, bércových vředů a potíže s klouby. Je typický spíše u ženského pohlaví a většinou vadí ženám především z estetického pohledu (EUFIC, 2004).

2.5.1. Epidemiologie

Obezita byla v historii onemocněním osob s vysokým ekonomickým statusem ve starověku a středověku. Zdravotním problémem se obezita stala od 19. století. Procento obézních lidí ve vyspělých zemích sahá k 20 % populace a počet osob s nadváhou až ke 40 %. Česká republika je na jednom z předních míst ve výskytu obezity v Evropě (Svačina, n.d.).

WHO zařadilo obezitu do seznamu Mezinárodní klasifikace chorob (International Classification of Diseases – ICD 10) a v současnosti je hodnocena jako 6. nejzávažnější rizikový faktor ovlivňující celkový zdravotní stav lidstva (WHO, 1990). V roce 1995 bylo odhadováno 200 milionů obézních dospělých v populaci a 18 milionů dětí ve věku pod 5 let s nadváhou. V roce 2000 se číslo obézních dospělých zvýšilo na 300 milionů. Každoročně na celém světě zemře 2,8 milionů lidí na následky nadváhy či obezity a zhruba 115 milionů lidí trpí problémy spojenými s obezitou (WHO, n.d.). U obézních lidí se obvykle do věku zhruba 50 let neobjevují velké zdravotní potíže. Kolem 50. roku života se ale projeví somatické obtíže vázané na obezitu, které se rozvíjí již desítky let předtím. Jedná se o kloubní obtíže, dušnost, kardiovaskulární onemocnění, cukrovku II. typu či nádory (Svačina, n.d.).

Z českého výzkumu VZP (2011) vyplynulo, že každý třetí Čech se potýká s nadváhou a každý pátý Čech trpí obezitou. 78 % českých mužů a 58 % českých žen s nadváhou má tendenci svůj stav podceňovat. Část obézní populace se dokonce domnívá, že s vysokou váhou žádné problémy nemá (19 % mužů a 9 % žen). S nadváhou a obezitou bojuje v České republice výrazně více mužů než žen (64 % mužů a 49 % žen). U žen se potvrdil vztah dosaženého vzdělání a BMI (vzdělané ženy dosahují nižších hodnot BMI), zatímco u

mužů je obezita problémem nezávislým na dosaženém vzdělání. U žen bylo sledováno 2x více redukčních pokusů než u mužů. Výrazné rozdíly jsou také u různých věkových skupin (starší lidé trpí nadváhou více než mladí). Necelá třetina lidí do třiceti let má nadváhu či obezitu a ve věku nad 50 let trpí nadváhou nebo obezitou tři čtvrtiny populace. Je to dáno zejména tím, že starší lidé méně sportují. V každém roce života přibere dospělý v průměru ¼ kilogramu. Lidé s normální váhou se pravidelně stravují, nezapomínají snídat a svačit a výrazně více zařazují do svého jídelníčku ovoce, zeleninu a mléčné výrobky v porovnání s lidmi s nadváhou či obezitou. Negativní vliv nadváhy a obezity ovlivňuje spokojenost s pracovním výkonem, s osobními vztahy, se sexuálním životem a se sebou samým. Zhruba každý třetí obézní člověk trpí depresemi a více jak třetina obézních necítí dost energie pro každodenní činnosti a život (VZP, n.d.).

2.5.2. Dětská nadváha a obezita

V roce 2010 bylo odhadováno přes 42 milionů dětí s nadváhou ve věku do 5 let a 20 milionů dětí starších pěti let. (WHO, n.d.) Situace je vážná i v českém prostředí. U dětí je jen malé procento obezity způsobeno genetickým či hormonálním defektem (Prader Willi, Cushingův syndrom), mnohem častěji je její příčinou snížení bazálního metabolismu, nadměrná chuť k jídlu a snížená rychlost oxidace tuků. K obezitě dětí přispívají vysokoenergetické potraviny, slazené nápoje a nedostatečná pohybová aktivita. Krizovým bodem pro dospívajícího člověka bývá věk mezi 16 až 20 lety, kdy necelá třetina dívek skončí s výkonnostním sportem úplně. U chlapců je situace lepší, ale okolo 25 let se sportovní aktivita obecně snižuje také, a to z důvodu nedostatku času (Urbanová, 2008).

Dle Urbanové (2008) je složité přesně určit potřebnou denní dávku energie u dítěte. Zatímco kojeneček potřebuje ke svému vývoji asi 100 kcal/kg váhy, u šestiletého dítěte je to 80 kcal/kg váhy, v deseti letech je to 65 kcal/kg váhy a v 15 letech už jen 50 kcal/kg váhy. Například mezi 6-12 rokem života dítě spotřebovává energii z 50 % na bazální metabolismus, z 25 % na fyzickou aktivitu a zbytek energie použije na růst či odchází z těla vylučováním. Při zvýšení příjmu o 50-100 kcal dochází za rok k váhovému přírůstku až 2-5 kg (Urbanová, 2008).

Obézní rodiče mívají 3x častěji děti s nadváhou až obezitou než rodiče s normální váhou. Riziko obezity u žen, které rodily je 2,5 x větší než u žen bezdětných a stoupá s každým porodem. Je prokazatelné, že obezita matky v těhotenství má jasný dopad na riziko obezity

jejich potomků. Dále je riziko obezity u dětí ovlivněno hladověním matek a kouřením, riziko obezity se u dětí matek kuřáček zvyšuje až dvojnásobně (ČTK, 2014).

Odchytky růstu dítěte mohou upozornit na chybné výživové návyky, na psychické či jiné problémy dítěte. Pro dítě je důležitá podpora a pozitivní a bezpečné rodinné prostředí a nastolení přiměřených pravidel stravování a pohybové aktivity (Snopek, 2004).

2.5.3. Terapie obezity

Obezitu můžeme podle doktora Svačiny léčit 5 způsoby: dietou, fyzickou aktivitou, psychoterapií, podáváním léků proti obezitě a chirurgicky. Hlavním postupem v léčbě obezity je dietoterapie. Začíná se snížením příjmu kalorií o 500-1000 kJ a dále je upravován energetický příjem dle vývoje tělesné hmotnosti. Omezují se zejména potraviny tučné s vysokým energetickým obsahem. Redukce hmotnosti vede k poklesu výskytu diabetu a je hlavním opatřením v jeho prevenci (Svačina, n.d.).

Při operaci žaludku se žaludek podváže speciální svorkou, vytvoří se tak ústí kolem 10 až 12 mm. Horní oddíl (nad svorkou) se vytváří tak, aby měl obsah kolem 50 ml. Celkově se v České republice provádí asi 250 těchto operací ročně. Léčba obezity se tak blíží léčbě dalších složek metabolického syndromu, jako je například hypertenze, hyperlipoproteinémie a diabetes. Tato onemocnění se dnes léčí také farmakoterapií. Prakticky každý léčený pacient vyžaduje psychologickou podporu a je zcela běžné, že po počátečním úspěchu pacient selže a mnohdy časem dosáhne hmotnosti ještě vyšší než před léčebnými pokusy (Svačina, n.d.).

2.6. Hodnocení tělesné hmotnosti

Existují různé metody hodnocení tělesné hmotnosti, níže jsou uvedeny nejčastější způsoby hodnocení dle různých parametrů. Pro náš výzkum bude použit výpočet Body Mass Indexu, jakožto poměrně jednoduché a celosvětově používané metody.

1. Metoda BMI

BMI je zkratka anglických slov Body Mass Index = index tělesné hmoty (někdy také označován jako tzv. Queteletův index), který je podílem hmotnosti v kilogramech k druhé mocnině výšky jedince v metrech (jednotkou je kg/m^2). Tento způsob hodnocení tělesné hmotnosti je zřejmě nejrozšířenější, je ale zatížen určitou chybou. Ta se vyskytne u jedinců

s větším objemem svalové hmoty. Hmotnost užívaná ve vzorci zahrnuje tukovou, kostní i svalovou tkáň, ale nerozlišuje konkrétní podíl tkáně, který je v těle zastoupen. U sportovců provozujících silové sporty (vzpěrači, kulturisté) vyšší BMI bude odrážet podíl svalové hmoty, a ne tuku, to je vždy třeba mít na paměti. Obecně ženy mají větší podíl tuku než muži při stejném BMI. Také starší lidé mají větší podíl tuku než mladší lidé. Metoda BMI je užívána WHO pro svou jednoduchost a slouží pro porovnání se standardem a pro snadné určení zdravotního rizika spojeného s obezitou. Normální váha se ohybuje v rozmezí BMI 18,5-24,9. Při hodnotách BMI > 25 je 3x větší riziko cukrovky, vysokého krevního tlaku, infarktu myokardu a cévní mozkové příhody (Vítek, 2008).

$$\text{Výpočet: BMI} = \text{tělesná váha (kg)} / (\text{výška (m)})^2$$

Tabulka 1. Mezinárodní klasifikace podváhy, normální váhy, nadváhy a obezity u dospělých dle BMI (WHO, 2004)

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

2. Poměr obvodu pasu a obvodu boků (WHR)

Další možností jak lze hodnotit tělesnou hmotnost je poměr obvodu pasu a boků (označován WHR, z anglického waist-to-hip ratio), který zohledňuje vliv distribuce tukové tkáně na těle. Muži mají poměr obvodu pasu a boků vyšší než ženy, proto pro každé pohlaví existují odlišné hodnoty indexu. Pro muže platí jako riziková hodnota indexu > 0,95 a pro ženy > 0,85 (Vítek, 2008, 11).

3. Měření obvodu pasu

Podle Vítka (2008) měřením obvodu pasu pomocí krejčovského metru sledujeme množství tuku v břišní oblasti. Lidé, kteří mají vyklenuté břicho a ochablé svalstvo v této oblasti, a zároveň tzv. normální hmotnost (nebo pouze mírnou nadváhu), jsou potencionálně ohroženi srdečními, cévními nebo metabolickými poruchami. Představují rizikovou skupinu lidí, která může být zasažena civilizačními chorobami. Za nebezpečný z pohledu možného rozvoje tzv. metabolického syndromu se považuje obvod pasu 98 cm u mužů a 88 cm u žen. Z pohledu nebezpečí kardiovaskulárních nemocí jsou kritéria přísnější 94–101 cm u mužů a 80–87 cm u žen (Vítek, 2008).

Při měření by se mělo postupovat dle těchto zásad: Obvod pasu se měří vestoje, bez oblečení a metr se přikládá v polovině vzdálenosti mezi dolním žebrem a horním okrajem pánve. Metr se obtočí kolem těla pokud možno vodorovně a je nutné lehce vdechnout vzduch. Ženy ve věku mezi 19 až 40 lety s pravidelným menstruačním cyklem by si měly obvod pasu měřit v první polovině cyklu. Některé ženy totiž trpí vlivem nedostatku progesteronu nebo vlivem premenstruačního syndromu dočasným zadržováním tekutin v těle (ČPZP, 2009).

4. Výpočet ideální tělesné hmotnosti

Jedná se o poměrně složité výpočty, které navíc různí autoři různě pozměňují, což je zřejmě důvodem, proč se tyto indexy příliš nerozšířily do praxe. Nejznámější jsou indexy podle Devina, Verdoncka, Robinsona nebo Millera. Jako nejvhodnější a literaturou podložený způsob výpočtu ideální tělesné hmotnosti se jeví index podle Robinsona. Výsledek ideální tělesné hmotnosti vychází v jednotkách kg (Vítek, 2008, 11).

Výpočet pro muže: $(\text{výška (v cm)} - 152,4) \times 0,728 + 51,65$

Výpočet pro ženy: $(\text{výška (v cm)} - 152,4) \times 0,650 + 48,67$

5. Antropometrie

Antropometrické měření tloušťky podkožní tukové vrstvy se provádí přístrojem kaliperem na několika předem definovaných místech a vypočtením předpokládaného procenta tukové tkáně. Stanovuje se tzv. „somatotyp“. Jedná se o kvantitativní popis stavby a kompozice lidského těla, kdy rozdělujeme 3 základní somatotypy:

1. Endomorfní (obézní, pyknik)
2. Mezomorfní (svalnatý, atletický)
3. Ektomorfní (hubený, astenický)

Jednotlivé somatotypy se u každého jedince do určité míry vzájemně kombinují a jejich rozložení lze určit z tzv. somatografu. Z hlediska rizika nadváhy a obezity je rizikovým somatotypem endomorfní, který má velký sklon k nadváze, obtížně se zbavuje tuku a tedy má přirozeně velké riziko vzniku obezity, cukrovky a kardiovaskulárních chorob.

Vyšetření zaměřená na určení somatotypu se provádějí ve specializovaných poradnách (Vítek, 2008).

6. Bioimpedanční přístroje

Zastoupení tělesného tuku lze změřit bioimpedančními přístroji. Tyto přístroje dokáží změřit na základě bioimpedanční analýzy (rozdílu v elektrické vodivosti tukové tkáně a ostatních tkání), jakou část celkové váhy člověka představuje tuk. Moderní bioimpedanční měřicí zařízení pracující na multifrekvenčním vícesektorovém principu umožňují poměrně přesné stanovení mnoha parametrů složení lidského těla, včetně určení procenta tělesného tuku. Norma pro zastoupení tuku v organismu mužů je mezi 10 - 20 % a u žen je mezi 20 - 30 %. Většinou se užívají přístroje, na které se vstupuje celou váhou těla či přístroje, které se drží oběma rukama. Nepřesnost spočívá v tom, že váhy změří obsah tuku od pasu dolů, a ruční přístroje naopak proměří pouze horní polovinu těla. Tím dochází k nadhodnocení či podhodnocení výsledku u lidí, jimž se tuk hromadí více v dolní či horní polovině těla. Dalším problémem je, že některé přístroje reagují na aktuální zavodnění organismu, čímž může být výsledek také ovlivněn. Optimální je používat přístroje vždy ve stejnou denní dobu - nejlépe ráno a ženy mimo období menstruace. Jeden z nejpřesnějších přístrojů je přístroj BODYSTAT. Měření se provádí v poloze ležmo s nalepenými elektrodami na horní i dolní končetině. Bioimpedanční přístroje jsou poměrně drahé, což brání jejich většímu využití v běžné praxi (Vítek, 2008).

2.7. *Hodnocení tělesné hmotnosti u dětí*

Pro běžné hodnocení individuálního tělesného růstu dítěte je využíván hmotnostně-výškový rozdíl, kdy pouhým porovnáním výšky a váhy dítěte lze posoudit, zda je dítě proporční (souměrné). Aby bylo možné posoudit, zda růst dítěte je přiměřený, je třeba naměřené hodnoty jeho tělesné výšky i dalších znaků porovnávat s hodnotami běžnými v celé dětské populaci. K tomu slouží tzv. referenční údaje (růstové standardy), které bývají k dispozici ve formě růstových (percentilových) grafů. Průměrná (přiměřená) váha vzhledem k výšce dítěte, jsou hodnoty odpovídající 50. percentilu. Vzorec pro vypočítání BMI dětí je stejný jako u dospělých, ale vyhodnocení výsledků se řídí tabulkovým percentilovým pásmem (Vignerová, 2005).

Tabulka 2. Hodnocení hmotnosti u dětí dle percentilových pásem (Vignerová, 2005)

Pásma	Podle výšky postavy	Podle hmotnostně-výškového poměru nebo BMI dítěte
Pásma nad 97. percentilem	velmi vysoká	obézní (lépe již od 95. percentilu)
Pásma nad 90. percentilem	celkem vysoká	s nadměrnou hmotností
Pásma mezi 75. a 90. perc.	vysoká	robustní
Pásma mezi 25. a 75. perc.	střední	proporcionální
Pásma mezi 3. a 25. perc.	malá	štíhlé
Pásma pod 3. percentilem	velmi malá	hubené

Poznámka: Hodnocení podle hmotnostně-výškového poměru nemusí nutně korespondovat s hodnocením podle BMI.

Výše uvedená kritéria neplatí pro děti v kojeneckém věku, kdy je tělesná hmotnost závislá na způsobu výživy. Hmotnost kojenečtých dětí bývá nižší než dětí příkrmovaných nebo živených umělou výživou. U dětí do šesti až deseti let Vignerová doporučuje používat grafy hmotnostně-výškového poměru, u starších dětí grafy BMI. Upozorňuje, že současně s hodnocením hmotnostně-výškového poměru nebo BMI je vždy nutné hodnotit samostatně i tělesnou výšku dětí, která je silně závislá na výšce obou rodičů. V pubertálním období, které nastupuje u různých jedinců v různém věku, dochází přechodně k urychlenému růstu. I přes významné vědecké pokroky v léčbě dětské obezity se úspěšnost léčby odhaduje na 10 - 30 %. (Vignerová, 2005)

3. BAŽENÍ PO JÍDLE (CRAVING)

3.1. *Teorie lidské motivace a chuť k jídlu*

Potřeby lidí jsou různé, ale základní potřeby, kam patří i potřeba najíst a napít se, zůstávají u všech lidí stejné. Doktor A. H. Maslow (1943) je považován za tvůrce teorie lidské motivace, kterou demonstroval na tvaru pyramidy. Do její základny položil fyziologické potřeby člověka - jídlo, vodu, vzduch, sex, spánek a další faktory udržující homeostázu (stálost vnitřního prostředí organismu). V této teorii bral Maslow základní fyziologické jednotky jako odrazový můstek pro celou jeho motivační teorii. Základní potřeby v deficitní chvíli vystupují před ostatní naše potřeby. Téměř u každého člověka je prioritní uspokojit jako první potřebu napít se, najíst se a vyspat se a až teprve potom, co člověk ukojí primární potřeby, uspokojuje postupně vyšší potřeby ležící v následujících patrech pyramidy (Maslow, 1943).

Maslow vycházel ze dvou směrů výzkumu: 1. koncept homeostázy a 2. zjištění upřednostňování některých potravin (chuť na určité jídlo je poměrně efektivní ukazatel skutečného nedostatku některé látky v těle). Pod pojmem homeostáza rozumíme neustálé úsilí našeho organismu udržet konstantní úroveň složení krve. V krvi je určitá hladina vody, soli, cukru, bílkovin, tuku, vápníku, kyslíku atd. v krvi. Látky obsažené v krvi mají kolísavou tendenci a jejich množství se mění se v závislosti na pohybové aktivitě, množství a druhu oblečení, počasí, nemocích, druhu přijaté potravy. Organismus udržuje stálou teplotu krve a také acidobazickou rovnováhu. (Maslow, 1943) Tradiční čínská medicína potraviny rozděluje dle toho, jaký teplotní efekt mají na organismus (ochlazující, neutrální a zahřívající). Záleží tedy i na tom, jaký druh potravy přijmeme vzhledem k teplotě našeho organismu. Opět se dostáváme k dynamické rovnováze organismu, k systému řízení přebytků a nedostatků všech prvků (nejen) v krvi. Harmonickou rovnováhu Číňané znázorňovali černobílým symbolem jin - jang (Hammer, 1990).

Potřeba jídla a vody je v hierarchii nejnižší (Obrázek 3), tudíž je pro člověka prioritní uspokojit je ze všeho nejdříve. Potom, co jsou zajištěny fyziologické (deprivační potřeby) lze postoupit do vyššího patra pyramidy a uspokojit další vyšší potřeby. Ve vzestupném pořadí je potřeba bezpečí, lásky, uznání a na špičce pyramidy je potřeba seberealizace.

Maslow přidělil jednotlivým potřebám (patřům) procenta důležitosti a to od nejspodnějšího patra pyramidy: 85 %, 70 %, 50 %, 40 %, 10 %.



Obrázek 3. Pyramida potřeb (<http://www.itsolution.cz/maslowova-teorie.a14.html>)

Zajímavý je fakt, že na světě existuje několik málo osob, které prožily několik let či celé své životy bez příjmu potravy. Jednou takovou osobou byla němka Terezie Neumanová (1898-1963), která 36 let svého života nepřijímala potravu a tvrdila, že žije z božího světla či indický jogín Prahlad Džani, který od svých 7 let nejí, nepije ani nevyměšuje a vědci nedokáží zjistit, co tohoto muže udržuje při životě (Bajnar, 2012).

Myšlenka hladu se rodí v mozku v centru hladu a dává tělu signál „nasyť mne“. Tento mechanismus vybízí člověka k tomu, aby dodal tělu potřebné látky k zajištění všech životních funkcí, což označujeme jako fyziologický hlad. Myšlenka na jídlo se ale neobjevuje pouze při fyziologickém hladu. Tzv. psychický či mentální hlad také vybízí ke konzumaci jídla, ale příčiny jeho vzniku je třeba hledat jinde. Dle článku European Food International Council (EUFIC, 2000) jíme nejen proto, abychom uspokojili náš fyzický hlad, ale potraviny slouží také k uspokojení chutí a vybavení si příjemných pocitů. Od okamžiku, kdy dítě dostane od rodičů „za odměnu“ sladkost, se jídlo stává prostředkem k uspokojení těla i duše. Potraviny slouží k utěšení, zbavení nudy a depresí, smutku a úzkosti. Motivační teorie determinuje chování a nemůžeme ji plést s teorií chování. Naše chování je vždy ovlivňováno (motivováno) např. biologicky, kulturně, situačně.

Z motivační teorie je nutno vycházet, abychom lépe porozuměli problematice bažení a přejídání.

3.2. *Historie stravování*

Dějiny stravování se odvíjely od klimatických podmínek, od sociálního statusu a od ekonomického stupně rozvoje. Poznat úlohu a hodnotu potravin pro lidi žijící na různých místech v různých dobách, znamená pochopit systém, který dnes bereme jako souhrn znaků vlastní identity a odlišnosti od ostatních. Historie různých kultur (odlišné systémy a tradice ve stravování, stolování, sdružování lidí a chápání sociálních vztahů) nám pomáhá pochopit souvislosti, proč dnes proti sobě stojí hlad a hojnost (Montanari, 1993).

Středomořský systém stravování typický pro pobřežní oblasti s převládající vegetariánskou stravou a rybolovem vznikl v antickém Řecku a v Římě. Hlavními potravinami byl chleba, víno, olej, zelenina, sýr a jen malé množství masa. Tato kultura se zakládala na zemědělství a sadech. Z Ovidiových proměn se dozvídáme o trojici potravin velkého společenského i religionistického významu - obilí, vinná réva a olivy, které vyzdvihoval délský král Anios. (Ovidius in Montanari, 1993) “Pro řeckou a římskou kulturu byla nejvyšším ideálem střídmost. K jídlu se přistupovalo s potěšením, ale bez žravosti a nabízelo se štědře ale bez okázalosti.“ (Montanari, 1993, 27.) Spatřovala nejvyšší hodnotu ve vyrovnanosti a záporně hodnotila jakýkoliv způsob jednání, který se nezakládal na tomto principu.

Odlišné bylo vnímání jídla keltského a germánského obyvatelstva (barbarů). Věnovali se prioritně lovu, sbírali lesní plody, chovali volně se pasoucí zvěř (prasata, skot, koně). Hlavní a nejdůležitější potravinou nebyl chléb a kukuřičná kaše, nýbrž maso. Nepilo se víno (jen v příhraničních oblastech), ale kobyly mléko a kysané tekutiny, vyráběli mošt z planého ovoce a pšeničné pivo (cervogia). Používali sádlo a máslo k vaření na rozdíl od přímořských obyvatel, kteří vařili s olivovým olejem. Prosazoval se ideál muže, silného bojovníka a válečníka s velkou chutí k jídlu, především masu. V průběhu tisíciletí došlo ke sblížení a k integraci obou kultur. Více se začalo pěstovat na polích a došlo k odklonu od divokého způsobu života.

Ve 4. století si křesťanství zvolilo typické alimentární symboly kultu (lámání chleba, proměna vody ve víno). Výchova křesťana se ztotožňovala s procesem pečení chleba, jak se píše v jednom z kázání svatého Augustina: „Byli jste uhnětení a stali jste se jediným kusem těsta. Byli jste upečeni v peci Ducha svatého a stali jste se pravým chlebem

Božím.“ (Augustin in Montanari, 1993, 23). Bohatí lidé prostřednictvím jídla např. ukazovali na odiv svou sociální pozici, zatímco chudí lidé bojovali s hladem. V různých etapách postupně přicházely hladomory, záplavy a špatné klimatické podmínky, kdy hrozilo celému lidstvu vyhynutí a kvůli hladu se i vraždili a pojídali. S příchodem průmyslové revoluce nastává převrat v ekonomickém myšlení na pozadí stravování. Od této doby všichni mohou konzumovat produkty potravinového průmyslu, což byla myšlenka demokratické a univerzální spotřeby, která se projevila v ekonomice i v kultuře.

Co se za posledních pár desítek let změnilo, je, že dnes se nesetkáme v Evropě tak často s hladem, jako s hojností a nadbytkem jídla. Na dnešním člověku lze pozorovat dosud středověké návyky (žravost a plýtvání). Plýtvání jídlem, stejně jako na odříkání a zříkání se je i dnes hodnoceno negativně, jako dva nezdravé extrémy. V průběhu celkem krátkého časového úseku lidé přešli od stavu nedostatku do stavu hojnosti. Jsme zvyklí na neustálý přísun jídla. Strach z nedostatku jídla byl vymazán strachem z obezity (Fear Of Obesity) a nemoci způsobené nedostatkem potravy byly vytlačeny chorobami z nadbytku jídla. Dnes je hojnost každodenní skutečností, která vybízí k přejídání se (Montanari, 1993).

3.3. Bažení a závislost na jídle

Synonyma pro anglický výraz craving jsou bažení, dychtění či velmi silná touha. “Bažení neboli craving je silná a těžko zvladatelná touha po návykové látce nebo hazardu. Je to jeden z příznaků závislosti a patologického hráčství.” (Nešpor, n.d.). Tato obecná definice bažení po návykových látkách není zcela přesná a vhodná pro specifické bažení po jídle. Jídlo totiž obecně nelze označit za návykovou látku, ačkoliv některé potraviny obsahují tzv. psychoaktivní látky, což jsou látky vyvolávající určité emoční stavy a psychickou závislost (např. uklidnění, pocit štěstí). Tyto látky se vyskytují ve větších dávkách v některých lécích a drogách. Dle Rogerse a Smita (2000) je bažení a následný nadměrný příjem určitého druhu potravy používán jako uklidňující mechanismus, a navíc je společensky přijatelnější než konzumace alkoholu či drog. Dle článku Proč tak rádi jíme (Matějková, 2008) nám po jídle může být špatně, když sníme něco zkaženého, když se přejíme nebo se může jednat o alergickou reakci, ale nezpůsobí nám tzv. „akutní intoxikaci“, jak je tomu v případě drog a alkoholu (akutní intoxikace způsobuje poruchy na úrovni vědomí, poznávání, emotivity, fyziologických funkcí). Jídlo nezpůsobuje ani somatický odvykací stav, jak je tomu u drog. Pokud snížíme příjem jídla, maximálně budeme mít potíže se sebekontrolou a může vznikat silná touha. Výraz „závislost na jídle“

je nepřesný, ale přesto používaný v souvislosti se silným neodolatelným bažením po příjemných vjemech spojených s jídlem (Matějková, 2008).

Centrální regulace chuti k jídlu se nachází v mozku v nucleus arcuatus hypotalamu v blízkosti třetí komory. Žaludek a střevo obsahují receptory napnutí a chemoreceptory, které signalizují lokální nasycení do mozku. Proteohormon cholecystokinin (CCK) hraje hlavní roli v regulaci chuti k jídlu omezením množství jídla a poskytováním pocitu plnosti a je vylučován endokrinními buňkami tenkého střeva jako odpověď na přítomnost tuku a dalších živin (Kohlmeier, 2003).

Tabulka 3. Charakteristiky látek a jejich účinky (Virtue, 1994, 231).

Látka, charakteristika	Vyvolaný účinek, pocit
Cholin	uklidnění
L-Tryptofan s karbohydráty	uklidnění
Fenylethylamin (tzv. droga lásky)	pocit, že je člověk milován
Theobromin	dočasně energeticky stimulující
Tyramin	dočasně energeticky stimulující
Kofein	dočasně energeticky stimulující
Magnézium	uvolnění
Pyrazin	pocit štěstí a radosti
Tuk	uklidnění, zaplnění
Cukr	dočasně energeticky stimulující
Krémové textura	utěšení

V Tabulce 3 jsou popsány některé látky a jejich uklidňující či energetizující účinky. Například látka FENYLETILAMIN je obsažena v čokoládě a v extázi (designérská droga, MDMA), TYRAMIN a PYRAZIN jsou látky obsažené v ořechách, kávě, kvašených potravinách a sýrech. Tyto látky bývají základem antidepresiv a léků na astma (roztahují průdušky) (Virtue, 1995). Účinky čokolády zkoumali např. Macht a Simons (2000) a zjistili, že touha po čokoládě je způsobena negativními emočními stavy zvláště u žen. Po požití čokolády se člověk uvolní a začne se cítit lépe (Macht & Simons, 2000).

Vondráčková (2009) popisuje, že jedním z příznaků závislosti na jídle je to, že člověk ve svých myšlenkách věnuje jídlu mnoho prostoru. Pokud často přemýšlí nad tím, co si dá k večeři nebo k obědu, kolik bude mít svačina kalorií, pokud při rozhovoru s jinými lidmi často přichází řeč na téma jídla nebo věnuje hodně času činnostem, které jsou s jídlem spojené (například příprava nebo sbírání receptů). Dalším znakem závislosti na jídle je, že se člověk opakovaně neúspěšně pokouší příjem nadměrného množství potravy omezit a při

přejedení zažívá pocity viny. Extrémním důsledkem závislosti na jídle jsou poruchy příjmu potravy, jako je mentální anorexie či mentální bulimie. S příznaky možné závislosti na jídle se lze setkat u běžné populace, a to jak u lidí s nízkou, nadměrnou i průměrnou tělesnou hmotností (Vondráčková, 2009).

Virtue definuje bažení takto: „Bažení nás směřuje k jídlu, které nám v mozku aktivuje látky vyvolávající potěšení nebo vzrušení. A nálada, po které intuitivně toužíme, určuje, po jakém jídlu bažíme.“ (Virtue, 1995, 24). Příznaky bažení jsou subjektivní projevy chování, které se například projevují neklidem a napětím a dochází k oslabení kognitivních funkcí. Bažení lze z tohoto pohledu považovat za rizikové chování, které je posilováno a časem se ztěžuje reálná možnost na zvládnutí problému, který ve skutečnosti postiženého sužuje. Jídlo může fungovat jako útěcha pro člověka, který není po psychické stránce zcela pořádku a následně může zažívat sebepoškozující chování - přejídání. Přejídání je důsledek naší nespokojenosti s vlastním životem a také neschopnost se problémy vyrovnat a řešit je běžným způsobem (Virtue, 1995).

Níže jsou uvedeny typické znaky bažení, dle kterých lze rozeznat bažení a nebo stav, kdy člověk na jídlo jen myslí, něco chce (např. pivo, zmrzlinu, sladkost). Zde jsou charakteristiky bažení v komparaci s obyčejnou myšlenkou:

- Bažení provází stres téměř vždy. Obyčejnou myšlenku nikoliv.
- Bažení zhoršuje sebeovládání. Čím větší je bažení, tím horší je schopnost ovládat se - souvisí to s vnitřní kontrolou. Platí to však i v opačném směru: Člověk, který se špatně ovládá, spíše udělá chybu a dostane se do stresové nebo jiné rizikové situace.
- Bažení má nutkavý charakter (nutí člověka jednat určitým způsobem). Obyčejnou myšlenku v okamžiku zaženeme.
- Bažení oslabuje paměť, soustředění a schopnost se správně rozhodovat.
- V souvislosti s bažením se vyskytují deformované a nepravdivé myšlenky. Podle těchto myšlenek se dá bažení snadno rozpoznat. Formule „pro jednu se nic nestane“ bývá v rozporu s dosavadní životní zkušeností člověka (Nešpor, n.d.).

3.4. Intenzita bažení

Výzkum, který provedl kolumbijský psycholog Schachter, se skupinou obézních a hubených osob, z nich některé byly syté a jiné hladové, odhalil následující poznatky. Po

předložení lákavého a chutného pečiva snědla skupina sytých hubených pouze zlomek toho, co snědli hladoví hubení. Naproti tomu skupina sytých obézních, snědla téměř tolik co hladoví obézní. Hubený jí, když má hlad, obézní jí, kdykoliv má příležitost. Schachter zjistil ještě něco zajímavého: ve stresové situaci u hubených téměř zcela vymizela chuť k jídlu, obézní ji neztratili, a jedli naopak více. Z toho vyplývá, že obézní člověk, který je vystavený stresové situaci, baží po jídle mnohem intenzivněji než člověk s normální váhou (Schachter in Taussig, 2012).

Americký psycholog Sheldon viděl naše zažívání jako jeden ze základních pilířů své teorie osobnosti. Zjistil, že u každého člověka má vedoucí roli jedna ze 3 tělesných soustav: soustava pohybová, nervová a zažívací. Z těchto 3 tělesných tkání je významně ovlivňováno i naše prožívání (Sheldon in Cakirpaloglu, 2012). Nervní čili myslitelský typ je ve svém prožívání zaujat myšlenkovou činností, pohybový typ se vyžívá sportem a uklidňuje pohybem, typ s převahou zažívacího ústrojí nalézá potěšení v jídle a silně strádá při pocitu prázdného žaludku. Tato teorie nebyla obecně uznána, ale část pravdy na ní je. Zažívací typ člověka potřebuje k pocitu životní pohody i pocit sytosti. Jakmile je vyveden z životní rovnováhy, snaží se okamžitě uniknout pocitům ohrožení, selhání, neúspěchu nebo ponížení tím, že se důkladně nají. Podle Taussiga u zažívacího typu člověka jakýkoliv režim dobrovolného hladovění či držení diet jeho závislost a intenzitu bažení na jídle nesnižuje, nýbrž ještě zvyšuje (Taussig, 2012).

3.5. Impulzivita

Impulzivita bývá definována jako jednání, které je špatně promyšlené, předčasné, nepřiměřené, riskantní či nevhodné s ohledem na konkrétní situaci, což často vede k nežádoucím důsledkům. Další synonyma impulzivity jsou prchlivost, vznětlivost, podléhání náhlým pocitům. Impulzivita souvisí s řadou problémů (návykové chování, porucha příjmu potravy, zneužívání psychoaktivních látek, násilné chování apod). Lze ji rozdělit do tří skupin: impulzivita týkající se pozornosti, týkající se motoriky a impulzivita související s nedostatečným plánováním. Při léčbě návykových nemocí se mluví o impulzivě nepřímo, její ovlivňování je ale důležitou součástí léčby a také prevence řady onemocnění. Impulzivita se vyskytuje u všech věkových skupin, nejvíce však u mužů v mladším školním věku (Nešpor & Csémy, 2013).

Chorobní jedlíci většinou mají dostatek informací o výživě, vědí kolik má která potravina kalorií, tuků a sacharidů a přesto si velmi těžko udržují a kontrolují svou váhu.

Jejich váha není způsobena špatnou nevědomostí, nezávisí na množství přečtených článků o zdravé výživě, lidé vědí „jak“, ale problém je, že je přemůže vysoká intenzita bažení po jídle. Skutečným problémem je tedy nekontrolovatelná a impulzivní chuť k jídlu (Virtue, 1995).

3.6. *Emoce - spouštěči bažení*

Jak už bylo řečeno, nezdravý životní styl a problémy ve vztazích bývají hlavními spouštěči bažení po jídle. Jestliže člověk nezvládne své bažení a neovládne myšlenky na jídlo, dochází k nekontrolovanému přejídání se a po čase se objeví problém zvaný obezita. Jaké mohou být konkrétní důvody nadměrné pozornosti věnované jídlu u jednotlivých lidí? Někdo jídlem zahání negativní emoční stavy jako smutek, prázdnotu či pocit osamění. Jiní lidé se nají poté, co je někdo rozčílil, když zažívají pocit strachu, když jsou neklidní.

Mezi bažením a emocemi existují jasné souvislosti. V oblasti břicha (solar plexus) pociťujeme emoce jako je strach, zlost, vzrušení a láska (svírání, šimrání žaludku). Podobně jako emoce bývá i bažení provázeno tělesnými změnami. Nešpor & Csémy (1999) označují dokonce samo bažení za specifickou a často velmi silnou emoci. Bažení často bezprostředně navazuje na nějaký jiný emoční stav. V souvislosti s nevyváženým životním stylem byl zmíněn stres, který je považován za jednu z příčin bažení, rozlišujeme mnoho dalších depresivních a úzkostných stavů. Zejména negativní emoce prokazatelně zvyšují sílu bažení. Dle Světláka a Pšenicové (2012) intenzivnímu bažení po jídle obvykle předchází pocity nudy, úzkosti, dysforie, emočního distresu a deprese. Byl dokumentován vztah mezi negativními emocemi, sníženou schopností zvládat stres a obezitou (Světlák a Pšenicová, 2012).

Pocity méněcennosti, odpor k vlastnímu tělu a stud, jsou negativní emoce, které vyvolávají chuť najíst se. Mnoho lidí v sobě chová žárlivost a závist. Žárlivost je vnitřní přesvědčení, že na světě není dostatek dobrých věcí pro všechny. Často si lidé závistivě povzdechnou: Ach ta je štíhlá, ten má vypracované břicho, ale přitom svému vlastnímu tělu nevěnují dostatek pozornosti a spíše mu ubližují. Lidé, kteří žárlí na úspěchy ostatních, si zavírají dveře k vlastnímu úspěchu. Neumí přestat závidět životy jiným lidem, čímž se cítit mizerně a nemohou se soustředit sami na sebe, zbavit se bažení, začít mít rádi sami sebe a začít realizovat svá vlastní přání (Virtue, 1994).

Virtue (1995) potvrzuje existenci přímé souvislosti mezi emocemi, jídlom a náladou. Dokáže přesně analyzovat a popsat, co jednotlivé chutě na určitá jídla znamenají a k jakým

emocím se vztahují. Např. silná chuť na jídla s vysokým obsahem tuků, značí prázdnotu v duši, nejistotu nebo nespokojenost v určité oblasti života. Nejen chuť, ale i konzistence (křupavé, krémové, tekuté, hutné, nadýchané), vůně a další vlastnosti potravin ovlivňují bažení. Na druhé straně existují přirozené reálné fyzické chutě na specifickou potravinu. To znamená, že naše tělo si samo vyžaduje doplnit vitamíny, minerály, aminokyseliny, jak bylo vysvětleno v kapitole Teorie lidské motivace a chuť k jídlu.

Nyní se podívejme na 4 základní emoce: STRACH, ZLOST, NAPĚTÍ a STUD, které autorka nazvala jako „syndrom SZNS“ (Virtue, 1994).

I. Strach a prázdnota

Strach je velmi silná emoce, která má blokuující charakter. Někoho sice v malé míře strach motivuje, ale obecně vzato je strach jako motivátor neefektivní, jelikož oslabuje schopnost rozhodování a ničí kreativitu. Existuje strach ze ztráty zaměstnání, ze ztráty partnera, z chudoby, ze ztloustnutí. Navíc lidé v našem okolí cítí tyto naše obavy, strach a nejistotu. Ocitne-li se člověk v situaci, kdy potřebuje pomoc a má strach, tak jeho okolí spíše než chuť pomoci, cítí odpor. Strach a obavy brání ve včasném a správném rozhodnutí znesnadňují učinit změnu k lepšímu. Strach či úzkost může mít více podob:

- *Nejistota* - je pocit, že na něco nestačíme, že někam nepatříme, nebo že na něco nejsme připraveni dostatečně.
- *Strach z opuštěnosti* – neustálý strach o to, že nás partner/ka opustí nebo podvede, strach, že nás přátelé nemají rádi, že naši rodiče umřou a zůstaneme sami.
- *Existenční obavy* - je to úzkost z toho, že nic nemá v životě smysl, že nemáme žádné cíle a že nás skvělé šance míjí a unikají nám, že za nic nestojíme, že jsme „nula“.
- *Sexuální úzkost* – strach z opačného pohlaví, ze sexuálních vztahů, s někým se sblížit.
- *Nedefinovaný strach* – paralyzující a nereálný strach z věcí, co by se nám mohly přihodit (uhořím, utopím se, zabiju se při nehodě), panika a nervozita (post-traumatický stres).

Největší strach zažívají lidé, kteří se stali obětí sexuálního, emocionálního či fyzického týrání. Traumata z dětství mohou i z úspěchu udělat děsivou představu. Pro lidi, kteří vyrůstali od raného dětství s poselstvím „Nestojíš za nic“, je těžké myslet na ambiciózní

životní změnu. Takový člověk musí nejdříve překonat důsledky emocionálního poškození z dětství a uvědomit si, že si úspěch zaslouží (Virtue, 1994). Dítě, jehož důvěra vůči rodičům, doktorům, trenérům, byla zrazena, nikdy tuto zradu nezapomene. Pro takové dítě je to bolestivá rána a jeho důvěru většinou nahradí strach. Takto postižené oběti pocítují prázdnotu v duši, kterou zajídají vysokokalorickými potravinami obsahující škroby. Ať už ale oběť zkonsumuje jakékoliv množství jídla, nikdy tím nezaplňuje prázdnotu ve své duši (Virtue, 1996).

II. Zlost, vztek, hněv

Fylogenetický význam hněvu spočívá patrně především v mobilizaci tělesných sil a k útoku na faktor, který stojí mezi organismem a uspokojením nějaké jeho potřeby. Hněv se u lidí často obrací vůči vlastní osobě, typicky např. v situaci, kdy člověk nemůže nebo nechce hněv zaměřit vůči tomu, kdo ho vyvolal. V této souvislosti je zajímavé, že bažení (recidiva návykového chování) může být za určitých okolností formou agrese nebo autoagrese, stejně jako opilost, recidiva hazardní hry apod. Někdy bývá ve svých důsledcích formou "trestu" vůči sobě nebo vůči okolí. U lidí závislých na drogách byla zjištěna vyšší míra hněvu a jeho horší kontrola (Nešpor, 1999).

Zlost považuje Virtue (1994) za největšího spouštěče emočního přejídání. Zvláště u žen, které v dětství vychovávali rodiče tak, aby v sobě vztek potlačily a předstíraly, že se nezlobí a nevztekají. Avšak vztek a po něm následující hněv jsou přirozené emoční reakce na bezprávi a špatnost. Dítě se přirozeně vzteká a zlobí, když má hlad, žízeň či mokrý v plenkách, později se zlobí a vzteká, když mu jiné děti berou hračky nebo je jiné dítě uhodí. Ve věku dospívání začíná být vyžadováno, aby se člověk choval podle společenských pravidel, aby svou zlost a vztek směřoval dovnitř namísto ven. Dospívající dítě ve škole je smutné ze špatného hodnocení, obviňuje se za svá pochybení, má depresi a místo aby se rozzlobilo a hlasitě vyjádřilo své emoce, společenský tlak jej nutí emoce v sobě dusit. Proto také v období puberty především u dívek klesá sebevědomí, zatímco u chlapců se tomu tak většinou nestává (Virtue, 1994).

III. Napětí a úzkost

Silná úzkost patří k nejtrýznivějším emocím a cokoliv ji, byť i jen dočasně, zmírňuje, bývá posilováno a zaznamenáno v paměti jako pozitivní a příjemné. To se týká jídla, alkoholu a jiných návykových látek. Bažení může vznikat jako důsledek úzkosti, ale může

také sám pocity ohrožení a úzkosti vyvolávat. Tak někdy dochází ke vzniku bludného kruhu úzkosti vyvolávající bažení, které intenzitu úzkosti ještě zvyšuje (Nešpor, 1999).

Častou příčinou depresí bývá zhoršení životní situace a reálné životní problémy působené návykovou nemocí. Stres se někdy používá nesprávně jako synonymum k úzkosti či napětí. Nesprávně se užívá jak pro příčinu, tak pro důsledek, přitom termín „zvládání stresu“ je vlastně termín významově si odporující. Nelze dostat pod kontrolu něco, co vzniká ve vnějším světě, a pokud se to člověk snaží ovládnout, způsobuje si tím ještě větší napětí a tenzi. Napětí je vnitřní reakcí na vnější podnět – stres. Člověk může pracovat pouze se svou vnitřní reakcí na stres nikoli se stresem samotným. Napětím vyjadřujeme identifikovatelný důsledek stresoru (Virtue, 1994).

V důsledku napětí dochází k významným chemickým změnám v mozku, které mají za následek nezvladatelné bažení po potravinách obsahující sacharidy (cukry). Potrava s obsahem cukrů je dobrá, pokud ji přijímáme v přiměřeném množství a má nízký obsah tuků. Napětí však vyvolává touhu po sacharidech s vysokým obsahem tuků (čokoláda, pečivo, buchty, sladkosti apod). Virtue (1994) vychází ze studií, které potvrdili, že člověk, který má nutkavou potřebu se neustále něco jíst, zažil v životě mnohem víc traumat a stresových událostí, než člověk, který žil klidnějším životem. Lidé, kteří prožili traumata, volí jídlo jako prostředek k vyrovnání se s vnitřním napětím. Potřebu cukrů ovlivňují např. tyto hormony:

- KORTIZOL – hormon, který uvolňuje mozek v situaci, kdy je potřeba potlačit bolest. Nadledvinky produkují nadbytek kortizolu v důsledku napětí. Kortizol pak v mozku stimuluje produkci neuropeptidu Y, který je hlavním spínačem neukojitelného bažení po cukrech. Sacharidy se v organismu mění na tělesný tuk, který se ukládá. Kortizol zabraňuje při snížení příjmu potravy ztrátě tukových zásob organismu. Nejen tedy že kortizol způsobuje bažení o jídle, ale zároveň zabraňuje hubnutí.
- SEROTONIN - existuje vztah mezi neurotransmiterem serotoninem (látkou produkovanou mozky) a napětím. Dlouhodobější napětí snižuje hladinu serotoninu v těle, což způsobuje špatnou náladu a pocit nedostatku energie. Tato látka je zodpovědná za změny nálad a hladiny energie v těle. Konzumací sacharidů se hladina serotoninu v těle zvyšuje a tím se zlepšuje i naše náladu (Virtue, 1994). O tomto hormonu se zmiňují i studie Rogerse a Smita (2000), které poukazují na vztah mezi hladinou serotoninu a aktuální náladou.

IV. Stud a lítost

Stud je další velmi silná emoce, která způsobuje přejídání. Tato emoce se pojí s pocity viny, sebelítosti, s pochybami o sobě a s vnímáním vlastní sebehodnoty. Souvisí s depresemi a mívá kořeny v dětství, kdy byl malý člověk traumatizován (zanedbáván, týrán nebo sexuálně zneužíván). Dítě, které je zanedbáváno či týráno, namísto toho, aby svůj vztek obrátilo vůči lidem, kteří mu ubližují, jej obrátí samo na sebe a začne se obviňovat. Cítí stud a vinu, oběti sexuálního zneužití se většinou cítí zlomené a zničené. Dítě navíc nedůvěřuje vlastnímu tělu, na kterém při znásilnění pocíťovalo vzrušení, a které jej zradilo. Zneužívané ženy pak často v dospělosti cítí odpor k vlastní ženskosti, sexualitě, ke svému tělu a trpí pocity méněcennosti. Vyhýbá se sociálním kontaktům a forma relaxace pro takovou ženu je jídlo. Ke svému obéznímu tělu se tyto ženy chovají s pohrdáním a zároveň trpí nesmírnou bolestí v duši. Po večerech si například objednávají pizzu a chipsy, aby tuto bolest zajedly a na chvíli se cítila dobře. Čím víc žena přibírá, tím víc roste a prohlubuje se její stud a zároveň klesá její sebehodnota (Virtue, 1994).

Způsoby stravování v dospělém věku bývají poznamenány událostmi z dětství. Pro zneužívaného člověka bude těžší vstupovat do vztahů, bude se ocítat sám a bude mu smutno. Bude toužit po vztahu, po přátelích, ale kvůli jeho studu bude mít problém se socializovat a tak jeho jediným přítelem zůstane jídlo.

Další možné emoce způsobující bažení:

Nuda

Dle Virtue (1994, 230) je nuda „osamělost ve spojení s frustrací, že život je příliš fádni.“ Lidé, co se nudí nebo mají pocit nedostatečně silných podnětů, vyhledávají slaná, ostrá a kořeněná jídla. Touha po vzrušení a stimulaci vzbuzuje bažení po pálivém jídle. Podle Hilla, Weavera a Blundella (1991) je nuda jedním z faktorů podílejících se na vzniku bažení po jídle. Nešpor uvádí, že nuda se zpravidla mezi rizikovými emocemi nezmiňuje, i když se jedná o problém frekventovaný. Zejména v období dospívání člověk cítí potřebu nových a silných podnětů, a to je patrně faktor, který zvyšuje riziko vzniku některých návykových nemocí (Nešpor, 1999).

Radost a štěstí

Zatímco Virtue se o pocitech radosti a štěstí zmiňuje, jako o pocitech které se dostaví, až po tom, co je navrácena tělu rovnováha a bažení odezní, Nešpor na ně upozorňuje jako na

možné spouštěče. Tyto typy emocí bývají zřídka předmětem zájmu psychiatrů ani nebývají typickým problémem pacientů. Podle klinických zkušeností ale pocit intenzivního štěstí a radosti často bezprostředně předchází recidivám návykového chování. Některé důvody, proč tomu tak je:

- Pocit libosti často vede k tomu hledat způsob, jak ho ještě zesílit. Oním způsobem bývá v našich podmínkách nezřídka jídlo, pití alkoholu i aplikace jiné návykové látky.
- Štěstí a radost často oslabují obezřetnost a opatrnost, která je u lidí léčících se pro návykové nemoci potřebná a důležitá. To se týká např. vyhýbání se rizikovým prostředím a situacím (tzv. spouštěčům), soustavného doléčování, rozumného odhadu vlastních sil a možností.
- U některých lidí lze předpokládat jiný psychodynamický mechanismus. Pocity štěstí u někoho mohou vyvolávat zároveň pocity viny, že si něco nezaslouží a úzkost. To může následně vyústit v bažení a recidivu (Nešpor, 1999).

4. POSTUPY A TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ BAŽENÍ

Bažení má velmi blízko k emocím, a je proto přirozené, že ke zvládnání cravingu se používají podobné strategie jako u rizikových emocí. Prakticky to znamená, že např. tělesné cvičení může ovlivnit jak emoci, která by craving vyvolala, tak i craving samotný. Postupy, které se doporučují ke zvládnání bažení, lze většinou použít i ke zvládnání rizikových emocí (relaxace, tělesné cvičení, pasivní pozorování myšlenek a pocitů, o pocitech hovořit, posilování motivace, sebemonitorování i další psychotherapeutické postupy) (Nešpor, 1999).

Nešpor (1999) doporučuje různé postupy mírnící bažení a pracuje s motivací. Zdůrazňuje, že je důležité uvědomit si svoje jednání, jeho důsledky a rizika a také si ale uvědomit výhody vyplývající z tzv. „abstinence“. Pomoc a podpora rodiny, přátel a ostatních lidí z okolí dodává klid a pocit bezpečí, rozhovorem s osobou, které se můžeme svěřit, získáme jednak názor a pohled zvenku, a jednak čas než bažení pomine. Přiznání si návykového problému je způsob, kterým lze upravit své chyby v myšlení a zlepšit sebeovládání. Abstinence i od jiných látek, než na kterých je člověk závislý, zlepší opět sebeovládání, rozhodovací schopnosti a posílí vůli. Člověk se naučí vážit si sám sebe, radovat se z malých úspěchů, změni automatické vzorce chování a odstraní chyby v myšlení (Nešpor, 1999).

4.1. Postupy mírnící bažení a zlepšující sebeovládání:

1. Práce s motivací: Uvědomit si rizika a nepříjemné důsledky recidivy a výhody abstinence pomáhá opravovat chyby v myšlení.
2. Pomoc druhých: Dává větší klid a bezpečí. Tak se zmírní stres. Rozhovorem lze opravovat chyby myšlení. Navíc se tak získá čas a bažení pomine.
3. Přiznání si návykového problému jako dlouhodobého stavu: Pomáhá opravovat chyby myšlení, zlepšuje sebeovládání tím, že se člověk drží v bezpečnějších prostředích a společnosti.
4. Abstinence i od jiných látek, než na kterých je člověk závislý: Zlepšuje sebeovládání i schopnost se rozhodovat, navíc se tak předejde vzniku kombinované závislosti.
5. Změna nebezpečných automatických vzorců myšlení a chování: Opravují se tak chyby myšlení a zlepšuje sebeovládání. Např. vydatnější jídlo zapít čajem.

6. Při bažení opustit rizikové prostředí a i jindy se mu pokud možno vyhýbat: Oslabí se tak bažení,lepší sebeovládání. To znamená např. do kuchyně člověk jde minimálně, nevymýšlí si důvody, proč by měl jít do ledničky.
7. Relaxace (částečná, úplná): Mírní stres a tím i bažení a také odstraňuje únavu a zlepšuje sebeovládání. Navíc se tak lépe zvládají úzkosti, hněv, deprese, bolesti a spánek, což dále posiluje sebeovládání.
8. Uvědomování si dechu, klidné dýchání do břicha s prodlouženým výdechem: Působí podobně jako relaxace, lze ho snadno používat i v situacích každodenního života.
9. Dobré vnímání sebe sama i okolí: Zlepšuje sebeovládání, pomáhá zvládat rizikové duševní stavy.
10. Zpomalit: Zlepší se tak sebeuvědomění i sebeovládání. Čas je důležitý faktor, jelikož bažení je krátkodobá záležitost s impulzivním jednáním.
11. Odložit rozhodnutí na dobu až bažení přejde: Předejde se tak chybám myšlení, získá se čas, bažení trvá krátce.
12. Dostatečný odpočinek a spánek, vyvážený způsob života: Zahrnuje i rovnováhu mezi prací a odpočinkem povinnostmi a zábavou, tělesnou a duševní aktivitou. Pronikavě se tak zlepšuje sebeovládání.
13. Cvičení, sport nebo tělesná práce: Mírní se tak stres i bažení, následně se dostavuje relaxace a klid.
14. Odvedení pozornosti k něčemu bezpečnému: Může to motivovat, získá se čas. Lze se soustředit i na praktické každodenní záležitosti, např. při úklidu si opakovat „uklízím“.
15. Při bažení se napít vody.
16. Nacvičit si předem zvládnutí obtížné situace,lepší se tak sebeovládání (Nešpor, n.d.).

Doporučuje se kombinace různých postupů a používání těchto postupů v rychlém sledu za sebou ještě více zvyšuje jejich účinnost. Takže je vhodná dvoj i trojkombinace. Příklad dvojkombinace: Opustit rizikové prostředí a práce s motivací (uvědomit si negativní následky recidivy). Příklad trojkombinace: Opustit rizikové prostředí, klidné dýchání do břicha a zatelefonovat odborníkovi či někomu jinému důvěryhodnému. (Nešpor, n.d.)

Virtue (1994) popisuje pacienty, kteří měli ten samý pocit, že jim nebylo v jejich životě dopřáno splnit si svá přání a touhy. Následně doporučuje, že pokud chce člověk obrátit svůj život k lepšímu, přestat po jídle bažit a přejídat se, klíčový je jeho celkový postoj k životu a víra, že to dokáže. Protože nejčastěji je to strach, který nám brání udělat změnu a krok kupředu. Strach je překážkou k tomu, abychom dosáhli úspěchu a otálení jen oddaluje

splnění snu. Je třeba se rozhodnout dřív než nás opustí nadšení a ne se neustále užírat strachem, že selžeme. Položíme-li si otázku sami sobě: „Co nejhoršího se mi může stát, když do toho půjdu?“ Odpovědí je zahanbení a pocit trapného odmítnutí. Pozitivně se lze zeptat: „Co dobrého mi může přinést, když do toho půjdu?“ Duševní představy jsou většinou největší pobídkou k akci (Virtue, 1996).

4.2. *Techniky zvládnání bažení a stresu*

Níže jsou uvedeny některé techniky vhodné při zvládnání bažení, stresu a negativních emocí:

- **Relaxace**

Dle Nešpora relaxační techniky slouží jako léčba i prevence řady onemocnění. Lze díky nim mírnit bolest, minimalizovat profesionální stres, úzkostné stavy, poruchy spánku a další potíže. Princip relaxace spočívá v tom, že se navodí jedna či více tělesných změn a ty pak působí další změny, v důsledku kterých dochází k celkovému uvolnění (Nešpor & Babková, 2012). Části těla, které je dobré uvolňovat:

Čelo a oči – pro strach a údiv je typické zvednuté obočí a tedy uvolnění této oblasti by mělo působit zklidňujícím dojmem. Při smíchu přivíráme oči a stejný pohyb jako při smíchu je vhodné provádět pro navození dobré nálady. Procvičování okohybných svalů působí proti únavě očí a záměrné oční cviky se používají při vtíravých představách při stresu a při posttraumatické stresové poruše.

Čelist – při stresu roste napětí žvýkacích svalů. Při relaxaci se doporučuje zavřít ústa, ale zuby by se neměly dotýkat.

Hlasivky – uvolnění hlasivek působí zklidnění a oslabují myšlenky v podobě slov. S tím souvisí i opakování manter či repetitivních modliteb.

Šíjové svaly – napjaté šíjové svaly jsou nejčastější příčinou bolesti hlavy, jelikož dráždí úpony na lebce. Souvislost můžeme hledat v přetěžování páteře a ve vztahu s psychickými vlivy.

Uvolnění ramen, rukou, nohou a klidné břišní dýchání se osvědčilo při zvládnání stresu a negativních psychických stavech. Neměly by se povolovat hýžděové svaly, břišní svaly pod pupkem a vzpřimovače trupu, temeno hlavy by se mělo vždy vytahovat vzhůru (Nešpor & Babková, 2012).

- **Meditace**

Slovo „meditace“ pochází z latinského „meditatio“, které znamená rozjímání. Meditace se nejčastěji objevuje v náboženském kontextu, ale byla využívána i např. v bojových uměních. Dnes je rozvíjena v mnoha spirituálních hnutích jako práma jóga, New Age a omezeně i v křesťanství (Anonymous, 2010)

Meditace pomáhá zbavit se strachu, tužeb a obav, umožňuje uvolnit se od napětí. Umožňuje být si vědomým toho, co se vlastně děje, schopnost vnímat TADY a TEĎ, vědomí nezatížené žádnými myšlenkami. Není ale jednoduché na nic nemyslet, jelikož mysl nám poskytuje velké množství různorodých myšlenek a obrazů, je třeba se tomuto způsobu uvolnění postupně naučit.

Meditačním místem může být např. nějaké místo v přírodě (břeh řeky, moře, lesní mýtna) nebo ve svém domově. Lidé medituji např. pod pyramidami, s drahými kameny, u menhirů nebo medituji s energetickými bytostmi – anděli. Základní meditace stahuje vědomí do hlubší úrovně, a tak umožňuje člověku žít ze svého středu a ne na povrchu. To znamená, že začíná vládnout své mysli. Tak člověk postupně dosáhne výborného sebeovládání, lépe pozná sám sebe a nabyde vnitřního klidu. Stane se vyrovnaným a začne žít v harmonii se světem i sebou samým. Udržovat v mysli při meditaci jakoukoliv myšlenku s důvěrou a radostí znamená udělat ji svojí součástí. Výsledek meditace se pak projeví v charakteru osobnosti meditujícího. Při meditaci je vhodné používat tzv. mantry či afirmace (opakované věty nebo slova). Je však třeba je opakovat celou myslí a srdcem, s důvěrou v jejich sílu (Vojtíšek, 2013). Virtue doporučuje, když člověk pocítí některou z emocí SZNS, okamžitě nahlas vyslovit afirmaci: „Opouštím si, přijímám se taková, jaká jsem a důvěřuji si.“ (Virtue, 1994, 198). Další mantry doporučené Virtue:

Jsem dobrý člověk.

Obklopuji se milujícími lidmi.

Přitahuji do svého života spokojené a zdravé lidi.

Jsem tvořivá.

Jsem úspěšná.

Odměňuji se za své úsilí.

Je příjemné se o sebe starat.

Jdu cestou, která je pro mě nejlepší.

Mám skvělou intuíci.

Vyjadřuji své pocity.

Jsem schopna dosáhnout všeho, co si dokážu představit.

Ráda žádám o pomoc druhé a ráda ji přijímám.

Je dobře, že jsem upřímná.

Jsem v naprostém bezpečí a je o mě postaráno.

Dějí se jen ty nejlepší věci.

Raduji se ze svých úspěchů.

Jsem schopna rozumně riskovat.

Život je nádherná cesta.

Mé tělo je dokonalé, krásné a zdravé. (Virtue, 1994, 199-200).

- **Akupunktura**

Jak uvádí kniha *Vivir sin estrés* (OCU, 1996) v komplexní terapii se využívá akupunktury jako jedné z nejstarších technik proti stresu, kdy první psané texty o akupunktuře jsou staré 2000 let. Tato technika pochází z orientální filozofie a nejvíce praktikujících lidí je v Asii, ačkoliv proniká akupunktura na západ. Akupunktura vychází z toho, že každým orgánem či procesem v těle proudí vitální energie KI (qui, chi). Tato energie proudí 12 meridiány (dráhy, kanály), které spojují všechny vnitřní orgány. Cílem akupunktury je vyvážit proudění KI přes tyto dráhy a k tomu využívá propojení různých orgánů (například určitý bod na nose je propojen meridiánem s plícemi). K tomu propojování slouží specifické body na povrchu těla, na které když se vyvine tlak, tak způsobí bolestivý pocit v určité části organismu. Používá se speciálních jehliček k tomu určených. Celkem je všech specifických bodů na těle, kam se mohou přiložit jehly 365 (OCU, 1996).

Při stresu napínáme svalstvo, které v některých bodech může způsobit za čas tlak, který pak produkuje bolest na jiném místě na těle. Jehly se specifickým způsobem a většinou se nechávají v bodech zapíchnuté 20 - 30 min. Po dobu, kdy je jehla zapíchnutá, se většinou člověk cítí příjemně, uvolněně. Když je jehla v daném bodu správně umístěna, téměř okamžitě dochází k aktivaci vnitřního orgánu, který zahájí léčebný proces. Tato metoda je velmi vhodná pro přirozené odstranění nezvladatelné touhy po jídle, závislosti a pro uklidnění, zrelaxování a vyrovnání se (OCU, 1996).

- **Výživová terapie**

Organismus, aby byl schopen odolat stresu, potřebuje vyváženou stravu, vysokou fyzickou i mentální úroveň a dostatek vitamínů a minerálů obsažených ve zdravé stravě. Je vědecky potvrzeno, že u většiny lidí, kteří trpěli nemocemi pramenícími ze stresu, se po 2-3 měsících od započetí zdravé diety, díky změně stravovacích zvyků, zlepšil zdravotní stav (OCU, 1996). Strava působí na imunitu a její správné a vyvážené složení skvěle působí jako obrana proti stresu.

Důležité je dodržovat pravidelnost, jídlo si pokaždé v klidu s chutí užít, klidně si dát tři chuťově odlišné chody (menší porce), které ale uspokojí naši touhu a odbourají bažení. Mezi doporučení patří např. na každý chod měnit talíře, což vytváří iluzi větší nasycenosti při menších dávkách a dát si záležet na vizuální zajímavosti pokrmu. Bohatě ochucovat jídlo kořením, bylinkami, octem a citronem, které zvyšují chuťový požitek, aniž by přidávaly kalorie. Před vložením prvního sousta do úst si dát pauzu na zamyšlení nad tím, co jíme a jak se to před nás dostalo. První sousta jsou vždy nejchutnější, proto je třeba jíst pomalu a vychutnávat a zapíjet čistou vodou (nikoliv sladkými kalorickými nápoji) (Guillianová in Kuras, 2010).

Dalším způsobem jak odolat bažení poddat se bažení, ale jen po tom konkrétním jídle, které nám zaplavilo mozek. Ukojit touhu po konkrétní potravíně, ale bez přidání dalších doplňků či přísad (knedlíky, housky, hranolky), po kterých nebažíme. Tyto doplňky jsou více než oblíbené bažené jídlo zdrojem nebezpečného přibírání na váze. Teorie také říká, vlastní přípravou jídla zajistíme, že se do něj nedostanou žádné nežádoucí příměsi, chemikálie, nadměrné množství soli, cukru nebo tuku, čímž si nemůžeme být nikdy jisti v restauracích (Kuras, 2010).

Je tedy dobré, zajímat se o to, jaké potraviny si kupujeme a vědět, co znamenají přidávané látky uváděné na obalu kupovaných výrobků. Nejlepší je konzumovat co možná nejvíce místních potravin, vypěstovaných a vzešlých v prostředí, kde konkrétní člověk žije, protože jsou to potraviny jemu nejpřirozenější a tudíž i nejzdravější.

- **Osobní deník**

Metoda psaní deníku dle Trojanové (n.d.) umožňuje komunikovat se svým nitrem. Do deníku se dají svěřit všechny věci, které nikomu jinému říci nemůžeme a tím si od

problému částečně ulevit. Deník slouží k utřídění myšlenek a je cestou k porozumění sama sobě a nalezení vnitřní rovnováhy. Lze psát na papír (do deníku) nebo na počítači. Způsob není až tak důležitý, důležité je psaní samotné. Je dobré sepsat si své pocity, myšlenky, emoce. Protože je to čistě soukromá a osobní věc, nemusí se člověk neohlížet na kontrolu chyb apod. Psaní deníku je ozdravný a očistný proces a jeden z nejdůležitějších nástrojů duševní hygieny (Trojanová, n.d.).

5. CÍLE A HYPOTÉZY

5.1. Hlavní cíl

Hlavním cílem této práce je zjistit, zda existuje vztah mezi intenzitou bažení po jídle a hodnotou Body Mass Indexu (dále jen BMI). Body Mass Index jsme si zvolili jako nejvhodnější parametr pro hodnocení hmotnosti.

5.2. Dílčí cíle

1. Zjistit, zda existuje vztah mezi hodnotou BMI a jednotlivými faktory bažení.
2. Zjistit, zda existují intersexuální rozdíly v intenzitě bažení po jídle.

5.3. Hypotézy

H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu.

Tuto hypotézu jsme určili na základě výsledků výzkumu Světláka a Pšenice (2012), kteří potvrzují statisticky významný rozdíl v intenzitě bažení mezi skupinami sledovaných dětí s různými hodnotami BMI. Jejich pozorování a výsledky podporují hypotézu, že se bažení po jídle u některých osob významně spolupodílí na etiologii nadváhy a obezity.

H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u obézních osob.

Světlák a Černík zjistili, že se vzrůstajícím BMI se zvyšovalo i skóre faktoru F2 Ztráta kontroly a na základě této studie předpokládáme, že obézní lidé mají větší problém s vlastní sebekontrolou než lidé s normální váhou (Světlák & Černík, 2010).

H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži.

Tuto hypotézu jsme si určili na základě výsledků výzkumu vysokoškolských studentů, u kterých byly zaznamenány signifikantní intersexuální rozdíly (Světlák & Černík, 2010). Při stanovení této hypotézy jsme vycházeli z předpokladu, že vyšší intenzita bažení u žen by mohla mít souvislost s hormonálními změnami v různých fázích cyklu a s nimi spojenou přecitlivělostí a prudkou změnou nálad.

H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

6. VÝZKUM

6.1. Metodika výzkumu

Výzkum probíhal v letech 2012 a 2013 v Olomouckém kraji za spolupráce více řešitelů: Svobodová (2012), Banátová (2013) a Končáková (2013). Jako nástroj pro měření intenzity bažení byl zvolen dotazník G-FCQ-T (General -Food Craving Cuestionnaire – Trait) od autorů Nijs, Franken & Muris (2007). Byl proveden náhodný výběr respondentů různých věkových skupin (13 - 92 let), kteří byli předem seznámeni s cíli a náležitostmi výzkumu. Celkem bylo získáno 2042 ručně či elektronicky vyplněných dotazníků a získaná data byla následně převedena do elektronické podoby a statisticky zpracována. Do výzkumného souboru jsem přispěla 312 dotazníky.

6.2. Etika výzkumu

Studie byla schválena etickou komisí Fakulty tělesné kultury UP (25/2011). Všichni dotazovaní byli seznámeni s účelem výzkumu a souhlasili s dobrovolným vyplněním dotazníku (Příloha 1).

6.3. Metodika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří celkem 2042 respondentů, z čehož je 61 % (1251) žen a 39 % (791) mužů. Nejnížší hranice věku respondentů byla 13 let a nejstarší dotazovaný měl 92 let. Průměrný věk zkoumaného vzorku byl 30 let. Pro klasifikaci kategorií dle hodnot Body Mass Indexu byla použita jednotná klasifikace dle WHO z roku 2004 (Tabulka 4). Dle této klasifikace rozlišujeme 4 skupiny: podváhu při hodnotách BMI 18,49 kg/m² a méně, normální váhu, která je v rozpětí BMI 18,50-24,99 kg/m², nadváhu při BMI 25,00-29,99 kg/m² a obezitu od hodnot BMI 30,00 kg/m² a více. Toto rozdělení se používá pro hodnocení BMI u osob starších 18 let. Obezita se pak dále člení dle závažnosti na tři stupně dle závažnosti: Obézní lidé s hodnotou BMI nad 30 kg/m² (I. stupeň obezity) mají zdravotní riziko středně zvýšené, od hodnoty 35 kg/m² (II. stupeň obezity) velmi zvýšené a při obezitě morbidní (III. stupeň obezity) od hodnoty 40 kg/m² mají velmi vysoké zdravotní riziko. Tyto tři stupně ale v našem výzkumu nerozlišujeme a pro jednoduchost jsme ponechali pouze kategorii obezita. Průměrná hodnota BMI v našem souboru byla 23,26 kg/m², včetně respondentů ve věkové hranici pod 18 let.

Tabulka 4. Stratifikace respondentů dle klasifikace tělesné hmotnosti dle BMI

Klasifikace BMI (kg/m ²)	ženy		muži		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
PODVÁHA (18,49 a méně)	55	4	11	1	66	3,23
NORMÁLNÍ (18,50 - 24,99)	929	74	465	59	1394	68,27
NADVÁHA (25,0 - 29,99)	184	15	247	31	431	21,11
OBEZITA (30,0 a více)	83	7	68	9	151	7,39
celkem	1251	100	791	100	2042	100

Z celkového vzorku respondentů bylo 68 % (1394 probandů) s normální váhou, 21 % (431 probandů) s nadváhou, 8 % (151 probandů) obézních a 3 % (66 probandů) s váhou definovanou jako podváha či podvýživa. Normální váhu dle klasifikace hodnot BMI mělo 74 % žen a 59 % mužů. Z celkového počtu žen mělo 15 % nadváhu, zatímco z celkového počtu opačného pohlaví trpělo nadváhou dvakrát více mužů 31 %. Obézních žen bylo 7 % (83) a obézních mužů o dvě procenta více 9 % (151). U žen byl výskyt podváhy ve 4,4 % a u mužů v 1,4 % případů. Podváha se u žen vyskytovala zhruba 3 x častěji než u mužů.

Dle věku byli respondenti rozděleni do 4 kategorií a to: děti ve věku 13 – 17 let, mladší dospělost 18 – 44 let, starší dospělost 45 – 59 let a stáří 60 – 92 let. Rozdělení dle dosaženého vzdělání respondentů bylo: 520 respondentů s dosaženým základním vzděláním (výzkum zahrnuje všechny respondenty, tedy i respondenty mladší 18 let, kteří nedosáhli zatím vyššího než základního či středního vzdělání), 1253 respondentů se středoškolským vzděláním a 269 respondentů s vysokoškolským vzděláním (Tabulka 5 a 6).

Tabulka 5. Stratifikace respondentů dle věku

Skupina	Věkové rozmezí	Počet dotazovaných
děti	13-17 let	436
mladší dospělost	18-44 let	1137
starší dospělost	45-59 let	158
stáří	>60 let	319

Tabulka 6. Stratifikace respondentů dle úrovně dosaženého vzdělání

Vzdělání	Počet dotazovaných
základní	520
středoškolské	1253
vysokoškolské	269

Další získané údaje se týkaly kouření, v našem vzorku bylo zastoupeno 586 kuřáků a 1456 nekuřáků. Kuřáci získali průměrné celkové skóre bažení 54,47 a nekuřáci dosáhli nižšího skóre 53,11. Dle pohybové aktivity v zaměstnání byl vzorek rozdělen do 3 kategorií: velmi lehká (n=1454), střední (n=426) a vysoká pohybová aktivita (n=162).

6.4. Metodika dotazníku G-FCQ-T

Pro tento výzkum byla použita česká verze dotazníku G-FCQ-T General -Food Craving Questionnaire - Trait. Tento dotazník vytvořili holandští autoři Nijs, Franken a Muris v původně anglickém jazyce (Nijs, Franken & Muris, 2007). Pro náš výzkum byla použita česká verze tohoto dotazníku od autorů Světlák a Černík (2010). Posouzením reliability dotazníku se zabývala na UP Svobodová (2012). Dotazník obsahuje 21 otázek a u každé je na výběr na šestibodové hodnotící škále právě jedna možná odpověď:

Tabulka 7. Šestibodová škála možností odpovědí

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždycky	Vždycky
------------------------	--------	-------	-------	---------------	---------

Hodnotící škála má vzestupné bodování od 1 do 6 bodů (1 bod za odpověď „Nikdy“ a 6 bodů za odpověď „Vždycky“). Dotazovaný tedy dle svého vlastního subjektivního uvážení posoudí, do jaké míry se ztotožňuje s daným výrokem (otázkou) a zaškrtně právě jednu odpověď. Čím více se s výroky ztotožňuje, tím vyšší skóre získává, a tedy je hodnocen jako osoba, která intenzivně baží po jídle. Pořadí otázek je dané tak, že tvoří čtyři soubory (podškály), vztahující se k základním 4 faktorům cravingu (F1-F4) a to: F1 Zaujatost jídlem, F2 Ztráta kontroly, F3 Pozitivní očekávání, F4 Emoční bažení. FC Celkové bažení je celková suma bodů získaných u všech čtyř faktorů, čímž získáme hrubé skóre (Světlák & Černík, 2010).

- F1: ZAUJATOST JÍDLEM

První oddíl otázek se soustřeďuje na míru zaujatosti jídlem. Zjišťuje frekvenci vtíravých myšlenek na jídlo, které se objevují mimo adekvátní kontext při nepřítomnosti fyziologického hladu. Zvýšené skóre u tohoto faktoru poukazuje na fakt, že se daný jedinec myšlenkově velmi zabývá jídlem, přemýšlí o tom, co bude jíst, vařit, nakupovat apod. Otázky jsou sestavené tak, aby bylo zřejmé, že se jedná o myšlenky na neodolatelnou chuť na jídlo.

Tabulka 8. Otázky vztahující se k faktoru 1

Číslo	Otázka
1	Mám pocit, že neustále myslím na jídlo.
2	Bez ohledu na to, jak těžce to zkouším, nemohu přestat myslet na jídlo.
3	Uvědomil (a) jsem si, že jsem zcela zaujatý (á) jídlem.
4	Když mám na něco neodolatelnou chuť, nemůžu se myšlenky na jídlo zbavit.
5	Neodolatelná chuť na jídlo mě neustále nutí hledat způsoby, jak se k jídlu dostanu.
6	Strávím hodně času přemýšlením nad tím, co budu jíst příště.

- F2 ZTRÁTA KONTROLY

Tento faktor souvisí se sebekontrolou a s vůlí. Zvýšené skóre ukazuje na jedince, kteří vynakládají značné úsilí tomu, aby si udrželi svou váhu v normě. Psychicky nestálé lidi, kteří snadno ztratí zábrany a kontrolu sami nad sebou, snáze ovládnou negativní emoce a proto nedokáží včas své kompulzivní jednání zastavit.

Tabulka 9. Otázky vztahující se k faktoru 2

Číslo	Otázka
7	Když jím něco, na co jsem měl (a) neodolatelnou chuť, přestanu se kontrolovat a sním příliš mnoho.
8	Jakmile začnu jíst, mám potíže přestat.
9	Když mám na něco neodolatelnou chuť, vím, že jakmile začnu jíst, nebudu schopen (a) přestat.
10	Když dostanu to, na co mám neodolatelnou chuť, nedokážu přestat jíst.
11	Když jsem s někým, kdo se přejídá, přejídám se obvykle také.
12	Kdykoliv jdu někam, kde je neomezené množství jídla, skončí to tak, že sním víc, než jsem potřeboval (a).

- F3 POZITIVNÍ OČEKÁVÁNÍ

Faktor ukazuje, do jaké míry je jídlo chápáno jako forma odměny. Nejen pro dítě, ale i pro dospělého může fungovat jídlo jako odměna. Jídlo je používáno jako jedna ze strategií při zvládnání stresu, u někoho funguje jako rozptýlení při pocitu nudy a úzkosti.

Tabulka 10. Otázky vztahující se k faktoru 3

Číslo	Otázka
13	Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se lépe.
14	Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se skvěle.
15	Když jsem sytý (á), jsem méně napjatý (á), úzkostný (á).
16	Když se najím, cítím se spokojeně.
17	Někdy, když jím, zdá se mi, že svět je prostě perfektní.

- F4 EMOČNÍ BAŽENÍ

Bažení v tomto případě souvisí se zvládnáním emočních situací v životě člověka. Zde vzniká tzv. „emoční hlad“, o kterém hovoří i Virtue (1994), kdy jsou nelibé emoce zaměňovány za pocity hladu a bývají motivem pro konzumaci potravin. Jedinci, kteří prožívají nudu, úzkost, deprese, lítost a další negativní emoce, zajírají své nepříjemné pocity jídlem. V případě tohoto faktoru je třeba počítat i s možnými skrytými onemocněními, jako je depresivní porucha, poruchy příjmu potravy či poruchy osobnosti. (Světlák & Pšenicová, 2012).

Tabulka 11. Otázky vztahující se k faktoru 4

Číslo	Otázka
18	Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když jsem rozrušený (á).
19	Mé emoce jsou častou příčinou toho, že chci jíst.
20	Když jsem ve stresu, mám neodolatelnou chuť na jídlo.
21	Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když se cítím znuděný (á), naštvaný (á) nebo smutný (á).

- FC CELKOVÉ BAŽENÍ

Faktor Celkové bažení (dále jen FC) je součet všech dosažených bodů v jednotlivých faktorech F1 – F4. Minimální skóre dotazníku je 21 bodů a maximálně lze získat 126 bodů hrubého skóre. Celkové získané skóre má vypovídající hodnotu pro posouzení celkové intenzity bažení po jídle. Čím nižší je celkový počet dosažených bodů v dotazníku, tím menší je intenzita bažení po jídle u konkrétní osoby.

6.5. Metodika statistického zpracování dat

Ke statistickému zpracování výsledků a jejich analýze byl použit program Statistica CZ. (verze 11), software pro analýzu dat. V kvantitativním zhodnocení jsme použili jak deskriptivní, tak induktivní statistiku. Při statistickém zpracování bylo použito veličin s těmito zkratkami:

SD - standard deviation (směrodatná odchylka)

M – mean (aritmetický průměr)

Mdn – medián

H1 - alternativní hypotéza

p – hladina statistické významnosti (stanovili jsme hladinu statistické významnosti α na úrovni 0,05)

Použili jsme statistické metody: analýzu rozptylu ANOVA, korelační analýzu pro sledování lineárního vztahu intenzity bažení a BMI a intenzity bažení a věk a LSD test,

kterým jsme hodnotili vztahy podskupin. Dále byl použit Studentův T-test pro nezávislé vzorky pro určení rozdílů bažení mezi pohlavími.

7. VÝSLEDKY

V našem výzkumu jsme zjišťovali průměrné celkové skóre bažení dotazníku G-FCQ-T u všech dotazovaných, v závislosti na BMI, pohlaví a věku. V tabulkách níže je uveden průměr (M), směrodatná odchylka (SD), hladina statistické významnosti (p), dosažené skóre bažení ve všech faktorech (F1 - zaujatost jídlem, F2 - ztráta kontroly, F3 - pozitivní očekávání, F4 - emoční bažení, FC - celkové bažení) a typ použité metody.

Vztah intenzity bažení a hodnoty BMI

Nejprve jsme chtěli zjistit, zda míra intenzity bažení lineárně roste s hodnotou BMI.

H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu.

K ověření této hypotézy jsme použili korelační analýzu, která hodnotila vztah skóre intenzity bažení jednotlivých faktorů u různých skupin dle klasifikace BMI (podvýživa, nadváha, normální váha a obezita). U faktoru Ztráta kontroly a Emoční bažení vyšel statisticky významný rozdíl, zatímco u faktorů Pozitivní očekávání a Zaujatost jídlem nebyl prokázán vztah s hodnotou BMI. U faktoru Celkové bažení ve vztahu s BMI však byl prokázán statisticky významný rozdíl, hypotézu H1 tedy přijímáme. Se zvyšující se hodnotou BMI se lineárně zvyšuje celková intenzita bažení po jídle (Tabulka 12).

V Tabulce 12 vidíme, že celkové průměrné skóre bažení vyšlo nejnižší u lidí s podváhou. Tito lidé dosáhli průměrného celkového skóre 45,94 bodů, lidé s normální váhou dosáhli průměrného celkového skóre 53,59 bodů, lidé s nadváhou 50,65 bodů a lidé obézní 64,11 bodů. Dosažené celkové skóre obézních lidí se odklání od průměrné hodnoty celého vzorku o celých 10,61 bodů. Lidé s podváhou dosahovali ve všech faktorech nízkého skóre, což ukazuje, že nevěnují jídlu velkou pozornost, zřídka jim vstupují na mysl vtíravé myšlenky na jídlo a mají velmi dobrou kontrolu nad svým jednáním.

Rostoucí tendenci faktoru Celkové intenzity bažení v závislosti na hodnotě BMI lze vidět v Grafu 1, kde jsou znázorněny na horizontální ose 4 skupiny dle klasifikace BMI (1- podváha, 2- normální váha, 3- nadváha, 4- obezita) a na vertikální ose FC celkové průměrné skóre bažení. Celkovou linearitu na grafu narušuje výsledek skupiny lidí s nadváhou, kteří v mnoha faktorech dosahovali nižšího skóre než lidé s normální váhou.

LDS test potvrdil statisticky významné rozdíly mezi skupinami dle BMI v FC Celkové intenzitě bažení (Tabulka 13).

Tabulka 12. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k jednotlivým kategoriím dle BMI

	Podváha (n=66)		Normální hmotnost (n=1394)		Nadváha (n=431)		Obezita (n=151)		Korelační analýza
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
F1	12,33	3,92	14,86	5,26	13,75	5,65	17,25	6,85	p=0,092
F2	10,82	4,31	14,21	5,72	14,06	5,89	17,91	7,30	p=0,000
F3	14,86	5,71	15,70	5,04	14,22	4,99	16,99	5,80	p=0,079
F4	7,92	4,39	8,82	3,55	8,62	3,90	11,96	4,75	p=0,000
FC	45,94	15,22	53,59	16,01	50,65	17,05	64,11	20,48	p=0,000

Vysvětlivky: F1 zaujatost jídlem, F2 ztráta kontroly, F3 pozitivní očekávání, F4 emoční bažení, FC celkové bažení.

Použitý test: Korelační analýza BMI a jednotlivých faktorů

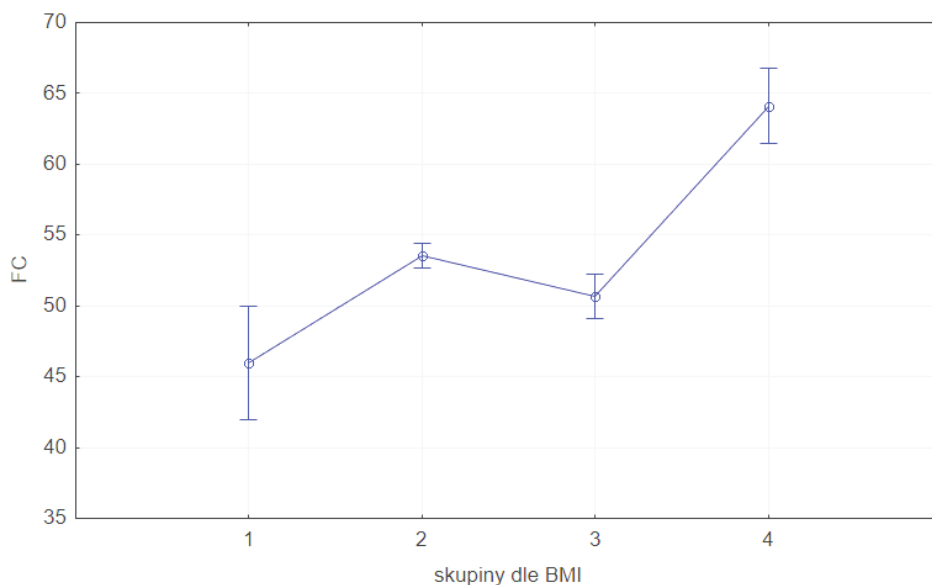
p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05

Tabulka 13. Rozdíly mezi jednotlivými skupinami dle BMI v celkovém bažení

	Podváha (n=66)	Normální hmotnost (n=1394)	Nadváha (n=431)	Obezita (n=151)
Podváha (45,94 bodů)		0,000	0,032	0,000
Normální váha (53,59 bodů)	0,000		0,001	0,000
Nadváha (50,65 bodů)	0,032	0,001		0,000
Obezita (64,11 bodů)	0,000	0,000	0,000	

Vysvětlivky: Použitý test: LSD test pro FC celkové bažení a jednotlivé skupiny dle klasifikace BMI

p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05



Graf 1. Celkové skóre intenzity bažení v závislosti na jednotlivých kategoriích dle BMI

Vysvětlivky: 1- podváha, 2- normální váha, 3-nadváha, 4-obezita

FC – faktor celkové intenzity bažení

Dále nás zajímal faktor Ztráta kontroly, kdy jsme na základě výsledků z výzkumu Světláka a Černíka (2010) předpokládali, že s rostoucí hodnotou BMI se bude zvyšovat také skóre ve faktoru Ztráta kontroly a u obézních lidí bude skóre dosahovat nejvyšších hodnot.

H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u obézních osob.

Obézní lidé dosáhli celkového skóre bažení 64,11 bodů, což bylo nejvyšší skóre ze všech skupin. Faktor Ztráta kontroly u obézních lidí dosahoval průměrného skóre 17,91 bodů, což je nejvyšší průměrné skóre ze všech faktorů u všech skupin dle klasifikace BMI. LSD testem jsme zjišťovali rozdíly mezi skupinami dle hodnot BMI u faktoru F2 Ztráta kontroly. Test potvrdil, že obézní lidé nejnanežněji ze všech ztrácí kontrolu nad svým jednáním, ve srovnání s ostatními skupinami dle klasifikace BMI (Tabulka 14). V Grafu 2 vidíme lineárně rostoucí tendenci u F2 Ztráta kontroly a skupin dle klasifikace BMI. Z našeho výzkumu vyšlo najevo, že obézní lidé baží po jídle celkově více než ostatní skupiny

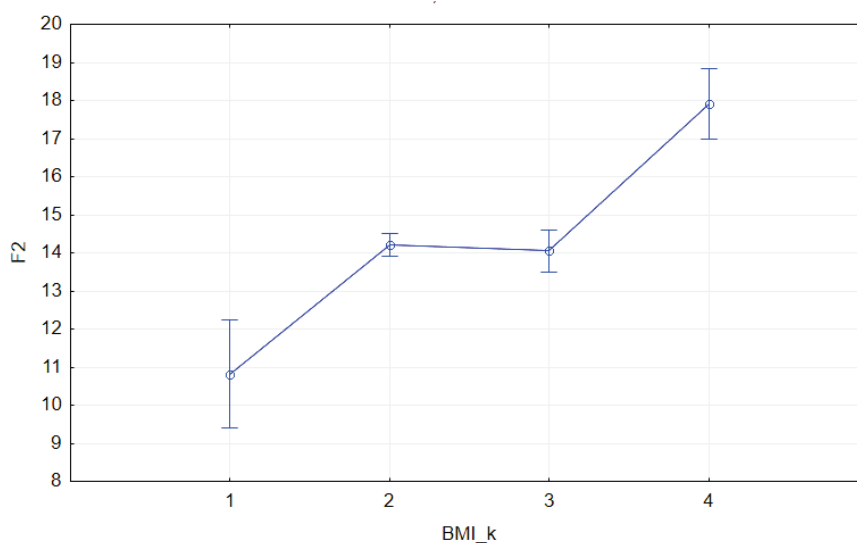
dle klasifikace BMI a to ve všech faktorech. Obézní lidé mívají větší problémy v oblasti sebekontroly a sebeovládání. Nekontrolované impulzivní bažení nezvládnou, vtíravé myšlenky na jídlo je snadno ovládnou, nedokáží jim odolat a přejídají se.

Tabulka 14. Vzájemný vztah skupin dle klasifikace BMI u F2 Ztráta kontroly

	Podváha (n=66)	Normální hmotnost (n=1394)	Nadváha (n=431)	Obezita (n=151)
Podváha (45,94 bodů)		0,000	0,000	0,000
Normální váha (53,59 bodů)	0,000		0,629	0,000
Nadváha (50,65 bodů)	0,000	0,629		0,000
Obezita (64,11 bodů)	0,000	0,000	0,000	

Vysvětlivky: Použitý test: LSD test

p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05



Graf 2. Faktor Ztráta kontroly ve vztahu k BMI

Vysvětlivky: 1- podváha, 2- normální váha, 3- nadváha, 4- obezita

F2 – Faktor Ztráta kontroly

Intersexuální rozdíly v bažení po jídle

Dále nás zajímalo srovnání bažení po jídle u mužů a žen v souvislosti s věkem.

H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži.

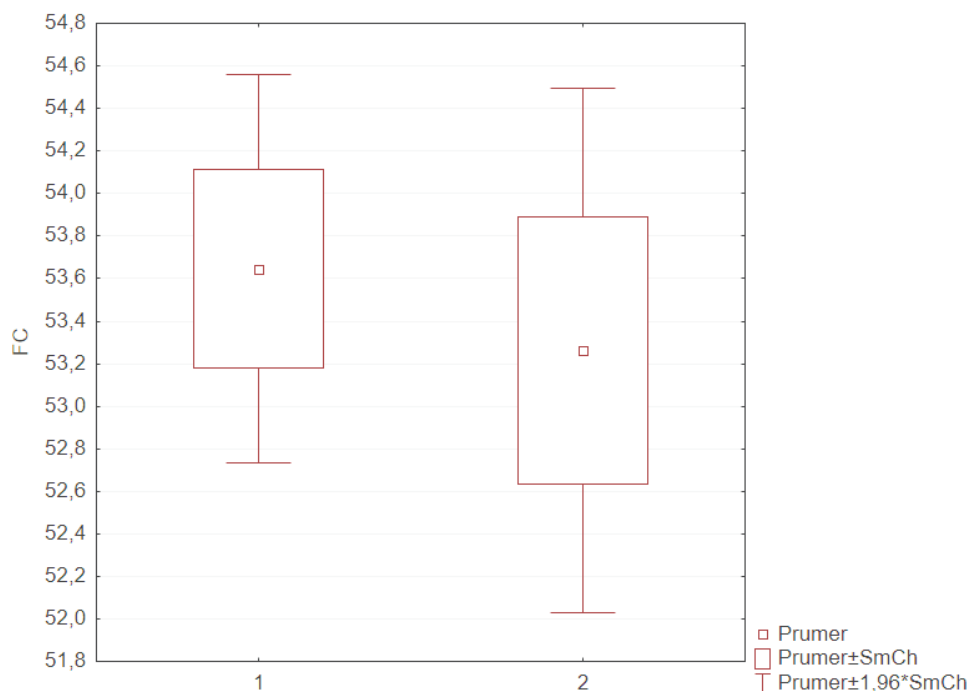
Ženy ve výzkumu dosáhly celkového skóre intenzity bažení 53,65 bodů zatímco muži 53,26 bodů. Ženy tedy měly o 0,39 bodů vyšší celkové skóre než muži (Tabulka 15). Studentův T-test zjistil mezi muži a ženami statisticky významný rozdíl pouze ve faktorech Pozitivní očekávání a Emoční bažení. Průměrné hodnoty faktoru Pozitivní očekávání byly u mužů vyšší (15,75 bodů) než u žen (15,27 bodů) a naopak, hodnoty faktoru Emoční bažení byly vyšší u žen (9,37 bodů) oproti mužům (8,36 bodů). U faktorů Zaujatost jídlom a Ztráta kontroly nebyl zjištěn statisticky významný výsledek. T-test nezjistil mezi muži a ženami statisticky významný rozdíl v FC celkovém bažení, tudíž hypotézu H3 zamítáme. Graf 3 ukazuje rozložení odpovědí mužů a žen v našem souboru u FC celkového bažení.

Tabulka 15. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k pohlaví

	Ženy (n=1251)		Muži (n=791)		T-test	p
	M	SD	M	SD		
F1 Zaujatost jídlom	14,84	5,31	14,52	5,83	1,28	0,20
F2 Ztráta kontroly	14,16	5,71	14,63	6,33	-1,74	0,08
F3 Pozitivní očekávání	15,27	4,93	15,75	5,51	-2,03	0,04
F4 Emoční bažení	9,37	3,89	8,36	3,70	5,82	0,00
FC Celkové bažení	53,65	16,42	53,26	17,68	0,50	0,62

Vysvětlivky: Použitý test: Studentův T-Test pro nezávislé vzorky

p - hladina statistické významnosti mezi muži a ženami



Graf 3. Komparace celkové intenzity bažení u žen a mužů

Vysvětlivky: 1 – ženy, 2 – muži

FC – celkové skóre bažení

Vliv věku na celkovou intenzitu bažení

Poslední čtvrtou hypotézu jsme si určili tuto:

H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

Tabulka 16 ukazuje průměrné hrubé skóre intenzity bažení u jednotlivých věkových skupin. Skupina respondentů ve věkovém rozmezí 13 - 17 let dosáhla 52,59 bodů, skupina 18 - 44 let dosáhla 55,80 bodů, následující skupina ve věku 45 - 59 let dosáhla 48,09 bodů a skupina seniorů nad 60 let dosáhla 48,99 bodů. Pro ověření naší hypotézy jsme použili korelační analýzu pro jednotlivé faktory a věk. Test prokázal statisticky významné výsledky ve všech věkových skupinách. Ve faktoru Celkové bažení test prokázal

statisticky významný výsledek a na jeho základě lze přijmout naši poslední hypotézu H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

Tabulka 16. Průměrná intenzita bažení v jednotlivých faktorech dle věkových skupin

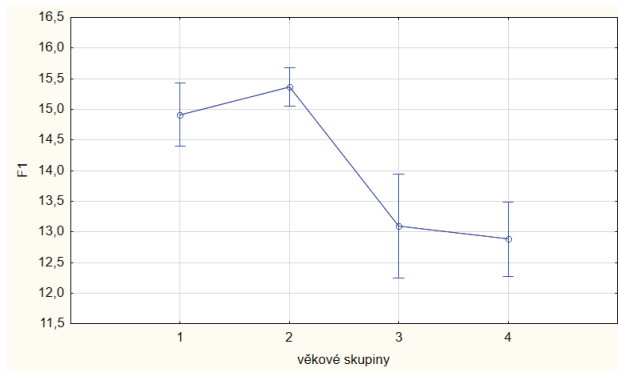
	13-17 let (n=436)	18-44 let (n=1137)	45-59 let (n=158)	> 60 let (n=319)	Variabilita věk	Korelační analýza
F1 zaujatost jídlem	14,92	15,37	13,09	12,88	-0,172	p=0,000
F2 ztráta kontroly	13,74	14,92	13,00	13,73	-0,064	p=0,004
F3 pozitivní očekávání	14,73	16,44	13,70	13,71	-0,176	p=0,000
F4 emoční bažení	9,20	9,08	8,30	8,67	-0,054	p=0,014
FC celkové bažení	52,59	55,80	48,09	48,99	-0,145	p=0,000

Vysvětlivky: F1 zaujatost jídlem, F2 ztráta kontroly, F3 pozitivní očekávání,
F4 emoční bažení, FC celkové bažení.

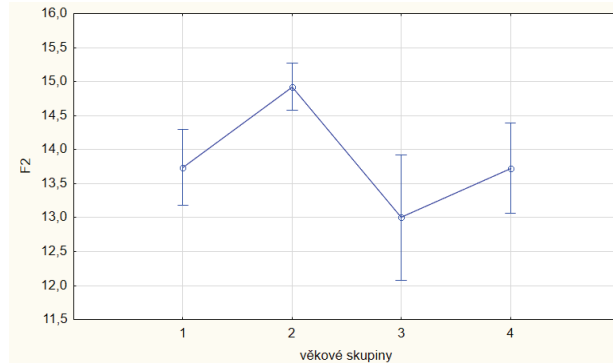
Použitý test: Korelační analýza

p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05

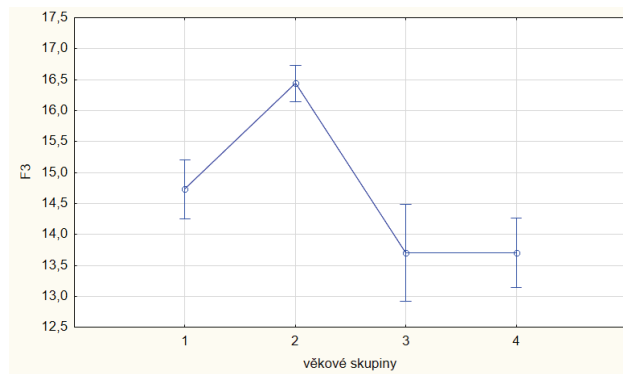
V Grafech 4 - 7 lze pozorovat klesající tendenci intenzity bažení po jídle v jednotlivých faktorech u různých věkových skupin. V Grafu 4 vidíme Zaujatost jídlem, v Grafu 5 Ztráta kontroly, Graf 6 ukazuje faktor Pozitivní očekávání a faktor Emoční bažení je v Grafu 7. Graf 8 pak ukazuje faktor Celkového bažení u všech věkových skupin. Červená přímka na Grafu 9 demonstruje klesavou tendenci bažení po jídle s věkem. S přibývajícím rokem se tedy snižuje FC celkové bažení po jídle u našeho vzorku.



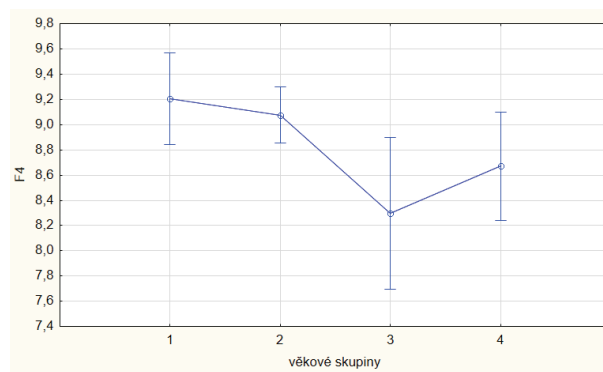
Graf 4. F1 Zaujatost jídelm v závislosti na věkové skupině



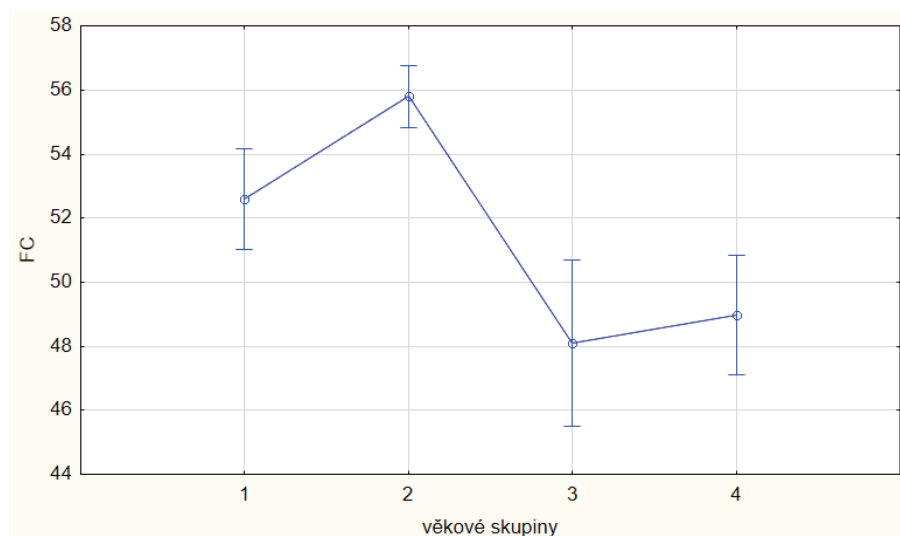
Graf 5. F2 Ztráta kontroly v závislosti na věkové skupině



Graf 6. F3 Pozitivní očekávání v závislosti na věkové skupině

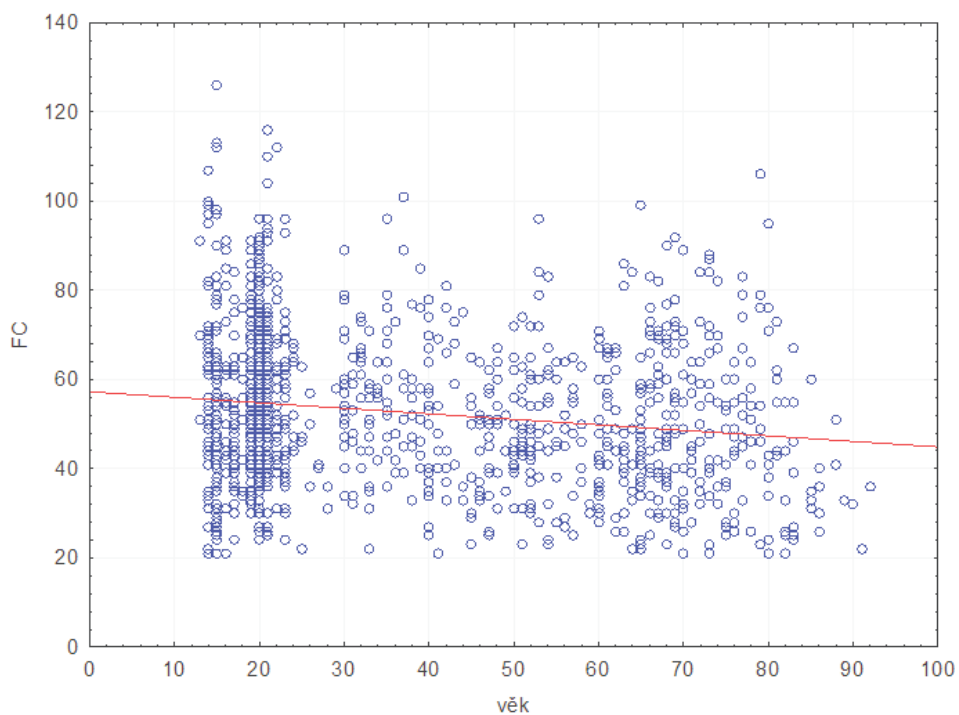


Graf 7. F4 Emoční bažení v závislosti na věkové skupině



Graf 8. FC Celková intenzita bažení v závislosti na věkové skupině

Vysvětlivky: věkové skupiny: 1 – věková skupina 13-17 let, 2- věková skupina 18-44 let, 3- věková skupina 45-69 let, 4- věková skupina 60-92 let
FC- celková intenzita bažení po jídle



Graf 9. Celková intenzita bažení v závislosti na věku (n=2042)

7.1. *Limity práce*

Limity výzkumu mohou být např. že při vyplňování dotazníku nebyl zachycen aktuální psychický a fyzický stav respondentů (nemoc, momentální stav nasycení/ hladu), denní a roční doba, aktuální fáze měsíce, aktuální fáze menstruačního cyklu u žen, těhotenství apod., což může ovlivnit celkové dosažené skóre v dotazníku G-FCQ-T.

Ačkoliv je díky své velikosti náš soubor dostatečně reprezentativní (n=2042), výsledky výzkumu dále může ovlivňovat nestejně zastoupení mužů (n=791) a žen (n=1251), nerovnoměrné rozložení respondentů dle věkových skupin; 13-17 let (n=436), 18-44 let (n=1137), 45-59 let (n=158) a 60-92 let (n=319). V našem výzkumu bylo také nerovnoměrné rozložení respondentů dle klasifikace BMI a to; podváha (n=66), normální hmotnost (n=1394), nadváha (n=431) a obezita (n=151), což mohlo také do určité míry ovlivnit výsledky našeho výzkumu.

8. DISKUZE

V našem výzkumu jsme zkoumali intenzitu bažení po jídle v závislosti na Body Mass Indexu. Průměrná hodnota celkového skóre intenzity bažení vzorku (n=2042) byla 53,50 bodů. Ve studii Světláka a Černíka (2010) hodnota skóre celkové intenzity bažení vzorku (54,90 bodů), který ale tvořili pouze vysokoškolští studenti (n=257), byla velmi blízká našemu výsledku, zatímco celkové průměrné skóre bažení vzorku z výzkumu Svobodové (2012) bylo vyšší (57,04 bodů). Průměrná hodnota BMI u našeho vzorku byla 23,26 kg/m² a to včetně respondentů mladších 18ti let.

Jako první jsme hodnotili vztah BMI a intenzity bažení. H1 předpokládala lineární závislost BMI na celkové intenzitě bažení. Znění první hypotézy bylo H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu. Naše výsledky korespondují s výsledky práce Světláka a Černíka (2010), kteří na zkoumaném vzorku 257 osob potvrdili, že se vzrůstající hodnotou BMI roste i závislost bažení po jídle. Čím nižší je tedy hodnota BMI, tím nižší je intenzita bažení po jídle (Světlák & Černík, 2010). V našem výzkumu dosahovali lidé s podváhou nejnižšího skóre a naopak lidé obézní získali nejvyšší skóre v dotazníku G-FCQ-T. Metodami LSD testem a korelační analýzou jsme došli k podobným výsledkům jako Světlák a Černík a přijmuli jsme hypotézu H1.

Dle poznatků ze studií a z klinické praxe Virtue (1995) a Nešpora (n.d.) jsme předpokládali, že F2 Ztráta kontroly bude nejvyšší u osob obézních, tedy jsme si určili H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u osob s obezitou. Tento předpoklad se prokázal na základě výsledků LSD testu, který porovnával rozdíly mezi skupinami dle klasifikace BMI. Mezi jednotlivými skupinami byly zaznamenány signifikantní rozdíly v tomto faktoru. S rostoucí hodnotou BMI vzrůstalo i dosažené skóre ve faktoru F2 ztráta sebekontroly, což může znamenat, že obézní člověk snadněji bažení podlehe, neovládne se a přejídá se. I tuto hypotézu jsme přijali.

Třetím bodem výzkumu bylo zjistit intersexuální rozdíly mezi muži a ženami. Studie Světláka a Pšenicové (2012) zjistila signifikantní výsledné hodnoty dosaženého skóre pouze ve faktorech Pozitivní očekávání a Emoční bažení. V našem výzkumu vyšly tyto 2 faktory také jako signifikantní. Ženy dosáhly vyššího skóre ve faktoru Emoční bažení a muži naopak vyššího skóre ve faktoru Pozitivní očekávání. Tento výsledek poukazuje na

specifické a odlišné charakteristiky pohlaví (Virtue, 1995). I výzkum Hilla (2007) prokázal, že je bažení po jídle především u žen spojováno s emočními stavy. Podle jeho studie si ženy některé typy potravin vybírají v závislosti na aktuální náladě, což odpovídá i našim výsledkům ve faktoru Emoční bažení. Naše výsledky jsou rovněž v souladu s výzkumem Pelchata (1991), který na vzorku dospělých neprokázal statisticky významné rozdíly mezi pohlavími v celkovém bažení a k tomuto závěru došla ve své práci i Svobodová (2012). Náš výzkum nepotvrdil, že by ženy dosahovaly vyššího skóre ve faktoru Celkového bažení než muži, tedy se neprokázal statisticky významný rozdíl v bažení mezi pohlavími. Hypotézu H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži, zamítáme.

Čtvrtým bodem výzkumu bylo zabývat se vztahem věku a FC celkové intenzity bažení. Bylo prokázáno korelační analýzou, že věk negativně koreluje s faktorem celkové bažení. Průměrné celkové skóre v dotazníku u našeho vzorku se s věkem snižovalo. Statisticky významný byl výsledek jak ve faktoru celková intenzita bažení, tak i ve všech jednotlivých faktorech. Dovolili jsme si přijmout hypotézu H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

Tento výzkum potvrdil, že jídlo může u některých lidí fungovat jako strategie zvládnání stresu (tzv. copingová strategie) a negativních afektů (Světlák & Pšenická, 2012). To podporuje i teorii Nešpora (n.d.) a Hilla (2007), že nálada a emoce hrají důležitou roli v etiologii bažení po jídle.

9. ZÁVĚRY

Tato práce měla za hlavní cíl zjistit intenzitu bažení vzhledem k Body Mass Indexu. Dále pak zjistit, zda existuje vztah mezi hodnotou BMI a jednotlivými faktory bažení, ověřit, zda obézní lidé mají největší problémy se sebekontrolou, zjistit existenci intersexuálních rozdílů v bažení po jídle a vyhodnotit vliv pohlaví vzhledem k jednotlivým faktorům i k celkové intenzitě bažení, zjistit vztah mezi věkem a bažením v jednotlivých faktorech u obou pohlaví.

Dotazníkem G-FCQ-T (General-Food Craving Questionnaire – Trait) jsme zjišťovali intenzitu bažení vzhledem k hodnotě BMI. Dotazníkovým šetřením jsme získali 2042 dotazníků. Dle klasifikace BMI bylo rozložení zkoumaného vzorku následující: 8 % obézních, 21 % lidí s nadváhou, 68 % s normální váhou a 3 % lidí s podváhou. Rozložení respondentů dle pohlaví bylo 791 mužů a 1251 žen.

Stanovili jsme si 4 hypotézy. H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu. Na základě výsledků korelační analýzy a LSD testu byl prokázán vztah mezi hodnotou BMI a FC celkovou intenzitou bažení, tudíž jsme si dovolili tuto hypotézu přijmout. Druhá hypotéza zněla H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u osob s obezitou. I tuto hypotézu jsme na základě výsledků našeho výzkumu přijmuli. Třetí hypotéza byla stanovena takto H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži. Tato hypotéza byla zamítnuta, protože se neprokázalo, že by ženy měly vyšší FC celkovou intenzitu bažení než muži. Mezi muži a ženami byl zjištěn statisticky významný rozdíl pouze ve faktorech Pozitivní očekávání a Emoční bažení. Průměrné hodnoty faktoru Pozitivní očekávání byly u mužů vyšší a naopak, hodnoty faktoru Emoční bažení byly vyšší u žen. U faktorů Zaujatost jídlem a Ztráta kontroly nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Poslední čtvrtá hypotéza zněla takto H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem. Tuto hypotézu jsme na základě výsledků korelační analýzy přijmuli. Ve všech faktorech platilo, že s přibývajícím věkem se skóre intenzity bažení snižovalo. Jinými slovy: čím je člověk starší, tím více klesá jeho intenzita bažení po jídle.

10. SOUHRN

V práci bylo zpracováno téma bažení po jídle (food craving) v souvislosti lidského zdraví a životního stylu. V Kapitole 1 byl představen bio-psycho-socio-spirituální model zdraví, jako komplexní pohled na zdraví člověka. Dále práce představila životní styl a jeho složky: pohybovou aktivitu, zdravou výživu, management stresu a hygienu spánku a odpočinku. Práce se věnovala tématu nadváhy a obezity, které jsou považovány za důsledek nezdravého životního stylu a kterými se dnes zabývá mnoho studií. Věnovali jsme se hodnocením hmotnosti, rozebrali jsme vnímání jídla v historickém kontextu (hlad a hojnost), abychom pochopili současné vnímání jídla.

V Kapitole 3 byly popsány příčiny a projevy bažení a způsoby a metody vhodné k mírnění bažení. Podle autorů Nešpora (n.d.), Virtue (1996) a Hilla (2007) je bažení po jídle sekundární reakcí na to, že nejsou uspokojeny jiné potřeby. Důsledkem nezvládnutého emočního bažení je přejídání, které umožňuje ve své podstatě relativní únik z vnitřní či vnější reality. Emoce jako spouštěči citového hladu byly popsány jako součást syndromu SZNS (Virtue, 1994). Jíst znamená pro některé lidi uvolnit se, být šťastný, mít více energie, cítit se milovaný. Tyto stavy jsou dočasné, protože později se dostávají negativní pocity stavy provinění a deprese. Na závěr syntézy poznatků v Kapitole 4 popisujeme některé techniky a metody jak mírnit bažení.

V praktické části práce jsme se zabývali měřením intenzity bažení v závislosti na různých faktorech. Ve výzkumu byla k měření celkové intenzity bažení a všech jeho 4 faktorů bažení použita česká verze dotazníku G-FCQ-T General-Food Craving Questionnaire – Trait (Nijs, Franken & Muris, 2007). Jako nástroj pro hodnocení hmotnosti jsme zvolili Body Mass Index (BMI). Statistickou analýzou dat získaných pomocí tohoto dotazníku u české populace, jsme měřili intenzitu bažení vzhledem k věku a pohlaví. Vyhodnotili jsme lineární závislost hodnoty BMI a intenzity bažení po jídle. Došli jsme k závěrům, že s rostoucí hodnotou BMI stoupá intenzita bažení po jídle, zvyšuje se intenzita emočního bažení a s vyšším BMI se zhoršuje také schopnost sebeovládání. Každý faktor (zaujatost jídlem, ztráta kontroly, pozitivní očekávání a emoční bažení) byl vyhodnocen zvlášť v souvislosti s věkem respondentů. Vyšlo najevo, že intenzita bažení po jídle se s věkem snižuje. Byly také zjištěny statisticky významné rozdíly u mužů a žen ve

faktorech pozitivní očekávání a emoční bažení, ale v celkovém bažení se neprokázal statisticky významný rozdíl mezi pohlavími.

Práce doplňuje část rozsáhlejšího výzkumu, na kterém se podíleli studenti z Fakulty tělesné kultury, Univerzity Palackého v Olomouci. Shromažďuje informace z českých i zahraničních studií, z klinické praxe psychologů a lékařů a také se opírá o poznatky ze staré čínské medicíny. Přispívá k porozumění problematice bažení po jídle (cravingu) a přejídání se a následnému přibírání hmotnosti. Na téma nadváhy a obezity vzniká v českém prostředí mnoho publikací, zatímco téma bažení příliš rozšířené není, ačkoli s obezitou úzce souvisí. Jednotlivé faktory bažení mohou být samostatnými tématy pro další výzkum.

11. SUMMARY

The diploma thesis deals with the food cravings in connection to the human health and lifestyle. In chapter 1 a bio-psycho-socio-spiritual health model, as a complex view of the human health, was introduced. Further the work describes the lifestyle and its components: physical activity, healthy diet, stress management, sleep and relaxation hygiene. The work deals with the topic of overweight and obesity, which are considered to be the result of the unhealthy lifestyle and which are dealt with in many studies nowadays. We aimed at assessing the weight, we discussed the perception of food intake in the historical context (starvation and abundance) to understand better the current perception of food.

In chapter 3 causes and manifestations of food cravings and suitable methods of moderating the food cravings were described. According to authors, Nešpor (n.d.), Virtue (1996), Hill (2007) the food craving is the secondary reaction to insufficient meeting of other needs. This emotional craving results in overeating which in fact enables a relative escape from the inner or outer reality. Emotions as starters of the emotional cravings were declared as a part of SZNS syndrome (Virtue, 1994). Eating means for some people to relax, to feel happy, to have more energy, to feel to be loved. These conditions are temporal because later on negative feelings and feelings of guilt and depressions come. Finally, in the synthesis of the outcomes in chapter 4, we described some techniques and methods of moderating the food cravings.

In the practical part we focused on measuring the food cravings intensity depending on various factors. In the research the Czech version of G-FCQ-T General-Food Craving Questionnaire-Trait (Nijs, Franken & Muris, 2007) was used to measure the total food cravings intensity and all 4 factors of food cravings. Body Mass Index (BMI) was used as a tool for assessing the weight. Through the statistic analysis of the data gained from the questionnaire in the Czech population, we measured the food cravings intensity considering the age and the sex. We have evaluated the linear dependence of the BMI value and the food cravings intensity. We came into the conclusion that with the increase of BMI value the food cravings intensity rises too, accompanied with the increasing emotional cravings intensity, and with the higher BMI value the ability of self-control deteriorates. Each factor (food obsession, loss of self-control, positive expectation and

emotional cravings) was evaluated separately, considering the age of respondents. It emerged that the food cravings intensity decreases with the age increase. There were also found statistically significant differences in males and females considering the factors of positive expectations and emotional cravings, but in general, as for the cravings there was no statistically significant difference between sexes found out.

The thesis is a part of a wider research performed by students of the Faculty of Physical Education, of Palacký University in Olomouc. It gathers the data from the Czech as well as the foreign studies, from the clinical practise of psychologists and doctors and it relies on the knowledge from the old Chinese medicine. It helps to understand the problem of food cravings and overeating and following weight gain. Topic of overweight and obesity is the core of many publications in the Czech environment, whereas the topic of food cravings is not widespread enough even if it is closely connected with the obesity. Particular factors of cravings could become the individual topics for further research.

12. REFERENČNÍ SEZNAM

Anonymous. (2010). *Meditace*. Retrieved 23.4.2014 from the World Wide Web: <http://meditace-pohoda.webnode.cz/meditace/>

Banátová, K. (2013). *Intenzita bažení po jídle ve vztahu k BMI u studentů střední školy*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Bízová, H. (2007). *Tradiční lidová kultura ve volném čase současné rodiny*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno.

Český statistický úřad. (2011). *Sčítání lidu, domů a bytů*. Retrieved 5.3.2014 from the World Wide Web: http://vdb.czso.cz/sldbvo/#!stranka=podle-tematu&tu=30629&th=&v=&vo=H4sIAAAAAAAAAAFvzloG1uIhBMCuxLFGvtCQzR88jsTjDN7GAIf3WwcNiCReZGZjcGLhy8hNT3BKTS_KLPBk4SzKKUosz8nNSKgrsHRhAgKecA0gKADF3CQNnaLBrUIBjkKNvcSFDHQMDhhqGCqCiYA__cLCiEgZGvxIGdg9_Fz__EMeCEgY2b38XZ89gIIVLxTHEP8wx2NEFJM4ZH0IY5u_t7-MJ1OIP5IdEBkT5OwU5RgH5IUB9fo4ePq4uEPNYw1yDolzhPstJzEvX88wrSU1PLRJ6tGDJ98Z2CyYGRk8G1rLEnNLUiiIGAYQ6v9LcpNSitjVTZbmnPOhmArq34D8QlDDwAG10C_KFWcoe4ugU6uPtWMLA4eni6hcSEAZ0FYe_k3OQmaGJcwUAo2K2XlsBAA A.&vseuzemi=null&void=

ČPZP. (2009). *Obvod pasu nelže*. Retrieved 29.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.cpzp.cz/clanek/3213-0-Obvod-pasu-nelze.html>

ČTK. (2014). *Obezita a těhotenství tvoří podle primáře nežádoucí alianci*. Retrieved 25.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/obezita-a-tehotenstvi-tvori-podle-primare-nezadouci-alianci/>

EUFIC. (2000). *Potraviny a emoce. Potraviny dneška 09/2000*. Retrieved 5.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.eufic.org/article/cs/artid/potraviny-emoce/http://www.eufic.org/article/cs/artid/potraviny-emoce/>

EUFIC. (2004). *Obezita a nadváha*. Retrieved 17.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.eufic.org/article/cs/page/RARCHIVE/expid/review-obesity-overweight/>

Haluzíková, J. & Římovská, Z. (2010). *Zvládání stresu a prevence jeho následků*. Zdraví E15. Sestra 4. Retrieved 22.6.2014 from World Wide Web: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvladani-stresu-a-prevence-jeho-nasledku-450941>

Hammer, L. (1990). *Psicología y medicina china. La ascensión del dragón, el vuelo del pájaro rojo*. Barcelona: La Liebre de Marzo.

Hill, A. J. (2007). The psychology of food craving. *Nutrition Society* 66, 277–285.

Hill, A.J., Weaver C.F.L., & Blundell, J. E. (1991). Food craving, dietary restraint and mood. *Appetite* 17, 187–197.

Hnízdil, J., & Šavlík, J. (2007). *Jak vyrobit pacienta*. Moravskoslezský kruh, o. s. Retrieved 1.11.2013 from the World Wide Web: <http://ulozto.cz/xcsWvak/050-jak-vyrobit-pacienta-jan-hnizdil-pdf>

Holancová, M. (2014). *Chutě v těhotenství*. Retrieved 21.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.babyweb.cz/chute-v-tehotenstvi>

Holčík, J. (2004). *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ped.muni.cz%2Fz21%2Ftexty%2Fvyklad_zakladnich_pojmu_21%2Fdoc%2F001-kap_1-6.doc&ei=ruxVU92OK8TKtAavkYDADg&usg=AFQjCNE3I0YRo5ptJaTWhJB8T7B1eJLrlw&sig2=bcpvwyCgzFqXjB1Jaqj4w&bvm=bv.65177938,d.Yms

Kalman, M., & spol. (n.d.). *Národní doporučení pro pohybovou aktivitu. Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Retrieved 16.6.2014 from the World Wide Web: <http://hbsc.upol.cz/1-cestina/68-novinky/3-texty/50->

verejne_pripominkovani_narodnich_doporuceni_pro_pohybovou_aktivitu/

Kalman, M., & Vašíčková, J. (2013). *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Univerzita Palackého. Retrieved 2.5.2014 from the World Wide Web: http://hbse.upol.cz/download/zdravi%20skolaci_publikace_WEB.pdf

Kohlmeier, M. (2003). Regulace příjmu potravy, chuť k jídlu. *Nutrient Metabolism. Academic Press London*. 826, 25-30. Retrieved 11.11.2013 from the World Wide Web: <http://appetitestop.cz/pdf/regulace.pdf>

Končáková, V. (2013). *Intenzita bažení po jídle ve vztahu k hodnotě BMI a pohlaví*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury.

Konečný, M. (2013). *Co je to psychosomatika*. Centrum psychosomatické péče. Retrieved 14.6.2014 from the World Wide Web: <http://www.pexis.cz/psychosomatika/co-je-psychosomatika/>

Kuras, B. (2010), Jídla přátelská a nepřátelská. *Euro 25*. Retrieved 19.12.2013 from the World Wide Web: <http://euro.e15.cz/archiv/light/jidla-pratelska-a-nepratelska-820480>

Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite 35*, 65–71.

Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370. Retrieved 12.12.2013 from the World Wide Web: <http://www.learning-theories.com/maslows-hierarchy-of-needs.html>

Matějková, E. (2008). *Závislost na jídle-jak se jí zbavit?* Retrieved 1.5.2014 from the World Wide Web:<http://www.fitweb.cz/clanky/stihla/269841-zavislost-na-jidle-jak-se-ji-zbavit>

MCAnulty, D. (2011). Every Grain Of Sand. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: <http://davidmcanulty.com/story/2009/12/the-bio-psycho-socio-spiritual-model/>

Ministerstvo zdravotnictví CR. (2003). Zdraví 21, Zdraví pro všechny ve 21. století.

Montanari, M. (2003). Hlad a hojnost: Dějiny stravování v Evropě. Praha: Lidové Noviny.

Nešpor, K. (2006). Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí. *Čas. Lék. Čes.*, 145(9), 743-745.

Nešpor, K. (n.d.) . Přemáháme bažení, zlepšujeme sebeovládání: informace těm, kdo překonávají návykovou nemoc. svépomocné materiály. Retrieved 5.1.2014 from the World Wide Web: <http://alkohol-alkoholismus.cz/svepomocne-materialy-nespor-k/premahame-bazeni-zlepsujeme-sebeovladani-informace-tem-kdo-prekonavaji-navykovou-nemoc-prim-mudr-karel-nespor-csc#ixzz2mJjwwIB>

Nešpor, K., & Babková, A. (2012). Co uvolnit a proč? Relaxace jako prevence a léčba nemocí. *Praktický lékař* 92, 171-172.

Nešpor, K., & Csémy, L. (1999). Bažení (Craving) společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Praha: Sportpropag.

Nešpor, K., & Csémy, L. (2013). Impulzivní chování a jeho léčba. *Cognitive Remediation Journal Volume 2 - Issue 2*, 2-5. Retrieved 24.4.2024 from the World Wide Web: http://cdzjesenik.cz/journal/journal02_13.pdf

Nijs, I. M. T., Franken, I. H. A., & Muris, P. (2007). The modified Trait and State Food Cravings Questionnaires: Development and validation of a general index of food craving. *Appetite*, 49, 38-46.

OCU. (1996). Vivir sin estrés. Consejos útiles para susperarlo. Madrid: OCU ediciones.

Pelchat, M. L. (1997). Food Cravings in Young and Elderly Adults. *Appetite* 28, 103–113.

Rogers, P. J., & Smit, H. J. (2000). Food craving and food ‘addiction’: A critical review

of the evidence from a biopsychosocial perspective. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 66, 3–14.

Roseann, T., & Spiotta Gregory B. Luma. (2009). Hodnocení obezity a kardiovaskulárních rizikových faktorů u dětí a adolescentů. *Medicína po promoci* 3/2009. Retrieved 20.4.2013 from the World Wide Web: <http://www.tribune.cz/clanek/14328>

Snopek, M. (2004). Presentace pro předmět Psychoterapie dětí. Psychologický ústav FF MU v Brně. Retrieved 20.4.2013 from the World Wide Web: http://www.phil.muni.cz/~hump/psychoterapie/deti/Papers/Referat_VIII_2004.pdf

Sucharda, P. (2008). Obezita a metabolický syndrom. *Interní medicína pro praxi*, 10 (4), 165-166.

Svačina, S. (n.d). *Obezita*. Lékařské repetorium. Retrieved 16.6.2014 from World Wide Web: http://www.medicabaze.cz/?&sec=term_detail&termId=566&tname=Obezita

Světlák, M., & Černík, M. (2010). Food craving: Food-Craving Questionnaire - Trait. *Praktický lékař* 90, 44-47.

Světlák, M., & Pšeniceová, K. (2012). *Příznaky bažení po jídle u dětí staršího školního věku a jejich vztah k body-mass indexu*. Retrieved 30.5.2014 from the World Wide Web: http://is.muni.cz/el/1411/jaro2013/MNPV081p/um/VL_2012-02_Svetlak.pdf

Svobodová, J. (2012). *Vztah intenzity bažení po jídle k antropometrickým charakteristikám u studentů vysoké školy. Posouzení reliability české verze dotazníku General-Food Craving Questionnaire-Trait*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Taussig, J. (2012). *Jídlo a emoce*. Retrieved 5.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.sportvital.cz/sport/nadvaha-a-pohyb/jidlo-a-emoce/>

Trojanová, M. (n.d.). *Deník*. Retrieved 20.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.psycholog-trojanova.cz/denik.php>

Urbanová, Z. (2008). Můžeme ovlivnit obezitu v dětství. *Pediatric pro praxi* 9, 236-238.

Valjent, Z. (n.d.). *Pokus o vymezení pojmu aktivní životní styl*. Ústav tělesné výchovy a sportu, ČVUT Praha. Retrieved 10.5.2014 from the World Wide Web: http://www.utvs.cvt.cz/lectors/zv_zivotni_styl.pdf

Vignerova, J. (2005). *Jak sledovat tělesný růst dítěte*. Retrieved 5.5.2014 from the World Wide Web: <http://www.bezlepkovadieta.cz/celiakie-celiakalni-sprue/218-3/jak-sledovat-telesny-rust-ditete>

Virtue, D. (1995). *V zajetí jídla*. Retrieved 13.2.2013 from the World Wide Web: <http://ulozto.cz/x7LFZFKw/doreen-virtue-v-zajeti-jidla-pdf>

Virtue, D. (1994). *Zbavte se svých kil bolesti*. Praha: Synergie CZ s.r.o.

Virtue, D. (1996). *Chci změnit svůj život, ale nemám na to čas*. Praha: Synergie Publishing SE.

Vítek, L. (2008). *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s.

Vogeltanz, V. (2010). *Etikoterapie - hledání podstaty*. Retrieved 30.9.2013 from the World Wide Web: <http://www.celostnimedicina.cz/etikoterapie-hledani-podstaty.htm#ixzz2hv9kezOX>

Vojtíšek, M. (2013). *Meditace*. Retrieved 7.5.2014 from the World Wide Web: <http://lastura.cz/duchovno/meditace.html>

Vondráčková, P. (2009). *Jídlo jako závislost*. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: <http://www.babyweb.cz/jidlo-jako-zavislost?s=363>

VZP (2011). *V České republice je 55 % lidí s nadváhou a obezitou*. Retrieved 30.2.2014 from the World Wide Web: <https://www.vzp.cz/klienti/aktuality/v-ceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou>

VZP (n.d.). Projekt Žij zdravě. Retrieved 30.2.2014 from the World Wide Web: <http://www.zijzdrave.cz/kila-navic/obezita-a-nadvaha/cesi-a-obezita-%E2%80%93-jak-jsme-na-tom/>

WHO. (1946). Constitution of the world health organization. New York. Retrieved 3.4.2014 from the World Wide Web: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

WHO. (2004). Global Database of Body Mass Index. Retrieved 15.4.2014 from the World Wide Web: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

WHO. (n.d.). Childhood overweight and obesity. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

WHO.(2005). Podpora zdraví v nemocnicích. Praha: Consult hospital s.r.o. Retrieved 25.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.who.cz/attachments/article/18/Podpora%20zdrav%C3%AD%20v%20nemocnic%C3%ADch%20%20D%C5%AFkazy%20a%200%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20kvality.pdf>

13. SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Obrázek 1. Bio-psycho-socio-duchovní model zdraví (MCAnulty, 2011)

Obrázek 2. Determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech (Holčík, 2004)

Tabulka 1. Mezinárodní klasifikace podváhy, normální váhy, nadváhy a obezity u dospělých dle BMI (WHO, 2004)

Tabulka 2. Hodnocení hmotnosti u dětí dle percentilových pásem (Vignerová, 2005)

Obrázek 3. Pyramida potřeb (<http://www.itsolution.cz/maslowova-teorie.a14.html>)

Tabulka 3. Charakteristiky látek a jejich účinky (Virtue, 1994, 231)

Tabulka 4. Stratifikace respondentů dle klasifikace tělesné hmotnosti dle BMI

Tabulka 5. Stratifikace respondentů dle věku

Tabulka 6. Stratifikace respondentů dle úrovně dosaženého vzdělání

Tabulka 7. Šestibodová škála možností odpovědí

Tabulka 8. Otázky vztahující se k faktoru 1

Tabulka 9. Otázky vztahující se k faktoru 2

Tabulka 10. Otázky vztahující se k faktoru 3

Tabulka 11. Otázky vztahující se k faktoru 4

Tabulka 12. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k jednotlivým kategoriím dle BMI

Tabulka 13. Rozdíly mezi jednotlivými skupinami dle BMI v celkovém bažení

Graf 1. Celkové skóre intenzity bažení v závislosti na jednotlivých kategoriích dle BMI

Tabulka 14. Vzájemný vztah skupin dle klasifikace BMI u F2 Ztráta kontroly

Graf 2. Faktor Ztráta kontroly ve vztahu k BMI

Tabulka 15. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k pohlaví

Graf 3. Komparace celkové intenzity bažení u žen a mužů

Tabulka 16. Průměrná intenzita bažení v jednotlivých faktorech dle věkových skupin

Graf 4. F1 Zaujatost jídlom v závislosti na věkové skupině

Graf 5. F2 Ztráta kontroly v závislosti na věkové skupině

Graf 6. F3 Pozitivní očekávání v závislosti na věkové skupině

Graf 7. F4 Emoční bažení v závislosti na věkové skupině

Graf 8. FC Celková intenzita bažení v závislosti na věkové skupině

Graf 9. Celková intenzita bažení v závislosti na věku (n=2042)

14. Přílohy

Příloha 1. Dotazník G-FCQ-T General -Food Craving Cuestionnaire - Trait

Vážená paní, Vážený pane,

děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřený na sledování chuti k jídlu. Získaná data budou anonymně zpracována a použita pouze pro účely vědeckého zkoumání.

Datum vyplnění dotazníku:

Jméno a příjmení:

Věk:

Hmotnost:

Výška:

Pohlaví:

Muž	Žena
-----	------

Kouříte?

Ne, nikdy jsem nekouřil (a)	Ne, dříve jsem kouřil (a)	Ano, příležitostně	Ano, kouřím pravidelně
-----------------------------	---------------------------	--------------------	------------------------

Nejvyšší dosažené vzdělání:

ZŠ	SŠ	VŠ
----	----	----

Počet obyvatel v mém bydlišti:

do 1 000	1 000–29 900	30 000–100 000	nad 100 000
----------	--------------	----------------	-------------

Jaká pohybová aktivita převažuje ve Vašem zaměstnání?

Velmi lehká – sedavé zaměstnání, student, důchodce	Střední – chůze na krátké vzdálenosti	Vysoká – rychlá chůze, nošení břemen...
--	---------------------------------------	---

Kolik času obvykle věnujete pohybové aktivitě ve volném čase?

Žádný	Méně než 1,5 hod/týden	1,5–3 hodiny/týden	Více než 3,5 hodiny/týden
-------	------------------------	--------------------	---------------------------

Máte psa?

Ano	Ne
-----	----

Užíváte pravidelně nějaké léky nebo potravinové doplňky?

Ano	Ne
-----	----

Pokud ano, uveďte jaké.....

U jednotlivých otázek zaškrtněte tu, která nejvíce vypovídá o vašich pocitech:

1. Mám pocit, že neustále myslím na jídlo.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

2. Bez ohledu na to, jak těžce to zkouším, nemohu přestat myslet na jídlo.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

3. Uvědomil (a) jsem si, že jsem zcela zaujatý (á) jídlem.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

4. Když mám na něco neodolatelnou chuť, nemůžu se myšlenky na jídlo zbavit.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

5. Neodolatelná chuť na jídlo mě neustále nutí hledat způsoby, jak se k jídlu dostanu.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

6. Strávím hodně času přemýšlením nad tím, co budu jíst příště.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

7. Když jím něco, na co jsem měl (a) neodolatelnou chuť, přestanu se kontrolovat a sním příliš mnoho.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

8. Jakmile začnu jíst, mám potíže přestat.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

9. Když mám na něco neodolatelnou chuť, vím, že jakmile začnu jíst, nebudu schopen (a) přestat.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

10. Když dostanu to, na co mám neodolatelnou chuť, nedokážu přestat jíst.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

11. Když jsem s někým, kdo se přejídá, přejídám se obvykle také.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

12. Kdykoliv jdu někam, kde je neomezené množství jídla, skončí to tak, že sním víc, než jsem potřeboval (a).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

13. Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se lépe.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

14. Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se skvěle.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

15. Když jsem sytý (á), jsem méně napjatý (á), úzkostný (á).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

16. Když se najím, cítím se spokojeně.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

17. Někdy, když jím, zdá se mi, že svět je prostě perfektní.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

18. Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když jsem rozrušený (á).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

19. Mé emoce jsou často příčinou toho, že chci jíst.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

20. Když jsem ve stresu, mám neodolatelnou chuť na jídlo.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

21. Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když se cítím znužený (á), naštvaný (á) nebo smutný (á).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
1. LIDSKÉ ZDRAVÍ	9
1.1. BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZDRAVÍ	11
1.2. DETERMINANTY ZDRAVÍ	15
2. ŽIVOTNÍ STYL	16
2.1. PŘIMĚŘENÁ POHYBOVÁ AKTIVITA	17
2.2. ZDRAVÁ VÝŽIVA	19
2.3. MANAGEMENT STRESU	19
2.4. HYGIENA SPÁNKU A ODPOČINKU	20
2.5. NADVÁHA A OBEZITA	21
2.5.1. <i>Epidemiologie</i>	22
2.5.2. <i>Dětská nadváha a obezita</i>	23
2.5.3. <i>Terapie obezity</i>	24
2.6. HODNOCENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI	24
2.7. HODNOCENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI U DĚTÍ	28
3. BAŽENÍ PO JÍDLE (CRAVING)	30
3.1. TEORIE LIDSKÉ MOTIVACE A CHUŤ K JÍDLU	30
3.2. HISTORIE STRAVOVÁNÍ	32
3.3. BAŽENÍ A ZÁVISLOST NA JÍDLE	33
3.4. INTENZITA BAŽENÍ	35
3.5. IMPULZIVITA	36
3.6. EMOCE - SPOUŠTĚČI BAŽENÍ	37
4. POSTUPY A TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ BAŽENÍ	43
4.1. POSTUPY MÍRNÍCÍ BAŽENÍ A ZLEPŠUJÍCÍ SEBEOVLÁDÁNÍ:	43
4.2. TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ BAŽENÍ A STRESU	45
5. CÍLE A HYPOTÉZY	50

5.1.	HLAVNÍ CÍL.....	50
5.2.	DÍLČÍ CÍLE	50
5.3.	HYPOTÉZY	50
6.	VÝZKUM.....	51
6.1.	METODIKA VÝZKUMU.....	51
6.2.	ETIKA VÝZKUMU	51
6.3.	METODIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	51
6.4.	METODIKA DOTAZNÍKU G-FCQ-T	53
6.5.	METODIKA STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ DAT.....	56
7.	VÝSLEDKY.....	58
7.1.	LIMITY PRÁCE.....	67
8.	DISKUZE.....	68
9.	ZÁVĚRY.....	70
10.	SOUHRN	71
11.	SUMMARY	73
12.	REFERENČNÍ SEZNAM	75
13.	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK.....	82
14.	PŘÍLOHY.....	84

ÚVOD

Lidské zdraví je jedna z nejvyšších hodnot, které máme a proto bychom si ho měli vážit a pečovat o něj. Organismus setrvává ve stavu dynamické rovnováhy a porušení této rovnováhy má většinou negativní dopad na zdraví člověka. Už stará řecko-římská kultura zastávala názor, že jakýkoliv extrém je škodlivý a to i co se týče stravování. Štíhlost byla považována za přirozený stav organismu. Byla tedy uznávána střídmost a uměřenost ve stravování a tzv. „žranice“ byly zavrhovány (Montanari, 2003). Nadměrná konzumace jídla nepřináší totiž téměř žádný pozitivní zdravotní efekt. Ba naopak, negativním důsledkem přejídání se je například přibývání na váze, se kterým je v budoucnosti spojeno mnoho zdravotních rizik.

Zajímalo mne, co způsobuje silnou touhu po jídle, jak vzniká, proč jí mnoho lidí často podléhá a nedokáže s ní bojovat. Bažení neboli craving je silná touha, která se vyskytuje také např. u drogových či alkoholových závislostí. Je nezvladatelná, nekontrolovatelná, impulzivní a otravná, pacientovi znemožňuje soustředit se na jiné věci, protože v myšlenkách neustále utíká k jedinému tématu – k jídlu. Takto by se dal přiblížit český výraz bažení po jídle. Aspekty bažení po jídle, jeho příčiny, projevy a následky budou hlavním tématem této práce.

Samotný výskyt bažení není považován za negativní, avšak přejídání a přibývajících tělesná hmotnost už riziková je. Při opakovaném přejídání a následném tloustnutí, dochází také k posilování negativních emocí, ke ztrátě sebevědomí a sebedůvěry, podceňování se. Čím více člověk přibírá na hmotnosti, tím více je posilováno jeho bažení a zhoršuje se i jeho psychický stav. Jídlo má pro obézního člověka nepřiměřeně silnou kladnou hodnotu. Poskytuje mu pocity uklidnění, uvolnění, jistoty, uspokojení a v některých případech nahrazuje lásku. Obézní člověk je zvýšeně citově zranitelný a na neúspěchy a pocity křivdy může reagovat tím, že se přejídá. Jídlo mu přináší úlevu, ale zároveň jej vzdaluje od cílů, kterých chtěl dosáhnout. (Taussig, 2012)

Rostoucí epidemie obezity odráží změny ve společnosti a jejích zvycích. K nárůstu počtu lidí trpících nadváhou a obezitou přispívají celosvětové procesy jako ekonomický růst, modernizace, globalizace obchodních řetězců, urbanizace, obecná tendence snižování pohybové aktivity člověka, která souvisí to s faktem, že ekonomika je více orientovaná na využívání sektoru služeb. Mnoho lidí vlastní automobil a čím dál méně osob se přemísťuje

pěšky či na kole. Moderní domácnosti jsou vybaveny vymoženostmi, které člověku na jedné straně usnadňují práci, ale zároveň přispívají ke snížení pohybové aktivity. (Taussig, 2002) Obezita je zapříčiněna velkým množstvím vzájemně působících faktorů, které jsou součástí tzv. metabolického syndromu. Vysoký cholesterol podílející se na vzniku ischemické choroby srdeční a na infarktu myokardu, kouření a stresující způsob života jsou faktory ohrožující člověka na životě. Při léčbě obezity je nezbytná úprava životního stylu, adekvátní pohybová aktivita a dodržování výživových zásad. (Hnízdil, 2007)

Autoři Virtue (1994), Nešpor (2012) i Hnízdil (2007) doporučují jako terapii bažení zaměřit se duchovním směrem a urovnat nejprve všechny problémy v rodinném, partnerském, pracovním a osobním životě. Je nesmysl si říkat, že některé věci nelze změnit. Téměř vše v našem životě jde změnit tak, abychom byli šťastní. Důležité je vnímat sám sebe jako člověka, který se umí pohybovat a orientovat v okolním prostředí, který si věří, dělá kroky vpřed, má nadhled a zdravé sebeprosazování. Ten, kdo má přátele, dělá věci, které ho baví, umí si dobře zorganizovat svůj čas, je šťastný. Vymyslí plno činností, které by chtěl dělat a už mu nezbyde ani chvilka času na to, věnovat se myšlenkám na jídlo. Člověk by se měl umět usměrnit, pokud si uvědomí své bažení a zastavit ho hned na počátku. Klíčem k mírnění bažení je uvědomit si pravou příčinu svých problémů. Například, že nezvladatelná touha po máslových sušenkách je vlastně skrytá touha pobavit se a uvolnit nebo že lačnění po tučném smaženém jídle znamená nedostatek lásky, osamělost a prázdnotu. Pokud si toto člověk uvědomí, začne se cítit lépe, lehčeji a získá kontrolu nad sebou samým. Lehkost na těle i naduchu je předpokladem toho, abychom se cítili dobře a zdravě.

Měření a hodnocení cravingu je poměrně komplikovaná záležitost, kvůli subjektivnímu posuzování a nepřesnému vymezení problematiky. Avšak existuje několik metod, které se v praxi používají. Jedním z nástrojů, jak posoudit intenzitu bažení je standardizovaný dotazník General-Food Craving Questionnaire Trait od autorů Nijs, Franken a Muris (2007) obsahující 21 otázek. Pro náš výzkum použijeme českou verzi tohoto dotazníku od Světláka a Černíka (2010), jehož reliabilita byla ověřena a také byla prokázána jeho dobrá stabilita v čase (Svobodová, 2012).

1. LIDSKÉ ZDRAVÍ

Nejvýznamnější organizací na světě, která se otázkou zdraví zabývá globálně, je Světová zdravotnická organizace (World Health Organization - dále jen WHO). V České republice je důležitým dokumentem především program Zdraví pro všechny ve 21. století (2004), za jehož plnění a monitorování cílů zodpovídá stát. Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky je v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj.

Dle Ústavy WHO je zdraví charakterizováno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“(WHO, 1946, 1). Definice vystihuje jak pozitivní, tak i negativní složku pojmu zdraví. Zdraví chápeme jako vnitřní subjektivní pocit. Dle českého Programu Zdraví 21 „Zdraví není jen charakteristikou organismu. Je i významnou humánní hodnotou, a to jak individuální, tak sociální. Je provázáno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty.“ (Zdraví 21, 2004, 23). Hloubku a smysl slova zdraví cítíme také v anglickém slově „health“, které vzniklo ze slova „whole“ (celý, zdravý). Ve vztahu duše - tělo je zdraví pojímáno monisticky a celostně jako jedna dimenze (Zdraví 21, 2004).

Mnoho okolností nasvědčuje tomu, že zdraví není prostým protipólem nemoci, že je ve své podstatě jinou kategorií než nemoc. Lze soudit, že zdraví je pojmem spíše obecně humánním a sociálním než jednostranně medicínským a že jeho determinanty a možnosti jeho ochrany, posílení a rozvoje široce přesahují tradiční doménu zdravotnických služeb (Zdraví 21, 2004, 22).

Tato definice obsahuje více přístupů. Zatímco medicínský pohled na zdraví je zaměřen na fyzické rizikové faktory (např. vysoký krevní tlak), behaviorální přístup se zaměřuje na faktory spojené s životním stylem (kouření, pohybová aktivita), socio-environmentální přístup řeší obecné životní podmínky jako je chudoba či nezaměstnanost. Měli bychom stavět na skutečnosti, že „lidé zdraví nejenom studují, ochraňují a navracejí, ale i prožívají; zdraví je tedy jednou z charakteristik života v jeho celé plnosti.“ (Holčík, 2004, 27).

Už z nejstarších teorií je dobře známé řecko-římské chápání zdraví. Lékaři Hippokrates a Galén viděli zdraví jako harmonii a rovnováhou (isonomia) řady prvků a kvalit, jak psychických, tak i fyzických (temperament, roční doba, tělesné šťávy: krev, černá a žluč,

žluč, sliz). A naopak nemoc znamenala porušení řádu v systému prvků či disproporci mezi tělesnými šťávami. Doktor Galén rozlišoval navíc tři stavy bytí: zdraví, nemoc a neutralitu (Holčík, 2004).

Burešova definice vystihuje zdraví jako „potenciál vlastností (schopností) člověka, vyrovnat se s nároky působením vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí.“ (Bureš in Zdraví 21, 2003, 23). Říká tím v podstatě, že život je neustálá změna a člověk na každou změnu určitým způsobem reaguje. Naše reakce musí být rychlá a adekvátní. Život člověka je proces, do kterého často nepředvídatelně vstupují vnější i vnitřní faktory, které člověk musí zvládnout a přijmout bez újmy na zdraví. Žijeme v dynamické rovnováze, vyrovnáváme se s různými nároky ze strany rodičů, přátel, partnera, z pracovního prostředí.

V pozitivním kontextu vnímání zdraví formuluje Ottawská charta podobnou myšlenku jako výše zmíněný Holčík (2004), že „zdraví je lidmi utvářeno a prožíváno v lokálním rámci jejich každodenního života; tam kde se učí, pracují, baví se a milují.“ (WHO, 2005, 2).

Má-li jednotlivec nebo skupina dosáhnout stavu úplné tělesné, duševní a sociální pohody, musí mít možnost určovat a uskutečňovat své aspirace, uspokojovat své potřeby a měnit prostředí nebo se s ním vyrovnávat. Zdraví je proto vnímáno jako zdroj každodenního života a nikoli jako životní cíl. Zdraví je pozitivní koncept, který kromě tělesných schopností zdůrazňuje i sociální a osobní možnosti člověka. (WHO, 2005, 72).

Hnízdil a Šavlík (2007) zdůrazňují aktivní přístup pacienta na péči o vlastní zdraví. Jsou představiteli psychosomatiky, která otevírá bránu k lepšímu porozumění člověka. Psychosomatika není samostatný medicínský obor, ale způsob myšlení, který v sobě zahrnuje holistický pohled na člověka (pacienta) ve svém přirozeném prožívání každodenního života. Psychosomatika se zabývá více nemocným pacientem, než nemocí (Hnízdil & Šavlík, 2007). Konečný (2013) považuje psychosomatiku za způsob uvažování o zdraví a nemoci, který nepomíjí člověka v jeho životní situaci. Na zdravotní obtíže pohlíží v kontextu individuální historie člověka a osobního jedinečného příběhu, a proto je psychosomatika schopna často pomoci tam, kde běžná léčba selhává. (Konečný, 2013). Hnízdil úspěchy biologické vědy v žádném ohledu nezpochybňuje. Naopak říká, že psychosomatika obohacuje klasický medicínský přístup o přirozenou stránku lidského života, o potřebu psychické a sociální podpory. Na dnešním lékařství vidí nedostatek

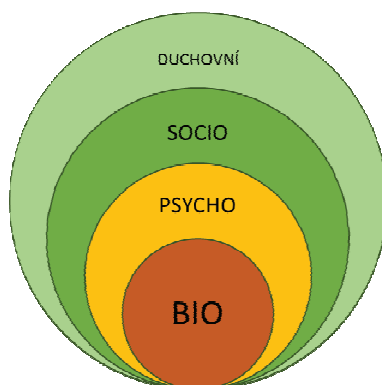
v tom, že je pod velkým vlivem biologických věd a ohromujících dílčích poznatků a že humanitní vědy jsou často opomíjeny. Chybí celostní teoretický koncept zahrnující bio-socio-psycho-spirituální model zdraví (Hnízdil & Šavlík, 2007).

Psychosomatickým přístupem se budeme zabývat i v problematice bažení po jídle. Lidé úzkostní, neklidní, neurotičtí či depresivní vyhledávají přirozeně různé strategie, jak z nepříjemných stavů unikat. Vzniká tak poměrně velká skupina lidí, kteří utíkají od svých životních problémů a řeší je pomocí jídla. Jejich touha po jídle bývá ve skutečnosti způsobena neuspokojenými psychickými potřebami (např. nespokojeností ve vztahu, neuspokojenou potřebu lásky, osamělosti, nudou) (Virtue, 1995). V následujících kapitolách budou popsány negativní zdravotní důsledky bažení a přejídání se a také léčba a techniky zvládnání bažení.

1.1. Bio-psycho-socio-spirituální model zdraví

Pro začátek bude dobré shrnout si všechny složky, které utváří zdraví. Základní přístup bio – psycho – socio - spirituálního modelu je interdisciplinární. Čtyřsložkový model zdraví pohlíží na zdraví člověka z různých úhlů pohledu, ale přitom neodděluje duši od těla. Systémové pojetí modelu umožňuje řešit otázku zdraví z hlediska biologického, psychologického, sociálního i duchovního (spirituálního). Jako jeden z prvních jej prosazoval G. Engel (MCAnulty, 2011).

Model, který byl zpočátku čistě biologický, se postupně rozšířil o psychologickou a sociální složku, protože bylo příliš zjednodušené a neobjektivní posuzovat lidské zdraví jen z biologického (tělesného) pohledu. Byla zahrnuta i problematika osobnosti, temperamentu a všeho, čím se zabývá psychologie osobnosti (psychika, vnitřní nastavení, názory) a sociální rovina. Rozumíme tím sociálním prostředím a vztahy, ve kterých člověk vystupuje (zastává v životě různé role: dítě, žák, sourozenec, rodič, zaměstnanec, manžel). V posledních letech psychologové a psychiatři obohatili model o čtvrtou složku - spirituální (duchovní). Všechny 4 složky jsou stejně důležité. Spiritualita je také významným a legitimním předmětem lékařského výzkumu (Nešpor, 2006).



Obrázek 1. Bio-psycho-socio-duchovní model zdraví (MCAnulty, 2011)

Tento model nám bude užitečný pro pochopení souvislostí v holistickém pohledu na lidské zdraví, životní styl, bažení po jídle, stres, negativní emoce, přejídání se, obezitu a léčbu. Vztáhněme tedy model na problematiku bažení po jídle:

1. Biologický aspekt bažení je například genetická predispozice, zakódovaná ve dvojité šroubovici deoxyribonukleové kyseliny v našich buňkách. Člověk se může narodit s genetickou predispozicí k tloustnutí, ale stále je to jen předpoklad, že by v budoucnu mohl vypadat a vážit zhruba stejně jako jeho rodiče, pokud by žil podobným životním stylem jako oni. Genetický faktor dle Holčíka nemá větší vliv na naše zdraví než 20 % (Holčík, 2004), tudíž nejsme k obezitě od prvopočátku odsouzeni. I přes toto pozitivní zjištění se z českých průzkumů dozvídáme alarmující výsledky. V rámci preventivního programu Žij zdravě Všeobecné Zdravotní Pojišťovny (dále jen VZP) byl proveden výzkum, ze kterého vyplývá, že 45 % českých dětí, které mají oba dva rodiče obézní, trpí obezitou v dospělosti také. Pokud jsou matka s otcem obézní, jejich potomek má statisticky velkou pravděpodobnost, že bude mít v budoucnu problémy s váhou, i když záleží vždy na mnoha dalších faktorech (např. druh, frekvence, délka a intenzita pohybové aktivity, skladba jídelníčku apod.) Čím vyšší je však tělesná váha, tím méně hodin týdně tráví člověk pohybovou aktivitou, což dokazuje, že s přibývajícím kily roste i nechuť hýbat se. U obézních je významně vyšší podíl těch, kteří nevykonávají žádnou pohybovou aktivitu, a to zhruba jedna třetina. Lidí s nadváhou a obezitou v České republice přibývá a obezita je příčinou špatného zdravotního stavu. Negativní vliv nadváhy a obezity ovlivňuje také spokojenost s pracovním

výkonem, s osobními vztahy, se sexuálním životem a se sebou samým. Zhruba každý třetí obézní člověk trpí depresemi a více jak třetina obézních necítí dost energie pro každodenní činnosti a život (VZP, 2011).

2. Psychologický aspekt bažení a přejídání se týká například naučených stravovacích způsobů a vzorců chování, které jsou získané v dětství a většinou přetrvávají do dospělosti. Děti se od rodičů naučí stravovací návyky a v dospělosti je dále předávají vlastním potomkům. Proto dítě vyrůstající v prostředí rodiny s nadváhou či obezitou ve většině případů také v dospělém věku bojuje se svou hmotností. Mezi psychologické aspekty patří emoce. Zvláště intenzivní negativní emoce u mnoha lidí vyvolávají vtíravé myšlenky na jídlo a touhu po určitých potravinách. Pokud je touha natolik silná, že člověk není schopen ji odolat a zavčas sám sebe zarazit v konzumaci oblíbené potraviny, hovoříme o nekontrolovaném a impulzivním přejídání. Negativní emoce jsou například strach, zlost, napětí či stud, kterými se dále budeme zabývat v kapitole Emoční bažení (Virtue, 1995).

Mezi vnitřní kvality člověka patří například organizace, disciplína a sebekontrola, které v problematice bažení hrají poměrně velkou roli a kterými se později také budeme zabývat. Další charakteristiky jsou vděčnost, svědomí a hřích. Lidé, které ovládá touha po jídle natolik, že sní sami např. 100 gramovou tabulku čokolády, si zpětně vyčítají své nekontrolované jednání, vnímají ho jako hřích, který spáchali sami na sobě a cítí lítost a vztek, který opět v některých případech zajídají jídlem (Virtue, 1995).

3. Sociální aspekt touhy po jídle lze pozorovat v různých kulturách a zvycích společného stravování. Rodina tvoří primární prostředí, odkud člověk přejímá stravovací návyky (volba potravin, denní doba jednotlivých jídel, akt společného stolování a různé tradice spojené s jídlem). Tyto návyky přejímáme vědomky i nevědomky od rodiny jako děti a přinášíme je pak do naší vlastní rodiny, kterou v dospělosti zakládáme. Člověk se schází u jednoho stolu při příležitosti oběda či večere s jinými lidmi (s přáteli, s partnerem, s kolegou z práce). Ve společenském kontextu je sdílení těchto okamžiků příjemné, uskutečňuje se při tom důležitá forma mezilidské komunikace (MCAnulty, 2011). Důležitou roli hrají české svátky Vánoce a Velikonoce, významné životní události, které jsou zároveň příležitosti k uspořádání společného oběda, hostiny, rautu či tzv. "zapíjecí akce" založené na konzumaci alkoholických nápojů. Narození dítěte, křtiny, narozeniny, svátky, maturita, promoce, zasnoubení, svatba, sportovní úspěch, pracovní úspěch, výročí

svatby, pohřeb, to všechno jsou společenské události, při kterých dochází ke společnému setkávání lidí. Společenské události vždy provázelo, provází a bude provázet jídlo (Bízová, 2007).

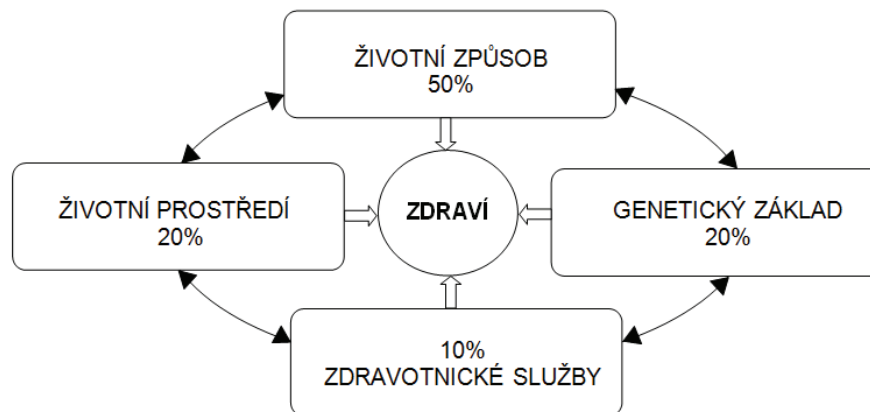
4. Duchovní či spirituální aspekt je významný v problematice řešení závislostí na jídle. Klíčové prvky spirituality jsou *smysluplnost*, kam patří důležitost života a smysl životních situací, *hodnoty*, což jsou ceněná přesvědčení a hodnotová měřítko, *transcendence* značící zkušenosti s dimenzí přesahující osobní já, *vztahy* k sobě, druhým lidem, Bohu nebo Vyšší síle a *rozvíjení života*, což vyžaduje zkušenost a reflexi a zahrnuje pocit, kdo člověk je a jak poznává (Martsof & Mickley in Nešpor, 2006). Co se týče závislostí, tak spiritualita podle Nešpora negativně koreluje s pitím alkoholu a kouřením (výskyt rizikového chování je nižší u věřících lidí 17,6 % než u nevěřících lidí 28,6 %), z čehož by se dalo částečně usuzovat, že pokud závislost na jídle vykazuje podobné znaky jako závislost na cigaretách, pak by věřící člověk po jídle bažil méně než nevěřící. Obecně řečeno spirituálně založení lidé mají optimističtější pohled na život, silnější pocit sociální pohody a podpory a vyšší odolnost vůči stresu (např. bolest ze ztráty blízké osoby), který úzce souvisí s bažením po jídle. Lékaři, kteří brali v úvahu spirituální prvek, zaznamenali u svých pacientů nižší mortalitu i lepší průběh léčby (Nešpor, 2006).

Pod pojem spiritualita spadá také otázka víry. Typicky českým specifickým je malé procento věřící populace, což potvrzují výsledky sčítání lidu z roku 2011 zveřejněných v únoru 2014. Z celkového počtu obyvatel ČR (10 436 560) je 3 604 095 obyvatel bez náboženské víry. Věřících lidí a zároveň hlásících se k nějaké církvi je 1 463 584. Lidí, kteří jsou věřící, ale nehlásí se k žádné víře je 765 358. Zbytek českého obyvatelstva nevedlo žádnou odpověď. To by mohlo znamenat, že i víra v prostředí ČR má určitý vliv na zvyšující se průměrné hmotnosti českého obyvatelstva (ČSÚ, 2011).

Souhrnem lze říci, že zdravá a harmonická osobnost člověka se skládá ze čtyř oblastí a pokud se v některé z těchto oblastí vyskytne problém, je nutné věnovat mu dostatečnou péči a nezanedbat ho. To platí nejen u lékařů a odborníků na obezitu, pohybovou aktivitu a výživu, kteří by měli mít na paměti, že s pacientem se musí pracovat citlivě, pozorně a celistvě a pomáhat nalézat skutečnou příčinu jeho potíží, ale i u pacientů, kteří nesou největší část zodpovědnosti za své zdraví.

1.2. Determinanty zdraví

Teď, když jsme si objasnili pojem zdraví, můžeme se podívat, čím je zdraví ovlivněno. Je zřejmé, že zdraví je výsledkem komplikovaného působení mnoha faktorů. Dle Holčíka (2004) rozdělujeme determinanty zdraví na 4 oblasti (Obrázek 2): genetické predispozice, které mají vliv na zdraví jedince až z 20 %, úroveň zdravotnických služeb ovlivňuje zdraví z 10 %, životní prostředí (což jsou přírodní a sociální faktory) mají vliv na zdraví z 20 %, ale z největší části se na zdraví jedince podílí vlastní životní způsob (chování), a to až z 50 % (Holčík, 2004).



Obrázek 2. Determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech (Holčík, 2004)

V oblasti životní prostředí má velkou důležitost politická a ekonomická situace, která do značné míry předznamenává možnost skutečné volby občanů (např. otázka pitné vody, výživy, bydlení, vzdělání). Významným faktorem, který spadá do životního způsobu je kultura, která obsahuje tradice, zvyklosti, hodnoty, historickou zkušenost, což také ovlivňuje zdraví lidí. Další determinantou zdraví je kouření a pití alkoholu. Vysoký nárůst tohoto rizikového chování je zaznamenán u mládeže, především u dívek (Holčík, 2004).

Vycházíme-li z předpokladu, že zdraví lze zhruba ze 70 % ovlivnit: jednak zlepšením životního prostředí (20 %) a jednak zdravějším chováním lidí (50 %), pak je zřejmé, že dosud se této oblasti věnuje poměrně malá pozornost. Nyní se zaměříme už pouze na životní styl.

2. ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je sociologickým fenoménem zkoumaným z mnoha hledisek. Prolíná se s pojmy životní způsob, kvalita a délka života, životní dráha a také jej často nejde oddělit od podmínek života. V českém prostředí dochází nejvíce ke konfrontaci výrazů životní způsob a životní styl, kde neexistuje odborný konsensus mezi těmito dvěma pojmy. Životní způsob bývá chápán jako pojem týkající se společnosti, je obecnější, širší a nadřazený životnímu způsobu, který se spíše více týká života jednotlivců či menších skupin spjatých s konkrétními podmínkami. Životní styl člověka se podílí na jeho celkové spokojenosti a pohodě (Valjent, n.d.).

Aktivní životní styl lze chápat jako rovnováhu mezi duševním a fyzickým zdravím. „Dále se charakterizuje jako životní styl závislý na vzájemné kladné kombinaci především těchto faktorů: zdravé výživě, pitném režimu, rizikových faktorech (kouření, pití alkoholu, drogy), konzumu médií (TV, počítače) a pohybové aktivitě.“ (Valjent, n.d., 6). Je používáno pravidel 3 P, což znamená: Přiměřenost v příjmu živin a energie, Pravidelnost pohybové aktivity a Prevenci v předcházení nezdravým stravovacím a životním návykům. Aktivní životní styl dává životu smysl, zlepšuje kvalitu života a navíc snižuje i náklady na léčbu komplikací a sociální výpomoc (Valjent, n.d.). Přínosy aktivního životního stylu tedy jsou:

- Zvýšení kardio-respirační kondice, zlepšení svalové síly, vytrvalosti.
- Snížení krevního tlaku.
- Zvýšení počtu červených krvinek, zlepšení anemie.
- Snížení inzulínové resistance, snížení a vylepšení lipidového spektra.
- Zlepšení obranyschopnosti proti infekcím.
- Prevence úbytku svalové hmoty a úbytku kostní hmoty ve vyšším věku.
- Zlepšení držení těla, udržení „svalového korzetu“ prevence degenerativního postižení vaziva a kloubů.
- Prevence pádů a významné zlepšení soběstačnosti ve vyšším věku.
- Zlepšení nálady a sebedůvěry, zlepšení psychické výkonnosti i odolnosti, zlepšené zvládání společenských rolí.
- Radostnější a aktivnější využívání volného času
- Méně depresí, hypochondrických těžkostí a stavů úzkosti

- Lepší trávení a méně problémů se zácpou.
- Způsobení přirozené únavy a uklidnění, klidnější, osvěžující spánek.
- Snižující působení stresu.
- Zlepšení vzhledu (Valjent, n.d.).

Životním stylem dětí a mládeže se zabývá v českém prostředí studie HBSC (Health Behaviour in School – aged Children). Tato studie vychází ze stanoviska WHO, že chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání. Zaznamenává u dětí a mládeže tyto nedostatky: nadměrný energetický příjem a nezdravá strava, nedostatečná úroveň pohybové aktivity a vysoká míra sedavých aktivit, užívání tabákových výrobků, drog a nadměrné pití alkoholu (Kalman & Vašíčková, 2013).

2.1. Přiměřená pohybová aktivita

Čím dál více se zvyšuje podíl duševní práce v naší společnosti, což přirozeně vede u většiny lidí ke snižování tělesného zatížení organismu a následně pak i ke snížení fyzické kondice. Také narůstá psychické vypětí, ať již pracovního či studijního charakteru, jenž se musí kompenzovat vhodnou pohybovou aktivitou, která pomáhá relaxovat organismus a tím urychlit i jeho regeneraci (Valjent, n.d.).

Teorie Coopera, který byl tvůrcem aerobního programu pro aktivní zdraví v USA, se zaměřuje na vzájemné vztahy mezi pohybovou aktivitou, výživou a duševní rovnováhou. Zdůrazňoval důležitost aerobní pohybové aktivity, což je taková pohybová činnost, která vyžaduje zvýšený přísun kyslíku v delším časovém intervalu. Klade na organismus takové požadavky, které ho nutí zvýšit využití kyslíku. Většinou se jedná o vytrvalostní činnosti vykonávané mírnou intenzitou (Cooper in Valjent, n.d.).

Každý účinný aerobní trénink se skládá ze 4 částí: rozcvičení, vlastní aerobní fáze, uklidnění a posilování svalstva pomocí gymnastiky nebo posilovacích cviků. Ve svém dlouhodobém výzkumu Cooper zjistil, že je vhodné intenzitu zatížení střídát, a proto doporučuje vykonávat aktivitu po delší čas. Každý účinný aerobní trénink se skládá ze 4 částí: rozcvičení, vlastní aerobní fáze, uklidnění a posilování svalstva pomocí gymnastiky nebo posilovacích cviků. Dále zjistil příznivé odezvy v organismu, které nastanou již při týdenním aerobním běhu trvajícím celkem 80–90 minut; znamená to věnovat se mu 4 x týdně po 20 minutách nebo 3 x po 30 minutách (Cooper in Valjent, n.d.).

Podle Kohlmeiera (2003) intenzivní tělesné cvičení může potlačovat chuť k jídlu, a to pravděpodobně zvýšenou koncentrací serotoninu v hypotalamu a zřejmě tělesné cvičení zvyšuje preferenci sacharózy a kyseliny citrónové.

Národní doporučení pro pohybovou aktivitu (dle HBSC studie) zní takto:

Děti (6-17 let)

Každé dítě a adolescent by měl být pohybově aktivní alespoň 60 a více minut každý den.

Doporučení: Aerobní aktivita by měla tvořit podstatnou část z 60 a více minut každý den, při čemž většina pohybové aktivity by měla být vykonávána střední intenzitou. Minimálně 3 dny v týdnu by mělo dítě a adolescent vykonávat pohybovou aktivitu vysoké intenzity.

Alespoň 3 krát týdně by mělo dítě a adolescent provádět posilovací cvičení (dřepy, sedy lehy, poskoky a jiná základní atletická a gymnastická cvičení) jako součást 60 a více minut pohybové aktivity.

Dospělí (18-64)

Každý dospělý člověk by měl být pohybově aktivní alespoň 30 minut 5 dní v týdnu.

Doporučení: 30 minut pohybové aktivity střední intenzity (rychlá chůze, jízda na kole) 5 dní v týdnu nebo 25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity (běh, fotbal, aerobik) 3 dny v týdnu. K tomu provádět posilovací a protahovací cvičení 2 dny v týdnu.

Senioři (65 let a více)

Každý senior starší 65 let by měl být pohybově aktivní alespoň 30 minut 5 dní v týdnu.

Doporučení: 30 minut pohybové aktivity střední intenzity 5 dní v týdnu v 10 minutových a delších intervalech nebo 25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3 dny v týdnu. Dále by měl senior provádět posilovací a protahovací cvičení zaměřené na hlavní svalové skupiny (stehna, boky, záda, břicho, hrudník, ramena a paže) alespoň 2 dny v týdnu. V případě zhoršené koordinace by měl provádět balanční cvičení pro posílení stability (Kalman & spol, n.d.).

2.2. Zdravá výživa

Zdravá výživa je další oblastí lidského chování, která poskytuje organismu základ pro možný aktivní a zdravý život. Hlavní složky naší stravy jsou sacharidy, tuky a bílkoviny. Další součásti stravy jsou vitamíny, minerální látky a voda. Vyvážená strava by měla obsahovat 25–30 % tuků, 50–55 % sacharidů a 15–20 % bílkovin. Podstatná fakta o zdravé výživě uvádí Valjent (n.d.):

- dbát na snídani jako pravidelné a dostatečně vydatné jídlo
- udržovat rovnováhu mezi energetickým příjmem a výdejem je klíč k udržení tělesné váhy
- omezit celkový příjem tuků, preferovat tuky rostlinné před živočišnými, konzumovat dostatečné množství zeleniny a ovoce, zařadit do jídelníčku ryby, preferovat celozrnné výrobky a omezit solení
- dodržovat pravidlo poměru energetického příjmu tří hlavních jídel: 25 % snídaně, 50 % oběd a 25 % večeře
- jídelníček by měl být rozmanitý a přiměřený
- dodržovat pitný režim; (2–3 litrů neenergetických a zdravotně nezávadných tekutin)
- nevyčleňovat z jídelníčku nízkotučné mléčné výrobky a vybírat si potraviny bohaté na vlákninu
- problém možného řidnutí kostí řeší pravidelný příjem potravin bohatých na vápník
- nejvhodnějšími druhy ovoce a zeleniny jsou ty, které pocházejí ze zdrojů místní oblasti
- při nedostatečném příjmu esenciálních živin je možno požit i potravinové doplňky nutné ke zvýšení příjmu těchto živin (vitamíny, minerály) (Valjent, n.d.)

2.3. Management stresu

Přestože je vliv stresu na lidský organismus již dlouhou dobu znám, společnost mu stále nepřikládá dostatečnou pozornost. Rozlišujeme dva typy stresu: distres (negativně prožívaný stres) a jeho opakem je eustres, tj. pozitivní emocionální zážitek. Projevy stresu jsou např. zrychlené dýchání, zrychlená srdeční frekvence, aby se k napjatým svalům dostalo rychle dostatek energie v krvi. Stres lze rozdělit na tři stupně či fáze: první fáze je varovná, pro druhou je charakteristická rezistence a pro třetí vyčerpání. Mezi nejčastější

stresory patří především neúměrné pracovní tempo, stresující termíny, interpersonální konflikty, konflikty v rodině, obavy z nedostatku financí, ztráty zaměstnání, onemocnění aj. Riziko stresu je především v tom, že může přejít do chronického stadia (pokud neřešíme stres postupně, vede k tzv. syndromu vyhoření). Onemocnění spojená se stresem jsou vysoký krevní tlak, onemocnění oběhového systému (např. srdeční poruchy), bolesti hlavy a migrény, onemocnění trávicího traktu (např. žaludeční vředy), revmatická artritida, kožní choroby (akné nebo horší hojivost), bolesti v oblasti páteře, nádorová a onkologická onemocnění (Haluzíková & Římovská, 2010).

Hnízdil tvrdí, že se celkově stresujeme kvůli komplikované společenské situaci, která nám nedovoluje realizovat boj či útěk, což jsou pro lidský organismus přirozené reakce na stres. Protože není jednoduché uvolnit stres, často se v těle kumuluje a ukládá se např. do zádočných svalů, způsobuje bolesti hlavy, hučení v uších, sevření hrdla, žaludeční potíže a způsobuje celkovou slabost a napětí. Setrvává-li člověk v tomto stavu několik let, jeho imunita je oslabena a je tak vytvořeno prostředí, ve kterém snadno vzniká např. i rakovina (Hnízdil, 2007).

Dle Vogeltanze je důležité uvědomit si přítomný okamžik. Tvrdí, že lidé často věci řeší až zpětně, až po té, co se stanou nebo se stává, že utíkají dopředu do budoucnosti. Tyto dvě tendence odpoutávají od přítomnosti, od okamžiku TEĎ a TADY. Pokud si člověk není schopen přiznat své problémy, postavit se jim čelem a začít je řešit, volí útěk před skutečnou realitou, ve které by si musel uvědomit svůj současný stav. A to je stres (Vogeltanz, 2010).

V prevenci stresu se Haluzíková a Římovská doporučují zaměřit na to, jak žít smysluplný život, sestavit si žebříček hodnot a vědět, co je pro nás důležité, mít konkrétní, hodnotný, nadějný a dosažitelný cíl. Dále bychom měli udržovat rovnováhu mezi stresory a salutory (podpora zdraví) a usilovat o to, co nám dává sílu a radost ze života (Haluzíková & Římovská, 2010).

2.4. Hygiena spánku a odpočinku

Poslední důležitou složkou životního stylu je spánkový režim, který je důležitý pro duševní rovnováhu. Průměrně se jedná o 7 – 8 hodin spánku denně, nedoporučuje se ani nadměrný spánek ani nedostatek spánku. Důležité je zařazení odpočinku do denního režimu. O duševní rovnováze mluví ve spojení s pravidelně vykonávanou pohybovou

činností a správnou výživou. Zvýšení látkové přeměny napomáhá odstranit účinky nahromaděného adrenalinu a vyplavování hormonů endorfinů, které umožní pociťovat pohodu či euforii. Lidem správně odpočínutým stoupá sebevědomí a zažívají pocit uspokojení, který se projevuje ve všech sférách života. Člověk se stává společenštějším a vyrovnanějším, dochází u něho k příznivým změnám ve struktuře osobnosti. (Valjent, n.d.).

Cooper uvádí 3 principy, které se prolínají celou jeho teorií a dle kterých by se měl člověk řídit:

- princip rovnováhy
- princip střídmosti (týká se přiměřeného příjmu množství potravy, odpočinku i pohybové aktivity).
- princip angažované kontroly (řadí sem pravidelnou lékařskou prohlídku, kontrolu osobní hmotnosti a vypočítání BMI indexu a hladiny cholesterolu v krvi. Správný poměr mezi celkovým množstvím cholesterolu je velmi důležitý) (Cooper in Valjent, n.d.).

Souhrnem lze říci, že na zdravém životním stylu se podílí faktory jako je dostatečný spánek a odpočinek, pravidelnost ve stravování a vhodný výběr potravin do jídelníčku, kontrola váhy, absence kouření, umírněné pití alkoholu a pravidelné cvičení.

2.5. Nadváha a obezita

V české terminologii neexistuje jeden odborný termín pro hmotnost vyšší než je norma, tudíž jsou používány dva termíny: nadváha, jako předstupeň obezity a následující závažnější obezita. Obezita je definována nadměrným hromaděním množstvím tuku v organismu, které má negativní dopad na zdraví. Vyšší tělesnou hmotnost vzhledem k výšce postavy tedy označujeme jako nadváhu, či obezitu. Hromaděním tuku v organismu způsobuje nepoměr v příjmu a výdeji energie a pokud energetický příjem převyšuje energetický výdej, vzniká nadváha. Stejně jako extrémně nízká hmotnost patří i obezita mezi odchylky od normální váhy, které mohou vést k poškození organismu (Svačina, n.d.).

Podle tělesných partií, kde se má tendenci ukládat tuk rozlišujeme dvojí typologii postav:

- a) Androidní (mužský). Tuk se hromadí nejvíce v oblasti břicha a hrudníku. Tento typ obezity je rizikový zejména pro vznik metabolických a kardiovaskulárních

komplikací obezity (infarkt, mozková mrtvice, cukrovka, rakovina). Je charakteristický spíše pro mužské pohlaví.

- b) Gynoidní (ženský). U tohoto typu postavy se podkožní tuk zmnožuje zejména na bocích, hýždích a stehnech. Z hlediska zdravotního je sice méně riziková než mužský typ obezity, ale hrozí výskyt křečových žil, bércových vředů a potíže s klouby. Je typický spíše u ženského pohlaví a většinou vadí ženám především z estetického pohledu (EUFIC, 2004).

2.5.1. Epidemiologie

Obezita byla v historii onemocněním osob s vysokým ekonomickým statusem ve starověku a středověku. Zdravotním problémem se obezita stala od 19. století. Procento obézních lidí ve vyspělých zemích sahá k 20 % populace a počet osob s nadváhou až ke 40 %. Česká republika je na jednom z předních míst ve výskytu obezity v Evropě (Svačina, n.d.).

WHO zařadilo obezitu do seznamu Mezinárodní klasifikace chorob (International Classification of Diseases – ICD 10) a v současnosti je hodnocena jako 6. nejzávažnější rizikový faktor ovlivňující celkový zdravotní stav lidstva (WHO, 1990). V roce 1995 bylo odhadováno 200 milionů obézních dospělých v populaci a 18 milionů dětí ve věku pod 5 let s nadváhou. V roce 2000 se číslo obézních dospělých zvýšilo na 300 milionů. Každoročně na celém světě zemře 2,8 milionů lidí na následky nadváhy či obezity a zhruba 115 milionů lidí trpí problémy spojenými s obezitou (WHO, n.d.). U obézních lidí se obvykle do věku zhruba 50 let neobjevují velké zdravotní potíže. Kolem 50. roku života se ale projeví somatické obtíže vázané na obezitu, které se rozvíjí již desítky let předtím. Jedná se o kloubní obtíže, dušnost, kardiovaskulární onemocnění, cukrovku II. typu či nádory (Svačina, n.d.).

Z českého výzkumu VZP (2011) vyplynulo, že každý třetí Čech se potýká s nadváhou a každý pátý Čech trpí obezitou. 78 % českých mužů a 58 % českých žen s nadváhou má tendenci svůj stav podceňovat. Část obézní populace se dokonce domnívá, že s vysokou váhou žádné problémy nemá (19 % mužů a 9 % žen). S nadváhou a obezitou bojuje v České republice výrazně více mužů než žen (64 % mužů a 49 % žen). U žen se potvrdil vztah dosaženého vzdělání a BMI (vzdělané ženy dosahují nižších hodnot BMI), zatímco u

mužů je obezita problémem nezávislým na dosaženém vzdělání. U žen bylo sledováno 2x více redukčních pokusů než u mužů. Výrazné rozdíly jsou také u různých věkových skupin (starší lidé trpí nadváhou více než mladí). Necelá třetina lidí do třiceti let má nadváhu či obezitu a ve věku nad 50 let trpí nadváhou nebo obezitou tři čtvrtiny populace. Je to dáno zejména tím, že starší lidé méně sportují. V každém roce života přibere dospělý v průměru ¼ kilogramu. Lidé s normální váhou se pravidelně stravují, nezapomínají snídat a svačit a výrazně více zařazují do svého jídelníčku ovoce, zeleninu a mléčné výrobky v porovnání s lidmi s nadváhou či obezitou. Negativní vliv nadváhy a obezity ovlivňuje spokojenost s pracovním výkonem, s osobními vztahy, se sexuálním životem a se sebou samým. Zhruba každý třetí obézní člověk trpí depresemi a více jak třetina obézních necítí dost energie pro každodenní činnosti a život (VZP, n.d.).

2.5.2. Dětská nadváha a obezita

V roce 2010 bylo odhadováno přes 42 milionů dětí s nadváhou ve věku do 5 let a 20 milionů dětí starších pěti let. (WHO, n.d.) Situace je vážná i v českém prostředí. U dětí je jen malé procento obezity způsobeno genetickým či hormonálním defektem (Prader Willi, Cushingův syndrom), mnohem častěji je její příčinou snížení bazálního metabolismu, nadměrná chuť k jídlu a snížená rychlost oxidace tuků. K obezitě dětí přispívají vysokoenergetické potraviny, slazené nápoje a nedostatečná pohybová aktivita. Krizovým bodem pro dospívajícího člověka bývá věk mezi 16 až 20 lety, kdy necelá třetina dívek skončí s výkonnostním sportem úplně. U chlapců je situace lepší, ale okolo 25 let se sportovní aktivita obecně snižuje také, a to z důvodu nedostatku času (Urbanová, 2008).

Dle Urbanové (2008) je složité přesně určit potřebnou denní dávku energie u dítěte. Zatímco kojeneček potřebuje ke svému vývoji asi 100 kcal/kg váhy, u šestiletého dítěte je to 80 kcal/kg váhy, v deseti letech je to 65 kcal/kg váhy a v 15 letech už jen 50 kcal/kg váhy. Například mezi 6-12 rokem života dítě spotřebovává energii z 50 % na bazální metabolismus, z 25 % na fyzickou aktivitu a zbytek energie použije na růst či odchází z těla vylučováním. Při zvýšení příjmu o 50-100 kcal dochází za rok k váhovému přírůstku až 2-5 kg (Urbanová, 2008).

Obézní rodiče mívají 3x častěji děti s nadváhou až obezitou než rodiče s normální váhou. Riziko obezity u žen, které rodily je 2,5 x větší než u žen bezdětných a stoupá s každým porodem. Je prokazatelné, že obezita matky v těhotenství má jasný dopad na riziko obezity

jejich potomků. Dále je riziko obezity u dětí ovlivněno hladověním matek a kouřením, riziko obezity se u dětí matek kuřáček zvyšuje až dvojnásobně (ČTK, 2014).

Odchytky růstu dítěte mohou upozornit na chybné výživové návyky, na psychické či jiné problémy dítěte. Pro dítě je důležitá podpora a pozitivní a bezpečné rodinné prostředí a nastolení přiměřených pravidel stravování a pohybové aktivity (Snopek, 2004).

2.5.3. Terapie obezity

Obezitu můžeme podle doktora Svačiny léčit 5 způsoby: dietou, fyzickou aktivitou, psychoterapií, podáváním léků proti obezitě a chirurgicky. Hlavním postupem v léčbě obezity je dietoterapie. Začíná se snížením příjmu kalorií o 500-1000 kJ a dále je upravován energetický příjem dle vývoje tělesné hmotnosti. Omezují se zejména potraviny tučné s vysokým energetickým obsahem. Redukce hmotnosti vede k poklesu výskytu diabetu a je hlavním opatřením v jeho prevenci (Svačina, n.d.).

Při operaci žaludku se žaludek podváže speciální svorkou, vytvoří se tak ústí kolem 10 až 12 mm. Horní oddíl (nad svorkou) se vytváří tak, aby měl obsah kolem 50 ml. Celkově se v České republice provádí asi 250 těchto operací ročně. Léčba obezity se tak blíží léčbě dalších složek metabolického syndromu, jako je například hypertenze, hyperlipoproteinémie a diabetes. Tato onemocnění se dnes léčí také farmakoterapií. Prakticky každý léčený pacient vyžaduje psychologickou podporu a je zcela běžné, že po počátečním úspěchu pacient selže a mnohdy časem dosáhne hmotnosti ještě vyšší než před léčebnými pokusy (Svačina, n.d.).

2.6. Hodnocení tělesné hmotnosti

Existují různé metody hodnocení tělesné hmotnosti, níže jsou uvedeny nejčastější způsoby hodnocení dle různých parametrů. Pro náš výzkum bude použit výpočet Body Mass Indexu, jakožto poměrně jednoduché a celosvětově používané metody.

1. Metoda BMI

BMI je zkratka anglických slov Body Mass Index = index tělesné hmoty (někdy také označován jako tzv. Queteletův index), který je podílem hmotnosti v kilogramech k druhé mocnině výšky jedince v metrech (jednotkou je kg/m^2). Tento způsob hodnocení tělesné hmotnosti je zřejmě nejrozšířenější, je ale zatížen určitou chybou. Ta se vyskytne u jedinců

s větším objemem svalové hmoty. Hmotnost užívaná ve vzorci zahrnuje tukovou, kostní i svalovou tkáň, ale nerozlišuje konkrétní podíl tkáně, který je v těle zastoupen. U sportovců provozujících silové sporty (vzpěrači, kulturisté) vyšší BMI bude odrážet podíl svalové hmoty, a ne tuku, to je vždy třeba mít na paměti. Obecně ženy mají větší podíl tuku než muži při stejném BMI. Také starší lidé mají větší podíl tuku než mladší lidé. Metoda BMI je užívána WHO pro svou jednoduchost a slouží pro porovnání se standardem a pro snadné určení zdravotního rizika spojeného s obezitou. Normální váha se ohybuje v rozmezí BMI 18,5-24,9. Při hodnotách BMI > 25 je 3x větší riziko cukrovky, vysokého krevního tlaku, infarktu myokardu a cévní mozkové příhody (Vítek, 2008).

$$\text{Výpočet: BMI} = \text{tělesná váha (kg)} / (\text{výška (m)})^2$$

Tabulka 1. Mezinárodní klasifikace podváhy, normální váhy, nadváhy a obezity u dospělých dle BMI (WHO, 2004)

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

2. Poměr obvodu pasu a obvodu boků (WHR)

Další možností jak lze hodnotit tělesnou hmotnost je poměr obvodu pasu a boků (označován WHR, z anglického waist-to-hip ratio), který zohledňuje vliv distribuce tukové tkáně na těle. Muži mají poměr obvodu pasu a boků vyšší než ženy, proto pro každé pohlaví existují odlišné hodnoty indexu. Pro muže platí jako riziková hodnota indexu > 0,95 a pro ženy > 0,85 (Vítek, 2008, 11).

3. Měření obvodu pasu

Podle Vítka (2008) měřením obvodu pasu pomocí krejčovského metru sledujeme množství tuku v břišní oblasti. Lidé, kteří mají vyklenuté břicho a ochablé svalstvo v této oblasti, a zároveň tzv. normální hmotnost (nebo pouze mírnou nadváhu), jsou potencionálně ohroženi srdečními, cévními nebo metabolickými poruchami. Představují rizikovou skupinu lidí, která může být zasažena civilizačními chorobami. Za nebezpečný z pohledu možného rozvoje tzv. metabolického syndromu se považuje obvod pasu 98 cm u mužů a 88 cm u žen. Z pohledu nebezpečí kardiovaskulárních nemocí jsou kritéria přísnější 94–101 cm u mužů a 80–87 cm u žen (Vítek, 2008).

Při měření by se mělo postupovat dle těchto zásad: Obvod pasu se měří vestoje, bez oblečení a metr se přikládá v polovině vzdálenosti mezi dolním žebrem a horním okrajem pánve. Metr se obtočí kolem těla pokud možno vodorovně a je nutné lehce vdechnout vzduch. Ženy ve věku mezi 19 až 40 lety s pravidelným menstruačním cyklem by si měly obvod pasu měřit v první polovině cyklu. Některé ženy totiž trpí vlivem nedostatku progesteronu nebo vlivem premenstruačního syndromu dočasným zadržováním tekutin v těle (ČPZP, 2009).

4. Výpočet ideální tělesné hmotnosti

Jedná se o poměrně složité výpočty, které navíc různí autoři různě pozměňují, což je zřejmě důvodem, proč se tyto indexy příliš nerozšířily do praxe. Nejznámější jsou indexy podle Devina, Verdoncka, Robinsona nebo Millera. Jako nejvhodnější a literaturou podložený způsob výpočtu ideální tělesné hmotnosti se jeví index podle Robinsona. Výsledek ideální tělesné hmotnosti vychází v jednotkách kg (Vítek, 2008, 11).

Výpočet pro muže: $(\text{výška (v cm)} - 152,4) \times 0,728 + 51,65$

Výpočet pro ženy: $(\text{výška (v cm)} - 152,4) \times 0,650 + 48,67$

5. Antropometrie

Antropometrické měření tloušťky podkožní tukové vrstvy se provádí přístrojem kaliperem na několika předem definovaných místech a vypočtením předpokládaného procenta tukové tkáně. Stanovuje se tzv. „somatotyp“. Jedná se o kvantitativní popis stavby a kompozice lidského těla, kdy rozdělujeme 3 základní somatotypy:

1. Endomorfní (obézní, pyknik)
2. Mezomorfní (svalnatý, atletický)
3. Ektomorfní (hubený, astenický)

Jednotlivé somatotypy se u každého jedince do určité míry vzájemně kombinují a jejich rozložení lze určit z tzv. somatografu. Z hlediska rizika nadváhy a obezity je rizikovým somatotypem endomorfní, který má velký sklon k nadváze, obtížně se zbavuje tuku a tedy má přirozeně velké riziko vzniku obezity, cukrovky a kardiovaskulárních chorob.

Vyšetření zaměřená na určení somatotypu se provádějí ve specializovaných poradnách (Vítek, 2008).

6. Bioimpedanční přístroje

Zastoupení tělesného tuku lze změřit bioimpedančními přístroji. Tyto přístroje dokáží změřit na základě bioimpedanční analýzy (rozdílu v elektrické vodivosti tukové tkáně a ostatních tkání), jakou část celkové váhy člověka představuje tuk. Moderní bioimpedanční měřicí zařízení pracující na multifrekvenčním vícesektorovém principu umožňují poměrně přesné stanovení mnoha parametrů složení lidského těla, včetně určení procenta tělesného tuku. Norma pro zastoupení tuku v organismu mužů je mezi 10 - 20 % a u žen je mezi 20 - 30 %. Většinou se užívají přístroje, na které se vstupuje celou váhou těla či přístroje, které se drží oběma rukama. Nepřesnost spočívá v tom, že váhy změří obsah tuku od pasu dolů, a ruční přístroje naopak proměří pouze horní polovinu těla. Tím dochází k nadhodnocení či podhodnocení výsledku u lidí, jimž se tuk hromadí více v dolní či horní polovině těla. Dalším problémem je, že některé přístroje reagují na aktuální zavodnění organismu, čímž může být výsledek také ovlivněn. Optimální je používat přístroje vždy ve stejnou denní dobu - nejlépe ráno a ženy mimo období menstruace. Jeden z nejpřesnějších přístrojů je přístroj BODYSTAT. Měření se provádí v poloze ležmo s nalepenými elektrodami na horní i dolní končetině. Bioimpedanční přístroje jsou poměrně drahé, což brání jejich většímu využití v běžné praxi (Vítek, 2008).

2.7. *Hodnocení tělesné hmotnosti u dětí*

Pro běžné hodnocení individuálního tělesného růstu dítěte je využíván hmotnostně-výškový rozdíl, kdy pouhým porovnáním výšky a váhy dítěte lze posoudit, zda je dítě proporční (souměrné). Aby bylo možné posoudit, zda růst dítěte je přiměřený, je třeba naměřené hodnoty jeho tělesné výšky i dalších znaků porovnávat s hodnotami běžnými v celé dětské populaci. K tomu slouží tzv. referenční údaje (růstové standardy), které bývají k dispozici ve formě růstových (percentilových) grafů. Průměrná (přiměřená) váha vzhledem k výšce dítěte, jsou hodnoty odpovídající 50. percentilu. Vzorec pro vypočítání BMI dětí je stejný jako u dospělých, ale vyhodnocení výsledků se řídí tabulkovým percentilovým pásmem (Vignerová, 2005).

Tabulka 2. Hodnocení hmotnosti u dětí dle percentilových pásem (Vignerová, 2005)

Pásma	Podle výšky postavy	Podle hmotnostně-výškového poměru nebo BMI dítěte
Pásma nad 97. percentilem	velmi vysoká	obézní (lépe již od 95. percentilu)
Pásma nad 90. percentilem	celkem vysoká	s nadměrnou hmotností
Pásma mezi 75. a 90. perc.	vysoká	robustní
Pásma mezi 25. a 75. perc.	střední	proporcionální
Pásma mezi 3. a 25. perc.	malá	štíhlé
Pásma pod 3. percentilem	velmi malá	hubené

Poznámka: Hodnocení podle hmotnostně-výškového poměru nemusí nutně korespondovat s hodnocením podle BMI.

Výše uvedená kritéria neplatí pro děti v kojeneckém věku, kdy je tělesná hmotnost závislá na způsobu výživy. Hmotnost kojenečtých dětí bývá nižší než dětí příkrmovaných nebo živěných umělou výživou. U dětí do šesti až deseti let Vignerová doporučuje používat grafy hmotnostně-výškového poměru, u starších dětí grafy BMI. Upozorňuje, že současně s hodnocením hmotnostně-výškového poměru nebo BMI je vždy nutné hodnotit samostatně i tělesnou výšku dětí, která je silně závislá na výšce obou rodičů. V pubertálním období, které nastupuje u různých jedinců v různém věku, dochází přechodně k urychlenému růstu. I přes významné vědecké pokroky v léčbě dětské obezity se úspěšnost léčby odhaduje na 10 - 30 %. (Vignerová, 2005)

3. BAŽENÍ PO JÍDLE (CRAVING)

3.1. *Teorie lidské motivace a chuť k jídlu*

Potřeby lidí jsou různé, ale základní potřeby, kam patří i potřeba najíst a napít se, zůstávají u všech lidí stejné. Doktor A. H. Maslow (1943) je považován za tvůrce teorie lidské motivace, kterou demonstroval na tvaru pyramidy. Do její základny položil fyziologické potřeby člověka - jídlo, vodu, vzduch, sex, spánek a další faktory udržující homeostázu (stálost vnitřního prostředí organismu). V této teorii bral Maslow základní fyziologické jednotky jako odrazový můstek pro celou jeho motivační teorii. Základní potřeby v deficitní chvíli vystupují před ostatní naše potřeby. Téměř u každého člověka je prioritní uspokojit jako první potřebu napít se, najíst se a vyspat se a až teprve potom, co člověk ukojí primární potřeby, uspokojuje postupně vyšší potřeby ležící v následujících patrech pyramidy (Maslow, 1943).

Maslow vycházel ze dvou směrů výzkumu: 1. koncept homeostázy a 2. zjištění upřednostňování některých potravin (chuť na určité jídlo je poměrně efektivní ukazatel skutečného nedostatku některé látky v těle). Pod pojmem homeostáza rozumíme neustálé úsilí našeho organismu udržet konstantní úroveň složení krve. V krvi je určitá hladina vody, soli, cukru, bílkovin, tuku, vápníku, kyslíku atd. v krvi. Látky obsažené v krvi mají kolísavou tendenci a jejich množství se mění se v závislosti na pohybové aktivitě, množství a druhu oblečení, počasí, nemocích, druhu přijaté potravy. Organismus udržuje stálou teplotu krve a také acidobazickou rovnováhu. (Maslow, 1943) Tradiční čínská medicína potraviny rozděluje dle toho, jaký teplotní efekt mají na organismus (ochlazující, neutrální a zahřívající). Záleží tedy i na tom, jaký druh potravy přijmeme vzhledem k teplotě našeho organismu. Opět se dostáváme k dynamické rovnováze organismu, k systému řízení přebytků a nedostatků všech prvků (nejen) v krvi. Harmonickou rovnováhu Číňané znázorňovali černobílým symbolem jin - jang (Hammer, 1990).

Potřeba jídla a vody je v hierarchii nejnižší (Obrázek 3), tudíž je pro člověka prioritní uspokojit je ze všeho nejdříve. Potom, co jsou zajištěny fyziologické (deprivační potřeby) lze postoupit do vyššího patra pyramidy a uspokojit další vyšší potřeby. Ve vzestupném pořadí je potřeba bezpečí, lásky, uznání a na špičce pyramidy je potřeba seberealizace.

Maslow přidělil jednotlivým potřebám (patrům) procenta důležitosti a to od nejspodnějšího patra pyramidy: 85 %, 70 %, 50 %, 40 %, 10 %.



Obrázek 3. Pyramida potřeb (<http://www.itsolution.cz/maslowova-teorie.a14.html>)

Zajímavý je fakt, že na světě existuje několik málo osob, které prožily několik let či celé své životy bez příjmu potravy. Jednou takovou osobou byla němka Terezie Neumanová (1898-1963), která 36 let svého života nepřijímala potravu a tvrdila, že žije z božího světla či indický jogín Prahlad Džani, který od svých 7 let nejí, nepije ani nevyměšuje a vědci nedokáží zjistit, co tohoto muže udržuje při životě (Bajnar, 2012).

Myšlenka hladu se rodí v mozku v centru hladu a dává tělu signál „nasyť mne“. Tento mechanismus vybízí člověka k tomu, aby dodal tělu potřebné látky k zajištění všech životních funkcí, což označujeme jako fyziologický hlad. Myšlenka na jídlo se ale neobjevuje pouze při fyziologickém hladu. Tzv. psychický či mentální hlad také vybízí ke konzumaci jídla, ale příčiny jeho vzniku je třeba hledat jinde. Dle článku European Food International Council (EUFIC, 2000) jíme nejen proto, abychom uspokojili náš fyzický hlad, ale potraviny slouží také k uspokojení chutí a vybavení si příjemných pocitů. Od okamžiku, kdy dítě dostane od rodičů „za odměnu“ sladkost, se jídlo stává prostředkem k uspokojení těla i duše. Potraviny slouží k utěšení, zbavení nudy a depresí, smutku a úzkosti. Motivační teorie determinuje chování a nemůžeme ji plést s teorií chování. Naše chování je vždy ovlivňováno (motivováno) např. biologicky, kulturně, situačně.

Z motivační teorie je nutno vycházet, abychom lépe porozuměli problematice bažení a přejídání.

3.2. *Historie stravování*

Dějiny stravování se odvíjely od klimatických podmínek, od sociálního statusu a od ekonomického stupně rozvoje. Poznat úlohu a hodnotu potravin pro lidi žijící na různých místech v různých dobách, znamená pochopit systém, který dnes bereme jako souhrn znaků vlastní identity a odlišnosti od ostatních. Historie různých kultur (odlišné systémy a tradice ve stravování, stolování, sdružování lidí a chápání sociálních vztahů) nám pomáhá pochopit souvislosti, proč dnes proti sobě stojí hlad a hojnost (Montanari, 1993).

Středomořský systém stravování typický pro pobřežní oblasti s převládající vegetariánskou stravou a rybolovem vznikl v antickém Řecku a v Římě. Hlavními potravinami byl chleba, víno, olej, zelenina, sýr a jen malé množství masa. Tato kultura se zakládala na zemědělství a sadech. Z Ovidiových proměn se dozvídáme o trojici potravin velkého společenského i religionistického významu - obilí, vinná réva a olivy, které vyzdvihoval délský král Anios. (Ovidius in Montanari, 1993) “Pro řeckou a římskou kulturu byla nejvyšším ideálem střídmost. K jídlu se přistupovalo s potěšením, ale bez žravosti a nabízelo se štědře ale bez okázalosti.“ (Montanari, 1993, 27.) Spatřovala nejvyšší hodnotu ve vyrovnanosti a záporně hodnotila jakýkoliv způsob jednání, který se nezakládal na tomto principu.

Odlišné bylo vnímání jídla keltského a germánského obyvatelstva (barbarů). Věnovali se prioritně lovu, sbírali lesní plody, chovali volně se pasoucí zvěř (prasata, skot, koně). Hlavní a nejdůležitější potravinou nebyl chléb a kukuřičná kaše, nýbrž maso. Nepilo se víno (jen v příhraničních oblastech), ale kobyly mléko a kysané tekutiny, vyráběli mošt z planého ovoce a pšeničné pivo (cervogia). Používali sádlo a máslo k vaření na rozdíl od přímořských obyvatel, kteří vařili s olivovým olejem. Prosazoval se ideál muže, silného bojovníka a válečníka s velkou chutí k jídlu, především masu. V průběhu tisíciletí došlo ke sblížení a k integraci obou kultur. Více se začalo pěstovat na polích a došlo k odklonu od divokého způsobu života.

Ve 4. století si křesťanství zvolilo typické alimentární symboly kultu (lámání chleba, proměna vody ve víno). Výchova křesťana se ztotožňovala s procesem pečení chleba, jak se píše v jednom z kázání svatého Augustina: „Byli jste uhnětení a stali jste se jediným kusem těsta. Byli jste upečeni v peci Ducha svatého a stali jste se pravým chlebem

Božím.“ (Augustin in Montanari, 1993, 23). Bohatí lidé prostřednictvím jídla např. ukazovali na odiv svou sociální pozici, zatímco chudí lidé bojovali s hladem. V různých etapách postupně přicházely hladomory, záplavy a špatné klimatické podmínky, kdy hrozilo celému lidstvu vyhynutí a kvůli hladu se i vraždili a pojídali. S příchodem průmyslové revoluce nastává převrat v ekonomickém myšlení na pozadí stravování. Od této doby všichni mohou konzumovat produkty potravinového průmyslu, což byla myšlenka demokratické a univerzální spotřeby, která se projevila v ekonomice i v kultuře.

Co se za posledních pár desítek let změnilo, je, že dnes se nesetkáme v Evropě tak často s hladem, jako s hojností a nadbytkem jídla. Na dnešním člověku lze pozorovat dosud středověké návyky (žravost a plýtvání). Plýtvání jídlem, stejně jako na odříkání a zříkání se je i dnes hodnoceno negativně, jako dva nezdravé extrémy. V průběhu celkem krátkého časového úseku lidé přešli od stavu nedostatku do stavu hojnosti. Jsme zvyklí na neustálý přísun jídla. Strach z nedostatku jídla byl vymazán strachem z obezity (Fear Of Obesity) a nemoci způsobené nedostatkem potravy byly vytlačeny chorobami z nadbytku jídla. Dnes je hojnost každodenní skutečností, která vybízí k přejídání se (Montanari, 1993).

3.3. Bažení a závislost na jídle

Synonyma pro anglický výraz craving jsou bažení, dychtění či velmi silná touha. “Bažení neboli craving je silná a těžko zvladatelná touha po návykové látce nebo hazardu. Je to jeden z příznaků závislosti a patologického hráčství.” (Nešpor, n.d.). Tato obecná definice bažení po návykových látkách není zcela přesná a vhodná pro specifické bažení po jídle. Jídlo totiž obecně nelze označit za návykovou látku, ačkoliv některé potraviny obsahují tzv. psychoaktivní látky, což jsou látky vyvolávající určité emoční stavy a psychickou závislost (např. uklidnění, pocit štěstí). Tyto látky se vyskytují ve větších dávkách v některých lécích a drogách. Dle Rogerse a Smita (2000) je bažení a následný nadměrný příjem určitého druhu potravy používán jako uklidňující mechanismus, a navíc je společensky přijatelnější než konzumace alkoholu či drog. Dle článku Proč tak rádi jíme (Matějková, 2008) nám po jídle může být špatně, když sníme něco zkaženého, když se přejíme nebo se může jednat o alergickou reakci, ale nezpůsobí nám tzv. „akutní intoxikaci“, jak je tomu v případě drog a alkoholu (akutní intoxikace způsobuje poruchy na úrovni vědomí, poznávání, emotivity, fyziologických funkcí). Jídlo nezpůsobuje ani somatický odvykací stav, jak je tomu u drog. Pokud snížíme příjem jídla, maximálně budeme mít potíže se sebekontrolou a může vznikat silná touha. Výraz „závislost na jídle“

je nepřesný, ale přesto používaný v souvislosti se silným neodolatelným bažením po příjemných vjemech spojených s jídlem (Matějková, 2008).

Centrální regulace chuti k jídlu se nachází v mozku v nucleus arcuatus hypotalamu v blízkosti třetí komory. Žaludek a střevo obsahují receptory napnutí a chemoreceptory, které signalizují lokální nasycení do mozku. Proteohormon cholecystokinin (CCK) hraje hlavní roli v regulaci chuti k jídlu omezením množství jídla a poskytováním pocitu plnosti a je vylučován endokrinními buňkami tenkého střeva jako odpověď na přítomnost tuku a dalších živin (Kohlmeier, 2003).

Tabulka 3. Charakteristiky látek a jejich účinky (Virtue, 1994, 231).

Látka, charakteristika	Vyvolaný účinek, pocit
Cholin	uklidnění
L-Tryptofan s karbohydráty	uklidnění
Fenylethylamin (tzv. droga lásky)	pocit, že je člověk milován
Theobromin	dočasně energeticky stimulující
Tyramin	dočasně energeticky stimulující
Kofein	dočasně energeticky stimulující
Magnézium	uvolnění
Pyrazin	pocit štěstí a radosti
Tuk	uklidnění, zaplnění
Cukr	dočasně energeticky stimulující
Krémové textura	utěšení

V Tabulce 3 jsou popsány některé látky a jejich uklidňující či energetizující účinky. Například látka FENYLETILAMIN je obsažena v čokoládě a v extázi (designérská droga, MDMA), TYRAMIN a PYRAZIN jsou látky obsažené v ořechách, kávě, kvašených potravinách a sýrech. Tyto látky bývají základem antidepresiv a léků na astma (roztahují průdušky) (Virtue, 1995). Účinky čokolády zkoumali např. Macht a Simons (2000) a zjistili, že touha po čokoládě je způsobena negativními emočními stavy zvláště u žen. Po požití čokolády se člověk uvolní a začne se cítit lépe (Macht & Simons, 2000).

Vondráčková (2009) popisuje, že jedním z příznaků závislosti na jídle je to, že člověk ve svých myšlenkách věnuje jídlu mnoho prostoru. Pokud často přemýšlí nad tím, co si dá k večeři nebo k obědu, kolik bude mít svačina kalorií, pokud při rozhovoru s jinými lidmi často přichází řeč na téma jídla nebo věnuje hodně času činnostem, které jsou s jídlem spojené (například příprava nebo sbírání receptů). Dalším znakem závislosti na jídle je, že se člověk opakovaně neúspěšně pokouší příjem nadměrného množství potravy omezit a při

přejedení zažívá pocity viny. Extrémním důsledkem závislosti na jídle jsou poruchy příjmu potravy, jako je mentální anorexie či mentální bulimie. S příznaky možné závislosti na jídle se lze setkat u běžné populace, a to jak u lidí s nízkou, nadměrnou i průměrnou tělesnou hmotností (Vondráčková, 2009).

Virtue definuje bažení takto: „Bažení nás směřuje k jídlu, které nám v mozku aktivuje látky vyvolávající potěšení nebo vzrušení. A nálada, po které intuitivně toužíme, určuje, po jakém jídlu bažíme.“ (Virtue, 1995, 24). Příznaky bažení jsou subjektivní projevy chování, které se například projevují neklidem a napětím a dochází k oslabení kognitivních funkcí. Bažení lze z tohoto pohledu považovat za rizikové chování, které je posilováno a časem se ztěžuje reálná možnost na zvládnutí problému, který ve skutečnosti postiženého sužuje. Jídlo může fungovat jako útěcha pro člověka, který není po psychické stránce zcela pořádku a následně může zažívat sebepoškozující chování - přejídání. Přejídání je důsledek naší nespokojenosti s vlastním životem a také neschopnost se problémy vyrovnat a řešit je běžným způsobem (Virtue, 1995).

Níže jsou uvedeny typické znaky bažení, dle kterých lze rozeznat bažení a nebo stav, kdy člověk na jídlo jen myslí, něco chce (např. pivo, zmrzlinu, sladkost). Zde jsou charakteristiky bažení v komparaci s obyčejnou myšlenkou:

- Bažení provází stres téměř vždy. Obyčejnou myšlenku nikoliv.
- Bažení zhoršuje sebeovládání. Čím větší je bažení, tím horší je schopnost ovládat se - souvisí to s vnitřní kontrolou. Platí to však i v opačném směru: Člověk, který se špatně ovládá, spíše udělá chybu a dostane se do stresové nebo jiné rizikové situace.
- Bažení má nutkavý charakter (nutí člověka jednat určitým způsobem). Obyčejnou myšlenku v okamžiku zaženeme.
- Bažení oslabuje paměť, soustředění a schopnost se správně rozhodovat.
- V souvislosti s bažením se vyskytují deformované a nepravdivé myšlenky. Podle těchto myšlenek se dá bažení snadno rozpoznat. Formule „pro jednu se nic nestane“ bývá v rozporu s dosavadní životní zkušeností člověka (Nešpor, n.d.).

3.4. Intenzita bažení

Výzkum, který provedl kolumbijský psycholog Schachter, se skupinou obézních a hubených osob, z nich některé byly syté a jiné hladové, odhalil následující poznatky. Po

předložení lákavého a chutného pečiva snědla skupina sytých hubených pouze zlomek toho, co snědli hladoví hubení. Naproti tomu skupina sytých obézních, snědla téměř tolik co hladoví obézní. Hubený jí, když má hlad, obézní jí, kdykoliv má příležitost. Schachter zjistil ještě něco zajímavého: ve stresové situaci u hubených téměř zcela vymizela chuť k jídlu, obézní ji neztratili, a jedli naopak více. Z toho vyplývá, že obézní člověk, který je vystavený stresové situaci, baží po jídle mnohem intenzivněji než člověk s normální váhou (Schachter in Taussig, 2012).

Americký psycholog Sheldon viděl naše zažívání jako jeden ze základních pilířů své teorie osobnosti. Zjistil, že u každého člověka má vedoucí roli jedna ze 3 tělesných soustav: soustava pohybová, nervová a zažívací. Z těchto 3 tělesných tkání je významně ovlivňováno i naše prožívání (Sheldon in Cakirpaloglu, 2012). Nervní čili myslitelský typ je ve svém prožívání zaujat myšlenkovou činností, pohybový typ se vyžívá sportem a uklidňuje pohybem, typ s převahou zažívacího ústrojí nalézá potěšení v jídle a silně strádá při pocitu prázdného žaludku. Tato teorie nebyla obecně uznána, ale část pravdy na ní je. Zažívací typ člověka potřebuje k pocitu životní pohody i pocit sytosti. Jakmile je vyveden z životní rovnováhy, snaží se okamžitě uniknout pocitům ohrožení, selhání, neúspěchu nebo ponížení tím, že se důkladně nají. Podle Taussiga u zažívacího typu člověka jakýkoliv režim dobrovolného hladovění či držení diet jeho závislost a intenzitu bažení na jídle nesnižuje, nýbrž ještě zvyšuje (Taussig, 2012).

3.5. Impulzivita

Impulzivita bývá definována jako jednání, které je špatně promyšlené, předčasné, nepřiměřené, riskantní či nevhodné s ohledem na konkrétní situaci, což často vede k nežádoucím důsledkům. Další synonyma impulzivity jsou prchlivost, vznětlivost, podléhání náhlým pocitům. Impulzivita souvisí s řadou problémů (návykové chování, porucha příjmu potravy, zneužívání psychoaktivních látek, násilné chování apod). Lze ji rozdělit do tří skupin: impulzivita týkající se pozornosti, týkající se motoriky a impulzivita související s nedostatečným plánováním. Při léčbě návykových nemocí se mluví o impulzivě nepřímo, její ovlivňování je ale důležitou součástí léčby a také prevence řady onemocnění. Impulzivita se vyskytuje u všech věkových skupin, nejvíce však u mužů v mladším školním věku (Nešpor & Csémy, 2013).

Chorobní jedlíci většinou mají dostatek informací o výživě, vědí kolik má která potravina kalorií, tuků a sacharidů a přesto si velmi těžko udržují a kontrolují svou váhu.

Jejich váha není způsobena špatnou nevědomostí, nezávisí na množství přečtených článků o zdravé výživě, lidé vědí „jak“, ale problém je, že je přemůže vysoká intenzita bažení po jídle. Skutečným problémem je tedy nekontrolovatelná a impulzivní chuť k jídlu (Virtue, 1995).

3.6. *Emoce - spouštěči bažení*

Jak už bylo řečeno, nezdravý životní styl a problémy ve vztazích bývají hlavními spouštěči bažení po jídle. Jestliže člověk nezvládne své bažení a neovládne myšlenky na jídlo, dochází k nekontrolovanému přejídání se a po čase se objeví problém zvaný obezita. Jaké mohou být konkrétní důvody nadměrné pozornosti věnované jídlu u jednotlivých lidí? Někdo jídlem zahání negativní emoční stavy jako smutek, prázdnotu či pocit osamění. Jiní lidé se nají poté, co je někdo rozčilil, když zažívají pocit strachu, když jsou neklidní.

Mezi bažením a emocemi existují jasné souvislosti. V oblasti břicha (solar plexus) pociťujeme emoce jako je strach, zlost, vzrušení a láska (svírání, šimrání žaludku). Podobně jako emoce bývá i bažení provázeno tělesnými změnami. Nešpor & Csémy (1999) označují dokonce samo bažení za specifickou a často velmi silnou emoci. Bažení často bezprostředně navazuje na nějaký jiný emoční stav. V souvislosti s nevyváženým životním stylem byl zmíněn stres, který je považován za jednu z příčin bažení, rozlišujeme mnoho dalších depresivních a úzkostných stavů. Zejména negativní emoce prokazatelně zvyšují sílu bažení. Dle Světláka a Pšenicové (2012) intenzivnímu bažení po jídle obvykle předchází pocity nudy, úzkosti, dysforie, emočního distresu a deprese. Byl dokumentován vztah mezi negativními emocemi, sníženou schopností zvládat stres a obezitou (Světlák a Pšenicová, 2012).

Pocity méněcennosti, odpor k vlastnímu tělu a stud, jsou negativní emoce, které vyvolávají chuť najíst se. Mnoho lidí v sobě chová žárlivost a závist. Žárlivost je vnitřní přesvědčení, že na světě není dostatek dobrých věcí pro všechny. Často si lidé závistivě povzdechnou: Ach ta je štíhlá, ten má vypracované břicho, ale přitom svému vlastnímu tělu nevěnují dostatek pozornosti a spíše mu ubližují. Lidé, kteří žárlí na úspěchy ostatních, si zavírají dveře k vlastnímu úspěchu. Neumí přestat závidět životy jiným lidem, čímž se cítit mizerně a nemohou se soustředit sami na sebe, zbavit se bažení, začít mít rádi sami sebe a začít realizovat svá vlastní přání (Virtue, 1994).

Virtue (1995) potvrzuje existenci přímé souvislosti mezi emocemi, jídlom a náladou. Dokáže přesně analyzovat a popsat, co jednotlivé chutě na určitá jídla znamenají a k jakým

emocím se vztahují. Např. silná chuť na jídla s vysokým obsahem tuků, značí prázdnotu v duši, nejistotu nebo nespokojenost v určité oblasti života. Nejen chuť, ale i konzistence (křupavé, krémové, tekuté, hutné, nadýchané), vůně a další vlastnosti potravin ovlivňují bažení. Na druhé straně existují přirozené reálné fyzické chutě na specifickou potravinu. To znamená, že naše tělo si samo vyžaduje doplnit vitamíny, minerály, aminokyseliny, jak bylo vysvětleno v kapitole Teorie lidské motivace a chuť k jídlu.

Nyní se podívejme na 4 základní emoce: STRACH, ZLOST, NAPĚTÍ a STUD, které autorka nazvala jako „syndrom SZNS“ (Virtue, 1994).

I. Strach a prázdnota

Strach je velmi silná emoce, která má blokuující charakter. Někoho sice v malé míře strach motivuje, ale obecně vzato je strach jako motivátor neefektivní, jelikož oslabuje schopnost rozhodování a ničí kreativitu. Existuje strach ze ztráty zaměstnání, ze ztráty partnera, z chudoby, ze ztloustnutí. Navíc lidé v našem okolí cítí tyto naše obavy, strach a nejistotu. Ocitne-li se člověk v situaci, kdy potřebuje pomoc a má strach, tak jeho okolí spíše než chuť pomoci, cítí odpor. Strach a obavy brání ve včasném a správném rozhodnutí znesnadňují učinit změnu k lepšímu. Strach či úzkost může mít více podob:

- *Nejistota* - je pocit, že na něco nestačíme, že někam nepatříme, nebo že na něco nejsme připraveni dostatečně.
- *Strach z opuštěnosti* – neustálý strach o to, že nás partner/ka opustí nebo podvede, strach, že nás přátelé nemají rádi, že naši rodiče umřou a zůstaneme sami.
- *Existenční obavy* - je to úzkost z toho, že nic nemá v životě smysl, že nemáme žádné cíle a že nás skvělé šance míjí a unikají nám, že za nic nestojíme, že jsme „nula“.
- *Sexuální úzkost* – strach z opačného pohlaví, ze sexuálních vztahů, s někým se sblížit.
- *Nedefinovaný strach* – paralyzující a nereálný strach z věcí, co by se nám mohly přihodit (uhořím, utopím se, zabiju se při nehodě), panika a nervozita (post-traumatický stres).

Největší strach zažívají lidé, kteří se stali obětí sexuálního, emocionálního či fyzického týrání. Traumata z dětství mohou i z úspěchu udělat děsivou představu. Pro lidi, kteří vyrůstali od raného dětství s poselstvím „Nestojíš za nic“, je těžké myslet na ambiciózní

životní změnu. Takový člověk musí nejdříve překonat důsledky emocionálního poškození z dětství a uvědomit si, že si úspěch zaslouží (Virtue, 1994). Dítě, jehož důvěra vůči rodičům, doktorům, trenérům, byla zrazena, nikdy tuto zradu nezapomene. Pro takové dítě je to bolestivá rána a jeho důvěru většinou nahradí strach. Takto postižené oběti pocítují prázdnotu v duši, kterou zajídají vysokokalorickými potravinami obsahující škroby. Ať už ale oběť zkonsumuje jakékoliv množství jídla, nikdy tím nezaplní prázdnotu ve své duši (Virtue, 1996).

II. Zlost, vztek, hněv

Fylogenetický význam hněvu spočívá patrně především v mobilizaci tělesných sil a k útoku na faktor, který stojí mezi organismem a uspokojením nějaké jeho potřeby. Hněv se u lidí často obrací vůči vlastní osobě, typicky např. v situaci, kdy člověk nemůže nebo nechce hněv zaměřit vůči tomu, kdo ho vyvolal. V této souvislosti je zajímavé, že bažení (recidiva návykového chování) může být za určitých okolností formou agrese nebo autoagrese, stejně jako opilost, recidiva hazardní hry apod. Někdy bývá ve svých důsledcích formou "trestu" vůči sobě nebo vůči okolí. U lidí závislých na drogách byla zjištěna vyšší míra hněvu a jeho horší kontrola (Nešpor, 1999).

Zlost považuje Virtue (1994) ze největšího spouštěče emočního přejídání. Zvláště u žen, které v dětství vychovávali rodiče tak, aby v sobě vztek potlačily a předstíraly, že se nezlobí a nevztekají. Avšak vztek a po něm následující hněv jsou přirozené emoční reakce na bezprávi a špatnost. Dítě se přirozeně vzteká a zlobí, když má hlad, žízeň či mokro v plenkách, později se zlobí a vzteká, když mu jiné děti berou hračky nebo je jiné dítě uhodí. Ve věku dospívání začíná být vyžadováno, aby se člověk choval podle společenských pravidel, aby svou zlost a vztek směřoval dovnitř namísto ven. Dospívající dítě ve škole je smutné ze špatného hodnocení, obviňuje se za svá pochybení, má depresi a místo aby se rozzlobilo a hlasitě vyjádřilo své emoce, společenský tlak jej nutí emoce v sobě dusit. Proto také v období puberty především u dívek klesá sebevědomí, zatímco u chlapců se tomu tak většinou nestává (Virtue, 1994).

III. Napětí a úzkost

Silná úzkost patří k nejtrýznivějším emocím a cokoliv ji, byť i jen dočasně, zmírňuje, bývá posilováno a zaznamenáno v paměti jako pozitivní a příjemné. To se týká jídla, alkoholu a jiných návykových látek. Bažení může vznikat jako důsledek úzkosti, ale může

také sám pocity ohrožení a úzkosti vyvolávat. Tak někdy dochází ke vzniku bludného kruhu úzkosti vyvolávající bažení, které intenzitu úzkosti ještě zvyšuje (Nešpor, 1999).

Častou příčinou depresí bývá zhoršení životní situace a reálné životní problémy působené návykovou nemocí. Stres se někdy používá nesprávně jako synonymum k úzkosti či napětí. Nesprávně se užívá jak pro příčinu, tak pro důsledek, přitom termín „zvládání stresu“ je vlastně termín významově si odporující. Nelze dostat pod kontrolu něco, co vzniká ve vnějším světě, a pokud se to člověk snaží ovládnout, způsobuje si tím ještě větší napětí a tenzi. Napětí je vnitřní reakcí na vnější podnět – stres. Člověk může pracovat pouze se svou vnitřní reakcí na stres nikoli se stresem samotným. Napětím vyjadřujeme identifikovatelný důsledek stresoru (Virtue, 1994).

V důsledku napětí dochází k významným chemickým změnám v mozku, které mají za následek nezvladatelné bažení po potravinách obsahující sacharidy (cukry). Potrava s obsahem cukrů je dobrá, pokud ji přijímáme v přiměřeném množství a má nízký obsah tuků. Napětí však vyvolává touhu po sacharidech s vysokým obsahem tuků (čokoláda, pečivo, buchty, sladkosti apod). Virtue (1994) vychází ze studií, které potvrdili, že člověk, který má nutkavou potřebu se neustále něco jíst, zažil v životě mnohem víc traumat a stresových událostí, než člověk, který žil klidnějším životem. Lidé, kteří prožili traumata, volí jídlo jako prostředek k vyrovnání se s vnitřním napětím. Potřebu cukrů ovlivňují např. tyto hormony:

- KORTIZOL – hormon, který uvolňuje mozek v situaci, kdy je potřeba potlačit bolest. Nadledvinky produkují nadbytek kortizolu v důsledku napětí. Kortizol pak v mozku stimuluje produkci neuropeptidu Y, který je hlavním spínačem neukojitelného bažení po cukrech. Sacharidy se v organismu mění na tělesný tuk, který se ukládá. Kortizol zabraňuje při snížení příjmu potravy ztrátě tukových zásob organismu. Nejen tedy že kortizol způsobuje bažení o jídle, ale zároveň zabraňuje hubnutí.
- SEROTONIN - existuje vztah mezi neurotransmiterem serotoninem (látkou produkovanou mozky) a napětím. Dlouhodobější napětí snižuje hladinu serotoninu v těle, což způsobuje špatnou náladu a pocit nedostatku energie. Tato látka je zodpovědná za změny nálad a hladiny energie v těle. Konzumací sacharidů se hladina serotoninu v těle zvyšuje a tím se zlepšuje i naše nálada (Virtue, 1994). O tomto hormonu se zmiňují i studie Rogerse a Smita (2000), které poukazují na vztah mezi hladinou serotoninu a aktuální náladou.

IV. Stud a lítost

Stud je další velmi silná emoce, která způsobuje přejídání. Tato emoce se pojí s pocity viny, sebelítosti, s pochybami o sobě a s vnímáním vlastní sebehodnoty. Souvisí s depresemi a mívá kořeny v dětství, kdy byl malý člověk traumatizován (zanedbáván, týrán nebo sexuálně zneužíván). Dítě, které je zanedbáváno či týráno, namísto toho, aby svůj vztek obrátilo vůči lidem, kteří mu ubližují, jej obrátí samo na sebe a začne se obviňovat. Cítí stud a vinu, oběti sexuálního zneužití se většinou cítí zlomené a zničené. Dítě navíc nedůvěřuje vlastnímu tělu, na kterém při znásilnění pocíťovalo vzrušení, a které jej zradilo. Zneužívané ženy pak často v dospělosti cítí odpor k vlastní ženskosti, sexualitě, ke svému tělu a trpí pocity méněcennosti. Vyhýbá se sociálním kontaktům a forma relaxace pro takovou ženu je jídlo. Ke svému obéznímu tělu se tyto ženy chovají s pohrdáním a zároveň trpí nesmírnou bolestí v duši. Po večerech si například objednávají pizzu a chipsy, aby tuto bolest zajedly a na chvíli se cítila dobře. Čím víc žena přibírá, tím víc roste a prohlubuje se její stud a zároveň klesá její sebehodnota (Virtue, 1994).

Způsoby stravování v dospělém věku bývají poznamenány událostmi z dětství. Pro zneužívaného člověka bude těžší vstupovat do vztahů, bude se ocítat sám a bude mu smutno. Bude toužit po vztahu, po přátelích, ale kvůli jeho studu bude mít problém se socializovat a tak jeho jediným přítelem zůstane jídlo.

Další možné emoce způsobující bažení:

Nuda

Dle Virtue (1994, 230) je nuda „osamělost ve spojení s frustrací, že život je příliš fádni.“ Lidé, co se nudí nebo mají pocit nedostatečně silných podnětů, vyhledávají slaná, ostrá a kořeněná jídla. Touha po vzrušení a stimulaci vzbuzuje bažení po pálivém jídle. Podle Hilla, Weavera a Blundella (1991) je nuda jedním z faktorů podílejících se na vzniku bažení po jídle. Nešpor uvádí, že nuda se zpravidla mezi rizikovými emocemi nezmiňuje, i když se jedná o problém frekventovaný. Zejména v období dospívání člověk cítí potřebu nových a silných podnětů, a to je patrně faktor, který zvyšuje riziko vzniku některých návykových nemocí (Nešpor, 1999).

Radost a štěstí

Zatímco Virtue se o pocitech radosti a štěstí zmiňuje, jako o pocitech které se dostaví, až po tom, co je navrácena tělu rovnováha a bažení odezní, Nešpor na ně upozorňuje jako na

možné spouštěče. Tyto typy emocí bývají zřídka předmětem zájmu psychiatrů ani nebývají typickým problémem pacientů. Podle klinických zkušeností ale pocit intenzivního štěstí a radosti často bezprostředně předchází recidivám návykového chování. Některé důvody, proč tomu tak je:

- Pocit libosti často vede k tomu hledat způsob, jak ho ještě zesílit. Oním způsobem bývá v našich podmínkách nezřídka jídlo, pití alkoholu i aplikace jiné návykové látky.
- Štěstí a radost často oslabují obezřetnost a opatrnost, která je u lidí léčících se pro návykové nemoci potřebná a důležitá. To se týká např. vyhýbání se rizikovým prostředím a situacím (tzv. spouštěčům), soustavného doléčování, rozumného odhadu vlastních sil a možností.
- U některých lidí lze předpokládat jiný psychodynamický mechanismus. Pocity štěstí u někoho mohou vyvolávat zároveň pocity viny, že si něco nezaslouží a úzkost. To může následně vyústit v bažení a recidivu (Nešpor, 1999).

4. POSTUPY A TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ BAŽENÍ

Bažení má velmi blízko k emocím, a je proto přirozené, že ke zvládnání cravingu se používají podobné strategie jako u rizikových emocí. Prakticky to znamená, že např. tělesné cvičení může ovlivnit jak emoci, která by craving vyvolala, tak i craving samotný. Postupy, které se doporučují ke zvládnání bažení, lze většinou použít i ke zvládnání rizikových emocí (relaxace, tělesné cvičení, pasivní pozorování myšlenek a pocitů, o pocitech hovořit, posilování motivace, sebemonitorování i další psychotherapeutické postupy) (Nešpor, 1999).

Nešpor (1999) doporučuje různé postupy mírnící bažení a pracuje s motivací. Zdůrazňuje, že je důležité uvědomit si svoje jednání, jeho důsledky a rizika a také si ale uvědomit výhody vyplývající z tzv. „abstinence“. Pomoc a podpora rodiny, přátel a ostatních lidí z okolí dodává klid a pocit bezpečí, rozhovorem s osobou, které se můžeme svěřit, získáme jednak názor a pohled zvenku, a jednak čas než bažení pomine. Přiznání si návykového problému je způsob, kterým lze upravit své chyby v myšlení a zlepšit sebeovládání. Abstinence i od jiných látek, než na kterých je člověk závislý, zlepší opět sebeovládání, rozhodovací schopnosti a posílí vůli. Člověk se naučí vážit si sám sebe, radovat se z malých úspěchů, změni automatické vzorce chování a odstraní chyby v myšlení (Nešpor, 1999).

4.1. Postupy mírnící bažení a zlepšující sebeovládání:

1. Práce s motivací: Uvědomit si rizika a nepříjemné důsledky recidivy a výhody abstinence pomáhá opravovat chyby v myšlení.
2. Pomoc druhých: Dává větší klid a bezpečí. Tak se zmírní stres. Rozhovorem lze opravovat chyby myšlení. Navíc se tak získá čas a bažení pomine.
3. Přiznání si návykového problému jako dlouhodobého stavu: Pomáhá opravovat chyby myšlení, zlepšuje sebeovládání tím, že se člověk drží v bezpečnějších prostředích a společnosti.
4. Abstinence i od jiných látek, než na kterých je člověk závislý: Zlepšuje sebeovládání i schopnost se rozhodovat, navíc se tak předejde vzniku kombinované závislosti.
5. Změna nebezpečných automatických vzorců myšlení a chování: Opravují se tak chyby myšlení a zlepšuje sebeovládání. Např. vydatnější jídlo zapít čajem.

6. Při bažení opustit rizikové prostředí a i jindy se mu pokud možno vyhýbat: Oslabí se tak bažení,lepší sebeovládání. To znamená např. do kuchyně člověk jde minimálně, nevymýšlí si důvody, proč by měl jít do ledničky.
7. Relaxace (částečná, úplná): Mírní stres a tím i bažení a také odstraňuje únavu a zlepšuje sebeovládání. Navíc se tak lépe zvládají úzkosti, hněv, deprese, bolesti a spánek, což dále posiluje sebeovládání.
8. Uvědomování si dechu, klidné dýchání do břicha s prodlouženým výdechem: Působí podobně jako relaxace, lze ho snadno používat i v situacích každodenního života.
9. Dobré vnímání sebe sama i okolí: Zlepšuje sebeovládání, pomáhá zvládat rizikové duševní stavy.
10. Zpomalit: Zlepší se tak sebeuvědomění i sebeovládání. Čas je důležitý faktor, jelikož bažení je krátkodobá záležitost s impulzivním jednáním.
11. Odložit rozhodnutí na dobu až bažení přejde: Předejde se tak chybám myšlení, získá se čas, bažení trvá krátce.
12. Dostatečný odpočinek a spánek, vyvážený způsob života: Zahrnuje i rovnováhu mezi prací a odpočinkem povinnostmi a zábavou, tělesnou a duševní aktivitou. Pronikavě se tak zlepšuje sebeovládání.
13. Cvičení, sport nebo tělesná práce: Mírní se tak stres i bažení, následně se dostavuje relaxace a klid.
14. Odvedení pozornosti k něčemu bezpečnému: Může to motivovat, získá se čas. Lze se soustředit i na praktické každodenní záležitosti, např. při úklidu si opakovat „uklízím“.
15. Při bažení se napít vody.
16. Nacvičit si předem zvládnutí obtížné situace,lepší se tak sebeovládání (Nešpor, n.d.).

Doporučuje se kombinace různých postupů a používání těchto postupů v rychlém sledu za sebou ještě více zvyšuje jejich účinnost. Takže je vhodná dvoj i trojkombinace. Příklad dvojkombinace: Opustit rizikové prostředí a práce s motivací (uvědomit si negativní následky recidivy). Příklad trojkombinace: Opustit rizikové prostředí, klidné dýchání do břicha a zatelefonovat odborníkovi či někomu jinému důvěryhodnému. (Nešpor, n.d.)

Virtue (1994) popisuje pacienty, kteří měli ten samý pocit, že jim nebylo v jejich životě dopřáno splnit si svá přání a touhy. Následně doporučuje, že pokud chce člověk obrátit svůj život k lepšímu, přestat po jídle bažit a přejídat se, klíčový je jeho celkový postoj k životu a víra, že to dokáže. Protože nejčastěji je to strach, který nám brání udělat změnu a krok kupředu. Strach je překážkou k tomu, abychom dosáhli úspěchu a otálení jen oddaluje

splnění snu. Je třeba se rozhodnout dřív než nás opustí nadšení a ne se neustále užírat strachem, že selžeme. Položíme-li si otázku sami sobě: „Co nejhoršího se mi může stát, když do toho půjdu?“ Odpovědí je zahanbení a pocit trapného odmítnutí. Pozitivně se lze zeptat: „Co dobrého mi může přinést, když do toho půjdu?“ Duševní představy jsou většinou největší pobídkou k akci (Virtue, 1996).

4.2. *Techniky zvládnání bažení a stresu*

Níže jsou uvedeny některé techniky vhodné při zvládnání bažení, stresu a negativních emocí:

- **Relaxace**

Dle Nešpora relaxační techniky slouží jako léčba i prevence řady onemocnění. Lze díky nim mírnit bolest, minimalizovat profesionální stres, úzkostné stavy, poruchy spánku a další potíže. Princip relaxace spočívá v tom, že se navodí jedna či více tělesných změn a ty pak působí další změny, v důsledku kterých dochází k celkovému uvolnění (Nešpor & Babková, 2012). Části těla, které je dobré uvolňovat:

Čelo a oči – pro strach a údiv je typické zvednuté obočí a tedy uvolnění této oblasti by mělo působit zklidňujícím dojmem. Při smíchu přivíráme oči a stejný pohyb jako při smíchu je vhodné provádět pro navození dobré nálady. Procvičování okohybných svalů působí proti únavě očí a záměrné oční cviky se používají při vtíravých představách při stresu a při posttraumatické stresové poruše.

Čelist – při stresu roste napětí žvýkacích svalů. Při relaxaci se doporučuje zavřít ústa, ale zuby by se neměly dotýkat.

Hlasivky – uvolnění hlasivek působí zklidnění a oslabují myšlenky v podobě slov. S tím souvisí i opakování manter či repetitivních modliteb.

Šíjové svaly – napjaté šíjové svaly jsou nejčastější příčinou bolesti hlavy, jelikož dráždí úpony na lebce. Souvislost můžeme hledat v přetěžování páteře a ve vztahu s psychickými vlivy.

Uvolnění ramen, rukou, nohou a klidné břišní dýchání se osvědčilo při zvládnání stresu a negativních psychických stavech. Neměly by se povolovat hýžděové svaly, břišní svaly pod pupkem a vzpřimovače trupu, temeno hlavy by se mělo vždy vytahovat vzhůru (Nešpor & Babková, 2012).

- **Meditace**

Slovo „meditace“ pochází z latinského „meditatio“, které znamená rozjímání. Meditace se nejčastěji objevuje v náboženském kontextu, ale byla využívána i např. v bojových uměních. Dnes je rozvíjena v mnoha spirituálních hnutích jako práma jóga, New Age a omezeně i v křesťanství (Anonymous, 2010)

Meditace pomáhá zbavit se strachu, tužeb a obav, umožňuje uvolnit se od napětí. Umožňuje být si vědomým toho, co se vlastně děje, schopnost vnímat TADY a TEĎ, vědomí nezatížené žádnými myšlenkami. Není ale jednoduché na nic nemyslet, jelikož mysl nám poskytuje velké množství různorodých myšlenek a obrazů, je třeba se tomuto způsobu uvolnění postupně naučit.

Meditačním místem může být např. nějaké místo v přírodě (břeh řeky, moře, lesní mýtna) nebo ve svém domově. Lidé medituji např. pod pyramidami, s drahými kameny, u menhirů nebo medituji s energetickými bytostmi – anděli. Základní meditace stahuje vědomí do hlubší úrovně, a tak umožňuje člověku žít ze svého středu a ne na povrchu. To znamená, že začíná vládnout své mysli. Tak člověk postupně dosáhne výborného sebeovládání, lépe pozná sám sebe a nabyde vnitřního klidu. Stane se vyrovnaným a začne žít v harmonii se světem i sebou samým. Udržovat v mysli při meditaci jakoukoliv myšlenku s důvěrou a radostí znamená udělat ji svojí součástí. Výsledek meditace se pak projeví v charakteru osobnosti meditujícího. Při meditaci je vhodné používat tzv. mantry či afirmace (opakované věty nebo slova). Je však třeba je opakovat celou myslí a srdcem, s důvěrou v jejich sílu (Vojtíšek, 2013). Virtue doporučuje, když člověk pocítí některou z emocí SZNS, okamžitě nahlas vyslovit afirmaci: „Opouštím si, přijímám se taková, jaká jsem a důvěřuji si.“ (Virtue, 1994, 198). Další mantry doporučené Virtue:

Jsem dobrý člověk.

Obklopuji se milujícími lidmi.

Přitahuji do svého života spokojené a zdravé lidi.

Jsem tvořivá.

Jsem úspěšná.

Odměňuji se za své úsilí.

Je příjemné se o sebe starat.

Jdu cestou, která je pro mě nejlepší.

Mám skvělou intuíci.

Vyjadřuji své pocity.

Jsem schopna dosáhnout všeho, co si dokážu představit.

Ráda žádám o pomoc druhé a ráda ji přijímám.

Je dobře, že jsem upřímná.

Jsem v naprostém bezpečí a je o mě postaráno.

Dějí se jen ty nejlepší věci.

Raduji se ze svých úspěchů.

Jsem schopna rozumně riskovat.

Život je nádherná cesta.

Mé tělo je dokonalé, krásné a zdravé. (Virtue, 1994, 199-200).

- **Akupunktura**

Jak uvádí kniha *Vivir sin estrés* (OCU, 1996) v komplexní terapii se využívá akupunktury jako jedné z nejstarších technik proti stresu, kdy první psané texty o akupunkturu jsou staré 2000 let. Tato technika pochází z orientální filozofie a nejvíce praktikujících lidí je v Asii, ačkoliv proniká akupunktura na západ. Akupunktura vychází z toho, že každým orgánem či procesem v těle proudí vitální energie KI (qui, chi). Tato energie proudí 12 meridiány (dráhy, kanály), které spojují všechny vnitřní orgány. Cílem akupunktury je vyvážit proudění KI přes tyto dráhy a k tomu využívá propojení různých orgánů (například určitý bod na nose je propojen meridiánem s plícemi). K tomu propojování slouží specifické body na povrchu těla, na které když se vyvine tlak, tak způsobí bolestivý pocit v určité části organismu. Používá se speciálních jehliček k tomu určených. Celkem je všech specifických bodů na těle, kam se mohou přiložit jehly 365 (OCU, 1996).

Při stresu napínáme svalstvo, které v některých bodech může způsobit za čas tlak, který pak produkuje bolest na jiném místě na těle. Jehly se specifickým způsobem a většinou se nechávají v bodech zapíchnuté 20 - 30 min. Po dobu, kdy je jehla zapíchnutá, se většinou člověk cítí příjemně, uvolněně. Když je jehla v daném bodu správně umístěna, téměř okamžitě dochází k aktivaci vnitřního orgánu, který zahájí léčebný proces. Tato metoda je velmi vhodná pro přirozené odstranění nezvladatelné touhy po jídle, závislosti a pro uklidnění, zrelaxování a vyrovnání se (OCU, 1996).

- **Výživová terapie**

Organismus, aby byl schopen odolat stresu, potřebuje vyváženou stravu, vysokou fyzickou i mentální úroveň a dostatek vitamínů a minerálů obsažených ve zdravé stravě. Je vědecky potvrzeno, že u většiny lidí, kteří trpěli nemocemi pramenícími ze stresu, se po 2-3 měsících od započetí zdravé diety, díky změně stravovacích zvyků, zlepšil zdravotní stav (OCU, 1996). Strava působí na imunitu a její správné a vyvážené složení skvěle působí jako obrana proti stresu.

Důležité je dodržovat pravidelnost, jídlo si pokaždé v klidu s chutí užít, klidně si dát tři chuťově odlišné chody (menší porce), které ale uspokojí naši touhu a odbourají bažení. Mezi doporučení patří např. na každý chod měnit talíře, což vytváří iluzi větší nasycenosti při menších dávkách a dát si záležet na vizuální zajímavosti pokrmu. Bohatě ochucovat jídlo kořením, bylinkami, octem a citronem, které zvyšují chuťový požitek, aniž by přidávaly kalorie. Před vložením prvního sousta do úst si dát pauzu na zamyšlení nad tím, co jíme a jak se to před nás dostalo. První sousta jsou vždy nejchutnější, proto je třeba jíst pomalu a vychutnávat a zapíjet čistou vodou (nikoliv sladkými kalorickými nápoji) (Guillianová in Kuras, 2010).

Dalším způsobem jak odolat bažení poddat se bažení, ale jen po tom konkrétním jídle, které nám zaplavilo mozek. Ukojit touhu po konkrétní potravíně, ale bez přidání dalších doplňků či přísad (knedlíky, housky, hranolky), po kterých nebažíme. Tyto doplňky jsou více než oblíbené bažené jídlo zdrojem nebezpečného přibírání na váze. Teorie také říká, vlastní přípravou jídla zajistíme, že se do něj nedostanou žádné nežádoucí příměsi, chemikálie, nadměrné množství soli, cukru nebo tuku, čímž si nemůžeme být nikdy jisti v restauracích (Kuras, 2010).

Je tedy dobré, zajímat se o to, jaké potraviny si kupujeme a vědět, co znamenají přidávané látky uváděné na obalu kupovaných výrobků. Nejlepší je konzumovat co možná nejvíce místních potravin, vypěstovaných a vzešlých v prostředí, kde konkrétní člověk žije, protože jsou to potraviny jemu nejpřirozenější a tudíž i nejzdravější.

- **Osobní deník**

Metoda psaní deníku dle Trojanové (n.d.) umožňuje komunikovat se svým nitrem. Do deníku se dají svěřit všechny věci, které nikomu jinému říci nemůžeme a tím si od

problému částečně ulevit. Deník slouží k utřídění myšlenek a je cestou k porozumění sama sobě a nalezení vnitřní rovnováhy. Lze psát na papír (do deníku) nebo na počítači. Způsob není až tak důležitý, důležité je psaní samotné. Je dobré sepsat si své pocity, myšlenky, emoce. Protože je to čistě soukromá a osobní věc, nemusí se člověk neohlížet na kontrolu chyb apod. Psaní deníku je ozdravný a očistný proces a jeden z nejdůležitějších nástrojů duševní hygieny (Trojanová, n.d.).

5. CÍLE A HYPOTÉZY

5.1. Hlavní cíl

Hlavním cílem této práce je zjistit, zda existuje vztah mezi intenzitou bažení po jídle a hodnotou Body Mass Indexu (dále jen BMI). Body Mass Index jsme si zvolili jako nejvhodnější parametr pro hodnocení hmotnosti.

5.2. Dílčí cíle

1. Zjistit, zda existuje vztah mezi hodnotou BMI a jednotlivými faktory bažení.
2. Zjistit, zda existují intersexuální rozdíly v intenzitě bažení po jídle.

5.3. Hypotézy

H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu.

Tuto hypotézu jsme určili na základě výsledků výzkumu Světláka a Pšenice (2012), kteří potvrzují statisticky významný rozdíl v intenzitě bažení mezi skupinami sledovaných dětí s různými hodnotami BMI. Jejich pozorování a výsledky podporují hypotézu, že se bažení po jídle u některých osob významně spolupodílí na etiologii nadváhy a obezity.

H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u obézních osob.

Světlák a Černík zjistili, že se vzrůstajícím BMI se zvyšovalo i skóre faktoru F2 Ztráta kontroly a na základě této studie předpokládáme, že obézní lidé mají větší problém s vlastní sebekontrolou než lidé s normální váhou (Světlák & Černík, 2010).

H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži.

Tuto hypotézu jsme si určili na základě výsledků výzkumu vysokoškolských studentů, u kterých byly zaznamenány signifikantní intersexuální rozdíly (Světlák & Černík, 2010). Při stanovení této hypotézy jsme vycházeli z předpokladu, že vyšší intenzita bažení u žen by mohla mít souvislost s hormonálními změnami v různých fázích cyklu a s nimi spojenou přecitlivělostí a prudkou změnou nálad.

H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

6. VÝZKUM

6.1. Metodika výzkumu

Výzkum probíhal v letech 2012 a 2013 v Olomouckém kraji za spolupráce více řešitelů: Svobodová (2012), Banátová (2013) a Končáková (2013). Jako nástroj pro měření intenzity bažení byl zvolen dotazník G-FCQ-T (General -Food Craving Cuestionnaire – Trait) od autorů Nijs, Franken & Muris (2007). Byl proveden náhodný výběr respondentů různých věkových skupin (13 - 92 let), kteří byli předem seznámeni s cíli a náležitostmi výzkumu. Celkem bylo získáno 2042 ručně či elektronicky vyplněných dotazníků a získaná data byla následně převedena do elektronické podoby a statisticky zpracována. Do výzkumného souboru jsem přispěla 312 dotazníky.

6.2. Etika výzkumu

Studie byla schválena etickou komisí Fakulty tělesné kultury UP (25/2011). Všichni dotazovaní byli seznámeni s účelem výzkumu a souhlasili s dobrovolným vyplněním dotazníku (Příloha 1).

6.3. Metodika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří celkem 2042 respondentů, z čehož je 61 % (1251) žen a 39 % (791) mužů. Nejnížší hranice věku respondentů byla 13 let a nejstarší dotazovaný měl 92 let. Průměrný věk zkoumaného vzorku byl 30 let. Pro klasifikaci kategorií dle hodnot Body Mass Indexu byla použita jednotná klasifikace dle WHO z roku 2004 (Tabulka 4). Dle této klasifikace rozlišujeme 4 skupiny: podváhu při hodnotách BMI 18,49 kg/m² a méně, normální váhu, která je v rozpětí BMI 18,50-24,99 kg/m², nadváhu při BMI 25,00-29,99 kg/m² a obezitu od hodnot BMI 30,00 kg/m² a více. Toto rozdělení se používá pro hodnocení BMI u osob starších 18 let. Obezita se pak dále člení dle závažnosti na tři stupně dle závažnosti: Obézní lidé s hodnotou BMI nad 30 kg/m² (I. stupeň obezity) mají zdravotní riziko středně zvýšené, od hodnoty 35 kg/m² (II. stupeň obezity) velmi zvýšené a při obezitě morbidní (III. stupeň obezity) od hodnoty 40 kg/m² mají velmi vysoké zdravotní riziko. Tyto tři stupně ale v našem výzkumu nerozlišujeme a pro jednoduchost jsme ponechali pouze kategorii obezita. Průměrná hodnota BMI v našem souboru byla 23,26 kg/m², včetně respondentů ve věkové hranici pod 18 let.

Tabulka 4. Stratifikace respondentů dle klasifikace tělesné hmotnosti dle BMI

Klasifikace BMI (kg/m ²)	ženy		muži		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
PODVÁHA (18,49 a méně)	55	4	11	1	66	3,23
NORMÁLNÍ (18,50 - 24,99)	929	74	465	59	1394	68,27
NADVÁHA (25,0 - 29,99)	184	15	247	31	431	21,11
OBEZITA (30,0 a více)	83	7	68	9	151	7,39
celkem	1251	100	791	100	2042	100

Z celkového vzorku respondentů bylo 68 % (1394 probandů) s normální váhou, 21 % (431 probandů) s nadváhou, 8 % (151 probandů) obézních a 3 % (66 probandů) s váhou definovanou jako podváha či podvýživa. Normální váhu dle klasifikace hodnot BMI mělo 74 % žen a 59 % mužů. Z celkového počtu žen mělo 15 % nadváhu, zatímco z celkového počtu opačného pohlaví trpělo nadváhou dvakrát více mužů 31 %. Obézních žen bylo 7 % (83) a obézních mužů o dvě procenta více 9 % (151). U žen byl výskyt podváhy ve 4,4 % a u mužů v 1,4 % případů. Podváha se u žen vyskytovala zhruba 3 x častěji než u mužů.

Dle věku byli respondenti rozděleni do 4 kategorií a to: děti ve věku 13 – 17 let, mladší dospělost 18 – 44 let, starší dospělost 45 – 59 let a stáří 60 – 92 let. Rozdělení dle dosaženého vzdělání respondentů bylo: 520 respondentů s dosaženým základním vzděláním (výzkum zahrnuje všechny respondenty, tedy i respondenty mladší 18 let, kteří nedosáhli zatím vyššího než základního či středního vzdělání), 1253 respondentů se středoškolským vzděláním a 269 respondentů s vysokoškolským vzděláním (Tabulka 5 a 6).

Tabulka 5. Stratifikace respondentů dle věku

Skupina	Věkové rozmezí	Počet dotazovaných
děti	13-17 let	436
mladší dospělost	18-44 let	1137
starší dospělost	45-59 let	158
stáří	>60 let	319

Tabulka 6. Stratifikace respondentů dle úrovně dosaženého vzdělání

Vzdělání	Počet dotazovaných
základní	520
středoškolské	1253
vysokoškolské	269

Další získané údaje se týkaly kouření, v našem vzorku bylo zastoupeno 586 kuřáků a 1456 nekuřáků. Kuřáci získali průměrné celkové skóre bažení 54,47 a nekuřáci dosáhli nižšího skóre 53,11. Dle pohybové aktivity v zaměstnání byl vzorek rozdělen do 3 kategorií: velmi lehká (n=1454), střední (n=426) a vysoká pohybová aktivita (n=162).

6.4. Metodika dotazníku G-FCQ-T

Pro tento výzkum byla použita česká verze dotazníku G-FCQ-T General -Food Craving Questionnaire - Trait. Tento dotazník vytvořili holandští autoři Nijs, Franken a Muris v původně anglickém jazyce (Nijs, Franken & Muris, 2007). Pro náš výzkum byla použita česká verze tohoto dotazníku od autorů Světlák a Černík (2010). Posouzením reliability dotazníku se zabývala na UP Svobodová (2012). Dotazník obsahuje 21 otázek a u každé je na výběr na šestibodové hodnotící škále právě jedna možná odpověď:

Tabulka 7. Šestibodová škála možností odpovědí

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždycky	Vždycky
------------------------	--------	-------	-------	---------------	---------

Hodnotící škála má vzestupné bodování od 1 do 6 bodů (1 bod za odpověď „Nikdy“ a 6 bodů za odpověď „Vždycky“). Dotazovaný tedy dle svého vlastního subjektivního uvážení posoudí, do jaké míry se ztotožňuje s daným výrokiem (otázkou) a zaškrtně právě jednu odpověď. Čím více se s výroky ztotožňuje, tím vyšší skóre získává, a tedy je hodnocen jako osoba, která intenzivně baží po jídle. Pořadí otázek je dané tak, že tvoří čtyři soubory (podškály), vztahující se k základním 4 faktorům cravingu (F1-F4) a to: F1 Zaujatost jídlem, F2 Ztráta kontroly, F3 Pozitivní očekávání, F4 Emoční bažení. FC Celkové bažení je celková suma bodů získaných u všech čtyř faktorů, čímž získáme hrubé skóre (Světlák & Černík, 2010).

- F1: ZAUJATOST JÍDLEM

První oddíl otázek se soustřeďuje na míru zaujatosti jídlem. Zjišťuje frekvenci vtíravých myšlenek na jídlo, které se objevují mimo adekvátní kontext při nepřítomnosti fyziologického hladu. Zvýšené skóre u tohoto faktoru poukazuje na fakt, že se daný jedinec myšlenkově velmi zabývá jídlem, přemýšlí o tom, co bude jíst, vařit, nakupovat apod. Otázky jsou sestavené tak, aby bylo zřejmé, že se jedná o myšlenky na neodolatelnou chuť na jídlo.

Tabulka 8. Otázky vztahující se k faktoru 1

Číslo	Otázka
1	Mám pocit, že neustále myslím na jídlo.
2	Bez ohledu na to, jak těžce to zkouším, nemohu přestat myslet na jídlo.
3	Uvědomil (a) jsem si, že jsem zcela zaujatý (á) jídlem.
4	Když mám na něco neodolatelnou chuť, nemůžu se myšlenky na jídlo zbavit.
5	Neodolatelná chuť na jídlo mě neustále nutí hledat způsoby, jak se k jídlu dostanu.
6	Strávím hodně času přemýšlením nad tím, co budu jíst příště.

- F2 ZTRÁTA KONTROLY

Tento faktor souvisí se sebekontrolou a s vůlí. Zvýšené skóre ukazuje na jedince, kteří vynakládají značné úsilí tomu, aby si udrželi svou váhu v normě. Psychicky nestálé lidi, kteří snadno ztratí zábrany a kontrolu sami nad sebou, snáze ovládnou negativní emoce a proto nedokáží včas své kompulzivní jednání zastavit.

Tabulka 9. Otázky vztahující se k faktoru 2

Číslo	Otázka
7	Když jím něco, na co jsem měl (a) neodolatelnou chuť, přestanu se kontrolovat a sním příliš mnoho.
8	Jakmile začnu jíst, mám potíže přestat.
9	Když mám na něco neodolatelnou chuť, vím, že jakmile začnu jíst, nebudu schopen (a) přestat.
10	Když dostanu to, na co mám neodolatelnou chuť, nedokážu přestat jíst.
11	Když jsem s někým, kdo se přejídá, přejídám se obvykle také.
12	Kdykoliv jdu někam, kde je neomezené množství jídla, skončí to tak, že sním víc, než jsem potřeboval (a).

- F3 POZITIVNÍ OČEKÁVÁNÍ

Faktor ukazuje, do jaké míry je jídlo chápáno jako forma odměny. Nejen pro dítě, ale i pro dospělého může fungovat jídlo jako odměna. Jídlo je používáno jako jedna ze strategií při zvládnání stresu, u někoho funguje jako rozptýlení při pocitu nudy a úzkosti.

Tabulka 10. Otázky vztahující se k faktoru 3

Číslo	Otázka
13	Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se lépe.
14	Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se skvěle.
15	Když jsem sytý (á), jsem méně napjatý (á), úzkostný (á).
16	Když se najím, cítím se spokojeně.
17	Někdy, když jím, zdá se mi, že svět je prostě perfektní.

- F4 EMOČNÍ BAŽENÍ

Bažení v tomto případě souvisí se zvládnáním emočních situací v životě člověka. Zde vzniká tzv. „emoční hlad“, o kterém hovoří i Virtue (1994), kdy jsou nelibé emoce zaměňovány za pocity hladu a bývají motivem pro konzumaci potravin. Jedinci, kteří prožívají nudy, úzkost, deprese, lítost a další negativní emoce, zajíždají své nepříjemné pocity jídlem. V případě tohoto faktoru je třeba počítat i s možnými skrytými onemocněními, jako je depresivní porucha, poruchy příjmu potravy či poruchy osobnosti. (Světlák & Pšenicová, 2012).

Tabulka 11. Otázky vztahující se k faktoru 4

Číslo	Otázka
18	Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když jsem rozrušený (á).
19	Mé emoce jsou častou příčinou toho, že chci jíst.
20	Když jsem ve stresu, mám neodolatelnou chuť na jídlo.
21	Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když se cítím znuděný (á), naštvaný (á) nebo smutný (á).

- FC CELKOVÉ BAŽENÍ

Faktor Celkové bažení (dále jen FC) je součet všech dosažených bodů v jednotlivých faktorech F1 – F4. Minimální skóre dotazníku je 21 bodů a maximálně lze získat 126 bodů hrubého skóre. Celkové získané skóre má vypovídající hodnotu pro posouzení celkové intenzity bažení po jídle. Čím nižší je celkový počet dosažených bodů v dotazníku, tím menší je intenzita bažení po jídle u konkrétní osoby.

6.5. Metodika statistického zpracování dat

Ke statistickému zpracování výsledků a jejich analýze byl použit program Statistica CZ. (verze 11), software pro analýzu dat. V kvantitativním zhodnocení jsme použili jak deskriptivní, tak induktivní statistiku. Při statistickém zpracování bylo použito veličin s těmito zkratkami:

SD - standard deviation (směrodatná odchylka)

M – mean (aritmetický průměr)

Mdn – medián

H1 - alternativní hypotéza

p – hladina statistické významnosti (stanovili jsme hladinu statistické významnosti α na úrovni 0,05)

Použili jsme statistické metody: analýzu rozptylu ANOVA, korelační analýzu pro sledování lineárního vztahu intenzity bažení a BMI a intenzity bažení a věk a LSD test,

kterým jsme hodnotili vztahy podskupin. Dále byl použit Studentův T-test pro nezávislé vzorky pro určení rozdílů bažení mezi pohlavími.

7. VÝSLEDKY

V našem výzkumu jsme zjišťovali průměrné celkové skóre bažení dotazníku G-FCQ-T u všech dotazovaných, v závislosti na BMI, pohlaví a věku. V tabulkách níže je uveden průměr (M), směrodatná odchylka (SD), hladina statistické významnosti (p), dosažené skóre bažení ve všech faktorech (F1 - zaujatost jídlem, F2 - ztráta kontroly, F3 - pozitivní očekávání, F4 - emoční bažení, FC - celkové bažení) a typ použité metody.

Vztah intenzity bažení a hodnoty BMI

Nejprve jsme chtěli zjistit, zda míra intenzity bažení lineárně roste s hodnotou BMI.

H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu.

K ověření této hypotézy jsme použili korelační analýzu, která hodnotila vztah skóre intenzity bažení jednotlivých faktorů u různých skupin dle klasifikace BMI (podvýživa, nadváha, normální váha a obezita). U faktoru Ztráta kontroly a Emoční bažení vyšel statisticky významný rozdíl, zatímco u faktorů Pozitivní očekávání a Zaujatost jídlem nebyl prokázán vztah s hodnotou BMI. U faktoru Celkové bažení ve vztahu s BMI však byl prokázán statisticky významný rozdíl, hypotézu H1 tedy přijímáme. Se zvyšující se hodnotou BMI se lineárně zvyšuje celková intenzita bažení po jídle (Tabulka 12).

V Tabulce 12 vidíme, že celkové průměrné skóre bažení vyšlo nejnižší u lidí s podváhou. Tito lidé dosáhli průměrného celkového skóre 45,94 bodů, lidé s normální váhou dosáhli průměrného celkového skóre 53,59 bodů, lidé s nadváhou 50,65 bodů a lidé obézní 64,11 bodů. Dosažené celkové skóre obézních lidí se odklání od průměrné hodnoty celého vzorku o celých 10,61 bodů. Lidé s podváhou dosahovali ve všech faktorech nízkého skóre, což ukazuje, že nevěnují jídlu velkou pozornost, zřídka jim vstupují na mysl vtíravé myšlenky na jídlo a mají velmi dobrou kontrolu nad svým jednáním.

Rostoucí tendenci faktoru Celkové intenzity bažení v závislosti na hodnotě BMI lze vidět v Grafu 1, kde jsou znázorněny na horizontální ose 4 skupiny dle klasifikace BMI (1- podváha, 2- normální váha, 3- nadváha, 4- obezita) a na vertikální ose FC celkové průměrné skóre bažení. Celkovou linearitu na grafu narušuje výsledek skupiny lidí s nadváhou, kteří v mnoha faktorech dosahovali nižšího skóre než lidé s normální váhou.

LDS test potvrdil statisticky významné rozdíly mezi skupinami dle BMI v FC Celkové intenzitě bažení (Tabulka 13).

Tabulka 12. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k jednotlivým kategoriím dle BMI

	Podváha (n=66)		Normální hmotnost (n=1394)		Nadváha (n=431)		Obezita (n=151)		Korelační analýza
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
F1	12,33	3,92	14,86	5,26	13,75	5,65	17,25	6,85	p=0,092
F2	10,82	4,31	14,21	5,72	14,06	5,89	17,91	7,30	p=0,000
F3	14,86	5,71	15,70	5,04	14,22	4,99	16,99	5,80	p=0,079
F4	7,92	4,39	8,82	3,55	8,62	3,90	11,96	4,75	p=0,000
FC	45,94	15,22	53,59	16,01	50,65	17,05	64,11	20,48	p=0,000

Vysvětlivky: F1 zaujatost jídlem, F2 ztráta kontroly, F3 pozitivní očekávání, F4 emoční bažení, FC celkové bažení.

Použitý test: Korelační analýza BMI a jednotlivých faktorů

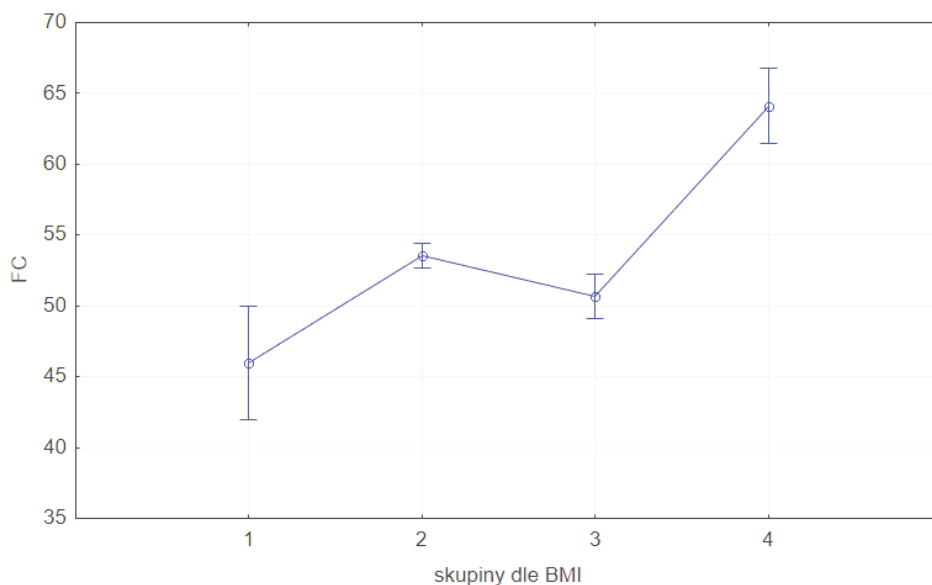
p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05

Tabulka 13. Rozdíly mezi jednotlivými skupinami dle BMI v celkovém bažení

	Podváha (n=66)	Normální hmotnost (n=1394)	Nadváha (n=431)	Obezita (n=151)
Podváha (45,94 bodů)		0,000	0,032	0,000
Normální váha (53,59 bodů)	0,000		0,001	0,000
Nadváha (50,65 bodů)	0,032	0,001		0,000
Obezita (64,11 bodů)	0,000	0,000	0,000	

Vysvětlivky: Použitý test: LSD test pro FC celkové bažení a jednotlivé skupiny dle klasifikace BMI

p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05



Graf 1. Celkové skóre intenzity bažení v závislosti na jednotlivých kategoriích dle BMI

Vysvětlivky: 1- podváha, 2- normální váha, 3-nadváha, 4-obezita

FC – faktor celkové intenzity bažení

Dále nás zajímal faktor Ztráta kontroly, kdy jsme na základě výsledků z výzkumu Světláka a Černíka (2010) předpokládali, že s rostoucí hodnotou BMI se bude zvyšovat také skóre ve faktoru Ztráta kontroly a u obézních lidí bude skóre dosahovat nejvyšších hodnot.

H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u obézních osob.

Obézní lidé dosáhli celkového skóre bažení 64,11 bodů, což bylo nejvyšší skóre ze všech skupin. Faktor Ztráta kontroly u obézních lidí dosahoval průměrného skóre 17,91 bodů, což je nejvyšší průměrné skóre ze všech faktorů u všech skupin dle klasifikace BMI. LSD testem jsme zjišťovali rozdíly mezi skupinami dle hodnot BMI u faktoru F2 Ztráta kontroly. Test potvrdil, že obézní lidé nejnanežněji ze všech ztrácí kontrolu nad svým jednáním, ve srovnání s ostatními skupinami dle klasifikace BMI (Tabulka 14). V Grafu 2 vidíme lineárně rostoucí tendenci u F2 Ztráta kontroly a skupin dle klasifikace BMI. Z našeho výzkumu vyšlo najevo, že obézní lidé baží po jídle celkově více než ostatní skupiny

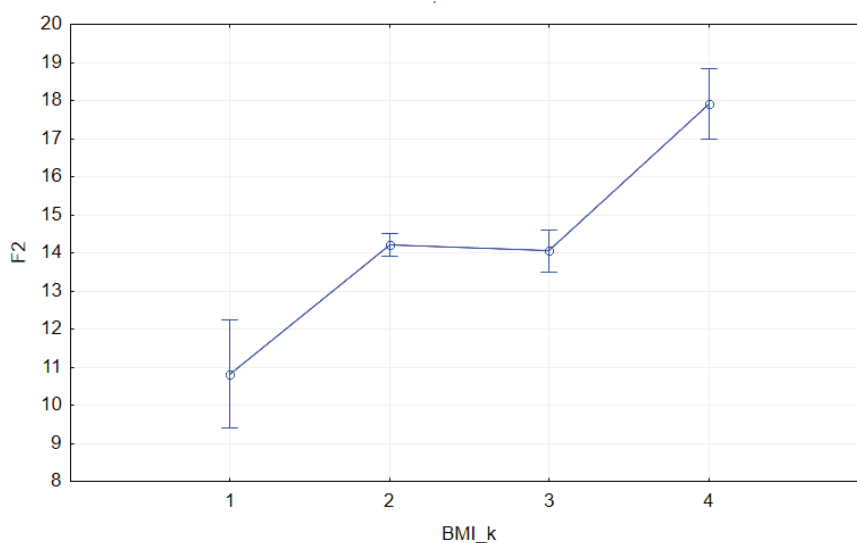
dle klasifikace BMI a to ve všech faktorech. Obézní lidé mívají větší problémy v oblasti sebekontroly a sebeovládání. Nekontrolované impulzivní bažení nezvládnou, vtíravé myšlenky na jídlo je snadno ovládnou, nedokáží jim odolat a přejídají se.

Tabulka 14. Vzájemný vztah skupin dle klasifikace BMI u F2 Ztráta kontroly

	Podváha (n=66)	Normální hmotnost (n=1394)	Nadváha (n=431)	Obezita (n=151)
Podváha (45,94 bodů)		0,000	0,000	0,000
Normální váha (53,59 bodů)	0,000		0,629	0,000
Nadváha (50,65 bodů)	0,000	0,629		0,000
Obezita (64,11 bodů)	0,000	0,000	0,000	

Vysvětlivky: Použitý test: LSD test

p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05



Graf 2. Faktor Ztráta kontroly ve vztahu k BMI

Vysvětlivky: 1- podváha, 2- normální váha, 3- nadváha, 4- obezita

F2 – Faktor Ztráta kontroly

Intersexuální rozdíly v bažení po jídle

Dále nás zajímalo srovnání bažení po jídle u mužů a žen v souvislosti s věkem.

H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži.

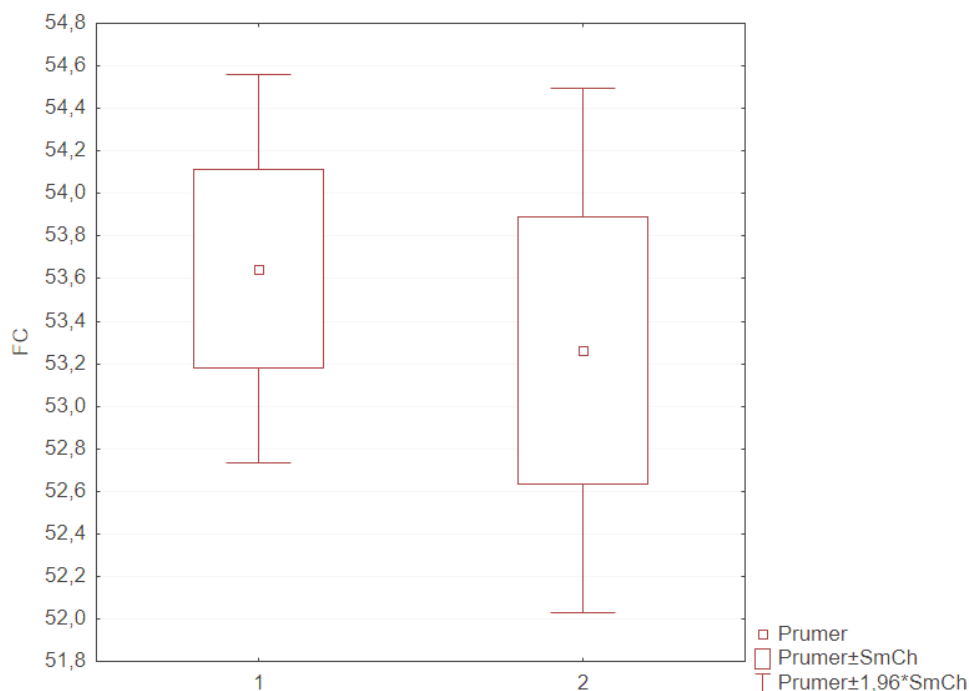
Ženy ve výzkumu dosáhly celkového skóre intenzity bažení 53,65 bodů zatímco muži 53,26 bodů. Ženy tedy měly o 0,39 bodů vyšší celkové skóre než muži (Tabulka 15). Studentův T-test zjistil mezi muži a ženami statisticky významný rozdíl pouze ve faktorech Pozitivní očekávání a Emoční bažení. Průměrné hodnoty faktoru Pozitivní očekávání byly u mužů vyšší (15,75 bodů) než u žen (15,27 bodů) a naopak, hodnoty faktoru Emoční bažení byly vyšší u žen (9,37 bodů) oproti mužům (8,36 bodů). U faktorů Zaujatost jídlom a Ztráta kontroly nebyl zjištěn statisticky významný výsledek. T-test nezjistil mezi muži a ženami statisticky významný rozdíl v FC celkovém bažení, tudíž hypotézu H3 zamítáme. Graf 3 ukazuje rozložení odpovědí mužů a žen v našem souboru u FC celkového bažení.

Tabulka 15. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k pohlaví

	Ženy (n=1251)		Muži (n=791)		T-test	p
	M	SD	M	SD		
F1 Zaujatost jídlom	14,84	5,31	14,52	5,83	1,28	0,20
F2 Ztráta kontroly	14,16	5,71	14,63	6,33	-1,74	0,08
F3 Pozitivní očekávání	15,27	4,93	15,75	5,51	-2,03	0,04
F4 Emoční bažení	9,37	3,89	8,36	3,70	5,82	0,00
FC Celkové bažení	53,65	16,42	53,26	17,68	0,50	0,62

Vysvětlivky: Použitý test: Studentův T-Test pro nezávislé vzorky

p - hladina statistické významnosti mezi muži a ženami



Graf 3. Komparace celkové intenzity bažení u žen a mužů

Vysvětlivky: 1 – ženy, 2 – muži

FC – celkové skóre bažení

Vliv věku na celkovou intenzitu bažení

Poslední čtvrtou hypotézu jsme si určili tuto:

H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

Tabulka 16 ukazuje průměrné hrubé skóre intenzity bažení u jednotlivých věkových skupin. Skupina respondentů ve věkovém rozmezí 13 - 17 let dosáhla 52,59 bodů, skupina 18 - 44 let dosáhla 55,80 bodů, následující skupina ve věku 45 - 59 let dosáhla 48,09 bodů a skupina seniorů nad 60 let dosáhla 48,99 bodů. Pro ověření naší hypotézy jsme použili korelační analýzu pro jednotlivé faktory a věk. Test prokázal statisticky významné výsledky ve všech věkových skupinách. Ve faktoru Celkové bažení test prokázal

statisticky významný výsledek a na jeho základě lze přijmout naši poslední hypotézu H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

Tabulka 16. Průměrná intenzita bažení v jednotlivých faktorech dle věkových skupin

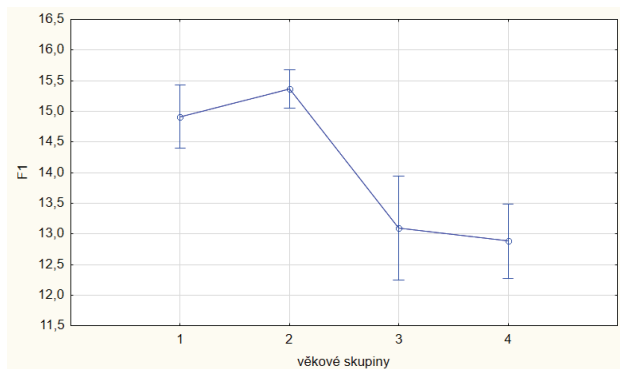
	13-17 let (n=436)	18-44 let (n=1137)	45-59 let (n=158)	> 60 let (n=319)	Variabilita věk	Korelační analýza
F1 zaujatost jídlem	14,92	15,37	13,09	12,88	-0,172	p=0,000
F2 ztráta kontroly	13,74	14,92	13,00	13,73	-0,064	p=0,004
F3 pozitivní očekávání	14,73	16,44	13,70	13,71	-0,176	p=0,000
F4 emoční bažení	9,20	9,08	8,30	8,67	-0,054	p=0,014
FC celkové bažení	52,59	55,80	48,09	48,99	-0,145	p=0,000

Vysvětlivky: F1 zaujatost jídlem, F2 ztráta kontroly, F3 pozitivní očekávání,
F4 emoční bažení, FC celkové bažení.

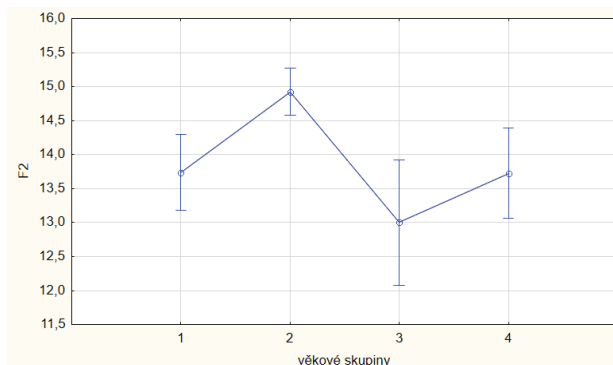
Použitý test: Korelační analýza

p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05

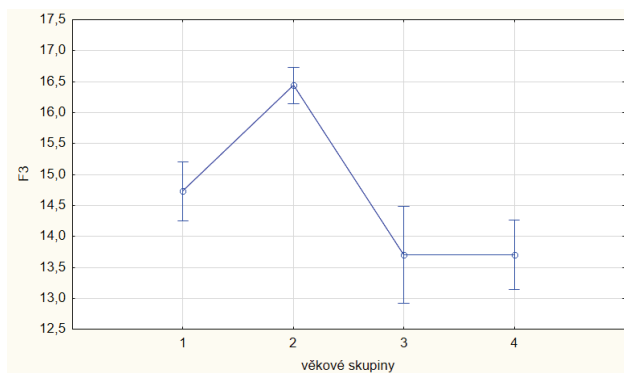
V Grafech 4 - 7 lze pozorovat klesající tendenci intenzity bažení po jídle v jednotlivých faktorech u různých věkových skupin. V Grafu 4 vidíme Zaujatost jídlem, v Grafu 5 Ztráta kontroly, Graf 6 ukazuje faktor Pozitivní očekávání a faktor Emoční bažení je v Grafu 7. Graf 8 pak ukazuje faktor Celkového bažení u všech věkových skupin. Červená přímka na Grafu 9 demonstruje klesavou tendenci bažení po jídle s věkem. S přibývajícím rokem se tedy snižuje FC celkové bažení po jídle u našeho vzorku.



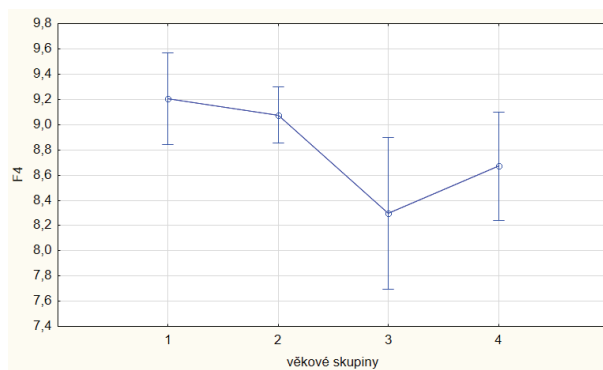
Graf 4. F1 Zaujatost jídelm v závislosti na věkové skupině



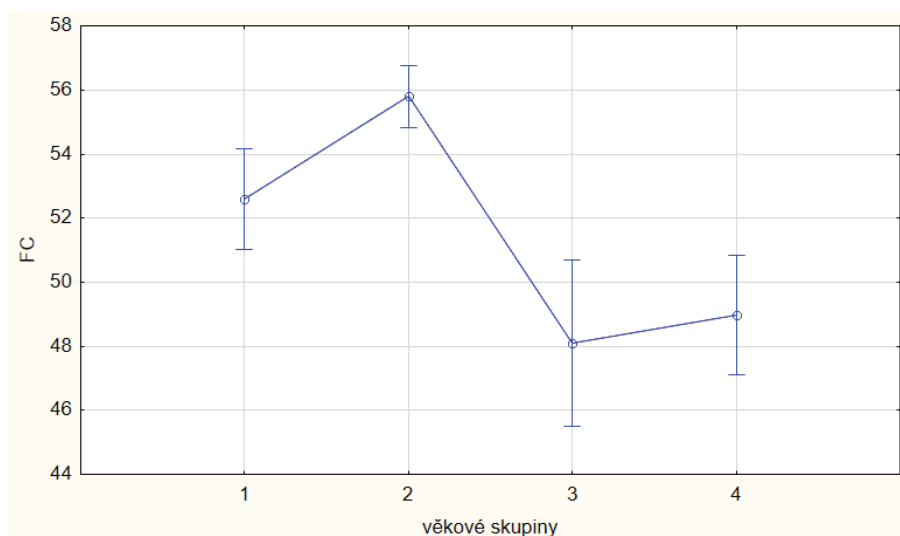
Graf 5. F2 Ztráta kontroly v závislosti na věkové skupině



Graf 6. F3 Pozitivní očekávání v závislosti na věkové skupině

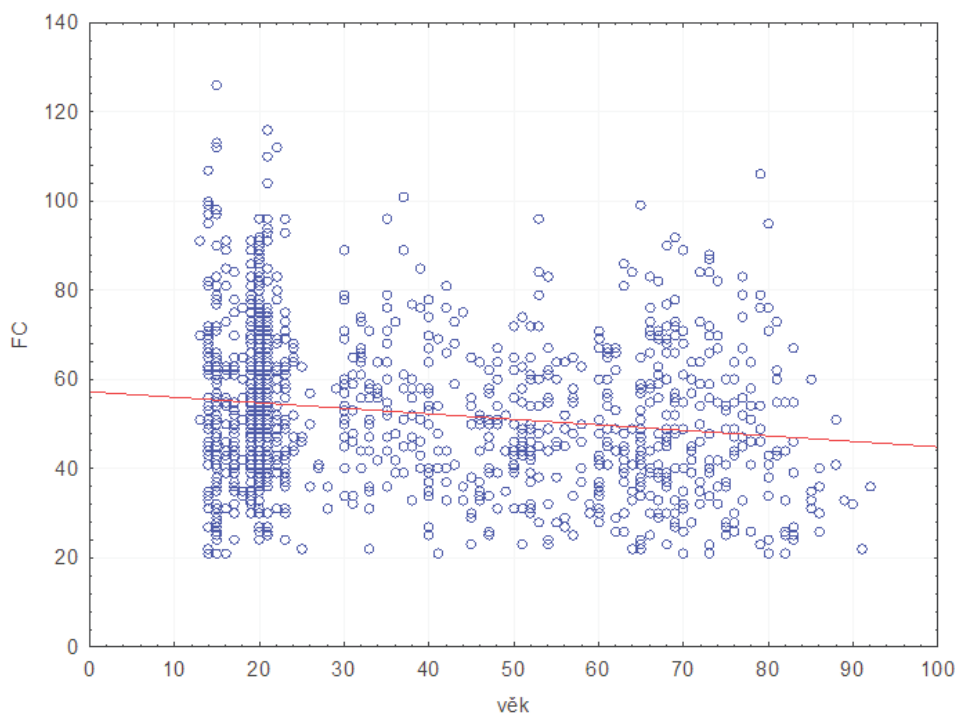


Graf 7. F4 Emoční bažení v závislosti na věkové skupině



Graf 8. FC Celková intenzita bažení v závislosti na věkové skupině

Vysvětlivky: věkové skupiny: 1 – věková skupina 13-17 let, 2- věková skupina 18-44 let, 3- věková skupina 45-69 let, 4- věková skupina 60-92 let
FC- celková intenzita bažení po jídle



Graf 9. Celková intenzita bažení v závislosti na věku (n=2042)

7.1. *Limity práce*

Limity výzkumu mohou být např. že při vyplňování dotazníku nebyl zachycen aktuální psychický a fyzický stav respondentů (nemoc, momentální stav nasycení/ hladu), denní a roční doba, aktuální fáze měsíce, aktuální fáze menstruačního cyklu u žen, těhotenství apod., což může ovlivnit celkové dosažené skóre v dotazníku G-FCQ-T.

Ačkoliv je díky své velikosti náš soubor dostatečně reprezentativní (n=2042), výsledky výzkumu dále může ovlivňovat nestejně zastoupení mužů (n=791) a žen (n=1251), nerovnoměrné rozložení respondentů dle věkových skupin; 13-17 let (n=436), 18-44 let (n=1137), 45-59 let (n=158) a 60-92 let (n=319). V našem výzkumu bylo také nerovnoměrné rozložení respondentů dle klasifikace BMI a to; podváha (n=66), normální hmotnost (n=1394), nadváha (n=431) a obezita (n=151), což mohlo také do určité míry ovlivnit výsledky našeho výzkumu.

8. DISKUZE

V našem výzkumu jsme zkoumali intenzitu bažení po jídle v závislosti na Body Mass Indexu. Průměrná hodnota celkového skóre intenzity bažení vzorku (n=2042) byla 53,50 bodů. Ve studii Světláka a Černíka (2010) hodnota skóre celkové intenzity bažení vzorku (54,90 bodů), který ale tvořili pouze vysokoškolští studenti (n=257), byla velmi blízká našemu výsledku, zatímco celkové průměrné skóre bažení vzorku z výzkumu Svobodové (2012) bylo vyšší (57,04 bodů). Průměrná hodnota BMI u našeho vzorku byla 23,26 kg/m² a to včetně respondentů mladších 18ti let.

Jako první jsme hodnotili vztah BMI a intenzity bažení. H1 předpokládala lineární závislost BMI na celkové intenzitě bažení. Znění první hypotézy bylo H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu. Naše výsledky korespondují s výsledky práce Světláka a Černíka (2010), kteří na zkoumaném vzorku 257 osob potvrdili, že se vzrůstající hodnotou BMI roste i závislost bažení po jídle. Čím nižší je tedy hodnota BMI, tím nižší je intenzita bažení po jídle (Světlák & Černík, 2010). V našem výzkumu dosahovali lidé s podváhou nejnižšího skóre a naopak lidé obézní získali nejvyšší skóre v dotazníku G-FCQ-T. Metodami LSD testem a korelační analýzou jsme došli k podobným výsledkům jako Světlák a Černík a přijmuli jsme hypotézu H1.

Dle poznatků ze studií a z klinické praxe Virtue (1995) a Nešpora (n.d.) jsme předpokládali, že F2 Ztráta kontroly bude nejvyšší u osob obézních, tedy jsme si určili H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u osob s obezitou. Tento předpoklad se prokázal na základě výsledků LSD testu, který porovnával rozdíly mezi skupinami dle klasifikace BMI. Mezi jednotlivými skupinami byly zaznamenány signifikantní rozdíly v tomto faktoru. S rostoucí hodnotou BMI vzrůstalo i dosažené skóre ve faktoru F2 ztráta sebekontroly, což může znamenat, že obézní člověk snadněji bažení podlehe, neovládne se a přejídá se. I tuto hypotézu jsme přijali.

Třetím bodem výzkumu bylo zjistit intersexuální rozdíly mezi muži a ženami. Studie Světláka a Pšenicové (2012) zjistila signifikantní výsledné hodnoty dosaženého skóre pouze ve faktorech Pozitivní očekávání a Emoční bažení. V našem výzkumu vyšly tyto 2 faktory také jako signifikantní. Ženy dosáhly vyššího skóre ve faktoru Emoční bažení a muži naopak vyššího skóre ve faktoru Pozitivní očekávání. Tento výsledek poukazuje na

specifické a odlišné charakteristiky pohlaví (Virtue, 1995). I výzkum Hilla (2007) prokázal, že je bažení po jídle především u žen spojováno s emočními stavy. Podle jeho studie si ženy některé typy potravin vybírají v závislosti na aktuální náladě, což odpovídá i našim výsledkům ve faktoru Emoční bažení. Naše výsledky jsou rovněž v souladu s výzkumem Pelchata (1991), který na vzorku dospělých neprokázal statisticky významné rozdíly mezi pohlavími v celkovém bažení a k tomuto závěru došla ve své práci i Svobodová (2012). Náš výzkum nepotvrdil, že by ženy dosahovaly vyššího skóre ve faktoru Celkového bažení než muži, tedy se neprokázal statisticky významný rozdíl v bažení mezi pohlavími. Hypotézu H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži, zamítáme.

Čtvrtým bodem výzkumu bylo zabývat se vztahem věku a FC celkové intenzity bažení. Bylo prokázáno korelační analýzou, že věk negativně koreluje s faktorem celkové bažení. Průměrné celkové skóre v dotazníku u našeho vzorku se s věkem snižovalo. Statisticky významný byl výsledek jak ve faktoru celková intenzita bažení, tak i ve všech jednotlivých faktorech. Dovolili jsme si přijmout hypotézu H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

Tento výzkum potvrdil, že jídlo může u některých lidí fungovat jako strategie zvládnání stresu (tzv. copingová strategie) a negativních afektů (Světlák & Pšenická, 2012). To podporuje i teorii Nešpora (n.d.) a Hilla (2007), že nálada a emoce hrají důležitou roli v etiologii bažení po jídle.

9. ZÁVĚRY

Tato práce měla za hlavní cíl zjistit intenzitu bažení vzhledem k Body Mass Indexu. Dále pak zjistit, zda existuje vztah mezi hodnotou BMI a jednotlivými faktory bažení, ověřit, zda obézní lidé mají největší problémy se sebekontrolou, zjistit existenci intersexuálních rozdílů v bažení po jídle a vyhodnotit vliv pohlaví vzhledem k jednotlivým faktorům i k celkové intenzitě bažení, zjistit vztah mezi věkem a bažením v jednotlivých faktorech u obou pohlaví.

Dotazníkem G-FCQ-T (General-Food Craving Questionnaire – Trait) jsme zjišťovali intenzitu bažení vzhledem k hodnotě BMI. Dotazníkovým šetřením jsme získali 2042 dotazníků. Dle klasifikace BMI bylo rozložení zkoumaného vzorku následující: 8 % obézních, 21 % lidí s nadváhou, 68 % s normální váhou a 3 % lidí s podváhou. Rozložení respondentů dle pohlaví bylo 791 mužů a 1251 žen.

Stanovili jsme si 4 hypotézy. H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu. Na základě výsledků korelační analýzy a LSD testu byl prokázán vztah mezi hodnotou BMI a FC celkovou intenzitou bažení, tudíž jsme si dovolili tuto hypotézu přijmout. Druhá hypotéza zněla H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u osob s obezitou. I tuto hypotézu jsme na základě výsledků našeho výzkumu přijmuli. Třetí hypotéza byla stanovena takto H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži. Tato hypotéza byla zamítnuta, protože se neprokázalo, že by ženy měly vyšší FC celkovou intenzitu bažení než muži. Mezi muži a ženami byl zjištěn statisticky významný rozdíl pouze ve faktorech Pozitivní očekávání a Emoční bažení. Průměrné hodnoty faktoru Pozitivní očekávání byly u mužů vyšší a naopak, hodnoty faktoru Emoční bažení byly vyšší u žen. U faktorů Zaujatost jídlem a Ztráta kontroly nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Poslední čtvrtá hypotéza zněla takto H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem. Tuto hypotézu jsme na základě výsledků korelační analýzy přijmuli. Ve všech faktorech platilo, že s přibývajícím věkem se skóre intenzity bažení snižovalo. Jinými slovy: čím je člověk starší, tím více klesá jeho intenzita bažení po jídle.

10. SOUHRN

V práci bylo zpracováno téma bažení po jídle (food craving) v souvislosti lidského zdraví a životního stylu. V Kapitole 1 byl představen bio-psycho-socio-spirituální model zdraví, jako komplexní pohled na zdraví člověka. Dále práce představila životní styl a jeho složky: pohybovou aktivitu, zdravou výživu, management stresu a hygienu spánku a odpočinku. Práce se věnovala tématu nadváhy a obezity, které jsou považovány za důsledek nezdravého životního stylu a kterými se dnes zabývá mnoho studií. Věnovali jsme se hodnocením hmotnosti, rozebrali jsme vnímání jídla v historickém kontextu (hlad a hojnost), abychom pochopili současné vnímání jídla.

V Kapitole 3 byly popsány příčiny a projevy bažení a způsoby a metody vhodné k mírnění bažení. Podle autorů Nešpora (n.d.), Virtue (1996) a Hilla (2007) je bažení po jídle sekundární reakcí na to, že nejsou uspokojeny jiné potřeby. Důsledkem nezvládnutého emočního bažení je přejídání, které umožňuje ve své podstatě relativní únik z vnitřní či vnější reality. Emoce jako spouštěči citového hladu byly popsány jako součást syndromu SZNS (Virtue, 1994). Jíst znamená pro některé lidi uvolnit se, být šťastný, mít více energie, cítit se milovaný. Tyto stavy jsou dočasné, protože později se dostávají negativní pocity stavy provinění a deprese. Na závěr syntézy poznatků v Kapitole 4 popisujeme některé techniky a metody jak mírnit bažení.

V praktické části práce jsme se zabývali měřením intenzity bažení v závislosti na různých faktorech. Ve výzkumu byla k měření celkové intenzity bažení a všech jeho 4 faktorů bažení použita česká verze dotazníku G-FCQ-T General-Food Craving Questionnaire – Trait (Nijs, Franken & Muris, 2007). Jako nástroj pro hodnocení hmotnosti jsme zvolili Body Mass Index (BMI). Statistickou analýzou dat získaných pomocí tohoto dotazníku u české populace, jsme měřili intenzitu bažení vzhledem k věku a pohlaví. Vyhodnotili jsme lineární závislost hodnoty BMI a intenzity bažení po jídle. Došli jsme k závěrům, že s rostoucí hodnotou BMI stoupá intenzita bažení po jídle, zvyšuje se intenzita emočního bažení a s vyšším BMI se zhoršuje také schopnost sebeovládání. Každý faktor (zaujatost jídlem, ztráta kontroly, pozitivní očekávání a emoční bažení) byl vyhodnocen zvlášť v souvislosti s věkem respondentů. Vyšlo najevo, že intenzita bažení po jídle se s věkem snižuje. Byly také zjištěny statisticky významné rozdíly u mužů a žen ve

faktorech pozitivní očekávání a emoční bažení, ale v celkovém bažení se neprokázal statisticky významný rozdíl mezi pohlavími.

Práce doplňuje část rozsáhlejšího výzkumu, na kterém se podíleli studenti z Fakulty tělesné kultury, Univerzity Palackého v Olomouci. Shromažďuje informace z českých i zahraničních studií, z klinické praxe psychologů a lékařů a také se opírá o poznatky ze staré čínské medicíny. Přispívá k porozumění problematice bažení po jídle (cravingu) a přejídání se a následnému přibírání hmotnosti. Na téma nadváhy a obezity vzniká v českém prostředí mnoho publikací, zatímco téma bažení příliš rozšířené není, ačkoli s obezitou úzce souvisí. Jednotlivé faktory bažení mohou být samostatnými tématy pro další výzkum.

11. SUMMARY

The diploma thesis deals with the food cravings in connection to the human health and lifestyle. In chapter 1 a bio-psycho-socio-spiritual health model, as a complex view of the human health, was introduced. Further the work describes the lifestyle and its components: physical activity, healthy diet, stress management, sleep and relaxation hygiene. The work deals with the topic of overweight and obesity, which are considered to be the result of the unhealthy lifestyle and which are dealt with in many studies nowadays. We aimed at assessing the weight, we discussed the perception of food intake in the historical context (starvation and abundance) to understand better the current perception of food.

In chapter 3 causes and manifestations of food cravings and suitable methods of moderating the food cravings were described. According to authors, Nešpor (n.d.), Virtue (1996), Hill (2007) the food craving is the secondary reaction to insufficient meeting of other needs. This emotional craving results in overeating which in fact enables a relative escape from the inner or outer reality. Emotions as starters of the emotional cravings were declared as a part of SZNS syndrome (Virtue, 1994). Eating means for some people to relax, to feel happy, to have more energy, to feel to be loved. These conditions are temporal because later on negative feelings and feelings of guilt and depressions come. Finally, in the synthesis of the outcomes in chapter 4, we described some techniques and methods of moderating the food cravings.

In the practical part we focused on measuring the food cravings intensity depending on various factors. In the research the Czech version of G-FCQ-T General-Food Craving Questionnaire-Trait (Nijs, Franken & Muris, 2007) was used to measure the total food cravings intensity and all 4 factors of food cravings. Body Mass Index (BMI) was used as a tool for assessing the weight. Through the statistic analysis of the data gained from the questionnaire in the Czech population, we measured the food cravings intensity considering the age and the sex. We have evaluated the linear dependence of the BMI value and the food cravings intensity. We came into the conclusion that with the increase of BMI value the food cravings intensity rises too, accompanied with the increasing emotional cravings intensity, and with the higher BMI value the ability of self-control deteriorates. Each factor (food obsession, loss of self-control, positive expectation and

emotional cravings) was evaluated separately, considering the age of respondents. It emerged that the food cravings intensity decreases with the age increase. There were also found statistically significant differences in males and females considering the factors of positive expectations and emotional cravings, but in general, as for the cravings there was no statistically significant difference between sexes found out.

The thesis is a part of a wider research performed by students of the Faculty of Physical Education, of Palacký University in Olomouc. It gathers the data from the Czech as well as the foreign studies, from the clinical practise of psychologists and doctors and it relies on the knowledge from the old Chinese medicine. It helps to understand the problem of food cravings and overeating and following weight gain. Topic of overweight and obesity is the core of many publications in the Czech environment, whereas the topic of food cravings is not widespread enough even if it is closely connected with the obesity. Particular factors of cravings could become the individual topics for further research.

12. REFERENČNÍ SEZNAM

Anonymous. (2010). *Meditace*. Retrieved 23.4.2014 from the World Wide Web: <http://meditace-pohoda.webnode.cz/meditace/>

Banátová, K. (2013). *Intenzita bažení po jídle ve vztahu k BMI u studentů střední školy*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Bízová, H. (2007). *Tradiční lidová kultura ve volném čase současné rodiny*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno.

Český statistický úřad. (2011). *Sčítání lidu, domů a bytů*. Retrieved 5.3.2014 from the World Wide Web: http://vdb.czso.cz/sldbvo/#!stranka=podle-tematu&tu=30629&th=&v=&vo=H4sIAAAAAAAAAAFvzloG1uIhBMCuxLFGvtCQzR88jsTjDN7GAIf3WwcNiCReZGZjcGLhy8hNT3BKTS_KLPBk4SzKKUosz8nNSKgrsHRhAgKecA0gKADF3CQNnaLBrUIBjkKNvcSFDHQMDhhqGCqCiYA__cLCiEgZGvxIGdg9_Fz__EMeCEgY2b38XZ89gIIVLxTHEP8wx2NEFJM4ZH0IY5u_t7-MJ1OIP5IdEBkT5OwU5RgH5IUB9fo4ePq4uEPNYw1yDolzhPstJzEvX88wrSU1PLRJ6tGDJ98Z2CyYGRk8G1rLEnNLUiiIGAYQ6v9LcpNSitjVTZbmnPOhmArq34D8QlDDwAG10C_KFWcoe4ugU6uPtWMLA4eni6hcSEAZ0FYe_k3OQmaGJcwUAo2K2XIsBAA A.&vseuzemi=null&void=

ČPZP. (2009). *Obvod pasu nelže*. Retrieved 29.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.cpzp.cz/clanek/3213-0-Obvod-pasu-nelze.html>

ČTK. (2014). *Obezita a těhotenství tvoří podle primáře nežádoucí alianci*. Retrieved 25.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/obezita-a-tehotenstvi-tvori-podle-primare-nezadouci-alianci/>

EUFIC. (2000). *Potraviny a emoce. Potraviny dneška 09/2000*. Retrieved 5.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.eufic.org/article/cs/artid/potraviny-emoce/http://www.eufic.org/article/cs/artid/potraviny-emoce/>

EUFIC. (2004). *Obezita a nadváha*. Retrieved 17.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.eufic.org/article/cs/page/RARCHIVE/expid/review-obesity-overweight/>

Haluzíková, J. & Římovská, Z. (2010). *Zvládání stresu a prevence jeho následků*. Zdraví E15. Sestra 4. Retrieved 22.6.2014 from World Wide Web: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvladani-stresu-a-prevence-jeho-nasledku-450941>

Hammer, L. (1990). *Psicología y medicina china. La ascensión del dragón, el vuelo del pájaro rojo*. Barcelona: La Liebre de Marzo.

Hill, A. J. (2007). The psychology of food craving. *Nutrition Society* 66, 277–285.

Hill, A.J., Weaver C.F.L., & Blundell, J. E. (1991). Food craving, dietary restraint and mood. *Appetite* 17, 187–197.

Hnízdil, J., & Šavlík, J. (2007). *Jak vyrobit pacienta*. Moravskoslezský kruh, o. s. Retrieved 1.11.2013 from the World Wide Web: <http://ulozto.cz/xcsWvak/050-jak-vyrobit-pacienta-jan-hnizdil-pdf>

Holancová, M. (2014). *Chutě v těhotenství*. Retrieved 21.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.babyweb.cz/chute-v-tehotenstvi>

Holčík, J. (2004). *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ped.muni.cz%2Fz21%2Ftexty%2Fvyklad_zakladnich_pojmu_21%2Fdoc%2F001-kap_1-6.doc&ei=ruxVU92OK8TKtAavkYDADg&usg=AFQjCNE3I0YRo5ptJaTWhJB8T7B1ejLrlw&sig2=bcpvwwyCgzFqXjB1Jaqj4w&bvm=bv.65177938,d.Yms

Kalman, M., & spol. (n.d.). *Národní doporučení pro pohybovou aktivitu. Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Retrieved 16.6.2014 from the World Wide Web: <http://hbsc.upol.cz/1-cestina/68-novinky/3-texty/50->

verejne_pripominkovani_narodnich_doporuceni_pro_pohybovou_aktivitu/

Kalman, M., & Vašíčková, J. (2013). *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Univerzita Palackého. Retrieved 2.5.2014 from the World Wide Web: http://hbse.upol.cz/download/zdravi%20skolaci_publikace_WEB.pdf

Kohlmeier, M. (2003). Regulace příjmu potravy, chuť k jídlu. *Nutrient Metabolism. Academic Press London*. 826, 25-30. Retrieved 11.11.2013 from the World Wide Web: <http://appetitestop.cz/pdf/regulace.pdf>

Končáková, V. (2013). *Intenzita bažení po jídle ve vztahu k hodnotě BMI a pohlaví*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury.

Konečný, M. (2013). *Co je to psychosomatika*. Centrum psychosomatické péče. Retrieved 14.6.2014 from the World Wide Web: <http://www.pexis.cz/psychosomatika/co-je-psychosomatika/>

Kuras, B. (2010), Jídla přátelská a nepřátelská. *Euro 25*. Retrieved 19.12.2013 from the World Wide Web: <http://euro.e15.cz/archiv/light/jidla-pratelska-a-nepratelska-820480>

Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite 35*, 65–71.

Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370. Retrieved 12.12.2013 from the World Wide Web: <http://www.learning-theories.com/maslows-hierarchy-of-needs.html>

Matějková, E. (2008). *Závislost na jídle-jak se jí zbavit?* Retrieved 1.5.2014 from the World Wide Web:<http://www.fitweb.cz/clanky/stihla/269841-zavislost-na-jidle-jak-se-ji-zbavit>

MCAnulty, D. (2011). Every Grain Of Sand. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: <http://davidmcanulty.com/story/2009/12/the-bio-psycho-socio-spiritual-model/>

Ministerstvo zdravotnictví CR. (2003). Zdraví 21, Zdraví pro všechny ve 21. století.

Montanari, M. (2003). Hlad a hojnost: Dějiny stravování v Evropě. Praha: Lidové Noviny.

Nešpor, K. (2006). Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí. *Čas. Lék. Čes.*, 145(9), 743-745.

Nešpor, K. (n.d.) . Přemáháme bažení, zlepšujeme sebeovládání: informace těm, kdo překonávají návykovou nemoc. svépomocné materiály. Retrieved 5.1.2014 from the World Wide Web: <http://alkohol-alkoholismus.cz/svepomocne-materialy-nespor-k/premahame-bazeni-zlepsujeme-sebeovladani-informace-tem-kdo-prekonavaji-navykovou-nemoc-prim-mudr-karel-nespor-csc#ixzz2mJjwwIB>

Nešpor, K., & Babková, A. (2012). Co uvolnit a proč? Relaxace jako prevence a léčba nemocí. *Praktický lékař* 92, 171-172.

Nešpor, K., & Csémy, L. (1999). Bažení (Craving) společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Praha: Sportpropag.

Nešpor, K., & Csémy, L. (2013). Impulzivní chování a jeho léčba. *Cognitive Remediation Journal Volume 2 - Issue 2*, 2-5. Retrieved 24.4.2024 from the World Wide Web: http://cdzjesenik.cz/journal/journal02_13.pdf

Nijs, I. M. T., Franken, I. H. A., & Muris, P. (2007). The modified Trait and State Food Cravings Questionnaires: Development and validation of a general index of food craving. *Appetite*, 49, 38-46.

OCU. (1996). Vivir sin estrés. Consejos útiles para susperarlo. Madrid: OCU ediciones.

Pelchat, M. L. (1997). Food Cravings in Young and Elderly Adults. *Appetite* 28, 103–113.

Rogers, P. J., & Smit, H. J. (2000). Food craving and food ‘addiction’: A critical review

of the evidence from a biopsychosocial perspective. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 66, 3–14.

Roseann, T., & Spiotta Gregory B. Luma. (2009). Hodnocení obezity a kardiovaskulárních rizikových faktorů u dětí a adolescentů. *Medicína po promoci* 3/2009. Retrieved 20.4.2013 from the World Wide Web: <http://www.tribune.cz/clanek/14328>

Snopek, M. (2004). Presentace pro předmět Psychoterapie dětí. Psychologický ústav FF MU v Brně. Retrieved 20.4.2013 from the World Wide Web: http://www.phil.muni.cz/~hump/psychoterapie/deti/Papers/Referat_VIII_2004.pdf

Sucharda, P. (2008). Obezita a metabolický syndrom. *Interní medicína pro praxi*, 10 (4), 165-166.

Svačina, S. (n.d). *Obezita*. Lékařské repetorium. Retrieved 16.6.2014 from World Wide Web: http://www.medicabaze.cz/?&sec=term_detail&termId=566&name=Obezita

Světlák, M., & Černík, M. (2010). Food craving: Food-Craving Questionnaire - Trait. *Praktický lékař* 90, 44-47.

Světlák, M., & Pšeniceová, K. (2012). *Příznaky bažení po jídle u dětí staršího školního věku a jejich vztah k body-mass indexu*. Retrieved 30.5.2014 from the World Wide Web: http://is.muni.cz/el/1411/jaro2013/MNPV081p/um/VL_2012-02_Svetlak.pdf

Svobodová, J. (2012). *Vztah intenzity bažení po jídle k antropometrickým charakteristikám u studentů vysoké školy. Posouzení reliability české verze dotazníku General-Food Craving Questionnaire-Trait*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Taussig, J. (2012). *Jídlo a emoce*. Retrieved 5.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.sportvital.cz/sport/nadvaha-a-pohyb/jidlo-a-emoce/>

Trojanová, M. (n.d.). *Deník*. Retrieved 20.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.psycholog-trojanova.cz/denik.php>

Urbanová, Z. (2008). Můžeme ovlivnit obezitu v dětství. *Pediatric pro praxi* 9, 236-238.

Valjent, Z. (n.d.). *Pokus o vymezení pojmu aktivní životní styl*. Ústav tělesné výchovy a sportu, ČVUT Praha. Retrieved 10.5.2014 from the World Wide Web: http://www.utvs.cvt.cz/lectors/zv_zivotni_styl.pdf

Vignerova, J. (2005). *Jak sledovat tělesný růst dítěte*. Retrieved 5.5.2014 from the World Wide Web: <http://www.bezlepkovadieta.cz/celiakie-celiakalni-sprue/218-3/jak-sledovat-telesny-rust-ditete>

Virtue, D. (1995). *V zajetí jídla*. Retrieved 13.2.2013 from the World Wide Web: <http://ulozto.cz/x7LFZFKw/doreen-virtue-v-zajeti-jidla-pdf>

Virtue, D. (1994). *Zbavte se svých kil bolesti*. Praha: Synergie CZ s.r.o.

Virtue, D. (1996). *Chci změnit svůj život, ale nemám na to čas*. Praha: Synergie Publishing SE.

Vítek, L. (2008). *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s.

Vogeltanz, V. (2010). *Etikoterapie - hledání podstaty*. Retrieved 30.9.2013 from the World Wide Web: <http://www.celostnimedicina.cz/etikoterapie-hledani-podstaty.htm#ixzz2hv9kezOX>

Vojtíšek, M. (2013). *Meditace*. Retrieved 7.5.2014 from the World Wide Web: <http://lastura.cz/duchovno/meditace.html>

Vondráčková, P. (2009). *Jídlo jako závislost*. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: <http://www.babyweb.cz/jidlo-jako-zavislost?s=363>

VZP (2011). *V České republice je 55 % lidí s nadváhou a obezitou*. Retrieved 30.2.2014 from the World Wide Web: <https://www.vzp.cz/klienti/aktuality/v-ceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou>

VZP (n.d.). Projekt Žij zdravě. Retrieved 30.2.2014 from the World Wide Web: <http://www.zijzdrave.cz/kila-navic/obezita-a-nadvaha/cesi-a-obezita-%E2%80%93-jak-jsme-na-tom/>

WHO. (1946). Constitution of the world health organization. New York. Retrieved 3.4.2014 from the World Wide Web: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

WHO. (2004). Global Database of Body Mass Index. Retrieved 15.4.2014 from the World Wide Web: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

WHO. (n.d.). Childhood overweight and obesity. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

WHO.(2005). Podpora zdraví v nemocnicích. Praha: Consult hospital s.r.o. Retrieved 25.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.who.cz/attachments/article/18/Podpora%20zdrav%C3%AD%20v%20nemocnic%C3%ADch%20%20D%C5%AFkazy%20a%200%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20kvality.pdf>

13. SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Obrázek 1. Bio-psycho-socio-duchovní model zdraví (MCAnulty, 2011)

Obrázek 2. Determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech (Holčík, 2004)

Tabulka 1. Mezinárodní klasifikace podváhy, normální váhy, nadváhy a obezity u dospělých dle BMI (WHO, 2004)

Tabulka 2. Hodnocení hmotnosti u dětí dle percentilových pásem (Vignerová, 2005)

Obrázek 3. Pyramida potřeb (<http://www.itsolution.cz/maslowova-teorie.a14.html>)

Tabulka 3. Charakteristiky látek a jejich účinky (Virtue, 1994, 231)

Tabulka 4. Stratifikace respondentů dle klasifikace tělesné hmotnosti dle BMI

Tabulka 5. Stratifikace respondentů dle věku

Tabulka 6. Stratifikace respondentů dle úrovně dosaženého vzdělání

Tabulka 7. Šestibodová škála možností odpovědí

Tabulka 8. Otázky vztahující se k faktoru 1

Tabulka 9. Otázky vztahující se k faktoru 2

Tabulka 10. Otázky vztahující se k faktoru 3

Tabulka 11. Otázky vztahující se k faktoru 4

Tabulka 12. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k jednotlivým kategoriím dle BMI

Tabulka 13. Rozdíly mezi jednotlivými skupinami dle BMI v celkovém bažení

Graf 1. Celkové skóre intenzity bažení v závislosti na jednotlivých kategoriích dle BMI

Tabulka 14. Vzájemný vztah skupin dle klasifikace BMI u F2 Ztráta kontroly

Graf 2. Faktor Ztráta kontroly ve vztahu k BMI

Tabulka 15. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k pohlaví

Graf 3. Komparace celkové intenzity bažení u žen a mužů

Tabulka 16. Průměrná intenzita bažení v jednotlivých faktorech dle věkových skupin

Graf 4. F1 Zaujatost jídlom v závislosti na věkové skupině

Graf 5. F2 Ztráta kontroly v závislosti na věkové skupině

Graf 6. F3 Pozitivní očekávání v závislosti na věkové skupině

Graf 7. F4 Emoční bažení v závislosti na věkové skupině

Graf 8. FC Celková intenzita bažení v závislosti na věkové skupině

Graf 9. Celková intenzita bažení v závislosti na věku (n=2042)

14. Přílohy

Příloha 1. Dotazník G-FCQ-T General -Food Craving Cuestionnaire - Trait

Vážená paní, Vážený pane,

děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřený na sledování chuti k jídlu. Získaná data budou anonymně zpracována a použita pouze pro účely vědeckého zkoumání.

Datum vyplnění dotazníku:

Jméno a příjmení:

Věk:

Hmotnost:

Výška:

Pohlaví:

Muž	Žena
-----	------

Kouříte?

Ne, nikdy jsem nekouřil (a)	Ne, dříve jsem kouřil (a)	Ano, příležitostně	Ano, kouřím pravidelně
-----------------------------	---------------------------	--------------------	------------------------

Nejvyšší dosažené vzdělání:

ZŠ	SŠ	VŠ
----	----	----

Počet obyvatel v mém bydlišti:

do 1 000	1 000–29 900	30 000–100 000	nad 100 000
----------	--------------	----------------	-------------

Jaká pohybová aktivita převažuje ve Vašem zaměstnání?

Velmi lehká – sedavé zaměstnání, student, důchodce	Střední – chůze na krátké vzdálenosti	Vysoká – rychlá chůze, nošení břemen...
--	---------------------------------------	---

Kolik času obvykle věnujete pohybové aktivitě ve volném čase?

Žádný	Méně než 1,5 hod/týden	1,5–3 hodiny/týden	Více než 3,5 hodiny/týden
-------	------------------------	--------------------	---------------------------

Máte psa?

Ano	Ne
-----	----

Užíváte pravidelně nějaké léky nebo potravinové doplňky?

Ano	Ne
-----	----

Pokud ano, uveďte jaké.....

U jednotlivých otázek zaškrtněte tu, která nejvíce vypovídá o vašich pocitech:

1. Mám pocit, že neustále myslím na jídlo.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

2. Bez ohledu na to, jak těžce to zkouším, nemohu přestat myslet na jídlo.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

3. Uvědomil (a) jsem si, že jsem zcela zaujatý (á) jídlem.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

4. Když mám na něco neodolatelnou chuť, nemůžu se myšlenky na jídlo zbavit.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

5. Neodolatelná chuť na jídlo mě neustále nutí hledat způsoby, jak se k jídlu dostanu.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

6. Strávím hodně času přemýšlením nad tím, co budu jíst příště.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

7. Když jím něco, na co jsem měl (a) neodolatelnou chuť, přestanu se kontrolovat a sním příliš mnoho.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

8. Jakmile začnu jíst, mám potíže přestat.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

9. Když mám na něco neodolatelnou chuť, vím, že jakmile začnu jíst, nebudu schopen (a) přestat.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

10. Když dostanu to, na co mám neodolatelnou chuť, nedokážu přestat jíst.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

11. Když jsem s někým, kdo se přejídá, přejídám se obvykle také.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

12. Kdykoliv jdu někam, kde je neomezené množství jídla, skončí to tak, že sním víc, než jsem potřeboval (a).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

13. Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se lépe.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

14. Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se skvěle.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

15. Když jsem sytý (á), jsem méně napjatý (á), úzkostný (á).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

16. Když se najím, cítím se spokojeně.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

17. Někdy, když jím, zdá se mi, že svět je prostě perfektní.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

18. Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když jsem rozrušený (á).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

19. Mé emoce jsou často příčinou toho, že chci jíst.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

20. Když jsem ve stresu, mám neodolatelnou chuť na jídlo.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

21. Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když se cítím znuděný (á), naštvaný (á) nebo smutný (á).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
1. LIDSKÉ ZDRAVÍ	9
1.1. BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZDRAVÍ	11
1.2. DETERMINANTY ZDRAVÍ	15
2. ŽIVOTNÍ STYL	16
2.1. PŘIMĚŘENÁ POHYBOVÁ AKTIVITA	17
2.2. ZDRAVÁ VÝŽIVA	19
2.3. MANAGEMENT STRESU	19
2.4. HYGIENA SPÁNKU A ODPOČINKU	20
2.5. NADVÁHA A OBEZITA	21
2.5.1. <i>Epidemiologie</i>	22
2.5.2. <i>Dětská nadváha a obezita</i>	23
2.5.3. <i>Terapie obezity</i>	24
2.6. HODNOCENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI	24
2.7. HODNOCENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI U DĚTÍ	28
3. BAŽENÍ PO JÍDLE (CRAVING)	30
3.1. TEORIE LIDSKÉ MOTIVACE A CHUŤ K JÍDLU	30
3.2. HISTORIE STRAVOVÁNÍ	32
3.3. BAŽENÍ A ZÁVISLOST NA JÍDLE	33
3.4. INTENZITA BAŽENÍ	35
3.5. IMPULZIVITA	36
3.6. EMOCE - SPOUŠTĚČI BAŽENÍ	37
4. POSTUPY A TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ BAŽENÍ	43
4.1. POSTUPY MÍRNÍCÍ BAŽENÍ A ZLEPŠUJÍCÍ SEBEOVLÁDÁNÍ:	43
4.2. TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ BAŽENÍ A STRESU	45
5. CÍLE A HYPOTÉZY	50

5.1.	HLAVNÍ CÍL.....	50
5.2.	DÍLČÍ CÍLE	50
5.3.	HYPOTÉZY	50
6.	VÝZKUM.....	51
6.1.	METODIKA VÝZKUMU.....	51
6.2.	ETIKA VÝZKUMU	51
6.3.	METODIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	51
6.4.	METODIKA DOTAZNÍKU G-FCQ-T	53
6.5.	METODIKA STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ DAT.....	56
7.	VÝSLEDKY.....	58
7.1.	LIMITY PRÁCE.....	67
8.	DISKUZE.....	68
9.	ZÁVĚRY.....	70
10.	SOUHRN	71
11.	SUMMARY	73
12.	REFERENČNÍ SEZNAM	75
13.	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK.....	82
14.	PŘÍLOHY.....	84

ÚVOD

Lidské zdraví je jedna z nejvyšších hodnot, které máme a proto bychom si ho měli vážit a pečovat o něj. Organismus setrvává ve stavu dynamické rovnováhy a porušení této rovnováhy má většinou negativní dopad na zdraví člověka. Už stará řecko-římská kultura zastávala názor, že jakýkoliv extrém je škodlivý a to i co se týče stravování. Štíhlost byla považována za přirozený stav organismu. Byla tedy uznávána střídmost a uměřenost ve stravování a tzv. „žranice“ byly zavrhovány (Montanari, 2003). Nadměrná konzumace jídla nepřináší totiž téměř žádný pozitivní zdravotní efekt. Ba naopak, negativním důsledkem přejídání se je například přibývání na váze, se kterým je v budoucnosti spojeno mnoho zdravotních rizik.

Zajímalo mne, co způsobuje silnou touhu po jídle, jak vzniká, proč jí mnoho lidí často podléhá a nedokáže s ní bojovat. Bažení neboli craving je silná touha, která se vyskytuje také např. u drogových či alkoholových závislostí. Je nezvladatelná, nekontrolovatelná, impulzivní a otravná, pacientovi znemožňuje soustředit se na jiné věci, protože v myšlenkách neustále utíká k jedinému tématu – k jídlu. Takto by se dal přiblížit český výraz bažení po jídle. Aspekty bažení po jídle, jeho příčiny, projevy a následky budou hlavním tématem této práce.

Samotný výskyt bažení není považován za negativní, avšak přejídání a přibývající tělesná hmotnost už riziková je. Při opakovaném přejídání a následném tloustnutí, dochází také k posilování negativních emocí, ke ztrátě sebevědomí a sebedůvěry, podceňování se. Čím více člověk přibírá na hmotnosti, tím více je posilováno jeho bažení a zhoršuje se i jeho psychický stav. Jídlo má pro obézního člověka nepřiměřeně silnou kladnou hodnotu. Poskytuje mu pocity uklidnění, uvolnění, jistoty, uspokojení a v některých případech nahrazuje lásku. Obézní člověk je zvýšeně citově zranitelný a na neúspěchy a pocity křivdy může reagovat tím, že se přejídá. Jídlo mu přináší úlevu, ale zároveň jej vzdaluje od cílů, kterých chtěl dosáhnout. (Taussig, 2012)

Rostoucí epidemie obezity odráží změny ve společnosti a jejích zvycích. K nárůstu počtu lidí trpících nadváhou a obezitou přispívají celosvětové procesy jako ekonomický růst, modernizace, globalizace obchodních řetězců, urbanizace, obecná tendence snižování pohybové aktivity člověka, která souvisí to s faktem, že ekonomika je více orientovaná na využívání sektoru služeb. Mnoho lidí vlastní automobil a čím dál méně osob se přemísťuje

pěšky či na kole. Moderní domácnosti jsou vybaveny vymoženostmi, které člověku na jedné straně usnadňují práci, ale zároveň přispívají ke snížení pohybové aktivity. (Taussig, 2002) Obezita je zapříčiněna velkým množstvím vzájemně působících faktorů, které jsou součástí tzv. metabolického syndromu. Vysoký cholesterol podílející se na vzniku ischemické choroby srdeční a na infarktu myokardu, kouření a stresující způsob života jsou faktory ohrožující člověka na životě. Při léčbě obezity je nezbytná úprava životního stylu, adekvátní pohybová aktivita a dodržování výživových zásad. (Hnízdil, 2007)

Autoři Virtue (1994), Nešpor (2012) i Hnízdil (2007) doporučují jako terapii bažení zaměřit se duchovním směrem a urovnat nejprve všechny problémy v rodinném, partnerském, pracovním a osobním životě. Je nesmysl si říkat, že některé věci nelze změnit. Téměř vše v našem životě jde změnit tak, abychom byli šťastní. Důležité je vnímat sám sebe jako člověka, který se umí pohybovat a orientovat v okolním prostředí, který si věří, dělá kroky vpřed, má nadhled a zdravé sebeprosazování. Ten, kdo má přátele, dělá věci, které ho baví, umí si dobře zorganizovat svůj čas, je šťastný. Vymyslí plno činností, které by chtěl dělat a už mu nezbyde ani chvilka času na to, věnovat se myšlenkám na jídlo. Člověk by se měl umět usměrnit, pokud si uvědomí své bažení a zastavit ho hned na počátku. Klíčem k mírnění bažení je uvědomit si pravou příčinu svých problémů. Například, že nezvladatelná touha po máslových sušenkách je vlastně skrytá touha pobavit se a uvolnit nebo že lačnění po tučném smaženém jídle znamená nedostatek lásky, osamělost a prázdnotu. Pokud si toto člověk uvědomí, začne se cítit lépe, lehčeji a získá kontrolu nad sebou samým. Lehkost na těle i naduchu je předpokladem toho, abychom se cítili dobře a zdravě.

Měření a hodnocení cravingu je poměrně komplikovaná záležitost, kvůli subjektivnímu posuzování a nepřesnému vymezení problematiky. Avšak existuje několik metod, které se v praxi používají. Jedním z nástrojů, jak posoudit intenzitu bažení je standardizovaný dotazník General-Food Craving Questionnaire Trait od autorů Nijs, Franken a Muris (2007) obsahující 21 otázek. Pro náš výzkum použijeme českou verzi tohoto dotazníku od Světláka a Černíka (2010), jehož reliabilita byla ověřena a také byla prokázána jeho dobrá stabilita v čase (Svobodová, 2012).

1. LIDSKÉ ZDRAVÍ

Nejvýznamnější organizací na světě, která se otázkou zdraví zabývá globálně, je Světová zdravotnická organizace (World Health Organization - dále jen WHO). V České republice je důležitým dokumentem především program Zdraví pro všechny ve 21. století (2004), za jehož plnění a monitorování cílů zodpovídá stát. Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky je v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj.

Dle Ústavy WHO je zdraví charakterizováno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“(WHO, 1946, 1). Definice vystihuje jak pozitivní, tak i negativní složku pojmu zdraví. Zdraví chápeme jako vnitřní subjektivní pocit. Dle českého Programu Zdraví 21 „Zdraví není jen charakteristikou organismu. Je i významnou humánní hodnotou, a to jak individuální, tak sociální. Je provázáno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty.“ (Zdraví 21, 2004, 23). Hloubku a smysl slova zdraví cítíme také v anglickém slově „health“, které vzniklo ze slova „whole“ (celý, zdravý). Ve vztahu duše - tělo je zdraví pojímáno monisticky a celostně jako jedna dimenze (Zdraví 21, 2004).

Mnoho okolností nasvědčuje tomu, že zdraví není prostým protipólem nemoci, že je ve své podstatě jinou kategorií než nemoc. Lze soudit, že zdraví je pojmem spíše obecně humánním a sociálním než jednostranně medicínským a že jeho determinanty a možnosti jeho ochrany, posílení a rozvoje široce přesahují tradiční doménu zdravotnických služeb (Zdraví 21, 2004, 22).

Tato definice obsahuje více přístupů. Zatímco medicínský pohled na zdraví je zaměřen na fyzické rizikové faktory (např. vysoký krevní tlak), behaviorální přístup se zaměřuje na faktory spojené s životním stylem (kouření, pohybová aktivita), socio-environmentální přístup řeší obecné životní podmínky jako je chudoba či nezaměstnanost. Měli bychom stavět na skutečnosti, že „lidé zdraví nejenom studují, ochraňují a navracejí, ale i prožívají; zdraví je tedy jednou z charakteristik života v jeho celé plnosti.“ (Holčík, 2004, 27).

Už z nejstarších teorií je dobře známé řecko-římské chápání zdraví. Lékaři Hippokrates a Galén viděli zdraví jako harmonii a rovnováhou (isonomia) řady prvků a kvalit, jak psychických, tak i fyzických (temperament, roční doba, tělesné šťávy: krev, černá a žluč,

žluč, sliz). A naopak nemoc znamenala porušení řádu v systému prvků či disproporci mezi tělesnými šťávami. Doktor Galén rozlišoval navíc tři stavy bytí: zdraví, nemoc a neutralitu (Holčík, 2004).

Burešova definice vystihuje zdraví jako „potenciál vlastností (schopností) člověka, vyrovnat se s nároky působením vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí.“ (Bureš in Zdraví 21, 2003, 23). Říká tím v podstatě, že život je neustálá změna a člověk na každou změnu určitým způsobem reaguje. Naše reakce musí být rychlá a adekvátní. Život člověka je proces, do kterého často nepředvídatelně vstupují vnější i vnitřní faktory, které člověk musí zvládnout a přijmout bez újmy na zdraví. Žijeme v dynamické rovnováze, vyrovnáváme se s různými nároky ze strany rodičů, přátel, partnera, z pracovního prostředí.

V pozitivním kontextu vnímání zdraví formuluje Ottawská charta podobnou myšlenku jako výše zmíněný Holčík (2004), že „zdraví je lidmi utvářeno a prožíváno v lokálním rámci jejich každodenního života; tam kde se učí, pracují, baví se a milují.“ (WHO, 2005, 2).

Má-li jednotlivec nebo skupina dosáhnout stavu úplné tělesné, duševní a sociální pohody, musí mít možnost určovat a uskutečňovat své aspirace, uspokojovat své potřeby a měnit prostředí nebo se s ním vyrovnávat. Zdraví je proto vnímáno jako zdroj každodenního života a nikoli jako životní cíl. Zdraví je pozitivní koncept, který kromě tělesných schopností zdůrazňuje i sociální a osobní možnosti člověka. (WHO, 2005, 72).

Hnízdil a Šavlík (2007) zdůrazňují aktivní přístup pacienta na péči o vlastní zdraví. Jsou představiteli psychosomatiky, která otevírá bránu k lepšímu porozumění člověka. Psychosomatika není samostatný medicínský obor, ale způsob myšlení, který v sobě zahrnuje holistický pohled na člověka (pacienta) ve svém přirozeném prožívání každodenního života. Psychosomatika se zabývá více nemocným pacientem, než nemocí (Hnízdil & Šavlík, 2007). Konečný (2013) považuje psychosomatiku za způsob uvažování o zdraví a nemoci, který nepomíjí člověka v jeho životní situaci. Na zdravotní obtíže pohlíží v kontextu individuální historie člověka a osobního jedinečného příběhu, a proto je psychosomatika schopna často pomoci tam, kde běžná léčba selhává. (Konečný, 2013). Hnízdil úspěchy biologické vědy v žádném ohledu nezpochybňuje. Naopak říká, že psychosomatika obohacuje klasický medicínský přístup o přirozenou stránku lidského života, o potřebu psychické a sociální podpory. Na dnešním lékařství vidí nedostatek

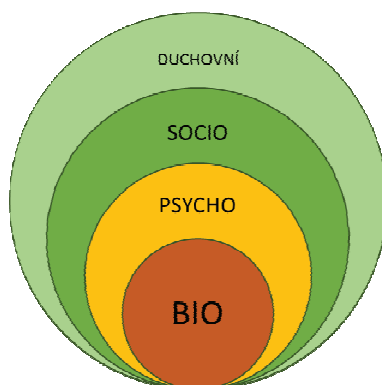
v tom, že je pod velkým vlivem biologických věd a ohromujících dílčích poznatků a že humanitní vědy jsou často opomíjeny. Chybí celostní teoretický koncept zahrnující bio-socio-psycho-spirituální model zdraví (Hnízdil & Šavlík, 2007).

Psychosomatickým přístupem se budeme zabývat i v problematice bažení po jídle. Lidé úzkostní, neklidní, neurotičtí či depresivní vyhledávají přirozeně různé strategie, jak z nepříjemných stavů unikat. Vzniká tak poměrně velká skupina lidí, kteří utíkají od svých životních problémů a řeší je pomocí jídla. Jejich touha po jídle bývá ve skutečnosti způsobena neuspokojenými psychickými potřebami (např. nespokojeností ve vztahu, neuspokojenou potřebu lásky, osamělosti, nudou) (Virtue, 1995). V následujících kapitolách budou popsány negativní zdravotní důsledky bažení a přejídání se a také léčba a techniky zvládnání bažení.

1.1. Bio-psycho-socio-spirituální model zdraví

Pro začátek bude dobré shrnout si všechny složky, které utváří zdraví. Základní přístup bio – psycho – socio - spirituálního modelu je interdisciplinární. Čtyřsložkový model zdraví pohlíží na zdraví člověka z různých úhlů pohledu, ale přitom neodděluje duši od těla. Systémové pojetí modelu umožňuje řešit otázku zdraví z hlediska biologického, psychologického, sociálního i duchovního (spirituálního). Jako jeden z prvních jej prosazoval G. Engel (MCAnulty, 2011).

Model, který byl zpočátku čistě biologický, se postupně rozšířil o psychologickou a sociální složku, protože bylo příliš zjednodušené a neobjektivní posuzovat lidské zdraví jen z biologického (tělesného) pohledu. Byla zahrnuta i problematika osobnosti, temperamentu a všeho, čím se zabývá psychologie osobnosti (psychika, vnitřní nastavení, názory) a sociální rovina. Rozumíme tím sociálním prostředím a vztahy, ve kterých člověk vystupuje (zastává v životě různé role: dítě, žák, sourozenec, rodič, zaměstnanec, manžel). V posledních letech psychologové a psychiatři obohatili model o čtvrtou složku - spirituální (duchovní). Všechny 4 složky jsou stejně důležité. Spiritualita je také významným a legitimním předmětem lékařského výzkumu (Nešpor, 2006).



Obrázek 1. Bio-psycho-socio-duchovní model zdraví (MCAnulty, 2011)

Tento model nám bude užitečný pro pochopení souvislostí v holistickém pohledu na lidské zdraví, životní styl, bažení po jídle, stres, negativní emoce, přejídání se, obezitu a léčbu. Vztáhneme tedy model na problematiku bažení po jídle:

1. Biologický aspekt bažení je například genetická predispozice, zakódovaná ve dvojité šroubovici deoxyribonukleové kyseliny v našich buňkách. Člověk se může narodit s genetickou predispozicí k tloustnutí, ale stále je to jen předpoklad, že by v budoucnu mohl vypadat a vážit zhruba stejně jako jeho rodiče, pokud by žil podobným životním stylem jako oni. Genetický faktor dle Holčíka nemá větší vliv na naše zdraví než 20 % (Holčík, 2004), tudíž nejsme k obezitě od prvopočátku odsouzeni. I přes toto pozitivní zjištění se z českých průzkumů dozvídáme alarmující výsledky. V rámci preventivního programu Žij zdravě Všeobecné Zdravotní Pojišťovny (dále jen VZP) byl proveden výzkum, ze kterého vyplývá, že 45 % českých dětí, které mají oba dva rodiče obézní, trpí obezitou v dospělosti také. Pokud jsou matka s otcem obézní, jejich potomek má statisticky velkou pravděpodobnost, že bude mít v budoucnu problémy s váhou, i když záleží vždy na mnoha dalších faktorech (např. druh, frekvence, délka a intenzita pohybové aktivity, skladba jídelníčku apod.) Čím vyšší je však tělesná váha, tím méně hodin týdně tráví člověk pohybovou aktivitou, což dokazuje, že s přibývajícím kily roste i nechuť hýbat se. U obézních je významně vyšší podíl těch, kteří nevykonávají žádnou pohybovou aktivitu, a to zhruba jedna třetina. Lidí s nadváhou a obezitou v České republice přibývá a obezita je příčinou špatného zdravotního stavu. Negativní vliv nadváhy a obezity ovlivňuje také spokojenost s pracovním

výkonem, s osobními vztahy, se sexuálním životem a se sebou samým. Zhruba každý třetí obézní člověk trpí depresemi a více jak třetina obézních necítí dost energie pro každodenní činnosti a život (VZP, 2011).

2. Psychologický aspekt bažení a přejídání se týká například naučených stravovacích způsobů a vzorců chování, které jsou získané v dětství a většinou přetrvávají do dospělosti. Děti se od rodičů naučí stravovací návyky a v dospělosti je dále předávají vlastním potomkům. Proto dítě vyrůstající v prostředí rodiny s nadváhou či obezitou ve většině případů také v dospělém věku bojuje se svou hmotností. Mezi psychologické aspekty patří emoce. Zvláště intenzivní negativní emoce u mnoha lidí vyvolávají vtíravé myšlenky na jídlo a touhu po určitých potravinách. Pokud je touha natolik silná, že člověk není schopen ji odolat a zavčas sám sebe zarazit v konzumaci oblíbené potraviny, hovoříme o nekontrolovaném a impulzivním přejídání. Negativní emoce jsou například strach, zlost, napětí či stud, kterými se dále budeme zabývat v kapitole Emoční bažení (Virtue, 1995).

Mezi vnitřní kvality člověka patří například organizace, disciplína a sebekontrola, které v problematice bažení hrají poměrně velkou roli a kterými se později také budeme zabývat. Další charakteristiky jsou vděčnost, svědomí a hřích. Lidé, které ovládá touha po jídle natolik, že sní sami např. 100 gramovou tabulku čokolády, si zpětně vyčítají své nekontrolované jednání, vnímají ho jako hřích, který spáchali sami na sobě a cítí lítost a vztek, který opět v některých případech zajídají jídlem (Virtue, 1995).

3. Sociální aspekt touhy po jídle lze pozorovat v různých kulturách a zvycích společného stravování. Rodina tvoří primární prostředí, odkud člověk přejímá stravovací návyky (volba potravin, denní doba jednotlivých jídel, akt společného stolování a různé tradice spojené s jídlem). Tyto návyky přejímáme vědomky i nevědomky od rodiny jako děti a přinášíme je pak do naší vlastní rodiny, kterou v dospělosti zakládáme. Člověk se schází u jednoho stolu při příležitosti oběda či večeře s jinými lidmi (s přáteli, s partnerem, s kolegou z práce). Ve společenském kontextu je sdílení těchto okamžiků příjemné, uskutečňuje se při tom důležitá forma mezilidské komunikace (MCAnulty, 2011). Důležitou roli hrají české svátky Vánoce a Velikonoce, významné životní události, které jsou zároveň příležitosti k uspořádání společného oběda, hostiny, rautu či tzv. "zapíjecí akce" založené na konzumaci alkoholických nápojů. Narození dítěte, křtiny, narozeniny, svátky, maturita, promoce, zasnoubení, svatba, sportovní úspěch, pracovní úspěch, výročí

svatby, pohřeb, to všechno jsou společenské události, při kterých dochází ke společnému setkávání lidí. Společenské události vždy provázelo, provází a bude provázet jídlo (Bízová, 2007).

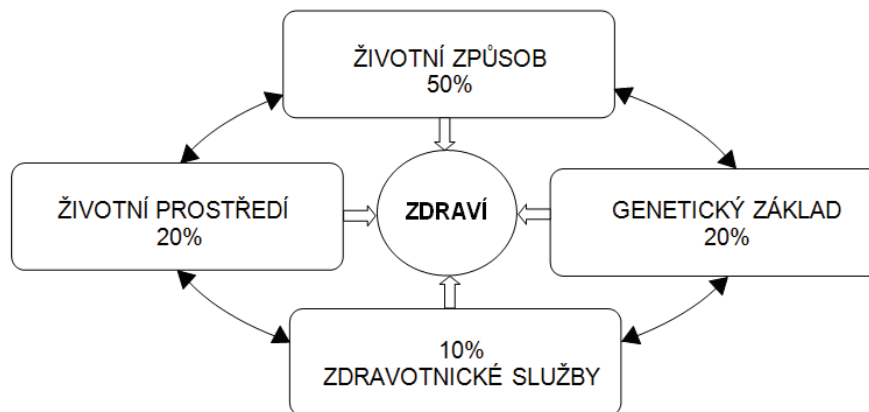
4. Duchovní či spirituální aspekt je významný v problematice řešení závislostí na jídle. Klíčové prvky spirituality jsou *smysluplnost*, kam patří důležitost života a smysl životních situací, *hodnoty*, což jsou ceněná přesvědčení a hodnotová měřítko, *transcendence* značící zkušenosti s dimenzí přesahující osobní já, *vztahy* k sobě, druhým lidem, Bohu nebo Vyšší síle a *rozvíjení života*, což vyžaduje zkušenost a reflexi a zahrnuje pocit, kdo člověk je a jak poznává (Martsof & Mickley in Nešpor, 2006). Co se týče závislostí, tak spiritualita podle Nešpora negativně koreluje s pitím alkoholu a kouřením (výskyt rizikového chování je nižší u věřících lidí 17,6 % než u nevěřících lidí 28,6 %), z čehož by se dalo částečně usuzovat, že pokud závislost na jídle vykazuje podobné znaky jako závislost na cigaretách, pak by věřící člověk po jídle bažil méně než nevěřící. Obecně řečeno spirituálně založení lidé mají optimističtější pohled na život, silnější pocit sociální pohody a podpory a vyšší odolnost vůči stresu (např. bolest ze ztráty blízké osoby), který úzce souvisí s bažením po jídle. Lékaři, kteří brali v úvahu spirituální prvek, zaznamenali u svých pacientů nižší mortalitu i lepší průběh léčby (Nešpor, 2006).

Pod pojem spiritualita spadá také otázka víry. Typicky českým specifíkem je malé procento věřící populace, což potvrzují výsledky sčítání lidu z roku 2011 zveřejněných v únoru 2014. Z celkového počtu obyvatel ČR (10 436 560) je 3 604 095 obyvatel bez náboženské víry. Věřících lidí a zároveň hlásících se k nějaké církvi je 1 463 584. Lidí, kteří jsou věřící, ale nehlásí se k žádné víře je 765 358. Zbytek českého obyvatelstva nevedlo žádnou odpověď. To by mohlo znamenat, že i víra v prostředí ČR má určitý vliv na zvyšující se průměrné hmotnosti českého obyvatelstva (ČSÚ, 2011).

Souhrnem lze říci, že zdravá a harmonická osobnost člověka se skládá ze čtyř oblastí a pokud se v některé z těchto oblastí vyskytne problém, je nutné věnovat mu dostatečnou péči a nezanedbat ho. To platí nejen u lékařů a odborníků na obezitu, pohybovou aktivitu a výživu, kteří by měli mít na paměti, že s pacientem se musí pracovat citlivě, pozorně a celistvě a pomáhat nalézat skutečnou příčinu jeho potíží, ale i u pacientů, kteří nesou největší část zodpovědnosti za své zdraví.

1.2. Determinanty zdraví

Teď, když jsme si objasnili pojem zdraví, můžeme se podívat, čím je zdraví ovlivněno. Je zřejmé, že zdraví je výsledkem komplikovaného působení mnoha faktorů. Dle Holčíka (2004) rozdělujeme determinanty zdraví na 4 oblasti (Obrázek 2): genetické predispozice, které mají vliv na zdraví jedince až z 20 %, úroveň zdravotnických služeb ovlivňuje zdraví z 10 %, životní prostředí (což jsou přírodní a sociální faktory) mají vliv na zdraví z 20 %, ale z největší části se na zdraví jedince podílí vlastní životní způsob (chování), a to až z 50 % (Holčík, 2004).



Obrázek 2. Determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech (Holčík, 2004)

V oblasti životní prostředí má velkou důležitost politická a ekonomická situace, která do značné míry předznamenává možnost skutečné volby občanů (např. otázka pitné vody, výživy, bydlení, vzdělání). Významným faktorem, který spadá do životního způsobu je kultura, která obsahuje tradice, zvyklosti, hodnoty, historickou zkušenost, což také ovlivňuje zdraví lidí. Další determinantou zdraví je kouření a pití alkoholu. Vysoký nárůst tohoto rizikového chování je zaznamenán u mládeže, především u dívek (Holčík, 2004).

Vycházíme-li z předpokladu, že zdraví lze zhruba ze 70 % ovlivnit: jednak zlepšením životního prostředí (20 %) a jednak zdravějším chováním lidí (50 %), pak je zřejmé, že dosud se této oblasti věnuje poměrně malá pozornost. Nyní se zaměříme už pouze na životní styl.

2. ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je sociologickým fenoménem zkoumaným z mnoha hledisek. Prolíná se s pojmy životní způsob, kvalita a délka života, životní dráha a také jej často nejde oddělit od podmínek života. V českém prostředí dochází nejvíce ke konfrontaci výrazů životní způsob a životní styl, kde neexistuje odborný konsensus mezi těmito dvěma pojmy. Životní způsob bývá chápán jako pojem týkající se společnosti, je obecnější, širší a nadřazený životnímu způsobu, který se spíše více týká života jednotlivců či menších skupin spjatých s konkrétními podmínkami. Životní styl člověka se podílí na jeho celkové spokojenosti a pohodě (Valjent, n.d.).

Aktivní životní styl lze chápat jako rovnováhu mezi duševním a fyzickým zdravím. „Dále se charakterizuje jako životní styl závislý na vzájemné kladné kombinaci především těchto faktorů: zdravé výživě, pitném režimu, rizikových faktorech (kouření, pití alkoholu, drogy), konzumu médií (TV, počítače) a pohybové aktivitě.“ (Valjent, n.d., 6). Je používáno pravidel 3 P, což znamená: Přiměřenost v příjmu živin a energie, Pravidelnost pohybové aktivity a Prevenci v předcházení nezdravým stravovacím a životním návykům. Aktivní životní styl dává životu smysl, zlepšuje kvalitu života a navíc snižuje i náklady na léčbu komplikací a sociální výpomoc (Valjent, n.d.). Přínosy aktivního životního stylu tedy jsou:

- Zvýšení kardio-respirační kondice, zlepšení svalové síly, vytrvalosti.
- Snížení krevního tlaku.
- Zvýšení počtu červených krvinek, zlepšení anemie.
- Snížení inzulínové resistance, snížení a vylepšení lipidového spektra.
- Zlepšení obranyschopnosti proti infekcím.
- Prevence úbytku svalové hmoty a úbytku kostní hmoty ve vyšším věku.
- Zlepšení držení těla, udržení „svalového korzetu“ prevence degenerativního postižení vaziva a kloubů.
- Prevence pádů a významné zlepšení soběstačnosti ve vyšším věku.
- Zlepšení nálady a sebedůvěry, zlepšení psychické výkonnosti i odolnosti, zlepšené zvládání společenských rolí.
- Radostnější a aktivnější využívání volného času
- Méně depresí, hypochondrických těžkostí a stavů úzkosti

- Lepší trávení a méně problémů se zácpou.
- Způsobení přirozené únavy a uklidnění, klidnější, osvěžující spánek.
- Snižující působení stresu.
- Zlepšení vzhledu (Valjent, n.d.).

Životním stylem dětí a mládeže se zabývá v českém prostředí studie HBSC (Health Behaviour in School – aged Children). Tato studie vychází ze stanoviska WHO, že chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání. Zaznamenává u dětí a mládeže tyto nedostatky: nadměrný energetický příjem a nezdravá strava, nedostatečná úroveň pohybové aktivity a vysoká míra sedavých aktivit, užívání tabákových výrobků, drog a nadměrné pití alkoholu (Kalman & Vašíčková, 2013).

2.1. Přiměřená pohybová aktivita

Čím dál více se zvyšuje podíl duševní práce v naší společnosti, což přirozeně vede u většiny lidí ke snižování tělesného zatížení organismu a následně pak i ke snížení fyzické kondice. Také narůstá psychické vypětí, ať již pracovního či studijního charakteru, jenž se musí kompenzovat vhodnou pohybovou aktivitou, která pomáhá relaxovat organismus a tím urychlit i jeho regeneraci (Valjent, n.d.).

Teorie Coopera, který byl tvůrcem aerobního programu pro aktivní zdraví v USA, se zaměřuje na vzájemné vztahy mezi pohybovou aktivitou, výživou a duševní rovnováhou. Zdůrazňoval důležitost aerobní pohybové aktivity, což je taková pohybová činnost, která vyžaduje zvýšený přísun kyslíku v delším časovém intervalu. Klade na organismus takové požadavky, které ho nutí zvýšit využití kyslíku. Většinou se jedná o vytrvalostní činnosti vykonávané mírnou intenzitou (Cooper in Valjent, n.d.).

Každý účinný aerobní trénink se skládá ze 4 částí: rozcvičení, vlastní aerobní fáze, uklidnění a posilování svalstva pomocí gymnastiky nebo posilovacích cviků. Ve svém dlouhodobém výzkumu Cooper zjistil, že je vhodné intenzitu zatížení střídát, a proto doporučuje vykonávat aktivitu po delší čas. Každý účinný aerobní trénink se skládá ze 4 částí: rozcvičení, vlastní aerobní fáze, uklidnění a posilování svalstva pomocí gymnastiky nebo posilovacích cviků. Dále zjistil příznivé odezvy v organismu, které nastanou již při týdním aerobním běhu trvajícím celkem 80–90 minut; znamená to věnovat se mu 4 x týdně po 20 minutách nebo 3 x po 30 minutách (Cooper in Valjent, n.d.).

Podle Kohlmeiera (2003) intenzivní tělesné cvičení může potlačovat chuť k jídlu, a to pravděpodobně zvýšenou koncentrací serotoninu v hypotalamu a zřejmě tělesné cvičení zvyšuje preferenci sacharózy a kyseliny citrónové.

Národní doporučení pro pohybovou aktivitu (dle HBSC studie) zní takto:

Děti (6-17 let)

Každé dítě a adolescent by měl být pohybově aktivní alespoň 60 a více minut každý den.

Doporučení: Aerobní aktivita by měla tvořit podstatnou část z 60 a více minut každý den, při čemž většina pohybové aktivity by měla být vykonávána střední intenzitou. Minimálně 3 dny v týdnu by mělo dítě a adolescent vykonávat pohybovou aktivitu vysoké intenzity.

Alespoň 3 krát týdně by mělo dítě a adolescent provádět posilovací cvičení (dřepy, sedy lehy, poskoky a jiná základní atletická a gymnastická cvičení) jako součást 60 a více minut pohybové aktivity.

Dospělí (18-64)

Každý dospělý člověk by měl být pohybově aktivní alespoň 30 minut 5 dní v týdnu.

Doporučení: 30 minut pohybové aktivity střední intenzity (rychlá chůze, jízda na kole) 5 dní v týdnu nebo 25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity (běh, fotbal, aerobik) 3 dny v týdnu. K tomu provádět posilovací a protahovací cvičení 2 dny v týdnu.

Senioři (65 let a více)

Každý senior starší 65 let by měl být pohybově aktivní alespoň 30 minut 5 dní v týdnu.

Doporučení: 30 minut pohybové aktivity střední intenzity 5 dní v týdnu v 10 minutových a delších intervalech nebo 25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3 dny v týdnu. Dále by měl senior provádět posilovací a protahovací cvičení zaměřené na hlavní svalové skupiny (stehna, boky, záda, břicho, hrudník, ramena a paže) alespoň 2 dny v týdnu. V případě zhoršené koordinace by měl provádět balanční cvičení pro posílení stability (Kalman & spol, n.d.).

2.2. Zdravá výživa

Zdravá výživa je další oblastí lidského chování, která poskytuje organismu základ pro možný aktivní a zdravý život. Hlavní složky naší stravy jsou sacharidy, tuky a bílkoviny. Další součásti stravy jsou vitamíny, minerální látky a voda. Vyvážená strava by měla obsahovat 25–30 % tuků, 50–55 % sacharidů a 15–20 % bílkovin. Podstatná fakta o zdravé výživě uvádí Valjent (n.d.):

- dbát na snídani jako pravidelné a dostatečně vydatné jídlo
- udržovat rovnováhu mezi energetickým příjmem a výdejem je klíč k udržení tělesné váhy
- omezit celkový příjem tuků, preferovat tuky rostlinné před živočišnými, konzumovat dostatečné množství zeleniny a ovoce, zařadit do jídelníčku ryby, preferovat celozrnné výrobky a omezit solení
- dodržovat pravidlo poměru energetického příjmu tří hlavních jídel: 25 % snídaně, 50 % oběd a 25 % večeře
- jídelníček by měl být rozmanitý a přiměřený
- dodržovat pitný režim; (2–3 litrů neenergetických a zdravotně nezávadných tekutin)
- nevyčleňovat z jídelníčku nízkotučné mléčné výrobky a vybírat si potraviny bohaté na vlákninu
- problém možného řidnutí kostí řeší pravidelný příjem potravin bohatých na vápník
- nejvhodnějšími druhy ovoce a zeleniny jsou ty, které pocházejí ze zdrojů místní oblasti
- při nedostatečném příjmu esenciálních živin je možno požit i potravinové doplňky nutné ke zvýšení příjmu těchto živin (vitamíny, minerály) (Valjent, n.d.)

2.3. Management stresu

Přestože je vliv stresu na lidský organismus již dlouhou dobu znám, společnost mu stále nepřikládá dostatečnou pozornost. Rozlišujeme dva typy stresu: distres (negativně prožívaný stres) a jeho opakem je eustres, tj. pozitivní emocionální zážitek. Projevy stresu jsou např. zrychlené dýchání, zrychlená srdeční frekvence, aby se k napjatým svalům dostalo rychle dostatek energie v krvi. Stres lze rozdělit na tři stupně či fáze: první fáze je varovná, pro druhou je charakteristická rezistence a pro třetí vyčerpání. Mezi nejčastější

stresory patří především neúměrné pracovní tempo, stresující termíny, interpersonální konflikty, konflikty v rodině, obavy z nedostatku financí, ztráty zaměstnání, onemocnění aj. Riziko stresu je především v tom, že může přejít do chronického stadia (pokud neřešíme stres postupně, vede k tzv. syndromu vyhoření). Onemocnění spojená se stresem jsou vysoký krevní tlak, onemocnění oběhového systému (např. srdeční poruchy), bolesti hlavy a migrény, onemocnění trávicího traktu (např. žaludeční vředy), revmatická artritida, kožní choroby (akné nebo horší hojivost), bolesti v oblasti páteře, nádorová a onkologická onemocnění (Haluzíková & Římovská, 2010).

Hnízdil tvrdí, že se celkově stresujeme kvůli komplikované společenské situaci, která nám nedovoluje realizovat boj či útěk, což jsou pro lidský organismus přirozené reakce na stres. Protože není jednoduché uvolnit stres, často se v těle kumuluje a ukládá se např. do zádových svalů, způsobuje bolesti hlavy, hučení v uších, sevření hrdla, žaludeční potíže a způsobuje celkovou slabost a napětí. Setrvává-li člověk v tomto stavu několik let, jeho imunita je oslabena a je tak vytvořeno prostředí, ve kterém snadno vzniká např. i rakovina (Hnízdil, 2007).

Dle Vogeltanze je důležité uvědomit si přítomný okamžik. Tvrdí, že lidé často věci řeší až zpětně, až po té, co se stanou nebo se stává, že utíkají dopředu do budoucnosti. Tyto dvě tendence odpoutávají od přítomnosti, od okamžiku TEĎ a TADY. Pokud si člověk není schopen přiznat své problémy, postavit se jim čelem a začít je řešit, volí útěk před skutečnou realitou, ve které by si musel uvědomit svůj současný stav. A to je stres (Vogeltanz, 2010).

V prevenci stresu se Haluzíková a Římovská doporučují zaměřit na to, jak žít smysluplný život, sestavit si žebříček hodnot a vědět, co je pro nás důležité, mít konkrétní, hodnotný, nadějný a dosažitelný cíl. Dále bychom měli udržovat rovnováhu mezi stresory a salutory (podpora zdraví) a usilovat o to, co nám dává sílu a radost ze života (Haluzíková & Římovská, 2010).

2.4. Hygiena spánku a odpočinku

Poslední důležitou složkou životního stylu je spánkový režim, který je důležitý pro duševní rovnováhu. Průměrně se jedná o 7 – 8 hodin spánku denně, nedoporučuje se ani nadměrný spánek ani nedostatek spánku. Důležité je zařazení odpočinku do denního režimu. O duševní rovnováze mluví ve spojení s pravidelně vykonávanou pohybovou

činností a správnou výživou. Zvýšení látkové přeměny napomáhá odstranit účinky nahromaděného adrenalinu a vyplavování hormonů endorfinů, které umožní pociťovat pohodu či euforii. Lidem správně odpočínutým stoupá sebevědomí a zažívají pocit uspokojení, který se projevuje ve všech sférách života. Člověk se stává společenštějším a vyrovnanějším, dochází u něho k příznivým změnám ve struktuře osobnosti. (Valjent, n.d.).

Cooper uvádí 3 principy, které se prolínají celou jeho teorií a dle kterých by se měl člověk řídit:

- princip rovnováhy
- princip střídmosti (týká se přiměřeného příjmu množství potravy, odpočinku i pohybové aktivity).
- princip angažované kontroly (řadí sem pravidelnou lékařskou prohlídku, kontrolu osobní hmotnosti a vypočítání BMI indexu a hladiny cholesterolu v krvi. Správný poměr mezi celkovým množstvím cholesterolu je velmi důležitý) (Cooper in Valjent, n.d.).

Souhrnem lze říci, že na zdravém životním stylu se podílí faktory jako je dostatečný spánek a odpočinek, pravidelnost ve stravování a vhodný výběr potravin do jídelníčku, kontrola váhy, absence kouření, umírněné pití alkoholu a pravidelné cvičení.

2.5. Nadváha a obezita

V české terminologii neexistuje jeden odborný termín pro hmotnost vyšší než je norma, tudíž jsou používány dva termíny: nadváha, jako předstupeň obezity a následující závažnější obezita. Obezita je definována nadměrným hromaděním množstvím tuku v organismu, které má negativní dopad na zdraví. Vyšší tělesnou hmotnost vzhledem k výšce postavy tedy označujeme jako nadváhu, či obezitu. Hromaděním tuku v organismu způsobuje nepoměr v příjmu a výdeji energie a pokud energetický příjem převyšuje energetický výdej, vzniká nadváha. Stejně jako extrémně nízká hmotnost patří i obezita mezi odchylky od normální váhy, které mohou vést k poškození organismu (Svačina, n.d.).

Podle tělesných partií, kde se má tendenci ukládat tuk rozlišujeme dvojí typologii postav:

- a) Androidní (mužský). Tuk se hromadí nejvíce v oblasti břicha a hrudníku. Tento typ obezity je rizikový zejména pro vznik metabolických a kardiovaskulárních

komplikací obezity (infarkt, mozková mrtvice, cukrovka, rakovina). Je charakteristický spíše pro mužské pohlaví.

- b) Gynoidní (ženský). U tohoto typu postavy se podkožní tuk zmnožuje zejména na bocích, hýždích a stehnech. Z hlediska zdravotního je sice méně riziková než mužský typ obezity, ale hrozí výskyt křečových žil, bércových vředů a potíže s klouby. Je typický spíše u ženského pohlaví a většinou vadí ženám především z estetického pohledu (EUFIC, 2004).

2.5.1. Epidemiologie

Obezita byla v historii onemocněním osob s vysokým ekonomickým statusem ve starověku a středověku. Zdravotním problémem se obezita stala od 19. století. Procento obézních lidí ve vyspělých zemích sahá k 20 % populace a počet osob s nadváhou až ke 40 %. Česká republika je na jednom z předních míst ve výskytu obezity v Evropě (Svačina, n.d.).

WHO zařadilo obezitu do seznamu Mezinárodní klasifikace chorob (International Classification of Diseases – ICD 10) a v současnosti je hodnocena jako 6. nejzávažnější rizikový faktor ovlivňující celkový zdravotní stav lidstva (WHO, 1990). V roce 1995 bylo odhadováno 200 milionů obézních dospělých v populaci a 18 milionů dětí ve věku pod 5 let s nadváhou. V roce 2000 se číslo obézních dospělých zvýšilo na 300 milionů. Každoročně na celém světě zemře 2,8 milionů lidí na následky nadváhy či obezity a zhruba 115 milionů lidí trpí problémy spojenými s obezitou (WHO, n.d.). U obézních lidí se obvykle do věku zhruba 50 let neobjevují velké zdravotní potíže. Kolem 50. roku života se ale projeví somatické obtíže vázané na obezitu, které se rozvíjí již desítky let předtím. Jedná se o kloubní obtíže, dušnost, kardiovaskulární onemocnění, cukrovku II. typu či nádory (Svačina, n.d.).

Z českého výzkumu VZP (2011) vyplynulo, že každý třetí Čech se potýká s nadváhou a každý pátý Čech trpí obezitou. 78 % českých mužů a 58 % českých žen s nadváhou má tendenci svůj stav podceňovat. Část obézní populace se dokonce domnívá, že s vysokou váhou žádné problémy nemá (19 % mužů a 9 % žen). S nadváhou a obezitou bojuje v České republice výrazně více mužů než žen (64 % mužů a 49 % žen). U žen se potvrdil vztah dosaženého vzdělání a BMI (vzdělané ženy dosahují nižších hodnot BMI), zatímco u

mužů je obezita problémem nezávislým na dosaženém vzdělání. U žen bylo sledováno 2x více redukčních pokusů než u mužů. Výrazné rozdíly jsou také u různých věkových skupin (starší lidé trpí nadváhou více než mladí). Necelá třetina lidí do třiceti let má nadváhu či obezitu a ve věku nad 50 let trpí nadváhou nebo obezitou tři čtvrtiny populace. Je to dáno zejména tím, že starší lidé méně sportují. V každém roce života přibere dospělý v průměru ¼ kilogramu. Lidé s normální váhou se pravidelně stravují, nezapomínají snídat a svačit a výrazně více zařazují do svého jídelníčku ovoce, zeleninu a mléčné výrobky v porovnání s lidmi s nadváhou či obezitou. Negativní vliv nadváhy a obezity ovlivňuje spokojenost s pracovním výkonem, s osobními vztahy, se sexuálním životem a se sebou samým. Zhruba každý třetí obézní člověk trpí depresemi a více jak třetina obézních necítí dost energie pro každodenní činnosti a život (VZP, n.d.).

2.5.2. Dětská nadváha a obezita

V roce 2010 bylo odhadováno přes 42 milionů dětí s nadváhou ve věku do 5 let a 20 milionů dětí starších pěti let. (WHO, n.d.) Situace je vážná i v českém prostředí. U dětí je jen malé procento obezity způsobeno genetickým či hormonálním defektem (Prader Willi, Cushingův syndrom), mnohem častěji je její příčinou snížení bazálního metabolismu, nadměrná chuť k jídlu a snížená rychlost oxidace tuků. K obezitě dětí přispívají vysokoenergetické potraviny, slazené nápoje a nedostatečná pohybová aktivita. Krizovým bodem pro dospívajícího člověka bývá věk mezi 16 až 20 lety, kdy necelá třetina dívek skončí s výkonnostním sportem úplně. U chlapců je situace lepší, ale okolo 25 let se sportovní aktivita obecně snižuje také, a to z důvodu nedostatku času (Urbanová, 2008).

Dle Urbanové (2008) je složité přesně určit potřebnou denní dávku energie u dítěte. Zatímco kojeneček potřebuje ke svému vývoji asi 100 kcal/kg váhy, u šestiletého dítěte je to 80 kcal/kg váhy, v deseti letech je to 65 kcal/kg váhy a v 15 letech už jen 50 kcal/kg váhy. Například mezi 6-12 rokem života dítě spotřebovává energii z 50 % na bazální metabolismus, z 25 % na fyzickou aktivitu a zbytek energie použije na růst či odchází z těla vylučováním. Při zvýšení příjmu o 50-100 kcal dochází za rok k váhovému přírůstku až 2-5 kg (Urbanová, 2008).

Obézní rodiče mívají 3x častěji děti s nadváhou až obezitou než rodiče s normální váhou. Riziko obezity u žen, které rodily je 2,5 x větší než u žen bezdětných a stoupá s každým porodem. Je prokazatelné, že obezita matky v těhotenství má jasný dopad na riziko obezity

jejich potomků. Dále je riziko obezity u dětí ovlivněno hladověním matek a kouřením, riziko obezity se u dětí matek kuřaček zvyšuje až dvojnásobně (ČTK, 2014).

Odchytky růstu dítěte mohou upozornit na chybné výživové návyky, na psychické či jiné problémy dítěte. Pro dítě je důležitá podpora a pozitivní a bezpečné rodinné prostředí a nastolení přiměřených pravidel stravování a pohybové aktivity (Snopek, 2004).

2.5.3. Terapie obezity

Obezitu můžeme podle doktora Svačiny léčit 5 způsoby: dietou, fyzickou aktivitou, psychoterapií, podáváním léků proti obezitě a chirurgicky. Hlavním postupem v léčbě obezity je dietoterapie. Začíná se snížením příjmu kalorií o 500-1000 kJ a dále je upravován energetický příjem dle vývoje tělesné hmotnosti. Omezují se zejména potraviny tučné s vysokým energetickým obsahem. Redukce hmotnosti vede k poklesu výskytu diabetu a je hlavním opatřením v jeho prevenci (Svačina, n.d.).

Při operaci žaludku se žaludek podváže speciální svorkou, vytvoří se tak ústí kolem 10 až 12 mm. Horní oddíl (nad svorkou) se vytváří tak, aby měl obsah kolem 50 ml. Celkově se v České republice provádí asi 250 těchto operací ročně. Léčba obezity se tak blíží léčbě dalších složek metabolického syndromu, jako je například hypertenze, hyperlipoproteinémie a diabetes. Tato onemocnění se dnes léčí také farmakoterapií. Prakticky každý léčený pacient vyžaduje psychologickou podporu a je zcela běžné, že po počátečním úspěchu pacient selže a mnohdy časem dosáhne hmotnosti ještě vyšší než před léčebnými pokusy (Svačina, n.d.).

2.6. Hodnocení tělesné hmotnosti

Existují různé metody hodnocení tělesné hmotnosti, níže jsou uvedeny nejčastější způsoby hodnocení dle různých parametrů. Pro náš výzkum bude použit výpočet Body Mass Indexu, jakožto poměrně jednoduché a celosvětově používané metody.

1. Metoda BMI

BMI je zkratka anglických slov Body Mass Index = index tělesné hmoty (někdy také označován jako tzv. Queteletův index), který je podílem hmotnosti v kilogramech k druhé mocnině výšky jedince v metrech (jednotkou je kg/m^2). Tento způsob hodnocení tělesné hmotnosti je zřejmě nejrozšířenější, je ale zatížen určitou chybou. Ta se vyskytne u jedinců

s větším objemem svalové hmoty. Hmotnost užívaná ve vzorci zahrnuje tukovou, kostní i svalovou tkáň, ale nerozlišuje konkrétní podíl tkáně, který je v těle zastoupen. U sportovců provozujících silové sporty (vzpěrači, kulturisté) vyšší BMI bude odrážet podíl svalové hmoty, a ne tuku, to je vždy třeba mít na paměti. Obecně ženy mají větší podíl tuku než muži při stejném BMI. Také starší lidé mají větší podíl tuku než mladší lidé. Metoda BMI je užívána WHO pro svou jednoduchost a slouží pro porovnání se standardem a pro snadné určení zdravotního rizika spojeného s obezitou. Normální váha se ohybuje v rozmezí BMI 18,5-24,9. Při hodnotách BMI > 25 je 3x větší riziko cukrovky, vysokého krevního tlaku, infarktu myokardu a cévní mozkové příhody (Vítek, 2008).

$$\text{Výpočet: BMI} = \text{tělesná váha (kg)} / (\text{výška (m)})^2$$

Tabulka 1. Mezinárodní klasifikace podváhy, normální váhy, nadváhy a obezity u dospělých dle BMI (WHO, 2004)

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

2. Poměr obvodu pasu a obvodu boků (WHR)

Další možností jak lze hodnotit tělesnou hmotnost je poměr obvodu pasu a boků (označován WHR, z anglického waist-to-hip ratio), který zohledňuje vliv distribuce tukové tkáně na těle. Muži mají poměr obvodu pasu a boků vyšší než ženy, proto pro každé pohlaví existují odlišné hodnoty indexu. Pro muže platí jako riziková hodnota indexu > 0,95 a pro ženy > 0,85 (Vítek, 2008, 11).

3. Měření obvodu pasu

Podle Vítka (2008) měřením obvodu pasu pomocí krejčovského metru sledujeme množství tuku v břišní oblasti. Lidé, kteří mají vyklenuté břicho a ochablé svalstvo v této oblasti, a zároveň tzv. normální hmotnost (nebo pouze mírnou nadváhu), jsou potenciálně ohroženi srdečními, cévními nebo metabolickými poruchami. Představují rizikovou skupinu lidí, která může být zasažena civilizačními chorobami. Za nebezpečný z pohledu možného rozvoje tzv. metabolického syndromu se považuje obvod pasu 98 cm u mužů a 88 cm u žen. Z pohledu nebezpečí kardiovaskulárních nemocí jsou kritéria přísnější 94–101 cm u mužů a 80–87 cm u žen (Vítek, 2008).

Při měření by se mělo postupovat dle těchto zásad: Obvod pasu se měří vestoje, bez oblečení a metr se přikládá v polovině vzdálenosti mezi dolním žebrem a horním okrajem pánve. Metr se obtočí kolem těla pokud možno vodorovně a je nutné lehce vdechnout vzduch. Ženy ve věku mezi 19 až 40 lety s pravidelným menstruačním cyklem by si měly obvod pasu měřit v první polovině cyklu. Některé ženy totiž trpí vlivem nedostatku progesteronu nebo vlivem premenstruačního syndromu dočasným zadržováním tekutin v těle (ČPZP, 2009).

4. Výpočet ideální tělesné hmotnosti

Jedná se o poměrně složité výpočty, které navíc různí autoři různě pozměňují, což je zřejmě důvodem, proč se tyto indexy příliš nerozšířily do praxe. Nejznámější jsou indexy podle Devina, Verdoncka, Robinsona nebo Millera. Jako nejvhodnější a literaturou podložený způsob výpočtu ideální tělesné hmotnosti se jeví index podle Robinsona. Výsledek ideální tělesné hmotnosti vychází v jednotkách kg (Vítek, 2008, 11).

Výpočet pro muže: $(\text{výška (v cm)} - 152,4) \times 0,728 + 51,65$

Výpočet pro ženy: $(\text{výška (v cm)} - 152,4) \times 0,650 + 48,67$

5. Antropometrie

Antropometrické měření tloušťky podkožní tukové vrstvy se provádí přístrojem kaliperem na několika předem definovaných místech a vypočtením předpokládaného procenta tukové tkáně. Stanovuje se tzv. „somatotyp“. Jedná se o kvantitativní popis stavby a kompozice lidského těla, kdy rozdělujeme 3 základní somatotypy:

1. Endomorfní (obézní, pyknik)
2. Mezomorfní (svalnatý, atletický)
3. Ektomorfní (hubený, astenický)

Jednotlivé somatotypy se u každého jedince do určité míry vzájemně kombinují a jejich rozložení lze určit z tzv. somatografu. Z hlediska rizika nadváhy a obezity je rizikovým somatotypem endomorfní, který má velký sklon k nadváze, obtížně se zbavuje tuku a tedy má přirozeně velké riziko vzniku obezity, cukrovky a kardiovaskulárních chorob.

Vyšetření zaměřená na určení somatotypu se provádějí ve specializovaných poradnách (Vítek, 2008).

6. Bioimpedanční přístroje

Zastoupení tělesného tuku lze změřit bioimpedančními přístroji. Tyto přístroje dokáží změřit na základě bioimpedanční analýzy (rozdílu v elektrické vodivosti tukové tkáně a ostatních tkání), jakou část celkové váhy člověka představuje tuk. Moderní bioimpedanční měřicí zařízení pracující na multifrekvenčním vícesektorovém principu umožňují poměrně přesné stanovení mnoha parametrů složení lidského těla, včetně určení procenta tělesného tuku. Norma pro zastoupení tuku v organismu mužů je mezi 10 - 20 % a u žen je mezi 20 - 30 %. Většinou se užívají přístroje, na které se vstupuje celou váhou těla či přístroje, které se drží oběma rukama. Nepřesnost spočívá v tom, že váhy změří obsah tuku od pasu dolů, a ruční přístroje naopak proměří pouze horní polovinu těla. Tím dochází k nadhodnocení či podhodnocení výsledku u lidí, jimž se tuk hromadí více v dolní či horní polovině těla. Dalším problémem je, že některé přístroje reagují na aktuální zavodnění organismu, čímž může být výsledek také ovlivněn. Optimální je používat přístroje vždy ve stejnou denní dobu - nejlépe ráno a ženy mimo období menstruace. Jeden z nejpřesnějších přístrojů je přístroj BODYSTAT. Měření se provádí v poloze ležmo s nalepenými elektrodami na horní i dolní končetině. Bioimpedanční přístroje jsou poměrně drahé, což brání jejich většímu využití v běžné praxi (Vítek, 2008).

2.7. *Hodnocení tělesné hmotnosti u dětí*

Pro běžné hodnocení individuálního tělesného růstu dítěte je využíván hmotnostně-výškový rozdíl, kdy pouhým porovnáním výšky a váhy dítěte lze posoudit, zda je dítě proporční (souměrné). Aby bylo možné posoudit, zda růst dítěte je přiměřený, je třeba naměřené hodnoty jeho tělesné výšky i dalších znaků porovnávat s hodnotami běžnými v celé dětské populaci. K tomu slouží tzv. referenční údaje (růstové standardy), které bývají k dispozici ve formě růstových (percentilových) grafů. Průměrná (přiměřená) váha vzhledem k výšce dítěte, jsou hodnoty odpovídající 50. percentilu. Vzorec pro vypočítání BMI dětí je stejný jako u dospělých, ale vyhodnocení výsledků se řídí tabulkovým percentilovým pásmem (Vignerová, 2005).

Tabulka 2. Hodnocení hmotnosti u dětí dle percentilových pásem (Vignerová, 2005)

Pásma	Podle výšky postavy	Podle hmotnostně-výškového poměru nebo BMI dítěte
Pásma nad 97. percentilem	velmi vysoká	obézní (lépe již od 95. percentilu)
Pásma nad 90. percentilem	celkem vysoká	s nadměrnou hmotností
Pásma mezi 75. a 90. perc.	vysoká	robustní
Pásma mezi 25. a 75. perc.	střední	proporcionální
Pásma mezi 3. a 25. perc.	malá	štíhlé
Pásma pod 3. percentilem	velmi malá	hubené

Poznámka: Hodnocení podle hmotnostně-výškového poměru nemusí nutně korespondovat s hodnocením podle BMI.

Výše uvedená kritéria neplatí pro děti v kojeneckém věku, kdy je tělesná hmotnost závislá na způsobu výživy. Hmotnost kojenečtých dětí bývá nižší než dětí příkrmovaných nebo živěných umělou výživou. U dětí do šesti až deseti let Vignerová doporučuje používat grafy hmotnostně-výškového poměru, u starších dětí grafy BMI. Upozorňuje, že současně s hodnocením hmotnostně-výškového poměru nebo BMI je vždy nutné hodnotit samostatně i tělesnou výšku dětí, která je silně závislá na výšce obou rodičů. V pubertálním období, které nastupuje u různých jedinců v různém věku, dochází přechodně k urychlenému růstu. I přes významné vědecké pokroky v léčbě dětské obezity se úspěšnost léčby odhaduje na 10 - 30 %. (Vignerová, 2005)

3. BAŽENÍ PO JÍDLE (CRAVING)

3.1. *Teorie lidské motivace a chuť k jídlu*

Potřeby lidí jsou různé, ale základní potřeby, kam patří i potřeba najíst a napít se, zůstávají u všech lidí stejné. Doktor A. H. Maslow (1943) je považován za tvůrce teorie lidské motivace, kterou demonstroval na tvaru pyramidy. Do její základny položil fyziologické potřeby člověka - jídlo, vodu, vzduch, sex, spánek a další faktory udržující homeostázu (stálost vnitřního prostředí organismu). V této teorii bral Maslow základní fyziologické jednotky jako odrazový můstek pro celou jeho motivační teorii. Základní potřeby v deficitní chvíli vystupují před ostatní naše potřeby. Téměř u každého člověka je prioritní uspokojit jako první potřebu napít se, najíst se a vyspat se a až teprve potom, co člověk ukojí primární potřeby, uspokojuje postupně vyšší potřeby ležící v následujících patrech pyramidy (Maslow, 1943).

Maslow vycházel ze dvou směrů výzkumu: 1. koncept homeostázy a 2. zjištění upřednostňování některých potravin (chuť na určité jídlo je poměrně efektivní ukazatel skutečného nedostatku některé látky v těle). Pod pojmem homeostáza rozumíme neustálé úsilí našeho organismu udržet konstantní úroveň složení krve. V krvi je určitá hladina vody, soli, cukru, bílkovin, tuku, vápníku, kyslíku atd. v krvi. Látky obsažené v krvi mají kolísavou tendenci a jejich množství se mění se v závislosti na pohybové aktivitě, množství a druhu oblečení, počasí, nemocích, druhu přijaté potravy. Organismus udržuje stálou teplotu krve a také acidobazickou rovnováhu. (Maslow, 1943) Tradiční čínská medicína potraviny rozděluje dle toho, jaký teplotní efekt mají na organismus (ochlazující, neutrální a zahřívající). Záleží tedy i na tom, jaký druh potravy přijmeme vzhledem k teplotě našeho organismu. Opět se dostáváme k dynamické rovnováze organismu, k systému řízení přebytků a nedostatků všech prvků (nejen) v krvi. Harmonickou rovnováhu Číňané znázorňovali černobílým symbolem jin - jang (Hammer, 1990).

Potřeba jídla a vody je v hierarchii nejnižší (Obrázek 3), tudíž je pro člověka prioritní uspokojit je ze všeho nejdříve. Potom, co jsou zajištěny fyziologické (deprivační potřeby) lze postoupit do vyššího patra pyramidy a uspokojit další vyšší potřeby. Ve vzestupném pořadí je potřeba bezpečí, lásky, uznání a na špičce pyramidy je potřeba seberealizace.

Maslow přidělil jednotlivým potřebám (patřům) procenta důležitosti a to od nejspodnějšího patra pyramidy: 85 %, 70 %, 50 %, 40 %, 10 %.



Obrázek 3. Pyramida potřeb (<http://www.itsolution.cz/maslowova-teorie.a14.html>)

Zajímavý je fakt, že na světě existuje několik málo osob, které prožily několik let či celé své životy bez příjmu potravy. Jednou takovou osobou byla němka Terezie Neumanová (1898-1963), která 36 let svého života nepřijímala potravu a tvrdila, že žije z božího světla či indický jogín Prahlad Džani, který od svých 7 let nejí, nepije ani nevyměšuje a vědci nedokáží zjistit, co tohoto muže udržuje při životě (Bajnar, 2012).

Myšlenka hladu se rodí v mozku v centru hladu a dává tělu signál „nasyť mne“. Tento mechanismus vybízí člověka k tomu, aby dodal tělu potřebné látky k zajištění všech životních funkcí, což označujeme jako fyziologický hlad. Myšlenka na jídlo se ale neobjevuje pouze při fyziologickém hladu. Tzv. psychický či mentální hlad také vybízí ke konzumaci jídla, ale příčiny jeho vzniku je třeba hledat jinde. Dle článku European Food International Council (EUFIC, 2000) jíme nejen proto, abychom uspokojili náš fyzický hlad, ale potraviny slouží také k uspokojení chutí a vybavení si příjemných pocitů. Od okamžiku, kdy dítě dostane od rodičů „za odměnu“ sladkost, se jídlo stává prostředkem k uspokojení těla i duše. Potraviny slouží k utěšení, zbavení nudy a depresí, smutku a úzkosti. Motivační teorie determinuje chování a nemůžeme ji plést s teorií chování. Naše chování je vždy ovlivňováno (motivováno) např. biologicky, kulturně, situačně.

Z motivační teorie je nutno vycházet, abychom lépe porozuměli problematice bažení a přejídání.

3.2. *Historie stravování*

Dějiny stravování se odvíjely od klimatických podmínek, od sociálního statusu a od ekonomického stupně rozvoje. Poznat úlohu a hodnotu potravin pro lidi žijící na různých místech v různých dobách, znamená pochopit systém, který dnes bereme jako souhrn znaků vlastní identity a odlišnosti od ostatních. Historie různých kultur (odlišné systémy a tradice ve stravování, stolování, sdružování lidí a chápání sociálních vztahů) nám pomáhá pochopit souvislosti, proč dnes proti sobě stojí hlad a hojnost (Montanari, 1993).

Středomořský systém stravování typický pro pobřežní oblasti s převládající vegetariánskou stravou a rybolovem vznikl v antickém Řecku a v Římě. Hlavními potravinami byl chleba, víno, olej, zelenina, sýr a jen malé množství masa. Tato kultura se zakládala na zemědělství a sadech. Z Ovidiových proměn se dozvídáme o trojici potravin velkého společenského i religionistického významu - obilí, vinná réva a olivy, které vyzdvihoval délský král Anios. (Ovidius in Montanari, 1993) “Pro řeckou a římskou kulturu byla nejvyšším ideálem střídmost. K jídlu se přistupovalo s potěšením, ale bez žravosti a nabízelo se štědře ale bez okázalosti.“ (Montanari, 1993, 27.) Spatřovala nejvyšší hodnotu ve vyrovnanosti a záporně hodnotila jakýkoliv způsob jednání, který se nezakládal na tomto principu.

Odlišné bylo vnímání jídla keltského a germánského obyvatelstva (barbarů). Věnovali se prioritně lovu, sbírali lesní plody, chovali volně se pasoucí zvěř (prasata, skot, koně). Hlavní a nejdůležitější potravinou nebyl chléb a kukuřičná kaše, nýbrž maso. Nepilo se víno (jen v příhraničních oblastech), ale kobyly mléko a kysané tekutiny, vyráběli mošt z planého ovoce a pšeničné pivo (cervogia). Používali sádlo a máslo k vaření na rozdíl od přímořských obyvatel, kteří vařili s olivovým olejem. Prosazoval se ideál muže, silného bojovníka a válečníka s velkou chutí k jídlu, především masu. V průběhu tisíciletí došlo ke sblížení a k integraci obou kultur. Více se začalo pěstovat na polích a došlo k odklonu od divokého způsobu života.

Ve 4. století si křesťanství zvolilo typické alimentární symboly kultu (lámání chleba, proměna vody ve víno). Výchova křesťana se ztotožňovala s procesem pečení chleba, jak se píše v jednom z kázání svatého Augustina: „Byli jste uhnětení a stali jste se jediným kusem těsta. Byli jste upečeni v peci Ducha svatého a stali jste se pravým chlebem

Božím.“ (Augustin in Montanari, 1993, 23). Bohatí lidé prostřednictvím jídla např. ukazovali na odiv svou sociální pozici, zatímco chudí lidé bojovali s hladem. V různých etapách postupně přicházely hladomory, záplavy a špatné klimatické podmínky, kdy hrozilo celému lidstvu vyhynutí a kvůli hladu se i vraždili a pojídali. S příchodem průmyslové revoluce nastává převrat v ekonomickém myšlení na pozadí stravování. Od této doby všichni mohou konzumovat produkty potravinového průmyslu, což byla myšlenka demokratické a univerzální spotřeby, která se projevila v ekonomice i v kultuře.

Co se za posledních pár desítek let změnilo, je, že dnes se nesetkáme v Evropě tak často s hladem, jako s hojností a nadbytkem jídla. Na dnešním člověku lze pozorovat dosud středověké návyky (žravost a plýtvání). Plýtvání jídlem, stejně jako na odříkání a zříkání se je i dnes hodnoceno negativně, jako dva nezdravé extrémy. V průběhu celkem krátkého časového úseku lidé přešli od stavu nedostatku do stavu hojnosti. Jsme zvyklí na neustálý přísun jídla. Strach z nedostatku jídla byl vymazán strachem z obezity (Fear Of Obesity) a nemoci způsobené nedostatkem potravy byly vytlačeny chorobami z nadbytku jídla. Dnes je hojnost každodenní skutečností, která vybízí k přejídání se (Montanari, 1993).

3.3. Bažení a závislost na jídle

Synonyma pro anglický výraz craving jsou bažení, dychtění či velmi silná touha. “Bažení neboli craving je silná a těžko zvladatelná touha po návykové látce nebo hazardu. Je to jeden z příznaků závislosti a patologického hráčství.” (Nešpor, n.d.). Tato obecná definice bažení po návykových látkách není zcela přesná a vhodná pro specifické bažení po jídle. Jídlo totiž obecně nelze označit za návykovou látku, ačkoliv některé potraviny obsahují tzv. psychoaktivní látky, což jsou látky vyvolávající určité emoční stavy a psychickou závislost (např. uklidnění, pocit štěstí). Tyto látky se vyskytují ve větších dávkách v některých lécích a drogách. Dle Rogerse a Smita (2000) je bažení a následný nadměrný příjem určitého druhu potravy používán jako uklidňující mechanismus, a navíc je společensky přijatelnější než konzumace alkoholu či drog. Dle článku Proč tak rádi jíme (Matějková, 2008) nám po jídle může být špatně, když sníme něco zkaženého, když se přejíme nebo se může jednat o alergickou reakci, ale nezpůsobí nám tzv. „akutní intoxikaci“, jak je tomu v případě drog a alkoholu (akutní intoxikace způsobuje poruchy na úrovni vědomí, poznávání, emotivity, fyziologických funkcí). Jídlo nezpůsobuje ani somatický odvykací stav, jak je tomu u drog. Pokud snížíme příjem jídla, maximálně budeme mít potíže se sebekontrolou a může vznikat silná touha. Výraz „závislost na jídle“

je nepřesný, ale přesto používaný v souvislosti se silným neodolatelným bažením po příjemných vjemech spojených s jídlem (Matějková, 2008).

Centrální regulace chuti k jídlu se nachází v mozku v nucleus arcuatus hypotalamu v blízkosti třetí komory. Žaludek a střevo obsahují receptory napnutí a chemoreceptory, které signalizují lokální nasycení do mozku. Proteohormon cholecystokinin (CCK) hraje hlavní roli v regulaci chuti k jídlu omezením množství jídla a poskytováním pocitu plnosti a je vylučován endokrinními buňkami tenkého střeva jako odpověď na přítomnost tuku a dalších živin (Kohlmeier, 2003).

Tabulka 3. Charakteristiky látek a jejich účinky (Virtue, 1994, 231).

Látka, charakteristika	Vyvolaný účinek, pocit
Cholin	uklidnění
L-Tryptofan s karbohydráty	uklidnění
Fenylethylamin (tzv. droga lásky)	pocit, že je člověk milován
Theobromin	dočasně energeticky stimulující
Tyramin	dočasně energeticky stimulující
Kofein	dočasně energeticky stimulující
Magnézium	uvolnění
Pyrazin	pocit štěstí a radosti
Tuk	uklidnění, zaplnění
Cukr	dočasně energeticky stimulující
Krémové textura	utěšení

V Tabulce 3 jsou popsány některé látky a jejich uklidňující či energetizující účinky. Například látka FENYLETILAMIN je obsažena v čokoládě a v extázi (designérská droga, MDMA), TYRAMIN a PYRAZIN jsou látky obsažené v ořechách, kávě, kvašených potravinách a sýrech. Tyto látky bývají základem antidepresiv a léků na astma (roztahují průdušky) (Virtue, 1995). Účinky čokolády zkoumali např. Macht a Simons (2000) a zjistili, že touha po čokoládě je způsobena negativními emočními stavy zvláště u žen. Po požití čokolády se člověk uvolní a začne se cítit lépe (Macht & Simons, 2000).

Vondráčková (2009) popisuje, že jedním z příznaků závislosti na jídle je to, že člověk ve svých myšlenkách věnuje jídlu mnoho prostoru. Pokud často přemýšlí nad tím, co si dá k večeři nebo k obědu, kolik bude mít svačina kalorií, pokud při rozhovoru s jinými lidmi často přichází řeč na téma jídla nebo věnuje hodně času činnostem, které jsou s jídlem spojené (například příprava nebo sbírání receptů). Dalším znakem závislosti na jídle je, že se člověk opakovaně neúspěšně pokouší příjem nadměrného množství potravy omezit a při

přejedení zažívá pocity viny. Extrémním důsledkem závislosti na jídle jsou poruchy příjmu potravy, jako je mentální anorexie či mentální bulimie. S příznaky možné závislosti na jídle se lze setkat u běžné populace, a to jak u lidí s nízkou, nadměrnou i průměrnou tělesnou hmotností (Vondráčková, 2009).

Virtue definuje bažení takto: „Bažení nás směřuje k jídlu, které nám v mozku aktivuje látky vyvolávající potěšení nebo vzrušení. A nálada, po které intuitivně toužíme, určuje, po jakém jídlu bažíme.“ (Virtue, 1995, 24). Příznaky bažení jsou subjektivní projevy chování, které se například projevují neklidem a napětím a dochází k oslabení kognitivních funkcí. Bažení lze z tohoto pohledu považovat za rizikové chování, které je posilováno a časem se ztěžuje reálná možnost na zvládnutí problému, který ve skutečnosti postiženého sužuje. Jídlo může fungovat jako útěcha pro člověka, který není po psychické stránce zcela pořádku a následně může zažívat sebepoškozující chování - přejídání. Přejídání je důsledek naší nespokojenosti s vlastním životem a také neschopnost se problémy vyrovnat a řešit je běžným způsobem (Virtue, 1995).

Níže jsou uvedeny typické znaky bažení, dle kterých lze rozeznat bažení a nebo stav, kdy člověk na jídlo jen myslí, něco chce (např. pivo, zmrzlinu, sladkost). Zde jsou charakteristiky bažení v komparaci s obyčejnou myšlenkou:

- Bažení provází stres téměř vždy. Obyčejnou myšlenku nikoliv.
- Bažení zhoršuje sebeovládání. Čím větší je bažení, tím horší je schopnost ovládat se - souvisí to s vnitřní kontrolou. Platí to však i v opačném směru: Člověk, který se špatně ovládá, spíše udělá chybu a dostane se do stresové nebo jiné rizikové situace.
- Bažení má nutkavý charakter (nutí člověka jednat určitým způsobem). Obyčejnou myšlenku v okamžiku zaženeme.
- Bažení oslabuje paměť, soustředění a schopnost se správně rozhodovat.
- V souvislosti s bažením se vyskytují deformované a nepravdivé myšlenky. Podle těchto myšlenek se dá bažení snadno rozpoznat. Formule „pro jednu se nic nestane“ bývá v rozporu s dosavadní životní zkušeností člověka (Nešpor, n.d.).

3.4. Intenzita bažení

Výzkum, který provedl kolumbijský psycholog Schachter, se skupinou obézních a hubených osob, z nich některé byly syté a jiné hladové, odhalil následující poznatky. Po

předložení lákavého a chutného pečiva snědla skupina sytých hubených pouze zlomek toho, co snědli hladoví hubení. Naproti tomu skupina sytých obézních, snědla téměř tolik co hladoví obézní. Hubený jí, když má hlad, obézní jí, kdykoliv má příležitost. Schachter zjistil ještě něco zajímavého: ve stresové situaci u hubených téměř zcela vymizela chuť k jídlu, obézní ji neztratili, a jedli naopak více. Z toho vyplývá, že obézní člověk, který je vystavený stresové situaci, baží po jídle mnohem intenzivněji než člověk s normální váhou (Schachter in Taussig, 2012).

Americký psycholog Sheldon viděl naše zažívání jako jeden ze základních pilířů své teorie osobnosti. Zjistil, že u každého člověka má vedoucí roli jedna ze 3 tělesných soustav: soustava pohybová, nervová a zažívací. Z těchto 3 tělesných tkání je významně ovlivňováno i naše prožívání (Sheldon in Cakirpaloglu, 2012). Nervní čili myslitelský typ je ve svém prožívání zaujat myšlenkovou činností, pohybový typ se vyžívá sportem a uklidňuje pohybem, typ s převahou zažívacího ústrojí nalézá potěšení v jídle a silně strádá při pocitu prázdného žaludku. Tato teorie nebyla obecně uznána, ale část pravdy na ní je. Zažívací typ člověka potřebuje k pocitu životní pohody i pocit sytosti. Jakmile je vyveden z životní rovnováhy, snaží se okamžitě uniknout pocitům ohrožení, selhání, neúspěchu nebo ponížení tím, že se důkladně nají. Podle Taussiga u zažívacího typu člověka jakýkoliv režim dobrovolného hladovění či držení diet jeho závislost a intenzitu bažení na jídle nesnižuje, nýbrž ještě zvyšuje (Taussig, 2012).

3.5. Impulzivita

Impulzivita bývá definována jako jednání, které je špatně promyšlené, předčasné, nepřiměřené, riskantní či nevhodné s ohledem na konkrétní situaci, což často vede k nežádoucím důsledkům. Další synonyma impulzivity jsou prchlivost, vznětlivost, podléhání náhlým pocitům. Impulzivita souvisí s řadou problémů (návykové chování, porucha příjmu potravy, zneužívání psychoaktivních látek, násilné chování apod). Lze ji rozdělit do tří skupin: impulzivita týkající se pozornosti, týkající se motoriky a impulzivita související s nedostatečným plánováním. Při léčbě návykových nemocí se mluví o impulzivě nepřímo, její ovlivňování je ale důležitou součástí léčby a také prevence řady onemocnění. Impulzivita se vyskytuje u všech věkových skupin, nejvíce však u mužů v mladším školním věku (Nešpor & Csémy, 2013).

Chorobní jedlíci většinou mají dostatek informací o výživě, vědí kolik má která potravina kalorií, tuků a sacharidů a přesto si velmi těžko udržují a kontrolují svou váhu.

Jejich váha není způsobena špatnou nevědomostí, nezávisí na množství přečtených článků o zdravé výživě, lidé vědí „jak“, ale problém je, že je přemůže vysoká intenzita bažení po jídle. Skutečným problémem je tedy nekontrolovatelná a impulzivní chuť k jídlu (Virtue, 1995).

3.6. *Emoce - spouštěči bažení*

Jak už bylo řečeno, nezdravý životní styl a problémy ve vztazích bývají hlavními spouštěči bažení po jídle. Jestliže člověk nezvládne své bažení a neovládne myšlenky na jídlo, dochází k nekontrolovanému přejídání se a po čase se objeví problém zvaný obezita. Jaké mohou být konkrétní důvody nadměrné pozornosti věnované jídlu u jednotlivých lidí? Někdo jídlem zahání negativní emoční stavy jako smutek, prázdnotu či pocit osamění. Jiní lidé se nají poté, co je někdo rozčilil, když zažívají pocit strachu, když jsou neklidní.

Mezi bažením a emocemi existují jasné souvislosti. V oblasti břicha (solar plexus) pociťujeme emoce jako je strach, zlost, vzrušení a láska (svírání, šimrání žaludku). Podobně jako emoce bývá i bažení provázeno tělesnými změnami. Nešpor & Csémy (1999) označují dokonce samo bažení za specifickou a často velmi silnou emoci. Bažení často bezprostředně navazuje na nějaký jiný emoční stav. V souvislosti s nevyváženým životním stylem byl zmíněn stres, který je považován za jednu z příčin bažení, rozlišujeme mnoho dalších depresivních a úzkostných stavů. Zejména negativní emoce prokazatelně zvyšují sílu bažení. Dle Světláka a Pšenicové (2012) intenzivnímu bažení po jídle obvykle předchází pocity nudy, úzkosti, dysforie, emočního distresu a deprese. Byl dokumentován vztah mezi negativními emocemi, sníženou schopností zvládat stres a obezitou (Světlák a Pšenicová, 2012).

Pocity méněcennosti, odpor k vlastnímu tělu a stud, jsou negativní emoce, které vyvolávají chuť najíst se. Mnoho lidí v sobě chová žárlivost a závist. Žárlivost je vnitřní přesvědčení, že na světě není dostatek dobrých věcí pro všechny. Často si lidé závistivě povzdechnou: Ach ta je štíhlá, ten má vypracované břicho, ale přitom svému vlastnímu tělu nevěnují dostatek pozornosti a spíše mu ubližují. Lidé, kteří žárlí na úspěchy ostatních, si zavírají dveře k vlastnímu úspěchu. Neumí přestat závidět životy jiným lidem, čímž se cítit mizerně a nemohou se soustředit sami na sebe, zbavit se bažení, začít mít rádi sami sebe a začít realizovat svá vlastní přání (Virtue, 1994).

Virtue (1995) potvrzuje existenci přímé souvislosti mezi emocemi, jídlom a náladou. Dokáže přesně analyzovat a popsat, co jednotlivé chutě na určitá jídla znamenají a k jakým

emocím se vztahují. Např. silná chuť na jídla s vysokým obsahem tuků, značí prázdnotu v duši, nejistotu nebo nespokojenost v určité oblasti života. Nejen chuť, ale i konzistence (křupavé, krémové, tekuté, hutné, nadýchané), vůně a další vlastnosti potravin ovlivňují bažení. Na druhé straně existují přirozené reálné fyzické chutě na specifickou potravinu. To znamená, že naše tělo si samo vyžaduje doplnit vitamíny, minerály, aminokyseliny, jak bylo vysvětleno v kapitole Teorie lidské motivace a chuť k jídlu.

Nyní se podívejme na 4 základní emoce: STRACH, ZLOST, NAPĚTÍ a STUD, které autorka nazvala jako „syndrom SZNS“ (Virtue, 1994).

I. Strach a prázdnota

Strach je velmi silná emoce, která má blokuující charakter. Někoho sice v malé míře strach motivuje, ale obecně vzato je strach jako motivátor neefektivní, jelikož oslabuje schopnost rozhodování a ničí kreativitu. Existuje strach ze ztráty zaměstnání, ze ztráty partnera, z chudoby, ze ztloustnutí. Navíc lidé v našem okolí cítí tyto naše obavy, strach a nejistotu. Ocitne-li se člověk v situaci, kdy potřebuje pomoc a má strach, tak jeho okolí spíše než chuť pomoci, cítí odpor. Strach a obavy brání ve včasném a správném rozhodnutí znesnadňují učinit změnu k lepšímu. Strach či úzkost může mít více podob:

- *Nejistota* - je pocit, že na něco nestačíme, že někam nepatříme, nebo že na něco nejsme připraveni dostatečně.
- *Strach z opuštěnosti* – neustálý strach o to, že nás partner/ka opustí nebo podvede, strach, že nás přátelé nemají rádi, že naši rodiče umřou a zůstaneme sami.
- *Existenční obavy* - je to úzkost z toho, že nic nemá v životě smysl, že nemáme žádné cíle a že nás skvělé šance míjí a unikají nám, že za nic nestojíme, že jsme „nula“.
- *Sexuální úzkost* – strach z opačného pohlaví, ze sexuálních vztahů, s někým se sblížit.
- *Nedefinovaný strach* – paralyzující a nereálný strach z věcí, co by se nám mohly přihodit (uhořím, utopím se, zabiju se při nehodě), panika a nervozita (post-traumatický stres).

Největší strach zažívají lidé, kteří se stali obětí sexuálního, emocionálního či fyzického týrání. Traumata z dětství mohou i z úspěchu udělat děsivou představu. Pro lidi, kteří vyrůstali od raného dětství s poselstvím „Nestojíš za nic“, je těžké myslet na ambiciózní

životní změnu. Takový člověk musí nejdříve překonat důsledky emocionálního poškození z dětství a uvědomit si, že si úspěch zaslouží (Virtue, 1994). Dítě, jehož důvěra vůči rodičům, doktorům, trenérům, byla zrazena, nikdy tuto zradu nezapomene. Pro takové dítě je to bolestivá rána a jeho důvěru většinou nahradí strach. Takto postižené oběti pocítují prázdnotu v duši, kterou zajídají vysokokalorickými potravinami obsahující škroby. Ať už ale oběť zkonsumuje jakékoliv množství jídla, nikdy tím nezaplňuje prázdnotu ve své duši (Virtue, 1996).

II. Zlost, vztek, hněv

Fylogenetický význam hněvu spočívá patrně především v mobilizaci tělesných sil a k útoku na faktor, který stojí mezi organismem a uspokojením nějaké jeho potřeby. Hněv se u lidí často obrací vůči vlastní osobě, typicky např. v situaci, kdy člověk nemůže nebo nechce hněv zaměřit vůči tomu, kdo ho vyvolal. V této souvislosti je zajímavé, že bažení (recidiva návykového chování) může být za určitých okolností formou agrese nebo autoagrese, stejně jako opilost, recidiva hazardní hry apod. Někdy bývá ve svých důsledcích formou "trestu" vůči sobě nebo vůči okolí. U lidí závislých na drogách byla zjištěna vyšší míra hněvu a jeho horší kontrola (Nešpor, 1999).

Zlost považuje Virtue (1994) za největšího spouštěče emočního přejídání. Zvláště u žen, které v dětství vychovávali rodiče tak, aby v sobě vztek potlačily a předstíraly, že se nezlobí a nevztekají. Avšak vztek a po něm následující hněv jsou přirozené emoční reakce na bezprávi a špatnost. Dítě se přirozeně vzteká a zlobí, když má hlad, žízeň či mokro v plenkách, později se zlobí a vzteká, když mu jiné děti berou hračky nebo je jiné dítě uhodí. Ve věku dospívání začíná být vyžadováno, aby se člověk choval podle společenských pravidel, aby svou zlost a vztek směřoval dovnitř namísto ven. Dospívající dítě ve škole je smutné ze špatného hodnocení, obviňuje se za svá pochybení, má depresi a místo aby se rozzlobilo a hlasitě vyjádřilo své emoce, společenský tlak jej nutí emoce v sobě dusit. Proto také v období puberty především u dívek klesá sebevědomí, zatímco u chlapců se tomu tak většinou nestává (Virtue, 1994).

III. Napětí a úzkost

Silná úzkost patří k nejtrýznivějším emocím a cokoliv ji, byť i jen dočasně, zmírňuje, bývá posilováno a zaznamenáno v paměti jako pozitivní a příjemné. To se týká jídla, alkoholu a jiných návykových látek. Bažení může vzniknout jako důsledek úzkosti, ale může

také sám pocity ohrožení a úzkosti vyvolávat. Tak někdy dochází ke vzniku bludného kruhu úzkosti vyvolávající bažení, které intenzitu úzkosti ještě zvyšuje (Nešpor, 1999).

Častou příčinou depresí bývá zhoršení životní situace a reálné životní problémy působené návykovou nemocí. Stres se někdy používá nesprávně jako synonymum k úzkosti či napětí. Nesprávně se užívá jak pro příčinu, tak pro důsledek, přitom termín „zvládání stresu“ je vlastně termín významově si odporující. Nelze dostat pod kontrolu něco, co vzniká ve vnějším světě, a pokud se to člověk snaží ovládnout, způsobuje si tím ještě větší napětí a tenzi. Napětí je vnitřní reakcí na vnější podnět – stres. Člověk může pracovat pouze se svou vnitřní reakcí na stres nikoli se stresem samotným. Napětím vyjadřujeme identifikovatelný důsledek stresoru (Virtue, 1994).

V důsledku napětí dochází k významným chemickým změnám v mozku, které mají za následek nezvladatelné bažení po potravinách obsahující sacharidy (cukry). Potrava s obsahem cukrů je dobrá, pokud ji přijímáme v přiměřeném množství a má nízký obsah tuků. Napětí však vyvolává touhu po sacharidech s vysokým obsahem tuků (čokoláda, pečivo, buchty, sladkosti apod). Virtue (1994) vychází ze studií, které potvrdili, že člověk, který má nutkavou potřebu se neustále něco jíst, zažil v životě mnohem víc traumat a stresových událostí, než člověk, který žil klidnějším životem. Lidé, kteří prožili traumata, volí jídlo jako prostředek k vyrovnání se s vnitřním napětím. Potřebu cukrů ovlivňují např. tyto hormony:

- KORTIZOL – hormon, který uvolňuje mozek v situaci, kdy je potřeba potlačit bolest. Nadledvinky produkují nadbytek kortizolu v důsledku napětí. Kortizol pak v mozku stimuluje produkci neuropeptidu Y, který je hlavním spínačem neukojitelného bažení po cukrech. Sacharidy se v organismu mění na tělesný tuk, který se ukládá. Kortizol zabraňuje při snížení příjmu potravy ztrátě tukových zásob organismu. Nejen tedy že kortizol způsobuje bažení o jídle, ale zároveň zabraňuje hubnutí.
- SEROTONIN - existuje vztah mezi neurotransmiterem serotoninem (látkou produkovanou mozky) a napětím. Dlouhodobější napětí snižuje hladinu serotoninu v těle, což způsobuje špatnou náladu a pocit nedostatku energie. Tato látka je zodpovědná za změny nálad a hladiny energie v těle. Konzumací sacharidů se hladina serotoninu v těle zvyšuje a tím se zlepšuje i naše náladu (Virtue, 1994). O tomto hormonu se zmiňují i studie Rogerse a Smita (2000), které poukazují na vztah mezi hladinou serotoninu a aktuální náladou.

IV. Stud a lítost

Stud je další velmi silná emoce, která způsobuje přejídání. Tato emoce se pojí s pocity viny, sebelítosti, s pochybami o sobě a s vnímáním vlastní sebehodnoty. Souvisí s depresemi a mívá kořeny v dětství, kdy byl malý člověk traumatizován (zanedbáván, týrán nebo sexuálně zneužíván). Dítě, které je zanedbáváno či týráno, namísto toho, aby svůj vztek obrátilo vůči lidem, kteří mu ubližují, jej obrátí samo na sebe a začne se obviňovat. Cítí stud a vinu, oběti sexuálního zneužití se většinou cítí zlomené a zničené. Dítě navíc nedůvěřuje vlastnímu tělu, na kterém při znásilnění pocíťovalo vzrušení, a které jej zradilo. Zneužívané ženy pak často v dospělosti cítí odpor k vlastní ženskosti, sexualitě, ke svému tělu a trpí pocity méněcennosti. Vyhýbá se sociálním kontaktům a forma relaxace pro takovou ženu je jídlo. Ke svému obéznímu tělu se tyto ženy chovají s pohrdáním a zároveň trpí nesmírnou bolestí v duši. Po večerech si například objednávají pizzu a chipsy, aby tuto bolest zajedly a na chvíli se cítila dobře. Čím víc žena přibírá, tím víc roste a prohlubuje se její stud a zároveň klesá její sebehodnota (Virtue, 1994).

Způsoby stravování v dospělém věku bývají poznamenány událostmi z dětství. Pro zneužívaného člověka bude těžší vstupovat do vztahů, bude se ocítat sám a bude mu smutno. Bude toužit po vztahu, po přátelích, ale kvůli jeho studu bude mít problém se socializovat a tak jeho jediným přítelem zůstane jídlo.

Další možné emoce způsobující bažení:

Nuda

Dle Virtue (1994, 230) je nuda „osamělost ve spojení s frustrací, že život je příliš fádni.“ Lidé, co se nudí nebo mají pocit nedostatečně silných podnětů, vyhledávají slaná, ostrá a kořeněná jídla. Touha po vzrušení a stimulaci vzbuzuje bažení po pálivém jídle. Podle Hilla, Weavera a Blundella (1991) je nuda jedním z faktorů podílejících se na vzniku bažení po jídle. Nešpor uvádí, že nuda se zpravidla mezi rizikovými emocemi nezmiňuje, i když se jedná o problém frekventovaný. Zejména v období dospívání člověk cítí potřebu nových a silných podnětů, a to je patrně faktor, který zvyšuje riziko vzniku některých návykových nemocí (Nešpor, 1999).

Radost a štěstí

Zatímco Virtue se o pocitech radosti a štěstí zmiňuje, jako o pocitech které se dostaví, až po tom, co je navrácena tělu rovnováha a bažení odezní, Nešpor na ně upozorňuje jako na

možné spouštěče. Tyto typy emocí bývají zřídka předmětem zájmu psychiatrů ani nebývají typickým problémem pacientů. Podle klinických zkušeností ale pocit intenzivního štěstí a radosti často bezprostředně předchází recidivám návykového chování. Některé důvody, proč tomu tak je:

- Pocit libosti často vede k tomu hledat způsob, jak ho ještě zesílit. Oním způsobem bývá v našich podmínkách nezřídka jídlo, pití alkoholu i aplikace jiné návykové látky.
- Štěstí a radost často oslabují obezřetnost a opatrnost, která je u lidí léčících se pro návykové nemoci potřebná a důležitá. To se týká např. vyhýbání se rizikovým prostředím a situacím (tzv. spouštěčům), soustavného doléčování, rozumného odhadu vlastních sil a možností.
- U některých lidí lze předpokládat jiný psychodynamický mechanismus. Pocity štěstí u někoho mohou vyvolávat zároveň pocity viny, že si něco nezaslouží a úzkost. To může následně vyústit v bažení a recidivu (Nešpor, 1999).

4. POSTUPY A TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ BAŽENÍ

Bažení má velmi blízko k emocím, a je proto přirozené, že ke zvládnání cravingu se používají podobné strategie jako u rizikových emocí. Prakticky to znamená, že např. tělesné cvičení může ovlivnit jak emoci, která by craving vyvolala, tak i craving samotný. Postupy, které se doporučují ke zvládnání bažení, lze většinou použít i ke zvládnání rizikových emocí (relaxace, tělesné cvičení, pasivní pozorování myšlenek a pocitů, o pocitech hovořit, posilování motivace, sebemonitorování i další psychotherapeutické postupy) (Nešpor, 1999).

Nešpor (1999) doporučuje různé postupy mírnící bažení a pracuje s motivací. Zdůrazňuje, že je důležité uvědomit si svoje jednání, jeho důsledky a rizika a také si ale uvědomit výhody vyplývající z tzv. „abstinence“. Pomoc a podpora rodiny, přátel a ostatních lidí z okolí dodává klid a pocit bezpečí, rozhovorem s osobou, které se můžeme svěřit, získáme jednak názor a pohled zvenku, a jednak čas než bažení pomine. Přiznání si návykového problému je způsob, kterým lze upravit své chyby v myšlení a zlepšit sebeovládání. Abstinence i od jiných látek, než na kterých je člověk závislý, zlepšuje opět sebeovládání, rozhodovací schopnosti a posílí vůli. Člověk se naučí vážit si sám sebe, radovat se z malých úspěchů, změni automatické vzorce chování a odstraní chyby v myšlení (Nešpor, 1999).

4.1. Postupy mírnící bažení a zlepšující sebeovládání:

1. Práce s motivací: Uvědomit si rizika a nepříjemné důsledky recidivy a výhody abstinence pomáhá opravovat chyby v myšlení.
2. Pomoc druhých: Dává větší klid a bezpečí. Tak se zmírní stres. Rozhovorem lze opravovat chyby myšlení. Navíc se tak získá čas a bažení pomine.
3. Přiznání si návykového problému jako dlouhodobého stavu: Pomáhá opravovat chyby myšlení, zlepšuje sebeovládání tím, že se člověk drží v bezpečnějších prostředích a společnosti.
4. Abstinence i od jiných látek, než na kterých je člověk závislý: Zlepšuje sebeovládání i schopnost se rozhodovat, navíc se tak předejde vzniku kombinované závislosti.
5. Změna nebezpečných automatických vzorců myšlení a chování: Opravují se tak chyby myšlení a zlepšuje sebeovládání. Např. vydatnější jídlo zapít čajem.

6. Při bažení opustit rizikové prostředí a i jindy se mu pokud možno vyhýbat: Oslabí se tak bažení,lepší sebeovládání. To znamená např. do kuchyně člověk jde minimálně, nevymýšlí si důvody, proč by měl jít do ledničky.
7. Relaxace (částečná, úplná): Mírní stres a tím i bažení a také odstraňuje únavu a zlepšuje sebeovládání. Navíc se tak lépe zvládají úzkosti, hněv, deprese, bolesti a spánek, což dále posiluje sebeovládání.
8. Uvědomování si dechu, klidné dýchání do břicha s prodlouženým výdechem: Působí podobně jako relaxace, lze ho snadno používat i v situacích každodenního života.
9. Dobré vnímání sebe sama i okolí: Zlepšuje sebeovládání, pomáhá zvládat rizikové duševní stavy.
10. Zpomalit: Zlepší se tak sebeuvědomění i sebeovládání. Čas je důležitý faktor, jelikož bažení je krátkodobá záležitost s impulzivním jednáním.
11. Odložit rozhodnutí na dobu až bažení přejde: Předejde se tak chybám myšlení, získá se čas, bažení trvá krátce.
12. Dostatečný odpočinek a spánek, vyvážený způsob života: Zahrnuje i rovnováhu mezi prací a odpočinkem povinnostmi a zábavou, tělesnou a duševní aktivitou. Pronikavě se tak zlepšuje sebeovládání.
13. Cvičení, sport nebo tělesná práce: Mírní se tak stres i bažení, následně se dostavuje relaxace a klid.
14. Odvedení pozornosti k něčemu bezpečnému: Může to motivovat, získá se čas. Lze se soustředit i na praktické každodenní záležitosti, např. při úklidu si opakovat „uklízím“.
15. Při bažení se napít vody.
16. Nacvičit si předem zvládnutí obtížné situace,lepší se tak sebeovládání (Nešpor, n.d.).

Doporučuje se kombinace různých postupů a používání těchto postupů v rychlém sledu za sebou ještě více zvyšuje jejich účinnost. Takže je vhodná dvoj i trojkombinace. Příklad dvojkombinace: Opustit rizikové prostředí a práce s motivací (uvědomit si negativní následky recidivy). Příklad trojkombinace: Opustit rizikové prostředí, klidné dýchání do břicha a zatelefonovat odborníkovi či někomu jinému důvěryhodnému. (Nešpor, n.d.)

Virtue (1994) popisuje pacienty, kteří měli ten samý pocit, že jim nebylo v jejich životě dopřáno splnit si svá přání a touhy. Následně doporučuje, že pokud chce člověk obrátit svůj život k lepšímu, přestat po jídle bažit a přejídat se, klíčový je jeho celkový postoj k životu a víra, že to dokáže. Protože nejčastěji je to strach, který nám brání udělat změnu a krok kupředu. Strach je překážkou k tomu, abychom dosáhli úspěchu a otálení jen oddaluje

splnění snu. Je třeba se rozhodnout dřív než nás opustí nadšení a ne se neustále užírat strachem, že selžeme. Položíme-li si otázku sami sobě: „Co nejhoršího se mi může stát, když do toho půjdu?“ Odpovědí je zahanbení a pocit trapného odmítnutí. Pozitivně se lze zeptat: „Co dobrého mi může přinést, když do toho půjdu?“ Duševní představy jsou většinou největší pobídkou k akci (Virtue, 1996).

4.2. *Techniky zvládnání bažení a stresu*

Níže jsou uvedeny některé techniky vhodné při zvládnání bažení, stresu a negativních emocí:

- **Relaxace**

Dle Nešpora relaxační techniky slouží jako léčba i prevence řady onemocnění. Lze díky nim mírnit bolest, minimalizovat profesionální stres, úzkostné stavy, poruchy spánku a další potíže. Princip relaxace spočívá v tom, že se navodí jedna či více tělesných změn a ty pak působí další změny, v důsledku kterých dochází k celkovému uvolnění (Nešpor & Babková, 2012). Části těla, které je dobré uvolňovat:

Čelo a oči – pro strach a údiv je typické zvednuté obočí a tedy uvolnění této oblasti by mělo působit zklidňujícím dojmem. Při smíchu přivíráme oči a stejný pohyb jako při smíchu je vhodné provádět pro navození dobré nálady. Procvičování okohybných svalů působí proti únavě očí a záměrné oční cviky se používají při vtíravých představách při stresu a při posttraumatické stresové poruše.

Čelist – při stresu roste napětí žvýkacích svalů. Při relaxaci se doporučuje zavřít ústa, ale zuby by se neměly dotýkat.

Hlasivky – uvolnění hlasivek působí zklidnění a oslabují myšlenky v podobě slov. S tím souvisí i opakování manter či repetitivních modliteb.

Šíjové svaly – napjaté šíjové svaly jsou nejčastější příčinou bolesti hlavy, jelikož dráždí úpony na lebce. Souvislost můžeme hledat v přetěžování páteře a ve vztahu s psychickými vlivy.

Uvolnění ramen, rukou, nohou a klidné břišní dýchání se osvědčilo při zvládnání stresu a negativních psychických stavech. Neměly by se povolovat hýžděové svaly, břišní svaly pod pupkem a vzpřimovače trupu, temeno hlavy by se mělo vždy vytahovat vzhůru (Nešpor & Babková, 2012).

- **Meditace**

Slovo „meditace“ pochází z latinského „meditatio“, které znamená rozjímání. Meditace se nejčastěji objevuje v náboženském kontextu, ale byla využívána i např. v bojových uměních. Dnes je rozvíjena v mnoha spirituálních hnutích jako práma jóga, New Age a omezeně i v křesťanství (Anonymous, 2010)

Meditace pomáhá zbavit se strachu, tužeb a obav, umožňuje uvolnit se od napětí. Umožňuje být si vědomým toho, co se vlastně děje, schopnost vnímat TADY a TEĎ, vědomí nezatížené žádnými myšlenkami. Není ale jednoduché na nic nemyslet, jelikož mysl nám poskytuje velké množství různorodých myšlenek a obrazů, je třeba se tomuto způsobu uvolnění postupně naučit.

Meditačním místem může být např. nějaké místo v přírodě (břeh řeky, moře, lesní mýtna) nebo ve svém domově. Lidé medituji např. pod pyramidami, s drahými kameny, u menhirů nebo medituji s energetickými bytostmi – anděli. Základní meditace stahuje vědomí do hlubší úrovně, a tak umožňuje člověku žít ze svého středu a ne na povrchu. To znamená, že začíná vládnout své mysli. Tak člověk postupně dosáhne výborného sebeovládání, lépe pozná sám sebe a nabyde vnitřního klidu. Stane se vyrovnaným a začne žít v harmonii se světem i sebou samým. Udržovat v mysli při meditaci jakoukoliv myšlenku s důvěrou a radostí znamená udělat ji svojí součástí. Výsledek meditace se pak projeví v charakteru osobnosti meditujícího. Při meditaci je vhodné používat tzv. mantry či afirmace (opakované věty nebo slova). Je však třeba je opakovat celou myslí a srdcem, s důvěrou v jejich sílu (Vojtíšek, 2013). Virtue doporučuje, když člověk pocítí některou z emocí SZNS, okamžitě nahlas vyslovit afirmaci: „Opouštím si, přijímám se taková, jaká jsem a důvěřuji si.“ (Virtue, 1994, 198). Další mantry doporučené Virtue:

Jsem dobrý člověk.

Obklopuji se milujícími lidmi.

Přitahuji do svého života spokojené a zdravé lidi.

Jsem tvořivá.

Jsem úspěšná.

Odměňuji se za své úsilí.

Je příjemné se o sebe starat.

Jdu cestou, která je pro mě nejlepší.

Mám skvělou intuíci.

Vyjadřuji své pocity.

Jsem schopna dosáhnout všeho, co si dokážu představit.

Ráda žádám o pomoc druhé a ráda ji přijímám.

Je dobře, že jsem upřímná.

Jsem v naprostém bezpečí a je o mě postaráno.

Dějí se jen ty nejlepší věci.

Raduji se ze svých úspěchů.

Jsem schopna rozumně riskovat.

Život je nádherná cesta.

Mé tělo je dokonalé, krásné a zdravé. (Virtue, 1994, 199-200).

- **Akupunktura**

Jak uvádí kniha *Vivir sin estrés* (OCU, 1996) v komplexní terapii se využívá akupunktury jako jedné z nejstarších technik proti stresu, kdy první psané texty o akupunktuře jsou staré 2000 let. Tato technika pochází z orientální filozofie a nejvíce praktikujících lidí je v Asii, ačkoliv proniká akupunktura na západ. Akupunktura vychází z toho, že každým orgánem či procesem v těle proudí vitální energie KI (qui, chi). Tato energie proudí 12 meridiány (dráhy, kanály), které spojují všechny vnitřní orgány. Cílem akupunktury je vyvážit proudění KI přes tyto dráhy a k tomu využívá propojení různých orgánů (například určitý bod na nose je propojen meridiánem s plícemi). K tomu propojování slouží specifické body na povrchu těla, na které když se vyvine tlak, tak způsobí bolestivý pocit v určité části organismu. Používá se speciálních jehliček k tomu určených. Celkem je všech specifických bodů na těle, kam se mohou přiložit jehly 365 (OCU, 1996).

Při stresu napínáme svalstvo, které v některých bodech může způsobit za čas tlak, který pak produkuje bolest na jiném místě na těle. Jehly se specifickým způsobem a většinou se nechávají v bodech zapíchnuté 20 - 30 min. Po dobu, kdy je jehla zapíchnutá, se většinou člověk cítí příjemně, uvolněně. Když je jehla v daném bodu správně umístěna, téměř okamžitě dochází k aktivaci vnitřního orgánu, který zahájí léčebný proces. Tato metoda je velmi vhodná pro přirozené odstranění nezvladatelné touhy po jídle, závislosti a pro uklidnění, zrelaxování a vyrovnání se (OCU, 1996).

- **Výživová terapie**

Organismus, aby byl schopen odolat stresu, potřebuje vyváženou stravu, vysokou fyzickou i mentální úroveň a dostatek vitamínů a minerálů obsažených ve zdravé stravě. Je vědecky potvrzeno, že u většiny lidí, kteří trpěli nemocemi pramenícími ze stresu, se po 2-3 měsících od započetí zdravé diety, díky změně stravovacích zvyků, zlepšil zdravotní stav (OCU, 1996). Strava působí na imunitu a její správné a vyvážené složení skvěle působí jako obrana proti stresu.

Důležité je dodržovat pravidelnost, jídlo si pokaždé v klidu s chutí užít, klidně si dát tři chuťově odlišné chody (menší porce), které ale uspokojí naši touhu a odbourají bažení. Mezi doporučení patří např. na každý chod měnit talíře, což vytváří iluzi větší nasycenosti při menších dávkách a dát si záležet na vizuální zajímavosti pokrmu. Bohatě ochucovat jídlo kořením, bylinkami, octem a citronem, které zvyšují chuťový požitek, aniž by přidávaly kalorie. Před vložením prvního sousta do úst si dát pauzu na zamyšlení nad tím, co jíme a jak se to před nás dostalo. První sousta jsou vždy nejchutnější, proto je třeba jíst pomalu a vychutnávat a zapíjet čistou vodou (nikoliv sladkými kalorickými nápoji) (Guillianová in Kuras, 2010).

Dalším způsobem jak odolat bažení poddat se bažení, ale jen po tom konkrétním jídle, které nám zaplavilo mozek. Ukojit touhu po konkrétní potravíně, ale bez přidání dalších doplňků či přísad (knedlíky, housky, hranolky), po kterých nebažíme. Tyto doplňky jsou více než oblíbené bažené jídlo zdrojem nebezpečného přibírání na váze. Teorie také říká, vlastní přípravou jídla zajistíme, že se do něj nedostanou žádné nežádoucí příměsi, chemikálie, nadměrné množství soli, cukru nebo tuku, čímž si nemůžeme být nikdy jisti v restauracích (Kuras, 2010).

Je tedy dobré, zajímat se o to, jaké potraviny si kupujeme a vědět, co znamenají přidávané látky uváděné na obalu kupovaných výrobků. Nejlepší je konzumovat co možná nejvíce místních potravin, vypěstovaných a vzešlých v prostředí, kde konkrétní člověk žije, protože jsou to potraviny jemu nejpřirozenější a tudíž i nejzdravější.

- **Osobní deník**

Metoda psaní deníku dle Trojanové (n.d.) umožňuje komunikovat se svým nitrem. Do deníku se dají svěřit všechny věci, které nikomu jinému říci nemůžeme a tím si od

problému částečně ulevit. Deník slouží k utřídění myšlenek a je cestou k porozumění sama sobě a nalezení vnitřní rovnováhy. Lze psát na papír (do deníku) nebo na počítači. Způsob není až tak důležitý, důležité je psaní samotné. Je dobré sepsat si své pocity, myšlenky, emoce. Protože je to čistě soukromá a osobní věc, nemusí se člověk neohlížet na kontrolu chyb apod. Psaní deníku je ozdravný a očistný proces a jeden z nejdůležitějších nástrojů duševní hygieny (Trojanová, n.d.).

5. CÍLE A HYPOTÉZY

5.1. Hlavní cíl

Hlavním cílem této práce je zjistit, zda existuje vztah mezi intenzitou bažení po jídle a hodnotou Body Mass Indexu (dále jen BMI). Body Mass Index jsme si zvolili jako nejvhodnější parametr pro hodnocení hmotnosti.

5.2. Dílčí cíle

1. Zjistit, zda existuje vztah mezi hodnotou BMI a jednotlivými faktory bažení.
2. Zjistit, zda existují intersexuální rozdíly v intenzitě bažení po jídle.

5.3. Hypotézy

H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu.

Tuto hypotézu jsme určili na základě výsledků výzkumu Světláka a Pšenice (2012), kteří potvrzují statisticky významný rozdíl v intenzitě bažení mezi skupinami sledovaných dětí s různými hodnotami BMI. Jejich pozorování a výsledky podporují hypotézu, že se bažení po jídle u některých osob významně spolupodílí na etiologii nadváhy a obezity.

H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u obézních osob.

Světlák a Černík zjistili, že se vzrůstajícím BMI se zvyšovalo i skóre faktoru F2 Ztráta kontroly a na základě této studie předpokládáme, že obézní lidé mají větší problém s vlastní sebekontrolou než lidé s normální váhou (Světlák & Černík, 2010).

H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži.

Tuto hypotézu jsme si určili na základě výsledků výzkumu vysokoškolských studentů, u kterých byly zaznamenány signifikantní intersexuální rozdíly (Světlák & Černík, 2010). Při stanovení této hypotézy jsme vycházeli z předpokladu, že vyšší intenzita bažení u žen by mohla mít souvislost s hormonálními změnami v různých fázích cyklu a s nimi spojenou přecitlivělostí a prudkou změnou nálad.

H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

6. VÝZKUM

6.1. Metodika výzkumu

Výzkum probíhal v letech 2012 a 2013 v Olomouckém kraji za spolupráce více řešitelů: Svobodová (2012), Banátová (2013) a Končáková (2013). Jako nástroj pro měření intenzity bažení byl zvolen dotazník G-FCQ-T (General -Food Craving Cuestionnaire – Trait) od autorů Nijs, Franken & Muris (2007). Byl proveden náhodný výběr respondentů různých věkových skupin (13 - 92 let), kteří byli předem seznámeni s cíli a náležitostmi výzkumu. Celkem bylo získáno 2042 ručně či elektronicky vyplněných dotazníků a získaná data byla následně převedena do elektronické podoby a statisticky zpracována. Do výzkumného souboru jsem přispěla 312 dotazníky.

6.2. Etika výzkumu

Studie byla schválena etickou komisí Fakulty tělesné kultury UP (25/2011). Všichni dotazovaní byli seznámeni s účelem výzkumu a souhlasili s dobrovolným vyplněním dotazníku (Příloha 1).

6.3. Metodika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří celkem 2042 respondentů, z čehož je 61 % (1251) žen a 39 % (791) mužů. Nejnížší hranice věku respondentů byla 13 let a nejstarší dotazovaný měl 92 let. Průměrný věk zkoumaného vzorku byl 30 let. Pro klasifikaci kategorií dle hodnot Body Mass Indexu byla použita jednotná klasifikace dle WHO z roku 2004 (Tabulka 4). Dle této klasifikace rozlišujeme 4 skupiny: podváhu při hodnotách BMI 18,49 kg/m² a méně, normální váhu, která je v rozpětí BMI 18,50-24,99 kg/m², nadváhu při BMI 25,00-29,99 kg/m² a obezitu od hodnot BMI 30,00 kg/m² a více. Toto rozdělení se používá pro hodnocení BMI u osob starších 18 let. Obezita se pak dále člení dle závažnosti na tři stupně dle závažnosti: Obézní lidé s hodnotou BMI nad 30 kg/m² (I. stupeň obezity) mají zdravotní riziko středně zvýšené, od hodnoty 35 kg/m² (II. stupeň obezity) velmi zvýšené a při obezitě morbidní (III. stupeň obezity) od hodnoty 40 kg/m² mají velmi vysoké zdravotní riziko. Tyto tři stupně ale v našem výzkumu nerozlišujeme a pro jednoduchost jsme ponechali pouze kategorii obezita. Průměrná hodnota BMI v našem souboru byla 23,26 kg/m², včetně respondentů ve věkové hranici pod 18 let.

Tabulka 4. Stratifikace respondentů dle klasifikace tělesné hmotnosti dle BMI

Klasifikace BMI (kg/m ²)	ženy		muži		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
POD VÁHA (18,49 a méně)	55	4	11	1	66	3,23
NORMÁLNÍ (18,50 - 24,99)	929	74	465	59	1394	68,27
NADVÁHA (25,0 - 29,99)	184	15	247	31	431	21,11
OBEZITA (30,0 a více)	83	7	68	9	151	7,39
celkem	1251	100	791	100	2042	100

Z celkového vzorku respondentů bylo 68 % (1394 probandů) s normální váhou, 21 % (431 probandů) s nadváhou, 8 % (151 probandů) obézních a 3 % (66 probandů) s váhou definovanou jako podváha či podvýživa. Normální váhu dle klasifikace hodnot BMI mělo 74 % žen a 59 % mužů. Z celkového počtu žen mělo 15 % nadváhu, zatímco z celkového počtu opačného pohlaví trpělo nadváhou dvakrát více mužů 31 %. Obézních žen bylo 7 % (83) a obézních mužů o dvě procenta více 9 % (151). U žen byl výskyt podváhy ve 4,4 % a u mužů v 1,4 % případů. Podváha se u žen vyskytovala zhruba 3 x častěji než u mužů.

Dle věku byli respondenti rozděleni do 4 kategorií a to: děti ve věku 13 – 17 let, mladší dospělost 18 – 44 let, starší dospělost 45 – 59 let a stáří 60 – 92 let. Rozdělení dle dosaženého vzdělání respondentů bylo: 520 respondentů s dosaženým základním vzděláním (výzkum zahrnuje všechny respondenty, tedy i respondenty mladší 18 let, kteří nedosáhli zatím vyššího než základního či středního vzdělání), 1253 respondentů se středoškolským vzděláním a 269 respondentů s vysokoškolským vzděláním (Tabulka 5 a 6).

Tabulka 5. Stratifikace respondentů dle věku

Skupina	Věkové rozmezí	Počet dotazovaných
děti	13-17 let	436
mladší dospělost	18-44 let	1137
starší dospělost	45-59 let	158
stáří	>60 let	319

Tabulka 6. Stratifikace respondentů dle úrovně dosaženého vzdělání

Vzdělání	Počet dotazovaných
základní	520
středoškolské	1253
vysokoškolské	269

Další získané údaje se týkaly kouření, v našem vzorku bylo zastoupeno 586 kuřáků a 1456 nekuřáků. Kuřáci získali průměrné celkové skóre bažení 54,47 a nekuřáci dosáhli nižšího skóre 53,11. Dle pohybové aktivity v zaměstnání byl vzorek rozdělen do 3 kategorií: velmi lehká (n=1454), střední (n=426) a vysoká pohybová aktivita (n=162).

6.4. Metodika dotazníku G-FCQ-T

Pro tento výzkum byla použita česká verze dotazníku G-FCQ-T General -Food Craving Questionnaire - Trait. Tento dotazník vytvořili holandští autoři Nijs, Franken a Muris v původně anglickém jazyce (Nijs, Franken & Muris, 2007). Pro náš výzkum byla použita česká verze tohoto dotazníku od autorů Světlák a Černík (2010). Posouzením reliability dotazníku se zabývala na UP Svobodová (2012). Dotazník obsahuje 21 otázek a u každé je na výběr na šestibodové hodnotící škále právě jedna možná odpověď:

Tabulka 7. Šestibodová škála možností odpovědí

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždycky	Vždycky
------------------------	--------	-------	-------	---------------	---------

Hodnotící škála má vzestupné bodování od 1 do 6 bodů (1 bod za odpověď „Nikdy“ a 6 bodů za odpověď „Vždycky“). Dotazovaný tedy dle svého vlastního subjektivního uvážení posoudí, do jaké míry se ztotožňuje s daným výrokiem (otázkou) a zaškrtně právě jednu odpověď. Čím více se s výroky ztotožňuje, tím vyšší skóre získává, a tedy je hodnocen jako osoba, která intenzivně baží po jídle. Pořadí otázek je dané tak, že tvoří čtyři soubory (podškály), vztahující se k základním 4 faktorům cravingu (F1-F4) a to: F1 Zaujatost jídlem, F2 Ztráta kontroly, F3 Pozitivní očekávání, F4 Emoční bažení. FC Celkové bažení je celková suma bodů získaných u všech čtyř faktorů, čímž získáme hrubé skóre (Světlák & Černík, 2010).

- F1: ZAUJATOST JÍDLEM

První oddíl otázek se soustřeďuje na míru zaujatosti jídlem. Zjišťuje frekvenci vtíravých myšlenek na jídlo, které se objevují mimo adekvátní kontext při nepřítomnosti fyziologického hladu. Zvýšené skóre u tohoto faktoru poukazuje na fakt, že se daný jedinec myšlenkově velmi zabývá jídlem, přemýšlí o tom, co bude jíst, vařit, nakupovat apod. Otázky jsou sestavené tak, aby bylo zřejmé, že se jedná o myšlenky na neodolatelnou chuť na jídlo.

Tabulka 8. Otázky vztahující se k faktoru 1

Číslo	Otázka
1	Mám pocit, že neustále myslím na jídlo.
2	Bez ohledu na to, jak těžce to zkouším, nemohu přestat myslet na jídlo.
3	Uvědomil (a) jsem si, že jsem zcela zaujatý (á) jídlem.
4	Když mám na něco neodolatelnou chuť, nemůžu se myšlenky na jídlo zbavit.
5	Neodolatelná chuť na jídlo mě neustále nutí hledat způsoby, jak se k jídlu dostanu.
6	Strávím hodně času přemýšlením nad tím, co budu jíst příště.

- F2 ZTRÁTA KONTROLY

Tento faktor souvisí se sebekontrolou a s vůlí. Zvýšené skóre ukazuje na jedince, kteří vynakládají značné úsilí tomu, aby si udrželi svou váhu v normě. Psychicky nestálé lidi, kteří snadno ztratí zábrany a kontrolu sami nad sebou, snáze ovládnou negativní emoce a proto nedokáží včas své kompulzivní jednání zastavit.

Tabulka 9. Otázky vztahující se k faktoru 2

Číslo	Otázka
7	Když jím něco, na co jsem měl (a) neodolatelnou chuť, přestanu se kontrolovat a sním příliš mnoho.
8	Jakmile začnu jíst, mám potíže přestat.
9	Když mám na něco neodolatelnou chuť, vím, že jakmile začnu jíst, nebudu schopen (a) přestat.
10	Když dostanu to, na co mám neodolatelnou chuť, nedokážu přestat jíst.
11	Když jsem s někým, kdo se přejídá, přejídám se obvykle také.
12	Kdykoliv jdu někam, kde je neomezené množství jídla, skončí to tak, že sním víc, než jsem potřeboval (a).

- F3 POZITIVNÍ OČEKÁVÁNÍ

Faktor ukazuje, do jaké míry je jídlo chápáno jako forma odměny. Nejen pro dítě, ale i pro dospělého může fungovat jídlo jako odměna. Jídlo je používáno jako jedna ze strategií při zvládnání stresu, u někoho funguje jako rozptýlení při pocitu nudy a úzkosti.

Tabulka 10. Otázky vztahující se k faktoru 3

Číslo	Otázka
13	Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se lépe.
14	Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se skvěle.
15	Když jsem sytý (á), jsem méně napjatý (á), úzkostný (á).
16	Když se najím, cítím se spokojeně.
17	Někdy, když jím, zdá se mi, že svět je prostě perfektní.

- F4 EMOČNÍ BAŽENÍ

Bažení v tomto případě souvisí se zvládnáním emočních situací v životě člověka. Zde vzniká tzv. „emoční hlad“, o kterém hovoří i Virtue (1994), kdy jsou nelibé emoce zaměňovány za pocity hladu a bývají motivem pro konzumaci potravin. Jedinci, kteří prožívají nudu, úzkost, deprese, lítost a další negativní emoce, zajírají své nepříjemné pocity jídlem. V případě tohoto faktoru je třeba počítat i s možnými skrytými onemocněními, jako je depresivní porucha, poruchy příjmu potravy či poruchy osobnosti. (Světlák & Pšenicová, 2012).

Tabulka 11. Otázky vztahující se k faktoru 4

Číslo	Otázka
18	Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když jsem rozrušený (á).
19	Mé emoce jsou častou příčinou toho, že chci jíst.
20	Když jsem ve stresu, mám neodolatelnou chuť na jídlo.
21	Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když se cítím znuděný (á), naštvaný (á) nebo smutný (á).

- FC CELKOVÉ BAŽENÍ

Faktor Celkové bažení (dále jen FC) je součet všech dosažených bodů v jednotlivých faktorech F1 – F4. Minimální skóre dotazníku je 21 bodů a maximálně lze získat 126 bodů hrubého skóre. Celkové získané skóre má vypovídající hodnotu pro posouzení celkové intenzity bažení po jídle. Čím nižší je celkový počet dosažených bodů v dotazníku, tím menší je intenzita bažení po jídle u konkrétní osoby.

6.5. Metodika statistického zpracování dat

Ke statistickému zpracování výsledků a jejich analýze byl použit program Statistica CZ. (verze 11), software pro analýzu dat. V kvantitativním zhodnocení jsme použili jak deskriptivní, tak induktivní statistiku. Při statistickém zpracování bylo použito veličin s těmito zkratkami:

SD - standard deviation (směrodatná odchylka)

M – mean (aritmetický průměr)

Mdn – medián

H1 - alternativní hypotéza

p – hladina statistické významnosti (stanovili jsme hladinu statistické významnosti α na úrovni 0,05)

Použili jsme statistické metody: analýzu rozptylu ANOVA, korelační analýzu pro sledování lineárního vztahu intenzity bažení a BMI a intenzity bažení a věk a LSD test,

kterým jsme hodnotili vztahy podskupin. Dále byl použit Studentův T-test pro nezávislé vzorky pro určení rozdílů bažení mezi pohlavími.

7. VÝSLEDKY

V našem výzkumu jsme zjišťovali průměrné celkové skóre bažení dotazníku G-FCQ-T u všech dotazovaných, v závislosti na BMI, pohlaví a věku. V tabulkách níže je uveden průměr (M), směrodatná odchylka (SD), hladina statistické významnosti (p), dosažené skóre bažení ve všech faktorech (F1 - zaujatost jídlem, F2 - ztráta kontroly, F3 - pozitivní očekávání, F4 - emoční bažení, FC - celkové bažení) a typ použité metody.

Vztah intenzity bažení a hodnoty BMI

Nejprve jsme chtěli zjistit, zda míra intenzity bažení lineárně roste s hodnotou BMI.

H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu.

K ověření této hypotézy jsme použili korelační analýzu, která hodnotila vztah skóre intenzity bažení jednotlivých faktorů u různých skupin dle klasifikace BMI (podvýživa, nadváha, normální váha a obezita). U faktoru Ztráta kontroly a Emoční bažení vyšel statisticky významný rozdíl, zatímco u faktorů Pozitivní očekávání a Zaujatost jídlem nebyl prokázán vztah s hodnotou BMI. U faktoru Celkové bažení ve vztahu s BMI však byl prokázán statisticky významný rozdíl, hypotézu H1 tedy přijímáme. Se zvyšující se hodnotou BMI se lineárně zvyšuje celková intenzita bažení po jídle (Tabulka 12).

V Tabulce 12 vidíme, že celkové průměrné skóre bažení vyšlo nejnižší u lidí s podváhou. Tito lidé dosáhli průměrného celkového skóre 45,94 bodů, lidé s normální váhou dosáhli průměrného celkového skóre 53,59 bodů, lidé s nadváhou 50,65 bodů a lidé obézní 64,11 bodů. Dosažené celkové skóre obézních lidí se odklání od průměrné hodnoty celého vzorku o celých 10,61 bodů. Lidé s podváhou dosahovali ve všech faktorech nízkého skóre, což ukazuje, že nevěnují jídlu velkou pozornost, zřídka jim vstupují na mysl vtíravé myšlenky na jídlo a mají velmi dobrou kontrolu nad svým jednáním.

Rostoucí tendenci faktoru Celkové intenzity bažení v závislosti na hodnotě BMI lze vidět v Grafu 1, kde jsou znázorněny na horizontální ose 4 skupiny dle klasifikace BMI (1- podváha, 2- normální váha, 3- nadváha, 4- obezita) a na vertikální ose FC celkové průměrné skóre bažení. Celkovou linearitu na grafu narušuje výsledek skupiny lidí s nadváhou, kteří v mnoha faktorech dosahovali nižšího skóre než lidé s normální váhou.

LDS test potvrdil statisticky významné rozdíly mezi skupinami dle BMI v FC Celkové intenzitě bažení (Tabulka 13).

Tabulka 12. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k jednotlivým kategoriím dle BMI

	Podváha (n=66)		Normální hmotnost (n=1394)		Nadváha (n=431)		Obezita (n=151)		Korelační analýza
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
F1	12,33	3,92	14,86	5,26	13,75	5,65	17,25	6,85	p=0,092
F2	10,82	4,31	14,21	5,72	14,06	5,89	17,91	7,30	p=0,000
F3	14,86	5,71	15,70	5,04	14,22	4,99	16,99	5,80	p=0,079
F4	7,92	4,39	8,82	3,55	8,62	3,90	11,96	4,75	p=0,000
FC	45,94	15,22	53,59	16,01	50,65	17,05	64,11	20,48	p=0,000

Vysvětlivky: F1 zaujatost jídlem, F2 ztráta kontroly, F3 pozitivní očekávání, F4 emoční bažení, FC celkové bažení.

Použitý test: Korelační analýza BMI a jednotlivých faktorů

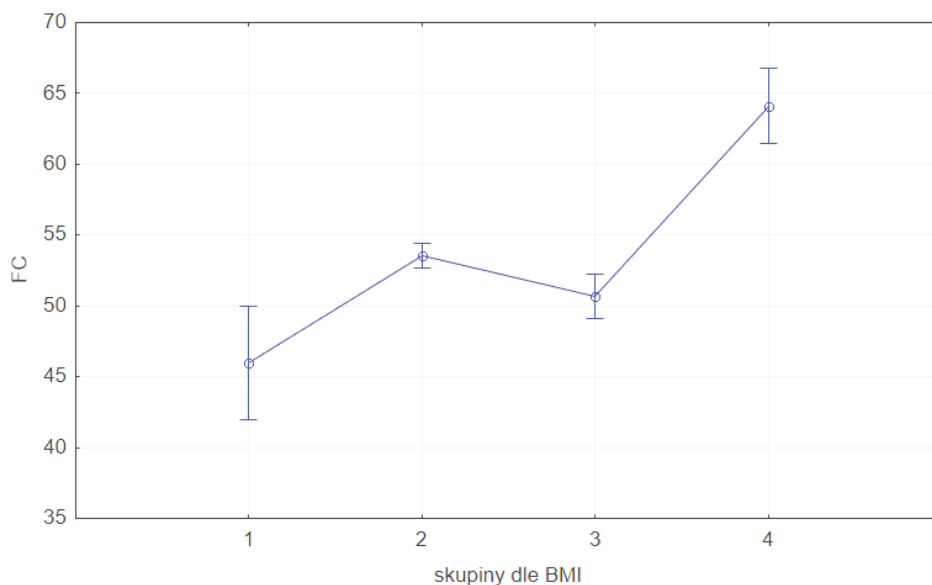
p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05

Tabulka 13. Rozdíly mezi jednotlivými skupinami dle BMI v celkovém bažení

	Podváha (n=66)	Normální hmotnost (n=1394)	Nadváha (n=431)	Obezita (n=151)
Podváha (45,94 bodů)		0,000	0,032	0,000
Normální váha (53,59 bodů)	0,000		0,001	0,000
Nadváha (50,65 bodů)	0,032	0,001		0,000
Obezita (64,11 bodů)	0,000	0,000	0,000	

Vysvětlivky: Použitý test: LSD test pro FC celkové bažení a jednotlivé skupiny dle klasifikace BMI

p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05



Graf 1. Celkové skóre intenzity bažení v závislosti na jednotlivých kategoriích dle BMI

Vysvětlivky: 1- podváha, 2- normální váha, 3-nadváha, 4-obezita

FC – faktor celkové intenzity bažení

Dále nás zajímal faktor Ztráta kontroly, kdy jsme na základě výsledků z výzkumu Světláka a Černíka (2010) předpokládali, že s rostoucí hodnotou BMI se bude zvyšovat také skóre ve faktoru Ztráta kontroly a u obézních lidí bude skóre dosahovat nejvyšších hodnot.

H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u obézních osob.

Obézní lidé dosáhli celkového skóre bažení 64,11 bodů, což bylo nejvyšší skóre ze všech skupin. Faktor Ztráta kontroly u obézních lidí dosahoval průměrného skóre 17,91 bodů, což je nejvyšší průměrné skóre ze všech faktorů u všech skupin dle klasifikace BMI. LSD testem jsme zjišťovali rozdíly mezi skupinami dle hodnot BMI u faktoru F2 Ztráta kontroly. Test potvrdil, že obézní lidé nejnanežněji ze všech ztrácí kontrolu nad svým jednáním, ve srovnání s ostatními skupinami dle klasifikace BMI (Tabulka 14). V Grafu 2 vidíme lineárně rostoucí tendenci u F2 Ztráta kontroly a skupin dle klasifikace BMI. Z našeho výzkumu vyšlo najevo, že obézní lidé baží po jídle celkově více než ostatní skupiny

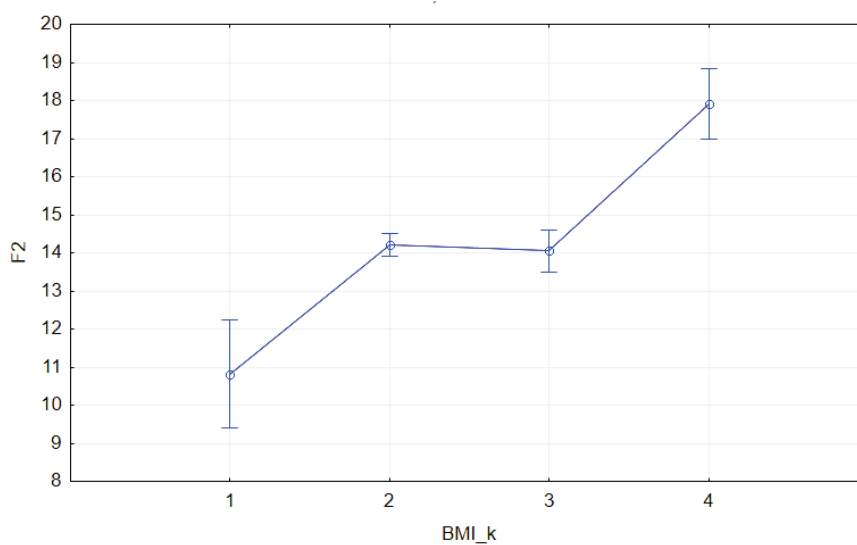
dle klasifikace BMI a to ve všech faktorech. Obézní lidé mívají větší problémy v oblasti sebekontroly a sebeovládání. Nekontrolované impulzivní bažení nezvládnou, vtíravé myšlenky na jídlo je snadno ovládnou, nedokáží jim odolat a přejídají se.

Tabulka 14. Vzájemný vztah skupin dle klasifikace BMI u F2 Ztráta kontroly

	Podváha (n=66)	Normální hmotnost (n=1394)	Nadváha (n=431)	Obezita (n=151)
Podváha (45,94 bodů)		0,000	0,000	0,000
Normální váha (53,59 bodů)	0,000		0,629	0,000
Nadváha (50,65 bodů)	0,000	0,629		0,000
Obezita (64,11 bodů)	0,000	0,000	0,000	

Vysvětlivky: Použitý test: LSD test

p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05



Graf 2. Faktor Ztráta kontroly ve vztahu k BMI

Vysvětlivky: 1- podváha, 2- normální váha, 3- nadváha, 4- obezita

F2 – Faktor Ztráta kontroly

Intersexuální rozdíly v bažení po jídle

Dále nás zajímalo srovnání bažení po jídle u mužů a žen v souvislosti s věkem.

H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži.

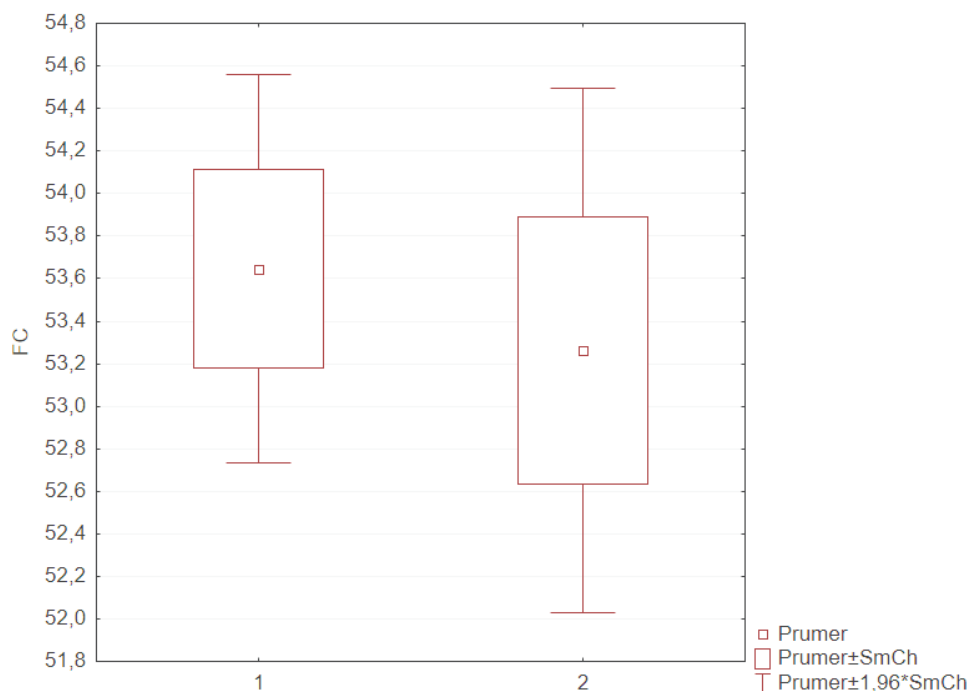
Ženy ve výzkumu dosáhly celkového skóre intenzity bažení 53,65 bodů zatímco muži 53,26 bodů. Ženy tedy měly o 0,39 bodů vyšší celkové skóre než muži (Tabulka 15). Studentův T-test zjistil mezi muži a ženami statisticky významný rozdíl pouze ve faktorech Pozitivní očekávání a Emoční bažení. Průměrné hodnoty faktoru Pozitivní očekávání byly u mužů vyšší (15,75 bodů) než u žen (15,27 bodů) a naopak, hodnoty faktoru Emoční bažení byly vyšší u žen (9,37 bodů) oproti mužům (8,36 bodů). U faktorů Zaujatost jídlom a Ztráta kontroly nebyl zjištěn statisticky významný výsledek. T-test nezjistil mezi muži a ženami statisticky významný rozdíl v FC celkovém bažení, tudíž hypotézu H3 zamítáme. Graf 3 ukazuje rozložení odpovědí mužů a žen v našem souboru u FC celkového bažení.

Tabulka 15. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k pohlaví

	Ženy (n=1251)		Muži (n=791)		T-test	p
	M	SD	M	SD		
F1 Zaujatost jídlom	14,84	5,31	14,52	5,83	1,28	0,20
F2 Ztráta kontroly	14,16	5,71	14,63	6,33	-1,74	0,08
F3 Pozitivní očekávání	15,27	4,93	15,75	5,51	-2,03	0,04
F4 Emoční bažení	9,37	3,89	8,36	3,70	5,82	0,00
FC Celkové bažení	53,65	16,42	53,26	17,68	0,50	0,62

Vysvětlivky: Použitý test: Studentův T-Test pro nezávislé vzorky

p - hladina statistické významnosti mezi muži a ženami



Graf 3. Komparace celkové intenzity bažení u žen a mužů

Vysvětlivky: 1 – ženy, 2 – muži

FC – celkové skóre bažení

Vliv věku na celkovou intenzitu bažení

Poslední čtvrtou hypotézu jsme si určili tuto:

H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

Tabulka 16 ukazuje průměrné hrubé skóre intenzity bažení u jednotlivých věkových skupin. Skupina respondentů ve věkovém rozmezí 13 - 17 let dosáhla 52,59 bodů, skupina 18 - 44 let dosáhla 55,80 bodů, následující skupina ve věku 45 - 59 let dosáhla 48,09 bodů a skupina seniorů nad 60 let dosáhla 48,99 bodů. Pro ověření naší hypotézy jsme použili korelační analýzu pro jednotlivé faktory a věk. Test prokázal statisticky významné výsledky ve všech věkových skupinách. Ve faktoru Celkové bažení test prokázal

statisticky významný výsledek a na jeho základě lze přijmout naši poslední hypotézu H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

Tabulka 16. Průměrná intenzita bažení v jednotlivých faktorech dle věkových skupin

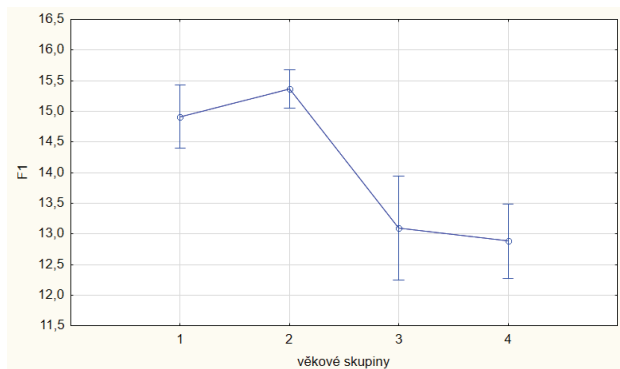
	13-17 let (n=436)	18-44 let (n=1137)	45-59 let (n=158)	> 60 let (n=319)	Variabilita věk	Korelační analýza
F1 zaujatost jídlem	14,92	15,37	13,09	12,88	-0,172	p=0,000
F2 ztráta kontroly	13,74	14,92	13,00	13,73	-0,064	p=0,004
F3 pozitivní očekávání	14,73	16,44	13,70	13,71	-0,176	p=0,000
F4 emoční bažení	9,20	9,08	8,30	8,67	-0,054	p=0,014
FC celkové bažení	52,59	55,80	48,09	48,99	-0,145	p=0,000

Vysvětlivky: F1 zaujatost jídlem, F2 ztráta kontroly, F3 pozitivní očekávání,
F4 emoční bažení, FC celkové bažení.

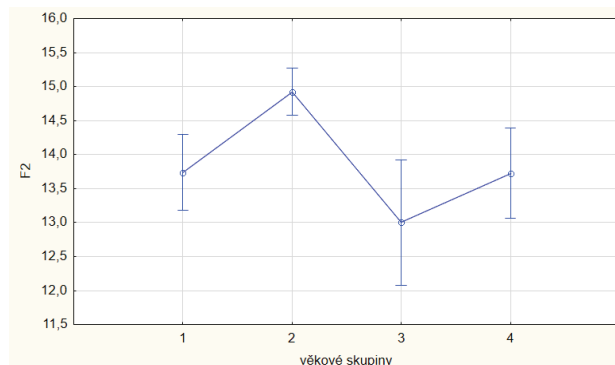
Použitý test: Korelační analýza

p – hladina statistické významnosti α byla stanovena na úrovni 0,05

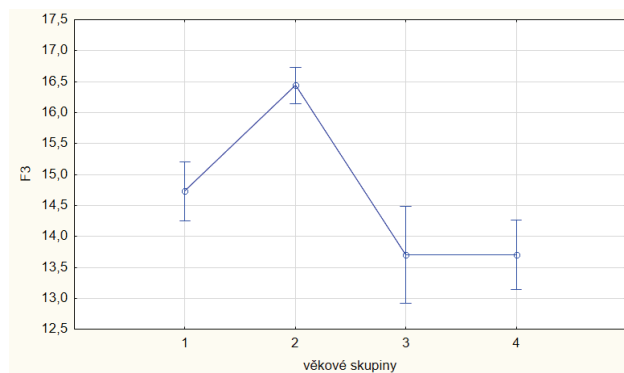
V Grafech 4 - 7 lze pozorovat klesající tendenci intenzity bažení po jídle v jednotlivých faktorech u různých věkových skupin. V Grafu 4 vidíme Zaujatost jídlem, v Grafu 5 Ztráta kontroly, Graf 6 ukazuje faktor Pozitivní očekávání a faktor Emoční bažení je v Grafu 7. Graf 8 pak ukazuje faktor Celkového bažení u všech věkových skupin. Červená přímka na Grafu 9 demonstruje klesavou tendenci bažení po jídle s věkem. S přibývajícím rokem se tedy snižuje FC celkové bažení po jídle u našeho vzorku.



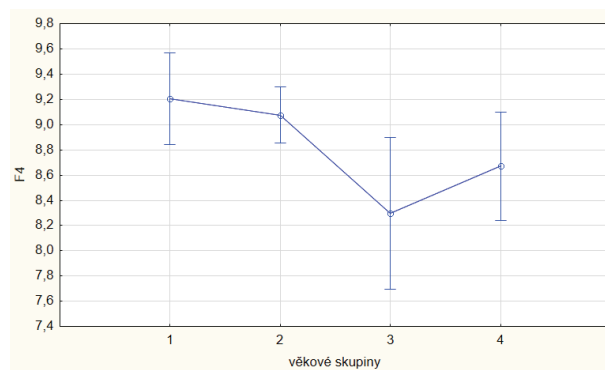
Graf 4. F1 Zaujatost jídelm v závislosti na věkové skupině



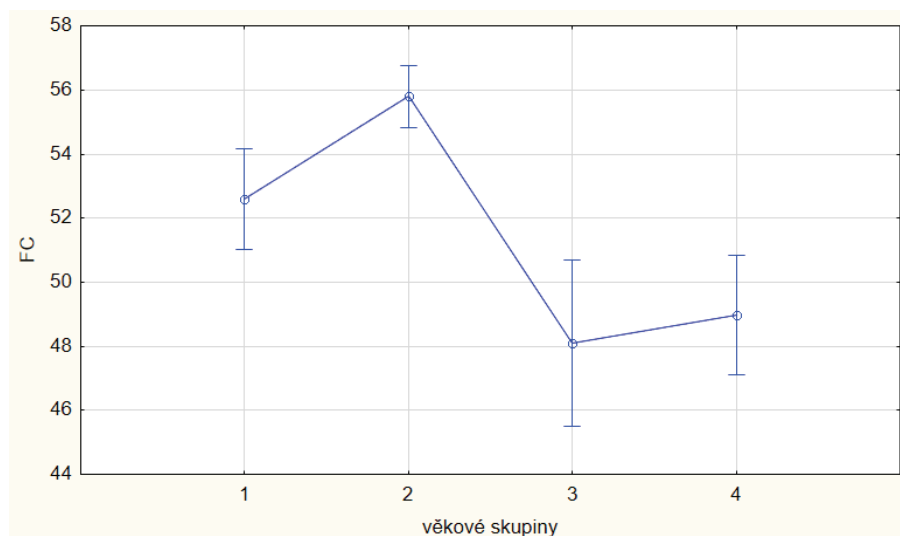
Graf 5. F2 Ztráta kontroly v závislosti na věkové skupině



Graf 6. F3 Pozitivní očekávání v závislosti na věkové skupině



Graf 7. F4 Emoční bažení v závislosti na věkové skupině

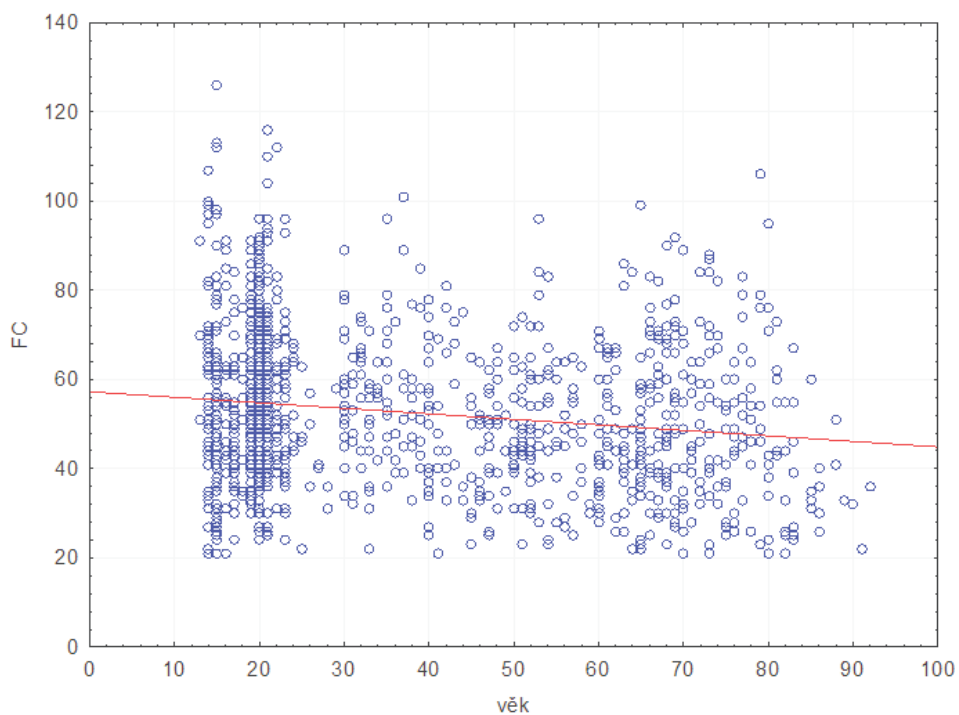


Graf 8. FC Celková intenzita bažení v závislosti na věkové skupině

Vysvětlivky: věkové skupiny: 1 – věková skupina 13-17 let, 2- věková skupina 18-44 let,

3- věková skupina 45-69 let, 4- věková skupina 60-92 let

FC- celková intenzita bažení po jídle



Graf 9. Celková intenzita bažení v závislosti na věku (n=2042)

7.1. *Limity práce*

Limity výzkumu mohou být např. že při vyplňování dotazníku nebyl zachycen aktuální psychický a fyzický stav respondentů (nemoc, momentální stav nasycení/ hladu), denní a roční doba, aktuální fáze měsíce, aktuální fáze menstruačního cyklu u žen, těhotenství apod., což může ovlivnit celkové dosažené skóre v dotazníku G-FCQ-T.

Ačkoliv je díky své velikosti náš soubor dostatečně reprezentativní (n=2042), výsledky výzkumu dále může ovlivňovat nestejně zastoupení mužů (n=791) a žen (n=1251), nerovnoměrné rozložení respondentů dle věkových skupin; 13-17 let (n=436), 18-44 let (n=1137), 45-59 let (n=158) a 60-92 let (n=319). V našem výzkumu bylo také nerovnoměrné rozložení respondentů dle klasifikace BMI a to; podváha (n=66), normální hmotnost (n=1394), nadváha (n=431) a obezita (n=151), což mohlo také do určité míry ovlivnit výsledky našeho výzkumu.

8. DISKUZE

V našem výzkumu jsme zkoumali intenzitu bažení po jídle v závislosti na Body Mass Indexu. Průměrná hodnota celkového skóre intenzity bažení vzorku (n=2042) byla 53,50 bodů. Ve studii Světláka a Černíka (2010) hodnota skóre celkové intenzity bažení vzorku (54,90 bodů), který ale tvořili pouze vysokoškolští studenti (n=257), byla velmi blízká našemu výsledku, zatímco celkové průměrné skóre bažení vzorku z výzkumu Svobodové (2012) bylo vyšší (57,04 bodů). Průměrná hodnota BMI u našeho vzorku byla 23,26 kg/m² a to včetně respondentů mladších 18ti let.

Jako první jsme hodnotili vztah BMI a intenzity bažení. H1 předpokládala lineární závislost BMI na celkové intenzitě bažení. Znění první hypotézy bylo H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu. Naše výsledky korespondují s výsledky práce Světláka a Černíka (2010), kteří na zkoumaném vzorku 257 osob potvrdili, že se vzrůstající hodnotou BMI roste i závislost bažení po jídle. Čím nižší je tedy hodnota BMI, tím nižší je intenzita bažení po jídle (Světlák & Černík, 2010). V našem výzkumu dosahovali lidé s podváhou nejnižšího skóre a naopak lidé obézní získali nejvyšší skóre v dotazníku G-FCQ-T. Metodami LSD testem a korelační analýzou jsme došli k podobným výsledkům jako Světlák a Černík a přijmuli jsme hypotézu H1.

Dle poznatků ze studií a z klinické praxe Virtue (1995) a Nešpora (n.d.) jsme předpokládali, že F2 Ztráta kontroly bude nejvyšší u osob obézních, tedy jsme si určili H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u osob s obezitou. Tento předpoklad se prokázal na základě výsledků LSD testu, který porovnával rozdíly mezi skupinami dle klasifikace BMI. Mezi jednotlivými skupinami byly zaznamenány signifikantní rozdíly v tomto faktoru. S rostoucí hodnotou BMI vzrůstalo i dosažené skóre ve faktoru F2 ztráta sebekontroly, což může znamenat, že obézní člověk snadněji bažení podlehne, neovládne se a přejídá se. I tuto hypotézu jsme přijali.

Třetím bodem výzkumu bylo zjistit intersexuální rozdíly mezi muži a ženami. Studie Světláka a Pšenicové (2012) zjistila signifikantní výsledné hodnoty dosaženého skóre pouze ve faktorech Pozitivní očekávání a Emoční bažení. V našem výzkumu vyšly tyto 2 faktory také jako signifikantní. Ženy dosáhly vyššího skóre ve faktoru Emoční bažení a muži naopak vyššího skóre ve faktoru Pozitivní očekávání. Tento výsledek poukazuje na

specifické a odlišné charakteristiky pohlaví (Virtue, 1995). I výzkum Hilla (2007) prokázal, že je bažení po jídle především u žen spojováno s emočními stavy. Podle jeho studie si ženy některé typy potravin vybírají v závislosti na aktuální náladě, což odpovídá i našim výsledkům ve faktoru Emoční bažení. Naše výsledky jsou rovněž v souladu s výzkumem Pelchata (1991), který na vzorku dospělých neprokázal statisticky významné rozdíly mezi pohlavími v celkovém bažení a k tomuto závěru došla ve své práci i Svobodová (2012). Náš výzkum nepotvrdil, že by ženy dosahovaly vyššího skóre ve faktoru Celkového bažení než muži, tedy se neprokázal statisticky významný rozdíl v bažení mezi pohlavími. Hypotézu H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži, zamítáme.

Čtvrtým bodem výzkumu bylo zabývat se vztahem věku a FC celkové intenzity bažení. Bylo prokázáno korelační analýzou, že věk negativně koreluje s faktorem celkové bažení. Průměrné celkové skóre v dotazníku u našeho vzorku se s věkem snižovalo. Statisticky významný byl výsledek jak ve faktoru celková intenzita bažení, tak i ve všech jednotlivých faktorech. Dovolili jsme si přijmout hypotézu H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem.

Tento výzkum potvrdil, že jídlo může u některých lidí fungovat jako strategie zvládnání stresu (tzv. copingová strategie) a negativních afektů (Světlák & Pšenická, 2012). To podporuje i teorii Nešpora (n.d.) a Hilla (2007), že nálada a emoce hrají důležitou roli v etiologii bažení po jídle.

9. ZÁVĚRY

Tato práce měla za hlavní cíl zjistit intenzitu bažení vzhledem k Body Mass Indexu. Dále pak zjistit, zda existuje vztah mezi hodnotou BMI a jednotlivými faktory bažení, ověřit, zda obézní lidé mají největší problémy se sebekontrolou, zjistit existenci intersexuálních rozdílů v bažení po jídle a vyhodnotit vliv pohlaví vzhledem k jednotlivým faktorům i k celkové intenzitě bažení, zjistit vztah mezi věkem a bažením v jednotlivých faktorech u obou pohlaví.

Dotazníkem G-FCQ-T (General-Food Craving Questionnaire – Trait) jsme zjišťovali intenzitu bažení vzhledem k hodnotě BMI. Dotazníkovým šetřením jsme získali 2042 dotazníků. Dle klasifikace BMI bylo rozložení zkoumaného vzorku následující: 8 % obézních, 21 % lidí s nadváhou, 68 % s normální váhou a 3 % lidí s podváhou. Rozložení respondentů dle pohlaví bylo 791 mužů a 1251 žen.

Stanovili jsme si 4 hypotézy. H1: Faktor Celkové bažení po jídle má lineární vztah s hodnotou Body Mass Indexu. Na základě výsledků korelační analýzy a LSD testu byl prokázán vztah mezi hodnotou BMI a FC celkovou intenzitou bažení, tudíž jsme si dovolili tuto hypotézu přijmout. Druhá hypotéza zněla H2: Faktor Ztráta kontroly je nejvyšší u osob s obezitou. I tuto hypotézu jsme na základě výsledků našeho výzkumu přijmuli. Třetí hypotéza byla stanovena takto H3: Ženy mají vyšší hodnoty celkového skóre bažení po jídle ve srovnání s muži. Tato hypotéza byla zamítnuta, protože se neprokázalo, že by ženy měly vyšší FC celkovou intenzitu bažení než muži. Mezi muži a ženami byl zjištěn statisticky významný rozdíl pouze ve faktorech Pozitivní očekávání a Emoční bažení. Průměrné hodnoty faktoru Pozitivní očekávání byly u mužů vyšší a naopak, hodnoty faktoru Emoční bažení byly vyšší u žen. U faktorů Zaujatost jídlem a Ztráta kontroly nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Poslední čtvrtá hypotéza zněla takto H4: Faktor Celková intenzita bažení po jídle negativně koreluje s věkem. Tuto hypotézu jsme na základě výsledků korelační analýzy přijmuli. Ve všech faktorech platilo, že s přibývajícím věkem se skóre intenzity bažení snižovalo. Jinými slovy: čím je člověk starší, tím více klesá jeho intenzita bažení po jídle.

10. SOUHRN

V práci bylo zpracováno téma bažení po jídle (food craving) v souvislosti lidského zdraví a životního stylu. V Kapitole 1 byl představen bio-psycho-socio-spirituální model zdraví, jako komplexní pohled na zdraví člověka. Dále práce představila životní styl a jeho složky: pohybovou aktivitu, zdravou výživu, management stresu a hygienu spánku a odpočinku. Práce se věnovala tématu nadváhy a obezity, které jsou považovány za důsledek nezdravého životního stylu a kterými se dnes zabývá mnoho studií. Věnovali jsme se hodnocení hmotnosti, rozebrali jsme vnímání jídla v historickém kontextu (hlad a hojnost), abychom pochopili současné vnímání jídla.

V Kapitole 3 byly popsány příčiny a projevy bažení a způsoby a metody vhodné k mírnění bažení. Podle autorů Nešpora (n.d.), Virtue (1996) a Hilla (2007) je bažení po jídle sekundární reakcí na to, že nejsou uspokojeny jiné potřeby. Důsledkem nezvládnutého emočního bažení je přejídání, které umožňuje ve své podstatě relativní únik z vnitřní či vnější reality. Emoce jako spouštěči citového hladu byly popsány jako součást syndromu SZNS (Virtue, 1994). Jíst znamená pro některé lidi uvolnit se, být šťastný, mít více energie, cítit se milovaný. Tyto stavy jsou dočasné, protože později se dostávají negativní pocity stavy provinění a deprese. Na závěr syntézy poznatků v Kapitole 4 popisujeme některé techniky a metody jak mírnit bažení.

V praktické části práce jsme se zabývali měřením intenzity bažení v závislosti na různých faktorech. Ve výzkumu byla k měření celkové intenzity bažení a všech jeho 4 faktorů bažení použita česká verze dotazníku G-FCQ-T General-Food Craving Questionnaire – Trait (Nijs, Franken & Muris, 2007). Jako nástroj pro hodnocení hmotnosti jsme zvolili Body Mass Index (BMI). Statistickou analýzou dat získaných pomocí tohoto dotazníku u české populace, jsme měřili intenzitu bažení vzhledem k věku a pohlaví. Vyhodnotili jsme lineární závislost hodnoty BMI a intenzity bažení po jídle. Došli jsme k závěrům, že s rostoucí hodnotou BMI stoupá intenzita bažení po jídle, zvyšuje se intenzita emočního bažení a s vyšším BMI se zhoršuje také schopnost sebeovládání. Každý faktor (zaujatost jídlem, ztráta kontroly, pozitivní očekávání a emoční bažení) byl vyhodnocen zvlášť v souvislosti s věkem respondentů. Vyšlo najevo, že intenzita bažení po jídle se s věkem snižuje. Byly také zjištěny statisticky významné rozdíly u mužů a žen ve

faktorech pozitivní očekávání a emoční bažení, ale v celkovém bažení se neprokázal statisticky významný rozdíl mezi pohlavími.

Práce doplňuje část rozsáhlejšího výzkumu, na kterém se podíleli studenti z Fakulty tělesné kultury, Univerzity Palackého v Olomouci. Shromažďuje informace z českých i zahraničních studií, z klinické praxe psychologů a lékařů a také se opírá o poznatky ze staré čínské medicíny. Přispívá k porozumění problematice bažení po jídle (cravingu) a přejídání se a následnému přibírání hmotnosti. Na téma nadváhy a obezity vzniká v českém prostředí mnoho publikací, zatímco téma bažení příliš rozšířené není, ačkoli s obezitou úzce souvisí. Jednotlivé faktory bažení mohou být samostatnými tématy pro další výzkum.

11. SUMMARY

The diploma thesis deals with the food cravings in connection to the human health and lifestyle. In chapter 1 a bio-psycho-socio-spiritual health model, as a complex view of the human health, was introduced. Further the work describes the lifestyle and its components: physical activity, healthy diet, stress management, sleep and relaxation hygiene. The work deals with the topic of overweight and obesity, which are considered to be the result of the unhealthy lifestyle and which are dealt with in many studies nowadays. We aimed at assessing the weight, we discussed the perception of food intake in the historical context (starvation and abundance) to understand better the current perception of food.

In chapter 3 causes and manifestations of food cravings and suitable methods of moderating the food cravings were described. According to authors, Nešpor (n.d.), Virtue (1996), Hill (2007) the food craving is the secondary reaction to insufficient meeting of other needs. This emotional craving results in overeating which in fact enables a relative escape from the inner or outer reality. Emotions as starters of the emotional cravings were declared as a part of SZNS syndrome (Virtue, 1994). Eating means for some people to relax, to feel happy, to have more energy, to feel to be loved. These conditions are temporal because later on negative feelings and feelings of guilt and depressions come. Finally, in the synthesis of the outcomes in chapter 4, we described some techniques and methods of moderating the food cravings.

In the practical part we focused on measuring the food cravings intensity depending on various factors. In the research the Czech version of G-FCQ-T General-Food Craving Questionnaire-Trait (Nijs, Franken & Muris, 2007) was used to measure the total food cravings intensity and all 4 factors of food cravings. Body Mass Index (BMI) was used as a tool for assessing the weight. Through the statistic analysis of the data gained from the questionnaire in the Czech population, we measured the food cravings intensity considering the age and the sex. We have evaluated the linear dependence of the BMI value and the food cravings intensity. We came into the conclusion that with the increase of BMI value the food cravings intensity rises too, accompanied with the increasing emotional cravings intensity, and with the higher BMI value the ability of self-control deteriorates. Each factor (food obsession, loss of self-control, positive expectation and

emotional cravings) was evaluated separately, considering the age of respondents. It emerged that the food cravings intensity decreases with the age increase. There were also found statistically significant differences in males and females considering the factors of positive expectations and emotional cravings, but in general, as for the cravings there was no statistically significant difference between sexes found out.

The thesis is a part of a wider research performed by students of the Faculty of Physical Education, of Palacký University in Olomouc. It gathers the data from the Czech as well as the foreign studies, from the clinical practise of psychologists and doctors and it relies on the knowledge from the old Chinese medicine. It helps to understand the problem of food cravings and overeating and following weight gain. Topic of overweight and obesity is the core of many publications in the Czech environment, whereas the topic of food cravings is not widespread enough even if it is closely connected with the obesity. Particular factors of cravings could become the individual topics for further research.

12. REFERENČNÍ SEZNAM

Anonymous. (2010). *Meditace*. Retrieved 23.4.2014 from the World Wide Web: <http://meditace-pohoda.webnode.cz/meditace/>

Banátová, K. (2013). *Intenzita bažení po jídle ve vztahu k BMI u studentů střední školy*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Bízová, H. (2007). *Tradiční lidová kultura ve volném čase současné rodiny*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno.

Český statistický úřad. (2011). *Sčítání lidu, domů a bytů*. Retrieved 5.3.2014 from the World Wide Web: http://vdb.czso.cz/sldbvo/#!stranka=podle-tematu&tu=30629&th=&v=&vo=H4sIAAAAAAAAAAFvzloG1uIhBMCuxLFGvtCQzR88jsTjDN7GAIf3WwcNiCReZGZjcGLhy8hNT3BKTS_KLPBk4SzKKUosz8nNSKgrsHRhAgKecA0gKADF3CQNnaLBrUIBjkKNvcSFDHQMDhhqGCqCiYA__cLCiEgZGvxIGdg9_Fz__EMeCEgY2b38XZ89gIIVLxTHEP8wx2NEFJM4ZH0IY5u_t7-MJ1OIP5IdEBkT5OwU5RgH5IUB9fo4ePq4uEPNYw1yDolzhPstJzEvX88wrSU1PLRJ6tGDJ98Z2CyYGRk8G1rLEnNLUiiIGAYQ6v9LcpNSitjVTZbmnPOhmArq34D8QlDDwAG10C_KFWcoe4ugU6uPtWMLA4eni6hcSEAZ0FYe_k3OQmaGJcwUAo2K2XIsBAA A.&vseuzemi=null&void=

ČPZP. (2009). *Obvod pasu nelže*. Retrieved 29.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.cpzp.cz/clanek/3213-0-Obvod-pasu-nelze.html>

ČTK. (2014). *Obezita a těhotenství tvoří podle primáře nežádoucí alianci*. Retrieved 25.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/obezita-a-tehotenstvi-tvori-podle-primare-nezadouci-alianci/>

EUFIC. (2000). *Potraviny a emoce. Potraviny dneška 09/2000*. Retrieved 5.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.eufic.org/article/cs/artid/potraviny-emoce/http://www.eufic.org/article/cs/artid/potraviny-emoce/>

EUFIC. (2004). *Obezita a nadváha*. Retrieved 17.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.eufic.org/article/cs/page/RARCHIVE/expid/review-obesity-overweight/>

Haluzíková, J. & Římovská, Z. (2010). *Zvládání stresu a prevence jeho následků*. Zdraví E15. Sestra 4. Retrieved 22.6.2014 from World Wide Web: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvladani-stresu-a-prevence-jeho-nasledku-450941>

Hammer, L. (1990). *Psicología y medicina china. La ascensión del dragón, el vuelo del pájaro rojo*. Barcelona: La Liebre de Marzo.

Hill, A. J. (2007). The psychology of food craving. *Nutrition Society* 66, 277–285.

Hill, A.J., Weaver C.F.L., & Blundell, J. E. (1991). Food craving, dietary restraint and mood. *Appetite* 17, 187–197.

Hnízdil, J., & Šavlík, J. (2007). *Jak vyrobit pacienta*. Moravskoslezský kruh, o. s. Retrieved 1.11.2013 from the World Wide Web: <http://ulozto.cz/xcsWvak/050-jak-vyrobit-pacienta-jan-hnizdil-pdf>

Holancová, M. (2014). *Chutě v těhotenství*. Retrieved 21.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.babyweb.cz/chute-v-tehotenstvi>

Holčík, J. (2004). *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ped.muni.cz%2Fz21%2Ftexty%2Fvyklad_zakladnich_pojmu_21%2Fdoc%2F001-kap_1-6.doc&ei=ruxVU92OK8TKtAavkYDADg&usg=AFQjCNE3I0YRo5ptJaTWhJB8T7B1eJLrlw&sig2=bcpvwwyCgzFqXjB1Jaqj4w&bvm=bv.65177938,d.Yms

Kalman, M., & spol. (n.d.). *Národní doporučení pro pohybovou aktivitu. Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Retrieved 16.6.2014 from the World Wide Web: <http://hbsc.upol.cz/1-cestina/68-novinky/3-texty/50->

verejne_pripominkovani_narodnich_doporuceni_pro_pohybovou_aktivitu/

Kalman, M., & Vašíčková, J. (2013). *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Univerzita Palackého. Retrieved 2.5.2014 from the World Wide Web: http://hbse.upol.cz/download/zdravi%20skolaci_publikace_WEB.pdf

Kohlmeier, M. (2003). Regulace příjmu potravy, chuť k jídlu. *Nutrient Metabolism. Academic Press London*. 826, 25-30. Retrieved 11.11.2013 from the World Wide Web: <http://appetitestop.cz/pdf/regulace.pdf>

Končáková, V. (2013). *Intenzita bažení po jídle ve vztahu k hodnotě BMI a pohlaví*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury.

Konečný, M. (2013). *Co je to psychosomatika*. Centrum psychosomatické péče. Retrieved 14.6.2014 from the World Wide Web: <http://www.pexis.cz/psychosomatika/co-je-psychosomatika/>

Kuras, B. (2010), Jídla přátelská a nepřátelská. *Euro 25*. Retrieved 19.12.2013 from the World Wide Web: <http://euro.e15.cz/archiv/light/jidla-pratelska-a-nepratelska-820480>

Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite 35*, 65–71.

Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370. Retrieved 12.12.2013 from the World Wide Web: <http://www.learning-theories.com/maslows-hierarchy-of-needs.html>

Matějková, E. (2008). *Závislost na jídle-jak se jí zbavit?* Retrieved 1.5.2014 from the World Wide Web:<http://www.fitweb.cz/clanky/stihla/269841-zavislost-na-jidle-jak-se-ji-zbavit>

MCAnulty, D. (2011). Every Grain Of Sand. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: <http://davidmcanulty.com/story/2009/12/the-bio-psycho-socio-spiritual-model/>

Ministerstvo zdravotnictví CR. (2003). Zdraví 21, Zdraví pro všechny ve 21. století.

Montanari, M. (2003). Hlad a hojnost: Dějiny stravování v Evropě. Praha: Lidové Noviny.

Nešpor, K. (2006). Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí. *Čas. Lék. Čes.*, 145(9), 743-745.

Nešpor, K. (n.d.) . Přemáháme bažení, zlepšujeme sebeovládání: informace těm, kdo překonávají návykovou nemoc. svépomocné materiály. Retrieved 5.1.2014 from the World Wide Web: <http://alkohol-alkoholismus.cz/svepomocne-materialy-nespor-k/premahame-bazeni-zlepsujeme-sebeovladani-informace-tem-kdo-prekonavaji-navykovou-nemoc-prim-mudr-karel-nespor-csc#ixzz2mJjwwIB>

Nešpor, K., & Babková, A. (2012). Co uvolnit a proč? Relaxace jako prevence a léčba nemocí. *Praktický lékař* 92, 171-172.

Nešpor, K., & Csémy, L. (1999). Bažení (Craving) společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Praha: Sportpropag.

Nešpor, K., & Csémy, L. (2013). Impulzivní chování a jeho léčba. *Cognitive Remediation Journal Volume 2 - Issue 2*, 2-5. Retrieved 24.4.2024 from the World Wide Web: http://cdzjesenik.cz/journal/journal02_13.pdf

Nijs, I. M. T., Franken, I. H. A., & Muris, P. (2007). The modified Trait and State Food Cravings Questionnaires: Development and validation of a general index of food craving. *Appetite*, 49, 38-46.

OCU. (1996). Vivir sin estrés. Consejos útiles para susperarlo. Madrid: OCU ediciones.

Pelchat, M. L. (1997). Food Cravings in Young and Elderly Adults. *Appetite* 28, 103–113.

Rogers, P. J., & Smit, H. J. (2000). Food craving and food ‘addiction’: A critical review

of the evidence from a biopsychosocial perspective. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 66, 3–14.

Roseann, T., & Spiotta Gregory B. Luma. (2009). Hodnocení obezity a kardiovaskulárních rizikových faktorů u dětí a adolescentů. *Medicína po promoci 3/2009*. Retrieved 20.4.2013 from the World Wide Web: <http://www.tribune.cz/clanek/14328>

Snopek, M. (2004). Prezentace pro předmět Psychoterapie dětí. Psychologický ústav FF MU v Brně. Retrieved 20.4.2013 from the World Wide Web: http://www.phil.muni.cz/~hump/psychoterapie/deti/Papers/Referat_VIII_2004.pdf

Sucharda, P. (2008). Obezita a metabolický syndrom. *Interní medicína pro praxi, 10 (4)*, 165-166.

Svačina, S. (n.d). *Obezita*. Lékařské repetorium. Retrieved 16.6.2014 from World Wide Web: http://www.medicabaze.cz/?&sec=term_detail&termId=566&tname=Obezita

Světlák, M., & Černík, M. (2010). Food craving: Food-Craving Questionnaire - Trait. *Praktický lékař 90*, 44-47.

Světlák, M., & Pšeniceová, K. (2012). *Příznaky bažení po jídle u dětí staršího školního věku a jejich vztah k body-mass indexu*. Retrieved 30.5.2014 from the World Wide Web: http://is.muni.cz/el/1411/jaro2013/MNPV081p/um/VL_2012-02_Svetlak.pdf

Svobodová, J. (2012). *Vztah intenzity bažení po jídle k antropometrickým charakteristikám u studentů vysoké školy. Posouzení reliability české verze dotazníku General-Food Craving Questionnaire-Trait*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Taussig, J. (2012). *Jídlo a emoce*. Retrieved 5.3.2014 from the World Wide Web: <http://www.sportvital.cz/sport/nadvaha-a-pohyb/jidlo-a-emoce/>

Trojanová, M. (n.d.). *Deník*. Retrieved 20.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.psycholog-trojanova.cz/denik.php>

Urbanová, Z. (2008). Můžeme ovlivnit obezitu v dětství. *Pediatric pro praxi* 9, 236-238.

Valjent, Z. (n.d.). *Pokus o vymezení pojmu aktivní životní styl*. Ústav tělesné výchovy a sportu, ČVUT Praha. Retrieved 10.5.2014 from the World Wide Web: http://www.utvs.cvt.cz/lectors/zv_zivotni_styl.pdf

Vignerova, J. (2005). *Jak sledovat tělesný růst dítěte*. Retrieved 5.5.2014 from the World Wide Web: <http://www.bezlepkovadieta.cz/celiakie-celiakalni-sprue/218-3/jak-sledovat-telesny-rust-ditete>

Virtue, D. (1995). *V zajetí jídla*. Retrieved 13.2.2013 from the World Wide Web: <http://ulozto.cz/x7LFZFKw/doreen-virtue-v-zajeti-jidla-pdf>

Virtue, D. (1994). *Zbavte se svých kil bolesti*. Praha: Synergie CZ s.r.o.

Virtue, D. (1996). *Chci změnit svůj život, ale nemám na to čas*. Praha: Synergie Publishing SE.

Vítek, L. (2008). *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s.

Vogeltanz, V. (2010). *Etikoterapie - hledání podstaty*. Retrieved 30.9.2013 from the World Wide Web: <http://www.celostnimedicina.cz/etikoterapie-hledani-podstaty.htm#ixzz2hv9kezOX>

Vojtíšek, M. (2013). *Meditace*. Retrieved 7.5.2014 from the World Wide Web: <http://lastura.cz/duchovno/meditace.html>

Vondráčková, P. (2009). *Jídlo jako závislost*. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: <http://www.babyweb.cz/jidlo-jako-zavislost?s=363>

VZP (2011). *V České republice je 55 % lidí s nadváhou a obezitou*. Retrieved 30.2.2014 from the World Wide Web: <https://www.vzp.cz/klienti/aktuality/v-ceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou>

VZP (n.d.). Projekt Žij zdravě. Retrieved 30.2.2014 from the World Wide Web: <http://www.zijzdrave.cz/kila-navic/obezita-a-nadvaha/cesi-a-obezita-%E2%80%93-jak-jsme-na-tom/>

WHO. (1946). Constitution of the world health organization. New York. Retrieved 3.4.2014 from the World Wide Web: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

WHO. (2004). Global Database of Body Mass Index. Retrieved 15.4.2014 from the World Wide Web: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

WHO. (n.d.). Childhood overweight and obesity. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Retrieved 20.11.2013 from the World Wide Web: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

WHO.(2005). Podpora zdraví v nemocnicích. Praha: Consult hospital s.r.o. Retrieved 25.4.2014 from the World Wide Web: <http://www.who.cz/attachments/article/18/Podpora%20zdrav%C3%AD%20v%20nemocnic%C3%ADch%20%20D%C5%AFkazy%20a%200%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20kvality.pdf>

13. SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Obrázek 1. Bio-psycho-socio-duchovní model zdraví (MCAnulty, 2011)

Obrázek 2. Determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech (Holčík, 2004)

Tabulka 1. Mezinárodní klasifikace podváhy, normální váhy, nadváhy a obezity u dospělých dle BMI (WHO, 2004)

Tabulka 2. Hodnocení hmotnosti u dětí dle percentilových pásem (Vignerová, 2005)

Obrázek 3. Pyramida potřeb (<http://www.itsolution.cz/maslowova-teorie.a14.html>)

Tabulka 3. Charakteristiky látek a jejich účinky (Virtue, 1994, 231)

Tabulka 4. Stratifikace respondentů dle klasifikace tělesné hmotnosti dle BMI

Tabulka 5. Stratifikace respondentů dle věku

Tabulka 6. Stratifikace respondentů dle úrovně dosaženého vzdělání

Tabulka 7. Šestibodová škála možností odpovědí

Tabulka 8. Otázky vztahující se k faktoru 1

Tabulka 9. Otázky vztahující se k faktoru 2

Tabulka 10. Otázky vztahující se k faktoru 3

Tabulka 11. Otázky vztahující se k faktoru 4

Tabulka 12. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k jednotlivým kategoriím dle BMI

Tabulka 13. Rozdíly mezi jednotlivými skupinami dle BMI v celkovém bažení

Graf 1. Celkové skóre intenzity bažení v závislosti na jednotlivých kategoriích dle BMI

Tabulka 14. Vzájemný vztah skupin dle klasifikace BMI u F2 Ztráta kontroly

Graf 2. Faktor Ztráta kontroly ve vztahu k BMI

Tabulka 15. Průměrné skóre jednotlivých faktorů dotazníku G-FCQ-T ve vztahu k pohlaví

Graf 3. Komparace celkové intenzity bažení u žen a mužů

Tabulka 16. Průměrná intenzita bažení v jednotlivých faktorech dle věkových skupin

Graf 4. F1 Zaujatost jídlom v závislosti na věkové skupině

Graf 5. F2 Ztráta kontroly v závislosti na věkové skupině

Graf 6. F3 Pozitivní očekávání v závislosti na věkové skupině

Graf 7. F4 Emoční bažení v závislosti na věkové skupině

Graf 8. FC Celková intenzita bažení v závislosti na věkové skupině

Graf 9. Celková intenzita bažení v závislosti na věku (n=2042)

14. Přílohy

Příloha 1. Dotazník G-FCQ-T General -Food Craving Cuestionnaire - Trait

Vážená paní, Vážený pane,

děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřený na sledování chuti k jídlu. Získaná data budou anonymně zpracována a použita pouze pro účely vědeckého zkoumání.

Datum vyplnění dotazníku:

Jméno a příjmení:

Věk:

Hmotnost:

Výška:

Pohlaví:

Muž	Žena
-----	------

Kouříte?

Ne, nikdy jsem nekouřil (a)	Ne, dříve jsem kouřil (a)	Ano, příležitostně	Ano, kouřím pravidelně
-----------------------------	---------------------------	--------------------	------------------------

Nejvyšší dosažené vzdělání:

ZŠ	SŠ	VŠ
----	----	----

Počet obyvatel v mém bydlišti:

do 1 000	1 000–29 900	30 000–100 000	nad 100 000
----------	--------------	----------------	-------------

Jaká pohybová aktivita převažuje ve Vašem zaměstnání?

Velmi lehká – sedavé zaměstnání, student, důchodce	Střední – chůze na krátké vzdálenosti	Vysoká – rychlá chůze, nošení břemen...
--	---------------------------------------	---

Kolik času obvykle věnujete pohybové aktivitě ve volném čase?

Žádný	Méně než 1,5 hod/týden	1,5–3 hodiny/týden	Více než 3,5 hodiny/týden
-------	------------------------	--------------------	---------------------------

Máte psa?

Ano	Ne
-----	----

Užíváte pravidelně nějaké léky nebo potravinové doplňky?

Ano	Ne
-----	----

Pokud ano, uveďte jaké.....

U jednotlivých otázek zaškrtněte tu, která nejvíce vypovídá o vašich pocitech:

1. Mám pocit, že neustále myslím na jídlo.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

2. Bez ohledu na to, jak těžce to zkouším, nemohu přestat myslet na jídlo.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

3. Uvědomil (a) jsem si, že jsem zcela zaujatý (á) jídlem.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

4. Když mám na něco neodolatelnou chuť, nemůžu se myšlenky na jídlo zbavit.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

5. Neodolatelná chuť na jídlo mě neustále nutí hledat způsoby, jak se k jídlu dostanu.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

6. Strávím hodně času přemýšlením nad tím, co budu jíst příště.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

7. Když jím něco, na co jsem měl (a) neodolatelnou chuť, přestanu se kontrolovat a sním příliš mnoho.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

8. Jakmile začnu jíst, mám potíže přestat.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

9. Když mám na něco neodolatelnou chuť, vím, že jakmile začnu jíst, nebudu schopen (a) přestat.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

10. Když dostanu to, na co mám neodolatelnou chuť, nedokážu přestat jíst.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

11. Když jsem s někým, kdo se přejídá, přejídám se obvykle také.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

12. Kdykoliv jdu někam, kde je neomezené množství jídla, skončí to tak, že sním víc, než jsem potřeboval (a).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

13. Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se lépe.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

14. Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se skvěle.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

15. Když jsem sytý (á), jsem méně napjatý (á), úzkostný (á).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

16. Když se najím, cítím se spokojeně.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

17. Někdy, když jím, zdá se mi, že svět je prostě perfektní.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

18. Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když jsem rozrušený (á).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

19. Mé emoce jsou často příčinou toho, že chci jíst.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

20. Když jsem ve stresu, mám neodolatelnou chuť na jídlo.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------

21. Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když se cítím znuděný (á), naštvaný (á) nebo smutný (á).

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
------------------------	--------	-------	-------	------------	------