

Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Biologie
Studijní obor: Biologie a geografie se zaměřením na vzdělávání



Eliška Čermáková

Prevence abnormalit příjmu potravy ve výuce
Prevention of eating disorders in education

Bakalářská práce

Školitel: RNDr. Irena Chlebounová

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 8. 5. 2018

Podpis:

Poděkování:

Ráda bych poděkovala své školitelce RNDr. Ireně Chlebounové, za její čas, ochotu a cenné rady při tvorbě této bakalářské práce. Rovněž bych ráda vyjádřila díky své mamince, za její podporu a trpělivost.

Abstrakt (ČJ)

Tato práce se zabývá abnormalitami příjmu potravy, jejich vznikem a faktory, které ovlivňují rozvoj nemoci u člověka. Snaží se získat přehled o informacích, které jsou o tématu prezentovány ve školách, ať už prostřednictvím studijních materiálů, či během prevence. Zjišťuje, jakým způsobem je prevence v Česku prováděna, jak lze dostat informace o problému abnormalit příjmu potravy mezi lidmi a co tomu naopak brání. Cílem práce je odhalit nové, nevyužité směry, jak lze zabránit dalšímu šíření nemocí spojených s nezdravou výživou a špatným životním stylem.

Klíčová slova:

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, obezita, média, prevence, sebevědomí.

Abstrakt (EN)

This study is focused on nutrition abnormalities, its formation and the factors that influence development of diseases. It tries to get an overview of the information about subject, its presentation in the school environment through study materials, or during prevention programs. It helps to find out the way of prevention of nutrition abnormalities in Czech Republic, how to spread information about the right and wrong nutrition attitude among people and what prevents realization of such thing. The purpose of this work is to find new possibilities, how to prevent the spread of diseases associated with unhealthy nutrition and improper lifestyle.

Keywords:

eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity, media, prevention, self-esteem

Obsah

1.0 Úvod.....	6
1.1 Metodika.....	6
2.0 Abnormality příjmu potravy.....	7
3.0 Charakteristika nemocí dle studijních materiálů pro ZŠ.....	8
3.1 Mentální anorexie.....	9
3.2 Mentální bulimie.....	10
3.3 Obezita.....	11
3.4 Další nemoci.....	12
4.0 Spouštěče a rizikové faktory nemocí.....	13
4.1 Diety.....	13
4.2 Media.....	14
4.2.1 Thin Beauty Ideal.....	14
4.2.2 Propagace nezdravého jídla.....	15
4.3 Nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem.....	15
4.4 Genetické predispozice.....	16
4.5 Sociálně enviromentální faktor.....	17
5.0 Prevence abnormalit příjmu potravy.....	18
5.1 Skrz politiku a média.....	19
5.2 Prevence ve školním prostředí.....	20
5.3 Funkční modely v Česku.....	21
5.4 Funkční modely v zahraničí.....	23
6.0 Závěr.....	24
Použité zkratky:.....	26
Rejstřík pojmů:.....	27
Literární přehled:.....	28
Přílohy:.....	33

1.0 Úvod

Abnormality příjmu potravy (dále APP) jsou v moderním světě velice častá onemocnění. Počet nemocných stále stoupá (Dlouhý, 2016). Se stoupající mechanizací a snižováním nutnosti pohybu narůstá procento obézních lidí na světě. Česká populace je dle výzkumů označena za nejnezdravější zemi světa a to i kvůli nezdravému stravování a množství lidí trpících nadváhou (Whittaker-Wood, 2017). „Kult štíhlého těla“ je trápením pro každou ženu či dívku, které metabolismus nedovoluje přirozenou hubenost. Výskytu těchto chorob lze zabránit včasnou prevencí. Nejlepším řešením se zdá zaměřit prevenci a šíření informací mezi mladé lidi a děti. Právě děti a dospívající jsou nejrizikovější skupinou pro získání nevhodných návyků v oblasti výživy (Rosen, 2010). Děti mají čím dál méně pohybu kvůli digitalizaci a mechanizaci a stále snazší přístup k nezdravému jídlu (Haines, 2006). Pokud chceme změnit problémy s nevhodnou výživou a životním stylem společnosti, měli bychom začít právě u našich dětí, které si potřebují osvojit správné životní návyky, nastavit vhodné mantinely a být obeznámeny s tím, co je čeká při jejich překročení. Tato práce se snaží zjistit, jak vypadá prevence abnormalit příjmu potravy v Česku. Hledá, jaké informace jsou dětem o problematice předávány, ať už v rámci výuky, či z jiných zdrojů. Zjišťuje, jaké jsou nejrizikovější faktory ovlivňující u dětí rozvoj nemocí spojených s nevhodnými stravovacími návyky. Snaží se najít dosud nevyužité oblasti prevence a nové možnosti jak její hodnoty dětem předat.

1.1 Metodika

V první části této práce je pozornost věnována informacím, ke kterým mají žáci a učitelé přístup v učebních materiálech vyskytujících se běžně na základních školách. Jsou zde vybrány jednotlivé typy abnormalit příjmu potravy (dále APP) a uvedeny jejich popisy a veškeré informace, které byly nalezeny ve vybraných studijních materiálech pro základní školy a víceletá gymnázia. Tento průzkum by měl objasnit, které učebnice a jiné studijní materiály se APP zabývají a které typy APP žákům představují. Kolik prostoru jim věnují v rámci učebnice, jak moc detailně je popisují a jakou hodnotu mají informace v učebnicích obsažené.

Druhá část práce se věnuje rizikovým prvkům, které nejvíce ovlivňují výskyt APP, jejich vznik a šíření. V této části je shrnuta většina faktorů, které ovlivňují vznik a výskyt APP a zjišťuje se, které z nich ovlivňují APP v nejzásadnějším měřítku. Jejich určení je důležité pro vytyčení oblastí, na které by se měla zaměřit primární prevence.

Třetí část je zaměřená na samotnou prevenci a to na její hlavní oblasti. Zjišťujeme, jaké jsou nejdůležitější principy a hodnoty, které by měly být dodržovány ze stran školy, rodiny, okruhu přátel a dalších oblastí. Práce zde popisuje, jaké kroky byly doteď uskutečněny pro redukci výskytu APP a pro seznámení nejen dětí, ale celé společnosti s tematikou APP. Dále udává možnosti realizace prevence v Česku, a jaké existují alternativní preventivní programy fungující v jiných zemích. Je zde snaha o nalezení nového pole působnosti a nových možností, jak lze efektivně šířit osvětu o APP a jakými novými způsoby lze prevenci uskutečnit.

2.0 Abnormality příjmu potravy

Abnormality příjmu potravy jsou souhrnným označením pro onemocnění způsobené nedostatečným či naopak nadměrným příjmem potravy (Krch, 2007). Dělíme je tedy na poruchy příjmu potravy, které vznikají především jako důsledek snahy o co nejtíhlejší či nejdokonalejší postavu, případně extrémní posedlost zdravým jídlem, a na poruchy spojené s nadměrným příjmem zejména nezdravých potravin a s tím spojený nárůst tělesné hmotnosti. Skupinu poruch příjmu potravy můžeme rozdělit na mentální anorexii (dále MA), mentální bulimii (dále MB) a nespecifikované či atypické formy (Papežová, 2010).

MA se vyznačuje zejména úmyslným a aktivním snižováním tělesné hmotnosti ať už ve smyslu redukce energetického příjmu nebo zvýšení energetického výdeje. Nemocní netrpí nechutenstvím, jídlo jednoduše přijímat nechtějí z vlastního rozhodnutí. Nemocní považují jídlo za životní prioritu, často na něj myslí a mluví o něm. Mají zkreslené vnímání vlastního těla a jsou k sobě i k jídlu přehnaně kritičtí. Tělesná hmotnost je udržována 15% pod předpokládanou úrovní, často se při onemocnění dostaví endokrinní poruchy projevující se amenoreou u žen a impotencí či ztrátou sexuálního zájmu u mužů. Pokud k onemocnění dojde před projevem puberty, bývá vývoj dítěte pomalejší či zcela zastavený (Krch, 2007).

MB je nemoc projevující se opakovanými záchvaty přejídání, pocitem viny nad ztrátou kontroly nad jídlem a snahou zbavit se přijatého jídla. Nemoc je opět spojena s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Pacienti mají silnou neodolatelnou touhu po jídlu a neustále se jím zabývají. MB se spolu s MA v anamnézách často doplňují nebo se střídají v kratších epizodách (Krch, 2007).

Mezi další poruchy příjmu potravy patří např. orthorexie, kdy dochází k podvýživě kvůli přehnané snaze konzumovat pouze maximálně zdravé potraviny a díky tomu i ke stále větší redukci jídelníčku. Dále sem řadíme biorexii, kdy nemocní touží po svalnatém, vypracovaném těle a svého cíle se snaží dosáhnout za každou cenu. Tato porucha vede k poničení trávicího

traktu, ledvin a jater pacientů, kvůli nadměrnému užívání potravinových doplňků, a nemoci pohybového aparátu kvůli nadměrnému přetěžování (Špundová, 2014).

Do druhé skupiny APP způsobených extrémně vysokým příjmem potravy patří zejména obezita. Typická pro ni je nadměrná hmotnost způsobená množstvím tukové tkáně. Jde o důsledek energetické nerovnováhy mezi příjmem, který je vysoký, a výdejem, který bývá nízký. Při obezitě nastává zvýšené riziko rozvoje dalších nemocí (např. kardiovaskulárních) (Aldhoon Hainerová, 2015). Jev, který často provází obezitu či MB, nazývaný záchvatovité přejídání, se také může objevovat jako samostatná porucha a to v různých formách (Špundová, 2014).

3.0 Charakteristika nemocí dle studijních materiálů pro ZŠ

Informace k této kapitole byly čerpány z dostupných učebnic, pracovních sešitů, příruček pro učitele a jiných výukových pomůcek, určených pro výuku žáků na 2. stupni ZŠ a víceletých gymnáziích. Kapitola zjišťuje informace o výskytu aktuálního problémového tématu APP a obezity v těchto výukových materiálech.

I přes neustále se rozšiřující problém APP základní školy a víceletá gymnázia nevěnují tomuto tématu dostatek pozornosti. Nepřispívají k tomu ani učebnice, ve kterých se o výživových abnormalitách mluví jen zřídka, mnohdy vůbec. Téma výživa je přitom součástí výukových plánů a mělo by být zařazeno do výuky nejlépe v každém ročníku (RVP ZV 2017).

Nejčastěji bývá tato tematika realizována v rámci předmětu rodinná výchova, zásady zdravého životního stylu apod. Zakomponovat se dá i do hodin přírodopisu (příp. biologie) nebo do občanské výchovy. Na školách jsou běžně dostupné učebnice, příručky, pracovní sešity i jiné výukové materiály, které jsou na výživu a zdraví zaměřené celým svým obsahem (Hrnčířová, 2016, Dlouhý, 2016, Říčařová, 2012), či alespoň jeho částí (Janošková, 2004, 2005). O samotné problematice poruch příjmu potravy, obezity a jiných nemocí spojených s nesprávnou životosprávou je ovšem ve výukových materiálech jen velmi málo informací. Ve většině z nich jsou jen letmo zmíněny (Janošková 2004, Janošková, 2005), další popisují vybrané poruchy (zejména MA a obezitu) podrobněji (Dlouhý, 2016, Hrnčířová, 2016), už jen zlomek z nich problémy jednotlivých nemocí konstruktivně řeší, či se jim snaží předcházet (Říčařová, 2012) (viz Tabulka 1).

Většina učebnic se zaměřuje spíše na pojmy podvýživa a nadváha než na nemoci spojené s APP. Jen zlomek učebnic bere v potaz i méně známé potíže s výživou a jídelními návyky, jako je například orthorexie, biorexie či různé typy záchvatovitého přejídání (Hrnčířová, 2016).

3.1 Mentální anorexie

MA je nejčastěji zmiňovanou chorobou v souvislosti s abnormalitami příjmu potravy v učebnicích pro žáky ZŠ a víceletých gymnázií. V těchto učebnicích bývá definována jako: „Duševní onemocnění, při kterém pacient trpí přehnaným a často i neodůvodněným strachem z tloušťky, má o svém těle zkreslené představy a záměrně hladoví. Nízkou tělesnou hmotnost se pak snaží udržet za každou cenu“ (Hrnčířová, 2016), apod. Další učebnice dávají v souvislosti s MA důraz na zkreslené vnímání těla, neustálé pocity tloušťky a její zvládání nejen pomocí hladovění, ale i nadměrným cvičením či používáním nejrůznějších laxativ a diuretik (Dlouhý, 2016). Pracovní listy z edice Dobrá škola od nakladatelství RAABE k výše uvedenému doplňují i nejčastější příčiny vzniku mentální anorexie, jako je nesprávný ideál krásy prezentovaný v médiích, často se ve školách vyskytující nepříjemné narážky na tloušťku nebo na tělesný vzhled, změny tělesné konstituce v období dospívání apod. (Říčařová, 2012).

Praktická příručka pro učitele k těmto pracovním listům vystavená také upozorňuje na zdravotní komplikace spojené s MA, popisuje, jak nemoc postupně poškozuje celé tělo nejrůznějšími způsoby a rozhodně nevede ke splnění kýžených nároků, které na své tělo a svou krásu pacient postižený touto nemocí klade. Mezi fyzické komplikace, které MA přináší, patří: chudokrevnost, nízký krevní tlak, poruchy srdečního rytmu vedoucí až k srdečnímu selhání, tvorba močových kamenů v ledvinách, až jejich úplné selhání, svalová ochablost a únava, osteoporóza, poruchy trávení, nadýmání, zácpy nebo průjmy, poruchy menstruace, v krajním případě neplodnost, problémy s pleť, suchá kůže a vyrážky nebo lámavé a matné vlasy a další komplikace.

Potíže s psychickým stavem pacienta nastanou z důvodu neustálého strachu z růstu tělesné hmotnosti, následně redukcí jídelníčku a tím látek důležitých pro správnou funkci mozku. Pacienti postižení MA mívají potíže se soustředěním, jsou náladoví, často smutní s tendencí sklouzávat k depresím, mají potíže s pamětí, v důsledku hladovění u nich mohou nastávat i mdloby (Říčařová, 2012). V přílohách příručky jsou dále zmíněny informace o vyhovující tělesné hmotnosti a výpočtu BMI a jeho stavu v průběhu nemoci. Pokud je hodnota BMI 18,5 a nižší, mluvíme o podvýživě, o MA hovoříme, když BMI klesne pod 17,5 (Říčařová, 2012). Velice obtížná je léčitelnost nemoci. Nemoc často recidivuje, či přechází do MB

(Hrnčířová, 2016). Pokud se pacient nechce léčit dobrovolně z vlastní vůle, stává se nemoc neléčitelnou a může skončit i smrtí pacienta. Pokud jde o lehčí formu nemoci, můžou postižení najít pomoc u tzv. Svépomocných skupin. Při vyšším rozvinutí nemoci je potřebná pomoc psychologa, psychiatra nebo psychoterapeuta, který nastaví individuální, párovou, skupinovou či rodinnou terapii dle individuálního stavu pacienta. Hospitalizace pacienta ve specializované instituci je potřebná ve chvíli, kdy předchozí léčba nezabírá, či je-li pacient v ohrožení života sebou samým. (Říčařová, 2012).

3.2 Mentální bulimie

MB je onemocnění, které je rizikové pro širší věkovou skupinu než MA a má vyšší výskyt (4-15% dívek a žen) (Říčařová, 2012), přesto je ve výukových materiálech zmiňována méně často než MA. Ve většině učebnic není nemoc zmíněna vůbec, či se v nich vyskytuje pouze samostatný pojem bez jakéhokoli vysvětlení či uvedení souvislostí (Janošková, 2005).

V učebnicích, kde MB uvádějí a více rozebírají, je často přidružována k MA a je zde poukázáno na společné znaky těchto onemocnění. Konkrétně obě nemoci spojuje jejich psychický ráz a touha po dokonalé postavě, případně neschopnost vypořádat se s následky doprovázejícími nevhodné stravovací návyky. Rovněž je zde podobnost vnějších vlivů způsobujících MA a MB, jako jsou vrozené dispozice, sociální a kulturní vlivy, či působení stresu (Dlouhý, 2016). Společným faktorem pro obě nemoci jsou také zdravotní komplikace, které nemoci přinášejí. Při MB se navíc u pacienta dostaví podráždění horní části trávicího traktu způsobené opětovným zvracením. V žaludku a jícnu se začnou tvořit záněty, které jsou velice bolestivé a mohou vést až k popraskání stěn trávicí trubice. Záněty se často vyskytují i v dutině ústní, kde se pravidelným překyselováním prostředí vyzvrácenými žaludečními šťávami zvyšuje kazivost zubů a zápach z úst (Říčařová, 2012).

Obtížná a časově rozsáhlá je léčba, která nedokáže vždy docílit úplného uzdravení pacienta, ačkoli u MB je prognóza na uzdravení lepší než u MA a úmrtnost je nižší (Hrnčířová, 2016, Dlouhý, 2016, Říčařová, 2012). Neméně důležitou informací je také propojení obou nemocí, které často vznikají po sobě u jednoho pacienta. Rozvinutí MB po prodělání MA je zaznamenáno až u 50ti % pacientů (Hrnčířová, 2016). Definice MB je dána slovy: „Duševní onemocnění, při němž pacient opakovaně konzumuje velké množství potravy, která je často energeticky bohatá. Následně pacienta trápí pocity viny a úmyslně se snědeného jídla zbavuje zvracením nebo užíváním projímadel,“ (Hrnčířová, 2016). Další výukové materiály zdůrazňují nezvladatelnou žádostivost po jídle, neschopnost pacienta ovládnout sebe sama, následovanou

příjmem obrovského množství potravy a nesnesitelnými výčitkami svědomí. Důraz je kladen na repetitivnost celého procesu, „jedno přejedení a následná výčitka z tohoto přejedení neznamená mentální bulimii,“ (Říčařová, 2012).

3.3 Obezita

Ve většině učebnic zaměřených svým celým obsahem, či jen částečně na výživu se objevuje alespoň zmínka o nadváze a její extrémní variantě obezité. Obezita je velmi rozšířený a velice aktuální problém současné populace, v moderních zemích světa by se dalo hovořit až o epidemii této nemoci. Více než 1,6 miliardy lidí na světě má nadváhu a přes 400 milionů lidí trpí obezitou (Říčařová, 2012). V České republice má nadměrnou hmotnost více než polovina osob a z toho 17% dospělých je obézních. K tomu navíc stále stoupá počet obézních dětí školního věku (Dlouhý, 2016).

Nadváhu způsobuje kombinace nevhodného životního stylu, charakterizovaného úbytkem fyzické aktivity v zaměstnání i v osobním životě, spolu s nevhodnými návyky a zásadami zdravé výživy, podporované širokou a cenově výhodnou nabídkou energeticky vysoce bohatých potravin (Dlouhý, 2016). Vzniká tak nerovnováha mezi energií přijímanou v jídle a pití a energií, kterou ze sebe organismus vydá při vykonávání nejrůznějších aktivit. Nevydaná energie se v těle ukládá v podobě tukových zásob (Hrnčířová, 2016). V některých vzácných případech může být původ obezity zapříčiněn také dědičností (Hrnčířová, 2016), endokrinním onemocněním nebo užíváním léků, které způsobují zpomalení metabolismu (Říčařová, 2012). Nadváhu lze u člověka staršího osmnácti let stejně jako podvýživu zjistit výpočtem BMI. Pokud BMI přesáhne hodnotu 25, hodnotí se hmotnost jako nadváha. Hodnota 30 a vyšší označuje obezitu, nad 40 už jde o obezitu těžkou neboli morbidní (Říčařová, 2012). Obezita může být u člověka určena i dalšími jinými způsoby, například pomocí ultrazvuku či tomografu¹ nebo kaliperem², přístrojem, který měří kožní řasy. Nejdostupnějším způsobem měření je v současné době impedance³. Přístroje, které dokáží odlišit tukovou tkáň od netukové pomocí slabého elektrického proudu procházejícího tělem pacienta, jsou dostupné i v některých ordinacích praktických lékařů (Říčařová, 2012).

Obezita s sebou přináší také velké množství zdravotních komplikací. A to jak metabolických a mechanických, tak psychických. Jednou z nemocí úzce spojenou s obezitou je diabetes mellitus II (cukrovka 2. typu), jejíž příčinou je snížená citlivost tkání na inzulín. V České republice je touto nemocí postiženo více než 8% populace a její výskyt v moderní době výrazně stoupá. (Dlouhý, 2016). Obezita může u pacientů způsobit také ischemickou chorobu srdeční,

hypertenzi⁴, žlučové kameny, nádorová onemocnění, poruchy menstruačního cyklu a s nimi související neplodnost. Mezi mechanické problémy způsobené nadměrnou hmotností patří bolesti zad, artrózy⁵, záněty kůže a nadměrné pocení, se kterým souvisí opruzení, otoky, celulitida⁶ a křečové žíly, poruchy hojení ran, dušnost nebo spánková apnoe⁷. Psychické obtíže způsobené nemocí, jako je nízké sebevědomí, úzkost, strach z reakce okolí, špatná nálada, uzavírání se před světem, smutek až deprese, drží pacienta s obezitou v tzv. bludném kruhu obezity. Své pocity viny, studu za své tělo a selhání (například při držení diety) řeší tzv. „zajídáním problémů“, které způsobí nadměrný energetický příjem a ten spolu s nedostatkem pohybu vede zpět k pocitům selhání a viny (Říčařová, 2012). Kvůli tomu je pro pacienta nesmírně těžké začít se svou situací něco dělat. Léčba se provádí za pomoci diet kombinovaných s pohybovou aktivitou, nejdůležitější je ale silná vnitřní motivace ze strany pacienta. (Říčařová, 2012)

3.4 Další nemoci

Výživa ve výchově ke zdraví od Mgr. Dany Hrnčířové z roku 2016 je jedinou učebnicí, která prezentuje žákům i jiné nemoci spojené s netradičními až extrémními způsoby příjmu potravy a životního stylu, mimo MA, MB a obezitu. Jednou z nich je záchvatovitě přejídání, které může být v určité formě průvodcem nemocí MB a obezity, ale může figurovat i samostatně. Je definováno jako: „Duševní onemocnění, při kterém postižení konzumují velké množství jídla, i když nemají hlad, a nesnaží se jej následně zbavit. Záchvaty přejídání se někdy střídají s omezováním se v jídle až s hladověním,“ (Hrnčířová, 2016).

Další nemoc předkládaná žákům je orthorexie, tedy: „Duševní onemocnění, které se projevuje jako chorobná posedlost zdravým stravováním a přehnané vyhýbání se všemu, co se považuje za nezdravé. Nejde o to kolik, ale co jíst, postižení jsou přesvědčeni, že „když bude strava dokonalá, bude v pořádku i všechno ostatní“. Nakonec je zdravému stravování podřízen celý život nemocného (Hrnčířová, 2016).“

Biorexie je poslední zmíněnou APP ve vzdělávacích materiálech pro ZŠ a víceletá gymnázia. Popisujeme ji následovně: „Duševní onemocnění, které se projevuje jako touha po co nejsvalnatějším těle. Vede k závislosti na náročných posilovacích trénincích, na dietách s vysokým obsahem bílkovin a potravinových doplňcích. Ať se však postižení snaží sebevíc, se svým tělem nejsou nikdy spokojeni (Hrnčířová, 2016).“

Po průzkumu učebnic bylo zjištěno, že většina učebnic se tématu APP nevěnuje vůbec, nebo je jen okrajově zmiňuje na maximálně dvou stranách. Tyto učebnice nepopisují jednotlivé nemoci,

ani nevysvětlují jejich příčiny či důsledky. Učebnice a pracovní listy, či pomůcky pro učitele zaměřené celým svým obsahem na zdravou výživu a stravovací návyky se nemocem věnují podrobněji a vysvětlují jejich podstatu, případně vznik a zdravotní rizika s nimi spojená. Žádný z výukových materiálů se nevěnuje prevenci a aktivně nezabraňuje nárůstu výskytu těchto nemocí. Učitelé na ZŠ a gymnáziích nemají v učebnicích podporu pro prevenci tohoto typu rizikového chování u žáků.

4.0 Spouštěče a rizikové faktory nemocí

APP se u člověka neobjeví ze dne na den. Jde o dlouhý proces vývoje a postupu nemoci, který ze začátku ani nemusí být na pacientovi patrný. Předchází tomu mnoho faktorů, které, ať už intenzivním působením jednoho z nich nebo svou kombinací ovlivňují výskyt nemoci. Jednak jde o predispozice, které jsou odlišné pro každého člověka a působí zevnitř na jeho tělo a mysl. Jsou to především jeho vlastnosti, návyky a vzorce chování, pevnost vůle, genetické predispozice apod. Tyto faktory ovlivňují například to, jak je člověk schopen odrazet negativní vlivy okolního prostředí, jeho schopnost dodržovat uměle nastavená pravidla, kritické uvažování nebo jak dokáže reagovat na změny skutečností. Do druhé skupiny patří faktory, které ovlivňují člověka zvenčí, zejména prostředí a společnost, ve kterých se nachází a média. Oba druhy rizikových faktorů se vzájemně ovlivňují a na stav člověka působí jako celek. Při extrémním působení jednoho či více rizikových faktorů se jeho vlivem může rozvinout některý z výše popsaných typů APP. Hranice oddělující extrémní působení od běžného je přitom variabilní, u každého člověka na jiné úrovni a jiné náchylnosti k překročení.

4.1 Diety

Dodržování diet je prvním rizikovým faktorem vedoucím k rozvoji, jak poruch příjmu potravy jakými jsou MA a MB, tak obezity. Výzkum YRBSS z roku 2003 ukázal, že téměř 60% dívek a 29% chlapců školního věku se někdy pokoušelo zhubnout (Grunbaum, 2004). Nevhodně nastavené diety často způsobují v organismu pocity hladu, který může vést ke ztrátě pevné vůle a následnému přejídání a studu, a dále k rozvoji obezity. Diety také mohou vést k nežádoucím metabolickým změnám, které zapříčiní nadměrné nabírání na váze (Haines, 2006). Souvislost diet s poruchami příjmu potravy typu MA a MB apod. je na rozdíl od souvislosti s obezitou, na první pohled viditelnější. Dodržování diet bývá prvním krokem k vytoužené hubenosti samotné, ale nespadá do kategorie APP. O onemocnění začínáme hovořit, pakliže se dieta stane primárním terčem zájmu člověka. Jeho jediným cílem je zhubnout, aniž by si uvědomoval, že to nepotřebuje. K samotným dietám se začnou přidávat

nevhodné stravovací návyky, jako je užívání laxativ a diuretik, či zvracení. Tento samotný jev se již dá považovat za lehčí formu poruchy příjmu potravy, která má tak připravenou základnu pro svůj rozvoj (Haines, 2006). Většina pacientů trpících nějakou formou poruch příjmu potravy potvrdila, že než se u nich rozvinula nemoc, snažili se zhubnout s pomocí diet a redukovaného jídelníčku (Bulik, 1997 cit. podle Haines, 2006).

4.2 Media

Další velkou skupinou ovlivňující narůstající výskyt případů APP jsou veškerá média. Právě média ovlivňují naše životy stále větší měrou a rozhodně více, než jsme si ochotni připustit. Spolu s rodinou, školou, případně církví vychovávají děti a mladistvé, formují jejich chování, myšlení i vzhled (Roberts, 1999 cit. podle Irving, 2002). Jde o velice atraktivní zdroj informací a dospívající často upřednostňují právě tento způsob získávání znalostí před jinými, obzvláště u témat jako je zdravá výživa. S ohledem na pečlivost s jakou jsou podobné zprávy připravovány a prezentovány, je jejich zacílení na ovlivnění chování potenciálních zákazníků nepřehlédnutelné (Irving, 2002). V moderní společnosti většina domácností vlastní televizi nebo internet, ze všech stran na nás vyskakují reklamy propagující životní styl, ideál dokonalého života, který bychom chtěli zažívat. Nejrizikovějšími faktory jsou propagace tzv. Thin Beauty Ideal a propagace nezdravého jídla. Jedním z dalších problémů, které s sebou média přináší je také snížení pohybové aktivity u dětí i dospělých. Ta je nahrazena časem stráveným sledováním televize nebo brouzdáním po internetu na počítačích či telefonech. Toto výrazné snížení fyzické aktivity u lidí je jednou z hlavních příčin nárůstu obézních lidí v moderní společnosti (Haines, 2006).

4.2.1 Thin Beauty Ideal

Thin beauty ideal (česky ideál štíhlé krásy) je globálně rozšířený fenomén. Jde o propagaci štíhlosti jakožto ideálu krásy. Hovoříme o společnosti uměle vytvořeném kulturním ideálu velikosti a tvaru lidského těla – štíhlá drobná ženy, urostlý svalnatý muž (Leit, 2001 cit. podle Haines, 2006). Děje se tak skrz nejrůznější typy médií: televize, internet, časopis, reklama, apod. Nejtypičtějším propagátorem štíhlosti je módní průmysl počínaje extrémně hubenými modelkami, konfekčními velikostmi cenově dostupného, avšak nepadnoucího oblečení konče. V těsném závěsu je pak filmový průmysl, kde je z hlediska krásy z 99% kladen důraz na štíhlost a krásu. Výzkumy ukazují, že i krátkodobé vystavení takovému mediálnímu obrazu může vést k nejistotě a nespokojenosti s vlastním tvarem těla a s velikostí (hmotností) (Haines, 2006). Se svým tělem není spokojeno více než 50% žen a přes 30% mužů (Fairburn, 1997 cit. podle

Haines, 2006). Lidé, kteří nejsou spokojeni se svým zevnějškem, se mohou uchýlit k redukcí váhy a držení diet. Z tohoto místa je už jen malý krůček k nevhodnému stravování a k rozvinutí některého typu poruchy příjmu potravy nebo obezity. V mnoha případech vede nespokojenost s vlastním tělem k negativním myšlenkám a špatným psychickým stavům, depresím a úzkostem, které mohou vyústit v jednu z forem APP (Haines, 2006).

4.2.2 Propagace nezdravého jídla

Dalším problémovým faktorem způsobujícím APP je vysoká propagace nezdravého, velice tučného a kalorického, ale chutného, cenově dostupného a lehce dosažitelného jídla, oproti nízké propagaci zdravé a vyvážené stravy (Brownell, 1994). Za jeden rok shlédne průměrné dítě přes 10 000 reklam na jídlo, z toho 95% prezentuje sladkosti, fast foody, slazené limonády a sladké cereálie. Ve vyspělých zemích se každý den stravuje v jednom z rychlých občerstvení typu McDonald's nebo KFC 7% populace. Každý třetí den je otevřena nová pobočka McDonald's. Například v USA si firma McDonald's Corporation dala za cíl otevřít tolik poboček, aby žádnému člověku netrvala cesta z jeho bydliště do restaurace McDonald's déle než 4 minuty (Battle, 1996). Podle internetového průzkumu z února 2017 uskutečněného agenturou Nielsen Admosphere na Českém národním panelu pro web Retailek 37% Čechů ve věku patnáct let a starší navštěvuje některý z fast foodů alespoň jednou měsíčně. Tento typ stravování je častější pro mladé lidi (15 – 24 let), až 91% z nich se stravuje v řetězcích rychlého občerstvení. Četnost návštěv fastfoodů klesá se stoupajícím věkem zkoumaných osob. Ve věku 55 a více let je to 60%. Nejnavštěvovanějšími řetězci jsou McDonald's (45%), KFC (30%). Ani jedna z těchto prodejních sítí se neumístila na vrchních pozicích z hlediska kvality potravy. V této kategorii vede síť fresh barů UGO, kde se stravují pouhé 4% dotazovaných, následuje Döner kebab, kde se stravuje 12% dotazovaných. Méně než 2% návštěvníků připadá na zbylé fast foodové řetězce a samostatné prodejny, včetně těch s relativně vysokou kvalitou nabízeného jídla, jako je například Green Factory, Loving Hut a jiné (Semerádová, 2017).

Pro podporu zdraví občanů se stát zasadil o zvýšenou daň na cigarety a alkohol. Proč podobné cenové navýšení neexistuje i u potravinových produktů s vysokým obsahem tuků, cukrů a cholesterolu, které jsou nevyhovující pro lidskou výživu, nezdravé, a které způsobují neustálý nárůst obezity? Proč není uvedena v platnost neustále nadhazovaná a dokola omílaná regulace reklam v televizi, zejména těch zaměřených na cílovou skupinu dětí do dvanácti let, která vybízí ke konzumaci cukrovinek, slazených limonád a slaných pamlsků? A proč není větší právní či finanční podpora zdravé výživy a řetězců, které ji nabízejí?

4.3 Nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem

Neustálý tlak z médií, propagace „správného“ ideálu krásy, ale i nevhodné sociální chování či celková globalizace a propojení společnosti lidí celého světa zejména kvůli internetu, může často vést k nejistotě jedince v mnoha životních směrech, nevyjímaje potíže s kritickým sebehodnocením, nespokojeností s vlastním tělem a nízkým sebevědomím. Celý svět dává svým chováním jasně najevo, že na vzhledu záleží, že čím je člověk krásnější, tím lepší má život. Skoro jakoby se ustanovovalo nepsané pravidlo, kdy nedokonalé tělo reprezentuje nedokonalou nebo chybnou osobnost. Nikdy ještě nebyl ve společnosti takový nátlak na jedince a jeho vzhled, dosud nebyla štíhlá nebo vypracovaná postava tak důležitým faktorem pro lidskou spokojenost, a přesto stále strmě narůstá výskyt nadváhy a obezity (Brownell, 1994).

Problémem je, že vysněný lidský ideál příslibující lepší život není reálný, tudíž ho prakticky nelze dosáhnout. Neschopnost plnit své požadavky na sebe sama vede lidi ke špatným náladám a nepříjemným psychickým problémům jakými jsou deprese nebo úzkost. Ty jdou pak ruku v ruce se vznikem obezity či poruch příjmu potravy (Stice, 2001 cit. podle Haines, 2006). Někteří lidé řeší své problémy jídlem, začnou preferovat stravu s vysokým obsahem cukru a tuku, aby si tzv. „udělali radost“ a zvedli náladu, případně se u nich může stále častěji objevovat problém s přejídáním. Tyto nevhodné stravovací návyky vedou k nadváze až obezitě a jsou následované pocitem viny a hanby z vlastního selhání, které jen prohlubují nízké sebevědomí a nespokojenost se sebou samým. Tím se uzavírá kruh, ze kterého se lze jen velmi obtížně dostat (Haines, 2006). V jiném případě se lidé mohou pokusit se svým tělem něco dělat a odstranit tak původ svého diskomfortu s vlastním zevnějškem. Vzhledem k nedostatku času a vůle pro zařazení pohybových aktivit v moderním životě je prvním možným bodem postupu držení diety. V případě nezdaru může dieta skončit opět obezitou či v případě vyhnání do nezdravých extrémů rozvinutím špatných výživových návyků či poruch příjmu potravy (viz výše) (Haines, 2006).

Nespokojenost s vlastním tělem a nízké sebevědomí tak zůstává nejrizikovějším faktorem ovlivňujícím potenciální vznik APP, jelikož jde o problém vyskytující se u většiny lidí, třebaže v nízké míře. Je však velice snadné tuto míru zvýšit širokou škálou možných skutečností a dostat ho za hranici snesitelnosti až do extrémů (Stice, 2002).

4.4 Genetické predispozice

Za obezitu či jiné váhové abnormality nemusí být odpovědný pouze životní styl a stravovací návyky člověka. V některých případech se může jednat o genetický problém nebo chybu

v metabolismu. Mezi častější genetické či jiné tělesné predispozice k tloušťnutí (či hubnutí) patří problémy se štítnou žlázou, či nadměrné zadržování vody (Racătaianu, 2017). Další, méně častou příčinou tloušťnutí je nedostatečná produkce leptinu, který je zodpovědný za utišení pocitu hladu a kontrolu chuti k jídlu (Lutz, Woods, 2012 cit. podle Ducháčová, 2014). Vědcům z Rockefellerovy univerzity se podařilo izolovat gen, který je u myši zodpovědný za nabírání váhy (Brownell, 1994). Nazývá se gen obezity a jeho mutace ob/ob je recesivní a způsobí u myši rychlé a enormní nabírání na váze během jejího života. Postižené myši mohou být až 3x větší než myši bez mutace genu. Obezitě způsobené nedostatkem leptinu jde zabránit užíváním leptinu exogenně (Lutz, Woods, 2012 cit. podle Ducháčová, 2014). Velice podobně funguje hormon ghrelin, který oproti leptinu pocitu hladu navozuje (Aldhoon, 2010). Po nasycení se u štíhlých jedinců ghrelin začíná odbourávat, kdežto u obézních lidí zůstává jeho hladina na stále vysoké úrovni, což může přispívat k udržení pocitu hladu (English, 2002 cit. podle Aldhoon, 2010).

Mezi další nemoci způsobující (mimo jiné) obezitu patří například syndromy Pradera-Williho⁸, Bardetův-Biedlův⁹, Cohenův¹⁰ a další (Aldhoon, 2010). Mnoho obézních lidí se odvolává na genetické predispozice, které jim zabraňují shodit váhu, ovšem i když uvažujeme vliv genů na energetický příjem i na energetický výdej člověka, jsou případy obezity způsobené genetickým faktorem vzácné (Aldhoon, 2010). Bylo by pro nás příliš snadné svalovat problémy s nadváhou pouze na geny. Když dáme myši nezdravé jídlo, tak ztloustne, přestože budou její geny zdravé. Když nezdravé jídlo odebereme a nahradíme ho zdravým, zůstane myš štíhlá. Za tloušťku si primárně mohou lidé sami svým nedbalým a požitkářským přístupem k výživě, sekundárně je za ni zodpovědné prostředí, kterým se obklopujeme (Brownell, 1994).

4.5 Sociálně enviromentální faktor

Důležitým faktorem působícím na psychiku člověka je prostředí, ve kterém se nachází. Jedná se o prostředí fyzické, které ovlivňuje psychiku jedince svou fyzickou přítomností, ať už si to uvědomujeme či nikoliv. Jde především o propagaci štíhlosti a zároveň nezdravého jídla (viz kapitoly výše). Druhým typem je prostředí sociální. To je ovlivněno lidmi a společnostmi obklopující jedince, jejich názory, zvyky a chováním, které přímo či nepřímo působí na člověka. Nejvyšší působnost má na člověka společnost, která je mu nejbližší, tedy okruh rodiny a rodiny, blízkých, nejbližších přátel a vrstevníků. Vztahy mezi rodinou a jedincem či přáteli a jedincem mohou být často rozhodující v situaci vnímání vlastního těla (Irving, 2002). Častým spouštěčem nespokojenosti s vlastním tělem bývá posměch či škádlení spojené s váhou. U citlivějších a vnímavějších lidí, kteří nedokážou posměšky a nevhodné poznámky druhých

hodit za hlavu, či se nad ně povznést, nebo u lidí, kteří jsou takovému sociálnímu chování vystaveni intenzivněji, či dlouhodobě, se může vyvinout psychická zkreslenost vnímání vlastního těla a jiné poruchy psychického stavu, například deprese, stres, úzkost. Ty mohou vést k dietám, jejich výsledkem může být přejídání a následná obezita, či nevhodné stravovací návyky (zvracení, hladovky, užívání medikamentů), které mohou vyústit v některý z typů poruch příjmu potravy (Haines, 2006). Studie retrospektivně zkoumající APP u již vyléčených pacientek ukazují, že ženy, které v dětství zažily posměch spojený s jejich váhou a tělesným vzhledem, mají větší afinitu k některé z forem APP než ty, které takové situace nezažily (Myers, 1999 cit podle Haines, 2006). Navíc pro děti a mladistvé s vyšší tělesnou hmotností může posměch spojený s váhou vést k neschopnosti tvorby správných rozhodnutí ohledně výživy a odmítání účasti na fyzických aktivitách ze strachu z dalšího posměchu (Irving, 2002).

Vztah mezi dítětem a rodičem je důležitý i v souvislosti s hmotností a jejím případným vychylováním z normálu. Jsou to právě rodiče, kdo by měl být pro dítě vzorem správného životního stylu a právě oni by se měli snažit naučit svého potomka zásadám správného a zdravého stravování, stejně tak náklonnosti k fyzickým aktivitám a sportu (Braet, 1999 cit. podle Irving, 2002). Rovněž nevhodné poznámky a narážky ohledně váhy potomka a přehnaná kritičnost či porovnávání (např. se sourozenci) jsou situace, kterých by se rodiče měli vyvarovat. APP se u dětí mohou rozvinout i jako reakce na novou sociální situaci, jako je rozvod rodičů, změna bydliště, změna sociálního statutu, apod. Problémy s APP zejména s MB a MA se často vyskytují u dětí a mladistvých zabývajících se vrcholovými sporty nebo modelingem z důvodů vysokých nároků, které jsou na ně kladeny ze stran trenérů, modelingových agentur, ale i přehnaně ambiciózních rodičů, či nevhodnými metodami redukce váhy (Barochová, 2018).

5.0 Prevence abnormalit příjmu potravy

I přes neustálý nárůst výskytu obezity a poruch příjmu potravy a aktuálnost tématu štíhlosti a spokojenosti s vlastním tělem je prevence tohoto rizikového chování nedostatečná a stále více na ústupu. Přitom je mnohem jednodušší a praktičtější investovat do prevence, než do léčby APP. Prevence abnormalit příjmu potravy je aplikovatelná z mnoha různých úhlů, ať už se strany rodiny a sociálních skupin a institucí ovlivňujících chování jedince, jako jsou například školy, lékaři a pediatrické instituce, stát a politické zájmy či média. Velký úspěch mají také různé programy zaměřené na prevenci APP u různých typů a věkových skupin lidí (Rosen, 2010). Je důležité v rámci prevence propagovat pozitivní pohled na vlastní tělo a jeho tvar

a obecně na sebe sama, také zdravé návyky nejen co se týká stravování, ale i pozitivního postoje k pohybu a pohybovým aktivitám. Neméně důležité je i zvýšení odolnosti vůči tlaku ze stran médií, vrstevníků či rodiny k osvojení si nevhodných a nezdravých návyků, v neposlední řadě také rozvoj kritického myšlení (Irving, 2002).

5.1 Skrz politiku a media

Snížení četnosti užívání médií dětmi a trénování jejich dovedností kriticky hodnotit média jsou první a nejdůležitější kroky zamezení šíření APP. Rodiče by neměli nechávat dětem v dětských pokojích vlastní televizi a měli by limitovat typy magazínů, které mají doma k dispozici. Školy by měly do výuky častěji zapojovat mediální výchovu a vést děti ke kritickému hodnocení informací prezentovaných v médiích (Haines, 2006). Michael Levine vytvořil pomůcku pěti A, které by měly pomoci v přístupu k médiím a k prevenci jejich negativního vlivu. 1) Awareness (povědomí): Člověk by měl být seznámen s technikami, které média užívají pro lepší propagaci a pro podprahové ovlivňování lidí, a všimnout si jich. Například reklamní triky propagující větší porce jídla. 2) Analysis (rozbor, analýza): Kritické uvažování nad obrazy předloženými médii, které mohou být záměrně upravené, či překroucené. Například počítačovými programy upravené fotografie modelek v časopisech, které vyzdvihují nerealistické nároky na ženské tělo. 3) Activism (aktivismus, akceschopnost): Tímto je myšlen aktivní přístup v boji proti zkreslenosti a negativnímu vlivu médií, jako je účast na protestech proti reklamním kampaním, které vykreslují ženy jako sexuální objekty. 4) Advocacy (obhajoba): Využívání a propagace médií, které nerozšiřují zavádějící informace a nepodporují komerčně oblíbené fámy, např. tzv. „girl-friendly“ magazíny, které podporují ženskou krásu spočívající v její jedinečnosti, apod., případně jejich tvorba. 5) Access (přístup): Při nejvyšší angažovanosti člověk získá přístup k médiím a pomáhá šířit do světa zprávy o prevenci a problematice spojené s APP (Levine, 2001 cit. podle Irving, 2002).

Jednou z dalších možností prevence skrze média je informovat o problému a to nejen z vědeckého hlediska, ale i z hlediska populárně naučného. O problémech příjmu potravy se začíná mluvit stále více i v rámci zábavních pořadů, či webových stránek. Například seriál Ulice vysílaný komerční televizí Nova, který sleduje téměř polovina populace (TV Nova, 2018), zapojil do svého děje problém s MA a MB, která se vyskytla u jedné z postav. Ovšem televize jako médium má poslední dobou čím dál nižší zásah oproti jiným médiím, konkrétně internetovým videoportálům a to zejména co se týká skupiny mladých lidí. Internetové vysílání, videoportály, filmové a seriálové databáze mají ve srovnání s televizí výrazně vyšší oblíbenost mezi dětmi a mladými lidmi a jsou preferovány mnohem více než klasické televizní vysílání.

Např. Portál YouTube má zásah 91% u lidí ve věku 15 – 34 let, což je víc, než má kterýkoli český kanál v televizním vysílání. Kanál Prima Cool určený primárně pro mladé lidi má pouhých 67% a televize Nova, která je na první pozici v obecné sledovanosti mezi kanály má zásah 88% (Hvížďala, 2014). Během posledních několika let se na YouTube stali velice populárními youtubeři (lidé postující virální videa na YouTube), kteří oslovují zejména mladé lidi. Jejich tvorbu sledují až tři čtvrtiny lidí ve věku 15 - 25 let (MediaGuru, 2017). „Mezi nejoblíbenější youtubery aktuálně patří Kovy a Jirka Král. Z děvčat pak bodují youtuberky Shopaholic Nikol a Anna Sulc,“ uvádí Hana Vávrová pro (MediaGuru, 2017). Tito youtubeři mají i přes 700 000 odběratelů a jejich videa mají celkem až 100 milionů zhlédnutí i víc (Kovy, YouTube). Nikdo z nich ale nehovoří o problematických tématech APP, přestože právě skrz YouTube by mohla být velká šance oslovit děti, dospívající a mladé lidi. Prevence skrz videa na YouTube by mohla efektivně šířit prevenci, oslovit rizikovou skupinu mladých lidí a dětí a navíc by tak mohla činit masově.

5.2 Prevence ve školním prostředí

Prevence sociálně patologických jevů je součástí platných učebních osnov a je zahrnuta do schválených Standardů základního vzdělávání, které obsahují i výchovu ke zdravému životnímu stylu (Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení). Sebevědomí by mělo být primárním cílem zaměření preventivních opatření ve školách. Je důležité, aby se o sobě mladí lidé nebáli pozitivně smýšlet a byli spokojeni sami se sebou. Pozitivní vliv zdravého sebevědomí na regulaci problémů příjmu potravy byl odhalen už na konci osmdesátých a začátku devadesátých let minulého století. Není cílem prevence vytěsnit veškeré pochybnosti a přehlížet vlastní nedostatky, ale být spokojený sám se sebou a respektovat a akceptovat sebe (i druhé), přestože víme o svých nedostacích, či odchylkách od normálu (O'Dea, 2004).

Rovněž důležitým prvkem při prevenci APP je zapojení témat zdraví, výživy a životního stylu do výuky a podpora fyzické aktivity mezi dětmi. Při výkonu fyzické aktivity je nutné snížit kompetitivní přístup sportu, který by mohl vést k neúspěchu jedinců a posměškům ze strany vrstevníků (O'Dea, 2004). Dalším důležitým bodem prevence je vyšší zapojení tzv. diversity education (výuka o různosti/různorodosti) do klasického vyučování. Výuka o různorodosti může pomoci překonat kulturní předsudky a očekávání, které se snaží o homogenitu a stejnorodost lidí, preferující zejména mladé, vysoké a štíhlé lidi světlé pleti. Je dobré ve škole vyzdvihovat světlou stránku (nejen) lidské různorodosti a naučit děti tyto odlišnosti akceptovat mezi sebou. Tím by se mohlo pro děti a dospívající usnadnit přijetí vlastních „nedostatků“. Tato

výuka je důležitá nejen v rámci prevence problémového chování spojeného s tělesnou konstitucí a vzhledovými abnormalitami, ale i s rasovými, či genderovými problémy a diskriminací tělesně či psychicky postižených. Nemělo by se stát, že by některé dítě jakkoliv strádalo kvůli své odlišnosti. Přijetí lidské odlišnosti a variability u dětí může do budoucna přinést redukcí popularizovaného ideálu štíhlosti a respekt pro různé tvary a velikosti lidského těla (Irving, 2002).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a ministerstvo zdravotnictví v srpnu roku 2016 vytvořilo vyhlášku za účelem redukce nezdravého jídla a jeho propagace ve školských zařízeních. Vyhláška, které se také říká pamlsková, ze zákona omezuje prodej potravin a potravinových výrobků ve školách pouze na potraviny neobsahující sladidla nebo kofein, potraviny bez trans mastných kyselin a potraviny, které nejsou energetického či povzbuzujícího charakteru. Také je ve školách povoleno prodávat a nabízet nezpracované ovoce a zeleninu a ovocné a zeleninové šťávy a nektary, neobsahující přidaná sladidla. Ministerstvo si od tohoto zásahu slibuje snížení nezdravého prostředí ve školách a školských zařízeních s potenciálním zlepšením stravovacích návyků a snížením obezity u dětí. Vyhláška je plně platná od 1. ledna roku 2017 a musí ji dodržovat školy, které vyučují žáky do ukončení povinné školní docházky (výjimky jsou uvedené v textu vyhlášky). Změření účinnosti tohoto kroku bylo plánováno dva roky od jeho uvedení v platnost (Vyhláška 282/2016 Sb.). Vyhláška se ovšem dočkala velkého nesouhlasu. Dle předsedkyně Asociace ředitelů gymnázií Renaty Schejbalové totiž udává extrémní požadavky na hodnoty cukru v potravinách, které s ohledem na nabídku trhu nelze splnit. Je tedy pravděpodobné, že již příštím školním rokem projde vyhláška několika úpravami a bude zmírněna (ČT 24, 2018). V praxi se vyhláška projevila odstraněním prodejních automatů s nevhodným obsahem (chipsy, čokolády, sycené sladké limonády) a jejich nahrazením automaty s obsahem nezávadným (neslazené mléko a bílé jogurty, čerstvé či konzervované ovocné šťávy, nektary a přesnídávky), dále pak úpravou či úplnou změnou nabídky školních bufetů. Mnoho škol ale pamlskovou vyhlášku nerespektuje, nebo se jí snaží nějak „obejít.“ Problémy činí vyhláška také na víceletých gymnáziích, kde jsou pamlskovou vyhláškou omezováni pouze studenti s nedokončenou povinnou školní docházkou. Navíc, vyhláška se vztahuje pouze na potraviny, které si děti mohou koupit ve škole, nemá však moc kontrolovat, co dostávají žáci ke svačině z domova, či co si kupují mimo školu.

5.3 Funkční modely v Česku

Jednou z možností je také zajistit na škole prevenci APP externě, navázáním spolupráce s lidmi či institucemi, které vytváří programy specificky zaměřené na toto téma. Tyto externí

preventivní programy pro školy, organizovaných pedagogicko psychologickými poradnami, občanskými sdruženími a jinými organizacemi mohou být zařazeny v rámci celoškolského preventivního programu, sestavovaného školním preventistou, kterého má každá škola. Jsou zaměřené na veškeré formy rizikového chování a jejich celková nabídka je velice rozsáhlá. Přesto se tyto externí programy doporučují pouze v počátcích organizace preventivních aktivit, než dojde k dostatečnému proškolení pedagogických pracovníků na škole, a než se tyto aktivity týkající se zdravého životního stylu a prevence stanou přirozenou součástí školních aktivit (Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení). V roce 2014 udělilo MŠMT certifikát devíti organizacím, jejichž programy školské primární prevence rizikového chování odpovídají stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. 6 z těchto programů se zabývá i poruchami příjmu potravy (Seznam certifikovaných organizací a programů primární prevence rizikového chování). Cena programů bývá okolo 1000 Kč/hod. Při časové dotaci 2 hodiny na jeden typ preventivního programu, za předpokladu, že třídy se při programu mohou spojovat do ročníků, vychází celková cena programu na 16 000 Kč na jednu školu. Lze objednat i programy od organizací, které nemají certifikát od MŠMT. Tyto programy bývají levnější.

Preventivní programy zaměřené na APP s sebou přináší jistá úskalí. Prvním otázkou je koncepce programů. Měly by se rizika výskytu nemocí spojených s hladověním a ztrátou váhy spojovat do jednoho balíčku spolu s problematikou přejídání a nabírání váhy? Tyto programy přinášejí ve výsledku protichůdné informace a jejich dopad se tak může anulovat. Z jedné strany jsou prezentovány obtíže spojené s nadváhou a obezitou, z druhé strany přichází informace o nebezpečí držení diet a hubnutí a je kladen důraz na spokojenost s vlastním zevnějškem. Účastníci programu tak mohou být zmateni a program nepřinese žádaný efekt. Stejně tak programy, které jsou zaměřeny pouze na poruchy příjmu potravy, či pouze na obezitu mohou na účastníky zapůsobit negativně. V případě prevence obezity bez upozornění na problémy spojené s extrémním hubnutím může dojít k extrémnímu hlídání a pozorování sebe sama, což může způsobit disatisfakci s tělesnou váhou a celkovou konstitucí, a vést tak až k rozvinutí jedné i více poruch příjmu potravy. Pravděpodobnost, že by samostatná prevence poruch příjmu potravy vedla k šíření obezity je zřejmě nízká, ale je možné, že takovéto programy by u účastníků mohly snížit motivaci ke snaze o zdravé stravování a dostatek pohybu. Účastníci mohou chápat program jako „svolení k tomu být tlustý“ (Irving, 2002). Je tedy velice složité vytvořit vhodný preventivní program a správně vycvičit školitele. Obecně platí pravidlo snažit se neudělat víc škody než užítku. Při nevhodném prezentování APP může program zapůsobit

spíše sugestivním způsobem a vnuknou tak účastníkům nové nápady a způsoby zacházení se sama sebou, zejména při zmiňování technik, kterými pacienti s poruchami příjmu potravy dosahují snížení a udržení tělesné hmotnosti, jako je zvracení, hladovění, užívání prášků na hubnutí, laxativ, diuretik a jiné (O'Dea, 2004). Mnoho studií dokazuje, že některé ženy začaly kouřit cigarety poté, co zjistily, že díky nim některé ženy lépe kontrolují svou váhu. (Tomeo, Field, Berkey, a další, 1999 cit. podle O'Dea, 2004). Špatná komunikace a nevhodné užívání slov ze strany školitele může způsobit u účastníků rozvinutí strachu z jídla a z nezdravé stravy (O'Dea, 2004). Celkově důležité u těchto programů je vybízení účastníků ke zdravému, avšak různorodému jídlu a k aktivnímu přístupu ke cvičení a pohybu bez vyzdvihování hubnutí.

5.4 Funkční modely v zahraničí

Preventivní programy probíhají ve všech vyspělých zemích na světě. Jedním z takových programů je program pro podporu zdravého sebevědomí „Everybody's Different, probíhající v Austrálii. Je zaměřený na budování osobní identity žáků sedmých a osmých tříd ZŠ a na zjištění hodnoty sebe sama a umění si sebe sama vážit. Unikátnost každého jedince je vyzdvihována, přijímána a kladně hodnocena. Program je svou zábavnou formou vsazen do výuky. Žáci mezi sebou diskutují, pracují ve skupinách a týmech, hrají výukové hry, vžívají se do těl charakterů při dramatických inscenacích a další. Celé kurikulum programu je postaveno tak, aby ve formě výuky a výukových aktivit budovalo u žáků pozitivní náhled na vlastní osobu, umění se zapojit do kolektivu, prosadit své nápady, výměnu názorů, vzájemný respekt a pozitivní přístup ke spolužákům a výstavba příjemného prostředí třídy, ve kterém žáci mají pocit, že nemohou selhat. Program je rozčleněn do devíti týdenních lekcí. Podle výsledků studií program výrazně zlepšil sebevědomí jeho účastníků a i 12 měsíců po jeho dokončení byl na žácích stále patrný jeho pozitivní vliv. Jde o nejvydařenější program prevence zaměřený na sebevědomí, který byl v Austrálii proveden (O'Dea, 2004).

Jiný preventivní program byl proveden v USA v Kalifornii. Byl zaměřen na skupinu žen ve věku 18 až 30 let, které mají vysokou afinitu k poruchám příjmu potravy. Ženy se během 3 vln v průběhu 3 let účastnily nejrůznějších skupinových diskuzí zaměřených na prevenci APP, na zvýšení sebevědomí a sebehodnocení. Ženy se radily a motivovaly vzájemně v rámci podpůrných skupin a každá podpůrná skupina byla vedena vyškoleným pracovníkem (většinou psychologem). Výsledky těchto žen byly oproti kontrolní skupině, která skupinové diskuze nepodstupovala, výrazně lepší. Ženy byly sebevědomější, více spokojené samy se sebou a byla u nich zaznamenána nižší pravděpodobnost výskytu APP. Takový program se dá dále využívat

pro prevenci vzniku APP u dalších potenciálních pacientů, případně k včasnému podchycení již se rozvíjející nemoci (Taylor, Bryson, Luce a kol., 2006).

6.0 Závěr

Výsledky této práce přinesly krom odpovědí na většinu otázek i několik nápadů pro budoucí výzkum a spoustu nových otázek. Ukazuje se, že v učebnicích a jiných studijních materiálech je sice o nemocích dohromady informací dost, ale při pohledu na jednotlivé učebnice nejsou nikde problémy popsány komplexně. Většina studijních materiálů se o nemocech pouze zmiňuje bez většího popisu, prevence APP se neobjevuje v žádném. Otázkou zůstává, zda není potřeba v učebních materiálech věnovat tématu APP více prostoru, aby došlo k řádnému zapojení tohoto tématu do výuky a žáci měli o možných rizicích nemocí způsobených nevhodným stravováním dostatečné množství informací. Předmětem dalšího zkoumání by mohla být úroveň spokojenosti učitelů s učebnicemi a styl jejich využití. Lepší učební materiály by mohly pomoci vyučujícím se zapojením prevence APP do běžné výuky.

Ve druhé části práce bylo zjištěno, že většina nemocí pramení z nespokojenosti se sama sebou. Další výzkumy by mohly zjistit, co přesně se na školách dělá pro to, aby se žáci cítili dobře v kolektivu a měli rádi sami sebe, případně zda to přináší žádané účinky. Rovněž by bylo vhodné udělat průzkum mezi dětmi a dospívajícími, zjišťující, co konkrétně je dokáže povzbudit a dá jim pocítit spokojenost sama se sebou. Tyto informace by byly užitečné pro následující tvorbu dalších preventivních programů.

Problematická se z hlediska rizik a působení na děti a mládež jeví i media a nevhodná politická opatření. Do budoucna je možné vytvořit postupy, jak může vláda zasáhnout v otázce zdravé výživy. Problémem zůstává fakt, že mnohé z kroků, které by mohly situaci změnit, jsou politickým systémem neustále probírané, ale reálně se stále nic neděje. Je možné vytvořit vyšší tlak pro prosazení potřebných změn? Pomohly by možná průzkumy ukazující konkrétní čísla pro Česko, zaměřené na ovlivnění dětí jednotlivými médii, sílu vlivu reklamy, vnímání krásy z pohledu dětí.

Mezi další výzkumy by mohl patřit dopad preventivních programů pořádaných na školách a jejich dlouhodobá efektivita. Co je na těchto programech dobré, co je naopak špatné? Stačí pouze poupravit stávající preventivní programy, či by bylo potřeba je překopat od základů? Čím je dobré se inspirovat u zahraničních modelů prevence? A jak je možné šířit preventivní programy i dál než mimo školy? Je v lidské moci změnit stávající kulturní názory na štíhlost?

Na poslední dvě otázky by mohlo být odpovězeno tvorbou projektu, který by zpracoval dosud nevyzkoušený způsob prevence. Tím je prevence a celková osvěta skrz média, zejména pak s pomocí videí na internetu. Díky rozsahu internetového připojení, které se dnes nachází již téměř v každé domácnosti, by se prevence APP (případně i jiných rizik) mohla rozšířit dalším směrem. Vyšší úspěšnost by mohlo zaručit zapojení youtuberů či jiných známých tváří.

Do budoucna by stálo za zkoušku přepracování preventivního programu z Austrálie (viz výše) pro potřeby českého prostředí a spolu s informacemi získanými z ostatních navrhovaných výzkumů a projektů vytvořit něco zcela nového a v Česku dosud neaplikovaného, a to sice preventivní program, který nebude založený na formě strašení, ale na formě podpory zdravého sebevědomí a správného přístupu k životnímu stylu.

Použité zkratky:

APP – abnormality příjmu potravy

BMI – Body Mass Index, váha v kg/(výška v m)²

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

PPP – poruchy příjmu potravy

YRBSS - Youth Risk Behavior Surveillance System (System dohlížení na rizikové chování mládeže)

ZŠ – základní škola/y

Rejstřík pojmů:

¹Tomograf – přístroj využívaný pro vyšetřování orgánů pomocí specificky zaměřených rentgenových paprsků, kdy je ve výsledku získán obraz řezu tímto orgánem (UNIVERSUM, 2001).

²Kaliper – dotykové měřidlo pro zjišťování tloušťky kožních řas (UNIVERSUM, 2001).

³Impedance – měření tukové tkáně na základě průchodu slabého el proudu tělem (Říčařová, 2012).

⁴Hypertenze – vysoký krevní tlak (UNIVERSUM, 2001).

⁵Artróza – nezánettivé, degenerativní onemocnění kloubů v důsledku opotřebení, nadměrného zatěžování, poranění apod. Projevuje se bolestí kloubů, ztuhlostí, omezením pohybu až deformací kloubů (UNIVERSUM, 2001).

⁶Celulitida – změna struktury podkožního tuku, spojená se zhoršeným odtokem lymfy (UNIVERSUM, 2001).

⁷Apnoe – zástava dechu poté, co přestane být drážděno dechové centrum (UNIVERSUM, 2001).

⁸Prader-Williho syndrom – syndrom vyznačující se snížením svalového napětí po narození, nedostatečným vyvinutím pohlavních orgánů, neovladatelnou chutí k jídlu spojenou s nízkým energetickým výdejem a poruchou funkce endokrinního systému a centrálního nervového systému (Prader-Willi, z.s.).

⁹Bardetův-Biedlův syndrom - hypothalamický syndrom charakterizovaný obezitou, hypogonadismem, mentální a růstovou retardací, nefropatií, polydaktylií, retinitidou (Velký lékařský slovník).

¹⁰Cohenův syndrom - kombinace vrozených poruch zubů, kostí a pojivové tkáně. Je přítomná tvářová asymetrie, nadočnicová hyperostóza, široký nos, mandibulární hypoplazie, chybění stálého chrupu, malokluze, plicní hypertenze, bradykardie, hypoplazie svalů končetin, omezená kloubní pohyblivost, klinodaktilie na nohou, hluchota a EEG abnormality (Medicabaze.cz).

Literární přehled:

Aldhoon B. 2010. Úloha některých genetických, metabolických a hormonálních faktorů při změnách tělesné hmotnosti. Institut Klinické a Experimentální Medicíny, IKEM. 55 str.

Aldhoon Hainerová I, Zamrazilová I. 2015. Zdravotní a psychosociální komplikace obezity u dětí a dospívajících. *Pediatric pro praxi* 16(3): 150-153.

Barochová P. 2018. Anorexie ničí sportovkyně, modelky i obyčejné dívky. Léčba je obtížná. *OnaDnes.cz*. 11. 04. 2018, [cit. 2018-05-06]. Dostupný z https://ona.idnes.cz/mentalni-anorexie-a-gabriela-koukalova-dyo-/zdravi.aspx?c=A180409_133957_zdravi_pet.

Battle E. K, Brownell K. D. 1996. Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: treatment vs. prevention and policy. *Addictive Behaviors* 21: 755-765.

Braet C. 1999. Treatment of obese children: a new rationale. *Clin Child Psychological Psychiatry* 4: 579-91. převzato z Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002. Integrating the Prevention of Eating Disorders and Obesity: Feasible or Futile? *Preventive Medicine* 34: 299-309.

Brownell K. D. 1994. Get Slim With Higher Taxes. *The New York Times* 15.12.

Bulik C. M, Sullivan P. F, Carter F. A, et al. 1997. Initial manifestations of disordered eating behavior: dieting versus bingeing. *Int J Et Disord* 22: 195-201. převzato z Haines J, Neumark-Sztainer D. 2006. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *HEALTH EDUCATION RESERCH Theory & Practise* 21:770-782.

ČT 24. 2018. Pamlsková vyhláška light: Do zmírajících školních bufetů se možná vrátí víc sladkostí a baget. Česká televize. 06. 04. 2018, [cit. 2018-05-06]. Dostupný z <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/2442199-pamlskova-vyhlaska-light-do-zmirajicich-skolnich-bufetu-se-mozna-vrati-vic-sladkosti>.

Dlouhý P. 2016. Výživa ve výchově ke zdraví. Ministerstvo zemědělství, Praha. 52 str.

Duchačová K. 2014. Vliv glutamátů navozené obezity na antioxidační Enzymy u Myší. Univerzita Karlova v Praze. 95 str.

English P. J, Ghatei M.A, Malik I. A, et al. 2002. Food fails to suppress ghrelin levels in obese humans. *J Clin Endocrinol Metab* 87: 2984. převzato z Aldhoun B. 2010. Úloha některých genetických, metabolických a hormonálních faktorů při změnách tělesné hmotnosti. Institut Klinické a Experimentální Medicíny, IKEM. 55 str.

Fairburn C, Walch S, Doll H, et al. 1997. Risk factors for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 54: 509-17. převzato z Haines J, Neumark-Sztainer D. 2006. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practise* 21:770-782.

Grunbaum J. A, Kann L, Kinchen S, et al. 2004. Youth Risk Behavior Surveillance---United States. *MMWR Surveill Summ* 53: 1-29.

Haines J, Neumark-Sztainer D. 2006. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practise* 21:770-782.

Hrnčířová D. 2016. Výživa ve výchově ke zdraví. Ministerstvo zemědělství, Praha. 60 str.

Hvížd'ala K. 2014. MÉDIA: YouTube versus česká televize. *Neviditelný pes*. 30. 09. 2014, [cit. 2018-05-18]. Dostupný z http://neviditelnypes.lidovky.cz/media-youtube-versus-ceske-televize-d7s-/p_ekonomika.aspx?c=A140929_205049_p_ekonomika_wag.

Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002. Integrating the Prevention of Eating Disorders and Obesity: Feasible or Futile? *Preventive Medicine* 34: 299-309.

Janošková D, Ondráčková M, Čábalová D, Marková H, Šebková J. 2004. Občanská výchova 7, Rodinná výchova 7. Fraus, Plzeň. 128 str.

Janošková D, Ondráčková M, Čábalová D, Marková H, Šebnková J. 2005. Občanská výchova 8, Rodinná výchova 8. Fraus, Plzeň. 144 str.

Kovy. Informace. *YouTube*. 05. 01. 2014, [cit. 2018-05-06]. Dostupný z <https://www.youtube.com/user/TadyKovy/about>.

Krch F. 2007. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi* 4(10): 420-422

Leit R. A, Pope H. G. Jr, Gray J. J. 2001. Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of playgirl centerfolds. *Int J Eat Disord* 29: 90-3. převzato z Haines J, Neumark-Sztainer D. 2006. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practise* 21:770-782.

Levine M, Smolak L. 2001. Primary prevention of body image disturbance and disordered eating in childhood and adolescence. In Thompson J, Smolak L. editors. *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment*. Washington: American Psychological Association. 2001: 237-60. převzato z Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002. Integrating the Prevention of Eating Disorders and Obesity: Feasible or Futile? *Preventive Medicine* 34: 299-309.

Lutz T. A, Woods S. C. 2012. Overview of animal models of obesity. *Curr Protoc Pharmacol*. Chapter 5 Unit 5.61. doi: 10.1002/0471141755.ph051s58. převzato z Ducháčová K. 2014. Vliv glutamátu navozené obezity na antioxidační Enzymy u Myši. Univerzita Karlova v Praze. 95 str.

MediaGuru. 2017. Dvě třetiny mileniálů hledají inspiraci u youtuberů. *MEDIAGURU*. 12. 10. 2017, [cit. 2018-05-06]. Dostupné z <https://www.mediaguru.cz/clanky/2017/10/dve-tretiny-milenialu-hledaji-inspiraci-u-youtuberu/>.

Medicabaze.cz. Syndrom Gorlinův-Cohenův. *Medicabeze.cz*. [cit. 2018-05-08]. Dostupný z http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=38&cname=Stomatologie&termId=1150&tname=Syndrom+Gorlin%C5%AFv-Cohen%C5%AFv&h=empty#jump.

Myers A, Rosen J. 1999. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *Int J Obes Relat Metab Disord* 23: 221-30. převzato z Haines J, Neumark-Sztainer D. 2006. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practise* 21:770-782.

O'Dea J. A. 2004. Evidence for a Self-Esteem Approach in the Prevention of Body Image and Eating Problems among Children and Adolescents. *Eating Disorders* 12:3: 225-239.

Papežová H. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Grada. 432 str.

Prader-Willi, z.s. Co je PWS? *Prader-Willi, z.s.* [cit. 2018-05-08]. Dostupný z <https://www.prader-willi.cz/co-je-pws>.

Răcățăianu N, Leach N, Bondor C. I, et al. 2017. Thyroid disorders in obese patients. Does insulin resistance make a difference? *Arch Endocrinol Metab.* 61/6: 575-583.

Roberts D. F, Foehr U. G, Rideout V. J, et al. 1999. Kids & media @ the new millennium: a comprehensive national analysis of children's media use. The Henry J Kaiser Family Foundation. převzato z Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002. Integrating the Prevention of Eating Disorders and Obesity: Feasible or Futile? *Preventive Medicine* 34: 299-309.

Rosen D. S. and the Committee on Adolescence. 2010. Clinical Report-Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics* 126: 1240-1253.

RVP ZV. 2017-1. MŠMT. Praha. 165 str.

Říčařová A. 2012. Výživa a zdraví. Raabe, Praha. 84 str.

Semerádová Z. 2017. Češi a fast foody: kvalitou kraluje Ugo, cenou Döner kebab. *Retailek.* 23. 02. 2017, [cit. 2018-05-06]. Dostupný z <https://retailk.mediar.cz/2017/02/23/cesi-a-fast-foody-kvalitou-kraluje-ugo-cenou-doner-kebab/>.

Seznam certifikovaných organizací a programů primární prevence rizikového chování. MŠMT. [cit. 2018-05-07]. Dostupný z <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/seznam-certikovanych-organizaci-a-programu-primarni-prevence>

Stice E. 2001. A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *J Abnorm Psychol* 110: 124-35. převzato z Haines J, Neumark-Sztainer D. 2006. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practise* 21:770-782.

Stice E. 2002. Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin* 128: 825-848.

Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení. MŠMT. 60 str.

Špundová M, 2014. Poruchy příjmu potravy. Univerzita Palackého v Olomouci. 58 str.

Taylor C. B, Bryson S, Luce K. H, et al. 2006. Prevention of Eating Disorders in At-Risk College-Age Women. *Arch gen psychiatry* 63: 881-888.

Tomeo C. A, Field A. E, Berkey C. S, et al. 1999. Weight concerns, weight control behaviours and smoking initiation. *Pediatrics* 104: 918-924. převzato z O'Dea J. A. 2004. Evidence for a

Self-Esteem Approach in the Prevention of Body Image and Eating Problems among Children and Adolescents. *Eating Disorders* 12:3: 225-239.

TV Nova. 2018. Děkujeme vám! Padl rekord 13. sezony Ulice. *Nova*. 18. 04. 2018, [cit. 2018-05-06]. Dostupný z http://tv.nova.cz/hledat/?search=sledovanost&msite_origin=39000&search_submit=.

UNIVERSUM. 2000. UNIVERSUM Všeobecná encyklopedie, 1.-4. díl. Odeon, Praha.

Velký lékařský slovník. Bardetův-Biedlův Syndrom. *Velký lékařský slovník*. [cit. 2018-05-08]. Dostupný z <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/bardetuv-biedluv-syndrom>.

Vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva zdravotnictví číslo 282/2016 Sb., ze dne 29. srpna, vyhláška o nezdravých potravinách.

Whittaker-Wood, F. 2017. New Map: The Most Unhealthy Countries in the World. *Clinic Compare*. 22. 09. 2017, [cit. 2018-05-06]. Dostupný z <https://blog.cliniccompare.co.uk/most-unhealthy-countries>.

Přílohy:

Tabulka 1 – Srovnání dostupných učebnic zabývajících se výživou

Tabulka 1					
Název studijního materiálu	Občanská výchova, Rodinná výchova 7	Občanská výchova, Rodinná výchova 8	Výživa a zdraví	Výživa ve výchově ke zdraví	Výživa ve výchově ke zdraví
Autor/autoři	Janošková D. a kol.	Janošková D. a kol.	Říčařová A. a kol.	Hrnčířová D.	Dlouhý P.
Nakladatel	Fraus	Fraus	Raabe	Ministerstvo zemědělství	Ministerstvo zemědělství
Rok vydání	2004	2005	2012	2016	2016
Typ studijního materiálu	učebnice	učebnice	příručka s pracovními listy	pracovní sešit	pracovní sešit
Zaměření na výživu	částečné	částečné	celkové	celkové	celkové
Pčet stran	128	144	84	60	52
Počet stran zaměřených na výživu	5	8	84	60	52
Počet stran zaměřený na APP	2	1	40	4	4
Počet zmíněných nemocí	3	3	3	6	3
Počet definovaných nemocí	0	0	3	6	3
Informace o zdravotních komplikacích	ne	ne	ano	ne	ne
Informace o léčbě	ne	ne	ano	ne	ne
Informace o prevenci	ne	ne	ne	ne	ne