

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**



***RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY  
U DOSPÍVAJÍCÍCH SE ZAMĚŘENÍM NA VLIV RODINNÉHO  
PROSTŘEDÍ***

*Bakalářská práce*

***Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Špaček***

***Autorka: Monika Halešová***

*Praha 2014*

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literaturu jsem řádně citovala a uvádím je v bibliografii. Práce nebyla použita k získání jiného či stejného titulu.

V Praze dne 03. 01. 2014

.....

podpis

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. et Mgr. Ondřejovi Špačkovi za jeho čas, rady, připomínky a trpělivost při psaní mé bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce je zaměřena na poruchy příjmu potravy. Úvodní kapitoly představují teoretická východiska, která se snaží se podat co nejucelenější přehled především o dvou majoritních poruchách příjmu potravy, a to o mentální anorexii a mentální bulimii. Je zde nastíněna historie, epidemiologie a etiopatogeneze těchto poruch. Hlavním cílem práce bylo kvantitativní výzkumné šetření, které zjišťovalo riziko vzniku poruch příjmu potravy u dospívajících, a zda jsou rizikovější skupinou pro vznik těchto poruch jedinci pocházející z dysfunkčního rodinného prostředí.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, dospívání, potrava, tělesná hmotnost, podvýživa, zvracení, rodina.

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis is focused on eating disorders. The first chapters present theoretical bases that try to provide the most comprehensive overview - mainly about two major eating disorders -namely anorexia nervosa and bulimia nervosa. The history, the epidemiology, the etiopathogenesis are outlined in this part. The main aim of this thesis was the quantitative research that investigated the risk of developing eating disorders in adolescents and if individuals from dysfunctional family environment are at higher risk of developing these disorders.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescence, food, body weight, malnutrition, vomiting, family.

## Obsah:

ÚVOD .....	8
<b>1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Mentální anorexie (Anorexia nervosa) .....</b>	<b>9</b>
1.1.1. Definice a diagnostika .....	9
1.1.2. Historie MA .....	10
<b>1.2. Mentální bulimie (Bulimia nervosa) .....</b>	<b>11</b>
1.2.1. Definice a diagnostika .....	11
1.2.1. Historie MB .....	11
<b>1.3. Jiné poruchy příjmu potravy .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4. Výskyt poruch příjmu potravy v České republice .....</b>	<b>13</b>
<b>1.5. Výzkum jídelních postojů v České republice .....</b>	<b>14</b>
<b>1.6. Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy .....</b>	<b>15</b>
1.6.1. Individuální rizikové determinanty .....	15
1.6.2. Sociokulturní determinanty .....	17
1.6.3. Rodinné rizikové determinanty .....	18
<b>1.7. Výzkum rodinného prostředí pacientů s PPP .....</b>	<b>19</b>
<b>2. VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1. Cíle výzkumného šetření .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2. Operacionalizace .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3. Výzkumné otázky a hypotézy .....</b>	<b>25</b>
<b>2.4. Výzkumná strategie .....</b>	<b>26</b>
<b>2.5. Techniky sběru dat .....</b>	<b>26</b>
<b>2.7. Konstrukce dotazníku .....</b>	<b>27</b>
<b>2.8. Výběr vzorku .....</b>	<b>28</b>
<b>2.9. Realizace dotazníkového šetření .....</b>	<b>29</b>
<b>3. VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>30</b>

<b>3.1. Výzkumný soubor.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2. Vyhodnocení Testu jídelních postojů (EAT-26).....</b>	<b>32</b>
<b>3.3. Vliv rodinného prostředí na rozvoj PPP .....</b>	<b>33</b>
3.3.1. Hypotéza H1.....	33
3.3.2. Hypotéza H2.....	35
3.3.3. Hypotéza H3.....	36
3.3.4. Vliv rušivých proměnných .....	38
<b>4. ZÁVĚR.....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>44</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>48</b>
<b>PŘÍLOHA Č. 1: TABULKY .....</b>	<b>49</b>
<b>PŘÍLOHA Č. 2: GRAFY.....</b>	<b>51</b>
<b>PŘÍLOHA Č. 3: DOTAZNÍK.....</b>	<b>53</b>

## Seznam použitých zkratk a symbolů

PPP	Poruchy příjmu potravy
BMI	Body mass index
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
ŠRP	Škála rodinného prostředí
WHO	Světová zdravotnická organizace
ICD-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace
EAT-26	Test jídelních postojů
RS	Riziková skupina s narušenými jídelními postoji
KS	Kontrolní skupina nevykazující narušené jídelní postoje
ČR	Česká republika

## Úvod

Poruchy příjmu potravy, jejímž rizikovým faktorům se věnuji ve své bakalářské práci, patří dle Světové zdravotnické organizace k předním problémům světové populace. V posledních letech došlo k dramatickému nárůstu tohoto onemocnění především v západní populaci. Daným tématem se zabývám vzhledem k jeho aktuálnosti a rozšíření v našem prostředí. Ve své práci se pokusím zodpovědět nejasné otázky spojené s poruchami příjmu potravy. Problematické se jeví zejména porozumění etiopatogenezi<sup>1</sup> těchto onemocnění. Výzkumy orientované na poruchy příjmu potravy jsou přínosem k prevenci a léčbě těchto nemocí.

Teoretická východiska mojí práce tvoří především dvě odborné knihy zabývající se touto tematikou. Michal Novák vydal v roce 2010 publikaci, která shrnuje výsledky nejnovějších výzkumů týkajících se poruch příjmu potravy. Dále vycházím z knih, které napsal František David Krch, výzkumný pracovník a psychoterapeut, který se dlouhodobě zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Poznatky těchto autorů doplňuji ve své bakalářské práci informacemi z odborných článků a dalších relevantních zdrojů.

Cílem mé práce je zjistit vztah mezi rodinným prostředím a rozvojem poruch příjmu potravy u dospívajících. Věnuji se nejčastějším příznakům těchto nemocí, mezi které patří dodržování redukčních diet, chování charakteristické pro ztrátu kontroly nad konzumací jídla, na neobvyklé postoje spojené s konzumací jídla a pocity zvýšené kontroly příjmu jídla ze strany okolí. K tomuto záměru byl použit Test jídelních postojů (EAT-26), který se zdá být pro účely mého výzkumného šetření nejvhodnější možností. Ve své práci se nebudu zabývat diagnostikou poruch příjmu potravy u dospívajících, ale pokusím se určit jedince, u nichž je riziko vzniku těchto nemocí vyšší a zjistit, jak hodnotí své rodinné prostředí.

V teoretické části popisuji nejčastější poruchy příjmu potravy a diagnostická kritéria těchto nemocí. Při popisu vycházím z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Charakterizuji společné a odlišné znaky nejznámějších poruch – mentální anorexie a mentální bulimie. Následně mapuji výskyt poruch příjmu potravy a narušených jídelních postojů v České republice.

Teoretická část pokračuje určením nejčastějších determinantů, které mají vliv na rozvoj poruch příjmu potravy. Odborníci (Rašticová, 2009; Novák, 2010) rozdělují tyto determinanty do tří základních skupin – na determinanty individuální, sociokulturní a rodinné. Největší pozornost je věnována rodinnému prostředí. Teoretickou část zakončím výzkumy, jež zjišťovaly, v jakém rodinném prostředí vyrůstali pacienti s diagnózou poruchy příjmu potravy.

---

<sup>1</sup> Soubor příčin a mechanismů, které vedou ke vzniku a rozvoji nemoci.



## 1. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se neobjevují rovnoměrně ve všech kulturách a dobách. Jsou sociálně a kulturně podmíněným jevem. Jejich výskyt je spojen s kulturami s nadbytkem potravin, s kulturami, ve kterých se klade důraz na kult mládí, krásy a štíhlosti. Ovšem sociokulturní determinanty nejsou samy o sobě příčinou vzniku PPP. Na rozvinutí poruchy se podílí vícero různých faktorů. Rozvoj nemoci může být zapříčiněn zejména kritickými životními událostmi, nízkou sebeúctou či problémy v rodině (Novák, 2010; Krch, 1999; Babicz-Zielińska, Wądołowska, Tomaszewski, 2013; Savukoski, Määtä, Uusiautti, 2011).

Dle Vašiny (2008) PPP nejsou jen otázkou jídla, o jídlo jde až v druhé řadě. Jídlem se řeší problémy související se sebevědomím, sebedůvěrou, sebepojetím, se začleněním do společnosti a se schopností asertivního jednání a komunikace s okolím vůbec. Jídlem se řeší problémy emocionálního hladu, nikoliv hladu fyziologického.

Nejčastější formy PPP spočívají v nepřiměřeném zaměření pacientů na tělo, hmotnost a příjem potravy (Sladká-Ševčíková, 2003). Tyto poruchy patří k nejzáhadnějším a nejhůře určitelným psychiatrickým diagnózám. Přitom některé symptomy (např. tělesná nespokojenost, odmítání kalorických potravin) se dnes na Západě objevují v masovém měřítku (Novák, 2010, s. 7).

Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10) i diagnostický a statistický manuál (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace řadí mezi poruchy příjmu potravy zejména dvě nejjasněji vymezené nemoci - mentální anorexii a mentální bulimii.

### 1.1. *Mentální anorexie (Anorexia nervosa)*

#### 1.1.1. Definice a diagnostika

Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, které si vyvolává a/či trvale udržuje pacient sám. Pro stanovení diagnózy musí být dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10) přítomné všechny uvedené příznaky:

- 1) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou nebo Queteletův index<sup>2</sup> hmoty těla je 17,5 a méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

---

<sup>2</sup> Queteletův index udávaný též pod termínem Body Mass Index. Vypočítává se podle vzorce: BMI = váha (kg)/výška<sup>2</sup> (m).

- 2) Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- 3) Specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládací myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.
- 4) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-pituitární-gonádovou osu, která se projevuje u ženy jako amenorrhoea<sup>3</sup> a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- 5) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, však menarche<sup>4</sup> je opožděna (ICD-10).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí je navíc definována *atypická forma mentální anorexie*, u které jeden z klíčových příznaků (např. amenorrhoea) chybí, ale jinak pacienti vykazují typický klinický obraz.

### 1.1.2. Historie MA

Historie MA sahá do dávných dob, avšak v průběhu dějin nebylo odmítání jídla pokládáno za primárně patologický jev. Galén, jeden z nejvýznamnějších středověkých lékařů, poprvé vylíčil příznaky MA. Tuto nemoc přisuzoval především špatným tělesným tekutinám (Krch, 1999, s. 24-25). Anglický lékař Richard Morton popsal MA v roce 1694. Další poměrně přesné charakteristiky se objevily v 19. století, tyto poruchy popsal londýnský lékař William Gull a pařížský lékař Laseque (Sladká-Ševčíková, 2003).

Ve čtyřicátých letech dvacátého století byla MA pod vlivem psychoanalýzy přesunuta z učebnic interní medicíny do učebnic psychiatrie. Díky publikacím Hilde Bruchové a Mary Selvini Palazzoli získává anorexie o dvacet let později pověst „moderního“ a „záhadného“ onemocnění. K jejímu klinickému obrazu přibyly dva podstatné rysy: neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla. V současné době se z málo známé nemoci stala „módní“ porucha, kterou veřejnost sleduje s čím dál větším zájmem (Krch, 2005).

---

<sup>3</sup> Amenorrhoea je vynechání menstruace (minimálně dvou cyklů) u ženy v období pohlavní zralosti.

<sup>4</sup> Jako menarche je označována první menstruace a prvotní začátek menstruačního cyklu u dívek.

## **1.2. Mentální bulimie (*Bulimia nervosa*)**

### **1.2.1. Definice a diagnostika**

Mentální bulimie (MB) je porucha vyznačující se opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti, což vede pacienta k extrémním opatřením, jež mají zmírnit „výkrmné účinky“ požití potravy. Opakované zvracení může vést k narušení hladiny elektrolytů v těle, může vyvolat epileptické záchvaty či způsobit srdeční arytmií, svalovou slabost a další závažnou ztrátu hmotnosti. Podle ICD-10 musí být pro stanovení diagnózy přítomné všechny uvedené příznaky:

- 1) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- 2) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků jako jsou anorektika, thyreoidní preparáty nebo diuretika.
- 3) Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh nižší než nemorbidní váha, která je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá. Často, ale ne vždy, je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie, přičemž interval se pohybuje od několika měsíců do několika let (ICD-10).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí je navíc definována *atypická forma mentální bulimie*, u které jeden z klíčových příznaků chybí, ale jinak pacienti vykazují typický klinický obraz.

Společným jmenovatelem MA a MB je touha zůstat štíhlou či štíhlým a většinou nesprávná představa o vhodné hmotnosti, samozřejmě směrem k nižší váze (Sladká-Ševčíková, 2003). Obě poruchy jsou častější u žen a většinou začínají v období dospívání (Carr-Gregg, 2010, s. 105).

Základní rozdíl mezi anorexií a bulimií můžeme velmi stručně charakterizovat v rozdílném zacházení s jídlem. Mentální anorektičky se snaží omezit příjem potravy na minimum, zatímco mentální bulimičky se stravují velmi chaoticky. Období hladovění se u nich střídá se záchvaty přejídání, po kterých následuje zvracení nebo užití projímadel.

Navzdory podobnostem MA a MB přetrvávají mezi odborníky spory o tom, zda je MB skutečně samostatnou klinickou diagnózou, někteří autoři tyto nemoci striktně neodlišují a vymezují pojmy jako bulimarexie nebo tzv. syndrom jídelního chaosu (Krch, 1999; Sladká-Ševčíková, 2003).

### **1.2.1. Historie MB**

Různá vysvětlení a rozličné významy pojmu bulimie přetrvaly z dob antiky až do moderní doby. Jako „předchůdce MB“ by mohla být považována jídelní abnormalita

známá jako „kynorexia“ nebo „fames canina (psí hlad)“, jak byla od starověku do devatenáctého století označována nenasytná žravost, podobná chování psa, následovaná spontánním zvracením. Jako příčina této abnormality byla považována dysfunkce žaludku.

V sedmdesátých letech dvacátého století se začaly objevovat ve velkém klinické případy žen, které se přejídaly, ale dokázaly si udržet normální hmotnost prostřednictvím zvracení, projímadel, či diuretik. V roce 1979 definoval britský psychiatr Gerald Russel MB jako „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem ze ztloustnutí“ a vyhýbáním se „ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální tělesnou hmotností (Krch, 1999). Jak bylo řečeno výše - dodnes se autoři neshodují v tom, zda je MB skutečně samostatnou klinickou diagnózou (Krch, 1999; Sladká-Ševčíková, 2003).

### **1.3. Jiné poruchy příjmu potravy**

Mezinárodní klasifikace nemocí řadí mezi jiné poruchy příjmu potravy poruchy např. ruminaci<sup>5</sup>, picu<sup>6</sup> a regurgitaci<sup>7</sup>, které nejsou výjimečné u dětí a dospělých s duševní poruchou.

Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace (čtvrtá revize) řadí mezi jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy „syndrom nočního přejídání“, jehož charakteristickými rysy jsou večerní anorexie, nespavost a noční přejídání (Krch, 1999, s. 20). Dále sem řadí „záchvatovité přejídání“, které je definováno obdobně jako MB, navíc zde musí být přítomny alespoň tři z níže z popsaných charakteristik:

- 1) člověk jí mnohem rychleji, než je považováno za normální;
- 2) člověk jí až do chvíle, dokud se necítí nepříjemně plný;
- 3) člověk jí, i když nepociťuje hlad;
- 4) člověk se stravuje o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho;
- 5) člověk je po přejedení sám sebou znechucen (Krch, 1999, s. 20).

---

<sup>5</sup> Jedná se o přežvykování (žvýkání již jednou polknuté potravy, která regurgitovala ze žaludku). Vyskytuje se někdy u dětí, zejm. zanedbaných a opuštěných.

<sup>6</sup> Jedná se o nutkavé požívání látek, které nejsou určeny k jídlu.

<sup>7</sup> Regurgitace je zpětný pohyb tekutého obsahu dutých orgánů, např. návrat spolknuté potravy zpět do úst (bez zvracení), zpětné proudění krve při chlopenních vadách apod.

## **1.4. Výskyt poruch příjmu potravy v České republice**

Epidemiologický výzkum se snaží zjistit, jaká je prevalence (aktuální rozšíření poruchy) a incidence (počet nových případů za určité období) určité poruchy nebo nemoci a jaké mohou být její základní determinanty. Prevalence popisuje, jak je porucha zastoupena u rozličných populačních skupin z hlediska kritérií, jakými jsou pohlaví, socioekonomický status apod. Incidence je spíše longitudinálním ukazatelem. Výzkum prevalence PPP se zabývá v první řadě problematikou bulimie nebo některých rizikových faktorů, jako jsou jídelní postoje, dietní strategie nebo určité osobnostní rysy. Nejčastěji sledovanou populační skupinou jsou mladé ženy a studenti (Krch, 1999, s. 33-35).

Incidence a prevalence MA v České republice je podobná jako v zemích západní Evropy a v posledních několika desetiletích má stoupající tendenci. Prevalence MA je 0,5 % žen. Prevalence MB se pohybuje mezi 3-6 % žen. Narušené postoje k jídlu a způsoby kontroly hmotnosti můžeme pozorovat u 7-11 % žen. (Krch, 1999, s. 51).

V roce 2011 bylo v psychiatrických ambulancích léčeno s diagnózou PPP celkem 3 389 pacientů, z toho bylo téměř 90 % žen (počet ambulantních pacientů podle kraje, pohlaví a věkových skupin v České republice roce 2011 zobrazuje **Tabulka číslo 1** v Příloze č. 1). Pacienti, kteří byli léčeni pro tuto diagnózu v daném roce poprvé v životě, tvořili více než 38 % z celkového počtu těchto pacientů. Z hlediska věkové struktury bylo 9 % z celkového počtu pacientů léčených pro diagnózu PPP ve věku 0–14 let, více než 30 % ve věku 15–19 let a téměř 61 % pacientů bylo starších 20 let. Nejvíce těchto pacientů (přepočteno na 100 tisíc obyvatel daného kraje) bylo léčeno ve zdravotnických zařízeních na území Prahy (102,6 pacientů na 100 tisíc obyvatel kraje), a to třikrát více než byl celorepublikový průměr (32,3). Je ale nutné upozornit, že pacienti jsou sledováni podle sídla zdravotnického zařízení, nikoli podle jejich trvalého bydliště. V psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) bylo v témže roce evidováno 339 hospitalizací pro poruchy příjmu potravy u 272 osob. Více než 63 % pacientů bylo léčeno s diagnózou F50.0 - mentální anorexie, téměř 20 % s diagnózou F50.2 - mentální bulimie (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012).

## 1.5. Výzkum jídelních postojů v České republice

V České republice bylo realizováno několik výzkumů (Krch, 1997; Komosná, 2012; Staňková, 2008, Vrbatová, Borůvková, 2010) s použitím Testu jídelních postojů (EAT-26)<sup>8</sup>. Většinu výzkumných šetření prováděli odborníci z institucí zabývajících se léčbou poruch příjmu potravy v České republice (Krch, 1997). Další studie uskutečnili studenti v rámci svých diplomových prací (Komosná, 2012; Staňková, 2008).

První rozsáhlý výzkum české mládeže provedl Krch (1999) v roce 1997. Náhodně vybral učňovské a střední školy nebo gymnázia v Praze a Českých Budějovicích. Respondenti byli ve věku od čtrnácti do dvaceti let. Průměrný věk činil šestnáct let. Z výsledku vyplynulo, že studenti gymnázia byli významně štíhlejší než učňové a studenti středních škol. Narušené jídelní postoje, nadměrnou sebekontrolu v jídle a sklon ke kontrole tělesné hmotnosti měly překvapivě mimopražské studentky a studentky odborných učilišť. Kritického skóre v Testu jídelních postojů EAT-26 dosáhlo celkem 11,4 % žen a 1,4 % mužů, přičemž nespokojenost se svým tělem byla prokázána u 34,3 % mužů a 57,4 % žen a 8,4 % mužů a 48,7 % žen by si přálo zhubnout (Krch, 1999, s. 52-53).

Staňková (2008) zjišťovala počet jedinců s patologickými jídelními postoji. Výzkum probíhal mezi žáky druhého stupně základní školy – konkrétně se jednalo o žáky 8. – 9. ročníků ve věku mezi 13 – 16 lety. Výzkumu se zúčastnilo celkem 76 respondentů – 32 dívek a 44 chlapců. Kritického skóre dosáhly celkem 3 dívky, z nichž jedna se prokazatelně kdysi léčila s diagnózou MA.

Rovněž Vrbatová a Borůvková uskutečnily v roce 2010 výzkumné šetření s využitím Testu jídelních postojů EAT-26. Výzkumný soubor tvořilo 400 žáků ve věku 11-14 let. Respondenti vyplňovali dotazník EAT-26 před a po provedení preventivního programu, který byl vytvořen k redukci rizikových faktorů pro vznik MA, respektive PPP u žáků základních škol. Před uskutečněním preventivního programu dosáhlo kritického skóre v experimentální skupině 5,31 % respondentů a v kontrolní skupině pouze 3,92 % respondentů. Po sedmi měsících vyplnili respondenti dotazník znovu. Po ukončení programu nastalo v experimentální skupině zlepšení – kritického skóre dosáhlo 2,69 % žáků. V kontrolní skupině počet respondentů s vyšším skóre naopak vzrostl na 4,06 %. Ve skupinách

---

<sup>8</sup> Tento standardizovaný dotazník sestavil D. Garner v roce 1979. V testu se nachází tři okruhy otázek, které určují, zda drží respondenti často diety, což naznačuje sklony k mentální anorexii, zda se respondenti ztrácejí kontrolu při konzumaci jídla (sklon k mentální bulimii) a zda nepřiměřeně kontrolují svůj jídelníček.

respondentů nebyl zjištěn významný výskyt rizikových faktorů pro vznik MA. Program byl záměrně realizován ve věkové kategorii, ve které se ještě statisticky významně nevykazují známky rozvoje MA/PPP. Jeho cílem bylo preventivní působení.

Komosná v roce 2012 zjišťovala pomocí EAT-26 jídelní postoje u žáků ve věkových skupinách 11-15 let a 16 – 20 let. Kritického skóre, které může signalizovat vznik poruch příjmu potravy, dosáhlo celkem 28 (14 %) dotazovaných z celkového počtu 200 respondentů.

## **1.6. Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy**

O tom, co je příčinou vzniku poruch příjmu potravy a co způsobuje jejich rostoucí výskyt v posledních desetiletích, existuje velmi bohatá literatura. Přes různé teorie a hypotézy existuje shoda v tom, že se na jejich vzniku podílí celá řada různých faktorů, mezi kterými hrají rozhodující roli ty skutečnosti a vlivy, které souvisí s držením diet (Krch, 1999).

Rašticová (2009) a Novák (2010) shodně navrhují rozdělení příčin těchto poruch do tří základních skupin: individuální, rodinné a sociokulturní determinanty.

### **1.6.1. Individuální rizikové determinanty**

Individuální rizikové faktory vycházejí buď z osobnosti člověka či souvisí s životními zkušenostmi jedinců, které se vytvářejí v kontextu určitého prostředí. Patří sem zejména vývojové determinanty v období puberty a adolescence, kritické životní události, temperament a emocionalita, sebekontrola, sebeúcta a negativní body image (Novák, 2010, s. 13).

#### **1.6.1.1. Vývojové determinanty v období puberty a adolescence**

Adolescence je obdobím bouřlivých změn, protestů, neukázněnosti, náladovosti a zdravotních rizik, která je završena zrozením mladého dospělého člověka (Carr-Gregg, 2010). MA může být projevem strachu z dospělosti – obav z fyziologických a psychických změn v pubertě. Existují mnohé doklady o tom, že intenzivní prožívání fyziologických změn v období puberty a adolescence je rizikovým faktorem ke vzniku MA. Adolescenti jsou výrazněji ohroženi ideálem štíhlosti v médiích, protože se nacházejí v období, kdy sbírají informace ze svého okolí a formují svou identitu (Novák, 2010, s. 16). PPP většinou vznikají mezi 14. a 15. rokem a mezi 17. a 18. rokem jedince (Koutek, Kocourková, 2000).

Adolescence se stává obdobím, kdy jedinec přestává přesně vědět, jak se má chovat. I když sám sebe hodnotí jako dostatečně kompetentního (díky změně vztahu k vlastnímu tělu), nedostává ze společnosti jasné signály, je-li jeho chování legitimní, adekvátní a akceptovatelné. Jedinec se tak ocitá v tzv. marginální situaci, kdy něco již nemůže a něco ještě nesmí. O poruchách identity u adolescentů začali informovat na počátku devadesátých let dorostoví psychiatři. U těchto lidí je charakteristické, že škola a vzdělávání nenaplňují

jejich představy. Vše intenzivně prožívají, vnější prostředí je pro ně málo srozumitelné. Zažívají informační chaos zvyšující jejich úzkost. Potenciální možnosti jejich budoucí kariéry je neuspokojují, obvykle mají negativní vztah k dospělým autoritám. Vlastní rodiče často vnímají jako morálně zdiskreditované. Jejich přáním je vlastní nezávislost, mají-li však o sobě rozhodovat, často se necítí dostatečně kompetentní. Mají vysoké nároky a cíle - chtějí prožít zajímavý a intenzivní život. U takových dívek není neobvyklé, že neakceptují svoji pohlavní roli. Časté jsou u nich PPP (Macek, 2003).

#### **1.6.1.2. Kritické životní události**

Novák (2010) odkazuje na nejnovější studie, ve kterých uváděly pacientky s PPP více stresu, životních krizí a předcházejících nemocí než kontrolní skupina bez těchto onemocnění. Mezi kritické události jsou zařazeny tyto případy: ztráta blízké osoby, nemoc, smrt, separace od rodiny či sexuální zneužití. Podle některých autorů vyvolává zneužití nesnesitelné pocity a podřívá identitu (Novák, 2010, s. 17). Podle Hsu (1990) dává jedna až dvě třetiny pacientek rozvoj anorexie do souvislosti s nějakou životní událostí, nejčastěji byla zmiňována nářezka na tloušťku a tělesný vzhled (Krch, 1999, s. 64).

#### **1.6.1.3. Temperament a emocionalita**

Negativní emocionalita je spíše předcházejícím či doprovodným jevem PPP. Není prokázána jako příčina vzniku těchto nemocí, ale velmi úzce s nimi souvisí. Lidé, jimž byla ve výzkumech experimentálně snižována nálada, subjektivně uváděli, že se cítí těžší, kdežto osoby, kterým byla nálada pozvednuta, měly dojem tělesné lehkosti. Vysoká úroveň negativní emocionality je u adolescentních dívek příčinou častějšího pocíťování tělesné nespokojenosti a pokusům přizpůsobit se ideálu štíhlosti, u chlapců je zdrojem snahy o vylepšení postavy (Novák, 2010, s. 18-19).

#### **1.6.1.4. Sebekontrola**

Dívky se často potýkají s emocionálními problémy a krizí identity v období dospívání. Dochází u nich k narušení sebevědomí, sebeorganizace, seberegulace, tedy ke ztrátě kontroly nad sebou. Zaměření pozornosti na váhu, postavu a jídlo skýťá naději pro nalezení kontroly a jistoty. Zaměření na ztrátu váhy zřejmě vede k usměrnění krize identity (Novák, 2010, s. 19-20).

#### **1.6.1.5. Sebeúcta**

Jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících rozvoj PPP je nízká sebeúcta. Lidé s nízkou sebeúctou výrazněji reagují na kritiku vlastní osoby a dají se snadno ovlivnit tím, co si o nich myslí ostatní lidé. Podle Spitzaka (2003) jsou pacientky s MA charakterizovány vysokým výkonem a snahou uspět, ale v propojení svých úspěchů se svou hodnotou selhávají, neboť jejich identita je determinovaná zvnějšku (Novák, 2010, s. 20).



### **1.6.1.6. Negativní body image**

Body image je obsáhlý pojem, v zásadě se však jedná o postoj jedince k tělu, jeho velikosti, tvaru a estetice. Negativní body image pak zahrnuje tělesnou nespokojenost a nesprávné vnímání těla, které je typické pro pacienty s PPP. K této nespokojenosti přispívají i jiné faktory, mohou to být vrstevníci, rodinní příslušníci či média. Poruchy body image se dnes stávají poměrně běžnými v normální či subklinické populaci, rozhodně nejsou omezené pouze na pacientky s klinicky diagnostikovanými PPP (Novák, 2010, s. 21).

### **1.6.2. Sociokulturní determinanty**

MA a MB jsou považovány za kulturně podmíněný syndrom – nemohou být pochopeny mimo svůj specifický kulturní kontext (Krch, 1999, s. 61). Rozvoj PPP je spojen s kulturami, jejichž typickým rysem je nadbytek potravy. U kultur s nedostatkem jídla je za ideál považován zaoblený tvar těla, což naznačuje, že ideály mají sklon nabývat podob, kterých je obtížné dosáhnout (Novák, 2010, s. 35-36).

#### **1.6.2.1. Ideál krásy v médiích**

Dnešní společnost ztotožňuje krásu se štíhlostí. Jelikož se ženy na každém kroku střetávají se sdělením, že štíhlost se rovná kráse, nezbyvá jim, než se společenskému ideálu krásy podřídí, chtějí-li si najít kvalitního partnera (Novák, 2010, s. 45).

Vnímání vlastního těla a spokojenost s ním jsou, jak vyplývá z výsledků výzkumných šetření, významné pro sebepojetí a sebehodnocení jedince. Tělesné změny probíhající u dívek v období puberty odporují kulturnímu ideálu krásy. Zvyšuje se množství tuku v těle a vzniká nepoměr mezi rameny a boky, což vede k nežádoucí tělesné disproporcii. Nesoulad mezi reálným ideálním tělem může vést k patologickým stravovacím návykům, excesivnímu cvičení, byla prokázána i jistá souvislost s depresí (Rašticová, 2009). Krch (1999) v souvislosti s ideálem štíhlosti, který je kladen na ženy<sup>9</sup>, uvádí jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj PPP – ženské pohlaví. Stačí být ženou a riziko vzniku MA je desetkrát vyšší.

Idealizace štíhlosti a následný vyšší výskyt PPP se zpočátku připisoval vyšším vrstvám s vyšším sociálním statusem, kde je nadbytek ještě větší. Dnes je situace mnohem nepřehlednější. Nejedná se již o problém pouze vyšších vrstev (Novák, 2010, s. 39).

#### **1.6.2.2. Vliv vrstevníků**

U adolescentů je běžné osvojování si určitých postojů a chování od svých vrstevnic či vrstevníků. Podle dodržování vrstevnických norem jsou pak povzbuzováni, v opačném případě jim hrozí i posměch. (Novák, 2010, s. 18). Rašticová (2009) odkazuje na výzkum Fabiana a Thompsona z roku 1989, kteří ve svém výzkumu prokázali, že posměch, komentáře

---

<sup>9</sup> U mužů je ideál maskulinní postavy, nikoli ideál štíhlosti.

a kritika ze strany druhých souvisejí u dospívajících s nespokojeností s vlastním tělem, poruchami stravování a nízkým sebevědomím.

### **1.6.3. Rodinné rizikové determinanty**

Novák (2010) považuje spojení vlivu kultury a rodiny za nejobvyklejší okolnost, při které dochází k rozvoji PPP.

#### **1.6.3.1. Definice a funkce rodiny, dysfunkční rodina**

Rodina je důležitá z hlediska zdravého vývoje člověka. Ve své podstatě je pro člověka nenahraditelná. Měla by plnit své základní funkce – reprodukční, ekonomickou, výchovnou a především emocionální. Rodina postupně formuje osobnost dítěte, poskytuje mu životní orientaci, ukazuje mu model rolí v manželství, rodičovství a společenském uplatnění. Každý jedinec je poznamenán svou rodinou ať už v negativním či pozitivním smyslu. Každá rodina má svou specifickou strukturu a dynamiku. Struktura poskytuje informace o času, který spolu členové rodiny tráví, o způsobu sdílení prostoru, jenž může poukazovat na vztahy mezi členy rodiny, i o hranicích mezi různými subsystemy (např. partnerský, rodičovský, sourozenecký). V rámci dynamiky se věnuje pozornost rodinným procesům, změnám, rituálům a zejména komunikaci (Štecková, 2007, s. 29).

Rodinné fungování a jeho základní parametry popisují různí autoři odlišně. Významné vymezení rodinného fungování uvádí Sauber s kolegy (1993) – jedná se o schopnost rodiny fungovat ve čtyřech rozhodujících sférách, ke kterým patří:

- osobní fungování, jež představuje spokojenost členů se svou pozicí a rolí v rodině;
- manželské, resp. partnerské fungování - jedná se o spokojenost v sexuální oblasti, vzájemný soulad;
- rodičovské fungování – představuje odpovědnost za výchovu dětí a pocit obohacení z rodičovské role;
- socioekonomické fungování – to jest ekonomická úroveň rodiny a sociální začlenění, sociální podpůrná síť (Sobotková, 2001).

Podrobněji identifikuje zdravé rodinné fungování Walshová (2012). Na základě vlastních zkušeností v práci s rodinami udává výčet základních rodinných procesů, které mohou úspěšně posloužit při identifikaci zdravého rodinného fungování. Zdravě fungující rodina se vyznačuje vzájemnými vazbami a podporou mezi jednotlivými členy, jsou zde respektovány individuální vlastnosti členů rodiny, jejich potřeby a autonomie. Podporuje se individuální rozvoj každého člena rodiny. Členové rodiny se vzájemně respektují a jsou schopni si spravedlivě rozdělit povinnosti nejen v domácnosti. Rodiče se pečlivě starají o své děti, chrání je a vychovávají. Zdravě fungující rodina se dokáže efektivně vyrovnat se stresem, s problémy a životními událostmi, v takové rodině existuje prostor

pro otevřenou komunikaci, citovou expresivitu a empatickou zpětnou vazbu. V dobře fungující rodině existuje efektivní strategie řešení problémů a konfliktů v rodině a společné přesvědčení – vědomí kontinuity mezi předešlými a budoucími generacemi, etické hodnoty a solidarita mezi členy rodiny. K správnému fungování uvnitř rodiny přispívají rovněž zdroje ekonomického zabezpečení. Tyto komponenty se v rodinném systému navzájem podmiňují. Velmi důležitá je dle Walshové schopnost rodin přizpůsobit se měnícím se podmínkám.

Naopak dysfunkční rodina se v současné době popisuje jako rodina, v níž se alespoň jeden člen rodiny chová nepřizpůsobivě. Dysfunkční rodiny vykazují tyto prvky: popírání či neřešení problémů, chybějící intimita, vzájemné obviňování, rigidní role, potlačování osobní identity na úkor rodinné identity, nejasná komunikace, nejasná pravidla a kompetence (Sobotková, 2001, s. 33).

### ***1.7. Výzkum rodinného prostředí pacientů s PPP***

Dosud bylo provedeno velké množství výzkumů, které hledaly souvislost rozvoje PPP s rodinným prostředím. Nejčastěji pacienti vypovídali o své rodině prostřednictvím dotazníkového šetření či interview. Pacienti hodnotili vztahy se svými rodiči i sourozenci. Studie se zaměřovaly na různé roviny rodinného života. Tyto roviny se často prolínají a vzájemně spolu souvisí, různí autoři je definují či pojmenovávají rozličně. Studie zkoumaly zejména konfliktnost, orientaci na úspěch (perfekcionismus), soudržnost, komunikaci a témata konverzace, rigiditu, citové zázemí, jídelní postoje rodičů a sourozenců, tragické události v rodině.

Novák (2010) ve své knize shrnuje výsledky nejnovějších výzkumů: „Případové studie rodičovské interakce ukazují, že rodiny, v nichž se vyskytují PPP, jsou spletené a obtěžující. Rozvoj PPP tu představuje především nedostatečná komunikace v rodině, chybějící rodičovská péče, sexuální a fyzické zneužívání, malá otevřenost při diskutování mezi členy rodiny či nízká nezávislost. V rodinné anamnéze s MA se výrazně častěji objevovala deprese, alkoholismus, emoční poruchy a sociální izolace. Obvyklými hodnotami u rodin s MA patří třídní vzestup, výkon a pracovní morálka. Dívky s PPP o sobě vypověděly, že se celý dosavadní život snažily chovat podle očekávání svých rodin a obávaly se, že ve srovnání s ostatními vyjdou hůře.“

Krch, výzkumný pracovník a psychoterapeut, který se dlouhodobě zabývá problematikou PPP v České republice, v rozhovoru pro Zpravodaj Anabell k problematice rodinného prostředí pacientů s PPP uvedl: „V rodinách s pacienty trpícími PPP se často objevují charakteristiky jako nadváha či diety členů rodiny – rodičů, sourozenců. Uvádí se rovněž jiné nevhodné jídelní návyky v rodině, kritické komentáře týkající se jídla, tělesného vzhledu

a hmotnosti (Zpravodaj Anabell, č. 4, 2006)“. Krch (2005) ve své knize rovněž shrnuje, že se u rodin s pacientem trpícím PPP nevyskytují jednotné formy dysfunkce, nýbrž velmi rozličné.

Po desetiletí byly za ústřední faktory anorektického rodinného systému pokládány rysy, které popsali Minuchin s kolegy (1978) v jejich pozorovacím prostředí. Podle nich byly pro anorektické „psychosomatické“ rodiny typické čtyři charakteristiky rodinného systému. Prvním rysem byla provázanost, definovaná jako forma přeangažovanosti členů rodiny. Za typické znaky provázanosti považovali nadměrnou soudržnost, nedostatek soukromí, tendenci členů rodiny přimlouvav se za jiného člena apod. V tomto případě bylo vnímání sebe jako odlišeného od dalších rodinných příslušníků málo diferencované. Rodinná loajalita patřila mezi nejdůležitější hodnoty. Dalším typickým rysem byla přílišná starostlivost. Každý člen rodiny byl zapojen do ochranných vazeb a nadměrného pečování. Příklady tohoto fenoménu jsou anorektičtí pacienti, kteří vaří pro ostatní a kontrolují, zda jedí dostatečně, zatímco přehlížejí své vlastní hladovění, nebo rodiče anorektiků vnímající jejich roli v rodině jako osobní oběť. Třetí charakteristikou je rigidita interakčních vzorců. Rigidní rodiny se vyznačují tím, že odmítají změny. V „normálních“ podmínkách může být rigidní rovnováha asymptomatická, ale nedostatek přizpůsobivosti při změně situace může systém vrhnout do krize. Posledním znakem je vyhýbání se konfliktu. Členové rodiny netolerují neskrývané konflikty a jakékoliv diskuse zahrnující rozdíly názorů se vyvarují. Problémy, které nejsou diskutovány, ve výsledku zůstávají nevyřešené. Když to shrneme, tak Minuchinův obraz interakčního stylu v anorektických a „psychosomatických“ rodinách říká, že PPP je prostředkem k vyvarování se otevřeného rodinného a rodičovského konfliktu. Daná rodina je tak zaujatá a příliš starostlivě zaměřená na PPP, že všechny další problémy mohou být přehlíženy (Minuchin, Rosman, Baker, 1978).

Tyto závěry ověřili v italském prostředí Aragona, Catapano, Lorigo a Alliani (2011). Ve svém výzkumu se zaměřili na provázanost a rigiditu rodiny. Výsledky této studie hovoří proti původnímu „psychosomatickému“ modelu. Z výsledků studie provedené v italském prostředí vyplývá, že vysoká soudržnost (provázanost) a nízká přizpůsobivost (rigidita) nejsou specifické pro rodinné struktury s PPP. Především by mělo být zdůrazněno, že původní „psychosomatický“ model byl založen na pozorování klinických podmínek v určité době (v 70. letech) a v určitém místě (v Severní Americe) a že dřívější studie zkoumaly vzácné a kritické případy. Dnes se jedná o poměrně známé poruchy.

Rovněž Haworth-Hoepfner (2000) se své studii zaměřila na interakce uvnitř rodiny. Haworth-Hoepfner tvrdí, že důležitou roli při rozvoji PPP hraje kultura, přičemž tento její vliv je zprostředkován jistými skupinami, ke kterým patří rodina. Rozsah, ve kterém rodina předává kulturní poselství o štíhlosti a tvaru těla, je dle Haworth-Hoepfner stěžejní k pochopení procesů spojených s rozvojem „body image“ a vlivem těchto procesů na rozvoj PPP. Z výsledků jejího kvalitativního výzkumného šetření vyplynulo, že v rodinách žen

trpících PPP představovaly tělesná hmotnost a ideál štíhlosti ústřední téma konverzace, objevovala se zde pravidelná kritika ze strany jednoho či obou rodičů.

Stern, Dixon et al. (1989), na jejichž výzkum odkazuje Krch (1999), zkoumali ve své práci rodinné prostředí anorektických a bulimických pacientek. K posouzení použili Škálu rodinného prostředí<sup>10</sup>. Zjistili, že rodiny s pacientem s PPP vykazují oproti kontrolním rodinám menší expresivitu a nižší aktivní rekreační orientaci a naopak vyšší orientaci na úspěch a vyšší konfliktovost.

Novák (2010) odkazuje na výzkumy Bruchové (1973) a Palazzoli (1974), které ve svých studiích analyzovaly rodiny s pacientek s MA. Bruchová zjistila, že rodiče měli na své děti příliš vysoké nároky a oceňovali je především jako někoho, kdo by mohl učinit jejich život a očekávání uspokojivější a naplněnější. Palazzoli uvádí, že rodiče pacientek často trpěli neurotickými problémy, naplno se věnovali svému zaměstnání, snažili se na veřejnosti vypadat spořádaně, byli puritánští a věřící. Žili v neustálém napětí a hádky zde byly na denním pořádku.

Další studie, která se zabývala komunikací, soudržností a přizpůsobivostí v rodinách pacientů s PPP, se uskutečnila v Chorvatsku. Porovnávalo bylo 76 pacientek s PPP v průměrném věku 20 let se dvěma kontrolními skupinami bez tohoto onemocnění přibližně ve stejném věku. Výsledky ukázaly, že pacientky s PPP hodnotily své rodinné prostředí jako méně soudržné a méně přizpůsobivé než obě kontrolní skupiny. Rovněž komunikace s matkou byla hodnocena negativněji u pacientek než u kontrolních skupin (Vidovic, Jureša, Begovac, Mahnik, Tocilj, 2005).

V České republice se touto problematikou zabývala Štecková (2007), která na základě polostrukturovaného rozhovoru a Testu rodinného systému (FAST)<sup>11</sup> vyzpovídala osm respondentek ve věku 18-28 let. Kritérii bylo, aby byly svobodné, bezdětné, pocházely z úplných rodin a s mentální anorexií se léčily ambulantně nebo byly kvůli ní hospitalizovány. Z rozhovoru i z Testu rodinného systému vyplynulo, že dívky pocházejí z dysfunkčního prostředí, v němž byly hádky a nedorozumění na denním pořádku. Respondentky vnímaly

---

<sup>10</sup> Jedná se o sebesposuzovací metodu, která je přepracovanou a adaptovanou verzí původní Family Environment Scale (Moos, Moos, 1981). ŠRP se zaměřuje na sociální atmosféru v rodině – na popis interpersonálních vztahů, na směry osobnostního růstu, které jsou v rodině zdůrazňované, na základní organizační strukturu v rodině. Škála obsahuje deset subškál, které monitorují funkční parametry rodinného prostředí (Sobotková, 2001).

<sup>11</sup> Test rodinného systému vytvořil Gehring a o převedení do českého prostředí se zasloužila Sobotková. Jedná se o projektivní metodu využívající prostorové znázornění rodinných vztahů, kde dospívající staví pomocí figurek svou rodinu na šachovnici. Rozmístěním mají možnost vyjádřit vztahovou blízkost těchto osob, pohledem figurky vztah dokreslit a pomocí podstavečků znázornit, kdo má v rodině kolik moci. Rodina se takto staví ve třech situacích – v klasické, ideální a konfliktní. K těm potom manuál nabízí vždy sadu otázek týkajících se změn v minulosti, frekvence takovýchto situací a dotazů, pro koho je daná situace nejhorší či nejdůležitější a co by pro ni či pro její změnu dospívající nebo někdo jiný z rodiny mohl udělat.

typické vztahy v rodině jako málo soudržné, necítily oporu, citové zázemí, zájem. Navíc se v rodinách ve zvýšené míře vyskytovala agrese jak verbální, tak i fyzická.

Občanské sdružení Anabell zabývající se problematikou PPP v České republice zkoumalo v roce 2006 rodinné prostředí dívek s PPP. Rodinné prostředí bylo dle odpovědí klientek Občanského sdružení Anabell konfliktnější, více orientované na úspěch a více kontrolující a zároveň méně soudržné, než tomu bylo ve srovnání s dívkami bez tohoto onemocnění. Taktéž rodiče byli těmito dívkami vnímáni více negativně a vztahy k nim byly mockrát konfliktnější.

Staňková v roce 2008 vyzpovídala pomocí rozhovoru dívky, které dosáhly v EAT-26 kritického skóre a z nichž se jedna prokazatelně léčila s PPP. Všechny dívky odpověděly kladně na otázku, zda měl někdo v z jejich okolí někdy narážky na jejich vzhled. Na otázku, jestli mají pocit, že na ně někdo z rodiny či jejich okolí klade vysoké nároky, odpověděly rovněž všechny tři dívky kladně.

## 2. Výzkumný problém

Jídelní postoje jsou ve světovém měřítku dobře probádanou oblastí. S využitím Testu jídelních postojů (EAT-26) bylo uskutečněno velké množství výzkumných šetření, které zmapovaly patologické jídelní postoje především u žáků a studentů základních, středních i vysokých škol (Dalle Grave, DeLuca & Oliosi, 1997; Van Zyl, Surujlal, Dhurup, 2012; Bilali, Galanis, Velonakis, Katostarar, 2010; Balhara, Mathur, Kataria, 2012). V českém prostředí bylo realizováno s použitím tohoto dotazníku méně výzkumů a na malých vzorcích (Staňková, 2008, Komosná, 2012). Předmětem zkoumání byli taktéž především žáci a studenti, proto je možné výsledky porovnat s jinými výzkumnými šetřeními. Zjištění patologických jídelních postojů a možnosti rozvoje PPP u respondentů je dílčím cílem mého výzkumného šetření.

Protože narušené jídelní postoje představují první krok k rozvoji poruch příjmu potravy, rozhodla jsem se zhodnotit, zda tyto rizikové příznaky souvisí s dysfunkčním rodinným prostředím. Hypotézy jsem definovala na základě výzkumů, ve kterých hodnotili pacienti s rozvinutými poruchami příjmu potravy své rodinné prostředí.

Minuchin a jeho kolegové (Minuchin, Rosman, Baker, 1978) popsali typické rysy rodin s pacientem s diagnózou mentální anorexie. Zajímavé bylo, že u těchto rodin popsali vysokou míru soudržnosti. Tento předpoklad byl v dalších výzkumech vyvrácen (Aragona, Catapano, Loriedo a Alliani, 2011; Štecková, 2007 aj.) a bylo naopak zjištěno, že rodiny vykazují spíše nižší soudržnost. Většina výzkumů prokázala velké množství sporů a konfliktů v rodině pacientů (Štecková, 2007; Občanské sdružení Anabell; 2006, Stern, Dixon et al., 1989; Palazzoli, 1974). U rodin s pacientem trpícím poruchou příjmu potravy byla rovněž často zaznamenána vysoká orientace na úspěch (vysoká míra perfekcionismu): Stern, Dixon et al. (1989) zjistili, že rodiny s pacientem s PPP vykazují oproti kontrolním rodinám nižší aktivní rekreační orientaci a naopak vyšší orientaci na úspěch. Také Bruchová (1973) potvrzuje, že rodiče pacientů měli na své děti příliš vysoké nároky a oceňovali je především jako někoho, kdo by mohl učinit jejich život a očekávání uspokojivější a naplněnější. Rodinné prostředí klientek Občanského sdružení Anabell (2006) bylo více orientované na úspěch a více kontrolující, než tomu bylo ve srovnání s dívkami bez tohoto onemocnění. Tyto závěry byly zjištěny převážně v kvalitativních výzkumech u malého počtu respondentů, proto je vhodné/užitečné tyto závěry dále ověřovat. Ve své práci provedu ověření těchto výsledků, avšak ne u pacientů s plně rozvinutou poruchou, ale v době, kdy tyto poruchy vznikají a u jedinců, jež vykazují rizikové jídelní postoje. Podobný výzkum uskutečnila v České republice Staňková (2008), která vyhodnotila Test jídelních postojů a následně vyzpovídala pomocí rozhovoru dívky, které dosáhly v EAT-26 kritického skóre a z nichž se jedna prokazatelně léčila s PPP. Všechny dívky odpověděly kladně na otázku, zda mají pocit, že na ně někdo z rodiny či jejich okolí klade vysoké nároky.

Na základě výše uvedených studií jsem formulovala hlavní cíl mého výzkumného šetření: ověřit, zda jedinci s vyšší mírou narušených postojů pocházejí z dysfunkčního rodinného prostředí, které chápu jako méně soudržné, konfliktnější a s vyšší orientací na úspěch.

## **2.1. Cíle výzkumného šetření**

Výzkumné šetření si klade za cíl zjistit, zda představují dospívající pocházející z dysfunkčního rodinného prostředí rizikovější skupinu pro vznik poruch příjmu potravy. Výzkumné šetření má konkrétně za úkol zmapovat výskyt počátečních příznaků poruch příjmu potravy a patologických jídelních postojů u dospívajících a prozkoumat, zda se tyto příznaky projevují více u jedinců pocházejících z dysfunkčního rodinného prostředí. Předmětem mého výzkumu nejsou tedy PPP samy o sobě, ale jídelní postoje, které naznačují počáteční příznaky těchto poruch.

## **2.2. Operacionalizace**

Pro určení míry rizikovosti vzniku PPP jsem použila Test jídelních postojů EAT-26. Test jídelních postojů se mi zdá nejvhodnější pro můj výzkum, protože určí pomocí počátečních příznaků PPP patologické jídelní postoje. Je časově nenáročný pro respondenty a veřejně přístupný.<sup>12</sup>

Tento standardizovaný dotazník byl sestaven D. Garnerem v roce 1979. Původní test obsahoval čtyřicet položek, ale pro menší náročnost byla vytvořena i zkrácená verze s šestadvaceti položkami, kterou jsem uplatnila ve svém výzkumu. V testu se nachází tři okruhy otázek, které určují:

- zda mají dospívající sklon k držení různých diet a tím i k mentální anorexii;
- zda se dospívající nepřiměřeně zabývají jídlem (riziko vzniku mentální bulimie);
- zda mají dospívající potíže s nadměrnou orální kontrolou příjmu potravy.

---

<sup>12</sup> Pro získání povolení k použití testu stačilo vyplnit jméno a email na oficiálních stránkách a na email jsem obdržela povolení.



Podle těchto znaků zmapují jídelní postoje u středoškoláků. Kritickým skóre, které signalizuje patologické jídelní postoje a možnost rozvoje PPP, je dosažení dvaceti a více bodů v testu.

Za dysfunkční rodinné prostředí považují dle výše uvedených výzkumů rodinné prostředí, které respondenti hodnotí jako příliš perfekcionista (orientované na úspěch), méně soudržné a s větším výskytem konfliktů.

Vybrala jsem si tedy tři dimenze rodinného prostředí, jejichž charakteristika je popsána ve Škále rodinného prostředí (Hargašová, Kollárik, 1986)<sup>13</sup>:

- 1) Soudržnost - vyjadřuje, do jaké míry se členové rodiny jeden o druhého zajímají, jak si vzájemně pomáhají a podporují se.
- 2) Konfliktovost - zjišťuje, do jaké míry jsou pro členy rodiny charakteristické otevřené projevy hněvu a agresivity a jiné konfliktní situace.
- 3) Orientace na úspěch - vyjadřuje, do jaké míry se v rodině zdůrazňuje soutěživost a dosahování co nejlepších výsledků.

### **2.3. Výzkumné otázky a hypotézy**

Obecnou výzkumnou otázkou „*Představují dospívající pocházející z dysfunkčního rodinného prostředí rizikovější skupinu pro vznik poruch příjmu potravy*“ následně rozdělují do specifických výzkumných otázek:

- 1) *Hodnotí jedinci s narušenými jídelními postoji své rodinné prostředí jako méně soudržné než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje?*
- 2) *Hodnotí jedinci s narušenými jídelními postoji své rodinné prostředí jako konfliktnější než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje?*
- 3) *Hodnotí jedinci s narušenými jídelními postoji své rodinné prostředí jako více perfekcionista než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje?*

---

<sup>13</sup> ŠRP se zaměřuje na sociální atmosféru v rodině – na popis interpersonálních vztahů, na směry osobnostního růstu, které jsou v rodině zdůrazňované, na základní organizační strukturu v rodině. Je přepracovanou a adaptovanou verzí původní Family Environment Scale (FES, Moos, Moos, 1981). Předpokládá se, že různá prostředí mají jedinečnou tvárnost, osobitost, stejně jako ji mají jednotlivci. ŠRP je jeden z prvních nástrojů vyvinutých speciálně pro hodnocení rodiny. U nás je první oficiálně vydanou metodou, která umožňuje zachytit rodinné prostředí v jeho systémové povaze.

Na základě výše zmíněných výzkumů (především Stern, Dixon et al., 1989; Občanské sdružení Anabell, 2006) formuluji hypotézy, které naznačují vztahy mezi hlavními sledovanými proměnnými:

*H1 Jedinci s narušenými jídelními postoji vnímají své rodinné prostředí jako méně soudržné než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje.*

*H2 Jedinci s narušenými jídelními postoji vnímají své rodinné prostředí jako konfliktnější než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje.*

*H3 Jedinci s narušenými jídelními postoji vnímají své rodinné prostředí jako více perfekcionista než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje.*

## **2.4. Výzkumná strategie**

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu, jelikož její podstatou je zkoumání vztahu mezi proměnnými, což je i předmětem mé práce. Tato metoda spočívá ve formulování hypotéz na základě teoreticky definovaného problému. Prostřednictvím hypotéz se určí předpokládané vztahy mezi proměnnými, které jsou následně potvrzeny či vyvráceny v rámci výzkumného šetření (Disman, 1993). Ve své práci jsem se pokusila pomocí kvantitativní strategie výzkumu prozkoumat vztahy mezi danými proměnnými, tedy mezi rizikovými jídelními postoji a rodinným prostředím. Cílem je popsat, jak vypadá sociální realita, nikoli vysvětlit, proč věci takovým způsobem fungují.

## **2.5. Techniky sběru dat**

Pro sběr dat od respondentů jsem si vybrala tištěné dotazníky, jelikož je považuji za nejrychlejší a nejefektivnější způsob získání dat od zkoumaného vzorku populace. Výhodou dotazníku je, že nám umožňuje získat informace od velkého počtu jedinců v relativně krátkém čase a s poměrně nízkými náklady (Disman, 1993). Dotazník může poskytnout mnoho výhod, mimo již zmíněné i to, že odpovědi jsou snadno kvantifikovatelné, protože všichni respondenti odpovídají na stejné otázky. Na druhou stranu může dojít k nesnázi, že otázky nejsou pochopeny všemi stejně. Možné problémy jsem se pokusila eliminovat uskutečněním předvýzkumu s přibližně desetičlennou skupinou středoškoláků pro ověření srozumitelnosti dotazníku.

## **2.7. Konstrukce dotazníku**

Dotazník byl sestaven tak, aby jeho vyplňování trvalo co nejkratší dobu, neboť na vyplnění dotazníku byla určena vždy pouze část jedné vyučovací hodiny. Důležité také bylo, aby respondenti udrželi pozornost - aby je délka dotazníku neodradila od jeho vyplnění. Na začátku dotazníku popisují respondentům jeho strukturu a ujišťují je o anonymitě výzkumu. Každý dotazník byl označen kódem tak, aby nebyl v žádné souvislosti rozpoznatelný jeho autor či autorka.

Otázky v dotazníku jsou seřazené tak, aby v popředí byly vždy ty zajímavější a ty citlivější až na konci. Dotazník obsahuje celkem pětapadesát otázek, z toho je sedm uzavřených, dvě polootevřené otázky a dvě vícepoložkové škály.

V první části dotazníku byl se svolením autorů použit Test jídelních postojů (EAT-26), v němž respondenti vybírali na šestistupňové škále, v jaké míře souhlasí s šestadvaceti tvrzeními. Jak již bylo řečeno, tvrzení jsou rozdělena do tří okruhů otázek, které jsou zaměřeny na dodržování redukčních diet (1., 6., 7., 10., 11., 12., 14., 16., 17., 22., 23., 24. a 26. položka v otázce č. 3), na pocit ztráty kontroly při konzumaci jídla (3., 4., 9., 18., 21. a 25. položka v otázce č. 3) a na kontrolu jídelního chování – orální kontrolu (2., 5., 8., 13., 15., 19. a 20. položka v otázce č. 3). Každá položka v testu má stejnou, šestistupňovou, škálu odpovědí: vždy, velmi často, často, někdy, zřídka, nikdy. Odpovědi jsou hodnoceny následovně: vždy - 3 body, velmi často - 2 body, často - 1 bod, někdy - 0 bodů, zřídka - 0 bodů, nikdy - 0 bodů. Pouze otázka č. 26 je hodnocena opačně. Body z každého dotazníku se sečtou a vyhodnotí. Kritickým skóre, které signalizuje patologické jídelní postoje, je dosažení 20 a více bodů v testu.

Druhá část dotazníku zjišťuje, jak středoškoláci hodnotí své rodinné prostředí. Otázka č. 4 zjišťuje složení domácnosti respondentů, další otázky se týkají vzdělání rodičů a tělesné váhy rodičů, tyto otázky byly vloženy především kvůli ověření, zda nemohou ovlivňovat výsledek šetření. Následuje čtyřstupňová škála s dvaceti tvrzeními o rodině (otázka č. 9), která je stěžejní pro hodnocení rodinného prostředí respondentů. Výroky byly částečně převzaty ze Škály rodinného prostředí (Hargašová, Kollárik, 1986) a částečně jsem je formulovala sama. Z toho prvních osm výroků slouží k zjištění soudržnosti rodiny respondenta. Následujících šest tvrzení je zaměřeno na konfliktovost v rodině a s pomocí posledních šesti výroků respondenti hodnotí, do jaké míry je jejich rodina orientovaná na úspěch (perfekcionistická). K hodnocení byla použita čtyřstupňová postojová škála, kde jsou odpovědi hodnoceny následovně: zcela souhlasím - 4 body, spíše souhlasím - 3 body, spíše nesouhlasím - 2 body, zcela nesouhlasím - 1 bod. Vyšší skóre značí vyšší míru soudržnosti,

konfliktovosti a perfekcionismu v rodině. Pouze dvě otázky jsou hodnoceny opačně<sup>14</sup>. Otázka č. 10 zjišťuje pohlaví respondenta. Otázka č. 11 zjišťuje typ školy.

## **2.8. Výběr vzorku**

Základní soubor tvoří studenti a studentky prvního ročníku gymnázií, středních odborných škol a středních odborných učilišť v Mladé Boleslavi ve věku 15-17 let. Základní soubor byl vybrán s ohledem na skutečnost, že PPP vznikají dle odborníků v období dospívání.

Vzorek byl vybrán pomocí náhodného stratifikovaného výběru, ve kterém je populace rozdělena do skupin homogenních vzhledem k nějakému kritériu a jedinci jsou vybíráni náhodně z těchto skupin (Disman, 1993). Kritériem pro rozdělení do homogenních skupin byl typ školy. Studenti z jednotlivých typů škol byli pak do vzorku vybráni tak, aby vzorek odpovídal jejich procentuálnímu zastoupení v základní populaci. Nejdřív jsem zjistila na středních školách počet relevantních tříd. Tyto třídy byly následně rozděleny do tří skupin (jednu skupinu tvořily relevantní třídy gymnazistů, druhou skupinu třídy učňů a poslední skupinu třídy studentů středních odborných škol). Každé třídě jsem přiřadila číslo. Konkrétní třídy byly vybrány pomocí generátoru náhodných čísel.

---

<sup>14</sup> Jedná se o výroky: 1) Rodiče málokdy ztrácejí nervy. 2) V naší rodině převládá názor, že se ničeho nedosáhne, když se zvýší hlas.

## **2.9. Realizace dotazníkového šetření**

Dotazníkové šetření proběhlo v termínu od 22. 10. 2013 do 05. 11. 2013. Do výzkumného vzorku bylo vybráno celkem šest škol a devět tříd z Mladé Boleslavi, a to:

- Střední škola gastronomie a hotelnictví (obor Hotelnictví);
- Obchodní akademie (obor Ekonomické lyceum, třídy: 1. A, 1. B);
- Střední průmyslová škola (obor Strojírenství, obor Strojírenská technická administrativa);
- Gymnázium Dr. Josefa Pekaře (třída 1. B);
- Soukromá střední škola Maja (obor Kadeřník);
- Integrovaná střední škola, Na Karmeli (obor Aranžér, obor Cukrář – Pekař).

Dotazníky byly rozdány vždy v průběhu vyučovací hodiny, což je velice efektivní, protože nám to zajistí vysokou návratnost dotazníků a je možné odpovídat na případné dotazy respondentů na rozdíl od elektronických dotazníků. V šesti třídách jsem dotazníky rozdala osobně. Respondenti byli ujištěni, že vyplnění dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné. V ostatních třech třídách rozdali dotazníky učitelé, kterým jsem dala potřebné pokyny k vyplnění dotazníků. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 179 respondentů. Návratnost dotazníků byla 100%. Osm dotazníků však bylo vyřazeno z důvodu jejich neúplného vyplnění.

### 3. Výsledky výzkumu

Sebraná data jsem zpracovávala a analyzovala s využitím statistických metod v programu Microsoft Excel 2007.

Nejdříve představuji výzkumný vzorek formou popisných charakteristik – celkový počet respondentů, rozdělení podle pohlaví a zastoupení jednotlivých škol. Pokračuji vyhodnocením Testu jídelních postojů (EAT-26) a ukazuji rozdíly ve skórech dle pohlaví a jednotlivých škol. Následuje rozdělení respondentů dle skóre na rizikovou skupinu s narušenými jídelními postoji a na kontrolní skupinu nevykazující narušené jídelní postoje.

Výzkumné otázky se snažím zodpovědět ověřením předem formulovaných hypotéz. Hypotézy byly analyzovány prostřednictvím dvouvýběrového t-testu<sup>15</sup>. Před použitím t-testu byl použit F-test, který určil, zda má být hypotéza ověřována pomocí dvouvýběrového t-testu s rovností rozptylů či pomocí dvouvýběrového t-testu s nerovností rozptylů. Jako hladinu významnosti  $\alpha$  jsem zvolila obvyklou hodnotu 0,05. Tato hladina představuje pravděpodobnost, s jakou se zamítne nulová hypotéza<sup>16</sup>, ačkoliv ona platí, a odpovídá míře ochoty výzkumníka smířit se s výskytem takové chyby. Obvykle se volí velmi malá (0,05 nebo 0,01). Zvolená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  také stanovuje standardní úroveň spolehlivosti testů na 95 %, což znamená, že existuje 95% pravděpodobnost, že výsledná zjištění nejsou náhodná. Výsledky testů s touto hladinou významnosti jsou obecně považovány za dostatečně průkazné (Hendl, 2004).

Následně kontroluji vliv rušivých proměnných, zda nemohly zkreslit výsledky výzkumu. V závěrečné diskuzi porovnávám výsledky mého výzkumu s jinými výzkumnými šetřeními a hodnotím validitu a reliabilitu výzkumu.

---

<sup>15</sup> T-test slouží k porovnání průměrů dvou populací.

<sup>16</sup> Nulová hypotéza je tvrzení, které obvykle deklaruje „žádný rozdíl“, alternativní hypotéza znamená situaci, kdy nulová hypotéza neplatí a obvykle se vyjadřuje jako „existence difference“ mezi skupinami.

### 3.1. Výzkumný soubor

Celkově bylo zpracováno 171 dotazníků (N=171), 63 % výzkumného vzorku představují ženy (N=107), 37 % výzkumného vzorku je zastoupeno muži (N=64) viz **Tabulka č. 1**. Zastoupení respondentů dle typu školy ukazuje **Tabulka č. 2**. Studenti středních odborných škol (SOŠ) představují 63 % výzkumného vzorku, 22 % studenti středních odborných učilišť (SOU), 15 % studenti gymnázia.

*Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví*

Respondenti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	64	37%
Ženy	107	63%
Celkem	171	100%

*Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů dle typu školy*

Respondenti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Gymnázium	25	14%
SOŠ	109	64%
SOU	37	22%
Celkem	171	100%

Většina respondentů (64 %) žije v domácnosti s oběma rodiči, 14 % žije pouze s jedním rodičem, 17 % žije s jedním rodičem a jeho partnerem a 5 % respondentů odpovědělo jinak a uvedlo, že žijí s prarodiči či střídavě u obou rodičů. Výsledky znázorňuje **Graf číslo 1** v Příloze č. 2. Vzdělání rodičů respondentů znázorňuje **Graf číslo 2** v Příloze č. 2.

### 3.2. Vyhodnocení Testu jídelních postojů (EAT-26)

Dílčím cílem mého výzkumného šetření bylo zmapovat počáteční příznaky poruch příjmu potravy a patologické jídelní postoje středoškoláků v Mladé Boleslavi. K tomuto účelu byl použit Test jídelních postojů (EAT-26). V **Tabulka č. 3** uvádím popisné statistiky Testu jídelních postojů, nejvyšší dosažené skóre bylo 52 bodů, přičemž v testu je možné dosáhnout maximálně 78 bodů. Vzhledem k odlehlym hodnotám ve výsledcích Testu jídelních postojů uvádím medián. Relativní četnost odpovědí v EAT-26 zobrazuje **Tabulka číslo 2** v Příloze č. 1.

Tabulka č. 3: Popisné statistiky jídelních postojů

	N	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	SD
EAT-26	171	11,6	8	1	52	10,1

Kritického skóre, které signalizuje patologické jídelní postoje a poukazuje na možnost rozvoje PPP, dosáhlo 48 (28 %) z celkového počtu 171 respondentů. Patologické jídelní postoje byly zjištěny u 5 mužů (8 %) a 43 žen (40 %). Modus<sup>17</sup> ve skupině s narušenými jídelními postoji je 20.

Na gymnáziu dosáhlo kritického skóre 7 respondentů (27 %) z celkového počtu 26 respondentů, na SOU 7 respondentů (19 %) z celkového počtu 37 respondentů. Na SOŠ byly patologické jídelní postoje zaznamenány u 34 respondentů (31 %), z toho u 29 dívek a 5 chlapců z celkového počtu 108 respondentů (viz **Tabulka č. 4**). Nejvyšší procento patologických jídelních postojů tedy dosáhli studenti SOŠ.

Tabulka č. 4: Relativní četnost respondentů, kteří dosáhli kritického skóre v EAT-26 dle typu školy

	EAT-26 ≥20	Celkem respondentů
Gymnázium	27%	26
SOŠ	31%	108
SOU	19%	37

<sup>17</sup> Hodnota, která se v datech vyskytuje nejčastěji (Hendl, 2004, s. 94).



### 3.3. Vliv rodinného prostředí na rozvoj PPP

Hlavním cílem mého výzkumného šetření je zjistit, zda jsou rizikovější skupinou pro vznik PPP dospívající pocházející z dysfunkčního rodinného prostředí. Jedince s narušenými jídelními postoji označím jako rizikovou skupinu s narušenými jídelními postoji (RS) a jedince s nižším než kritickým skóre jako kontrolní skupinu nevykazující narušené jídelní postoje (KS).

#### 3.3.1. Hypotéza H1

Pro specifikaci první výzkumné otázky byla formulována hypotéza *H1 Jedinci s narušenými jídelními postoji vnímají své rodinné prostředí jako méně soudržné než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje.*

K ověření hypotézy byla stěžejní vícepoložková postojová škála. Respondenti hodnotili, do jaké míry souhlasí s osmi tvrzeními týkajícími se soudržnosti rodiny<sup>18</sup>. Míra souhlasu s jednotlivými výroky byla obodována následovně: 4 – zcela souhlasím až 1 – zcela nesouhlasím. Vyšší skóre zde znamená vyšší míru soudržnosti v rodině a nižší naopak nízkou míru soudržnosti v rodině.

Nejprve jsem použila ukazatel Cronbachovo alfa, abych ověřila míru vnitřní konzistence subškály. Výsledná hodnota 0,79 poukazuje na vysokou vnitřní konzistenci a reliabilitu u subškály soudržnosti.

Následně jsem sečetla body z osmi položek u každého respondenta a získala tak výsledné skóre. Poté následovalo porovnání obou skupin – RS a KS. Naměřené hodnoty u obou skupin jsou znázorněny v **Tabulka č. 5**. Je patrné, že průměrné skóre u RS je nižší než u KS. Dále je nutné ověřit, zda je tento rozdíl statisticky významný.

Tabulka č. 5: Soudržnost u RS a KS

	N	Průměr	Rozptyl	Minimum	Maximum
RS	48	23,5	16,2	15	32
KS	123	25,6	17,4	11	32

<sup>18</sup> Jedná se o tvrzení: 1) Členové naší rodiny si navzájem pomáhají a vzájemně se podporují. 2) V naší rodině si spolu hodně povídáme. 3) Rodiče dbají na to, abych měl/a ve škole dobrý prospěch (např. mi pomáhají s učením, kontrolují moje známky). 4) U nás v rodině svěřujeme jeden druhému své osobní problémy. 5) Rodiče se zajímají o to, jak trávím svůj volný čas. 6) Mám pocit, že rodičům na mě záleží. 7) U nás doma můžeme o všem otevřeně hovořit. 8) Naše rodina drží pospolu.

Pro ověření hypotézy jsem si vybrala dvouvýběrový t-test, který slouží k porovnání průměrů dvou populací. Zvolila jsem si hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$ . Před použitím t-testu jsem ověřila shodu rozptylů pomocí F-testu (viz **Tabulka č. 6**). Výsledky F-testu ukázaly, že testová hodnota F je větší než kritická hodnota F krit (1). V tomto případě to znamenalo, že musím použít dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů. Výsledky t-testu ukazuje **Tabulka č. 7**. Hodnota p ( $p = 0,003$ ) je nižší než hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ), a proto lze konstatovat, že existuje významný rozdíl mezi skupinou s narušenými jídelními postoji a skupinou bez narušených jídelních postojů. Na základě těchto skutečností se tedy hypotéza H1 **potvrdila**.

Tabulka č. 6: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl - souhržnost

	RS	KS
Střední hodnota	23,5	25,6
Rozptyl	16,2	17,4
Pozorování	48	123
F	0,931	
P(F<=f) (1)	0,399	
F krit (1)	0,655	

Tabulka č. 7: Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů - souhržnost

	RS	KS
Střední hodnota	23,5	25,6
Rozptyl	16,2	17,4
Pozorování	48	123
t Stat	-3,011	
P(T<=t) (1)	0,002	
t krit (1)	1,662	
P(T<=t) (2)	0,003	
t krit (2)	1,987	

### 3.3.2. Hypotéza H2

Pro specifikaci druhé výzkumné otázky byla formulována hypotéza H2 *Jedinci s narušenými jídelními postoji vnímají své rodinné prostředí jako konfliktnější než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje.*

Hypotézu jsem ověřovala pomocí šesti výroků v postojové škále<sup>19</sup>. Míra souhlasu s jednotlivými výroky byla obodována následovně: 4 – zcela souhlasím až 1 – zcela nesouhlasím. Dvě položky byly ohodnoceny opačně, tedy: 4 – zcela nesouhlasím až 1 – zcela souhlasím. Vyšší skóre naznačuje vyšší konfliktovost v rodině a nižší naopak nižší míru konfliktovosti v rodině.

Následně byla vypočtena hodnota Cronbachova alfa na 0,66. Subškála konfliktovosti je dostatečně reliabilní.

Poté jsem u každého respondenta sečetla skóre z jednotlivých položek a získala tak výsledné skóre. Výsledky škály zobrazuje **Tabulka č. 8**, ze které je zřejmé, že nepatrně vyšší skóre bylo naměřeno u RS.

Tabulka č. 8: Konfliktovost u RS a KS

	N	Průměr	Rozptyl	Minimum	Maximum
RS	48	13,2	11,6	7	21
KS	123	12,9	10,5	7	23

K ověření, zda je tento rozdíl statisticky významný, jsem si vybrala dvouvýběrový t-test. Zvolila jsem si hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$ . Před použitím t-testu jsem ověřila shodu rozptylů pomocí F-testu (viz **Tabulka č. 9**). Testová hodnota F je nižší než kritická hodnota F krit (1), což znamená, že pro ověření hypotézy musím použít dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů. Výsledky t-testu ukazuje **Tabulka č. 10**. Z tabulky lze vyčíst, že hodnota p ( $p = 0,565$ ) je vyšší než hladina významnosti, což znamená, že tento rozdíl není statisticky významný a hypotéza H2 **platná není**.

<sup>19</sup> Jedná se o výroky: 1) U nás doma mě často někdo kritizuje. 2) Členové naší rodiny se někdy tak rozčílí, že třískají věcmi. 3) Rodiče málokdy ztrácejí nervy. 4) Hádky jsou v naší domácnosti běžné. 5) V naší rodině převládá názor, že se ničeho nedosáhne, když se zvýší hlas. 6) Rodiče používali při mé výchově fyzické tresty.

Tabulka č. 9: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl - konfliktovost

	RS	KS
Střední hodnota	13,2	12,9
Rozptyl	11,6	10,5
Pozorování	48	123
F	1,110	
P(F<=f) (1)	0,320	
F krit (1)	1,465	

Tabulka č. 10: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů - konfliktovost

	RS	KS
Střední hodnota	13,2	12,9
Rozptyl	11,6	10,5
Pozorování	48	123
t Stat	0,576	
P(T<=t) (1)	0,283	
t krit (1)	1,654	
P(T<=t) (2)	0,565	
t krit (2)	1,974	

### 3.3.3. Hypotéza H3

Poslední výzkumná otázka se zabývá orientací na úspěch v rodině. Byla formulována hypotéza *H3 Jedinci s narušenými jídelními postoji vnímají své rodinné prostředí jako více perfekcionistaické než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje.*

Hypotéza byla ověřována pomocí šesti výroků v postojové škále<sup>20</sup>. Míra souhlasu s jednotlivými výroky byla obodována následovně: 4 – zcela souhlasím až 1 – zcela nesouhlasím. Vyšší skóre naznačuje vyšší orientaci na úspěch v rodině (vyšší míru perfekcionismu v rodině) a nižší naznačuje přesný opak.

Položková reliabilita vyjádřená pomocí Cronbachovo alfa je 0,66. Tato subškála je tedy dostatečně reliabilní.

U každého respondenta jsem sečetla skóre z jednotlivých položek a získala tak výsledné skóre. Následně jsem porovnala skupiny. **Tabulka č. 11** znázorňuje výsledky, ze kterých je zřejmé, že vyšší skóre bylo naměřeno u RS.

<sup>20</sup> Jedná se o výroky: 1) V naší rodině se pokládá za velmi důležité něco v životě dokázat. 2) Členům rodiny záleží na tom, aby byl v bytě pořádek. 3) V naší rodině je velmi důležité přesně dodržovat to, na čem jsme se dohodli. 4) V naší rodině platí zásada – nejdřív práce, potom zábava. 5) Rodiče striktně kontrolují můj školní prospěch. 6) Členové naší rodiny se často navzájem srovnávají, kdo je lepší (např. v práci, škole, sportu).

Tabulka č. 11: Orientace na úspěch u RS a KS

	N	Průměr	Rozptyl	Minimum	Maximum
RS	48	18,1	10,2	11	24
KS	123	17,5	7,6	10	24

Rozhodla jsem se pro použití dvouvýběrového t-testu, abych zjistila, zda je tento rozdíl statisticky významný. Zvolila jsem si hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$ . Před použitím t-testu jsem ověřila shodu rozptylů pomocí F-testu (viz **Tabulka č. 12**). Testová hodnota F je nižší než kritická hodnota F krit (1), což znamená, že musím použít dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů. Výsledky t-testu ukazuje **Tabulka č. 13**. Hodnota p (0,177) je vyšší než hladina významnosti, tudíž rozdíl není statisticky významný. Hypotéza H3 tedy **neplatí**.

Tabulka č. 12: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl - orientace na úspěch

	RS	KS
Střední hodnota	18,1	17,5
Rozptyl	10,2	7,6
Pozorování	48	123
F	1,336	
P(F<=f) (1)	0,106	
F krit (1)	1,465	

Tabulka č. 13: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů – orientace na úspěch

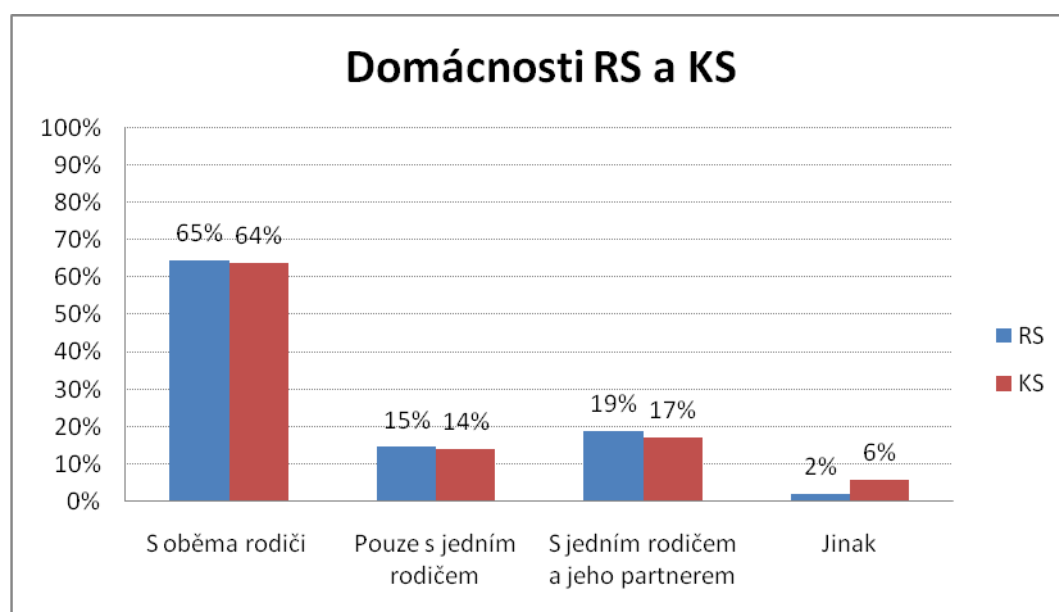
	RS	KS
Střední hodnota	18,1	17,5
Rozptyl	10,2	7,6
Pozorování	48	123
t Stat	1,357	
P(T<=t) (1)	0,088	
t krit (1)	1,654	
P(T<=t) (2)	0,177	
t krit (2)	1,974	

### 3.3.4. Vliv rušivých proměnných

Na závěr jsem porovnávala odpovědi respondentů s narušenými jídelními postoji a bez narušených jídelních postojů u kontrolních otázek v dotazníku (otázky č. 4 – 8), abych zhodnotila vliv rušivých proměnných<sup>21</sup>.

V otázce č. 4 odpovídali respondenti na otázku, s kým žijí v domácnosti (kromě sourozenců). **Graf č. 1** ukazuje, že procentuální rozložení výsledků je téměř totožné u obou skupin. Zdá se, že počet rodičů v domácnosti nemá významný vliv na rozvoj narušených jídelních postojů u respondentů. Tento předpoklad jsem ověřila pomocí chí-kvadrát testu. Vypočtená hodnota (0,79) byla vyšší než 0,05, což znamená, že rozdíl mezi RS a KS není statisticky významný.

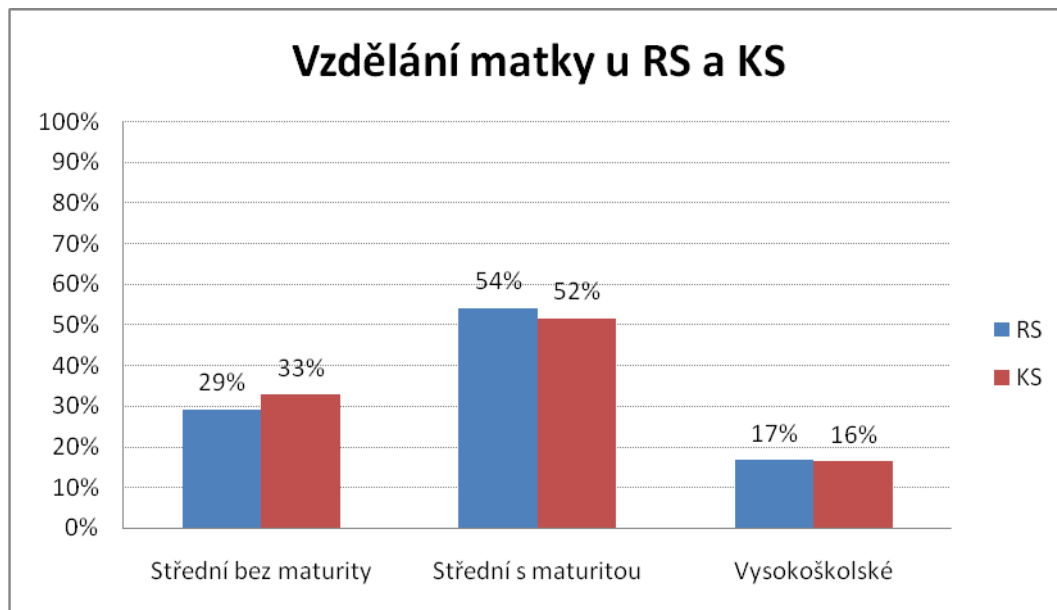
Graf č. 1: Složení domácnosti u RS a KS



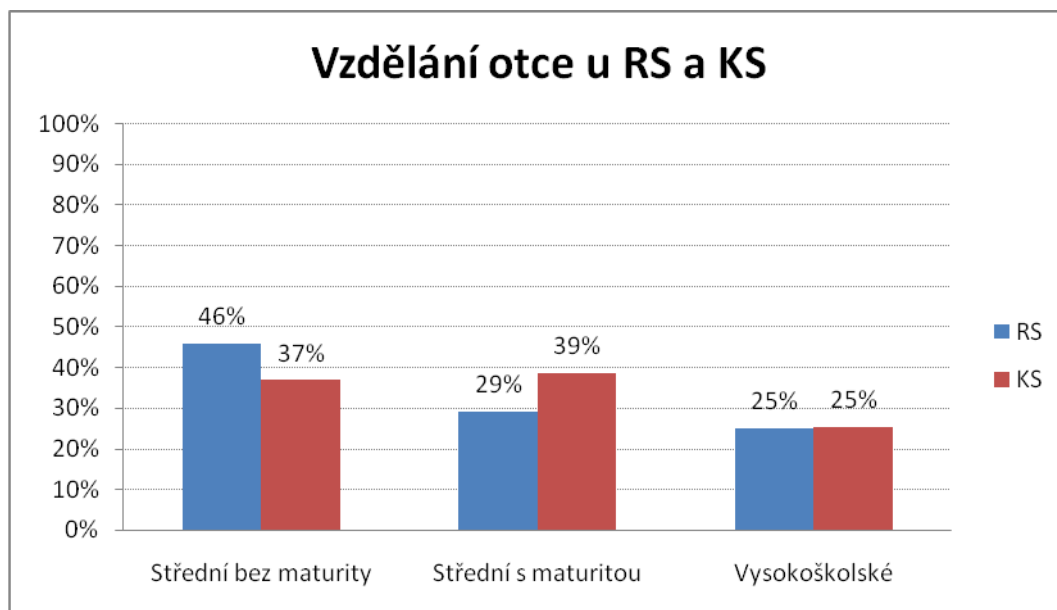
Otázky č. 5 a 6 se týkaly vzdělání rodičů respondentů. Vzdělání matky u RS a KS zobrazuje **Graf č. 2**. Vzdělání otce u RS a KS znázorňuje **Graf č. 3**. Lze předpokládat, že vzdělání rodičů výrazně neovlivňuje výsledek výzkumu. Tento odhad jsem ověřila chí-kvadrát testem. Výsledné hodnoty (0,46 a 0,91) testu byly vyšší než 0,05, rozdíly tedy nejsou statisticky významné.

<sup>21</sup> Rušivá (matoucí) proměnná je taková proměnná, která má vztah s cílovou proměnnou a její působení zkresluje naše uvažování o vztahu závislé a nezávislé proměnné (Hendl, 2004, s. 41).

Graf č. 2: Vzdělání matky u RS a KS



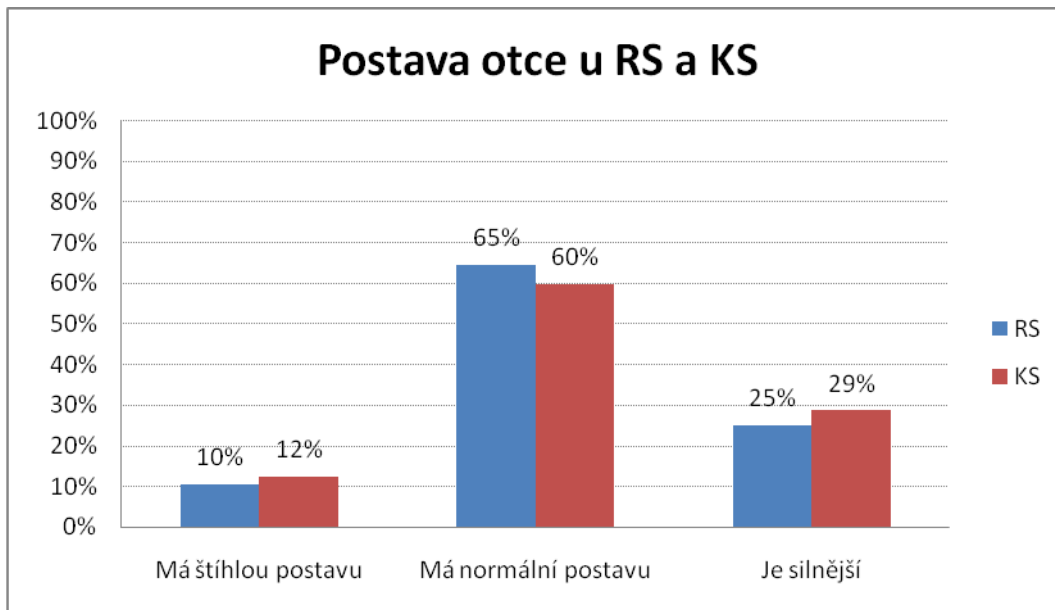
Graf č. 3: Vzdělání otce u RS a KS



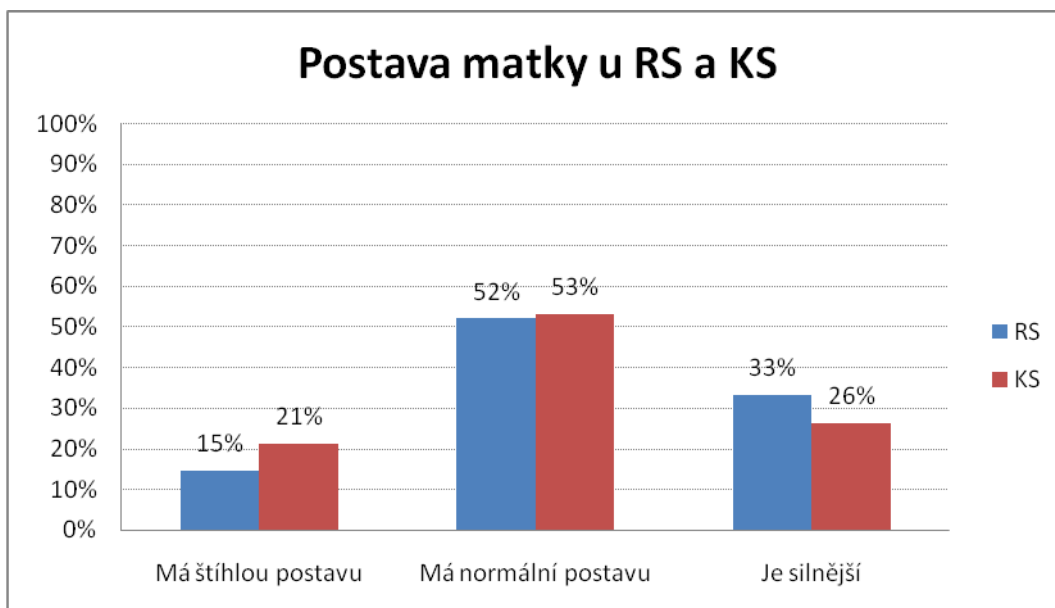
V otázkách č. 7 a 8 hodnotili respondenti postavu svých rodičů. Celkově se zdá, že postava rodičů by neměla mít podstatný vliv na výsledky výzkumu (viz **Graf č. 4** a **Graf č. 5**). Pomocí chí-kvadrát testu jsem tento předpoklad ověřila a zjistila, že rozdíly nejsou statisticky významné<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Vypočtené hodnoty (0,49 a 0,82) byly vyšší než 0,05.

Graf č. 4: Postava otce u RS a KS



Graf č. 5: Postava matky u RS a KS





## 4. Závěr

Na základě stanovených cílů bych chtěla shrnout výsledky svého výzkumného šetření a porovnat je s výsledky ostatních výzkumů týkajících se dané problematiky.

Cílem mé práce bylo kvantitativní výzkumné šetření, které mělo za úkol zmapovat počáteční příznaky poruch příjmu potravy a zjistit, zda se tyto příznaky vyskytují více u osob pocházejících z dysfunkčního rodinného prostředí.

V teoretické části jsem popsala nejčastější poruchy příjmu potravy a vylíčila diagnostická kritéria těchto nemocí. Při popisu jsem se držela striktně 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, jež jsem vyhledala na stránkách Světové zdravotnické organizace. Charakterizovány byly společné a odlišné znaky nejnámějších poruch – mentální anorexie a mentální bulimie. Důležité bylo rovněž zmapovat výskyt poruch příjmu potravy v České republice, k tomuto účelu byly použity především dokumenty z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dále jsem se zaměřila na výskyt narušených jídelních postojů v České republice a ten jsem shrnula na základě již provedených výzkumů (Krch, 1997; Vrbatová, Borůvková, 2010; Komosná, 2012). Na základě těchto výzkumů jsem stanovila dílčí cíl mého výzkumného šetření, a to zjistit pomocí Testu jídelních postojů počáteční příznaky poruch příjmu potravy a patologické jídelní postoje u středoškoláků v Mladé Boleslavi.

Teoretická část pokračuje popisem nejčastějších determinantů, které mají vliv na rozvoj poruch příjmu potravy. Odborníci (Rašticová, 2009; Novák, 2010) rozdělují tyto determinanty do tří základních skupin – na determinanty individuální, sociokulturní a rodinné. Největší pozornost byla věnována rodinnému prostředí. Zdravé rodinné fungování, jehož popis jsem použila ve své práci, charakterizovala Walshová (2012), dysfunkční rodinu naopak popisuje ve své knize Sobotková (2001). Teoretická část je zakončena výzkumy, jež zjišťovaly, v jakém rodinném prostředí vyrůstali pacienti s diagnózou poruchy příjmu potravy (Minuchin, Rosman, Baker, 1978; Aragona, Catapano, Lorigo a Alliani, 2011; Občanské sdružení Anabell, 2006; Štecková, 2007; Palazzoli, 1974 aj.).

Následovala operacionalizace, popis zvolených postupů kvantitativního šetření a analýza získaných dat.

Prvně jsem chtěla prozkoumat výskyt patologických jídelních postojů u středoškoláků v Mladé Boleslavi. Kritického skóre, které signalizuje patologické jídelní postoje a poukazuje na možnost rozvoje PPP, dosáhlo 48 (28 %) z celkového počtu 171 respondentů. Patologické jídelní postoje byly zjištěny u 5 mužů (8 %) a 43 žen (40 %). Výsledek je mnohem vyšší v porovnání s jinými výzkumy v českém prostředí. Komosná (2012) uskutečnila výzkum s pomocí EAT-26 u 200 respondentů ve věku 11-20 let a 28 respondentů (14 %) dosáhlo kritického skóre. Ve výzkumném šetření Krcha (1997) dosáhlo kritického skóre ve věkové

skupině 14-20 let celkem 11,4 % žen a 1,4 % mužů. Celkový vyšší procentuální výsledek testu v porovnání s výše jmenovanými výzkumy pravděpodobně ovlivnilo vyšší zastoupení žen ve výzkumném vzorku. Výsledek může také svědčit o vzrůstající tendenci narušených jídelních postojů. Vliv na výsledek výzkumného šetření mohlo mít i to, že jsem přímo nezmiňovala souvislost testu s PPP. Pouze jsem konstatovala, že se výzkum týká stravovacích návyků. U výzkumů je také důležité prokázat jejich reliabilitu<sup>23</sup> a validitu<sup>24</sup>. Test jídelních postojů (EAT-26) byl použit nesčetněkrát a má prokázanou validitu i reliabilitu (Nasser, 1997).

Po vyhodnocení Testu jídelních postojů jsem mohla přistoupit k zodpovězení specifických výzkumných otázek.

První výzkumná otázka se týkala soudržnosti rodiny, měla ověřit výsledky předešlých výzkumů (Aragona, Catapano, Lorio, a Alliani, 2011; Štecková, 2007 aj.), podle nichž byly rodiny s pacientem trpícím PPP méně soudržné. Byla formulována hypotéza: *H1 Jedinci s narušenými jídelními postoji vnímají své rodinné prostředí jako méně soudržné než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje.* Tato hypotéza byla ověřena pomocí dvouvýběrového t-testu s rovností rozptylů a byla potvrzena.

Druhá výzkumná otázka měla ověřit míru konfliktovosti ve skupině s narušenými jídelními postoji a ve skupině bez narušených jídelních postojů. Na základě výzkumů (Štecková, 2007; Občanské sdružení Anabell; 2006, Stern, Dixon et al., 1989; Palazzoli, 1974) byla formulována hypotéza: *H2 Jedinci s narušenými jídelními postoji vnímají své rodinné prostředí jako konfliktnější než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje.* Hypotéza byla ověřována rovněž dvouvýběrovým t-testem se shodnými rozptyly a bylo zjištěno, že rozdíl mezi skupinami není statisticky významný, tudíž se hypotéza nepotvrdila.

V poslední výzkumné otázce jsem se zaměřila na problém, zda jsou rodiny respondentů s narušenými jídelními postoji více orientované na úspěch a stanovila jsem hypotézu: *H3 Jedinci s narušenými jídelními postoji vnímají své rodinné prostředí jako více perfekcionista než jedinci, kteří nevykazují narušené jídelní postoje.* Tato hypotéza byla ověřena dvouvýběrovým t-testem se shodnými rozptyly a ukázalo se, jako v předchozím případě, že rozdíl mezi skupinami není statisticky významný, hypotéza se tedy nepotvrdila.

---

<sup>23</sup> Spolehlivost (reliabilita) měření znamená stupeň shody (konzistence) výsledků měření jedné osoby nebo jednoho objektu provedeného za stejných podmínek (Hendl, 2004, s. 48).

<sup>24</sup> Starší definice validity požadovala, aby procedura měření skutečně měřila to, co předpokládáme, že měří. V současnosti se vychází z požadavku, že uživatel má z výsledků měření odvodit správná rozhodnutí. Validita odkazuje na přiměřenost, smysluplnost a užitečnost specifických závěrů, jež se provádějí na základě výsledku měření (Hendl, 2004, s. 48).

Následně jsem zhodnotila pomocí chí-kvadrát testu vliv rušivých proměnných. Počet rodičů v domácnosti, vzdělání rodičů ani postava rodičů by pravděpodobně neměly mít významný dopad na výsledek výzkumného šetření.

Dvě ze tří hypotéz nebyly potvrzeny, a tudíž v tomto výzkumném šetření nebylo prokázáno, že by byli jedinci pocházející z dysfunkčního rodinného prostředí rizikovější skupinou pro rozvoj poruch příjmu potravy.

V podobném výzkumu, který uskutečnili Brookings a Wilson (1994) u 137 vysokoškolaček, byl vliv rodinného prostředí na jídelní postoje pomocí korelační a regresivní analýzy částečně potvrzen. V kvalitativních výzkumech uváděli pacienti s PPP problémy v rodině častěji než kontrolní skupiny bez těchto onemocnění. Výjimečně popsali pacienti své rodiny jako bezproblémové (Luhanová, 2012, s. 47). Odpověď na otázku, proč tedy nebyl vliv rodinného prostředí v tomto výzkumném šetření potvrzen, bychom mohli nalézt u Krcha (2005), který shrnuje, že se PPP a narušené jídelní postoje vyskytují u jedinců, jejichž rodiny vykazují nejednotné formy dysfunkce. Rozsáhlejší výzkum, který by zkoumal rodinné prostředí podrobněji, by možná mohl přinést odlišné výsledky a vliv rodinného prostředí potvrdit.

Na závěr bych chtěla zhodnotit limity mého výzkumného šetření. První problém, kterého jsem si vědoma, je zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku. Toto zastoupení, stejně tak jako zastoupení rizikové a kontrolní skupiny, není optimální, protože bylo dáno náhodným výběrem. Další nesnáž spočívá v tom, že respondenti nemusí být schopni objektivně posoudit sami sebe a za jiných okolností by mohli odpovídat jinak.

Nevýhodou Testu jídelních postojů je, že se musíme spoléhat na poctivost a upřímnost respondentů, ale na základě provedených výzkumných šetření lze konstatovat, že EAT-26 již mnohokrát správně určil jedince s mentální anorexií a je považován za užitečný nástroj při jejich určování. Samozřejmě ne všichni jedinci s kritickým skóre trpí plně rozvinutou poruchou, dotazník je lepší používat ve spojení s dalšími nástroji při odborné diagnostice těchto nemocí (Garner, 1979). Nasser (1997) hodnotí validitu a reliabilitu EAT-26 a uvádí, že EAT-26 je spolehlivý a validní nástroj při identifikaci poruch příjmu potravy v různých kulturách.

K hodnocení rodinného prostředí byly použity výroky především ze Škály rodinného prostředí (1986), která má prokázanou validitu i reliabilitu (Svoboda, 2009). Abych ověřila položkovou reliabilitu u jednotlivých subškál v tomto výzkumném šetření, použila jsem ukazatel Cronbachovo alfa. Subškála soudržnosti má vysokou vnitřní konzistenci (0,79) a zbylé dvě subškály mají vnitřní konzistenci dostatečnou (0,66).

Myslím si, že výzkum může být přínosem k dané problematice. Výsledek Testu jídelních postojů svědčí o tom, že by se tomuto tématu mělo věnovat více pozornosti, protože se jeví jako velice aktuální.

## Bibliografie

ARAGONA M, CATAPANO R, LORIEDO C, ALLIANI D. *The "psychosomatic" family system: are families with Eating Disorders more enmeshed and rigid than normal controls?*. Dialogues In Philosophy, Mental & Neuro Sciences. June 2011; 4(1): 10-15.

BABICZ-ZIELIŃSKA. E., WĄDOŁOWSKA L., TOMASZEWSKI D. *Eating Disorders: Problems of Contemporary Civilisation – A Review*. Polish Journal Of Food & Nutrition Sciences September 2013; 63(3): 133-146.

BALHARA Y., MATHUR S., KATARIA D. Body Shape and Eating Attitudes among Female Nursing Students in India. East Asian Archives Of Psychiatry. June 2012; 22(2): 70-74.

BILALI A., GALANIS P., VELONAKIS E., KATOSTARAS T. Factors Associated with Abnormal Eating Attitudes among Greek Adolescents. Journal Of Nutrition Education & Behavior. September 2010; 42(5): 292-298.

BROOKINGS J, WILSON J. Personality and Family-Environment Predictors of Self-Reported Eating Attitudes and Behaviors. Journal Of Personality Assessment. October 1994; 63(2): 313.

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, ISBN 978-802-6200-628.

DALLE GRAVE, R., DE LUCA, L., & OLIOSI, M. Eating attitudes and prevalence of eating disorders: A survey in secondary schools in Lecce, southern Italy. Eating and Weight Disorders, 1997; 1, 34-37.

DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002, ISBN 80-246-0139-7.

EAT-26 Self-Test. [online]. [cit. 2013-05-12]. Dostupné z: <http://www.eat-26.com>

FAIRBURN C., HARRISON P.: *Eating disorders*. Lancet. February 2003; 361(9355): 407.

HARGAŠOVÁ, M., KOLLÁRIK, T. *Škála rodinného prostredia: Príručka*. Bratislava: 1986. Psychodiagnostické a didaktické testy.

HAWORTH-HOEPPNER S. The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. Journal Of Marriage & Family. February 2000; 62(1): 212.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8820-1.

HORT, V., M. HRDLIČKA, J. KOCOURKOVÁ a E. MALÁ a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

KOMOSNÁ, Jana. *Nebezpečí anorexie a bulimie u dospívajících*. Olomouc, 2012. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta.

KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Grada, 2003. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

LUHANOVÁ, Klára. *PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V ADOLESCENČNÍM VĚKU*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce PhDr. Lenka Novotná.

MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, 141 s. ISBN 80-717-8747-7.

MINUCHIN, Salvador, Bernice L. ROSMAN a Lester BAKER. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1978, viii, 351 p. ISBN 06-747-2220-5.

NASSER, M. The EAT speaks many languages: Review of the use of the EAT in eating disorders research. *Eating & Weight Disorders*, 1997, 2, 174-181.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Cerm, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8.

Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9 (poruchy příjmu potravy) v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2006–2011. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2012 [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijmu-potravy-psychiatrickych-ambulantnich-luzkovych-zar>

RAŠTICOVÁ, Martina. Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. [online]. *E-psychologie*. 2009, roč. 3, č. 1 [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/clanek/39>

SAVUKOSKI M., MÄÄTTÄ K., UUSIAUTTI S. *The Other Side of Well-being - What Makes a Young Woman Become an Anorectic?* International Journal Of Psychological Studies. December 2011; 3(2): 76-86.

SEDLÁČKOVÁ, A. *Identita a některé aspekty rodinného prostředí u žen s mentální anorexií*. Brno, 2010. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/199317/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Jaroslava Dosedlová, Dr.

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-717-8795-7.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.

STAŇKOVÁ, Hana. *RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U ŽÁKŮ 2. STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY*[online]. Brno, 2008 [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/179392/ff\\_b/?id=235603](http://is.muni.cz/th/179392/ff_b/?id=235603). Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph.D.

STRIEGEL-MOORE R., BULIK C. *Risk Factors for Eating Disorders*. *American Psychologist*. April 2007; 62(3): 181-198.

SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* ( Vyd. 2., s. 331). Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-566-0.

ŠTECKOVÁ, T. *Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. Filosofická fakulta, katedra psychologie. Vedoucí doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

VAN ZYL Y., SURUJLAL J., DHURUP M. *Eating disorders among university student-athletes*. *African Journal For Physical, Health Education, Recreation & Dance*. June 2012; 18(2): 267-280.

VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008, 331 s. ISBN 978-808-7182-000.

VIDOVIC V., JUREŠA V., BEGOVAC I., MAHNIK M., Tocilj G. *Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders*. *European Eating Disorders Review*. January 2005; 13(1): 19-28.

VRBATOVÁ, N. a J. BORŮVKOVÁ. *Primární prevence mentální anorexie u školních dětí*. Preventivní program: Zdravý životní styl: Prevence poruch příjmu potravy. [online]. Profese online. 2010, III, č. 3 [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: [http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2010\\_03/c2010-3-7.pdf](http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2010_03/c2010-3-7.pdf)

WALSH, Froma, Bernice L ROSMAN a Lester BAKER. *Normal family processes: growing diversity and complexity* [online]. 4th ed. New York: Guilford Press, c2012, xv, 592 p. [cit. 2013-11-11]. ISBN 978-146-2502-554.

World Health Organization: ICD-10 GUIDE FOR MENTAL RETARDATION. *International Classification of Diseases (ICD)* [online]. 1996 [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/69.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/69.pdf)

Zpravodaj Anabell: Rodina. [online]. 2006, březen, č. 4, s. 3 [cit. 2013-03-16]. Dostupné z: [http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo\\_04.pdf](http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_04.pdf)

## Seznam tabulek a grafů

<i>Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví .....</i>	<i>31</i>
<i>Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů dle typu školy.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabulka č. 3: Popisné statistiky jídelních postojů .....</i>	<i>32</i>
<i>Tabulka č. 4: Respondenti, kteří dosáhli kritického skóre v EAT-26 dle pohlaví a typu školy... </i>	<i>32</i>
<i>Tabulka č. 5: Soudržnost u RS a KS .....</i>	<i>33</i>
<i>Tabulka č. 6: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl - soudržnost .....</i>	<i>34</i>
<i>Tabulka č. 7: Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů - soudržnost.....</i>	<i>34</i>
<i>Tabulka č. 8: Konfliktovost u RS a KS.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabulka č. 9: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl - konfliktovost .....</i>	<i>36</i>
<i>Tabulka č. 10: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů - konfliktovost .....</i>	<i>36</i>
<i>Tabulka č. 11: Orientace na úspěch u RS a KS.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabulka č. 12: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl - orientace na úspěch.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabulka č. 13: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů – orientace na úspěch .....</i>	<i>37</i>
<i>Graf č. 1: Složení domácnosti u RS a KS.....</i>	<i>38</i>
<i>Graf č. 2: Vzdělání matky u RS a KS.....</i>	<i>39</i>
<i>Graf č. 3: Vzdělání otce u RS a KS .....</i>	<i>39</i>
<i>Graf č. 4: Postava otce u RS a KS.....</i>	<i>40</i>
<i>Graf č. 5: Postava matky u RS a KS.....</i>	<i>40</i>



## Příloha č. 1: Tabulky

Tabulka číslo 1: Počet ambulantních pacientů s dg. F50 podle kraje, pohlaví a věkových skupin v roce 2011

Kraj	Celkem	Muži	Ženy	Věková skupina			z celku nově zjištěná onemocnění
				0 - 14 let	15 - 19 let	20 let a více	
Hl. město Praha	<b>1270</b>	129	1141	85	320	865	540
Středočeský	<b>172</b>	27	145	6	49	117	96
Jihočeský	<b>131</b>	17	114	10	33	88	53
Plzeňský	<b>119</b>	8	111	11	29	79	38
Karlovarský	<b>41</b>	1	40	3	14	24	16
Ústecký	<b>102</b>	7	95	12	38	52	58
Liberecký	<b>112</b>	17	95	7	35	70	15
Královéhradecký	<b>123</b>	4	119	6	33	84	39
Pardubický	<b>153</b>	2	151	17	83	53	67
Vysočina	<b>85</b>	12	73	15	27	43	31
Jihomoravský	<b>554</b>	96	458	73	187	294	140
Olomoucký	<b>242</b>	11	231	32	68	142	99
Zlínský	<b>103</b>	10	93	6	35	62	48
Moravskoslezský	<b>182</b>	16	166	25	80	77	56
<b>Celkem</b>	<b>3389</b>	<b>357</b>	<b>3032</b>	<b>308</b>	<b>1031</b>	<b>2050</b>	<b>1296</b>

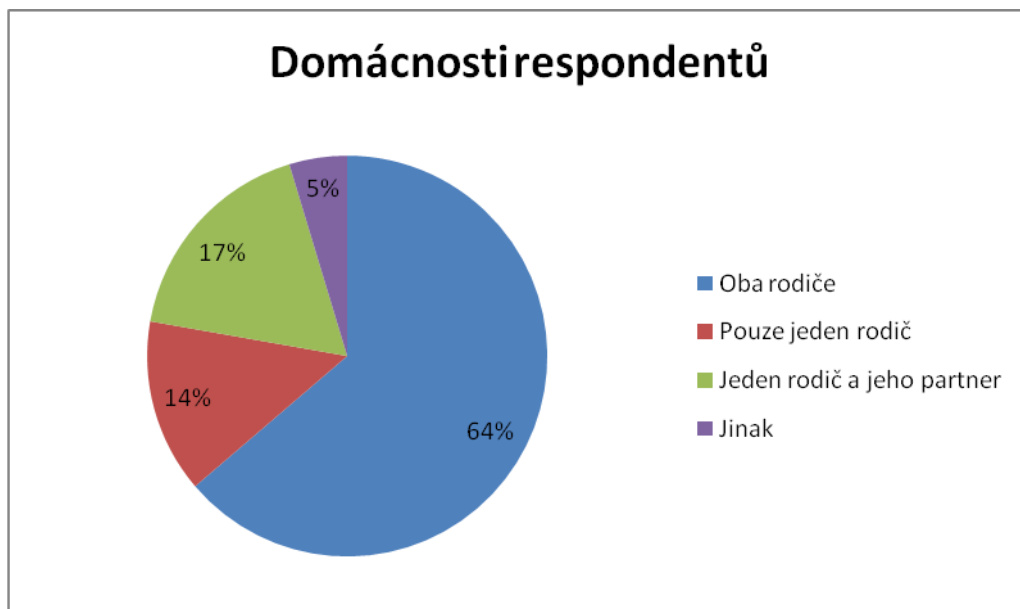
ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 62/2012 strana 4

Tabulka číslo 2: Test jídelních postojů (EAT-26) – relativní četnost

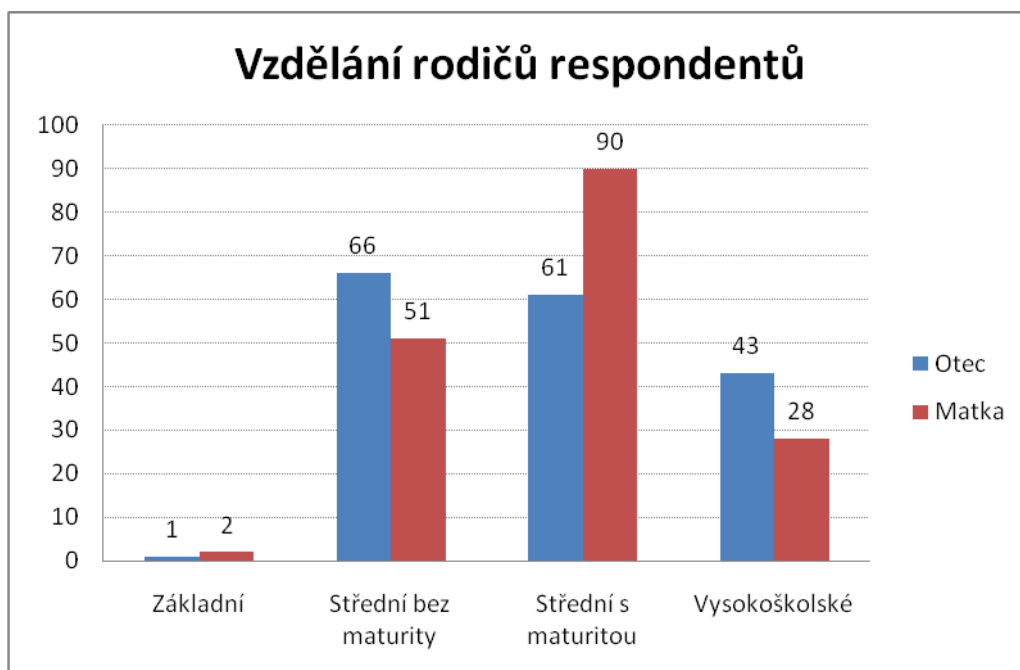
Test jídelních postojů EAT-26	Vždy	Velmi často	Často	Občas	Zřídka	Nikdy
Mám hrůzu z nadváhy.	16%	13%	17%	21%	12%	20%
Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.	1%	4%	7%	19%	27%	42%
Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.	4%	7%	13%	29%	23%	23%
Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopný/á přestat.	1%	8%	13%	16%	26%	35%
Krájím jídlo na malé kousky.	2%	9%	15%	33%	20%	21%
Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.	10%	12%	15%	22%	20%	22%
Vyhýbám se jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů, např. pečivu, bramborům a rýži.	1%	4%	6%	15%	19%	56%
Mám pocit, že ostatní by si přáli, abych jedl/a více.	6%	8%	14%	23%	11%	37%
Po jídle zvracím.	0%	1%	2%	3%	9%	85%
Po jídle se cítím velmi provinile.	1%	8%	10%	9%	22%	50%
Jsem posedlý/á touhou zhubnout.	18%	15%	6%	17%	19%	25%
Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie.	22%	14%	20%	20%	13%	11%
Lidé si o mně myslí, že jsem příliš hubený/á.	4%	9%	17%	22%	22%	27%
Trápím se myšlenkou, že mám na těle mnoho tuku.	16%	16%	12%	18%	12%	26%
Sníst jídlo mi trvá déle než ostatním.	4%	8%	16%	26%	27%	19%
Vyhýbám se jídlům, které obsahují cukr.	4%	8%	8%	18%	26%	38%
Jím dietní jídla.	1%	8%	14%	34%	25%	19%
Cítím, že jídlo ovládá můj život.	8%	5%	14%	24%	19%	30%
Kontroluji svůj jídelníček.	5%	9%	15%	29%	20%	22%
Mám pocit, že ostatní mě nutí jíst.	4%	7%	8%	23%	22%	37%
Příliš mnoho času a myšlenek věnuji jídlu.	2%	9%	11%	18%	26%	34%
Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.	7%	5%	8%	15%	27%	37%
Držím diety.	1%	6%	15%	16%	15%	46%
Mám rád/a prázdný žaludek.	1%	4%	6%	18%	13%	59%
Po jídle mám nutkání zvracet.	1%	1%	2%	5%	6%	85%
Rád/a ochutnávám nová vydatná jídla.	1%	13%	27%	25%	15%	19%

## Příloha č. 2: Grafy

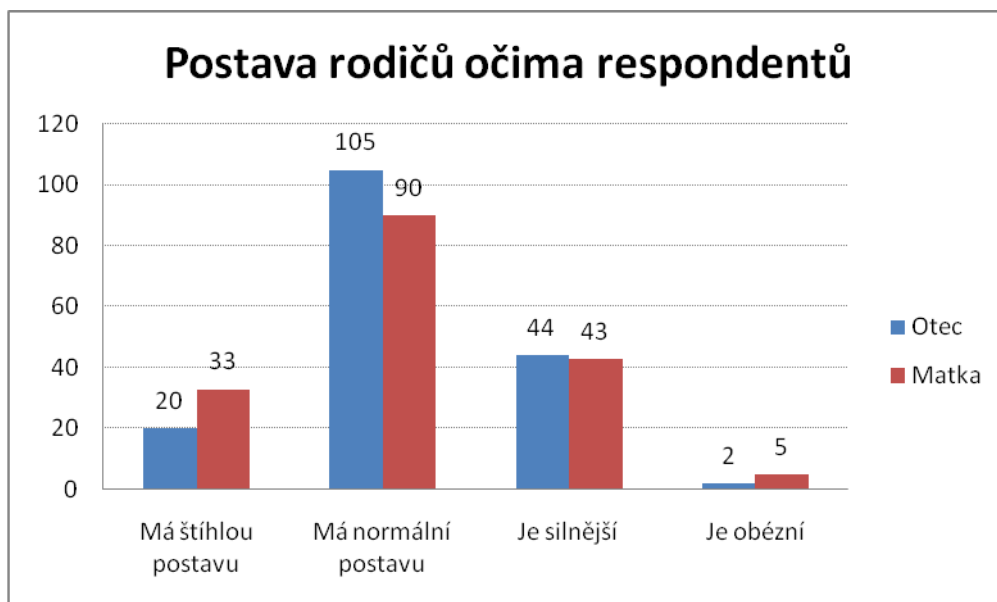
Graf číslo 1: Složení domácnosti respondentů- relativní četnost



Graf číslo 2: Vzdělání rodičů respondentů- absolutní četnost



Graf číslo 3: Postava rodičů očima respondentů- absolutní četnost



# Dotazník

## *Stravovací návyky středoškoláků*

Žádám tě o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce.

Otázky v první části dotazníku se týkají tvých stravovacích návyků, dále následují výroky o rodině a na konci je několik faktických otázek o tobě.

Prosím, abys odpovídal/a vždy upřímně. Nejsou zde žádné správné či špatné odpovědi. Všechny poskytnuté informace budou sloužit pro výzkumné účely mé bakalářské práce. Odpovědi na otázky budou zpracovány hromadně a zcela anonymně.

Předem velice děkuji za čas, který věnuješ vyplnění tohoto dotazníku.

Monika Halešová  
FHS UK

--	--	--

Na začátku prosím odpověz na otázky, které se týkají tvých stravovacích návyků.  
Vyber vždy pouze jednu odpověď a označ ji křížkem.

1. Stravuješ se ve školní jídelně?

- ano, pravidelně  
 spíše ano  
 spíše ne  
 ne, nikdy

2. Kdo nejvíce ovlivňuje tvůj způsob stravování?

- rodiče  
 kamarádi  
 partner/ka  
 já sám/sama  
 někdo jiný (vypiš):

3. Vyber z uvedených možností vždy jednu odpověď, která nejvíce vystihuje tvé pocity.  
(vyber odpověď na každém řádku)

	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Mám hrůzu z nadváhy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopný/á přestat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krájím jídlo na malé kousky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyhýbám se jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů, např. pečivu, bramborům a rýži.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám pocit, že ostatní by si přáli, abych jedl/a více.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Po jídle zvracím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Po jídle se cítím velmi provinile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jsem posedlý/á touhou zhubnout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lidé si o mně myslí, že jsem příliš hubený/á.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trápím se myšlenkou, že mám na těle mnoho tuku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sníst jídlo mi trvá déle než ostatním.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyhýbám se jídlům, které obsahují cukr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jím dietní jídla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cítím, že jídlo ovládá můj život.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontroluji svůj jídelníček.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám pocit, že ostatní mě nutí jíst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Příliš mnoho času a myšlenek věnuji jídlu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Držím diety.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám rád/a prázdný žaludek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Po jídle mám nutkání zvracet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rád/a ochutnávám nová vydatná jídla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Následující otázky se týkají rodiny. Může se stát, že některá tvrzení platí podle tvého názoru jen pro některé členy rodiny a pro jiné nikoli. Jestliže pro polovinu členů rodiny tvrzení platí a pro druhou nikoli, rozhodni, co působí výrazněji, a podle toho odpověz. Zaškrtni vždy jen jednu odpověď.

4. V domácnosti žiješ (kromě sourozenců):

- s oběma rodiči  
 pouze s jedním rodičem  
 s jedním rodičem a jeho partnerem  
 jinak (vypiš):

5. Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání tvého otce?

- základní  
 střední bez maturity  
 střední s maturitou  
 vysokoškolské

6. Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání tvé matky?

- základní
- střední bez maturity
- střední s maturitou
- vysokoškolské

7. Jak bys popsal/a postavu své matky?

- má štíhlou postavu
- má normální postavu
- je silnější
- je obézní

8. Jak bys popsal/a postavu svého otce?

- má štíhlou postavu
- má normální postavu
- je silnější
- je obézní

9. Do jaké míry souhlasíš s uvedenými výroky?

(zaškrtni jednu odpověď vždy na každém řádku)

	zcela souhlasím	spíše souhlasím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím
Členové naší rodiny si navzájem pomáhají a vzájemně se podporují.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V naší rodině si spolu hodně povídáme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodiče dbají na to, abych měl/a ve škole dobrý prospěch (např. mi pomáhají s učením, kontrolují moje známky).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U nás v rodině svěřujeme jeden druhému své osobní problémy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodiče se zajímají o to, jak trávím svůj volný čas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám pocit, že rodičům na mě záleží.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U nás doma můžeme o všem otevřeně hovořit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naše rodina drží pospolu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U nás doma mě často někdo kritizuje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	zcela souhlasím	spíše souhlasím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím
Členové naší rodiny se někdy tak rozčílí, že třískají věcmi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodiče málokdy ztrácejí nervy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hádky jsou v naší domácnosti běžné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V naší rodině převládá názor, že se ničeho nedosáhne, když se zvýší hlas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodiče používali při mé výchově fyzické tresty.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V naší rodině se pokládá za velmi důležité něco v životě dokázat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Členům rodiny záleží na tom, aby byl v bytě pořádek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V naší rodině je velmi důležité přesně dodržovat to, na čem jsme se dohodli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V naší rodině platí zásada – nejdřív práce, potom zábava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodiče striktně kontrolují můj školní prospěch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Členové naší rodiny se často navzájem srovnávají, kdo je lepší (např. v práci, škole, sportu).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Na závěr tě prosím o zodpovězení několika otázek o tobě.

10. Jsi:

- muž  
 žena

11. Jakou školu studuješ?

- gymnázium  
 střední odbornou školu  
 střední odborné učiliště