

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Poruchy příjmu potravy ve starším školním věku se zřetelem k sebepojetí

Eating disorders in older school age with a view to the Self-concept

Věra Vondříčková

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Český jazyk se zaměřením na vzdělávání – Speciální pedagogika se zaměřením na vzdělávání

Rok: 2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Poruchy příjmu potravy ve starším školním věku vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 20. 4. 2017

.....

podpis

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na poruchy příjmu potravy ve starším školním věku. Zabývá se popisem multifaktoriálních podnětů, které působí na jedince v období pubescence a které mají vliv na sebepojetí jedince. Práce analyzuje jednotlivá média, kterým jsou dospívající vystaveni a hodnotí jejich vliv na sebepojetí dospívajícího. V práci je též vymezena charakteristika poruch příjmu potravy. Teoretická východiska práce jsou porovnána s výsledky empirického šetření, které proběhlo na druhém stupni základních škol v Praze. Cílem práce je nastínění problematiky poruch příjmu potravy v kontextu dospívání. Výstupem práce jsou doporučení pro rodiče v rámci primární prevence poruch příjmu potravy u dospívajících dětí.

KLÍČOVÁ SLOVA

poruchy příjmu potravy, starší školní věk, sebepojetí, ideál krásy, masmédiá, mentální anorexie, mentální bulimie

ANNOTATION

This bachelor work focuses on the eating disorders in older school age. Thesis describes some multifactorial determinants that have an impact on the individual at pubescence and that have an influence on the Self-concept of the individual. Thesis analyzes the mass media that are teenagers exposed to and it judges mass medias' effect on the Self-concept of the individual. In this bachelor work is also defined the characteristic of the eating disorders. The theoretical background of this bachelor work is compared with the results of the empiric research that took part at the elementary schools in Prague with the teenagers at the age of 11/12 - 15/16. The aim of this thesis is to describe the issue of the eating disorders in the context of pubescence. At the end this bachelor work gives some recommendations for parents of the teenagers as the primary prevention of the eating disorder at the older school age.

KEY WORDS

eating disorders, older school age, Self-concept, ideal of beauty, mass media, mental anorexia, mental bulimia

Obsah

1	Úvod.....	1
2	Charakteristika období staršího školního věku	3
2.1	Vymezení období staršího školního věku.....	3
2.2	Tělesné a pohlavní dospívání dítěte staršího školního věku.....	4
2.3	Kognitivní vývoj dítěte staršího školního věku	5
2.4	Emoční vývoj dítěte staršího školního věku	6
2.5	Sebekontrola dítěte staršího školního věku	7
2.6	Socializace dítěte staršího školního věku	7
2.7	Vývoj identity, sebepojetí a sebeakceptace dítěte staršího školního věku.....	10
3	Krása, kultura štíhlosti a sebepojetí.....	12
3.1	Stručná historie ideálu lidského těla	12
3.2	Média a kultura štíhlosti	13
3.3	Média a jejich vliv na žáka staršího školního věku	17
3.3.1	Tištěná média – noviny, časopisy, knihy.....	17
3.3.2	Televizní vysílání	20
3.3.3	Online média – internet	22
3.3.4	Rádiové vysílání	24
4	Kumulativní vlivy způsobující vznik poruch příjmu potravy	25
4.1	Pohlaví	25
4.2	Rodina.....	25
4.3	Sociokulturní vlivy	28
4.4	Socioekonomické vlivy.....	28
4.5	Náročné životní situace, stres	29
5	Sebepojetí.....	30
5.1	Sebepojetí a body image	30
5.2	Vlivy působící na sebepojetí.....	31
5.3	Ženy versus muži	32
6	Poruchy příjmu potravy.....	33
6.1	Jídelní chování dospívajících.....	33
6.2	Poruchy jídelního chování u dospívajících.....	33
6.3	Vymezení poruch příjmu potravy	36
6.4	Mentální anorexie	38
6.5	Mentální bulimie.....	42

6.6	Psychogenní přejídání a závislosti na jídle	44
7	Teoretická východiska k empirickému šetření	48
8	Praktická část – výzkumné šetření	50
8.1	Příprava, koncept šetření a metoda práce	50
8.2	Výběr respondentů a realizace výzkumného šetření.....	51
8.3	Analýza získaných dat a srovnání teorie a praxe	51
8.3.1	Analýza první části dotazníku	52
8.3.2	Analýza druhé části dotazníku.....	55
8.3.3	Analýza třetí části dotazníku	58
8.4	Zajímavá zjištění plynoucí z komparace výsledků dotazníkového šetření.....	62
8.5	Shrnutí interpretace získaných dat	62
8.6	Doporučení pro rodiče a pedagogy vyplývající z empirického šetření	64
9	Závěr.....	67
10	Seznam použitých informačních zdrojů	70
11	Seznam příloh.....	72

Teoretická část

1 Úvod

Tématem mé bakalářské práce jsou poruchy příjmu potravy u dětí staršího školního věku. Poruchy příjmu potravy jsou komplexním onemocněním, které prostupuje všemi sociálními i ekonomickými vrstvami a vlivem globalizace i migrace také různými kulturami. Dieta a „zdravý životní styl“ jsou jako ústřední témata stále více součástí různých časopisů, reklam, rozhovorů s celebritami.

V poslední době jsem zůstala udivena pohledem na mé známé, kamarády, kteří opět propadli nějakému novému jídelnímu trendu, dietě, či jejich slovy: programu, životnímu stylu, který jim má zajistit delší život či méně časté návštěvy u doktorů. To vše mě utvrdilo k výběru tohoto aktuálního tématu (nejen) v západním světě.

Práce se úžeji zaměřuje na žáky druhého stupně základní školy, protože období staršího školního věku, resp. puberty, z hlediska poruch příjmu potravy je obdobím rizikovým, neboť je typické výraznými proměnami fyzickými i psychickými.

Cílem práce je nastínění složité problematiky poruch příjmu potravy v kontextu krizového období dospívání s propojením teorie a empirického šetření. Konkrétně si práce klade za cíl odhalit zásadní faktory, které ovlivňují sebepojetí jedince a které souvisí s psychologicky (resp. vývojově) podmíněným rizikem vzniku poruch příjmu potravy. Cílem je též získání informací o postojích, názorech a vědomostech současných dospívajících žáků a srovnání těchto výzkumných zjištění s teoretickými východisky, které vycházejí z odborných publikací. Práce směřuje k celkovému nastínění pozadí, na němž poruchy příjmu potravy v období puberty vznikají a rozvíjejí se.

Poruchy příjmu potravy vznikají na podkladě multifaktoriálních vlivů, a proto na ně můžeme pohlížet z různých úhlů pohledu a řešit tuto rozsáhlou problematiku různými způsoby. Pojetí práce vychází především z pohledu psychologického a pedagogického, protože se mi jeví jako nejvhodnější vzhledem k tématu.

Teoretická část práce vychází z popisu jednotlivých rizikových faktorů a jejich propojení s negativním dopadem na sebepojetí jedince. Následně jsou zpracovány poruchy příjmu potravy jako takové se zřetelem k terminologii, etiologii, symptomatologii a léčbě.

Praktická část obsahuje celkový popis realizace dotazníkového šetření, tj. zaznamenává jeho přípravu, průběh, vyhodnocení a interpretaci získaných dat. Toto empirické šetření je zaměřeno na nastínění tělesného sebepojetí současných žáků staršího školního věku v souvislosti s odhalením určité náchylnosti k rozvoji poruch příjmu potravy.

Výstupem bakalářské práce jsou doporučení pro rodiče dospívajících dětí, která by měla sloužit jako primární prevence poruch příjmu potravy.

2 Charakteristika období staršího školního věku

Poruchy příjmu potravy se mohou rozvinout u jedinců různého věku, nicméně mnozí autoři, zabývající se touto problematikou vymezují jako jedno z nejrizikovějších období, fázi dospívání, resp. pubescence či rané adolescence (vymezení se liší podle používaného pojetí a terminologie – viz níže). Jedním z těchto autorů je například Sarah Grogan (2000, str. 12): „*Za zvláště zranitelné bývají například označování adolescenti, protože jejich představa vlastního těla v době, kdy procházející výraznými fyzickými a psychologickými změnami puberty, je ještě mimořádně elastická.*“

Tato kapitola se tak zaměří na vytčení těch nejdůležitějších změn v bio-psycho-sociální jednotě jedince, které mohou přímo či nepřímo souviset s rozvojem poruch příjmu potravy, nebo mohou být těmi hlavními rizikovými faktory a predispozicemi pro tyto poruchy.

2.1 Vymezení období staršího školního věku

Období školního věku je vymezeno od nástupu do první třídy základní školy, to znamená od 6 let věku dítěte, v případě odkladu od 7 nebo 8 let, až do ukončení devítileté povinné školní docházky, přibližně do 15 let. (Vágnerová, 2012)

Škola představuje pro dítě zásadní přelom v jeho životě. Učí se vyhovět novým požadavkům instituce, pedagogů, rodičů, ale i vrstevníků v novém sociálním prostředí. I tyto činitele se proto podílejí na biologickém, psychickém i sociálním proměňování dítěte. (Vágnerová, 2012)

Jednotlivé etapy vývoje v rámci trvání školního věku lze rozdělit na tři fáze (upraveno podle Vágnerová, 2012, str. 255 – 256): „*1) raný školní věk, který je vymezen obdobím první třídy až do věku 9 let; 2) střední školní věk, který je vymezen od věku 9 let do 11-12 let; 3) starší školní věk, který je vymezen od věku 11-12 let do 15 let/ukončení povinné školní docházky. Starší školní věk je zároveň obdobím pubescence, a tak i první fázi dospívání/adolescence.*“

Z toho vyplývá, že druhý stupeň základní školy je tvořen prepubescenty, ale i pubescenty/dospívajícími. Přesná definice a charakteristika žáků druhého stupně základní školy proto není jednoduší.

Budeme-li vycházet z deskripce období adolescence – dospívání, sjednotíme starší školní věk do etapy rané adolescence, která je vymezena přibližně od 11. do 15. roku dítěte. Dospívání je zakončeno pozdní adolescencí, která je vymezena od věku 15 let až do 20 let, popř. se uvádí až do dosažení dospělosti. Statutu ekonomicky nezávislého jedince –

dospělého se v dnešní době (vlivem dlouhé profesní přípravy na vysokých školách apod.) dosahuje o mnoho let později. (Vágnerová, 2012)

V pubescenci dochází k rozvoji tří nejnápadnějších oblastí. Jednou z nich je hormonálně podmíněná změna prožívání a s ní související proměňování hodnot, postojů a názorů na svět i na sebe samého.

Z latiny vycházející označení pubescence – naznačuje nápadné proměny somatotypu, tedy tělesné a pohlavní dospívání. „*Pubes znamená latinsky chmýří, vousy, přeneseně ohanbí, pohlavní orgány. Pubescence pak znamená doslova získávání dospělého typu ochlupení, přeneseně tělesné dospívání vůbec (...).*“ (Říčan, 2014, str. 170)

Třetím bodem komplexního dospívání se pro jedince stává proměna cíle socializace – chce být přijat nejen mezi vrstevníky, ale také do širší společnosti jako plnohodnotný dospělý člověk. Pociťuje silnou touhu emancipace, dosažení vzhledu dospělého a při tom neztratit své Já a své přátele. (Vágnerová, 2012)

Následující podkapitoly nastíní nejvýraznější změny v bio-psycho-sociální jednotě dospívajícího.

2.2 Tělesné a pohlavní dospívání dítěte staršího školního věku

Proměna fyzických proporcí bývá prvním nejnápadnějším znakem v komplexním vývoji pubescenta, a proto ji vnímá nejen pubescent sám, ale také jeho okolí. Právě reakce ostatních jedinců na tělo pubescenta může vést ke zvýšení sebevědomí – je-li pozitivně hodnoceno, nebo naopak k větším pocitům nejistoty a studu – nevyhovuje-li normám společnosti, průměru třídy / sportovní skupině apod. (Vágnerová, 2012)

Ne vždy ale pozitivní hodnocení okolí znamená automaticky zvýšení sebejistoty. Například u dospívajících dívek, kterým se začíná vyvíjet poprsí o něco dříve, nebo dosahuje větších rozměrů než u ostatních dívek. Chování okolí, zvláště dospívajících chlapců, může dívku frustrovat, zesměšňovat, nebo vést k odmítání/ popírání svého vývoje i sexuálního dospívání. (Vágnerová, 2012)

Dospívání je v tomto ohledu pro dívky náročnější. Jednak proto, že dospívají o něco dříve než chlapci, ale také kvůli sekundárním pohlavním znakům, které vyvolávají změny v chování okolí – rodičů, známých, spolužáků, i některých dospělých mužů. Frustrující situace nastává i pro dívky, které naopak dospívají pomaleji, a tak za svými vrstevnicemi zaostávají. (Vágnerová, 2012)

Dospívání chlapců v rámci fyzických změn není tak stigmatizující. Nejnápadnější změnou je většinou prudký vzrůst do výšky a pak také větší svalová síla. Jak poznamenává Vágnerová (2012) v tomto období chlapci poměřují své síly, fyzickou výkonnost a podle toho se formují i noví vůdci, nejoblíbenější spolužáci apod. Problém se zařazením do kolektivu by potom mohl mít dospívající chlapec, který má viditelně menší výšku, než je průměrná výška spolužáků ve třídě (ale třeba také v rámci rodiny – např. sportovně založené apod.). (Vágnerová, 2012)

Uvedené proměny tělesného vzhledu se promítají i do psychiky adolescentů. Začínají se kriticky posuzovat, srovnávat s ostatními v atraktivitě, či výkonnosti, a pokud nabydou přesvědčení, že jejich vzhled nedosahuje takových kvalit jako u ostatních, že nezapadají do současného modelu krásy, následují negativní pocity a vztah k vlastnímu tělu, a zároveň uvažují o činnostech, které by, podle jejich názoru, mohly vést k dosažení ideálních proporcí nebo vzhledu. Proto někteří dospívající mění svůj životní styl: drží diety, přehnaně cvičí, dožadují se plastických operací apod. (Vágnerová, 2012)

Proměna zevnějšku však pokaždé neznamena nízké sebevědomí, ale prostřednictvím úpravy šatníku / líčení se jedinci odlišují od dospělých (nechtějí se podobat rodičům a nechtějí být rodiči tvarováni, jako když byli malými dětmi) a hledají vlastní identitu. Součástí takové identity je i přijetí své sexuální role, mužské či ženské. K této roli byli jedinci připravováni již od útlého věku svým okolím, nicméně přijetí této role nastává až v tomto období. První lásky, experimentování napomáhají při hledání vlastní identity, sexuální role i orientaci. (Vágnerová, 2012)

2.3 Kognitivní vývoj dítěte staršího školního věku

U adolescentů dochází k zásadní proměně poznávacích funkcí. Uvažování dosahuje Piagetova stadia formálních logických operací a úrovně abstraktního myšlení, z toho vyplývají nejpodstatnější znaky myšlení dospívajících. (Piaget 1966, 1970 in Vágnerová 2012)

Protože už nejsou při svém usuzování vázáni konkrétní realitou, rozvíjí se u adolescentů obliba hypotetického myšlení: „*co by, kdyby.*“ To má mimo jiné vliv i na tělesné sebepojetí – dospívající si uvědomují, že by jejich tělo mohlo vypadat jinak, popř. že by jej mohli přetvářet. (Vágnerová, 2012)

Oproti dětskému prezentismu a zaměření se na současnost, dospívající začínají uvažovat o budoucnosti, o jejích alternativách, které také mohou vyvolat pocity nejistoty. (Vágnerová, 2012)

Celkově lze říci, že poznávací procesy dosahují svého maxima. Dospívající uvažují systematicky, induktivně, rozvíjí se metakognice, rychle zpracovávají přicházející data, lépe rozdělují pozornost, rychleji si zapamatovávají i vybavují a zároveň dokáží uvažovat nad hranicemi svých paměťových schopností. Přesto ale úsudek, který utvoří, bývá stále citově zabarven. (Vágnerová, 2012)

Podle Vágnerové (2012, str. 388): „*Uvažování dospíváních ovlivňuje výkyvy v sebepojetí a kolísání sebedůvěry. V tomto období bývají přecitlivělí a vztahovační.*“

Na jedné straně tedy přijímají, že problém má více řešení, ale jako obranu svého sebevědomí, zranitelnosti, často nepřipouští kompromis, názor autorit a podléhají černobílému vidění světa – radikalismu. Buď jsou všichni lidé dobří, nebo naopak všichni, bez výjimek, špatní – zjednodušeně řečeno. (Vágnerová, 2012)

2.4 Emoční vývoj dítěte staršího školního věku

Pro období pubescence je typická emoční labilita, časté změny nálad, vztahovačnost, nepřiměřené až přecitlivělé reakce na běžné podněty. Tyto změny vznikají jako reakce na hormonální vývoj. (Vágnerová, 2012)

Pubescenti se ve svých citech těžko orientují, a proto se často obracejí dovnitř sebe a podrobně se svými emocemi a myšlenkami, které nadto považují za ojedinelé, originální, zabývají. Vágnerová (2012, str. 391) to nazývá „*emočním egocentrismem*“.

Jedinec se často dostává do určitého koloběhu emocí: vliv hormonálních změn budí v pubescentovi nové nebo neznámé či příliš silné emoce, kterým nerozumí, reaguje proto na ně negativně, nedá své city najevo, cítí se rozmrzele. Následkem pubescentní rozmrzelosti, náladovosti či přecitlivělosti reaguje okolí na jedince také negativně, a tak se nepříjemné nálady dospívajících opětovně upevňují. (Vágnerová, 2012)

„*S emoční nevyrovnaností dospívajících souvisí i výkyvy v sebehodnocení. Nejistota a zranitelnost sebeúcty se projevuje přecitlivělostí na projevy lidí, které bývají, vesměs ne zcela adekvátně, interpretovány jako urážlivé nebo nepřátelské. (...) Reakce jiných lidí na jejich chování poskytují dospívajícím informace, které bývají často kritické, a mohou tudíž*

zhoršovat jejich sebehodnocení. Mohou však mít i pozitivní význam, protože působí korektivně.“ (Vágnerová, 2012, str. 392)

„Jsou v tomto smyslu vztahovační, mají dojem, že je okolí stále pozoruje a posuzuje. Podle dotazníkového výzkumu mají mezi 12. a 14. rokem nižší sebeúctu než předtím a potom.“ (Říčan, 2014, str. 179)

K vyrovnání se s vlastními pocity využívají pubescenti obranné strategie. Mezi ně patří tzv. „*mechanismus kyvadla*“ (Říčan, 1990 in Vágnerová 2012, str. 392) - občasné kolísání mezi dospělými aktivitami a doznívajícími dětskými aktivitami, „*regresi*“ - únik na nižší vývojové stadium a „*únik do fantazie*.“ (Vágnerová, 2012, str. 392 – 393)

2.5 Sebekontrola dítěte staršího školního věku

Emoční labilita je postupným vývojem nahrazována upevněním sebekontroly a seberegulace. Dozrávající pubescent se učí přistupovat k problému kreativně, novým způsobem, novými strategiemi. U každého stabilizace emocí probíhá individuálně v odlišném věku, ale všeobecně lze říci, že opravdový posun v oblasti emočního vývoje nastává až v období pozdější adolescence.

Jak upozorňuje Vágnerová (2012, str. 394), někdy se pubescenti naopak vyžívají v „*sebeomezování a askezi*“, protože si tak potvrzují svou emoční vyspělost, silnou vůli, vytrvalost a „*schopnost ovládat vlastní osobnost*.“

To však může představovat i problém, právě v případě poruch příjmu potravy, kde svou zásadní roli hraje právě nadměrná sebekontrola a seberegulace. (Vágnerová, 2012)

2.6 Socializace dítěte staršího školního věku

Vágnerová (2012) zdůrazňuje proměny v oblasti socializace a sociálních vztahů jedince. Dospívající jedinec se vymezuje vůči svým rodičům nebo blízkým dospělým autoritám, a to se projevuje dvěma způsoby: „*emoční a kognitivní autonomie*.“ (Vágnerová, 2012, str. 401) Pro pubescenta se směrodatným a závažným stává názor jeho vrstevníků, tj. té referenční vrstevnické skupiny, kterou jedinec vnímá jako důležitou, pro sebe vhodnou, do které by chtěl patřit a chtěl by být jejím plnohodnotným členem.

S tím souvisí i zmíněná „*kognitivní autonomie*“ (Vágnerová, 2012, str. 401), která představuje pro jedince dvojí význam: zaprvé se jedná o přirozenou součást vývoje

dospívající osobnosti (pubescent se vymezuje vůči názorům dospělých / rodičů), zároveň s sebou přináší i určité riziko spojené nejen s problematikou poruch příjmu potravy.

Pokud totiž vrstevnická skupina bude prosazovat nevhodný životní styl, například právě v oblasti jídelního chování, hrozí, že jedinec v rámci konformity a integrace do skupiny bude vrstevníky slepě následovat, i přes nesouhlas rodičů, jejichž názor právě již není pro pubescenta tím nejdůležitějším. Krásné, přitažlivé, ale také normální je to, co určí vrstevníci, ne rodiče. (Vágnerová, 2012)

„Idolem, jehož dospívající obdivují, bývá obvykle populární sportovec, herec, zpěvák, ale může jím být i o něco starší vrstevník. Pubescenti se svému idolu obvykle přibližují tou nejsnazší cestou, jakou je úprava zevnějšku a viditelné projevy chování.“ (Vágnerová, 2012, str. 426)

Z toho vyplývá, že pokud daný vzor, obdivovaný jedincem nebo celou vrstevnickou skupinou, zastává různé tzv. alternativní výživové směry nebo dietní programy apod., existuje vysoké riziko, že se pubescenti v rámci hledání sebe sama, k danému trendu, směru či programu připojí. V extrémních případech se může u jedince následně vlivem nezdravého jídelního chování rozvinout porucha příjmu potravy, ale pubescenti bývají spíše nestálí a přelétaví, a tak u daného trendu, směru či programu kvůli svému dyskomfortu nemusí vydržet dlouho. (Vágnerová, 2012)

Dalším úskalím v rámci zvyšující se autonomie dospívajícího je situace, kdy mohou rodiče částečně (či úplně) ztratit přehled o jídelním chování či volnočasových aktivitách svého dítěte, a tím po určitou dobu přehlížet i u něj nastupující poruchy příjmu potravy. (Vágnerová, 2012)

„Komunikace pubescenta s dospělými, především rodiči, může být ohrožena větším rizikem vzájemného nepochopení. (...) Jejich skutečné já bývá rodičům alespoň zčásti utajené a ti vesměs o této dimenzi nevědí, i když je jasné, že jim dospívající potomek neříká všechno. Existuje kategorie, kterou lze označit „o tomhle se s rodiči nemluví“. (...) Dospívající nejsou vždycky ochotni naslouchat dospělým. Jejich názory považují za nezajímavé a navíc si myslí, že jim budou říkat zase jen to, co už říkali mnohokrát předtím.“ (Vágnerová, 2012, str. 443 – 444)

Uvedené charakteristiky však nelze brát dogmaticky, vždy záleží na osobnosti pubescenta, jeho rodinných vztazích, vztahu k vrstevnické skupině a dalších faktorech. (Vágnerová, 2012)

Právě zdravé sociální vztahy jsou jednou z podmínkou zdravého jídelního chování. Důležitou roli i v období dospívání hraje pro jedince vztah k rodičům, i když, jak již bylo řečeno, není jejich názor vždy pro dospívajícího závazný, přesto ale pevný a otevřený vztah s matkou a otcem (případně jinými blízkými jedince) zajišťuje jedinci potřebnou oporu ve svém životním období, které je plné nejistoty nejen ve vztahu k vlastnímu tělu.

Jak uvádí Vágnerová (2012, str. 405): „*Mezi matkou a dcerou se obvykle vytváří společenství vzájemné opory, s důrazem na udržení mezilidských vztahů a na péči o druhé. V období dospívání může být tento vztah ohrožen vzájemnou rivalitou, vyplývající z potřeby dívky zdůraznit vlastní kvality v oblasti ženské role a z potřeby matky tuto tendenci potlačit. (...) Dceři příliš nepomůže, když ji matka bude držet v postavení dítěte, ani když k ní bude příliš kritická a bude její vzhled i chování hodnotit přezíravě.*“

Naproti tomu otcové většinou bývají zdrženlivější při hodnocení vzhledu své dospívající dcery a mohou působit i otažitě, zvláště jsou-li u dcer již zřetelně vyvinuté sekundární pohlavní znaky, obzvláště poprsí. (Vágnerová, 2012)

Co se týká dospívajících chlapců, ti mívají dle Vágnerové (2012) ze strany matky větší svobodu a naopak svému otci se chtějí vyrovnat a být stejně mužní jako on.

Ve vztahu k sourozencům se v tomto období nejčastěji snaží jedinci vůči sobě vymezit, odlišit se jeden od druhého. (Vágnerová, 2012)

Důležitým mezníkem ve vývoji jsou i první lásky pubescenta. Podle Vágnerové (2012) jsou první zamilování intenzivní a zkreslují pohled jedince na sebe sama. Pokud přítel / přítelkyně jedince pozitivně hodnotí (nejen) vnější vzhled, má to na dospívajícího nepochybně kladný vliv, na druhé straně ale i nepatrná poznámka (v našem případě například k postavě / tloušťce) může dívce / chlapci snížit sebevědomí a donutit ji/ho ke změně životního stylu, včetně jídelního chování.

2.7 Vývoj identity, sebepojetí a sebeakceptace dítěte staršího školního věku

Dospívající se proměňuje, a to, jak bylo uvedeno, nejen po stránce fyzické, ale také po stránce psychicko-sociální, a tak je období dospívání typické také hledáním vlastního pozmeněného Já – sebepoznáváním. Jedinec objevuje svůj vnitřní svět, pozoruje své dospívající tělo a k obojímu zaujímá svůj postoj a hodnocení. (Vágnerová, 2012) *„Dospívající by se měl přijmout ve své nové a často ještě nehotové a proměnlivé podobě. Nejistota a nespokojenost se sebou samým bývá v této fázi běžná a následkem toho nejsou neobvyklé ani problémy s přijetím sebe sama. Sebehodnocení adolescentů v průběhu této vývojové fáze kolísá a bývá nižší, resp. realističtější než dřív, i když jeho pokles nemusí být zase tak velký.“* (Vágnerová, 2012, str. 453)

Pohled na sebe samého je také ovlivněn rozvinutým hypotetickým myšlením. Dospívající si uvědomuje, že (nejen) jeho tělesná schránka není neměnná, ba naopak, mohl by se snažit ji tvarovat do podoby blížící se společenskému ideálu. Jedinec si začíná všimnout svých nedostatků, prožívá je a snaží se je odstranit, i když pro své okolí mohou být tyto nedostatky nepostřehnutelné, nebo nepodstatné. (Vágnerová, 2012; Říčan, 2014)

„Zvýšená kritičnost, spojená s emoční labilitou a nejistotou, sebepoznání komplikuje. To je zřejmé i ve vztahu k tak jednoznačnému aspektu vlastní osobnosti, jako je zevnějšek. Mnozí adolescenti nejsou schopni správně posoudit ani svou vlastní výšku či hmotnost a myslí si, že jsou příliš tlustí, moc malí atd.“ (Vágnerová, 2012, str. 455)

Podle Vágnerové (2012) je pro rozvoj individuální identity jedince důležitý *„prožitek skupinové identity“* (Vágnerová, 2012, str. 458), kdy vrstevnická skupina poskytuje jedinci potřebnou oporu a pomáhá mu nasměrovat se určitým směrem.

Zdravě vyvíjející dospívající se postupem času od skupiny odpoutává a rozvíjí se již jako samostatný jedinec. (Vágnerová, 2012)

V období adolescence dozrává také pojetí vlastní genderové role, která úzce souvisí s kulturně a společensky nastaveným vnímáním typické ženské/mužské role a ženského/mužského těla. (Vágnerová, 2012)

Vágnerová (2012, str. 473) tuto souvislost identity a těla shrnuje takto: *„V dětství jsou si chlapci a dívky mnohem podobnější, v pubertě dochází k větší diferenciaci jejich tělesného vzhledu. Mění se a diferencuje i vztah k vlastnímu tělu, pro dívky je důležitý především jejich*

zevnějšek, posuzují jej vzhledem k aktuálnímu ideálu krásy, zatímco pro mnohé chlapce je významnější, jak jejich tělo funguje (fyzická síla), než jak vypadá. (...) Sociokulturní stereotypy kladou větší důraz na ženskou krásu, u chlapců se hodnotí i jiné vlastnosti, jejich zevnějšek není pro dosažení potřebné sociální prestiže tak důležitý. Z toho důvodu představuje odlišnost od aktuálního ideálu krásy pro dívky větší zátěž.“

3 Krása, kultura štíhlosti a sebepojetí

Tato kapitola se nejdříve zaměří na velmi stručný nástin vývoje adorovaného ideálu krásy lidského těla. Vzhledem k mému tématu práce, který není primárně orientován na historický pohled, nebude cílem této kapitoly obsáhnout všechna staletí, nebo filozofické či umělecké směry a autory, ale cílem bude vytvořit hrubou představu, jak se společnost dostala k současnému ideálu štíhlé krásy.

Dále se kapitola zaměří na současný kulturní ideál krásy, respektive štíhlosti a popíše vliv masmédií na rozšiřování tohoto trendu nejen v západním světě. Po teoretické části bude následovat doplnění o vlastní šetření tištěných i online médií se zaměřením na to, jak se dané médium problematikou zabývá.

3.1 Stručná historie ideálu lidského těla

Definovat krásu, vyzdvihnout její prostředky a odlišit ji od ne-krásného, se snažili již antičtí filozofové. Pojetí krásy se v průběhu dějin několikrát postupně přehodnotilo, tento jev lze pozorovat například skrze dochované výtvarné památky známých umělců, kteří své pojetí krásy prezentovali svými uměleckými díly. Zobrazené ženy a zobrazení muži představují ideální proporce těla v dané době. Nejen díky těmto památkám můžeme pozorovat tento zřejmě nikdy nekončící proces přehodnocování dobových kritérií hodnocení krásy. (Eco, 2005; Grogan, 2000)

Všichni si pravděpodobně v podvědomí udržujeme představu o proměnlivém vývoji ideálu lidských figur, se kterými jsme byli seznámeni například v hodinách dějepisu nebo výtvarné výchovy. Zatímco mužský ideál krásy zůstával v jednotlivých historických etapách poměrně vyvážený – důraz se většinou kladl na klasický maskulinní vzhled (široká ramena, sportovní postava, výraznější muskulatura, např. u Diskobola, apod.), ženský ideál se proměňoval výrazněji. (Eco, 2005; Grogan, 2000)

Ženské tvary v průběhu dějin oscilovaly kolem plných, objemnějších tvarů (příkladem může být pravěká Věstonická Venuše, nebo barokní ženské křivky, jaké zobrazoval například Peter Paul Rubens, atd.) a štíhlých tvarů (například u gotických postav světců, nebo modelek 90. let). (Eco, 2005; Grogan, 2000)

Prezentovaný ideál se může rychlým tempem proměnit. Plné rozrůzněnosti bylo dvacáté a je i současné jednadvacáté století. Ve dvacátém století se postupně několikrát prostrídala ideál štíhlé až extrémně hubené postavy, jaký se objevoval například ve dvacátých, šedesátých a

devadesátých letech, a který byl spojen s celebritami, jako byly Twiggy nebo modelka Kate Moss, a období oslavující plnější tvary, jaké měla například herečka Marilyn Monroe. (Eco, 2005; Grogan, 2000)

Podobně jako tomu bylo v minulosti, je tomu tak i dnes v jednadvacátém století, kde se veřejně hlásá, že žena i muž jsou krásní samo sebou, bez ohledu na váhu, barvu očí apod., zároveň ale nám média neustále předkládají obraz štíhlé ženy s velkými ňadry, výraznějším pozadím, dlouhými vlasy a velkými rty (nejnovějšími vzory jsou zpěvačka Beyonce, nebo modelka Kim Kardashian). Muži jsou nejčastěji prezentováni jako sportovní typy, vysocí a tmavovlasí. Rozpory mezi tím, co se hlásá jako nová krása, a co opravdu považujeme za krásné, byly nejen v minulosti, ale pravděpodobně přetrvávají i do budoucna. (Eco, 2005; Grogan, 2000)

Pro doplnění je třeba poznamenat, že ideál krásy se mění nejen napříč historií, ale samozřejmě také kulturou. Jak píše Grogan (2000) představa o ideální postavě souvisí s hmotným zabezpečením. V chudších oblastech světa bude štíhlost chápána jako znak hladového nebo nemocného člověka, zatímco v bohatších zemích je podobně viděna tloušťka – tlustý člověk je buďto nemocný, nebo neustále „hladový“ ve smyslu „při chuti“, v takové kultuře je hodnocen jako někdo, kdo si nedokáže odepřít jídlo/pochutinu, jako kdyby nikdy nebyl sytý.

Zároveň Grogan (2000) poukazuje i na fakt, že v rámci globalizujícího se světa se tyto rozdíly v pojetí ideálu částečně stírají, a to nejen vlivem migrace, ale také televize, reklamy, obecně řečeno masmédií.

3.2 Média a kultura štíhlosti

Zatímco v dřívějších dobách se názor člověka na své JÁ a své tělo odvíjel od ideálů prezentovaných sochami, obrazy, románovými hrdiny, nebo náboženskými ctnostnými postavami, dnes se jedním z nejvlivnějších faktorů nejen v západním světě stávají média.

„Představa, jakou má člověk o vlastním těle, je do značné míry určována sociální zkušeností. Představa těla je elastická a je otevřená změně působením nových informací. Mediální obrazy mají mimořádně velký vliv na změnu ve vnímání a hodnocení těla, a to v závislosti na významu, jaký divák těmto podnětům přisuzuje. Je pravděpodobné, že někteří diváci jsou vůči těmto podnětům vnímavější.“ (Grogan, 2000, str. 12)

„V dnešní době tráví většina žen i mladých dívek u televizní obrazovky, u internetu a nad stránkami časopisů značné množství času, tím podvědomě přebírají normy chování v médiích prezentované, dále mají ženy a dívky tendenci srovnávat se s ideálem ženské krásy v médiích prezentovaným, čímž dochází k ovlivňování jejich sebepojetí.“ (Mlezivová, 2011, str. 13)

Papežová (2003) taktéž zdůrazňuje roli médií na sebepojetí (hlavně) mladých dívek, jejichž hlavním cílem už není mít zdravé tělo, ale hlavně štíhlé. Tento nezdravý cíl propaguje i panenka Barbie, móda velikosti XS, reklamy na plastické operace a zdravou výživu bez tuků, která zdravou není. Alarmujícím zjištěním, které autorka přinesla je, že „z 12 finalistek Miss ČR 2003 měly 3 anorektickou váhu“. (Papežová, 2003, str. 19)

Fakt, že média zásadně ovlivňují sebepojetí člověka, je tedy průběžně zkoumán a potvrzován. Otázka, kterou si kladli odborníci, byla, jak přesně média pracují s ideálem krásy. Dospěli k třem teoriím, které se mezi sebou odlišují přisuzovanou mírou pasivity a aktivity diváků, čtenářů, posluchačů tj. společnosti.

První teorie přičítá lidem nejméně aktivitní přístup. Člověk se v pojetí této teorie stává pouhým pasivním příjemcem hodnot a norem, která média prezentují. Druhá teorie taktéž zdůrazňuje, že lidé přejímají normy a ideály dle mediálního obrazu, ale zároveň konstatuje, že média zobrazují pouze to, co je žádoucí tj. „normy a hodnoty, které ve společnosti převládají, a které si lidé žádají.“ (Mlezivová, 2011, str. 13) Lidé se stávají aktivními tvůrci ideálů, jež následně pasivně přijímají. Média se tak stávají jakýmsi zrcadlem společnosti. Třetí teorie nejvíce zdůrazňuje manipulativní složku médií. Podle této teorie média samotná konstruují vlastní hodnoty a normy, které dále předávají a tím ovlivňují, čemu se lidé snaží připodobnit, co chtějí vlastnit, čeho chtějí dosáhnout pro to, aby naplnily očekávání druhých. (Mlezivová, 2011)

Sociokulturní podmíněnost a vliv médií na rozvoj poruch příjmu potravy potvrzuje i František David Krch (Krch, 1999), který poukazuje i na to, že vlivem globalizace (a dnes bychom mohli říct i vlivem sdílení na internetu) se módní trendy a požadavky západního světa na lidské ideální tělo přeneslo i do asijských zemí, kde se tamní ženy začaly náhle srovnávat s ideálem Miss Amerika apod. Dodává, že kvůli prezentaci štíhlých postav v médiích, se ženy cítí nepřitažlivé, když ideálu nedosahují a zároveň se jej snaží dosáhnout, i když je to např. z důvodu odlišné stavby těla, nemožné.

Díky reklamám a mnohým rozhovorům s celebritami získaly ženy pocit, že zhubnout může každý, a ten, kdo to nedokáže má jen některou ze špatných vlastností: slabou vůli nebo lenost. (Krch, 1999)

„Štíhlost je považovaná za výsledek úspěšné sebekontroly, bez ohledu na to, jak jí bylo dosaženo.“ (Papežová, 2003, str. 19)

Dalším důsledkem podle Krcha (1999) se proto stává nadměrná kritika plnoštíhlých, či častěji obézních lidí, kteří se v očích ostatních lidí stávají právě línými, neschopnými nebo hloupými. Tato předpojatost je ale podle Krcha (1999) častěji zaměřena na plnoštíhlé nebo obézní ženy. Ne-štíhlá postava mužů může být některými brána jako znak dobrého postavení, vyšších příjmů nebo spokojeného manželství.

Rozdíl v zobrazování mužského a ženského těla v médiích je také tématem samo pro sebe. Jak píše Grogan (2000) na ženy jsou v tomto ohledu kladeny vyšší nároky. Často jsou ženy v reklamě či všeobecně v médiích extrémně štíhlé či s počítačově upravenou nerealistickou nebo nezdravou postavou.

Podle Mlezivové (2011) je v médiích silně viditelný rozdíl mezi vnímáním mužského a ženského těla. *„Pokud se zaměříme na tělesné proporce mužů a žen na televizní obrazovce, zjistíme zde velké rozdíly mezi oběma pohlavími. Ženské hrdinky jsou ve více než polovině případů zobrazovány jako mladé, štíhlé, velmi přitažlivé ženy. Často je divák vidí v situacích, kdy jsou spoře oděné či úplně nahé nebo v přiléhavých šatech zdůrazňujících štíhlou siluetu. (...) K mužským hrdinům jsou média tolerantnější. Výše uvedené požadavky na ženy splňuje necelá pětina mužských postav. K dosažení svých cílů používají muži spíše než svou krásu a šarm své intelektuální schopnosti a fyzickou sílu.“* (Mlezivová, 2011, str. 14)

Mlezivová (2011, str. 13) ve svém článku píše: *„Ideál krásy se přerodil v kult těla. Lidem už nestačí přeměňovat své tělesné proporce pomocí oblečení, lidé se dnes snaží přeměňovat tělo samotné.“*

Tímto výrokem reaguje na skutečnost, že se (především) od žen očekává aktivní, neustálé udržování svého těla v mladistvém a štíhlém vzhledu, a to bez ohledu na prostředky, jakými toho žena má dosáhnout. Mezi nejčastější z nich patří různě rozsáhlé omezování se v jídle nebo pochutinách, konzumace výrobků (pilulky, koktejly, čaje apod.), které jsou proklamovány jako podporující hubnutí (respektive spalování tuků a snižování chuti k jídlu), dále ale také používání různých pomůcek – cvičební, vibrační či nové speciálně upravené

oblečení (díky kterému se má skrze nadměrné pocení zhubnout). Ženy mohou také začít navštěvovat posilovny či skupinová cvičení, obojí ve snaze dojít společensky adorované postavě, může zajít až do krajních mezí, kdy ženy tráví cvičením většinu volného času. V současné době také nejsou tabu plastické operace, opalování v soláriu a různé estetické zákroky (odstranění celulitidy, mateřských znamének, vrásek apod.). (Mlezivová, 2011)

Na tyto i další produkty a služby můžeme vidět reklamy v médiích, ale třeba i na billboardech, zastávkách hromadné dopravy, zkrátka všude kolem nás, a tak mohou lidé s nadváhou neustále pociťovat tlak na svou osobu, aby si některý z těchto výrobků opatřili či začali využívat některé z nabízených služeb. Tímto způsobem se mohou v očích společnosti ospravedlnit, protože na osoby s nadváhou, co například chodí pravidelně cvičit, se pohlíží jinak, než na ty, kteří podle ostatních nedělají nic, aby se přiblížili ideálu, protože reklamy předkládají, že uvedeného ideálu lze dosáhnout jednoduše, rychle a dokáže to každý. Podobně o vlivu všudypřítomné reklamy smýšlí i Mlezivová (2011)

Co bývá přehlížené, je fakt, že uvedené produkty, plastické operace či permanentky do posiloven apod. stojí nemalé peníze, snaha zůstat krásnou a mladou tak zatěžuje i finančně. Na závěr je však nutné zmínit, že podle Mlezivové (2011) mají média přímý vliv na rozvinutí poruch příjmu potravy pouze u 5% žen. „*Poruchy příjmu potravy jsou totiž komplexními poruchami. To znamená, že k rozvoji onemocnění dojde pouze tehdy, když se u jedince vyskytne více faktorů, které mají vliv na rozvoj tohoto onemocnění. Média jsou pouze jedním z těchto faktorů, který k onemocnění přispívá.*“ (Mlezivová, 2011, str. 15)

Média mají paradoxně, krom podporování diet a hubnutí, ale také opačný vliv, zvláště u dětí. Jak zmiňují Fraňková, Pařízková a Malichová (2013) se zvyšováním počtu hodin strávených před televizní nebo počítačovou obrazovkou spolu s dalšími faktory, jako jsou nedostatek pohybu a nesprávná strava (často prezentovaná právě reklamou v televizi nebo na internetu), zapříčiňuje navýšení počtu plnoštíhlých až tlustých dětí.

Na druhou stranu, média mohou mít i pozitivní vliv. V poslední době se ozývají kritické hlasy na adresu Victorie Beckham, která pro své módní přehlídky najímá extrémně štíhlé dívky, protože dnes naopak se módní návrháři staví za plné ženské tvary a najímají tzv. plus size models – modelky větších velikostí. Podporu žen s nadváhou nepřímo zprostředkovávají také americké zpěvačky ne-štíhlých tvarů, jako jsou Adele nebo Meghan Trainor, které ukazují ženám, že ač nejsou štíhlé, mohou být krásné a úspěšné.

3.3 Média a jejich vliv na žáka staršího školního věku

V této podkapitole nejprve vždy z uvedených zdrojů a vlastního šetření vyvodím všeobecné závěry a následně na několika příkladech z vlastního šetření ukáži, jak s poruchami příjmu potravy a tématy s nimi souvisejícími (výživa, diety, móda apod.) dané médium pracuje.

3.3.1 Tištěná média – noviny, časopisy, knihy

Ideál (nejen) tělesné krásy je často rozebírán v různých časopisech a magazínech. Většina z nich je výhradně zaměřená na ženy – poznáme to již z názvu tiskoviny (např. Top dívka, Dívka, Bravo Girl!, Žena a život, Ona dnes, Svět ženy, Vlasta, Můj svět – s podtitulem jen pro ženy, Maminka- s podtitulem to nelepsi v životě ženy, Katka, nebo časopis Dieta- vždy s fotografií ženy (respektive štíhlé celebrity) na titulní straně) a také většina z nich (ne) přímo předkládá návrh, jak se stát ideální, krásnou ženou.

„Právě časopisy určené ženám a dívkám mají na sebepojetí dnešních žen značný vliv, spojují totiž tištěné slovo s mnoha fotografiemi slavných a úspěšných žen a modelek, s nimiž dnešní ženy konfrontují svůj vzhled a tělesné proporce.(...) Časopisy se pokoušejí definovat nové pojetí ženy. Redakční týmy, návrhářská a reklamní oddělení nám vykreslují domnělou ideální dívku jazykem volby kariéry, životního stylu a světonázoru.“ (Mlezivová, 2011, str. 13)
„Časopisy určené dívkám a mladým ženám předkládají tradiční štíhlé vzory přitažlivosti.“ (Grogan, 2000, str. 84)

Většina těchto časopisů a magazínů v sobě nese několikero paradoxů. Jedním z nejčastějších je laické filozofování o kráse všech žen (i mužů) bez ohledu na věk či postavu v některé rubrice, ale o několik stran dál je téměř vždy otištěna reklama na nejlepší/nejlevnější/nejprestižnější kliniku plastických operací, či kosmetická centra.

Mezi velmi častý rozpor patří také „blahosklonné“ tolerování jakékoli postavy v jednom vydání časopisu a návod na rychlé zhubnutí a vypracování těla (nejčastěji po vánočních svátcích, či před létem tzv. „do plavek“) ve vydání následujícím.

„Noviny a časopisy ve Velké Británii a Spojených státech jsou plné článků o estetické chirurgii, poruchách příjmu potravy, redukčních dietách, nebezpečí diet a také kritických článků odsuzujících využívání vyhublých modelek v reklamě (jež bývají často otištěny hned vedle reklamní fotografie vyhublé modelky).“ (Grogan, 2000, str. 11 -12)

Pokud nahlédneme do většiny časopisů určených ženám, zjistíme, že většina z nich je orientovaná pouze na docílení a udržení ideálního vzhledu, postavy a sex-appealu. Titulní

strany plní modelky, fotomodelky, herečky, zpěvačky ideálních proporcí, oblečené do přiléhavého oblečení, nebo do vyzývavého spodního prádla či plavek. Vlastní rubriky se dále věnují nejčastěji světu celebrit, módě (často s obrázky modelek z módních přehlídek) a kosmetickým přípravkům (jejichž používání bývá připisováno konkrétní celebritě). Nechybí ani články, které mají ženy motivovat k podnikání, zvýšení sebevědomí, někdy jsou doplněny o rady matkám (resp. sexy, sebevědomých a samostatných).

Obvykle bývá ženám předkládán konkrétní příběh „obyčejných žen“, které těchto atributů dosáhly. Jsou úspěšné, krásné, podnikají, a ač se starají o děti, stále mají čas zajít si do posilovny, nebo na kosmetiku, aby se stále cítily žensky a sebevědomě. To je prezentovaný ideál.

V časopisech se pravidelně objevuje rubrika věnovaná cvičení, zpevnění těla a úpravě jídelníčku, která má úsilí cvičení ještě podpořit.

Magazíny jsou plné ideálních vzorů: kromě zmiňované titulní (a také mnohdy závěrečné strany) časopisu a moderních úspěšných žen, jsou ženám nabízeny rozhovory se slavnými modelkami a celebritami, nebo jsou otištěny vzpomínkové články o ideálních ženách v dobách minulých.

Za již tradiční součást časopisů pro ženy jsou návody, jak zaujmout muže, jak si jej udržet – otázka sexuální přitažlivosti, sexu, flirtování. Někdy se v časopisech objeví i pohled druhého pohlaví – například v rozhovorech s úspěšnými muži, nebo i s těmi „obyčejnými“, kteří předkládají ženám své názory na různá témata. Ženám je tak názorně ukázáno, koho by mohly získat, když se budou držet návodů a rad v časopise.

Přičteme-li k těmto článkům ještě časté komerční reklamy na plastickou chirurgii (s konkrétním příkladem přeměněné ženy), posilovny a hubnoucí přípravky, představuje takový časopis pro ženskou psychiku značný nátlak.

V časopisech existují samozřejmě i bezproblémové rubriky (cestování, křížovky, horoskopy apod.), nicméně ty spolu s články o spokojenosti s vlastním tělem (i když není dokonalé) působí naprosto zanedbatelně. Ač se jedná o periodika zaměřená na dospělé ženy, často lze tyto časopisy vidět i v rukách dospívajících (ať už si je sami koupí, nebo je sdílí se svou matkou).

Vlastní kategorii potom tvoří tištěné časopisy, které jsou postavené na zdravém životním stylu apod. Jedním z nich je například časopis Dieta. (Dieta, 2017)

Již z názvu je patrné, že se zaměřuje pouze na trendy v oblasti udržování štíhlého a mladistvého vzhledu. Krom výše zmíněných charakteristik (štíhlá žena na titulní straně, články o cvičení, plastické chirurgii, kosmetice, jídelníčku, reklamám na služby a přípravky k zdokonalení vzhledu v hodnotě několika tisíc), představuje také zajímavý protimluv. Speciálně ve dvou článcích se dozvídáme, že být krásná a sebevědomá může žena být i bez zbytečných diet (Dieta, 2017, Plán pro sexy tělo, str. 24-32; Jsem krásná, ne dokonalá, 34-36), nicméně časopis je prosycený obrázky s štíhlými ženami, rozhovorem s modelkou, která se na jednu stranu neomezuje, žije vyváženě, na druhé straně o sobě říká následující: „(...) Když mi bylo 17, zjistila jsem, že nejlépe si udržím postavu během. Ted' už to s ním tak moc nepřeháním, ale je to moje zaručená dávka endorfinů, když se cítím tlustá a ošklivá. (...) Zase tak často se neměřím, ale na váhu stoupám skoro každé ráno. Někdy mi kilo navíc dokáže zkazit celé dopoledne, to je profesionální deformace, s tím se nedá nic dělat.“ (Dieta, 2017, str. 18)

Z mnoha otištěných reklam lze vyzdvihnout přípravek na očistu těla a zhubnutí bez držení diet – Neera. K přípravku je otištěna vlastní zkušenost herečky Gabriely Filippi: „ (...) V kadeřnictví jsem zaslechla, jak si ženy povídají o hubnoucím přípravku Neera detox, a tak jsem to šla vyzkoušet. S ním je možné se bez problémů postit i 21 dní, já zkoušela patnáct. Tělo v této době získává energii z javorovo-palmového sirupu, takže se nikdo nemusí bát, že zkolabuje.“ (Dieta, 2017, str. 99) Kromě tohoto doporučení má podle článku přípravek i podporu Olgy Šafaříkové a je prezentován i jako přípravek světových celebrit: „Filmová hvězda a populární zpěvačka Beyoncé Knowles absolvovala Neera Detox kúru před svým filmem „The Dreamgirls“. (...) Oznámila také, že zhubla cca 10kg během dvou týdnů, kdy se připravovala na svůj nový film.“ (Dieta, 2017, str. 99)

Mohlo by být zajímavé, jak by se k takovému článku postavila dospívající dívka, jejímž vzorem je právě známá zpěvačka.

Jedním z tištěných médií, které se soustavně věnuje nezdravým dietám, stravování apod. jsou přílohy MF Dnes. Například článek o současném nárůstu odstraňování údajně nezdravých výrobků ze stravy, ohrožování zdraví dětí různými dietami a ortorexii. (Wilková, 2017, 18 – 22) Právě známé noviny se ve svých přílohách k těmto tématům často obracejí a ukazují odvrácenou tvář dietního průmyslu.

Časopisy určené pro dospívající se tématu hubnutí a diet věnuje podstatně méně. Rubriky jsou převážně zaměřené na známé celebrity (štíhlé i s nadváhou), bezpečný sex a novinky

ve filmovém, seriálovém, IT průmyslu. V časopisech lze najít také tzv. poradny, kam se mohou přes e-mail čtenáři/čtenářky obrátit. Například v čísle časopisu JJ (já jůtuber) se vyskytly tyto dvě prosby:

„Chci, aby můj kluk zhubl: Mám kluka, který je trochu silnější postavy. Chtěla bych, aby zhubl. Můkrát jsem mu to naznačovala, ale asi to nepochopil. Poradiš mi, jak ho přemluvit? – Nikola, 10“

„Ve třídě se mi smějou: Už od 1. třídy se mi ve škole smějou kvůli nadváze. Když se ale pokusím zhubnout, nejde mi to :(Jsem smutná a už kolikrát jsem kvůli nim brečela. Já už nevím, co mám dělat. Porad' mi, prosím.

- Marta, 13“

(Dr.DenisTV radí, JJ, 2017, str. 12 – 13)

V obou případech se otázka štíhlosti řeší ve velmi mladém věku. Charakteristické je, že otázka štíhlosti se ve školním prostředí pojí s přijetím vrstevníků, oblíbeností a předpokladem úspěchu. Pro pubescenty nemusí být ohrožující snaha zhubnout, mají-li skutečně nadváhu a upraví zdravě svůj životní styl, ale donucení k hubnutí kvůli hrozícímu sociální vyloučení z kolektivu vrstevníků.

Diety, cvičení a zdravý životní styl se promítá i do knižního průmyslu. V knihkupectvích i knihovnách existují samostatná oddělení věnovaná primárně těmto tématům. Zdravé kuchařky, cvičební návody, životní jídelní filozofie i rady známých osobností, které prozrazují své tajemství dlouhého mládí, krásy, štíhlé postavy se staly výnosným artiklem. Takovýmto knihám se věnuje obvykle velká pozornost: reklamy v televizi, na internetu, plakáty na billboardech i v samotném obchodním centru, přední místo ve výloze knihkupectví.

Na opačné straně jsou odborné publikace, napsané lékaři, skutečnými odborníky, které varují před současným trendem, poruchami příjmu potravy apod., které však nemají přitažlivý obal, barevné fotografie a posvěcení od známé osobnosti.

3.3.2 Televizní vysílání

Podle Mlezivové (Mlezivová, 2011) mnohem větší vliv na sebepojetí člověka má televize, protože oproti tisku, kde člověk zapojuje jen zrak, při televizní vysílání se zapojuje i sluch. *„Dalším důvodem je množství času, který u televize ženy a mladiství tráví, jedná se jednak*

o aktivní sledování určitých pořadů, jednak si ženy a mládež televizi často pouští jako kulisu při vykonávání jiných činností. Děti a dospívající mají sklony považovat to, co v televizi vidí, za skutečné. Snáze než dospělí přebírají v televizi prezentované hodnoty, postoje a normy chování zas své. Televizní hrdinové a hvězdy se často stávají pro dospívající vzorem, jemuž se chtějí přiblížit nejen chováním, ale i vzhledem. Ženy a dívky jsou prostřednictvím televizní obrazovky konfrontovány s herečkami, modelkami, zpěvačkami, hrdinkami seriálů, které jsou zde prezentovány jako ideál krásy a úspěchu. (...) Tato snaha může být velmi nebezpečná, protože u žen a především mladých dívek může dojít k rozvinutí některé z poruch příjmu potravy.“ (Mlezivová, 2011, str. 13-14)

Mlezivová ve svém článku (2011) dále rozebírá náplň jednotlivých pořadů, seriálů nebo show. Ty, které se nejvíce podílejí na společném prezentování kultu těla, jsou záznamy z módních přehlídek, soutěže miss, pořady o proměnách vzhledu, ale také hudební videoklipy nebo rozhovory s celebritami.

„Zpěvačka Jennifer Lopez nedávno v rozhovoru prozradila, že drží dietu čichací. Minimálně třikrát denně dvacet minut čichá z lahvičky s grapefruitovým olejem. Když má zkrátka pocit hladu, čichne si. Dieta prý byla vytvořena na základě pokusu s potkany, kteří když čichali k grapefruitu, nezrali.“ (Wilková, 2016, s. 22)

Ideál krásy nereprezentují pouze reální dospívající či dospělí herci, ale s nerealistickými proporcemi se setkávají již malé děti skrze sledování dětských animovaných filmů, jaké známe například od Walt Disney apod.

Hlavní postavy mívají nereálné proporce – to bychom u pohádek mohli tolerovat, nicméně to přispívá k podsouvání společenskému ideálu. Většina, resp. všechny dívčí animované aktérky mají vosí pas, větší poprsí, vyhublé končetiny, téměř neznatelný krk. Chlapecké postavy, reprezentující mužský ideál, mají široká ramena a jsou také celkově štíhlí. Nadváha nebo tloušťka bývá často prisuzována dalším postavám, jako jsou trpaslíci, čarodějnice, macechy, obři, loupežníci atd., tedy převážně negativní postavy.

Tento trend se vyskytuje také v kreslených či animovaných seriálech na dětských stanicích. Ve všech dětských seriálech se vyskytují hrdinové převážně štíhlé postavy, v případě kreslených chlapců opět postavy sportovnější, ale přesto s plochým břichem. Pokud je v seriálu přítomna postava plnoštíhlá nebo obézní, je prezentována jako postava hloupá, pomalá, neúspěšná, neoblíbená nebo se stává zdrojem komických až trapných situací.

Už tedy malé děti se učí vysmívat dětem ne-štíhlým a zároveň tak dostávají informaci, že pouze při splnění společenských požadavků v oblasti tělesné krásy budou úspěšní, přitažliví, a obdivováni. Tento problém se promítá i do výše zmíněného vlivu tisku, protože v dnešní době mají některé tyto postavy i vlastní časopis.

Dospívající sice začínají upouštět od svého dětského chování, nicméně na nejnovější pohádky do kina s přáteli chodí i mladí dospělí. Dospívající se tak ocitají uprostřed mezi pohádkami pro děti a dalo by se říci i pohádkami pro dospělé – obě totiž propagují stejný ideál.

3.3.3 Online média – internet

V dnešní době, kdy je většina lidí on-line, se nejrizikovějším prostředím pro šíření ideálu krásy, a laických či pseudo-odborných návrhů, jak ideálu dosáhnout, stává internet. Internet je médium, které v sobě nese nejen obrázky a fotografie, ale také různé videonávody, reportáže, blogy a v neposlední řadě sociální sítě. To vše může velkou měrou působit na sebepojetí jedince. (Mlezivová, 2011)

Vyhnut se obrazu mladých, krásných a štíhlých postav v internetovém prostoru je téměř nemožné. Dietami, cvičením a hubnutím se zabývají různé webové stránky, články elektronických časopisů, ale i různé reklamy, reklamní videa na zázračné prostředky na hubnutí – od pilulek, rozpouštěcích prášků, krémů či vibračních přístrojů. Samostatnou kapitolu tvoří nevyžádaná pošta – spamy, které inzerují rychlé zázraky v oblasti krásy nebo hubnutí. Ponoukání k hubnutí se tak vtírá každému stále blíž a blíž – v tomto případě do soukromé pošty. (Mlezivová, 2011)

Na jeden takový e-mail narazila i Wilková (2016). V článku píše, že obdržela nabídku na „zeštíhlující legíny proti celulitidě s turmalínem“. (Wilková, 2016, str. 22) Tento podnět ji přiměl podívat se blíže na současné trendy v oblasti hubnutí, které vznikají na internetu.

Podle článku lze vymezit dvě základní skupiny lidí, snažících se zhubnout. První z nich sází na samohubnoucí oblečení, saunová pyžama, „oblečení ze speciálních chladivých vláken“ (Wilková, 2016, str. 22) - v rámci ledové diety, apod., tedy na výrobky, které mají zajistit svému uživateli rychlé spalování kalorií, bez toho, aby musel měnit jídelníček nebo sportovat. (Wilková, 2016)

Druhá skupina naopak mění svůj jídelníček extrémně. Wilková (2016) popisuje jen několik z mnoha současných dietních trendů. Mezi ně patří již zmíněná dieta čichací, dále

přežvykovací (spočívá v několikrát opakovaném žvýkání jednoho sousta), krabičková, raw strava, bezlepková (v současnosti nejoblíbenější) nebo alkalická (spočívající v pití filtrované vody s jedlou solí).

Novým trendem také jsou výživoví poradci v řetězcích zaměřených na hubnutí. Lidé se jim svěří, poslouchají jejich rady, kupují si jejich výrobky a utrací desetitisíce. Jak říká Wilková (2016) z diet se staly programy. Lidé mění svůj životní styl, ale i styl své rodiny, přátel a příbuzných.

Jedním z nejextrémnějších kultů v oblasti jídla jsou breathariáni. „*Ti zastávají názor, že člověk se může snažit žít po určitou dobu úplně bez jídla, podstatnou energii mu dodá vzduch a pozitivní myšlení – zjednodušeně řečeno.*“ (Wilková, 2016, str. 25).

V současné době se většina lidí aktivně pohybuje také na sociálních sítích, kde uživatelé vyvěšují (někdy počítačově upravené) fotografie, dnes například velmi populární selfie. Svůj dokonalý vzhled tak prezentují ostatním a získávají od ostatních různou formou zpětnou pozitivní vazbu. Naopak člověk, který se více či méně vzdaluje prezentované normě, se může stát terčem posměchu a urážek i od svých známých či „přátel“ - dochází k fenoménu dnešní doby, kyberšikaně. Oběť je tak vyloučena nejen z kolektivu ve skutečném, ale i virtuálním světě.

Generace současných dospívajících vzhlíží k tzv. jůtuberům – vrstevníkům, kteří natáčejí videa na internet a radí ohledně vzhledu, vztahů, počítačových her apod. Zdali těmto mladým lidem můžeme přičítat vliv na šíření ideálu krásy, nelze jednoznačně říci. Platí zde zásada, jako na celém internetu: uvažovat kriticky. Internet je plný stránek o hubnutí, alternativní výživě, plastické chirurgii, estetické medicíně, ale zároveň také o prevenci poruch příjmu potravy. Podobně tomu je i u videonávodů. Záleží, co si jedinec vybere a jak se k tomu postaví.

Štíhlý ideál lze najít i mimo internetový prostor, a to v počítačových hrách. Vyskytne-li se ženská postava ve hře, obvykle má štíhlý pas, velká prsa a boky. Některé hry ale také umožňují vlastní upravení postavy. Počítačové hry ale riziko pro ženy nepředstavují, neboť je hrají převážně muži a hlavně se jedná o jasně vymezený virtuální svět, nikoli skutečný. (Mlezivová, 2011)

3.3.4 Rádiové vysílání

Nejmenší vliv mají podle Mlezivové (2011) reklamní slogany z rádia. „*Reklama v rozhlase však nemá na ženy a dívky tak velký vliv, je to především z důvodu absence obrazu.*“ (Mlezivová, 2011, str. 13)

Přestože rádiové vysílání v některých reklamách nabízí zákroky estetické medicíny, permanentky do posiloven apod., na druhé straně existují i pořady, v nichž se odborníci vyjadřují k některým onemocněním, včetně poruch příjmu potravy.

V současné době většina dospívajících, dle mé vlastní zkušenosti, od poslouchání radiového vysílání upouští, protože svou oblíbenou hudbu nejčastěji poslouchají na svých mobilních zařízeních apod., kde již mají písňe uložené. Mohou tak poslouchat bez reklam.

4 Kumulativní vlivy způsobující vznik poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy vznikají na bázi multifaktoriálních vlivů. Mezi tyto vlivy patří také výše popsané rizikové období dospívání, společensky adorovaný ideál štíhlosti a média, která tento ideál mnohdy vytvářejí, podporují a dále šíří. Avšak žádný z těchto vlivů nepůsobí na jedince izolovaně, právě naopak, jednotlivé vlivy jsou v neustálé interakci. Tato kapitola nastíní další možné skutečnosti, které mohou, v kombinaci s ostatními, u jedince zapříčinit vznik poruchy příjmu potravy.

4.1 Pohlaví

Poruchy příjmu potravy vznikají nejčastěji u žen. „*Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a muže. (...) Průměrná tělesná hmotnost českých dívek přirozeně vzroste v období mezi 8. a 16. rokem z BMI 16 na 19. V kontextu současných standardů ženské krásy může rychlý přírůstek tuku spojený s pubertou představovat pro mnoho dívek hrozbu.*“ (Krch, 1999, str. 61)

Důvodem proč jsou ženy k těmto poruchám náchylnější, mohou souviset ale také s již zmiňovaným kulturním ideálem štíhlosti, který je převážně zaměřen na proporce žen. Ženy mají také odlišnou psychiku než muži, mohou proto být citlivější ke kritice těla, submisivnější ve smyslu podřízení se ideálu (společnosti, partnera, apod.) a také odhodlanější ideálu dosáhnout. Podobně jako u jiných faktorů ale nelze všechny ženy charakterizovat stejnými vlastnostmi. Nicméně lze pozorovat korelaci mezi poruchami příjmu potravy a vnímáním vlastního těla u žen. (Krch, 1999; Grogan, 2000)

(viz kapitola 5. Sebepojetí)

4.2 Rodina

Rodina je nejdůležitější sociální skupina. Dobře fungující rodina je zdravým primárním místem socializace, poskytuje jedinci pocit jistoty, bezpečí, opory a předává mu své normy, postoje a vlastnosti. To se děje jednak po narození jedince vnějším působením na jeho rozvíjející se osobnost, ale také prenatálně formováním skrze zděděný genetický kód. (Vágnerová, 2012; Říčan, 2014)

Papežová (2003, str. 21) udává: „*Podle literatury tvoří genetický podíl 50 – 90% při vzniku anorexie a 35 – 83% u bulimia nervosa. U geneticky zranitelnějších lidí může rodinná*

dispozice spočívat v dědění některých povahových rysů (například úzkostných, citlivých na stres), které jsou pro vznik onemocnění rizikové. Příbuzné ženského pohlaví jsou v největším riziku.“

Papežová (2003) vyjmenovává rizikové vlastnosti (mnohdy právě zděděné), které se často vyskytují u jedinců s poruchami příjmu potravy. Patří sem: *„perfekcionismus, úzkostnost, puritánství a asketismus, zranitelnost, závislost, sebekritičnost, nestálost, impulzivita“ a v některých případech „hraniční porucha osobnosti.“* (Papežová, 2003, str. 26)

Krom zděděných osobnostních charakteristik představuje pro jedince riziko, vyskytla-li se porucha příjmu potravy u někoho z blízkých příbuzných, jako jsou babička, matka, sestra či teta apod. pokud je s ohroženým jedincem v častém kontaktu. (Papežová, 2003)

Ohrožující je také přílišná pozornost věnovaná „zdravému“ stravování v rodině, nebo má-li (nejčastěji) matka na dítě přespříliš vysoké nároky ohledně vzhledu, hmotnosti a je také nadměrně kritická. (Papežová, 2003)

Problém mohou představovat i různé volnočasové aktivity jedince, jakou jsou balet, tanec, nebo některý ze sportů, které mohou přerůst nad rámec tzv. koníčků k téměř profesionálním aktivitám. Rodiče nutí děti k výkonu, úspěchu, slávě a k tomu je mnohdy potřeba udržovat menší hmotnost – dle daných kritérií konkrétního sportu apod. (Papežová, 2003)

Rodinní příslušníci mohou na dítě v otázce hmotnosti působit i nepřímo. Pokud má někdo z rodičů výraznou nadváhu, může se dospívající dopředu obávat, že zdědí stejnou postavu, a tak začne preventivně držet různé diety, nebo nadměrně cvičit. (Papežová, 2003)

„Dnes víme, že i váha, mechanismy energetické rovnováhy a rozložení tuku v těle jsou pod genetickou kontrolou. Někteří lidé přiberou daleko snadněji než jiní.“ (Papežová, 2003, str. 22)

Rodina je důležitá také z hlediska správného vzoru jídelního chování a postoji k jídlu. Jídelní chování souvisí s životním stylem rodiny. *„Způsoby výchovy jsou bezprostředně spojeny s jídelním chováním, promítají se do utváření postojů dětí k jídlu, jídelní motivace, výživových zvyklostí, návyků, preferencí a averzí.“* (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, str. 92)

„V rodinách bulimických pacientek často najdeme vliv nesprávných nebo chaotických jídelních návyků, někteří členové rodiny nedodržují jídelní řád spojený s onemocněním

cukrovkou, někteří se přejídají nebo drží více či méně úspěšné diety (...).“ (Papežová, 2003, str. 21)

Aby mělo dítě v budoucnosti správné návyky, jsou důležité návyky rodičů. Rodiče by měli znát zásady vyvážené výživy, vhodná jídla vzhledem k věku dítěte, dodržovat zásady slušného chování u stolu. Dále by se měli snažit sejt se společně u jídelního stolu alespoň jednou denně. Také by neměli kritizovat nějaké jídlo před tím, než jej dítě ochutná. V neposlední řadě by měli dohlížet, aby jejich dítě mělo za den dostatek pohybu. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Částečně na rodinném jídelníčku se podílí i vliv finanční situace. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

V současné uspěchané době se rodina u jednoho stolu sejde jen výjimečně. Období pubescence je již typické tím, že dospívající jedí doma o samotě, protože rodiče pracují, nebo ve škole. V obojím případě rodiče začínají ztrácet přehled o stravování svého dítěte. Dospívající vyžaduje a dostává větší volnost při nákupu určitých potravin/pochutin za vlastní kapesné, častěji se zapojuje do rodinného nákupu, nebo si dokonce již samo umí uvařit. V tomto věku si jedinci svačinu do školy převážně obstarávají sami a se zvyšující se autonomií je již zcela na nich, zda si připraví svačinu z domácích zásob, nebo si koupí něco cestou do školy či ve školním bufetu z kapesného či přímo z peněz na jídlo od rodičů. To, co si za peníze koupí je opět na dospívajícím. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Dobrou cestou se teď vydává odstranění automatů s nezdravými pochutinami, zákaz prodávání nezdravých pokrmů v bufetech a naopak prosazování automatů s mléčnými výrobky nebo ovocem. Obědy ve školních jídelnách jsou tématem samo pro sebe. Dospívající si jídlo objednává převážně sám bez dohledu rodičů (anebo si jídla nevybírá vůbec a dostává vždy položku číslo jedna). Nikdo však již dospívajícího nemůže nutit, aby do školní jídelny opravdu šel, nebo aby dané jídlo skutečně snědl. Tento věk je již typický tím, že školní obědy jsou dospívajícími hodnoceny jako ne-chutné, a tak často opouští jídelnu nenajezení a pokračují do některého z fast foodů. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Pokud se rodina sejde alespoň a večeří, bývá dnes již zvykem, že jedí v obývacím pokoji u televize, anebo každý ve vlastním pokoji a s vlastním programem. Samozřejmě vždy záleží na konkrétní rodině i samotném jedinci, jak se stravuje, nakládá s kapesným, a nakonec i se svým zdravím. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

4.3 Sociokulturní vlivy

Mnohé studie naznačují, že existují určitá etnika, která si ještě udržují vlastní normy krásy a postoje k hmotnosti. Nicméně, jak již bylo řečeno výše, v současném globalizujícím se světě se tato uzavřenost k ideálu krásy začíná proměňovat. Souvisí to i s migrací různých etnik a snahou se úspěšně integrovat do společnosti. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013; Grogan, 2000)

Co se týká České republiky Fraňková, Pařízková a Malichová (2013) se zaměřují především na Romy. Podle nich v romském etniku převládá počet jedinců s nadváhou z důvodu nesprávné stravy. *„Nadváha dětí (i dospělých) je patrně dána způsobem stravování a složením jejich běžného jídelníčku, což může odrážet postoje Romů k hmotnosti. Příkladem může být zkušenost s romskými dětmi, které v dětské ozdravovně úspěšně redukovaly nadměrnou hmotnost zásluhou dobře prováděného nutričního a pohybového režimu. Romští rodiče, kteří své děti přijeli navštívit, byli velice nespokojeni s tím, že jejich děti zhubly (Malichová, vlastní poznatky).“* (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, str. 244)

Ostatní etnika bývají zdokumentována především ve vztahu k Spojeným Státům Americkým.

Grogan (2000, str. 118) poznatky shrnuje takto: *„Data publikovaná v poslední době naznačují, že bělochům (a zejména bílým ženám) hrozí větší riziko, že si budou „připadat tlustí“ a mají také větší tendenci držet diety než britské afrokaribské a asijské ženy nebo afroamerické a americké asijské nebo hispánské skupiny. Přibývá však důkazů, že tento rozdíl začíná mizet a u amerických asijských a hispánských skupin se začíná zvyšovat pocit nespokojenosti s vlastní postavou, což může být důsledek přijímání dominantních společensko-kulturních hodnot obrazu těla.“*

4.4 Socioekonomické vlivy

Problematika souvislosti poruch příjmu potravy a společenského statusu je podle Grogan (2000) stále málo prozkoumána. Podle současných výzkumů platí, že poruchy příjmu potravy prostupují všemi společenskými třídami. Rozdílné je však to, jak se k nespokojenosti s vlastním tělem lidé z různých ekonomicko-společenských tříd stavějí. Podle Grogan (2000, str. 121 -122): *„Vyšší vrstvy mají tendenci chápat tělo spíše v estetické než funkční rovině a jsou připraveny investovat čas a energii do sportovních aktivit (k dosažení změny vzhledu těla) více než příslušníci dělnických tříd.“*

To samozřejmě může souviset i s finančními dispozicemi jednotlivců v dané třídě, protože, jak již bylo také zmíněno, přestože se některé služby a zákroky zdánlivě finančně zpřístupňují všem, stále se nejedná o malé částky. (Grogan, 2000)

4.5 Náročné životní situace, stres

Poruchy příjmu potravy mohou vzniknout v důsledku dlouhodobého stresu či tlaku, nebo jako reakce na nějakou stresovou situaci. Krch (1999) i Papežová (2003) některé z těchto situací vyjmenovávají.

Může se jednat přímo o negativní zážitky spojené s vlastním tělem – například urážka, ponížení týkající se vzhledu ze strany vrstevníků, rodičů apod., ale také primárně nevinná poznámka typu: „Nejsou ti ty kalhoty už malé?“ Rodinné konflikty, rozvod rodičů, rozchod s přítelem, závažný neúspěch (neúspěšné přijímačky na střední školu, maturita), stěhování patří mezi další náročnější situace. Zařadily bychom sem i úspěch, který však jedinec nedokáže unést. (Papežová, 2003)

Mezi ty nejzávažnější situace patří domácí násilí, sexuální zneužití, drogové závislosti v rodině apod. (Krch, 1999; Papežová, 2003)

Míra stresové zátěže na psychiku člověka se individuálně liší. To, co může být náročné pro jednoho, může ten druhý jednoduše překonat a naopak. Každý má jiné strategie překonání problému, zranitelnost i odolnost. Pojetí stresové situace tak záleží na každém jedinci. Například výhra cesty kolem světa, která by objektivně byla hodnocena jako vysoce pozitivní, může u některých jedinců vyvolat strach z přepravy (letecké/lodní), neznámého prostředí, jídla, bezpečnostního rizika, onemocnění apod. Proto hodnotit, zda jedinec prožívá či prožil náročné životní období/situaci lze vždy jen s jedincem trpícím poruchami příjmu potravy, nikoli s jeho okolím, které dané období/ danou situaci může vyhodnotit zcela odlišně. (Papežová, 2003)

Na závěr je nutné poznamenat, že samotná stresová situace, i když ji jedinec jako velmi stresovou vnímá, nemusí nutně znamenat rozvoj poruch příjmu potravy. Vždy se jedná o nashromáždění vícera rizikových faktorů. „*Poruchami příjmu potravy trpí lidé, kteří prožili tragické životní události, i ti, u kterých je bulimie či psychogenní přejídání jediným problémem, který zjistíme.*“ (Papežová, 2003, str. 23)

5 Sebepojetí

Tato kapitola se zaměří na koncept sebepojetí, resp. body image, a to konkrétně na rozdíly v sebepojetí žen a mužů. Stručně shrne podstatu různých vlivů, které body image ovlivňují – jsou to především ty, které byly popsány v předešlých kapitolách. Tato část představuje jakýsi mezník mezi kumulací různých negativních vlivů, jež ovlivňují pohled na sebe sama, a poruchami příjmu potravy, které se vyznačují právě narušeným sebepojetím a prožíváním vlastního těla.

5.1 Sebepojetí a body image

V rámci zpřesnění terminologie, můžeme rozlišit dva základní pojmy: sebepojetí - „*Dítě si vytváří koncepci sebe sama – sebepojetí (v angličtině Self, Self-concept), která zahrnuje vnímání sebe sama, svých fyzických i duševních procesů a vlastností, sebepoznání, sebehodnocení.*“ (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, str. 133) - a body image to je úzeji definováno „*(...) jako představa, pojetí vlastního těla (...).*“ (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, str. 133)

Grogan (2000) považuje za zakladatele moderního pojetí pojmu body image Paula Schildera, který jako první propojil vnímání těla jedince s psychologickými a společenskými souvislostmi. „*Do té doby se výzkum vnímání obrazu těla omezoval na studium percepce těla narušené kvůli poškození mozku.*“ (Grogan, 2000, str. 11)

Sebepojetí tak na základě uvedené literatury chápeme jako termín nadřazený, do kterého kromě body image spadá komplexní představa o sobě samém, to znamená, že zahrnuje i názor na vlastní chování, prožívání a myšlení. Dá se konstatovat, že zdravé sebepojetí znamená i zdravé sebevědomí.

Takový člověk snáze akceptuje sebe i druhé, cítí se jistější. Tyto charakteristiky ho zároveň chrání před působením vnějších vlivů právě na jeho sebepojetí. Naopak jedinec, který má narušené nebo negativní sebepojetí je také citlivější vůči kritice, diskrepanci mezi společensky stanoveným ideálem a vlastní osobou, a tak se jeho sebepojetí opět o něco zhoršuje. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

„*Subjekt vnímá a hodnotí sám sebe ve vztahu k vnějšmu prostředí.*“ (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, str. 133) To je důvod, proč při zkoumání sebepojetí resp. body image jedince musíme vycházet z dané kultury, společnosti. (Grogan, 2000)

Pro zdravý vývoj sebepojetí od narození je důležitá úloha rodičů a blízkých dítěte. Dítě potřebuje cítit, že je milováno, za to jaké je, ne jaké by mohlo být. Pokud budou rodiče pozitivně působit na sebepojetí dítěte, není to sice stoprocentní záruka, že v budoucnu nebude mít jedinec sebepojetí narušené, ale určitě je to ten nejdůležitější základní kámen v budování důvěry v sebe sama – ve své duševní i tělesné Já. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

5.2 Vlivy působící na sebepojetí

Vzhledem ke struktuře mé práce, jejíž jednotlivé kapitoly se zabývají multifaktoriálními vlivy, které působí, resp. mohou působit na sebepojetí jedince, a tím i do budoucna přispívat k rozvinutí poruch příjmu potravy u některých jedinců, bude se tato podkapitola soustředit pouze na shrnutí výše uvedených poznatků.

V životě jedince existují krizová období, a jedním z nich je pubescence, resp. dospívání, a to kvůli fyzickým a psychickým změnám. (Vágnerová, 2012)

Rizikové z hlediska narušení body image, resp. poruch příjmu potravy je toto období především pro dívky – a to především bílé rasy. (Grogan, 2000)

Z těch jsou nejvíce ohroženy ty, které měli poruchu příjmu potravy v rodině, či zdědily některé rizikové vlastnosti, věnují se profesionálně nějakému sportu, mají narušený vztah s matkou, nebo je jejich matka příliš kritická. (Krch, 1999; Papežová, 2003)

Problémem může být i vrstevnická skupina, ke které se dívka upíná, nebo život v dlouhodobém stresujícím prostředí, ale i náročné životní situace. (Krch, 1999; Papežová, 2003)

Společenská třída není plně prokazatelným vlivem, ale západní kultura a její ideál štíhlosti ano. (Grogan, 2000)

V současné době je tento ideál nejčastěji šířen skrze masmédiá – tisk, televizi, rozhlas, internet a reklamy jimi šířeny. Nekritický vztah k normám a ideálům nastolenými médii může také ovlivnit sebepojetí. (Grogan, 2000; Mlezivová, 2011)

Je potřeba zmínit, že všechny faktory jsou mezi sebou v neustále interakci, a tak na jedince také nepůsobí izolovaně jeden od druhého, ale jako množina podnětů vzájemně propojených, podmíněných a podřízených. (Krch, 1999; Papežová, 2003; Mlezivová, 2011)

5.3 Ženy versus muži

Sarah Grogan ve své publikaci (2000) shrnuje výsledky mnoha provedených výzkumů ve Spojených státech, Austrálii a Velké Británii (konkrétní zdroje viz Grogan, 2000).

Výsledky těchto výzkumů shrnuje takto (Grogan, 2000):

Rozdíl v spokojenosti s vlastním tělem je u žen a mužů existuje. Zatímco ženy bývají nespokojené především kvůli nadváze, a přejí si proto zhubnout, někteří muži, resp. zhruba polovina z nich naopak chce několik kilogramů přibrat, aby vypadali více maskulinně. Ženy pocítují, že na ně působí společensky nastavený ideál. (Grogan, 2000)

V poslední době se v médiích objevují ideální muži. Muži se tak začínají srovnávat, ale přeci jen je tlak na ně kladený o dost menší než u žen. (Grogan, 2000)

Od žen se také očekává, že se budou snažit udržet si svůj mladistvý a ideální vzhled všemi dostupnými prostředky, muži volí cvičení a jen někteří (především kulturisté) podporují růst svalů steroidy, či jinými látkami. (Grogan, 2000)

6 Poruchy příjmu potravy

6.1 Jídelní chování dospívajících

Jídelní chování můžeme na základě poznatků Fraňkové, Pařízkové a Malichové (2013) charakterizovat jako chování jedince ve vztahu k jídlu, které zahrnuje hodnocení konkrétních pokrmů tj. jídelní preference a averze, dále jídelní zvyklosti ve smyslu úpravy jídel (vaření, smažení, dušení, atd.) a kultury stolování (etiketa), jídelní zlozvyky (vynechávání snídaně, jezení ve spěchu, nebo u televize, apod.), a vztah k jídlu jako takovému, do kterého patří individuálně odlišené postoje k hladu, či mlsnosti.

Tyto odlišné postoje se poté projevují jako odlišná „filozofie jedince“: jedni vnímají jídlo pouze jako prostředek uspokojení hladu, druzí jej považují za součást životního stylu či aktuálního módního trendu, jiní vidí v jídle prostředek k harmonizaci těla a duše, či udržení / dosažení zdraví organismu, pro některé je jídlo i součástí seberealizace (kuchaři), atd. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Jídelní chování všeobecně řečeno zahrnuje celkový postoj jedince k jídlu a všemu s ním spojenému (jako je např. obvyklý čas, ve kterém jedinec snídá, obědvá, večeří, množství energie, které za den přijme, apod.). (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Podle Fraňkové, Pařízkové, Malichové (2013) se jídelní chování vyvíjí s věkem jedince a největší vliv na jeho rozvoj má rodina, jejíž jídelní zvyklosti (správné i nesprávné) jedinec přejímá.

6.2 Poruchy jídelního chování u dospívajících

V období dospívání mezi nejčastější poruchy jídelního chování, které mohou vést k samotným poruchám příjmu potravy, patří držení diet, které je neopodstatněné a často se řídí radami ne odborných článků a tzv. „osvědčených“ typů na internetu, nebo v časopisech. (Maloney a Kranz, 1997; Papežová, 2003)

Z vlastní zkušenosti mohu uvést příklad mandarinkové diety, která spočívala pouze v denním příjmu 2 kg mandarinek. Dotyčná osoba skončila po necelých 2 měsících v nemocnici se zkvašenými mandarinkami v žaludku, bolestí žlučníku, jater a naoranžovělou kůží. Tato mladá žena zůstala jeden den v nemocnici na kapačkách na pozorování, druhý den byla propuštěna a k dané dietě se nevrátila.

Diety bývají vnímány jako účinný prostředek k úspěšné a trvalé redukci tělesné hmotnosti. Nicméně, jak zmiňuje Grogan (2000), mnoho odborníků se shoduje, že k trvalému snížení hmotnosti dojde jen u několika málo procent jedinců, většina se naopak dříve či později dostane ke své původní váze, anebo přibere i několik kilo navíc.

Dietami chtějí lidé dosáhnout štíhlosti, která je považována za zdravější, než nadváha. Grogan (2000) opět s touto myšlenkou polemizuje a ukazuje, že neexistují jednoznačné důkazy, které by potvrdily, že štíhlá postava je nejzdravější postava. Naopak podle autorky ženám může být více prospěšná mírná, zdravotně neriziková nadváha, která například snižuje riziko osteoporózy. Pro zjištění optimální hmotnosti se nejčastěji využívá Body Mass Index neboli Index tělesné hmotnosti. (Grogan, 2000; Krch, 1999)

„BMI se vypočte tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky vyjádřené v metrech (kg/m^2).“ (Krch, 1999, str. 81) Zdravé BMI se pohybuje mezi 20 až 25. (Krch, 1999; Papežová, 2003; Grogan, 2000)

Z hlediska poruch jídelního chování chápeme dietu jako snížení množství přijímané potravy, za účelem dosáhnout redukce tělesné hmotnosti, a to i přes to, že jedinec má ze zdravotního hlediska hmotnost přiměřenou svému věku, výšce a konstituci těla. (Grogan, 2000)

Fraňková, Pařízková, Malichová (2013) zmiňují nejčastější poruchy jídelního chování, které se objevují ve školním věku. Mezi ně patří dle autorek i vybíravost. Vybíravost je do určité míry přirozená a také může být i pozitivní – například, když si jedinec namísto nezdravé potravy vybírá zdravější. Do vybíravosti řadí i alternativní výživové směry jako je vegetariánství, veganství, apod. V současné době sem můžeme zařadit i bezlepkové stravování, které není podloženo lékařskou indikací. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Vybíravost jako porucha jídelního chování je chápána ve smyslu rigidního lpění pouze na konkrétních pokrmech, surovinách, přípravě jídla nebo vzhledu pokrmu. Pokud dítě dostane to, na co není zvyklé, anebo to, co vyhodnotí jako nežádoucí, jídlo dobrovolně odmítá. Autorky uvádějí, že vybíravost bývá záležitostí spíše rodin z vyšším socioekonomickým statutem, které si mohou dovolit nakoupit různé alternativy surovin (např. různé obchodní značky, bio potraviny apod.), ze kterých si dítě vybere jen to své oblíbené. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Mlsnost je podle autorek další poruchou jídelního chování. Je zde pojímána jako přijímání pouze nezdravých a nutričně neplnohodnotných potravin, konkrétně se jedná o sladké a slané pochoutky, fast food, sladké nasycené nápoje apod. Mlsnost je opět do určité míry přirozená, ale pokud dosáhne krajní meze, jedinec odmítá zdravé, plnohodnotné pokrmy a poškozuje tak své zdraví. Autorky opět uvádějí, že nadměrná mlsnost je také záležitostí převážně rodin s lepší finanční pozicí, které si mohou dovolit nadstandardní pochutiny kupovat. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

V obou případech je možné poruchy odstranit. V případě vybíravosti autorky navrhuji postupné nenásilné navykání jedince na odlišná jídla apod., u mlsnosti zdůrazňují důslednost. Dítě si může vynucovat večeři ve fast foodu, rodiče ale musí trvat na svém rozhodnutí a naučit jedince, že si další nezdravé jídlo násilně nevynutí. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Ačkoli se tyto poruchy zmiňují častěji v souvislosti s mladším školním věkem, domnívám se, že ani u dospívajících nejsou výjimkou. Příkladem může být stravování ve školních jídelnách, které nabízejí výživově vyrovnanou stravu, jež bývá odmítána právě z odlišného vzhladu pokrmu, než se kterým se jedinci setkávají v domácí kuchyni.

Co se týká mlsnosti, i u dospívajících se stává, že namísto plnohodnotné svačiny si žáci za kapesné zakoupí sladkosti, slané čipsy a sladké nápoje.

Protipól představuje přehnané lpění na kvalitních, zdravých potravinách, které můžeme podle některých zdrojů (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013; Wilková, 2017) již přiřadit k poruchám příjmu potravy a o nichž bude řeč dále.

Podle Fraňkové, Pařízkové, Malichové (2013) do výčtu poruch jídelního chování můžeme zařadit i odmítání jídla jako reakci na zátěžovou stresovou situaci (např. konflikty v rodině, týrání, šikana apod.), ale také jako prostředek vynucování pozornosti. Jedinec záměrně odmítá jídlo, aby vzbudil u rodičů soucit, strach, anebo tímto způsobem rodiče vydírá, aby dosáhl svého požadavku, protože ví, že jej rodiče dlouho hladovět nenechají. (Elliot, Place, 2002)

Uvedené poruchy jídelního chování se mohou vyskytnout pouze epizodně a nemusí pro jedince představovat do budoucna riziko, ale pokud tyto poruchy přetrvávají, mohou vyústit v chronické poruchy příjmu potravy. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

6.3 Vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy představují široké spektrum poruch, jejichž styčným bodem je narušený vztah k jídlu, resp. narušené jídelní chování. Jedná se o komplexní onemocnění, to znamená, že postihuje celou osobnost jedince, tj. jeho bio-psycho-sociální jednotu. (Krch, 1999; Maloney a Kranz, 1997)

Poruchy příjmu potravy přimějí jedince nadměrně se zabývat svým tělem a následně jej přeměňovat do nové, resp. štíhlejší podoby, a to skrze extrémní diety, hladovění, nadměrné cvičení, vyvolávání zvracení či používání diuretik. (Krch, 1999; Maloney a Kranz, 1997)

Psychika jedince bývá narušena zejména ve vztahu k vlastnímu tělu (negativní sebepojetí, body image, sebeúcta). Takový jedinec se vnímá jako ošklivý, tlustý, méněcenný a obává se zvyšování tělesné hmotnosti a tloušťky. (Krch, 1999; Maloney a Kranz, 1997)

Sociální rozměr těchto poruch chápeme jako uzavírání se do sebe, odmítání sexuální atraktivity (u mentální anorexie), snahu dosáhnout společenského ideálu krásy. Jídlo se stává pro člověka s poruchou příjmu potravy ústředním tématem jeho každodenního života. Někteří autoři (např. Maloney a Kranz, 1997) vymezují i narušenou tzv. emocionální rovinu, protože jedinec extrémně prožívá to, co se týká jídla a také se skrze jídlo snaží vyrovnat se svými negativními emocemi. Porucha příjmu potravy se stává pro jedince jediným východiskem řešení problémů. Mezi nejčastější poruchy se řadí mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání.

(Elliot, Place, 2002; Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013; Krch, 1999; Maloney a Kranz, 1997)

Světová zdravotnická organizace řadí poruchy příjmu potravy do oblasti „*Poruch duševních a poruch chování (F00 – F 99)*“ a zde do „*Syndromů poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F50.9)*.“ Řadí sem: „*mentální anorexii, atypickou mentální anorexii, mentální bulimii, atypickou mentální bulimii, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy, poruchu příjmu potravy nespecifikovanou.*“ (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013, str. 227 -228)

Přestože poruchy příjmu potravy mohou vzniknout u každého nezávisle na pohlaví, věku, vzdělání apod., existují osoby, které jsou těmito poruchami ohroženější než ostatní populace.

Mezi tyto ohrožené skupiny patří především ženy jakéhokoli věku. (např. Grogan, 2000; Krch, 1999)

Všichni autoři, zabývající se touto problematikou (např. Grogan, 2000; Krch, 1999; Papežová, 2003; Maloney a Kranz, 1997) shodně zdůrazňují, že poruchami příjmu potravy trpí častěji dívky/ženy než chlapci/muži.

František David Krch (1999) udává ženské pohlaví jako biologický rizikový faktor sám o sobě. Ženské pohlaví zdůrazňuje podobně také Hana Papežová (2003), anebo Michael Maloney a Rachel Kranz (1997), kteří dokonce ve své publikaci uvádějí, že ze sta procent osob trpícími poruchami příjmu potravy, jich devadesát pět procent představují ženy. Důvody, proč jsou ženy náchylnější, se stávají předmětem výzkumů po celém světě (např. Grogan, 2000) a každý autor na základě získaných poznatků definuje vlastní teorie. Jako nejčastější důvod bývá uváděn nezdravý kulturní ideál štíhlosti a vliv masmédií a reklamy, které se zaměřují na ženy a propagují tento nezdravý vzor krásy. Maloney a Kranz (1997) zdůrazňují vliv potlačovaných emocí – zvláště hněvu, který je u dívek/žen vnímán jako nežádoucí. Porucha příjmu potravy může představovat uvolnění těchto pocitů.

Další ohroženou skupinou jsou dospívající, a to zejména z důvodů celkové proměny osobnosti jedince, včetně výrazné změny fyzické. (Vágnerová, 2012; Říčan, 2014) Rizikové faktory dospívání jsou podrobně popsány v první kapitole této práce.

Poslední ohroženou skupinou, na které se odborníci shodují, jsou osoby, které pro výkon své profese musí regulovat svou tělesnou hmotnost. Jedná se především o oblast modelingu, herectví (a dalo-by se říci celého showbyznysu) a některé umělecko-sportovní profese (balet, gymnastika apod.). (Grogan, 2000; Krch, 1999; Papežová, 2003; Maloney a Kranz, 1997)

Příčiny vzniku poruch příjmu potravy jsou různorodé a jsou popsány v druhé a třetí kapitole mé práce. Jedná se o vlivy, které narušují psychiku jedince, nejčastěji jeho tělesné sebepojetí. O poruchách příjmu potravy nelze hovořit, jedná-li se o poruchy vzniklé na podkladě somatického onemocnění (např. porucha polykání – dysfagie). (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013, str. 227)

Léčba poruch příjmu potravy vyžaduje interdisciplinární přístup, zejména proto, že poruchy příjmu potravy ovlivňují celou osobnost jedince, a následky těchto poruch se projevují v tělesné, psychické, emocionální i sociální rovině. Existují odlišné přístupy k léčbě poruch

příjmu potravy, podle Krcha (1999), nebo Maloney a Kranz (1997) se jedná především o kognitivní, behaviorální nebo psychoanalytický přístup. Užití konkrétního přístupu se liší v jednotlivých zařízeních, i v závislosti na individualitě jedince, či se mezi sebou kombinují. Léčba probíhá buďto ambulantně nebo v závažnějších případech vyžaduje hospitalizaci jedince. (Krch, 1999; Maloney a Kranz, 1997)

Nejvýznamnější zařízení u nás jsou Centrum pro poruchy příjmu potravy - Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN a dále Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol. (Maloney, Kranz, 1997)

Kromě úpravy jídelního chování, dochází jedinec na individuální/skupinou/rodinnou psychoterapii. Pomoc lze hledat i v svépomocných skupinách, odborných (např. Leibold: Mentální anorexie, 1995) či svépomocných publikacích (např. Cooper: Bulimie a záchvatovité přejídání, 2014; Göckel: Místo činu lednička, 2003; Hall a Cohn: Rozlučte se s bulimií, 2003) nebo na specializovaných internetových stránkách.

6.4 Mentální anorexie

Mentální anorexie je nejznámější a také nejčastější porucha příjmu potravy. Podle Maloney a Kranz (1997) postihuje téměř výhradně ženy a až u 21% nemocných končí smrtí.

Definice mentální anorexie se různí u jednotlivých odborníků. Klíčovým aspektem této poruchy je však nerealistické vnímání vlastního těla, nadměrný strach z tloušťky a dobrovolné hladovění, resp. držení extrémních diet. Někdy také jedinci s anorexií užívají diuretika, projímadla, vyvolávají zvracení nebo nadměrně cvičí, aby si nejen udrželi svou nízkou hmotnost, ale hlavně, aby opět o něco zhubnuli. (Elliot a Place 2002; Krch, 1999; Maloney a Kranz 1999; MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013)

Mentální anorexie má některé společné znaky s mentální bulimií. Jedná se hlavně o nárazové záchvatovité přejídání, které je u osob s anorexií motivováno extrémním hladem. Jedinci se ale po přejedení okamžitě snaží snědené jídlo opět jakýmkoli způsobem vyloučit, protože se obávají, že by mohli ztloustnout. Po tomto záchvatu se obvykle navrací k drastické dietě, kterou ještě o něco zpřísní. Mentální anorexie může být též výchozím bodem pro rozvoj mentální bulimie. (Maloney a Kranz, 1997; MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013)

Jedinci s anorexií se nesnaží dosáhnout nějaké vytyčené hmotnosti, nebo „zdravé štíhlosti“, ale usilují o ztrátu veškerého tuku. Nedbají ani varování svých blízkých, protože mají již tak

narušené vnímání vlastního těla, že ač jsou objektivně vnímáni jako hubení, stále je to pro ně nedostatečné. Redukce hmotnosti je pro ně nikdy nekončící proces, anebo proces, který skončí až jejich úmrtím. (Maloney a Kranz, 1997)

Chování osob trpících anorexií je narušené v různých oblastech života. Nejcharakterističtější je však narušené jídelní chování jedince, které se odvíjí od faktu, že (zvláště v počátku nemoci) jedinec nechce, aby si jeho onemocnění okolí všimlo. Proto často nosí volnější oblečení, lžou o množství přijatého jídla, nebo si vymýšlí zdravotní problémy (bolesti žaludku apod.), aby nemuseli jíst. (Maloney a Kranz, 1997)

Opakem může být i, dalo by se říci, maskování – jedinec se chová zdánlivě normálně. To znamená, že se účastní společného jídla, nicméně postupně omezuje množství jídla, které si nechá nandat na talíř, v jídle se přehrabují, krájí jej na malé kousky, několikanásobně přežvykuje jedno sousto a zapíjí jej větším množstvím tekutiny. Vztáhneme-li tuto problematiku na dospívající, lze konstatovat, že rodičům a blízkým dospívajícího může určitou dobu trvat, než si všimnou, že jídelní chování jedince není v pořádku. Dospívající je totiž do určité míry samostatný a rodiče již nekontrolují například: zda ve škole svačil/obědval, jak často denně cvičí apod. (Maloney a Kranz, 1997)

Další oblastí, která je narušena v důsledku extrémní orientace na jídlo, je sociální oblast. Jedinec s mentální anorexií se obrací do svého nitra, přestává se účastnit společenských akcí (aby nikdo neviděl, jak je osoba „tlustá“, anebo protože by taková akce mohla ohrozit dodržení diety) a může se od blízkých osob odtahovat a působit stroze. Záleží však na individuální povaze jedince. Někteří autoři naopak předkládají příběhy, kde ženy s mentální anorexií s radostí vařily pro celou rodinu, shromažďovaly a vymýšlely recepty apod. (Maloney a Kranz, 1997)

Čas na své blízké a známé může jedinec ztrácet také nadměrným cvičením. V dnešní době existuje celá řada možností, jak sportovat. Dnes existuje velké množství různých posiloven, tělocvičen, krytých bazénů, lze si jednotlivé posilovací stroje zakoupit přes internet, anebo jedinec může začít běhat po okolí (a maskovat to jako venčení psa apod.), vybíhat schody v panelovém domě, cvičit podle DVD nebo online kurzu, atd. Maloney a Kranz (1997) uvádějí, že v extrémních případech osoby s anorexií se snaží cvičit v každé chvíli (protahování prstů na ruce, třesení nohama, jídlo za běhu, atd.).

Nejnápadnější změny však nastávají v oblasti tělesného vzhledu. Kromě drastické vyhublé postavy, na které lze pozorovat všechny žebra a kosti v těle, mohou být nápadné i lámavé

vlasý a nehty, změna barvy kůže, modřiny, které se nehojí. (Krčh, 1999; Maloney a Kranz, 1997)

Následky tohoto onemocnění jsou pro organizmus velmi zátěžové, zvláště mluvíme-li o dozrávajícím organizmu pubescentů, kteří pro svůj zdravý vývoj potřebují plnohodnotnou stravu. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

František David Krčh (1999) rozděluje tyto následky do několika okruhů. Nejvýznamnější z nich jsou onemocnění související se srdečním orgánem. Osoby s mentální anorexií mnohdy umírají právě na selhání srdce. Dále můžeme u této diagnózy pozorovat nízký tlak nebo srdeční arytmiie. Velmi ohrožující je i selhání ledvin, dehydratace, obojí bývá způsobeno užíváním diuretik, projímadel a častého zvracení. Časté zvracení taktéž může způsobit žaludeční vředy, nebo poleptání zubní skloviny a následně zvýšenou kazivost zubů. Snížení tělesné hmotnosti se též negativně projevuje na úbytku kosterní hmoty – vzniká osteoporóza. Krčh přidává dále ztrátu menstruace, změny krevního obrazu, křeče, poruchy regulace tělesné teploty. Maloney a Kranz (1997, str. 65) zmiňují i „závratě, nespavost, deprese, podrážděnost, poruchy koncentrace.“

Souhrnně lze říci, že porucha se může u každého rozvíjet a projevovat trochu odlišným způsobem, existují však ukazatele, kterých by si okolí jedince mělo všimnout. Jedná se o výše zmíněné neobvyklé jídelní chování, proměny sociálních vztahů, výkyvy nálad, zhoršení školní / pracovní výkonnosti, tělesné změny.

Příčina mentální anorexie je individuální a má tzv. kumulativní a multifaktoriální charakter. To znamená, že na vzniku toho onemocnění má různou měrou podíl souběh různých faktorů. (Krčh, 1999; Maloney a Kranz, 1997; Mlezivová, 2011)

Maloney a Kranz (1997) zdůrazňují vliv rodinné atmosféry, a to zvláště na dívky. Autoři se domnívají, že období dospívání je pro pubescentní dívky v mnoha ohledech náročnější, než pro chlapce. Podle těchto autorů působí na dospívající dívky mnoho tlaků, se kterými se musí vyrovnat.

To sice platí pro všechny dospívající, ale u dívek je toto působení o to rizikovější, nemají-li dovoleno reagovat na tyto tlaky emocemi, které jsou ve společnosti chápány jako negativní a pro ženské chování nežádoucí. Jedná se především o pocity spojené s hněvem. (Maloney a Kranz, 1997)

Zatímco u chlapců se většinou větší či menší míra agresivity toleruje jako povahový mužský rys, dospívající dívka musí být jemná a veselá. Chlapci své pocity mohou vyventilovat i sportovními aktivitami (box, judo, fotbal atd.), které se ale pro dospívající dívku nehodí. Dívka se může tomuto diktátu vzbouřit, anebo naopak podřídit. To znamená, že potlačí své negativní emoce. (Maloney a Kranz, 1997)

Hladovění, nadměrné cvičení apod. se stává pro dospívající jediným zdrojem úlevy. Dívka uleví svým pocitům, získává pocit kontroly vlastního života, anebo v úbytku hmotnosti vidí možnost, jak odstranit některé své problémy. Redukce hmotnosti je spojena s vidinou úspěchu. (Maloney a Kranz, 1997)

Mentální anorexie může být i prostředek, kterým dospívající jedinec upoutá pozornost rodičů či známých, kteří jí do té doby nevěnovali mnoho zájmu a může být i prostředkem k získání pocitu převahy. Rodiče mají o její zdraví strach, a tak vyhoví všemu, co dívka požaduje za to, aby začala jíst. (Elliot a Place, 2002)

Mentální anorexie se častěji vyskytuje v rodinách s dobrým finančním zajištěním a statusem spokojené rodiny. Na dospívající dívku mají obvykle rodiče nepřiměřené nároky ohledně jejího vzdělání, koníčků, přátel, partnera i vzhledu. Rodiče chtějí vychovat dokonalou dceru, úspěšnou po všech stránkách. Neúspěch bývá v rodině těžko snášen, naopak úspěch je odměňován. (Maloney a Kranz, 1997)

V takovém prostředí se dívka cítí být milována pouze tehdy, dostane-li jedničku, vyhraje soutěž, má mnoho přátel apod. Protože chce být milována, snaží se vyhovět nerealistickým přání rodičů, potlačuje pocity hněvu, které má vůči sobě i rodičům a cestou ke zvládnutí tlaku se stává mentální anorexie. Maloney a Kranz (1997) zdůrazňují, že anorektička chce „vytvořit obraz dokonalé, křehké holčičky“ (Maloney a Kranz, 1997, str. 72 -73), kterým by dala rodičům najevo, že je ještě dítě, a jejich nároky proto nelze zvládnout.

Léčba mentální anorexie spočívá na dvou základních pilířích: obnovení zdravého jídelního chování, aby jedinec postupně zvýšil svou hmotnost a vytvoření bezpečné a láskyplné rodinné atmosféry, aby u jedince nedošlo k relapsu a mohla se všestranně rozvíjet jeho osobnost, resp. jeho bio-psycho-sociální jednota. (Elliot a Place, 2002; Krch, 1999; Maloney a Kranz, 1997)

Léčba začíná obvykle až ve chvíli, kdy si okolí nemocného uvědomí, že jedinec má závažný problém a vyžaduje odbornou pomoc. To bývá jedinec již ve značně pokročilém stádiu své nemoci. (Maloney a Kranz, 1997)

Elliot a Place (2002) uvádějí, že po psychiatrickém vyšetření jedince následuje hospitalizace. Osoby s anorexií nevnímají hospitalizaci jako cestu k vyřešení jejich problémů, ale jako snahu společnosti o to, aby byly tlusté. (Maloney a Kranz, 1997)

U hospitalizovaných osob je primárním cílem postupný nárůst hmotnosti, který je zajišťován pravidelným přísunem vyvážené stravy. Jedinci se průběžně zvyšují porce jídla a je veden k tomu, aby předkládané porce celé snědl. Důležitá je důslednost personálu, ale také psychická podpora a citlivý přístup. (Elliot a Place, 2002)

Pokud hospitalizovaní trpí depresemi, nebo zažívají nadměrný strach z nabývání hmotnosti, mohou jim být podávány zklidňující léky. (Elliot a Place, 2002)

Aby byla léčba úspěšná, musí se kromě dodržování jídelníčku pracovat na psychice nemocného. K tomuto účelu slouží skupinová, individuální a rodinná psychoterapie. Psychoterapie se orientuje dvojím směrem: na jedince a na jeho okolí. (Elliot a Place, 2002)

Jedinec se učí orientovat v životě na více než na jídlo, je mu vysvětleno, jak člověk přibývá na hmotnosti a jaká je zdravá váha jedince, obnovuje se nekreslené vnímání svého těla a kladné sebepojetí. Cílem je naučit jedince vyjadřovat své pocity a řešit problémy jinak než hladověním. K tomu je nezbytná rodinná terapie. Rodina by v ideálním případě měla změnit svůj postoj k řešení problémů, snížit nerealistická nároky na dítě, vyřešit rodinné konflikty, popř. odstranit své vlastní jídelní zlozvyky. Jejím cílem je naučit rodiče milovat své dítě bezpodmínečně a umět mu poskytnout potřebnou oporu i nezávislost. (Elliot a Place, 2002; Maloney a Kranz, 1997)

6.5 Mentální bulimie

Mentální bulimie je druhou nejčastější poruchou příjmu potravy a postihuje nejčastěji dívky nebo ženy ze všech socioekonomických vrstev. (Maloney a Kranz, 1997)

Podstatou mentální bulimie je jako u mentální anorexie nadměrný strach z tloušťky. Na rozdíl od jedinců s mentální anorexií, mají ale lidé s mentální bulimií optimální hmotnost. Mentální bulimie se projevuje neustále se opakujícím schématem: jedinec se extrémně přejídá, následně se začne obávat možného ztloustnutí, a tak musí snědenou potravu z těla vyloučit. Nejčastěji proto vyvolává zvracení, nebo (nad) užívá projímadla. (Maloney a

Kranz, 1997; MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013; Papežová, 2003)

Vlivem tohoto schématu je hmotnost těchto osob kolísavá. Někdy na hmotnosti o pár kilo přiberou, jindy jsou o pár kilo lehčí. Protože však nedosahují stadia vychrtlosti, nemusí si okolí poruchy všimnout. (Maloney a Kranz, 1997)

Mentální bulimie může být dalším stadiem dlouhodobé mentální anorexie, anebo se může rozvinout samostatně. (Maloney a Kranz, 1997)

Jídelní chování osob s mentální bulimií je výrazně narušené. Cítí-li se ve stresu, nebo tísní, začnou se tyto osoby nekontrolovatelně přejídat. Mají pocit, že nemohou přestat jíst, resp. že nikdy nepřestanou. Nárazově přijmou nadměrné množství potravy, především té nezdravé (sladké a slané pochutiny). Při tomto záchvatu však osoby nepřemýšlejí nad tím, co jedí, podstatné pro ně je, aby zklidnily svůj stres a cítily se plné. Proto kromě pochutin, či svých oblíbených jídel, dokáží sníst suroviny či pokrmy, které se jim hnuší, dokonce mohou pozřít celé máslo, prášek na pečení apod. Jindy nakupují v různých obchodech nezvyklé množství jídla, které poté konzumují – například snědí náraz celý dort. (Maloney a Kranz, 1997)

Bezprostředně po tomto záchvatu nastupují pocity sebenenávisti, odporu nad sebou samým, depresi a strachu z tloušťky. Aby osoby s mentální bulimií zamezily dalšímu přejídání, zkoušejí různé přípravky snižující chuť k jídlu, jídlo nenakupují, nebo jej zamykají, či dokonce jak popisuje Maloney a Kranz (1997) se jej snaží vytvořit nepoživatelným – například je hází do odpadkového koše. Nicméně nastane-li u jedince opět tento záchvat, potraviny si může dokoupit, anebo i z koše opět vyhrabat.

Protože lidé s mentální bulimií nechtějí ztloustnout, přijaté množství potravy vyzvracejí, čímž získávají pocit znovu nabyté kontroly nad svým tělem a jídelním chováním. Často proto také užívají projímadla a diuretika, která jim dávají pocit kontroly nad svou hmotností, ve skutečnosti ale na hmotnost nemají žádný vliv. (Maloney a Kranz, 1997)

Následky mentální bulimie jsou velmi podobné dopadům mentální anorexie. V důsledku zvracení se poleptá sklovina zubů a rychleji se kazí, mohou vzniknout žaludeční vředy. Používání projímadel a diuretik může jako u mentální anorexie způsobit problémy s ledvinami nebo dehydrataci. Nadužívání projímadel vede k narušení činnosti střev a neschopnosti vyměšovat stolici. Mohou mít také problémy se srdcem, menstruací a další

komplikace spojené s nevyváženým příjmem potravy. V oblasti psychiky nastávají především deprese. (Krch, 1999; Maloney a Kranz, 1997)

Příčiny mentální bulimie jsou jako u všech poruch příjmu potravy podmíněny různými vlivy, které jsou ve vzájemné interakci. Mezi časté příčiny se přiřazují životní změny, a to pozitivní (zahájení studia) i negativní (rozchod s přítelem). (Maloney a Kranz, 2002; Papežová, 2003) Mentální bulimií trpí i ženy, které mívaly nadváhu, ale přesto, že dosáhly štíhlejší postavy, stále se obávají, že by se mohly navrátit k původní nežádoucí hmotnosti. (Maloney a Kranz, 2002)

Maloney a Kranz (1997) popisují rodinné zázemí, v němž vzniká mentální bulimie. Tato rodinná atmosféra je stejná jako u mentální anorexie. Nejčastěji dospívající dívka pocítuje neúměrný tlak na svou osobu ze strany rodičů, kteří od ní očekávají dokonalý výkon a dokonalý vzhled nejen její, ale celé rodiny. Dívka se však cítí vnitřně prázdná, nemilována, potlačuje své potřeby, emoce a jediným útočištěm se pro ni stává přejídání, které jí dává pocit plnosti, ale vzápětí ji naplňuje strachem z tloušťky, která by nezapadala do obrazu dokonalé dcery.

Léčba mentální bulimie se opět v mnohém shoduje s léčbou mentální anorexie, s tím rozdílem, že nevyžaduje hospitalizaci. Na počátku léčby je však zásadní diferenciální diagnostika, která by měla odlišit mentální bulimii od mentální anorexie. Pokud dojde k odhalení poruchy (nápadné může být odcházení po jídle na delší dobu na toaletu), využívá klient nejčastěji ambulantní psychoterapie či psychiatrické péče. V rámci této terapie se klient snaží zbavit strachu z tloušťky a učí se vyplňovat čas různými zájmy. Učí se zvládat své problémy bez přejídání. Někdy se nemocným podávají antidepresiva. Rodina se učí poskytovat oporu a vybudovat si k svému dítěti lepší vztah, podobně jako u mentální anorexie. (Elliot a Place, 2002)

6.6 Psychogenní přejídání a závislosti na jídle

Záchvaty extrémního přejídání, které jsou spojovány především s mentální bulimií, se vyskytují i jako samostatná porucha. Podle Maloney a Kranz (1997) je z celkového počtu nemocných 85% žen.

Psychogenní přejídání vzniká podobně jako mentální anorexie a mentální bulimie v důsledku stresu nebo emocionální zátěže. Průběh záchvatu je též podobný jako u mentální bulimie – jedinec konzumuje nadměrné množství jídla, a to i takového, které nemá v oblibě,

po záchvatu se cítí zahanbeně, ale na rozdíl od mentální bulimie jedinec nepřikročuje k vyvolání zvracení nebo používání projímadel apod. Proto může tato porucha vést až k obezitě. (Maloney a Kranz, 1997)

Podle odborníků ale lidé s psychogenním přejídáním mají obvykle průměrnou hmotnost, nebo mírnou nadváhu. Závisí vždy na tom, jak často se jedinec přejídá a jestli střídá psychogenní přejídání s dietou. (Maloney a Kranz, 1997)

Záchvatovité přejídání se též může rozvinout v mentální anorexii, či mentální bulimii, protože i u psychogenního přejídání je přítomen nadměrný strach z tloušťky. (Maloney a Kranz, 1997)

Následky psychogenního přejídání souvisí s povahou potravin, které jedinec nadměrně konzumuje. Jedná-li se převážně o sladké pochutiny, může se u jedince rozvinout diabetes. Má-li člověk těžkou nadváhu, nebo je-li obézní a stále trpí záchvaty přejídání, vystávají zdravotní komplikace související právě s nadměrnou hmotností, například problémy se srdcem, atd. (Maloney a Kranz, 1997)

U dospívajících se též mohou vyskytnout různé závislosti na konkrétních potravinách, nebo nápojích. Mezi nejčastější jídelní závislosti patří dle Fraňkové, Pařízkové a Malichové (2013) závislost na sladkých pochutinách a limonádách a na čokoládě.

Všechny tyto artikly jsou často propagovány v reklamě a jsou volně dostupné. Zda u jedince vznikne závislost na některé z pochutin, je individuální, odvisí od jeho výchovy. Pokud rodiče dříve neregulovaly množství přijímaných pochutin u svého dítěte, anebo již dříve dítě nějakou pochutinu agresivně vyžadovalo a rodiče mu tuto sladkost pro svůj klid poskytovali, může se u jedince vyvinout závislost. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Závislost na jídle je typická tím, že jedinec po dané potravíně touží, snaží se ji obstarat za každou cenu a její nedostatek vyvolává abstinenci příznaky. Fraňková, Pařízková a Malichová (2013) dodávají, že v zahraničí obvyklá je i závislost na kávě, a přestože většina dětí staršího školního věku kávu nepije, konzumují kofein v oblíbených kolových nápojích. Nezdravé pochutiny mohou v jídelníčku závislého jedince převažovat nad zdravou stravou. Opakem je však závislost na zdravé stravě, ortorexie/orthorexie. (Fraňková, Pařízková, Malichová; Wilková, 2017)

Jedná se o poruchu jídelního chování, kterou trpí převážně osoby s vyšším socio-ekonomickým statusem. Jídlo se jako u všech poruch příjmu potravy stává ústředním

tématem života člověka. Charakteristické pro tuto poruchu je nadměrný strach z požití nezdravých potravin. (Fraňková, Pařízková, Malichová; Wilková, 2017)

Člověk s ortorexií usiluje o naprostou kontrolu nad svým jídel. Takový člověk si musí být naprosto jistý, že konzumuje zdravé jídlo. To znamená, že vyžaduje informace o původu potraviny, jejího zpracování, anebo třeba i způsobu převozu. Není-li si dostatečně jistý stoprocentní „zdravostí“ jídla, odmítá danou surovinu nebo pokrm konzumovat, což může vést k hladovění a redukci tělesné hmotnosti. Lidé s ortorexií mohou ale také suroviny začít pěstovat sami si jídla připravovat, aby si tak pojistili stoprocentní zdravotní nezávadnost. (Fraňková, Pařízková, Malichová)

Vznik této poruchy bývá spojován především s vlivem neodborných článků na internetu, rozhovorů o zdravé dietě s celebritami, vydávání knih zaměřených na zdravé stravování, apod., které varují před „nebezpečnými potravinami“, chemizací potravin a veškerým škodlivým vlivem na zdraví člověka (zvýšený cholesterol, vysoký krevní tlak, cukrovka) při konzumaci té či oné potraviny. Vedle těchto varování existují články, které naopak proklamují tzv. superpotraviny, anebo zdravé způsoby zpracování surovin (například raw strava), atd. (Fraňková, Pařízková, Malichová; Wilková, 2017)

Fraňková, Pařízková a Malichová (2013) upozorňují, že pokud ortorexií trpí rodiče (anebo alespoň matka), přenášejí své, řekněme nezdravě zdravé stravování na své děti. Zakazují jim konzumovat vše, co je podle nich nezdravé a zároveň jim vštěpují, že nezdravé potraviny, byť i v malé míře, mohou způsobit závažné zdravotní problémy. (Fraňková, Pařízková, Malichová; Wilková, 2017)

Děti a dospívající však vyžadují vyváženou stravu a toto ortorexní chování může zapříčinit zdravotní problémy jedince. Ty popisuje i Wilková ve svém článku (2017), kde upozorňuje, že přehnaná touha po zdravém stravování končí často extrémní podvýživou. Osoby s ortorexií vykazují podobně zdravotní komplikace jako u mentální anorexie. Podle tohoto článku u nás i v zahraničí přibývá případů hospitalizovaných dětí s podvýživou, která byla zapříčiněna právě nedostatečnou výživou. Přestože se lidé s ortorexií mohou subjektivně cítit lépe, v budoucnu se nedostatek potřebných živin projeví negativními důsledky – těmi, kterým se lidé s ortorexií chtěli vyvarovat. (Fraňková, Pařízková, Malichová; Wilková, 2017)

To, že ortorexie skutečně existuje i u nás mohu potvrdit z vlastní zkušenosti. Nejmenovaná matka nařídila své devítileté dceři bezlepkovou dietu, ačkoli dívka netrpí celiakií a nemá tato dieta žádnou zdravotní indikaci.

7 Teoretická východiska k empirickému šetření

Základní literatura, ze které jsem při zpracování teoretické části vycházela, byly především známé a podrobné publikace Františka Davida Krcha (Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie, 1999) a Hany Papežové (Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie), 2003), které se zaměřovali na definici poruch příjmu potravy, etiologii i možnosti léčby. V tomto ohledu byla velmi přehledná a výstižná i zahraniční publikace od Maloney a Kranz (O poruchách příjmu potravy, 1997).

Dále jsem čerpala z literatury vývojové psychologie, konkrétně bych vyzdvihla publikací od Marie Vágnerové (Vývojová psychologie: dětství a dospívání, 2012), která mi byla oporou při charakterizování bio-psycho-sociálních vlastností dětí staršího školního věku.

Velmi přínosná pro zpracování tématu sebepojetí byla kniha od Grogan (Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem, 2000).

V poslední řadě bych vyzdvihla publikaci Jídlo v životě dítěte a adolescenta (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013), která korespondovala s mým tématem práce a nabízela, na rozdíl od ostatních publikací, odlišný pohled na poruchy příjmu potravy, a to přes výživu člověka.

Na základě uvedené literatury jsem dospěla k několika teoretickým poznatkům o poruchách příjmu potravy ve starším školním věku, která se stala východisky pro koncipování empirického šetření. Metoda zpracování dotazníkového šetření, průběh realizace výzkumu, získaná výzkumná data a jejich interpretace je podrobně popsána v následující kapitole. Zde uvedu ty souvislosti, které vyplynuly z prostudování odborné literatury.

Poruchy příjmu potravy představují široké spektrum poruch a trpí jimi především mladé dospívající dívky, anebo ženy, a to z různého socioekonomického zázemí. Tyto poruchy vznikají jako reakce na společnost a médii propagovaný extrémně štíhlý ideál krásy, nebo jako důsledek emocionální zátěže v kontextu rozmanitých změn, které dospívání obnáší. (Elliot a Place, 2002; Grogan, 2000; Krch, 1999; Maloney a Kranz 1997; Mlezivová, 2011; Papežová, 2003; Vágnerová, 2012)

Osoby s poruchami příjmu potravy mají výrazně narušené sebepojetí. (Grogan, 2000; Krch, 1999; Papežová, 2003)

Onemocnění poškozují celou osobnost jedince a to do té míry, že všechny aspekty v jeho životě se řídí a podmiňují jídlem. (Maloney a Kranz, 1997; Krch, 1999; Papežová, 2003)

Mezi nejznámější a nejčastější poruchy patří mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání. S poruchami příjmu potravy souvisí závislosti na jídle, v současné době především závislost na zdravém jídle. (Maloney a Kranz 1997; Krch 1999)

Současní žáci ve věku 11/12-15/16 let (tj. žáci ve věku staršího školního věku) jsou vystaveni působení multifaktoriálních vlivů, které do podvědomí dospívajících dostávají myšlenku, že pokud chtějí být v životě úspěšnými, musí být štíhlí a aktivně se na své štíhlosti podílet. Nejvíce jsou těmto vlivům vystaveny dívky, u nichž je fyzická proměna nápadnější a navíc jsou jim předkládány vzory dokonalé postavy a vzhledu. (Grogan, 2000; Krch, 1999; Maloney a Kranz, 1997; Papežová, 2003; Vágnerová, 2011)

Povaha vlastního tělesného sebepojetí, která přímo souvisí s náchylností ke vzniku narušeného jídelního chování, či následně poruchy příjmu potravy, je individuální, závisí na mnoha okolnostech. Pro dospívající je v tomto ohledu určující názor vrstevníků a neformálních autorit. (Elliot a Place, 2002; Grogan, 2000; Krch, 1999; Maloney a Kranz 1997; Mlezivová, 2011; Papežová, 2003; Vágnerová, 2012)

8 Praktická část – výzkumné šetření

8.1 Příprava, koncept šetření a metoda práce

Praktická část se zaměří na nastínění tělesného sebepojetí současných žáků staršího školního věku, základní orientaci žáků v problematice poruch příjmu potravy a jejich postojů k problematice, to vše v souvislosti s odhalením určité náchylnosti k rozvoji poruchy příjmu potravy u současných pubescentů.

Během zpracovávání teoretické části mé práce jsem na základě prostudování odborné literatury dospěla k několika závěrům, týkajících se aspektů poruch příjmu potravy u dospívajících, žáků druhého stupně základní školy. V závěru bude tato kapitola směřovat k porovnání východisek teoretické části a výsledků empirického šetření.

Pro získání potřebných dat jsem vypracovala dotazník: Sebepojetí a poruchy příjmu potravy. Dotazník byl anonymní, jediným rozlišujícím osobním údajem bylo pohlaví respondentů, které zjišťovala v rámci identifikačních údajů **položka č. 1**. Žáci i žákyně ale vyplňovali totožné texty.

Dotazník byl pro účely vyhodnocení a interpretace dat pomyslně rozdělen na, již zmíněnou, část identifikačního údaje a dále na tři základní části a 21 položek.

První část dotazníku (**položky č. 2, 3, 4, 5, 6, 7**) se zaměřila na trávení volného času žáků s masmédií. Cílem této části bylo zjistit, jaké médium (internet, časopisy, televize) má na žáky nejvyšší vliv.

Druhá část (**položky č. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20**) se skládala ze dvou pomyslných podoblastí (které v dotazníku nebyly respondentům naznačeny): první podoblast (**položky č. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15**) se věnovala výzkumu sebepojetí žáků a druhá podoblast (**položky 16, 17, 18, 19, 20**) sebepojetí zkoumala v souvislosti vlivu známých osobností, módních trendů a reklamy. Analýza výsledků celé druhé části dotazníku (**položky č. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20**) měla odhalit, kdo popř. co má podle dospívajících největší vliv na jejich tělesné sebepojetí (respektive na to, aby začali hubnout).

Části dotazníku nebyly pro respondenty explicitně naznačeny, výjimku tvoří třetí část dotazníku, do níž spadá **položka č. 21**, která byla i pro respondenty číselně rozdělena na dva pod-okruhy s abecedně rozlišenými dalšími položkami: první pod-okruh se

svými položkami (1. A), B), C), D), E), F), G)) se věnoval znalostem respondentů o poruchách příjmu potravy včetně znalosti termínu samotného a druhý pod-okruh se svými položkami (2. A), B), C), D), E)) zkoumal postoj respondentů k dané problematice. Cílem třetí části (položka č. 21; 1. A), B), C), D), E), F), G)); 2. A), B), C), D), E)) bylo zjistit, jak znalosti a postoje korespondují s výsledky předchozích částí.

Tyto tři části dotazníku se skládaly z otevřených a uzavřených otázek, z nichž některé umožňovaly i vícero odpovědí.

Analýza odpovědí odpovídá posloupnosti jednotlivých částí dotazníku i jeho položek.

8.2 Výběr respondentů a realizace výzkumného šetření

Průzkum probíhal ve třídách druhého stupně základních škol v Praze v lednu 2017. Respondenti byli žáci a žákyně od 11/12 let do 15/16 let, což odpovídá šesté až deváté třídě základní školy. Výběr respondentů nebyl úžeji specifikován, spočíval na souhlasu ředitele zařízení, ve kterém šetření probíhalo, vyučujícího pedagoga ve třídě a na přijetí samotného respondenta.

Žáci byli nejprve informováni, že dotazník je anonymní a zpracování výsledků slouží pouze účelům mé bakalářské práce. Poté odpovídali na dané otázky vlastnoručně psanou odpovědí, řídili se pokyny uvedenými v dotazníku. Vyplnění dotazníku nebylo časově omezeno (a to ani přítomnými vyučujícími), přesto průměrný čas strávený v každé třídě byl 15 až 20 minut.

Dotazník vyplnilo 214 žáků, z toho 121 chlapců a 93 dívek. Všechny odevzdané dotazníky byly zahrnuty do analýzy a interpretace dat v této práci.

8.3 Analýza získaných dat a srovnání teorie a praxe

Kompletní přehled odpovědí je k dispozici v příloze (2), ve které je graficky vyhodnocena každá položka dotazníku v absolutních údajích i procentuálním vyjádření. Grafické znázornění ke každé položce je uvedeno dvakrát – první graf vždy znázorňuje položky, tak, jak byly zodpovězeny dívčími respondenty a druhý graf znázorňuje položky, tak, jak byly zodpovězeny chlapeckými respondenty. Grafické znázornění genderově rozdělených skupin respondentů spojuje totožné barevné odlišení jednotlivých položek, a tak lze grafy v rámci stejné položky mezi sebou komparovat.

V následující části je uvedeno celkové vyhodnocení jednotlivých okruhů.

8.3.1 Analýza první části dotazníku

První část dotazníku (**položky 2, 3, 4, 5, 6, 7**), týkající se množství stráveného času u masmédií, přinesla poměrně vyrovnané výsledky. Dle šetření tráví svůj volný čas nejčastěji na internetu (resp. na PC) zhruba polovina dotazovaných z celkového počtu žáků (**položka č. 2**). Pro přehlednost je níže uvedena tabulka k vyjádření nejnavštěvovanějších internetových stránek respondentů (**položka č. 3**).

Tabulka č. 1

	Youtube	Facebook	Instagram	Messenger	Stream.cz	Zprávy
Dívky	35 odpovědí; 37%	35 odpovědí; 37%	20 odpovědí; 21%	5 odpovědí; 5%		
Chlapci	59 odpovědí; 50%	46 odpovědí; 36%			10 odpovědí; 8%	7 odpovědí; 6%

Mezi další oblíbené sociální sítě dívčích respondentek se dostaly musical.ly (hudební sociální síť) a watsapp (sdílení zážitků ze čtení). Obě skupiny respondentů samozřejmě navštěvují stránky základní školy, do níž docházejí.

Vzhledem k povaze otázky, tj. možnosti uvést dvě (i více) odpovědi, a také vzhledem k obrovskému množství dostupných webových stránek, se uvedené názvy stránek individuálně lišily. Spojuje je však společná tematika, jedná se nejčastěji o: free online hry, online sledování seriálů, internetové vyhledávače a samozřejmě stránky školy, do níž žáci dochází.

U tištěných médií v poměru k internetu oblíbenost o poznání klesla (**položka č. 4**). Časopisy či noviny rádo čte z celkového počtu pouze 32 respondentů. Naopak 73 respondentů uvedlo, že tiskoviny nečtou vůbec a 109 respondentů čte tištěná média pouze někdy. Toto číslo bylo odůvodněno i v následující otevřené otázce (**položka č. 5**), kam kromě konkrétního názvu časopisu/novin, psali někteří pouze oblíbená témata, pro která by si daný časopis zakoupili. Dívky uváděly témata jako móda, aktuality, vesmír, příroda, komiksy. Chlapci upřednostňují články vědecké povahy či o internetu a také komiksy.

U této otázky vyvstal zajímavý fakt. Dospívající respondentky uvedly vícero názvů časopisů, a to také z širšího spektra rozsáhlé nabídky na našem trhu. Mezi nejoblíbenější tiskoviny patří časopis Popcorn, Top dívka, Bravo, které jsou typickými představiteli periodik zaměřených na dospívající. Mezi odpověďmi vyskytl i časopis JJ (já jůtuber), který se orientuje na současné mladé jůtubery – mladistvé, kteří skrze svá videa na internetu radí dospívajícím s módou apod.

Oblíbený u obou skupin respondentů je časopis Junior, který poskytuje odpovědi o přírodě, vesmíru apod., i verze pro starší čtenáře - 21. století, nebo časopisy podobného zaměření (Svět na dlani, Epocha, 100+1, apod.). Společné byly i časopisy Lego, ABC a noviny Blesk. Respondenti z řad dospívajících chlapců navíc uváděli časopis Score a Level, které se zabývají počítačovými hrami.

Z toho vychází, že dospívající mají své oblíbené časopisy, které si zakupují pravidelně, a pak takové, které považují za zajímavé, ale to je nepodmiňuje k tomu, aby si je opatřili pokaždé. Dle uvedených odpovědí lze očekávat, že hlavní roli při výběru hraje ústřední téma tiskoviny.

I u množství času stráveného u televize se ukázala vyrovnanost v odpovědích (**položka č. 6**). 79 respondentů podle svého soudu sleduje televizi často, 78 soudí opak a 57 dospívajících nedokáže daný čas posoudit.

Podobně jako u ostatních médií se odpovědi v kontextu velkého množství televizních stanic, seriálů i filmů, velmi lišily (**položka č. 7**). Dospívající kromě konkrétních seriálů/pořadů, uváděli nejoblíbenější televizní stanici, nebo žánr, který nejčastěji sledují. Společným styčným bodem se staly animovaní Simpsonovi, kriminální seriály, televizní zpravodajství, komerční stanice, dětské a hudební stanice.

Celkově k první části dotazníku (**položky 2, 3, 4, 5, 6, 7**) lze říci, že určit, které masmédiu dospívající upřednostňují, není vzhledem k poměrně vyváženým výsledkům jednoduché. Pokud budeme vycházet z množství kladných odpovědí (odpověď ano) u jednotlivých otázek, lze soudit, že nejvíce času tráví dospívající v internetovém prostoru a má na ně největší vliv. To je v současné době i celkem očekávaný výsledek.

V souvislosti s teoretickými poznatky je tak třeba brát v potaz riziko a nástrahy oblíbených sociálních sítí, kde může docházet ke kyberšikaně a sdílení fotografií upravených na nerealistické proporce.

Mnohem důležitější je ale vliv konkrétní webové stránky – youtube.com. Dospívající zde sledují videa svých oblíbených jůtuberů a pravděpodobně se později řídí i jejich radami. Těmto jůtuberům je věnován i již zmíněný časopis, vydávají se i vlastní knižní publikace. Právě jůtůbeři mají na dospívající největší vliv.

Tištěná média pravidelně sledují dle výsledků jen někteří, ale většina z nich alespoň někdy do některých nahlédne. Je třeba poznamenat, že dívky mají v tomto hledu širší repertoár oblíbených časopisů a projevuje se zde i prolínání dozrívajícího dětského věku s dospíváním. Proto dívky nahlízejí do spíše dětských časopisů, jakou jsou Bella Sara, Čtyřlístek nebo Lego, i do typicky pubescentních periodik jako Popcorn aj., ale také mají někdy k dispozici časopisy pro ženy, především Cosmopolitan, Bazar, Vogue, Elle, nebo tiskoviny pro dospělé – Týden, Téma, Blesk.

U chlapců převažují časopisy zaměřené na počítačové hry a populárně naučné časopisy o cestování, historii, vědě.

S poruchami příjmu potravy se tak dospívající mohou setkat přímo, jako jedno z diskutovaných témat, nebo i nepřímo předkládáním ideálního těla na titulních stranách časopisů. Mohou je reprezentovat i štíhlé kreslené postavy v dětských časopisech, či postavy v zobrazovaných počítačových hrách.

Televizní sledovanost se ukázala jako rovněž vyrovnaná. Dospívající mají své oblíbené pořady či seriály, které se individuálně liší. I zde mohou být vzorem štíhlosti animované postavy, osoby v reklamách, či známé osobnosti v jednotlivých filmech, seriálech a hudebních videoklipech.

Uvedená data mohou být ovlivněna dalšími faktory. Například nejčtenější tiskoviny dospívajících mohou být i ty, které se vyskytují doma, tj. zakupují je pro sebe rodiče. Dalším faktem je, že média se přesouvají do online prostoru - mnohé časopisy, nebo některé články lze číst i na internetu, seriály a filmy mohou dospívající sledovat zdarma či za poplatek přímo na webových stránkách, nebo si je stáhnout pro vlastní užití do počítače. Některé zmíněné servery mají i své vysílání, pořady, seriály apod. Proto počet strávených hodin u počítače může být větší, než u tištěného periodika, nebo u televizní obrazovky.

Vzhledem k rozrůzněnosti jednotlivých odpovědí a tematicky, koncepčně, stylově odlišné a rozsáhlé nabídce tiskovin, webových stránek a televizních stanic se tak potvrzuje, že

jednoznačně určit masmédia jako hlavní (a úspěšný) nástroj orientace sebepojetí jedince na adoraci štíhlosti, nelze.

8.3.2 Analýza druhé části dotazníku

V druhé části dotazníku (**položky 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20**) jsou pokládány otázky zjišťující, jak jedinec vnímá své tělo ve vztahu k sobě samému, ale i v porovnání s ostatními a současně zjišťuje, který faktor by dle mínění dospívajících nejvíce působil na jejich tělesné sebepojetí a přiměl je k redukci hmotnosti.

Z výsledků vyplývá, že respondenti z řad dívek a chlapců jsou rozděleny na dvě větší skupiny, které jsou ale početně poměrně vyvážené. Jedna skupina je se svým tělem spokojena, druhá nikoli (**položka č. 8**). Ale zajímavé je, že dívky i chlapci dále uvedli, že se mají rádi (**položka č. 9**) a nemají obavy o tom, co si ostatní myslí o jejich těle (**položka č. 10**).

V následující tabulce je vyhodnocena **položka č. 11**, která pokládá otázku, zda respondenti vnímají některé části těla jako sobě cizí.

Tabulka č. 2

	Ano	Ne	Nevím	Nezjištěno
Dívky	9 odpovědí; 10%	26 odpovědí; 28%	56 odpovědí; 60%	2 odpovědi; 2%
Chlapci	7 odpovědí; 6%	20 odpovědí; 16%	92 odpovědí; 76%	2 odpovědi; 2%

Řekla bych, že právě tato otázka respondenty nejvíce zaskočila a že si možná ani nedokázali představit, co by takový pocit měl znamenat. Nicméně to na vyhodnocování této otázky nic nemění. Myslím, že pokud by některé své části těla vnímali jako cizí, byli by si toho vědomi, intuitivně by cítili, na jaký pocit tato otázka směřuje, jako to věděla ta menšina respondentů, která zaškrtnla odpověď kladnou.

U obou skupin respondentů bychom dle výsledků **položky č. 12** našli ty, které se za své tělo stydí (29% dívek a 21% chlapců), ale většina dospívajících (54% dívek a 75% chlapců) uvedla, že stud nepocituje. Dokonce většina dospívajících (46% dívek a 70% chlapců) si v porovnání s vrstevníky nepřipadá tlustá (**položka č. 13**).

Vzhledem k těmto výsledkům jsou ale zajímavá získaná data z následující **položky č. 14**, kde dospívající zhodnotili, zda jsou / nejsou štíhlí a zda jsou k tomuto stavu aktivní či pasivní. Pro přehlednost je níže uvedena otázka s možnostmi odpovědí, tak jak byla položena v dotazníku, i tabulka vyjadřující početní zastoupení jednotlivých odpovědí a to také v procentech.

14) Označ tvrzení, které na tebe nejvíce sedí:

- a) Jsem štíhlý/á a dělám něco pro to, aby to tak zůstalo. – **pokračuj otázkou 15**
- b) Nejsem štíhlý/á a dělám něco pro to, abych byl/a. – **pokračuj otázkou 15**
- c) Jsem štíhlý/á a nedělám nic, abych takový/á zůstala. – **pokračuj otázkou 16**
- d) Nejsem štíhlý/á a nedělám nic pro to, abych byl/a. – **pokračuj otázkou 16**

Tabulka č. 3

	Možnost A)	Možnost B)	Možnost C)	Možnost D)	Nezjištěno
Dívky	25 odpovědí; 27%	38 odpovědí; 41%	18 odpovědí; 19%	8 odpovědí; 9%	4 odpovědí; 4%
Chlapci	38 odpovědí; 31%	44 odpovědí; 36%	26 odpovědí; 22%	9 odpovědí; 8%	4 odpovědí; 3%

Z těchto poznatků můžeme vyvodit, že dospívající zauímají převážně aktivní postoj k získání a udržení štíhlého těla. Pasivní postoj nalzáme jen u těch štíhlých, kteří se nemusí omezovat nebo hlídat.

Dle mého názoru se jedná především o ty žáky, kteří mají dobré genetické dispozice, rychlé spalování a celkově nižší náchylnost k nabírání hmotnosti. Mohou to ale být i ti, kteří více sportují, apod. Nicméně jedná se pouze o mou domněnku.

Ti, co zastávají aktivní přístup k regulaci vlastní hmotnosti, volí nejčastěji cestu sportování (**položka č. 15**). O poznání méně respondentů zkouší diety nebo užívají přípravky podporující úbytek hmotnosti. Dvě respondentky do volné odpovědi uvedly, že kombinují dva prostředky: zdravou stravu a sport.

Chlapci uvedli také cvičení v posilovně, chození na procházky a hraní venkovních her, zmenšování porcí jídla, omezení příjmu cukru, nepřejídání se a celkově zdravější stravování.

Po těchto otázkách následovala velmi klíčová podoblast této části (**položky 16, 17, 18, 19, 20**), a to otázky na zjištění, kdo nebo co, má na dospívající takový vliv, aby se začali zabývat svou hmotností, resp. co je tím faktorem podle dospívajících samotných.

Položka č. 16 se dospívajících explicitně ptá, koho by označili za tu osobu (či osoby – respondenti měli možnost více odpovědí), pro kterou by začali hubnout, kdyby je o to požádala. V následující tabulce jsou uvedeny nejčastější odpovědi, které respondenti vybrali z nabízených možností.

Tabulka č. 4

Možnosti	Dívky	Chlapci
Rodiče	46 odpovědí; 27%	52 odpovědí; 28%
Přítel/přítelkyně	31 odpovědí; 18%	39 odpovědí; 21%
Trenér/vedoucí kroužku	18 odpovědí; 10%	32 odpovědí; 17%
Kamarád/kamarádka	25 odpovědí; 14%	17 odpovědí; 9%
Příbuzní	17 odpovědí; 10%	15 odpovědí; 8%
Sourozenci	14 odpovědí; 8%	13 odpovědí; 7%
Spolužáci	8 odpovědí; 5%	6 odpovědí; 3%
Učitel	4 odpovědí; 2%	3 odpovědi; 2%

V kontextu pubescence je docela zajímavé, že první místo většinově získali rodiče, od jejichž názorů, postojů a hodnocení se dospívající distancují, vymezují se proti nim. Ukazuje se, že i přesto mají jejich názory na dítě nejdůležitější vliv. Druhé místo patří, dalo by se poeticky říci, prvním láskám dospívajících, kterým se chtějí líbit, které si chtějí udržet. Zajímavé podle mě je, že vliv volnočasového pedagoga se v případě chlapeckých respondentů dostal na třetí místo, ještě před vrstevnickými kamarády a spolužáky. U dívčích respondentů má větší vliv kamarád nebo kamarádka, ale následuje je právě trenér či vedoucí kroužku. Je vidět, že pro dospívající má jejich sportovní, taneční a jiná volnočasová aktivita velký význam a vedoucí volnočasové aktivity není vnímán jako pedagogický pracovník, protože učitel (kam patří i učitel tělocviku) jako takový skončil až na posledním místě.

V následujících **položkách č. 17 a 18** se respondenti shodli, že by držet dietu kvůli svým oblíbeným celebritám nezačali ani by se nepodřídili extrémním módním trendům.

U **položky č. 19** dívčí respondentky uvedly, že si postav v časopisech, reklamách apod. všímají vždy, anebo alespoň někdy. Respondenti z chlapecké skupiny respondentů se domnívají, že si postav nevšímají, o poznání méně osob si všímá někdy. Obě genderově rozdělené skupiny respondentů se v **položce č. 20** ale opět shodly, že názor na jejich tělo předkládané postavy vliv nemají.

Shrneme-li tuto část dotazníku (**položky 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 20**) na první pohled se ukazuje ideální stav – dospívající se necítí být dokonalí, ideální, ale přesto se mají rádi takoví, jací jsou. Nicméně tato spokojenost může být vysvětlena i tím, jak následující odpovědi naznačují, že většina dotazovaných se cítí být štíhlá.

Dochází tedy k paradoxu. Dospívající se sice mají rádi takoví, jací jsou, ale zdá se, že to platí především pro tu štíhlou většinu, anebo pro ty, co se ke štíhlejšímu tělesnému schématu snaží aktivně dopracovat. A opět paradox – respondenti se ve většině případů mají rádi, ale zároveň neustále aktivně pracují na tom, aby to tak zůstalo, a to nejčastěji prostřednictvím cvičení a zdravé stravy.

Hubnout by záci začali především kvůli svým nejbližším – rodičům, partnerům a sobě samým. Ukazuje se, že vrstevnická skupina má podle dospívajících překvapivě malý vliv na jejich sebepojetí.

V otázce působení médií a reklamy se ukazuje, že štíhlých siluet si všímají spíše dívky (na něž právě většina těchto tlaků míří), ale přesto nemají pocit, že by je tyto obrazy ve vztahu k vlastnímu tělu ovlivňovaly. Dospívající chlapani si postav všímají méně a také na ně nemá proto žádný vliv.

Na základě analýzy těchto poznatků můžeme určit jako hlavní vliv, který může ovlivnit tělesné sebepojetí jedince, rodiče.

8.3.3 Analýza třetí části dotazníku

Třetí část dotazníku (**položka 21**) byla v prvním oddíle (**položky 1. A), B), C), D), E), F), G)**) zaměřena přímo na znalosti respondentů a v druhém oddíle (**položky 2. A), B), C), D), E)**) na jejich postoje k problematice poruch příjmu potravy.

U první položky prvního oddílu (**položka 1. A**)), kam měli respondenti napsat, co patří mezi poruchy příjmu potravy, se ukázalo, že znalost tohoto termínu je velmi nízká. Přesto, že obě skupiny respondentů uvedly nejznámější poruchy – anorexii a bulimii, byly kromě těchto poruch spolu s nimi zmíněny i názvy a definice, které do okruhu poruch příjmu potravy nepatří. V tabulce jsou uvedeny pouze ty nejčastější odpovědi.

Tabulka č. 5

	Anorexie	Bulimie	Obezita
Dívky	50 odpovědí; 52%	43 odpovědí; 44%	4 odpovědi; 4%
Chlapci	52 odpovědí; 63%	28 odpovědí; 34%	2 odpovědi; 3%

Z celkového počtu respondentů v jednotlivých skupinách jasně vyplývá, že zhruba polovina dívek na rozdíl od chlapců doplnila správné názvy poruch. Nicméně, jak bylo zmíněno výše, ukázalo se, že dívky i chlapci si pod poruchami příjmu potravy představují i další pojmy, které spíše souvisí se zdravým životním stylem, než s těmito onemocněními.

Dívky do poruch příjmu potravy zahrnuly kouření, deprese, modeling nebo herectví, ovlivňování druhých. Jedná se o odpovědi, které nevyjmenovávají jednotlivé poruchy, ale zčásti popisují některé okolnosti, které s onemocněním mohou souviset, jako je deprese, či rizikové povolání.

Jiné odpovědi se snažily vystihnout zdravotní definici, například: porucha žaludku a mozku, špatné polykání. Za zvlášť zajímavý pokládám neexistující název apelixie, který podle mě vznikl spojením anorexie a bulimie. Opět se jedná o nesprávné odpovědi, avšak „porucha mozku“ naznačuje že, žákyně cítila souvislost poruch příjmu potravy s psychickými problémy, jenom se neuměla přesně vyjádřit.

Další odpovědi přímo odkazovaly na zásady zdravého životního stylu, správné výživy. Ač nebyly uvedeny názvy poruch, přiblížily se tyto odpovědi nejbližší problematice poruch příjmu potravy. Patřily sem tyto odpovědi: „že je člověk nespokojený a sportuje, nebo vyvrhne to, co sní, diety, jojo- efekt, nadměrný příjem potravy, rychlé hubnutí, málo jídla, rychlé občerstvení, nemají čas (na jídlo), nejezení, pořád jíst něco zdravého, vegetariánství, veganství, fruitství, lakto -, ovo.“

Myslím, že tyto odpovědi demonstrují, že žákyně měly určité povědomí o poruchách příjmu potravy, ale neznaly přesné názvy a vzhledem k věku neuměly terminologicky správně poruchy definovat. Na druhé straně zde máme odpovědi (diety, jojo-efekt, rychlé občerstvení, lakto – zřejmě narážka na módní bez laktózové mléčné výrobky, apod.), které ukazují, že v dnešní době je kladen velký důraz na zdravou výživu a dospívající se ztrácí v jejích pravidlech.

Za zajímavé pokládám, že dívky zmínily alternativní výživové směry (včetně nesprávně napsaného frutariánství), které sice do poruch neřadíme, ale v extrémních podobách k poruchám příjmu potravy vedou a rozhodně nepředstavují ideální výživový směr pro dospívající.

Analýzou se ukazuje, že podle respondentek mají poruchy společné jmenovatele: redukci jídla, anebo nadměrné množství jídla, hubnutí.

Respondenti z řad dospívajících chlapců taktéž uvedli diety, jojo-efekt, větší množství jídla a „mnoho sportu.“ Oproti dívkám ale vypisovali méně odpovědí, uváděli zejména problematiku stravování ve fast foodu: hamburger, hranolky, coca-cola, KFC, Mc'Donalds. Dále uvedli alergie, „nedokážu jíst například houby,“ trávení více času u PC.

Z výsledků je jasné, že zatímco dívky se alespoň částečně orientovaly u symptomů, okolností, projevů poruch příjmu potravy, chlapci ve svých volných odpovědích zůstali problematice vzdáleni.

Z uzavřených odpovědí u **položky 1. B)** vychází, že většina respondentů z obou skupin (52% dívek a 48% chlapců) se nedomnívá, že se s náchylností k poruchám příjmu potravy lze narodit, anebo (32% dívek a 36% chlapců) neví. Obě skupiny respondentů se též v položce **1. C)** shodly, že poruchy příjmu potravy mohou postihnout člověka v jakémkoli věku, ale (**položka 1. D)** statisticky podle dospívajících trpí onemocněním častěji dívky. Poruchy příjmu potravy považují dospívající za psychické onemocnění, které vyžaduje odbornou pomoc (**položka 1. E)**).

V následující tabulce je pro přehlednost uvedeno vyhodnocení **položky 1. F)**, která se zaměřuje na znalost respondentů o léčbě poruch příjmu potravy.

Tabulka č. 6

	Nezjištěno	Nemocnice	Psychiatrie	Psycholog
Dívky	43 odpovědí; 49%	23 odpovědí; 26%	16 odpovědí; 18%	6 odpovědí; 7%
Chlapci	78 odpovědí; 71%	12 odpovědí; 11%	14 odpovědí; 13%	5 odpovědí; 5%

Několik jednotlivců z dívčích respondentů uvedlo lékárnu, léčebnu, domov, blázinec. Zde dokonce jedna dívka připsala, že má s léčbou vlastní zkušenost. Mezi další odpovědi chlapeckých respondentů patřilo odvykací pracoviště, rehabilitační centra, blázinec, anebo přímo názvy činností – dieta, sportování, kontrolování těla, „víc jí.“

Respondenti obou genderově rozdělených skupin též většinou vědí, jakou mají mít hmotnost vzhledem ke své individualitě (**položka 1. G**).

Druhá část jednadvacáté otázky (**položky 2. A), B), C), D, E**) se zaměřila na názor dospívajících v otázce, kdo, nebo co má podle nich největší podíl na vzniku poruch příjmu potravy, a zda jsou nich tyto poruchy v současnosti závažnou problematikou.

Vyhodnotíme-li nejčastější odpovědi, zjistíme, že za vznikem poruch příjmu potravy vidí dospívající jedince samotné, kteří se příliš zaobírají vlastním tělem (**položka 2. A**), rodinu a blízké s kritickými názory (**položka 2. B**), média a reklamy mají na vznik poruch větší vliv podle dívek, chlapci s tímto tvrzením nesouhlasí (**položka 2. C**), naopak obory jako jsou modeling apod. (**položka 2. D**) vnímají jako rizikové pro rozvoj poruch příjmu potravy opět obě genderově rozdělené skupiny respondentů.

Poruchy příjmu potravy jako závažné téma (**položka 2. E**) vnímá většina respondentů (46% dívek a 43% chlapců), avšak množství kladných odpovědí je téměř vyváženo odpovědí neutrální (tj. nemá na to názor 38% dívek a 38% chlapců). Dospívající si zřejmě nejsou zcela jistí.

8.4 Zajímavá zjištění plynoucí z komparace výsledků dotazníkového šetření

Shrneme-li získané poznatky a propojíme-li je s výsledky všech částí dotazníku, dospějeme k následujícímu:

Dospívající neznají termín poruchy příjmu potravy, ale dá se předpokládat, že na základě tohoto názvu dokáže většina z nich nastínit některé okolnosti, které k poruchám patří. Zároveň ale bývají zmatení zásadami a pojmy spojenými se zdravou výživou a módními trendy v oblasti stravování.

Protože neumí poruchy přesně zařadit, většina neví, v jakém zařízení léčba probíhá, případně neznají zařízení jako taková (např. psychiatrie - blázinec - Bohnice). Nicméně, intuitivně cítí propojenost poruch příjmu potravy s problémy psychickými.

Dle dospívajících onemocnění může postihnout kohokoli v různém věku, ale více v ohrožení jsou dívky/ženy, ačkoli s náchylností k poruchám se podle dospívajících nenarodí.

Většina dospívajících se domnívá, že ví, jakou má mít hmotnost, aktivně se snaží docílit štíhlosti, nebo si ji udržet, ale zároveň podle nich poruchy příjmu potravy vznikají u lidí, kteří se příliš zabývají svým tělem.

Rozhodující jsou dle respondentů i nejbližší osoby a jejich hodnocení, konkrétně se ukázalo, že hlavní roli hrají rodiče a partneři, ale také pedagogové volného času/trenéři, což souvisí také s tím, že dospívající hodnotí některé profese jako rizikové pro vznik poruch.

Reklamy a média v současné době cílí se svým ideálem štíhlosti především na dívky/ženy. Ty si předkládaných postav všímají častěji, než chlapani. Dívky se domnívají, že na ně nemají tyto vzory krásy žádný vliv, přesto ale dále většina souhlasí s tím, že ženské ideály v reklamách, billboardech a časopisech mohou způsobit vznik poruch příjmu potravy.

Vzhledem k tomu, že poruchy příjmu potravy vyvolávají u každého jednotlivce trochu odlišnou představu o obsahu, nemají dospívající zcela jednoznačně vyhraněný názor, zda jsou tyto poruchy současným závažným problémem.

8.5 Shrnutí interpretace získaných dat

Na začátek je důležité zmínit, že se vzhledem k počtu respondentů jedná pouze o nastínění dané problematiky, pro zevšeobecnění a vztahení výsledků na celou Českou republiku by do

budoucná byla potřeba vícero respondentů, nicméně pro potřeby této práce jsou získaná data důležitá a dostačující.

Dotazník byl také koncipován na subjektivním názoru dospívajícího, a proto nelze stoprocentně zaručit, že na dospívající nepůsobí některé faktory podvědomě – jako reklama, srovnávání se spolužáky, módní trendy apod. Při vyhodnocování je taktéž potřeba zdůraznit, že ne všichni respondenti vyplnili všechny odpovědi.

Srovnáme-li výsledky obou skupin respondentů mezi sebou, zjistíme, že se odpovědi dospívajících dívek a chlapců výrazně neliší.

Na základě získaných odpovědí lze vyhodnotit, že většina současných dospívajících nemá negativní sebezpetí, nicméně lze u obou skupin respondentů sledovat určitou tendenci k upřednostňování štíhlosti. Pro získání, či udržení štíhlé postavy by respondenti spíše než drastické diety upřednostňovali cvičení a zdravější úpravu jídelníčku.

Na sebezpetí žáků druhého stupně základní školy mají dle výsledků největší vliv rodiče. Ti mohou své dítě motivovat k zdravějšímu životnímu stylu, ale zároveň je třeba, aby si každý rodič uvědomil riziko, které mohou představovat jejich kritické názory, nebo narážky.

Tolik diskutovaný vliv médií na adoraci štíhlosti se jednoznačně neprokázal, i když dívky nejčastěji odpověděly, že si ideálních postav v médiích a reklamě všímají, nebo alespoň někdy všímají a také souhlasily s tím, že předkládané vzory v časopisech apod. mohou u někoho rozvinout poruchu příjmu potravy.

Ať už se jedná o tiskoviny, televizní zábavu, nebo internetové stránky, záleží vždy na jedinci, co si z široké nabídky vybere, a jak se k informacím postaví. Tiskoviny, pořady a reklamy zaměřené na dětskou a dospívající cílovou skupinu sice mohou nepřímo předkládat ideál štíhlosti, ale také propagují zdravý resp. rozumný životní styl a varují před závislostmi, rizikovým sexuálním chováním a nebezpečnými dietami vedoucími k poruchám příjmu potravy. Problémem však mohou být časopisy pro dospělé ženy, jejichž ústředním tématem bývá většinou právě štíhlost, diety a nepřirozená krása.

U chlapců je tento vliv zanedbatelný, což vyplývá i z rozdílného žánru časopisů apod., které preferují.

Pro obě skupiny platí, že z internetového prostoru na ně mají největší vliv jejich vrstevníci – jútubeři. Nejrizikovější pro snížení sebezpetí a sebehodnocení jedince představují oblíbené sociální sítě.

Lepší znalosti obou skupin o poruchách příjmu potravy prokázaly dívky, ačkoli stejně jako chlapci většinou termín poruchy příjmu potravy neznaly. Přesto ale z vypsaných odpovědí je jasné, že alespoň okrajově věděly, o jakou problematiku se jedná.

Ukázalo se, že termín poruchy příjmu potravy jsou pro dospívající neznámé a nemají jasnou představu o zařízeních, v nichž může probíhat léčba.

Postoje dívek a chlapců byly rovněž velmi vyrovnané. Dospívající si spojují poruchy příjmu potravy s ženským pohlavím, některými profesemi jako je modeling apod., nepřiměřeným zájmem o své tělo, kritickými názory okolí. U dívek převažoval již zmíněný názor, že vliv mohou mít i média, což chlapci popřeli. Obě skupiny byly též rozděleny na ty, co považují poruchy příjmu potravy dle svého pojetí za závažné a na ty, co nemají vyhraněný názor, neboť lze předpokládat, že si pod tímto pojmem nejsou s to vytvořit jasnou představu, co tyto poruchy znamenají.

Z těchto dat lze usoudit, že určitá náchylnost k poruchám příjmu potravy je v tomto věkovém období zcela stejná jak u dívek, tak u chlapců. Dle mého názoru je to způsobené tím, že si svou ženskost/mužnost, atraktivitu a sexuální role teprve uvědomují. Na druhé straně je však alarmující fakt, že spokojení jsou především ti jedinci, kteří se považují za štíhlé, anebo k dosažení štíhlosti aktivně působí.

8.6 Doporučení pro rodiče a pedagogy vyplývající z empirického šetření

Nejdůležitějším činitelem, který souvisí s poruchami příjmu potravy, jsou rodiče dospívajícího. Ti odpovídají za rozvoj zdravého jídelního chování, kladného sebepojetí a za pozitivní atmosféru rodinného zázemí, jehož funkčnost je spojena se zdravým rozvojem jedince. Proto považují za důležité zmínit zde některé nejzásadnější doporučení pro rodiče dětí, které mají narušené jídelní chování nebo již rozvinutou poruchu příjmu potravy.

Rodiče mohou pozitivně působit v mnoha oblastech:

a) Formování zdravého sebepojetí jedince. To znamená, že by rodiče měli milovat dítě takové, jaké je, nevěnovat tělesné hmotnosti nadměrnou pozornost a respektovat vývojová specifika (včetně tělesných proměn a výkyvům v tělesné hmotnosti). Rodiče by neměli kritizovat vzhled svého dítěte, nebo se mu dokonce posmívat, či jej srovnávat s jinými vrstevníky, zvláště v období dospívání, kdy je jedinec extrémně citlivý na veškerou kritiku a hodnocení, a to i na zdánlivě „nevinné“ nebo pozitivní poznámky typu: „z tebe je pořádný kus chlapa/pořádná ženská,“ apod.

Další oblastí je b) poskytování vzoru správného jídelního chování. Rodiče by měli dbát na vyváženou pestrou stravu, společné stolování s rodinnou alespoň jednou denně a také na dostatek pohybu. Rodiče by se též měli vyvarovat vlastních jídelních zlovyků – jídla ve spěchu, vynechávání jídla, držení extrémních diet, večerního přejídání, nadměrné konzumace určitých potravin (např. sladkých pochutin). Měli by též své děti naučit rozlišovat škodlivá jídla a jídla, která škodí pouze v nadměrném množství a dovolit jim konzumovat v rámci vyvážené stravy v menším množství i některá nezdravá jídla.

Rodiče by měli c) informovat děti o dospívání a o všem, co k němu patří. Dívčkám mohou poskytnout některou literaturu pro ně určenou např. *Dospívání dívek* (Movsessian, 2007) nebo *Prostě mě mějte rádi* (Ortner, 1999), která dospívajícím dívkám i chlapcům radí s nejčastějšími problémy dospívání. Dále může pomoci v rámci primární prevence kniha *Holky na vodítku – jmenuji se Martina* (Březinová, 2007), která podává příběh o mentální bulimii. Sami rodiče mohou najít podporu v publikaci *Když chce dcera hubnout* (Cassuto a Guillou; 2008), nebo mohou sáhnout po odbornější, ale čtivé knize *O poruchách příjmu potravy* (Maloney a Kranz, 1997).

Zásadní je však zastřešující pozitivní rodinná atmosféra, v níž se dítě cítí bezpečně a milované takové, jaké je. Dospívající by měl mít možnost vyjádřit své emoce, a to i ty negativní. Rodiče by měli dítěti poskytovat potřebnou oporu při překonávání nástrah dospívání, naučit dospívající problémy zvládat, a zároveň jim poskytovat dostatečnou svobodu a nezávislost přiměřeně věku jedince.

Zároveň by rodiče měli zbystřit, všimnou-li si nezvyklých jídelních rituálů svého dítěte, poklesu tělesné hmotnosti dítěte, nápadných výkyvů nálad, sociální izolace dítěte a dalších nezvyklých projevů svého dítěte, které se náhle vyskytly.

Pokud se u dospívajícího porucha příjmu potravy již rozvine, je důležité, aby rodiče vyhledali okamžitou pomoc a aktivně se spolupodíleli na uzdravení svého potomka, protože jedině oni mohou poskytnout dospívajícímu to, co se snaží získat narušeným jídelním chováním.

Ze získaných dat dotazníkového šetření této práce vyplynulo, že pedagogové (kromě pedagogů volného času) mají na dospívající nejmenší vliv. Proto je nepravděpodobné, že by žáci se svými problémy pedagogovi svěřili, a tak by učitelé měli být o to více všímaví v otázce začínajících poruch příjmu potravy u svých žáků. Měli by si všimnout nápadných změn ve vzhledu (například kruhy pod očima, řídkší vlasy, viditelné lícni kosti apod.) a

chování svých žáků. Příkladem může být časté chození na toaletu žáka, pokles jeho školního výkonu a úroveň soustředění, náhlé výkyvy nálad, změny v sociálních vztazích žáka (omezení přátelských kontaktů, izolace), nošení volného oblečení, atd.

Zároveň z dotazníkového šetření vyplynulo, že dnešní žáci mají zkreslené znalosti o zásadách správné výživy, alternativních výživových směrech a poruchách příjmu potravy. Z tohoto důvodu by bylo přínosné, aby se škola v rámci preventivních programů zaměřila na odstranění mýtů o zdravé výživě, dále na vysvětlení jednotlivých termínů a poučila žáky o vyvážené stravě a také se podílela na budování zdravého sebepojetí žáků (např. diskuzí o ideálu krásy apod.). Touto problematikou by se detailněji mohl zabývat předmět Výchova ke zdraví.

9 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřuje na poruchy příjmu potravy ve starším školním věku. Cílem práce je popsat nejzásadnější vlivy, které ovlivňují sebepojetí jedince a které souvisí s vývojově podmíněným rizikem vzniku poruch příjmu potravy. Práce si klade za cíl též získání informací o postojích, názorech a vědomostech současných dospívajících žáků a jejich srovnání s teoretickými východisky. Cílem je komplexní nastínění problematiky poruch příjmu potravy ve starším školním věku.

V teoretické části se práce zabývá charakteristikou tělesných, psychických, emocionálních a sociálních proměn, které jsou typické pro období pubescence, resp. dospívání. K těmto změnám patří mezi nejvýznamnější proměna tělesných proporcí, rozvoj hypotetického myšlení, emoční nevyváženost, výkyvy v sebehodnocení a tendence k přizpůsobení se vrstevníkům.

Další kapitoly rozebírají nejvýznamnější faktory, které působí na jedince a které souvisí s rozvojem poruch příjmu potravy: kulturní ideál štíhlosti, média, genetika, pohlaví, rodina, sociokulturní vlivy, socioekonomické vlivy a náročné životní situace. Na základě teoretických poznatků mají vyšší riziko k rozvoji poruchám příjmu potravy dospívající dívky, popř. ženy, jejichž vzhled nebo hmotnost jsou důležité pro jejich sportovní nebo jiný koníček, popř. práci, potlačují své emoce, žijí v chronickém stresu a mají nevyhovující rodinné zázemí (chybí jim bezpodmínečná láska a svoboda).

Následující kapitola se zabývá vymezením a rozvojem sebepojetí jedince, jehož součástí je i představa o vlastním těle. Podle výzkumů ženy oproti mužům pocítují větší společenský tlak na regulaci vlastní hmotnosti.

V rámci praktické části této práce empirické šetření na vybraném vzorku respondentů odhalilo, že žáci druhého stupně základní školy mají o poruchách příjmu potravy menší povědomí, než by v rámci primární prevence bylo žádoucí. Poruchy příjmu potravy často žáci zaměňují s nezdravou fastfood stravou. Šetření též ukázalo, že žáci s průměrnou a štíhlejší postavou jsou se sebou spokojenější a také, že většina žáků sportuje, aby si svou ideální hmotnost nebo štíhlou postavu udržela. Žáci si předkládaných vzorů krásy v médiích všímají (především dívky), ale zároveň jim nepřisuzují žádný vliv na vlastní sebepojetí. Přesto ale podle jejich názoru mohou u některých mediální vzory zapříčinit rozvoj poruch příjmu potravy.

Na základě poznatků získaných z odborných publikací i empirického šetření na výzkumném vzorku respondentů lze konstatovat, že rodiče jsou tím nejdůležitějším faktorem, který má vliv na sebepojetí dětí a tím i na riziko rozvoje poruch příjmu potravy. Proto práce nabízí několik doporučení pro rodiče dospívajících dětí.

Z těchto doporučení (podrobněji popsanych v podkapitole 8. 5 Doporučení pro rodiče a pedagogy vyplývající z empirického šetření), lze vystihnout především následující – rodiče by měli:

- a) přijímat své dítě tak, jak vypadá, nekritizovat jej a nesrovnávat s vrstevníky, protože každý člověk je individualita a (nejen) tělesný vývoj u něj probíhá odlišně
- b) dodržovat zásady zdravého jídelního chování a vyvážené stravy a poskytovat tak vzor svým dětem
- c) informovat své děti o proměnách, které v dospívání přichází a případně jim poskytnout literaturu určenou pro dospívající

Nejdůležitější je však udržování pozitivní rodinné atmosféry, v níž se dítě cítí bezpečně a milováno. Pokud rodiče odhalí u svého dítěte poruchu příjmu potravy, je důležité vyhledat odbornou pomoc a aktivně se podílet na uzdravení svého potomka.

Alarmujícím zjištěním, které vyplynulo ze získaných dat dotazníkového šetření této práce, je odhalení skutečnosti, že pedagogové (kromě pedagogů volného času) mají na dospívající nejmenší vliv. Je nepravděpodobné, že by se s problémem žák pedagogovi svěřil. Proto by učitelé měli být o to více všímaví v otázce začínajících poruch příjmu potravy u svých žáků.

Zároveň z dotazníkového šetření vyplynulo, že dnešní žáci mají zkreslené znalosti o zásadách správné výživy, alternativních výživových směrech a poruchách příjmu potravy. Z tohoto důvodu by bylo vhodné zavést na školách besedy, diskuze či interaktivní přednášky, které by žákům vysvětlily jednotlivé termíny a poučily je o vyvážené stravě a také se podílely na budování zdravého sebepojetí žáků (např. diskuzí o ideálu krásy apod.), případně tuto problematiku detailněji probírat v rámci předmětu Výchova ke zdraví.

Domnívám se, že v rámci možností daného rozsahu práce nastínila komplexní pozadí, na němž poruchy příjmu potravy ve starším školním věku vznikají. Přesto by se do budoucna dala tato práce rozšířit o nové poznatky. Především by k získání širšího přehledu o názorech a vědomostech současných žáků druhého stupně pomohl vyšší počet respondentů. Dále by se práce mohla v budoucnu zaměřit na analýzu jednotlivých přístupů k problematice podle

odlišných psychologických či filozofických konceptů. Také by se práce mohla rozšířit o metodiku primární prevence poruch příjmu potravy na školách.

Poruchy příjmu potravy jsou a v blízké budoucnosti i budou různorodou problematikou, která bude nabízet multidimenzionální pohled a s tím spojené možnosti rozšíření či doplnění této práce.

10 Seznam použitých informačních zdrojů

A) Knižní

- (1) BŘEZINOVÁ, Ivona. *Holky na vodítku: Jmenuji se Martina*. 2. vyd. Praha: Albatros, 2007. ISBN 978-80-00-01951-2.
- (2) CASSUTO, Dominique a Sophie GUILLOU. *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-357-4.
- (3) COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0706-1.
- (4) ECO, Umberto (ed.). *Dějiny krásy*. Praha: Argo, 2005. ISBN 80-7203-677-7.
- (5) ELLIOTT, Julian a Maurice PLACE. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0182-0.
- (6) FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.
- (7) GÖCKEL, Renate. *Místo činu lednička: když se z jídla stane problém*. Praha: Práh, 2008. ISBN 978-80-7252-200-2.
- (8) GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Vyd. 1. Přeložila Jana KRCHOVÁ. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-907-1.
- (9) HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group, 2003. ISBN 80-86517-60-8.
- (10) KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
- (11) LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
- (12) MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
- (13) *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Bomton Agency, 2013. ISBN 978-80-904259-0-3.

- (14) MOVSESSIAN, Shushann. *Dospívání dívek*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-213-3.
- (15) ORTNER, Gerlinde. *Prostě mě mějte rádi*. Praha: Knižní klub, 1999. ISBN 80-242-0099-6.
- (16) PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.
- (17) ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: vývojová psychologie: přepracované vydání. 3. vyd.* Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
- (18) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání. Vyd. 2.* Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

B) Časopisecké

- (1) *Dieta: Můj zdravý životní styl*. 2017, **14**(2). ISSN 1214-8784.
- (2) Dr.DenisTV radí. *JJ*. 2017, **2**(2), 12 - 13. ISSN 2533-4034.
- (3) Jsem krásná, ne dokonalá: Na velikosti nezáleží. Příběhy třech žen, které se cítí skvěle ve vlastním těle. *Dieta: Můj zdravý životní styl*. 2017, **14**(2), 34 - 36. ISSN 1214-8784.
- (4) Plán pro sexy tělo: Jak vypadat skvěle, i když nemáte velikost 36? *Dieta: Můj zdravý životní styl*. 2017, **14**(2), 26 - 32. ISSN 1214-8784.
- (5) MLEZIVOVÁ, Helena: Jak ideál ženské krásy prezentovaný v médiích ovlivňuje sebepojetí jedince. *Prevence*. Praha: Občanské sdružení Život bez závislostí ve spolupráci s vydavatelstvím Coolish Press, 2011, **8** (5), 8-9. ISSN 1214-8717.
- (6) WILKOVÁ, Scarlett. Jakou dietu teď držíte? *Magazín Dnes + TV*. 2016, **XXIII**(37), 20-25.
- (7) WILKOVÁ, Scarlett. Nebezpečně zdravý život. *Magazín DNES + TV*. 2017, **XXIV**(7), 18 - 22.

11 Seznam příloh

- (1) Dotazník: Sebepojetí a poruchy příjmu potravy
- (2) Výsledky dotazníkového šetření s grafickým znázorněním

Příloha 1 – Dotazník: Sebepojetí a poruchy příjmu potravy

Dotazník: Sebepojetí a poruchy příjmu potravy

Milí žáci,

jmenuji se Věra Vondříčková a jsem studentkou Pedagogické fakulty v Praze. Chtěla bych vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který mi pomůže zjistit potřebné informace k mé bakalářské práci. Dotazník je anonymní, proto se nikam nepodepisujte. Prosím vás o co největší upřímnost při jeho vyplňování.

1) Jsem:

- a) Žena
- b) Muž

2) Svůj volný čas trávím nejčastěji na internetu/ PC:

- a) Ano
- b) Ne

3) Pokud jsem na internetu, nejčastěji sleduji tyto stránky (doplň 2 názvy):

4) Čtu rád/a časopisy, (popř. noviny):

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

5) Pokud čtu časopisy, je to hlavně (doplň 2 názvy):

6) Televizi sleduju často:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Těžko posoudit/nevím

7) Pokud sleduji televizi, nejčastěji sleduji (doplň 2 názvy):

8) Momentálně jsem spokojený/á se svým tělem:

- a) Ano
- b) Nezáleží mi na tom
- c) Ne

9) Mám se rád/a:

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

10) Mám obavy, co si ostatní myslí o mém těle:

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

11) Některé části těla vnímám jako sobě cizí:

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

12) Stydím se za své tělo:

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

13) Připadám si ve srovnání s ostatními tlustý/á:

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

14) Označ tvrzení, které na tebe nejvíce sedí:

- a) Jsem štíhlý/á a dělám něco pro to, aby to tak zůstalo. – pokračuj **otázkou 15**
- b) Nejsem štíhlý/á a dělám něco pro to, abych byl/a. – pokračuj **otázkou 15**
- c) Jsem štíhlý/á a nedělám nic, abych takový/á zůstal/a. – pokračuj **otázkou 16**
- d) Nejsem štíhlý/á a nedělám nic pro to, abych byl/a. – pokračuj **otázkou 16**

15) Proto, abych byl/a štíhlý/á:

- a) Zkousím držet různé diety
- b) Více sportuji
- c) Užívám doplňky stravy podporující hubnutí
- d) Jiné (doplň):

16) Začal/ a bych hubnout, kdyby mě o to požádal/i (možnost více odpovědí):

- a) Kamarád/ kamarádka
- b) Přítel/ přítelkyně
- c) Spolužáci
- d) Učitel
- e) Rodiče
- f) Sourozenec
- g) Příbuzní
- h) Trenér, vedoucí kroužku
- i) Někdo jiný (doplňte):

17) Kdyby můj oblíbený herec/herečka, zpěvák (apod.) začal držet dietu:

- a) Budu ji také držet
- b) Bude mi to jedno

18) Kdyby bylo novým moderním trendem zhubnout tak, aby byla vidět většina žeber:

- a) Budu držet dietu, abych byl/a módní
- b) Začnu držet dietu, ale nevím, zda to vydržím
- c) Bude mi to jedno

19) Všímám si, jakou postavu mají lidé v časopisech, reklamách, na internetu, billboardech apod.:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

20) To, jakou mají postavu lidé v časopisech, reklamách, na internetu, billboardech apod. ovlivňuje můj názor na mé vlastní tělo:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

21) Odpověz na níže uvedené otázky:

1.

A) Mezi poruchy příjmu potravy (zkráceně PPP) patří například (vyjmenuj):

B) Lidé se s náchylností k PPP už narodí. Ano- Ne – Nevím

C) PPP mohou postihnout muže i ženy v jakémkoli věku. Ano- Ne – Nevím

D) Statisticky trpí PPP častěji dívky/ ženy než chlapci/muži. Ano- Ne – Nevím

E) Lidé s PPP jsou psychicky nemocní a vyžadují zásah odborníka. Ano- Ne – Nevím

F) Léčba osob s PPP probíhá v (napiš druh zařízení):

G) Vím, jakou mám mít hmotnost vzhledem k svému věku a stavbě těla. Ano - Ne

2.

A) Myslím, že lidé si za vznik PPP mohou sami, protože se až příliš zabývají svým tělem.

Ano – Ne- Nemám na to názor

B) Myslím, že za vznik PPP, mohou kritické názory rodiny, přátel, spolužáků (...)

Ano- Ne – Nemám na to názor

C) Myslím, že za vznik PPP, mohou reklamy/billboardy/fotky v časopisech/ (...)

Ano- Ne – Nemám na to názor

D) Myslím, že existují určité profese/obory (např. modeling, balet, herectví,...), které mohou podpořit vznik PPP, protože kladou důraz na štíhlou postavu.

Ano- Ne- Nemám na to názor

E) PPP jsou podle mě v současné době velmi závažným tématem.

Ano- Ne- Nemám na to názor

Zkontroluj, prosím, zda jsi odpověděl/a na všechny otázky.

Děkuji za spolupráci a trpělivost při vyplňování.

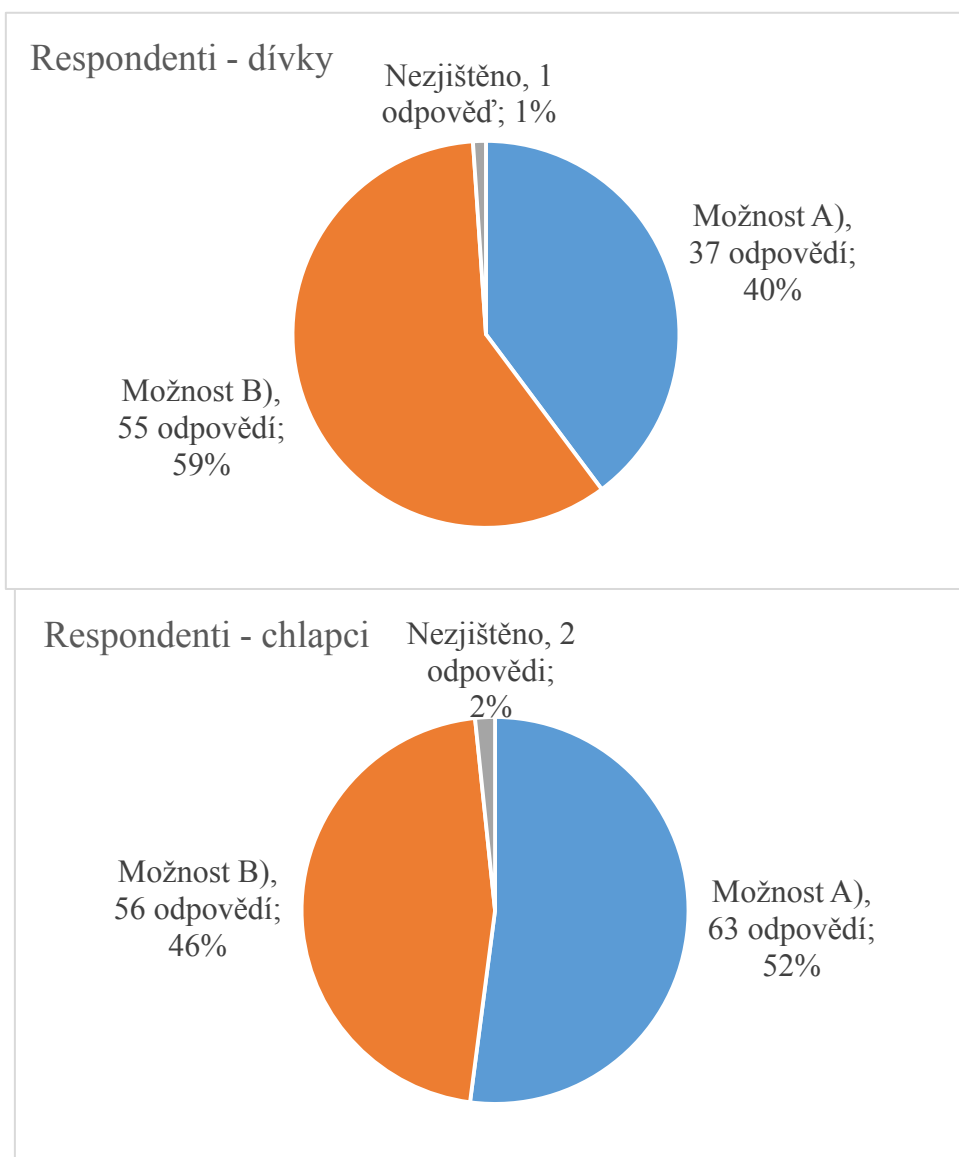
Příloha 2 - Grafy vyjadřující výsledky dotazníkového šetření

Následující grafy znázorňují výsledky z dotazníkového šetření. Nejprve je vždy znázorněna otázka s jednotlivými možnostmi, tak, jak byla položena v dotazníku a poté následují výšečové grafy, znázorňující množství odpovědí k jednotlivým otázkám, a to i v procentuálním vyjádření. Vždy v pořadí první graf znázorňuje odpovědi dívčích respondentů a v pořadí druhý graf odpovědi chlapeckých respondentů.

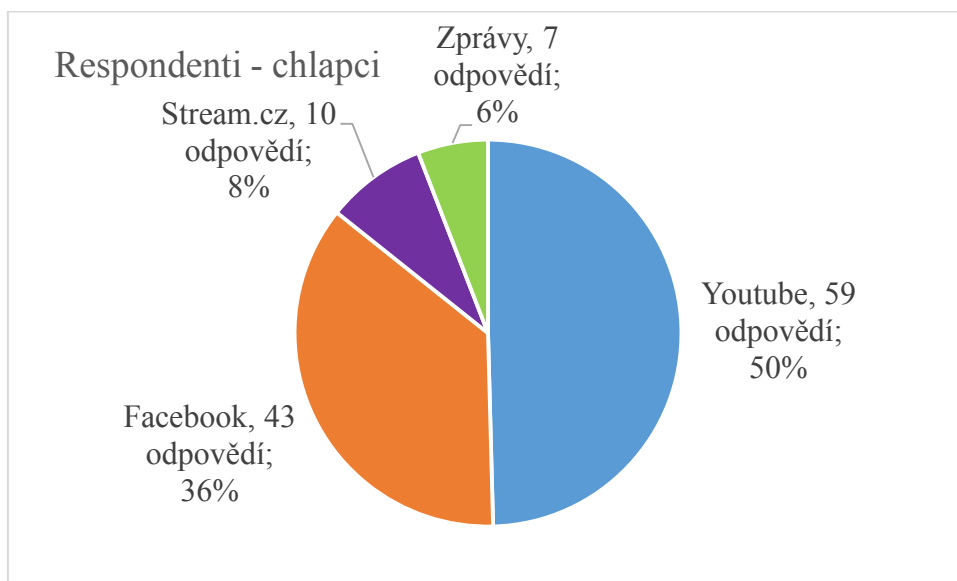
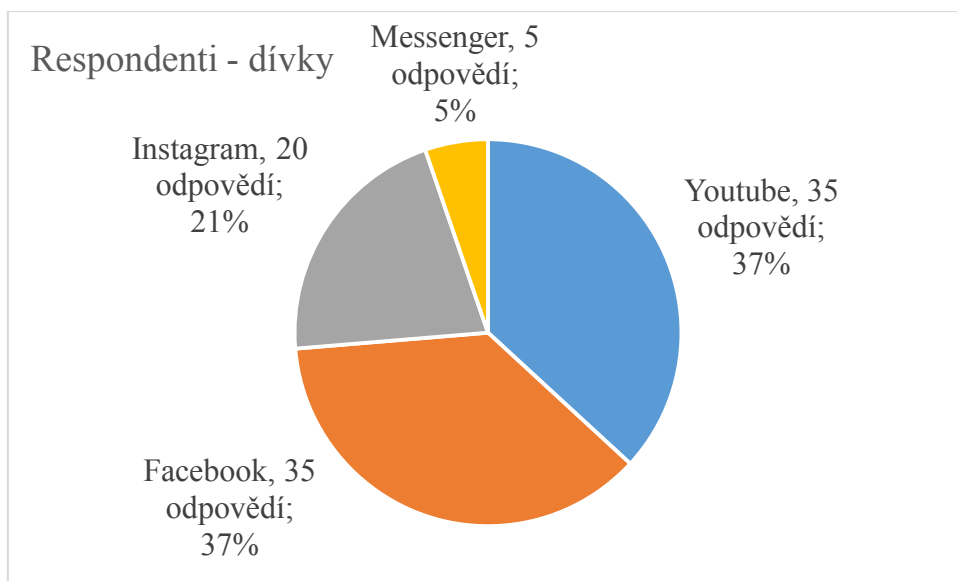
První otázka zde není znázorněna, protože zjišťovala pohlaví respondenta. **Z celkového množství 214 respondentů bylo 93 dívek a 121 chlapců.**

2) Svůj volný čas trávím nejčastěji na internetu/ PC:

- c) Ano
- d) Ne



3) Pokud jsem na internetu, nejčastěji sleduji tyto stránky (doplň 2 názvy):



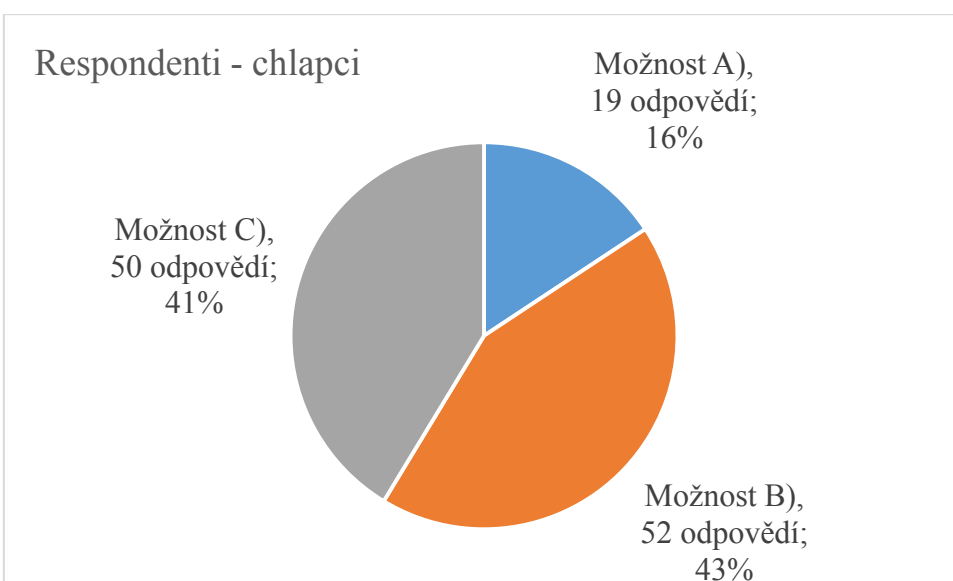
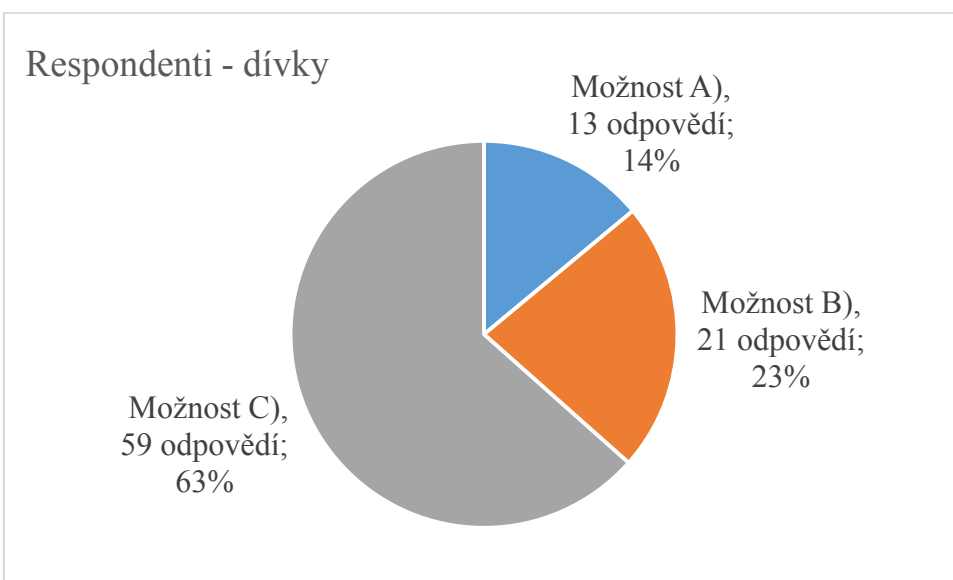
V grafech jsou uvedeny nejčastější odpovědi. Protože se jedná o otevřenou otázku, ostatní odpovědi se individuálně lišily u každého respondenta. Některé příklady dalších odpovědí jsou uvedeny v podkapitole 8. 3. 1 Analýza první části dotazníku.

4) Čtu rád/a časopisy, (popř. noviny):

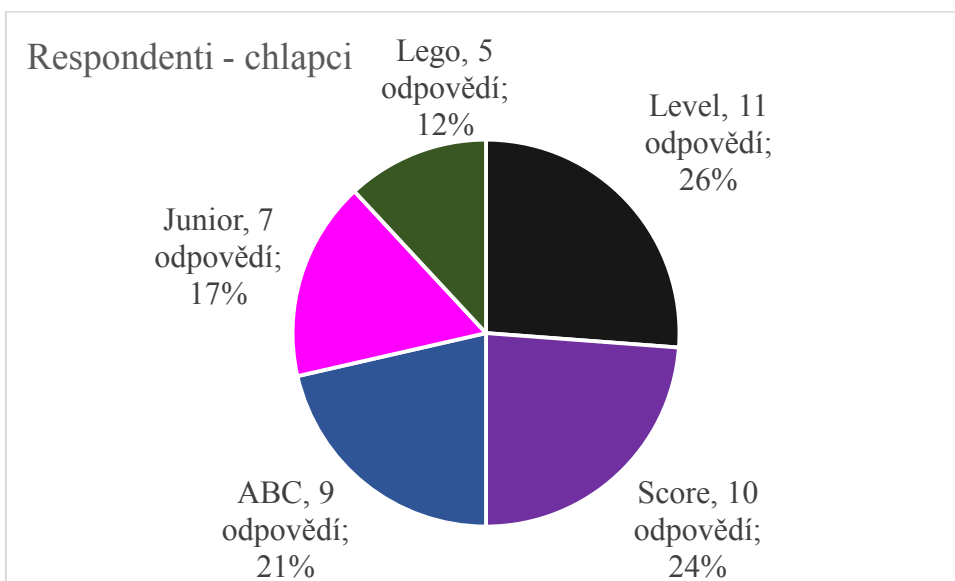
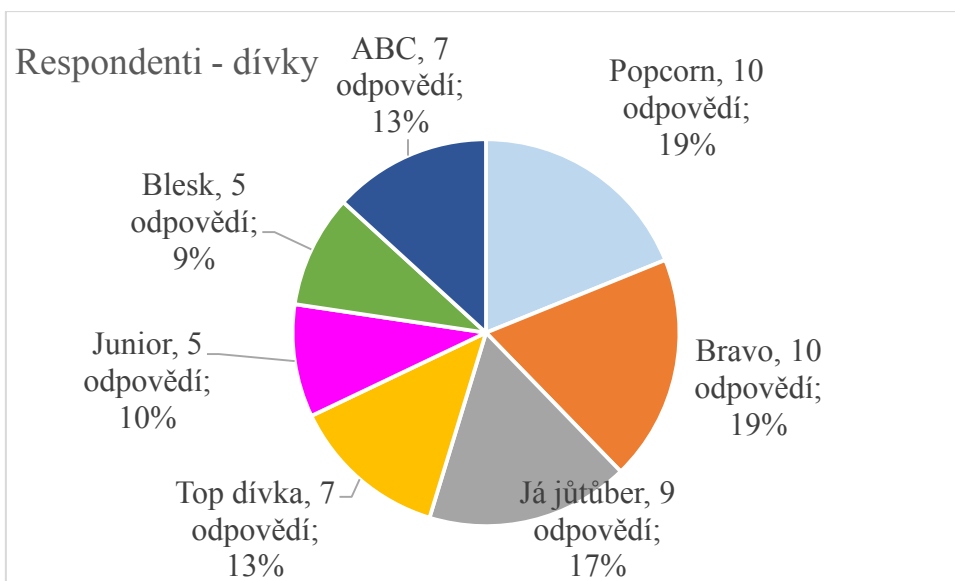
d) Ano

e) Ne

f) Někdy



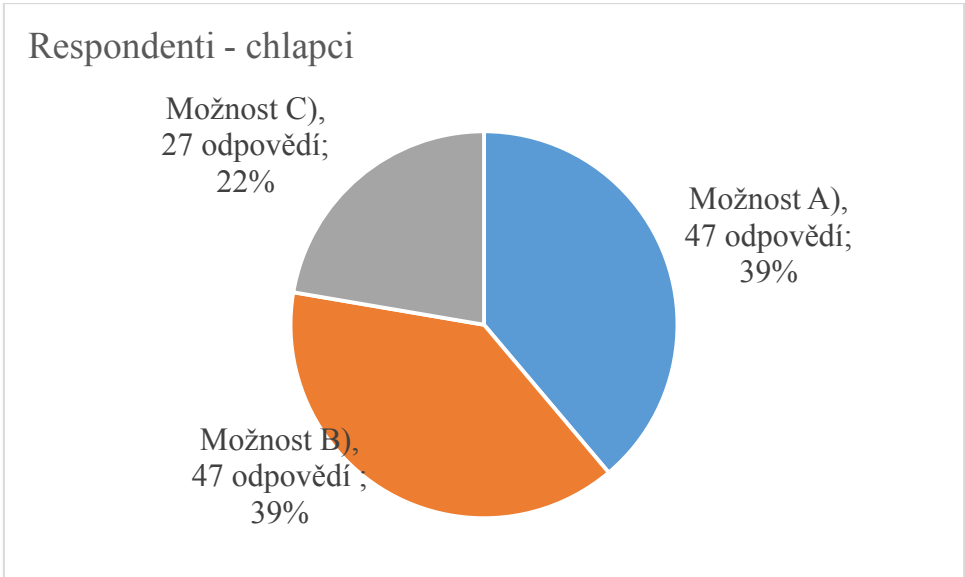
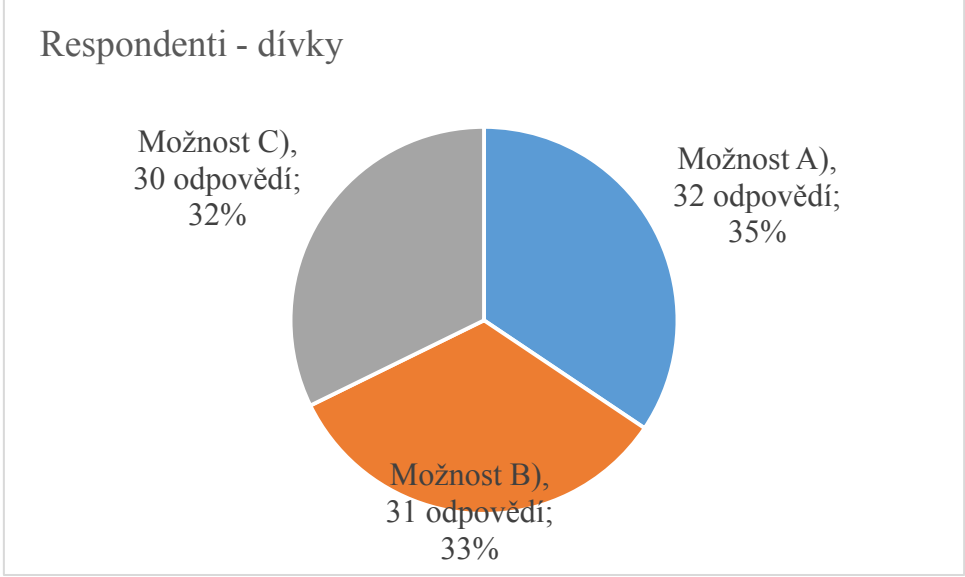
5) Pokud čtu časopisy, je to hlavně (doplň 2 názvy):



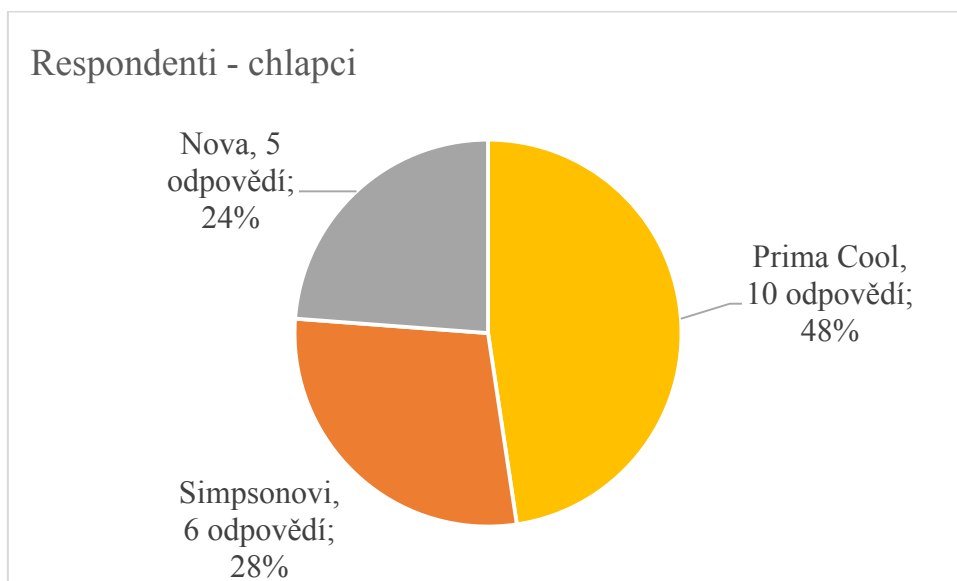
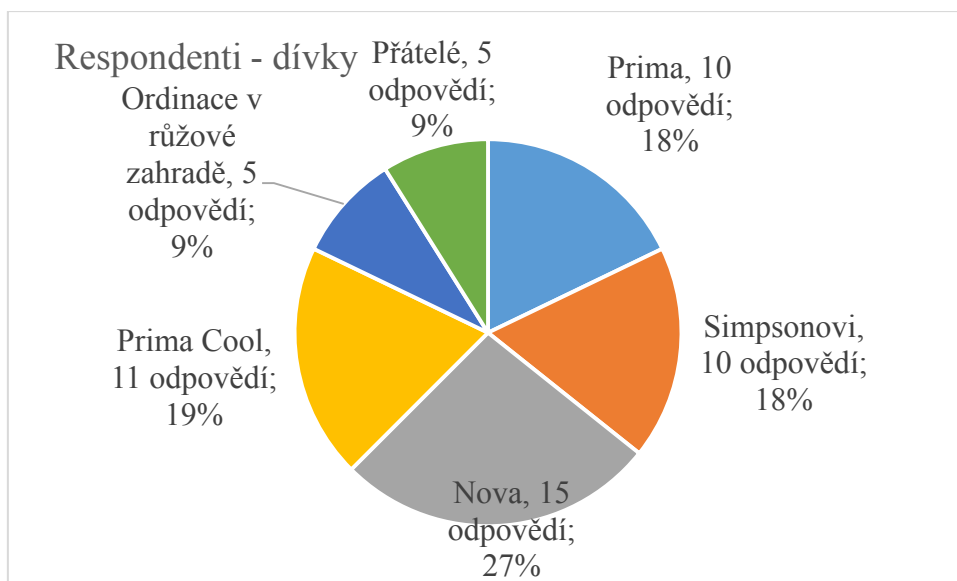
V grafech jsou uvedeny nejčastější odpovědi. Protože se jedná o otevřenou otázku, ostatní odpovědi se individuálně lišily u každého respondenta. Některé příklady dalších odpovědí jsou uvedeny v podkapitole 8. 3. 1 Analýza první části dotazníku.

6) Televizi sleduju často:

- d) Ano
- e) Ne
- f) Těžko posoudit/nevím



7) Pokud sleduji televizi, nejčastěji sleduji (doplň 2 názvy):

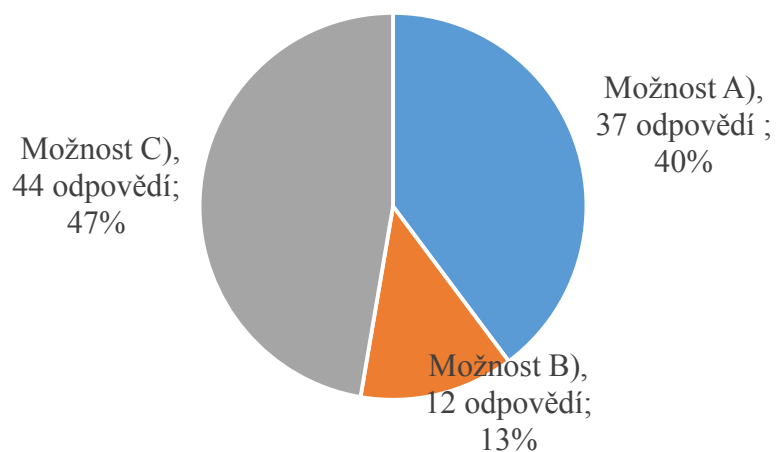


V grafech jsou uvedeny nejčastější odpovědi. Protože se jedná o otevřenou otázku, ostatní odpovědi se individuálně lišily u každého respondenta. Některé příklady dalších odpovědí jsou uvedeny v podkapitole 8. 3. 1 Analýza první části dotazníku.

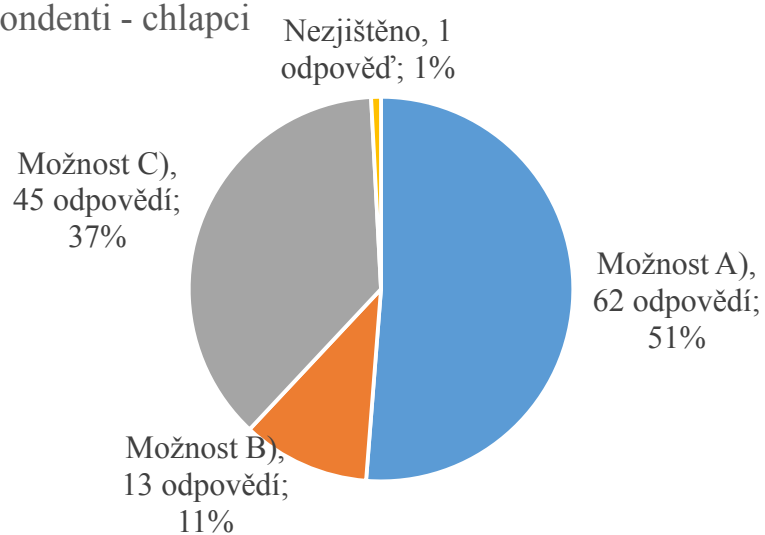
8) Momentálně jsem spokojený/á se svým tělem:

- d) Ano
- e) Nezáleží mi na tom
- f) Ne

Respondenti - dívky



Respondenti - chlapci

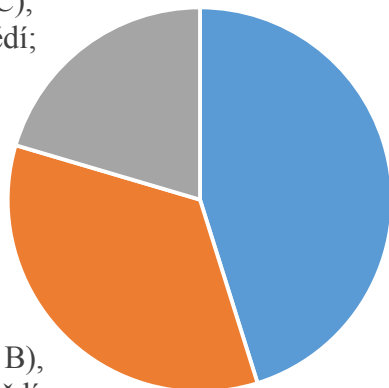


9) Mám se rád/a:

- d) Ano
- e) Nevím
- f) Ne

Respondenti - dívky

Možnost C),
19 odpovědí;
21%

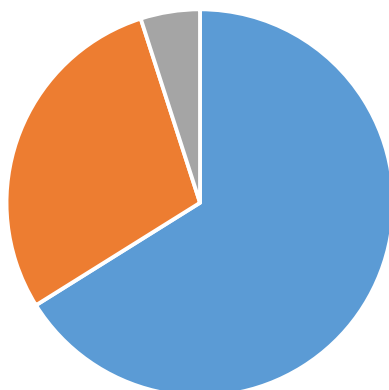


Možnost A),
42 odpovědí;
45%

Možnost B),
32 odpovědí;
34%

Respondenti - chlapci

Možnost C),
6 odpovědí;
5%

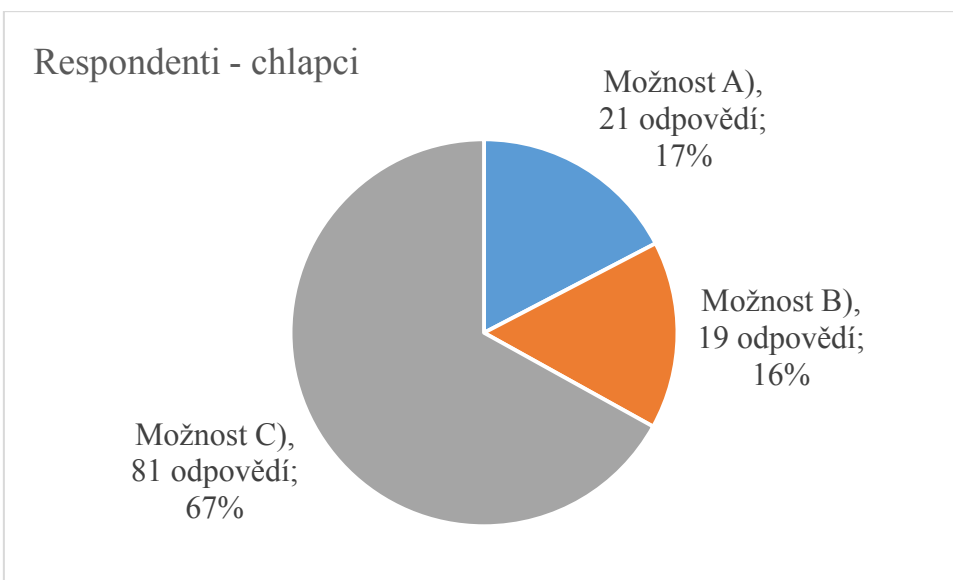
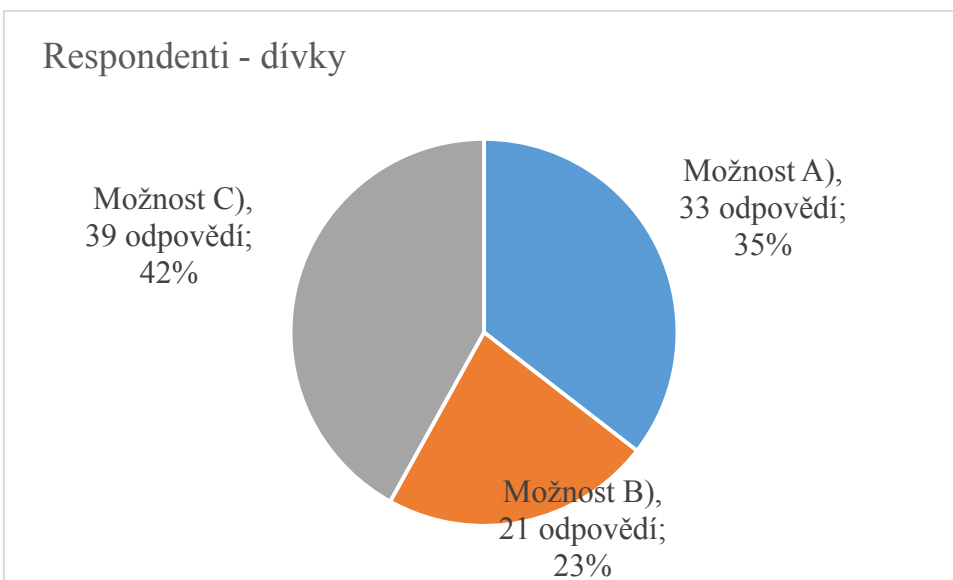


Možnost A),
80 odpovědí ;
66%

Možnost B),
35 odpovědí;
29%

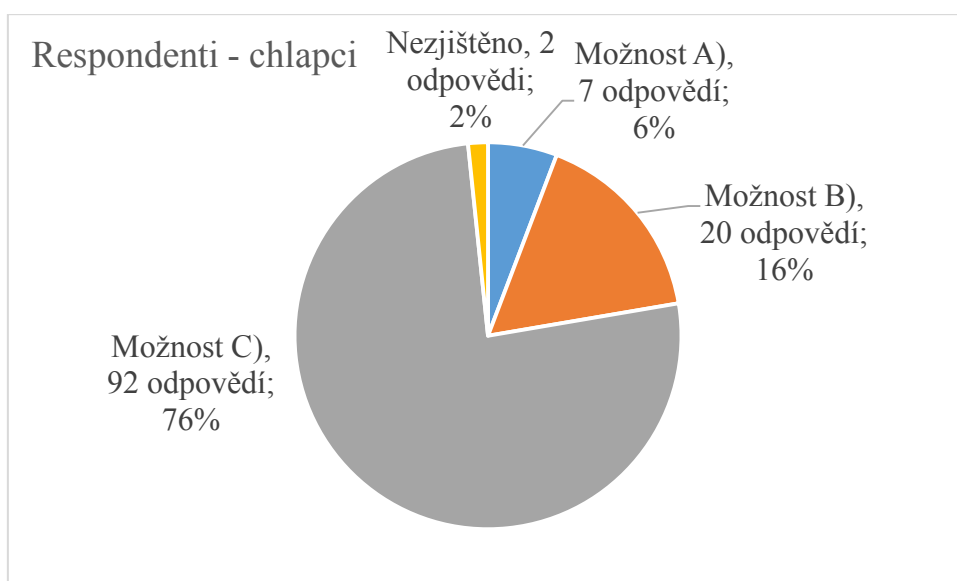
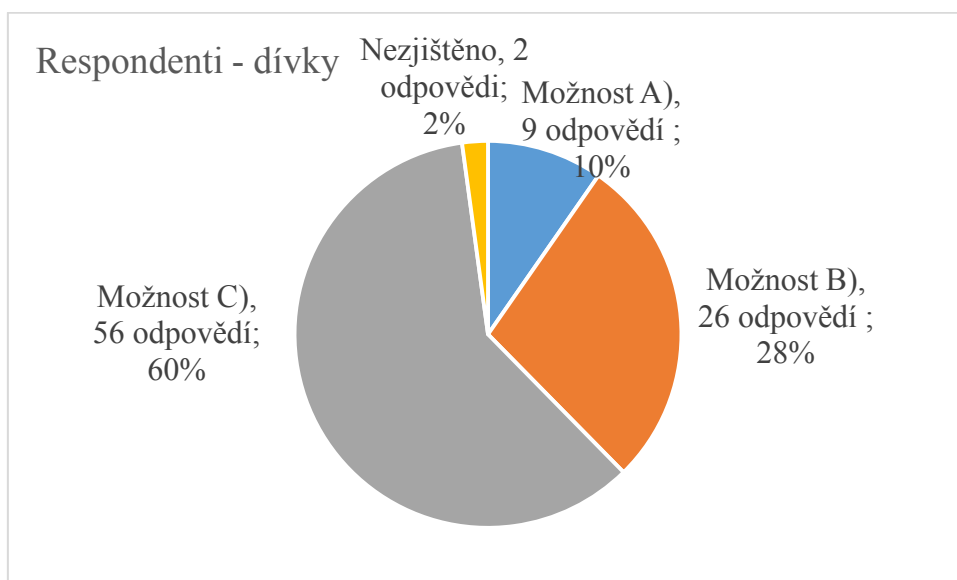
10) Mám obavy, co si ostatní myslí o mém těle:

- d) Ano
- e) Nevím
- f) Ne



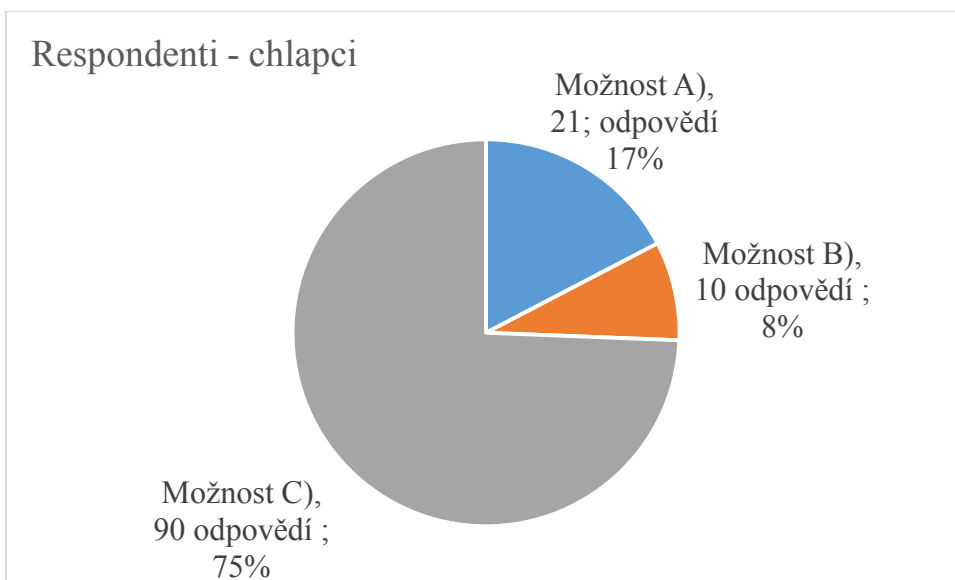
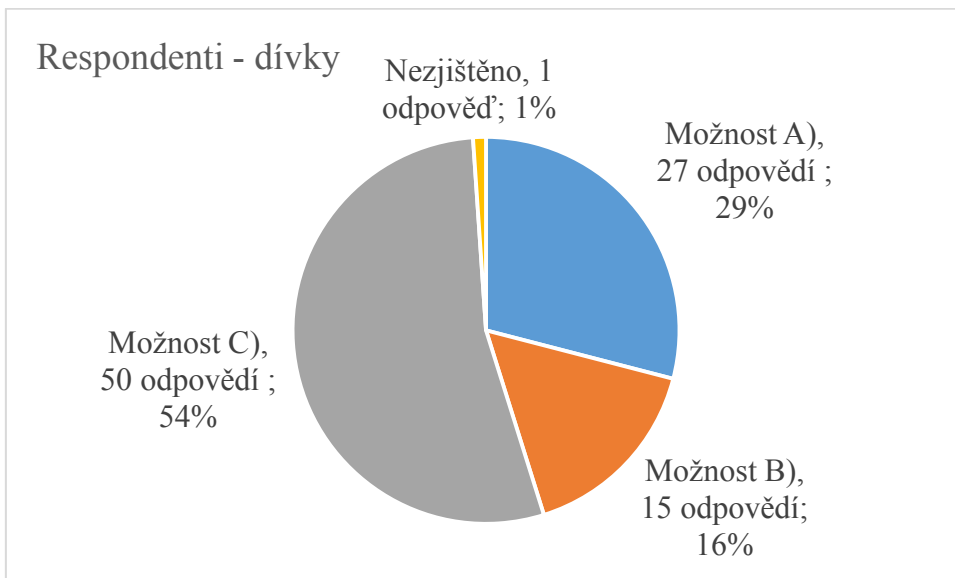
11) Některé části těla vnímám jako sobě cizí:

- d) Ano
- e) Nevím
- f) Ne



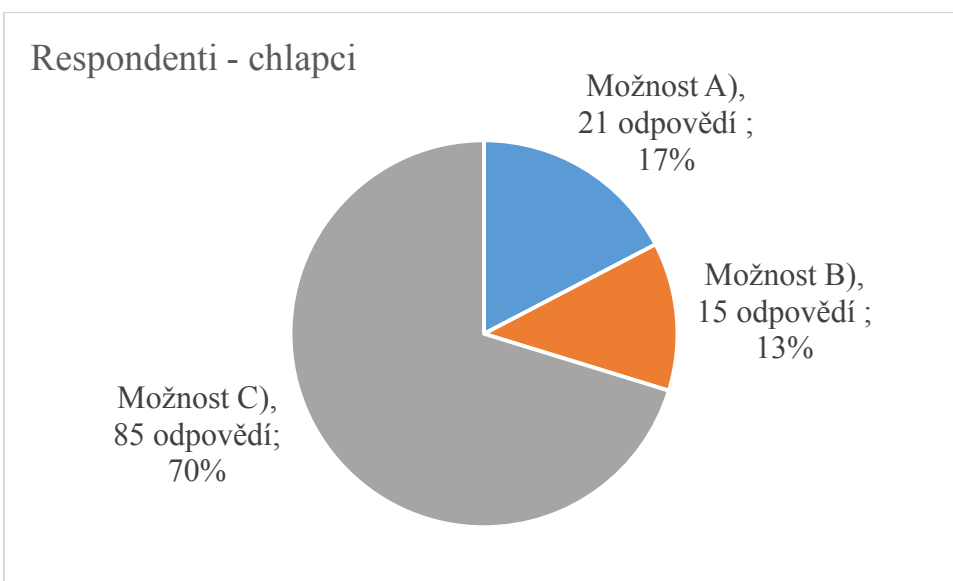
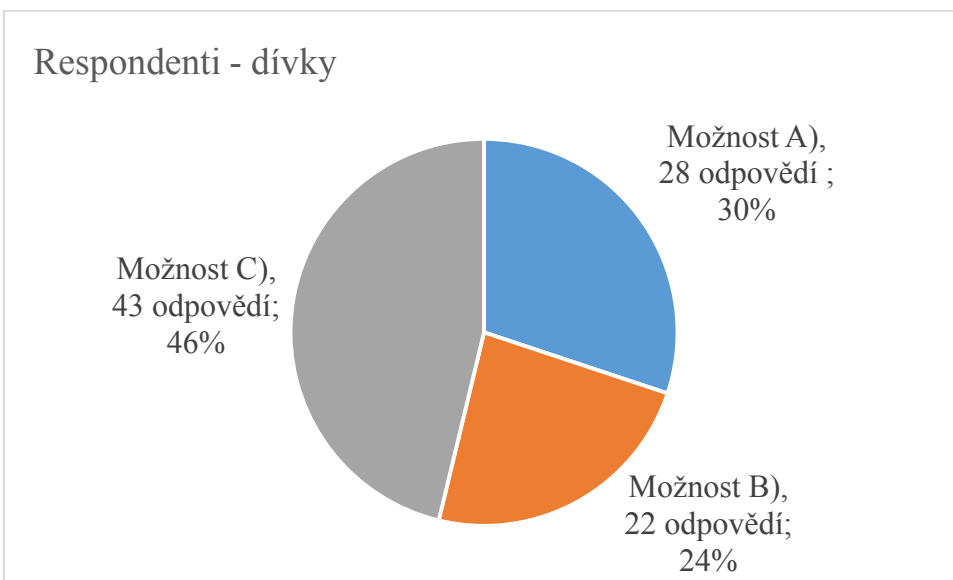
12) Stydím se za své tělo:

- d) Ano
- e) Nevím
- f) Ne



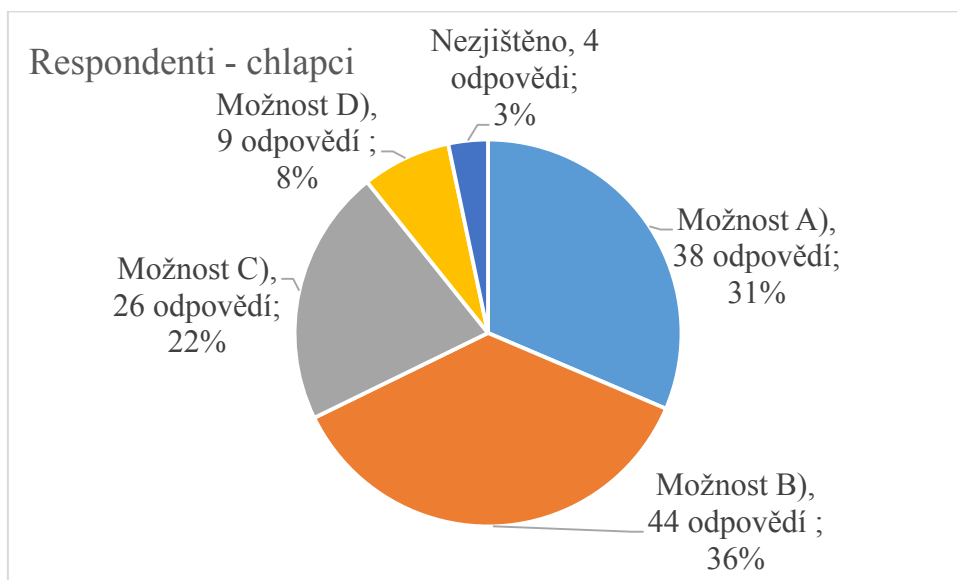
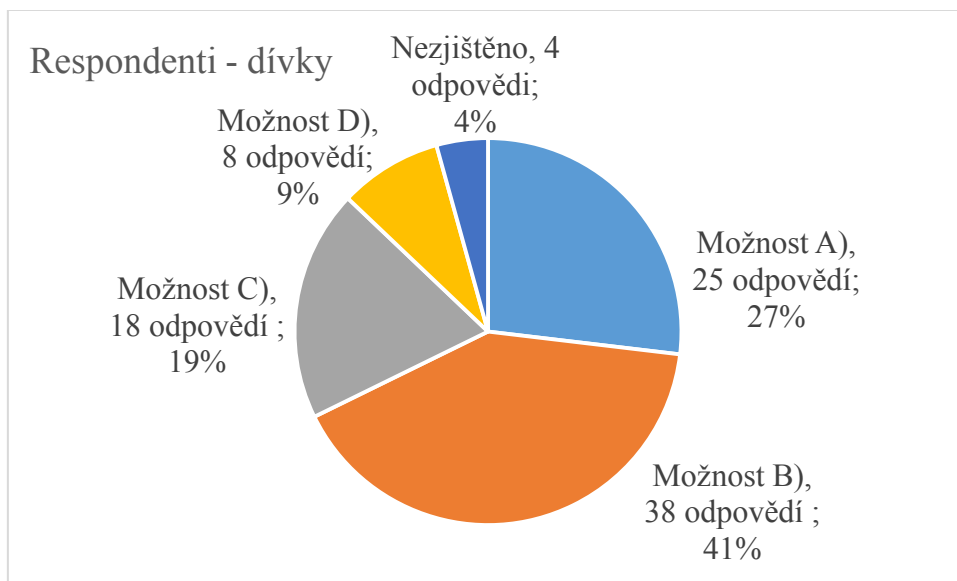
13) Připadám si ve srovnání s ostatními tlustý/á:

- d) Ano
- e) Nevím
- f) Ne



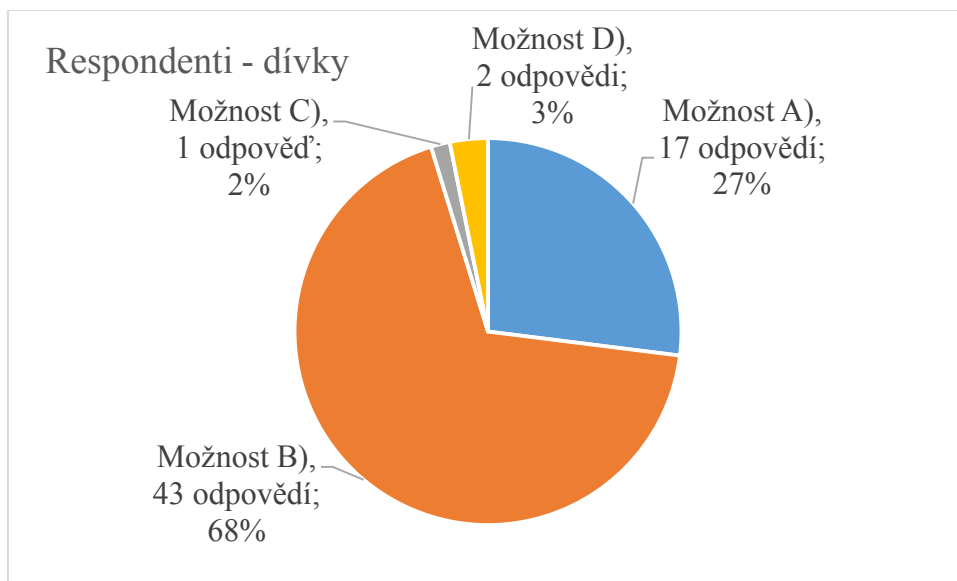
14) Označ tvrzení, které na tebe nejvíce sedí:

- e) Jsem štíhlý/á a dělám něco pro to, aby to tak zůstalo. – pokračuj **otázkou 15**
- f) Nejsem štíhlý/á a dělám něco pro to, abych byl/a. – pokračuj **otázkou 15**
- g) Jsem štíhlý/á a nedělám nic, abych takový/á zůstal/a. – pokračuj **otázkou 16**
- h) Nejsem štíhlý/á a nedělám nic pro to, abych byl/a. – pokračuj **otázkou 16**

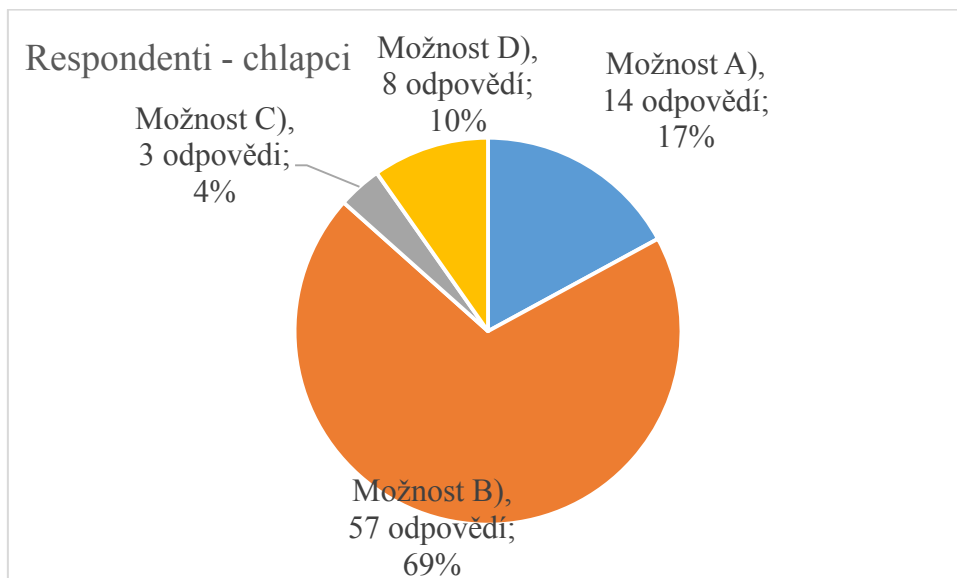


15) Proto, abych byl/a štíhlý/á:

- e) Zkousím držet různé diety
- f) Více sportuji
- g) Užívám doplňky stravy podporující hubnutí
- h) Jiné (doplň):



U možnosti D), 2 respondentky odpověděly: „jím zdravě a sportuji.“

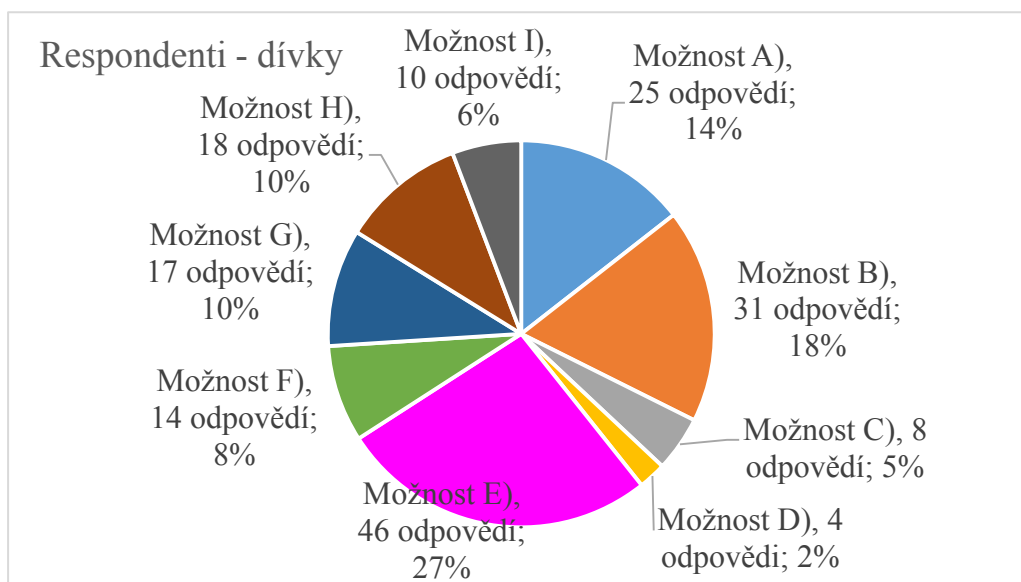


U možnosti D), 8 respondentů uvedlo tyto odpovědi: „cvičím v posilovně, chodím na procházky, hraji venkovní hry, zmenšuji porce jídla, omezuji cukr, nepřejídám se, jím zdravěji, úprava stravy.“

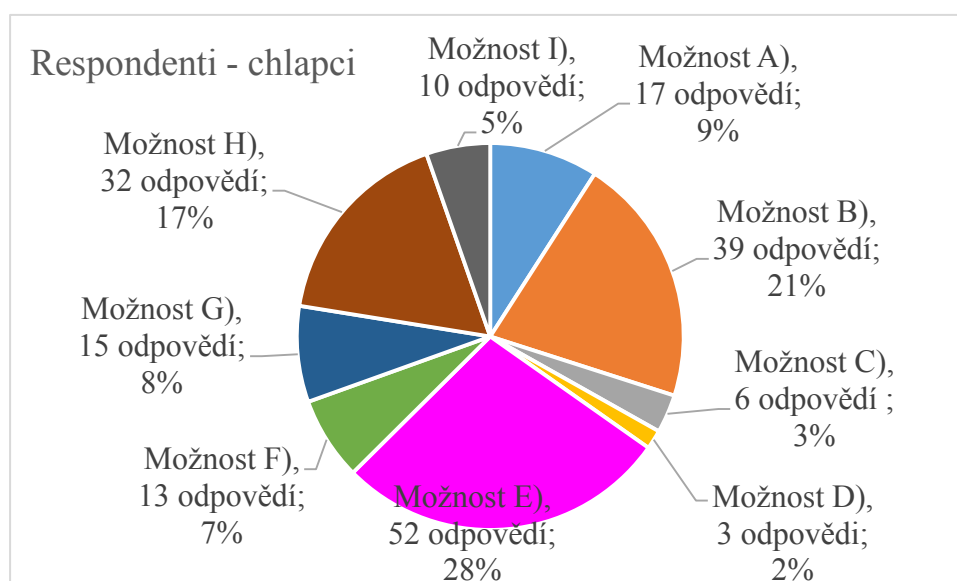
V těchto grafech se vychází z celkového počtu 63 odpovědí u dívek a 82 odpovědí u chlapců, protože na tuto otázku odpovídali pouze ti, co v otázce 14 označili možnost A), nebo B), a také proto, že čtyři respondenti v obou skupinách na otázky 14,15,16 neodpověděli.

16) Začal/ a bych hubnout, kdyby mě o to požádal/i (možnost více odpovědí):

- j) Kamarád/ kamarádka
- k) Přítel/ přítelkyně
- l) Spolužáci
- m) Učitel
- n) Rodiče
- o) Sourozenec
- p) Příbuzní
- q) Trenér, vedoucí kroužku
- r) Někdo jiný (doplňte):



U možnosti I), 8 respondentek uvedlo odpověď: „já“ a 2 respondentky odpověď: „lékař.“

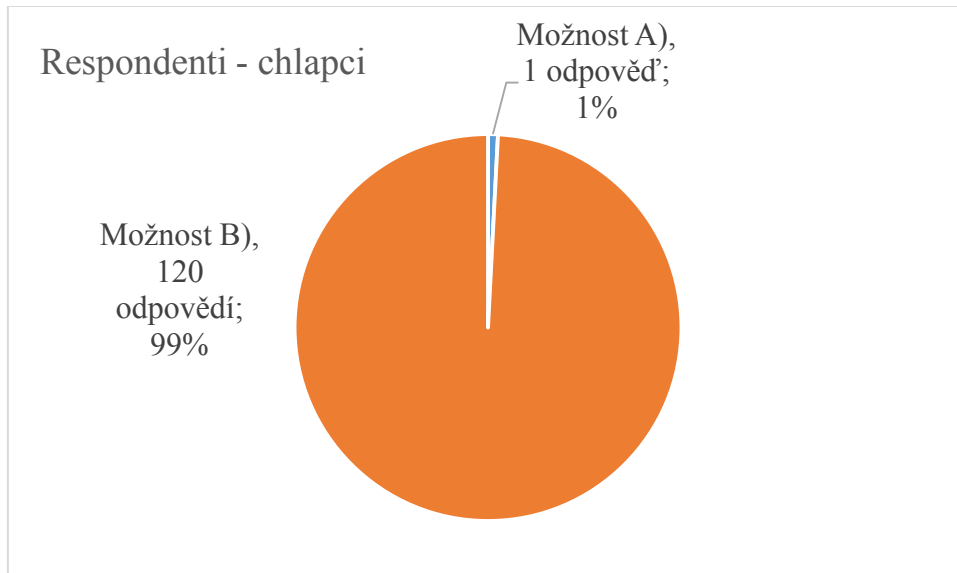
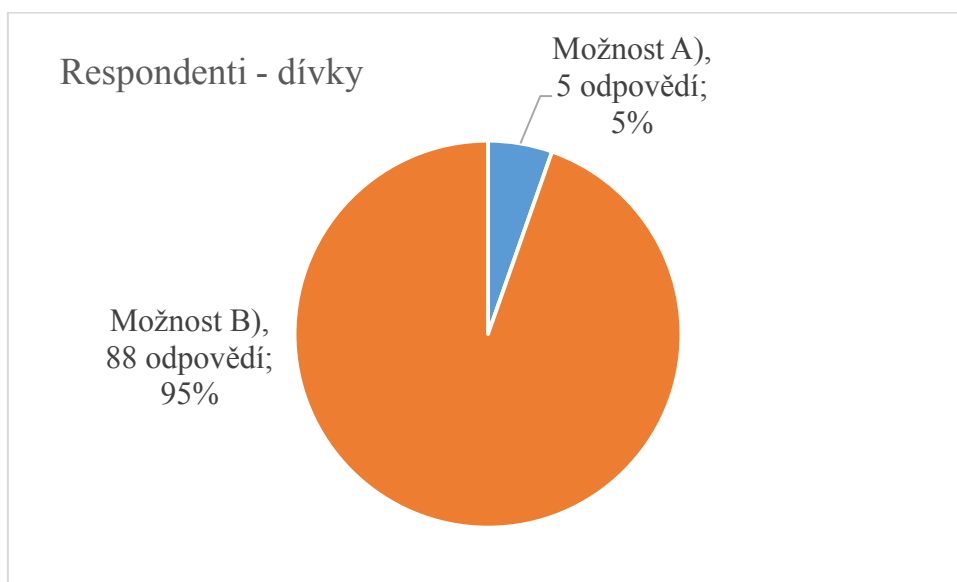


U možnosti I), uvedlo 7 respondentů odpověď: „já“ a 3 respondenti odpověď: „lékař.“

Na tuto otázku již opět odpovídali všichni respondenti (tj. ti, co v otázce č. 14 označili odpověď C), D) i ti, co odpovídali na otázku č. 15.), kromě 4 respondentů v obou skupinách, kteří na otázky 14,15, 16 neodpověděli. V těchto grafech se proto vychází z celkového počtu 89 odpovědí u dívek a 117 odpovědí u chlapců.

17) Kdyby můj oblíbený herec/herečka, zpěvák (apod.) začal držet dietu:

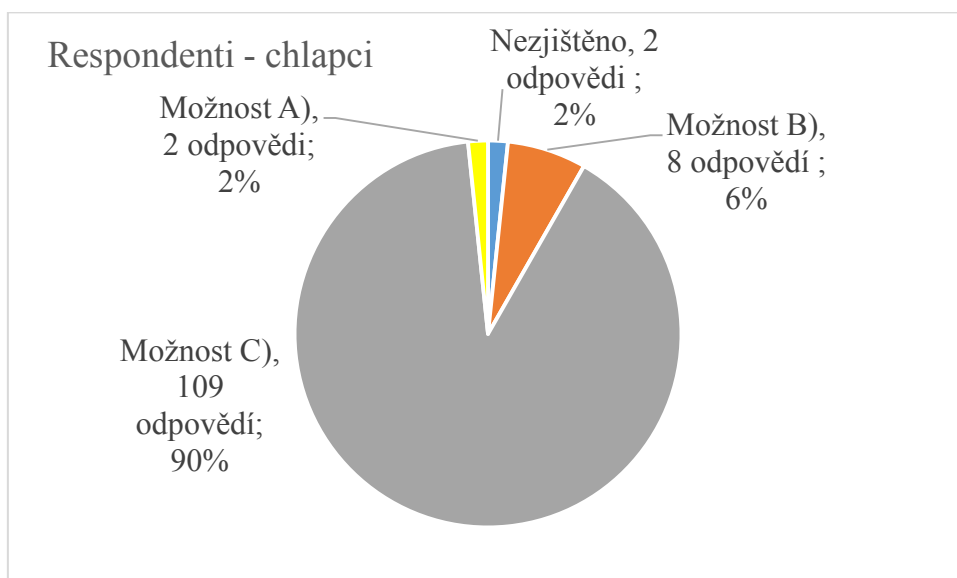
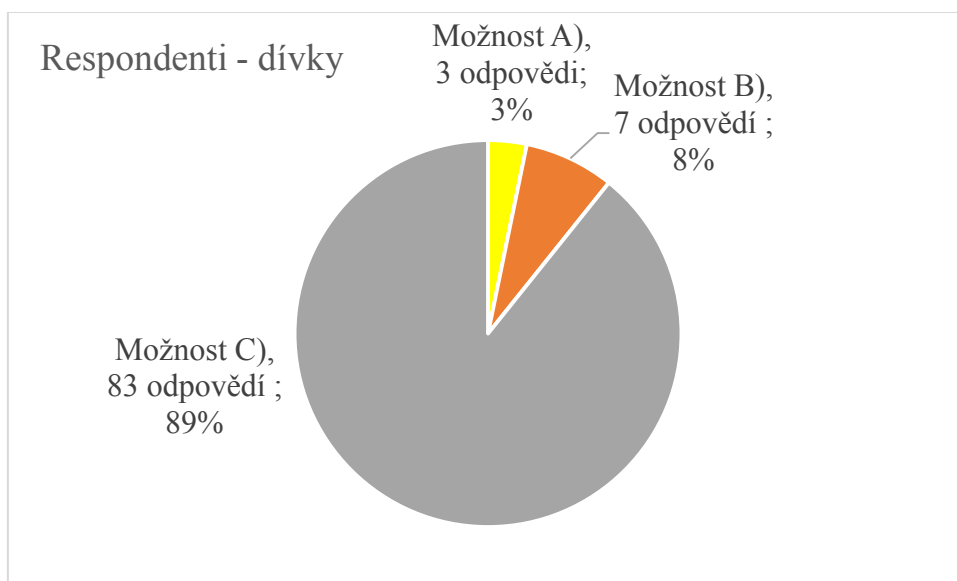
- c) Budu ji také držet
- d) Bude mi to jedno



18) Kdyby bylo novým moderním trendem zhubnout tak, aby byla vidět většina

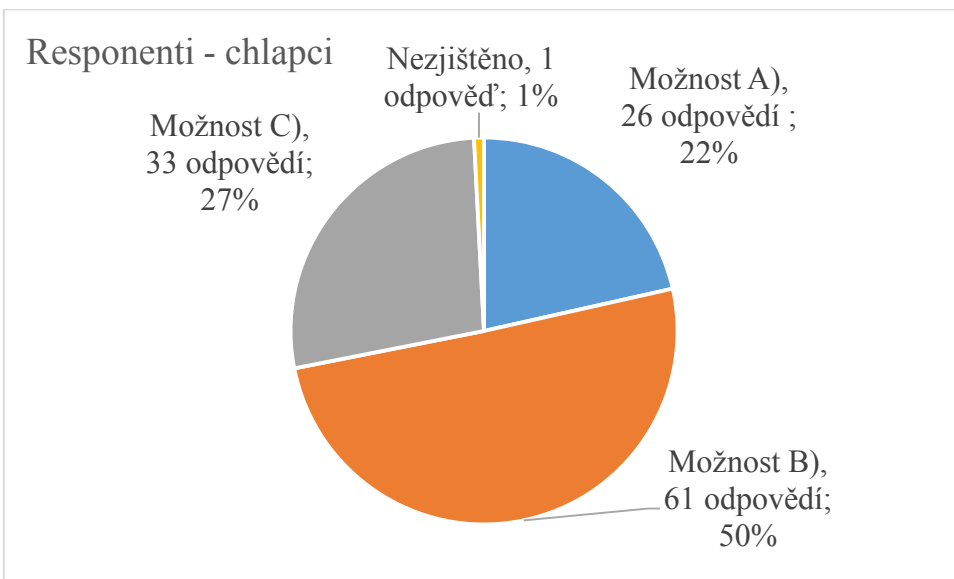
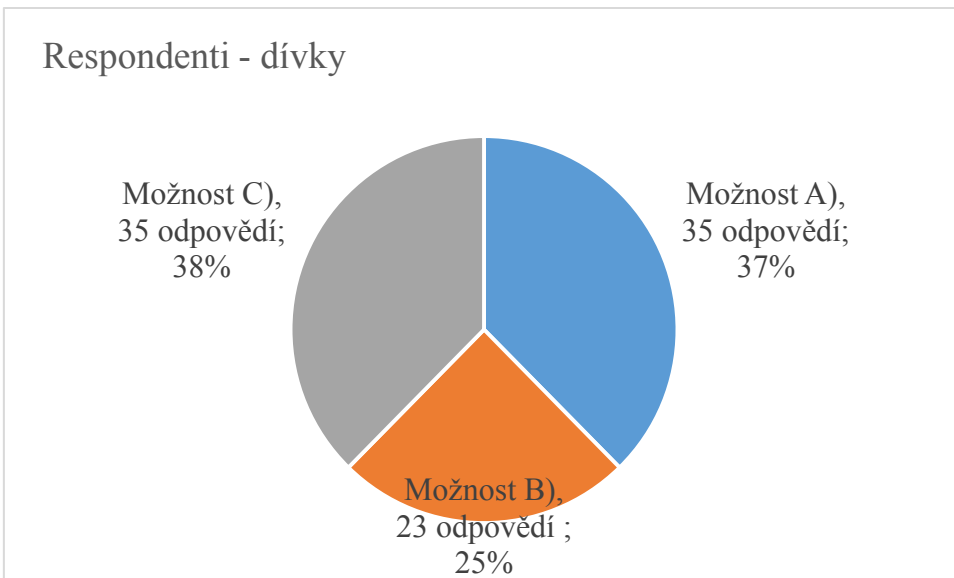
žeber:

- d) Budu držet dietu, abych byl/a módní
- e) Začnu držet dietu, ale nevím, zda to vydržím
- f) Bude mi to jedno



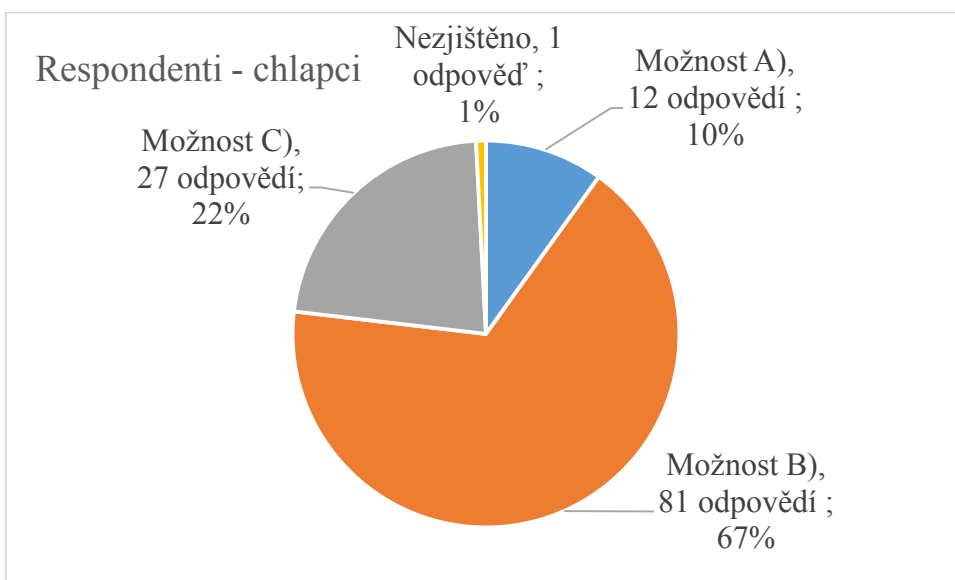
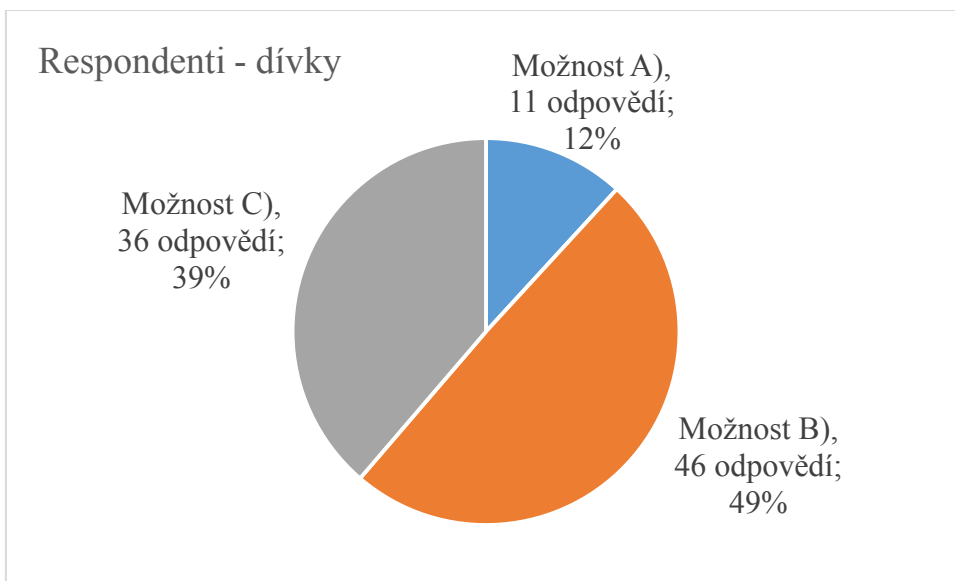
19) Všímám si, jakou postavu mají lidé v časopisech, reklamách, na internetu, billboardech apod.:

- d) Ano
- e) Ne
- f) Někdy



20) To, jakou mají postavu lidé v časopisech, reklamách, na internetu, billboardech apod. ovlivňuje můj názor na mé vlastní tělo:

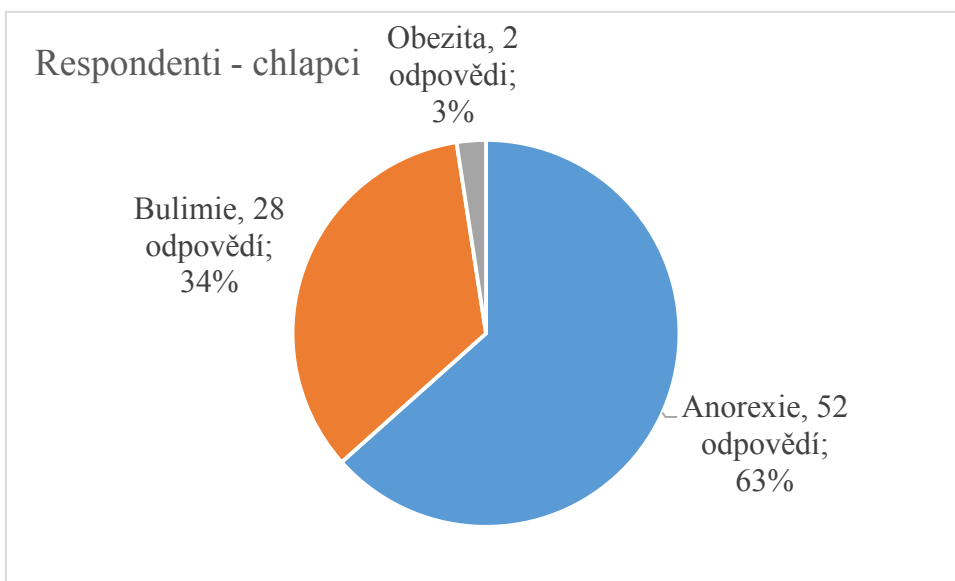
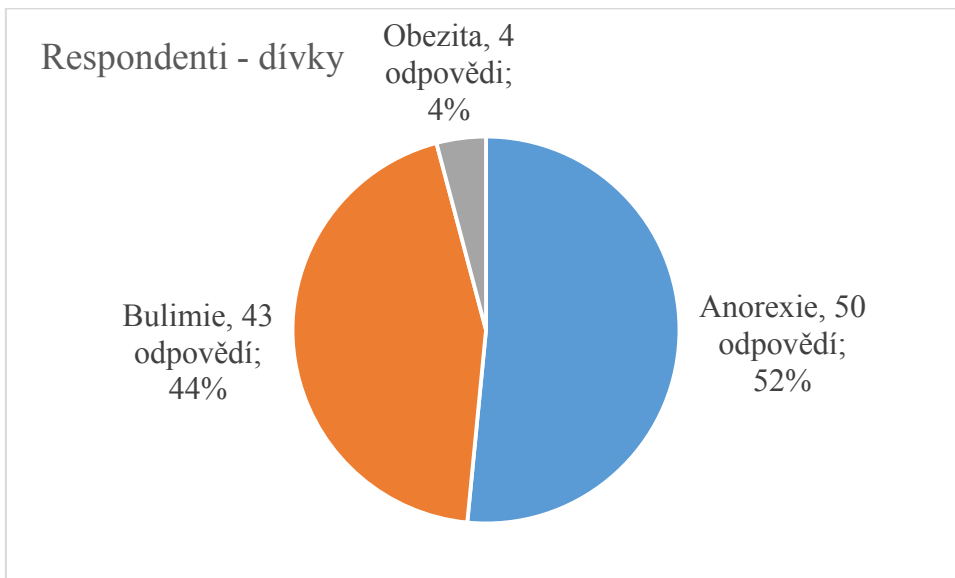
- d) Ano
- e) Ne
- f) Někdy



21) Odpověz na níže uvedené otázky:

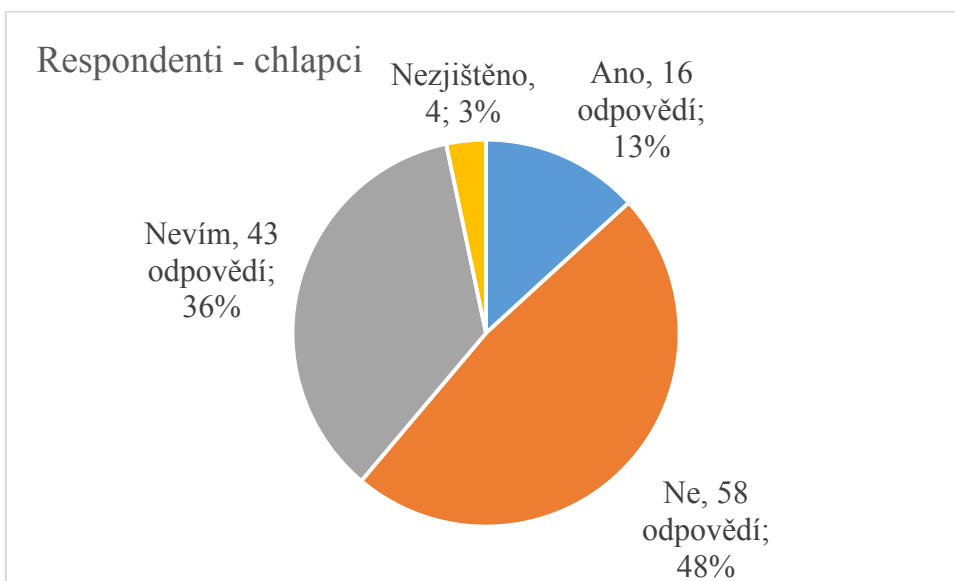
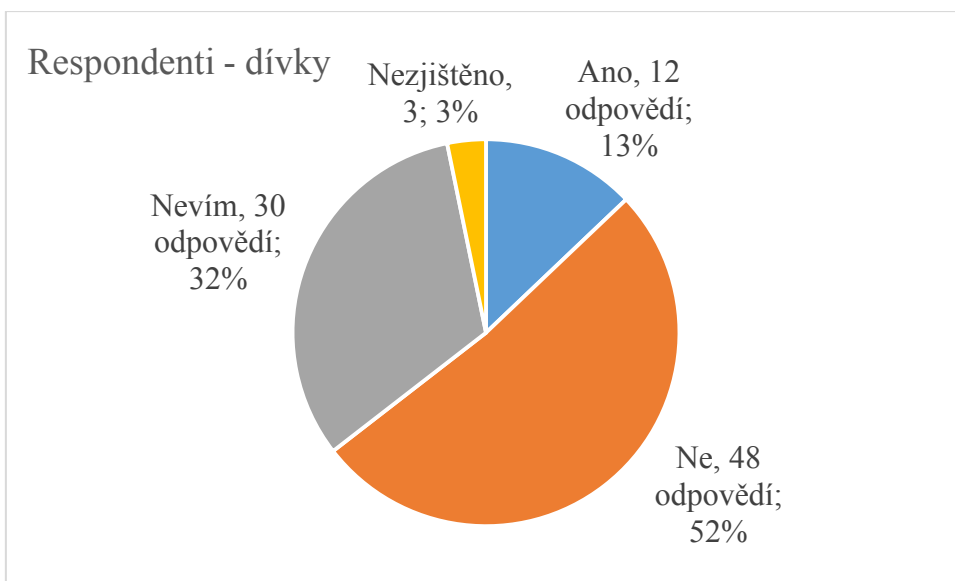
1.

A) Mezi poruchy příjmu potravy (zkráceně PPP) patří například (**vyjmenuj**):

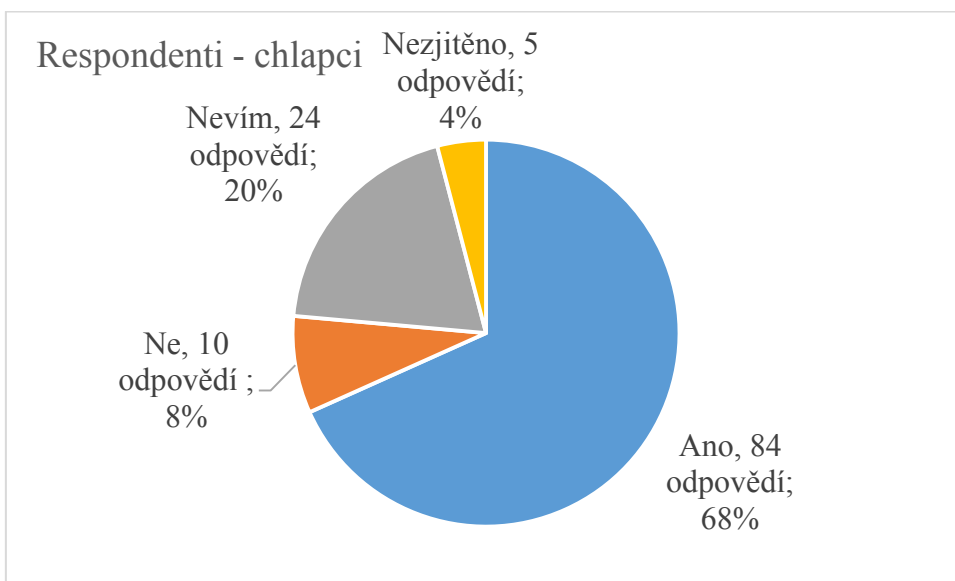
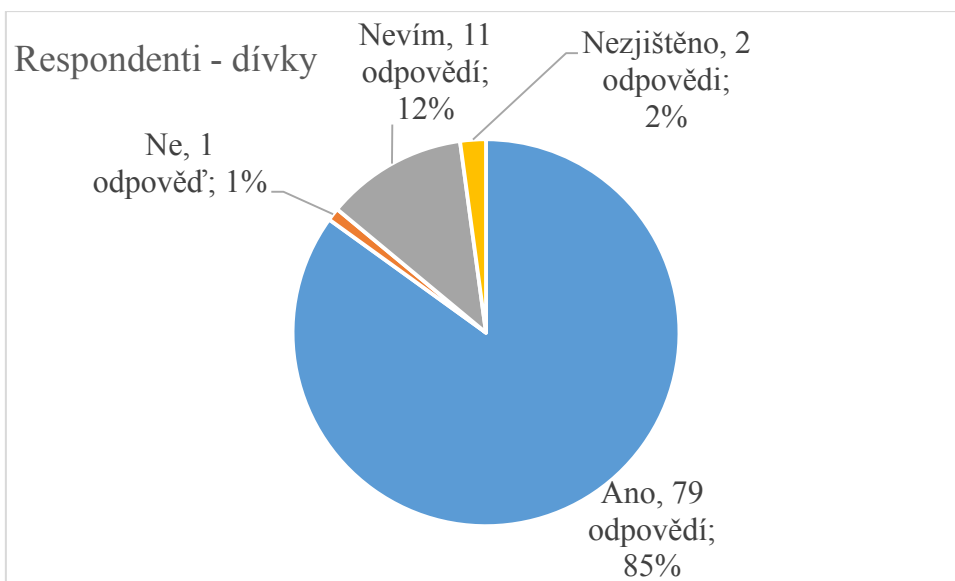


V grafech jsou uvedeny nejčastější odpovědi. Protože se jedná o otevřenou otázku, ostatní odpovědi se individuálně lišily u každého respondenta. Některé příklady dalších odpovědí jsou uvedeny v podkapitole 8. 3. 3 Analýza třetí části dotazníku.

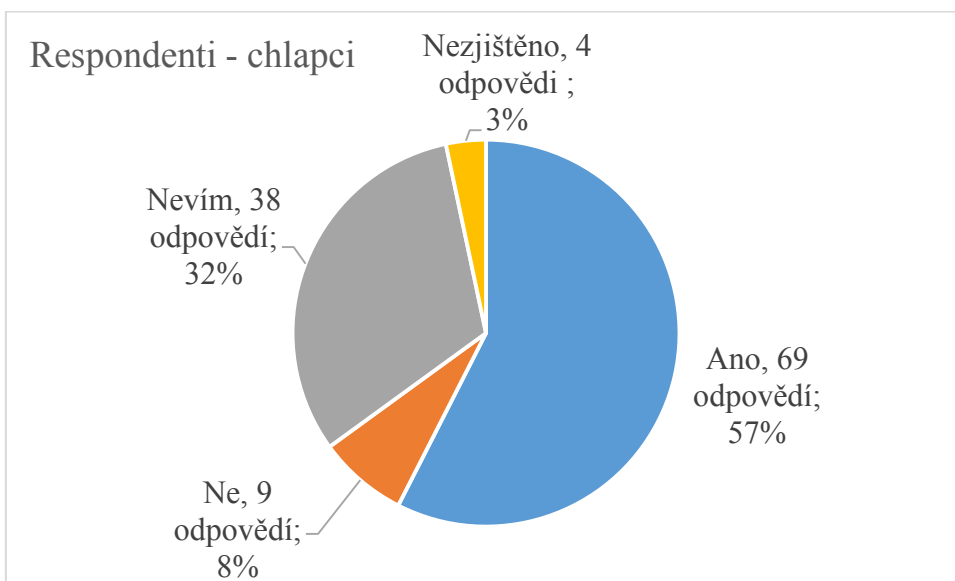
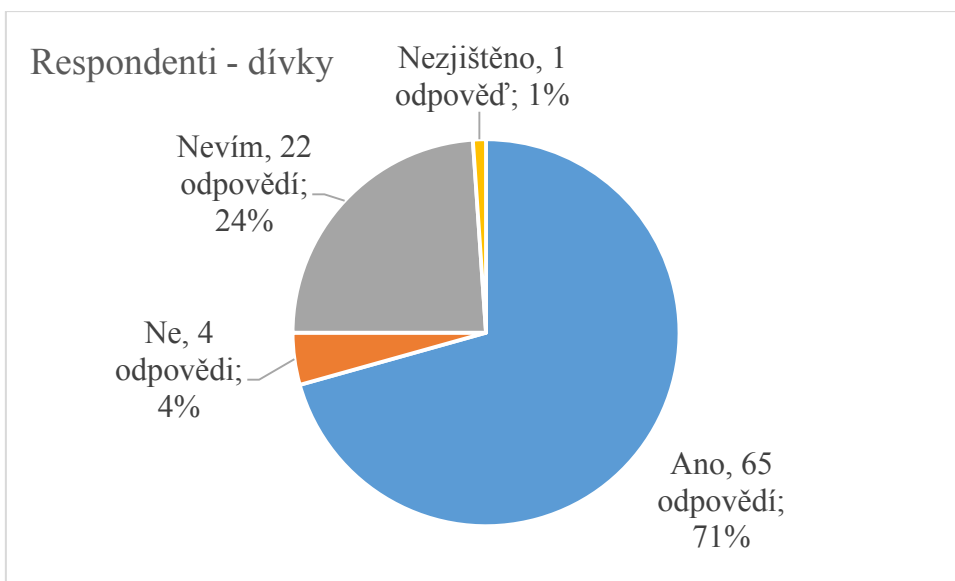
B) Lidé se s náchylností k PPP už narodí. Ano- Ne – Nevím



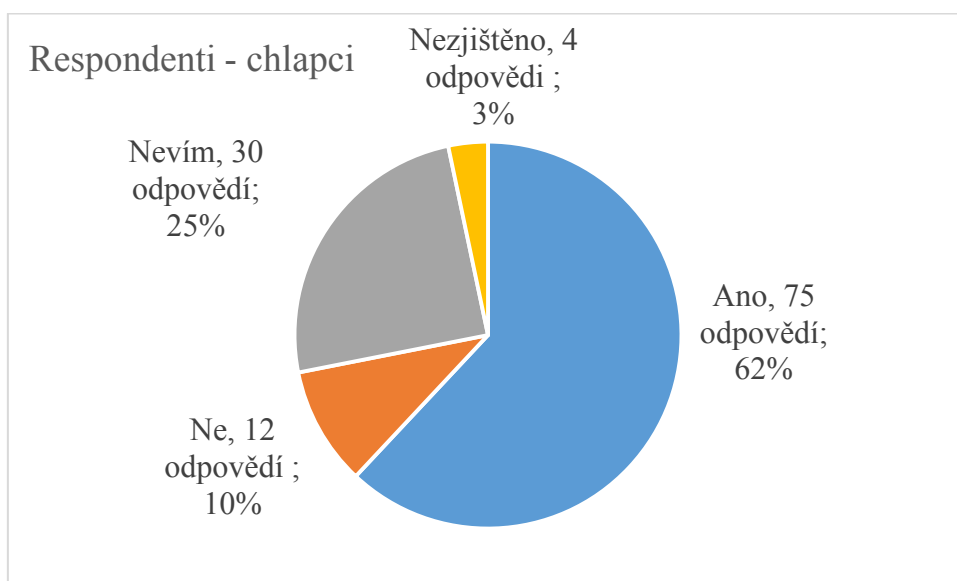
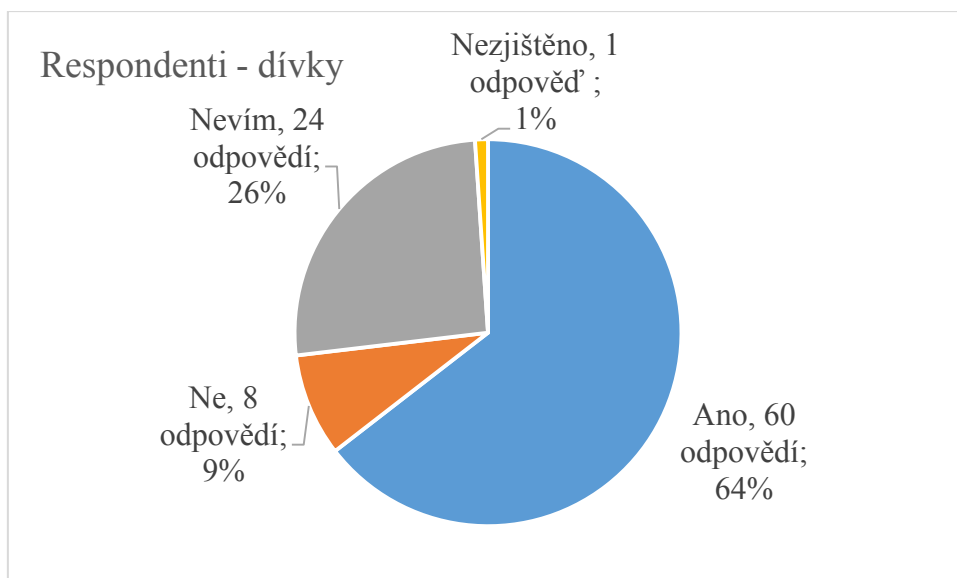
C) PPP mohou postihnout muže i ženy v jakémkoli věku. **Ano- Ne – Nevím**



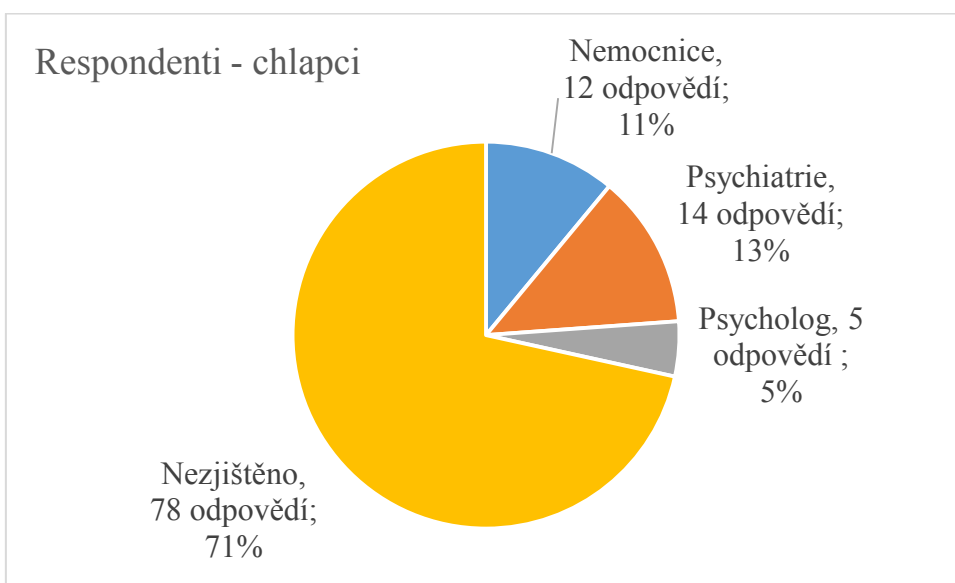
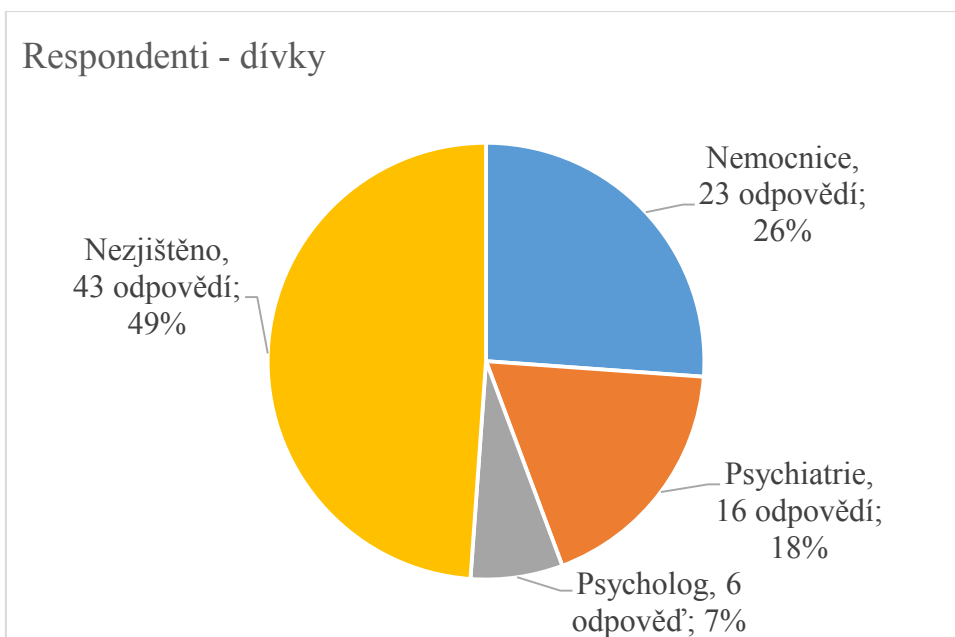
D) Statisticky trpí PPP častěji dívky/ ženy než chlapci/muži. Ano- Ne – Nevím



E) Lidé s PPP jsou psychicky nemocní a vyžadují zásah odborníka. Ano- Ne – Nevím

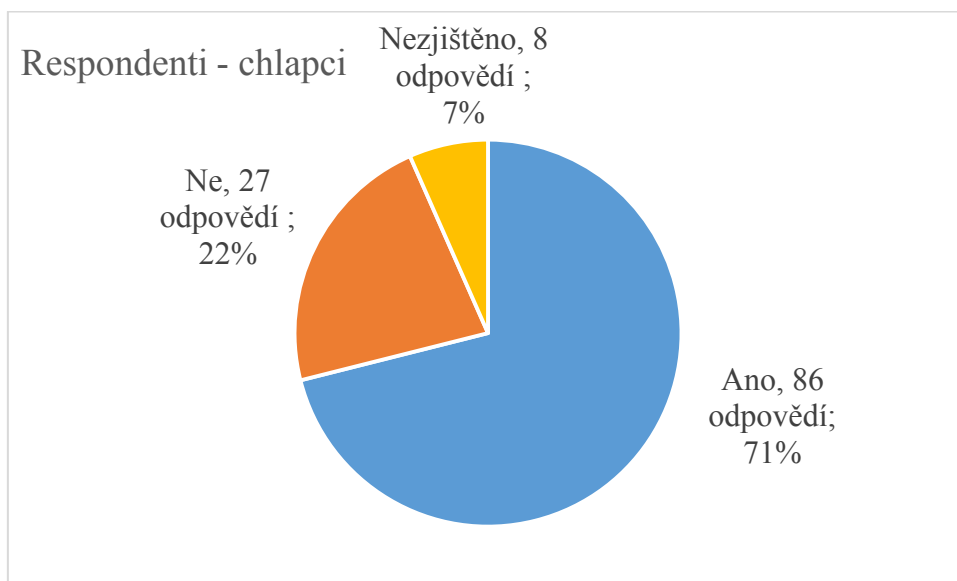
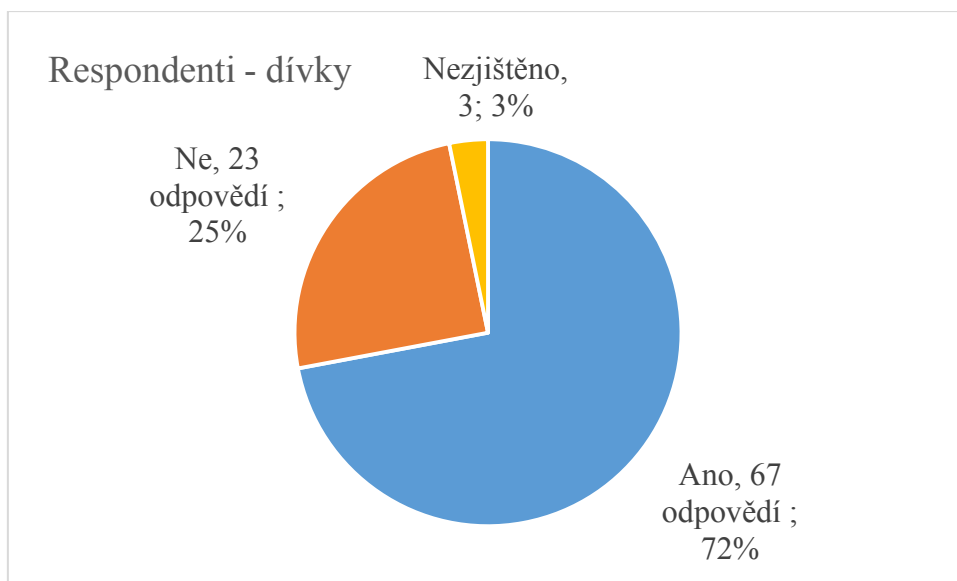


F) Léčba osob s PPP probíhá v (napiš druh zařízení):



V grafech jsou uvedeny nejčastější odpovědi. Protože se jedná o otevřenou otázku, ostatní odpovědi se individuálně lišily u každého respondenta. Některé příklady dalších odpovědí jsou uvedeny v podkapitole 8. 3. 3 Analýza třetí části dotazníku.

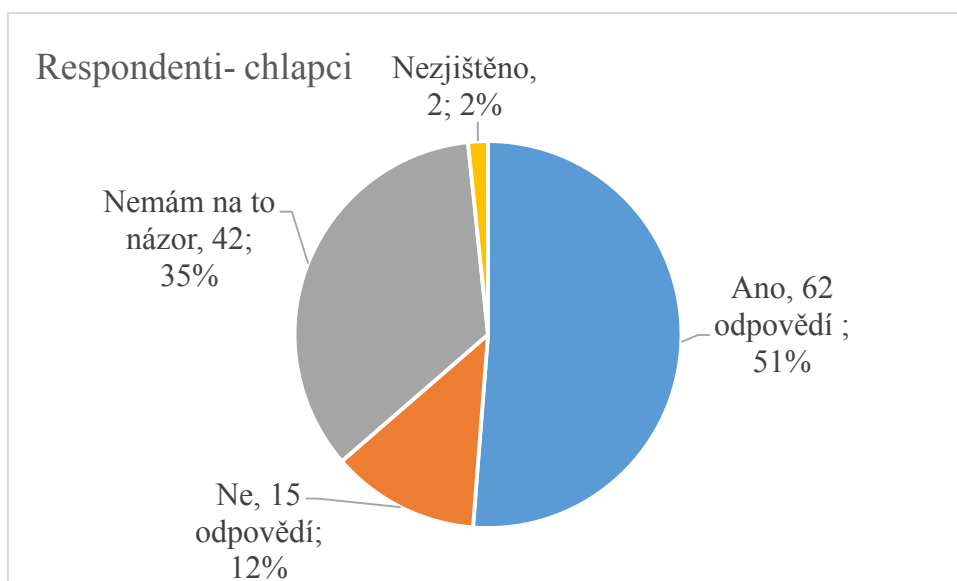
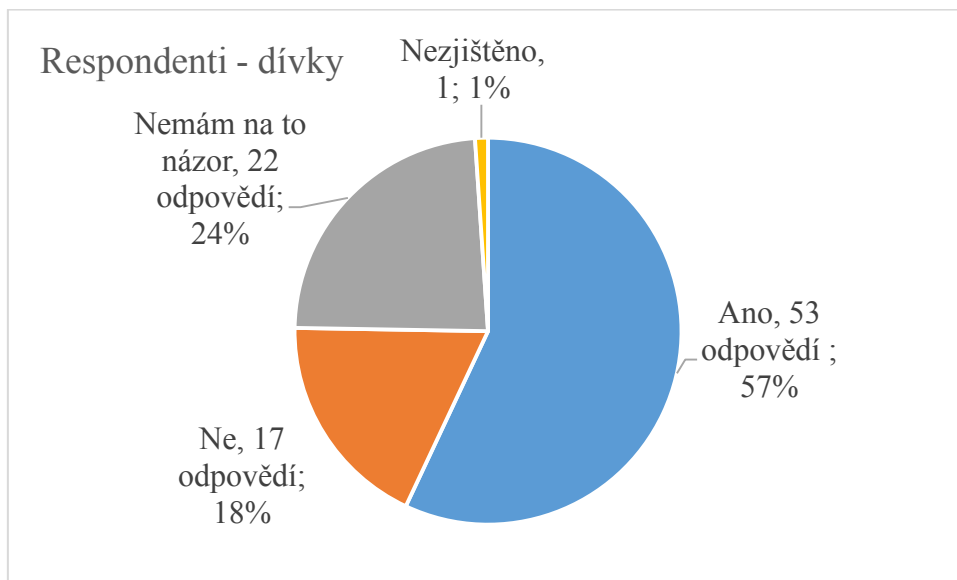
G) Vím, jakou mám mít hmotnost vzhledem k svému věku a stavbě těla. Ano - Ne



2.

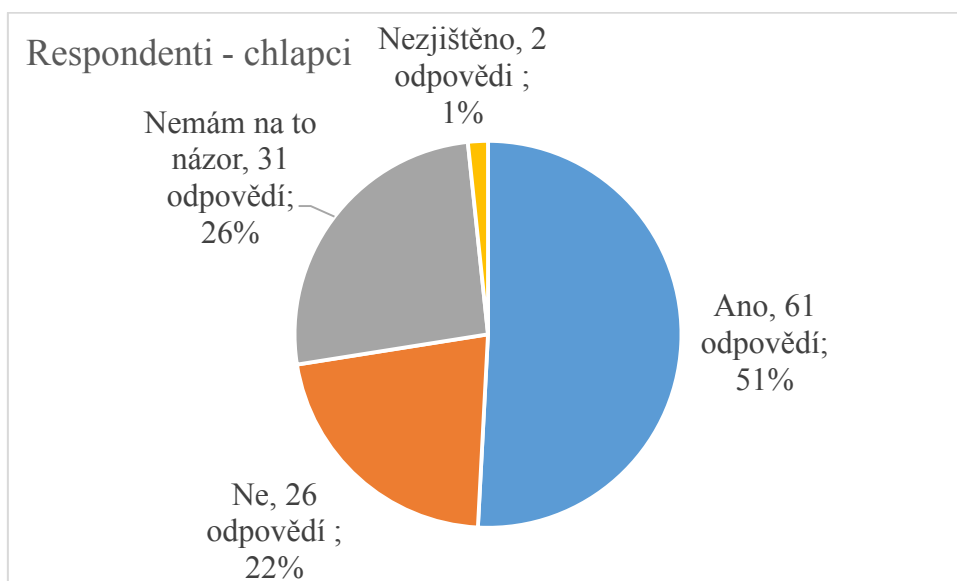
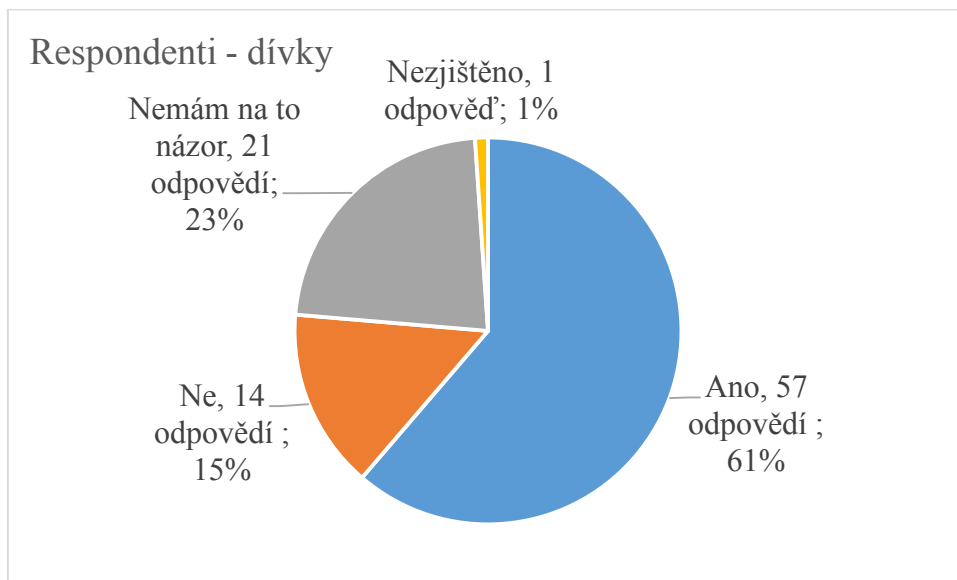
A) Myslím, že lidé si za vznik PPP mohou sami, protože se až příliš zabývají svým tělem.

Ano – Ne- Nemám na to názor



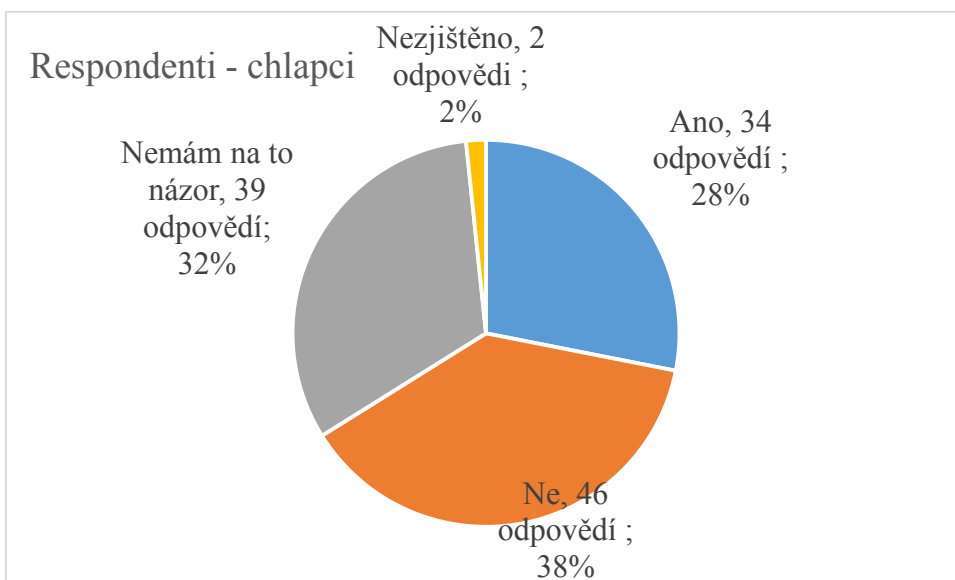
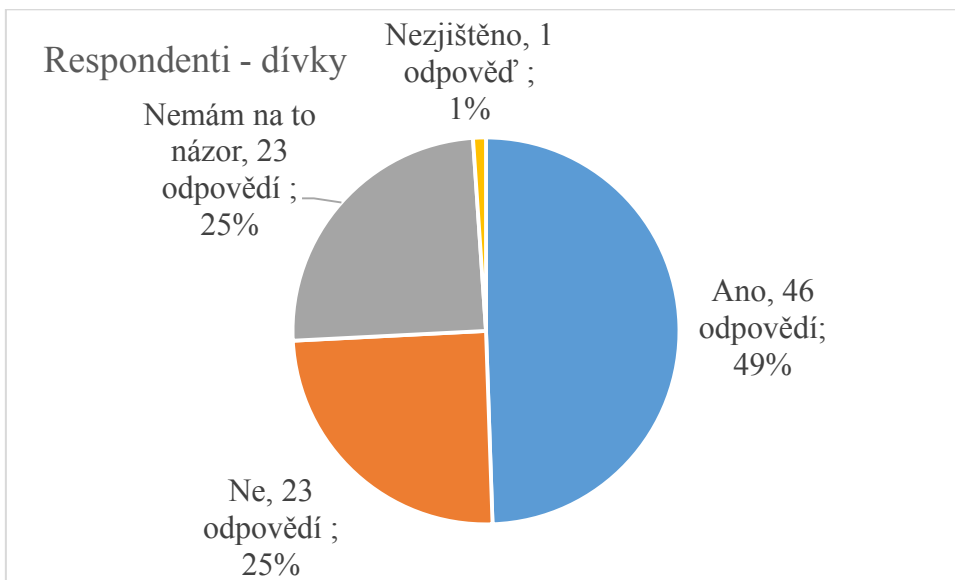
B) Myslím, že za vznik PPP, mohou kritické názory rodiny, přátel, spolužáků (...)

Ano- Ne – Nemám na to názor



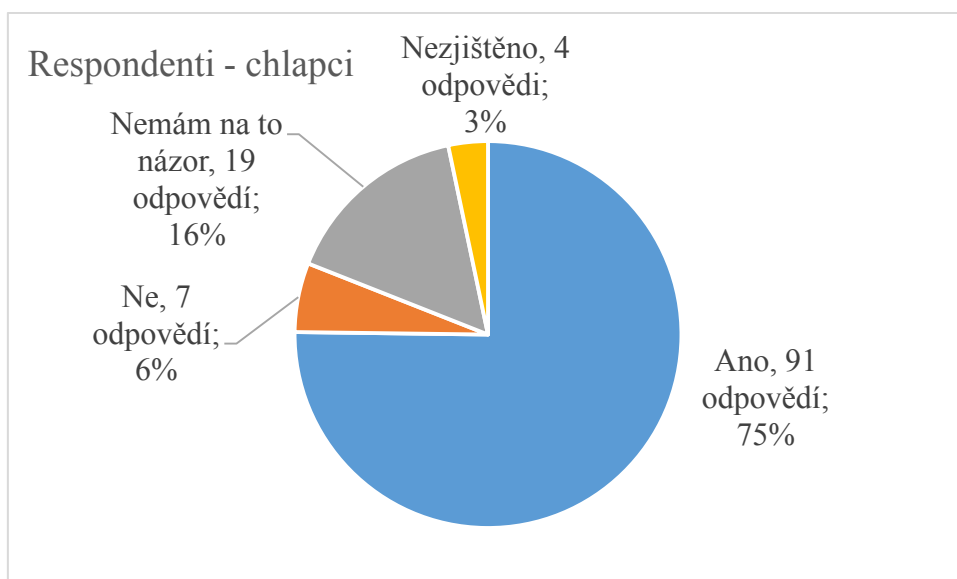
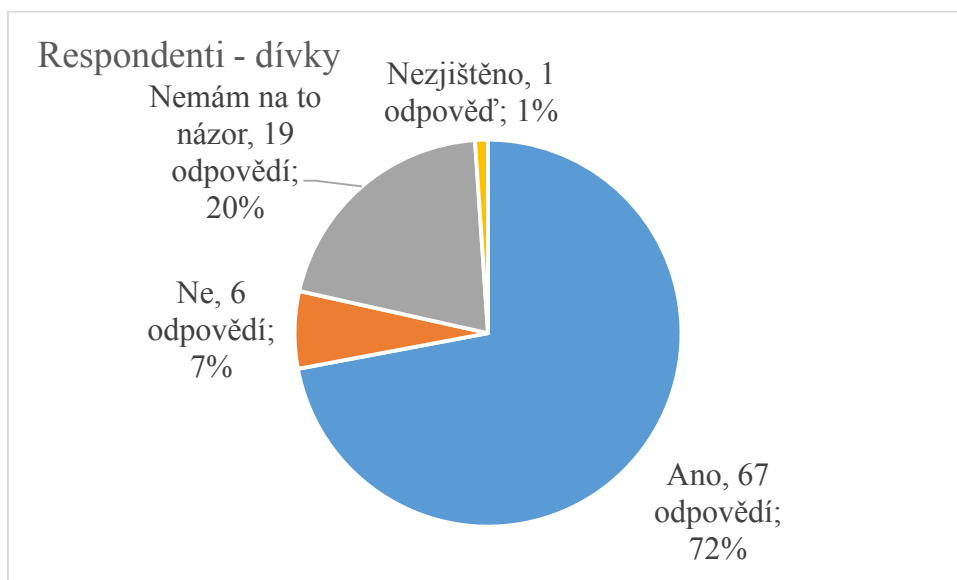
C) Myslím, že za vznik PPP, mohou reklamy/billboardy/fotky v časopisech/ (...)

Ano- Ne – Nemám na to názor



D) Myslím, že existují určité profese/obory (např. modeling, balet, herectví,...), které mohou podpořit vznik PPP, protože kladou důraz na štíhlou postavu.

Ano- Ne- Nemám na to názor



E) PPP jsou podle mě v současné době velmi závažným tématem.

Ano- Ne- Nemám na to názor

