

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Sebepojetí a vnímání těla u adolescentů

Bakalářská práce

Autor: Kristýna Všetická
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce: PhDr. Josef Kasal, MBA, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Kristýna Všetická
Studium:	P17P0385
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Sebepojetí a vnímání těla u adolescentů
Název bakalářské práce AJ:	Self-concept and body image in adolescence

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá sebepojetím a vnímáním těla u adolescentů. Teoretická část charakterizuje základní modely sebepojetí. Bližší pozornost věnuje tělesnému sebepojetí v období adolescence, bio-psycho-sociálním faktorům ovlivňujícím vnímání těla, poruchám vnímání tělového schématu a možným důsledkům. Empirická část práce mapuje faktory ovlivňující sebepojetí a vztah k vlastnímu tělu u adolescentů a s tím související rizika. Kvantitativní výzkumné šetření využívá standardizovaný dotazník a dotazník vlastní konstrukce.

BLATNÝ, Marek, ed. Psychologie celoživotního vývoje. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3. FIALOVÁ, Ludmila. Body image jako součást sebepojetí člověka. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7. FISCHER, Slavomil. Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. Druhé vyd. Praha: Grada publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0. KUNEŠ, David. Sebepoznání: psychoterapeutické principy a postupy. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-541-7.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Josef Kasal, MBA, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	13.2.2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK) a s rektorským výnosem č. 9/2020 (Přechodná změna způsobu odevzdání bakalářských a diplomových prací).

V Hradci Králové dne 9. 5. 2020

Kristýna Všetická

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu bakalářské práce PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu během tvorby této práce. Dále děkuji základním školám a gymnáziím za umožnění zrealizovat výzkumné šetření.

Anotace

VŠETIČKOVÁ, Kristýna. *Sebepojetí a vnímání těla u adolescentů*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 68 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou sebepojetí a vnímání těla u adolescentů. Teoretická část charakterizuje sebepojetí, tělesné sebepojetí a vymezuje specifika období adolescence. Blíže se zaměřuje na vybrané biopsychosociální faktory ovlivňující vnímání těla v adolescenci. Pozornost je rovněž soustředěna na rizikové chování v oblasti tělesného sebepojetí. Práce vymezuje rizikové chování v dospívání. Následně popisuje rizikové chování v oblasti stravování, v oblasti pohybového režimu a rizikovou zaměřenost na tělo, včetně nejzávažnějších důsledků. Práce se zabývá také výchovou ke zdraví a prevencí poruch vnímání tělového schématu. Empirická část práce představuje kvantitativní výzkumné šetření realizované metodou dotazníku. Mapuje základní vztahy mezi faktory, které ovlivňují sebepojetí v adolescenci a experiment s jídelním chováním.

Klíčová slova: sebepojetí, vnímání vlastního těla, adolescence, rizikové chování, zdraví

Annotation

VŠETIČKOVÁ, Kristýna. *Self-concept and body image in adolescence*. Hradec Králové: Faculty of education, University Hradec Králové, 2020. 68 pp. Bachelor Degree Thesis.

This Bachelor thesis deals with issues of self-concept and body image in adolescence. A theoretical part characterizes self-concept, body image and defines particularities of the period of adolescence. It focuses in detail on selected biological, psychological and social factors influencing body image in adolescence. The attention is also aimed at risk behaviour associated with body image. The work deals with risk behaviour in adolescence. Then it describes risk behaviour in alimentation, in physical activity and risk focus on body, including the most serious consequences. The work also deals with health education and prevention of disorders of body perception. The practical part shows quantitative research realized by the questionnaire method. It deals with basic relationships between factors which influence self-concept in adolescence and experimentation with eating behaviour.

Keywords: self-concept, body image, adolescence, risk behaviour, health

Obsah

Úvod	8
1 Základní modely sebepojetí v období adolescence	9
1.1 Charakteristika a základní složky sebepojetí	9
1.2 Základní principy utváření sebepojetí	11
1.3 Charakteristika období adolescence	12
1.4 Zákonitosti formování sebepojetí v adolescenci	14
2 Vnímání vlastního těla v období adolescence	18
2.1 Tělesná proměna a její vliv na sebepojetí v adolescenci.....	19
2.2 Biopsychosociální faktory ovlivňující tělesné sebepojetí u adolescentů	21
2.3 Metody hodnocení tělesného sebepojetí	27
3 Rizikové chování v oblasti tělesného sebepojetí, jeho důsledky a prevence	30
3.1 Rizikové chování v adolescenci	30
3.2 Rizikové chování v oblasti stravování a poruchy příjmu potravy.....	32
3.3 Rizikové chování v oblasti pohybového režimu	35
3.4 Riziková zaměřenost na vlastní tělo.....	37
3.5 Výchova ke zdraví a prevence narušeného sebepojetí.....	38
4 Vybrané faktory sebepojetí a experiment s jídelním chováním	41
4.1 Výzkumné cíle a hypotézy	41
4.2 Výzkumný soubor a procedura	43
4.3 Popis metod.....	45
4.4 Prezentace výsledků výzkumného šetření.....	46
4.5 Souhrn	57
Závěr	61
Seznam použitých zdrojů	63
Seznam obrázků, tabulek a grafů.....	69
Seznam příloh.....	70
Přílohy.....	71

Úvod

Sebepojetí a vztah k tělu ovlivňují kvalitu života každého člověka. Podepisují se na celkové životní spokojenosti, na psychickém i fyzickém zdraví. Utváří se v průběhu socializace, po celý život jedince. K výrazné proměně sebepojetí dochází v adolescenci. Jedná se o náročnou životní etapu, kdy se dospívající musí vyrovnat s řadou fyzických, psychických i sociálních změn. Mladý člověk hledá své nové hodnoty, místo ve světě, vztah k sobě samému i k vlastnímu tělu. Na formování sebepojetí působí řada biopsychosociálních faktorů, které se někdy podílí na nespokojenosti člověka se sebou samým. Zejména dospívající se často nevidí takoví, jací by chtěli být. Rozpor mezi reálným a ideálním já (Fialová, 2001) na úrovni těla vede ke snaze ho změnit ve vytoužený ideál, a to i cestou rizikového chování. Kumulace více rizikových faktorů může způsobit vážné zdravotní problémy.

Téma sebepojetí a vnímání těla jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala kvůli jeho aktuálnosti a závažnosti. V dnešní době je sebepojetí značně ovlivňováno tlakem médií. Výskyt poruch vnímání tělového schématu (především poruch příjmu potravy) stále stoupá. Jejich závažnost spočívá v poměrně obtížné rozpoznatelnosti příznaků, které tak zůstávají dlouho skryty. O to více mohou poškodit zdraví daného jedince. Proto je třeba dbát na prevenci rizikového chování (nejen) v oblasti sebepojetí. Adolescenty jsem zvolila proto, že jsou v ohrožení sebepojetí nejrizikovější skupinou. Práce by mohla sloužit všem osobám (rodičům, učitelům atd.), které se věnují adolescentům a které by je měly vést ke zdravému životnímu stylu a k pozitivnímu postoji k sobě samému.

Dosavadní literatura a provedené výzkumy zpracovávají téma poměrně podrobně. Problematiku sebepojetí a vnímání těla komplexně řeší Fialová a Krch. Obdobím adolescence se zabývá literatura vývojové psychologie. Nejčastěji je v odborných pramenech soustředěna pozornost na důsledek nepřijetí těla v podobě poruch příjmu potravy. Méně odborných zdrojů se zaměřuje na téma médií a jejich vliv na sebepojetí.

Cílem práce je zmapovat problematiku sebepojetí a vnímání vlastního těla u adolescentů. První 3 kapitoly charakterizují sebepojetí, tělesné sebepojetí a období adolescence. Dále se zaměřují na rizikové chování v oblasti tělesného sebepojetí a jeho důsledky. Závěr teoretické části pojednává o výchově ke zdraví. Čtvrtá kapitola se zabývá výzkumným šetřením, jehož cílem je zmapovat základní vztahy mezi vybranými psychosociálními faktory ovlivňujícími sebepojetí adolescentek a experimentem s jídelním chováním. Kvantitativní výzkumné šetření je uskutečněno metodou dotazníků.

1 Základní modely sebepojetí v období adolescence

Problematika sebepojetí je ústředním tématem této práce. První kapitola se proto zpočátku zabývá sebepojetím obecně. Pojem je charakterizován z pohledu různých autorů, dále jsou uvedeny základní složky sebepojetí a principy jeho formování. Práce se zaměřuje na sebepojetí v adolescenci, kapitola proto obsahuje rovněž vymezení základních vývojových zvláštností v období adolescence, na které navazuje pojednání o zákonitostech formování sebepojetí v adolescenci.

Fialová ve své publikaci zdůrazňuje, že nejvýznamnějším zdrojem poznání osobnosti nejsou údaje o vnějších skutečnostech, nýbrž „jedinečná podoba, ve které si člověk uvědomuje své bytí“. Prožívaná subjektivní autentičnost má významný vliv na duševní život každého člověka a její nedostatek často vede k poruše. Fialová říká, že „ztráta kontaktu se sebou samým“ brání přiměřenému uspokojení pudových motivů, a dokonce i navázání uspokojivých vztahů s druhými lidmi. Míra spokojenosti se sebou samým zahrnuje pocit vlastní hodnoty já, pocit důležitosti, výkonnosti, přitažlivosti aj. a má značný vliv na naše chování. Proto je pro příznivé fungování člověka (nejen) ve společnosti nezbytné zdravé sebehodnocení, jež zohledňuje jak duševní, tak i tělesné znaky (Fialová, 2001, s. 27–28).

1.1 Charakteristika a základní složky sebepojetí

Fialová pojmem sebepojetí rozumí celkový postoj k vlastní osobě. Zároveň můžeme rozlišit několik jeho základních významů:

1. **Obraz já** – Jedná se o výpověď o mně samotném – jak se vnímám jako individualita. Může se v některých znacích lišit od reality.
2. **Hodnocení (mám být)** – Spočívá v zaujetí citového vztahu k vlastnímu obrazu (láska, pocity viny atd.). Často zde dochází k rozporu mezi ideálním já a reálným já. Závisí na nárocích, které na sebe klademe.
3. **Směřování (chci být)** – Obraz vlastního já projektovaný do budoucna spočívající ve výzvách a cílech. Může být zdrojem motivace ke změně. Volním úsilím se např. rozhodneme: „*Chci vypadat jinak, proto změním svůj životní styl.*“
4. **Možnost ovlivnění** – Vnímání sebe sama je ovlivňováno druhými lidmi, dochází k přijetí vnější či vnitřní kontroly.

- 5. Role (mám učinit)** – Role je očekávané chování ze strany společnosti, které se liší v určitých pozicích či situacích (např. pro osobu ženy, studenta atd.). Role mění naše chování a prožívání prostřednictvím sebepojetí (Fialová, 2001, s. 28–31).

Blatný (2003, s. 94) říká, že prvním psychologem zabývajícím se sebepojetím byl William James (1842–1910), který rozlišil dva aspekty Já: Já jako subjekt (poznávající) a Já jako objekt (poznávané). Fialová tyto aspekty označuje jako podmět (ten, kdo vnímá a hodnotí) a předmět (to, co vnímáme a hodnotíme, např. vlastní tělo) našeho vědomí. V podobách podmětu a předmětu je nám dán prožitek vlastní osoby, ze kterého vychází obraz vlastního já. Ten zahrnuje znaky jako je vlastní vzhled, schopnosti, postoje a povinnosti druhých vůči nám. Některé znaky obrazu vlastního já si nemůžeme zvolit, ani je nijak neovlivníme (např. pohlaví). Jiné znaky si zvolit můžeme (např. partnera či náboženskou příslušnost) (Fialová, 2001, s. 28–29).

Blatný (2003, s. 92) sebepojetí definuje jako „*souhrn představ a hodnotících soudů, které o sobě člověk chová*“. Jurkechová a Osad'án považují sebepojetí za kognitivní složku, která je součástí tzv. sebe-systému neboli celistvého poznávaného já. Připouští však, že pojem sebepojetí je chápán i v širším významu zahrnujícím také emociální aspekt (Jurkechová, Osad'án, 2014, s. 143). Fialová (2001, s. 28) vnímá sebepojetí jako širší pojem zahrnující tři základní složky: kognitivní (sebepoznání), emociální (sebeúcta) a činnostně regulativní (sebekontrola). O tyto tři aspekty se opírá i Blatný (2003, s. 93).

Kognitivní složka (sebepoznání) se týká obsahu a struktury sebepojetí. Sebepojetí se vytváří v procesu socializace člověka, proto je jeho konkrétní obsah u každého jiný a je dán postupným narůstáním informací o sobě (Blatný, 2003, s. 93, 105). Kuneš konstatuje, že sebepoznání není určitý stav, kterého chceme dosáhnout, sebepoznání se vyvíjí po celý život, neustále se mění a je v každém okamžiku jiné. Podle autora se jedná o „*proces aktivního hledání a objevování sebe samého*“. Z toho vyplývá, že dospět můžeme pouze k jasnějšímu obrazu sebe sama v konkrétním okamžiku (Kuneš, 2009, s. 9).

Emociální složka je založena na sebeúctě a na vztahu k sobě samému. Je spojená se sebehodnocením, sebevědomím, sebedůvěrou apod. (Blatný, 2003, s. 93, 114) Sebeúctou Vágnerová (2005, s. 408) rozumí „*komplex sebedůvěry a respektu k sobě samému*“. Sebedůvěra je dle Sedláčkové souhrn představ o vlastních možnostech, jež se neutváří na základě reality, ale závisí na míře sebehodnocení jedince. Od sebedůvěry se

odvívá očekávání úspěšnosti. Základem sebehodnocení je schopnost posoudit vlastní možnosti. Vyplývá ze zkušeností s úspěchem a neúspěchem a z hodnocení ze strany druhých (Sedláčková, 2009, s. 16–17). Sebevědomí je dle Orela, Obereignerů a Mentela (2016, s. 19–20) charakterizováno několika vlastnostmi, a to: vědomím vlastní ceny a kvalit, vírou v úspěšnost budoucích výkonů, přesvědčením o správném jednání a nepřítomností ostychu, nejistoty a sebedoceňování.

Složka činnostně regulativní (sebekontrola) neboli konativní vyjadřuje skutečnost, že představa sebe (ať už reálného či ideálního já) se stává významným faktorem regulace chování a slouží jako motivační činitel (Blatný, 2003, s. 93, 121).

1.2 Základní principy utváření sebepojetí

Jak bylo již řečeno výše, sebepojetí se utváří po celý život, v procesu socializace každého jedince. Jeho základy jsou však podle Blatného (2003, s. 116) položeny v raném dětství rodiči a jinými pro dítě významnými osobami.

V souhrnu existuje několik principů utváření celkového obrazu vlastního já. Kuneš obraz vlastního já (shodně s několika dalšími autory) nazývá sebe-systémem, jenž je považován za nadřazený pojem sebepojetí. **Za prvé**, pojetí sebe sama, a v návaznosti na to i své chování, přizpůsobujeme tomu, jak na nás pohlízejí lidé kolem nás, nebo jak se pouze domníváme, že na nás pohlízejí (tzv. zrcadlení). Především v dětství nekriticky přejímáme názory našich rodičů a řídíme se jimi často až do dospělosti, někdy po celý život. Příkladem může být situace, kdy jako dítě přestaneme zpívat, jelikož nám jeden z rodičů v rozrušení řekl, že se náš hlas nedá poslouchat. **Za druhé**, svůj sebeobraz si vytváříme také tzv. sociálním srovnáváním, tedy srovnáváním se s ostatními anebo srovnáváním se sebou samým (např. jací jsme byli dříve – tzv. časové srovnávání). **Za třetí**, principem vedoucím k sebepoznání je i identifikace s nějakou osobou či postavou, ať už je to rodič, postava z pohádky či veřejně známá osobnost. Posledním, **čtvrtým** principem utváření sebepojetí či sebe-systému je záměrné sebepoznání, které jako jediné z uvedených probíhá vědomě. A to prostřednictvím ocitání se v nových situacích, poznáváním nových lidí apod. (Kuneš, 2009, s. 17–19) K vědomému sebepoznávání poprvé dochází v dospívání. Formováním sebepojetí v adolescenci se podrobněji zabývá podkapitola 1.4.

Sebepojetí tedy dle výše zmíněného vychází nejen z vlastních zkušeností, ale také z mínění druhých. Kuneš říká, že naše zkušenosti jsou pouze subjektivním pohledem na sebe sama. Z toho vyvozuje, že jsou více či méně zkreslené. Právě díky druhým si svůj obraz potvrzujeme, zpřesňujeme a někdy také zpochybňujeme (Kuneš, 2009, str. 15). Jak říká Fialová, výsledkem procesu sebehodnocení je vznik dvou definic v našem vědomí, které vypovídají o naší osobě. Dochází k porovnávání introspektivní sebereflexe neboli subjektivní identity s přijímáním vlastní osoby druhými lidmi, tedy s objektivní identitou. Ať už intuitivně či uvědoměle se snažíme o rovnováhu definicí tak, aby nedošlo k rozporu mezi subjektivní a objektivní identitou (Fialová, 2001, s. 28–29).

Podle Sedláčkové se člověk v procesu poznávání sebe sama i okolního světa chová selektivně. To znamená, že si vybírá ty informace, které pro něj mají význam a na základě svých dosavadních zkušeností je zpracovává. Zároveň zjednodušuje a odstraňuje ty informace, které by narušovaly již vytvořený sebeobraz. Výběrovost je ovlivněna řadou faktorů osobnostních (aktuální sebepojetí, hodnotové systémy, osobní světový názor) i situačních (aktuální psychický stav, očekávání) (Sedláčková, 2009, s. 14). Kuneš však říká, že zjednodušování informací o sobě samém může snižovat naši sebedůvěru. To, že se charakterizujeme jen několika málo základními (průměrnými) vlastnostmi z nás v naší představě činí člověka, který je průměrný, ničím nevyniká, není ničím výjimečný. Kuneš proto považuje za důležitý aktivní proces sebepoznávání, díky kterému si uvědomíme své skryté kvality a začneme vnímat nejen jedinečnost svou, ale i jedinečnost druhých (Kuneš, 2009, s. 12). Porozumíme nejen sobě, ale i lidem okolo nás, což nám umožní navazovat vztahy založené na vzájemném respektu a úctě.

1.3 Charakteristika období adolescence

Ve své práci se dále blíže zabývám sebepojetím v období adolescence. Pro tuto vývojovou etapu je typická řada změn, změnu sebepojetí nevyjímaje. Ačkoli se obraz vlastního já vyvíjí po celý lidský život, v adolescenci dochází k jeho výrazné proměně. Podle Kuneše (2009, s. 20) si člověk sám sebe jako samostatnou bytost začne uvědomovat přibližně od chvíle, kdy začne používat slovo „já“, tedy někdy mezi 1. a 2. rokem života. V adolescenci však začíná sám sebe záměrně poznávat. Následující text nejprve stručně charakterizuje adolescenci jako jedno z období ontogenetického vývoje jedince. V další podkapitole se již podrobněji zaměřuje na specifika proměny sebepojetí v této životní etapě.

Termín adolescence pochází dle Macka (2003, s. 9) z latinského slova *adolescere*, což znamená dorůstat, dospívat, mohutnět. Období adolescence neboli dospívání je dle Vágnerové přechodným obdobím mezi dětstvím a dospělostí. Trvá přibližně jednu dekádu života, od 10 do 20 let. V adolescenci dochází ke komplexní proměně osobnosti v oblasti somatické, psychické i sociální. Mnohé změny jsou podmíněny biologicky, vždy je však významně ovlivňují faktory psychické a sociální (Vágnerová, 2005, s. 321). Jak říká Janošová (2016, s. 99), tento vývoj zahrnuje tělesnou zralost a schopnost reprodukce, emoční vývoj, stabilizaci prožívání, regulaci chování a v neposlední řadě změny v sebepojetí. Vágnerová adolescenci nazývá „*obdobím hledání a přehodnocování*“. „*Jedinec má překonat vlastní proměnu, dosáhnout žádoucího společenského postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou formu vlastní identity*“ (Vágnerová, 2005, s. 321). To však (nejen) vzhledem k nesourodosti biologických, psychických a sociálních proměn nejsou pro dospívajícího jedince snadné úkoly.

Období adolescence je rozdělováno na fáze. Počet fází a jejich pojmenování se však u různých autorů liší. Někteří autoři, jako např. Kabíček (2014a, s. 22–30), rozdělují dospívání na časnou (10–13 let), střední (14–16 let) a pozdní adolescenci (17–19 let). Vágnerová období dospívání rozděluje na fáze dvě – na ranou a pozdní adolescenci:

Raná adolescence je někdy označována jako pubescence a trvá přibližně od 11. do 15. roku. Pro tuto fázi je dle Vágnerové charakteristické tělesné dospívání spojené s pohlavním dozríváním. S tím souvisí změna vnějšího vzhledu dospívajícího, který se tak stává podmětem k proměně sebepojetí. Dále se mění způsob myšlení, kdy je již jedinec schopen uvažovat abstraktně. Adolescent se začíná osamostatňovat od rodičů, velký význam pro něj mají vrstevníci. Důležitým sociálním mezníkem je ukončení povinné školní docházky. Změny v pubescenci s sebou přirozeně přináší ztrátu starých jistot. Úkolem této životní etapy je zaujetí přijatelné pozice ve světě a nalezení jistot nových (Vágnerová, 2005, s. 323–324). V rané adolescenci dochází i ke změně prožívání, která se podle Janošové projevuje emoční nestabilitou a sníženou schopností sebeovládání. S tím se pojí kolísající sebeúcta a potřeba hlubšího sebepoznání (Janošová, 2016, s. 100).

Pozdní adolescence trvá podle Vágnerové od 15. do 20. roku. V tomto období dochází ke komplexní psychosociální proměně, mění se osobnost dospívajícího i jeho společenská pozice. Uvádí se, že pozdní adolescence je završena ukončením profesní přípravy a nástupem ekonomické nezávislosti. Věk završení se však liší na základě toho,

zda jde o vysokoškoláka či učně. Věkové ohraničení adolescence je proto jen orientační. Pro pozdní adolescenci je typické hledání a rozvoj vlastní identity. „*To se projevuje větší snahou o sebepoznání, které se uskutečňuje v rámci vrstevnické skupiny, poskytující možnost základního sebe-vymezení.*“ (Vágnerová, 2005, s. 323–325)

1.4 Zákonitosti formování sebepojetí v adolescenci

Jak již bylo řečeno, v průběhu celého období adolescence dochází k výrazné proměně sebepojetí. Vágnerová (2000, s. 223) uvádí, že „*mladší školák byl spíše zaměřen na okolní svět, vlastní existence mu připadala samozřejmá*“. V adolescenci však nastává období velkých změn, a s tím i potřeby poznat sám sebe. Dle Fialové je zpočátku pozornost dospívajícího směřována na měnící se tělo. Později dochází k potřebě prozkoumání a poznání vlastní osoby (Fialová, 2001, s. 32). Podle Kuneše je to důsledkem společenského tlaku na pubescenty, aby přijali rozdílné role v různých situacích a prostředích. Mladý člověk se chová jinak ve škole, jinak v kontaktu s kamarády a jinak s rodiči. Osvojování rolí přináší do života člověka v rané adolescenci zmatek. Dospívající jedinec neví, s kterou rolí se má identifikovat a začíná přemýšlet, kým vlastně skutečně je. Proto začne záměrně poznávat sám sebe (Kuneš, 2009, s. 22). Jak říká Fialová (2001, s. 32), vzniká a prohlubuje se obraz vlastní osoby obsahující vlastní schopnosti, pocity, myšlenky, názory, přání, touhy a další. Tento nový způsob sebepoznávání označujeme pojmem introspekce, který je umožněn změnou způsobu myšlení (Vágnerová, 2000, s. 224).

Pro období adolescence je typická sebestřednost. Fialová konstatuje, že „*nadměrný zájem o vlastní já souvisí s adolescentním egocentrismem*“. Z extrovertů se v adolescenci stávají dočasní introverti, jejichž já je měřítkem všech věcí. Egocentrismus umožňuje hlubší sebepoznání, na druhou stranu je znakem nedostatečně vyvinutého sebevědomí a sebehodnocení (Fialová, 2001, s. 32).

Fialová říká, že sebehodnocení dospívajícího je závislé na společenském prostředí, do kterého vstupuje. Odtud přejímá normy, které následně zpracovává ve vlastní hodnotící systém. S tím souvisí vliv mezilidských vztahů na sebepojetí. Fialová dodává, že „*právě v dospívání jsou lidé nejcitlivější na dojem, jímž působí na druhé*“. Všimají si každého verbálního či neverbálního hodnocení. Nejintenzivněji však prožívají negativní zpětnou vazbu. Ta způsobuje nepříznivé zvraty v jejich sebehodnocení (Fialová, 2001, s. 33). Sedláčková hovoří o aktuální sebeúctě, jež je typická pro ranou adolescenci. Závisí

na náhodných událostech, které výrazně ovlivňují pubescentovo prožívání (Sedláčková, 2009, s. 30). Ovlivnění aktuálním emočním laděním ve spojení s adolescentním egocentrismem vede ke zkreslení skutečnosti. Adolescent si veškeré reakce okolí vykládá ve svůj neprospěch, ačkoli postoj druhých k jeho osobě ve skutečnosti být negativní nemusí (Vágnerová, 2005, s. 404–408).

Podle Fialové v adolescenci vzniká potřeba uznání ze strany druhých. Adolescenti opakují pozitivně hodnocené činnosti a chtějí se ukázat v co nejlepším světle. Formování sebepojetí v adolescenci je ovlivněno také intenzivním srovnáváním se s vrstevníky (Fialová, 2001, s. 34). Dle Vágnerové se dospívající pomocí vztahů s ostatními vymezují buď pozitivně (identifikací), nebo negativně (odmítáním). Pro toto období je důležitý vztah, resp. ztotožnění se se skupinou či s určitým člověkem (Vágnerová, 2005, s. 409). Orel, Obereignerů a Mentel hovoří o významném vlivu sociální opory poskytované dospívajícímu právě vrstevníky. Sociální opora umožňuje potřebný rozvoj a zároveň má ochrannou funkci, kdy např. snižuje negativní dopady stresu (Orel, Obereignerů, Mentel, 2016, s. 38). Příslušností ke skupině je dle Fialové sebehodnocení obohacováno o další rozměry a jsou usměrňovány některé jeho výkyvy (nadměrné sebevědomí, podceňování se). Závislost na ocenění od vrstevníků může na druhou stranu způsobit přílišnou konformitu a snížit schopnost sebezpůsobení (Fialová, 2001, s. 34).

V procesu utváření postoje k sobě samému a formování sebepojetí dospívajícího často dochází k rozporu mezi tzv. reálným a ideálním já (jaký člověk skutečně je, jaký se domnívá, že je, a jakým by chtěl být). V jedinci tak vzniká neklid a napětí. Svou nespokojenost s vlastností, kterou považuje za důležitou, často kompenzuje denním sněním o přítomnosti či budoucnosti (je krásný, úspěšný atd.). Úskalím však může být pocit vlastní méněcennosti při střetu s realitou, která se od představ liší. Na druhou stranu tyto představy motivují k práci na sobě a mohou tak příznivě ovlivnit adolescentovu budoucnost (Fialová, 2001, s. 32–33).

Identita

Základním vývojovým úkolem v období adolescence je dosažení identity. Identita se vytváří v procesu sebereflexe a podle Pelcáka a Pelcákové ji můžeme charakterizovat jako „*potvrzení vlastní existence před sebou samým i ve společnosti*“. V adolescenci hraje důležitou roli krize identity, kdy dochází k rozhodování se o podobě svého současného i budoucího života (Pelcák, Pelcáková, 2013, s. 7–9, online). Fialová a Krch chápou identitu jako „*prožívání toho, čím jedinec je jako individuum či jako člen lidské*

společnosti“. Autoři říkají, že identita se vyvíjí v sociokulturním kontextu a její utváření je aktivním procesem, který směřuje k sebeuvědomění. Identita se rozděluje na identitu sociální, osobní a psychickou (Fialová, Krch, 2012, s. 22–23). Vágnerová proces rozvoje identity v dospívání nazývá pojmem individuace a rozděluje ho na čtyři fáze:

- 1. Fáze diferenciaci** – Pubescent si na začátku dospívání začíná uvědomovat svou odlišnost od ostatních lidí a považuje ji za důležitější než kdy dřív. Pozornost soustředí převážně na sebe a začíná se srovnávat s ostatními.
- 2. Fáze experimentace** (ve věku 14–15 let) – Dospívající experimentuje s vlastní emancipací. Odmítá úplnou vázanost na rodinu a stále více ji nahrazuje vázaností na vrstevníky. Odmítá jakékoli rady od rodičů, má pocit, že ví všechno, co potřebuje, a nic ho nemůže ohrozit.
- 3. Fáze postupné stabilizace** (ve věku 15–16 let) – Dochází k postupné stabilizaci vztahu s rodiči. Dospívající dosáhl určité samostatnosti a osvojil si zralejší způsoby chování.
- 4. Fáze psychického osamostatnění** – Dosažení samostatnosti a vytvoření vlastní identity. Sebehodnocení dospívajícího a jeho hodnocení okolím se nijak výrazně neliší (Vágnerová, 2005, s. 412–413).

Podle Vágnerové adolescenti podrobují způsob života a hodnoty svých rodičů kritice a hledají hodnoty vlastní. Často nejde ani tak o odmítnutí rodičovských postojů, jako spíše o potřebu přesvědčit se o jejich smyslu. Pohledy rodičů přetrvávají v adolescentově vědomí, nevědomí či alespoň ve své negaci jako snaha o opačný postoj. Dříve zafixované hodnoty se tedy neztrácejí. Uvedené vyplývá i z adolescentovy potřeby nového, která podporuje osamostatnění se od rodiny a vede k fixaci na vrstevníky, které spojují podobné problémy (Vágnerová, 2005, s. 347–358). Zpochybnit to, jak mladý člověk sám sebe dosud (především pod vlivem rodičů) vnímal a dospět tak k vlastní nové identitě je dle Novákové pro dospívajícího jedince velmi důležité. Situace, kdy ke zpochybnění, ani k procesu osamostatnění nedojde, může být zdrojem psychických potíží (Nováková, 2019, online).

Díky uvědomění si vlastní jedinečnosti a podrobení názorů rodičů kritice, nalézá adolescent oblasti, do nichž mu byl v dětství znemožněn přístup (Kuneš, 2009, s. 22). Vzniká potřeba experimentování jako projevu aktivního sebepoznávání. Jak říká Kabíček (2014a, s. 28), vývoj sebepojetí v adolescenci není pouze procesem pasivním, ale

aktivním procesem sebe-formování. Adolescent podle Vágnerové (2005, s. 325) hledá hranice svých možností, což někdy vede k extrémnímu způsobu jednání.

Biopsychosociální faktory ovlivňující sebepojetí adolescentů

Sedláčková uvádí vnitřní a vnější vlivy působící na sebevědomí a na celkové sebepojetí dítěte (dospívajícího). Mezi **vnitřní vlivy** řadí fyzické a psychické dispozice. Fyzickými dispozicemi v souvislosti se sebepojetím se podrobněji zabývají další kapitoly. Mezi psychické dispozice ovlivňující sebepojetí Sedláčková zahrnuje pět vlastností člověka tzv. Velké pětky. Jedná se o inteligenci, svědomitost, extraverci, citovou stabilitu a přívětivost. Inteligencí je zde myšlena především otevřenost a motivace k poznání. Svědomitost je připisována lidem, kteří jsou pracovití, disciplinovaní, pečliví atd. Extravertní lidé se snáze dokážou prosadit ve společnosti, nestydí se, mají smysl pro humor. Citovou stabilitu charakterizuje odolnost vůči „*citovým náporům*“. A přívětivost je přisuzována lidem přátelským a citlivým vůči druhým. Všechny tyto vlastnosti jsou prosociální. Lidé, kteří jimi disponují jsou otevření dobrým společenským vztahům (Sedláčková, 2009, s. 35–38). A jak již bylo v této práci řečeno, vztahy s druhými lidmi mají velmi pozitivní vliv na celkové sebepojetí.

Mezi **vnější faktory** ovlivňující sebepojetí dítěte řadíme rodinu, školu, vrstevníky a média. „*Rodina hraje klíčovou roli v utváření vztahu k sobě. Dítě si v rodině ověřuje, zda a v jaké podobě je druhými akceptováno. Od toho se odvíjí jeho celkové sebehodnocení.*“ Rodina předurčuje, jak se dítě cítí, jak vychází s ostatními lidmi i samo se sebou. To vše má vliv i na průběh proměny sebepojetí v adolescenci. Ve škole se dítě setkává s dalšími významnými osobami. Na žákovu sebehodnocení má vliv hodnocení od učitele, pro adolescenta má však větší význam hodnocení od spolužáků (Sedláčková, 2009, s. 41–66). O důležitosti přijetí mezi vrstevníky jsme již mluvili. Vlivem médií i ostatními faktory ovlivňujícími sebepojetí se podrobněji se zabývá další kapitola.

2 Vnímání vlastního těla v období adolescence

V období rané adolescence prochází tělo značnou proměnou. Pubescent pohlavně dozrává a mění se jeho vzhled. Mladý člověk je v této životní etapě výrazně zaměřený na sebe samého, všímá si každé změny, která u něj nastane. Je pro něj důležité, jak působí na druhé a k tomu neodmyslitelně patří vnímání vlastního vzhledu, který se stává faktorem ke změně sebepojetí. Tato kapitola se zabývá vnímáním vlastního těla u adolescentů. Nejprve objasňuje význam vnímání vlastního těla obecně. Zaměřuje se na tělesnou proměnu a její vliv na sebepojetí dospívajícího, uvádí vybrané biopsychosociální faktory ovlivňující vnímání těla u adolescentů, blíže se věnuje zvláštnostem proměny tělového schématu u dospívajících dívek, na závěr kapitoly nastiňuje téma metod hodnocení tělesného sebepojetí.

Tělo je neodmyslitelnou součástí naší osobnosti. Vztahu k tělu je v dnešní společnosti přikládán značný význam. Člověk se často hodnotí podle toho, jak vnímá své tělo. Podle těla je také hodnocen lidmi z okolí. Tělesné sebepojetí má vliv na kvalitu života a celkové sebehodnocení jedince. Snížené sebehodnocení může vést k až poruše vnímání těla. To, jak člověk vnímá své tělo, jak ho chápe, hodnotí a jak s ním zachází, je označováno pojmem *body image* (= tělesné sebepojetí). Toto označení zavedl ve 30. letech 20. století Paul Schilder a definoval ho jako „*obraz našeho vlastního já, které si formujeme v naší mysli*“. Tělesné sebepojetí jako součást sebepojetí celkového vychází z toho, jak vnímáme vlastní emoce a myšlenky týkající se těla. Ovlivňují ho především: sociální prostředí, média, biologické i osobnostní faktory, věk, etnický původ, pohlaví a životní podmínky (Jurkechová, Osad'án, 2014, s. 143–145). Vágnerová (2002, s. 227) místo *body image* používá pojem *tělové schéma*, vnímá ho jako představu o vlastním těle a dodává, že může být značně zkreslené: „*Člověk se vidí takovým, jakým si přeje být nebo jakým se obává, že je.*“

Dvěma základními vlastnostmi tělesného sebepojetí jsou subjektivnost a elasticita. **Subjektivnost** značí, že subjektivní vnímání těla se nemusí shodovat s jeho objektivními parametry. **Elasticita** znamená, že při kontaktu se společností může docházet ke změně tělesného sebepojetí (Jurkechová, Osad'án, 2014, s. 145). Vágnerová přidává ještě jednu vlastnost, a to **rigiditu**, která značí, že jakákoli změna vzhledu (bez ohledu na to, zda k lepšímu či k horšímu) je intenzivně prožívána. To se projevuje především při tělesné proměně v dospívání, kdy je často těžké spolu s tělem změnit i vlastní postoj k němu (Vágnerová, 2002, s. 227).

Základními složkami body image jsou vzhled, zdraví a zdatnost. Největší vliv na celkové sebepojetí má **vzhled**, který se podle Fialové pojí s vnímáním vlastní atraktivity. **Zdravím** rozumíme fyzickou a psychickou pohodu. **Zdatnost** je chápána jako fyzická funkčnost a výkonnost (Fialová, 2010, online).

2.1 Tělesná proměna a její vliv na sebepojetí v adolescenci

Tělesná proměna se začíná projevovat již na samém začátku adolescence, tedy v rané adolescenci, a je dle Vágnerové (2005, s. 326) významným signálem dospívání. Podle Kabíčka jsou prvotními biologickými změnami pohlavní zrání a zrychlení tělesného růstu. U chlapců se zvyšuje objem kosterního svalstva. U dívek se zvyšuje objem podkožního tuku a zaobluje se postava na bocích a stehnech. U obou pohlaví se intenzivně vyvíjejí sekundární pohlavní znaky (pubické ochlupení, u chlapců vývoj genitálu, u dívek vývoj prsní žlázy). Vývoj je u chlapců navíc provázen mutací hlasu a růstem vousů. Pomocí hormonů jsou stimulovány mazové žlázy a rozvíjí se akné (Kabíček, 2014a, s. 20–22).

Spolu s tělesnou změnou se mění celkový vzhled dospívajícího jedince. Jak uvádí Vágnerová, vlastní vnější vzhled je součástí identity, proto je tělesná změna intenzivně prožívána. Viditelné tělesné změny mohou vést k pocitu ohrožení vlastní integrity a ke ztrátě sebejistoty. Kdežto změny, které vidět nejsou, takový vliv nemají. Důvodem je skutečnost, že vzhled je sociálním reprezentantem naší osobnosti. Je to první věc, kterou vidí naše okolí a na základě které nás hodnotí. Vágnerová říká: „*Tělesná proměna může mít různý subjektivní význam, který závisí na představě o atraktivitě dospělého zevnějšku, na psychické vyspělosti jedince a na sociálních reakcích, které tuto změnu doprovázejí.*“ Dospívající jedinec na sebe může být pyšný, nebo se za sebe může stydět. To je ovlivněno i reakcemi na jeho tělesnou změnu lidmi z okolí. Negativní reakce mohou významně poškodit adolescentovo sebehodnocení (Vágnerová, 2005, s. 326–327). Důvodem, proč dospívající prožívá výkyvy v sebehodnocení a na podněty z okolí mnohdy reaguje přecitlivěle je podle Sedláčkové (2009, s. 29–30) skutečnost, že tělesné změny jsou podmíněny změnou hormonálních funkcí, kterou provází kolísavost emocí a větší citová labilita.

Podle Vágnerové je časté, že fyzické a psychické dospívání neprobíhají ve stejném tempu. V případě, kdy je tělesné zrání rychlejší než psychické, je pro dospívajícího

jedince těžké přijmout změny přijatelným způsobem. Představují pro něj něco negativního, čemu by se nejraději vyhnul. Výsledkem bývá popírání reality a bránění se změnám (např. fyzicky vospělá dívka nosí volné svetry, aby zakryla svá prsa). (Vágnerová, 2000, s. 212). Stejně tak může nastat situace, kdy je psychické dospívání rychlejší než fyzické. V takovém případě, podle článku Hanzlovského na webu Celostní medicína (2010, online), daný jedinec často nezapadá mezi své vrstevníky, nemá si s nimi co říct a jeho fyzická nevospělost může být zdrojem posměchu.

Dospívající jedinec je zaměřený sám na sebe více než kdy jindy. Jak říká Vágnerová, po určitou dobu se dokonce nezabývá ničím jiným než svým vzhledem. O svém zevnějšku pochybují i ti nejatraktivnější jedinci. Své tělo už nepovažují za danost, ale jsou si vědomi, že by mohli vypadat i lépe. Pro srovnání používají „*vrstevnický standard atraktivity*“. Co se týká úpravy zevnějšku, účes i oblečení lze změnit snadno. Vlastní tělo však lze změnit jen obtížně (Vágnerová, 2005, s. 328).

Ve druhé fázi adolescence obvykle spokojenost s vlastním tělem dle Vágnerové stoupá. Mladý člověk se i nadále srovnává s vrstevníky i s aktuálně akceptovaným ideálem. Pokud jeho vzhled daným standardům odpovídá, stává se oporou jeho sebevědomí a zvyšuje jeho šance na akceptaci druhým pohlavím. V případě, že adolescent se svým vzhledem není spokojený (např. se svou výškou postavy, s tělesnou hmotností apod.), budou u něj pravděpodobně vyvolány obranné reakce. Bude pocítovat zklamání, úzkost, vztek a zlost, jež může různě ventilovat, někdy i autoagresí (Vágnerová, 2005, s. 328). Na druhou stranu podle Sedláčkové (2009, s. 29) může tato nespokojenost vést k odklonění pozornosti od vnějšího vzhledu a ke snaze o kompenzaci, a to zaměřením se na jiný způsob seberealizace. To už závisí na dalších faktorech, jako jsou např. osobnostní vlastnosti daného jedince.

V pozdní adolescenci se dle Vágnerové zevnějšek stává cílem i prostředkem. Cílem adolescenta je líbit se sobě i jiným. Jeho vzhled je prostředkem, jak dosáhnout sociální akceptace. Aby dosáhl žádoucích tělesných kvalit, často drží diety, cvičí atd. Dospívající se tím snaží vyrovnat aktuální, sociokulturně podmíněné normě krásy, která je často prezentována médií. Norma krásy však tlumí tendenci k individualitě a vyjádření vlastní jedinečnosti. Směřování k uniformitě představuje jistotu a zaručuje sociální přijetí a je typická především pro přechodné období mezi ranou a pozdní adolescencí (Vágnerová, 2005, s. 328–329). Na konci pozdní adolescence je již dle Kabička (2014, s. 31) tělesný vývoj zpomalený a dospívající vnímá své tělo stabilněji.

2.2 Biopsychosociální faktory ovlivňující tělesné sebepojetí u adolescentů

Vnímání vlastního těla adolescentů je ovlivňováno celou řadou faktorů, které můžeme rozdělit na biologické, psychologické a sociální. Některé z nich působí ochranně, jiné rizikově. Faktory se však vzájemně prolínají, jelikož spolu bezprostředně souvisejí a ovlivňují se navzájem.

Biologické faktory

Adolescentní věk je sám o sobě jedním z biologických faktorů ovlivňujících vnímání těla. Adolescence je již definována výše, proto se práce následně věnuje faktorům dalším. Významným biologickým faktorem ovlivňujícím vnímání vlastního těla u adolescentů je **pohlaví**. Mužské a ženské pohlaví se v adolescenci liší tělesnými změnami a jejich prožíváním. U chlapců je výrazný především růst a rozvoj svalů (změna kvantity). Tedy nárůst fyzické síly, která vede k získání lepšího sociálního statusu ve vrstevnické skupině. Sekundární pohlavní znaky chlapců nejsou na první pohled příliš nápadné. Naopak sekundární pohlavní znaky dívek jsou nápadnější, a tudíž jsou společností chápány jako signál kvalitativní změny (Vágnerová, 2005, s. 327). Proměna přichází často neočekávaně a rychle, a tak může dívku i její okolí zaskočit, či dokonce vyvolat odmítavý postoj (Vágnerová, 2002, s. 228). Reakce okolí mohou být různé. Rodiče mívají obavy z dívčiny předčasné sexuální aktivity, starší vrstevníci projevují zvýšenou pozornost někdy spolu se sexuálně zbarvenými „narážkami“. To vše může být pro dívku zdrojem nepříjemných pocitů, nejistoty a nízkého sebehodnocení (Vágnerová, 2005, s. 327).

Dívky se sebou bývají méně spokojeny a více nad sebou přemýšlejí. Jejich větší sebekritičnost pravděpodobně souvisí s jejich větší citlivostí a vnímavostí k názorům druhých lidí, potřebou potvrzovat před nimi svou vlastní hodnotu s cílem udržet si tak sociální oporu a pozitivní vztahy. Chlapci jsou sami se sebou obecně spokojenější. Důvodem je možná méně časté uvažování nad sebou samým a větší sebeakceptace. Jsou více než na udržování mezilidských vztahů orientovaní na výkon a zisk, který považují za důkaz vlastní kvality (Vágnerová, 2005, s. 427).

Dalším rozdílem mezi pohlavími je skutečnost, že dívky dospívají v průměru dříve než chlapci, resp. u chlapců dochází ke zpomalení tělesného dospívání častěji než u dívek. Dle Vágnerové má malý, slabý a tělesně nevyspělý hoch často nízký sociální status a bývá obětí agresivních útoků tělesně vyspělejších vrstevníků. Tělesně nevyspělá dívka také většinou není sociálně atraktivní, což vede k nižšímu sebevědomí. Chování tělesně

vyspělejších dívek však nemá agresivní charakter. „*Důvodem je i hormonálně podmíněný nárůst pohotovosti k agresivnímu chování, k němuž dochází u chlapců.*“ (Vágnerová, 2005, s. 327–331) Rozdíl mezi pohlavími se promítá i do dalších faktorů ovlivňujících vnímání těla.

Psychologické faktory

Mezi psychologické faktory korelující s negativním vnímáním vlastního těla někteří autoři zařazují **příznaky deprese**. Dle Vágnerové je pro depresi u dětí charakteristická nepřiměřeně smutná nálada, která ovlivňuje celkový postoj ke světu i k sobě samému. Depresi doprovází celkový útlum aktivity s apatií, ztrátou motivace, zhoršením pozornosti a paměti. Dalšími příznaky jsou somatické potíže, jako poruchy spánku, poruchy jídla, zvýšená únava apod. (Vágnerová, 2002, s. 221)

Podle Krcha se příznaky deprese ve spojitosti s negativním vztahem k vlastnímu tělu vyskytují (především) u dospívajících dívek. Autor mezi ně řadí pocity viny, ztrátu sebedůvěry, vyhýbání se společnosti, pocity beznaděje apod. Tyto symptomy přímo souvisí s tělesnou nespokojeností. Krch dodává, že depresivní ladění ve spojení s nespokojeností s vlastním tělem provází i kolísání tělesné hmotnosti a může vést až k sebepoškozování. Tímto způsobem adolescenti „*trestají zdroj svých obtíží – tělo*“, v čemž nacházejí pocit úlevy (Fialová, Krch, 2012, s. 194). Popsané potvrzuje i výzkum zabývající se vztahem mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů, který prováděl rovněž Krch. Z výsledků vyplývá souvislost mezi tělesnou nespokojeností a nízkou sebedůvěrou, pochybách o vlastní osobě, zdravotních obtížích, depresi a sociální dysfunkcí. U žen (nikoli u mužů) se objevil vztah mezi tělesnou nespokojeností a zhoršující se kvalitou společenského života (Krch, 2000, online).

Dle Rašticové bylo prokázáno, že deprese ve spojení s nespokojeností s vlastním tělem se ve významně vyšší míře vyskytuje u dívek než u chlapců. Na otázku, proč tomu tak je, odpovídá, že dospívající jsou postaveni před úkol vyrovnat se se svou genderovou rolí. Pro chlapce to znamená spíše tíhnutí k nezávislosti a zvědavosti. Kdežto dívky upřednostňují mezilidské vztahy, které jsou častými zdroji deprese (Rašticová, 2009, online).

Novák říká, že fyziologické změny v adolescenci pro dospívající dívky představují nebezpečnou výzvu, na kterou nemusí být připraveny a obávají se, že není v jejich moci je kontrolovat. Kontrolu těla a nízké sebehodnocení dává do souvislosti s pocity osamělosti, ostýchavosti a méněcennosti a říká, že mohou vést až k poruše příjmu potravy

(Novák, 2010, s. 16). Dospívání je obdobím hledání nové identity doprovázené nejistotou a stresem. V období nejistoty přirozeně stoupá míra úzkosti a citlivosti na reakce okolí. Zvýšená kontrola těla může souviset se zvýšenou potřebou kontrolovat měnící se postavení dospívajícího ve společnosti (Fialová, Krch, 2012, s. 195).

Vojáček, nahlízející na téma ze širšího medicínského pohledu, zdůrazňuje význam vzájemného propojení naší mysli a trávicího systému. V této souvislosti se zmiňuje o vlivu pocitu viny, úzkosti a strachu na postoj k sobě samému včetně těla, na naši tělesnou váhu a na naše celkové zdraví. Příčinu shledává ve vykořenění lidstva z jeho vlastní přirozenosti a její nahrazení moderním způsobem života (Vojáček, 2019, online).

Mezi protektivní psychologické faktory, jež pozitivně působí na celkové i tělesné sebepojetí, bychom mohli zařadit prosociální vlastnosti tzv. Velké pětky, které uvádí Sedláčková (2009, s. 35–38) a které již byly představeny v první kapitole. Dalším významným ochranným faktorem proti rizikovým faktorům ohrožujícím pozitivní vnímání sebe sama včetně těla je **psychická odolnost**. Podle Paulíka (2010, s. 10) jde o schopnost vyrovnat se s nároky života a úspěšně překonávat i náročnější či krizové situace. Psychická odolnost pomáhá vyrovnat se se zátěží a stresem, je spojena se sebedůvěrou, přesvědčením o vlastní zdatnosti a s pozitivním naladěním.

Sociální faktory

Jak již bylo v této práci několikrát řečeno, vnímání vlastního těla adolescentů je významně ovlivňováno lidmi z jejich okolí i celou společností, tedy faktory sociálními. Mezi sociální faktory ovlivňující vnímání těla i celkové sebepojetí adolescentů řadíme především rodinu, školu, vrstevníky a média.

Rodina je podle Jurkechové a Osad'ana nejdůležitějším prvkem ovlivňujícím chování související se zdravím. Z toho důvodu je přesvědčení rodiny považováno za nejvýznamnější faktor při vývoji nespokojenosti dítěte s tělem. Postoj dítěte k vlastnímu tělu mohou rodiče ovlivnit různými způsoby. Autoři uvádí příklad, kdy rodiče vyjadřují nespokojenost s hmotností dcery nepřímým sledováním, omezováním přístupu k jídlu či přímo otevřeným kritizováním a srovnáváním s jinými dětmi. Také rodiče, kteří nejsou spokojeni s vlastním tělem, vytvářejí model napodobování pro své děti. Tyto hodnoty děti napodobují v období před adolescencí a je zřejmé, že je budou napodobovat i v adolescenci. Jedná se o pokračování dřívějšího procesu, kterému se zejména dívky učí dlouho před pubertou (Jurkechová, Osad'an, 2014, s. 147). Nováková říká, že kritické připomínky rodičů na vzhled či postavu dospívajícího mohou způsobit

pouze potupu. Za důležité považuje to, aby adolescent cítil, že má v rodičích podporu, že ho mají rádi (Nováková, 2019, online).

I když se dospívající z vázanosti na rodinu značně odpoutává, představuje pro něj stále důležité sociální zázemí. I přes veškeré výhrady, mají adolescenti o kontakt se svými rodiči zájem. Jejich vztah slouží jako opora při zvládání nejistot. Dospívající však potřebují, aby se k nim rodiče chovali jako k rovnocennému partnerovi a byli pro ně přirozenou autoritou, která je bude směřovat v jejich projevech. To dospívajícímu usnadní cestu v hledání své identity (Vágnerová, 2005, s. 347–358). Vašutová (2013, s. 83) říká, že dospívající jedinci, kteří mají s rodiči těsnější vazby, přistupují k životním problémům s větší odvahou než jedinci bez této vazby.

Stejně tak sourozenci mohou pro dospívajícího představovat důležitou sociální oporu. Jak říká Vágnerová, vzájemný vztah sourozenců však závisí na jejich věku a pohlaví. Starší sourozenci bývají vzorem, který se mladší dospívající snaží napodobit. Od mladších sourozenců se dospívající většinou odpoutávají, jelikož jejich chování považují za příliš dětinské. Stejně staří sourozenci si mohou být vzájemnou oporou (Vágnerová, 2005, s. 359–361).

Stejně jako je tomu u rodičů, i **učitel** ztrácí u adolescenta své výhradní postavení. Adolescent ho respektuje jako autoritu, jen když mu učitel imponuje a je pro něj zdrojem jistoty. Dospívající učitele hodnotí na základě jeho chování a vlastností. Mezi vlastnosti učitele, jež jsou adolescenty požadované patří: stabilita názorů a emocí, spravedlnost a profesní schopnosti (Vágnerová, 2005, s. 366–370). Pelcák vyzdvihuje výuku zaměřenou na žáka, která se odklání od pojetí výuky zaměřené na výkon a proměňuje vztah mezi žákem a učitelem v partnerství. Projevuje se zde především ochota učitele naslouchat a poskytnout prostor k samostatnosti a vlastnímu rozhodování. Tento přístup (především v adolescenci) podporuje osobní vnímanou zdatnost žáka, což hraje roli i v utváření sebepojetí (Pelcák, 2015, s. 68–69).

Významnou sociální skupinou je pro adolescenta **skupina vrstevnická**. Jak uvádí Vašutová, přijetím mezi vrstevníky adolescent získává sociální status, který mu umožňuje uvědomit si vlastní hodnotu. Není-li dospívající do vrstevnické skupiny přijat, stává se pro něj neúčast ve skupině sociálním stigmatem. Jedinci, kteří dostávají od vrstevníků pozitivní hodnocení, hodnotí většinou sami sebe lépe než ti, kteří jsou vrstevnickou skupinou hodnoceni negativně. Jestliže rodiče na své děti nepůsobí jako vzory, zastoupí tuto roli vrstevníci (Vašutová, 2013, s. 87). Vrstevnická skupina má stanovené určité

sociální standardy, které potvrzují tělesnou i duševní zralost. Tyto standardy určují, co daný jedinec smí a nesmí. Vrstevnická skupina má také vlastní hodnoty a vzory. Dané vzory členům skupiny imponují a členové se jim snaží připodobnit. V období adolescence se přestává oddělovat dívčí a chlapecká skupina. Dospívající začíná projevovat zájem o druhé pohlaví (Vágnerová, 2005, s. 371–376). Dle Kabíčka (2014, s. 30) je fyzická atraktivita ve středu zájmu obou pohlaví, ovlivňuje interpersonální vztahy a sebevědomí. V období pozdní adolescence se dospívající od vrstevnické skupiny začíná postupně separovat. Na významu začínou nabývat partnerské vztahy. Zároveň se v životě adolescenta začínají objevovat existenciální otázky a hledání smyslu života (Orel, Obereignerů, Mentel, 2016, s. 63).

Jurkechová a Osad'án rozebírají problematiku výsměchu a jeho vlivu na tělesné sebepojetí. Dle autorů jsou adolescenti na utahování útočící na jejich vzhled (zejména ze strany vrstevníků) velmi citliví. Považují je za výsměch a zároveň je vnímají jako „obraz pravdy o sobě“. Zažitý výsměch vztahující se ke vzhledu v dětství (ať už od vrstevníků či členů rodiny) může souviset s negativním postojem k vlastnímu tělu i v dospělosti (Jurkechová, Osad'án, 2014, s. 150–151).

Hodnocení vzhledu těla se ve společnosti odvíjí od obecně přijímaného **současného ideálu krásy**. Ideálem krásy se zabývala již starověká filozofie. Dnes je ideál krásy součástí samostatného vědního oboru – estetiky (Fialová, 2001, s. 95). Z historického hlediska byly společností téměř vždy kladeny vyšší nároky na krásu ženy než na krásu muže. Idealizovaná představa těla ženy se v různých dobách lišila. V průběhu 20. století se v západní společnosti stala symbolem půvabu, elegance a sebekontroly štíhlost. Na základě zdravotnických statistik bylo zjištěno, že v poslední době se průměrná váha žen zvyšuje, ale hmotnost ideálu krásy se snižuje. Rostoucí rozdíl mezi ideální a reálnou hmotností vede k nejistotě a nespokojenosti s vlastním tělem (Fialová, Krch, 2012, s. 37, 101). Ženy se všemožnými prostředky snaží svou váhu snížit, což představuje mnohá zdravotní rizika.

V dnešní době se ideál krásy šíří velmi snadno díky **masovým médiím**, která jsou dalším faktorem ovlivňujícím tělesné sebepojetí dospívajících. Řadíme mezi ně televizi, tisk, rozhlas a internet. Média převzala roli rádce a informátora od autorit (rodičů a učitelů). Informují populaci o tom, co je v módě: jak se oblékat, o jakou postavu usilovat apod. Ukazují, co se od nás očekává. Cílem však není vždy zdraví a spokojenost lidí, ale spíše reklama a ekonomický zisk. Prostředkem k jeho dosažení jsou pak mnohdy

nepravdivé a zkreslené informace. Riziko médií nastane, když příjemce nerozpozná zkreslenost obsahu a nechá se tak chytit do „pasti“ mediální manipulace. Ženy a lidé s nižším sebevědomím jsou snadněji ovlivnitelní. Přičemž tlak médií, který se týká ideálního vzhledu těla, je vyvíjen v největší míře právě na ženy (Fialová, 2001, s. 187–193).

To, že nespokojeností se svým vzhledem trpí častěji dívky zdůvodňuje Vágnerová společností proklamovaným ideálem ženské krásy. Nezbytným předpokladem atraktivity je v současné době štíhlost. Silnější postava je posuzována jako sociální stigma. Mediálně prezentovaný vzor krásy je často blízký prepubertálnímu vzezření, kdy je dívka hubená, bez silnějších boků a stehů a má dlouhé nohy. Média stírají hranici mezi normou a extrémem a mezi skutečností a fikcí. Modelky jsou prezentovány jako představitelky normy, ve skutečnosti se však jedná o populačně krajní případy. Přitom tělo dívek v období dospívání nabírá zcela opačné podoby, než jakou má médii prezentovaný ideál. I když je ideální vzor krásy pro většinu populace nedosažitelný, mladé dívky o něj usilují. To souvisí s tendencí lidí k uniformitě, jak říká Vágnerová: „*žádoucí/atraktivní je to, co se nejvíce přibližuje ideálu*“. Identifikace s ideálem přináší společensky pozitivně hodnocenou atraktivitu a dívky zvyšuje sebevědomí. Naopak ten, kdo se odlišuje, je okolím hodnocen negativně a vlastní tělo odmítá. V takovém případě dívky své tělo často vnímají jako zdroj všech svých problémů a trestají ho, což může vést až poruše příjmu potravy (Vágnerová, 2005, s. 465-466). Také Papežová (2014, s. 218) říká, že „*studie potvrzují, že kult štíhlosti je rizikovým faktorem pro nespokojenost s vlastním tělem, pro držení diet, negativní afektivitu a bulimickou symptomatiku*“.

Podle průzkumu *Pretty as a picture*, více než polovina mladých žen bere inspiraci pro svůj vzhled v reklamách. Ve stejném zdroji se uvádí, že 37 % dotazovaných mladých žen chce vypadat jako modelky, které vidí v reklamách. Znepokojujícím zjištěním je, že téměř polovina (47 %) dívek souhlasila s tvrzením: „*Když vidím reklamy s hubenými modelkami, začnu si víc uvědomovat, jak vypadám a mám chuť začít držet dietu/zhubnout.*“ (*Pretty as a picture*, 2011, online).

Značka Dove, která se se svým Projektem sebedůvěry snaží vést mladé lidi k preferování přirozené krásy a zdraví, na svém webu uvádí, že většina fotografií, které se objevují v médiích jsou výsledkem počítačové manipulace zvané *airbrushing*. Fotografie jsou před publikací pozměněné takovým způsobem, že vyfocení lidé nevypadají na snímku tak jako v reálném životě. Tato technika ženám prodlužuje nohy,

zvětšuje prsa, odstraňuje vady pleti apod. Dívky se tedy často srovnávají s uměle vytvořeným produktem počítačové techniky. Další články na webu se zmiňují, že pozitivní hodnocení neboli zpětná vazba od druhých na sociálních sítích (někdo „olajkuje“, okomentuje fotku či komentář) vede u dívky k pocitu uznání. Vylepšené snímky mladých, štíhlých žen však často vedou k perfekcionismu, úzkostem a poruchám příjmu potravy. Mohou vytvořit pocit, že štíhlost se rovná štěstí. I když tedy zpětná vazba přináší pocit vytouženého přijetí, může zároveň přispívat ke zkreslení vnímání těla. Média však nemusí mít jen negativní dopad. Některé příspěvky mohou být i pozitivní inspirací. Autoři však apelují na diskuzi rodičů se svými dětmi o tom, co na sociálních sítích sledují a jaké pocity jim to přináší (Dove, 2016, online).

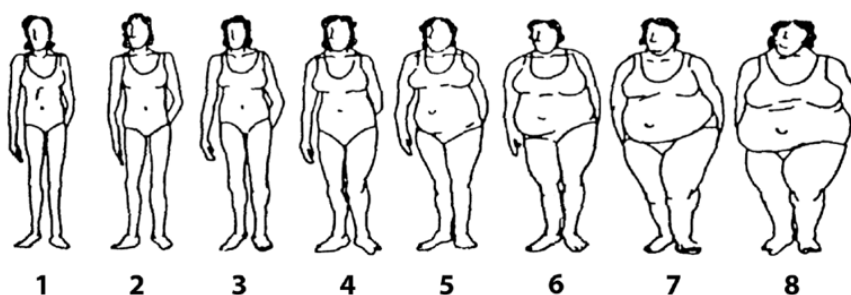
2.3 Metody hodnocení tělesného sebepojetí

Ve výzkumu tělesného sebepojetí se používá řada různých metod. Fialová a Krch mezi ně zařazují metody somatometrické (měření hmotnosti, výšky), metody využívající siluety, dotazníkové studie, behaviorální ukazatele péče o tělo, metody kresby postavy, počítačovou techniku a rozhovory. Obecně se metody tělesného sebepojetí dělí na subjektivní a objektivní (Fialová, Krch, 2012, s. 60–61).

Subjektivní metody hodnocení těla zjišťují především míru spokojenosti s vlastním tělem. Jelikož je vnímání vlastního těla značně subjektivní, je někdy obtížné kvantifikovat zjištěná data a zjistit příčiny jedincova jednání. Proto se doporučuje při výzkumech kombinovat více metod. Mezi subjektivní metody hodnocení těla se řadí: nákres, siluety, škály hodnocení, dotazníky spokojenosti, sémantický diferencíál, rozhovory a behaviorální zjišťování (Fialová, Krch, 2012, s. 61).

Často používanou metodou jsou dotazníky, kdy testované osoby většinou vyznačují stupeň souhlasu s tvrzením vztahujícím se k jejich tělu. Dále se používají zobrazovací techniky, mezi něž patří siluety, techniky odhadování velikosti těla a kresby. Při použití siluet (viz Obrázek 1) jsou sledovaným osobám předloženy siluety postav od velmi štíhlé až po velmi silnou. Účastník vybírá tu siluetu, která se nejvíce podobá jeho vlastní postavě a poté siluetu, kterou považuje za ideální. Rozdíl mezi těmito dvěma postavami je ukazatelem míry nespokojenosti s vlastním tělem. Technika odhadování velikosti těla umožňuje odhad a vyjádření míry zkreslení. Výzkumy tohoto typu odhalily, že většina žen odhaduje velikost svého těla i jeho jednotlivých částí nerealisticky – jako větší, než

ve skutečnosti jsou. Při kresbách se využívá např. metoda nákresu, kdy se pracuje s podrobnou analýzou nakreslených postav muže a ženy. Dále se používá tzv. Color a Person body Dissatisfaction Test, kdy jsou podle míry spokojenosti vybarvovány jednotlivé části těla. Každá barva je spojena s určitým významem. Fialová se dále zmiňuje o behaviorálních ukazatelích míry nespokojenosti s tělem, které se zjišťují především dotazníkovými metodami. Pro záznam stravování jsou používány např. kalorické deníky nebo dietologické dotazníky. Co se týká pohybových aktivit, využívá se záznam výdeje energie, časový záznam denních činností a jejich intenzity. Kromě toho je sledována kosmetická péče a chirurgické zákroky (Fialová, Krch, 2012, s. 60–77).



Obrázek 1: Siluety tělesných typů (Fialová, 2007, s. 31)

Abychom mohli posoudit své tělo objektivněji, je dobré vedle subjektivních představ o vlastním těle znát i doporučené hodnoty. Výsledky zjištěné subjektivními metodami se proto většinou porovnávají s **metodami objektivními** měřícími tělesné parametry. Pokud se zjistí velký rozdíl v hodnocení těla od naměřených parametrů, vychází najevo problém, se kterým je třeba pracovat. Velký rozdíl v představě o vlastním těle a jeho objektivních hodnotách je většinou zaznamenán v případě anorexie. Nejčastějšími objektivními metodami hodnocení těla jsou: měření výšky, měření hmotnosti, výpočet výško-váhových indexů, měření podkožního tuku, určení somatotypu, stanovení proporcionality, určení poměru tělesných částí, držení těla (Fialová, Krch, 2012, s. 79).

Fialová a Krch uvádí, že pro objektivní posouzení proporcí těla je nezbytné vycházet minimálně ze tří následujících parametrů: výška, hmotnost, pohlaví, tělesný typ, podkožní tuk, tělní obvody, proporcionalita. Existují různé vzorce výpočtu ideální hmotnosti. Nejčastěji užívaný a mezinárodně uznávaný je výpočet Body Mass Indexu. Ten je však kritizován za to, že nezohledňuje rozdíl mezi svaly a tukem. Vzorec pro výpočet vypadá takto: $BMI = \text{tělesná hmotnost (kg)} / \text{tělesná výška}^2 \text{ (m)}$. Za normální

hodnoty bývá považováno 18,5 až 25. Se vzrůstajícím věkem se požadavky zmírňují. Ukazatelem rozložení tuku v těle je obvod pasu. U žen je hodnocen jako rizikový obvod pasu menší než 80 cm či vyšší než 88 cm. U mužů představuje riziko hodnota menší než 94 cm a vyšší než 102 cm. Na základě množství tuku a jeho rozložení v těle se určují tzv. somatotypy. Např. Walker (1852) stanovil tři základní typy ženského těla. Německý psycholog Kretschmer, který hledal souvislosti mezi tělesnými typy a jejich psychickými vlastnostmi, určil somatotyp astenický, atletický a pyknický. O velký posun v tělesné typologii se zasadil Sheldon (1954), který stanovil 88 tělesných typů, mezi základní patří: endomorf, mezomorf a ektomorf. Z hlediska korekcí tělesných proporcí zjišťujeme také typologii podle rozložení podkožního tuku. Fialová uvádí osm tělesných typů podle místa ukládání tuku a dodává, že místo jeho ukládání je dáno geneticky (Fialová, Kreh, 2012, s. 83–92).

3 Rizikové chování v oblasti tělesného sebepojetí, jeho důsledky a prevence

Součástí formování sebepojetí v období adolescence je experimentování, které je považováno za zdravé a žádoucí. Usnadňuje přirozený vývoj a nalezení nové identity. O tom však hovoříme, pokud toto chování nevede k závažným důsledkům ohrožujícím či poškozujícím zdraví. Tělesné změny a nejistota v dospívání někdy vedou k nepřijetí vlastního těla, které může vyústit v rizikové chování především v oblasti stravování, pohybového režimu a v rizikovou zaměřenost na vlastní tělo. Často se připojují ještě další typy rizikového chování jako je např. sebepoškozování. To vše se odráží na tělesném i psychickém zdraví. Podle Fialové a Krcha (2012, s. 196) může spojení nespokojenosti s vlastním tělem s jinými rizikovými osobnostními, společenskými a dalšími faktory způsobit závažné zdravotní problémy jako např. poruchy příjmu potravy. Tato kapitola se nejprve zabývá rizikovým chováním v adolescenci obecně, poté se zaměřuje na rizikové chování v oblasti tělesného sebepojetí. Na závěr kapitoly jsou nastíněny zásady výchovy ke zdravému životnímu stylu a prevence narušeného sebepojetí.

3.1 Rizikové chování v adolescenci

V adolescenci často dochází k experimentování a k riskování, kterým si mladí lidé ověřují své schopnosti a dovednosti pro vstup do dospělosti. Zdravé riskování je považováno za pozitivní nástroj, který slouží k objevování, rozvoji a upevnění vlastní identity. Naproti tomu nezdravé riskování je příznakem duševního onemocnění. Např. deprese je spojována s chováním, jež škodí zdraví, jako je kouření, požívání alkoholu či zakázaných látek, odmítání potravy či chorobné přejídání. U adolescentů s nezdravým rizikovým chováním byl zpozorován společný znak, a to nedostatečná vazba ke komukoliv z dospělých, kteří se podílejí na jejich výchově (Carr-Gregg, 2012, s. 38–39).

Také Csémy a Hamanová (2014, s. 32) říkají, že experimentovat s rizikem je věku dospívání vlastní, avšak za normální ho lze považovat pouze, pokud má přechodné trvání a omezenou míru, která neznamená ohrožení jedince a nepředstavuje chování problémové. Nielsen Sobotková (2014, s. 40) chápe pojem rizikové chování jako nadřazený k pojmům „*problémové, asociální, delikventní, antisociální a disociální chování*“. Macek říká, že rizikové a problémové chování adolescentů poškozují zdraví

dospívajících nebo ohrožuje společnost. Pro predikci problémového chování je dle Macka nejdůležitější skupinou rodina, která je významným socializačním činitelem. Dalším významným faktorem je vliv vrstevníků, nelze opomenout ani prostředí školy a osobní charakteristiky adolescentů, kam Macek řadí např. hodnotu školního výkonu, sebehodnocení, přesvědčení o vlivu na vlastní život, postoj k deviantnímu chování a religiozitu (Macek, 2003, s. 77–79).

V posledních letech dospívajících s rizikovým chováním přibylo. Je dnes dokonce nejčastější příčinou smrti ve věkovém rozmezí 15 až 19 let. Hovoří se tak o nové morbiditě (nemocnosti) mládeže (Csémy, Hamanová, 2014, s. 33). Macek (2003, s. 109–110) říká, že k nárůstu problémového chování přispěla větší tolerantnost k tzv. „subkultuře teenagerů“ a zároveň větší důraz na výkon, na materiální hodnoty, větší tlak na vlastní rozhodování a osobní svobodu, která vede k úzkosti z neznámého a k nejistotě. Dá se říci, že samotné období adolescence je považováno za rizikové. Nielsen Sobotková říká, že v adolescenci narůstá počet psychiatrických diagnóz, nejčastěji deprese, problémy s chováním a poruchy příjmu potravy. Adolescence je považována za nejrizikovější období v ekonomicky vyspělých zemích (dříve to bylo dětství) (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 41–42).

Problematikou rizikového chování v dospívání se v 70. letech 20. století začal zabývat americký psycholog Jessor. Uvedl několik okruhů rizikového chování: zneužívání návykových látek, projevy v psychosociální oblasti a rizikové sexuální chování. Jessor prokázal, že tyto projevy se většinou vyskytují současně a mají stejné příčiny. Dříve se v souvislosti s rizikovým chováním mluvilo o sociálně patologických jevech. Dnes se toto označení považuje za nesprávné a používá se pojmenování syndrom rizikového chování v dospívání (dále SRCH-D). Jessor zjistil, že SRCH-D zastává důležitou funkci v adolescentově psychosociálním vývoji. Pomáhá mu zvládnout současnou osobní nesnáz nebo mu nahrazuje něco, co v tuto chvíli postrádá. Na druhou stranu může mít závažné důsledky, jako je závislost na drogách, zanechání studia, problémy se zákonem, předčasné těhotenství aj. Proto je třeba najít vhodné alternativy, které by u dospívajícího např. zvyšovaly sebevědomí a snižovaly úzkost, bez potřeby chování rizikového. Někdy jsou do SRCH-D zahrnovány i nezdravé stravovací návyky, které mohou vyústit v chorobu – poruchu příjmu potravy. Dále je sem řazen nedostatek pohybu, sedavý způsob života s vazbou na počítač či televizi (Csémy, Hamanová, 2014, s. 33–35).

Zda se z občasného experimentování vyvine SRCH-D, závisí na vzájemném působení ochranných a rizikových faktorů. Faktory ochranné oslabují vliv faktorů rizikových. U řady dospívajících, kteří jsou v riziku, se díky ochranným faktorům syndrom nevyvine. Autoři Csémy a Hamanová rozdělují faktory na individuální, rodinné a společenské. Rizikovými faktory mohou být např.: nízká sebedůvěra a sebeúcta, odchod ze školy, chronická nemoc, dysfunkční rodina, chudoba společnosti, příležitosti k nelegálním činnostem apod. Naopak za ochranné faktory považujeme např.: vysokou inteligenci, zapojení do pozitivní skupiny vrstevníků, dobré vztahy v rodině, kvalitní školy, pozitivní zprávy v médiích apod. (Csémy, Hamanová, 2014, s. 36–37).

3.2 Rizikové chování v oblasti stravování a poruchy příjmu potravy

Rizikové chování v adolescenci ve vztahu k vlastnímu tělu se často projevuje problémy v oblasti stravování. Snaha o zdokonalení těla mnohdy vede k experimentům v jídelním chování. Původní zdravá výživa se může překlenout v hladovění či přejídání. Na tělesném zdraví se nejvýrazněji podepisují poruchy příjmu potravy, mezi které řadíme především mentální anorexii a mentální bulimii. Poruchami příjmu potravy trpí převážně dívky. Jejich velké nebezpečí je shledáváno v tom, že se často pojí s dalším rizikovým chováním, jako je sebepoškozování, sebevražednost, abúzus drog a alkoholu, deprese. Další riziko představují weby a blogy, kde se osoby trpící poruchami příjmu potravy podporují ve svém chování a které jsou plné podrobných návodů, jak např. klamat své okolí (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 45–46).

Spoustu lidí se snahou o snížení váhy drží drastické diety. Jak říkají Fialová a Krch, tělo při půstu nespotřebovává tuky, ale vodu a svalovou hmotu. Ztráta svalové hmoty vede ke snížení pohybové aktivity, jelikož fyzická zátěž začne tělu způsobovat větší problém. Omezení stravy přivádí organismus ke spotřebě bílkovinných zásob na úkor srdečního svalstva. Následkem mohou být srdeční arytmie, nedomykavost chlopní, vedoucí někdy až k úmrtí. Tělo si hladovění „pamatuje“. Když člověk začne opět normálně jíst, tělo si automaticky vytváří zásoby na další časy bez jídla. Drastické diety mohou způsobit trvalé zdravotní následky (Fialová, Krch, 2012, s. 220).

Papežová říká, že rizikové stravování představují různé formy diet, od pouhého omezení množství a druhů potravy až po vegetariánství, veganství a jiné úpravy. Rizikové stravování samo o sobě není příčinou poruchy příjmu potravy, ale spojením s určitými bio-psycho-sociálními rizikovými faktory ke vzniku onemocnění přispívá. Mezi rizikové

faktory řadíme adolescentní věk, některé osobnostní charakteristiky, genetické faktory a životní události. Silným rizikovým faktorem je také ženské pohlaví. Ženy onemocní mentální anorexií či bulimií 10krát častěji než muži. Mezi osobnostní rizikové faktory zahrnuje Papežová impulzivitu (u bulimie) a perfekcionismus (u anorexie), depresivní a úzkostné poruchy a negativní emocionalitu. Papežová dále říká, že pacienti s poruchami příjmu potravy zažívají více negativních životních událostí než lidé zdraví. Rizikové jsou zážitky studu, neadekvátní tlak ze strany rodičů na výkon a štíhlost, sexuální zneužívání, emoční zanedbávání a akulturace (Papežová, 2014, s. 315, 319–321).

Mentální anorexie a bulimie mají dle Fialové a Krcha mnoho společných příznaků, mezi hlavní řadíme: nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s tělem a nadměrná snaha o dosažení a udržení štíhlosti. Vzhledem k tomu, že jsou tyto poruchy typické pro dospívající, zasahují do vývoje osobnosti nemocného a formování jeho pracovních a sociálních dovedností. Rozvíjejí se pomalu a nenápadně. Mentální anorexie patří mezi neskrytější duševní poruchy, kdy 2–8 % nemocných umírá. Začíná nejčastěji ve věku 13 až 18 let. Mentální bulimie vzniká mezi 15. a 25. rokem (Fialová, Krch, 2012, s. 198, 200).

Nielsen Sobotková (2014, s. 46) definuje **mentální anorexií** (*anorexia nervosa*) jako „*duševní nemoc, která spočívá v odmítání potravy a je doprovázena zkreslenými představami o svém těle*“. Dle Fialové a Krcha je spojena s úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, zvýšeným zájmem o jídlo a tělesné proporce. Nemocní si postupně zvykají na snížený příjem energie a prázdný žaludek, lehce dosáhnou pocitu přejedení. Úzkost v souvislosti s tělem a příjmem potravy se snadno přenesse i na jiné oblasti života (Fialová, Krch, 2012, s. 199). **Mentální bulimie** (*bulimia nervosa*) se dle Nielsen Sobotkové (2014, s. 46) projevuje „*nutkavým, záchvatovitým přejídáním se a následným vyprazdňováním žaludku pomocí zvracení, spojeném s pocity viny*“. Jak říkají Fialová a Krch, při přejídání je spíše než množství jídla brána v potaz ztráta kontroly nad jídlem. Příznačná je přehnaná kontrola tělesné hmotnosti, která zahrnuje nejen zvracení, ale také nadužívání laxativ. Pocit přejedení je však velmi relativní, jelikož pro pacienty mnohdy znamená, že snědli pouze něco málo navíc, než chtěli (Fialová, Krch, 2012, s. 199).

Stárková ve svém článku uvádí, že se u nás v posledních deseti letech výskyt poruch příjmu potravy zvýšil. Zároveň upozorňuje na složité psychologické pozadí této nemoci. Říká, že představa vlastního vzhledu v mysli člověka s poruchou příjmu potravy, je velmi vzdálená realitě. Hovoříme tak o „*deviaci body image*“. Kromě toho, že nemocný nevidí,

jaký skutečně je, děsí ho každá změna vlastního vzhledu. Zkreslená představa o sobě může vzniknout zvnitřněním různých prožitků. Pokud je např. hlavní hodnotou rodiny „vypadat dobře“, tělesný vzhled je poté nevyšší hodnotou i pro dítě. Jinou příčinou je projekce pocitů přes tělo tak, že nemocný s kontrolou nad svým tělem pociťuje zároveň kontrolu nad sebou. Pro dospívající trpící poruchami příjmu potravy je k tomu typické, že mají strach z dospělosti a nemoc jim umožňuje setrvat v bezpečí toho, co znají (Stárková, 2003, online). Stejně jako Stárková, tak i Fialová a Krch (2012, s. 195) říkají, že zvýšená kontrola těla a příjmu potravy může souviset se zvýšenou potřebou kontrolovat měnící se osud a vyhnout se tak nejistotě a přicházejícím změnám.

V rámci léčby je snahou odborníků změnit zkreslenou představu pacienta o vlastním těle. Prvním odborníkem, který by měl poruchu u dítěte zaznamenat je pediatr. Stárková dále hovoří o různých technikách psychoterapie, kdy se používá např. psychoedukace, která má nemocného přesvědčit, že jeho představy o stavbě a funkci těla jsou mylné. Dále se využívá metoda měření odhadu tělesných rozměrů a videomonitoring, díky kterému mohou terapeuti argumentovat proti zkreslené představě pacienta o změně těla (Stárková, 2003, online). Podle Fialové a Krcha by měla být léčba komplexní a zahrnovat nejen změnu vnímání vlastního těla, ale i změnu jídelních zvyklostí a tělesné hmotnosti. Dodávají, že cílem není stav spokojenosti (ten poskytuje např. anorektická vyhublost), ale návrat k funkční normě, kdy „normální“ v dnešní společnosti znamená určitou míru nespokojenosti s vlastním vzhledem (Fialová, Krch, 2012, s. 196).

S rozšiřováním různých forem rizikového stravování podle Papežové vznikají, mimo odbornou klasifikaci poruch příjmu potravy, nové diagnózy. Patří sem např. bigorexie (závislost na posilování při užívání potravinových doplňků), drunkorexie (opakovaná redukce příjmu potravy nahrazovaná pitím kalorického alkoholu) a ortorexie (patologická posedlost zdravou výživou) (Papežová, 2014, s. 315). Kučírek upozorňuje, že důsledkem ortorexie může být omezování kontaktu a nevraživost k těm, kteří nemají stejné stravovací návyky. To vede ke značné sociální izolovanosti a komunikaci jen se stejně smýšlejícími osobami (Kučírek, 2006, s. 12).

V současnosti narůstá také počet dětí trpících nadváhou. Podle výzkumů má dle Jurkechové a Osadřana nadváhu až 20 % evropských dětí. Tyto problémy mohou mít vážné zdravotní, ale i společenské důsledky. Lidé s nadváhou jsou často stigmatizováni, v dětském kolektivu bývají terčem posměchu a jsou jim přisuzovány negativní

charakteristiky. To paradoxně vede k nezdravým stravovacím návykům, přejídání a pravděpodobnosti vzniku obezity. Dalším paradoxem v západní společnosti je nárůst počtu lidí s nadváhou a obezitou a současný nárůst poruch příjmu potravy vyznačující se nezdravou štíhlostí (Jurkechová, Osad'án, 2014, s. 148). Dle Fialové a Krcha je **obezita** „závažné chronické onemocnění, které je charakterizováno zvýšeným podílem tuku na těle se současným vzestupem tělesné hmotnosti nad normální rozmezí“. Na její vznik mají vliv jak faktory genetické, tak faktory vnější, mezi něž patří především vyšší energetický příjem než výdej (tělo se energie nezbaví, ale uloží ji do zásob v podobě tukové tkáně) a snížená fyzická aktivita. Mezi další příčiny obezity je zařazován stres, sedavý způsob života, špatná životospráva, různá onemocnění apod. Důsledkem obezity může být např. společenská diskriminace, nízké sebevědomí, deprese, úzkosti, poruchy příjmu potravy – noční jedení, bulimie (Fialová, Krch, 2012, s. 229–231).

3.3 Rizikové chování v oblasti pohybového režimu

Pohybovým režimem dle Fialové a Krcha (2012, s. 259) rozumíme „souhrn veškeré pohybové činnosti, která je víceméně pravidelná a relativně dlouhodobě začleněná do způsobu života“. Sport a pohybová aktivita jsou hlavními faktory ovlivňujícími pozitivní vnímání těla. Podporují fyzický, duševní i sociální rozvoj v dětství, adolescenci i dospělosti. Jurkechová a Osad'án říkají, že „fyzická aktivita také snižuje deprese, úzkost a reakce na stres, zlepšuje náladu, zkvalitňuje odpočinek, zvyšuje sebevědomí a sociální podporu.“ Sportujícím dětem a dospívajícím se obvykle dostává více uznání od vrstevníků, rodičů a učitelů. Sportování zlepšuje adaptaci ve společnosti a motorickou zručnost (Jurkechová, Osad'án, 2014, s. 152). Kabíček (2014b, s. 331) říká, že sport pomáhá pěstovat pozitivní charakterové vlastnosti, jako je vůle a smysl pro fair play, zároveň podporuje rozvoj svalové a kostní hmoty, stabilizuje kardiovaskulární funkce.

Podle Fialové a Krcha je pohyb faktorem, který má největší vliv na formování postavy a významně působí také na psychiku. Pohybová aktivita může zvyšovat sebehodnocení a pozitivní sebepojetí. Pokud se zaměříme na ženy, na něž je v naší společnosti kladen největší tlak v dosahování ideálu krásy, z provedených výzkumů vyplývá, že nespportující ženy hodnotily svou spokojenost s tělesným sebepojetím nejnižše, naopak nejvýše ji hodnotily ženy, které aktivně sportují (Fialová, Krch, 2012, s. 223–225).

Podle Národní zprávy o zdraví a životním stylu dětí a školáků vydané na základě mezinárodního výzkumu realizovaného v roce 2010 pohybová aktivita podporuje zdraví a zabraňuje vzniku řady nemocí. Právě dětství a dospívání jsou klíčovými obdobími, kdy se s biologickým a psychomotorickým vývojem formuje vztah k pohybové aktivitě. Výzkumem bylo však zjištěno, že velká část školáků je nedostatečně pohybově aktivní. Zároveň pohybová aktivita dívek s rostoucím věkem klesá: v jedenácti letech se jí 5 a více dní věnuje téměř polovina dívek, v 15 letech něco přes 30 % dívek. U chlapců pohybová aktivita roste od 11 do 13 let, v 15 letech pohybová aktivita klesne na úroveň jedenáctiletých. Pro dívky je velmi silným motivem pohybu „vypadat dobře“, který se s věkem ještě zvyšuje. I chlapci od pohybu očekávají, že budou „vypadat dobře“, avšak v menší míře, než jak je tomu u dívek (Kalman, Sigmund a kol., 2010, s. 68–71, online).

Rizikové chování v oblasti pohybového režimu je dle Kabíčka společně s rizikovým chováním v oblasti stravování stále častěji připojováno k základním třem oblastem SRCH-D. V adolescenci jsou důležitými faktory rychlý růst kostry, rozvoj vegetativního nervového systému a rovnováha požadavků nutričních a pohybových. Nedostatečná pohybová aktivita může být vážným rizikovým faktorem v oblasti fyzického i psychického zdraví. Na snížení fyzické aktivity u mládeže v posledních letech může mít podíl nahrazování pohybu sezením u počítače, televize a dalších technologií. Nedostatečný pohybový režim s sebou nese riziko vadného držení těla či vegetativní lability, která může způsobit fyzickou slabost a točení hlavy. Tyto stavy mohou v určitých situacích (rychlé vstávání, únava, psychická tenze) vést až ke kolapsům. Nejčastějším problémem dnešních dospívajících v souvislosti s nízkou pohybovou aktivitou je riziko rozvoje obezity. Protipólem je riziko přetížení organismu u výkonnostních sportů s náročnými tréninky bez odborného vedení. Autor se také zmiňuje o zvyšujícím se trendu u adolescentů (hlavně u chlapců), kteří ve snaze vybudovat si atletickou postavu, využívají služeb amatérských fitness center. Pokud v nich chybí odborné vedení, hrozí dospívajícím přetěžování organismu zvedáním těžkých závaží. Autor v souvislosti s nadměrným tréninkem hovoří také o tzv. dívčí atletické triádě (nízký přísun energie, amenorea, osteoporóza), která může korelovat s poruchou příjmu potravy (Kabíček, 2014b, s. 329–331).

Grogan se zmiňuje o nadměrném cvičení, kterým lidé nahrazují či doplňují diety s cílem získat ideální štíhlou postavu a snížit nespokojenost s tělem. Autorka však

podotýká, že lidé (zejména ženy), kteří často cvičí představují rizikovou skupinu pro přehnaný zájem o postavu a vznik poruch příjmu potravy (Grogan, 2000, s. 149). Fialová a Krch upozorňují na úskalí vrcholového sportu, kde jsou někdy nebezpečně nastaveny váhové standardy. Vysoký výskyt patologických způsobů kontroly hmotnosti byl zjištěn u studentek baletních škol, gymnastek, atletek, žokejů nebo zápasníků. A to ve formě zvracení, hladovek, užívání laxativ a diuretik (Fialová, Krch, 2012, s. 193).

Jako minimální úroveň pohybové aktivity pro zdraví se doporučuje pravidelná účast dětí na tělesné výchově v rámci vyučování, alespoň 2krát týdně jedna hodina pohybové aktivity. Za vhodné se považují především sporty s anaerobní a dynamickou svalovou zátěží. Závodně sportující mládež by měla být pravidelně sledována lékařem, který posoudí fyzickou zátěž a vyváženou výživu (Kabíček, 2014b, s. 330–332). Pohybová aktivita by tedy měla být provozována pravidelně, ale s mírou tak, aby podporovala fyzické i psychické zdraví, ale nezpůsobovala přetížení organismu či nevedla např. až k poruchám příjmu potravy.

3.4 Riziková zaměřenost na vlastní tělo

Rizikovou zaměřeností na vlastní tělo se vyznačuje porucha zvaná **dysmorfofobie**. Podle Fischera a Škody (2014, s. 139) se jedná o poruchu obsedantně-kompulzivního spektra a lze ji definovat jako patologickou posedlost svým vzhledem a péčí o tělo. Pro dysmorfofobii je podle Fialové a Krcha příznačná úzkostná zaměřenost na určitou část vlastního těla. Osoba trpící touto poruchou je přesvědčena o nedostatečnosti či vadnosti jisté tělesné partie (zdá se jí příliš malá či velká apod.) a neustále se jí zabývá a trápí. Lidé v okolí přitom její vzhled pokládají za normální. Dysmorfofobie ovlivňuje chování nemocného i jeho osobní spokojenost (Fialová, Krch, 2012, s. 192). Carr-Gregg toto onemocnění nazývá poruchou vnímání vlastního těla. Dodává, že domnělá nedokonalost způsobuje snížené sebehodnocení, narušuje sociální vztahy nemocného a vede až k jeho naprosté izolaci od světa. Carr-Gregg odhaduje, že touto poruchou trpí 1–2 % lidí, přičemž postižení poruchu často skrývají. Typický začátek poruchy vnímání těla je v období rané adolescence. Příznakem poruchy bývají opakující se vtíravé myšlenky o vlastním vzhledu. Nemocní často zakrývají zrcadla, aby se nemuseli ani zahlédnout. Při vycházení z domu používají maskování (zakrývají si obličej tlustou vrstvou make-upu, nosí velké brýle, volné oblečení apod.). Dysmorfofobii bývá složité odhalit a je především na rodičích, aby si všimli zvláštního chování svých dětí. Lékaři pacientům většinou

předepisují antidepresiva a dále se využívá kognitivně behaviorální terapie, kde se postižený učí pracovat s představami o vlastním těle (Carr-Gregg, 2010, s. 98–101).

Další poruchou, kterou se zabývají Fialová a Krch, je **narcismus**. Jedná se o poruchu osobnosti provázenou pocitem vlastní důležitosti a jedinečnosti a exhibicionistickou potřebou neustálé pozornosti a obdivu. Narcistický jedinec se ve skutečnosti necítí být milován, ani hoden lásky. Reálný obraz sebe sama odmítá a podle autorů „*nevěří, že by mohl být okolím přijímán se všemi svými nedostatky, které považuje za krajně nežádoucí a trapné*“. Tomuto pocitu se brání umělým vylepšováním svého společenského ideálního „Já“ v očích druhých i svých. Veškeré jeho chování, jednání i vztahy jsou zaměřeny na vytvoření co nejlepšího obrazu sebe sama. Hovoří neustále jen o sobě. Zároveň trpí úzkostí, sebenenávistí a pocitem, že není dost dokonalý (Fialová, Krch, 2012, s. 209–211).

Další poruchou je tzv. **Adonýský syndrom**, který bychom mohli zařadit jak do podkapitoly Rizikové chování v oblasti stravování, tak do podkapitoly Rizikové chování v oblasti pohybového režimu. Adonýs byl v řecké mytologii bohem krásy a touhy. Adonýský syndrom je dle Fialové a Krcha považován za „*chorobnou posedlost vlastním zjevem*“, který postihuje především chlapce. Vyznačuje se pocitem svalové nedostatečnosti, která je řešena dlouhodobým přetěžováním organismu nepřiměřenými tréninky. Takové chování je většinou doprovázeno užíváním potravinových doplňků – anabolických steroidů podporujících růst svalové hmoty. Anabolické steroidy jsou hormony, které mají řadu nežádoucích účinků. Jejich nekontrolovaná konzumace může vést ke zvýšené agresivitě. U mužů snižují tvorbu spermií, u žen mohou způsobit zastavení menstruačního cyklu a neplodnost (Fialová, Krch, 2012, s. 212). Fischer a Škoda (2014, s. 140) pro tuto poruchu používají označení bigorexie.

Fialová a Krch se zmiňují také o různých formách záměrného tělesného sebepoškození. Určité formy „módního“ zdobení těla vnímají jako poškození těla zdravého. Řadí sem např. peircing, tetování, skarifikaci neboli zjizvení jako způsob zdobení kůže či podstoupení plastické operace (Fialová, Krch, 2012, s. 212–220).

3.5 Výchova ke zdraví a prevence narušeného sebepojetí

Dnešní společnost se vysoce orientuje na výkon, osobní prestiž, úspěch, mladistvý vzhled apod. Na člověka je vyvíjen tlak ze strany médií, který vyžaduje péči o tělo, nebere

však v potaz individuální odlišnosti každého jedince. Než se začneme řídit mediálně prezentovanými radami a návody, v první řadě bychom se měli zaměřit na to, jakou roli v našem těle a zdraví hraje dědičnost. V druhé řadě je dobré naučit se rozlišovat, které postupy korekce našeho těla jsou přínosné, a které naopak nebezpečné. Mladí lidé by měli být vedeni především k takovému chování, které je prospěšné zdraví. Proto se do vzdělávacího procesu zahrnují témata jako zdravý životní styl, výživa, pohybová aktivita atd. (Fialová, Krch, 2012, s. 226).

Jak říkají Fialová a Krch (2012, s. 228), zdraví je v souladu s obecně uznávanou lékařskou definicí chápáno jako „*stav tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako nepřítomnost nemoci*“. Zdravý životní styl znamená dostatek spánku, racionální výživu, nekuřáctví, střídme požívání alkoholu atd. Životní styl každého jedince souvisí s jeho společenskými vztahy, sebepojetím, hodnotami, uspokojováním potřeb, trávením volného času a pocitem smysluplnosti života. Každý, kdo může ovlivnit vývoj dětí a mládeže, ať už je to rodič, učitel, trenér, vychovatel či poradenský pracovník, by měl vést ke zdravému životnímu stylu, měl by být schopen rozpoznat nepříznivý vývoj dítěte a zaměřit se na prevenci. Fialová a Krch považují za důležité znát zásady zdravé výživy a zdravého pohybového režimu. Apelují také na širší nabídku pohybových aktivit ve škole mimo vyučování, výuku zdravé životosprávy, nabídku neslazených nápojů a zdravé stravování ve školní jídelně (Fialová, Krch, s. 228, 236–237).

Fialová a Krch uvádí zásady výchovy dětí s narušeným vztahem k vlastní osobě, tělu, stravování či pohybovým návykům, za důležité shledávají: poskytnout informace o žádoucích návycích; zdůrazňovat, že nikdo není dokonalý; učit mít rád sám sebe; vést k toleranci druhých; neklást důraz na přílišnou zodpovědnost; nezveličovat školní výsledky; chválit jednotlivé úspěchy; nesnažit se formovat dítě „k obrazu svému“ za každou cenu; vyvarovat se soudům typu „Ty vypadáš.“ apod. K žádoucím kompetencím pedagoga s ohledem na vnímání těla autoři radí: vědomosti o zdravém způsobu života; schopnost podílet se na prevenci negativních jevů; připravenost poskytnout psychickou podporu v tíživé životní situaci; podpora tolerance a přátelství ve skupině; snaha umožnit každému prožít úspěch, dostat pochvalu; podpora pozitivních stránek každého individua; respekt k odlišnostem mezi jedinci (Fialová, Krch, s. 238–239).

Zařazením výchovy ke zdraví do školství se věnuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní

vzdělávání ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví, která zahrnuje vzdělávací obory Výchova ke zdraví a Tělesná výchova. Tato vzdělávací oblast vede žáky především k tomu, aby poznávali sami sebe jako živé bytosti, aby pochopili hodnotu zdraví, aby znali rizika, která zdraví ohrožují a získali dovednosti k jeho zachování (MŠMT, 2017, online).

Pro rozvoj zdravého sebepečení a pozitivního vztahu k tělu dětí i adolescentů je třeba realizovat vhodnou specifickou i nespecifickou primární prevenci. Prevencí rizikového chování dětí a mládeže se zabývá národní dokument Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, který říká, že *„základním principem primární prevence je výchova k předcházení a minimalizaci rizikových projevů chování, ke zdravému životnímu stylu, k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností a zvládnutí zátěžových situací osobnosti“*. Dokument mezi formy rizikového chování zahrnuje i spektrum poruch příjmu potravy či rizikové sporty. V příloze dokumentu zabývající poruchami příjmu potravy se v rámci **všeobecné prevence** doporučuje vychovávat k přiměřenosti v postojích, zdůrazňovat nebezpečí extrémních způsobu ve výživě, životním stylu, ve sportu. Důležité je předcházet šikaně pro vzhled, oblečení, tělesný výkon. Pokud si učitel všimne některých závažných faktorů (dítě opakovaně zvrací, výrazně zhubne, sebepoškozuj se), které by mohly znamenat rozvoj poruchy, měl včas kontaktovat pediatra a rodiče dítěte (MŠMT, 2010, online).

Fialová a Krch zmiňují i **prevenci selektivní**, která se zaměřuje na rizikové skupiny, přičemž zohledňuje jejich biologické, psychologické a sociální faktory. Jedná se např. o téma tělesné změny v pubertě, které by mělo být zařazeno do běžné výuky ve škole. Cílem **indikované prevence** zaměřené už na vysoce ohrožené jedince, by měl být rozvoj dovedností odolávat rizikovým sociokulturním vlivům, změna postojů k tělu, pohybu nebo jídlu atd. Při konkrétní léčbě poruch vnímání těla se využívá kognitivně behaviorální terapie spolu s interpersonální terapií (Fialová, Krch, 2012, s. 237–238). Aby k ohrožení zdraví nedocházelo, je třeba věnovat značnou pozornost prevenci a výchově ke zdravému životnímu stylu nejen na školách, ale i v rodinách, ve sportovních oddílech, na zájmových kroužcích apod.

4 Vybrané faktory sebepojetí a experiment s jídelním chováním

Poslední kapitola se zabývá výzkumným šetřením zaměřeným na vybrané faktory sebepojetí v adolescenci a jejich možný vliv na experiment s jídelním chováním. V kapitole jsou představeny výzkumné cíle, hypotézy, výzkumný soubor, procedura a použité metody. Kapitola dále prezentuje výsledky zjištěné realizací výzkumného šetření.

4.1 Výzkumné cíle a hypotézy

S problémovým vztahem k tělu v adolescenci mohou souviset nezdravé stravovací návyky a experiment s jídelním chováním. V kombinaci s osobnostními vlastnostmi a dalšími faktory multikauzální etiologie poruch příjmu potravy (např. genetické dispozice, problémové rodinné prostředí, vrstevnická skupina, stres) mohou být jedním z rizikových faktorů rozvoje poruch příjmu potravy (dále PPP). Dle Krcha (2016, online) patří PPP mezi nejčastější a také nejzávažnější problémy dospívajících dívek. Výskyt PPP neustále roste. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále ÚZIS) bylo v roce 2017 s PPP ambulantně léčeno 3 731 pacientů, z toho bylo 90 % žen. 12 % pacientů bylo ve věku 0–14 let, necelých 32 % ve věku 15–19 let a 56 % bylo starších 20 let. V roce 2011 bylo s PPP hospitalizováno 339 pacientů, tento počet se v průběhu let zvýšil na 454 pacientů v roce 2017. Při porovnání roku 2011 a 2017 došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u věkové skupiny 10–14 let (ÚZIS, 2018, online).

Cílem výzkumného šetření je zmapovat základní vztahy mezi vybranými psychosociálními faktory ovlivňujícími sebepojetí (vnímání tělového schématu) adolescentek a experimentem s jídelním chováním. Dílčím cílem je ověřit vztahy mezi depresivitou, psychickou odolností, problémy v jídelním chování, spokojeností s dostupností sociální opory a spokojeností s tělem.

Shodně s prostudovanou literaturou a výzkumnými cíli byly stanoveny hypotézy, tedy předpoklady z již teoreticky zpracované problematiky (Gavora, 2000, s. 50), v tomto znění:

H1: Vyšší hodnoty deprese souvisejí se závažnějšími problémy v jídelním chování.

Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků (Kalman, Sigmund a kol., 2010, s. 65) uvádí, že poruchy stravování a extrémní redukování hmotnosti je spojeno s depresemi, sníženým sebevědomím, úzkostí a sebevražednými sklony.

H2: Vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s méně závažnými problémy v jídelním chování.

Psychická odolnost je podle Paulíka (2010, s. 10) schopnost vyrovnat se s nároky života a úspěšně překonávat i náročnější či krizové situace. Je spojena s odolností vůči zátěži a stresu. V kontextu této práce je náročnou životní situací období dospívání. Psychická odolnost je považována za jeden z protektivních faktorů, které podle Csémyho a Hamanové (2014, s. 36) oslabují vliv faktorů rizikových vedoucích i k rizikovému jídelnímu chování. Podle Rašticové (2009, online) patří míra schopnosti překonávat problémy k osobnostním faktorům ovlivňujícím nespokojenost s tělem a výskyt PPP.

H3: Vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s méně závažnými projevy deprese.

Člověk s vyšší psychickou odolností dle Paulíka (2010, s. 102) vykazuje vyšší životní spokojenost, cítí se lépe, dokáže podávat výkony odpovídající jeho dispozicím, má méně problémů v mezilidských vztazích i méně zdravotních obtíží. Psychická odolnost souvisí také s optimistickým laděním, se sebedůvěrou a s pocitem plné zdatnosti. Naopak nižší psychická odolnost se pojí s pesimismem, nízkým sebehodnocením a s depresí (Paulík, 2010, s. 102, 109).

H4: Vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s vyšší spokojeností s dostupností sociální opory.

Pro období adolescence je typické, že pro dospívající roste význam sociální opory poskytované vrstevníky. Zároveň však přetrvává potřeba sociální opory ze strany rodiny. Sociální opora je ochranným faktorem, který snižuje negativní dopady stresu (Orel, Obereignerů, Mentel, 2016, s. 38). Zároveň sehrává důležitou roli v procesu adaptivního zvládnání a při zmírňování důsledků krizových situací (Pelcák, Pelcáková, 2013, s. 45). Odolnost vůči zátěžím zahrnuje dle Vágnerové (2005, s. 33) „*schopnost využít všech pozitivních podnětů, které se nabízejí, především dostupné sociální opory*“.

H5: Nižší sebehodnocení souvisí s vyššími hodnotami deprese.

Novák (2010, s. 16) dává nízké sebehodnocení do souvislosti s pocity osamělosti, ostýchavosti a méněcennosti a říká, že ve spojení s nadměrnou kontrolou těla může vést až k PPP (Novák, 2010, s. 16). Krch (2000, online) se zmiňuje o vztahu mezi tělesnou nespokojeností, nízkou sebedůvěrou, pochybách o vlastní osobě, zdravotních obtížích, depresí a sociální dysfunkcí.

H6: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyšší nespokojeností s tělovým schématem.

Krch (2012, s. 194) říká, že příznaky deprese u adolescentů (především u dospívajících dívek) souvisí s tělesnou nespokojeností. Jsou spojeny s pocity viny, s nízkou sebedůvěrou, s vyhýbáním se společnosti, s pocity beznaděje apod.

4.2 Výzkumný soubor a procedura

Kvantitativní výzkumné šetření proběhlo v průběhu měsíců ledna a února 2020 a bylo provedeno na těchto školách: Základní škola 28. října Žamberk, Základní škola Nádražní Žamberk, Gymnázium Žamberk, Letohradské soukromé gymnázium. Šetření bylo zrealizováno pomocí souboru tištěných dotazníků, které respondenti vyplňovali během předmětu Tělesné výchovy. Administrace dotazníků byla provedena osobně s účastí učitele předmětu. Respondenti byli plně seznámeni s anonymitou dotazníků, využitím dat a také dostali možnost k dotazování. Všichni stihli dotazníky vyplnit za jednu vyučovací hodinu, tedy za 45 minut. Po vyplnění byly dotazníky sebrány zadavatelem. Tato forma distribuce zajistila 100% návratnost dotazníků.

Výzkumný soubor tvořily dívky ve věku 13–15 let, tedy žákyně 8. a 9. ročníku základní školy a žákyně 3. a 4. ročníku víceletého gymnázia. Celkem bylo rozdáno 117 souborů dotazníků, 6 z nich však bylo pro neúplnost či chybné vyplnění vyřazeno. Výsledný počet respondentek byl tedy 111. Průměrný věk respondentek byl 13,9 let. V tabulce 1 vidíme složení souboru respondentek dle škol.

Tabulka 1: Složení souboru respondentek

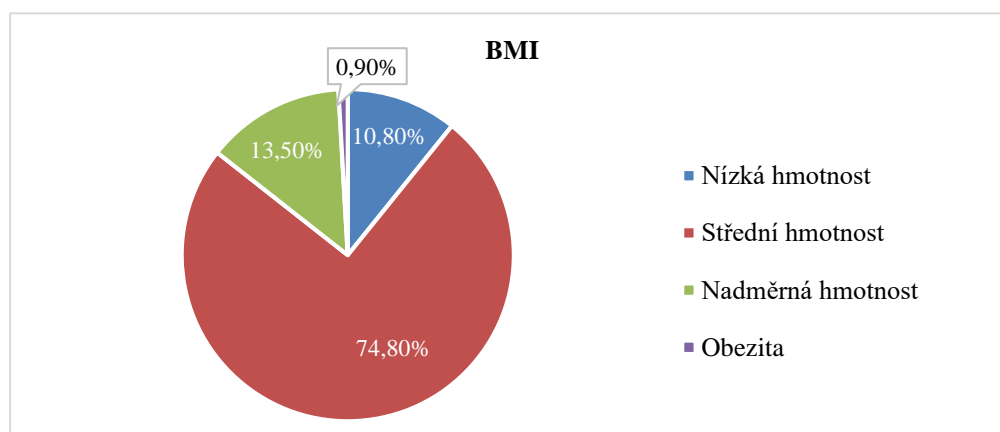
Škola	Třída	Počet adolescentek
ZŠ 28.října Žamberk	8.A, 8.B	21
	9.A, 9.B	13
ZŠ Nádražní Žamberk	8.A, 8.B, 8.C	17
	9.A, 9.B	15
Gymnázium Žamberk	3.A	9
	4.A	11
Letohradské soukromé gymnázium	3.A	14
	4.A	11
Celkem		111

Pro výzkumné šetření byly zvoleny pouze dívky z důvodu, že podle již zmíněné odborné literatury a provedených výzkumů (Vágnerová, Krch, Rašticová, Novák,

Fialová, Papežová), které porovnávají obě pohlaví, vykazují dívky menší spokojenost samy se sebou než chlapci. Podle Fialové a Krcha (2012, s. 207) „většina mladých dívek ve věku 13–16 let je nespokojena se svým tělem, připadá si tlustá a chtěla by zhubnout“. Nespokojenost se často projevuje rizikovým chováním v oblasti stravování vedoucím až k poruchám příjmu potravy. Mentální anorexie a mentální bulimie se vyskytují u žen dokonce až 10krát častěji než u mužů (Papežová, 2014, s. 319). Citlivost ve vztahu k vlastnímu vzhledu u dívek podporuje i mediálně prezentovaný ideál krásy, který rovněž ve větší míře cílí na krásu ženskou než na tu mužskou.

Kromě svého věku a třídy uváděly respondentky do dotazníku svou hmotnost a výšku. Z nich bylo vypočítáno BMI. Výpočet BMI dětí a dospívajících se provádí podle stejného vzorce jako BMI dospělých (tj. $BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$), výsledky se však interpretují jinak. Jak říká Kytnarová, výška a hmotnost se rostoucím věkem dítěte mění. Získanou hodnotu BMI proto musíme vždy porovnávat s hodnotami běžnými v celé dětské populaci (Kytnarová, 2019, online). BMI dětí a dospívajících se počítá podle percentilu příslušného k danému věku a pohlaví. Při výpočtu jsem postupovala podle tabulky Body Mass Indexu dle percentilové metody pro dívky (Státní zdravotní ústav, 2015, online).

Podle Státního zdravotního ústavu (dále SZÚ) má dítě nadměrnou hmotnost (nadváhu), je-li podle BMI zařazeno do pásma mezi 90. a 97. percentilem. Je-li zařazeno do pásma nad 97. percentilem, je obézní. Hodnoty pod 10. percentilem značí nízkou hmotnost (podváhu) (SZÚ, 2015, online).



Graf 1: Podíl respondentek v kategoriích BMI

Graf 1 mapuje podíl dívek v kategoriích BMI. Respondentky jsou podle percentilu rozřazeny do kategorií: nízká hmotnost, střední hmotnost, nadměrná hmotnost a obezita. V grafu vidíme, že 74,8 % dívek má váhu přiměřenou svému věku, tedy střední hmotnost

odpovídající 10. až 90. percentilu. 13,5 % dívek má nadměrnou váhu. 10,8 % dívek má příliš nízkou hmotnost. Necelé procento (0,90 %) dívek má obezitu. Můžeme tedy vyvodit, že více dívek trpí nadváhou než podváhou.

4.3 Popis metod

Pro realizaci kvantitativního výzkumného šetření byly použity standardizované dotazníky a dotazník vlastní konstrukce. Dotazníky umožňují zhodnotit osobnostní vlastnosti, které mohou mít ve vztahu k jídelnímu chování rizikový nebo protektivní vliv. Dále postihují psychosociální faktory životního stylu, které se podílejí na možném riziku rozvoje PPP. Osobní sběr dat zaručil stejné (standardní) podmínky administrace testové baterie. Všechny dotazníky jsou přiloženy ke konci práce (Přílohy A–G).

Nestandardizovaný dotazník (viz Příloha A) zjišťoval věk, třídu, výšku a hmotnost. Obsahoval otázky zaměřené na pohybovou aktivitu a na vnímání současného ideálu krásy prezentovaného médií. Součástí baterie byl dotazník zjišťující důvody, které respondenty vedou ke sportování (viz Příloha B).

Jedním z použitých standardizovaných dotazníků byl **Test jídelních postojů** (The Eating Attitudes Test, EAT 26) (viz Příloha C), který byl sestaven roku 1979 Garnerem a Garfinkelem. Jedná se o screeningový nástroj, který vypovídá o míře narušení jídelních postojů, jídelního chování a vztahu k vlastnímu tělu. Obsahuje 26 položek s tvrzeními, na které respondenti odpovídají na šestibodové škále (vždy, velmi často, často, občas, zřídka, nikdy). Položky jsou rozděleny do 3 subškál – dietní chování, bulimické chování a orální kontrola. Pro získání celkového skóre se provádí součet skóre všech položek. Kromě celkového skóre lze jídelní postoje hodnotit i v rámci dílčích škál. Jedinci, kteří v testu získají 20 a více bodů by měli být vyšetřeni odborníkem, který zjistí, zda jsou u dané osoby splněna kritéria pro diagnostiku PPP. Dotazník dále obsahuje 5 položek zaměřených na behaviorální chování indikující možné příznaky PPP. Respondenti odpovídají na jednotlivá tvrzení opět na šestibodové škále (nikdy, jednou za měsíc nebo méně, 2krát až 3krát za měsíc, jednou za týden, 2krát až 6krát za týden, jednou denně a více) (EAT 26, © 2020, online).

Dále byla použita **Sebeposuzovací škála depresivity** (Childens's depression Inventory, CDI) (viz Příloha D). Autorkou metody je M. Kovacs, standardizaci pro českou populaci provedl M. Preiss. Dotazník měří aktuální stav jedince nebo jeho změny.

CDI zahrnuje 5 subškál, jimiž jsou špatná nálada (6 položek), interpersonální potíže (4 položky), nevykonnost (4 položky), anhedonie (8 položek) a snížené sebehodnocení (5 položek). Dotazník obsahuje 27 položek, v každé položce respondenti odpovídají volbou mezi třemi možnostmi. Kromě celkového výsledku depresivity lze hodnotit také skóre dílčích škál. Vysoké skóre v dotazníku znamená zvýšené riziko problémů souvisejících s adolescentní depresivitou.

Dotazníková baterie obsahovala také dotazník **CSOC** (The Children Sense of Coherence scale) (viz Příloha E), který zkoumá nezdolnost či odolnost jedince. Autorkou metody je M. Margalita (1994), český překlad provedl J. Krivohlavý. Dotazník se skládá ze tří subškál. Srozumitelnost obsahuje 5 položek. Zvládnutelnost obsahuje 7 položek a vysoké skóre zde značí, že adolescent má pocit kontroly a sebejistoty a je připraven přejít přes možné překážky. Smysluplnost obsahuje 4 položky a zjišťuje motivaci k činnostem. Respondenti mají u každé položky výběr ze čtyř možností na škále 1 = nikdy až 4 = vždy. Vyšší skóre je spojeno s vyšší odolností vůči zátěži a psychickému stresu.

Soubor dotazníků zahrnoval rovněž **Dotazník spokojenosti s dostupností sociální opory** (PSSS) (viz Příloha F) sestavený Blumenthalem a kol. Dotazník zjišťuje spokojenost se sociální oporou poskytovanou blíže neurčenou osobou, rodinou a kamarády. Obsahuje 13 tvrzení, na které respondenti na škále od 1 do 7 vyjadřují míru svého souhlasu či nesouhlasu.

Součástí testové baterie byl i dotazník zjišťující spokojenost s tělem **Body Cathexis Scale** (BCS) (viz Příloha G), který byl sestaven roku 1953 Secordem a Jourardem jako škála tělesné kathexie. Dotazovaný hodnotí spokojenost s 12 jednotlivými částmi svého těla (včetně celkového vzhledu) na škále od 1 do 5 od naprosté spokojenosti po úplnou nespokojenost (Fialová, Krch, 2012, s. 66).

4.4 Prezentace výsledků výzkumného šetření

Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány v grafech a tabulkách a okomentovány. Prezentace výsledků je rozdělena na části zahrnující jednotlivé faktory ovlivňující sebepojetí a vnímání těla u adolescentů a vazby na experiment s jídelním chováním.

Deprese a experiment s jídelním chováním

Charakteristickým znakem adolescence jsou změny kvality prožívání spojené s výskytem výkyvů nálad a převažujícím depresivním laděním. Deprese je řadou autorů, obdobně jako u jiných projevů SRCHD, považována za významný faktor experimentování v oblasti jídelního chování. Tabulky 3 a 4 ukazují vztahy mezi depresí a jednotlivými oblastmi Testu postojů k jídelnímu chování EAT 26.

Tabulka 2: Hodnoty deprese u souboru

	CDIA	CDIB	CDIC	CDID	CDIE	DEP
Průměr	3,81	1,58	2,68	4,77	2,93	15,72
Medián	4,00	1,00	3,00	5,00	3,00	16,00
Max	9	6	8	10	7	32
Min	0	0	0	0	0	0
Smodch	2,48	1,35	1,75	2,45	1,75	8,03

Vysvětlivky: CDIA = špatná nálada, CDIB = interpersonální potíže, CDIC = nevykonnost, CDID = anhedonie, CDIE = snížené sebehodnocení, DEP = celková deprese.

Tabulka 3: Korelace mezi depresí a celkovou hodnotou EAT 26

	DEP	CDIA	CDIB	CDIC	CDID	CDIE	EAT
Deprese	1						
Špatná nálada	0,87**	1					
Interpersonální potíže	0,76**	0,61**	1				
Nevykonnost	0,71**	0,48**	0,50**	1			
Anhedonie	0,86**	0,65**	0,55**	0,56**	1		
Snížené sebehodnocení	0,84**	0,67**	0,61**	0,49**	0,70**	1	
EAT 26	0,47**	0,45**	0,31**	0,20*	0,46**	0,45**	1

Vysvětlivky: DEP = celková deprese, CDIA = špatná nálada, CDIB = interpersonální potíže, CDIC = nevykonnost, CDID = anhedonie, CDIE = snížené sebehodnocení, EAT = problémové jídelní chování, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Tabulka 3 ukazuje výsledky korelační analýzy, ze kterých vyplývají statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou deprese, jejími subškálami a celkovým skóre EAT 26 (hodnota celkového skóre vyjadřuje závažnost problémového jídelního chování a možné riziko rozvoje PPP). Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi celkovým skóre EAT 26 a depresí ($r = 0,47^{**}$), mezi subškálou špatná nálada a EAT 26 ($r = 0,45^{**}$), mezi položkou interpersonální potíže a EAT 26 ($r = 0,31^{**}$), anhedonií a EAT 26 ($r = 0,46^{**}$), sníženým sebehodnocením a EAT 26 ($r = 0,45^{**}$). Korelace mezi sníženým sebehodnocením a experimentem s jídelním chováním je pro tuto práci zásadní. Snížené

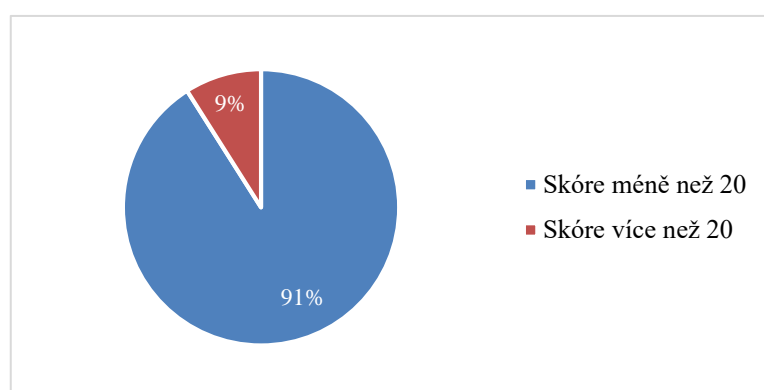
sebehodnocení souvisí s nepřijímáním sebe sama. Ve vztahu k tělu jde o nespokojenost s tělem, která vede ke snaze změnit tělesné proporce, a to i cestou, která představuje rizikové jídelní chování. Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyšším rizikem rozvoje PPP vyjádřeným celkovou hodnotou EAT 26. Blíže vztahy mezi depresí a experimentem s jídelním chováním ukazuje tabulka 4.

Tabulka 4: Korelace mezi depresí a subškálami EAT 26

	DEP	EAT	DCH	BCH	OK	BMI
DEP	1					
EAT26	0,47**	1				
DCH	0,45**	0,88**	1			
BCH	0,37**	0,72**	0,56**	1		
OK	0,18	0,54**	0,17	0,12	1	
BMI	0,33**	0,25**	0,37**	0,38**	0,25**	1

Vysvětlivky: DEP = celková deprese, EAT = závažnost problémového jídelního chování, DCH = dietní chování, BCH = bulimické chování, OK = orální kontrola., BMI = Body Mass Index, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Tabulka 4 ukazuje výsledky korelační analýzy, ze kterých vyplývají statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou deprese a subškálami EAT 26. Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi depresí a dietním chováním ($r = 0,45^{**}$) a mezi depresí a bulimickým chováním ($r = 0,37^{**}$). Nepotvrdil se vztah mezi depresí a orální kontrolou. Tato skutečnost souvisí s nízkým výskytem symptomů orální kontroly u souboru. Vyšší hodnoty deprese souvisejí se závažnějším experimentem v oblasti dietního a bulimického chování. Výsledky korelační analýzy dokresluje graf 2 a tabulka 5. Popisují výskyt závažnosti experimentu s jídelním chováním u souboru.



Graf 2: Celkové skóre EAT 26

Celkové skóre 20 bodů a více v Testu jídelních postojů (EAT 26) značí narušené jídelní chování. V **grafu 2** vidíme, že skóre 20 a více bodů dosáhlo 9 % respondentek. 9 % dívek tedy má narušené jídelní postoje a měly by být vyšetřeny odborníkem, který

zjistí, zda splňují kritéria pro diagnostiku PPP (EAT 26, © 2020, online). Zbýlých 91 % dívek má skóre nižší než 20 bodů a nemají tedy narušené jídelní chování.

Tabulka 5: Experiment s jídelním chováním (EAT 26)

Jak často jsi v posledních 6 měsících:	Nikdy	Jednou za měsíc a méně	2krát až 3krát za měsíc	Jednou za týden	2krát až 6krát za týden	Jednou denně a více
měla záchvat přejídání s pocitem, že možná nebudeš moct přestat?	68,5 %	19,8 %	3,6 %	4,5 %	2,7 %	0,9 %
vyvolala si zvracení s cílem udržet si váhu nebo tvar těla?	94,6 %	1,8 %	1,8 %	0 %	0 %	1,8 %
užila projímadla, pilulky na hubnutí nebo diuretika s cílem udržet si váhu nebo tvar těla?	97,3 %	1,8 %	0 %	0,9 %	0 %	0 %
cvičila více než 60 minut s cílem snížit nebo udržet si váhu?	48,6 %	14,4 %	13,5 %	9 %	12,6 %	1,8 %
Zhubla jsi za posledních 6 měsíců 10 kg a více?	Ano 7,2 %			Ne 92,8 %		

Tabulka 5 zobrazuje procentuální znázornění odpovědí respondentek na otázky zjišťující, jak často v posledních 6 měsících experimentovaly s jídelním chováním s cílem snížit či udržet si váhu nebo tvar těla. Tučně znázorněné odpovědi značí výskyt rizika. V tabulce vidíme, že 1,8 % dívek v posledních 6 měsících cvičilo více než jednou denně více než 60 minut s cílem snížit nebo udržet si váhu. 11,7 % dívek mělo 2krát a vícekrát za měsíc záchvat přejídání s pocitem, že možná nebudou moci přestat. 5,4 % dívek si vyvolalo zvracení s cílem udržet si váhu nebo tvar těla a se stejným cílem 2,7 % dívek užilo projímadla, pilulky na hubnutí nebo diuretika. 7,2 % dívek za posledních 6 měsíců zhublo 10 a více kg. Z celkového počtu respondentek 83,6 % nezaškrtnulo žádné z rizikových políček, což značí, že neexperimentuje s jídelním chováním. 16,4 % dívek však zaškrtnulo alespoň jedno z rizikových políček. 16,4 % z dotazovaných dívek tedy experimentuje s jídelním chováním a podle EAT 26 (© 2020, online) by měly vyhledat odbornou pomoc, která se specializuje na léčbu PPP.

Psychická odolnost a experiment s jídelním chováním

V souvislosti s multikauzální etiologií PPP a efektivním, včasným záchytem experimentu a nevhodných postojů k jídelnímu chování u neklinické populace je důležitá role psychické odolnosti. Řada autorů poukazuje na protektivní vliv tzv. smyslu pro soudržnost při zvládání životních situací i při cílevědomém dodržování zásad zdravého životního stylu (Antonovsky, 1987; Paulík, 2010, s. 205; Křivohlavý, 2001, s. 72).

Tabulka 6: Hodnoty psychické odolnosti u souboru

	CO	MA	MEA	CSOC
Průměr	13,35	19,46	11,87	44,69
Medián	13,00	20,00	12,00	45,00
Max	20,00	25,00	16,00	60,00
Min	8,00	13,00	8,00	34,00
Smodch	2,05	2,61	1,85	5,01

Vysvětlivky: CO = srozumitelnost, MA = zvládnutelnost, MEA = smysluplnost, CSOC = celková hodnota psychické odolnosti.

Tabulka 7: Korelace mezi psychickou odolností a subškálami EAT 26

	CSOC	DCH	BCH	OK	EAT 26
CSOC	1				
Dietní chování	-0,36**	1			
Bulimické chování	-0,22*	0,56**	1		
Orální kontrola	-0,20*	0,17	0,12	1	
Skóre EAT	-0,39**	0,88**	0,72**	0,54**	1

Vysvětlivky: CSOC = celková hodnota psychické odolnosti., DCH = dietní chování, BCH = bulimické chování, OK = orální kontrola, EAT 26 = problémy v jídelním chování, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Tabulka 7 ukazuje výsledky korelační analýzy, ze kterých vyplývají statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou psychické odolnosti CSOC a subškálami EAT 26. Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi CSOC a dietním chováním ($r = -0,36^{**}$), mezi CSOC a celkovým skóre EAT 26 ($r = -0,39^{**}$). Statisticky významné vztahy mezi CSOC a bulimickým chováním ($r = -0,22^{*}$), mezi CSOC a orální kontrolou ($r = -0,20^{*}$) lze vzhledem k nízkým hodnotám považovat pouze za trend. Přesto lze konstatovat, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s méně závažnými problémy v jídelním chování. Zajímavé jsou vztahy psychické odolnosti k dalším faktorům, které ovlivňují problémy v jídelním chování/závažnost experimentu. Ilustrují to tabulky 8 a 9.

Tabulka 8: Korelace mezi psychickou odolností a depresí

	CSOC	CO	MA	MEA	DEP
CSOC	1				
Srozumitelnost	0,76	1			
Zvládnutelnost	0,82	0,44	1		
Smysluplnost	0,68	0,33	0,31	1	
Deprese	-0,70**	-0,46**	-0,67**	-0,41**	1

Vysvětlivky: CSOC = celková hodnota psychické odolnosti, CO = srozumitelnost, MA = zvládnutelnost, MEA = smysluplnost, DEP = celková deprese, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Tabulka 8 ukazuje výsledky korelační analýzy, ze kterých vyplývají statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou psychické odolnosti CSOC, subškálami CSOC a depresí. Statisticky signifikantní vztah byl zjištěn mezi psychickou odolností a depresí ($r = -0,70^{**}$) i subškálami CSOC: srozumitelnost ($r = 0,76$), zvládnutelnost ($r = 0,82$), smysluplnost ($r = 0,68$). Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s méně závažnými projevy deprese. Bližší vztahy mezi smyslem pro soudržnost a projevy deprese u souboru ukazuje tabulka 9.

Tabulka 9: Korelace mezi psychickou odolností a subškálami deprese

	CSOC	DEP	CDIA	CDIB	CDIC	CDID	CDIE
CSOC	1						
Deprese	-0,70**	1					
Špatná nálada	-0,63**	0,87**	1				
Interpersonální potíže	-0,56**	0,76**	0,61**	1			
Nevýkonnost	-0,44**	0,71**	0,48**	0,50**	1		
Anhedonie	-0,61**	0,86**	0,65**	0,55**	0,56**	1	
Snížené sebehodnocení	-0,59**	0,84**	0,67**	0,61**	0,49**	0,70**	1

Vysvětlivky: CSOC = celková hodnota psychické odolnosti, DEP = celková deprese, CDIA = špatná nálada, CDIB = interpersonální potíže, CDIC = nevýkonnost, CDID = anhedonie, CDIE = snížené sebehodnocení, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Tabulka 9 ukazuje výsledky korelační analýzy, ze kterých vyplývají statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou psychické odolnosti CSOC a subškálami deprese. Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi celkovým skóre CSOC a depresí ($r = -0,70^{**}$), mezi subškálou špatná nálada a CSOC ($r = -0,63^{**}$), mezi položkou interpersonální potíže a CSOC ($r = -0,56^{**}$), anhedonií a CSOC ($r = -0,61^{**}$), sníženým sebehodnocením a CSOC ($r = -0,59^{**}$). Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s méně závažnými projevy deprese. Zajímavá je také korelace mezi CSOC a sociální oporou (tabulka 10). Spokojenost s dostupností a kvalitou sociální opory podle řady autorů snižuje závažnost rizikového chování v adolescenci.

Tabulka 10: Korelace mezi psychickou odolností a sociální oporou

	CSOC	OPORA	ROD	KAM
CSOC	1			
Celková spokojenost	0,51**	1		
Opora rodina	0,44**	0,68**	1	
Opora kamarádi	0,40**	0,84**	0,29**	1

Vysvětlivky: CSOC = celková hodnota psychické odolnosti, OPORA = celková spokojenost se sociální oporou, ROD = spokojenost se sociální oporou ze strany rodiny, KAM = spokojenost se sociální oporou ze strany kamarádů, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Tabulka 10 ukazuje výsledky korelační analýzy, ze kterých vyplývají statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou psychické odolnosti CSOC a spokojeností s kvalitou a dostupností sociální opory. Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi CSOC a celkovou spokojeností se sociální oporou ($r = 0,51^{**}$), CSOC a sociální oporou ze strany rodiny ($r = 0,44^{**}$), CSOC a sociální oporou ze strany kamarádů či spolužáků ($r = 0,40^{**}$).

Spokojenost s tělem

Předchozí výsledky potvrdily moderující roli osobnostních faktorů (deprese, psychická odolnost) ve vztahu k experimentu s jídelním chováním. Další část práce ověřuje vztahy mezi faktory ovlivňujícími spokojenost s tělovým schématem. Tabulky 11 a 12 ukazují výsledky korelační analýzy mezi faktory ovlivňujícími sebepojetí v adolescenci.

Tabulka 11: Korelace mezi faktory ovlivňujícími sebepojetí a spokojenost s tělem

	Spokojenost	Hmotnost	BMI	DEP	CDIE	EAT26
(Ne)spokojenost	1					
Rozložení hmotnosti	0,68**	1				
BMI	0,36**	0,41**	1			
Deprese	0,68**	0,41**	0,33**	1		
Snížené sebehodnocení	0,66**	0,42**	0,33**	0,84**	1	
EAT 26	0,42**	0,25*	0,25*	0,47**	0,45**	1

Vysvětlivky: Spokojenost = celková hodnota položek adaptovaného dotazníku Krch a Fialová (2012), DEP = celková hodnota deprese, CDIE = snížené sebehodnocení, EAT 26 = celková hodnota problémů v jídelním chování, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Tabulka 11 ukazuje výsledky korelační analýzy, ze kterých vyplývají statisticky významné vztahy mezi faktory ovlivňujícími (ne)spokojenost s tělem. Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi nespokojeností s tělem a rozložením hmotnosti ($r = 0,68^{**}$), mezi nespokojeností s tělem a BMI ($r = 0,36^{**}$), mezi nespokojeností s tělem a depresí ($r = 0,68^{**}$), mezi nespokojeností s tělem a sníženým sebehodnocením ($r = 0,66^{**}$) a mezi nespokojeností s tělem a problémy v jídelním chování ($r = 0,42^{**}$). Pro dokreslení předchozích výsledků tyto vztahy ukazuje tabulka 12.

Tabulka 12: Korelace mezi depresí a nespokojeností s tělovým schématem

	EAT 26	BMI	DEP	Hmotnost	Hrud'	Prsa	Pas	Boky	Stehna	Vzhled
EAT 26	1									
BMI	0,29*	1								
Deprese	0,47**	0,33**	1							
Hmotnost	0,25*	0,41**	0,41**	1						
Hrud'	0,17	0,08	0,30**	0,20*	1					
Prsa	0,05	-0,19	0,24*	0,05	0,47**	1				
Pas	0,36**	0,41**	0,48**	0,70**	0,30**	0,21*	1			
Boky	0,34**	0,33**	0,47**	0,66**	0,26*	0,19	0,75**	1		
Stehna	0,46**	0,38**	0,55**	0,54**	0,18	0,20*	0,56**	0,57**	1	
Vzhled	0,36**	0,16	0,61**	0,53**	0,31**	0,32**	0,59**	0,62**	0,57**	1

Vysvětlivky: Tabulka ukazuje nespokojenost s částmi těla (Krch, Fialová, 2012). EAT 26 = celková hodnota problémů v jídelním chování, DEP= celková hodnota deprese, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Tabulka 12 ukazuje výsledky korelační analýzy, ze kterých vyplývá statisticky významný vztah mezi celkovou hodnotou deprese a nespokojeností s jednotlivými částmi těla.

Tabulka 13: Hodnocení (ne)spokojenosti s vlastním tělem

1. Šíře ramen	2,29
2. Hrud'	2,44
3. Výška	2,50
4. Paže	2,67
5. Celkový vzhled	2,72
6. Prsa	2,80
7. Pas	2,85
8. Vzhled obličeje	2,92
9. Rozložení hmotnosti	3,06
10. Tvar nohou	3,10
11. Stehna	3,28
12. Boky	3,44

Tabulka 13 uvádí průměry hodnocení jednotlivých částí těla, které jsou seřazeny shora od nejvyšší spokojenosti po spokojenost nejnižší. Nejvyšší spokojenost vykazují dívky se širší ramen, s hrudí, s výškou. Nejméně spokojeny jsou s tvarem nohou, se stehny a s boky. Výsledky potvrzují tvrzení, které uvádí literatura (Fialová, 2001, s. 104), tedy že dívky jsou nejméně spokojeny se svou dolní polovinou těla (boky, stehna atd.).

Následující část kapitoly mapuje výsledky dotazníku vlastní konstrukce, který se zaměřoval na další faktory ovlivňující sebepojetí a vztah k tělu. Zjišťoval odpovědi na otázky týkající se pohybové aktivity a vlivu mediálně prezentovaného ideálu krásy. Připojeny jsou i výsledky standardizovaného dotazníku zjišťujícího důvody, které vedou respondentky ke sportování.

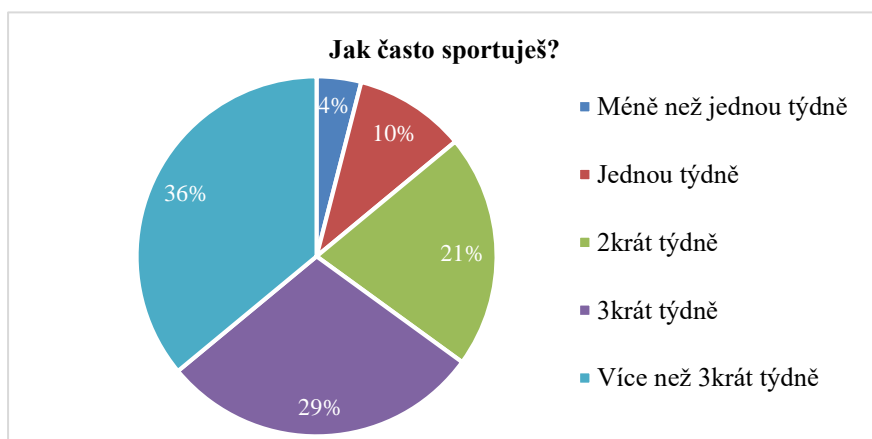
Pohybová aktivita

Nespokojenost s vlastním tělem může vést k potřebě ho změnit pohybovou aktivitou. Fialová (2002, s. 147) říká, že „čím vyšší je nespokojenost s vlastním tělem, tím vyšší je frekvence pohybové aktivity“. Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků však uvádí, že pohybová aktivita dětí a mládeže klesá. Zároveň zmiňuje, že pro více než 85 % dívek je silným motivem pohybové aktivity „vypadat dobře“. Z výzkumů také vyplývá, že 20–25 % dívek ve věku 13-15 let drží dietu nebo vykonávají pohybovou aktivitu ke snížení tělesné hmotnosti (Kalman, Sigmund a kol., 2010, s. 65, 71).



Graf 3: Podíl počtu sportujících a nespportujících respondentek

Graf 3 mapuje odpovědi na otázku, zda dívky sportují či nespportují. 90 %, tedy většina dívek, sportuje. Sportu se nevěnuje pouze 10 % respondentek, což lze považovat za pozitivní zjištění.



Graf č. 4: Čas věnovaný sportování

Na otázku, jejíž odpovědi jsou zobrazeny v **grafu 4**, odpovídaly pouze ty respondentky, které v předchozí otázce označily odpověď „Ano“, tedy že se věnují sportu (graf 3). Graf 4 ukazuje, že pouze 4 % dívek sportuje méně než jednou týdně. Jednou týdně sportuje 10 % dívek, 2krát týdně 21 % dívek a 3krát týdně 29 % dívek. Více než třetina (36 %) dívek sportuje více než 3krát týdně. S přihlédnutím k druhu a intenzitě pohybové aktivity by zde mohlo být na pováženo, zda nedochází k přetěžování

organismu, které může mít i vážné zdravotní důsledky. Vrcholový sport s častými tréninky a s nezdravými váhovými požadavky někdy koreluje i s PPP. Nejčastěji jde o baletky, gymnastky, atletky, žokeje a zápasníky (Fialová, Krch, 2012, s. 193).

Tabulka 14: 8 respondentkami nejpreferovanějších sportů

Sport	Četnost
Běh	32
Tanec	23
Posilování	22
Hasičský sport	17
Jízda na koni	14
Lyžování	13
Plavání	11
Bruslení	9

Tabulka 14 ukazuje 8 nejčastějších odpovědí na otázku, kterému konkrétnímu sportu se sportující respondentky věnují. Nejvíce dívek (32) se věnuje běhu, dále tanci (23 dívek) a posilování (22 dívek). Dle výsledků je zřejmé, že dívky preferují aerobní pohybovou aktivitu, během které dochází ke spalování tuků a hubnutí (běh, tanec, plavání, bruslení). Na druhou stranu posilování, jako jeden z nejčastěji uváděných sportů, patří mezi aktivity anaerobní, které více než k redukci tuku vedou k nabytí svalové hmoty (Spektrum zdraví, 2016, online). Tanec jako druhý nejčastěji uváděný sport má na vrcholové úrovni někdy nastaveny přísné váhové standardy vedoucí až k PPP. Zde by však bylo třeba zjistit podrobnosti o intenzitě a druhu daného sportu.

Tabulka 15: Důvody respondentek k pohybové aktivitě

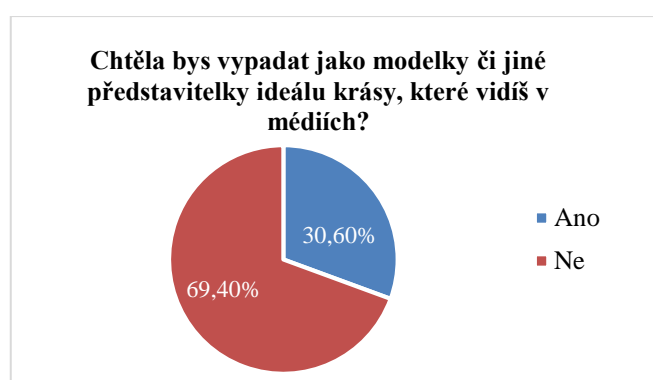
Sportuji protože:	Nesouhlasím	Souhlasím
mě to baví.	5 %	95 %
abych si zlepšila fyzickou zdatnost a výkonnost.	7 %	93 %
je to zdravé.	9 %	91 %
pohyb a sport jsou spojeny s příjemnými pocity a prožitky.	12 %	88 %
dostanu se do přírody.	14 %	86 %
abych přišla na jiné myšlenky.	17 %	83 %
to potřebuji.	17 %	83 %
pohyb snižuje napětí a stres.	19 %	81 %
chci být s kamarády.	24 %	76 %
abych vypadala dobře.	24 %	76 %
potřebuji zhubnout.	53 %	47 %
obdivuji vrcholové sportovce.	53 %	47 %
pohyb a sport mi umožňují vyniknout.	58 %	42 %
sportují rodiče.	68 %	32 %
je to moderní.	83 %	17 %

Tabulka 15 ukazuje výsledky dotazníku zjišťujícího důvody, které vedou sportující respondentky ke sportování. Nejvíce dívek (95 %) sportuje z důvodu, že je to baví. Většina dívek (93 %) také souhlasí s tím, že sportují, aby si zlepšily fyzickou zdatnost a výkonnost. 91 % dívek sportuje, protože je to zdravé. Více než tři čtvrtiny

(76 %) dívek souhlasí, že sportují proto, aby vypadaly dobře. Téměř polovina (47 %) dívek sportuje kvůli potřebě zhubnout. Nejméně (17 %) dívek sportuje proto, že je to moderní.

Ideál krásy prezentovaný médii

Postoj k vlastnímu tělu je u dospívajících mnohdy ovlivněn současným ideálem krásy, který často prezentují média. Kult krásy bývá vzorem, kterému se mladí lidé chtějí připodobnit. Aby dosáhli žádoucích tělesných kvalit, často drží diety, cvičí atd. (Vágnerová, 2005, s. 328). Ve spojení s dalšími psychosociálními faktory může tento fenomén vést k rizikovému chování či až k rozvoji PPP.



Graf 5: Ideál krásy prezentovaný médii

Graf 5 mapuje odpovědi na otázku, zda by respondentky chtěly vypadat jako modelky či jiné představitelky ideálu krásy, které vidí v médiích (v reklamách, na internetu, v časopisech apod.). 69,4 % dotazovaných dívek, by jako představitelky ideálu krásy prezentované médii vypadat nechtělo. Avšak téměř třetina (30,6 %) dívek by jako představitelky ideálu krásy vypadat chtělo.

Následující otázka vedla dívky k popisu, jak podle nich vypadá současný ideál krásy. Více než třetina (46 dívek) se shoduje, že současný ideál krásy má štíhlou postavu. Z toho se 5 dívek domnívá, že ideál krásy by měl mít postavu nezdravě štíhlou až „vychrtlou“. Dále dívky ideálu krásy nejčastěji připisují zdravý a přirozený vzhled, vysportovanou postavu, velká prsa a hýždě a široké boky.

Tabulka 16: Působení současného ideálu krásy na respondentky

Jakým způsobem na Tebe působí současný ideál krásy v médiích?	Procenta
Motivuje mě k pohybové aktivitě.	41,4 %
Nepůsobí na mě.	32,4 %
Vyvolává ve mně pocit méněcennosti či jiné negativní pocity.	31,5 %
Motivuje mě ke zdravé výživě.	18,9 %
Motivuje mě k držení diet.	3,6 %

Tabulka 16 zobrazuje procentuální počet dívek, které jako odpověď na otázku, jakým způsobem na ně působí současný ideál krásy, zvolily dané tvrzení. Respondentky mohly zvolit libovolný počet odpovědí. Dívky se nejvíce shodují v odpovědi, že je ideál krásy motivuje k pohybové aktivitě (41,4 % dívek). Na 32,4 % dívek ideál krásy nijak nepůsobí. V 31,5 % dívek vyvolává ideál krásy pocit méněcennosti či jiné negativní pocity. 18,9 % dívek motivuje ideál krásy ke zdravé výživě. 3,6 % dívek uvádí, že je ideál krásy motivuje k držení diet. Z výsledků vyplývá, že 56,8 % dívek uvedlo, že je ideál krásy motivuje k pohybové aktivitě, ke zdravé výživě či k držení diet.

4.5 Souhrn

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat základní vztahy mezi vybranými psychosociálními faktory ovlivňujícími sebepojetí (vnímání tělového schématu) adolescentek a experimentem s jídelním chováním. Dílčím cílem bylo ověřit vztahy mezi depresivitou, psychickou odolností, problémy v jídelním chování, spokojeností s dostupností sociální opory a spokojeností s tělem. Na začátku výzkumného šetření bylo stanoveno 6 hypotéz sloužících pro ověření výsledků již provedených výzkumů.

H1: Vyšší hodnoty deprese souvisejí se závažnějšími problémy v jídelním chování.

Z korelací v tabulce 3 vyplývá, že vyšší celková hodnota deprese (i vyšší hodnoty jejích subškál) souvisí s vyšší celkovou hodnotou EAT 26 ($r = 0,47^{**}$), tedy se závažnějšími problémy v jídelním chování a s vyšším rizikem rozvoje PPP. Tabulka 4 ukazuje, že vyšší hodnoty deprese souvisejí se závažnějším experimentem v oblasti dietního ($r = 0,45^{**}$) a bulimického ($r = 0,37^{**}$) chování.

Hypotéza potvrzena.

H2: Vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s méně závažnými problémy v jídelním chování.

Tabulka 7 ukazuje, že vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s nižšími hodnotami EAT 26, tedy s méně závažnými problémy v jídelním chování. Vyplývá to především ze vztahů mezi celkovou hodnotou psychické odolnosti a dietním chováním ($r = -0,36^{**}$) a celkovou hodnotou psychické odolnosti a celkovou hodnotou EAT 26

($r = -0,39^{**}$). Lze tedy vyvodit, že psychicky odolnější jedinci méně inklinují k experimentování s jídelním chováním a je u nich menší riziko rozvoje PPP.

Hypotéza potvrzena.

H3: Vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s méně závažnými projevy deprese.

Tabulka 8 nám jasně ukazuje, že vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s méně závažnými projevy deprese ($r = -0,70^{**}$). To potvrzuje i vztah mezi všemi položkami psychické odolnosti a celkovou depresí. V tabulce 9 poté vidíme, že celková hodnota psychické odolnosti záporně koreluje i se všemi subškálami depresivního ladění. Můžeme tedy říci, že jedinci s větším smyslem pro soudržnost lépe zvládají náročné životní situace a vykazují nižší hodnoty depresivního ladění.

Hypotéza potvrzena.

H4: Vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s vyšší spokojeností s dostupností sociální opory.

Z výsledků korelační analýzy znázorněných v tabulce 10 je zřejmé, že vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s vyšší spokojeností s dostupností sociální opory ($r = 0,51^{**}$). Z tabulky vyplývají i vztahy mezi psychickou odolností a spokojeností s dostupností sociální opory ze strany rodiny ($r = 0,44^{**}$) a ze strany kamarádů ($r = 0,40^{**}$).

Hypotéza potvrzena.

H5: Nižší sebehodnocení souvisí s vyššími hodnotami deprese.

Tabulky 3 a 11 ukazují, že nižší sebehodnocení souvisí s vyššími hodnotami deprese. Vyplývá to ze vztahu mezi sníženým sebehodnocením a celkovou hodnotou deprese ($r = 0,84^{**}$) a v tabulce 3 i ze vztahu mezi sníženým sebehodnocením a ostatními položkami depresivního ladění.

Hypotéza potvrzena.

H6: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyšší nespokojeností s tělovým schématem.

Tabulka 12 ukazuje statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou deprese a nespokojeností s jednotlivými částmi těla i s celkovým vzhledem ($r = 0,61^{**}$). Z tabulky vyplývá, že vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyšší nespokojeností s tělovým schématem. Můžeme tedy říci, že jedinci s depresivním laděním mohou vykazovat negativní sebepojetí a nespokojenost s tělem vedoucí až k poruchám tělového schématu. Z tabulky 13 je zřejmé, že respondentky jsou nejméně spokojeny s partiemi dolní poloviny těla (boky, stehna, tvar nohou).

Hypotéza potvrzena.

Všechny uvedené hypotézy se podařilo potvrdit. Z toho vyplývá, že mezi vybranými faktory ovlivňujícími sebepojetí a experimentem s jídelním chováním existují předpokládané vztahy. Bylo také potvrzeno, že vybrané ochranné faktory oslabují vliv faktorů rizikových. Naopak je třeba věnovat zvýšenou pozornost výskytu více rizikových faktorů, které mohou vést k ohrožení zdraví. V případě experimentu s jídelním chováním jde o možný rozvoj PPP.

Výzkumné šetření obsahovalo i otázky zaměřené na pohybovou aktivitu a na postoj respondentek k médii prezentovanému ideálu krásy. Bylo zjištěno, že většina dotazovaných dívek (90 %) se věnuje sportu (viz Graf 3). Více než třetina (36 %) dívek dokonce sportuje více než 3krát týdně (viz Graf 4). Nejčastěji se dívky věnují běhu, tanci a posilování (viz Tabulka 14). Tabulka 15 ukazuje, že nejčastějším motivem k pohybové aktivitě je u respondentek zábava (95 % dívek), ale i zlepšení fyzické zdatnosti (93 % dívek). 76 % dívek sportuje s cílem vypadat dobře a téměř polovina (47 %) dívek sportuje, aby zhubla. Můžeme tedy říci, že adolescentky jsou vysoce pohybově aktivní. Pohybová aktivita má dle odborné literatury pozitivní vliv na sebepojetí. Někteří autoři však upozorňují na nežádoucí účinky intenzivně provozovaného vrcholového sportu s přísně nastavenými váhovými standardy vedoucími až k rozvoji PPP. Další výzkumná šetření by se mohla blíže zaměřit právě na charakter a intenzitu pohybové aktivity a její vztah dalším faktorům ovlivňujícím sebepojetí a k experimentu s jídelním chováním.

Výzkumným šetřením bylo také zjištěno, že téměř třetina (30,6 %) dívek by chtěla vypadat jako ideál krásy prezentovaný médii (viz Graf 5), kterému je respondentkami nejčastěji připisována štíhlá postava. Zajímavým výsledkem je také to, že celých 56,8 %

dívek motivuje současný ideál krásy k pohybové aktivitě, zdravé výživě či držení diet (viz Tabulka 16). Dochází zde tedy k ověření tvrzení, že společností a médií proklamovaný ideál krásy působí na změnu pohybových a stravovacích návyků. Další výzkumná šetření by se mohla podrobněji věnovat právě vlivu mediálně prezentovaného ideálu krásy na sebepojetí adolescentů s bližším zaměřením na sociální sítě.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou sebepojetí a vnímání těla u adolescentů. V období adolescence dochází k řadě změn ve všech oblastech osobnosti. Proměňuje se sebepojetí a postoj k vlastnímu tělu. Období dospívání je samo o sobě označováno za rizikové. Adolescenti často experimentují, což je v určité míře považováno za žádoucí, jelikož napomáhá k nalezení vlastní identity. Překročení určité hranice experimentu však může závažně poškozovat zdraví. Mladí lidé často nejsou spokojeni se svým měnícím se vzhledem, což je vede ke snaze přiblížit se společností uznávanému ideálu krásy např. změnou stravovacích návyků. Rizikové jídelní chování ve spojení s dalšími rizikovými faktory může vyústit až v rozvoj poruch příjmu potravy. Proto je nezbytné zaměřit se na prevenci a výchovu ke zdravému životnímu stylu.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat problematiku sebepojetí a vnímání vlastního těla u adolescentů. Cíl práce se podařilo naplnit. V první kapitole bylo nejprve charakterizováno sebepojetí, následně byly představeny vývojové zvláštnosti období adolescence a zákonitosti formování sebepojetí v adolescenci. Druhá kapitola se věnovala problematice vnímání vlastního těla v období adolescence. Zabývala se tělesnou proměnou dospívajících jako významným faktorem pro změnu sebepojetí. Velká část práce byla věnována vybraným biopsychosociálním faktorům ovlivňujícím tělesné sebepojetí v adolescenci a jejich vzájemným vztahům. Na závěr druhé kapitoly byly uvedeny i některé metody hodnocení tělesného sebepojetí. Třetí kapitola se zabývala rizikovým chováním v dospívání a v návaznosti na to rizikovým chováním v oblasti stravování a v oblasti pohybového režimu a jejich nejzávažnějšími důsledky. Dále byly popsány některé projevy rizikové zaměřenosti na tělo. Závěr teoretické části práce se zaměřil na téma výchovy ke zdraví a zdůraznil důležitost prevence rizikového chování v oblasti tělesného sebepojetí.

Čtvrtá kapitola se zabývala výzkumným šetřením, které mělo za cíl zmapovat základní vztahy mezi vybranými psychosociálními faktory ovlivňujícími sebepojetí (vnímání tělového schématu) adolescentek a experimentem s jídelním chováním. Uvedený cíl byl spolu s hypotézami splněn. Byly ověřeny vztahy mezi depresivitou, psychickou odolností, problémy v jídelním chování, spokojeností s dostupností sociální opory a spokojeností s tělem.

Výzkumné šetření za zaměřilo na dívky ve věku 13–15 let. Dívky byly zvoleny z důvodu častějšího výskytu rizikových faktorů ovlivňujících sebepojetí a vztah k tělu a častějšího rozvoje PPP. Tato tvrzení vyplývají z výsledků dřívějších výzkumů. Šetření bylo provedeno na základních školách a víceletých gymnáziích v Žamberku a v Letohradě. Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno pomocí souboru standardizovaných dotazníku a dotazníku vlastní konstrukce. Korelační analýzou bylo ověřeno, že vyšší hodnoty deprese souvisejí se závažnějšími problémy v jídelním chování. Dále byl zjištěn vztah mezi vyššími hodnotami psychické odolnosti a méně závažnými problémy v jídelním chování a také mezi vyššími hodnotami psychické odolnosti a méně závažnými projevy deprese. Rovněž byl potvrzen předpoklad, že vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s vyšší spokojeností s dostupností sociální opory. Následně bylo ověřeno, že nižší sebehodnocení souvisí s vyššími hodnotami deprese. Na závěr byl prokázán vztah mezi vyššími hodnotami deprese a s vyšší nespokojeností s tělovým schématem.

Výzkumné šetření se mimo ověření hypotéz zaměřilo na další dva faktory ovlivňující sebepojetí a postoj k tělu, a to na pohybovou aktivitu a vliv současného ideálu krásy. Bylo zjištěno, že většina respondentek (65 %) se věnuje sportu 3 a vícekrát týdně a že jedním z nejčastějších důvodů ke sportování je zlepšení fyzické výkonnosti (93 % dívek) či dobrý vzhled (76 % dívek). Téměř polovina (47 %) dívek sportuje, aby zhubla. Dále bylo prokázáno, že více než polovinu (56,8 %) dotazovaných dívek motivuje ideál krásy k pohybové aktivitě či změně stravovacích návyků. Zmíněné chování spojené se snahou o redukci hmotnosti může v případě výskytu dalších rizikových faktorů vyústit až v rozvoj PPP. Mapováním vztahů mezi těmito faktory by se mohla zabývat další výzkumná šetření.

Bakalářská práce by mohla sloužit rodičům, učitelům, vychovatelům, trenérům či výchovným poradcům věnujícím se adolescentům (především dospívajícím dívkám). Výchova ke zdravému životnímu stylu, prevence rizikového chování a jeho včasný záchyt může snížit pravděpodobnost, že se rozvine porucha či bude jinak poškozeno zdraví.

Seznam použitých zdrojů

Knižní zdroje

ANTONOVSKY, Aaron. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

BLATNÝ, Marek. Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In: BLATNÝ, Marek a PLHÁKOVÁ, Alena. *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. s. 87–141. ISBN 80-86620-05-0.

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8.

CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana. Syndrom rizikového chování v dospívání – teoretické předpoklady a souvislosti. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014. s. 32–46. ISBN 978-80-7387-793-4.

FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 80-246-0173-7.

FIALOVÁ, Ludmila. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Grada, 2007. 136 s. ISBN 978-80-247-1622-0.

FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012. 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Karolinum, 2014. 231 s. ISBN 978-80-247-5046-0.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1.

JANOŠOVÁ, Pavlína. Adolescence. In: BLATNÝ, Marek, ed. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum, 2016. s. 99–116. ISBN 978-80-246-3462-3.

JURKECHOVÁ, Martina a OSAĐAN, Róbert. Body image a její sociálně patologické projevy. In: FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Karolinum, 2014. s. 143–153. ISBN 978-80-247-5046-0.

KABÍČEK, Pavel. Vývoj v dospívání. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014a. s. 17–31. ISBN 978-80-7387-793-4.

KABÍČEK, Pavel. Rizikové chování v oblasti pohybového režimu. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014b. s. 329–332. ISBN 978-80-7387-793-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

KUČÍREK, Jiří. *Psychosomatika a děti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 20 s. ISBN 80-86991-80-6.

KUNEŠ, David. *Sebepoznání: psychoterapeutické principy a postupy*. Praha: Portál, 2009. 152 s. ISBN 978-80-7367-541-7.

MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upravené vydání. Praha: Portál. 2003, 144 s. ISBN 80-7178-747-7.

NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

OREL, Miroslav, OBEREIGNERŮ, Radko a MENTEL, Andrej. *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2016. 199 s. ISBN 978-80-244-4998-2.

PAPEŽOVÁ, Hana. Rizikové chování v oblasti stravování. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014. s. 315–327. ISBN 978-80-7387-793-4.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské nezdolnosti*. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

PELCÁK, Stanislav. Vybrané problémy rizikového chování v adolescenci. In: HOFERKOVÁ, Stanislava, ed. *Acta Sociopathologica II*. Hradec Králové: Gaudemus, 2015. s. 53–74. ISBN 978-80-7435-577-6.

SEDLÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada, 2009. 128 s. ISBN 978-80-247-2685-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, © 1999. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

VAŠUTOVÁ, Maria. Vztahy adolescentů. In: VAŠUTOVÁ, Maria a PANÁČEK, Michal a kol. *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 2013. s. 82–92. ISBN 978-80-7464-125-1.

Internetové zdroje

Aerobní cvičení – pohybová aktivita, při níž se dokonale spalují tuky. In: *Spektrum zdraví.cz* [online]. 2016 [cit. 2020-04-11]. Dostupné z: <https://www.spektrumzdravi.cz/fitness/aerobni-cviceni-pohybova-aktivita-pri-niz-se-dokonale-spaluji-tuky>.

EAT-26.com [online]. © 2020 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: <https://www.eat-26.com/>.

Dětská obezita. In: *Státní zdravotní ústav.cz* [online], 2015 [cit. 2020-04-22]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/detska-obezita?highlightWords=BMI>.

FIALOVÁ, Ludmila. Fyzické a psychické aspekty sebepojetí ženy. In: *Tělesná kultura: recenzované periodikum Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010, roč. 33, č. 1, s. 69–80 [cit. 2020-02-24]. ISSN 1803-8360. DOI: 10.5507/tk.2010.005. Dostupné z: <https://www.telesnakultura.upol.cz/pdfs/tek/2010/01/05.pdf>.

HANZLOVSKÝ, Michal. Je těžké být adolescentem. In: *Celostní medicína.cz* [online]. 2010 [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/je-tezke-bytadolescentem.htm>.

KALMAN, Michal, SIGMUND, Erik, SIGMUNDOVÁ, Dagmar, HAMŘÍK, Zdeněk, BENEŠ, Luděk, BENEŠOVÁ, Dana a CSÉMY, Ladislav. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011, 112 s. [cit. 2020-02-24]. ISBN 978-80-244-2985-4. Dostupné z: https://hbsc.cz/wp-content/uploads/2018/09/narodni_zprava_zdravi_ziv_styl.pdf.

KRCH, František David. Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. In: *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii* [online]. Praha: Tigris, 2000,

roč. 4, č. 4, s. 231–235 [cit. 2020-02-24]. ISSN 1212-6845. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2000/04/03krch.pdf>.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. In: *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2016, roč. 17, č. 4, s. 238–239 [cit. 2020-04-24]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/04/09.pdf>.

KYTNAROVÁ, Jitka. Obezita u dětí a její léčba. In: *Šance dětem.cz* [online]. 2016, aktualizováno 2019 [cit. 2020-04-22]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevyhodnenim/obezita-u-deti-a-jeji-lecba.shtml>.

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2010. [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>.

MUDr. Jan Vojáček – Festival Evolution 2019 (září). In: *Youtube.com* [online]. 26. 9. 2019 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?time_continue=6&v=_99SWdrYfzE&feature=emb_title. Kanál uživatele Festival Evolution CZ.

NOVÁKOVÁ, Milena. Nejčastější psychické problémy v dospívání. In: *Šance dětem.cz* [online]. 2015, aktualizováno 2019 [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/nejcastejsi-psychicke-problemy-v-dospivani.shtml>.

PELCÁK, Stanislav a PELCÁKOVÁ, Monika. *Rizikové chování dětí a mládeže* [online]. 2. vydání. Pardubice: Benepal, 2013, 68 s. [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_3_file/Rizikove-chovani-aktualizovana-publikace.pdf.

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018 [cit. 2020-04-24].

Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf.

Projekt sebedůvěry Dove. In: *Dove.com* [online]. 2016 [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <https://www.dove.com/cz/dove-self-esteem-project.html>.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2017. [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/43792/>.

RAŠTICOVÁ, Martina. Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. In: *E-psychologie: elektronický časopis ČMPS* [online]. Praha: Českomoravská psychologická společnost, 2009, roč. 3, č. 1, s. 30–42 [cit. 2020-02-24]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/rasticova.pdf>.

So what did we find. In: *Pretty as a picture* [online]. Credos: London (UK), 2011, p. 4 [cit. 2020-03-19]. Available from: <https://www.adassoc.org.uk/wp-content/uploads/2019/01/Pretty-as-a-picture.pdf>.

STÁRKOVÁ, Libuše. Poruchy příjmu potravy – možnosti a meze pediatrické intervence. In: *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2003, roč. 4, č. 5, s. 259–263 [cit. 2020-02-28]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/05/06.pdf>.

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázky

Obrázek 1: Siluety tělesných typů

Tabulky

Tabulka 1: Složení souboru respondentek

Tabulka 2: Hodnoty deprese u souboru

Tabulka 3: Korelace mezi depresí a celkovou hodnotou EAT 26

Tabulka 4: Korelace mezi depresí a subškálami EAT 26

Tabulka 5: Experiment s jídelním chováním (EAT 26)

Tabulka 6: Hodnoty psychické odolnosti u souboru

Tabulka 7: Korelace mezi psychickou odolností a subškálami EAT 26

Tabulka 8: Korelace mezi psychickou odolností a depresí

Tabulka 9: Korelace mezi psychickou odolností a subškálami deprese

Tabulka 10: Korelace mezi psychickou odolností a sociální oporou

Tabulka 11: Korelace mezi faktory ovlivňujícími sebepojetí a spokojenost s tělem

Tabulka 12: Korelace mezi depresí a nespokojeností s tělovým schématem

Tabulka 13: Hodnocení (ne)spokojenosti s vlastním tělem

Tabulka 14: 8 respondentkami nejpreferovanějších sportů

Tabulka 15: Důvody respondentek k pohybové aktivitě

Tabulka 16: Působení současného ideálu krásy na respondentky

Grafy

Graf 1: Podíl respondentek v kategoriích BMI

Graf 2: Celkové skóre EAT 26

Graf 3: Podíl počtu sportujících a nespokojených respondentek

Graf 4: Čas věnovaný sportování

Graf 5: Ideál krásy prezentovaný médi

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha B: Důvody k pohybové aktivitě

Příloha C: Test jídelních postojů EAT 26

Příloha D: Sebeposuzovací škála depresivity CDI

Příloha E: Dotazník psychické odolnosti CSOC

Příloha F: Dotazník spokojenosti s dostupností sociální opory PSSS

Příloha G: Dotazník spokojenosti s tělem BCS

Přílohy

Příloha A: Dotazník vlastní konstrukce

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ

Třída:	Věk:	Hmotnost/kg:	Výška/cm:
--------	------	--------------	-----------

Odpověz, prosím, na následující otázky. Svou odpověď zakroužkuj nebo napiš.

1. Věnuješ se sportu? Ano Ne
2. Pokud jsi v předchozí otázce odpověděla ano, jak často sportuješ? Méně než 1x týdně 1x týdně 2x týdně 3x týdně Více než 3x týdně
3. Pokud se věnuješ sportu, uveď konkrétní sport(y):
4. Chtěla bys vypadat jako modelky či jiné představitelky ideálu krásy, které vidíš v médiích (na sociálních sítích, v reklamách, v časopisech apod.)? Ano Ne
5. Jak podle Tebe vypadá současný ideál krásy?
6. Jakým způsobem na Tebe působí současný ideál krásy prezentovaný médii? a) Nepůsobí na mě b) Motivuje mě k pohybové aktivitě c) Motivuje mě ke zdravé výživě d) Motivuje mě k držení diet e) Vyvolává ve mně pocit méněcennosti či jiné negativní pocity

Příloha B: Důvody k pohybové aktivitě

Zhodnot' důvody, které Tě vedou k pohybové aktivitě. Zakroužkuj číslo vyjadřující (ne)souhlas s uvedeným tvrzením. Využij toto číselné hodnocení: 1 = silně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = mírně souhlasím, 4 = silně souhlasím. Sportuji, protože:

...to potřebuji	1	2	3	4
...mě to baví	1	2	3	4
...je to zdravé	1	2	3	4
...abych vypadal(a) dobře	1	2	3	4
...chci být s kamarády	1	2	3	4
...je to moderní	1	2	3	4
...abych zlepšil(a) fyzickou zdatnost a výkonnost	1	2	3	4
...abych přišel na jiné myšlenky	1	2	3	4
...pohyb snižuje napětí a stres	1	2	3	4
...pohyb a sport mi umožňují vyniknout	1	2	3	4
...sportují rodiče	1	2	3	4
...obdivuji vrcholové sportovce	1	2	3	4
...potřebuji zhubnout	1	2	3	4
...pohyb a sport jsou spojeny s příjemnými pocity a prožitky	1	2	3	4
...dostanu se do přírody	1	2	3	4

Příloha C: Test jídelních postojů EAT 26

Uveď, jak často se uvedené chování u Tebe vyskytuje nebo jak často nad uvedeným chováním přemýšlíš.

K posouzení použij škálu **1(vždy)** – **6(nikdy)**. Odpověď vyznač kroužkem.

	Vždy	Velmi často	Často	Občas	Zřídka	Nikdy
Mám hrůzu z nadváhy.	1	2	3	4	5	6
Vyhýbám se jídlu, i když mám hlad.	1	2	3	4	5	6
Mám pocit, že se příliš zabývám jídlem – přemýšlím o něm.	1	2	3	4	5	6
Zažívám záchvaty přejídání s pocitem, že možná nebudu moct přestat.	1	2	3	4	5	6
Krájím si jídlo na malé kousky.	1	2	3	4	5	6
Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.	1	2	3	4	5	6
Obzvláště se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem karbohydrátů (např. chléb, rýže, brambory apod.)	1	2	3	4	5	6
Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jed(a) více.	1	2	3	4	5	6
Po jídle zvracím.	1	2	3	4	5	6
Po jídle se cítím extrémně provinile.	1	2	3	4	5	6
Myslím na to, jak toužím být štíhlejší.	1	2	3	4	5	6
Když cvičím, myslím na to, jak spalují kalorie.	1	2	3	4	5	6
Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubený(á).	1	2	3	4	5	6
Zabývám se myšlenkou, že mám na těle	1	2	3	4	5	6
Jíst mi trvá déle než ostatním.	1	2	3	4	5	6
Vyhýbám se jídlům, která obsahují	1	2	3	4	5	6
Jím dietní jídla.	1	2	3	4	5	6
Mám pocit, že jídlo ovládá můj život.	1	2	3	4	5	6
Ohledně jídla se kontrolojuj.	1	2	3	4	5	6
Mám pocit, že mě ostatní nutí do jídla.	1	2	3	4	5	6
Jídlu věnuji příliš času a myšlenek.	1	2	3	4	5	6
Po tom, co sním sladkosti, se cítím nepříjemně.	1	2	3	4	5	6
Držím dietu.	1	2	3	4	5	6
Líbí se mi, když mám prázdný žaludek.	1	2	3	4	5	6
Po jídle je mi na zvracení.	1	2	3	4	5	6
Rád(a) zkouším nová jídla bohatá na živiny.	1	2	3	4	5	6

Za posledních 6 měsíců:	Nikdy	Jednou za měsíc nebo 2 až 3krát měsíčně	Jednou týdně	2 až 6krát týdně	Jednou denně a více	
Měl(a) jsem záchvat přejídání s pocitem, že nemůžu přestat jíst.	1	2	3	4	5	6
Vyvolal(a) jsem si zvracení (nevolnost) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla.	1	2	3	4	5	6
Užil(a) jsem projímadla, pilulky na hubnutí nebo diuretika (látky zvyšující vylučování vody močí) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla.	1	2	3	4	5	6
Cvičil(a) jsem více než 60 minut s cílem snížit nebo udržet si váhu.	1	2	3	4	5	6
Zhubl(a) jsem za posledních 6 měsíců 10 kilogramů nebo více.	ano		ne			

Příloha D: Sebeposuzovací škála depresivity CDI

T-94 Testový sešit

CDI
jméno a příjmení:
věk: dnešní datum:

1
Málokdy jsem smutný.
Často jsem smutný.
Pořád jsem smutný.

2
Nic se mi nedaří.
Nejsem si jistý, jestli se mi daří.
Všechno se mi daří.

3
Skoro všechno dělám dobře.
Hodně věcí dělám špatně.
Všechno dělám špatně.

4
Mnoho věcí mně baví.
Baví mně jenom něco.
Nic mně nebaví.

5
Pořád je mi zle.
Často se cítím špatně.
Málokdy se cítím špatně.

6
Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát.
Mám strach, že se mi může stát něco špatného.
Vím určitě, že se mi něco špatného stane.

7
Nenávídím se.
Nemám se rád.
ám se rád.

všechno špatně můžu já.
lžu za mnoho špatného.
špatné věci obvykle nemůžu.

myslím na to, že bych se zabíj.
mýšlím o tom, že bych se zabíj, ale neudělal bych to,
ci se zabíj.

žádý den je mi do pláče.
to je mi do pláče.
lokdy je mi do pláče.

ichno mě nudí.
to mě něco nudí.
om málokdy mě něco nudí.

n rád mezi lidmi.
to nechci být mezi lidmi.
to nechci být mezi lidmi.

13
Vůbec se nedokážu soustředit.
Je těžké se soustředit.
Snadno se mohu soustředit.

VZOR

Hodnocení

A	...	...	...
B	...	...	...
C	...	...	...
D	...	...	...
E	...	...	...

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

T-94 Testový sešit

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

VZOR

Příloha E: Dotazník psychické odolnosti CSOC

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

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

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

Příloha F: Dotazník spokojenosti s dostupností sociální opory PSSS

Pročti si, prosím, pozorně každou položku a podle svého názoru zakroužkuj u každé to číslo, které vyjadřuje úroveň Tvého souhlasu nebo nesouhlasu.

Uvedená čísla znamenají:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 7 – rozhodně souhlasím | 3 – spíše nesouhlasím |
| 6 – souhlasím | 2 - nesouhlasím |
| 5 – spíše souhlasím | 1 – rozhodně nesouhlasím |
| 4 – nevím | |

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi na blízku. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc, jakou potřebuji. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Moji kamarádi se mi skutečně snaží pomáhat. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Když se mi něco nedaří, mohu se o své kamarády opřít a spolehnout se na ně. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Mám kamarády, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Moje rodina mi při rozhodování pomáhá. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. O svých problémech si mohu se svými kamarády pohovořit. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Lidé, kteří mi jsou ochotni pomoci, poradit a podepřít mne, když jsem v nesnázích, jsou: | | | | | | | |
| I. Členové mé rodiny | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| II. Moji kamarádi | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| III. Moji spolužáci | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IV. Moji učitelé | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Příloha G: Dotazník spokojenosti s tělem BCS

Ohodnoť spokojenost s vlastním tělem na škále od 1 do 5. V řádku zaškrtni vždy jedno políčko.

1-naprostá spokojenost, 5-úplná nespokojenost

	1	2	3	4	5
1. Vzhled obličeje					
2. Výška					
3. Rozložení hmotnosti					
4. Šíře ramen					
5. Hrud'					
6. Prsa					
7. Pas					
8. Boky					
9. Stehna					
10. Tvar nohou					
11. Paže					
12. Celkový vzhled					