

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Jana Vrbová

Ideál krásy a poruchy příjmu potravy u žaček středních škol

Olomouc 2023

Vedoucí závěrečné práce: doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Prohlášení studenta:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, uvádím v seznamu použité literatury a zdrojů.

vlastnoruční podpis studenta

V Olomouci dne 19.4.2023

.....

Bc. Jana Vrbová

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za odborné vedení závěrečné práce, poskytování podnětných rad a příjemnou spolupráci. Dále bych chtěla poděkovat respondentkám za spolupráci při rozhovorech a za sdílení zkušenosti s poruchami příjmu potravy. A v neposlední řadě své rodině a přátelům za podporu a trpělivost při psaní této diplomové práce.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jana Vrbová
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Ideál krásy a poruchy příjmu potravy u žaček středních škol
Název v angličtině:	The ideal beauty standards and eating disorders in high school students
Anotace práce:	Diplomová práce výzkumného zaměření (kvalitativní fenomenologické pojetí) se věnuje ideálu krásy a poruchám příjmu potravy u žaček středních škol. Do zkoumaného souboru bylo zařazeno 8 žaček studujících střední školy a gymnázia. Využita byla metoda dotazování a nástrojem ke sběru dat byl vlastnoručně vytvořený protokol polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor byl zaměřen na tři oblasti: ideál krásy, pohled na vlastní tělo a poruchy příjmu potravy u žaček středních škol. Data prošla obsahovou analýzou a kvalitativním otevřeným kódováním za účelem objevení kategorií.
Klíčová slova:	ideál krásy, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, žákyně, adolescent, polostrukturovaný rozhovor
Anotace v angličtině:	A research-oriented master's thesis (qualitative phenomenological approach) focuses on the ideal of beauty and eating disorders among female high school students. The sample consisted of 8 female students studying at high schools and gymnasia. The method of inquiry utilized was interviewing, and the instrument for data collection was a self-designed protocol of semi-structured

	interview. The semi-structured interviews focused on three areas: the ideal of beauty, the perception of one's own body, and eating disorders among female high school students. The data underwent content analysis and qualitative open coding to uncover categories.
Klíčová slova v angličtině:	ideal of beauty, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, pupil/student, adolescent, semi-structured interview
Přílohy vázané v práci:	Protokol polostrukturovaného rozhovoru Informovaný souhlas a Prohlášení
Rozsah práce:	83 stran (169 592 znaků)
Jazyk práce:	český

OBSAH

1	ÚVOD A HLAVNÍ CÍL PRÁCE	7
2	PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY	9
2.1	Popis rešerší	9
2.2	Poruchy příjmu potravy	10
2.2.1	Historie poruch příjmu potravy	12
2.2.2	Charakteristika poruch příjmu potravy	13
2.2.3	Příčiny vzniku poruch příjmu potravy	21
2.2.4	Prevalence a mortalita poruch příjmu potravy	22
2.2.5	Prevence poruch příjmu potravy	24
2.2.6	Léčba poruch příjmu potravy	25
2.2.7	Dopady poruch příjmu potravy na organismus	29
2.3	Ideál krásy a jeho standardy	30
2.3.1	Historie ideálu krásy	32
2.3.2	Současnost ideálu krásy	34
2.3.3	Spojitosť ideálu krásy s poruchami příjmu potravy	38
3	VÝZKUMNÁ ČÁST	41
3.1	Metodika studie	41
3.2	Výsledky	46
4	DISKUSE	65
4.1	Popis rešerší k diskusi	65
4.2	Text diskuse	70
5	SOUHRN A ZÁVĚRY	73
	Seznam zkratk	75
	Seznam použitých zdrojů	76
	Seznam tabulek	82
	Seznam příloh	83

1 ÚVOD A HLAVNÍ CÍL PRÁCE

Jednu šestinu celosvětové populace představují adolescenti. Toto vývojové období je vymezováno mezi dětstvím a dospělostí, od 10. do 19. roku života. Adolescenti zažívají rychlý fyzický, kognitivní a psychosociální růst, který ovlivňuje, jak se cítí, myslí, rozhodují a jak komunikují s okolním světem. Dospívání je důležitou a jedinečnou fází pro položení základních vzorců zdraví. Tyto vzorce mohou zdraví jedinců a ostatních ovlivňovat pozitivně či negativně (WHO, online, 2023).

Prvotní onemocnění poruchami příjmu potravy (PPP) se obvykle objevuje právě během dospívání a mladé dospělosti (Rangé et al., 2021, s. 18). Poruchy příjmu potravy tvoří třetí nejčastější skupinu chronických onemocnění u dospívajících ve věku 14–19 let po astmatu a obezitě (Jowik et al., 2020, s. 223; Golden, Schneider a Wood, 2016, s. e1). Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) se tyto poruchy projevují abnormálním stravovacím chováním a nadměrnou zaujatostí jídlem. Ve většině případů jsou doprovázeny častým sledováním tělesné hmotnosti a přehnanou péčí o vzhled (WHO, online, 2023), což souvisí s nespokojeností s tělesnými rozměry právě v období intenzivních fyzických i psychických změn. Celosvětový výskyt PPP se za posledních 20 let zdvojnásobil. PPP postihují převážně dívky, s poměrem 10:1 k opačnému pohlaví (Uzunian a Vitale, 2015, s. 3496).

Ideálem krásy je v dnešní společnosti štíhlé tělo. Tělesné normy a stravovací návyky jsou dospívajícím nejvíce prezentovány prostřednictvím médií (Uzunian a Vitale, 2015, s. 3496). V dnešní době je internet primárním sdělovacím prostředkem. Dospívající na internetu používají zejména sociální sítě. Mladé ženy a dívky se v médiích denně setkávají s hubenými a atraktivními ženskými postavami, které často představují modelky a slavné osobnosti. Modelky a celebrity nastavují standard pro ideál krásy. Pokud se s touto normou mladé dívky ztotožní, mohou o sobě začít pochybovat a pociťovat negativní emoce vůči svému tělu, vzhledu či váze (Brown a Tiggemann, 2016, s. 37, 38).

Sociokulturní faktory, jako je tlak vyvíjený médii, společností, členy rodiny a přáteli na štíhlé tělo, zvyšují pravděpodobnost vzniku poruch příjmu potravy u adolescentů (Uzunian a Vitale, 2015, s. 3504). To potvrzuje i Stabouli et al. (2021, s. 4) a dodává, že fotky v televizi nebo na sociálních sítích s ideály štíhlosti a krásy přispívají k tělesné nespokojenosti, která může působit jako rizikový faktor ke vzniku PPP.

Poruchy příjmu potravy mohou být znepokojivé vzhledem k jejich vážným zdravotním důsledkům, které mohou vést k významnému poškození zdraví, psychosociálního fungování a kvality života (Stabouli et al., 2021, s. 3). Statisticky mají nejvyšší mortalitu ze všech psychiatrických poruch. Procentuálně dosáhly až 5,6 % z celkové úmrtnosti za poslední dekádu (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3496).

Motivací k vypracování této diplomové práce byla osobní zkušenost s ideály krásy a problematickým stravováním autorky. Ideální postavy žen a dívek z okolí, médií a sociálních sítí autorku v průběhu dospívání velice ovlivňovaly. V dnešní době, jsou celkově média, ale hlavně sociální sítě daleko více přístupná mladým dívkám, než tomu bylo dříve.

Ve výzkumné studii této diplomové práce byl zkoumán problém vnímání ideálu krásy žačkami středních škol, které si prošly poruchami příjmu potravy. Hlavní výzkumná otázka byla ve znění: Jak vnímají ideál krásy žačky středních škol, které si prošly poruchami příjmu potravy?

2 PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY

Přehledová část diplomové práce byla vypracována na podkladě informací získaných ze čtyřiceti sedmi odborných textů. Jedná se o 12 česky a 35 anglicky psaných titulů. Jejich bibliografické citace jsou uvedeny v Seznamu použitých zdrojů.

2.1 Popis rešerší

První rešeršní otázka (RO) byla formulovaná ve znění: **Jaké jsou dostupné texty o poruchách příjmu potravy (hlavní pojem) u žaček středních škol? (kontext)**

K vyhledávání byla využita hesla: poruchy příjmu potravy OR mentální anorexie OR mentální bulimie OR záchvatovité přejídání OR psychogenní přejídání; žačky středních škol OR adolescentky OR náctiletí. V angličtině byla využita hesla: eating disorders OR disordered eating OR anorexia nervosa OR bulimia nervosa OR binge eating; high school students OR adolescents OR teenagers.

První rešerše byla provedena 31.1.2023 prostřednictvím vyhledávače PubMed s omezením výsledků na český, slovenský a anglický jazyk, publikační období mezi 2013-2023. Vyřazujícími kritérii byly nepřístupný celý text článku a nerecenzovaná periodika.

Druhá rešerše ke stejné RO byla provedena v databázi časopisů SOLEN, 31.1.2023. Omezení publikačního období bylo 2013-2023 a jazyk český a slovenský.

Třetí rešerše byla provedena v databázi Google Scholar 31.1.2023. Výsledky byly omezené na český, slovenský a anglický jazyk a publikační období mezi 2010–2023. Vyřazujícími kritérii byly závěrečná, bakalářská, diplomová, disertační, kvalifikační práce a pojem thesis.

Po vyhodnocení relevance obsahu textů vůči rešeršní otázce ze všech e-zdrojů bylo mezi relevantními výsledky rešerší zařazeno 28 textů, z nichž byla jedna česká knižní publikace, 5 českých vědeckých článků a 22 anglicky psaných odborných článků.

Druhá RO byla formulována ve znění: **Jaké jsou dostupné texty o ideálu krásy (hlavní pojem) u žaček středních škol? (kontext)**

K vyhledávání byla uplatněna rešeršní strategie s hesly pro hlavní pojem: ideál krásy OR standard krásy OR sociokulturní ideál krásy OR ideální postava a pro kontext: žačky středních škol OR adolescentky OR náctiletí. Pro anglický jazyk byl hlavní pojem přeložen na hesla:

Ideal beauty OR beauty standards OR sociocultural ideal of beauty OR ideal body a pro kontext byla použita anglická hesla: high school students OR adolescents OR teenagers.

První rešerše byla provedena 1.2.2023 s využitím vyhledávače Science Direct. S omezením na český a anglický jazyk a publikačním obdobím 2013-2023.

Druhá rešerše byla provedena v databázi PubMed 1.2.2023. S omezením na český a anglický jazyk a publikačním obdobím 2013-2023.

Další rešerše ke stejné RO byla provedena v databázi EBSCO 1.2.2023. S omezením na anglický jazyk, plný text, recenzovaná periodika a publikačním obdobím 2013-2023

Poslední rešerše ke stejné RO byla provedena v databázi Google Scholar 1.2.2023. Výsledky byly omezené na český, slovenský a anglický jazyk a publikační období mezi 2005–2023. Vyřazujícími kritérii byly závěrečná, bakalářská, diplomová, disertační, kvalifikační práce a pojem thesis.

Mezi relevantní výstupy těchto rešerší bylo zařazeno 15 textů. Jednalo se o 3 české knižní publikaci a 12 anglicky psaných odborných článků.

Pro komplexní informace byly přidány texty z webových stránek: who.int, uzis.cz, statista.com a mkn10.uzis.cz.

2.2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou závažná psychiatrická onemocnění s fyzickými i psychickými následky na organismus a značným poškozením zdraví jedince (Hail a Le Grande, 2018, s. 11). Koutek a Kocourková (2015, s. 11) popisují PPP, jako civilizační choroby, které jsou způsobeny sdružováním jednotlivých biologických, sociálních a psychologických vlivů. PPP jsou definovány jako přetrvávající problémy s příjmem potravy a abnormální až patologické chování související s jídlem. Tyto stravovací návyky vedou ke změně konzumace a vstřebávání potravy, což významně narušuje fyzické a psychosociální fungování (Rangé et al., 2021, s. 17). Tato onemocnění jsou potenciálně život ohrožující a mají dopad na komplexní vývoj dospívajících (Hornberger a Lane, 2021, s. e1).

První onemocnění PPP se nejčastěji vyskytuje během dospívání a rané dospělosti (Rangé et al., 2021, s. 18; Hail a Le Grande, 2018, s. 11). Poruchy příjmu potravy zasahují do života jedince mezi 14. a 15. a také mezi 17. a 18. rokem života. V tomto vývojovém období, tedy

v pubertě a adolescenci, je nejvýraznější somatické i psychologické zrání osobnosti, které klade vyšší nároky na organismus. PPP jsou nejvíce postihnuty dospívající jedinci ženského pohlaví (Koutek a Kocourková, 2015, s. 11). Pro dívky a ženy jsou PPP nejčastější a nejzávažnější zdravotním komplikací (Krch, 2016, s. e10). Koutek a Kocourková (2015, s. 11) i Krch (2016, s. e10) popisují, že PPP mohou onemocnět i chlapi. Dospívající jedinci mužského pohlaví onemocní některou z diagnóz PPP v poměru 1:10 k dívkám a mladým ženám. Dosahují tedy maximálně 10 % z celkového počtu nemocných. Dle Rangé et al. (2021, s. 18) se k mladým dívkám do nejrizikovější skupiny pro vznik PPP řadí i osoby s PPP v minulosti, s rodinnou anamnézou PPP nebo obezitou a mladiství s obavami o svou váhu v důsledku gastrointestinálních a psychických poruch. Modelky, sportovci ve sportovních disciplínách s váhovými kategoriemi a jedinci, dodržující určitou dietu, například pro diabetes typu 1, jsou těmito onemocněními také velmi často postiženi.

Autoři Frank, Shott a DeGuzmann (2019) ve svém článku popisují dva typy poruch příjmu potravy. Restriktivní typ a typ purgativní. K restriktivnímu typu PPP řadí autoři mentální anorexii. K druhému typu patří jedinci, kteří zažívají časté záchvaty přejídání a samovolně si vyvolávají zvracení, aby se vyhnuli přibývání na váze, které plyne z nadměrného příjmu stravy (Frank, Shott a DeGuzmann, 2019, s. 3). Osoby s diagnózou jedné z PPP ve velké míře pozorují vlastní tělo, svoji váhu a vzhled. Mají strach ze ztloustnutí, snaží se zhubnout a v důsledku toho se nadměrně zabývají stravou a pohybem. Ve vážných případech se jedinci pokoušejí snížit hmotnost nejen častým a vysilujícím cvičením, nedostatkem potravy a hladověním, ale také navozením zvracení či průjmu. Což ale často zvyšuje riziko následného přejídání (Krch, 2016, s. e11). Společným rysem jedinců s PPP je nízké sebevědomí se sklonem k depresivním náladám. Teenageři s poruchami příjmu potravy mají zkreslený dojem o svém těle, a proto jsou více nespokojeni se svou fyzickou stránkou (Mento et al., 2021, s. 1). Až ve 30–40 % pacientů s PPP se může vyskytnout sebepoškozování. Depresivní nálada, pocity marnosti, zoufalství a úleva v podobě odchodu ze světa mohou u adolescentů s PPP vést až k suicidii (Kocourková a Koutek, 2014, s. 55).

Nadměrný zájem o stravu může být pro okolí často skryt za snahu jíst zdravě (Krch, 2016, s. e11). U adolescentů s nadváhou je hubnutí zpočátku chváleno a podporováno členy rodiny, přáteli a poskytovateli zdravotní péče, ale pokračující nadměrné zaujetí hubnutím může vést k sociální izolaci a podrážděnosti (Golden, Schneider a Wood, 2016, s. e3). Krch (2016, s. e11) dodává, že mohou být narušeny sociální vztahy jedinců, z důvodu vyhýbání se stravování ve škole nebo v rodině.

Jednotlivé PPP mezi sebou často přecházejí a mohou se překrývat (Rangé et al., 2021, s. 18). Diagnostikování těchto onemocnění je se spolupracujícím pacientem relativně snadné. Pokud ale pacient zatajuje příznaky, není motivován k léčbě nebo se bojí, může tento proces trvat i několik let (Papežová, 2010, s. 132). To znamená, že ze své podstaty mohou být onemocnění skrytá po dlouhou dobu a nemusí se projevit (Neale a Hudson, 2020, s. 2). Mnoho jedinců s PPP tedy není diagnostikováno, tudíž se jim nedostává potřebné podpory (Uchôa et al., 2019, s. 9).

2.2.1 Historie poruch příjmu potravy

V historii jsou popsány různé formy narušeného příjmu potravy. Již ve 14. století existuje případ dívky, která dobrovolně zemřela hladem (Papežová, 2010, s. 20). Nejstarší lékařská zpráva o dospívajícím pacientovi s PPP byla zaznamenána před více než 300 lety (Hornberger a Lane, 2021, s. e1).

Mentální anorexie

V 17. století se popisují první případy PPP, které by mohly dle klinického obrazu připomínat dnešní mentální anorexii. Prvním známým odborníkem, který mentální anorexii popsal, byl Richard Morton právě v 17. století. Dalšími odborníky byly v 18. století anglický neurolog Whytt a francouzský lékař Nadeau. O století později byla mentální anorexie rozdělena francouzským fyziologem a frenologem Fleury Imbertem na anorexii gastrickou z důvodu poruchy trávení a anorexii nervovou způsobenou ztrátou mozkových signálů pro pocit hladu. Až ve druhé polovině 19. století se diagnostikovaly věrohodné případy mentální anorexie francouzským lékařem Louis-Victor Marcé. Podrobný popis této nemoci, který je platný dodnes, podali nezávisle na sobě Sir William Whitey Gull a Ernest-Charles Laségue v roce 1870. V první polovině 20. století byla mentální anorexie zařazena do duševních poruch. V Československu v polovině 20. století popsal mentální anorexii prof. Otakar Janota. Na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze byla v roce 1983 založena Jednotka specializované péče pro pacienty trpící PPP, která byla prvním specializovaným zařízením pro PPP ve střední a východní Evropě (Papežová, 2010, s. 20-22).

Mentální bulimie

Nadměrná konzumace jídla a následné zvracení byl normální jev mezi vysoko postavenými vrstvami společnosti v období antického Říma. Ve starověku a středověku bylo

přejídání a obžerství ve vyšších vrstvách rovněž normální a sloužilo také pro jejich pobavení. V novodobé historii byla mentální bulimie dlouho považovaná za poruchu gastrointestinálního traktu (Papežová, 2010, s. 22, 23). Poprvé byl použit termín bulimia nervosa Geraldem Russelem v roce 1979, který toto onemocnění popsal a definoval (Gorrell a Le Grange, 2019, s. 537; Nitsch et al., 2021, s. 335, Papežová, 2010, s. 23).

Psychogenní přejídání

Záchvatovité přejídání bylo poprvé popsáno v 50. letech 20. století. Albertem Stunkardem (Bohon, 2019, s. 549), který studoval stravovací návyky obézních pacientů. Zájem o tento fenomén vzrostl především v 80. letech 20. století, kdy byla popsána diagnóza mentální bulimie s epizodou záchvatovitého přejídání jako jedním z jejích příznaků. V následujících letech byla zjištěna korelace příznaků záchvatovitého přejídání a obezity. Až 30 % obézních dětí mělo epizody záchvatovitého přejídání bez kompenzačního chování, jako je vyvolané zvracení nebo průjem (Jowik et al., 2020, s. 224). Porozumění záchvatovitému přejídání se v průběhu let zvýšilo, což vedlo k zahrnutí psychogenního přejídání jako oficiální diagnózy (Bohon, 2019, s. 550).

Konec minulého a začátek tohoto tisíciletí je vyznačován mnoha různými publikacemi o poruchách příjmu potravy. Dodnes je prozkoumávána etiopatogeneze, diagnostika, rizika pro organismus, rozdělování typů těchto onemocnění a léčba kompletního spektra PPP (Papežová, 2010, s. 23).

2.2.2 Charakteristika poruch příjmu potravy

Dle 10. revize Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) v aktuální platnosti patří poruchy příjmu potravy do kapitoly F00-F99 Poruchy duševní a poruchy chování. V této kapitole se přiřazují k oddílu F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, kde se dále dělí na jednotlivé druhy tohoto onemocnění. Mezi ně patří Mentální anorexie, Atypická mentální anorexie, Mentální bulimie, Atypická mentální bulimie, Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (Psychogenní zvracení), Přejídání spojené s psychologickými poruchami (Psychogenní přejídání), Jiné poruchy příjmu potravy a Poruchy příjmu potravy NS (nespecifické) (MKN-10, online, 2023). Nejvíce studované poruchy příjmu potravy jsou mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB) (Uzunian a Vitale, 2015, s. 3496).

Onemocnění poruch příjmu potravy často přechází z jedné formy poruchy na jinou (Rangé et al., 2021, s. 18). To potvrzuje i Krch (2016, s. 11), který nazývá PPP jako fluktuální a živý problém.

Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je psychická porucha, která vážně ovlivňuje somatický stav jedince (Koutek a Kocourková, 2015, s. 11). MA vykazuje komplexní působení neurobiologických, psychologických a environmentálních faktorů a je chronickou poruchou s častým relapsem a závažnou zátěží na organismus (Frank, Shott a DeGuzmann, 2019, s. 3).

Vrcholné vývojové období nástupu mentální anorexie se mezi autory liší jen minimálně. Nejčastější nástup onemocnění je popisován v období dospívání (Mento et al., 2021, s. 1). Dle autorů Golden, Schneider a Wood, (2016, s. 2) se MA vyskytuje již v rané až střední adolescenci, kdežto Neale a Hudson (2020, s. 1) udávají nejčastější věk nástupu mentální anorexie mezi 15–19 lety. Jagielska a Kacperska (2017, s. 206) popisují vrchol výskytu mezi 14 a 18 let věku a dodávají, že přibližně 85 % případů začíná před 20. rokem věku a téměř všechny před 25. rokem. Adolescenti tvoří 40 % všech nově diagnostikovaných případů (Jagielska a Kacperska, 2017, s. 206). Diagnóza MA může být v této vývojové kategorii zničující a potenciálně zahrnuje i riziko sebevraždy (Mento et al., 2021, s. 1). MA se vyznačuje nejvyšší mortalitou ze všech psychiatrických stavů (Jagielska a Kacperska, 2017, s. 206).

Mentální anorexie je psychická porucha charakterizovaná nízkou tělesnou hmotností v důsledku podvýživy, která je navozená dobrovolně a účelně (Fazeli a Klibanski, 2018, s. 896) Jedinci s MA mají stálé patologické obavy o váze a fyzickém vzhledu jejich těla, které vedou k omezenému perorálnímu příjmu stravy, celkově nízkému energetickému příjmu a následně nízké hmotnosti a jejímu výraznému úbytku (Neale a Hudson, 2020, s. 1; Resmark et al., 2019, s. 1; Rangé et al., 2021, s. 17). Tělesná hmotnost, je výrazně nižší ve srovnání s váhou přiměřenou výšce a věku zdravých jedinců stejného pohlaví (Frank, Shott a DeGuzmann, 2019, s. 3). Jedinci s MA mají celkové zkreslené představy o pojmu nadváha, o hmotnosti, příjmu kalorií, potravinách, které by se měly nebo neměly jíst, stejně tak jako o frekvenci cvičení nebo jiných kompenzačních chování, jako je zvracení (Neale a Hudson, 2020, s. 2).

Intenzivní a záměrná ztráta hmotnosti se projevuje z důvodu fyzického a psychického strádání. Zkreslené vnímání tělesného obrazu, umocňuje další omezování v jídle (Uzunian a Vitale, 2015, s. 3496). Jedinci s diagnózou mentální anorexie jsou postiženi podvýživou různého stupně s přeměnami v endokrinním a metabolickém systému a alteracemi tělesných

funkcí. Mezi nejpatrnější symptomy patří omezování ve výběru jídla, zvýšená tělesná aktivita, užívání diuretik a anorektik spolu s vědomým navozováním zvracení a průjmů (MKN-10, online, 2023). Podstatným příznakem je porušené vidění vlastního těla, kdy je jedinec vyhublý, ale vidí své tělo jako silné. Toto onemocnění doprovází sociální izolace, podrážděnost až sebevražedné sklony či sebepoškozování. Mnoho pacientů je postiženo komorbidními psychickými chorobami, jako je deprese či obsedantně-kompulzivní porucha, kterou má zprvu jedinec pod kontrolou, poté se však může přehoupnout a jedinec ji přestává ovládat (Koutek a Kocourková, 2015, s. 12). Pacienti s MA také pociťují úzkost, která pramení z přemíry sledování vlastního těla a potravy. Úzkostné stavy často ovlivňují i jiné stránky života nemocného (Krch, 2016, s. e11). Jedinci se považují za neschopné socializace a často se cítí podřízeni ostatním (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3502). Onemocnění MA ovlivňuje také vzdělávací a profesní rozvoj jedinců (Resmark et al., 2019, s. 2). Příznaky špatné nálady a úzkosti se však mohou zlepšit s postupným nabíráním tělesné hmotnosti (Neale a Hudson, 2020, s. 6).

Klinický obraz jedince s PPP je vyznačován kachexií, amenoreou, vypadáváním vlasů a lámavostí nehtů. Kůže je suchá a pokryta jemnými chloupky tzv. lanugem. Jedinci mohou subjektivně pociťovat bolesti břicha a objektivně lze naměřit bradykardii a zjistit srdeční arytmií. U postižených se objevují metabolické změny, známky dehydratace, anemie, hypokalemie a hypochloremie (Koutek a Kocourková, 2015, s. 11, 12). Další pozorovatelné jevy jsou bledost, špatný chrup a zvětšení příušní žlázy (Neale a Hudson, 2020, s. 2). Důsledky hladovění mohou mít negativní dopad na hustotu kostí, růst a zrání mozku zejména u dětí a dospívajících (Resmark et al., 2019, s. 2).

Mentální anorexie je diagnostikována na základě kritérií, daných MKN-10 v aktuální platnosti. Prvním kritériem je tělesná hmotnost 15 % pod normou hmotnosti nebo BMI (Body mass index) pod 17,5 nebo pokud tělesný růst nekoresponduje s váhou jedince dle norem. Další bod, který jedinci s MA splňují je samovolně navozené snížení hmotnosti omezováním potravy či nadměrným cvičením. Dále přítomnost přetrvávajícího strachu z nadváhy, porucha tělesného schématu. A v neposlední řadě endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy, která může u dívek způsobit amenoreu a opoždění puberty (Koutek a Kocourková, 2015, s. 11). Důkladná anamnéza by měla zahrnovat otázky týkající se rychlosti a množství úbytku hmotnosti, kompenzačního chování (půst, samovolně vyvolané zvracení, užívání laxativ nebo diuretik), cvičení, menstruační anamnézu a otázky k identifikaci fyzických příznaků podváhy nebo úbytku hmotnosti, jako je např. nesnášenlivost chladu, únava, závratě nebo mdloby, bolest

na hrudi a bušení srdce. Součástí vyšetření by mělo být i měření hmotnosti a výšky, u dětí a mladých lidí se zaměřuje na standardizovaný index tělesné hmotnosti pro věk a pohlaví, který se vztahuje k procentu průměrné tělesné hmotnosti pro věk a pohlaví (Neale a Hudson, 2020, s. 2).

Ostatní specifikované porucha příjmu potravy se vztahují na pacienty, jejichž symptomy nesplňují všechna kritéria pro poruchu příjmu potravy, přestože způsobují značné potíže a poškození (Hornberger a Lane, 2021, s. e3). Atypická mentální anorexie, je další onemocnění patřící do kategorie poruch příjmu potravy. Jak už z názvu napovídá, atypická forma tohoto onemocnění nesplňuje všechna diagnostická kritéria pro MA, ale pouze některá (MKN-10, online, 2023). Při výrazném úbytku hmotnosti, kdy je Index tělesné hmotnosti (BMI) v rozmezí normy, nadváhy nebo obezity, mohou být pacienti s PPP přehlédnuti, přičemž mohou zaznamenávat stejně závažné zdravotní komplikace jako ti, kteří mají dle BMI těžkou podváhu (Hornberger a Lane, 2021, s. e3).

Pacientům s diagnózou mentální anorexie dle článku od autorů Resmark et al. (2019) trvá roky, než dosáhnou první remise nebo se trvale uzdraví. Vzhledem ke svému těžkému a protrahovanému průběhu představuje MA vysokou emocionální a ekonomickou zátěž pro nemocné, pečovatele a společnost obecně. Léčba MA je tedy z mnoha pohledů náročná. Pro zlepšení prognózy a šance na uzdravení, by měli být jednotlivci, kteří se s touto nemocí potýkají, dobře informováni o povaze a problémech MA (Resmark et al., 2019, s. 1, 2).

Mentální bulimie

Mentální bulimie (MB) je psychické onemocnění, které je 4krát častější než mentální anorexie (Nitsch et al., 2021, s. 333). Je charakterizovaná nadměrnou kontrolou tělesné váhy, jako je tomu u MA, která ale vede k přejídání a následnému zvracení nebo užití laxativ (MKN-10, online, 2023). Vrcholný věk propuknutí mentální bulimie je pozdní adolescence (Golden, Schneider a Wood, 2016, s. e2). MB je mnoha autory charakterizována, jako opakujícími se epizody požití objektivně velkého množství jídla s přidruženou ztrátou kontroly a také nevhodným kompenzačním chováním, jako je samovolně vyvolané zvracení, nadužívání projímadel nebo diuretik, hladovění nebo nadměrné cvičení a zkreslený pohled na tvar a hmotnosti těla (Hail a Le Grande, 2018, s. 11; Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3496; Gorrell a Le Grange, 2019, s. 537; Hagan a Walch, 2021, s. 40; Stabouli et al., 2021, s. 4). Samovolně vyvolané zvracení a zneužití laxativ tvoří více než 90 % vyprazdňovacích pokusů u pacientů s MB (Nitsch et al., 2021, s. 334).

Při onemocnění MB jedinec obvykle zůstává na normální tělesné váze nebo má mírnou nadváhu (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3496). V dutině ústní a na měkkém patru může mít traumatizované sliznice od vkládání cizích předmětů nebo prstů pro vyvolání zvracení. U MB se často vyskytují zubní eroze a kazy, epistaxe, chrapot, dysfagie a kašel (Nitsch et al., 2021, s. 335). Také se mohou objevit oděrky a mozoly na kloubech prstů dominantní ruky, při častém vyvolávání zvracení (Hornberger a Lane, 2021, s. e8). Tomuto jevu se říká Russellův znak, podle Geralda Russella, který jako první definoval MB (Nitsch et al., 2021, s. 335).

MB je komplexní psychiatrické onemocnění s nesčetnými zdravotními komplikacemi, z nichž některé mohou být život ohrožující (Nitsch et al., 2021, s. 341). MB je spojena s funkčními poruchami organismu a komorbidními onemocněními (Hagan a Walch, 2021, s. 40). Pacienti s mentální bulimií jsou vystaveni riziku vzniku zdravotních komplikací, které postihují všechny tělesné systémy, zejména ledvinový a elektrolytový. Dále také vytváří kardiovaskulární, pulmonální, endokrinní a gastrointestinální komplikace (Nitsch et al., 2021, s. 333). Časté zvracení a nutriční strádání může rozvrátit elektrolytovou rovnováhu a nastolit různé somatické problémy (MKN -10, online, 2023), mezi které patří porušení zubní skloviny, zvýšená tvorba kazů na zubech, zvětšení příušních žláz se zvýšenými hladinami amylázy, dehydratace, hypokalemické alkalóze, hypokalemii a hypochloremii, což může vést k arytmií až k zástavě srdeční činnosti (Koutek a Kocourková, 2015, s. 12). Ukončení chování může zvrátit některé zdravotní komplikace, ale ne všechny (Nitsch et al., 2021, s. 333).

Psychický stav jedince se vyznačuje nutkavou touhou po hubeném těle, ztrátou kontroly nad jídlem, pocity viny a znechucení, depresí a sebepoškozováním (Koutek a Kocourková, 2015, s. 12). Potíže s regulací emocí se vyskytují v celém spektru PPP, ale jsou nejzávažnější u mentální bulimie (Hornberger a Lane, 2021, s. e8). Do běžného života se může přenést také silná impulzivita a nekompetentnost při zvládnutí onemocnění (Krch, 2016, s. e11). Pacienti s MB mají potíže s navazováním zdravých sociálních vztahů (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3502). U tohoto onemocnění je také velmi časté impulzivní sebepoškozování. K impulzivnímu poškozování sebe sama jedinci provozují řezání a pálení. Nejčastěji se tyto projevy pojí s depresí a zneužitím v anamnéze (Kocourková a Koutek, 2014, s. 55). Většina morbidity a úmrtnosti u pacientů s MB je přímým důsledkem výše uvedených očištěných chování a následných poruch elektrolytů a acidobazické rovnováhy (Nitsch et al., 2021, s. 341).

Diagnostická kritéria mentální bulimie jsou: neodolatelná touha po jídle a starost o něj, záchvaty přejídání, snaha zbavit se kalorií z jídla, navozené zvracení, nadužívání laxativ. Dále

strach z nadváhy, nižší hmotnostní práh než premorbidní hmotnost a MA v anamnéze (Koutek a Kocourková, 2015, s. 11). Páté vydání Diagnostického a statistického manuálu pro duševní poruchy (DSM-5) uvádí, že epizody záchvatovitého přejídání a kompenzačního chování se musí vyskytovat minimálně jednou týdně v průběhu tří měsíců (Hail a Le Grange, 2018, s. 11; Gorrell a Le Grange, 2019, s. 537). Závažnost MB je určena frekvencí způsobu očištění chování nebo stupněm funkčního poškození. Někteří pacienti mohou zvracet několikrát denně, zatímco jiní mohou užívat značné množství laxativ. Někteří se mohou zapojit do mnoha různých očištných chování, u kterých se ukázalo, že je spojeno s větší závažností onemocnění (Nitsch et al., 2021, s. 334).

Atypická mentální bulimie splňuje pouze část diagnostických kritérií MB, ale nepotvrzuje celkový klinický obraz tohoto syndromu. Může se objevit pouze záchvatovité přejídání či užívání projímadel a nemusí se projevit zvýšená pozornost vlastní váze či hmotnostní změny (MKN-10, online, 2023).

Tradiční diagnostické přístupy spoléhají na to, že pacient hlásí symptomy, které pociťuje, přesto stud a strach často brání odhalení onemocnění a vyhledání potřebné léčby (Hail a Le Grange, 2018, s. 12). Většina pacientů s MB má navíc normální hmotnost, a tak se často mohou vyhnout diagnostice poruchy příjmu potravy (Nitsch et al., 2021, s. 341).

Psychogenní a záchvatovité přejídání (ZP)

MKN-10 v aktuální platnosti tuto PPP pojmenovává jako Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (Psychogenní přejídání), pod které se, jak název vypovídá, řadí různé varianty přejídání spojeného s psychickými poruchami. V pátém vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) používaném ve Spojených státech amerických (USA) je tato porucha komplexně pojmenována jako Záchvatovité přejídání (Jowik et al., 2020, s. 224). Jde tedy o stejný problém, řazený do stejné kategorie, pouze s jiným názvem.

Psychogenní přejídání je nejčastěji se vyskytující poruchou příjmu potravy (Kviatkovská, Albrecht a Papežová, 2016, s. 275). Přesto, že jde o relativně nově charakterizované a klasifikované onemocnění (Jowik et al., 2020, s. 224). Porucha přejídání je charakterizována opakujícími se epizodami záchvatovými přejídání, bez nevhodných kompenzačních mechanismů charakteristických pro mentální bulimii. Z tohoto důvodu mají lidé trpící poruchou přejídání obecně nadváhu nebo obezitu (Rangé et al., 2021, s. 18; Kviatkovská, Albrecht a Papežová, 2016, s. 275). Bohon (2019, s. 549) toto tvrzení potvrzuje a dodává, že

souvislost mezi záchvatovitým přejídáním a obezitou má přímé následky na fyzické a psychické zdraví jedince. Nadváha a obezita je u jedinců s psychogenním přejídáním až u 67 % případů. Obezita je civilizační choroba, která výrazně zvyšuje mortalitu jedinců trpících ZP (Kviatkovská, Albrecht a Papežová, 2016, s. 277). Psychogenní přejídání se stejně jako u MA a MB vyskytuje častěji u dívek. Nepoměr mužů a žen je však ve srovnání s jinými poruchami příjmu potravy menší. Až 26 % dívek a 13 % chlapců zažije alespoň jednu epizoda ZP v každém roce (Jowik et al., 2020, s. 230).

Záchvatovité přejídání je definováno, jako konzumace objektivně většího množství jídla, než jaké by za podobných okolností zkonzumovala většina lidí, spolu s pocitem ztráty kontroly nad jídlem. K epizodám záchvatovitého přejídání jsou přidruženy úzkost z jídla, zatajování nebo jedení bez pocitu hladu (Bohon, 2019, s. 549). Nejčastěji jsou epizody přejídání náhlé a spontánní. Jedinci trpící psychogenním přejídáním preferují vysokotučné sladké výrobky, ale mohou se přejíst i ze zdravých potravin. Mnozí pacienti popisují, že během záchvatu obvykle jedí to, čemu se normálně vyhýbají v běžném životě (Jowik et al., 2020, s. 231). Pro představu, při jedné epizodě záchvatovitého přejídání je jedinec schopný sníst i 1500-4500 kcal (Kviatkovská, Albrecht a Papežová, 2016, s. 276).

Etiopatogeneze záchvatovitého přejídání je stále nedostatečně prozkoumána. Psychogenní přejídání častěji koexistuje s jinými duševními poruchami, mezi které patří úzkostné poruchy, poruchy nálad, posttraumatická stresová porucha nebo užívání psychoaktivních látek. Kromě toho může koexistovat s chronickými bolestmi hlavy a páteře, inzulinovou rezistencí a diabetem 2. typu, stejně jako metabolickým syndromem. Patologický mechanismus vzniku a vývoje této poruchy je velmi komplikovaný, jelikož faktory ovlivňující tyto příznaky mají genetické, neurobiologické, biochemické, kognitivní a emocionální pozadí (Jowik et al., 2020, s. 223, 229). V MKN-10 je popsán vliv stresujících faktorů a událostí v životě jedince. Může jít o úmrtí nebo vážné onemocnění v rodině nebo okruhu přátel či nehodu (MKN-10, online, 2023). Další psychologické faktory ovlivňující vývoj psychogenního přejídání zahrnují nedostatečnou schopnost regulace emocí a copingové strategie založené na přejídání. Spouštěčem epizod záchvatovitého přejídání je depresivní nálada nebo prožívání negativních emocionálních stavů. Jídlo nemocnému dočasně zlepšuje náladu (Jowik et al., 2020, s. 228). Pandemie COVID 19 uvrhla svět do sociální izolace. Izolování od společnosti mohlo být pro určité jedince stresující, depresivní a vyvolávající úzkost. Pro potlačení úzkostných pocitů, se jedinci mohli zapojit do emocionálního stravování, kde jim bylo jídlo zdrojem pohodlí a bezpečí (Stabouli et al., 2021, s. 5).

Diagnostická kritéria pro ZP jsou: Opakované epizody záchvatového přejídání, kdy pacient jí v určitém časovém období takové množství jídla, které je určitě větší, než by většina lidí snědla v podobném časovém období za podobných okolností. Dále nedostatečná kontrola nad jídlem, velmi rychlá konzumace, přijímání potravy přes nepřítomnost hladu a o samotě, po epizodě se objeví znechucení, úzkost a deprese. K záchvatovitému přejídání dochází v průměru alespoň jednou týdně po dobu 3 měsíců (Jowik et al., 2020, s. 234; Kviatkovská, Albrecht a Papežová, 2016, s. 276). Abnormality chování záchvatovitého přejídání jsou podobné těm, které se vyskytují u jiných poruch souvisejících s impulzivním nebo kompulzivním chováním, včetně závislostí (Jowik et al., 2020, s. 225). Brzkému diagnostikování a léčbě však často brání stud a strach pacientů. Pro rané odhalení problémů a brzký nástup terapie by mohla být nápomocná rozsáhlejší poučenost laické veřejnosti o této PPP a jejích komplikacích (Kviatkovská, Albrecht a Papežová, 2016, s. 279).

Ortorexie

Mnoho dospívajících se zabývá dietními praktikami, které se mohou překrývat s PPP nebo je maskovat. Ortorexie je onemocnění, při kterém se jedinci stále více omezují ve spotřebě potravin. Nikoli na základě obav o množství, ale o kvalitu jednotlivých komponent (Hornberger a Lane, 2021, s. e5). Termín „ortorexie“ je neologismus odvozený z řeckých slov *orthos* – správný a *chut'* k jídlu, používá se k označení posedlosti po zdravé a správné výživě (Brytek-Matera et al. 2018, s. 134). Je to stav charakterizovaný přehnanou fixací na zdravé jídlo ve spojení s extrémním cvičením (Wiklund et al., 2017, s. 444). Jedinci s ortorexickým chováním obvykle dodržují velmi rigidní dietu a odmítají mnoho potravin kvůli jejich složení nebo zpracování. Mohou to být vegetariáni, vegani nebo frutariáni, kteří obvykle odmítají jíst mimo domov z důvodu nedostatku důvěry v přípravu jídla (Brytek-Matera et al. 2018, s. 134).

Ortorexie není v současné době klasifikována, jako oficiální duševní porucha. Sdílené rysy s poruchami příjmu potravy zahrnují nedostatek potěšení z jídla, perfekcionismus, úzkost a nedostatečnou kontrolu nad jídlem. Navzdory těmto společným rysům se jedinci s ortorexií zaměřují na zdravé a kvalitní potraviny, zatímco pacienti s PPP se zaměřují na kvantitu jídla. Ortorektici se snaží o zdravé tělo, zatímco lidé trpící PPP usilují o tělo odpovídající ideálu extrémní štíhlosti (Brytek-Matera et al. 2018, s. 134, 135). Krch (2016, s. e12) popisuje ortorexiu jako specifickou verzi mentální anorexie. Při stravování se na základě určitého jídelního plánu se může jedinci zalíbit hubnutí, které je s ním spojené. Detekce v rané fázi může být podle autorů Wiklund et al. (2017, s. 444) obtížná, protože osoba je zdánlivě zdravá. Touha

zlepšit své zdraví prostřednictvím optimální výživy a kvality potravin je počátečním cílem pacienta, ale může dojít ke ztrátě hmotnosti anebo podvýživě. Jedinci s ortorexií mohou trávit nadměrné množství času plánováním jídla. Mohou zažívat pocity viny nebo frustrace, když jsou jejich praktiky související s jídlem narušeny (Hornberger a Lane, 2021, s. e5). Kromě toho mohou vykazovat pocity morální nadřazenosti a spravedlnosti související s jejich stravovacími návyky, a proto mohou být vystaveni riziku sociální izolace (Brytek-Matera et al., 2018, s. 135).

Poruchy příjmu potravy NS (nespecifické)

Diagnóza „porucha příjmu potravy jinak nespecifikovaná“ se vyskytuje v adolescenci a dospělosti. Jedinci s touto diagnózou záměrně omezují příjem z jiných důvodů, než je obava o tělesnou hmotnost. Mezi nejčastější důvody patří sensorické vlastnosti potravy, nedostatek zájmu o jídlo nebo strach z nepříznivých následků s jídlem (např. dušení nebo zvracení). V důsledku toho mohou zaznamenat ztrátu hmotnosti, podvýživu, závislost na doplňcích výživy anebo narušení psychosociálního fungování (Hornberger a Lane, 2021, s. e3).

2.2.3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Fáze přechodu mezi dítětem a dospělostí obsahuje rizikové faktory, které zvyšují možnost negativních účinků na zdraví, pohodu a chování. Adolescenti jsou součástí skupiny ohrožené rozvojem poruch příjmu potravy, protože v této fázi intenzivního vývoje dochází k psychickým a fyzickým změnám, které mohou způsobit nespokojenost s tělem (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3502, 3505).

V dnešní době neexistuje jeden přesný faktor pro vznik PPP (Krch, 2016, s. e12). Poruchy příjmu potravy mají multifaktoriální etiologii. To znamená, že mohou být způsobeny na podkladě genetických, psychických nebo sociokulturních faktorů, a jsou tak charakterizovány jako biopsychosociální poruchy (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3496). Nastolený vzor zdravého, úspěšného a štíhlého člověka a přístup k velkému množství potravy, jsou dva nejrizikovější faktory, které přispívají k vysokému nárůstu těchto onemocnění (Koutek a Kocourkové, 2015, s. 11).

Prvotní vliv na vznik poruch příjmu potravy podle Koutka a Kocourkové (2015, s. 11) mají psychologické faktory, na které posléze navazují somatické komplikace. Neklidná homeostáza je nahrazena PPP, což přispívá k prodloužení duševní nestálosti. Zranitelnost a vyvolávající faktory se mezi jednotlivými subjekty liší, což vysvětluje různé klinické projevy,

různý věk nástupu onemocnění, klinických příznaků, intenzity, terapeutické odpovědi nebo evoluce do chronického onemocnění (Rangé et al., 2021, s. 18). Krch (2016, s. e12) popisuje, že na počátku těchto onemocnění často bývá dodržování určité diety se snahou snížit tělesnou hmotnost, změnit postavu anebo jíst zdravé potraviny. Pokud jedinci provozují různé sporty mohou se při snaze zlepšit výkon zapojit do nezdravého chování při kontrole hmotnosti (Hornberger a Lane, 2021, s. e5). U některých sportů je hmotnost a tvar těla prediktivním faktorem pro stanovení statusu sportovce (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3504). Někteří adolescenti se mohou zapojit do nezdravého chování, jako je vynechávání jídel nebo dodržování různých diet ve snaze být zdravější, což může mít za následek vývoj PPP (Golden, Schneider a Wood, 2016, s. e1).

Přestože tato onemocnění mají zásadní psychobiologickou složku, významný vliv mají sociální a kulturní faktory (Aparicio-Martinez et al., 2019, s. 2). V dospívání dochází k rozvoji sociálních dovedností. Ty již nezávisí pouze na rodičích, ale i na vrstevnících (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3503). Nicméně negativní vztahy v rodině, psychopatologická rysy rodičů také predisponují dospívající jedince k rozvoji PPP (Jowik et al., 2020, s. 228). Adolescent má tendenci se podobat svým přátelům v sociálních atributech, zájmech, postojích a chování. Vrstevníci plní řadu důležitých faktorů pro dospívajícího: pomáhají budovat sebeúctu, podporují jedince emocionálně, přispívají k rozvoji identity a plní funkci ochrany proti stresu. Rizikové jsou mezi vrstevníky společné podobnosti chování. Pokud dávají vysokou hodnotu tělesnému vzhledu, může to vést k výskytu poruch příjmu potravy. Požadavky na vzhled těla dospívajících dívek od rodiny a přátel, mají svůj podíl na zvýšení pravděpodobnosti vzniku PPP (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3503, 3504). Nejsilnější a nejvlivnější sociokulturní faktory pro vznik PPP jsou podle Browna a Tiggemanna (2016, s. 37) masmédiá. Aparicio-Martinez et al. (2019, s. 2) udávají, že PPP jsou většinou způsobeny popularizací hubených a svalnatých ideálů v médiích. Proto je ve vyspělých a moderních společnostech a u lidí s lepšími životními podmínkami prezentován vyšší výskyt PPP.

2.2.4 Prevalence a mortalita poruch příjmu potravy

Mnoho autorů udává rozdílnou procentuální prevalenci poruch příjmu potravy. Nástup PPP je obvykle během dospívání, s nejvyšší prevalencí u dospívajících dívek (Golden, Schneider a Wood, 2016, s. e2). Pro dívky a ženy jsou PPP nejčastější a nejzávažnější zdravotní komplikací (Krch, 2016, s. e10). Mento et al., (2021, s. 1) popisují, že PPP postihují kolem 0,3 % dospívajících dívek a mají prevalenci mezi 1,2 % a 4,2 %. Z údajů Ústavu zdravotnických

informací a statistiky České republiky (ÚZIS) vyplývá, že v roce 2017 bylo léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních s diagnózami PPP 3 731 pacientů, z toho téměř 90 % bylo pacientek ženského pohlaví. Z téměř čtyř tisícovek jedinců bylo až 32 % ve věku 15-19 let. V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno celkem 454 případů. Více než 60 % bylo hospitalizovaných bylo s diagnózou mentální anorexie, nad 13 % hospitalizovaných bylo mentální bulimie, početnější skupinou hospitalizovaných byly ženy (ÚZIS, online, 2018, s. 2, 3).

PPP jsou problémy, které se stávají závažnými, téměř vždy chronickými poruchami, s vysokou mortalitou (Uchôa et al., 2019, s. 9). Statisticky mají PPP nejvyšší mortalitu ze všech psychiatrických poruch (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3496). A Mento et al. (2021, s. 11) udávají úmrtnost o 5-6 % vyšší než u všech ostatních duševních poruch. Papežová (2010, s. 134) ve své knize popisuje 10x vyšší úmrtnost pacientů s PPP ve srovnání se jedinci ve zdravé populaci. Kdežto autoři Rangé et al. (2021, s. 18) popisují, že celková úmrtnost jedinců s PPP je dvakrát až pětkrát vyšší než u běžné populace.

Prevalence dospívajících dívek s mentální anorexií byla v nedávné minulosti celosvětově 0,3 – 1 % (Papežová, 2010, s. 134). Nyní je odhadovaná celoživotní prevalence MA u žen podle autorů Neale a Hudson (2020, s. 1) 3,64 %. Dle autorek Jagielska a Kacperska (2017, s. 205) je celoživotní prevalence mentální anorexie u žen od 1,2-2,2 %. Hodnotu 2,2 % potvrzují i autoři Fazeli a Klibanski (2018, s. 895). Uchôa et al. (2019) udávají v západních zemích celkovou prevalenci mentální anorexie 0,3 %. Dle těchto autorů je přibližně 0,5 % adolescentů postiženo mentální anorexií z nichž 90-95 % tvoří dívky (Uchôa et al., 2019, s. 2, 9). Statisticky má až 6 % dívek různé anorektické příznaky na konci puberty (Krch, 2016, s. e10). Mentální anorexie může vést k předčasnému úmrtí, nejčastěji kvůli zdravotním komplikacím nebo sebevraždě (WHO, online, 2023). Sebevražedné pokusy se u MA vyskytují mezi 3 a 20 %. Jsou daleko závažnější než u MB a častěji končí letálně (Kocourková a Koutek, 2014, s. 55). MA má nejvyšší mortalitu ze všech duševních poruch (WHO, online, 2023; Rangé et al., 2021, s. 18; Jagielska a Kacperska, 2017, s. 206; Neale a Hudson, 2020, s. 1). Frank, Shott a DeGuzmann (2019, s. 3) doplňují, že MA má úmrtnost 12krát vyšší než úmrtnost na jiné příčiny smrti u žen ve věku 15-24 let. Neale a Hudson (2020, s. 1) udávají mortalitu 5,86krát vyšší než u běžné populace.

Prevalence dospívajících dívek s mentální bulimií byla v nedávné minulosti celosvětově 1-3 % (Papežová, 2010, s. 134). Nyní je celoživotní prevalence MB mezi adolescentkami

přibližně 0,5 % (Hagan a Walch, 2021, s. 40). Jiný zdroj uvádí prevalenci u mládeže 0,1–2 % (Hail a Le Grange, 2018, s. 12). Dle Uchôa et al. (2019, s. 2, 9) je v západních zemích prevalenci mentální bulimie 1 %. Přibližně 3 % adolescentů je postiženo mentální bulimií, z nichž až 95 % tvoří dívky. V České republice dle Papežové (2010, s. 134) až 15 % adolescentů splňovalo jedno či více kritérií MB, a až u 40 % pacientů se vyskytovalo sebepoškozování. U tohoto onemocnění je míra sebevražedných pokusů v rozmezí 25-35 % (Kocourková a Koutek, 2014, s. 55). Diagnóza MB je rovněž spojována s vysokou mírou komorbidních onemocnění a zvýšenou mortalitou (Hail a Le Grange, 2018, s. 13).

Prevalence záchvatovitého přejídání je popisována autory Jowik et al. (2020, s. 223, 224, 230) na 3–7 %, což z něj dělá nejčastěji se vyskytující PPP. Přesto bývá špatně pochopena pravděpodobně proto, že jde o relativně nově charakterizované a klasifikované onemocnění. Autoři také popisují, že až 26 % dívek a 13 % chlapců zažije alespoň jednu epizoda ZP v každém roce.

2.2.5 Prevence poruch příjmu potravy

Navzdory tomu, že je dospívání považováno za zdravou etapu života, dochází v tomto období k významným nemocem, které mohou ovlivnit budoucí zdraví jedince. Aby dospívající mohli předejít zdravotním komplikacím, rostli a vyvíjeli se v dobrém zdraví, potřebují informace přiměřené věku, příležitosti k rozvoji, dostupné zdravotní služby a bezpečné a podpůrné prostředí (WHO, online, 2023). Dospívání je období, ve kterém jsou jednotlivci psychicky velmi zranitelní a je důležité jim poskytnout nezbytnou podporu, aby se mohli vyvinout ve zdravé dospělé (Uchôa et al., 2019, s. 10). Mezi hlavní strategie navrhované pro zlepšení výživy dospívajících patří úprava a obohacování stravy. Toho lze dosáhnout prostřednictvím školních nutričních intervencí, využíváním přístupu sociálního marketingu, mobilizací rodin a komunit, pravidelným hodnocením výživy a poradenstvím pro dospívající (Soliman et al., 2022, s. 6). Věnování pozornosti zásadám zdravé výživy během dospívání, zaměřené na nápravu chování při jídle, je velmi důležité pro prevenci závažných forem psychopatologií (Mento et al., 2021, s. 1). Vzdělávání mladých lidí a jejich rodičů o fyziologických a psychologických účincích omezování potravy je důležitou součástí péče (Hornberger a Lane, 2021, s. e11).

Papežová (2010, s. 311) ve své knize popisuje, že prevence před vznikem PPP je v mediální a internetové době obtížnější než kdysi. Což jen potvrzuje její zhoršení s přísunem

dalších sociálních sítí a celkové medializaci společnosti. Adolescenty je třeba naučit filtrovat informace, které dostávají z hromadných sdělovacích prostředků, aby se předešlo negativnímu dopadu, který média mohou mít (Uchôa et al., 2019, s. 10). Vzory a hodnoty přenášené médii, současné společenské standardy krásy, vliv vrstevníků a emocí vytvářejí predispozice k poruchám a ovlivňují její vznik a trvání PPP (Uzunian a Vitalle, 2015, s. s. 3505). Online obsah na webových stránkách pro anorexii a bulimii může podporovat vznik PPP. Je velmi důležité identifikovat online obsah a zvýšit povědomí o míře nebezpečnosti těchto webových stránek a o maladaptivních stravovacích přístupech mezi mladými lidmi. Je podstatné věnovat pozornost edukaci adolescentů o poruchách příjmu potravy, principech výživy potravin a poskytovat správné informace o faktorech, které urychlují nebo udržují PPP. To hraje důležitou roli při zlepšování kvality jejich života a prevenci PPP (Mento et al., 2021, s. 12). Je nutné zlepšit schopnosti jednotlivců, kteří k médiím přistupují, aby je uměli analyzovat, hodnotit a rozvíjeli kritické myšlení. Jedinci s pozitivním přístupem ke svému tělu účinně filtrují a odmítají nereálné obrazy v médiích (Uchôa et al., 2019, s. 10). Ti, kdo se zabývají jednáním s dětmi a mládeží, zejména odborníci ve zdravotnictví a školství, by měli vědomě pracovat na vývoji dovednosti, které budou pomáhat formovat zdravé jedince (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3505, 3506).

Edukace a prevence onemocnění PPP je velmi složitá disciplína. V českých školách je nutnost edukace jak žáků a studentů, tak pedagogů. Toto téma je často tabuizované a nedokonale uchopené z důvodu obav nebo nedostatku informací. Pedagogové mohou navštěvovat různé semináře, vzdělávat se individuálně a doplňovat vyučování o informace ohledně poruch příjmu potravy (Suchopárová a Forejt, 2014, s. 157). Problematika je aktuální u mladé populace pro prevenci rizika sebevražd a psychopatologických a psychických problémů v dospělosti (Mento et al., 2021, s. 13).

2.2.6 Léčba poruch příjmu potravy

Během několika posledních let došlo k výraznému pokroku v terapiích poruch příjmu potravy (Davis a Attia, 2019, s. 6). PPP mají vážný dopad na psychický i fyzický stav jedince. Tudíž je nutné, aby byl přístup multidisciplinární (Koutek a Kocourková, 2015, s. 11). Včasná detekce propuknutí a diagnostika PPP je velice podstatná pro následnou prognózu onemocnění u pacientů. Léčebné programy jsou účinnější, jsou-li zahájeny brzy po propuknutí onemocnění (Rangé et al., 2021, s. 18). Pro správně napasovanou léčbu je důležité pečlivě popsat anamnézu a prodiskutovat plány a možnosti léčby s mladými lidmi a jejich rodinami (Neale a Hudson,

2020, s. 6). Komplexní posouzení dospívajícího s podezřením na PPP zahrnuje důkladnou lékařskou, nutriční a psychiatrickou anamnézu, po níž následuje podrobné fyzikální vyšetření. Kolaterální anamnéza od rodiče může odhalit abnormální chování související s jídlem, které bylo dospívajícím popíráno nebo minimalizováno. Komplexní fyzikální vyšetření, včetně důkladné pozornosti k růstovým parametrům a vitálním funkcím, umožňuje pediatrovi posoudit známky zdravotních rizik a příznaky poruch příjmu potravy (Hornberger a Lane, 2021, s. e6).

V různých zemích po celém světě byly vyvinuty směrnice podložené vědeckými důkazy, k léčbě různých poruch příjmu potravy. Cíle léčby PPP jsou: Podporovat všechny odborníky zabývající se diagnostikou a léčbou poruch příjmu potravy, stejně jako postižené a jejich příbuzné při rozhodování o adekvátních opatřeních péče. Dále zlepšit výsledky zdravotní péče, minimalizovat rizika, zvýšit bezpečnost a účinnost léčby a vyvarovat se neindikovaným diagnostickým a léčebným metodám (Resmark et al., 2019, s. 2).

Léčebný plán je založen na koordinaci interdisciplinárního terapeutického týmu v rámci dlouhodobého programu po dobu trvání poruchy. Musí zahrnovat psychologickou, nutriční, somatickou, sociální a rodinnou stránku (Rangé et al., 2021, s. 18). Spolupracovat by měl psychiatr, pediatr a u dívek i gynekolog (Koutek a Kocourková, 2015, s. 11). Pediatři mají jedinečnou pozici k včasnému odhalení poruch příjmu potravy a přerušení jejich progresu (Hornberger a Lane, 2021, s. e5). Pediatr má s dětskými pacienty častý kontakt, u tohoto onemocnění tedy může být prvním odborníkem, který adolescenta diagnostikuje. Dětský lékař vyloučí možnost somatického onemocnění, posoudí tělesný stav a stav nutriční. Psychiatr a dětský lékař tato onemocnění diagnostikují a řeší přítomnou kachexii u pacienta. Pediatr rozhoduje, zda bude jedinec hospitalizován či léčen ambulantně (Koutek a Kocourková, 2015, s. 11, 12). Ambulantní léčba je přizpůsobena potřebám pacienta, komorbiditám a komplikacím (Rangé et al., 2021, s. 18). Denní péče může být méně nákladnou alternativou před zdlouhavou hospitalizací (Neale a Hudson, 2020, s. 6). Hospitalizace je však nutná v případě výrazné kachexie, odmítání stravy nebo metabolického rozvratu. Při pobytu na dětském oddělení se léčí somatické komplikace a řeší se výživa a stálost vnitřního prostředí. Již v tomto období by za pacientem měl docházet psychiatr, který provádí adekvátní psychoterapii (Koutek a Kocourková, 2015, s. 12). Následná hospitalizace na specializovaném oddělení psychiatrie je vhodná pro jedince, kteří nespolupracují, jsou příliš hubení, často si navozují zvracení a mají depresivní stavy (Krch, 2016, s. e13). Gynekolog se zabývá amenoreou, což je jedna z nejčastějších příznaků mentální anorexie. Již 10-15% ztráta tělesné hmotnosti se pojí se ztrátou menstruace (Koutek a Kocourková, 2015, s. 11, 12). Nutná je i spolupráce s nutričním

terapeutem pro léčbu podvýživy nebo nadváhy, kterou jedinci mohou trpět (Rangé et al., 2021, s. 18). Dietetický přístup je zásadní, poskytuje vhodné stravovací plány a poradenství ohledně energetických potřeb organismu, stejně jako rady ohledně vitamínů a minerálů a podporu při realimentaci (Neale a Hudson, 2020, s. 5). V některých případech, dle komorbidních onemocnění, je nutný tým odborníků rozšířit o endokrinologa, kardiologa, dermatologa či stomatologa (Koutek a Kocourková, 2015, s. 13).

Mezi účinnou léčbu PPP patří psychoterapie a farmakoterapie. Nejčastěji využívané formy psychoterapie jsou rodinná terapie a kognitivně behaviorální terapie. Pro adolescenty s MA i MB je rodinná terapie léčbou první volby, díky své prokázané účinnosti (Davis a Attia, 2019, s. 3, 4). Rodinná terapie je u jedince s mentální anorexií a mentální bulimií podobná. Počáteční sezení se zaměřují na obnovu hmotnosti u MA a na normalizaci stravovací návyků u MB. Tuto fázi iniciují rodiče přípravou stravy a hlídáním dítěte po jídle. Postupem času se odpovědnost přesouvá směrem k mladému člověku. Terapie končí se sezeními zaměřenými na prevenci relapsu. Cílem je dosáhnout přiměřené autonomie při jídle. Pro udržení normálního stavu se terapie zaměřuje na edukaci o aspektech výživy. Při každém sezení se pacienti váží (Neale a Hudson, 2020, s. 5; Hagan a Walch, 2021, s. 45). Je doporučeno zapojit rodiče nebo pečovatele do všech léčebných kroků (Resmark et al., 2019, s. 9). Alternativní terapie pro dospívající s mentální anorexií, kde je rodinná terapie kontraindikována nebo neúčinná, zahrnuje individuální kognitivně behaviorální terapii (KBT) (Neale a Hudson, 2020, s. 5, 6). Ta se používá i u mentální bulimie. Jednotlivé fáze léčby jsou podobné s rodinnou terapií. Pokud si to dospívající přeje, rodiče mu mohou pomoci s plánováním jídla a monitorování po jídle. Ve druhé fázi se identifikují spouštěče bulimických příznaků. Třetí fáze podporuje udržení zdravého stavu a prevenci případného relapsu (Hagan a Walch, 2021, s. 46). K léčbě záchvatového přejídání se také využívá psychoterapie spolu s dietní intervencí. Podstatná je regulace jídla a vyvážená strava, doporučeno je vedení nutričního deníku (Jowik et al., 2020, s. 231, 232). Kviatkovská, Albrecht a Papežová (2016, s. 275) jako účinnou terapii udávají farmakoterapii za pomoci antidepresiv a kognitivně behaviorální psychoterapii. Při KBT se psychoterapeut zaměřuje na snížení počtu záchvatového přejídání, změny stravovacího chování a změnu myšlení (Kviatkovská, Albrecht a Papežová, 2016, s. 277). K záchvatovitému přejídání se připojují depresivní nálady, úzkosti, poruchy osobnosti, zneužívání psychoaktivních látek, sebevražedné myšlenky a pokusy o sebevraždu, obezita a různé somatické problémy, které je také nutné léčit (Jowik et al., 2020, s. 223).

Hagan a Walsch (2021, s. 46) popisují, že k dnešnímu dni nebyly vyvinutá žádná psychofarmaka pro specifickou léčbu BN u adolescentů. A autoři Frank, Shott a DeGuzmann, (2019, s. 3) dodávají, že ani pro léčbu MA u dospívajících nebyly schváleny žádné oficiální léky. Rangé et al., (2021, s. 18) udává, že při farmakoterapii PPP lze předepisovat psychofarmaka, pro léčení komorbidních onemocnění, jako jsou anxiolytika, neuroleptika, antidepresiva a různé doplňky stravy.

Diagnóza PPP se v dnešní době zjistí poměrně brzy. Problematické však mohou být předsudky rodičů ohledně psychiatrické léčby (Koutek a Kocourková, 2015, s. 12).

Léčba musí být vždy celostní. K poruchám příjmu potravy se připojují další psychická i somatická onemocnění, které je nutné akutně řešit. Změnit návyky nemocných je dlouhotrvající proces, který vyžaduje vysokou míru trpělivosti pacienta i terapeuta. Pokud jedinec onemocní před 15. rokem věku, má toto onemocnění negativní vliv na psychosociální vývoj a může přinést četné zdravotní komplikace. Odkládání řešení zesiluje riziko chronického průběhu. Pro vyléčení nestačí jednou navštívit lékaře. Jedinci posedlí nedokonalostmi vlastního těla jsou vlastním mozkiem a dopaminem odměněni za hubnutí, a proto je pro ně těžké přejít ke spolupráci. Mimo to s léčbou anorexie u pacientek narůstá strach z nadváhy a nespokojenost s vlastním tělem (Krch, 2016, s. e12, e13). Rekonvalescence tedy může být složitá a zdlouhavá (Neale a Hudson, 2020, s. 6). Uzdravení z PPP může trvat několik měsíců, let nebo se může jednat o dlouhodobý a chronický proces (Rangé et al., 2021, s. 18). Včasná reakce na léčbu, tedy adekvátní přírůstek hmotnosti, předpovídá na konci léčby remisi. Z toho vyplývá, že brzká intervence a nárůst hmotnosti mohou výrazně zlepšit prognózu těchto onemocnění (Davis a Attia, 2019, s. 3). Podle Krcha (2016, s. e13) se více než 60 % nemocných uzdraví. Obecně platí, že adolescenti mají větší úspěšnost při zotavení z poruch příjmu potravy než dospělí, s celkovou mírou zotavení přibližně 70 % (Hornberger a Lane, 2021, s. e14).

Specializované jednotky pro terapii PPP v České republice (ČR) jsou ve Fakultní nemocnici v Motole, ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a na Psychiatrické klinice v Brně. V Motole jsou hospitalizovány děti a mladiství s PPP a další dvě zmíněná zdravotnická zařízení, jsou pro léčení dospělých s těmito chorobami. Dalšími zdravotnickými zařízeními jsou například Psychiatrické léčebny v různých městech po celé ČR. Jedinci, kteří mají podezření na PPP u sebe nebo u svých blízkých mohou informace a kontakty nalézt na internetových stránkách anabell.cz nebo přímo v jejich kontaktních centrech (Krch, 2016, s. e13).

2.2.7 Dopady poruch příjmu potravy na organismus

Výživa je jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících pubertální vývoj. Puberta spouští růstový spurt, který zvyšuje nutriční potřeby. Konzumace přiměřené a vyvážené zdravé stravy je nezbytná pro zajištění správného růstu a normálního pubertálního vývoje. Během tohoto kritického období musí být zajištěn zvýšený příjem kalorií, bílkovin, železa, vápníku, zinku a folátu. Chronická malnutrice vede k vážným následkům, včetně zhoršeného růstu, opožděného pubertálního vývoje, anémii a různých syndromů způsobených nedostatkem vitamínů, minerálů, esenciálních mastných kyselin a aminokyselin a stopových prvků (Soliman et al., 2022, s. 1, 5).

Poruchy příjmu potravy mohou postihnout každý orgánový systém a mají potenciálně závažné zdravotní komplikace, které se vyvinou v důsledku podvýživy, změn hmotnosti nebo zvracení či průjmů (Hornberger a Lane, 2021, s. e8; Golden, Schneider a Wood, 2016, s. e2). Rangé et al. (2021) tvrdí, že zubaři jsou často prvními odborníky, kteří mohou mít podezření na poruchu příjmu potravy kvůli jedinečným klinickým rysům v dutině ústní. Erozivní opotřebení zubů je nejzřetelnějším orálním projevem poruch příjmu potravy spojených se zvracením. Toto opotřebení zubů je chemicko-mechanický proces vedoucí ke ztrátě tvrdé zubní tkáně a je charakterizován ztrátou přirozené povrchové morfologie a obrysu zubů. Lidé s poruchami příjmu potravy vykazují vyšší prevalenci suchých rtů, labiálního erytému, změny barvy patrových tkání na oranžově-žlutou, hemoragických lézí, kousání do rtů, pálení jazyka a periodontálních onemocnění než zdraví pacienti. Ulcerózní léze ústní sliznice jsou obvykle spojeny se zvracením, které si jedinci sami vyvolali. Velmi nízké hladiny vitamínu C v krvi vysvětlují výskyt gingiválního krvácení, které bylo hlášeno u lidí s mentální anorexií. U lidí s poruchami příjmu potravy je častá vysoká frekvence čištění zubů, třikrát nebo vícekrát denně, které je destruktivní pro zubní tkáň. Čištění zubů se používá se pro skrytí epizody zvracení nebo jako vyvolavatel zvracení (Rangé et al., 2021, s. 18, 19, 26).

Poruchy příjmu potravy mají závažné důsledky na somatické zdraví. Nejpatrnější vady se vyskytují zejména v kardiovaskulární a gastrointestinální orgánové soustavě a metabolickém, kostním a reprodukčním zdraví (Rangé et al., 2021, s. 18). U mladých lidí, kteří zhubli příliš rychle, se může vyvinout hypotermie, bradykardie, hypotenze i když je jejich aktuální hmotnost v normálním rozmezí. Poruchy elektrolytů se mohou vyskytnout po samovolně vyvolaném zvracení nebo po užití laxativ a diuretik. Dietní omezení může vést k endokrinním změnám (Golden, Schneider a Wood, 2016, s. e3). Potenciální endokrinní komplikací u jedinců s PPP je

problematický menstruační cyklus. U pacientek s MB se vyskytuje nepravidelná menstruace a u MA a záchvatovitého přejídání se vyskytuje amenorea (Nitsch et al., 2021, s. 337). Nedostatečný příjem potravy může mít dramatické účinky na strukturu mozku. Objem šedé hmoty a tloušťka kortikální kůry je u pacientů s MA nižší, tyto abnormality jsou ale dle autorů krátkodobé a normalizují se s obnovou hmotnosti (Frank, Shott a DeGuzmann, 2019, s. 3). Významný úbytek kostní hmoty je spojován s mentální anorexií. Ztráta kostní hmoty je výsledkem hormonální adaptace na hladovění. Snížené množství kostní hmoty a narušená architektura je spojena se zvýšeným rizikem zlomenin (Fazeli a Klibanski, 2018, s. 895). Pozornost by proto měla být věnována dostatečnému příjmu vápníku a vitamínu D (Neale a Hudson, 2020, s. 5). Kůže, vlasy a nehty mohou rovněž procházet přeměnou. Mezi běžné změny u jedinců s podváhou patří lanugo, řídnutí vlasů, suchá šupinatá kůže, lámavost nehtů a akrocyanóza (Hornberger a Lane, 2021, s. e8). Ohroženi jsou i ortorektici, jelikož jejich restriktivní dietní postoj může rovněž vést k několika nutričním deficitům a zdravotním komplikacím. Vyskytnout se může osteopenie, anémie, pancytopenie, hyponatremie, metabolická acidóza a bradykardie, které se velmi podobají stavu podvýživy typickému pro MA (Brytek-Matera et al. 2018, s. 134, 135).

Refeeding syndrom je potenciálně smrtelná komplikace mentální anorexie, která se může objevit při opětovném zavádění kalorií po dlouhodobém hladovění. Nejrizikovější období pro refeeding syndrom je během prvních několika dnů po realimentaci, ale může se objevit až do 2 týdnů. Během této doby je nutné intenzivní klinické a biochemické sledování. Je důležité si uvědomit, že pokud jedinci nezačnou přijímat potravu, rizika na zdraví jsou potenciálně závažnější. Realimentace je pro tělo, které dlouho nepřijímalo živiny náročná a je důležitá se svěřit do rukou odborníků (Neale a Hudson, 2020, s. 4).

Podle mezinárodně uznávaných diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch v aktuální platnosti, může výsledná podvýživa a nízká tělesná hmotnost vést k masivnímu poškození zdraví (Resmark et al., 2019, s. 1). Většina zdravotních komplikací se však vyřeší normalizací hmotnosti anebo eliminací očištěného chování (Hornberger a Lane, 2021, s. e8).

2.3 Ideál krásy a jeho standardy

Sociokulturní ideály krásy jsou kulturními definicemi toho, jaké fyzické rysy a vlastnosti jsou považovány za atraktivní v určité společnosti. Ideály ženské krásy se v historii často měnily

a dodnes jsou nejednoznačné (Hernández et al., 2021, s. 85). Krása jako komplexní jev, je objektivní i subjektivní, částečně neměnná a částečně ohebná a je dána biologickými a sociokulturními faktory. O fenoménu krásy existuje celosvětově celá řada citátů. Mezi nejznámější patří Platonovo pojetí. Podle něj se krása nachází v očích pozorovatele (Matějů, et al., 2017, s. 15).

Mezi znaky krásy, které jsou obecně platné patří symetrie, mladost, běžnost, vzhled pleti a vlasů a jiné. Symetrie hraje ve fyzické atraktivitě velmi podstatnou roli. Spojení krásy s věkem potvrzuje fakt, že ženy jsou považovány za nejpřitažlivější mezi 20. a 30. rokem věku. U žen jsou další důležité aspekty velikost rtů, poprsí, barva vlasů, vzhled očí a poměr pasu k bokům. Tělesná hmotnost pro krásné tělo se liší napříč kulturami a vrstvami společnosti. Ideální poměr pasu a boků (WHR) je po celou historii lidstva téměř neměnný. Pokud je tento poměr nízký, symbolizuje plodnost a zdraví ženského těla (Matějů et al., 2017, s. 24, 27, 29, 30, 37).

Zaobírání se tělesnou krásou souvisí s podstatou reprodukce člověka a je popisováno, jako následek dlouhodobého vývojového procesu (Matějů et al., 2017, s. 26). Různé společnosti v průběhu let vyobrazovali krásné lidské tělo podle vlastních kulturních standardů v sochách a obrazech (Chrisler a DiGiammarino, 2015, s. 90). V dnešní době roli umění zastupují masmédiá. Reflektují to, co je ve společnosti bráno jako krásné. A ukazují, jak by lidé měli vypadat, aby byli atraktivní a žádoucí pro ostatní (Mills, Shannon a Hogue, 2017, s. 145).

Po desetiletí dominovalo v západních médiích velmi štíhlé tělo, které bylo označováno, jako kulturní ideál krásy (McComb a Mills, 2022, s. 375). Štíhlá postava vede mnoho žen k tomu, aby tento kulturní standard přijaly a snažily se mu přiblížit (Flynn et al., 2015, s. 174). Přijetí norem krásy se nazývá internalizace. To je míra, do jaké se jedinec hlásí k ideálu krásy dané kultury a snaží se jej dosáhnout. Při silném tlaku médií, vrstevníků a rodiny, na přiblížení se k určitému ideálu, je internalizace význačná. Bohužel může přejít v nespokojenost s vlastním tělem a poruchám příjmu potravy (Hernández et al., 2021, s. 85).

Americká feministka Naomi Wolf je jednou z nejznámějších představitelk odmítání krásy, jako něčeho skutečného. Tělesná krása je podle ní výplodem patriarchátu. Dle jejich slov je ideál krásy podsouván ženám, jako něco reálného, čeho mohou dosáhnout, aby byla odvedena jejich pozornost od skutečného světa. Ideál krásy je podle ní ideologií a náboženství a je nastaven tak, aby rozděloval ženy a společnost na pěkné a nepěkné nebo staré a mladé (Matějů et al., 2017, s. 21, 22).

2.3.1 Historie ideálu krásy

Krásné tělo mělo mít dle americké feministky Naomi Wolf ve společnosti obdiv až ve 30. letech 20. století. Psycholožka Nancy Etcoff a antropolog David Buss však prokázali, že lidská krása byla oceňována v celé historii lidstva (Matějů et al., 2017, s. 22, 23). Různé kultury po celém světě měly představy o tom, jak vypadá krásné lidské tělo. Tyto představy se před nástupem tištěných a elektronických médií odrážely v sochách, obrazech, skicách hudbě i literatuře, které umělci dané doby a kultury vytvořili (Chrisler a DiGiammarino, 2015, s. 90; Flynn et al., 2015, s. 173). Vnímání ideální tělesné velikosti se v průběhu let historicky posunulo a lišilo se napříč kulturami (Anderson et al., 2022, s. 4). Lidské tělo jako takové je velice úzce spjato s kulturou dané společnosti. I když byly pohledy na krásu různorodé a velmi individuální, existovaly jakési tendence, které pojetí krásy ve značné míře ovlivňovaly (Fialová, 2006, s. 21).

Každá generace rozvíjí společné povědomí o zdraví. Definice zdraví, chování a tělesných ideálů jsou velmi proměnlivé. V dobách s omezenou dostupností potravin byla dobře živená těla symbolem bohatství a vysokého postavení. Na druhé straně v dobách, kdy byla strava dostupná, byla dobře trénovaná a štíhlá těla symbolem postavení, dobrého zdraví, síly, odpovědnosti a přitažlivosti (Wiklund et al., 2017, s. 443). Po desetiletí byl v západní kultuře převládajícím ženským standardem krásy ideál hubeného těla (Sicilia et al., 2022, s. 1). Jeho mediální propagace byla v západních společnostech často pozorována (Flynn et al., 2015, s. 174). Ideály krásy byly soustavně popisovány jako nerealistické a nedosažitelné, přestože se v průběhu času měnily (Hernández et al., 2021, s. 85).

Ve starověké Mezopotámii byly ideální postavy s kulatým břichem a velkým poprsím (Chrisler a DiGiammarino, 2015, s. 90). Antická krása byla definována jak vnějším, tak vnitřním vzhledem těla, nehodnotili pouze krásu zevnějšku, ale také povahové vlastnosti osobnosti. Staří Řekové také považovaly mužské svalnaté tělo za atraktivnější a krásnější nežli to ženské. U žen preferovaly zaoblené tvary. Římané na druhou stranu podporovaly štíhlost, obdivovali lidské vlastnosti a kritizovaly obezitu. Právě z období antického Říma pochází první bulimické příznaky (Fialová, 2006, s. 22, 23).

Při popisování ideálu krásy v období gotiky se objevuje velmi silný vliv křesťanské ideologie na společnost. V této době se dbalo na duševní krásu, a nikoliv na pečování o zevnějšek. Jediným modelem krásy byl Kristus, jelikož představoval střídmost a s tím spojenou štíhlost. Ženy zobrazované v tomto období byly ve většině případů také štíhlé (Fialová, 2006, s. 23).

Období renesance se přibližuje ideálům krásy z antiky. Podstatné je vyobrazení sekundárních pohlavních znaků ženství, jako jsou oblé křivky a širší pánev i mužství, u nichž je v popředí vystavená svalnatá postava (Fialová, 2006, s. 23).

Následné období baroka se od renesančního pohledu na krásu z velké míry neliší. U ženské postavy je preferováno vyobrazování plodnosti, a to plnějších postav s křivkami (Fialová, 2006, s. 23). Barokní obraz Tři Grácie od vlámského malíře Rubense přesně vystihuje krásná ženská těla dané doby. Všechny tři ženy by však z dnešního pohledu byly až obézní (Matějů et al., 2017, s. 29). V USA během koloniálních časů byly ideály krásy mezi běloškami obecně reprezentovány rovněž většími těly, což vyznačovalo plodnost (Hernández et al., 2021, s. 85).

Tento vzor se v 19. století změnil, když se ideálem stala hubenější těla. Ta byla ideální pro potřebu pracovní síly v domácnostech (Hernández et al., 2021, s. 85). Klasicismus má v popředí dva různé pohledy na ženskou krásu, oba mají stejně útlý pas, ale liší se jinými vlastnostmi. Nejdříve byl ideál krásy popisován jako hubené a jemné ženy, následně se přetvořil do postav s většími ňadry a boky. Na konci 19. století se do popředí dostal i medicínský popis ideálního těla, který popisoval plnější tvary ženské postavy (Fialová, 2006, s. 24).

Během 20. století se stala populární štíhlá těla. Celkově se změny v ideálech vzhledu cyklicky měnily (Hernández et al., 2021, s. 85). Před počátkem 1. světové války byla u žen podporovaná hubenost, vzpřímenost s většími ňadry a boky, kritizována byla drobnost nebo jemnost. Po konci 1. světové války byl ideálem krásy nalíčený obličej a krátká délka sukni, ženy ztrácely křivky a připomínaly postavami muže. Tyto standardy podpořil i vývoj médií, zejména v západním světě. Následující desetiletí, tedy 30. léta byla ve znamení delších sukni, štíhlejších pasů a velkých poprsí (Fialová, 2006, s. 24). Tělesné ideály po 2. světové válce opět představovaly plnější postavy, jako byla Marilyn Monroe. Poté se v 60. letech ideály vrátily ke štíhlým až mužským typům těl (Hernández et al., 2021, s. 85). V tomto období byla nejznámější modelka Twiggy, která byla svou postavou enormně vyhublá (Matějů et al., 2017, s. 29). Toto období je charakterizováno rovněž největším rozmachem vzniku poruch příjmu potravy (Fialová, 2006, s. 25). Od 60. let 20. století se zobrazení postavy žen v médiích stále více zužují a zvyšují (Flynn et al., 2015, s. 174). V 80. letech 20. století vzešel z oblíbenosti fitness svalnatý a atletický ideál, po kterém v 90. letech následoval ideál štíhlé ženské krásy (Hernández et al., 2021, s. 85).

2.3.2 Současnost ideálu krásy

Kulturní faktory mají velký vliv na to, co je krásné či atraktivní. Rovněž je popsáno, že ideál hubené tělesné schránky je relativně nový a stále více se v dnešní době projevuje tlak na vzhled těla. Pokud chce být jedinec v dnešní době úspěšný znamená to značný úspěch v oblasti ekonomické. Bohatá žena, která má finance na úpravu svého zevnějšku kosmetikou a cvičením a je navíc vysoká, hubená, krásná a má dobrou kondici je v současnosti brána jako ideál konzumní společnosti této kultury (Fialová, 2006, s. 22, 25).

Byla potvrzena spojitost mezi plodností a vyšším zájmem o krásu svého těla u žen. V období ovulace mají ženy vyšší sebevědomí, podvědomě se více zkrášlují a snaží se vypadat lépe než ostatní ženy. Člověk má vrozené jakési radary krásy, které si na první pohled všimnou krásné tváře, která poté nejdéle zůstává v paměti jedince. Ženy těmito detektory pozorují nejen potenciální partnery, ale také ostatní ženy, se kterými se porovnávají. Pokud se žena cítí krásnější než ženy v okolí nebo médiích, cítí se automaticky lépe. Pokud se však necítí tak krásná, může mít zhoršenou náladu. To vysvětluje, proč jsou některé ženy citlivější na idealizované fotky ženských těl (Matějů et al., 2017, s. 25).

Jednotvárnější ideály krásy a jejich kritéria byla stvořena až ve 20. století spolu s rozšířením masových médií. Ty do dnešní doby určují nejen ideály krásy, ale také módní trendy nebo styly chování (Fialová, 2006, s. 21). Vyobrazení krásy v umění je pouze ideál tělesné dokonalosti, nikoli reprezentací reality. Dnešní nejčastější a všudypřítomná forma umění je fotografie. Obrázky pořízené fotoaparátem byly považovány za nejlepší ztvárnění reality. V dnešní době je ale rozdíl mezi skutečností a ideálem v důsledku vynálezu počítačově vylepšených zobrazovacích technik stírán (Chrisler a DiGiammarino, 2015, s. 90). Papežová (2010, s. 311) popisuje, že krásné a štíhlé modelky na fotkách jsou upravované tak, aby na nich nebyla vidět žádná nedokonalost. Obecně všechna média hrají zásadní roli při formulování toho, co je ve společnosti atraktivní, a zvyšují nedosažitelný ideál hubené krásy mezi ženami (Aparicio-Martinez et al., 2019, s. 2).

V médiích je často spojován profesní a osobní úspěch s dokonalým tělem (Uchôa et al., 2019, s. 2). Dospívající mohou uvěřit, že je vrstevníci budou lépe přijímat, když budou hubení. Atributy vztahující se ke štíhlosti je větší popularita, vyšší sebevědomí a schopnost si najít kamarády nebo partnera (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3504). Ve výběru partnera je tělesná atraktivita velmi důležitým parametrem. Krásní lidé mohou být také šťastnější. Může tomu tak být z důvodu časté sociální aktivity, většího množství přátel, lukrativnějších pracovních pozic

a finančnímu příjmu. Krása má tedy na jedince ve společnosti značný vliv a její síla je nesmírná (Matějů et al., 2017, s. 19, 20, 24).

Ideální ženská postava

V poslední době se na sociálních sítích množí příspěvky propagující kombinaci ideálů hubených, svalnatých těl, které ovšem mají křivky. Mezi tři nejčastěji zastoupené ideální postavy patří: hubená, atletická a postava s křivkami (Hernández et al., 2021, s. 85).

Hubené tělo je popsáno jako štíhlá postava s úzkým pasem a minimálním množstvím tělesného tuku (Sicilia et al., 2022, s. 1). U žen v západní kultuře se běžně objevuje přirovnání hubenost = krása (Mills, Shannon a Hogue, 2017, s. 146). Štíhlé tělo, jak je idealizováno v médiích, módním a fitness průmyslu, funguje jako metafora zdraví, mládí a bohatství. Štíhlé a dobře trénované tělo symbolizuje štěstí a úspěch, zatímco obézní tělo je spojováno s leností a hloupostí, což přispívá ke stigmatizaci lidí s obezitou (Wiklund et al., 2017, s. 443). Hubená postava je nejvýraznějším rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy (Hernández et al., 2021, s. 85). Dívky a mladé ženy, které se účastní soutěží krásy mají často BMI nižší než kritérium pro stanovení diagnózy MA (Papežová, 2010, s. 311). Navíc hubené postavy na fotkách mají často velká poprsí. Kombinace hubenosti s větší velikostí ňader, je vysoce nepřirozená a vyvolává touhu po chirurgické úpravě (Flynn et al., 2015, s. 174).

Atletický ideál krásy byl popsán jako svalnatý ale štíhlý (Hernández et al., 2021, s. 85). Mezomorfní postava má viditelné svalstvo a nízký podíl tělesného tuku. Byla tradičně kulturním standardem mužské krásy. V poslední době se však ukazuje, že ideál mezomorfního těla může být žádaný i mezi ženami (Sicilia et al., 2022, s. 1, 2). Podobně jako u škodlivých účinků internalizace štíhlého ideálu, internalizace svalnatého nebo atletického ideálu předpovídá tělesnou nespokojenost a je spojena s dietami, bulimickými příznaky a nutkavým cvičením (Hernández et al., 2021, s. 86).

Dalším ideálem krásy je postava tvaru přesýpacích hodin. Jedná se o ideál, ve kterém má postava širší proporce v oblasti prsou a boků v kombinaci se štíhlým pasem. Tento typ postavy také může přispívat k nespokojenosti s vlastním tělem a poruchám příjmu potravy (Hernández et al., 2021, s. 85). Typ postavy se štíhlým pasem ale širokými boky a velkými stehny byl v médiích v poslední době popularizován celebritymi (McComb a Mills, 2022, s. 376). Těchto křivek někteří jedinci dosahují cestou kosmetické chirurgie, která je stále přístupnější (Chrisler a DiGiammarino, 2015, s. 90).

Společenský standard krásy podporuje nedosažitelnou hubenost. Potvrzují to nejznámější celosvětové modelky a jejich zmenšující se tělesné velikosti. Modelky za posledních dvě desetiletí zmenšily velikost poprsí, pasu, boků a šatů (Anderson et al., 2022, s. 1).

V neposlední řadě je důležité zmínit, že v dnešní společnosti mohou někteří jedinci chtít, aby jejich těla odpovídala nejen rysům ideálu tradičně přisuzovanému jejich vlastnímu pohlaví, ale také některým rysům ideálu běžně spojovaným s pohlavím opačným (Sicilia et al., 2022, s. 2).

Média

V moderní době se většina lidí ve vyspělých zemích denně setkává s nějakým typem hromadných sdělovacích prostředků, jako je televize, časopisy nebo internet. Pro stále více lidí je internet hlavním médiem. Internet se běžně používá pro procházení sociálních sítí. Sociální sítě jsou online stránky, díky nimž mohou uživatelé vytvářet a udržovat mezilidské vztahy s rodinou, přáteli a známými. Na rozdíl od tradičních forem médií, jako je televize, filmy a časopisy, jsou stránky sociálních médií navrženy tak, aby aktivně zapojily uživatele (Mills, Shannon a Hogue, 2017, s. 146, 151).

Sociální sítě jsou v dnešní době více využívána než jiná média. Nárůst počtu sociálních sítí, jako je Facebook a Instagram, rozšířilo pomyslnou plochu pro vystavení hubených ideálů (Aparicio-Martinez et al., 2019, s. 3). Roste počet sociálních médií s radami a tipy, jak zhubnout (Mento et al., 2021, s. 2). To potvrzuje i Flynn et al. (2015, s. 173) a dodává, že média nejen zobrazují idealizovaná těla, ale také propagují způsoby, jak těchto ideálů dosáhnout. Sociální média nabízejí různé interaktivní platformy založené na fotografiích, které lze použít pro sdílení a reakce na obsah vytvářený uživateli. Instagram je sociální síť pro sdílení fotek a získávání zpětné vazby od uživatelů ve formě tzv. lajků a komentářů (Anixiadis et al., 2019, s. 181). V lednu roku 2022 byl Instagram čtvrtou nejpopulárnější sociální sítí. Na Instagramu je více než 1,2 miliard aktivních uživatelů (Statista, online, 2023). Pro porovnání, v září roku 2015 měl Instagram kolem 400 milionů aktivních uživatelů (Brown a Tiggemann, 2016, s. 38). Instagram je sociální síť, která uživatelům umožňuje vytvářet veřejné nebo soukromé profily, sítě „přátel“ nebo „sledujících“ a sdílet, prohlížet a komentovat obsah vytvářený uživateli (Slater, Varsani a Diedrichs, 2017, s. 88). Uživatelé Instagramu se rozhodnou nahrát obsah ve formě fotografií, na kterých vypadají hubeně a přitažlivě. Mohou také fotografie upravovat, retušovat a přidávat na ně filtry, aby dosáhli ideálního vzhledu (Brown a Tiggemann, 2016, s. 38). Navzdory tomu,

že mladí uživatelé Instagramu nejsou profesionálními modelkami, snaží se ve svých příspěvcích vybrat ty nejlepší fotky, aby dostávali lajky a komentáře. Lajky jsou považovány za známku sociálního souhlasu. Čím více lajků fotka dostane, tím je oblíbenější (Manas-Viniegra, Núnez-Gomez a Tur-Vines, 2020, s. 1, 2).

Nejsledovanějšími účty na Instagramu jsou celebrity. Ty přidávají osobní fotografie ze života a sdílejí ho se svými fanoušky. Prezentovaná kombinace obrázků celebrit s obrázky vrstevníků na stejné platformě může navodit pocit, že jsou celebrity jejich přátelé nebo vrstevníci (Brown a Tiggemann, 2016, s. 38). Mezi nejaktivnějšími uživateli těchto médií vyčnívají influenceri. Tyto nové mediální vzory mají významný dopad na poslední tendence, novinky a trendy, které mladí lidé následují (Aparicio-Martinez et al., 2019, s. 3). Popularita influencerů na Instagramu, je založena na příběhu jejich osobního života a pokračuje prostřednictvím každodenních zážitků, které sdílí (Manas-Viniegra, Núnez-Gomez a Tur-Vines, 2020, s. 2).

Populární trend, který se v objevil na Instagramu, je fitspirace (směs slov fitness a inspirace). Tato aktivita vznikl proti trendu thinspirace (směšování hubenosti a inspirace), která podporuje hubenost a nezdravé stravovací návyky. Fitspirace se skládá z fotek, které mají lidi motivovat ke cvičení a zdravějšímu životnímu stylu. Tento trend podporuje homogenní vysoký, štíhlý, tónovaný a dokonale proporcčně vyvážený tvar těla (Slater, Varsani a Diedrichs, 2017, s. 88). Podle fitspirace cvičení vede ke zdraví, je pro zdraví nezbytné a mít štíhlé tělo je důkazem zdraví (Wiklund et al., 2017, s. 442). Ačkoliv tedy hnutí fitspirace na sociálních sítích předává informace o zdravé stravě, cvičení a aktivním životním stylu, je podle McComb a Mills (2022, s. 375) prokázán obrácený vliv na některé uživatelky. Některé ženy a dívky jsou díky porovnávání se s těly atletek více nespokojené se svými těly a mohou mít problémy se stravováním. Pro mladé ženy tento ideál postavy může mít dle autorů daleko horší dopad na stravování a psychické zdraví než obyčejná hubená těla.

Sociální sítě v dnešní době nesou velkou odpovědnost při sestavování standardů krásy. Sociální média jsou vytvářena a přijímána společností, což naznačuje, že tyto ideály krásy jsou z výsledkem vlivu společnosti (Anderson et al., 2022, s. 4). Populární platformy sociálních médií začaly uznávat rizika spojená s vystavením určitým typům fotografií. V současné době se na Instagramu neukazují fotky s popisky „thinspiration“ a „proanorexie“. Tyto pojmy upozorňují diváky na fotografie, které obsahují velmi hubená těla. Instagram je považuje

za aktivně propagující sebepoškozování, tudíž je zakázal přidávat k fotkám (Mills, Shannon a Hogue, 2017, s. 153).

2.3.3 Spojitost ideálu krásy s poruchami příjmu potravy

První autorkou, která popsala souvislosti společenských a kulturních nátlaků na hubenost a tělesné nespokojenosti byla Hilda Bruch v roce 1973. Dle této autorky a dalšího zkoumání této problematiky byla popsána nespokojenost s vlastním tělem a jeho narušené vnímání s celým spektrem poruch příjmu potravy (Fialová a Krch, 2012, s. 191). Podle teorie sociálního srovnání, mají lidé vrozenou touhu porovnávat se s ostatními, aby mohli hodnotit sebe samotné. Zvláště když neexistují objektivní měřítka (Brown a Tiggemann, 2016, s. 38). U adolescentů se rozvíjí zvýšená schopnost abstraktního myšlení a perspektivy, což jim umožňuje přemýšlet o tom, jak je jiní lidé vnímají. Díky těmto schopnostem se jejich sebepojetí stále více zakládá na normách a očekávání od ostatních (Rousseau a Eggermont, 2018, s. 51).

Vnímání vlastního těla je podstatnou součástí osobnosti člověka, ve svém těle si člověk zvědomuje svoji existenci. Tělo má různé tvary, velikosti a rozměry, které člověk vnímá, posuzuje na základě vlivů okolní společnosti a vlastních zkušeností (Fialová a Krch, 2012, s. 187). Body image neboli obraz těla, je subjektivní postoj jedince k vnímání velikosti a tvaru vlastního těla. Má percepční a hodnotící složku. Percepční složka se týká toho, jak jedinec vidí tvar, váhu a velikost těla a také jeho fyzické vlastnosti, výkon a pohyb. Hodnotící část obsahuje, jedincovy pocity ohledně vlastního těla a jak tyto pocity ovlivňují jeho chování (Mills, Shannon a Hogue, 2017, s. 146). Body image je tedy styl toho, jak jedinec vnímá, cítí a přemýšlí nad svým tělem (Fialová a Krch, 2012, s. 188). Dospívající mohou začlenit sociokulturní normy pro vzhled do svého sebepojetí, a tím vytvořit ideální tělesnou představu, kterou používají k vyhodnocení svého skutečného tělesného obrazu (Rousseau a Eggermont, 2018, s. 51). Jedinci ženského pohlaví dávají vzhledu daleko větší hodnotu než jedinci mužského pohlaví, jsou také často náchylné k hodnocení okolí a více se obávají o svůj vzhled (Fialová a Krch, 2012, s. 190). Některé dívky a mladé ženy mohou vlivem společnosti brát krásu jako jednu z hlavních měřítek úspěchu (Papežová, 2010, s. 47).

Socializační činitelé, jako jsou média, rodiče a vrstevníci, hrají důležitou roli při přenosu určitých nerealistických tělesných ideálů, které by při pokusu o jejich dosažení mohly tlačit jednotlivce, aby přijali potenciálně riskantní strategie související s cvičením a dietami (Sicilia et al., 2022, s. 2). Dospívající dívky se denně setkávají s obrazy štíhlých a atraktivních modelek

a osobností. Celebrity převládají ve všech formách médií, od časopisů, televize až po Facebook a Instagram. Dívky a mladé ženy mohou pociťovat negativní emoce vůči sobě a svému tělu ve snaze vyrovnat se ideálu krásy, který je prezentován skrze hubené modelky, celebrity či jejich vrstevnice v médiích (Brown a Tiggemann, 2016, s. 37, 38). Nerealistická těla v médiích vedou mnoho jednotlivců k internalizaci sociálně konstruovaných ideálů krásy (Anixiadis et al., 2019, s. 181). To znamená, že se mladí jedinci snaží reagovat na ideály krásy, porovnávají se s ostatními uživateli, což často vede k nespokojenosti s jejich vlastním tělem (Manas-Viniegra, Núñez-Gomez a Tur-Vines, 2020, s. 1). Jedním z důvodů, proč mohou být mediálně zobrazované štíhlé ideální vzory škodlivé, je ten, že zkreslují to, co si lidé myslí, že je v dané populaci normální nebo typické (Mills, Shannon a Hogue, 2017, s. 140). Fyzický vzhled a atraktivita je zvláště důležitým atributem v dospívání, protože zásadně ovlivňuje pozitivní vnímání mezi vrstevníky (Legenbauer, Thiemann a Vocks, 2014, s. 52). Jedinci obvykle sledují vnější vzhled svého těla, aby se ujistili, že odpovídají ideálu krásy, který je daný ve společnosti. Tělesné ideály propagované v médiích jsou ale nerealistické a obtížně dosažitelné (Rousseau a Eggermont, 2018, s. 50, 51).

Nespokojenost s tělem a vnímání krásy jsou tedy neoddělitelně spojeny (Mills, Shannon a Hogue, 2017, s. 146). Mediálně idealizované obrazy ženského těla mají dle Dakanalis et al. (2015, s. 998) nejškodlivější a nejpodstatnější dopad na zranitelné jedince. Vystavení hubených a atraktivních celebrit a modelek v časopisech, televizi na internetu a sociálních sítích a jejich neustálé sledování podporuje dle mnoha autorů zvnitřnění nedosažitelného ideálu krásy, který je spojen s tělesnou nespokojeností (Slater, Varsani a Diedrichs, 2017, s. 87; Brown a Tiggemann, 2016, s. 38; Uchôa et al., 2019, s. 1; Dakanalis et al., 2015, s. 998; Mills, Shannon a Hogue, 2017, s. 146). Nespokojenost s vlastním tělem je popisována v souvislostech s hmotností a může se objevit již od 8 let věku. To může mít vliv na stravování a celkovou kvalitu života u mnoha dívek a žen (Fialová a Krch, 2012, s. 190).

Tělesná nespokojenost mezi adolescenty je vážným problémem, jelikož vytváří řadu škodlivých stavů, jako je narušená emocionální pohoda, nízké sebevědomí, příznaky deprese a PPP (Uchôa et al., 2019, s. 2). Negativní pocity ohledně vlastního těla byly dle mnoha autorů identifikovány jako jeden z nejsilnějších rizikových faktorů pro poruchy příjmu potravy v adolescenci (Dakanalis et al., 2015, s. 998, Uchôa et al., 2019, s. 2; Mills, Shannon a Hogue, 2017, s. 146). Mento et al. (2021, s. 2) dodává, že sledování příspěvků s ideálními těly v médiích ovlivňuje nejen vnímání vlastního těla, ale i touhou vypadat jako celebrity, což také podporuje

vznik PPP. Stabouli et al. (2021, s. 4) to celé shrnuje a udává, že podíl na vzniku PPP mají v dnešní době ve velké míře fotografie s ideály štíhlosti a krásy v médiích.

Nemocní se často sdružují na sociálních sítích. Nejčastěji jsou vidět ti, kteří svoji nemoc nezvládají, přizpůsobili se jí nebo odmítají názory okolí. Poruchu příjmu potravy se snaží normalizovat nebo dokonce zkrášlovat. Toto chování může být nebezpečné nejen pro nemocné, trpící PPP ale i pro rizikové skupiny dospívajících (Krch, 2016, s. e12). Nejnebezpečnější sociální sítí je Instagram, následovaný Facebookem a Twitterem (Aparicio-Martinez et al., 2019, s. 3). V kyberprostoru existuje mnoho webových stránek podporujících mentální anorexii či bulimii. Blogy Pro Ana a Pro Mia hrají důležitou roli v etiologii těchto onemocnění, především u dospívajících dívek. Tato fóra často bývají soukromá a propagují poruchy příjmu potravy, ideál štíhlosti, podporují anorektické a bulimické chování a poskytují rady a návrhy, jak získat štíhlá těla. Členové těchto komunit rádi využívají svůj body image jako inspiraci v galerii webu. Tyto blogy, komunity nebo webové stránky odmítají zotavení a lékařské intervence. Další formou odporu na těchto stránkách je nesouhlas s psychiatrickou a psychologickou léčbou. Mladé dívky ve věku 13-17 let jsou obzvláště zranitelné vůči tomuto druhu webových stránek. Nekontrolované používání těchto internetových stránek ukazuje vyšší tendenci k izolaci, negativním emocím a maladaptivním stravovacím návykům, které mohou být prediktory poruch příjmu potravy (Mento et al., 2021, s. 1, 2, 11, 12).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Formulování výzkumného problému

V této výzkumné studii byl zkoumán problém vnímání ideálu krásy žačkami středních škol, které si prošly poruchami příjmu potravy.

Definování výzkumných otázek

Jak vnímají ideál krásy žačky středních škol, které si prošly poruchami příjmu potravy?

Z hlavní výzkumné otázky vyplynuly tyto dílčí:

V jakém prostředí se s ideálem krásy žačky setkávají nejčastěji?

Jak žačky středních škol popisují onemocnění poruchami příjmu potravy?

3.1 Metodika studie

Design výzkumné studie

Uplatněn byl kvalitativní fenomenologický přístup ke zkoumání (Gurková, 2019, s. 49). Limitace této konkrétní studie jsou uvedeny jako součást kapitoly Diskuse.

Zkoumaný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 8 žaček středních škol a gymnázií, které dříve trpěly jednou či více poruchami příjmu potravy. Respondentky byly vybrány na základě metody lavinového výběru. Tato metoda sběru dat dle autorky Gurkové (2019, s. 62) shromažďuje respondenty tzv. „nabalováním“ na předchozí účastnice. V praxi to funguje tak, že respondenti dávají doporučení na další jedince, kteří by mohli splňovat kritéria výzkumného souboru. Rovněž byly pro výzkumnou studii vyhledávány pouze jedinci ženského pohlaví.

Kritéria výběru zařazení do výzkumného souboru byla:

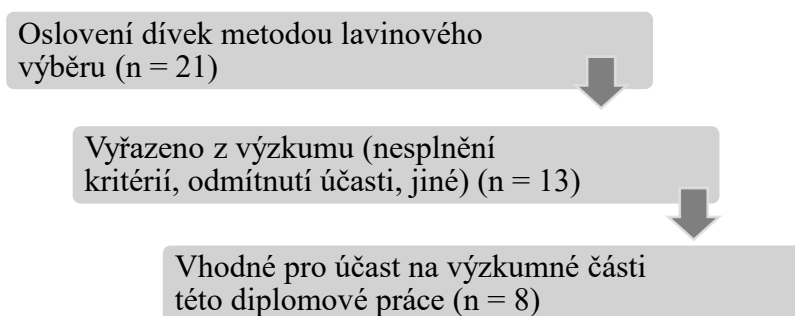
- Osobní zkušenost, prodělání a překonání poruchy příjmu potravy
- Studium střední školy či gymnázia
- Ženské pohlaví

Vyřazujícím kritériem byl:

- Věk pod 15 let a nad 19 let
- Žádná zkušenost s tímto onemocněním

- Mužské pohlaví

Po ověření využitelnosti nástroje pro zkoumaný soubor u jedné žačky s poruchami příjmu potravy proběhl první oficiální rozhovor. Po ukončení rozhovoru dotyčná doporučila dvě dívky – z nichž jedna nesplňovala kritéria z důvodu věku, ale znala další dívku, která si tímto onemocněním prošla. Po proběhnutí každého rozhovoru byly získávány další kontakty doptáním se dotyčných respondentek. Některé nejdříve z hlavy nevěděly, ale po nahlédnutí do svého instagramového profilu nějaké dívky doporučily. Na základě doporučení byly provedeny tři rozhovory a z nichž byly získány nové kontakty. Z dalších adeptek jsem vybrala dvě, které jako jediné odpovídaly kritériím a zároveň byly ochotné na rozhovoru participovat. Většina dívek, které byly kontaktovány se rozhovoru nechtěly účastnit z důvodu citlivosti tématu, nesplňovaly zařazující kritéria nebo se neozvaly zpět. Celkem bylo kontaktováno 21 dívek, ze kterých 8 splňovalo zařazující kritéria pro výzkumnou část této diplomové práce.



Tabulka 1: Diagram výběru zkoumaného vzorku

Pro zachování anonymity jsou participantky pojmenovány velkým písmenem R a číslem pořadí rozhovoru. Respondentky R1 (19 let) a R2 (17 let) si obě prošly mentální anorexií a studují na gymnáziu. Respondentka R3 je 16 letá žačka střední školy oděvní, která si prodělala mentální bulimii a záchvatovité přejídání. Sedmnáctiletá respondentka R4 (17 let) studuje střední zdravotnickou školu a prošla si mentální anorexií. Respondentka R5 prodělala celé spektrum poruch příjmu potravy. Od ortorexie k mentální anorexie až mentální bulimii a záchvatovitému přejídání. Nyní je jí 19 let a studuje gymnázium. Respondentce R6 je 18 let,

studuje střední zdravotnickou školu a prošla si mentální bulimií. Respondentky R7 (18 let) a R8 (19 let) prodělaly mentální anorexii a obě studují střední školu obchodní.

Respondentka R1 mentální anorexie	Respondentka R2 mentální anorexie	Respondentka R3 mentální bulimie, záchvatovité přejídání	Respondentka R4 mentální anorexie
Respondentka R5 mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, ortorexie	Respondentka R6 mentální bulimie	Respondentka R7 mentální anorexie	Respondentka R8 mentální anorexie

Tabulka 2: Diagram zkoumaného vzorku

Uplatněné výzkumné metody a nástroje ke sběru dat

Ve studii byla použita kvalitativní metoda dotazování. Nástrojem ke sběru dat pro výzkumné studii byl protokol polostrukturovaného rozhovoru vlastní konstrukce (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 160).

Popis a Tvorba nástroje ke sběru dat

Před vedením rozhovorů byl vytvořen protokol polostrukturovaného rozhovoru s danými tématy a otázkami (Protokol polostrukturovaného rozhovoru - Příloha č. 1). Názvy oblastí byly následující: Krása kolem nás, Pojetí sebe sama a Problematické stravování. V první oblasti protokolu polostrukturovaného rozhovoru bylo uvedeno 6 otevřených otázek, které byly zaměřené na standardy krásy, ideální postavy a sociální sítě. Druhá oblast byla zaměřena na vnímání vlastní postavy žačkami a jakou postavu by si přály mít, což bylo shrnuto do 3 otevřených otázek. Ve třetí oblasti bylo uvedeno 5 otevřených otázek, týkajících se problematického stravování a zda měl ideál krásy spojitost s onemocněním respondentek. V závěrečné části byly uvedeny položky, pro zjištění potřebných demografických údajů od účastnic.

Pro tvorbu oblastí a následných otázek byly použity vědomosti z různých zdrojů, ze kterých bylo čerpáno v průběhu psaní této diplomové práce. Inspirací pro tvorbu otázek byly knihy od paní docentky Ludmily Fialové, Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla a Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled a rovněž kniha profesorky Hany Papežové, Spektrum poruch příjmu potravy. Před tvorbou otázek byla nastudovaná kniha

Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách od autorů Švaříčka a Šedové. Citace knih jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Ověření využitelnosti nástroje pro zkoumaný soubor

První rozhovor byl zkušební. Respondentka, která odpovídala zařazujícím kritériím měla protokol polostrukturovaného rozhovoru s tématy a otázkami dopředu zasláný. V oblasti Problematické stravování byly po vyslechnutí jejího příběhu doplněny a upraveny 2 otázky – změněna byla formulace některých slov, vynechání pojmu „onemocnění/nemoc“ a nahrazení slovy „vztah k jídlu/problém“. V dalších částech změny prováděny nebyly. Účastnice měla možnost vyslovit názor na provedení rozhovoru (délku, přístup, používané pojmy,..), její poznámky byly poté zakomponovány do dalšího vedení rozhovorů.

Organizace a lokace sběru dat

Protokol polostrukturovaného rozhovoru byl rozeslán respondentkám v dostatečném časovém předstihu, aby byly schopny se na rozhovor připravit, popřípadě jej odmítnout. Všechny rozhovory byly vedeny formou online videohovorů na platformě zoom. Respondentky online formu uvítaly a souhlasily s ní.

Rozhovory byly vedeny v klidu a důvěře a s ohledem na věk respondentek uvolněné atmosféře. Proto byl na počátku všech rozhovorů podán dotaz, zda preferují tykání nebo vykání. Ve všech případech dívky zvolily tykání. Před počátkem rozhovoru bylo zopakováno, že jejich informace budou zpracovány anonymně, žádná odpověď není špatná nebo správná, mohou kdykoliv z rozhovoru odejít nebo nemusí odpovídat na příliš citlivé otázky. Byl položen dotaz, zda žačky souhlasí s participací na výzkumu a zda může být rozhovor nahráván na diktafon. Data byla tedy zaznamenávána prostřednictvím diktafonu, všechny respondentky s nahráváním rozhovoru souhlasily. Po spuštění nahrávání byl opět položen dotaz na souhlas s participací a nahráváním.

Rozhovory započaly úvodními otázkami pro navození atmosféry. Následovaly hlavní, dynamické a poté ukončovací otázky (Švaříček a Šedová, 2007, s. 163-169). V průběhu rozhovorů se objevily situace, kde bylo třeba se doptat na další otázky pro hlubší porozumění výroku. Byly použity metody sondování, a to sondování ozvěnou, tiché, povzbuzující a rozvíjející sondování a sondování prostřednictvím dlouhé otázky (Mišovič, 2019, s. 94, 95).

Rozhovory byly vedeny s dívkami z různých středních škol a gymnázií napříč celou Českou republikou mezi 3. a 23. březnem roku 2023.

Etické parametry zkoumání

Všem respondentkám byl předem zaslán formulář Informovaného souhlas a Prohlášení (nevyplněná verze Příloha č. 2.), ve kterém uvedly, zda mohou být jejich údaje použity do této diplomové práce. Respondentky byly obeznámeny s faktem, že získané údaje nebudou uvedeny ve spojitosti s jejich osobou, budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a Informovaný souhlas bude uchován odděleně od dat a výsledků.

Postup zpracování získaných dat

Metoda obsahové analýzy je v případě kvalitativního přístupu ke zkoumání zaměřuje na interpretaci informací, jejich porozumění a přesný popis zjištěných tvrzení (Fialová a Krch, 2012, s. 158). Rozhovory, které byly nahrávané pomocí diktafonu, byly přepsány pomocí doslovné transkripce. Následně byly upravovány pomocí redukce prvního řádu, při které jsou vynechávána tvrzení, která nejsou důležitá pro další analyzování ve výzkumné studii (Mišovič, 2019, s. 123-124). V průběhu transkripce byla pro ochranu osobních údajů respondentek použita technika anonymizace dat. Při této technice se účastníkům přidávají pseudonymy. Byly zaznamenány pomlky a úsměvy, vždy uvedeny v závorkách (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 183).

Vynechání textu z důvodu opakování slov či nedůležité pasáže	(...)
Pauza pro přemýšlení nebo vyplňující slova (ehm, hmm)	(pauza)
Úsměv, pousmání	(úsměv)
Výrazy nespisovné, citově zabarvené nebo hovorové	Podtržení
Výrazy „já sem, my sme..“	„Já jsem, my jsme“
Část odpovědi potvrzující spojitost s kategorií	Tučné zvýraznění

Tabulka 3: Vysvětlivky transkripce

Po transkripci rozhovorů byly vizuálně odděleny otázky od odpovědí. Rozhovory byly znovu poslechnuty a byly provedeny lehké úpravy. Při zpracování dat byla použita hermeneutická spirála, což je cyklicky se opakující získávání a redukce dat a vyvozování závěrů (Mišovič, 2019, s. 124, 125). Technikou otevřeného kódování byly texty rozhovorů rozebrány na jednotky, těm byl přidáno pojmenování neboli kód (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 211). Tato metoda byla prováděna v MS Word, kde bylo využito barvení textu a komentáře k příslušným tvrzením. Byly tedy vytvořeny segmenty, ve kterých byly objeveny významná tvrzení, z nichž

byly vytvořeny kódy (Mišovič, 2019, s. 127). Na základě soupisu kódů, které byly systematicky seskupeny, byly vytvořeny kategorie (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 221).

3.2 Výsledky

Výsledky tohoto výzkumného zkoumání byly vytvořeny na základě syntézy a interpretace dat. Každá kategorie je doplněna důkazy konkrétních citací, výroků, podporujících zjištění (Gurková, 2019, s. 87, 88). Z transkriptů a následného kódování všech rozhovorů byla identifikována společná témata označená jako: Krása ve společnosti, Vnímání vlastního těla a inspirace krásou, Sociální sítě, Problematické stravování a Spojitost ideálu krásy s poruchou příjmu potravy.

Krása ve společnosti

Tato kategorie zahrnuje subkategorie: Pozitivní pocity z krásy a její rozmanitost, Hubený standard krásy. Respondentky uvádí jejich pohled na krásu jako takovou a standard krásy, který je podle nich aktuální v naší společnosti.

Podle respondentek je krása rozmanitá, subjektivní, individuální a pomíjivá. Zmiňují také důležitost vnitřní krásy a energii, která z člověka jde. Některé respondentky popisují, že krása je důležitá pro společnost a sociální vztahy. Rovněž se shodly, že standardem krásy naší společnosti je štíhlá postava, podle některých až nerealistická. Některé zdůrazňují, že standardu krásy se jedinci rádi přizpůsobují, aby nebyly moc odlišní od ostatních.

Pozitivní pocity z krásy a její rozmanitost

Respondentky R1, R3, R6 a R7 popisují vnitřní krásu jako tu důležitější před krásou vnější, je pro ně důležitá energie. **R1:** „*Tyjo, co je krása, no asi podle mě, když si někoho na první pohled všimnu a v duchu si sama pro sebe řeknu, že je krásnej nebo krásná. Prostě když je někdo upravenej, má pěkně udělaný vlasy, to se asi nedá úplně tak popsat.. prostě z něj musí jít asi nějaká energie, **dobrá energie**.. Zaujme mě hlavně vzhledem no.. Pak je něco jinýho, když je třeba **arogantní**, tak to **pak krása rychle opadá** (úsměv).“ **R3:** „Podle mě krása jakoby vzhled na povrchu je spíš takový jako plus. Podle mě jako **krása se určuje, jakože zevnitř**, a to že je někdo hezkej nebo ne tak to je spíš jako takový plus k tomu. Ale podle mě **krásu neurčuje úplně jako vzhled** to si nemyslím, spíš to, jak se prostě chová.“ **R6:** „Asi je pro mě důležitější ta **vnitřní krása než vnější**, když člověka poznáš. Ale jako líbí se mi, když je někdo hezky upravenej nebo oblečenej a jde z něho taková tak jako pozitivní energie.“ **R7:** „Myslím si, že*

*každěj vidí krásu jinak, takže je to **individuální**. Lidi se mi líbí podle toho, co mám já ráda, co mi přijde pěkný, co mě přitahuje, to, jak bych chtěla vypadat a tak. Všeobecně, někteří lidi můžou být pěkní, ale když je pak poznáš, tak jsou **vevnitř třeba zkažení** a naopak, když někdo nepobral tolik fyzické krásy, tak může být **krásnej uvnitř**, jako že je **hodnej, laskavej** (pauza) a tak no, nevím.“*

Ostatní respondentky popisují krásu jako něco, co se nedá popsat slovy a jako rozmanitý, pomíjivý či subjektivní fenomén. **R2:** „*Ježiš, to je **strašně těžký říct**.. podle mě z pohledu **každého jiná** a **nedá se jen tak popsat slovy**, (...) **každému sluší něco jiného, ovlivňuje to hodně faktorů**, nevím, jak to popsat.. prostě když někdo vypadá dobře, má **pěkněj obličej a vlasy třeba no**..“ **R4:** „*Krásu má podle mě **million forem**, asi nejdůležitější je, když se líbíme sami sobě a jsme se sebou spokojený, to si myslím, že je ta pravá krása*.“ **R5:** „*Za mě krása je prostě subjektivní to **nějakej subjektivní pohled na něco**.. a **každýmu se líbí něco jiného**, dál že to že se něco líbí mně se nemusí líbit i třeba **mýmu** sourozenci a vlastně v kráse asi vidím největší demokracii a krása je něco co ve mně prostě vyvolává nějakou **pozitivní emoci** asi no. (...) mladý lidi prostě berou krásu, že se **potřebujou** tou **krásou nějak reprezentovat**, protože podle krásy se orientujeme třeba i když si hledáme partnera, tak když někoho vidíme na první pohled, tak samozřejmě, že se vždycky podíváme na to, jak vypadá a úplně nezkoumáme jaké má vlastnosti. Takže ta **krása hraje podle mě hodně důležitou roli** především u naší společnosti, a hlavně u mladých, že jo“ **R8:** „*Podle mě je to **strašně pomíjivá vlastnost**, je to něco (pauza), co ve mně vzbuzuje **nějakej pocit**. Může to být i když se člověk třeba směje, jeho chování a tak*.“**

Hubený standard krásy

Téměř všechny respondentky se shodly, že standardem krásy v této společnosti je hubená postavě. **R1** popisuje nucenou dokonalou postavu a že je těžké se od ní oprostit: „*Standart společnosti je podle mě teď **nucená dokonale hubená postava**, kterou si každý, i vlastně já, at' chceme, nebo ne, vybavíme. Je to hlavně práce si myslím módního průmyslu a sociálních sítí, kdy nám neustále podsouvají tyhle trendy, i když jsou nějaké tendence jedinců se **odprostit** od tohohle až kultu krásy, stejně bude muset uplynout dlouhá doba, než začneme vnímat krásu jinak, jestli to vůbec někdy bude*.“ **R2** popisuje postavu, která i přes štíhlost má poprsí a hýždě, což je podle ní těžce dosažitelné: „*Řekla bych, že si hodně lidí myslí, že **standart je nějaká hubena postava, která i přes to má prsa nebo zadek**, což je bez operace jako docela nemožné, pokud nejste instagramová modelka nebo nemáte hodně dobrou genetiku*.“ **R3** udává

rovněž hubenou postavu a přidává pojem přirozená krása: „*Já myslím že teďka se zas jako tak vrací **bejt hodně hubená**, jakože už se vrátí takový ty těla těch modelek z devadesátek a no, takže podle mě teďka největší standard jako tý krásy je, jakože hodně štíhlá (pauza), trendy je právě ta rádobý modelka z devadesátek. A to je jako úplně čistá pleť, hezký vlasy, lesklý, velký oči a já nevím prostě. Možná bych řekla jako **spíš přirozeně krásná**, že jako fakt se opustilo takový to jako velký vrstvy make-upu a tlustý silný obočí spíš právě teďka jsou hodně takový jakoby málo výrazný prostě takový ten no make-up, make-up look nebo jak to je prostě hodně málo make-upu a řasenka na obočí a takovýhle věci tvářenka trochu aby to prostě bylo co nejmíc přirozený, takže to bych asi řekla no“ **R4**: „Myšlím si, že v dnešní době je **krása braná jako přesně ty instagramové modelky, hubené a vyeditované do nereálné krásy**.“ **R6**: „No jako asi to bude člověk, který nijak nevybočuje z těch standardů. Každej, kdo má nějaký silnější křivky, kila navíc, strie nebo celulitidu a akné třeba, tak se nepovažuje za krásnýho, si myslím. Že jakoby ten ideál nebo standard je to, že se tyhle věci neukazují a musíš mít **dokonalý všechno**.“ **R7**: „Prostě štíhlý standard, nevím chápeš **jako štíhlost, trochu svaly**, asi jakože **upravený zevnějšek**, (...) asi jako no aji make-up. Hlavně to udává to, co je teď trendy, influenceři, modelky a hlavně společnost, protože co se řekne, že je v pořádku, tak to společnost nastavuje.“*

Respondentky popisují standard krásy ve společnosti jako něco, co neodbočuje od názorů většinové společnosti a jakou má krása sílu. **R8**: „No, já si myslím, že to je jako celkově souměrnost, jako obličej souměrnej a moc se jako **neodlišovat do ostatních**. *Teď se **hodně vzhled převažuje nad chováním**, hlavně u holek.*“ **R5** popsala standard krásy jako něco, co je dané společností ve směru oblečení, trendů a make-upu nebo stylu vlasů, aby byli všichni stejní: „V naší společnosti je to tak, že někdo z **vrchu nám říká, co bysme měli nosit**. Někdo nám říká, co je teďka **in**, co se třeba týká **oblečení** nebo **make-upu**, vlasů a samozřejmě, že se snažíme být in taky, takže to hodně prostě **snažíme být všichni, tak nějak stejně**. A určitě takový to, že když někdo vybočuje, tak se na něho díváme už skrz prsty, jakože omg, ten je divnej a tak si myslím, že je to hodně v naší společnosti.“

Vnímání vlastního těla a inspirace krásou

Tato kategorie obsahuje subkategorie: Názor na vzhled a krásu v dětství a Nynější pocity a přání změnit postavu. Respondentky uvádí vnímání vlastního těla v dětství a v současnosti. Zároveň popisují ideály krásy, které vnímaly či nevnímaly v dětství a co by chtěly změnit na svojí postavě.

V dětství si ani jedna respondentka nepamatuje, že by měla jeden jasný vzor krásy, některé dívky začaly krásu řešit až s příchodem puberty anebo pociťovaly nátlak od rodiny, vědomě i nevědomě. Názory na jejich vzhled byly různorodé, dvě dívky jsou spokojené se svojí postavou, ale ostatní si přejí buď zhubnout nebo nabrat svalovou hmotu. Některé se stále snaží přijmout sebe sama.

Názor na vzhled a krásu v dětství

Polovina respondentek měla v dětství průměrné tělesné proporce, nebyly extrémně hubené ani obézní. Tyto dívky si svého vzhledu nevšímalý nebo to pro ně nebylo prioritní. **R1:** „Byla jsem úplně **obyčejná holka**, která jako neřešila jsem nějak extra třeba jak vypadám nebo tak samozřejmě, jako do školy jo. Prostě průměrný dítě potom až třeba v pubertě, kolem toho dvanáctýho roku, tak jsem že jo začala trošku víc nabírat, ale já mám dost vysoký rodiče, tak když jsem byla malá a taková že jo opláchla jsem prostě za 2 měsíce byla hubená vysoká, protože prostě to tělo se vytáhlo jo. No a jako já nevím, třeba kolem toho čtrnáctýho roku, tak jsem si myslím, že měla úplně v průměrný. (...) Takže si myslím úplně ideální, jako nebyla jsem nějak že bych byla moc hubená nebo naopak extrémně obézní to vůbec.“ **R5:** „To já sem spíš byla takovej ten jako prostě, basket tenisky tepláky mikina a jdeš, já jsem **byla takovej malej kluk**, no, takže já jsem spíš jako byla taková hubenější nebo já jsem měla úplně zdravou váhu, nebyla jsem ani jako silnější.“ **R7:** „Teď zpětně, když se třeba podívám na fotky, tak jako vím, že jsem byla **normální obyčejné dítě**, ničím jsem asi nevyčnívala, prostě úplně normální.“ **R8:** „Vypadala jsem jako normální (pauza) **zdravé, bezstarostné dítě** (úsměv). Nic mi na sobě nevadilo, neměla jsem problémy se svým vzhledem.“

Respondentka **R6** měla v dětství normální postavu, ale v pubertě jí začalo připadat, že není dostatečně hubená: „Jako dítě jsem byla asi **úplně normální**, protože tam si nic moc nepamatuju. Ale jak jsem byla starší, tak jsem si **nikdy nepřipadala dost, dost hubená**, (pauza) **dost hezká**.“ Dost hubená si nepřišla ani respondentka **R3** se cítila již v dětství silnější než ostatní: „No tak já, když jsem byla malá, tak jsem byla vždycky taková, jako **silnější kamarádka** nebo jakože chápeš, já **nejsem tak hubená**, jako prostě ostatní moje kamarádky. Takže já jsem byla vždycky taková silnější, už jako od narození (...) jsem měla **tlustější ruku**, měla jsem **trochu břicho**, (...) ale ne nic moc extra, jako to bych neřekla. Jako kdybych se teďka koukala na starý fotky, tak jako **neřekla bych že bych byla tlustá** jako přímo, ale jako byla jsem trošku, že prostě měla trochu jako břicho no tak něco.“

Respondentky **R2** a **R4** byli od malička hubené. **R2**: „Byla že jsem jako **fakt žížalka**, jak jsem byla malá, ale já jsem byla celkem vysoká. Já sem vždycky byla **celkem vysoká** teď mám 170 něco, a i v dětství ale celkově co si pamatuju tak jsem většinu dětství jako zdravou váhu a jako **vypadala jsem hubeně**.“ **R4** si ale přála přibrat: „Já byla celé dětství až do puberty **od přírody dost hubená**, měla jsem rychlý metabolismus, takže jsem to moc neřešila, byla jsem opravdu spíše taková **drobounká malá myška**. Setkávala jsem se s **narážkami**, že právě nemám žádný zadek atd., takže jsem si přála přibrat, abych měla větší boky, prsa a zadek.“

Všechny respondentky popsaly, že si z dětství nepamatují žádný přesný vzor ideálu krásy. **R1**: „Já jsem jako, když jsem byla malá, tak jsem **neměla nějaký vzor**, že bych třeba chtěla vypadat, jako já nevím moje teta nebo něco **takovýho**, že prostě ne nebrala jsem to extra v potaz.“ **R3**: „**Tyjo** úplně v dětství myslím že asi ne **nějak jsem to neřešila**.“ **R4**: (...) Jinak nějaký přímý vzor jsem asi nikdy neměla.“ **R5**: „Když jsem byla malá, tak jsem jediné vzory, které jsem měla tak byly nějaké moje **basketbalové vzory**, protože jsem od 6 let hrála basket, takže jsem spíš já jsem **absolutně nějakou krásu neřešila**. (...) že bych měla vyloženě **nějakej** vzor v dětství nebo že bych sledovala nějaké modelky topmodelky nebo něco **vůbec**.“ **R6**: „**Nepamatuju si**, že bych měla přímo nějaký vzor nebo že bych přemýšlela nad krásou. (pauza) Asi si nic nevybavím.“ **R7**: **Žádný vzory jsem asi neměla**, moc si to **nepamatuju**, ale jako líbila jsem se sama sobě, než přišly poznámky od ostatních.“ **R8**: „Moc jsem ji **nevnímala**, v dětství mi bylo tak nějak jedno jak vypadám a **nehledala** jsem si nikde nějaký vzory, krásu jsem jako **vůbec neřešila**.“

R3 a **R7** si vzory krásy začaly vyhledávat před příchodem puberty, respondentka **R3** popisuje sledování seriálů a hubenost hlavní hrdinky. Vyzdvihuje sociální sítě, časopisy a světové topmodelky jako její pozdější vzor: „(...) Potom podle mě vzhled jsem začala řešit třeba kolem 10 let no možná 9 asi let tak to jsem začala řešit, a to taky prostě bylo ze **sociálních sítí z časopisů různých** já nevím **takovýhleh**, nějak se to nevnímala jako že jo, že bych chtěla vypadat jako ty **barbíny** tak jsem tam nikdy nevnímala nemělo to ani teď. Když jsem byla malá tak to jsem se koukala hlavně na takový ty **Disney programy** tak vždycky byla prostě ty holky byla jako **hrozně hubený** a teďka nevím **nejakej** seriály a vždycky prostě byli **hubený** holky **hlavní postavy**, že jo a když byly nějaký jako silnější, tak to bylo většinou **nějaký** vedlejší, a potom je kolem 12 jsem nějak jako začala ty **modelky** vnímat.“ A **R7** si vyhledávala fotky děvčat na Pinterestu a Instagramu: „Pak jak jsem byla větší, tak si jsem si hledala různé slečny na **Pinterestu a Instagramu**, které tam měly pěkné fotky a chtěla jsem být jako ony, prostě **krásné, hubené, bezchybné**, (pauza)..“

I přes to, že si respondentky R2, R5 a R6 nepamatuji žádné vzory nebo přemýšlení nad krásou, vzpomněly si na vzor v rodině. **R2:** „*Já mám z dětství celý hrozně v mlze já to asi jo já si **nepamatuju** prostě skoro nic. (...) No takhle moje **mamka** vždycky jakoby, **komentovala** můj vzhled, jak vypadám, kolik vážím, a tak asi vždycky bude komentovat.*“ **R5:** „*Ale jelikož mám **o 7 let starší sestru** tak furt jsem slýchávala, ne že bych si to uvědomovala, ale prostě něco jako, **musíš být hubená, ježiš tys přibrála** a já jsem si já jsem z toho neměla **žádnéj** rozum mě to vůbec nic neříkalo. Ale jak jsem přišla do té puberty, tak jsem vlastně si řekla ale přece moje sestra strašně v pubertě přibrála, jo tak jsem se bála že taky přiberu.*“ **R6:** „*(...) ale nejbliž mi byla **mamka**, která mi často říkala **ať zatáhnu to břicho**. No, a to mi nějak zůstalo (pauza), že je špatný mít větší břicho, a že by mělo vypadat menší. Mamka měří okolo 165 a má nebo tehdy měla tak kolem 60-65 kilo, a i některá dvacetiletá holka ji mohla závidět její postavu, ale ona vždycky před zrcadlem řešila, jaký má břicho a že je to hrozný, že musí zhubnout.*“

Nynější pocity a přání změnit postavu

Respondentky R1 a R5 zmiňují, že jsou spokojené se svým tělem a nechtějí ho měnit. **R1:** „*V tuhle chvíli jsem teď dá se říct **spokojená**, tak jak jsem, asi to jako **nepotřebuju** nějak měnit.*“ **R5:** „*Takhle jakoby, já jsem se svým tělem **spokojená** (...) Jsem teď ve fázi že jsem ráda, že ráno vstanu.*“

Respondentka **R3** uvedla, že je spokojenější se svou postavou než dřív, ale stejně by si přála něco změnit: „*No takhle, určitě jsem **spokojenější** se svou postavou, než třeba já nevím 2 roky zpátky. Něco je takový, jakože bych na tom něco změnila, a proto jakoby něco dělám, že jo Takže jako kdybych mohla, tak bych chtěla fakt jako úplně nebo úplně hubená ne, ale jakoby prostě hubená. Vždycky mě to přišlo takový jako hezký, jakože hubená a (pauza) vyšší holka (...). Když bych si řekla nevím, tak kolem **5, 6 kilo** bych chtěla zhubnout.*“

Respondentka **R7** se sebe snaží přijmout, taková, jaká je, nicméně by si klidně přála více svalové hmoty: „*Ted' v tuhle chvíli, se **snažím přijmout to, jak vypadám**, snažím se přibrat ještě něco málo abych vypadala zdravě a cítila se dobře. Asi bych chtěla mít o něco **větší zadek a stehna**, ale tak to asi každá z nás (úsměv).*“ Respondentky **R2** by také chtěla mít více svalové hmoty: „*Já jsem nějak normální, až jako hubená tak bych to řekla. Já hrozně **chcu chodit do posilky** a tak a ne že bych na sebe vysloveně chtěla nějaký totálně vybudovaný tělo a tak a chtěla bych mít víc, ale prostě svaly a takhle, než jako mám teď. Akorát jde o to, že já jako nemůžu chodit do té **posilky** protože mám problémy se srdcem (...). Chtěla mít takovou jakoby **vysportovanější postavu, ale pořád jako hubenou**, a ne žádný moc extra vidět svaly.*“

Respondentky R4, R6 a R8 by chtěly zmenšit určité části svého těla, tak jako R3. **R4** by chtěla mít menší poprsí, nohy, břicho a pas: „*Chtěla bych být trochu hubenější, tenčí nohy a hubenější břicho. Mám od přírody bohužel větší prsa, a to mě trápí, protože ve všem to vypadá, jak kdybych byla o tři velikosti tlustší. (...) Nemám ráda nošení věcí, kde jde vidět, jak moc mě to rozšiřuje. Takže bych si moc přála aspoň o dvě čísla menší prsa. Ráda bych ještě zapracovala na pasu, myslím si, že by mohl být klidně menší.*“ **R6** by si přála zhubnou, menší ramena a břicho, ale zvětšit prsa: „*Pořád mám něco, co bych mohla na sobě zlepšit.. tak bych řekla, že jsem spíš asi nespokojená, že bych potřebovala asi trochu zhubnout, aspoň třeba 3 kila, hlavně na břichu a ramenou. Kdybych si mohla vybrat, tak bych asi chtěla o něco menší ramena a břicho, no a větší prsa a asi i hustší vlasy asi no.*“ Respondentka **R8** si přeje být také hubenější, ale ví, že by jí to uškodilo: „*Chtěla bych být tak hubená jako před půl rokem, to jsem byla fakt pěkná, měla jsem míň kilo, ale vím, že by mi to akorát uškodilo.*“

Sociální sítě

Tato kategorie zahrnuje subkategorie: Ideální postavy na sociálních sítích, Motivace i problematika vystavení ideálních postav na sociálních sítích. V této části respondentky popisují názor na fotky a videa ideálních ženských postav na sociálních sítích a jak je tyto příspěvky ovlivňují.

Vnímání ideálních postav na internetu a sociálních sítích má na respondentky různé vlivy. Podle respondentek jsou dívky a ženy na fotkách na sociálních sítích až moc dokonalé, štíhlé a nastavují obraz něčeho, co vlastně neexistuje. Dvě respondentky se zmínily, že sledují známé osobnosti, které dokáží ukázat i reálný obraz jejich postavy. Zbytek dívek ve zkoumaném souboru sleduje fitness trenérky, odbornice na výživu nebo obecně videa o posilování. Některým dívkám fotky na sítích nevadí, jiné jsou nimi motivovány a u některých záleží na stavu a jejich náladě, když dané fotky vidí, jelikož jim mohou působit nelibé pocity ohledně vlastní postavy.

Ideální postavy na sociálních sítích

Všechny respondentky se shodují na tom, že se setkávají s ideálem krásy nejvíce na sociálních sítích. Zmiňují různé platformy, jako jsou Instagram, TikTok, YouTube nebo Pinterest. **R1**: „*Asi když člověk se podívá na jakoukoliv třeba Instagramovou nebo Facebookovou stránku jakékoliv celebrity, tak mě přijde, že tam se snaží prodat to nejlepší, takže i tu postavu i když má někdo nějaké nedokonalosti, tak prostě tu postavu se snaží podobně snaží se ukázat to nejhezčí, takže asi ty sociální sítě dělají hodně.*“ **R2** zmínila i modeling

a zdůrazňuje, že ideální postavy v tomto odvětví jsou často extrémní: „*Logická odpověď mně přijde **modelingu**, že jako (pauza) takhle hodně krát do modelingu do takových těch zahraničních, tak tam to hodně extremisují a i občas je to až moc, jako hodně jdou až do extrémů s tím kolik váží. (...) Nebo hodně jako na **Instagramu**, pak na **YouTubu**, tam nejvíc ty 10minutes workout s Pamelou.“ **R3**: „Hlavně na **sociálních sítích** že jo. To je asi nejvíc, co takhle potkávám (...), a to je na **TikToku** nebo **Instagramu**.“ **R4**: „Nejčastěji je vidím na **internetu na sociálních sítích**. To asi nejvíc.“ **R5**: „Třeba na **Instagramu** (...)“ **R6**: „Já jsem hodně na **Instagramu**, tak asi tam, nevím (pauza), ale asi jo no.“ **R7**: „Tak asi celkově **venku**, na **bazénu** a tak, ale jako asi nejvíc na **Instagramu** nebo **Pinterestu** no, nebo **TikToku**.“ Respondentka **R8** jako první označila atletiku, sociální sítě, ale uvedla hned vzápětí: „Jelikož dělám atletiku tak hlavně na tréninkách a závodech, potom různě (pauza) asi v okolí , jo, a hlavně na **sociálních sítích**, tam asi nejvíc jsem na **Instagramu** nebo **TikToku**.“*

Na těchto stránkách sledují respondentky modelky, celebrity, fitness trenérky a odbornice na výživu **R2**: „Nepřijde mi, že třeba Gigi by měla úplně jako vyloženě zdravou váhu.“ **R3**: „(...) asi **Kendall Jenner** potom jako i **Kylie**, že jo to taky jako to celkově ty Kardashianky a ještě možná **Adrianu Limu**.“ **R6**: „Já sleduju hodně nějaký **odbornice na výživu** a nějaký **posilovací videa**.“ **R7**: Tam na mě vyskakují nějaký **fitness trenérky** a krásny - hubený holky skoro pořád.“ **R8**: „Sleduju **fitness blogerky**, různé **koučky na výživu**, který taky vypadají dobře.“

Motivace i problematika vystavení ideálních postav na sociálních sítích

Respondentka **R1** popisuje fotky na sociálních sítích jako hubené a až moc dokonalé. Celebrity podle ní ukazují jen své přednosti a vytvářejí ideál krásy, který může být nadpřirozený: „Ty celebrity vlastně ukazují jenom ty **přednosti** nikdy neukáží nebo hodně málo celebrit ukážeš i ty své nedokonalosti, a právě kvůli tomu vzniká i takovej ten ideál krásy kteřej vlastně je až jako, dalo by se říct, nadpřirozenej, protože **nikdo není tak dokonalej**, jak na těch fotkách.“ Respondentka **R8** s tímto tvrzením souhlasí a přidává, že v dnešní době existují i účty, kde se ženy nebojí ukazovat nedokonalosti: „Všechny tam vypadají hrozně **krásně a hubeně**, skoro na každé fotce, to si pak člověk myslí, že by tak taky měl vypadat (...) Zase mi ale přijde, že se teď celkem rozjel ten trend, kde ženy ukazují že **nevypadají dokonale 24/7**, a že můžeš mít třeba celulitidu nebo strie..“

Tento trend zmiňuje i respondentka **R6** a popisuje, že preferuje účty, kde sdílí ženy pravdu: „Mám ráda účty, které se **nebojí sdílet pravdu**. Například se mi líbilo teď jedno video,

kde byla modelka a ukazovala tělo v různých pózách a potom přirozeně. Ukázala tím, že tělo v určitým úhlu nebo póze vypadá prostě jinak, než v té nastavené a že je to v pořádku. Když má někdo na fotkách jenom dokonalou postavu, tak se mi to moc nelíbí a štve mě to... ale to je jak kdy, někdy si zase řeknu, že když si třeba zacvičím, tak bych taky tak **mohla vypadat** no.“

Motivační charakter fotek popisují i respondentky R3, R4 a R5. **R3:** „Jako asi takovou motivaci, ale mám to jak kdy. **Občas** jakoby je mi to tak jako **líto**, že jako taky nevypadám taky, ale spíš to vidím potom jako takovou **motivaci**, že prostě jako bych tak chtěla vypadat, takže jako pro to něco jako dělám.“ **R4** potvrzuje motivaci u fotek v modelek v posilovně, pokud se ale tak vyfotí mladá dívka, tak s tím má problém: „No jako já to **nemám moc ráda, jako když se mladý holky vystavují na sociálních sítích ve spodním prádle** a snaží se jako když to tak řeknu prodat veřejnosti jejich tělo. Ale musím říct, že když se nějaké modelky či slečny s hezkými figurami vyfotí třeba v posilovně nebo jen tak někde, kde jde vidět tvar jejich postavy, tak to se mi líbí a dá mi to **motivaci**.“ **R5:** „Když něco naberu, tak to беру jako **motivaci**, že si říkám úplně jakože hej, fakt jako chci vypadat takhle něco prostě dělat, sportovat.“

Respondentky R1, R2 a R7 pocítují negativní vliv těchto fotek na jejich chování a nálady podle období, v jakém se zrovna nachází. **R1:** „**Občas** je to vlastně i trošku **nátlak na tu moji psychiku** že si řeknu jo to je hezká a zpětně si uvědomím, že to třeba není reálný, ale v tu chvíli, kdy se na tu fotku jako zaměřím tak si řeknu jo ta je hezká. Pak vlastně si to člověk jako **přemítá** nebo když se potom zaměří třeba, kdo to fotil a tak, tak si řekne jo, ale to je prostě profesionální fotograf a už je tam cokoli změnit.“ **R2:** „No to hodně záleží, kdy záleží hodně jaký fázi záleží kolik vážím **záleží na hrozně faktorech**. Ted'ka když jsem na menší váze tak si řeknu že nevím, jestli chci vypadat jako ty holky tam, že není zdravý abych víc cvičila a nejedla. Ale pak zase naopak, když jsem v té vyšší váze, tak právě hodně krát mám takový to, že musím cvičit, **musím cvičit, musím míň jíst tamto, musím tam to**, abych právě vypadala hezky.“ **R7** k těmto vlivům doplňuje, že jí nevádí sdílení fotografií, pokud nejsou upravené a ženy se na nich cítí dobře: „No já si myslím, že pokud jsou ty fotky **bez různých úprav**, tak je naprosto v pořádku, že to sdílí. Asi proč ne, když se cítí dobře (pauza, úsměv). Když jsou ale upravený, tak to není dobře, může to mít **vliv na mladý holky** a je to takový, že si řeknu, že mají jako pěknou postavu a chtěla bych mít taky takovou.“

Problematické stravování

Tato kategorie obsahuje subkategorie: Prvotní impuls a pohlčení, Nevědomost o poruchách příjmu potravy, Léčba, role rodiny a síla vůle, Stálá přítomnost. V této kategorii

respondentky uvádějí, kdy a jak PPP započala, kdo jim pomohl a jak se cítí nyní. Všechny respondentky se rovněž vyjádřily k vědomostem o PPP před jejich onemocněním.

Všechny odpovědi respondentek vyjadřují určitou formu vnitřního konfliktu a touhy po zlepšení. U většiny dívek začalo problematické stravování kolem 14 roku života, u některých tomuto onemocnění napomohl přechod ze základní školy na střední a u některých karanténní opatření. Všechny dívky chtěly na počátku zhubnout. Hledaly způsoby, jak nejrychleji zhubnout, a proto nejedly, extrémně cvičily nebo to, co snědly, vyzvracely. Jídlo se pro ně stalo nepřitelem a postupně je začalo ovládat. Všechny respondentky, až na jednu, zmínily silnou roli své matky, a to, jak jim pomohla najít řešení. Některé byly léčené u psychologa a psychiatra a jedna byla hospitalizovaná v léčebně. Některé by bez pomoci okolí nebo vlastní silné vůle možná stále onemocněním procházely. Většina z respondentek si informace o poruchách příjmu potravy začala hledat až při onemocnění. Před onemocněním vědomosti buď neměly nebo byly informace nedostatečné a nepomohly jim. Respondentky se shodly, že se už cítí lépe, ale stále pocítují přítomnost určitých problémů, ať už ve formě hlídání jídla, nedostatečné váhy nebo přijímání sebe samotné. Dle výpovědí některých respondentek s tímto onemocněním ještě dlouho budou zápasit.

Prvotní impuls a pohlcení

Dívky R1, R2, R4, R5, R7, R8 prodělaly mentální anorexii. Postupně se začali soustředit pouze na jídlo, vedly si pečlivé záznamy o tom, co jedly a jaké množství, a jak se snažily omezit příjem potravy. Některé z nich začaly pravidelně cvičit nebo kouřit, aby potlačily pocit hladu, a někteří se dokonce vyhýbaly situacím, kde bylo nutné jíst.

Respondentky R1, R2 začaly trpět MA v období kolem 14 roku věku. **R1** měla nejtěžší období během léta roku 2019, když byla nejvíce ovládána myšlenkami na jídlo a zhubnutí: *„Bylo mi mezi **14 a 15 rokem**, to bylo teda v červenci, takže to začalo no těch 2019. Jo, takže vlastně od toho novýho roku 2019 kdy se to takhle stupňovalo a vlastně nejhorší to bylo v tom srpnu 2019, kdy to už bylo neúnosný. To byla vlastně i moje nejnižší váha. Přitom jsem **chtěla jenom zhubnout pár kilo**, abych vypadala líp, ale pak jsem to už **neovládala**. (...) Měla jsem hrozný pocit, že mě to **ovládá**. Vlastně vůbec **nic jinýho než jídlo jsem neřešila**, že jsem pořád řešila, co s tím snědla a kolik to mělo asi kilojoulů a co teďka jako mám dělat pro to abych to třeba vyšla nebo vyběhala nebo vycvičila a tak dále. Jako to bylo mě vlastně hrozný v tom, že člověk o tom pořád musel uvažovat, to **jídlo bylo prostě středobod** a okolní svět mě až tak zas moc jako nezajímal. A nebylo to, že bych v tom byla šťastná, protože člověk vlastně vůbec nic*

*jinýho neřešil. “ R2 začala cvičit a kontrolovat svou stravu kvůli chlapci, který se jí líbil a byla šťastná, když zhubla v průběhu jednoho týdne v květnu 2021: „No a asi ve 14, jako přelom 14 15, to byl takovej zásadní věk. Měla jsem jet na **dovolenou**, na kterou jezdíme každý rok. No a jezdím s jedním klukem, ktorej se mi líbil, tak sem, si řekla, že nemůžu být hnusná, tlustá, Tak jsem každej den cvičila, a to dvakrát denně i dvě hodiny. Ta extrémnější část byla teda 2021 jakoby, květen, to bylo takový nejvíc drastický, já jsem zhubla hodně asi **5, 6 kilo**. A za jak dlouhou dobu si to zhubla? No myslím, že za **týden**. Já jsem z toho byla ráda.“*

Dívka **R4** stravovací problémy popisuje od 13 let, ale začátek MA popisuje na jaře 2020, když byla v prvním ročníku na střední škole: „Začalo to tak nějak pár měsíců před první karanténou, no takže 2020 asi (...) vlastně na začátku prváku. nejdříve jsem si řekla, že jako začnu jíst zdravěji, že začnu omezovat sladký a tučný a celkově jako nezdravý jídla, pak to ale přešlo do ubírání si porcí až do úplného nejezení a hladovění. Jídlo byl můj asi největší **nepřítel**, měla jsem úzkosti před jakýmkoliv jídlem, bála jsem se, že přiberu, když něco sním a tak. Bylo mi zle od stresu jen když jsem pomyslela na jídlo.“ Respondentky R7 a R8 si rovněž prošly mentální anorexií. U respondentky R7 se PPP objevila v prvním ročníku střední školy, zatímco u respondentky R8 se objevila ve třetím ročníku. U obou respondentek se porucha projevila tím, že postupně přestávaly jíst a omezovat svůj příjem potravy. Obě měly tendenci vynechávat jídlo a vymýšlet způsoby, jak se mu vyhnout, což vedlo ke zhoršení jejich stavu. U respondentky **R7** se problém s jídlem objevil již v souvislosti s tím, že měla strach z jídla, když ho snědla, cítila se špatně a měla výčitky svědomí: „Začalo to nějak **přechod mezi devátkou a prvákem**. Postupně jsem **přestávala jíst**, nejdříve jsem vynechávala snídaně, nechávala doma naschvál svačiny, nebo je dávala spolužákům. (...) To se mi **dělalo zle při pomýšlení na jídlo**, když jsem něco snědla bylo mi strašně, měla jsem výčitky, vše jsem si musela zapsat do poznámek, abych nad tím měla kontrolu. Přestala jsem obědovat a jedla opravdu málo za den, klidně jen jedno jablko. Začala jsem hodně **kouřit** a brala to jako jídlo, vždy to zahrnovalo hlad.“ U respondentky **R8** byl problém s jídlem spojen s nátlakem ze strany trenérky, která ji kritizovala za váhu a vzhled: „První problémy se objevily tak **zhruba před rokem**, jo tak nějak tak, tak leden 2022. Tak mi **trenérka** řekla, že jsem hrozně přibrála a **měla bych zhubnout aspoň 5kg**. Řekla mi, že kvůli tomu, kolik vážím, nemůžu být tak dobrá v atletice, jako ostatní holky. No tak jsem si začala hledat, **jak nejlíp zhubnout** a jak jsem viděla, jak to jde dolů, tak jsem **nemohla přestat**, pak prostě jsem chtěla ještě kilo a pak ještě kilo no a už jsem to asi **neovládla**. V té době jsem se **bála každého snědeného jídla**, všechno jsem si hlídala, abych

náhodou nepřibrála (pauza) radši sem nejedla no. Když jsem měla svačinu, dala jsem ji kamarádce nebo jsem ji vyhodila.”

Dívky R3 a R6 prodělaly mentální bulimii, respondentka R3 navíc vnímala přítomnost záchvatovité přejídání. Respondentku **R3**, stejně jako R4, rovněž ovlivnilo karanténní opatření, které bylo zavedeno pro prevenci nález Covid-19. V tomto období se respondentka cítila tlustá, a tak za pomoci cvičení a zdravé stravy zhubla a cítila se v dobré kondici. Nicméně později se začala přejídat, což vyústilo v mentální bulimii: „*Asi když jsem jako nejvíc ztloustla, když to tak řeknu tak to bylo podle mě kolem 9 třídy, to jsem asi nejvíc ztloustla, to bylo nějak rok 2020 myslím. Totiž ona právě že potom se zavřela škola, byla karanténa, a tak já jsem na jaře v karanténě nějak jako začala cvičit, začala jsem se jako hlídat stravu prostě takový ty workouty: Chloe Ting, Pamela a tak. A jako zhubla jsem asi 10 kilo za pár měsíců, což bylo fajn. Slyšela jsem to i od ostatních že jako vypadám líp i jsem se jako cítila líp a nějak jako v pohodě to fungovalo.(...) Potom asi největší takovej ten **zlom** s tím jídlem podzim od října, listopadu 2021. Protože já jsem se v tý době jako přestala bavit se většinou kamarádů a potom jsem byla doma, protože jsem měla covid (...). Prostě jak jsem byla doma a jak byl podzim, takový jako depresivní období, tak nějak do prosince bylo takový jakoby nejhorší (pauza) období prostě. Prostě, jak jsem byla **sama doma**, tak jsem prostě furt nad tím jako přemejšlela a já jsem ani v tý době jako nebyla nějak tlustá, když se teďka vidím zpátky (...). Fakt jsem furt prostě měla nějakej, jako **problém** prostě, že jsem se jako **připadala tlustá** i jako oproti prostě kamarádce, co jsem měla tak prostě ta byla hubená. (...) Prostě když jsem ležela doma **buď jsem jako by nejedla vůbec nebo jsem fakt jako jedla všechno, co jsem doma našla**. Vždycky třeba když jsem **3 dny nejedla**, tak to bylo, protože jsem jako **nechtěla jíst**. Není to, že bych jako neměla hlad, já jsem **jako měla hlad**, ale prostě **nechtěla jsem jako jíst**, protože jsem to měla (...) **v hlavě tak nastavený**, že jako nemůžu jíst, že prostě nevím přiberu a takovýhle věci. Potom (pauza) třeba po 3 dnech nebo tak jsem si řekla, že to je zbytečný, takže (...) jsem se jako najedla.“ Respondentka **R6** začala mít problémy v prvním ročníku střední školy, tlustá si přišla ale již ve 13 letech. Nechtěla mít více kilogramů než její matka. V prvním ročníku na střední škole řešila přehnaně jídlo a nadměru trénovala. Poté se dostala do cyklu bulimie, kdy jídlo jedla v nadměrném množství a poté vyzvracela, aby se vyhnula přibývání váhy: „*Kdy to přesně začalo tak to nevím (...) některý věci si už moc nepamatuju, ale vím, že v prváku jsem hrozně hrotila **jídlo, sport, tréninky** a tak. Podle fotky z dovolené, kde mi bylo asi 13 let si vybavuju, jak jsem si připadla tlustá. Tak asi tehdy jsem si to začala o sobě myslet. Říkala jsem si, že přece **nemůžu vážit víc jak mamka**. (..) Tak jsem si kolem 16/17 začala **vážít jídlo**. (...) Pak**

jsem začala jíst hodně jídla, protože jsem přišla na to, že když ho vyvracím, tak vlastně nemusím řešit kalorie. No a pak jsem přišla domů a když jsem měla na něco chuť nebo hlad a měla pocit, že jsem se přejedla tak jsem šla zvracet.“

Respondentka **R5** si prošla celým spektrem poruch příjmu potravy. Začala mít problémy kolem 14 let, kdy trpěla mentální anorexií. Asi do 16 let, kdy se stala dominantnějším problémem mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Snažila se zmenšovat porce jídla a omezit určité potraviny např. bílé pečivo a sladkou vodu. Měla tendenci si jídlo důkladně žvýkat a zmenšovat porce na velikosti pro batolata. Ve škole měla svačinu, ale na oběd nechodila do školní jídelny, protože jí tam nechutnalo. Večeřela až po celém dni a snažila se jíst 3 až 4 jídla denně: „*Takže anorexie mi začla asi nějak když mi bylo 14 a půl (...) no, takže tak do 16 byla mentální anorexie dejme tomu a potom záchvatovité přejídání, bulimie. Takhle, prvotní bylo, abych zhubla ty 4 kila za tu dovolenou. Jenomže se mi to vymklo kontrole a začla jsem hubnout. No předtím jsem se snažila furt, že jako jíst míň, spíš jakoby, jsem si to dělávala to jídlo a snažila jsem se prostě zmenšovat ty porce a všechno. Tak začla to takový, nebudu jíst bílý pečivo a přestanu pít sladkou vodu, začla jsem pít jenom s obyčejnou vodu a pak se to prostě tak nabalovalo. Jsem si zmenšovala porce, já jsem měla jeden a půl rohlíku a ten jsem si nakrájela na 8 kousků a žvýkala hodně. Ve škole jsem měla svačinu, protože jsem potřebovala ukázat lidem, že jím, ve třídě. Na oběd jsem nikdy nechodila do školních jídelen, protože mě ve školní jídelně prostě nechutná a pak jsem třeba doma až po celém dnu jsem třeba kolem sedmé jako s mamkou nějak jako večeřela a buď nám podala nějaké jídlo já jsem si nabrala trošku (...) no snažila jsem se vlastně jíst takové jakoby 3 a 4 jídla. Prostě jídlo, jak pro batole to byly batolecí prostě porce.(...)“ Popisuje také, že sama sobě přiznala anorexii až po přechodu k další poruše příjmu potravy: „(...) Každopádně to že jsem měla mentálně anorexii jsem si přiznala až potom co jsem se z toho a nějakým způsobem stabilizovala, sice díky bulimii a záchvatovité přejídání. Při bulimii jsem byla prostě schopná jít do Lidlu a koupit si 7 donutů, 2 čokoládky a koupit si ještě něco slanýho a snědla jsem to během prostě třeba hodiny. Pak následovaly výčitky jak psychický, tak blbě, takže jsem šla zvracet, takže to byl takovej začarovanej kruh.“*

U tří respondentek se ve spojení s jídlem objevovaly termíny jako vymykání se kontrole a nedokázání se ovládnout. **R1**: „*Přitom jsem chtěla jenom zhubnout pár kilo, abych vypadala líp, ale pak jsem to už neovládala. (...) Měla jsem hrozný pocit, že mě to ovládá .“* **R5**: „...*Jenomže se mi to vymklo kontrole a začla jsem hubnout.*“ **R8**: „...*a jak jsem viděla, jak to*

*jde dolů, tak jsem **nemohla přestat**, pak prostě jsem chtěla ještě kilo a pak ještě kilo no a už jsem to asi **neovládla**.*“

Nevědomost o poruchách příjmu potravy

Respondentky R1, R2 a R7 zmínily, že o poruchách příjmu potravy před jejich problémy se stravováním nic nevěděly. **R1:** „**Vůbec nic** ani na škole jakože, že jo mě bylo 14, takže takový, že jako já jsem byla v pořádku ještě, jako dítě jo nebo puberták. Takže mě to ještě tohle **vůbec nezajímalo** nebo že bych jako měla jako ty celebrity, že bych to sledovala to **vůbec**. Já **nevěděla** ani třeba co to je a tak dále, to jsem si **začala hledat třeba až k těm do toho opravdu jako spadla tak zpětně**.“ **R2:** „Předtím, než jsem se začala bavit s tou kámoškou, která to měla přede mnou, tak sem **nevěděla** že to existuje a **nezajímala** jsem se o to.“ **R7:** „Nic moc jsem o tom **nevěděla**, nikdy jsem si o tom nic nehledala, až když **mi moje doktorka řekla**, že si myslí, že bych mohla mít anorexii, vyhledala jsem si nějaké **články**.“

Některé popisují, že pouze znaly názvy nemocí, ale blíže si o tom nic nezjišťovaly (R3, R4, R5, R6). **R3:** „Tak jako už já jsem věděla takový jako **anorexie** že jo, a i jako **bulimie**, a i to **záхватovitý přejídání a tohleto**. To jsem prostě jakože znala nějak ze školy a tam jsem se sama jako by o tom nějak chtěla dozvědět víc.“ **R4:** „Jako věděla jsem, že něco jako anorexie, bulimie, a tak existují ale nic víc do hloubky, to ne (...) jinak jsem nic nevěděla, všechno jsem se dozvěděla až v průběhu nemoci....“ **R5:** „(...) jediný co, tak byla hodina o mentální anorexii, tak bylo to že **anorektička je holka, co nejí a bulimička je holka, co zvrací**. Takže já jsem absolutně a když **mi někdo řekl že mám mentální anorexii tak říkám ne, já jím**. Takže já jsem o **tom nic nevěděla vůbec nic** že (...). Začala jsem si potom zjišťovat věci, až když s tím onemocněla ani to ne navrhla jsem prostě si říkala **ne ale já nejsem anorektička já prostě jsem jenom zhubla a mám těžší období**.“ Respondentka R6 si myslela, že jediná porucha příjmu potravy je mentální anorexie: „Vlastně jsem asi nevěděla nic.. Myslela jsem si, že poruchama příjmu potravy **trpí jenom ti, co mají anorexii**.“

Respondentka **R8** popisuje, že nějaké vědomosti o PPP měla, to jí však nezabránilo v tom, aby onemocněla: „Něco jsem o tom jako věděla ze školy, a i sociálních sítích, věděla jsem, že je to **špatné a nezdravé**, ale i tak jsem do toho nakonec spadla.“

Léčba, role rodiny a síla vůle

Respondentka R1 ani R3 nebyly u psychologa ani u psychiatra. Matka **R1** měla známé mezi zdravotníky a psychology, tak řešila onemocnění s nimi: „**U psychologa jsem nebyla, ani**

*na psychiatrii nic takového. (...) Máma se o to začala zajímat u těch lidí který s tím mají nějaký zkušenosti. Ona to jako začala extrémně řešit, za co jsem vlastně ted'ka hrozně vděčná. Ona je jakoby zdravotník, fyzioterapeut, takže to třeba **probírala i se svýma kolegyněma** který taky občas se s tím třeba setkali, pak s nějakým známým, co je jako **psycholog** a tak.“*

Hospitalizovaná nebyla z důvodu matčiny schopnosti se o ni postarat v domácím prostředí.

*„Pro ňu prej bylo krutý, že by mě **prostě odvezla někam a tam mě jako zavřela**, takže jsem měl spíš začala pracovat v tom, že jo občas prostě jí ruply nervy v tom, že řekla jako to už nepůjde už tě někam odvezem, ale mě to zároveň tak **vyděsilo**, že jsem se začala jako snažit, i když to bylo hrozně těžký. Úspěšnost léčby vidí v rodinném plánování stravy a příchodem do školy: „Začali jsme teda vařit jinak, **celá rodina** se tomu snažila jako přizpůsobit a začala jsem teda trošku **fungovat jinak**. Takže jsme zařadili hodně těch potravin, jako který pro mě byly přijatelný a že jsem si teda nebála toho jako extrémně, takže prostě pomalu jsem si navykla. Když potom jsem teda přišla do školy v tom září, tak jsem jedla pravidelněji. Měli jsme takovou dohodu, že prostě svačinky nějaký, aspoň prostě mít budu (...) Snažila jsem se i jako kvůli i tý rodině a bylo to vlastně v pohodě. Pak jsem jako už (pauza) začala nabírat a nepřišlo mi to a pak (...) jsem se začala víc snažit v té škole a najednou jsem zjistila, že mi to jde že prostě potom jsem měla samé jedničky a najednou to bylo, jako celkem v pohodě..“*

Respondentka R3 tvrdí, že problémy řeší sama a nechce se spoléhat na blízké, nicméně jí matka také pomohla:

*„Mamka mě chtěla jakoby **poslat psychologovi**, protože on tam byl ještě takový jako takových zlomovejch pádů, kde mi umřel blízkej člověk, ale podle mě potom to bylo už takové jakoby lepší nebo takhle. Když mamka chtěla, abych tam jakoby šla k tomu psychologovi, tak **už to nebylo zas tak hrozné**.“*

Sama o sobě mluví jako o člověku, který nerad spoléhá na druhé a prosí o pomoc a tvrdí, že poruchu příjmu potravy zvládla překonat sama: *„Já vždycky **nerada se obracím na druhý** nebo nerada je **zatěžuju s těma problémama**, takže já si to vždycky vyřeším sama a vždycky se tak nějak poperu sama a takže pro to samé jako **nechtěla k psychologem** to prostě přišlo jako zbytečný, protože jsem se jako myslela že to zvládnou a jakože i jsem to jako zvládla hlavně jako z toho nejhoršího jsem to nějak zvládla.“*

Ostatní respondentky zmínily terapie u psychologa, psychiatra či hospitalizaci na ozdravovně:

R2: *„Pak teda hodně to o tom létě jako začala **máma řešit**, protože se mi to začalo proplétat ještě s jinejma psychickými problémama, takže nejdřív jako sedla a povídala, nejdřív mě teda seřvala, protože jako nechápala, proč jako hubnu, a tak teda jsme si popovídali. Byly jsme domluvený, že kdybych teda jako uznala, že já potřebuju pomoc, tak ať jí řeknu. S tím, že*

jako já jsem někdy teda řekla a hodněkrát jsem se o tom **povídali**. Byla jsem párkrát u **psychologa** ale nic intenzivního, **nic každodenního** to nebylo.“

R4: „Když mě **mamka** viděla, že nejím a jsem furt jenom unavená a hubená, tak mě vzala na **psychiatrii**. Tam jsme chodili nějakou dobu a paní doktorka mi dala nějaký rady a tipy, co jako jíst a kdy jíst, a tak no. To ale moc nepomohlo, protože se mi je nechtělo dodržovat no, a tak vlastně bylo všechno při starém. Musela jsem jí vypisovat všechno co jsem snědla, každý den do další návštěvy a doted' to musím psát. Pak sem začala chodit i k **psychologovi**, ktorej to začal víc řešit a mluvit o tom. To mi asi v tu chvíli pomohlo, ale já pořád neviděla žádný problém, nepřišlo mi, že jsem nemocná, takže jsem nic neměnila a dělala jsem všechno úplně stejně, moc jsem nejedla, tohle a tohle (pauza) dávala jsem si malý porce, a tak celkově no. Doktoři mi začali říkat ty **nejhorší scénáře**, které by se mi mohly stát.. pila jsem v tu dobu nutridrinky, ale vždycky mi po nich bylo blbě, hlavně proto, že jsem celej den jinak nic nejedla. Ted'ka **řád chodíme** s mamkou k tomu psychologovi a snažím se jako víc jíst.“

R5: „Chodila jsem k **psychiatricke i psycholožce**, **prášky** jsem nebrala ty jsem si **splachovala do záchodu**, antidepresiva nebo něco takovýho, ale vlastně hrozila mi **hospitalizace** já jsem mu odmítla potom by nám hrozilo i ze **sociálky** odebrání mě svéprávnosti všechno tady toto jo, ale prostě moje **mamka se nedala**, protože věděla, že já jsem člověk strašně vděčnej a když bych se z toho stala sama tak si to budu více vážit a víc se budu vděčná, **než kdyby mě zavřela na psychinu**.“

Pro respondentky R6 a R7 byla stěžejní vlastní vůle. **R6:** „Tak **mamka** si všimla, že chodím často na záchod po jídle a začala mě nutit abych jedla před ní, dost jsme se hádaly a **řvaly** po sobě... tak jsem pak s ní chodila k **psycholožce**... no, ale nejvíc mi pomohlo asi to, že jsem si po nějaké době **začala uvědomovat**, že zvracení mi může zničit zuby, a ještě jiný věci a tak. A taky jsem se bála že by si toho mohl někdo všimnout, kdyby mi to třeba zničilo ty zuby, který jsou vidět, tak to mě **donutilo si to trochu víc hlídat**.“ Respondentka **R7** dává jako jediná důležitou roli její kamarádce oproti matce: „Já jsem **nejdřív** chodila k **psycholožce** a pak k psychiatrovi, no ale to mi nepomáhalo, takže jsem skončila měsíc na ozdravovně a docházela na terapii. Největší krok nebo jako rozhodnutí, jsem **udělala já sama**, když jsem tam byla, tak jsem s tím chtěla něco dělat, hlavně abych se tam už nemusela vrátit.. No, a tak jsem postupně začínala jíst. Největší oporou mi byla moje **kamarádka**, pomohla mi najít cestu zpět.“

Respondentka **R8** tvrdí, že léčena nebyla, k psychologovi však docházela: „*Neléčila jsem se s tím tak nějak úplně.. byla jsem na pár sezeních u psychologa, psala jsem si co jsem snědla, ale asi mi nejvíc **pomohla rodina. Mamka** hlídala, co jím a spolu jsme plánovaly jídla.“*

Stálá přítomnost

Respondentky R1, R2, R3, R7 a R8 popisují, že tyto potíže stále ovlivňují jejich život, ale zároveň se snaží se s nimi vypořádat. **R1:** „*Jako jo už je to v pohodě, ale **pořád tam budu mít** takovýto ten zadní **vykřičník**. (...) Ale prostě doted' si myslím, že ta porucha nebo ta anorexie se se mnou vlastně dalo by se říct, že **potáhne celý život**.“ Respondentka R2 a R3 mají navíc problémy s mentálním zdravím, které jim nepomáhají ve vyřešení problému s jídlem. **R2:** „*Jako furt jako nad tím jako přemejšlím. Jako, co jím, ale už to není zas tak jako hrozný a intenzivní. **Nemám** takový jako ty **pády**, že bych prostě jakoby nejedla (...) a furt se vážila a cvičila a já nevím co všechno. Že podle mě už jako tu stravu mám jako nějak vyřešenou akorát teda jakoby **bojuju s tím mentálním zdravím** furt.“ **R3:** „*Ted'ka to je určitě **lepší** než třeba rok 2 zpátky, ale furt to je podle mě hlavně jakoby mentálně (...), prostě jde o to, jak to mám **nastavený v tý hlavě** (...) Ale furt je to takový, že (krátká pauza) si jako něco vyčítám, když něco sním navíc nebo nevím. Ani mi nedělá jako moc dobře, když jako nejím vůbec nebo taky se cítím tak provinile prostě. Jako takhle, podle mě furt mám takový zlomový, jako prostě pády jo nebo jak to mám říct. Jako přemejšlím třeba jakoby, co sním a kolik toho sním, ale už to není zas takový, že bych se nějak jako extrémně omezovala nebo, že bych právě ted' nejedla a potom bych se najedla.. že jako jím normálně a nějak jako furt se tak jako hlídám, protože pak by mi bylo špatně, a to jako taky nechci.“ **R8:** „*Myslím, že **jsem z nejhoršího venku**. No ale pořád mám v hlavě takový ten **hlásek**, co mi říká, tohle jídlo je špatné a tohle je dobré a kolik bych si toho měla vzít, nebo že jsem toho snědla hodně a tohle, pořád s tím tak nějak bojuju, ale pomáhá mi hodně mamka a kamarádky.“ Respondentka **R7** se cítí líp než dříve a má podporu od lidí kolem sebe: „*Cítím se ted' o **80 % líp**, pořád ale asi **nemám úplně zdravou váhu**, ale snažím se, co to jde. Mám kolem sebe hodně lidí, kteří **mi hrozně pomáhaj** a nevím, co bych bez nich jako dělala.“*****

Respondentky R4 a R5 stále přemýšlí nad jídlem. **R4:** „*Za poslední půlrok se snažím přesvědčit, že **jíst je normální a jídlo potřebuju**, abych mohla nějak normálně fungovat. Jsou dny, kdy se zvládnou najíst a vůbec na to nemyslím, prostě si dám jídlo a neřeším nic, ale pak jsem zase dny, kdy si říkám, že už jsem vydržela bez jídla tolik hodin (...) tak to vydržím ještě dalších pár.. (pauza) já vím a **uvědomuju** si, že to není úplně ideální a zdravý, ale já si prostě*

nemůžu pomoci, mám to v té hlavě a nemůžu to vypustit. Cítím se jako daleko líp jak třeba před rokem touto dobou, ale stejně to prostě není pořád ono.“ **R5:** „Mám třeba někdy spíš takové jako období, že trošičku **padám spíš do nějakýho toho záchvatového přejídání**, potom se mi to třeba jakoby ozve po 2 měsících a jako přejídám se.“

Respondentka **R6** stále bojuje se sebe akceptací: „Stále s tím **pracuju**, je to náročný celkem. **Učím se se mít ráda takovou jaká jsem**. Dost teď **cvičím** abych byla fit (...). **Nehrotím moc jídlo, snažím se jíst s rozumem a dodržovat takový to 80 na 20 (úsměv)**. Když mám na něco chuť, tak si to dám a prostě to **neřeším**, ale jako **někdy je to lepší a někdy horší** no, není to tak pořád.“

Spojitost ideálu krásy s poruchou příjmu potravy

Tato kategorie vznikla na podkladě otázky: „Myslíte si, že existuje spojitost mezi ideálem krásy ve společnosti a Vaší poruchou příjmu potravy?“ v protokolu polostrukturovaného rozhovoru. Respondentky popisují, zda jejich porucha příjmu potravy mohla mít spojitost s ideálem krásy.

Všechny dívky popisují, že chtěly zhubnout z důvodu potřeby zalíbit se a mít ideální krásné tělo. Jedna respondentka popisuje, že ideál krásy z okolí nebo internetu na ni vliv neměl, což komentovala tím, že neměla sociální sítě a žila dlouhou dobu na vesnici. V ostatních případech respondentky vnímaly tlak na vzhled a hubenou postavu ze svého okolí a sociálních sítí. Některé si toho v době onemocnění vědomy nebyly nebo nad tím nepřemýšlely, nyní ale propojení vidí. Z většiny výpovědí lze poznat, že spojitost mezi ideálem krásy ve společnosti a jejich poruchou příjmu potravy existuje.

U respondentek **R1** onemocnění nenapomohl jako primární důvod ideál krásy, ale její „paličatost“: „Nemyslím si úplně nějak extra. Nevybavuju si, že bych měla nějaké povědomí. Spíš to bylo jako to, že jsem **byla paličatá a chtěla jsem si něco dokázat**, neměla jsem vlastně sociální sítě a měli jsme doma slabej internet, takže jsem neviděla ideální těla těch celebrit, takže to spíš bylo z mé **iniciativy**, že to nebylo přímo téma vzorama.“

Respondentky **R2, R3, R4, R7 a R8** si jsou spojitostí jisté. **R2:** „Řekla bych, že **určitě ano**. Tohle se **spojuje podle mě pomalu s každým** nebo jako každýmu to začne jinak, ale mě se to určitě spojilo, skrz hodně takových ideálů na Insta nebo tak.“ **R3:** „Tak jako **asi určitě** protože to bylo takový, že jakože jsem viděla nějaký tělo, že jako fakt krásný, ale prostě moje tak nevypadalo. Takže **určitě nějaká spojitost tam je**.“ **R4** uvádí vedle vztahu ideálu krásy také

možnost ovlivnění karanténou: „**Ano určitě**, v dnešní době si myslím, že chce asi **každá holka vypadat dobře a zalíbit se** (úsměv), já sem chtěla **zhubnout** prostě (...) abych vypadala normálně, jako hubená, tak jak vypadají kamarádky a holky na Instagramu. Ale myslím si, že nějaký vliv na tom určitě měla i ta **karanténa**, jak jsme byli pořád doma a pak ty moje nálady no...“ **R7**: „To je hrozně **křehká věc**, i že jo těch všemožnejch **instagramovejch účtů**, no tak myslím si, že i třeba takový ten **nátlak z těch devadesátek**, kdy prostě pořád spousta lidí vnímá ten **modeling**, potom do toho **spadne velká spousta lidí**. A já jsem **chtěla taky vlastně zhubnout a vypadat krásně** (pauza), tak to asi **mělo i vliv na mě**.“ **R8**: „U mě tohle mělo **vliv asi hodně**. Prostě, ty holky kolem mě na **atletice**, všechny byly **hubený**, tak to se ti jako vryje pod kůži. Ale kdyby mi trenérka neřekla, ať zhubnu, tak by se tohle všechno asi nestalo. (pauza) Což je ale vlastně taky nucení nějakýho **standardu**, ktorej sem nesplňovala. Strašný, když si to tak uvědomíš.“

Respondentka **R6** si o spojitosti není stoprocentně jistá, jelikož nad tím nikdy nepřemýšlela: „**Jako je to možný**. Nikdy jsem nad tím **neuvažovala**, ale připadala jsem si prostě silnější a **chtěla zhubnout**, tak jsem zvracela, abych vypadala líp.“

Respondentka **R5** popisuje velké množství faktorů a jejich působení, které mohlo porušit příjem potravy předcházet, ideál krásy zmiňuje jako jeden z nich: „Kdy jsem vlastně v tom létě **přibrála**, tak jsem z toho měla nějaký **stres** a chtěla jsem **zhubnout**, navíc přišli pozvánky na **reprezentaci** a trenér mě nechával sedět na lavičce, (...) tak jsem už jako během toho už byla taková víc uzavřenější do sebe, myslela jsem si, že nejsem dobrá (...) Já jsem **extrémista**, takže já jdu do extrému. Měla jsem to tak, že jsem si říkala jo furt jsem hubenější než ona, že jako vypadám líp. No a potom vlastně tam byly i nějaký další vlivy třeba **rodiny** (...) to se prostě **sbíralo tak dlouho**, dokud se to nějakou jednou malou příčinou nespustí. Takže nějaký **spouštěč**, to být **klidně mohl**.“

4 DISKUSE

4.1 Popis rešerší k diskusi

První cílená rešeršní otázka byla formulovaná ve znění: **Jaké jsou dostupné kvalitativní studie (I) o ideálu krásy (O) u žaček středních škol? (P)**

K vyhledávání byla uplatněna rešeršní strategie s hesly:

Primární hesla česky	Primární hesla s příbuzným pojmem česky
P (participant/účastník): žačky středních škol	P: žačky středních škol OR adolescentky OR náctiletí
I (zkoumaný jev): kvalitativní studie	I: kvalitativní studie OR polostrukturovaný rozhovor
O (kontext): ideál krásy	O: ideál krásy OR standard krásy OR sociokulturní ideál krásy OR ideální postava
Primární hesla anglicky	Primární hesla s příbuzným pojmem anglicky
P (participant/účastník): high school students	P: high school students OR adolescents OR teenagers
I (zkoumaný jev): qualitative study	I: qualitative study OR semi structural interview
O (kontext): ideal beauty	O: ideal beauty OR beauty standards OR sociocultural ideal of beauty OR ideal body

Tabulka 4: Hesla k vyhledávání pro 1. cílenou rešeršní otázku

Rešerše byla provedena 11.4.2023 prostřednictvím vyhledávače PubMed s omezením výsledků na český, slovenský a anglický jazyk, publikační období mezi 2013-2023, přístupný celý text, ženské pohlaví a děti a adolescenti. Vyřazujícími kritérii byly nepřístupný celý text článku a nerecenzovaná periodika. Při zadání vyhledávacích i vyřazujících kritérií bylo zobrazeno 21 textů.

Další rešerše byla provedena v tentýž den v databázi ScienceDirect s omezením výsledků na český, slovenský a anglický jazyk, publikační období mezi 2013-2023, přístupný celý text, oblast Psychologie a Sociologie, publikace Body Image a výzkumné studie. Vyřazujícími kritérii byly nepřístupný celý text článku a nerecenzovaná periodika, literární přehledy a architektura. Při zadání vyhledávacích i vyřazujících kritérií bylo zobrazeno 27 textů.

Po vyhodnocení relevance obsahu textů vůči rešeršní otázce ze všech e-zdrojů byly mezi relevantní výsledky rešerší zařazeny 2 anglicky psané výzkumné studie.

Druhá cílená rešeršní otázka byla formulovaná ve znění: **Jaké jsou dostupné kvalitativní studie (I) o poruchách příjmu potravy (O) u žaček středních škol? (P)**

K vyhledávání byla uplatněna rešeršní strategie s hesly:

Primární hesla česky	Primární hesla s příbuzným pojmem česky
P (participant/účastník): žačky středních škol	P: žačky středních škol OR adolescentky OR náctiletí
I (zkoumaný jev): kvalitativní studie	I: kvalitativní studie
O (kontext): poruchy příjmu potravy	O: poruchy příjmu potravy OR mentální anorexie OR mentální bulimie OR záchvatovité přejídání OR psychogenní přejídání
Primární hesla anglicky	Primární hesla s příbuzným pojmem anglicky
P (participant/účastník): high school students	P: high school students OR adolescents OR teenagers
I (zkoumaný jev): qualitative study	I: qualitative study OR semi structural interview
O (kontext): eating disorders	O: eating disorders OR disordered eating OR anorexia nervosa OR bulimia nervosa OR binge eating

Tabulka 5: Hesla k vyhledávání pro 2. cílenou rešeršní otázku

Rešerše byla provedena 11.4.2023 prostřednictvím vyhledávače PubMed s omezením výsledků na český, slovenský a anglický jazyk, ženské pohlaví, děti a adolescenti a v neposlední řadě publikační období mezi 2013-2023. Vyřazujícími kritérii byly nepřístupný celý text článku a nerecenzovaná periodika. Při zadání vyhledávacích i vyřazujících kritérií bylo zobrazeno 73 textů.

Další rešerše ke stejné cílené rešeršní otázce byla provedena tentýž den prostřednictvím vyhledávače ProQuest s omezením výsledků na období 2013-2023 dále český, slovenský a anglický jazyk a dostupný celý text a klíčové pojmy obsažena v abstraktu studie. Vyřazujícími kritérii byly nepřístupný celý text článku, nerecenzovaná periodika. Při zadání vyhledávacích i vyřazujících kritérií bylo zobrazeno 19 textů.

Další rešerše ke stejné cílené rešeršní otázce byla provedena tentýž den v databázi ScienceDirect s omezením výsledků na český, slovenský a anglický jazyk, publikační období mezi 2013-2023, přístupný celý text, oblast Psychologie, publikace Body Image a výzkumné studie. Vyřazujícími kritérii byly nepřístupný celý text článku a nerecenzovaná periodika, literární přehledy a architektura. Při zadání vyhledávacích i vyřazujících kritérií bylo zobrazeno 24 textů.

Po vyhodnocení relevance obsahu textů vůči rešeršní otázce ze všech e-zdrojů byly mezi relevantní výsledky rešerší zařazeny 3 anglicky psané výzkumné studie.

Třetí cílená rešeršní otázka byla formulovaná ve znění: **Jaké jsou dostupné studie o ideálu krásy (I) a poruchách příjmu potravy (O) u žaček středních škol? (P)**

K vyhledávání byla uplatněna rešeršní strategie s hesly:

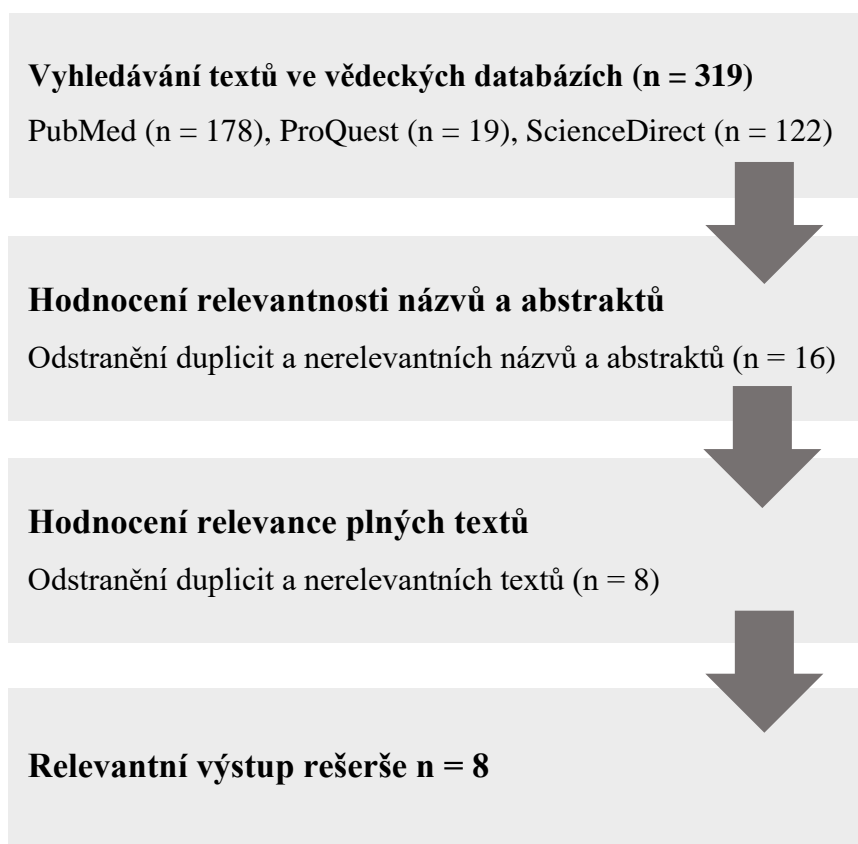
Primární hesla česky	Primární hesla s příbuzným pojmem česky
P (participant/účastník): žačky středních škol	P: žačky středních škol OR adolescentky OR náctiletí
I (zkoumaný jev): ideál krásy	I: ideál krásy OR standard krásy OR sociokulturní ideál krásy OR ideální postava
O (kontext): poruchy příjmu potravy	O: poruchy příjmu potravy OR mentální anorexie OR mentální bulimie OR záchvatovité přejídání OR psychogenní přejídání
Primární hesla anglicky	Primární hesla s příbuzným pojmem anglicky
P (participant/účastník): high school students	P: high school students OR adolescents OR teenagers
I (zkoumaný jev): ideal beauty	I: ideal beauty OR beauty standards OR sociocultural ideal of beauty OR ideal body
O (kontext): eating disorders	O: eating disorders OR disordered eating OR anorexia nervosa OR bulimia nervosa OR binge eating

Tabulka 6: Hesla k vyhledávání pro 3. cílenou rešeršní otázku

Rešerše byla provedena 12.4.2023 prostřednictvím vyhledávače PubMed s omezením výsledků na období 2013-2023 dále český, slovenský a anglický jazyk a dostupný celý text. Vyřazujícími kritérii byly nepřístupný celý text článku, nerecenzovaná periodika. Při zadání vyhledávacích i vyřazujících kritérií bylo zobrazeno 84 textů.

Další rešerše byla provedena i v databázi ScienceDirect s omezením výsledků na český, slovenský a anglický jazyk, publikační období mezi 2013-2023, přístupný celý text, oblast Psychologie a Sociologie, publikace Body Image, Procedia, Journal of Adolescent Health, Social Science and Medicine a Eating Behaviors. Vyřazujícími kritérii byly nepřístupný celý text článku a nerecenzovaná periodika, literární přehledy a architektura a toxikologie. Při zadání vyhledávacích i vyřazujících kritérií bylo zobrazeno 79 textů.

Po vyhodnocení relevance obsahu textů vůči cílené rešeršní otázce byly mezi relevantní výsledky rešerše zařazeny 3 anglicky psané výzkumné studii.



Tabulka 7: Postupový diagram rešerše

Bibliografické citace relevantních výstupů rešerše

1. APARICIO-MARTINEZ, PEREA-MORENO, MARTINEZ-JIMENEZ, REDELMACÍAS, PAGLIARI a VAQUERO-ABELLAN, 2019. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health [online]. 16(21), 1-16 [cit. 2023-04-12]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph16214177

2. BLODGETT SALAFIA, Elizabeth H., Maegan E. JONES, Emily C. HAUGEN a Mallary K. SCHAEFER, 2015. Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of Eating Disorders* [online]. 3(1), 1-10 [cit. 2023-04-11]. ISSN 2050-2974. Dostupné z: doi:10.1186/s40337-015-0069-8
3. MANNING, Millie a Sheila GREENFIELD, 2022. University students' understanding and opinions of eating disorders: a qualitative study. *BMJ Open* [online]. 12(7), 1-12 [cit. 2023-04-12]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2021-056391
4. POPAT, Anjali a Carolyn TARRANT, 2023. Exploring adolescents' perspectives on social media and mental health and well-being – A qualitative literature review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* [online]. 28(1), 323-337 [cit. 2023-04-11]. ISSN 1359-1045. Dostupné z: doi:10.1177/13591045221092884
5. ROUNSEFELL, Kim, Simone GIBSON, Siân MCLEAN, Merran BLAIR, Annika MOLENAAR, Linda BRENNAN, Helen TRUBY a Tracy A. MCCAFFREY, 2020 Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics* [online]. 77(1), 19-40 [cit. 2023-04-11]. ISSN 1446-6368. Dostupné z: doi:10.1111/1747-0080.12581
6. SCHAEFER, Lauren M., Natasha L. BURKE a J. Kevin THOMPSON, 2019. Thin-ideal internalization: How much is too much?. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* [online]. 24(5), 933-937 [cit. 2023-04-12]. ISSN 1590-1262. Dostupné z: doi:10.1007/s40519-018-0498-x
7. SIBEONI, Jordan, Massimiliano ORRI, Stéphanie COLIN, Marie VALENTIN, Jerome PRADÈRE a Anne REVAH-LEVY. The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2017, 65, 25-34 [cit. 2023-04-13]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.10.006
8. UCHÔA, Francisco Nataniel Macedo, Natalia Macêdo UCHÔA, Thiago Medeiros da Costa DANIELE, Romario Primeiro LUSTOSA, Nuno Domingos GARRIDO, Naira Figueiredo DEANA, Ágata Cristina Marques ARANHA a Nilton ALVES, 2019. Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 16(9), 1-14 [cit. 2023-04-12]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph16091508

4.2 Text diskuse

Jako odpověď na první dílčí otázku je respondentkami popsáno, že nejčastěji na ně ideální postavy působí ze sociálních sítích. I kvantitativní studie od autorů Aparicio-Martinez et al. (2019, s. 10) popisuje, jako primární místo, kde se promují ideální postavy, internet a sociální sítě. Dle výpovědí byly pro malou část respondentek fotky a videa ideálních postav motivační, pro další měly negativní vlivy na náladu a některým tyto dokonalé a nereálné příspěvky vadily. Inspirativní nebo motivační, ale i přítěžující charakter dokonalých fotek byl popsán i v systematickém přehledu několika kvantitativních a kvalitativních studií od autorů Rounsefell et al. (2020, s. 36). Některé respondentky popisují, že dívky, které se na fotky s upravenými ideálními postavami dívají, mohou cítit potřebu se těmto ideálům vyrovnat. To tvrdí i Popat a Tarrant (2023, s. 328), autoři kvalitativního přehledu literatury ve vytvořené kategorii „Porovnávání vzhledu a ideály těla“. Respondenti popisují, že se k nereálným postavám přirovnávaly i přes vědomí, že mohou být fotky upravené nebo vyfocené profesionálním fotografem (Popat a Tarrant, 2023, s. 328).. Což se shoduje s výpovědí jedné respondentky z tohoto výzkumného zkoumání. Tvrzení respondentek této výzkumné studie o negativním vlivu fotografií na jejich psychiku jsou rovněž potvrzená autory zmíněného přehledu. Ti uvádí, že obrázky dokonalých těl byly považovány za škodlivé pro ty, kteří v minulosti měli poruchy příjmu potravy, z důvodu možného návratu patologických stravovacích návyků (Popat a Tarrant, 2023, s. 328). Dívky ve výzkumném vzorku vnímaly i další různé vzory ze svého okolí. Ať už to byly matky, vrstevnice/kamarádky, sestry, trenérky nebo kolegyně při sportu. Tyto vzory však podle jejich výpovědí nebyly tak silné, jak ideální postavy sociálních sítích. V dnešní době se opravdu zvyšuje počet fotek a videí na sociálních sítích, a ne každá dívka je těmto ideálům odolná. Sama si někdy myslím, že bych mohla zhubnout nebo nabrat svalovou hmotu na základě prohlížení si krásných těl na internetu. Nejlepší je ale podle mého názoru tyto stránky nesledovat a snažit se co nejvíce dodržovat zdravý životní styl.

Druhá dílčí otázka se zabývá onemocněním poruchami příjmu potravy. Každá z respondentek si na počátku poruchy stravování přála zhubnout, aby vypadala a cítila se lépe. Ani jedna respondentka nebyla spokojená s vlastním tělem, následkem toho se uchýlily k hubnoucím strategiím. Výsledky kvantitativního zkoumání autorů Uchôa et al. (2019, s. 7) ukazují, že možnost vzniku PPP je větší, čím je větší nespokojenost s vlastním tělem.

Některé respondentky z této výzkumné studie popisují počátek onemocnění PPP termíny jako ztráta kontroly a ovládnutí jídlem a stálé myšlení na jídlo. Toto tvrzení potvrzují i autoři Sibeoni et al. (2017, s. 31) v jejich meta syntéze, kde spojili informace z několika výzkumných studií. Tvrdí, že jedinci s mentální anorexií popisovaly tísnivý pocit, že jsou ovládnuti nebo uvězněni nemocí a ztrátu kontroly. Tvrzení, které výzkumníci zjistily, tedy to, že MA je pro jedince na jedné straně „přítel“, který dodává sebevědomí a na druhé straně „nepřítel“, který jedince ničí, nepopisuje uceleně žádná respondentka. Jedna účastnice tvrdí, že dokud se cítila hubenější než ostatní, připadla si krásná. Zbylé respondentky spíše popisují MA, jako onoho nepřítele. Většina respondentek nevěděla o PPP před začátkem jejich problémů téměř nic. Autoři Manning a Greenfield (2022, s. 9) uvádí, že studenti vysokých škol u kterých výzkum prováděly, považovali své znalosti o některých aspektech PPP za nedostatečné, někteří popisovaly pouze klišé spojená s těmito poruchami.

Onemocnění PPP bylo pro respondentky velmi náročné. Narušilo jejich psychickou, sociální i fyzickou stránku zdraví a rovněž každodenní fungování. Změnu každodenního života popisuje i meta syntéza autorů Sibeoni et al. (2017), která dodává i narušení rodinných vztahů a celkového well-beingu. Podle autorů se v rodině vyskytovala agrese, pocity starosti, viny a frustrace (Sibeoni et al., 2017, s. 31). Roztržky, hádky a hlídání matkou popisují i některé respondentky. V závěru ale uvádí vděk za matčinu pomoc. Autoři výše zmíněné meta syntézy popisují, že existuje možnost tzv. „pseudorekonvalescence“, což je fyzické zotavení, ale stále psychické problémy a velké riziko relapsu onemocnění PPP (Sibeoni et al., 2017, s. 32). Tento problém respondentky v rozhovorech nepopisovaly. U některých však bylo poznat, že i když si myslí, že nemoc přešly, stále se hlídají nebo jsou na pochybách ohledně jídla. Některé popisovaly, že je onemocnění nejspíše bude provázet po celý život. V kvalitativní studii autorů Manning a Greenfield (2022, s. 8) bylo popsáno, že podle názorů studentů z Birminghamské univerzity, může PPP s člověkem zůstat a je snadné se opět k patologickým chováním nebo myšlenkám.

Hlavní výzkumná otázka se zaobírá vnímáním ideálu krásy dívkami, které si prošly onemocněním poruchami příjmu potravy. Tyto dívky vnímají ideál krásy daný společností jako štíhlou postavu. Štíhlá postava, jako ideál ženské krásy, je uvedena i v odpovědích respondentů kvalitativní studie od autorů Manning a Greenfield (2022, s. 7). Vlastní ideál krásy respondentek jsou pouze v malé míře stále zastoupené štíhlými postavami a míře větší je preferována krása vnitřní a energie, která z jedince sálá. Krása je dle výpovědí respondentek rozmanitý, pomíjivý a subjektivní fenomén.

Až na jednu respondentku všechny dívky uvedly, že vnímají ideální krásné postavy jako jeden z faktorů, který je ovlivnil při vzniku jejich onemocnění. Pro srovnání přidávám dvě kvalitativní a tři kvantitativní studie, které zkoumaly stejný fenomén u podobných participantů. Fenomén ideálních postav, které mají vliv na mladé dívky popisuje kvalitativní studie z Velké Británie, která zkoumala názory studentů vysokých škol na poruchy příjmu potravy. Bylo popsáno, že největší vnímanou příčinou PPP byl tlak médií na dokonalou postavu (Manning a Greenfield, 2022 s. 9). Další kvalitativní studie porovnává názory adolescentů, kteří si prošli poruchami příjmu potravy s těmi, kteří onemocnění neprodělali. Tato studie udává, že jedinci s PPP v anamnéze sociální média a ideální štíhlé postavy, jako hlavní faktor vzniku PPP, nepopsali. Participant, kteří naopak PPP neprodělali dávali médiím až přílišnou míru vlivu (Blodgett Salafia, 2015, s. 7). Toto tvrzení je v rozporu s výsledky mého výzkumného zkoumání, jelikož většina respondentek uvedla velkou míru ovlivnění ideálními postavami, nejen na jejich onemocnění, ale také na nynější pocity a nálady. Výsledky kvantitativní studie od autorů Schaefer, Burke a Thompson (2019, s. 933), která se věnovala hubenému ideálu krásy a jeho internalizaci u 787 vysokoškolských studentek naznačují, že i střední úroveň internalizace štíhlého ideálu může vést k nespokojenosti s vlastním tělem a být tak prediktivní pro vznik poruchy příjmu potravy. Autoři Aparicio-Martinez et al. (2019, s. 10) a Uchôa et al. (2019, s. 8) ve svých kvantitativních zkoumáních adolescentů a mladých dospělých popisují silnou spojitost mezi tělesnými ideály společnosti a větší pravděpodobností vzniku poruch příjmu potravy.

Limitace výzkumné studie

Limitací této výzkumné studie je nedostatečně rozsáhlý vzorek. Z důvodu citlivosti tématu nebyla možné sehnat další uchazečky v žádané věkové kategorii. Výběr zkoumaného souboru na základě lavinového výběru nereprezentuje celkovou populaci, proto tvrzení, která plynou z výsledků nelze zobecnit. Nepřítomnost mužského pohlaví může být také limitující. Dále mohou být obsaženy chyby při provádění rozhovoru ze strany výzkumníka či respondentů. Odpovědi v rozhovorech odráží subjektivní postoje participantů k danému tématu, které mohou být ovlivněné mnoha faktory. Možné nepřesnosti se mohou vyskytnout i v obsahové analýze rozhovorů, způsobené autorčinou zaujatostí k tématu. Rovněž se mohou vyskytnout jisté nepřesnosti výsledků studie v této diplomové práci.

5 SOUHRN A ZÁVĚRY

Ideálem krásy této doby a společnosti je štíhlé tělo. Tyto tělesné ideály jsou dospívajícím nejvíce prezentovány prostřednictvím médií (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3496). Adolescentky se prostřednictvím médií denně setkávají s hubenými a atraktivními ženskými postavami, které často představují modelky a slavné osobnosti. Modelky a celebrity tímto nastavují standard pro ideál krásy. Pokud se s touto normou mladé dívky ztotožní, mohou začít pochybovat o svém těle a pociťovat vůči němu negativní emoce (Brown a Tiggemann, 2016, s. 37, 38). Sociokulturní vlivy na problematiku tělesného vzhledu, zvyšují pravděpodobnost vzniku poruch příjmu potravy u adolescentů (Uzunian a Vitalle, 2015, s. 3504).

Ve výzkumné studii byl uplatněn kvalitativní přístup ke zkoumání, a to fenomenologické pojetí. Hlavní výzkumnou otázkou bylo: Jak vnímají ideál krásy žačky středních škol, které si prošly poruchami příjmu potravy? Z hlavní výzkumné otázky vyplynuly tyto dílčí: V jakém prostředí se s ideálem krásy žačky setkávají nejčastěji? Jak žačky středních škol popisují onemocnění poruchami příjmu potravy? Výzkumný soubor tvořilo 8 žaček středních škol a gymnázií, které trpěly jednou či více poruchami příjmu potravy. Respondentky byly vybrány na základě metody lavinového výběru. Ve studii byla použita kvalitativní metoda dotazování. Nástrojem ke sběru dat pro tuto výzkumnou studii byl protokol polostrukturovaného rozhovoru vlastní konstrukce. Všechny rozhovory byly vedeny formou online videohovorů. Rozhovory byly vedeny s dívkami z různých středních škol a gymnázií napříč celou Českou republikou v březnu roku 2023.

Pro zpracování dat byla provedena doslovné transkripce, technika anonymizace dat, hermeneutická spirála a technika otevřeného kódování. Na základě soupisu kódů, které byly systematicky seskupeny, byly vytvořeny kategorie. Výsledkem jsou následující témata: Krása ve společnosti, Vnímání vlastního těla a inspirace krásou, Sociální síť, Problematické stravování a Spojitost krásy s poruchou příjmu potravy.

Adolescentky ve zkoumaném souboru vnímají krásné a ideální postavy jako faktor, který je ovlivnil při jejich onemocnění a který na ně má stále určitý vliv. Vlastní ideály krásy respondentek jsou v malé míře stále zastoupené hubenými modelkami, nicméně ve větší míře je preferována krása vnitřní a energie, která z jedince sálá. Krása je dle výpovědí rozmanitý, pomíjivý a subjektivní fenomén. Ideály krásy nejčastěji na respondentky působí ze sociálních sítích, některé tyto fotky a videa vnímají jako motivaci, některé jako psychický nátlak. Dívky mimo sociální síť vnímaly i různé vzory krásy ze svého okolí, ne však v takové míře. Každá

z respondentek si na počátku poruchy stravování přála zhubnout, aby vypadala a cítila se lépe. Onemocnění PPP bylo pro respondentky velmi náročné i z toho důvodu, že o tomto problému na počátku téměř nic nevěděly. Porucha příjmu potravy narušila jejich psychickou, sociální i fyzickou stránku zdraví. Některé popisují, že je onemocnění nejspíše bude provázet celý život.

Výsledky byly srovnány s mnoha výzkumnými studii, které byly vydány v nedávné minulosti a pochází z podobných socioekonomických podmínek. Výzkumné studie použité v diskusi této diplomové práce byly provedeny na území Velké Británie, Francie, Španělska, Portugalska, USA či Austrálie. Systematický přehled literatury autorů Rounsefell et al. (2020) potvrdil pohled respondentek na dokonalé fotky na sociálních sítích. Výsledky kvalitativní studie autorů Manning a Greenfield (2022) potvrzují tvrzení respondentek, že standardem společnosti je štíhlá postava. A například výsledky kvantitativního zkoumání autorů Uchôa et al. (2019) se shodují s odpověďmi respondentek ohledně onemocnění PPP a navíc ukazují, že možnost vzniku poruchy příjmu potravy je větší, čím je nespokojenost s vlastním tělem silnější.

Z analýzy a interpretace rozhovorů vyplynuly zajímavé informace, které by mohly být nápomocné pro další zkoumání této problematiky. Pro další výzkum by bylo vhodné rozšířit soubor participantek a podrobněji zkoumat jejich pohled na sociální sítě, stravu či cvičení. Také onemocnění Covid-19 a karanténní opatření by měla být zkoumaná v souvislosti s PPP. Vhodné by mohlo být i připojení mužských účastníků do studie. Pro praxi se z této diplomové práce dají použít informace ohledně vystavení ideálních postav mladým dívkám, nevědomosti o poruchách příjmu potravy a prvotní náznaky onemocnění u respondentek. Tyto údaje by mohly být použity pro prevenci nebo zmírnění negativních dopadů nezdravých forem hubnutí a těchto psychických poruch na mladou generaci. Informovanost je v této problematice stěžejním faktorem.

Seznam zkratek

BMI	Index tělesné hmotnosti
DSM-5	Diagnostického a statistického manuálu pro duševní poruchy
KBT	Kognitivně behaviorální terapii
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
PPP	Poruchy příjmu potravy
RO	Rešeršní otázka
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHR	Poměr pasu a boků
ZP	Záchvatovité přejídání

Seznam použitých zdrojů

- 1 Adolescent health, 2023. *World Health Organization* [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- 2 ANDERSON, Jaclyn B, Melissa R LAUGHTER, Jonny HATCH, Payal PATEL, Mayra MAYMONE a Neelam A VASHI, 2022. Shifting the Standard of Beauty: Beginning of the Body Inclusive Model. *Cureus* [online]. 14(6), 1-5 [cit. 2023-02-27]. ISSN 2168-8184. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.25584
- 3 ANIXIADIS, Fay, Eleanor H. WERTHEIM, Rachel RODGERS a Brigitte CARUANA, 2019. Effects of thin-ideal instagram images: The roles of appearance comparisons, internalization of the thin ideal and critical media processing. *Body Image* [online]. 31, 181-190 [cit. 2023-02-19]. ISSN 17401445. Dostupné z: doi:10.1016/j.bodyim.2019.10.005
- 4 APARICIO-MARTINEZ, PEREA-MORENO, MARTINEZ-JIMENEZ, REDELMACÍAS, PAGLIARI a VAQUERO-ABELLAN, 2019. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 16(21), 1-16 [cit. 2023-02-20]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph16214177
- 5 BRYTEK-MATERA, A., C. GRAMAGLIA, E. GAMBARO, C. DELICATO a P. ZEPPEGNO, 2018. The psychopathology of body image in orthorexia nervosa. *JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY* [online]. 24, 133-140 [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: https://iris.uniupo.it/retrieve/handle/11579/99814/60925/05_Gramaglia-1.pdf
- 6 BROWN, Zoe a Marika TIGGEMANN, 2016. Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body Image* [online]. 19, 37-43 [cit. 2023-01-05]. ISSN 17401445. Dostupné z: doi:10.1016/j.bodyim.2016.08.007
- 7 DAKANALIS, Antonios, Giuseppe CARRÀ, Rachel CALOGERO, Roberta FIDA, Massimo CLERICI, Maria Assunta ZANETTI a Giuseppe RIVA, 2015. The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European Child & Adolescent Psychiatry* [online]. 24(8), 997-1010 [cit. 2023-02-21]. ISSN 1018-8827. Dostupné z: doi:10.1007/s00787-014-0649-1
- 8 DAVIS, Lauren E. a Evelyn ATTIA, 2019. Recent advances in therapies for eating disorders. *F1000Research* [online]. 8, 1-9 [cit. 2023-02-06]. ISSN 2046-1402. Dostupné z: doi:10.12688/f1000research.19847.1

- 9 F50 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), Vyd. 3. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2023 [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50>
- 10 FIALOVÁ, Ludmila, 2006. Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-1350-0.
- 11 FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH, 2012. Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2160-9.
- 12 FLYNN, Mark A., Sung-Yeon PARK, David T. MORIN a Alexandru STANA, 2015. Anything but Real: Body Idealization and Objectification of MTV Docusoap Characters. *Sex Roles* [online]. 72(5-6), 173-182 [cit. 2023-02-21]. ISSN 0360-0025. Dostupné z: doi:10.1007/s11199-015-0464-2
- 13 FRANK, Guido K. W., Megan E. SHOTT a Marisa C. DEGUZMANN, 2019. Recent advances in understanding anorexia nervosa [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000Research* [online]. 8(F1000 Faculty Rev), 1-7 [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.12688/f1000research.17789.1>
- 14 GOLDEN, Neville H., Marcie SCHNEIDER, Christine WOOD, et al., 2016. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics* [online]. 138(3), e1-e10 [cit. 2023-02-19]. ISSN 0031-4005. Dostupné z: doi:10.1542/peds.2016-1649
- 15 GORRELL, Sasha a Daniel LE GRANGE. Update on Treatments for Adolescent Bulimia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* [online]. 2019, 28(4), 537-547 [cit. 2023-02-11]. ISSN 10564993. Dostupné z: doi:10.1016/j.chc.2019.05.002
- 16 GURKOVÁ, Elena, 2019. Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství [online]. Křížkovského 8, 771 47 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2023-03-31]. ISBN 978-80-244-5627-0. Dostupné z: doi:10.5507/fzv.19.24456270
- 17 HAGAN, Kelsey E. a B. Timothy WALSH, 2021. State of the Art: The Therapeutic Approaches to Bulimia Nervosa. *Clinical Therapeutics* [online]. 43(1), 40-49 [cit. 2023-02-10]. ISSN 01492918. Dostupné z: doi:10.1016/j.clinthera.2020.10.012
- 18 HAIL, Lisa a Daniel LE GRANGE, 2018. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* [online]. 9, 11-16 [cit. 2023-02-11]. ISSN 1179-318X. Dostupné z: doi:10.2147/AHMT.S135326
- 19 HERNÁNDEZ, J.C., F. GOMEZ, J. STADHEIM, M. PEREZ, B. BEKELE, K. YU a T. HENNING, 2021. Hourglass Body Shape Ideal Scale and disordered eating. *Body*

- Image* [online]. 38, 85-94 [cit. 2023-02-19]. ISSN 17401445. Dostupné z: doi:10.1016/j.bodyim.2021.03.013
- 20 HORNBERGER, Laurie L., Margo A. LANE, Laurie L. HORNBERGER, et al., 2021. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics* [online]. 147(1), e1-e23 [cit. 2023-02-27]. ISSN 0031-4005. Dostupné z: doi:10.1542/peds.2020-040279
- 21 CHRISLER, Joan C. a Alexandra DIGIAMMARINO, 2015. Magnum opus: Building the body beautiful. *Sex Roles: A Journal of Research* [online]. 73(1-2), 90-91 [cit. 2023-02-21]. ISSN 03600025. Dostupné z: doi:10.1007/s11199-015-0501-1
- 22 Instagram: number of global users 2020-2025, 2023. *Statista* [online]. [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://www.statista.com/statistics/183585/instagram-number-of-global-users/>
- 23 JAGIELSKA, Gabriela a Iwona KACPERSKA, 2017. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska* [online]. 51(2), 205-218 [cit. 2023-02-11]. ISSN 0033-2674. Dostupné z: doi:10.12740/PP/64580
- 24 JOWIK, Katarzyna, Agata DUTKIEWICZ, Agnieszka SŁOPIEŃ a Marta TYSZKIEWICZ-NWAFOR, 2020. A multi-perspective analysis of dissemination, etiology, clinical view and therapeutic approach for binge eating disorder. *Psychiatria Polska* [online]. 54(2), 223-238 [cit. 2023-02-09]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.12740/PP/105502>
- 25 KOCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK, 2014. Suicidální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 15(2), 55-57 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2014/02/02.pdf>
- 26 KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, 2015. Poruchy příjmu potravy - spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 16(1), 11-13 [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2015/01/03.pdf>
- 27 KRCH, František, 2016. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Praha: Solen, 18(1e), e10-e13 [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/psy-201788-0003_Poruchy_prijmu_potravy.php
- 28 KVIATKOVSKÁ, Katarína; ALBRECHT, Jakub; PAPEŽOVÁ, Hana, 2016. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 112(6), 275-279 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2017-07035-003>
- 29 LEGENBAUER, Tanja, Pia THIEMANN a Silja VOCKS, 2014. Body Image Disturbance in Children and Adolescents with Eating Disorders. *Zeitschrift für Kinder- und*

- Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* [online]. 42(1), 51-59 [cit. 2023-02-19]. ISSN 1422-4917. Dostupné z: doi:10.1024/1422-4917/a000269
- 30 MATĚJŮ, Petr, Dana HAMPLOVÁ, Petr HAMPL, Marek LOUŽEK, Simona WEIDNEROVÁ, Petra RAUDENSKÁ a Michael L. SMITH, 2017. *Moc krásy: pomáhá krása a atraktivita k životnímu úspěchu?*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3691-7.
- 31 MCCOMB, Sarah E. a Jennifer S. MILLS, 2022. Eating and body image characteristics of those who aspire to the slim-thick, thin, or fit ideal and their impact on state body image. *Body Image* [online]. 42, 375-384 [cit. 2023-01-12]. ISSN 17401445. Dostupné z: doi:10.1016/j.bodyim.2022.07.017
- 32 MENTO, Carmela, Maria Catena SILVESTRI, Maria Rosaria Anna MUSCATELLO, Amelia RIZZO, Laura CELEBRE, Martina PRATICÒ, Rocco Antonio ZOCCALI a Antonio BRUNO, 2021. Psychological Impact of Pro-Anorexia and Pro-Eating Disorder Websites on Adolescent Females: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 18(4), 1-14 [cit. 2023-02-10]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph18042186
- 33 MILLS, Jennifer S., Amy SHANNON a Jacqueline HOGUE, 2017. Beauty, Body Image, and the Media. In: LEVINE, Martha Peaslee, ed. *Perception of Beauty* [online]. Londýn, Velká Británie: InTech, 2017-10-25, s. 145-157 [cit. 2023-02-27]. ISBN 978-953-51-3581-4. Dostupné z: doi:10.5772/intechopen.68944
- 34 MIŠOVIČ, Ján, 2019. Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor. Praha: Slon. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.
- 35 NEALE, Josephine a Lee D HUDSON, 2020. Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine* [online]. 81(6), 1-8 [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099
- 36 NITSCH, Allison, Heather DLUGOSZ, Dennis GIBSON a Philip S. MEHLER, 2021. Medical complications of bulimia nervosa. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* [online]. 88(6), 333-343 [cit. 2023-02-28]. ISSN 0891-1150. Dostupné z: doi:10.3949/ccjm.88a.20168
- 37 PAPEŽOVÁ, Hana, ed, 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- 38 *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017* [online], 2018. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2023-02-11]. Dostupné z:

- https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf
- 39 RANGÉ, Hélène, Pierre COLON, Nathalie GODART, Yvonne KAPILA a Philippe BOUCHARD, 2021. Eating disorders through the periodontal lens. *Periodontology* 2000 [online]. 87(1), 17-31 [cit. 2023-02-03]. ISSN 0906-6713. Dostupné z: doi:10.1111/prd.12391
- 40 RESMARK, Gaby, Stephan HERPERTZ, Beate HERPERTZ-DAHLMANN a Almut ZEECK, 2019. Treatment of Anorexia Nervosa—New Evidence-Based Guidelines. *Journal of Clinical Medicine* [online]. 8(2), 1-16 [cit. 2023-02-11]. ISSN 2077-0383. Dostupné z: doi:10.3390/jcm8020153
- 41 ROUSSEAU, Ann a Steven EGGERMONT, 2018. Media ideals and early adolescents' body image: Selective avoidance or selective exposure?. *Body Image* [online]. 26, 50-59 [cit. 2023-02-21]. ISSN 17401445. Dostupné z: doi:10.1016/j.bodyim.2018.06.001
- 42 SICILIA, Álvaro, Antonio GRANERO-GALLEGOS, Manuel ALCARAZ-IBÁÑEZ, Isabel SÁNCHEZ-GALLARDO a Jesús MEDINA-CASAUBÓN, 2022. Sociocultural pressures towards the thin and mesomorphic body ideals and their impact on the eating and exercise-related body change strategies of early adolescents: a longitudinal study. *Current Psychology* [online]. 41(11), 1-12 [cit. 2023-02-21]. ISSN 1046-1310. Dostupné z: doi:10.1007/s12144-022-03920-3
- 43 SLATER, Amy, Neesha VARSANI a Phillipa C. DIEDRICHS, 2017. #fitspo or #loveyourself? The impact of fitspiration and self-compassion Instagram images on women's body image, self-compassion, and mood. *Body Image* [online]. 22, 87-96 [cit. 2023-01-05]. ISSN 17401445. Dostupné z: doi:10.1016/j.bodyim.2017.06.004
- 44 SOLIMAN, Ashraf T, Nada ALAARAJ, Noor HAMED, Fawzia ALYAFEI, Shaymaa AHMED, Mona SHAAT a Rania ELALAILY, 2022. Review Nutritional interventions during adolescence and their possible effects. *Acta Biomed* [online]. 93(1), 1-14 [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: doi:10.23750/abm.v93i1.12789
- 45 STABOULI, Stella, Serap ERDINE, Lagle SUURORG, Augustina JANKAUSKIENĖ a Empar LURBE, 2021. Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link. *Nutrients* [online]. 13(12), 1-12 [cit. 2023-02-03]. ISSN 2072-6643. Dostupné z: doi:10.3390/nu13124321
- 46 SUCHOPÁROVÁ, L. a M. FOREJT, 2014. Prevence poruch příjmu potravy a propagace správné výživy na základních školách. *Hygiena* [online]. 59(4), 157-161 [cit. 2023-02-05].

- Dostupné z: https://hygiena.szu.cz/cz/artkey/hyg-201404-0003_Prevence-poruch-prijmu-potravy-a-propagace-spravne-vyzivy-na-zakladnich-skolach.php?l=cz
- 47 ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 48 UCHÔA, Francisco Nataniel Macedo, Natalia Macêdo UCHÔA, Thiago Medeiros da Costa DANIELE, Romario Primeiro LUSTOSA, Nuno Domingos GARRIDO, Naira Figueiredo DEANA, Ágata Cristina Marques ARANHA a Nilton ALVES, 2019. Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 16(9), 1-14 [cit. 2023-02-20]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph16091508
- 49 UZUNIAN, Laura Giron a Maria Sylvia de Souza VITALLE, 2015. Social skills: a factor of protection against eating disorders in adolescents.. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 20(11), 3495-3508 [cit. 2023-02-06]. ISSN 1413-8123. Dostupné z: doi:10.1590/1413-812320152011.18362014
- 50 WIKLUND, Emelie, Emma JONSSON, Anna-Britt COE a Maria WIKLUND, 2017. ‘Strong is the new skinny’: navigating fitness hype among teenagers in northern Sweden. *Sport, Education and Society* [online]. 24(5), 441-454 [cit. 2023-02-21]. ISSN 1357-3322. Dostupné z: doi:10.1080/13573322.2017.1402758

Seznam tabulek

Tabulka 1: Diagram výběru zkoumaného vzorku	42
Tabulka 2: Diagram zkoumaného vzorku	43
Tabulka 3: Vysvětlivky transkripce.....	45
Tabulka 4: Hesla k vyhledávání pro 1. cílenou rešeršní otázku	65
Tabulka 5: Hesla k vyhledávání pro 2. cílenou rešeršní otázku	66
Tabulka 6: Hesla k vyhledávání pro 3. cílenou rešeršní otázku	67
Tabulka 7: Postupový diagram rešerše	68

Seznam příloh

Příloha č. 1. Protokol polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 2. Informovaný souhlas a Prohlášení

Přílohy

Příloha č. 1.

PROTOKOL POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Krásný dobrý den,

moje jméno je Bc. Jana Vrbová, jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy. Píši diplomovou práci na téma *Ideál krásy a poruchy příjmu potravy u žaček středních škol*. Budu ráda za Váš názor a zkušenost při odpovídání na tyto otázky. Pokud je některá příliš osobní, odpovídat nemusíte.

Děkuji za povyprávění Vašeho příběhu a Váš čas, moc si toho vážím.

A) Krása kolem nás

Popište mi prosím, co si představíte pod pojmem krása?

Jaký si myslíte, že je standard krásy v naší společnosti?

Jak podle Vás vypadá krásné tělo?

Kde se nejčastěji setkáváte s krásnými postavami?

Jaký máte názor na fotky a videa dívek a žen na sociálních sítích?

Jak jste v dětství vnímala krásu?

B) Pohled na sebe sama

Jak si myslíte, že jste vypadala v dětství?

Jak si myslíte, že vypadáte nyní a jaké pocity máte z Vaší postavy?

Jakou postavu byste chtěla mít?

C) Problematické stravování

Popíšete mi prosím, kdy u Vás začaly problémy se stravováním?

Jak byste popsala svůj vztah k jídlu?

Jak probíhala Vaše léčba?

Povězte mi prosím, jak se nyní cítíte?

Myslíte si, že existuje spojitost mezi ideálem krásy ve společnosti a Vaší poruchou příjmu potravy?

D) Demografické údaje:

Věk:

Ročník a obor střední školy:

Příloha č. 2.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se zásadami etiky výzkumu* se na Vás obracím s prosbou o zapojení do studie, jejíž výsledky budou součástí mé diplomové práce s názvem: Ideál krásy a poruchy příjmu potravy u žaček středních škol.

Vaše účast je zcela dobrovolná. V průběhu realizace výzkumu můžete kdykoliv svobodně odmítnout či odstoupit.

Získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou, budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a tento Informovaný souhlas bude uchován odděleně od dat a výsledků**.

Cílem tohoto výzkumu je poukázat na skutečnost, jak ideál krásy vnímají žačky středních škol s onemocněním poruch příjmu potravy. Předmětem výzkumu je ideál krásy a poruchy příjmu potravy a užitou výzkumnou metodou je polostrukturovaný rozhovor.

*Sbírka mezinárodních smluv Sb. M. s. 96/2001 a 97/2001, Směrnice děkana PdF UP č. 3/2015- Statut Etické komise PdF UP v Olomouci pro oblast výzkumné činnosti

**Údaje budou zpracovány dle Zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že SOUHLASÍM S ÚČASTÍ V UVEDENÉ STUDII.

Studentka mne informovala o její podstatě a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou využity jen pro účely zkoumání a výsledky mohou být anonymně publikovány. Jsem informován/a o tom, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na zkoumání odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážít. Měl/a jsem možnost se zeptat na vše, co jsem považoval/a za potřebné znát a na dotazy jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

jméno, příjmení a podpis studentky: Bc. Jana Vrbová

v Konici dne: 3.3.2023

jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu - nebo zákonného zástupce u nezletilých:

.....

v _____ dne: _____

V PŘÍPADĚ DALŠÍCH DOTAZŮ KE STUDII MNE MŮŽETE KONTAKTOVAT:

tel: 6 [REDACTED]

e-mail: j [REDACTED] z

studijní obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

ročník: 2.