



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

Diplomová práce

Výživové zvyklosti, sebepojetí a poruchy příjmu potravy u
aktivně sportujících dívek

Vypracovala: Bc. Aneta Bzonková
Vedoucí práce: Mgr. Jan Hynek Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a zdrojů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

Podpis

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na zkoumání výživových zvyklostí a sebepojetím u aktivně sportujících dívek. Teoretická část se zabývá výživou, teorií specifických výživových potřeb u sportovců a popisuje vybrané faktory, které mají vliv na vnímání vlastního těla u těchto dívek. Mezi tyto faktory jsou zahrnuty výživové návyky, rodinné zázemí, aktivita dívek na sociálních médiích a sebehodnotící jídelní psychopatologie. Diplomová práce má za cíl zjistit potencionální výskyt poruch příjmu potravy v souvislosti s výše zmíněnými faktory. Praktická část je koncipována jako kvantitativní dotazníková studie. Na základě výsledků výzkumné části bylo zjištěno, že existuje rozdíl mezi časem stráveným na sociálních sítích a stravovacími návyky, naopak nebyl potvrzen rozdíl mezi časem stráveným na sociálních sítích a sebevnímáním. Podle výsledků statistiky byl dále prokázán vztah mezi stravovacími návyky a vnímáním svého těla. Byly potvrzeny rozdíly mezi stravovacími návyky u respondentek s příznaky poruch příjmu potravy a bez nich, a stejně tak se potvrdily rozdíly ve vztahu ke svému tělu u respondentek s příznaky poruch příjmu potravy a bez nich.

Klíčová slova

výživa; sebepojetí; body image; poruchy příjmu potravy; jídelní zvyklosti

Abstract

This thesis focuses on the investigation of nutritional habits and self-concept in active sporting girls. The theoretical part deals with nutrition, the theory of specific nutritional needs in sportsgirls and describes selected factors that influence the perception of their own body by these girls. These factors include nutritional habits, family background, girls' social media activity, and self-bodyimage. This thesis aims to determine the potential occurrence of eating disorders in relation to the mentioned factors. The practical part is designed as a quantitative survey study. Based on the results of the research part, it was found that there is a difference between time spent on social networks and eating habits, while the difference between time spent on social networks and self-perception was not confirmed. Following the statistic results the relationship between eating habits and body perception was proven. Differences between eating habits were confirmed for respondents with symptoms eating disordered and non-eating disordered respondents, as well as differences in the relationship with their bodies between respondents with and without eating disorder symptoms.

Keywords

nutrition; self-perception; body image; eating disorders; nutritional psychopathology

Poděkování

Chtěla bych upřímně poděkovat vedoucímu své práce Mgr. Janu Hynkovi Ph.D. za trpělivost, vstřícnost, cenné a odborné rady a také za klid a pomoc, když jsem je potřebovala. Děkuji srdečně své blízké rodině a přátelovi za podporu při všem, co dělám.

Obsah

I.	ÚVOD.....	11
II.	TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1.	Zdraví dětí a dospívajících	12
1.1	Pohybové zvyklosti	12
1.2	Stravovací návyky.....	16
1.2.1	Nevhodné stravování	17
2.	Teorie výživy.....	19
2.1	Základní informace o výživě.....	19
2.2	Vybrané antropometrické ukazatele.....	21
2.3	Specifika sportovní výživy.....	23
3.	Body image.....	27
3.1	Sebepojetí a psychika	28
3.2	Sociální sítě a masmédia	31
4.	Poruchy příjmu potravy	33
4.1	Diagnostika	33
4.2	Příčiny a ovlivňující faktory.....	36
4.3	Orthorexie	37
III.	PRAKTICKÁ ČÁST	41
5.	Výzkumný problém a cíle výzkumu.....	41
5.1	Výzkumný design.....	42
5.1.1	Výzkumné nástroje	42
5.1.2	Popis výzkumného vzorku.....	45
5.1.3	Analýza dat	48
6.	Výsledky statistiky	48
7.	Výsledky deskripce	57

7.1	Dotazník EDE-Q	57
7.2	Dotazník stravovacích návyků	60
7.3	Dotazník Anabell (Test PPP)	61
7.4	Dotazník Body image.....	61
7.4.1	Test siluet a test body cathexis scale	67
8.	Diskuse	69
III.	ZÁVĚR	71
IV.	SEZNAM LITERATURY	72

I. ÚVOD

Oblast zdravého životního stylu se stává oblíbeným tématem odborníků i laické společnosti. Nové trendy v oblasti výživy a zdraví se na nás hrnou ze všech směrů včetně aktuálně nejpopulárnějších sociálních sítí. Někdy jsou to zprávy z minulosti, které se pouze znovu stávají trendem podobně jako v módním odvětví. Někteří mohou být zmatení ze všech těch pravidel a tvrzení o výživě, které se dozívají. Ve skutečnosti bude pravda nejspíš někde mezi a žádné složitosti se v ní neskrývají.

Snadno se pod tlakem společnosti srovnáváme s ostatními na základě zkušeností, činů, ale z nějakého důvodu také vzhledu, který vyjadřuje pouze vnější skutečnost. Jinak řečeno, neříká nám nic o tom, jací jsme uvnitř. V mladistvém věku od prepubertálního období, během puberty, přes dospívání až po dospělost začínáme být více kritičtí ke svému vzhledu a postavě. Může za to do jisté míry společenský tlak, kterému někdo více jiný méně podléhá. Moderním trendům a uměle vytvořenému ideálu společnosti se téměř nedá vyhnout. Často se pak setkáváme s vítězstvím této povrchnosti nad jinými kvalitami jako jsou znalosti, emoční vyspělost a jiné osobnostní rysy. Tento efekt není výjimkou již na základních školách, kde dochází k ukotvení těchto rysů ve své osobnosti a první začleňování se do společnosti. V této křehké sféře života mohou různé faktory ovlivňovat psychický a sociální vývoj jedince. V případech velké míry nespokojenosti, negativních podnětů a nízké sebedůvěry je v ohrožení psychika, socializace a v krajních případech i zdraví člověka.

Tato diplomová práce se zaměřuje na zmiňované podněcující oblasti životního stylu, především na stravovací zvyklosti a body image, které mají vliv na vývoj osobnosti. V teoretické části jsou popsány vybrané teorie o výživě, pohybové návyky, spokojenost a vnímání svého těla, psychické faktory osobnosti se zaměřením na vybraná specifika u sportovců. V této části práce jsou také rozvedeny teorie poruch příjmu potravy, konkrétně diagnostika, příčiny a možné ovlivňující faktory včetně samostatné kapitoly o vlivu sociálních sítí a současné perspektivě žití mladých dospívajících.

Výzkumná část je postavena na dotazníkovém šetření s následnou statistickou a deskripční metodikou. Dotazník zjišťuje výskyt příznaků PPP u sportujících dívek, jejich spokojenost s body image a stravovací návyky, možný vliv sociálních sítí a další spojitosti mezi proměnnými. Následně výzkum zahrnuje stanovené hypotézy a diskusi výsledků.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. ZDRAVÍ DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Globálně každý sedmý člověk ve věku 10-19 let trpí duševní poruchou. To představuje 13 % celosvětové zátěže nemocí v této věkové kategorii. Podle WHO zažije až 20 % dospívajících duševní poruchu. Jako pedagogové máme možnost nabídnout dětem zvýšenou informovanost o duševní nemoci, zdraví a wellbeing. V rámci podpory dále můžeme snížit stigmatizaci psychických obtíží, včas se snažit zachytit a poskytnout podporu při zjištění potíží, signály projevů psychických onemocnění nepřehlížet a spolupracovat v rámci zdravotního, sociálního a školského sektoru.

1.1 Pohybové zvyklosti

Nedostatečná úroveň pohybové aktivity a sedavý životní styl jsou jedním z klíčových příčin vzniku různých onemocnění (WHO, 2004 in Kalman et al., 2011). *Aby sportovní aktivita měla skutečně zdravotní a preventivní účinek, měla by mít spíše vytrvalostní charakter – aerobní (min. 20 minut aktivity) a zapojovat co nejvíce svalů.* (Vilikus, 2015, s. 99). Důležité je dodržovat pravidelnost cvičení ve frekvenci alespoň třikrát týdně. Pro maximální efektivitu cvičení a jeho projevu na zdraví jedince je nezbytné ho podpořit vhodnou stravou (Vilikus, 2015).

V dnešní digitální době se kolem nás téměř všude vyskytují obrazovky a různá interaktivní zařízení. Přijatelná denní doba sledování televize by neměla přesáhnout 2 hodiny denně. Sledování televize pozitivně koreluje s bulimií, konzumací slazených nápojů a tučných jídel (Currie et al., 2008 in Kalman et al., 2011). Podle studie (2011) většina dětí tráví před obrazovkou více než 2 hodiny denně, to potvrdila i studie EU Kids Online IV v České republice (2017 až 2018)¹, která uvádí, že u 51 % dětí je doba strávená před obrazovkou 4 a více hodin. V souvislosti s tím došlo od roku 2010 do roku 2018 ke zdvojnásobení času, který děti tráví na internetu (Bedrošová et al, 2018). Podobně popisuje situaci studie Kalman et al. (2011) a sice, že mladí dospívající již od 11 let věku sledují televizi v nadprůměrném množství času. „*Více než 80 % mládeže sleduje televizi do 5 hodin denně. Mládež inklinuje k „užívání PC“ zřejmě lineárně s rostoucím věkem.*“

¹ Dostupné na www.eukidsonline.net. Česká národní zpráva zpracovaná ve spolupráci Mgr. et Mgr. Bedrošovou et al. Se týká dětí a dospívajících ve věku 9-17 let.

(2011, s. 68) Můžeme tedy konstatovat, že ačkoliv se u dětí snížila doba sledování televize, zvýšil se čas, který tráví u počítače nebo u mobilního telefonu. Důsledkem toho převažuje u dětí životní styl s nedostatkem pohybu.

Mezi hlavní zjištění mezinárodní zprávy o zdraví a životním stylu českých školáků ve věku 11 až 15 let (The Health Behaviour in School – aged Children)² z roku 2010 vyplývá, že výskyt nadváhy a obezity v dětském věku s sebou nese značné zdravotní následky. Ohrožen je kosterní a svalový systém, mohou se objevit kardiovaskulární nemoci a výjimkou nejsou ani psychické a sociální problémy. Nadváhou trpí více chlapci než dívky. U dívek je přesto spokojena se svou postavou každá třetí až čtvrtá dívka. Obecně hodnotí svou postavu negativně spíše starší dívky (15 a více let). „Přibližně tři čtvrtiny dětí nedosahují na 60 minut pohybové aktivity každý den v týdnu, což je doporučení udávané Světovou zdravotnickou organizací“ (Kalman et al., 2011, s. 22). Frekvence pohybové aktivity u dívek je nižší než u chlapců a úroveň pohybové aktivity s věkem klesá (Kalman et al., 2011).

Pohybové návyky se vytvářejí v dětství a adolescenci. Tento faktor se ukazuje jako nejvlivnější v prevenci hmotnosti a sportovním návykům (Matoulek et al., 2010). Proto vztah tělesné výchovy na školách může velmi ovlivnit vztah k pohybu v budoucích letech. Vztah sportovní aktivity a BMI³ v dětství a dospělosti popisuje níže graf č. 1. Zde se ukazuje pozitivní vliv u chlapců, kteří jsou tělesnou výchovou převážně motivováni k pravidelnému sportování. Zatímco u dívek je 2krát více odradila od sportovních aktivit (Matoulek et al., 2010). Jedním z klíčových zjištění studie Kalman et al. (2011) je, že silným motivátorem sportovních aktivit u dívek je chtít „vypadat dobře“. Na grafu č. 2. můžeme vidět hlavní důvody, proč chtějí dívky vykonávat fyzickou aktivitu. Zajímavé je, že fyzický vzhled je pro dívky téměř stejně tak důležitý jako sociální nebo zdravotní důvody. Na grafu č. 2 chce 97 % jedenáctiletých dívek sportovat kvůli zábavě, 84 % kvůli tomu, aby vypadaly dobře, 95 % kvůli zdraví a 44 % pro dosažení vítězství. Výsledky u patnáctiletých dívek jsou podobné a převažují stejné důvody. U chlapců je motivace a touha po vítězství cca o 10 % vyšší, ale jinak převažují stejné důvody jako u dívek (Kalman et al., 2011).

Je potvrzeno, že bývalý sportovec se často k pohybové aktivitě v dospělosti vrátí a bývá úspěšnější v redukčním režimu (Matoulek et al., 2010, s. 1022). Jak můžeme vidět

² Dále uvedeno jako HBSC.

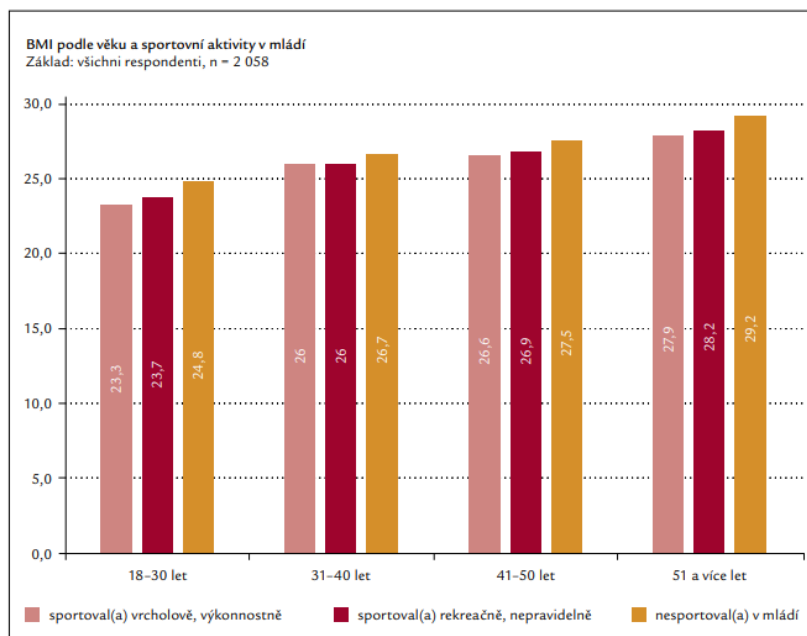
³ Body Mass Index. Více v kapitole Vybrané antropometrické ukazatele.

v grafu č. 1, tak dílčí skupiny, které sportovali či ne jsou přímo úměrné jejich sportovní aktivitě s přibývajícím věkem. Podobně můžeme v grafu č. 1 vidět korelaci hmotnosti a sportování v mládí a dospělosti. Z výzkumu Výskyt obezity a jejich komplikací v České republice (2010) je na druhou stranu potvrzen nejvyšší nárůst hmotnosti u vrcholových sportovců, kteří s aktivním sportem skončili. S pravidelnou fyzickou aktivitou česká dospělá populace končí nejčastěji v 25 letech a jako hlavní důvod zanechání sportování uvádí nedostatek času (Matoulek et al., 2010).

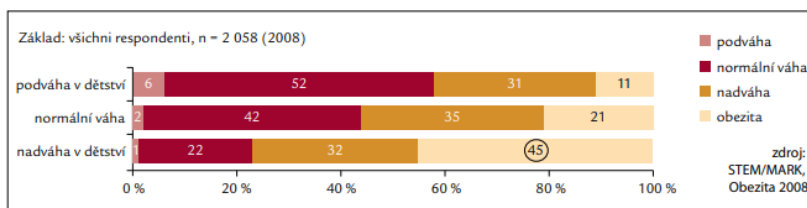
Velkým činitelem v utváření návyků obecně je rodinné zázemí. Rodiče se často mylně domnívají, že jejich děti z obezity vyrostou. Výzkum Matoulek et al. (2010) uvádí více než 80 % dětí, které se potýkají s nadměrnou váhou i v dospělosti.

V roce 2022 bylo zveřejněno mnoho článků, které uvádí úbytek sportujících dětí na základě průzkumu České unie sportu (ČUS), do něhož se zapojilo v prosinci téměř 1700 zástupců klubů a jednot. Mezi uvedenou problematiku zmiňují například weby: sport.cz, irozhlas.cz, denik.cz, nebo také msmt.cz. Články varují před velkým nezájmem dětí o sport. Podíl má také již zmíněný únik do offline světa na sociální sítě a celkové lpění na mobilních telefonech. Příčin je bezpochyby vícero, ale bezesporu k nim patří také koronavirová pandemie v letech 2020/2021. Spoustu klubům se již nevrátil počet trénujících členů do původního. Někdy se jedná o úbytek v řádu jednotek, ale jindy ztratili kluby až 100 členů. Rodinám nepomáhá ani rostoucí inflace a zdražování. Mnozí rodiče si nemohou dovolit platit kurzovné, které kluby nabízejí, nevyplatí se jim dovážet děti na tréninky apod. Je důležité, aby se v dětech zájem o sportování podporoval již od dětství, a to jak v domácím prostředí, tak ve školním.

Graf 1: Vývoj hmotnosti v závislosti na sportovní aktivitě v průběhu života (zdroj: (Matoulek et al., 2010))

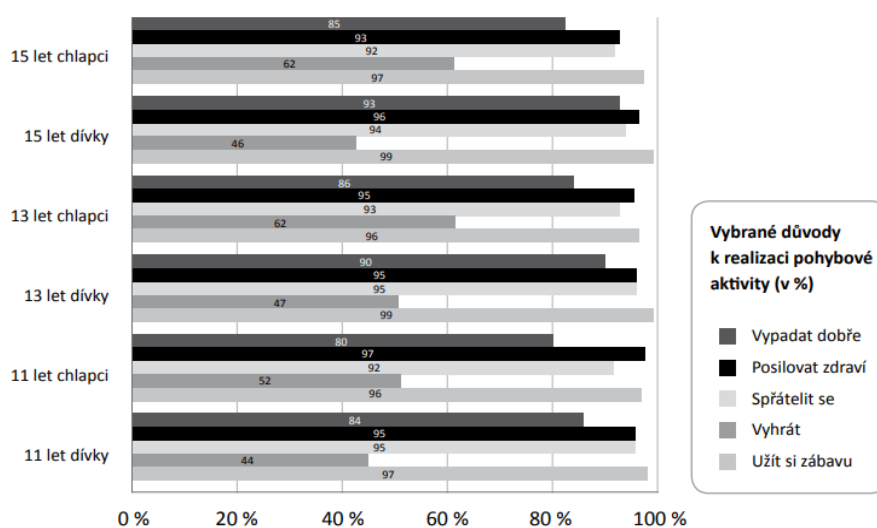


Graf 7. Vývoj hmotnosti v závislosti na sportovní aktivitě v průběhu života.



Graf 8. Hmotnost v dospělosti v závislosti na hmotnosti v dětství.

Graf 2: Proč se děti a dospívající chtějí hýbat (HBSC, Kalman at al., 2011)



1.2 Stravovací návyky

Stravovací návyky představují způsob, jakým jedinec konzumuje potravu a nápoje jako součást každodenní stravy. Jsou to dlouhodobé a získané vzorce stravování, které ovlivňují, jakým způsobem si vybíráme potraviny, jak často jíme, jak velké porce konzumujeme a také naše preference v chuti. Stravovací návyky jsou tvořeny kombinací kulturních, sociálních, psychologických a ekonomických faktorů, které ovlivňují naše rozhodnutí o stravování a mohou mít významný dopad na naše zdraví a celkový životní styl. Změna a udržování zdravých stravovacích návyků hraje klíčovou roli při prevenci chronických nemocí a podpoře optimálního zdraví a výkonnosti.

Podle Kalmana et al. (2011):

Nedílnou součástí preventivních programů, zaměřujících se na boj s nadváhou a obezitou u dětí, by mělo být zvyšování motivace a úrovně pohybové aktivity a zlepšení stravovacích návyků, a to jak v rodině, tak ve školním prostředí. Děti si často neuvědomují, jaké hodnoty mají potraviny, co snědí a jídelní zvyklosti přijímají převážně z domova. Například užitečným ukazatelem zdravé výživy dětí je pravidelné snídání. Výzkumná studie HBSC⁴ (2011) uvádí, že s věkem klesá procento dětí, které pravidelně snídají. Podobné výsledky ukazuje také konzumace ovoce a zeleniny, která negativně koreluje s BMI. Vyšší BMI bylo zjištěno u jedinců, kteří pravidelně konzumují uzeniny, zejména při snídání (Matoulek et al., 2010). Sladkosti jí minimálně 1krát denně více než čtvrtina dětí a jejich spotřeba včetně sladkých nápojů je celkově vyšší u dívek.

Z výzkumů (Matoulek et al., 2010, Kalman et al., 2011) jednoznačně plyne, že stravovací návyky se podobně jako pohybové návyky utvářejí primárně v dětství a adolescenci. Je tedy zřejmé, že rodina hraje zásadní roli v přejímání jídelních zvyklostí. Dívky, u kterých se v jejich rodině více řeší diety nebo hodnocení postavy apod., jsou častěji ohroženy vznikem některé z poruch příjmu potravy (PPP).

Podle Krcha (2005) trpí až 10 % mladých žen narušenými stravovacími návyky a jídelními postoji se kterými se pojí ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti. Velká část již třináctiletých dívek vyznačuje nesprávné jídelní postoje. Příčinou je velmi často sociální prostředí, které je velmi kritické ke vzhledu. S nadsázkou můžeme říct, že společnost obecně bývá povrchní v otázce ideální postavy, a to jak u mužů, tak u žen.

⁴ Mezinárodní výzkumná studie Světové zdravotnické organizace zaměřené na životní styl dětí a školáků.

Tzv. Ideály krásy zaplavují dnes jednoduše dostupná média a určují trendy ve společnosti. Dobře představitelný je například módní trh, který propagují zpravidla hezcí lidé. Je zde patrný úmyslný psychologický vliv na vnímání úspěchu ve spojitosti se vzhledem. Něco jako je krása člověka je vnímáno zcela individuálně a subjektivně. Když se však daná osoba objeví v reklamě, znamená to, že je úspěšná, je určitým způsobem vybraná jako „obraz společnosti“ a proto nemůže být pochyb, že je krásná. Snadno pak nejen v dospívající mysli dívky nebo chlapce vzniknou pochyby o sebe sama, zejména co se vzhledu týče. Citlivost na takové podněty je v dospívajícím věku opravdu velká. Když negativní pocity převažují, přidá se neovladatelný strach z tloušťky a důsledkem pak jsou i vážné poruchy příjmu potravy. Více o PPP je popsáno v kapitole 0.

Stravovací návyky úzce souvisí se znalostí a vzděláním. Informací o správné stravě využívá mnoho propagátorů produktů na hubnutí nebo různých diet. Pokud nebude společnost vyhledávat informace u relevantních zdrojů, budou se mýty ve výživě dále šířit. Propagací spousty pravdivých i nepravdivých zpráv na různých sociálních sítích a internetu může pro někoho způsobit chaos ve výživě a dojem, že stravovat se správně je složité. Rozšiřováním povědomí o zdravé výživě se zabývá například Institut moderní výživy, s.r.o., která byla založena odborníky specializujícími se na oblast sportu, výživy a vzdělání, se věnuje mimo jiné upozorňování na klamné propagace nevhodných diet, dietních přípravků a vyvracení různých výživových mýtů na základě odborných a lékařských studií. Jak se můžeme dočíst na jejich webu: *Institut byl založen s cílem vzdělávat veřejnost, studenty a sportovce o výživě na základě vědecky podložených informací a to moderní, srozumitelnou a pokud možno i zábavnou formou* (Roubík, Šindelář, 2017).

1.2.1 Nevhodné stravování

Ke vzniku civilizačních chorob má vztah především nadměrný energetický příjem, velké množství živočišných tuků, cholesterolu, cukrů a kuchyňské soli v potravě (Machová & Kubátová, 2015, s. 114). Například nadměrný příjem živočišných tuků zvyšují hladinu cholesterolu v krvi, což způsobuje některá srdeční onemocnění, jako jsou například ischemická porucha srdeční (ICHS), infarkt myokardu nebo cévní mozkovou příhodu. Onemocnění se netýká pouze dospělých, ale může postihnout jedince již po prvním desetiletí života (Machová & Kubátová, 2015).

Dostatečnou pozornost je třeba věnovat pekárenským výrobkům, do kterých jsou přidávány nezdravé chemicky ztužené tuky, známé jako trans nenasycené mastné kyseliny (TNMK). U těchto výrobků (koláče, buchty, trvanlivé pečivo, sušenky, polevy, zákusky) je dobré sledovat složení v nutriční tabulce na etiketě produktu, a jejich konzumace by měla být minimalizována. Škodlivé trans-NMK vznikají také při přepalování tuků, například při smažení (teploty nad 200°C), proto je důležité volit vhodné oleje k přípravě pokrmů a ke smažení používat ty, které mají vysoký tepelný práh. Častěji volit vhodnější úpravy jídel. Trans-NMK obsahují také chipsy, hranolky a před smažené potraviny. Velmi snadno pronikají do stěny cév a oxidují, tak dochází k jejich poškození, a tím se stávají nebezpečnější než samotné nenasycené mastné kyseliny (živočišné tuky kromě rybího) (Vilikus, 2015).

Jak již bylo zmíněno, nadměrný energetický příjem způsobuje obezitu, a z této kondice vyplývají další následky pro organismus, jako je zatížení kloubního aparátu a páteře. Současně s tím se pojí riziko srdečně-cévních onemocnění a výskyt cukrovky. V rámci nesprávné stravy či nevhodně sestaveného jídelníčku lze dále zmínit nedostatek vlákniny nebo nadměrný příjem soli (Machová & Kubátová, 2015).

V praxi si můžeme představit nevhodné stravování spojené s častou konzumací průmyslově zpracovaných potravin, fast foodů, tučných a masných jídel nebo nevhodným způsobem úpravy pokrmů. Konzumace nezdravých potravin v nadměrném množství je často doprovázena nízkou pohybovou aktivitou jedince. Výživa má ve všech ohledech vliv na naše psychické i fyzické zdraví. Nevhodná skladba jídelníčku pak způsobuje únavu organismu, špatnou náladu, sníženou pracovní výkonnost, problémy se spánkem a další.

Nadváha je problém nejen u dospělých. Děti ji snášejí o to hůř, a to nejen fyzicky, ale především psychicky. Již v roce 2010 byl za poslední desetiletí potvrzen dvojnásobný počet obézních dětí nejen ve světě, ale i v Evropě. Konkrétní výzkum na základních školách v Královéhradeckém kraji potvrdil závislost výživových zvyklostí v dětství na dospělosti. Dále také z výsledků vyplývá, že klíčové stravovací návyky děti přebírají od rodičů a berou je jako vlastní vzory. Nejčastější chyby v dětské výživě jsou podobné jako ve studii HBSC (Kalman et al., 2011). Patří sem nevhodná jídla ke snídani (smažená vajíčka, přeslazené cereálie), mnoho dětí vůbec nesnídá, často chybí pravidelný stravovací režim, dále nedostatečný pitný režim, nedostatečný příjem ovoce a zeleniny a mléčných výrobků, nevhodné svačiny (automaty, bufet), jídla s přemírou příloh

(těstoviny, knedlíky atp.), z nutričního hlediska chudá jídla, přejídání na oslavách nebo o svátcích (Strítecká & Hlúbik, 2010). Výzkum ohledně dětské nadváhy a obezity provedl například Michal Mrňka (2020) ve své diplomové práci na základních školách v Olomouci. Výsledky jeho šetření ukázaly 21–23 % dětí s nadváhou, což potvrzují obecně platné statistiky. Na druhém stupni trpělo obezitou 9 % dívek a 13 % chlapců. Na prvním stupni bylo 6 % dívek obézních a chlapců dokonce 26 % (Mrňka, 2020).

2. TEORIE VÝŽIVY

Konzumace potravy je historicky důležitý faktor pro získání dostatečného množství energie a stavebních látek pro přežití organismu. *Správná (racionální) výživa je tedy taková, která je vyvážená po stránce kvalitativní i kvantitativní a zajišťuje organismu dostatečný přísun energie a všech živin* (Machová & Kubátová, 2015, s. 44-45). Potravou získáváme potřebné látky k zajištění životních funkcí, potřebné energie a látek k výstavbě tkání a orgánů. Výživa musí zabezpečit správný tělesný růst a vývoj dětí a mladistvých. Historicky pokládali výživě důležitý význam již od starověku. S cílem být co nejevýkonnější, nejzdatnější či nejsilnější, hledali již dávní válečníci, gladiátoři, zápasníci nebo starověcí atleti způsoby, jak toho dosáhnout. Věřili třeba, že když sní lví srdce, získají sílu a statečnost; když snědí jelení játra, budou rychlejší (Mayer, Bullen, 1960). Dnes existuje spousta lékařských studií, které považují tyto a jiné teorie za naivní a vědecky nepodložené. Díky nashromážděnému množství výzkumů z oblasti výživy se můžeme zaměřit na individuální potřeby člověka, tedy např. věk, způsob života, složení těla, popřípadě sportovní cíle a další. Pro sestavení jídelníčku je ovšem vždy zapotřebí vyhledávat pomoc či radu od vystudovaných odborníků. Nevýhodou velkého a dostupného množství informací je, že mnozí laici poskytují rady ve výživě na základě neodborných, mnohdy reklamních poznatků.

2.1 Základní informace o výživě

Z kvantitativního hlediska by výživa měla z hlediska množství energie odpovídat výdeji organismu. Jedinci s lehkou svalovou činností (sedavé zaměstnání) mají menší energetické potřeby než ti, kteří fyzicky náročně pracují. Období dospívání, těhotenství, kojení a dětství vyžadují také zvýšený příjem energie. Nepoměrný příjem energeticky

bohaté stravy může vést k ukládání tukových zásob a tím k nadváze nebo obezitě (Machová & Kubátová, 2015).

Pokud jde o kvalitu stravy, měla by být vyvážená a rozmanitá, aby zajišťovala dostatečný a vyvážený přísun živin. Důležité základní živiny jsou bílkoviny, tuky a cukry, ale nesmí se opomíjet ani vitamíny, minerály a voda. Nevyvážená nebo jednostranná strava může způsobit nedostatek určitých živin, oslabení imunitního systému a zvýšené riziko srdečních a nádorových onemocnění. Celkově tedy existuje silná souvislost mezi výživou a zdravotním stavem jedince (Machová & Kubátová, 2015).

Člověk přijímá energii v chemické formě, která je uložena ve zmiňovaných základních nutrientech – cukry, bílkoviny, tuky (sacharidy, proteiny, lipidy) (Klimešová, 2016). Mezi další nutrienty řadíme vitamíny, minerální látky a vodu; tyto nutrienty jsou pro správnou funkci našeho organismu nezbytné, nejsou však nositeli žádné energie (Klimešová, 2016). Poměr mezi přijatou energií (energetický příjem) a vydanou (energetický výdej) označujeme jako energetická bilance. V tabulce 1 můžeme vidět, jakou energii mají jednotlivé nutrienty a zároveň na jakých metabolických procesech se podílí.

Tab. 1: Šest základních nutrientů ve výživě člověka (zdroj: Klimešová, 2016)

Sacharidy	využitelná energie: 17 kJ/g poskytují energii využitelnou při zátěži mírné i velmi vysoké intenzity
Tuky	využitelná energie: 38 kJ/g poskytují energii využitelnou při zátěži mírné intenzity
Bílkoviny	využitelná energie: 17 kJ/g poskytují energii pouze v případě nedostupnosti sacharidů nebo tuků, slouží zejména jako stavební látka pro obnovu buněk a tkání
Voda	neenergetická složka má zejména transportní roli (transportuje nejen nutrienty a odpadní látky, ale také teplo)
Vitamíny	neenergetická složka účastní se metabolických procesů, jsou součástí některých enzymů a hormonů, některé mají silné antioxidační působení
Minerální látky	neenergetická složka mají podobné funkce jako vitamíny, navíc mají stavební funkci

Bílkoviny jsou jako zdroj energie méně důležité, neboť ve správně sestavené stravě tvoří pouze 10–15 % denního příjmu energie. Až v případě krajní nouze, kdy má organismus nedostatek sacharidů, například při delším hladovění, tělo odbourává vlastní bílkoviny. Potřeba bílkovin je ovlivněna věkem, způsobem života a schopností těla využívat bílkoviny. Tuky pokrývají 25–30 % energetické potřeby; tělo je využívá

zejména při nedostatku sacharidů, které tvoří většinu energetické potřeby, až 55 %. S potravou přijímáme také nestravitelné polysacharidy, mezi něž patří celulóza, hemicelulóza a pektin, označované též jako vláknina. Vláknina je důležitou součástí potravy pro podporu peristaltiky střev, vstřebávání živin a působí kladně proti zácpě a vzniku kardiovaskulárních onemocnění či rakoviny tlustého střeva. Zdroje vlákniny jsou zelenina, ovoce a obiloviny (Machová & Kubátová, 2015). *Denní příjem vlákniny je v české populaci odhadován na 10–15 g/den, přestože doporučená denní dávka je alespoň 30–40 g/den* (Vilukus, 2015, s. 105).

Energetická bilance je rozhodující v procesu metabolismu. Přijatá energie se přeměňuje a ukládá ve formě vazeb adenosintrifosfátu (ATP); tato přeměněná forma energie je následně využívána k výstavbě vlastních látek a celkově k zajištění správné funkce organismu. Nadbytečná energie je většinou ukládána ve formě tukových zásob. Při běžném způsobu stravování je u zdravého člověka v trávicím traktu vyloučeno pouze malé množství zkonsumované potravy, přibližně 2–10 % přijaté energie odchází z těla společně s vyloučenými odpadními látkami (Klimešová, 2016).

Jak dále popisuje Klimešová (2016), *pokud chceme udržet svoji aktuální hmotnost, měl by se náš denní příjem z potravy vyrovnávat energetickému výdeji; pak hovoříme o tzv. vyvážené energetické bilanci* (s.9). V případě, že přijatá energie v potravě převyšuje náš energetický výdej, vzniká pozitivní energetická bilance. V tomto případě je nadbytečná energie uložena ve formě tukové tkáně. V opačném případě mluvíme o negativní energetické bilanci, což je žádoucí, pokud chceme zhubnout. Můžeme se také setkat s pojmem kalorický deficit, který popisuje negativní energetickou bilanci a je žádoucí při hubnutí.

2.2 Vybrané antropometrické ukazatele

Antropometrické metody poskytují systematický a objektivní způsob měření tělesných rozměrů, tvarů a složení, což umožňuje získat cenné informace o růstu, vývoji, nutričním stavu a rizikových faktorech spojených s některými chorobami. Tato kapitola bude detailněji prozkoumávat vybrané antropometrické ukazatele a jejich využití v oblastech medicíny a hlavně sportu.

Hmotnost se během dne mění cca o 1–2 % (např. 0,5–1 kg), u sportovců větší postavy, kteří trénují intenzivně, se hmotnost může za den lišit až o 2-3 kg. Nárůst

hmotnosti způsobuje zadržování tekutin a anabolické pochody (růst objemu svalové a tukové tkáně). Snížení hmotnosti je způsobeno ztrátou tekutin, například pocením nebo vyloučením odpadních látek z těla, a dále katabolickými ději (úbytkem objemu svalové a tukové tkáně).

Body mass index (BMI; kg.m⁻²) je poměr hmotnosti a dvojnásobku výšky osoby. Posuzuje hmotnost ku výšce člověka, ale nebere v úvahu pohybové návyky a celkovou aktivitu jedince. Jde o oblíbený hmotnostně – výškový index, který může poskytnout prvotní náhled na optimální hmotnost jedince vůči standardizované tabulce viz. Tab. 2. Nejedná se však o spolehlivý zdroj měření, jelikož nezahrnuje další faktory ovlivňující hmotnost. Aplikovatelnost je účinnější u běžné populace, protože například svalnatý sportující muž s minimem tuku může mít stejné BMI jako jedinec s vysokým množstvím tuku. Dále také může být BMI využito pro upozornění na nízkou hmotnost a potenciální poruchu příjmu potravy.

Výpočet indexu: $BMI = \text{tělesná hmotnost (kg)} / \text{tělesná výška}^2 \text{ (m)}$

Tab. 2: *Kritéria pro hodnocení BMI (zdroj:Vilikus, 2015)*

Hodnocení	Muži	Ženy
podvýživa	pod 18,9	pod 17,9
hubený	19,0–20,9	18,0–19,9
štíhlý	21,0–22,9	20,9–21,9
normální	23,0–25,9	22,0–24,9
lehká nadváha	26,0–27,9	25,0–27,9
nadváha	28,0–30,9	28,0–29,9
obezita	nad 31,0	nad 30,0

Tuková složka – zvětšení tukové tkáně je způsobeno převládajícím anabolismem – přebytečným příjmem energie, nedostatečnou pohybovou aktivitou, kortikoidy. Zmenšení tukové složky je naopak způsobeno převládajícím katabolismem, kalorickým deficitem – nedostatečným příjmem energie, nadměrnou tělesnou zátěží, vyčerpáním tukových zásob energie. Rozložení tuku v těle a jeho množství lze zjistit pomocí měření tělesných obvodů nebo měřením tloušťky kožních řas (Vilikus, 2015).

Obvod v pase je spolehlivým měřítelem doporučovaným pro obézní osoby. Obvod mužů větší než 102 cm a u žen větší než 88 cm jsou jedním z rizikových ukazatelů metabolického syndromu⁵.

⁵ Metabolický syndrom je termín, který popisuje shluk nezávislých rizikových faktorů zvyšujících pravděpodobnost kardiovaskulárního onemocnění (Hutcheson & Rocicová, 2012).

Aktivní tělesná hmota je hmotnost těla po odečtení tukové složky. Je podmíněna **svalovou složkou a tělesnou vodou**, které jsou další ukazatele tělesné konstrukce.

Zvětšování objemu svalů je způsobeno adaptací na fyzickou zátěž. Zde hraje také důležitou úlohu regenerace. Když je úspěšná dochází ke zmohutnění svalových vláken díky zvětšení zásob glykogenu a dalších látek, vyššímu prokrvení ve svalech a zadržování vody. Nedostatečnou svalovou aktivitou je oproti tomu zapříčiněn úbytek svalové hmoty.

Hustota kostní tkáně se také mění v závislosti na mechanickou zátěž kosti. Při zvýšení hustoty lze usuzovat adaptaci na mechanickou zátěž. „U tenistů byla zjištěna o 30% vyšší hustota v kostech předloktí na končetině, u pravorukých byla dokonce vyšší u pravé horní končetiny.“ (Bernacikova et al, 2020)

Energetická dostupnost (ED) slouží v oblasti sportu jako užitečný diagnostický nástroj. Označuje množství energie (kalorií), které je k dispozici organismu. Měří se na základě přijaté stravy potenciálně využitelné pro podporu fyziologických funkcí a fyzické aktivity.

Pro výpočet energetické dostupnosti se obvykle používá následující rovnice:

$ED = \text{Celkový energetický příjem z potravy} - \text{Energetická hodnota ztracená při trávení a vylučování}$

Celkový energetický příjem z potravy: Toto číslo udává množství energie, které je přijímáno z potravy a nápojů, které osoba konzumuje. Měří se v kilokaloriích (kcal) nebo kilojoulech (kJ) a zahrnuje příjem z bílkovin, tuků, sacharidů a dalších živin.

2.3 Specifika sportovní výživy

Při snaze o dosažení svého cíle v jakémkoli sportu je správný a pravidelný trénink sportovce většinou na prvním místě. Na výživu se v tomto ohledu nebral takový zřetel jako dnes. V dnešní době každý profesionální a zkušený trenér ví, že k dosažení efektivnosti trénování a dobré výkonosti je zapotřebí vhodné nutriční podpory. Správná výživa se dnes považuje za neodmyslitelnou součást kvalitní regenerace.

Sportovní výživa je klíčovým faktorem, který ovlivňuje energetické a nutriční potřeby sportovců. Správně zvolená výživa může významně přispět k rychlosti regenerace, optimalizaci svalového růstu a zlepšení sportovního výkonu.

Výživové potřeby sportovců se liší v závislosti na typu sportu, intenzitě tréninku, délce a frekvenci aktivit, a individuálních faktorech jako jsou věk, pohlaví a genetika.

Klíčovými živinami pro sportovce jsou sacharidy, proteiny, tuky, vitamíny, minerály a voda.

Sacharidy jsou hlavním zdrojem energie pro sportovce. Je důležité správně naplánovat příjem sacharidů před, během a po tréninku nebo soutěži s ohledem na intenzitu a délku aktivity, aby se minimalizovala únava a zlepšila regenerace.

Proteiny (bílkoviny) jsou zásadní pro regeneraci svalů a svalový růst. Doporučuje se vyvážený příjem kvalitních bílkovin obsahujících esenciální aminokyseliny, který zajistí optimální stav regenerace a svalovou syntézu. Stejně jako u sacharidů je vhodné rovnoměrně rozdělit jejich příjem během dne a také ho kombinovat s optimálními dávkami sacharidů pro maximální výkon a regeneraci.

Tuky jsou důležité pro sportovce jako zdroj dlouhodobé energie a pro transport vitamínů rozpustných ve tucích. Je důležité volit zdravé tuky, jako jsou nenasycené mastné kyseliny. Zdrojem jsou například ořechy, avokádo a rybí tuk. Naopak omezit příjem nasycených a transmastných kyselin, které jsou spojeny se zvýšeným rizikem srdečních onemocnění.

Mezi další důležité aspekty sportovní výživy patří **vitamíny a minerály**, které jsou klíčové pro řadu funkcí v těle, včetně energetického metabolismu, imunitního systému a svalové kontrakce. Sportovci by měli dbát na dostatečný příjem vitamínů skrze vyváženou stravu nebo případně doplňky stravy. Minerály, jako je vápník, železo a zinek, hrají klíčovou roli v udržování zdraví kostí, svalů a krevního oběhu. Proto je důležité zajistit jejich dostatečný příjem. Podle zjištění WHO (Světová zdravotnická organizace) bychom měli přijímat dvakrát více selenu, než průměrně jako obyvatelstvo spotřebovává. Pro sportovce je jeho potřeba o to větší, protože působí jako významný antioxidant, tlumící tzv. oxidační stres⁶ (Vilikus, 2015).

Pro udržení optimálního sportovního výkonu je klíčová správná **hydratace**. Sportovci by měli dodržovat individuální pitný režim a konzumovat dostatečné množství

⁶ Oxidační stres je biologický stav, který vzniká v těle, když je narušena rovnováha mezi volnými radikály a reaktivními kyslíkovými buňkami (antioxidanty). Znamená poškození schopnosti buněk (antioxidantů) volné radikály neutralizovat.

tekutin před, během a po tréninku. Odborníci se shodují, že je neméně důležité začít s hydratací před výkonem a pokračovat v průběhu celého dne. Dnes jsou doporučovány před započítím a během zátěže především hypotonické nápoje (voda), které svou osmolalitou nejvíce odpovídají složení potu a díky nižšímu obsahu minerálů se vstřebávají podstatně rychleji než isotonické nápoje. Isotonické nápoje jsou primárně určeny pro sportovce se zájmem o vrcholové výkony a také pro ty, kteří provádějí fyzickou aktivitu v prostředí s vysokou teplotou. Pokud jsou ztráty vody v potu vysoké (během horkého počasí nebo tréninku delším než 2 hodiny), nápoj by měl obsahovat sodík (Vilikus, 2015).

Nápoje mohou tvořit pouze část celkového příjmu tekutin během dne. K zlepšení fyzického výkonu může přispět čistá voda; přesto byly pozorovány lepší výsledky po přidání glukózy či glukózy a elektrolytů. Reklamní trh často láká na sportovní nápoje kvůli přidaným sacharidům, přesto však stačí doplnit chybějící energii po tréninku například banánem nebo oslazeným nápojem. Z hlediska rehydratace bychom se měli vyvarovat potenciálním diuretikům, jako jsou kofein a alkohol. Obě tyto látky váží vodu na sebe a zvyšují diurézu⁷ při odstraňování z těla (Vilikus et al., 2015).

Kromě samotného příjmu živin je také důležité správné načasování jídla před a po tréninku, aby se maximalizovala absorpce živin a optimalizovala regenerace a adaptace těla na zátěž. Před fyzickou zátěží jsou vhodnější jednoduché sacharidy, například ovoce nebo toast s marmeládou. Po výkonu je třeba doplnit energii a zajistit správnou regeneraci svalů a tkání, proto je vhodné dát si potraviny s dostatečným množstvím bílkovin a také sacharidy, typicky maso s přílohou.

Je třeba zdůraznit, že sportovní výživa je individuální a vyžaduje odborné přizpůsobení podle specifických potřeb každého sportovce. Konzultace s odborníkem na výživu může být užitečná pro vytvoření přesnějších a personalizovaných plánů stravování, které maximalizují výkon a zdraví sportovců.

Výzkumů v oblasti sportovní výživy se v posledních letech věnovalo dost zahraničních i českých autorů. V tabulce č. 3 vidíme přehled několika takových studií, věnujících se výživovým zvyklostem u různých sportů. Zejména upozorňující je společný nedostatečný příjem sacharidů, který vidíme u každé studie v tabulce. To může zapříčinit

⁷ Diuréza je proces zvýšené tvorby a vylučování moči ledvinami.

negativní energetickou bilanci, tedy ztrátu hmotnosti na úkor výkonu. Další komplikací může být nízká energetická dostupnost (ED) (Tomašík, 2023).

Pokud je energetická dostupnost dlouhodobě snížena, důsledky jsou alarmující nejen pro pokles výkonnosti, ale i pro zdraví sportovců. Riziko spočívá v poškození a nesprávném fungování hormonálních, imunitních či metabolických funkcí. Jestliže dochází k nesprávné regulaci hormonů, snižuje se obranyschopnost organismu a jedinec je náchylnější vůči nemocem, různým infekcím a limitující regeneraci. Ženy pak také typicky postihuje závažný problém zvaný syndrom atletické triády charakterizovaný poruchami menstruačního cyklu a sníženou denzitou⁸ kostí neboli osteoporózou (Tomašík, 2023).

Jak lze vidět v přehledu studií v tabulce 3, oproti nedostatku sacharidů se zjistil v řadě případů nadměrný příjem bílkovin a tuků. Především u vytrvalostních sportů by tyto makroživiny měly tvořit menší část, neboť jejich nadbytek snižuje výkon, může způsobovat vyšší energetickou bilanci a tedy nárůst hmotnosti a přebytek tukové tkáně. Vyšší množství tuků jako takové samo o sobě nevádí, ale neměly by nahrazovat místo sacharidů v jídelníčku, zejména u zmíněných vytrvalostních sportů.

Zvláště náročné a časté tréninkové jednotky mohou vyprázdnit zásoby glykogenu, a je třeba dbát na to, aby se svalové glykogenové zásoby správně doplňovaly. Neschopnost této funkce by mohla vést k poškození funkcí imunitního systému. Sportovci obvykle absolvují několikadenní přípravná soustředění, kde je intenzita tréninků vysoká, a kromě kompenzačních cvičení a odpočinku je nezbytné podpořit správnou regeneraci kvalitní stravou.

⁸ Denzita kostí je měření hmotnosti kostní tkáně v určitém objemu nebo prostoru kostí. Vyjadřuje, jak moc jsou kosti husté nebo jaký je poměr mezi kostní hmotou a objemem kostí.

Tab. 3: Přehled závěrečných prací a studií věnujících se výživovým zvyklostem (zdroj: Tomašík, 2023)

Reference	Sportovní disciplína	Období RTC	Zjištěné výsledky
(Leischnerová, 2022)	Biatlon	Přípravné	Nedostatečný příjem sacharidů. Nadměrný příjem bílkovin a tuků. U šesti sportovců zjištěna negativní průměrná energetická bilance.
(Záleská, 2021)	Golf	Soutěžní	Zjištěna negativní průměrná energetická bilance pro celý výzkumný soubor.
(Dunárová, 2021)	Plážový volejbal	Přípravné + soutěžní	Nedostatečný příjem sacharidů v průběhu obou období. Adekvátní příjem bílkovin v přípravném období, ale nedostatečný v období soutěžním.
(Kosolap, 2021)	Karate	Přípravné	Nedostatečný příjem sacharidů pro celý výzkumný soubor. U třech sportovců nedostatečný příjem tuků.
(Muros et al., 2022)	Cyklistika	Přípravné	Nedostatečný příjem sacharidů a nadměrný příjem bílkovin. U žen zjištěn nadměrný příjem tuků.
(Baranauskas et al., 2015)	Vytrvalostní sporty	Přípravné + soutěžní	U 80 % sportovců zjištěn nedostatečný příjem sacharidů. U 70 % sportovců nadměrný příjem tuků.

Poznámka autora:
RTC = roční tréninkový cyklus

3. BODY IMAGE

Tato kapitola je významná k pochopení souvislostí mezi sebevnímáním postavy (potažmo osobnosti) a poruchami příjmu potravy. Subjektivní tělesné sebepojetí (body image) spolu s celkovým hodnocením své osoby ovlivňuje způsob života a spokojenost jedince se sebou samým. Spojení toho, jak vnímá každý sám sebe s tím, co posuzují ostatní, tvoří dohromady „image“. V češtině se užívá výrazu "image" k představení obrazu určité značky, produktu či osoby veřejnosti, s cílem zaujmout a mít úspěch. Image ovšem neznamená pouze jakousi „tvář“ v marketingu, ale také vlastní sebepojetí. Jak uvádí Fialová (2006), image může být pozitivní (vede k sebeúctě a sebevědomí) nebo negativní (např. špatná kondice, nevhodné oblékání, sebepodceňování atd.).

Nevědomě o sobě předáváme najevo více než polovinu informací prostřednictvím řeči lidského těla. Tato forma nepřímé komunikace se tak stává jednou z nejdůležitějších. Ačkoliv je vnímání krásy velmi individuální, vždy budou v historii lidstva existovat jisté trendy společnosti, které budou ovlivňovat hodnocení vzhledu a krásy. V 50. letech 20. století byl západní svět ovlivněn tvorbou hollywoodské produkce a ikonou tělesné krásy se stala Marilyn Monroe. Od té doby ženy usilovaly o ideální (vyrovnané) míry boků a prsou a k tomu mít útlý pas. Často je následující desetiletí považováno za období největšího nárůstu anorexie a bulimie u žen (Fialová, 2006).

Současná západní kultura stále požaduje od společnosti štíhlost, ovšem do popředí se dostává svalnatější, atletická, štíhlá postava. Není výjimkou, že ženy chodí do fitness center, posilují podobně jako muži. V posuzování vlastního těla jsou však ženy mnohem více kritické samy k sobě než ke druhým. Z výzkumů vyplývá, že významným činitelem je v tomto případě pozitivní psychologické přizpůsobení světu (optimismus, životní spokojenost). 90 % osob podrobených testování v tomto výzkumu hodnotilo své tělo více kladně, když měly příznivé sebepojetí, netrpěly samotou a byly spokojené se svým životem (Fialová, 2006).

„Body image chápeme jako vytváření vlastního obrazu o svém těle a postoje k němu.“ (Fialová, 2006, s. 51)

3.1 Sebepojetí a psychika

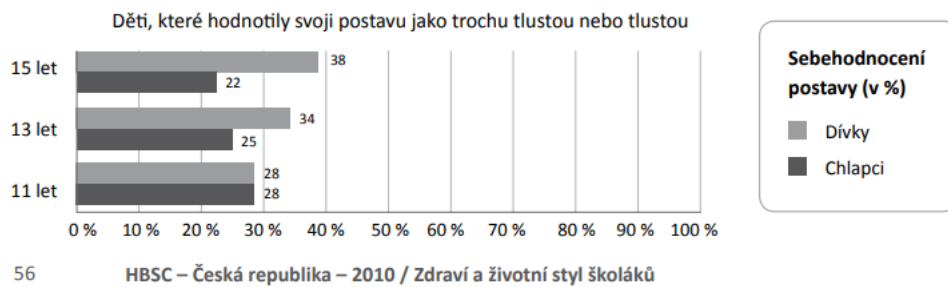
Tato kapitola je významná k pochopení souvislostí mezi sebevnímáním postavy (potažmo osobnosti) a poruchami příjmu potravy. Subjektivní tělesné sebepojetí (body image) spolu s celkovým hodnocením své osoby ovlivňuje způsob života a spokojenost jedince se sebou samým. Spojení toho, jak vnímá každý sám sebe s tím, co posuzují ostatní, tvoří dohromady „image“. V češtině se užívá výrazu "image" k představení obrazu určité značky, produktu či osoby veřejnosti, s cílem zaujmout a mít úspěch. Image ovšem neznamená pouze jakousi „tvář“ marketingu, ale také vlastní sebepojetí. Jak uvádí Fialová (2006), image může být pozitivní (vede k sebeúctě a sebevědomí) nebo negativní (např. špatná kondice, nevhodné oblékání, sebepodceňování atd.).

Nevědomě o sobě předáváme najevo více než polovinu informací prostřednictvím řeči lidského těla. Tato forma nepřímé komunikace se tím stává jednou z nejdůležitějších. Ačkoliv je vnímání krásy velmi individuální, vždy budou v historii lidstva existovat jisté trendy společnosti, které budou hodnocení vzhledu a krásy ovlivňovat. V 50. letech 20. století byl západní svět ovlivněn tvorbou hollywoodské produkce a ikonou tělesné krásy se stala Marilyn Monroe. Od té doby ženy usilovaly o ideální (vyrovnané) míry boků a prsou a k tomu mít útlý pas. Často je následující desetiletí považováno za období největšího nárůstu anorexie a bulimie u žen (Fialová, 2006).

Současná západní kultura stále požaduje od společnosti štíhlost, ovšem do popředí se dostává svalnatější, atletická, štíhlá postava. Není výjimkou, že ženy chodí do fitness center, posilují podobně jako muži. V posuzování vlastního těla jsou však ženy mnohem

více kritické samy k sobě než ke druhým. Z výzkumu vyplývá, že významným činitelem je v tomto případě pozitivní psychologické přizpůsobení světu (optimismus, životní spokojenost). 90 % osob podrobených testování v tomto výzkumu hodnotilo své tělo více kladně, když měly příznivé sebepojetí, netrpěly samotou a byly spokojené se svým životem (Fialová, 2006).

Graf 3: Výzkum sebehodnocení postavy (zdroj: Kalman et al., 2011)



V posledních letech se ukázala jako významný vlivný faktor sebepojetí nová dimenze perfekcionismu, tj. perfekcionista sebereprezentace⁹. PSP se od rysového perfekcionismu liší tím, že se zaměřuje na potřebu vypadat dokonale, spíše než na potřebu být dokonalý (Hewitt et al., 2003). PSP zahrnuje hlavní tři aspekty: předvádění dokonalosti, skrývání a vyhýbání se projevům nedokonalosti a slovní nepřiznání nedokonalosti (neodhalení nedokonalosti) (2003, s. 516). Důležité je, že jedinci s PSP mají potřebu vyjadřovat své dokonalé já prostřednictvím například sportovního nebo akademického výkonu či fyzického vzhledu (Mackinnon et al., 2013).

Touha po ideálu body image je o to víc posilována společností, která potvrzuje závislost sociálního uznání žen a jejich vzhledu. Tento přístup má tradici již v dávné historii, kdy se ženy musely přizpůsobovat například nošením korzetů. Dnes je úsilí o dosažení ideálu krásy nahrazeno dietami a intenzivním cvičením.

Zkreslený ideál dokonalého vzhledu může být až chronický. V takovém případě se jedná o dysmorfobickou poruchu, která patří pod hypochondrické psychické poruchy. Pacient trpící touto nemocí je zcela přesvědčen, že některá část jeho těla nevyhovuje standardním normám. Jedná se buď o příliš velkou nebo příliš malou část těla, běžně například nos, uši, stehna, hýždě, břicho apod. Přesvědčení pacienta je také v tom, že tuto abnormalitu vnímá okolí a mluví o ní. Dále této „podivnosti“ přisuzují řadu životních situací, které nemají nic společného se vzhledem, například pracovní úspěchy.

⁹ Perfectionistic self-presentation (PSP).

Porucha obvykle vzniká v adolescenci kolem 15. a 20. roku, častěji u žen než u mužů (Praško et al., 2002).

Dalším duševním onemocněním, při kterém jedinci negativně a zkresleně hodnotí své fyzické nebo duševní zdraví je bigorexie¹⁰. Jedná se o nespokojenost se svojí postavou, zejména v komunitě fitness u mužů. Osoby trpící touto poruchou se cítí slabé a málo svalnaté, i přestože ve skutečnosti mají vypracované a svalnaté tělo (Fialová, 2006). Jedinci tráví svůj čas převážně v posilovně, na úkor jiných zájmů a socializace. Neustále touží po získání co největšího množství svalové hmoty a při každé příležitosti se prohlížejí v zrcadle a hodnotí svou postavu. Často se osoby trpící bigorexií upínají k doping (nelegálním povzbuzujícím suplementům), což může mít vážné zdravotní důsledky pro jejich organismus (Roubík, n.d.).

Ve sportovním prostředí se často vzhled stává podstatnější motivací ke cvičení než samotný výkon jedince či jeho fyzické a duševní zdraví. Některé způsoby sebehodnocení hraničí až s patologickými poruchami. Předmětem diskuzí je závislost na cvičení a sportu. Psychologická závislost nastává až v případě, kdy se dostaví abstinenci příznaky po přerušení trénování. Oproti biologickým aspektům v případě materiálních závislostí (drog) se zde projevují psychologické příznaky, jako například neklid, úzkost nebo výčitky z netrénování (Slepička et al., 2009). Jako další významný projev psychologické závislosti na cvičení popisuje Slepička (2009) navyšování počtu tréninků bez ohledu na zdravotní stav jedince. Definicí závislosti včetně znaků popisuje například Nešpor (2011).

V případě sportu se ukazuje rozdíl mezi vrcholovým sportovcem a jedincem psychicky závislým na sportování. Odlišnost spočívá v cíli, který je u vrcholového sportovce v dosažení co nejlepších výsledků, a proto plánuje své tréninky, stravování a také regeneraci¹¹. Kdežto jedinec závislý na sportu žije v nerealistické představě o tom, jak by měl vypadat. Pro něj je stěžejní samotný průběh cvičení a výkon, bez ohledu na odpočinek (Malovič, 2009). Díky vyplavovanému adrenalinu a endorfinu při cvičení se dostavuje pocit pohody a radosti. Také na zmíněné hormony si lze vypěstovat toleranci, podobně jako u jiných závislostí. Důsledkem toho bývá zvyšování tréninkových jednotek, případně používané zátěže, a tím nahánění stejného pocitu spokojenosti po cvičení. Ve

¹⁰ Svalová dysmorfobie, Adonisův komplex.

¹¹ Více o regeneraci v kapitole Specifika sportovní výživy.

skutečnosti s sebou takové vypětí přináší velmi často únavový syndrom a silně zvyšuje riziko úrazu (Malovič, 2009).

Podle studie Schneiderové et al. (2023) je body image kritickým faktorem pro sport. Ukázalo se, že dívky často končí se sportem kvůli obavám o vzhled těla, nepohodlným dresům, narážkám na jejich postavu ze strany vrstevníků a trenérů. Výhody sportu jsou na druhé straně významné. Pokud je v týmu zasazeno o zdravou sportovní kulturu, zaměřenou na funkčnost těla, ne na vzhled, mohou dívky získat řadu životních výhod včetně zdravého sebevědomí, vývojových, psychosociálních i zdravotních pozitiv (Schneiderová et al., 2023).

Bohužel existuje málo intervencí zaměřených na sportovní prostředí. V oblasti body image mají trenéři zásadní roli a podílejí se na pozitivním vnímání body image u sportovců.

„Posedlost vlastní hmotností není dobrá a zdravá individuální hmotnost je často pro člověka lepší než ideální hmotnost definovaná společenskými požadavky.“ (Fialová, 2006, s. 79)

3.2 Sociální sítě a masmédia

Ekonomika dnešního světa je spojena s prodejem výrobků směřujících k vylepšení svého vzhledu a zdraví tak horlivě, že společnost zažívá neustálý příděl podnětů z všude přítomných médií, které vytvářejí ideální představu o tělesné kráse. Udržení mladistvého vzhledu a vysportované postavy stojí hodně peněz. V naší společnosti je proto štíhlost hodnotou bohatství a úspěchu, kterému se dává přednost před charakterem a osobností (Fialová, 2006). V důsledku toho chce každá žena vypadat jako dívka v reklamě, protože věří, že daný produkt jí může pomoci vypadat krásněji. Strach z nežádoucí odlišnosti a pochyby o sobě jsou malým krokem k omezování příjmu potravy, přehnanému cvičení a dalším faktorům, které mohou přerůst v poruchu příjmu potravy. Autoři studie, která se zabývá vlivem reklam na spokojenost se svým tělem u dospívajících dívek, potvrzují, že štíhlý ideál často zobrazovaný v masmédiích vzbuzuje negativní pocity ve vztahu ke svému tělu, umocňuje nespokojenost se svým tělem a může povzbuzovat k přerušovanému stravování (Hargreaves a Tiggemann, 2003). Již od 13 let vedou obrazy atraktivity ke zvýšené nespokojenosti s vlastním tělem u dívek (Hargreaves a Tiggemann, 2003; Fialová, 2006).

Mediální svět je otevřený individuálním preferencím, takže kupříkladu na sociálních sítích se budou zobrazovat takové příspěvky, o které uživatel projevuje zájem. Jestliže bude jedinec sledovat převážně trend štíhlosti, fitness dívkami, a zdravým stravováním atp., bude na něj takový obsah vyvíjet tlak a působit stresově. Bude neustále vystavován dokonalému obrazu, kterého nelze dosáhnout. Takové chování může zapříčinit sklony k jídelním poruchám. Oproti tomu, když se uživatel zaměří na protikladné příspěvky a realističtější influencery¹², může se skutečně inspirovat zdravým životním stylem. Spoustu organizací nebo jednotlivců se snaží propagovat skutečný, zdravý pohled na lidské tělo. Například jsou populární příspěvky, které ukazují pózy vedle relaxované pozice. Cílem těchto příspěvků je odhalit falešnou tvář lidí s zdánlivě perfektním životem, kterou lze v médiích vidět velmi často. Ukázat nenalíčenou tvář nebo nedokonale stáhnuté břicho je žádoucí realita, která napomáhá pozitivnímu přístupu k body image.

Zvláště problematické v rámci negativního vlivu na tělesný obraz a stravování se ukázaly konkrétní činnosti – nahrávání fotografií, vyhledávání fotografií a negativní zpětné vazby na statusy (Holland & Tiggeman, 2016). Z několika studií bylo prokázáno exponenciální riziko náchylnosti na poruchy jídelního chování vzhledem k užívání sociálních sítí (Hollan & Tiggeman, 2016; Aparicio-Martinez, 2019). Přičemž studie potvrzují vyšší náchylnost zkresleného sebevědomí skrz sociální sítě u adolescentů. Z tohoto vztahu vyplývá závažnost, kterou je třeba zohlednit při intervenci a sledování poruch chování v pojetí body image u dospívajících, obzvláště u dívek ve věku 12–15 let. Problémem v kterémkoliv věku mohou být tzv. referenční představy (autoreference), které jsou produktem kognitivního myšlení, kterým si dotyčný přisuzuje osobně to, co se děje v sociálním prostředí (Př. „oni se na mě dívají, oni se mi smějí“). Tyto představy mohou vést ke zkreslenému vnímání reality a mohou být spouštěčem různých psychických poruch (Senín-Calderón et al., 2017).

Jednou z nejpoužívanějších sociálních sítí v dnešní době je aplikace TikTok. Studie Harringer et al. (2023) odhalila, že 93 % videí, která se vydávají za „body positive“¹³, zobrazují často bělošské ženy s nerealistickými ideály krásy. Jinými slovy, na rozdíl

¹² Osoba profitující a mající vliv na sociálních sítích.

¹³ Body positive = Filosofický pozitivní postoj vnímání těla, jeho přijetí bez ohledu na jeho, tvar, barvu nebo fyzické schopnosti. Cílem body positivity je podporovat zdravou sebedůvěru a snižovat tlak na ideální tělesný vzhled definovaný společností.

od jiných sociálních sítí se na Tik Toku zřídka vyskytuje pozitivní vnímání body image.

Odstrašujícím příkladem jsou proanorektické weby, které poskytují extremistické návody na hubnutí, tedy v podstatě ukazují přímou cestu k anorexii. Tyto weby vytvářejí a šíří převážně dívky. Součástí takových stránek jsou slogany, které podporují držení diet, odmítání jídla jako něčeho toxického a obecně odsuzují všechno, co by mohlo ohrozit štíhlou postavu. V České republice neexistuje zákon, který by zakazoval podněcování k anorexii a vytváření podobných webů, na rozdíl od Francie, kde je podpora anorexie trestným činem. Od roku 2005/2006 se ředitelka centra Anabell Jana Sladká snaží o změnu legislativy (Kulišková, 2015). Sdružení Anabell nabízí široké poradenské a klinické služby v případech PPP. Anabell poskytuje komplexní pomoc, včetně krizových telefonických služeb, internetové poradny, rodinného poradenství, nutričních poraden a dalších (Centrum Anabell, z. ú., © 2002–2023).

4. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (PPP) byly z historického hlediska považovány za onemocnění typická pro západní země. Dnes je tato teze již výzkumy vyvrácena. Přesto výzkumy dále prokazují, že symptomatika poruch příjmu potravy je ovlivněna životním stylem a kulturou západních civilizací. Komunity, které žijí odděleně od industrializované západní společnosti, totiž netrpí PPP. Zaznamenaný nárůst hospitalizací v České republice může být spojen s sociálními a politickými změnami u nás, s dopadem médií na nedosažitelný štíhlý ideál krásy, záplavou dietních doporučení, pracovním tlakem a dalšími individuálními faktory (Pavlová, 2012).

Je velmi obtížné obecně popsat pacienty trpící poruchou příjmu potravy, jelikož se jedná o několik skupin velmi různorodého charakteru. První obtíže se objevují zpravidla mezi patnáctým a dvacátým rokem (Krch et al., 2005, s. 34).

Vzhledem k sekulárnímu trendu v posledních letech lze konstatovat, že první příznaky nezdravých stravovacích návyků se mohou objevit mnohem dříve. Na druhou stranu ovšem také vzrostl počet žen, u kterých začínají potíže v dospělém věku. Pravidelně u případů PPP předchází období držení různých diet, hladovění a společným znakem je zejména strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a váze (Krch et al., 2005).

Zmíněnou podobnost sledujeme u **mentální anorexie a mentální bulimie**, které patří mezi nejčastější PPP. Obě poruchy se zprvu rozvíjejí pomalu a nenápadně. Hlavním příznakem mentální anorexie je omezování až odmítání potravy. V případech mentální bulimie se jedná o opakované záchvaty přejídání s následným úmyslným zvracením. Podstatné je, že se jedná o psychická onemocnění, a tudíž důsledky spadají také do oblasti somatické a sociální (Machová & Kubátová, 2015).

4.1 Diagnostika

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou v lékařské diagnostice považovány za pokračování patologického jídelního chování. Mezi nejzávažnější onemocnění patří *anorexia nervosa* (mentální anorexie) a *bulimia nervosa* (mentální bulimie). PPP jsou podmíněny několika faktory, a je třeba je posuzovat v širším kontextu zahrnujícím biologickou, sociální a psychologickou oblast. Obtížné diagnostiky představují jedinci, kteří tuto problematiku nebo některé ze symptomů tají a odmítají pomoc. Psychickými poruchami příjmu potravy trpí převážně ženy, přičemž nejvíce ohroženou skupinou jsou dospívající dívky a mladé ženy. Anorexie se v této skupině vyskytuje v 90–95 % případů (Papežová, 2012).

Diagnostickým kritériem mentální anorexie (MA) i mentální bulimie (MB) je tělesná hmotnost udržovaná nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní. Podle BMI sledujeme hodnotu 17,5 (kg/m²) a nižší v rámci věkové kategorie (Krch et al., 2005; Koutek, 2001, in Machová & Kubátová, 2015). U bulimie nemusí závažnější úbytek hmotnosti být tak zřejmý, pokud se projevují zbylé příznaky. Mezi další diagnostická kritéria mentální anorexie patří vědomé snižování hmotnosti, vyhýbání se jídlům, odmítání jídla a kompenzace snědeného cvičením. U mentální bulimie se střídají období hladovění se záchvaty přejídání a následným vyvrácením snědeného. Bulimičky potravu zvracejí, aby zabránily procesu trávení a vstřebávání potravy, tedy aby nedošlo k přibrání váhy. V obou poruchách je přítomná specifická patologie charakterizující se narušeným vnímáním vlastního těla, přetrvávajícím strachem z tloušťky a přibrání (Krch et al., 2005).

Diagnostická kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2023) pro mentální anorexii jsou přehledně uvedena v Tabulce 4. Shrnutí kritérií diagnostiky pro mentální bulimii naleznete v Tabulce 5. Za diagnostické kritérium MA je také považována závažná endokrinní porucha, která se u žen projevuje jako amenorea (ztráta menstruace) a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Onemocnění před pubertou

může způsobit opoždění projevů včetně menarche, růstu a vývoje prsou u dívek (Krch et al., 2005).

Tab. 4: Diagnostika anorexie nervosy (mentální anorexie) (zdroj: Papežová, 2012)

(a) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Queteletův index hmoty těla (body mass index): $BMI \text{ váha (kg)/výška (m)}^2$ je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
(b) Pacientka si snižuje váhu sama dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
(c) <i>Specifická psychopatologie:</i> přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podváhy.
(d) <i>Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy:</i> u žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
(e) Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarche může být opožděna.

Tab. 5: Diagnostika bulimie nervosy (mentální bulimie) (zdroj: Papežová, 2012)

(a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
(b) <i>Snaha potlačit kalorický účinek jídla</i> jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientů manipulací s inzulínovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.
(c) <i>Specifická psychopatologie:</i> chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než premorbidní váha (optimální či zdravá).

Krch et al. (2005) uvádí další diagnózy Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), aktuálně platné: **atypickou mentální anorexií a atypickou mentální bulimií**. Do této skupiny spadají pacienti, kteří vykazují typický klinický obraz PPP bez jednoho nebo více základních příznaků. Například u pacientek, které trpí výrazně nižší hmotností, ale pravidelně menstrují bez hormonální léčby. Abnormální chuť k jídlu (pica), hysterická ztráta chuti k jídlu, její nedostatek či naopak úchylná chuť k jídlu spolu s nutkavým požíváním látek, které nejsou určeny k jídlu, jsou kategorizovány jako: **Jiné poruchy jídla** (Krch et al., 2005; MKN-10, 2023). Kategorie zahrnuje i další nespecifické druhy PPP, které jsou psychogenního neorganického původu. Poruchy přijímání potravy organického původu mají samostatnou kategorii **Porucha příjmu potravy NS**.

Pro srovnání Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5, 2015) nerozděluje atypickou MA či MB. Případy, kdy chybí určitý diagnostický znak některé z nemocí, ale ostatní jsou prokazatelné zařazuje DSM-5 (2015) pod kategorii: **Nespecifikované poruchy příjmu potravy** (EDNOS¹⁴). Do této kategorie spadá např.

¹⁴ Z anglického: Eating Disorders Otherwise Specified.

„**syndrom nočního přejídání**“. Příznakem je tzv. večerní anorexie, poruchy spánku spojené s nespavostí a noční přejídání (Krch et al., 2005).

V posledních letech byla pozornost věnovaná přejídání a jeho příčinám. Tento jev bývá často spojován s obezitou nebo nadváhou. Obezita podle MKN-10 není klasifikovanou poruchou příjmu potravy, spadá do jiné kategorie – Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek jako jsou například poruchy štítné žlázy nebo Diabetes mellitus (cukrovka) (MKN-10, 2023).

MKN-10 (2023) zařazuje pod PPP kromě výše zmíněných také kategorii: **Přejídání spojené s psychologickými poruchami**, způsobené stresujícími životními událostmi, jedná se o přejídání neorganického původu a psychogenní přejídání. Typickým znakem je pocit viny ze sněženého nadměrného množství jídla bez provedení kompenzačních opatření (zvracení, nadměrné cvičení, léky). Do samostatné kapitoly (**Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami**) spadají případy psychogenního zvracení, které nemají stavy z jiných popisovaných kategorií.

Jak je z textu patrné, diagnostika PPP může být komplikovaná a nejednoznačná. U pacientů je třeba zohlednit spoustu faktorů k určení diagnostiky onemocnění. Pokud například není dosaženo dané frekvence některých z příznaků PPP (např. přejídání, hladovění) není umožněna klasifikace danou poruchou. Samotné vyšetření a léčba jsou dlouhodobou záležitostí. Jedním z největších úspěchů je již prvotní uvědomění si problému a odhodlání jedince k jeho řešení. Tyto cíle někdy nejdou ruku v ruce, přesto je nutné vyhledat odbornou lékařskou pomoc, aby se zabránilo závažným zdravotním důsledkům.

4.2 Příčiny a ovlivňující faktory

Psychosociální faktory, které mohou být příčinou PPP jsou neovlivnitelné, zahrnují věk, pohlaví a etnicitu. Osobnostní faktory jsou v literatuře prokazatelně nejvíce popisovány, zahrnují impulzivitu, perfekcionismus, depresivní a úzkostné poruchy a celková emoční negativita. Situační faktory, které můžeme označit jako individuální mohou být různé nepříznivé události v životě – od špatně volených slov až po tragické události. Zneužívání, ostudné zážitky, dlouhotrvající rodinné neshody také zvyšuje vznik PPP, pro svoji ojedinělost jsou zařazeny do zvláštní kategorie (Pavlová, 2012).

Přehnaná pozornost na sebe sama – vzhled, své tělo a jídlo vede ke konfliktům s blízkými a přáteli. Často se pak dívky uchylují k samotě, straní se sociálního kontaktu a nevychází s rodiči. Výzkum nevhodného jídelního chování českých adolescentů vyhodnotil až 60 % dívek staršího školního věku, které jsou ovládané strachem z tloušťky či nadváhy, bez ohledu na to, zda jejich představy odpovídají realitě (Machová & Kubátová, 2015).

Jak je patrné z předešlého textu, příčin vzniku PPP může být hned několik. Častý výskyt onemocnění v pubertálním věku naznačuje spojitost se změnami proporcionality těla. Přibývání hmotnosti a zakulacení těla jsou spojené s pohlavním dospíváním, které se vyznačuje podmíněným ukládáním tuku k rozvoji prsou a akceleraci tělesního růstu. Přitom v tomto období vývoje jsou ke svému vzhledu dospívající nadměru vnímaví až kritičtí (Machová & Kubátová, 2015). Společenské klima, ve kterém se nyní nacházíme, není k tělesnému vzhledu velmi shovívavé, a to přesto, že se tento trend snaží některé firmy v posledních letech zvrátit. Stále se přisuzuje štíhlosti významná hodnota. Štíhlost je zdůrazňována jako důkaz atraktivity a předpoklad společenského úspěchu.

V období dospívání jsou PPP třetí nejčastější psychiatrická onemocnění. V posledních letech se výskyt nemoci objevuje častěji u mladších a starších věkových skupin, čímž rozšiřuje spektrum diagnóz. Nejvíce ohroženou skupinou zůstávají dívky v období adolescence a dospívání. S větším množstvím příznaků, emoční labilitou a impulzivitou roste pravděpodobnost sebepoškozování nemocných (až 40 % případů), zejména pak u bulimických příznaků (Uhlíková, 2012).

Spouštěčem vzniku PPP může být zdánlivě banální slovní spojení, věta nebo nevhodná formulace týkající se vzhledu. V tomto případě může takové nařčení (př. „jsi tlustá“) významně dopomoci k pochybám o své osobě a může vést až k chronickému onemocnění některou PPP. Diskuse na toto téma nejen ve školách může pomoci rozšířit povědomí o tomto tématu.

Ve škole dítě tráví významnou část svého života, proto je bezpečné klima třídy jedním z nejdůležitějších podmínek pro vyučování. V souvislosti s vysvětlením vážnosti některých poznámek hodnotící vzhled nebo postavu můžeme pomoci předejít rizikovým faktorům vzniku patologických jídelních postojů. Tato výchova žáků a nastavení morálních zásad ve třídě by měla probíhat permanentně, ne pouze v rámci preventivních programů. Mnohdy mohou být zavádějící i kladná tvrzení (př. „ty jsi zhubla, tobě to

sluší“). I v tomto případě je dobré být na takové formulace obezřetní, neboť mohou způsobit v mysli jedince přesvědčení, že nemůže za žádných okolností připustit, aby přibrala. Ještě v horším případě toto tvrzení upevňuje nežádoucí vztah k jídlu u osob trpících PPP.

Zvláštní kategorií také zahrnují případy onemocnění PPP zejména bulimií, které navazují na předchozí závislosti na návykových látkách, často alkohol. Vlivným faktorem může také být držení různých diet. Diety fungují na principu odpírání, a to způsobuje větší touhu po zakázaném jídle. Držení diety znamená nahrazení fyziologické kontroly hladu-nasycení kontrolou kognitivní (Pavlová, 2012. s. 46). Pokud je narušena tato biologická funkce, roste tak náchylnost k negativním emocím, a jejich řešením bývají excesy, jako je např. emoční přejídání. U MA je problematičtější označovat diety jako možné příčiny, jelikož období omezování jídla kvůli dietě a nemoci splývá (Pavlová, 2012).

Další zkoumanou oblastí možných příčin vzniku PPP je rodina a životní události. Různé události mohou mít na každého jedince jiný dopad. Velká část pacientů popisuje rozvoj anorexie nebo bulimie v období problematických nebo obtížných rodinných situací. Nemocí mohou být postiženi dokonce sourozenci, kteří vnímají stejnou stresovou situaci. Významnou stresovou situací se nevyklučuje také odloučení od rodiny a náhlý příval zodpovědnosti. K diagnostice nemoci a zejména pak k její léčbě je ovšem důležité znát rodinné vztahy a další souvislosti, které mohly mít vliv na vznik PPP (Krch et al., 2005). Spolupráce s rodinou je v léčbě zásadní, stejně jako terapeutický vztah s lékařem. Mezi ohroženou skupinu lze zahrnout některá povolání nebo sporty, které lpí na štíhlé postavě. Ohrožující skupiny mohou, ale nemusí být například modeling a práce v módním průmyslu, herectví, showbyznysu, dále soutěže typu „Miss“ (Miss Aerobic, Miss Junior, Miss Mažoretka atd.) a ze sportů pak aerobic, gymnastika, balet nebo třeba plavání.

Z průřezových studií nelze jednoznačně říct, že má takové prostředí vliv na vznik PPP, ale obstojným vysvětlením zůstává, že tyto činnosti a obory přitahují hlavně dívky, které jsou vždy zaměřené na své tělo, a proto zde může být zvýšené potenciální riziko narušených jídelních postojů, popř. PPP.

Životní události jsou však těžké hodnotit objektivně. V této disciplíně má na starosti pacienta psycholog nebo skupina psychologů, kteří mají danou odbornost, aby posuzovali jevy. U pacientek, které odmítají návaznou psychiatrickou – psychologickou

péči, setrvávají v ambulantní léčbě dlouho (Papežová, 2012). Jelikož je většina údajů vykládána pacienty retrospektivně, mnohdy jsou nepřesné a domnělé, v tom spočívá potíže uspokojivého popisu příčin PPP. Téměř vždy se jedná o konstelaci sociokulturních vlivů, rodinného prostředí, životních událostí, jiných potíží včetně zdravotních a také vlivu osobnostních a biologických rysů.

Z dostupných analýz se můžeme pouze domnívat, že existují určité souvislosti vyjmenovaných příčin, které mohou mít dopad na vznik poruchy jídelního chování. Vhodnou prevencí tohoto tématu a informovaností o správné výživě, bojem s tlakem společnosti na štíhlý ideál krásy, a vůbec neustálým posuzováním tělesného obrazu, je možné cestou, jak zejména mladé generace vyvarovat se sklonu k podobným tendencím.

4.3 Orthorexie

V posledních letech se objevuje nová patologie v jídle – *orthorexie*, ta však zatím není klasifikována podle DSM-5 ani MKT-10 jako porucha příjmu potravy. Existuje již řada screeningových nástrojů, které odhalují příznaky orthorexie, přestože formální kritéria neexistují (pouze navrhovaná). Francouzští odborníci se mezi prvními pokusili o validaci škály orthorexie. Vznikl tak dotazník EFO-12, který ukazuje spolehlivé psychometrické vlastnosti a stabilní faktorovou strukturu. Podobné studie pomáhají rozvoji výzkumů na toto aktuální téma (Dajon et al, 2021). Studie doktora Segura-Garcíi (2012) odhalila vyšší riziko syndromu orthorexie u sportovců, podobně jako u ostatních PPP.

Orthorexii charakterizuje přehnaný a nutkavý zájem o zdravou stravu. Oproti předchozím PPP nemusí člověk pociťovat negativní vztah ke svému tělu, ani se snažit udržet si optimální postavu pomocí restrikcí v jídle. Znakem orthorektika je upínání se na zdravé potraviny (přehnané vyhledávání zdravých potravin). Podmiňuje čistotou potravin své zdraví například věří, že vyřazením některé z přísad (cukr) bude zdravější nebo se vyléčí z nemoci. Znakem lidí s orthorexií je honba za čistotou a kvalitou potravin, poctivé sledování kvality jídla na etiketách, touha po zdravém těle a také se někdy přidává přehnané cvičení (McGregor, 2019).

Chování jedince je podobné obsedantně kompulzivní poruše. Obsese a rituální chování se v případě orthorexie nezaměřuje na různá témata, ale pouze na jedno konkrétní – kvalitu jídla.

Obsedantní lpění na nastavených stravovacích návycích ovšem vede k úzkostem nebo zvýšenému stresu, ovlivňuje celkovou kvalitu života, jelikož orthorektik podřizuje veškerý program tomu, co bude jíst. U orthorektických lidí je často přítomna sociální izolace. Stranění se kolektivu je způsobeno strachem z přípravy jídla osobou třetí strany nebo nepochopením jiných stravovacích návyků. Omezování potravin může způsobit zdravotní obtíže z nedostatku živin, a z toho dále plynoucí únavu, bolesti hlavy, kloubů, trávicí potíže a u žen nelze vyloučit ztrátu menstruace (McGregor, 2019; Goutaudier & Rousseau, 2019).

III. PRAKTICKÁ ČÁST

5. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU

V současnosti existuje velké množství informací o výživě, které z médií a různých publikací zahlcují společnost. Jedinci neznalí v oboru výživy mají často pocit zmatení ve zdravém stravování, neví, čemu věřit, a mohou podlehnout klamným dietám či doporučením od neodborníků, kteří se vydávají za zkušené. Zároveň, převážně na sociálních sítích, je vyvíjen tlak týkající se vzhledu a vysportované štíhlé postavy. Tento vliv spadá také na mladé dívky. V období puberty se mění nejen fyzický vzhled, ale také psychosociální sebeuvědomění, utvrzuje se role vlastní identity, upevňují a prohlubují se vztahy. Dívky a mladé ženy jsou nejohroženější skupinou v onemocnění poruchami příjmu potravy (Papežová, 2012). Celkový význam vzhledu, který mu společnost přisuzuje, může tyto mladé dámy ohrožovat v jejich psychickém zdraví. S touhou vypadat co nejlépe se mohou snadno uchýlit k omezování jídla.

U sportujících dívek je větší pravděpodobnost pozitivního přístupu ke svému tělu (Schneiderová et al., 2023). Velký vliv včetně rodiny zde mají trenéři. V případě, že vedou svěřenkyně k vytvoření pozitivního obrazu vůči svému tělu, nastavují zdravé klima klubu či sportovní skupiny a také objasňují spojitost mezi výživou a výkonem.

Dle studie Miranda et al. z roku 2014 na 551 respondentech ve věkovém rozpětí 10-21 let bylo zjištěno, že ze 435 dospívajících klasifikovaných jako nespokojených chtělo 60,8 % štíhlejší siluetu než aktuální a 39,2 % o jeden bod silnější siluetu. Dále bylo zjištěno, že zejména dívky jsou nespokojeny se svým body image.

Studie Angely Thompson (2000) vyšetřovala 77 neobězních dívek ve věku 7-16 let. Výsledky testu siluet¹⁵ byly následující: nespokojenost s body image se zvyšuje u dospívajících dívek. Respektive 34 % pre-pubertálních, 36 % pubertálních a 76 % post – pubertálních dívek vybíralo, jako ideální siluetu menší než jejich současnou.

Ženské pohlaví je podle několika studií významně kritické ke svému vzhledu. (Hayslip et al. 1997; Thompson, 2000; Streeter et al., 2012; Bucchianeri et al.). Dívky mají nejvíce výhrad ke svým bokům, pasu, břichu a stehnům (Fialová, 2006).

¹⁵ Pozn. Autora: Test siluet bude blíže popsán v následující podkapitole **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů..**

Na základě těchto skutečností je cílem práce zmapovat stravovací návyky, body image, užívání sociálních sítí u sportujících dívek a analyzovat vzájemné souvislosti a vztahy této problematiky se zaměřením na případný výskyt PPP.

H1: Existuje rozdíl mezi časem stráveným na sociálních sítích a stravovacími návyky.

H2: Existuje rozdíl mezi časem strávených na sociálních sítích a vnímáním vlastního těla.

H3: Existuje vztah mezi stravovacími návyky a vnímáním vlastního těla.

H4: Existuje rozdíl mezi stravovacími návyky u respondentek, které vykazují příznaky poruchy příjmu potravy a které ne.

H5: Existuje rozdíl mezi tím, jaký vztah ke svému tělu mají respondentky, které vykazují příznaky poruchy příjmu potravy a které ne.

5.1 Výzkumný design

Pro účely práce byl zvolen kvantitativní výzkum byla použita metoda dotazníkového šetření a následné zpracování získaných informací v programu Microsoft Excel a pomocí inferenční statistiky. Hlavní výzkumný dotazník je složen z šesti oblastí, které zahrnují okruhy směřované na konkrétní faktory ovlivňující sebevnímání a výživové zvyklosti u dívek s poruchou příjmu potravy.

5.1.1 Výzkumné nástroje

V následující kapitole budou popsány jednotlivé výzkumné nástroje, které představuje řada dotazníků. Dotazníky představují posbíraná data pro tuto diplomovou práci. Jednotlivé dotazníky se zaměřují na vybrané oblasti týkající se tématu této práce.

Amnestický dotazník

Věk, typ školy, druh a pravidelnost sportovní aktivity respondentek jsou klíčové faktory, které mohou ovlivnit výsledky a interpretaci dotazníkového průzkumu. Získané obecné informace budou sloužit k lepšímu pochopení kontextu a umožní následnou kvalitativní analýzu odpovědí. Je důležité sledovat, jak tyto faktory mohou ovlivnit postoje a chování respondentek v rámci zkoumaného tématu. Přesně zadané otázky v dotazníku jsou klíčové pro získání relevantních dat.

Dotazník EDE-Q 6.0 (Fairburn a Berlin, 1994, 2008)

V následující sekci naleznete sebeposuzovací dotazník EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire), rozdělený do čtyř subškál: restriktce (omezování se v jídle), zaujetí jídlem, zaujetí a obavy o tělesní váhu a tvar těla a postavu. Dotazník sleduje chování respondentů za poslední čtyři týdny (28 dní) a zaměřuje se na možnou patologii příjmu potravy u dotazovaných (Kelly et al., 2017). Pro dosažení lepší srozumitelnosti byly ve výzkumu použity otázky z dotazníku EDE-A, upraveného pro adolescenty. Otázky byly zaměřeny na období posledních 14 dní. Kratší časový úsek pomůže přesnější interpretaci dat a je uživatelsky přívětivější.

Otázky 1-12 a 19 jsou zodpovídány na sedmibodové škále: 0 (nikdy), 1 (1-5 dní), 2 (6-12 dní), 3 (13-15 dní), 4 (16-22 dní), 5 (23-27 dní) a 6 (denně)¹⁶. Odpovědi na otázku 20 jsou na sedmibodové škále následovně: 0 (nikdy), 1 (málokdy), 2 (méně než polovinu), 3 (polovinu času), 4 (více než polovinu času), 5 (většinu času) a 6 (stále). Na otázky 21–28 jsou odpovědi na sedmibodové škále: 0 (vůbec ne) až 6 (výrazně). EDE-Q zahrnuje dalších 6 otázek (13-18), na které je číselná odpověď udávající frekvenci popsání chování v posledních 28 dnech.

Dotazník stravovacích návyků

Třetí část výzkumu se věnuje výživovým zvyklostem. Skládá se z 20 dichotomických otázek. Dotazník byl převzat ze Základní metodiky (© Občanské sdružení Anabell, 2011), který byl navržen jako podpora pro pedagogy. Je vhodný pro mládež a dorost. Jelikož vlastní stravovací zvyklosti významně ovlivňují rodinné výživové návyky, cílí dotazník nejen na osobní preference potravin, ale celkově na stravování v rodině.

¹⁶ Pozn. Autora: U otázek 1-12 a 19 byla v dotazníku této práce použita sedmibodová škála dotazníku EDE-A: 0 (žádný den), 1 (1-2 dny), 2 (3-6 dní), 3 (7 dní), 4 (8-10 dní), 5 (12-13 dní), 6 (každý den).

Test PPP (Procházková, 2011)

Následující čtvrtá část zjišťuje možný projev poruchy příjmu potravy. Dotazník převzatý ze Základní metodiky (© Občanské sdružení Anabell, 2011) je vytvořen z 10 uzavřených otázek.

Dotazník Body image

V pořadí pátá část je složena z otázek (Kubíček, 2017), které se zaměřují na vnímání vlastního těla, zjišťují zkušenosti s redukčními dietami, vlivem médií na sebevnímání a poslední otázka je doplňující, zjišťuje důvody, proč dívky sportují. Výsledky byly hodnoceny převážně deskripční metodou.

Jako další obsahuje tato sekce **Test siluet**. Tento test je využíván k měření emocionální složky body image. Respondentům je předložena škála postav (vytvořená v roce 1983 Stunkardem et al.) od velmi štíhlé po velmi silnou, následně dotázaný vybírá tu siluetu, která se podobá jeho postavě a také siluetu, kterou považuje za ideální. Rozdíl ve výběru siluet vypovídá o míře (ne)spokojenosti s tělem. Pro účely této práce byly využity pouze siluety žen, jelikož respondentky jsou výhradně ženského pohlaví.

Posledním doplňujícím testem, který byl zahrnut do této sekce je **body cathexis scale** (Secord a Jourard, 1953 in Fialová 2012). Podle této metody měří například Dixon, et al. (2015). Respondenti mají za úkol ohodnotit známkou jako ve škole (1- úplná spokojenost, 5- naprostá nespokojenost) jednotlivé části vlastního těla (12 částí). Minimální možné skóre je tedy 12 bodů, kdy jedinec odpověděl na všechny otázky známkou „1“, což označuje 100% spokojenost s tělem. Maximální počet dosažených bodů je 60, kdy jedinec odpověděl na všechny otázky známkou „5“, tedy 0 % spokojenost s tělem (Dixon et al., 2015).

Test vlivu sociálních sítí na sebepojetí

Závěrečná část finálního dotazníku (9 otázek) zjišťuje více dopodrobna vliv sociálních sítí na vnímání sebe sama. Otázky byly inspirovány z podobných prací na toto téma. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí deskriptivní analýzy.

5.1.2 Popis výzkumného vzorku

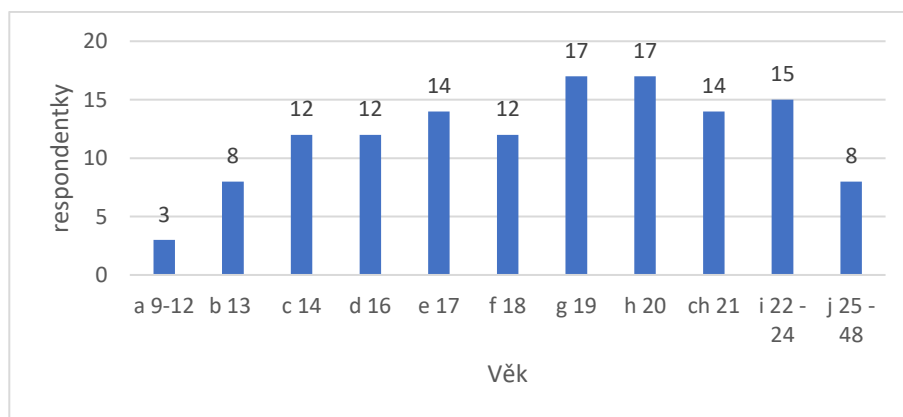
Sběr dat byl proveden nejprve jako předvýzkum. Zúčastnilo se 8 dívek ve věku 8-13 let. Sloužil k úpravě a vyřazení některých otázek.

Výsledná dotazníková verze byla přístupná přes Formulář Google online. Odkaz na dotazník jsem rozeslala přes fakultní emaily studentům Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity a dále sdílela na sociálních sítích (konkrétně Instragramu).

Tato studie obsahuje celkem 141 nasbíraných dotazníků. Kritériem pro splnění podmínek výběru respondentů byla skutečnost pravidelné pohybové aktivity a požadované ženské pohlaví. Po analýze odpovědí splňovaly všechny dotazníky určitou sportovní aktivitu. Žádný nebyl vyřazen.

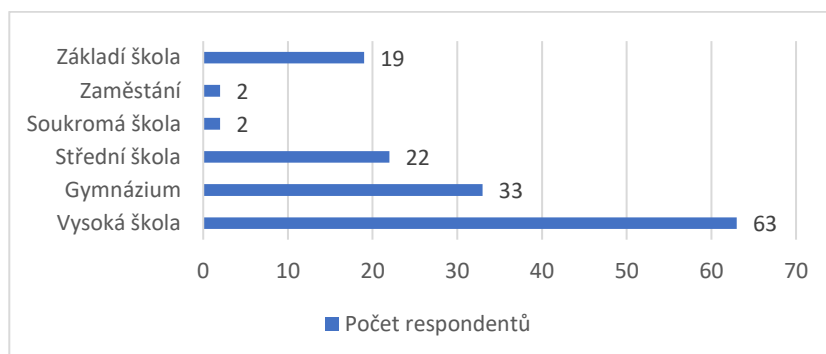
Graf č. 4 ukazuje rozložení věkových kategorií. Jak můžeme z grafu vyčíst, největší počet respondentů bylo ve věku 16–21 let, průměrný věk respondentek vychází na 18,5 roku. Období starší adolescence zahrnovalo 61 %. Respondentek ve věku 9-15 (pubescence a prepubescence) bylo 23,72 %. Zbýlých 23 účastnic výzkumu (15, 28 %) bylo starších 22 let včetně (dospělost). Nejstarší účastníci bylo 48 let.

Graf 4: Věkové zastoupení respondentek (zdroj: vlastní)



Následující Graf č. 5 ukazuje rozložení dosaženého vzdělání respondentů. Na vysokou školu dochází celkem 44,6 %, na základní školu 13, 5 %, na střední školu a gymnázium 39 %. Tři ženy již pracují.

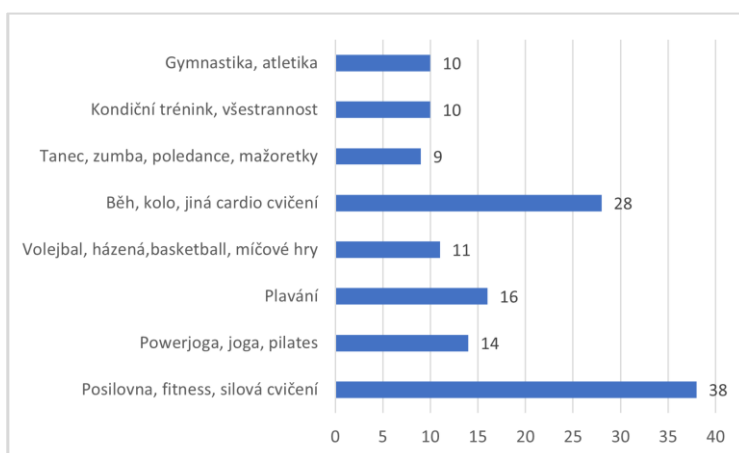
Graf 5: Dosažené vzdělání (zdroj: vlastní)



Třetí a čtvrtá otázka v úvodní části dotazníku sloužily k ověření sportovní činnosti respondentek. Podle výpovědí jsem rozdělila dotazníky na dvě skupiny. První skupina sportuje pravidelně, navštěvuje určitý sportovní kurz nebo také studuje sportovní školu (2 odpovědi). Druhá skupina (18 respondentek) uvedla, že sportuje nepravidelně, ale snaží se být aktivní. Výsledky analýzy budou prezentovány s ohledem na rozdíly mezi těmito dvěma skupinami. Do první skupiny spadají respondentky, které uvedly, že sportují 7 a více hodin týdně (47 odpovědí) anebo 4-6 hodin týdně (56 odpovědí). Zbývající odpovědi byly roztrženy podle toho, zda se jedná o pravidelnou aktivitu nebo nepravidelnou. Zvláštní pozornost byla věnována dvěma dotazníkům, jejich autorky uvedly, že cvičí 11-13 hodin týdně (RX) a 2 hodiny denně (RY).

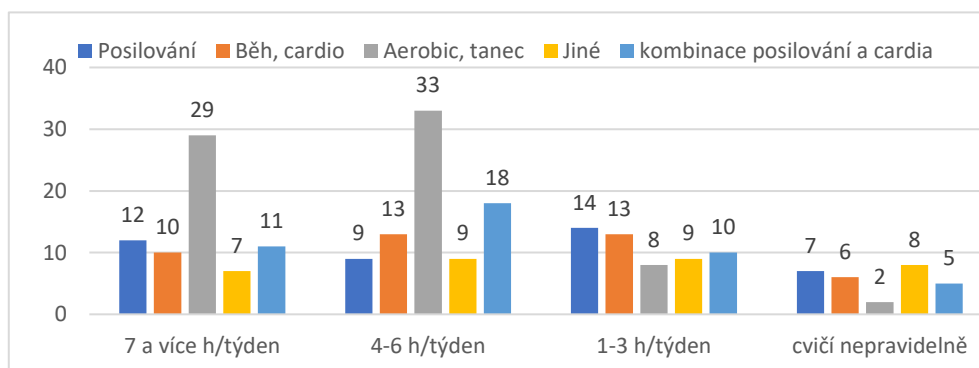
Poslední zjišťující otevřená otázka úvodní dotazníkové části se týkala konkrétní sportovní činnosti. Převažující odpověď zahrnuje sport aerobik včetně sportovního, fitness a gymnastického aerobiku. Tento sport uvedlo 68 respondentek, z nichž 21 trénuje sportovní aerobik, 3 fitness aerobik a 4 gymnastický aerobik. Poslední tři odvětví aerobiku jsou fyzicky náročné sporty, které vyžadují komplexní přípravu před závody. RX uvedla jako činnost, které se pravidelně věnuje veslování a RY uvedla fotbal, běh a posilování. Jedná se kondiční a taktéž tréninkově náročné činnosti. Pohybové aktivity, kterým se věnují další respondentky, popisuje Graf č. 6.

Graf 6: Distribuce pohybových aktivit (zdroj: vlastní)



Z uvedeného grafu je patrné, že nejvíce zastoupené aktivity po aerobiku jsou různé formy silového cvičení (posilovna, fitness, crossfit, body styling atd.), běhání a jízda na kole (včetně spinningu). Plavání a cvičení (jóga, pilates) jsou také často uváděny v kombinaci s aerobními aktivitami, jak je znázorněno na Grafu č. 7.

Graf 7: Pravidelnost cvičení (zdroj: vlastní)



Graf výše uvádí pravidelnost jednotlivých cvičení. Největší tréninkové zastoupení má dle očekávání aerobik. Ve všech tréninkových jednotkách bylo vysoké zastoupení respondentů, kteří kombinují silová a aerobní cvičení, což je velmi přínosné pro udržení fyzického zdraví. Podle rozdělení tréninkových jednotek, můžeme vidět, že není velký rozdíl v aktivitách při trénování 4–6 h týdně a 7 a více hodin týdně. U první skupiny se dařilo více kombinovat silové a aerobní cvičení. Respondentky, které sice nesportují pravidelně cvičí 1–3krát týdně hodinu. Většinou se jedná o vybraný druh cvičení nebo sportu (jóga, tanec, jízda na koni, turistika, běh nebo posilování).

5.1.3 Analýza dat

K analýze dat byl použit program Microsoft Excel a dotazníkový formulář Google. Pro statistické testování hypotéz a následnou analýzu dat bylo použito programu Statistika 6.0.

Vyhodnocení patologií první části dotazníku EDE-Q proběhlo online prostřednictvím veřejně dostupného dotazníku EDE-Q, který funguje na principu analýzy HS (high score-hrubý scóre) v jednotlivých subškálách. Celkový EDE-Q skóre je měřítkem závažnosti psychopatologie spojené s poruchou příjmu potravy. Jako klinicky významná se jeví hodnota $HS \geq 4$.

Druhá část byla hodnocena bodově podle autorky (Procházková, 2011). Výsledný součet bodů kategorizoval respondenty do jedné z následujících skupin:

- 24-29 bodů. Ve vaší rodině vládou dobré stravovací návyky. Jestliže si z vašich rodičů vezmete příklad, neměli byste mít nikdy problém se svou hmotností.
- 15-23 bodů. Ve vaší rodině se dědí určité nezdravé stravovací návyky. Měli byste si definovat, které to jsou, a spolu s rodiči se pokusit alespoň některé z nich změnit.
- 0-14 bodů. Vaše rodina nežije zrovna dle výživových pokynů. Ve vaší rodině je potřeba zamyslet se nad přístupem ke stravování a výživě a situaci kompletně změnit. I když vás to bude stát určité úsilí, investice do zdraví se určitě záhy projeví.

(Zdroj: Chudobová, 2006)

Pro vyhodnocení Testu PPP slouží vyznačené vzorové odpovědi v Základní metodice Občanského sdružení Anabell (2011). Pokud dotazovaný odpoví na 5 a více vyznačených odpovědí shodně, je možné, že dotyčný trpí poruchou příjmu potravy.

6. VÝSLEDKY STATISTIKY

V této kapitole je zahrnuto vyhodnocení dat z jednotlivých dotazníků deskriptivně a statisticky. Z předchozího výzkumu bylo vybráno několik statisticky významných proměnných. Cílem následující výzkumné části je najít rozdíly mezi jednotlivými položkami a určit možné souvislosti mezi nimi.

První výzkumnou hypotézou je tvrzení o existenci rozdílu mezi časem stráveným na sociální síti a stravovacími návyky. Hypotéza je velmi aktuální vzhledem k hojnému

využívání sociálních sítí v dnešní době. K analýze byly použity tři proměnné času stráveném na sociálních sítích ve vztahu ke stravovacím návykům. První proměnná – méně než hodina denně na SS, druhá proměnná – dvě hodiny denně na SS a třetí proměnná – tři a více hodin denně na SS.

H1: *Existuje rozdíl mezi časem stráveným na sociálních sítích a stravovacími návyky.*

V Tab. 6 je užitá deskriptivní statistika stravovacích návyků a dobou, strávenou na sociálních sítích. Ve zmíněné tabulce můžeme vidět rozdělení času na sociálních sítích do tří skupin. První skupina tráví nejméně času na sociálních sítích (méně než hodinu denně), druhá se vymezuje jednou až dvěma hodinami za den a třetí definuje tři a více hodin na SS denně. U stravovacích návyků znamenají vyšší hodnoty lepší stravovací návyky.

Tab. 6: *Deskripce proměnných (zdroj vlastních)*

	Čas_SS	N	Mean	SD	SE
Stravovací návyky	1	61	45157	25628	0.474
	2	56	45156	32933	0.521
	3	24	45002	18660	0.513

K analýze byl zvolen One-Way, ANOVA Test, kdy na Tab. 7 můžeme vidět potvrzené signifikantní rozdíly v dosažených p-value. Tato analýza nám dovoluje porovnat jednotlivé skupiny dle průměrných hodnot. Jedná se o rozdíly mezi průměrnými hodnotami času stráveném denně na sociálních sítích a výsledky hodnot stravovacích návyků respondentek. Test potvrdil (viz. Tab 7) signifikantní významnost při $F= 14397$, $p < 0,01$, tedy můžeme předpokládat, že mezi skupinami existuje rozdíl.

Tab. 7: *Zjištěné hodnoty z testu One-Way, ANOVA (zdroj: vlastní)*

	F	df1	df2	p
Stravovací návyky	14397	2	75,2	0,003

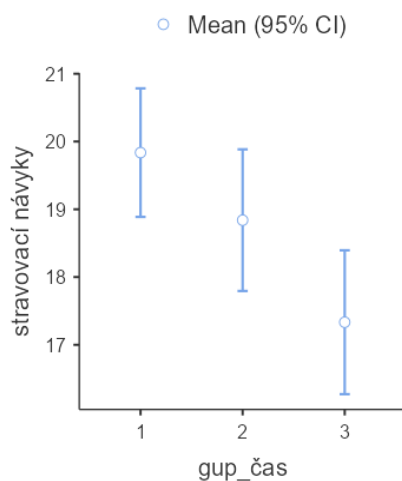
Dané výsledky mezi skupinami podle Tukey Post-Hoc Testu vidíme v Tab 8. a Grafu 8. Z výsledků vyplývá, že dívky, které tráví méně než hodinu času na sociálních sítích, dosahují lepších hodnot ve stravovacích zvyklostech než dívky, které tráví na sociálních sítích více času, tedy skupina 3.

Tab. 8: Rozdíly mezi dosaženými skóry pro čas strávený na sociální síti a stravovacími návyky (zdroj: vlastní)

		1	2	3
1	Mean difference	—	0.997	18295
	p-value	—	0.299	0.013
2	Mean difference		—	18629
	p-value		—	0.206
3	Mean difference			—
	p-value			—

Viditelné signifikantní rozdíly nám zprostředkovává Graf 8., kde jsou vidět rostoucí hodnoty u stravovacích návyků v rámci skupin trávení času na SS.

Graf 8: Vizualizace rozdílů mezi časem stráveným na sociálních sítích a stravovacími návyky (zdroj: vlastní)



Skupina respondentek, která tráví na sociálních sítích méně času vykazuje lepší stravovací návyky, dosahuje vyšších skóre viz. Graf 8. Z výsledků můžeme danou hypotézu H1 potvrdit, jelikož existuje rozdíl ve stravovacích návycích a času stráveném na sociálních sítích. Dívky, které tráví tři a více hodin denně na sociálních sítích mají v průměru horší stravovací návyky než dívky, které tráví na SS v průměru hodinu denně.

H2: *Existuje rozdíl mezi časem strávených na sociálních sítích a vnímání vlastního těla.*

V další části bylo cílem zjistit, zda existuje rozdíl mezi dobou na sociálních sítích a posuzováním vlastního těla. V Tab. 9 vidíme užití proměnných pro čas trávený na sociálních sítích, kdy je rozdělení stejné jako v předchozí hypotéze a pro CAT jako výsledky sebehodnocení a spokojenosti s vlastním tělem. V deskriptivní analýze jsou zobrazeny průměrné hodnoty, směrodatné odchylky a další parametry.

Tab. 9: *Deskripce proměnných (zdroj: vlastní)*

	Čas_SS	N	Mean	SD	SE
CAT	1	61,00	44951,00	46204,00	0.929
	2	56,00	45040,00	17715,00	0.999
	3	24,00	44981,00	45114,00	1.443

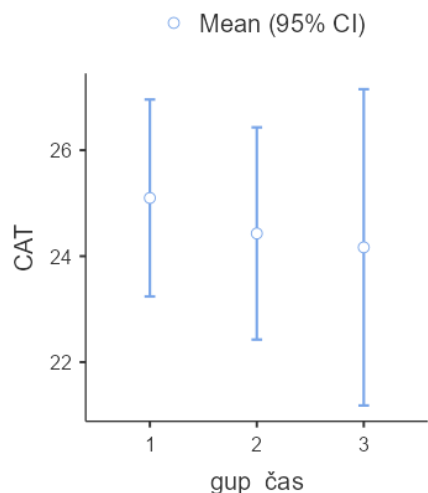
I v tomto případě bylo použito pro analýzu testu One-Way, ANOVA ke zjištění rozdílu mezi skupinami. Tab. 10 ukazuje, že v hodnotách p-value, kdy $p=0,8$, tentokrát nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi dobou na SS a vlastním hodnocením těla.

Tab. 10: *Zjištěné hodnoty z testu One-Way, ANOVA (zdroj: vlastní)*

	F	df1	df2	p
CAT	0.194	2	64,5	0,824

Pravděpodobnost, že mezi skupinami neexistuje rozdíl dokazují hodnoty při $F = 0,194$, $p > 0,01$ v Tab. 10. Výsledky jsou patrné taktéž na Grafu 9.

Graf 9: Vizualizace rozdílů mezi časem stráveným na sociálních sítích a sebevnímáním (zdroj: vlastní)



Mezi dobou strávenou na sociálních sítích a vnímáním vlastního těla není signifikantní rozdíl. Nebyla potvrzena domněnka, že dívky, které jsou více na sociálních sítích jsou méně spokojeny se svým tělem a naopak. Hypotézu tedy můžeme zamítnout. Dalším krokem je zjištění vztahu mezi stravovacími návyky a vnímáním vlastního těla.

H3: Existuje vztah mezi stravovacími návyky a vnímáním svého těla.

Jednotlivé proměnné jsou nejprve zobrazeny v korelační matici v Tab. 11. Jelikož zde nebyl prokázán vztah k věku respondentek ($p > 0,01$), byla tato proměnná vyřazena a analýza byla dále provedena pouze na proměnných CAT (spokojenost s vlastním tělem) a stravovací návyky viz. Tab. 12. K zajištění analýzy byl použit Spearmanův korelační koeficient.

Tab. 11: Korelační matice proměnných (zdroj: vlastní)

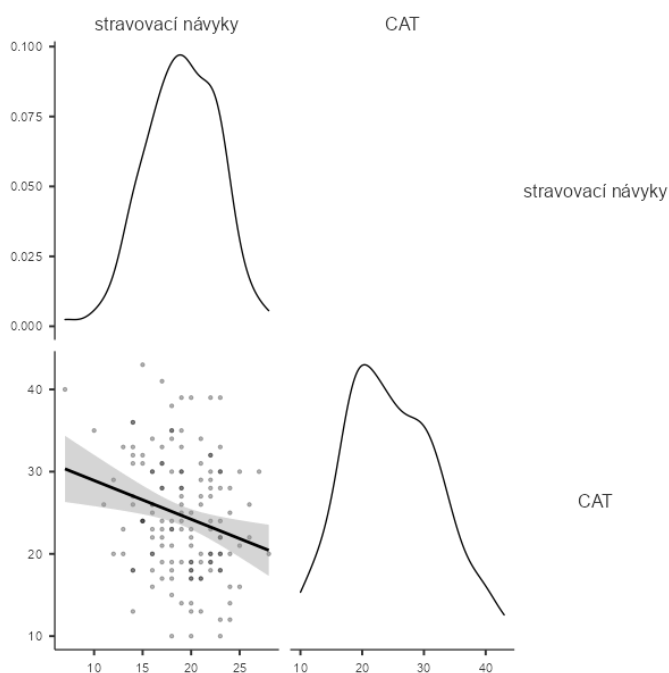
		Věk	CAT	Stravovací návyky
Věk	Pearson's r	—		
	p-value	—		
CAT	Pearson's r	-0.002	—	
	p-value	0.979	—	
Stravovací návyky	Pearson's r	0.016	-0.240	—
	p-value	0.855	0.004	—

Tab. 12: Korelační matice proměnných (zdroj: vlastní)

		Stravovací návyky	CAT	
Stravovací návyky	Pearson's r	—	—	
	p-value	—	—	
CAT	Pearson's r	-0.240	—	-0.240
	p-value	0.004	—	0.004

Dle hodnot p-value <0,01 (=0,004) byl prokázán vztah mezi stravovacími návyky a spokojeností se svým tělem. Graf 10 zobrazuje rozložení dat a korelační matici při analýze vnímání svého těla a stravovacích návyků.

Graf 10: Grafické rozložení dosažených výsledků pro kladné a negativní sebehodnocení a stravovacích návyků (zdroj:vlastní)



Výsledky ukazují, že výsledná hodnota Spearmanova korelačního koeficientu je pro $r(CAT) = -0,240$ ($p=0,004$), tím pádem můžeme stanovenou hypotézu o existenci vztahu potvrdit. Z výsledků vyplývá, že čím nespokojenější jsou respondenti se svým tělem, tím mají horší stravovací návyky, naopak spokojenější skupina je ukázněnější, co se stravování týče.

V další analýze zjišťujeme rozdíl mezi stravovacími návyky u respondentek příznakových (vykazují PPP) a nepříznakových (nevykazují PPP).

H4: *Existuje rozdíl mezi stravovacími návyky u respondentek, které vykazují příznaky poruchy příjmu potravy a které ne.*

Údaje o skupinách včetně průměrných hodnot a odchylek jsou zaneseny v Tab. 13. Ve stejné tabulce vidíme počet respondentek s příznaky PPP (n=32) a tzv. bezpříznakových (n=109).

Tab. 13: *Deskripce skupin (zdroj: vlastní)*

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Stravovací návyky	příznaky PPP	32	44974	17.0	17593	0.615
	bez příznaků	109	45096	20.0	21976	0.345

Pro analýzu byl použit T-Test viz. Tab. 14 a test normality, konkrétně Shapiro-Wilk test viz. Tab. 15. Hodnota $p < 0,001$ podle Tab. 14 ukazuje na signifikantní rozdíl mezi příznakovými a nepříznakovými skupinami u stravovacích návyků, čímž se můžeme naklonit k potvrzení hypotézy o existenci rozdílu mezi skupinami.

Tab. 14: *T-Test nezávislých vzorků (zdroj: vlastní)*

		Statistic	df	p
stravovací návyky	Student's t	-3.29	139	0.001

Dále nám hodnoty W (0,989) a nízké hodnoty p (0,3) podle Shapiro-Wilk testu, zobrazené v Tab. 15, potvrzují normální rozložení což je předpoklad pro využití t-testu.

Tab. 15: *Normality Test (Shapiro-Wilk)*

	W	p
stravovací návyky	0.989	0.302

Z výsledků můžeme potvrdit hypotézu o existenci rozdílu mezi stravovacími návyky a příznakovými/nepříznakovými skupinami. Pro přehlednost vidíme hodnoty zanesené v Grafu 11.

Graf 11: Analýza rozdílu stravovacích návyků u skupin s příznaky PPP a bez příznaků PPP (zdroj: vlastní)



Výsledkem analýzy zobrazené na Grafu 11 je důkaz o rozdílu mezi stravovacími návyky a výskytem PPP u dotazovaných dívek. Pokud byly prokázány příznaky PPP respondentky vykazují nižší skóre u stravovacích návyků, a naopak bezpříznaková skupina má hodnoty vyšší.

Můžeme zde konstatovat, že respondentky s příznaky PPP mají tedy horší stravovací návyky než ty bezpříznakové, jejichž stravovací zvyklosti dosahují obecně lepších skór.

H5: *Existuje rozdíl mezi tím, jaký vztah ke svému tělu mají respondentky, které vykazují příznaky poruchy příjmu potravy a které ne.*

Na Tab. 16 nejprve vidíme deskripční údaje o skupinách včetně průměrných hodnot a odchylek. Tato tabulka také udává počet respondentek s příznaky PPP (n=32) a druhé skupiny bez příznaků PPP (n=109).

Tab. 16: *Deskripce skupin* (zdroj: vlastní)

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
CAT	příznaky PPP	32	45016	32.0	42156	1.088
	bez příznaků	109	45129	22.0	15128	0.614

Pro analýzu bylo využito stejného testování jako v předchozí hypotéze tedy T-Test viz. Tab. 17 a Shapiro-Wilk test viz. Tab. 18. Hodnota $p < 0,001$ podle Tab. 14 ukazuje na signifikantní rozdíl mezi příznakovými a nepříznakovými skupinami u proměnné

CAT, čímž se můžeme částečně přiklonit k potvrzení hypotézy o existenci rozdílu mezi skupinami.

Tab. 17: *T-Test nezávislých vzorků* (zdroj: vlastní)

		Statistic	df	p
CAT	Student's t	24259	139	< 0.001

V následující Tab. 18 vidíme hodnoty W (0,989) a nízké hodnoty p (0,358) ze Shapiro-Wilk testu. Tyto výsledky potvrzují existenci rozdílu mezi skupinami.

Tab. 18: *Normality Test* (Shapiro-Wilk)

	W	p
CAT	0.989	0.358

Statistické hodnoty z tabulek jsou přeneseny do Grafu 12. Zde můžeme přehledně vidět rozdíl mezi proměnnými a stanovit výsledky naší hypotézy.

Graf 12: Analýza rozdílu sebevnímání u skupin s příznaky PPP a bez příznaků PPP (zdroj: vlastní)



Podle Grafu 12 můžeme konstatovat, že dívky, které neprokazují příznaky PPP dosahují v průměru nižších skóre CAT. Skupina, která vykazuje příznaky PPP má značně vyšší hodnoty CAT. Hypotéza H5 byla taktéž potvrzena, neboť byl prokázán rozdíl mezi sebevnímáním a příznaky PPP.

Lze říct, že dívky, které nemají žádné příznaky poruch příjmu potravy mají lepší povědomí o svém těle a jsou spokojenější se svým tělem. Naproti tomu skupina respondentek, u kterých jsou značné příznaky PPP jsou se svým tělem spíše nespokojené.

7. VÝSLEDKY DESKRIPCE

V následující části jsou data z dotazníků popsána deskriptivní metodou. K vyhodnocení a hledání společných znaků byl použit program Microsoft Excel. Výsledky jsou rozebrány ke každé oblasti hlavního dotazníku, tj. pro každý poddotazník zvlášť.

7.1 Dotazník EDE-Q

Pomocí EDE-Q online jsem vyhodnotila výskyt poruch příjmu potravy u respondentek, což bylo jedním z cílů výzkumu. Dotazník posuzuje čtyři oblasti. Jelikož normy pro ČR zatím neexistují, čerpala jsem ze zahraničních studií. Za hodnotu klinicky významnou se udává ≥ 4 (Rø, 2015; Mond, 2004).

Hodnoty celkového scóre jsou uvedeny v Tab. 19. Výsledky se pohybují na škále 0-6. Respondentky v průměru dosahovaly celkového scóre 1,65. Klinicky významné hodnoty v rámci globálního EDE-Q scóre dosáhlo 13 (9,2 %) účastnic výzkumu. Ovšem celkem 32 (22,7 %) respondentek vykazovalo příznaky poruch příjmu potravy z celkového scóre všech subškálách.

Tab. 19: Celkové EDE-Q scóre (zdroj: vlastní)

	Průměr \pm SD	Minimum	Maximum	Medián
Respondenti (n=141)	1,7 \pm 1,4	0	5,54	1,3
Respondenti vykazující PPP (n=32)	4,5 \pm 1,6	4,47	4,47	4,5

Při podrobnější analýze se ukázalo, že 19 (59 %) z nich uvedlo jako sport aerobik, sportovní aerobik nebo gymnastický aerobik, ostatní uvedlo jako sport, který pravidelně provozují, gymnastiku (3), posilování (7), běh (2), balet (1) a pole dance (1). V tabulce č. 8 můžeme vidět věkové rozložení respondentek vykazujících příznaky PPP. Průměrný věk byl 19 let, minimální věk byl 13 let a maximální dokonce 32 let. Četnost tréninkových jednotek na výsledky neměla zásadní vliv. Ukázalo se, že příznaky PPP vykazují dívky, které cvičí 7 a více hodin týdně, ale i 3-4krát do týdne.

V rámci studie jsou stejně významné hodnoty jednotlivých subškál. První z nich (Restraint) hodnotí omezování se v jídle, držení diet apod. kvůli snaze ovlivnit svoji váhu (Fairburn & Beglin, 2008).

Tab. 20: Věk respondentek s příznaky PPP (zdroj: vlastní)



V tomto případě se pohybovalo skóre v rozmezí 0-6, nejvyššího možného skóre v této sekci dosáhlo 6 respondentek. Přehled výsledků této škály je uveden v Tab. 21. Celkem 8 účastnic výzkumu dosáhlo hodnoty ≥ 4 , což značí velké restriktce v příjmu energie.

Tab. 21: Výsledky EDE-Q: Omezování jídla a diety (zdroj: vlastní)

	Průměr \pm SD	Minimum	Maximum	Medián
Respondenti (n=141)	1,2 \pm 1,5	0	6	1,3
Respondenti dosahující normy (n=133)	0,9 \pm 1,1	0	3,8	0,6
Respondenti vykazující PPP (n=8)	5,2 \pm 0,8	4	6	5,3

Druhá subškála (Eating Concern) hodnotí, jak velký vliv mají myšlenky na jídlo na život respondentek, například jak moc ovlivňuje myšlení na jídlo jejich soustředění na učení nebo jiné zájmy, zda dochází k emočnímu ne racionálnímu jezení nebo také jestli po jídle přichází pocity viny apod. (Fairburn & Beglin, 2008). V Tab. 22 je znázorněn přehled výsledků z této škály. Počet respondentek, které prokázaly klinické hodnoty je totožný jako v předchozí části, tedy celkem 8.

Tab. 22: Výsledky EDE-Q: Myšlení na jídlo (zdroj: vlastní)

	Průměr \pm SD	Minimum	Maximum	Medián
(n=141)	1,2 \pm 1,4	0	6	3
Norma (n=133)	1 \pm 1	0	3,8	0,6
PPP (n=8)	5 \pm 0,6	4	6	4,8

V Tab. 22 vidíme, že rozdíl mezi normou a respondentkami vykazující PPP je v průměru o 4 body HS.

Neméně zajímavé jsou výsledky z následujících dvou sekcí, které se zaměřují na vnímání svého těla. Konkrétně třetí subškála (Weigh Concern) zjišťuje zaujetí vlastní hmotností a čtvrtá subškála měří obavy z tvaru postavy (Body Shape Concern). Tab. 23 znázorňuje data pro lepší přehled.

Tab. 23: *Výsledky EDE Q: Starost o vlastní váhu (Weigh Concern)* (zdroj: vlastní)

	Průměr ±SD	Minimum	Maximum	Medián
(n=141)	2±1,5	0	6	1,6
Norma (n=124)	1,5±1,1	0	3,8	1,4
PPP (n=17)	5±0,6	4,2	6	4,8

V Tab. 23 vidíme, že v této a následující subškále je nejvíce respondentek, které vykazují klinické hodnoty ≥ 4 . Tedy celkem 17 respondentek, které vykazují symptomy PPP vnímá svoji váhu více negativně, než vykazují standardní normy pro výsledky zaujetí svojí vahou. Dále Tab. 24 udává, že celkem 25 účastnic výzkumu s příznaky PPP je příliš kritická ke své postavě.

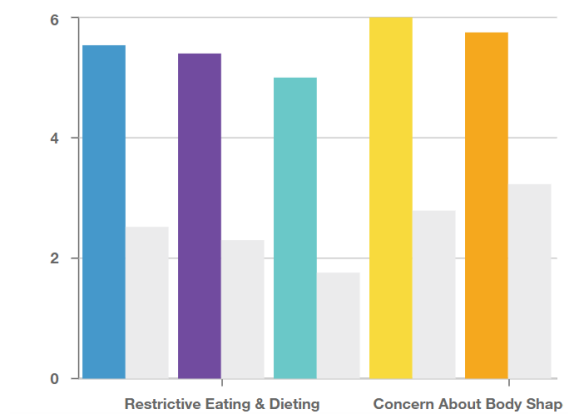
Tab. 24: *Výsledky EDE Q: Zaujetí tvarem postavy (Body Shape Concern)* (zdroj: vlastní)

	Průměr ±SD	Minimum	Maximum	Medián
(n=141)	2,2±1,6	0	6	1,75
Norma (n=116)	1,7±1	0	3,88	1,5
PPP (n=25)	5±0,7	4	6	5

Tab. 23 a Tab. 24 ukazují rizikové hodnoty HS u většího počtu dotazovaných než u předchozích subškál. Tyto výsledky potvrzují, že body image a vnímání vlastního těla může být jedním z rizikových faktorů PPP, dokonce jedním z těch nejpodstatnějších. Pokud jsou respondentky kritičtější ke svému tělu jsou náchylnější k PPP.

Následující Grafu 13 ukazuje jako příklad výsledné scóre hodnocení EDE-Q online v porovnání se zahraniční normou. Tento graf zobrazuje výsledkové hodnoty osmnáctileté respondentky, která uvedla jako svoji pravidelnou aktivitu aerobic a podle EDE-Q dotazníku vykazuje značné příznaky poruchy příjmu potravy. Celkové EDE-Q scóre slečny bylo vůbec nejvyšší v porovnání s ostatními respondentkami, dosahovalo hodnoty 5,5±1,35.

Graf 13: Ukázka výsledků EDE-Q (zdroj: EDE-Q © 2023 InsideOut)



Z Grafu 13 lze vidět výsledkové hodnoty osmnáctileté respondentky v testu EDE-Q, které vysoce přesahují šedě vyznačené normové hodnoty.

7.2 Dotazník stravovacích návyků

Jedním z cílů práce je zjistit souvislost mezi stravovacími návyky a poruchami příjmu potravy. Z rešerše v předchozí části práce vyplývá, že stravovací zvyklosti se přenášejí výhradně v rodině již od dětství.

Výsledky se pohybují ve třech kategoriích. Odpovědi se pohybovaly v rozmezí 7-28 bodů. Průměrná hodnota (medián) byla 19 bodů. První kategorie se pohybuje v rozmezí 24-29 bodů a značí dobré stravovací návyky, zároveň by zde neměl být problém s hmotností. Podle dotazníků spadá do této kategorie a má dobré stravovací návyky 13 respondentek z celkového počtu dotazovaných (n=141). Jejich průměrné skóre bylo 25 bodů.

Prostřední kategorie je ohraničena škálou 15-23 bodů a definuje nezdravé rodinné stravovací návyky. Doporučením pro jednotlivce v této kategorii by bylo zamyslet se nad celkovým stravováním, přehodnotit některé návyky a zlepšit je. Podle výsledků dosáhla této úrovně většina respondentek, celkem 110 s průměrným počtem body 19,3.

Nezdravé stravovací návyky, které vyznačuje třetí kategorie škálou 0-14 bodů, dosáhlo 18 respondentek. Průměrné skóre bylo 12,8 bodů. Doporučením pro tyto dívky

by bylo změnit stravovací návyky, které v jejich rodině panují, a celkově tak zlepšit dopad stravy na jejich zdraví.

Při další analýze, zda některé z respondentek se špatnými stravovacími zvyklostmi (třetí kategorie) vykazují známky PPP, byla tato hypotéza ne zcela potvrzena. Přesto šest z 18 respondentek dle testu EDE-Q prokazovalo příznaky PPP. Poruchy příjmu potravy jdou ruku v ruce se špatnými stravovacími návyky; nicméně i druhá skupina dotazovaných, které byly vyhodnoceny jako třetí kategorie, může být ohrožena na zdraví z jiných důsledků, např. nadváha, cukrovka nebo jiné civilizační choroby. Pro bližší analýzu bychom museli znát přesnější tělesné údaje respondentek.

Všechny dívky, které podle dotazníku spadají do třetí kategorie (nezdravé stravování) pravidelně cvičí; osm z nich dělá sport aerobic, ostatní uvedly silová cvičení, atletiku, plavání, běhání nebo třeba gymnastiku.

Z výsledků tedy vyplývá, že některé sportovkyně vykazují nedobré stravovací návyky. Sportovní aktivitou sice mohou vyvážit svůj denní příjem, ale kvalitu kupovaných potravin nebo některé stravovací návyky by mohly zlepšit. Zjištění samotných stravovacích návyků je komplexní záležitost, je proto třeba brát v úvahu omezené možnosti pouze jednoho vybraného dotazníku.

7.3 Dotazník Anabell (Test PPP)

Test PPP může sloužit jako doplněk dotazníku EDE-Q. Na základě pěti a více označených odpovědí vyšlo 12 pozitivních dotazníků, jejichž respondentky mohou trpět poruchou příjmu potravy. Při srovnání s výsledky z dotazníku EDE-Q se shodovalo v příznacích PPP u 11 z 32 dotazníků prokazujících příznaky PPP. RX vykazuje příznaky PPP pouze dle testu Anabell, zatímco RY prošla testy s neprokázanými příznaky některých poruch potravy. Z výsledku RY lze konstatovat, že přes konstantní pohyb (min. 2 hodiny denně) má respondentka zdravé stravovací návyky i sebezpojetí.

Pouze dvě respondentky, u kterých vyšly pozitivní výsledky na příznaky PPP v testu Anabell, vykazovaly nezdravé stravovací návyky, což ukazuje, že nutriční zvyklosti mohou pouze nepřímo ovlivňovat PPP.

Vzhledem k tématu práce jsou zajímavé výsledky konkrétních odpovědí, zejména na otázku č. 2: „Přála byste změnit některou část svého těla?“, kde bylo shodných nejvíce vyznačených odpovědí. Celkem 74 (52 %) respondentek z celkového počtu dotazovaných

odpovědělo: „Ano, nemám ráda svoje tělo“. Více než polovina respondentek je negativní v hodnocení svého těla, nehledě na to, zda sportují více či méně a jaký druh sportu dělají.

Na druhou otázku: „Přemýšlíte často o tom, že byste chtěla zhubnout?“ bylo druhé největší množství shodně vyznačených odpovědí: „Ano, několikrát jsem se o to pokoušela“, celkem 49 (35 %). V návaznosti na tyto otázky pokračuje dotazník Body image.

Na ostatní otázky se počty odpovědí pohybovaly v rozmezí 27-8 shodných označení.

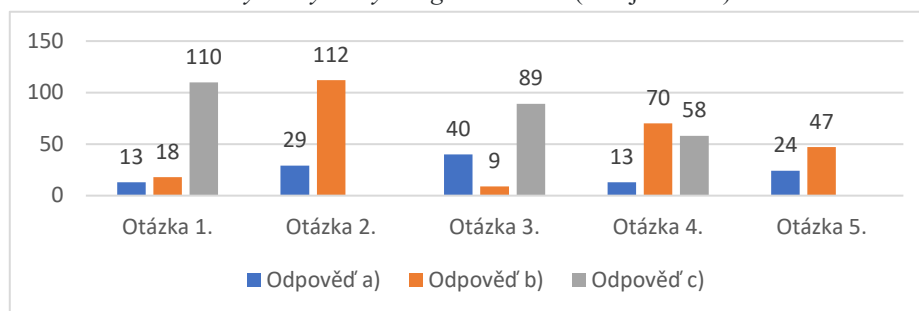
7.4 Dotazník Body image

Na první otázku, která zněla: „Ohledně svého těla si myslíte, doplň...“, měly respondentky na výběr ze tří možností: a) Máte podváhu, b) Máte nadváhu, c) Máte normální váhu. Graf 14 znázorňuje počty odpovědí pro lepší přehlednost. Z první otázky jasně vyplývá převaha (78 %) odpovědí c) Máte normální váhu. Rizikovou skupinou mohou být respondentky (celkem 18), které označily odpověď b) Máte nadváhu, jelikož většina z nich (celkem 13) podle předchozích dotazníků vykazuje známky PPP (12 respondentek podle testu EDE-Q a 7 respondentek podle Testu PPP od Anabell).

Není vyloučeno, že dívky s nadváhou mohou trpět poruchou příjmu potravy. Pravděpodobně se může jednat o případ, kdy mají pacienti zkreslenou představu o své postavě a vnímají se silnější, než ve skutečnosti jsou.

Respondentky, které označily a) Máte podváhu, mohou být také ohroženou skupinou. Ovšem z výsledků EDE-Q vyšla pouze jedna z respondentek, která vykazovala příznaky PPP. V následujícím doplňkovém otázce č. 4 bylo objasněno, že respondentky chtějí přibrat kvůli zdravotním důvodům. Stejně jako některé dívky či ženy, které se snaží shodit váhu, i mnoho dalších často zapomínáme na druhou skupinu ženského pohlaví, která se naopak snaží přibrat kvůli svému zdraví, protože má problémy s nízkou váhou. Pro lepší pochopení bylo třeba analyzovat další otázky dotazníku.

Graf 14: Výsledky Body image dotazníku (zdroj: vlastní)



Druhá otázka dotazníku Body image: „Řekla byste o sobě, že máte problémy s váhou“, nabízela výběr odpovědí buď ano nebo ne. Převaha odpovědí (celkem 112) byla u druhé možnosti – Ne (79 %). Z toho 18 respondentek vykazovalo příznaky PPP. Zbývajících 29 odpovědí bylo – Ano (21 %), přičemž ve 14 případech (48 %) prokazovaly dotazované příznaky PPP. Navíc v této skupině bylo 6 respondentek se špatnými stravovacími návyky. U těchto šesti dotázaných se tak pravděpodobnost, že trpí některou z poruch příjmu potravy, zvyšuje, jelikož nesprávné stravovací návyky v různé formě jsou jedním z častých kritických faktorů či symptomů.

Třetí otázka zněla: „Řekla byste o sobě, že dodržujete zdravý životní styl“, nabízela opět výběr ze tří možností: a) Ano, b) Ne, c) Někdy ano, někdy ne. Největší množství odpovědí (63 %) bylo – c) Někdy ano, někdy ne. Takové stravovací chování se dá předpokládat u zdravého jedince, který není zaujatý čistou stravou nebo zdravým jídlem, ale zároveň nežije výhradně nezdravým způsobem života. Přesto 12 z 89 respondentek této skupiny vykazovalo nezdravé jídelní návyky dle předchozího dotazníku (7.2) Zajímavé je, že 22 respondentek ze stejné kategorie vykazovaly příznaky PPP. Tyto výsledky mohou naznačit, že nelze určit jednotné příznaky pro poruchy příjmu potravy. Jednak se liší samy od sebe a jednak pojem zdravého životního stylu také nejde striktně definovat.

Ve zbývajících odpovědích bylo pouze devět respondentek, které nedodržují zdravý životní styl (odpověď b) - Ne). Zde je třeba upozornit na limity tohoto dotazníku, který je velmi subjektivní, a povědomí o zdravém životním stylu je velmi subjektivní, jak již bylo zmíněno v předchozím odstavci. Z výsledků dále vyplynulo, že ze zmíněných devíti dotazovaných, co nedodržuje zdravý životní styl, vykazovalo příznaky PPP šest dívek. Ze 40 kladných odpovědí (odpověď a) - Ano) vykazovalo příznaky PPP sedm respondentek.

Čtvrtá otázka byla zaměřená na aktuální citění dotazovaných. Respondentky měly na výběr ze tří odpovědí: a) v současné době bych chtěla přibrat, b) chtěla bych zhubnout a c) chtěla bych si udržovat stejnou postavu. Následovala doplňující otázka, kdy měly účastnice výzkumu uvést důvod své odpovědi. Největší počet odpovědí (70) bylo za b) „Zhubnout“. Tato odpověď nebyla překvapivá, jelikož potvrzuje jakýsi trend společnosti, zejména u ženského pohlaví, a sice touhu mít štíhlejší tělo. To potvrzuje fakt, že 58 respondentek současně uvedlo, že mají normální váhu, přesto chtějí zhubnout, a 17 jich uvedlo, že má nadváhu. Většina dívek (30), které vykazovaly známky PPP, uvedla právě odpověď za b).

Pozornost upoutaly dvě respondentky, které uvedly, že mají podváhu. V tomto případě bychom mohli očekávat hodnoty naznačující poruchu příjmu potravy, ale pouze u jedné z nich se tato domněnka potvrdila testem EDE-Q. Celkem 13 respondentek označilo, že by chtěly přibrat, osm z nich uvedlo v první otázce, že mají podváhu, a z předchozích testů vyšel pouze jeden dotazník pozitivní, co se týče výskytu PPP. Zbývajících 58 respondentek uvedlo, že si chtějí udržovat svoji postavu takovou, jaká je, přičemž pět z nich si podle první otázky myslí, že má podváhu. Přestože si tyto respondentky chtějí udržet postavu takovou, jaká je, tři z nich vykazují příznaky PPP, a pouze v jednom případě uvedla dotazovaná, že má podváhu.

Otázky zcela přesně nekorelují s příznaky poruch příjmu potravy, bylo by za potřebí důkladnějšího poznání jednotlivých osob. Body image je velmi subjektivní, a osoby trpící PPP si velmi často své problémy neuvědomují nebo mívají zkreslené představy o svém těle a váze. V tomto ohledu mohou být zajímavější doplňující odpovědi na předchozí otázku, tedy proč chtějí respondentky zhubnout, přibrat nebo si udržet postavu. Udržet postavu by si přálo 58 dotazovaných, spokojeno se svojí postavou bylo jen 48 respondentek. Ostatních deset sice nechtějí změnit svoji postavu, ale rády by přeci jen zpevnily svá těla posilováním. Důvody, proč by chtěly respondentky přibrat, byly racionálně obhájené u osmi případech; dívky uvedly, že chtějí nabrat kila kvůli zdraví, podváze nebo sportovnímu výkonu. Lehce znepokojující je pět zbylých odpovědí, kdy se dívky s podváhou snaží udržet stejnou váhu a jsou tak spokojené. Ovšem ani u jednoho dotazníku těchto respondentek se nepotvrdily příznaky PPP v předchozích testech.

Polovina účastnic výzkumu (70) by si přála zhubnout. Z toho valná většina (zmiňovaných 58) uvedla, že má normální postavu. Zde byly nejčastější důvody k hubnutí vzhledová stránka (79 %) např: „Abych se cítila lépe ve svém těle, nelíbím se sama sobě,

nelíbí se mi moje postava, přijdu si tlustá apod.“ Jako druhý důvod uvedlo šest (10 %) respondentek sport. Z toho dvě šestnáctileté slečny se věnují aerobiku a podlet testů (EDE-Q) obě vykazují poruchy příjmu potravy. Třetí dvacetiletá slečna, která taktéž vyazuje známky PPP dle předchozích dotazníků (EDE-Q; Anabell test PPP) uvedla za pravidelnou aktivitu (7 a více hodin) posilování ve fitness centru. Ve vztahu ke svému tělu uvedla, že má normální postavu, ale chtěla by zhubnout, protože si přijde tlustá. Vzhledem ke všem zahrnutým faktorům je zde vysoká pravděpodobnost onemocnění některou PPP.

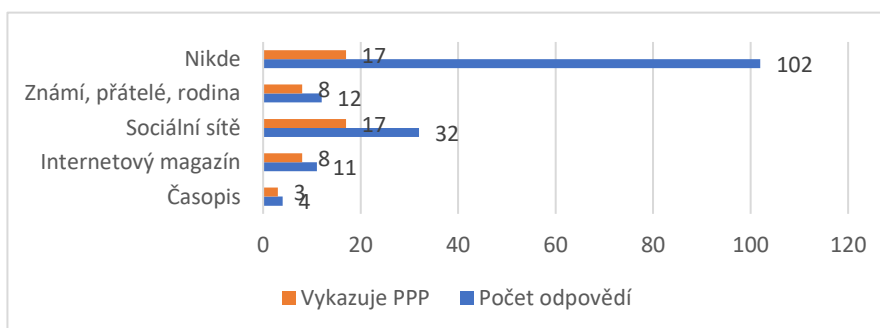
Mezi zbývajícími důvody, proč zhubnout, uváděly respondentky (4) blížíci se léto, žádná z nich nejevila známky PPP, zbytek důvodů nebyl zodpovězen.

V páté otázce, která zněla: „Zkoušela jste některý z moderních trendů ve stravování“, byl největší počet odpovědí (celkem 47) „Ne, nedržela jsem redukční dietu“. Z toho 16 respondentek přesto z testů vykazovalo příznaky PPP. Druhou z nabízených možností: „Ano, držela jsem někdy nějakou redukční dietu“ zvolilo celkem 24 dotazovaných a celkem 15 z nich vykazovalo příznaky PPP. Zde můžeme konstatovat, že držení diet nemá na přítomnost poruch příjmu potravy přímý vliv. Může být pouze jedním z varovných kritérií.

V následujícím Grafu 15 vidíme, kde se dívky nejčastěji inspirují k různým redukčním dietám, pokud inspiraci, kdy vyhledávaly. Většina nic takového nevyhledávala. Na druhém místě byly jako zdroj inspirace k hubnutí uvedeny sociální sítě, což není překvapivé vzhledem k jejich oblíbenosti mezi mladou generací (13-20 let).

17

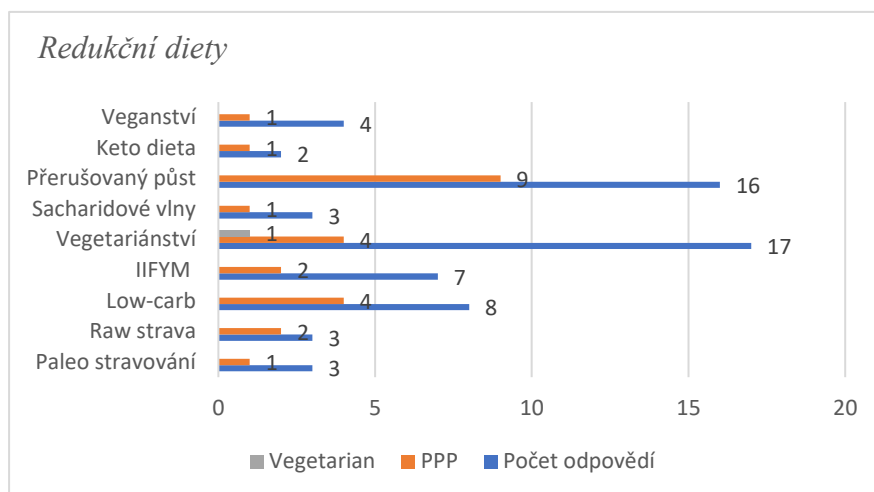
Graf 15: Četnost odpovědí na otázku č. 6 (zdroj: vlastní)



¹⁷ V otázce č. 5 a následující otázce č. 6 mohly respondentky vyznačit více možností.

Sedmá otázka přibližuje trend diet a zjišťuje, zda některé z respondentek vyzkoušely některé z moderních nebo jiných redukčních diet. Na Grafu 16 můžeme přehledně vidět četnost dietních omezení. Většina (101) respondentek nic takového nezkoušela, i přestože 18 z nich podle předchozích testů vykazovaly příznaky PPP.

Graf 16: Redukční diety (zdroj: vlastní)

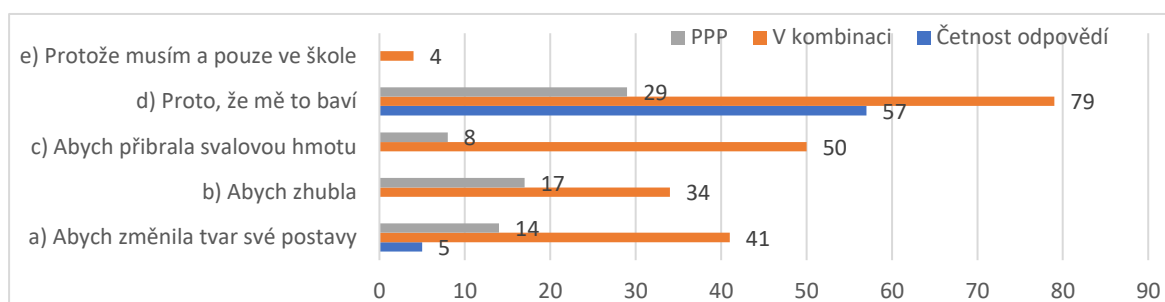


Jak můžeme vidět (viz. Graf 16), druhá skupina dívek s kladnými příznaky PPP (14) držela někdy některou z výše uvedených diet. Celkem v 7 případech dívky držely či zkusily více diet, velmi často se jednalo o vegetariánství a přerušovaný půst.

V pořadí 8. otázka: „Z jakého důvodu sportujete?“ nabízela výčet několika odpovědí, z čehož mohly respondentky zaškrtnout i více možností. Graf 17 ukazuje frekvenci odpovědí u jednotlivých důvodů. Nejvíce respondentek uvádělo, že sportují kvůli zábavě; dokonce 57 z nich vybralo zábavu jako jediný důvod. Dále převažovala kombinovaná odůvodnění, nejčastější kombinace byla c) abych přibrala svalovou hmotu a d) proto, že mě to baví. Tento výsledek vcelku nepřekvapuje u sportovců. S rozdílem 11 respondentek byly jako další v pořadí nejčastější tyto kombinace: a) + b) + d) nebo a) + d), což ukazuje Graf 17 v oranžových pruzích.

Pokud bychom vyzdvihli pouze respondentky, které vykazují příznaky PPP, jejich nejčastější odpovědí byla rovněž odpověď b) (Protože mě to baví), a to 10krát samostatně a 29krát v kombinaci s jiným důvodem. Více či méně riziková skupina se zde nedá přesně vyhranit, jelikož kombinace byly podobné jako u dívek, které nejevily známky PPP.

Graf 17: Důvody sportování (cvičení) (zdroj: vlastní)



7.4.1 Test siluet a test body cathexis scale

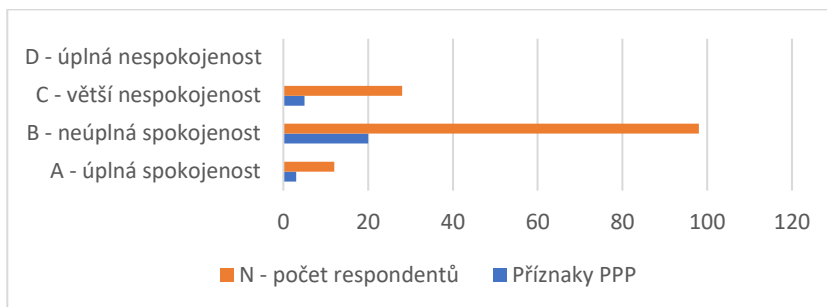
Ve druhé části dotazníku Body image se výzkum zaměřuje na míru spokojenosti či nespokojenosti se svým tělem.

Pomocí **testu siluet** bylo zkoumáno, jak by si respondentky přály vypadat. Nejprve označily tu siluetu, o které si myslí, že odpovídá jejich postavě a poté tu, která vystihuje, jak by si přály vypadat. Rozdíl byl zanesen do statistického programu pod proměnnou s názvem *Přání*. Hodnoty vycházely buď v kladných či záporných číslech, podle toho, zda chtěli respondentky přibrat (-) či zhubnout (+). Následně měly dotazované vybrat postavu, která jim náleží podle názoru okolí a poté postavu, se kterou by byly atraktivní pro okolí. Rozdíl byl opět zanesen do programu tentokrát pod názvem *Atraktivita*. Pokud byl celkový rozdíl roven 0 znamenalo to 100% spokojenost se svým tělem.

V průměru nespokojenost vychází na hodnotě 3,7 na scóre. Maximální hodnota dosáhla 7. Z toho lze odvodit, že většina respondentek není zcela spokojená se svým tělem.

V testu **Body Cathexis Scale** měly respondentky za úkol ohodnotit své části těla podle školního hodnocení (1–5). Výsledky této škály jsou pro lepší přehlednost rozděleny do čtyř kategorií. Respondentky, které získaly od 1 do 15 bodů, spadají do kategorie úplné spokojenosti se svým tělem (A). Ty, které získaly 16–30 bodů, jsou označeny jako neúplně spokojené (B). Pro kategorie větší nespokojenosti (C) a úplné nespokojenosti (D) jsou stanoveny hodnoty 31–45 bodů a 46–60 bodů. Obrázek 18 ukazuje četnosti odpovědí v jednotlivých kategoriích.

Graf 18: *Výsledky testu cathexis scale* (zdroj: vlastní)



Na Grafu 18 vidíme, že většina respondentek není zcela spokojena se svým vzhledem. Mezi nimi je také největší počet respondentek (63 %) prokazujících příznaky poruch příjmu potravy.

8. DISKUSE

Výsledky výzkumu praktické části práce ukazují na několik faktorů, které přispívají k vzniku poruch příjmu potravy. Mezi ně patří sociálně-psychologické vnímání vlastního těla. Podle několika studií (Fialová, 2006; Kalman et al., 2011; Hargreaves and Tiggemann, 2003) je ve společnosti zakotvený tlak směrem k určitému ideálu krásy, což nutí jedince porovnávat se s ostatními. Z údajů prezentovaných odborníky vyplývá, že ženy a dívky jsou tomuto tlaku více vystaveny než muži. Puberta, jako senzitivní období formující lidskou osobnost, může být obdobím, kdy jsou dívky kritičtější k vlastnímu vzhledu. V extrémních případech mohou sáhnout po redukčních dietách a omezování příjmu potravy, což může vést k vážným poruchám příjmu potravy (Pavlová, 2012; Krch et al., 2005; Machová & Kubátová, 2015). Výsledky hypotéz se shodují s těmito tvrzeními. Čím více byly respondentky nespokojeny se svojí postavou, tím větší byla pravděpodobnost, že trpí některou z poruch příjmu potravy, viz. H5, nebo měly respondentky s větší nespokojeností horší stravovací návyky, viz. H3.

Problémy spojené s ideály postavy, které jsou uměle vytvářeny nejen na sociálních sítích a různých webových stránkách, se snaží řešit například ředitelka sdružení Anabell Jana Sladká (Kulišková, 2015). Také podle Mrňky (2020) jsou stravovací návyky u dětí alarmující, a do jisté míry na ně mají vliv právě sociální sítě. Komfort, který moderní doba nabízí, znamená nižší aktivitu dětí v oblasti sportu, zatímco se zvyšuje čas strávený na sociálních sítích a jiných digitálních zařízeních. V tomto případě odpovídají výsledky hypotézy H1, kdy můžeme konstatovat, že dívky, které tráví na sociálních sítích více času, mají horší stravovací návyky. Zároveň se však nepotvrdilo, že by dívky, které jsou na sociálních sítích častěji, měly horší sebepojetí a byly nespokojenější se svým tělem.

Přestože studie Harringera et al. (2023) odhalila význam falešných "body positive" příspěvků na jedné z nejpoužívanějších sítí TikTok, kde převládají nerealistické ideály krásy nad skutečností, a Holland & Tiggeman (2016) prokazují náchylnost k poruchám stravovacího chování při častějším užívání sociálních sítí.

Je třeba zdůraznit, že jednotlivé faktory ovlivňující body image a také PPP jsou výrazně individuální a nelze je aplikovat univerzálně na každého jednotlivce nebo pacienta. Vzhledem k tomu, že samotné poruchy příjmu potravy představují rozsáhlou oblast psychických onemocnění, je nezbytné vzít v úvahu, že někteří lidé mohou mít příliš pečlivé stravovací zásady. Například podle Dajon et al. (2021) je charakteristickým

znakem orthorektika upínání se na zdravé potraviny. Naopak záchvatové přejídání a některé případy anorektiček mohou zahrnovat konzumaci nezdravých jídel ve větší míře.

I když studie diskutuje o různých typech PPP, nebyla zjištěna shoda se stravovacími zvyklostmi spojenými se zdravým životním stylem, jak naznačují například Uhlíková (2012) nebo Krch et al. (2005). Z výsledků této práce (H4) vyplývá, že existuje rozdíl mezi stravovacími návyky a PPP. Práce naznačuje průměrně horší stravovací návyky u dívek s příznaky PPP a ukazuje na ukázněnější stravovací návyky u dívek bez příznaků PPP.

III. ZÁVĚR

V teoretické části práce byl představen pohled na zdraví dnešní mládeže a dospívajících jako úvod do problematiky životního stylu, body image a poruch příjmu potravy. Dále byly popsány základní výživové informace včetně specifík sportovců, na které se práce zaměřuje. V neposlední řadě bylo zahrnuto několik studií věnujících se dopadům sociálních sítí na životní styl mládeže a dospívajících a vliv médií a dalších faktorů na jejich psychiku. Samostatně otevřenou kapitolou je pak teorie poruch příjmu potravy, diagnostické parametry vybraných poruch, příčiny a možné ovlivňující faktory.

Cílem výzkumné části bylo zmapování jednotlivých oblastí životního stylu. Konkrétně zaměřeni se na stravovací návyky, body image a užívání sociálních sítí u sportujících dívek, analyzovat vzájemné souvislosti a vztahy této problematiky včetně zahrnutí vyskytujících se příznaků poruch příjmu potravy. Byla nalezena statická signifikance a hypotézy o rozdílu mezi skupinami byly převážně podpořeny, pouze rozdíl mezi trávením času na SS a sebepojetím nebyl prokázán. Potvrzen byl rozdíl mezi stravovacími návyky a sociálními sítěmi a také stravovacími návyky a sebepojetím vůči příznakovým a bezpříznakovým jedincům. Závěrem lze konstatovat, že mezi rizikové faktory, které mohou vést k poruchám příjmu potravy patří doba, kterou dívky tráví na sociálních sítích, zhoršené stravovací návyky a horší vztah ke svému tělu. Přesto je nutné při posuzování poruch příjmu potravy zahrnout individuální potřeby a rysy jednotlivců.

IV. SEZNAM LITERATURY

1. Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. & Vaquero-Abellan M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. Oct 29; 16(21):4177. doi: 10.3390/ijerph16214177
2. Bernaciková, M., Cacek J., Dovrtělová L., Hrnčířiková I., Kapounková K., Kopřivová J., Kumstát M., Novotný J., Pospíšil P., Řezaninová J., Šafář M., & Ulbrich T. (2013). *Regenerace a výživa ve sportu*. 252 s. ISBN 978-80-210-6253-5.
3. Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). *Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10year longitudinal study*. *Body Image*, (10) 1, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.09.001>.
4. Carter, J. C., Stewart, D. A., & Fairburn, C. G. (2001). Dotazník vyšetření poruch příjmu potravy: normy pro mladé dospívající dívky. *Behavior research and therapy*, 39 (5), 625-632. doi: 10.1016/s0005-7967(00)00033-4
5. Dajon, M., Delpech, L., Sudres, J., L. (2021). Validace francouzské škály orthorexie. *Psychiatrická evoluce*. 86 (1), 191-205. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.09.001>
6. Dixon, D., Esslinger, K., Yen, W., & Grimes, A. (2015). *Body Image Perception and Body Dissatisfaction Gender Differences*. *Kapherd Journal*, 53(1), 29-41.
7. Fairburn, C. G, & Beglin, S. J. (1994). Posouzení poruch příjmu potravy: Rozhovor nebo self-report dotazník? *International Journal of Eating Disorders*. 16, 363–370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)
8. Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–313). New York: Guilford Press (14) (PDF) Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Available from: https://www.researchgate.net/publication/232810420_Norms_and_discriminative_v

- ality_of_the_Eating_Disorder_Examination_Questionnaire_EDE-
Q#fullTextFileContent [accessed Aug 06 2023].
9. Fialová, L. (2006). *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. (1). Grada Publishing.
 10. Fialová L, Krch F. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Karolinum.
 11. Goutaudier, N. & Rousseau A. (2019). Orthorexie: nová forma poruchy příjmu potravy? *La Presse Medicale*. 48 (10), 1065-1071. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.07.005>.
 12. Hargreaves, D., & Tiggemann, M. (2003). Vliv televizních reklam „Thin Ideal“ na tělesnou nespokojenost a aktivaci schématu během rané adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 32, 367–373. <https://doi.org/10.1023/A:1024974015581>
 13. Harriger, J. A., Wick, M. R., Sherline, CH. M., & Kunz, A. L. (2023). *The body positivity movement is not all that positive on TikTok: A content analysis of body positive TikTok videos*. *Body Image*, (46), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.06.003>.
 14. Hayslip Jr., B., Cooper, C. C., Dougherty, L. M., & Cook, D. B. (1997). *Body Image in Adulthood: A Projective Approach*. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 628–649. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6803_10
 15. Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., Mcmurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P., & Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303-1325. doi.10.1037/0022-3514.84.6.1303
 16. Holland, G., & Tiggeman, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*. (17) 100-110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
 17. Hort, J. (2016). Od pohubých blondýnek k plnoštíhlé brunetce: Reklama módy se pomalu proměňuje. *Focus, Marketing journal*, 29.2.2016. https://www.focus-age.cz/m-journal/aktuality/od-pohublych-blondynek-k-plnostihle-brunetce--reklama-mody-se-pomalu-promenuje_s288x11914.html

18. Hutcheson R., & Rocicová, P. (2012). The Metabolic Syndrome, Oxidative Stress, Environment, and Cardiovascular Disease: The Great Exploration. *Journal of Diabetes Research*, 2012/07/09, 2314-6745. <https://doi.org/10.1155/2012/271028>
19. Levine, M. P., & Smolak, L. (1996). Media as a context for the development of disordered eating. In Smolak, L., Levine, M. P., and Striegel-Moore, R. (eds.), *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders: Implications for Research, Prevention and Treatment*. Erlbaum, Mahwah, NJ, pp. 233–257.
20. Levine, M. P., & Smolak, L. (1998). The mass media and disordered eating: Implications for primary prevention. In Vandereycken, W., and Noordenbos, G. (eds.), *The Prevention of Eating Disorders. Studies in Eating Disorders: An International Series*. New York University Press, New York, pp. 23–56
21. Mackinnon, S. P., Battista, S. R., Sherry, S. B., & Stewart, S. H. (2013). Perfectionistic self-presentation predicts social anxiety using daily diary methods. *Personality and Individual Differences*, 56, 143-148. doi.10.1016/j.paid.2013.08.038
22. Machová, J., & Kubátová, D. (2015). *Výchova ke zdraví*. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5
23. Malovič, P. (2009). Šport ako nelátková závislosť. *Sociálna prevencia: Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*, 4(2), 11-12.
24. Matoulek, M., Svačina, Š., & Lajka, J. (2010). Výskyt obezity a jejích komplikací v České republice. *Vnitřní lékařství*, 56(10), 1019-1027
25. Miranda, V. P. N., Conti, M. A., Carvalho, P. H. B., Bastos, R. R., & Ferreira, M. E. C. *Body image in different periods of adolescence*. *Rev Paul Pediatr*. (2014). volume 32 (issue 1), 63-69. doi: 10.1590/S0103-05822014000100011
26. MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Aktualizované vydání k 1. 1. 2022. © Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2021. © World Health Organization 2016.
27. Mond, J. M., Hay, P. J, Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. *Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples*. *Behav Res Ther*. 2004 May, 42(5):551-67. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00161-X. PMID: 15033501.

28. Mrňka, M. (2020). Dětská nadváha a obezita ve spojitosti s nezdravým životním stylem u žáků z prvního a druhého stupně vybraných základních škol v okrese Olomouc [Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci]. Archiv kvalifikačních prací THESES. https://theses.cz/id/0zkvgg/DP_Mrnka_finalni_verze_3.5.2020.pdf
29. Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost (4., aktualiz. vyd). Portál.
30. Kalman, M., Sigmund, E., Sigmundová, D., Hamřík, Z., Beneš, L., Benešová, D., & Csémy, L. (2011). Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC). ISBN 978-80-244-2986-1
31. Kelly, N. R., Cotter E. W., Lydecker J. A., & Mazzeo S. E. Missing and discrepant data on the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Quantity, quality, and implications. *Eating Behaviors*, (24), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.11.002>.
32. Krch, F. D., Beumont, P., Deth, R., Eisler, I., Fairburn, Ch. G. Faltus, F., Freeman, Ch. P. C., Garner, D. M., Hainer, V., Kocourková, J., Lask, B., Nicholls, D., Norré, J., Probst, M., Vandereycken, W., & Williams, H. 2005. Poruchy příjmu potravy: 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha 7: Grada Publishing. 256 s. ISBN 80-247-0840-X
33. Papežová, H. (Ed.). (2012). Diagnostika poruchy příjmu potravy In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (s. 126 - 128). Grada publishing.
34. Pavlová, B. (2012). Epidemiologie poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (s. 25–31). Grada publishing.
35. Pavlová, B. (2012). Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (s. 36–41). Grada publishing.

36. Pavlová, B. (2012). Tělo, váha, hladovění aneb můžou za to diety? In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (s. 45–48). Grada publishing.
37. Phelps, L., Johnston, L. S., & Augustyniak, K. (1999). *Prevention of eating disorders: Identification of predictor variables*. *Eat. Disord.: J. Treat. Prev.* 7: 99–108.
38. Praško, J., Horáček, J., & Pašková, B. (2002). *Hypochondrická a dysmorfofobická porucha*. *SANQUIS. Odborný a společenský časopis pro lékaře*. (19), 18-25. <https://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art783>
39. Procházková, L. (2011). *Základní metodika: Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví*. Občanské sdružení Anabell. <http://knihovna.anabell.cz/component/jshopping/product/view/1/90?Itemid=0>
40. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (ed.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
41. Rø, Ó., Reas, D., & Stedal K. (2015). *Dotazník pro vyšetření poruch příjmu potravy (EDE-Q) u norských dospělých: Diskriminace mezi kontrolními ženami a pacientkami s poruchou příjmu potravy*. *Evropský přehled poruch příjmu potravy: časopis Asociace pro poruchy příjmu potravy*. DOI: 10.1002/erv.2372
42. Segura-García, C., Papaiani, Mc, & Caglioti, F. et al. (2012). *Ortorexie nervosa: Časté poruchy příjmu potravy u sportovců*. *Porucha tělesné hmotnosti* 17, e226–e233. <https://doi.org/10.3275/8272>
43. Senín-Calderón, C., Rodríguez-Testal, J. F., Perona-Garcelán, S. & Perpiñá, C. (2017). *Body image and adolescence: A behavioral impairment model*. *Psychiatry Research*, (248),121-126. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.003>.
44. Schneiderová, J., Matheson E. L, Tinoco, A., Silva-Breen, H., Diedrichs, P. C., & LaVoi, N. M. (2023). *A six-country study of coaches' perspectives of girls' body image concerns in sport and intervention preferences: Template analysis of survey and focus group data*. *Body Image*, (46), 300-312. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.06.013>

45. Slepíčka, P., Hošek, V., & Hátlová, B. (2009). *Psychologie sportu* (Vyd. 2). Karolinum.
46. Streeter, V. M., Milhausen, R. R., & Buchholz, A. C. (2012). *Body Image, Body Mass Index, and Body Composition: In Young Adults*. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 73(2), 78–83. <https://doi.org/10.3148/73.2.2012.78>
47. Střítecká, H., & Hlúbik, P. (2010). Výživové zvyklosti dětí základních škol v Královéhradeckém kraji. *Hygiena*, 55(1), 4-6.
48. Stunkard, A. J., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983) *Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness*. KS, RL, SR, et al, ed. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*, (60), 115-120.
49. Thompson A., M., & Chad, K., E. (2000). *The relationship of pubertal status to body image, social physique anxiety, preoccupation with weight and nutritional status in young females*. *Can J Public Health: Revue canadienne de santé publique*, 91(3), 207-211.
50. Tomašík, M. (2023). *Výživové zvyklosti biatlonistů v rámci ročního tréninkového cyklu* [Bakalářská práce. Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. https://is.muni.cz/th/w00aq/Vyzivove_zvyklosti_biatlonistu_v_rameci_rocniho_treninkoveho_cyklu.pdf
51. Vilikus, Z. (2015). *Výživa sportovců a sportovní výkon*. Karolinum.

Elektronické zdroje

1. Bedrošová, M., Hlavová, R., Macháčková, H., Dědková, L., & Šmahel, D. (2018). *České děti a dospívající na internetu: Zpráva z výzkumu na základních a středních školách*. Projekt EU Kids Online IV– Česká republika. Brno: Masarykova univerzita, [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: https://irtis.muni.cz/media/3137006/eu_kids_online_report_2018_cz_main.pdf
2. Centrum Anabell, z. ú. (© 2002–2023). Anabell. <http://www.anabell.cz/>
3. Kulíšková, E. (2015, 29. listopadu). Některé weby v Česku doporučují anorexii jako životní styl. Zakázat je nejde. *iROZHLAS*. <https://www.irozhlas.cz/zpravy->

[domov/nektere-weby-v-cesku-doporucuji-anorexii-jako-zivotni-styl-zakazat-je-nejde_201511290300_dpihova](https://www.mshp.cz/aktuality/2015/11/29/0300_dpihova)

4. MŠMT. ©2013–2023. Koncepce podpory sportu 2016–2025. <https://www.msmt.cz/sport-1/koncepce-podpory-sportu-2016-2025>
5. InsideOut EDE-Q. © 2023 InsideOut. <https://insideoutinstitute.org.au/assessment>
6. Kubíček, J. (2017). Dotazník o vlivu médií na Body image. <https://docplayer.cz/30572322-Dotaznik-o-vlivu-medii-na-body-image.html>
7. Roubík, L. (n.d.) Bigorexie. Lukáš Roubík. <https://www.lukasroubik.cz/>
8. Roubík, L., & Šindelář, M. (2017). *Institut moderní výživy*. <https://www.institutmodernivyzyvy.cz/>
9. WHO. (1.1.2023). MKN-10 klasifikace. ÚZIS. <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.5>