

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie



Sociální reprezentace mentální anorexie u žáků v období střední adolescence

Diplomová práce

Autor: Bc. Jana Vokřínková
Studijní program: Učitelství pro základní školy (2. stupeň)
Studijní obor: Učitelství pro 2. stupeň – anglický jazyk a literatura
Učitelství pro 2. stupeň – německý jazyk a literatura
Vedoucí práce: Mgr. Anežka Kohoutová
Oponent práce: PhDr. Jindra Vondroušová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Jana Vokřínková

Studium: P16P0601

Studijní program: N7503 Učitelství pro základní školy

Studijní obor: Učitelství pro 2. stupeň ZŠ - anglický jazyk a literatura, Učitelství pro 2. stupeň ZŠ - německý jazyk a literatura

Název diplomové práce: **Sociální reprezentace mentální anorexie u žáků v období střední adolescence**

Název diplomové práce AJ: Social representations of anorexia nervosa of second grade students

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Hlavní náplní této práce je prozkoumání sociálních reprezentací mentální anorexie u žáků 2. stupně. V teoretické části je představena teorie sociálních reprezentací. Dále je vymezena problematika mentální anorexie, včetně jejich sociálních vlivů a specifik v období střední adolescence. Praktická část se věnuje identifikaci sociálních reprezentací u skupiny žáků 2. stupně základní školy a jejich vrstevníků na víceletém gymnáziu a následnému vyhodnocení těchto reprezentací.

HYTYCH, Roman. Smrt a nesmrtelnost: sociální reprezentace smrti. Praha: Triton, 2008. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-092-8. KATOLICKÁ, M. 2005. Sociální reprezentace nezaměstnaných u skupiny nezaměstnaných a studentů [online]. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: <http://theses.cz/id/c1rc5a/?lang=en;furl=%2Fid%2Fc1rc5a%2F>. KRCH, František David. Mentální anorexie. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X. LEIBOLD, Gerhard. Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0. Lukšík, Ivan, Rušáková, Linda. Sociálne reprezentácie HIV/AIDS: Teoretické východiská a slovenská sonda. Československá psychologie. Praha: Psychologický ústav AV ČR. ISSN 0009-062x. MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2. MARKOVÁ, Ivana. Dialogičnost a sociální reprezentace: dynamika mysli. Praha: Academia, 2007. ISBN 978-80-200-1542-6. MOSCOVICI, Serge, DUVEEN, Gerard (ed.). Social representations: explorations in social psychology. Cambridge: Polity Press, 2000. ISBN 0-7456-2226-7.

Garantující pracoviště: Katedra pedagogiky a psychologie, Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Anežka Kohoutová

Oponent: PhDr. Jindra Vondroušová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 11.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že tuto diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Hradci Králové dne

Podpis:

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Anežce Kohoutové za maximální vstřícnost, cenné a podnětné rady a připomínky, lidský přístup a čas, který do této práce investovala.

Dále děkuji všem respondentům, kteří svou ochotou přispěli ke vzniku praktické části práce.

Anotace

VOKŘÍNKOVÁ, Jana. *Sociální reprezentace mentální anorexie u žáků v období střední adolescence*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. Diplomová práce.

Hlavní náplní této práce je prozkoumání sociálních reprezentací mentální anorexie u žáků 2. stupně. V teoretické části je představena teorie sociálních reprezentací. Dále je vymezena problematika mentální anorexie, včetně jejich sociálních vlivů a specifík v období střední adolescence. Praktická část se věnuje identifikaci sociálních reprezentací u žáků 2. stupně základní školy a jejich vrstevníků na víceletém gymnáziu a následnému vyhodnocení těchto sociálních reprezentací.

Klíčová slova: adolescence, mentální anorexie, identifikace, sociální reprezentace

Annotation

VOKŘÍNKOVÁ, Jana. *Social Representations of Anorexia Nervosa in the Second Grade Students*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2018. Master's Thesis.

The main aim of the Master's thesis is to study of social representations of anorexia nervosa in the second grade students. In the theoretical part, there is a presentation of the theory of social representations. There are also defined the issues of anorexia nervosa, its social effects and specifications in middle adolescence stage. The practical part is focused on identification of social representations in the second grade students and their same-age peers at grammar school. This part is also focused on the assessment of the social representations mentioned.

Key words: adolescence, anorexia nervosa, identification, social representation

Obsah

I.	ÚVOD	8
II.	TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1.	Vymezení pojmu sociální reprezentace	10
1.1	Metody zkoumání.....	12
2.	Adolescence.....	15
2.1	Vývoj osobnosti a identity v období střední adolescence	18
2.2	Tělesná proměna	19
3.	Mentální anorexie	24
3.1	Vlastnosti a utváření tělového schématu a jeho poruchy.....	28
3.2	Psychoanalytický pohled	29
4.	Sociální reprezentace mentální anorexie	31
III.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
1.	Cíle práce	32
2.	Výběr výzkumného vzorku	33
3.	Etika výzkumu.....	36
4.	Metodika	37
5.	Způsob zpracování dat	40
5.1	Individuální myšlenková mapa	42
5.2	Příběh člověka s mentální anorexií s kresbou	42
5.3	Skupinová myšlenková mapa	43
5.4	Test výběru	43
6.	Výsledky.....	44
6.1	Individuální myšlenková mapa	44
6.2	Příběh člověka s mentální anorexií s kresbou	48
6.3	Diskuze.....	50
6.4	Skupinová myšlenková mapa	51
6.5	Test výběru	52
7.	Diskuze.....	54
IV.	ZÁVĚR	60
VI.	SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY	62
VII.	PŘÍLOHY.....	66

I. ÚVOD

Cílem této práce je získat povědomí o sociální reprezentaci pojmu mentální anorexie, která převládá u žáků základní školy a jejich vrstevníků na víceletém gymnáziu. Žáci a studenti, kteří tvoří výzkumný vzorek, spadají věkem do požadované věkové kategorie a do odpovídajícího období, na které je práce zaměřena, tj. období střední adolescence.

Mentální anorexie je pojem, který je skloňovaný již po desetiletí. Vycházím z předpokladu, že pro téměř každého jedince představuje tento pojem určité asociace, které mohou být u každého jednotlivce rozdílné, ať už na základě prožitků, zkušeností či jiných faktorů ovlivňujících naše chápání a vysvětlování si pojmů. Díky tomu předpokládám, že každý má svoji vlastní mentální reprezentaci. Avšak zároveň zastávám názor, že existují znaky, které tyto vlastní mentální asociace spojují a vytváří tím skupinovou sociální reprezentaci pojmu.

Dle mého názoru je důležité zaměřit se na chápání a vnímání tohoto fenoménu skupinou, které se týká takřka nejvíce. Adolescenti jsou chápáni jako nejvíce ohrožená skupina nejen ve spojení s mentální anorexií, ale poruchami příjmu potravy jako celku. Jak je popsáno v teoretické části práce, adolescenti jsou nejvíce ohroženi z poruch příjmu potravy zejména mentální anorexií, právě proto je práce zaměřena právě na tuto poruchu. Je žádoucí působit na ně v rámci primární prevence, kterou má za úkol vykonávat především rodina, ale ani role školy by neměla být podceňována a opomíjena. Dále je důležité vykonávat naši ohlašovací povinnost jakožto pedagogů při vzniku jakéhokoli podezření na onemocnění touto poruchou. Právě tato práce může zaměřením praktické části sloužit jako další možnost prevence poruch příjmu potravy, nebo jako její část.

Diplomová práce je rozdělena do dvou hlavních částí – část II teoretická a část III praktická. Teoretická část práce nejvíce operuje s pojmem sociální reprezentace, který také existuje v několika pojetích. Vysvětluje význam tohoto pojmu a popisuje metody, které mohou být využity při zkoumání sociálních reprezentací různých jevů. V rámci této práce vycházím z pojetí R. Hytycha (2008). Teoretická část dále popisuje období adolescence, zabývá se jejím rozdělením dle různých autorů a detailnějším popisem období střední adolescence. Největší část práce se věnuje proměnám jedince v tomto období, ať již psychickým proměnám, nebo proměnám v tělesném schématu. Právě díky těmto proměnám jsou adolescenti ohroženou skupinou, protože v jejich věku dochází k fyzickým, ale i psychickým, změnám v důsledku přeměny v období

puberty. Tyto proměny je důležité popsat. Popis slouží jako přípravná část pro praktickou část práce.

Praktická část se zaměřuje na práci s žáky ve třídě a má za úkol zodpovědět výzkumnou otázku „Jaká je sociální reprezentace mentální anorexie u žáků v období střední adolescence?“ Cílem práce je získání konkrétní představy sociální reprezentace tohoto pojmu, což napomůže k mapování úrovně znalostí a zkušeností s pojmem mentální anorexie u adolescentů. Na výzkum navazoval též program primární prevence související s daným tématem, aby se zvýšila smysluplnost účasti respondentů ve výzkumu. Výzkum byl realizován v osmé třídě na základní škole v Hradci Králové a v odpovídajícím ročníku osmiletého gymnázia v Praze, aby mohlo dojít k případné komparaci výsledků. Výzkum ve třídách byl realizován na jaře 2018. Výsledná analýza dat z průzkumné části práce je uvedena v kapitole Výsledky.

Jako citační norma platná pro tuto práci byl zvolen systém citování APA s uvedením citací přímo v textu. Citace jsou uvedené v závorkách za citovaným textem. Jsou psány kurzívou a odděleny uvozovkami z obou stran citovaného textu. Za textem parafrázovaným je v závorkách uveden autor publikace a rok jejího vydání. Pokud je citován či parafrázován text z cizojazyčných zdrojů, zejména anglických a slovenských, je přeložen autorkou diplomové práce.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení pojmu sociální reprezentace

Úvodní kapitola práce je věnována vymezení pojmu „sociální reprezentace“. Přesná definice pojmu je obtížná, jelikož pojem je používán hned v několika významových rovinách. Antropoložka Marková (2012) ve své práci definuje sociální reprezentaci jako teorii, která studuje formaci a transformaci významů, znalostí, názorů a jednání v rámci i napříč komunikací a kulturami.

Na rozdíl od ní zakladatel teorie sociálních reprezentací, rumunsko-francouzský sociální psycholog Serge Moscovici, tvrdí, že sociální reprezentace je proces, díky kterému se pro jedince neznámé stává známým, když je vystaven cizí situaci (Moscovici, 1984). Moscovicovo teorie sociálních reprezentací je úzce spjata s teorií kolektivních reprezentací, jejímž autorem je francouzský sociolog Emile Durkheim. Durkheim ve své teorii popírá tvrzení Immanuela Kanta, dalšího z řady významných filozofů a etiků. Kant tvrdí, že svět lze poznat pouze na základě individuální zkušenosti, ale toto je možné pouze sdílením kolektivních zkušeností (Marková, 2007).

Kant tvrdí, že *„o tom, že veškeré naše poznání začíná zkušeností, není vůbec pochyb; neboť čím by jinak měla být probuzena k činnosti poznávací mohutnost, kdyby se tak nedělo díky předmětům, které podněcují naše smysly a samy částečně vyvolávají představy, částečně uvádějí do pohybu činnost našeho rozvažování, aby tyto představy srovnávalo, spojovalo nebo rozdělávalo, a tak zpracovávalo hrubou látku smyslových dojmů v poznání předmětů, které nazýváme zkušeností?“* (Kant, 2001, s. 33). Zároveň tvrdí, že ačkoli už zde zkušenost existuje, není dáno, že to musí být tak a ne jinak. Kantova teorie předpokládá, že lze poznat svět pouze nepřímo, k čemuž přispívá syntéza dat, které k nám přicházejí za pomoci našich smyslů. Z toho vychází jeho teorie o individuálním poznání světa, jelikož jsou syntetizována pouze naše subjektivně přijatá data. Proto se Kant (2001, podle Novák, 2009) domnívá, že nedochází k poznání objektivní reality.

Naproti tomu Émile Durkheim pracuje s teorií kolektivního vědomí, tedy že individuální zkušenost je zkreslena skupinou. Kolektivní vědomí je dle něho *„soubor toho, co společně pociťuje a čemu věří průměr členů jedné společnosti, tvoří determinovaný systém, který má svůj vlastní život.“* (Durkheim, 2004, s. 75). Durkheim tvrdí, že vnímáme již předsudky a je důležité se od nich oprostit. Pro zkoumání sociálních jevů je důležité vnímat smysly, nikoli se soustředit na to, co přichází z vnějšího prostředí (Durkheim, 1998).

Autor teorie sociálních reprezentací Serge Moscovici definuje také hlavní úkol sociálních reprezentací. „*Hlavním účelem sociálních reprezentací je učinit ne-známo známým, jinými slovy reprodukovat samozřejmost žité každodennosti, vnášet řád a kulturu do chaosu neustálých změn vnímání a prožívání*“ (Hytych, 2006, s. 19). Moscovici vychází z předpokladu, že jedinec neformuje představu o sociálním objektu ani z objektivní reality, ani vlastní cestou. Reaguje na objekty na základě kolektivní a sociálně konstruované reality. Sociální reprezentace jsou obzvláště přiměřené, pokud předmět zkoumání zahrnuje mnohočetné sociální perspektivy, poskytuje pochybnosti, obtížnosti a konflikty způsobené změnou a znaky komunikace na veřejné scéně. Sociální reprezentace jsou kognitivní schémata, která nám umožňují přemýšlet na základě jich samotných a také na základě reality, která je nám představována. Sociální reprezentace představují formu vědomostí, vymyšlenou a sdílenou společností, mající za cíl vytváření běžné reality, která je užívána danou sociální skupinou (Bidjari, 2011).

Hytych charakterizuje sociální reprezentace jako „*jev, kdy příslušníci určité sociální skupiny drží a udržují jim společnou představu o rozdílných skutečnostech sociálního světa*“ (Hytych, 2008, s. 25). Dle jeho vysvětlení dochází k rozdílným představám o jednom pojmu různými sociálními skupinami. Tyto sociální reprezentace pomáhají jedincům k lepší orientaci v dnešním světě. Sociální reprezentace slouží jako podpora lidem, kdy z neznámého se stává známé. Hytych dále tvrdí, že sociální reprezentace nejsou důležité jen jako výsledek procesu, jakým se vytvářejí. „*Sociální reprezentace nejsou jen výsledky procesu, ale i samotným procesem vytváření, způsobem, jakým je sociálně sdílený a žitý svět utvářen, přetvářen, reinterpretován a předáván ve vyprávěných a žitých příbězích toho, co je skutečné, dalším generacím*“ (Hytych, 2008, s. 26). Zdůrazňuje již tedy význam samotného průběhu, jak jsou sociální reprezentace vytvářeny, nejen výsledek celého procesu.

Hayesová (1998) tvrdí, že „*existuje rozdíl mezi formálními vědeckými poznatky a všeobecnými znalostmi, které většina lidí (včetně vědců a profesionálů) uplatňuje v každodenním životě. Jako součást obecně přijímaných znalostí se tvoří sdílené sociální reprezentace*“ (s. 44). Tím poukazuje na to, že sociální reprezentace si jedinci vytvářejí už na základě určitých informací získávaných z vnějšího okolí. Hayesová (1998) navíc mluví o tom, že některé sociální reprezentace jsou sdíleny velkou skupinou lidí a jiné sdílí menší skupiny. To značí, jak důležitý je jejich přínos k formování hlavní teorie v dané společnosti (Hayesová, 1998).

Z výše uvedených vysvětlení daných různými autory vyplývá, že sociální reprezentace nám pomáhají přetvářet jevy, které jsou pro nás neznámé a tím v nás vyvolávají strach či obavy, na jevy, které si jsme schopni zařadit, kategorizovat, kterým jsme schopni porozumět (Tyrlik,

Plichtová & Macek, 1998). Tito nadále tvrdí, že „interpretace současných dějů vycházejí zpravidla z tradice uchovávané v struktuře významů, neboť lidé nové objekty, jednotlivce a události vnímají a rozumějí jim jen ve vztahu k předcházejícím zkušenostem a vzorům“ (Tyrlík, Plichtová & Macek, 1998, s. 107). Zároveň sociální reprezentace slouží jako funkční nástroj efektivní komunikace. Ve světě je důležité sdílení stejných sociálních reprezentací všemi účastníky komunikace pro vzájemné porozumění si (Hayesová, 1998).

Lukšík a Rušáková (2001) tvrdí, že sociální reprezentace „sdílí mnoho lidí a v konečném důsledku ovlivňují i ty, kteří se bezprostředně na jejich vzniku nepodílí“ (s. 154). Zároveň poukazují na fakt, že „sociální reprezentace jsou nejen jistým sociálním produktem, ale také procesem re-representování“ (s. 155). Pracují také s pojmy zakotvení a objektivizace, které jsou důležité při tvorbě re-representací. Zakotvení definují jako proces, při němž dochází k zařazení a kategorizaci neznámých myšlenek a představ do kontextu, který je nám známý. Objektivizace je proces, ve kterém se z neznámého stává známé. Abstraktní jevy jsou převáděny na konkrétní, které jsou existující ve fyzickém světě. Oba procesy, tedy jak zakotvení, tak objektivizace, jsou hodnotícími postupy a postupy pojmenovávání (Lukšík & Rušáková, 2001).

Sociální reprezentace se mohou v různých sociálních skupinách lišit, mohou tedy být výjimečné v jedné dané sociální skupině. Moskovici (1984, podle Lukšík & Rušáková, 2001) uvádí, že „sociální reprezentace, podobně jako vědecké teorie, náboženství nebo mytologie, jsou reprezentacemi něčeho někým. Společně přijetí sociální reprezentace jistou sociální skupinou přispívá k formování a ochraně skupinové identity“ (Lukšík & Rušáková, 2001, s. 155). Diplomová práce vychází z pojetí pojmu sociální reprezentace R. Hytychem (2008), který charakterizuje sociální reprezentaci jako fenomén, jež zastupuje představu určité skupiny lidí pro daný konkrétní pojem nebo jev, a jímž si pomáhají ke snadnější orientaci ve světě.

1.1 Metody zkoumání

V současnosti je využíváno několika metod zkoumání sociálních reprezentací. Například Tyrlík, Plichtová a Macek (1998) při zkoumání sociálních reprezentací pojmu demokracie „operacionalizovali jako subjektem vyjádřenou těsnost vztahu mezi tímto pojmem a jednotlivými jinými relevantními pojmy“ (s. 110). Na základě předvýzkumů na malém vzorku zkoumaných osob bylo vybráno několik pojmů souvisejících s pojmem demokracie. Poté byl tento výběr v rámci samotného výzkumu předložen výzkumnému vzorku respondentů, kteří měli za úkol hodnotit, zda podle jejich vnímání naplňují dané pojmy pojem demokracie a pomáhají s jeho vysvětlením, nebo ne. Tímto vznikly 4 kategorie vysvětlení pojmu, tedy respondenti měli na výběr z možností

následujících hodnot: nikoli, málo, střední, nebo velmi. Výzkum byl hodnocen i z hlediska respondentů s přihlédnutím k jejich věku, pohlaví, dosaženému vzdělání (zda získali maturitu). Za účelem přehledného získání dat byli vybráni respondenti na základě příslušnosti ke dvěma skupinám. Jednu skupinu tvořila mladá generace ve věku 18 až 23 let, druhou skupinu tvořili lidé středního věku, tedy 40 až 45 let. Výzkum pokračoval hodnocením respondentů, zda jsou spokojeni se společenskými změnami, které proběhly v posledních 3 letech (tedy v kontextu výzkumu šlo o období v letech 1993-96). To měli vyjádřit stupněm od 1 do 5, což odpovídá hodnocení jako ve škole. U této metody lze použít předem připravený výčet definic, které poté respondenti hodnotí. Výsledky výzkumu byly uváděny zvlášť na základě státní příslušnosti. Pro přehlednost byly výsledky popsány v tabulkách a grafech. Ty jsou sestaveny na základě zohlednění různých hledisek, tedy hledisko věku, vzdělání, pohlaví a vyjádření spokojenosti respondentů s nastalými změnami. Jedna z výsledných tabulek obsahovala pojmy, které měly vyjadřovat ztotožnění respondentů s uvedenými pojmy na stupnici od 0 do 3 (0 – neztotožňují se vůbec, 3 – naprosto souhlasí).

Zajímavý přístup použili Lukšík a Rušáková (2001), kteří se při zkoumání sociálních reprezentací HIV/AIDS zaměřili na žáky základních škol, tedy na podobný vzorek, který byl použit i pro výzkum autorky práce. Pro výzkum využili takový výzkumný vzorek, který tvořilo celkem 111 respondentů osmého ročníku ze dvou základních škol na Slovensku. Tomuto výzkumnému vzorku byly přizpůsobeny metody zkoumání. Jako metody zvolili „*kresbu člověka HIV+ a člověka nemocného AIDS, která měla za cíl zachytit obrazovou stránku reprezentace, dále hru Tři tvrzení o AIDS (...) a test sémantického výběru*“ (s. 159). Hra Tři tvrzení o AIDS spočívala v tom, že respondenti měli napsat taková tvrzení, která o této nemoci slyšeli nebo četli, a následně je vyhodnotit, jestli s nimi souhlasí, nesouhlasí, nebo měli možnost zaznačit odpověď nevím. Po této kategorizaci následovala diskuze. V testu sémantického výběru přiřazovali respondenti 6 obrázků, kterých měli k dispozici celkem 16, např. slunce, měsíc, k vybraným pojmům, kterých bylo 21, např. láska, prezervativ, problém. Autoři výzkumu na základě sémantické blízkosti těchto slov analyzovali „*sémantickou blízkost pojmu AIDS s ostatními pojmy*“ (s. 159).

Plichtová a Štulrajter (2001) ve výzkumu sociálních reprezentací individuálních práv v diskurzu mladé generace využili metodu diskuze, neboť se domnívali, že „*právě záměrně vyvolaná diskuze na kontroverzní téma práva a závazky jednotlivce vytvářejí situaci, která účastníky provokuje, aby využili jak explicitní, tak implicitní zdroje přemýšlení o tomto tématu*“ (s. 229). Taková metoda výzkumu vyžaduje sestavení seznamu kontroverzních témat, která se prezentují v pilotním výzkumu mladé generaci za účelem zjištění, zda jsou pro tuto skupinu

dostatečně zajímavá. Diskuze v jejich výzkumu byla vedena v pětičlenných skupinách, protože autoři vychází z předpokladu, že taková skupina je dostatečně a přiměřeně početná na to, aby vyvolala koherentní diskuzi a aby měl každý účastník možnost zaujmout svůj postoj k tématu a mohl projevit svůj souhlasný názor, či vyslovenému názoru oponovat (Plichtová & Štulrajter, 2001).

Plichtová (1998) ve své přehledové studii tvrdí, že se při zkoumání sociálních reprezentací používají „tradiční metody, jako jsou dotazníky, postojové škály, interview, pozorování, obsahová analýza médií a dokumentů“ (s. 507). Dále zmiňuje často kombinovaný způsob výzkumu, tedy pomocí kvalitativních a kvantitativních metod. Výsledky takovýchto výzkumů, které jsou získány použitím vícero metod zkoumání, jsou doplněné tak, aby „vznikl obraz komplexních souvislostí“ (s. 507). Plichtová (1998) specifikuje úlohu výzkumníků sociálních reprezentací, kterou je identifikace slovníku a metafor, které se pojí s daným pojmem. Výzkumníci poté mají za úkol „odpovědět na základní otázku, jaká slova, obrazy a informace používají jednotlivci, když komunikují o daných sociálních událostech nebo objektech“ (s. 507).

Hytych (2002) využil pro zkoumání sociální reprezentace metodu rozhovorů, které byly základem pro zakotvenou teorii. Nahrané rozhovory později kódoval a analyzoval. Kódování bylo doplněno o „kresby vytvářené v rámci rozhovorů a protokoly zúčastněného pozorování, do nichž zaznamenával jevy povšimnuté během rozhovorů a pobytu na výzkumném pracovišti“ (s. 466). Za cíl výzkumu si kladl „nalezení základních empiricky zakotvených kategorií a rozpracování jejich vlastností (otevřené kódování), společně se zjištěním a navržením vzájemných vztahů mezi nimi (axiální kódování) a konečně i jejich integrací do teorie (selektivní kódování)“ (s. 466). Hytych (2002) tvrdí, že vytvoření této zakotvené teorie může mít užitek i v praxi u profesí, které se setkávají se zkoumaným jevem (smrt).

Je zřejmé, že možností zkoumání sociálních reprezentací je mnoho, možnost využití metod je pestrá. Lze využít různých metod, počínaje těmi, kdy je možné na základě před-výzkumných fází sestavit například seznam výroků, které jsou poté hodnoceny respondenty podle stupně ztotožnění se s pojmem, přes kvalitativní zkoumání kreseb či jiného obrazového materiálu, který má za úkol zachytit obrazovou reprezentaci respondentů, až po sestavení témat pro diskuzi, nebo metodu rozhovorů. V případě Hytycha (2002) jde o rozhovory, které byly analyzovány pomocí zakotvené teorie. Ta je velmi populární při analýze dat v rámci kvalitativního výzkumu (Miovský, 2006).

2. Adolescence

Pokud mluvíme o adolescenci, máme na mysli období mezi dětstvím a ranou dospělostí jedince. Jde o přípravnou fázi na roli, kterou bude reprezentovat v budoucnosti. V tomto období dochází u jedince ke komplexní proměně osobnosti. Jedná se ať už o změny biologické, tak také samozřejmě o změny psychologické, sociální a osobnostní (Macek, 2003).

Adolescence představuje určitou životní etapu a vykazuje specifické znaky. Jedinci v tomto období hledají sami sebe, své role, přijatelné sociální postavení a zralejší formu vlastní identity. Trendem je, že se adolescenti snaží v dnešní době překlenout období dětství co nejrychleji, snaží se přinejmenším v některých oblastech příliš brzy vyrovnat dospělým. Ovšem nedochází tomu ve všech oblastech stejně. Nejprve dochází k potřebě vyrovnat se dospělým jedincům v oblastech, které se týkají získávání větších práv a svobody rozhodování. Zodpovědnost, povinnosti a odpovědnost za svoje chování přijímají s velkou nevolí a až v poslední fázi (Vágnerová, 2005).

Období adolescence je ohraničeno věkově, avšak různí autoři uvádí různá data. Podle Vašutové (2013) lze adolescenci v širším pojetí zařadit do věkového období mezi 11/12 lety až 20/22 lety. V užším pojetí začíná vlastní adolescence v období mezi 15. až 16. rokem života a končí mezi 20. a 22. rokem. Vágnerová (2005) hovoří o adolescenci jako o období mezi 10. a 20. rokem života jedince. Trendem dnešní doby je prodloužení období adolescence a rozšiřování tohoto období na obě strany; toto období tedy dříve začíná a později končí. Jelikož jde však o období podmíněně geneticky, nelze předpokládat, že se může posunovat do stále nižšího věku.

Macek (In Řehulková, 2001) tvrdí, že adolescence zaujímá specifické místo v životě jedince. Ne však proto, že je více důležitá či významná než jiná období života, ale proto, že v adolescenci dochází k vysokému prožívání a intenzivní vědomé reflexi prožitků a sebereflexe vlastní hodnoty, jedinečnosti a ocenění druhými. To je jeden z důvodů, proč je později obtížné vytěsnit či zapomenout na nepříjemné události, které proběhly v tomto období. Macek (2003) přirovnává toto období k jízdě autem, kdy jedinec si poprvé přesedá z místa spolujezdce na místo řidiče, pevně uchopuje volant a na plynovém pedálu ucítí sílu rozjezdu a zrychlení.

Na rozdíl od předešlých autorů rozděluje Helus (2011) období dospívání do dvou etap – období pubescence a období adolescence. Značně se liší v určeném věkovém rozpětí adolescence oproti předešlým autorům. Tvrdí, že „*dospívání je vymezeno věkovou hranicí od cca 11 do 18 až 22 let, s poměrně značnými odchylkami*“ (s. 292). Etapu vývoje, kterou ostatní autoři označují jako ranou až střední adolescenci, označuje jako pubescenci, kdy „*dochází k výskytu druhotných pohlavních znaků, zrychlení vývoje (tzv. vývojovému spurtu), psychické (především emocionální)*

labilitě“ (s. 293). V jeho pojetí je adolescence období, které „*přináší po bouřlivé pubescenci zklidnění a perspektivy konstruktivního přístupu k životu v podvečer dospělosti“* (s. 297). Zároveň neuvádí věkové ohraničení jednotlivých období epochy dospívání.

Také autoři Elliot a Feldman (2003, podle Kocourková et al., 1997) rozdělují adolescenci jako ranou, střední a pozdní, ale věkové hranice se opět liší. Za ranou adolescenci považují jedince od 10 do 14 let, střední adolescence je ohraničena věkovou hranicí 15 až 17 let a do období pozdní adolescence řadí jedince ve věkovém rozmezí 18 až 20 let. Jako hlavní rysy prvotního stádia adolescence stanovují především biologické změny, psychologické změny v jejich pojetí probíhají až v pozdějším stádiu adolescence.

Jak je patrné, adolescence se liší u různých autorů zpravidla hranicí věku různých období, ale většina se shoduje na hranici věku, kdy adolescentní období končí. Kocourková a kol. (1997) tento rozpor přisuzuje zejména problémům s terminologií, což se týká především rozdělení adolescentního období života na pubescenci a adolescenci. Ona sama ohraničuje adolescentní proces věkovou hranicí 10 let (u chlapců 12 let) a končí ji dospělostí, která podle ní nastupuje v 18. roce života u žen a u mužů kolem 21 let věku.

Pro tuto práci je důležité rozdělení období adolescence, které zmiňují ve svých publikacích Macek (2003) a Vašutová (2013). Nejdůležitější období pro tuto práci je období střední adolescence, ale jsou popsána i zbylá dvě, protože s tímto obdobím souvisí a vzájemně na sebe navazují. Tento kontext navazování považuji za významný. Autoři se mírně rozcházejí ve věkovém rozmezí daných fází. Práce čerpá z údajů stanovených Mackem (2003), věková ohraničení dle Vašutové (2013) jsou zmíněna vždy v závorkách. Podle výše zmíněných autorů se období adolescence dělí do těchto fází:

- a) raná adolescence,
- b) střední adolescence,
- c) pozdní adolescence.

Raná adolescence je obdobím věku mezi 10/11 a 13 lety jedince (11/12 až 13/14 lety). Pro toto období jsou charakteristické změny tělového schématu (sekundární pohlavní znaky), urychlení tělesného růstu. V tomto období dochází k první interpersonální přitažlivosti, jedinci jeví zvýšený zájem o jedince opačného pohlaví (Macek, 2003). Vágnerová (2005) tuto fázi neřadí do období adolescence, ale označuje ji jako pubescenci.

Střední adolescence je podle Macka (2003) období mezi 13./14. a 16. rokem života (mezi 13/14 až 15/16 lety). Jedná se o období ukončování povinné docházky na základní škole a buď ukončení vzdělávání, nebo pokračování ve vzdělávání na dalším stupni. Jedinci hledají vlastní identitu a jedinečnost. Snaží se odlišovat např. způsobem stravování, stylem oblékání, posloucháním různých hudebních žánrů apod.

Pozdní, nebo též vrcholná, adolescence je obdobím, které přímo směřuje k dospělosti, a ohraničuje se věkovou hranicí 17 až 20/22 let (15/16 až 20/22 let). V této fázi adolescence se stáčí myšlenky dospívajících zejména na profesní a partnerské plány. V tomto období života jsou někteří z nich již připraveni k přijetí rodičovské role, zamýšlejí se nad dalšími otázkami, které se týkají budoucnosti, například zda budou dále studovat, nebo zda se chtějí osamostatnit finančně i v otázce bytové (Macek, 2003).

2.1 Vývoj osobnosti a identity v období střední adolescence

Jako hlavní úkol adolescence definuje Macek (2003) rozvoj vlastní identity, která alespoň částečně odpovídá představám adolescenta. Jedinci se snaží o větší sebepoznání, aktivně se snaží o seberealizaci a uvědomují si možnost ovládnutí vlastního života. Dochází k postupnému uvolňování ze závislosti na rodině, jedinec se začíná více osamostatňovat, což ale vede ke konfliktům mezi adolescenty a jejich rodiči. Touží po zrovnoprávnění s rodiči, ale jen co se výhodného chování týče, odpovědnost stále nechávají na nich. Nejvíce touží po svobodě v oblasti plánování volného času. To jim dává volnost ve výběru aktivit, koníčků a zájmů, které si mohou vybrat zcela sami nebo na základě doporučení vrstevníků. Adolescenti jsou vystavováni určité zátěži, která souvisí s ukončováním povinné školní docházky. Ta je spojená se ztrátou jistot a dochází k potřebě a nutnosti orientace v nové situaci.

Adolescent hledá vzory, které by nejvíce korespondovaly s jeho ideály a představami. Kritizuje rodiče za jejich chyby, hledá vzory jiné, které by jeho představy více naplňovaly. Vybírá si, které varianty nejvíce odpovídají jeho vizím. Ve vztahu vůči rodičům myslí adolescent především na sebe, neuvědomuje si, že i jeho rodiče mají určitá přání či potřeby. Jejich přítomnost bere jako samozřejmost, stejně tak jako jejich pomoc a ochotu, domov bere jako místo, kde se mu vše podřizuje. Tento jev se nazývá adolescentní egocentrismus (Macek, 2003). Toto chování je považováno za normu pro toto období života a nevybočuje žádným způsobem z normálu.

Pro období adolescence je charakteristická zvýšená sebereflexe. Adolescenti hledají představu o ideálním Já. Dle empirických výzkumů dochází k výraznému rozporu mezi aktuálním obrazem sebe samého a požadovaným standardem. Adolescentní mládež si představuje ideální Já jako osobnost, která je aktivní, všemi lidmi pozitivně přijímána a nese spíše maskulinní znaky. Macek (2003) shodně s Vágnerovou (2005) tvrdí, že z tohoto důvodu je reálné Já vzdáleno ve větší míře dívkám než chlapcům.

Toto období je pro jedince náročně právě už z toho důvodu, že člověk hledá svoji roli jak u sebe, tak i roli v rámci skupiny. Vzhledem ke vzrůstajícímu významu vrstevnických vztahů jsou pro něj pozice a status ve skupině značně důležité hodnoty a výrazně se promítají do jeho sebehodnocení. S ohledem na hledání identity považuje E. Erikson (1999, podle Helus, 2011) adolescenci jako klíčové období, kdy je téma identity aktuální. „*Znamená to kladení si otázek, kdo vlastně jsem, co dokážu, oč mi jde nebo by mělo jít, kam patřím, co je v mém životě podstatné a co vedlejší*“ (s. 299). Ve fázi hledání identity je také důležitá fáze experimentování, kdy jedinci

zkouší sebe sama, proto dochází např. k experimentování s drogami, vyhledávání adrenalinových sportů, identifikace s různými extrémními nebo alternativními skupinami apod. Ačkoli jde jen o dočasnou fázi jednání, ve které se jedinec snaží najít své skutečné já, může být toto období velmi riskantní a pro okolí znepokojivé (Helus, 2011).

Dále Erikson uvádí (1999, podle Helus, 2011) protiklad ke hledání identity, a to sice zmatení rolí. *„V tomto období se rozšiřuje počet různých skupin a prostředí, nárokových si jedince, vymezujících jeho sociální roli“* (s. 299). Vzniká zmatek, kdy jedinec neví, kterou skupinu má upřednostnit před ostatními, která je důležitější, významnější. Proto je profilování identity tolik problematické a působí obtíže, což vede k odmítání *„výzvy ‚být identický‘“* (s. 299). To vede adolescenty k tomu, že *„upřednostňují tak zvané identitní moratorium: tedy zabydlují se v odkladech a řídí se momentálními náladami, podle toho, co právě vystupuje do popředí, aby vzápětí zase ustoupilo a bylo nahrazeno něčím jiným“* (Helus, 2011, s. 299). To, co vstupuje do popředí, se neustále mění, adolescenti tak nepřijímají nároky kladené na sebe sama (Helus, 2011).

2.2 Tělesná proměna

Nejen psychická proměna, ale i změna v tělesném schématu patří k signifikantním znakům adolescence. Jedinec se mění z dítěte ve člověka schopného reprodukce (Vágnerová, 2005). Proto v tomto období dochází i k přeměně tělového schématu. Tato změna je viditelná a ne vždy je jednoduché se s touto změnou vyrovnat. Tělo se samozřejmě zvětšuje a pro mnoho adolescentů není možné tuto skutečnost bez problému přijmout. Je zřejmé, že tato proměna představuje větší problém pro dívky než pro chlapce, ačkoli to není úplně jednoznačné. Vágnerová tvrdí, že *„tělesná atraktivita má svou sociální hodnotu. Konvenčně atraktivní dospívající získávají lepší sociální status, bývají snáze přijímáni dospělými i vrstevnickou skupinou“* (Vágnerová, 2005, s. 330). Toto tvrdí ve své publikaci i Haysová (1998). Ta zmiňuje výzkum, kdy respondenti měli vynést rozsudek nad pachatelem loupeže. Výsledné tresty byly mnohem přísnější, pokud byl přiložen obrázek nepřitažlivé osoby (dle názorů nezávislých posuzovatelů), a naopak. Současně poukazuje na fakt, že na přitažlivost osoby mají vliv i okolnosti, které s atraktivitou zdánlivě nesouvisí, například jméno dané osoby.

K tomuto názoru se přiklání i Novák (2010), který tvrdí, že *„hezkým ženám je méně často přisuzována vina u soudů a dostávají mírnější tresty“* (s. 45). Atraktivita u mužů podle Nováka (2010) nespočívá tolik ve štíhlosti, jako je tomu u žen, ale ve výšce. *„Mužským atributem asociovaným s krásou je výška“* (Novák, 2010, s. 45). Výška podle něho (Novák, 2010) zajišťuje

absolventům vysokých škol mužského pohlaví vyšší platy a zároveň bývají do zaměstnání přijímáni častěji.

Zejména adolescentní dívky vnímají tělesnou atraktivitu jako krásu, kterou je možné docílit žádoucích výsledků v interakci s okolím. Velkou roli zde hraje i módní průmysl, který zvenčí působí jako velmi lákavý a snadný zdroj příjmů. Modelky bývají zpravidla velmi mladé, proto se s nimi dívky identifikují a chtějí docílit toho samého.

Tělesná proměna u chlapců se projevuje zejména nárůstem a později rozvojem svalové hmoty. Chlapecké sekundární pohlavní znaky nejsou na první pohled tolik viditelné, proto jejich rozvoj nepředstavuje takovou psychickou zátěž, jako je tomu u dívek. Proměna tělesného schématu u chlapců je přijímána zpravidla pozitivně. Chlapci zmohtnou a vyrostou, což je bráno jako žádoucí. Jinak je tomu u dívek, kdy je tělesná proměna nápadnější (Vágnerová, 2005). Tato proměna bývá i negativně vnímána rodiči, kteří mají strach z předčasného zahájení sexuálního života adolescentů. Tělesná proměna je právě kvůli těmto důvodům v souvislosti s rozvojem mentální anorexie více problémová u děvčat. Málková a Krch (2001) podtrhují tvrzení, že *„během poměrně krátké doby se změjí jejich tělesné proporce, stanou se předmětem různých, někdy vulgárních nebo pro ně nepochopitelných narážek. Často začnou toužit po návratu do pocitu bezpečí dětství a klukovském těle, které nevzbuzuje pozornost“* (s. 80).

Protože u chlapců je žádoucí, aby byli mohutnější a vyšší, vyrovnávají se s touto změnou zpravidla pozitivněji. Na dívky jsou kladeny sociálními skupinami jiné nároky, proto může dojít k odmítání těchto změn a jejich psychickým nepřijetím. Mimoto *„dívky v průměru dospívají dříve než chlapci“* (Vágnerová, 2005, s. 327), proto jsou nuceny vyrovnat se se změnami svého těla dříve než chlapci. Chlapci v jejich sociálním prostředí nemusí být na takovou změnu připraveni, i proto mohou reagovat vůči změnám dívčího těla negativním způsobem.

Kocourková a kol. (1997) zmiňuje fyzické problémy, které s sebou nese nástup mentální anorexie právě v tomto období vývoje jedince. *„Hladovění v tomto období způsobuje oddálení pubertálních vývojových změn, například nástupu menstruačního cyklu“* (s. 69). Také potvrzuje tvrzení Vágnerové (2005), a sice že dívky vnímají negativní poznámky okolí na změnu jejich těla jako zraňující a působí jim úzkost (Kocourková et al, 1997).

Vlastní zevnějšek jedince je součástí jeho identity, proto dochází k tak výraznému prožívání této změny. Tělové schéma zahrnuje i hodnotící složku, postoj vycházející z kognitivních schémat a emočního zpracování příslušené informace. Dochází ke srovnávání vlastního těla s ostatními, s předpokládanou normou a s vlastním pojetím tělesného ideálu, nebo dokonce s porovnáním

vlastního těla s ideálem prezentovaným například v mediích. Jedincův vzhled a zevnějšek je tím, co se hodnotí nejnáze. Představuje první informaci, která je patrná při styku se sociálním partnerem (Vágnerová, 1999). Není výjimkou, že člověk si vlastní tělo představuje jinak, než jaké ve skutečnosti je, nebo jak se jeví ostatním.

Rozchod v pojetí vlastního těla sebou samým a s jeho vnímáním okolím je důležitým subjektivním zkreslením, které zahrnuje vztah jedince k sobě samotnému. Představa o vlastním těle může být zkreslena emocemi či přáními. Tato představa ovlivňuje i aktuální nálady člověka, vykazuje informaci o tom, zda je člověk spokojený, či trpí obavami. *„Důležitou vlastností sebezpojetí, tzn. i tělového schématu, je rigidita. Jakákoli změna je subjektivně citlivě prožívána, a to i tehdy, když neznamena zhoršení, ale jenom proměnu. Zásadní a zjevná proměna těla může v krajním případě stimulovat pocit ohrožení vlastní integrity a vede ke ztrátě sebejistoty“* (Vágnerová, 1999, s. 227). Zevnějšek je první informací, kterou o sobě ostatním sdělujeme. Jeho proměna v období adolescence je vnímána různě v závislosti na okolí a jeho sociální reakce. *„Reakce dospělých i vrstevníků mohou být velmi rozmanité podle toho, jaký subjektivní význam pro ně jeho proměna má a jaké asociace navozuje“* (Vágnerová, 2005, s. 326). Záleží tedy i na okolí, jak vnímá změny tělového schématu adolescentů a jak na ně reaguje v souvislosti se svými představami a sociálními reprezentacemi.

Vágnerová (1999) dále tvrdí, že dochází k určitému přetrvávání o představě vlastního těla, ačkoli ono jako takové prošlo změnou a této představě dále již neodpovídá. Pokud byla například dívka v dětství obtlouklá a všichni ji na to upozorňovali, přetrvává tato představa i do doby, kdy dívka vyrostla a zhubla. Tento jev setrvačnosti se objevuje i jako následek redukčních diet či kosmetických úprav. Pokud se změní tělo, je potřeba změnit i postoj člověka. Jinak takováto změna ztrácí význam.

Dnešní doba je velmi přísná na ideál krásy. Prosazuje se zdravý životní styl, ke kterému patří správná životospráva a samozřejmě pohyb. Pokud není jedinec schopen ideál krásy naplnit zdravým způsobem, mnohdy se uchyluje k tomu nezdravému a vyvinou se u něho krom jiného např. poruchy příjmu potravy. Touha po naplnění všemi vnímaného ideálu štíhlosti je silná v každém věku, avšak adolescenti jsou rizikovou skupinou vzhledem k jejich nízkému věku a nedostatečným životním zkušenostem.

Autoři Řehula a Řehulková provedli jednoduchý výzkum, který se opíral o besedu se 4 třídami maturitního ročníku brněnského gymnázia, na jejímž základě vytypovali 10 hlavních stresových

okruhů, které studenti seřadili od nejtěžších k nejméně stresujícím. Takto vzniklo pořadí stresových situací ukázané v tab. 1 (Řehulka & Řehulková, 2001).

Tab. 1 Pořadí stresových situací uváděných adolescentní mládeží (Řehulka & Řehulková, 2001).

1.	Stresy sociálně – vrstevnické
2.	Stresy z nespokojenosti se sebou samým
3.	Stresy sociálně – partnerské
4.	Stresy ze vztahu k rodině
5.	Stresy ze studijní činnosti
6.	Stresy z komunikace s lidmi
7.	Stresy a konflikty v jednání s učiteli
8.	Stresy z tělesné nedostatečnosti (+ zdravotní problémy)
9.	Stresy z orientace ve světě
10.	Stresy z obav z budoucnosti

Z tabulky je patrné, že žáky nejvíce stresují interpersonální vztahy, to, jak jsou vnímáni svým okolím, a to zejména vrstevníky. Stres spojený se vzděláním, jehož získávání k tomuto období beze sporu patří, se umísťuje až na dalších příčkách. Z tohoto průzkumu lze odvodit, že adolescenti vnímají potřebu identifikovat se s okolím jako důležitou a stresující, pokud se jim této identifikace nedaří docílit.

Další etapou tohoto výzkumu bylo seřazení stresových situací pedagogiky gymnázia, jak stresující je vnímají u svých žáků. Výsledky této části výzkumu jsou zaznamenány v tab. 2 (Řehulková & Řehulka, 2001).

Tab. 2 Pořadí stresových situací adolescentní mládeže z pohledu jejich učitelů (Řehulková & Řehulka, 2001).

1.	Stresy sociálně – vrstevnické
2.	Stresy z nespokojenosti se sebou samým
3.	Stresy ze studijní činnosti
4.	Stresy ze vztahu k rodině
5.	Stresy z komunikace s lidmi
6.	Stresy sociálně – partnerské
7.	Stresy z tělesné nedostatečnosti (+ zdravotní problémy)
8.	Stresy z orientace ve světě
9.	Stresy a konflikty v jednání s učiteli
10.	Stresy z obav z budoucnosti

Na základě porovnání obou tabulek můžeme tvrdit, že nejvíce stresové situace zůstaly na předních příčkách i z hlediska vnímání učiteli. Pedagogové přesunuli stres z vyučovacího procesu více do popředí, ale reálně působí na adolescentní jedince jiné stresové zátěže ve větší míře. Jak již bylo popsáno, adolescenti vnímají jako nejvíce zátěžové mezilidské vztahy a to, jak je okolí akceptuje a percipuje.

3. Mentální anorexie

Předně uznávaný americký slovník Merriam-Webster definuje pojem mentální anorexie jako *„vážnou poruchu ve vztahu k jídlu vyskytující se primárně u mladých náctiletých dívek, pro kterou je charakteristický zejména strach z přibrání na tělesné hmotnosti, který vede ke špatným stravovacím návykům, podvýživě a běžně také k výrazné ztrátě tělesné hmotnosti.“* (Anorexia, 2018). Tato definice je nejvíce rozšířená mezi širokou veřejností.

Americký magazín Psychology Today popisuje pojem mentální anorexie jako *„jednu ze tří hlavních poruch příjmu potravy; další kategorie jsou mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Mentální anorexie je charakterizována tak, že osoba jí trpící odmítá zůstat na takovém minimu tělesné hmotnosti, které je považováno ještě za normální vzhledem k věku a výšce“* (Anorexia Nervosa, 2018).

Mentální anorexie je pojem skloňovaný zejména v posledních několika desetiletích, nicméně tento pojem je znám již od počátku našeho letopočtu. Poprvé ho definoval starověký lékař a filozof Galénos. Z toho vyplývá, že vyhublost nám je známa již od pradávna (Málková & Krch, 2001). To, proč je právě mentální anorexie „populární“ termín právě v poslední době je dáno tím, že *„každá doba má svoje typické problémy a choroby, které určitým způsobem charakterizují životní styl a odrážejí utrpení těch, jimž se z nějakých důvodů nedaří přizpůsobit daným podmínkám. Často jsou to právě ti, kteří se o to snaží více než ostatní. Chtějí být výkonnější, úspěšnější, zdravější, krásnější nebo štíhlejší“* (Málková & Krch, 2001, s. 71).

Vágnerová (1999) ve své publikaci Psychopatologie pro pomáhající profese uvádí, že *„základním projevem mentální anorexie je patologický strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy“* (s. 230). Při operování s termínem mentální anorexie je v první řadě zapotřebí odlišovat termíny „anorexie“ a „mentální anorexie“. Anorexie je definována jako dlouhodobá ztráta chuti k jídlu (Anorexia, 2018). Někdy může docházet k nechutenství zcela bez příčiny nebo jako doprovodný jev jiného onemocnění, např. virózy či onkologického onemocnění. Oproti tomu mentální anorexie je stav mysli, kdy nemocný záměrně odmítá přijímat potravu za účelem snížení tělesné hmotnosti, jak již bylo popsáno výše.

Mentální anorexie je uvedena v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a souvisejících přidružených zdravotních problémů M-10 (Světová zdravotnická organizace, 2017) pod písmenem F, poruchy duševní a poruchy chování. Přesnější označení je F50-F59, syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory; přímo označení F50 patří poruchám příjmu potravy. Dle této klasifikace je mentální anorexie *„porucha,*

charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. (...) Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí.“ (Světová zdravotnická organizace, 2017, s. 229). Tato publikace dále charakterizuje příznaky, kterými jsou:

- omezený výběr jídla,
- nadměrná tělesná aktivita,
- vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik, tedy přípravků na hubnutí snižujících chuť k jídlu a léků na odstraňování přebytečné vody z těla za účelem snížení tělesné hmotnosti (Světová zdravotnická organizace, 2017).

Strach z tloušťky vede u jedinců s mentální anorexií k nepřiměřenému hladovění a je základní příčinou mentální anorexie (Krch & Marádová, 2003). Hladovění má za následek, že u některých jedinců se vyvine tak silná potřeba jídla, že se z dané deprivace nadměrně přejedí. Poté dochází k nástupu výčitek z přejedení, ze selhání, jsou deprimováni z tohoto vlastního selhání, proto se nemocní snaží vyvolat zvracení nebo zneužít projímadel za účelem zbavení se přísunu jídla. Snaží se o to, aby nedošlo k příbytku na váze po takovémto selhání. Může docházet k opakování těchto epizod v různých intervalech (Vágnerová, 1999). Ačkoli jsou zpravidla vyvolávání zvracení nebo užívání projímadel chápány jako typické znaky pro nemocné mentální bulimií, objevují se ve větší či menší míře i u nemocných mentální anorexií.

F. Krch a L. Csémy (2009) potvrzují, že základním příznakem mentální anorexie je „*velký hmotnostní úbytek a jeho fyziologické důsledky*“ (Krch & Csémy, 2009, s. 140). Proto s odkazem na klasifikační systémy duševních poruch připomínají fakt, že pokud mluvíme o mentálně anorektickém těle, jde o postavu, která vykazuje tělesnou hmotnost pod 15 % přiměřené hmotnosti, která odpovídá věku a výšce dotyčného (APA, 1994, podle Krch & Csémy, 2009). Autoři (Krch & Csémy, 2009) tvrdí, že „*u dospělých žen to představuje hmotnost nižší než BMI 17,5*“ (s. 141). Zároveň definují problém při zjišťování rozhodující hranice hmotnosti u dětí i adolescentů a „*je vždy třeba přihlížet k odpovídající věkové normě. Pro naši populaci lze využívat výsledků antropometrického šetření P. Bláhy (1991) nebo H. Krásničanové a P. Lesného (2000)*“ (Krch & Csémy, 2009, s. 141).

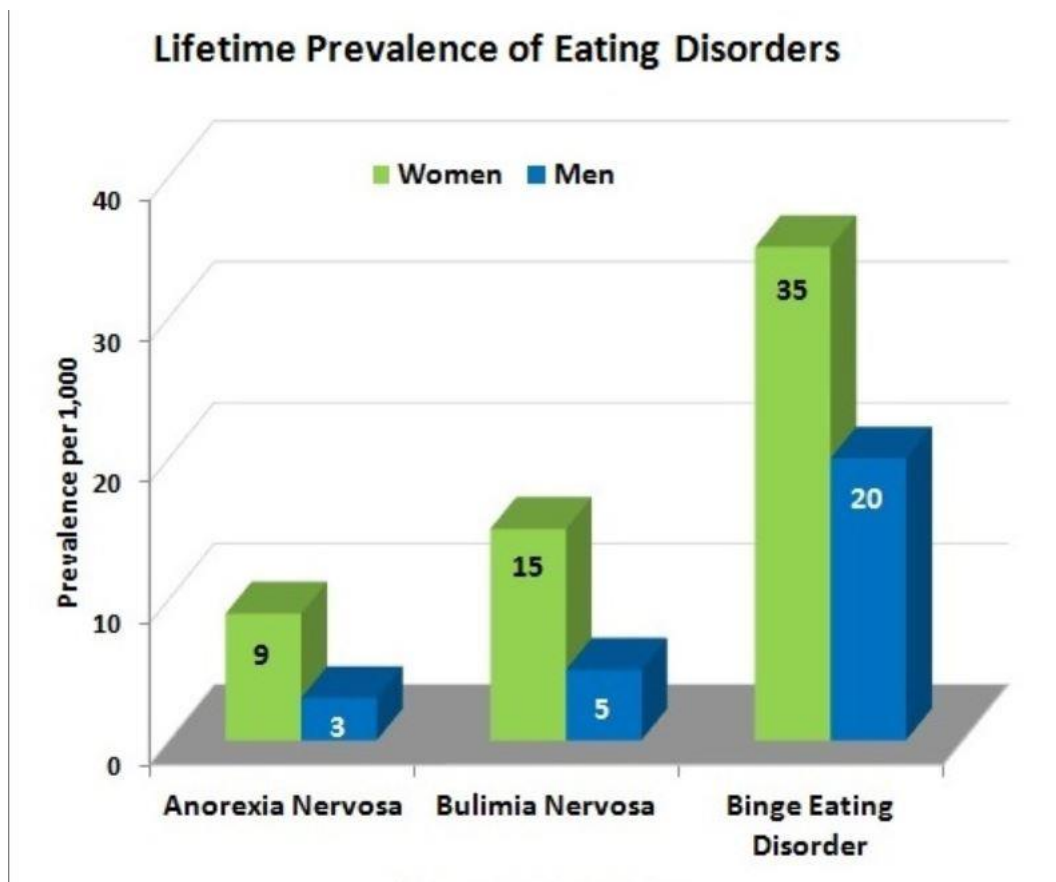
Ve studii prevalence symptomů mentální anorexie u školní mládeže dospěli autoři F. Krch a L. Csémy (2009) k závěru, že „*výsledky studie potvrdily, že rozvinuté příznaky mentální anorexie jsou*

relativně časté už mezi jedenáctiletými dětmi. V průběhu dospívání přibývalo rizikových faktorů a dále významně vzrostl počet děvčat, která uváděla, že drží dietu“ (s. 146). Autoři H. W. Hoek a D. van Hoeken (2003, podle Pavlová, 2010) tvrdí, že adolescence a časná dospělost je nejrizikovější období pro onemocnění mentální anorexií. V. Hort a kol. (2000) uvádí, že „nejčastější začátek onemocnění bývá mezi 14.-15. rokem a mezi 17.-18. rokem věku“ (s. 265).

Nadměrné zaměření se na vlastní tělo může být i následkem nezbytnosti nových cílů a vztahů, což odkrývá jejich vazbu na okolí. To potvrzují Málková a Krch následujícím tvrzením. *„Extrémní reakci na tuto, někdy traumaticky prožívanou změnu může být izolace, uzavřenost se do sebe a nadměrná soustředěnost na vlastní tělo, ze kterého se stává prostředek seberealizace a komunikace se světem“ (Málková & Krch, 2001, s. 80-81). O sociální izolaci související s rozvojem mentální anorexie v adolescenci hovoří i Bruch (1978, podle Novák 2010). Tvrdí, že dívky se izolují buď samy, nebo jsou vyloučeny okolím. N. A. Troop (2002, podle Novák, 2010) ve svém výzkumu vlivu dětství a adolescence na rozvoj poruch příjmu potravy informoval o faktu, že ženy „uváděly v anamnéze častěji pocity osamělosti, ostýchavosti a méněcennosti v období adolescence než ženy, které poruchy příjmu potravy neměly“ (s. 16).*

Z následujícího grafu je patrné, že poruchy příjmu potravy nejsou tabu ani u mužů. Graf byl uveřejněn na americkém webu Mirror Mirror, který slouží jako pomoc lidem trpícím poruchami příjmu potravy. Graf ukazuje výrazné prvenství žen a dívek z USA u všech poruch příjmu potravy. Ačkoli se může zdát, že poruchy příjmu potravy nejsou natolik rozšířené, jejich závažnost spočívá v jejich dlouhodobosti. Není výjimkou, že se jedinec s těmito poruchami vypořádává po celý život.

Graf 1: Celoživotní prevalence poruch příjmu potravy



Zdroj grafu: Carcieri, 2015.

Málková a Krch o poruchách příjmu potravy tvrdí, že „závažnost těchto poruch nespočívá tolik v dramatičnosti jejich průběhu, ale v tom, že jimi trpí desetitisíce převážně mladých žen v ekonomicky vyspělých zemích světa, a v tom, že jde o poruchu nezákladnější lidské potřeby: obživného pudu“ (Málková & Krch, 2001, s. 71).

Další statistika dokazuje, že co se týká mentální anorexie, tak:

- je to třetí nejčastější psychické onemocnění u adolescentů,
- 40 – 60 % středoškolských dívek drží dietu,
- 50 % dívek ve věku mezi 13 a 15 lety věří, že mají nadváhu,
- 80 % 13letých dívek již drželo dietu,
- 40 % dívek ve věku 9 let již drželo dietu (Morris, 2007).

Krch stanovuje typický věk pro výskyt poruch příjmu potravy. Uvádí, že „počátek mentální anorexie bývá často ještě před 14. rokem věku (...) Mentální bulimie začíná před 14. rokem jen

vzácně“ (Krch, 2010, s. 32). Tamtéž také uvádí, že prvotní příznaky anorexie se objevují i u dětí před 10. rokem věku. F. Krch a E. Marádová (2003) také uvádí, že různé projevy nespokojenosti se svým tělem z hlediska hmotnosti popisuje již osmileté školačka. Tito autoři (Krch & Marádová, 2003) ve výzkumu na náhodně vybraném vzorku studentů ze středních a učňovských škol zjistili, že z 1253 studentů jen 13,5 % dívek (64 % chlapců) uvedlo, že si nepřejí zhubnout, naopak 58 % dívek projevilo nespokojenost s tloušťkou svého těla. Vágnerová (2014) tvrdí, že „*mentální anorexie se obvykle objevuje mezi 14. a 15. rokem. Může se projevit jen jednou epizodou, nebo může mít chronický průběh*“ (s. 433).

Krch (2010) také popisuje specifika průběhu onemocnění právě ve věku adolescence, jakými zejména jsou:

- menší tukové zásoby, proto dochází k dříve patrné vyhublosti a rychlejšímu nástupu zdravotních problémů, jako je možnost zastavení tělesného růstu, pozdější nástup fyzických změn souvisejících s pubertou,
- větší důslednost ve hladovění,
- podrážděnost, odpor, agresivita v reakci na snahu o problému mluvit, nebo ho řešit, což může vést až k vyhroceným konfliktům v rodině,
- depresivní symptomy (Krch, 2010).

„Další psychické a somatické příznaky většinou souvisejí s mírou podvýživy, s intenzitou užívaných „prostředků na hubnutí“ a změnou kvality života“ (Krch & Marádová, 2003).

3.1 Vlastnosti a utváření tělového schématu a jeho poruchy

V naší kultuře je kladen velmi vysoký důraz na tělesné schéma, a právě proto je toto považováno za důležitou součást vlastní identity. Dospívající adolescent už díky přeměně ví, že svoje tělo nemusí vnímat jako dané, ale že se s ním dá pracovat a měnit jeho vzhled. Hlavním spouštěčem patologických reakcí ve vztahu k vlastnímu tělu a potažmo k jídlu jsou zejména posměšky okolí. Jejich reakce mohou vést až k obviňování se za nízký sociální status, který je způsoben špatným vzhledem, tedy tloušťkou (Vágnerová, 1999). Novák (2010) tvrdí, že váha je pro ženy tak důležitá, protože „*dnešní společnost klade mezi krásu a štíhlost rovnítko*“ (s. 45).

To, že jsou všechny poruchy příjmu potravy rozšířeny zejména u dívek a mladých žen více než u chlapců, souvisí s přeměnou tělového schématu v období adolescence. Chlapecké sekundární pohlavní znaky vykazují změnu v otázce zvětšení těla nárůstem svalů, což bývá všeobecně považováno spíše za pozitivní aspekt. U dívek jsou sekundární pohlavní znaky více viditelné,

někdy přichází příliš rychle, nečekaně, dívka může být zaskočena rychlostí přeměny svého těla (Vágnerová, 1999). V. Hort a kol. (2000) udává poměr mezi postiženými chlapci a dívkami jako 1:10.

Jako příčina mentální anorexie bývá označována „nejistota spojená se změnami v dospívání a v rodině, osobní zájmy (zejména některé sporty ‚vyžadující‘ nízkou tělesnou hmotnost nebo modeling), zvýšený důraz na vzhled, výkon a sebekontrolu v rodině, ale i nešťastná náhoda“ (Krch & Marádová, 2003, s. 14). Dalším popisovaným důvodem je neznalost dívek, jaká by měla jejich tělesná hmotnost ideálně být. Proto se „snaží bojovat proti biologicky přiměřeným tělesným proporcím“ (Krch & Marádová, 2003, s. 15).

3.2 Psychoanalytický pohled

Podle psychologa Sigmunda Freuda (1958, podle Lawrence, 2008) adolescenti odmítají dospět a oddělit se od svých rodičů, ačkoli je to v tomto věku považováno za normu. Tito odmítající se stávají fixováni na orální stádium života, kdy byli zcela závislí na svých rodičích. Podle serveru Encyklopedie psychologie (Pedersen, 2018) dochází u těchto pacientů k tzv. regresi, tj. ke stavu návratu již překonaných způsobů chování charakteristických pro předchozí období života. Jde o jednu z nevědomých obranných reakcí na stres. K tomuto návratu dochází proto, že jedinci v předchozích fázích pociťovali větší pocit jistoty a sebevědomí, proto se k tomuto podvědomě instinktivně vrací. Záleží na úrovni regrese, do jaké míry je možné brát ji jako umírněnou. Umírněnější formy nevyžadují terapii. Tento návrat může být buď přechodný, a tak trvá jen určitou dobu, nebo trvalý.

Anna Freud, nejmladší z dětí psychoanalytika Sigmunda Freuda, rozvinula teorii svého otce o regresi a výrazně tento koncept obohatila. Její teorie vychází z klinických zkušeností, kterých sama nabyla během profesního života. Anna Freud vymezuje psychologická stádia, ve kterých může jedinec uvíznout nebo se zafixovat. Těmito stádii jsou následující:

- orální stádium,
- anální stádium,
- falické stádium.

Anna Freud se věnuje obrannému mechanismu, který je typický pouze pro období adolescence, a tím je asketismus. Pracuje s termíny Id, Ego a Superego, které popsal již její otec. On definuje tyto pojmy v teorii osobnosti následovně:

- Id je nejnižší osobnostní složka, která se řídí pudy. Jde o složku vrozenou, primárním cílem je uspokojování takových potřeb, které jedince uspokojují (slasti).
- Ego je složkou reality a vyrovnává složku nejnižší (id) a nejvyšší (superego).
- Superego je nejvyšší složka dle teorie osobnosti. Řídí se principem morálky (McLeod, 2018).

Anna Freud popisuje adolescenci jako porušení rovnováhy mezi Id a Egem (Vágnerová, 2005). Právě jí popisované obranné mechanismy pomáhají této situaci čelit. Jako efektivní vidí již zmíněný asketismus, který potlačuje nežádoucí touhy (Macek, 2003). Mentální anorexie viděna tímto úhlem pohledu může být právě tato regrese, tedy neochota dospět. Dle psychoanalytických terapeutů může souviset také s rodinnými změnami, kdy se dítě nevědomě snaží např. o udržení rodiny tím, že trpí poruchou příjmu potravy.

4. Sociální reprezentace mentální anorexie

Sociální postoje k lidem trpícím poruchami příjmu potravy jsou různé. Někteří lidé je považují za hloupé a jejich problém podceňují a znevažují, nevnímají jejich problém jako onemocnění. Lidé zaujmají takové postoje, protože pro ně je tato choroba jen těžko pochopitelná a nerozumí nemocným. Vágnerová (2014) tvrdí, že „*poruchy příjmu potravy nepovažuje většina laiků za chorobu*“ (s. 435). To je dáno všeobecnou akceptací všech aktivit, které jsou spojeny s hubnutím. Většinou tyto aktivity bývají chápány jako „*důsledek nevhodného působení médií propagující určitý životní styl a aktuální módní trendy*“ (Vágnerová, 2014, s. 435). Okolím většinou problémy spojené s přijímáním potravy u mladých dívek bagatelizují, což souvisí s jejich věkem a všeobecným přesvědčením o nerozumném chování dívek v tomto věku (Vágnerová, 2014).

Nejprve si okolí všimne váhového úbytku jako důsledku držení různých diet. Tito lidé mají za to, že vysvětlováním a naléháním je možné jejich myšlení zvrátit. Teprve po uvědomění si, jak vážný problém je, si začínají své jednání vyčítat, obviňovat se z podceňování závažnosti problému a začnou hledat původ jednání nemocných. Začíná snaha pomoci, která se střídá s nepochopením jednání nemocných a návaly zlosti na nemocné, že se chovají takovým způsobem, kterým sami sobě škodí, a okolí tomu nerozumí. Projevy nemoci mají za následky narušení nejen rodinných vztahů, ale i vztahů s vrstevníky, kamarády, známými (Vágnerová, 1999).

Ačkoli výzkumy sociálních reprezentací se věnují různým fenoménům, výzkumy zabývající se sociální reprezentací pojmu mentální anorexie se autorce práce nepodařilo vyhledat ani v zahraničních zdrojích. To vede k motivaci je sama vyzkoumat.

III. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíle práce

Cílem práce je zmapovat sociální reprezentace mentální anorexie u žáků v období střední adolescence, tedy v rozmezí 13/14 až 15 let (Macek, 2003). Hlavním výzkumným cílem práce je zmonitorování a kategorizování asociací respondentů, které se jim vybaví ve spojitosti s pojmem mentální anorexie, a zjištění případných shod takovýchto asociací, které autorka považuje za sociální reprezentaci dané skupiny. Tyto reprezentace jsou zkoumány kvalitativní i kvantitativní metodou. Autorka kvalitativně zkoumá jejich představu o člověku, který trpí mentální anorexií, a hledá v ní typické znaky pro danou skupinu. Dále zkoumá jejich představy o cizím těle, které jsou hodnoceny kvantitativně.

Pro zhodnocení naplněnosti těchto cílů byla vytyčena výzkumná otázka:

„Jaká je sociální reprezentace mentální anorexie u žáků v období střední adolescence?“

Autorka dále pracuje s hypotézou, že se budou částečně lišit sociální reprezentace u jednotlivých skupin vybraného výzkumného vzorku, tedy ve skupinách chlapci vs. dívky, žáci základní školy vs. studenti osmiletého gymnázia a žáci/studenti s osobní zkušeností s mentální anorexií vs. žáci/studenti bez zkušenosti s mentální anorexií. Vzhledem k charakteru a obsahu práce jsou popsány výsledky jednotlivých šetření, které jsou nejvíce kontrastní a přináší zajímavé poznatky.

Cílem výzkumu bylo zachytit nejen verbální, ale i obrazovou stránku sociální reprezentace. Proto byl výzkum kromě verbální stránky zaměřen i na nakreslení obrázku a test výběru fotografií. Autorku zajímalo, jaká je sociální reprezentace mentální anorexie u žáků v období střední adolescence, a to sice slovem i obrazem.

2. Výběr výzkumného vzorku

Respondenti byli vybráni dle záměrného výběru, který je považován za vůbec nejrozšířenější metodou výběru v kvalitativním výzkumu. Vzhledem k dostupnosti osob výběru byli účastníci vybráni záměrným výběrem přes instituce (Miovský, 2006). Institucí bylo v tomto výzkumu vzdělávací zařízení, a to sice základní škola a osmileté gymnázium. Dalším kritériem pro výběr respondentů byl jejich věk, věkové omezení respondentů bylo určeno rozmezím 13 až 15 let.

Data pro analýzu bylo nejprve těžké získat, protože víceletá gymnázia o výzkum neprojevala zájem, někteří ředitelé škol na moji výzvu zapojit své žáky do výzkumu ani nereagovali, jiní z kapacitních nebo dalších pochopitelných důvodů (probíhající maturity, školní výlety, stěhování budovy školy apod.) účast ve výzkumu odmítli. Pro výběr výzkumného vzorku byla oslovena 1 základní škola, která účast svých žáků ve výzkumu uvítala. S větším problémem jsem se setkala při oslovení víceletých gymnázií v Královéhradeckém kraji. Omezený počet takových gymnázií byl pro mne překážkou. V tak limitovaném výběru se nevyskytla škola, která by se zapojením svých studentů ve výzkumu souhlasila. Proto jsem se rozhodla oslovit ředitele víceletých gymnázií v Pardubickém kraji, ale setkala jsem se s obdobným výsledkem. V Královéhradeckém a Pardubickém kraji bylo osloveno celkem 8 víceletých gymnázií a ani jedno s účastí svých studentů ve výzkumu nesouhlasilo.

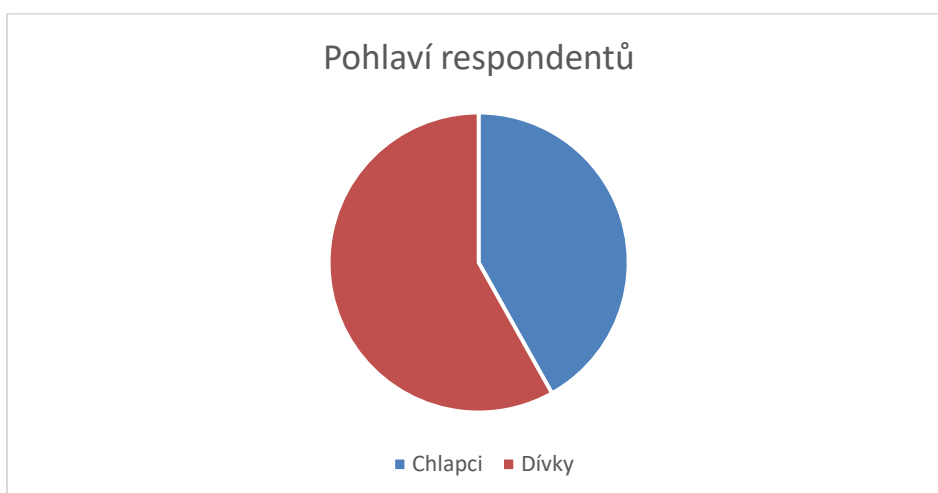
Z důvodu potřeby zkoumání a komparace výsledků analýzy dat od žáků základní školy a víceletého gymnázia jsem oslovila ještě 16 víceletých gymnázií v kraji Praha, kde uvítala účast svých studentů 2 gymnázia, a následně jsem na jednom vybraném osmiletém gymnáziu výzkum realizovala.

Výzkumným vzorkem pro tuto práci bylo tedy celkem 43 adolescentů, z toho 23 žáků osmé třídy základní školy a 20 studentů osmiletého gymnázia v odpovídajícím ročníku (tercie). Zároveň je výzkumný vzorek složen z 15 chlapců a 28 dívek. Žáci základní školy byli z Královéhradeckého kraje, studenti gymnázia byli z Prahy. Výzkumný vzorek je přehledněji vyobrazen v následujících grafech. Graf 1 ukazuje, v jakém věkovém rozvrstvení výzkumný vzorek byl, graf 2 ukazuje četnost dívek a chlapců ve výzkumu, graf 3 znázorňuje počet respondentů navštěvující základní školu a víceleté gymnázium a graf 4 ukazuje četnost respondentů s osobní zkušeností s mentální anorexií.

Graf 1: Věk respondentů



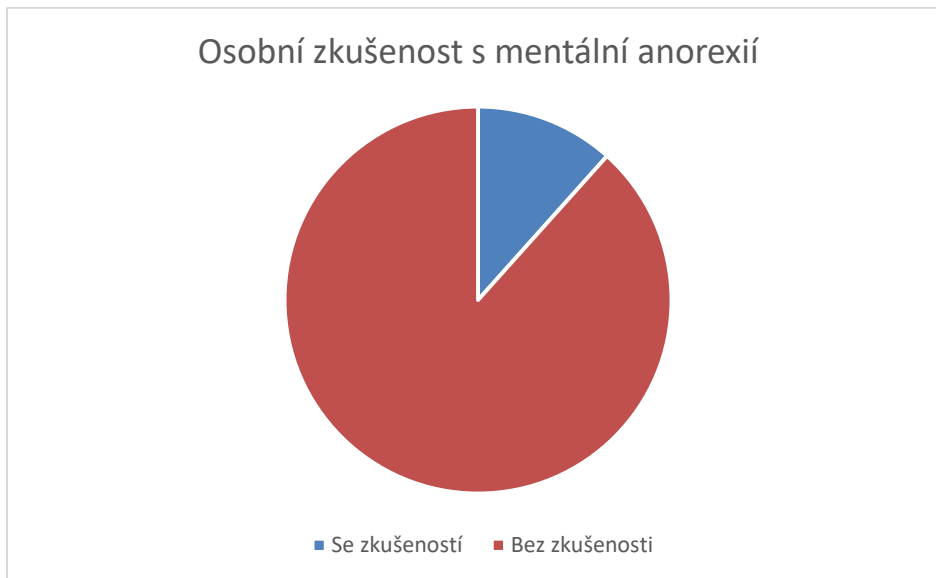
Graf 2: Pohlaví respondentů



Graf 3: Institucionální začlenění respondentů



Graf 4: Osobní zkušenost respondentů s mentální anorexií



3. Etika výzkumu

Dle tvrzení J. Ferjenčíka (2000) by „*badatel měl vždy zvážit, zda vědecká hodnota výzkumu, který uskutečňuje, není v konfliktu se zájmy a právy zkoumaných osob*“ (s. 62). Dále také informuje o tom, že respondenti mají právo na informace. „*Účastníci vědeckého výzkumu mají právo vědět, čeho se účastní, jaké jsou cíle a smysl výzkumu*“ (Ferjenčík, 2000, s. 2000). Proto byli na začátku výzkumu všichni respondenti srozuměni s cílem práce, s výzkumem samotným a s jeho účelem. Dále byli seznámeni s tím, že všechna získaná data jsou anonymní. Anonymita byla faktická, kdy nebylo známo jméno respondenta, jen jeho pohlaví, věk a zda má či nemá osobní zkušenost s mentální anorexií; dále psychologická, protože otázky choulstivého charakteru nebyly použity; a také sociologická, neboť v průběhu zpracování dat nebylo možné identifikovat osobu (Miovský, 2006). Zároveň se dotazovaní dozvěděli, kdy a jak budou výsledky výzkumu zveřejněny.

V rámci sběru dat pro výzkum byla práce s respondenty nahrávána na audio zařízení. Audiozáznam sloužil autorce k následnému zpracování dat, a poté byl smazán. Všichni zúčastnění byli s nahráváním srozuměni a poskytli k němu souhlas. Anonymita výzkumu je v souladu i se zákonem na ochranu osobních údajů, zákon č. 101/2000 Sb. Žádný z čtenářů práce není schopný na základě informací dostupných v práci určit identitu dotazovaných osob. Respondenti také byli informováni o možnosti se výzkumu nezúčastnit, nebo od něho v jakémkoli bodě práce odstoupit. Jejich aktivita byla čistě dobrovolná.

Přínosem pro respondenty bylo obohacení o pro ně nové informace získané z prezentace, zařazené na závěr výzkumu. Žáci a studenti se dozvěděli podrobnější informace o „klasických“ poruchách příjmu potravy, tedy mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovitým přejídání. Zároveň získali informace o méně známých poruchách příjmu potravy, které se objevují zejména v posledních letech. Vybrány byly bigorexie, ortorexie a drunkorexie. Pro použití prezentace v jednotlivých skupinách byl upraven jeden z posledních snímků prezentace, který je věnován kontaktům, kde mohou respondenti vyhledat odbornou pomoc. Snímek byl upraven pro žáky základní školy s kontakty v rámci Královéhradeckého kraje, a pro studenty víceletého gymnázia s kontakty z kraje Praha. Prezentace byla vytvořena autorkou práce v programu Power Point a je vytištěna jako součást práce a uvedena v příloze.

4. Metodika

Výběr metod byl inspirován výzkumem sociální reprezentace HIV/AIDS (Lukšík & Rušáková, 2001). S ohledem na naplnění výzkumné otázky a s odkazem na charakter práce byly zvoleny následující metody:

- Individuální myšlenková mapa, která měla za úkol zmapovat jazykovou stránku reprezentace. Respondenti dostali papír s uprostřed napsaným pojmem mentální anorexie, ke kterému vedly odrážky. Měli za úkol dopsat cokoli, co je napadne ve spojení s tímto daným pojmem. Pokud by jim odrážky nestačily, mohli využít i další části papíru, případně druhou stranu. Zároveň věděli, že nemusí zaplnit všechny odrážky. Rozsah vyplněných pojmů byl tedy čistě na jejich uvážení a možnostech. Respondenti byli instruováni ústně a zároveň byly instrukce napsány také na papíře.
- Příběh člověka s mentální anorexií s kresbou. Cílem příběhu bylo zachytit vnímání adolescentů člověka s mentální anorexií; cílem kresby bylo zachytit obrazovou stránku reprezentace. Respondenti měli napsat příběh o člověku, který trpí mentální anorexií, na předem připravený list papíru s řádky. Řádky byly připraveny proto, aby respondenti zhruba věděli, jak dlouhý příběh má být, ačkoli v instrukcích bylo zadáno, že příběh může pokračovat a mohou využít i druhou stranu, nebo naopak nemusí naplnit všechny připravené řádky. Instrukce jim byly opět nejprve řečeny ústně, ale byly napsány i na papíře. Respondenti měli vymyslet svůj vlastní příběh, avšak pokud by měl s tímto úkolem některý z nich problém, mohl si na začátku pomoci otázkami, které byly uvedeny v zadání, a sice:
 - Jak takový člověk vypadá?
 - Jak se mu to přihodilo?
 - Z jaké pochází rodiny?
 - Co prožívá?
 - Jak vypadá jeho den?
- Skupinová diskuze. Diskuze byla záměrně zařazena před následující úkol, a to sice skupinovou myšlenkovou mapu. Účelem bylo, aby respondenti diskutovali nahlas a ostatní měli možnost se nad tvrzeními druhých zamyslet. Poté s nimi mohli buď souhlasit, nebo podat protiargument, proč oni mají jiný názor a s podaným názorem nesouhlasí. Respondentům byly položeny otevřené otázky, na které měli uvést názor,

pokud ho dokázali na dané téma zformulovat. Diskuze měla za úkol shromáždit data a obohatit respondenty o nová spojení a interakce. Jejím účelem bylo zamyšlení se nad problémem a pomoci respondentům prohloubit myšlenky k tomuto tématu, více je vtáhnout do situace a přivést je k novým spojení, která si prozatím neuvědomovali. Diskuze probíhala v kroužku, aby se respondenti necítili jako při zkoušení, na které jsou v lavicích zvyklí. Po dohodě s respondenty bylo domluvené pravidlo, že pokud se chtěli vyjádřit, nemuseli se hlásit, jen nesměli druhým skákat do řeči. To mělo pomoci ke snížení míry ostychu a k plynulému průběhu diskuze.

Otázky na respondenty byly následující:

- Jak vypadá anorektik? Kolik mu je? Je to dívka, nebo chlapec?
 - Jsou nějaké jiné typické znaky u lidí trpících anorexií kromě hubenosti?
 - Hraje pro vás vzhled roli? Vnímáte tak člověka lépe, pokud je atraktivní? Je pro vás štíhlost známka atraktivity?
 - Jak vnímáte mentální anorexii? Je to problém/nemoc/je to něco, co je normální?
 - Věděli jste o poruchách příjmu potravy dříve, než jste se o nich ve škole učili?
-
- Skupinová myšlenková mapa, kdy mají adolescenti za úkol shodnout se na typických charakteristických rysech pojmu mentální anorexie. Skupinová myšlenková mapa byla záměrně zařazena dále od individuální myšlenkové mapy. Mezi tyto dvě části byla navíc vsunuta aktivita s napsáním příběhu a skupinová diskuze, aby se respondenti více dostali do jádra problematiky a více si osvojili téma, na které je výzkum zaměřen. Skupinová myšlenková mapa byla vystavěna na takovém základu, že respondenti se musí na jednotlivých pojmech do jednoho shodnout, zda daný pojem (kód) je pro něj opravdu asociativní s pojmem mentální anorexie. Na základě toho byla získána data, která se dají považovat za výslednou sociální reprezentaci dané skupiny.
-
- Test výběru. Žákům a studentům bylo předloženo 13 obrázků. U každého jednotlivého obrázku měli rozhodnout, zda osoba na něm vyobrazená podle něho již spadá do kategorie „trpící mentální anorexií“, nebo zda její postava je ještě v normě. Poté měli toto své hodnocení zaznamenat na papír, zda je pro ně daný obrázek s dívkou už znakem toho, že trpí mentální anorexií a takto si anorektického člověka představují, nebo zda je to ještě odrazem zdravé štíhlosti člověka a dá se taková postava považovat za normální. Obrázky byly vybrány na základě pilotního výzkumu,

kdy bylo skupině 14 dospělých lidí, kteří se setkali s mentální anorexií (osobně, v rodině, u známých apod.), prezentováno 25 fotografií hubených osob. Tito dospělí měli za úkol také určit, které osoby se jim zdají být v pořádku a které naopak vykazují přílišnou hubenost, kterou lze spojit s poruchami příjmu potravy. Na základě tohoto testu bylo vybráno finálních 13 obrázků, u kterých se dospělí jednohlasně shodli v úsudku.

Pokud se po respondentech požadovalo, aby cokoli zapsali na papíry, které sloužily jako podklady pro výzkum, měli vždy zakroužkovat v záhlaví, zda je respondent dívka nebo chlapec, kolik je mu let a uvést, zda má osobní zkušenost s mentální anorexií (např. rodina, kamarádi, známí).

5. Způsob zpracování dat

Data byla zpracovávána jednotlivě a každý z úkolů, který respondenti v rámci výzkumu vypracovávali, byl posuzován s ohledem na jeho charakter. Analýza dat proběhla po získání materiálů od všech účastníků výzkumu.

Data získaná z mentálních map (individuální i skupinové) a z příběhů byla analyzována pomocí metody tematické analýzy, kterou popsaly autorky Braun a Clarke (2006). Výhody této analýzy představuje její flexibilita a to, že se dá aplikovat i při získávání odpovědi na předem vytyčenou výzkumnou otázku, stejně tak jako že se dá využít i induktivně a výzkumnou otázku je možno stanovit až po prozkoumání sebraných dat (Braun & Clarke, 2006). Naproti těmto výhodám představuje tematická analýza i neopominutelné nevýhody. Těmi je zejména role výzkumníka, který se daty zabývá, interpretuje je a chápe je určitým způsobem. To představuje nebezpečí zkreslení jeho pohledem, může tedy jít pouze o jeho domněnky. S ohledem k tomuto faktu není vyloučeno, že jiný výzkumník by došel k rozdílným závěrům (Braun & Clarke, 2006). Subjektivitě v kvalitativním výzkumu je však téměř vždy složité se vyhnout.

Pro správné využití tematické analýzy popisují autorky Braun a Clarke (2006) následujících 6 bodů, které mají být využívány progresivně i regresivně, tedy výzkumník má za úkol se držet bodů jeden za druhým, ale zároveň se k nim i zpětně vracet. Jednotlivé body postupu jsou blíže popsány.

1) Seznámení se s daty.

Výzkumník se seznamuje s daty nejlépe opakovaným čtením, nejméně však jedním prozkoumáním dat. Během seznamování se s daty si zaznamenává nápady, poznámky, tvoří první kódy, hledá významy.

2) Generování počátečních kódů.

V této fázi výzkumník tvoří prvotní seznam zajímavých rysů, kódů. Doporučuje se kódy různě barevně odlišovat a zaznamenávat dopodrobna vše, co by mohlo přinést zajímavé výsledky. Zároveň to zamezuje odchýlení se od původního kontextu.

3) Hledání témat.

Výzkumník slučuje kódy do témat. Kódy musí být zařazeny právě k jednomu tématu, je tedy nutné pečlivě promyslet, k jakému zastřešujícímu tématu daný kód zařadit.

4) Přezkoumání témat.

Kontrola, zda získaná témata korespondují s původními sety dat. Tato kontrola probíhá tak, že výzkumník se vrátí k původním textům, které byly opatřeny kódem, a reviduje, zda tyto texty odpovídají získaným tématům. Výzkumník v tomto bodě má za úkol znovu přečíst původní data a kontrolovat jejich návaznost a logičnost.

5) Definování a pojmenování témat.

Dochází k posuzování každého tématu separátně, hledají se konexe mezi tématy navzájem, různá témata mohou být opatřeny různými subtématy.

6) Sepsání zprávy.

Zpráva je sepsána na základě analýzy dat a prezentuje výsledky, které jsou efektní či zajímavé. Závěrečná zpráva by neměla mít pouze za funkci daný výzkum popsat, ale zároveň má za úkol přinést jasnou odpověď na vytyčenou výzkumnou otázku.

Pokud výzkumník v některém z bodů objeví chybu či nedostatek, je nutné, aby se vrátil o jeden bod zpět a přeformuloval ho tak, aby se v dalším kroku tyto chyby či dezinterpretace eliminovaly.

Při zpracování dat z mentálních map a příběhů jsem postupovala podle těchto bodů definovaných autorkami Braun a Clarke (2006). Sběru dat jsem byla sice přítomna, ale respondenti s ohledem na charakter metody uváděli data, se kterými jsem se mohla z důvodu zachování anonymity seznámit až po skončení sběru.

K analýze získaných dat bylo zapotřebí rozčlenění dat dle stanovených parametrů, čímž byly věk, pohlaví, instituce, kterou respondent navštěvuje, a zda má respondent osobní zkušenost (v rodině, u kamarádů, u známých, nebo u něho samotného) s mentální anorexií, či nikoli. Vzorek respondentů, kteří uvedli, že mají osobní zkušenost s tímto onemocněním, byl tak malý, že jejich data jsou uvedena zvlášť. Tím dochází ke srovnání, jestli tato okolnost má zásadnější vliv v souvislosti se sociální reprezentací tohoto pojmu, či zda toto sociální reprezentaci neovlivňuje. Respondentů s osobní zkušeností s mentální anorexií bylo celkem jen 5 z celkového počtu 43

respondentů. Jejich osobní zkušenost s mentální anorexií je blíže specifikována v následující tabulce (Tab. 1).

Tab. 1: Respondenti s osobní zkušeností s mentální anorexií

	Žáci základní školy	Studenti víceletého gymnázia
Rodina	1	2
Kamarádi	-	1
Známí	-	1
Já osobně	-	-

V následujících podkapitolách jsou jednotlivě popsány způsoby analýzy dat jednotlivých metod výzkumu.

5.1 Individuální myšlenková mapa

Analýza myšlenkové mapy proběhla s ohledem na již výše zmíněná 4 kritéria rozčlenění výzkumného vzorku. V rámci analýzy, která probíhala na samostatné listy papíru, vyšlo několik pojmů, které se daly kategorizovat do různých skupin (témat). Pojmy jsem kategorizovala do témat, která jednotlivé pojmy zastřešují. Pojmy jsem si poté pro lepší orientaci v analýze vypsala na malé samostatné lístečky a témata na listy papíru. Následně jsem přiřazovala pojmy na lístečkách k jednotlivým tématům. To sloužilo i jako kontrola, jestli každý jednotlivý pojem je zařaditelný do vyčleněných nadřazeným tématům a jsou tak tato témata zvolena správně. Toto jsem provedla zvlášť s daty od žáků základní školy a studentů víceletého gymnázia, neboť už po prvním projití výsledků bylo zřejmé, že tato komparace ukáže zajímavé výsledky.

5.2 Příběh člověka s mentální anorexií s kresbou

Při analýze příběhů jsem postupovala podle metody tematické analýzy. A to sice tak, že jsem si při čtení zvýraznila slova nebo spojení, která jsem pokládala za kódy. Tato slova a spojení jsem si poté vypsala na zvláštní papír a zaznamenávala četnost výskytu daného kódu. Takto jsem postupovala s tím, že synonymická slova jsem považovala za stejný kód. Na základě těchto kódů opět vyšly kategorie, které byly sloučeny do různých odpovídajících zastřešujících témat.

Kresby byly analyzovány dohromady bez ohledu na vytyčené kategorie rozčlenění respondentů. Šlo o velmi subjektivní analýzu obrázků nakreslených respondenty, jejichž analýza byla nejrychlejší, neboť byla zkoumána pouhým okem. Nejprve jsem prošla 10 kreseb a hledala

na nich shodné znaky, které jsem vypsala na papír. Takto jsem postupovala s dalšími 10 kresbami a zkoumala jsem, jaké shodné znaky vykazuje tato skupina kreseb. Tento postup byl aplikován do té doby, kdy byly zanalyzovány všechny kresby. Na základě znaků vypsanych na papír ke každé skupině kreseb jsem všechny kresby prošla znovu a zaměřila se na všechny vypsane znaky, zda jsou shodné a aplikovatelné na všechny kresby. Postupně jsem zredukovala počet signifikantních znaků tak, aby byly totožné skutečně pro všechny kresby získané od výzkumného vzorku.

5.3 Skupinová myšlenková mapa

Data ze skupinové myšlenkové mapy byla získána tak, že jsem napsala na tabuli do kroužku pojem mentální anorexie s odrážkami a respondenti měli za úkol říkat pojmy, které si myslí, že jsou typické pro tento pojem. Samozřejmě mohlo jít i o pojmy, které uváděli do individuální mentální mapy, ale kritériem bylo to, aby to byl pojem, který je typický ve spojení s mentální anorexií a musí s ním souhlasit každý. Pokud někdo řekl pojem, zapsala jsem ho na tabuli k odrážce a v případě, že měl někdo námitku, že daný pojem podle něho není typický, tak jsem ho zase smazala a psala další, který někdo ze skupiny řekl. Pokud se na tomto pojmu shodli, zůstal napsaný na tabuli, pokud ne, byl opět smazán. Tím na tabuli vznikla myšlenková mapa, na které se všichni ve skupině shodli, a je považována za sociální reprezentaci dané skupiny respondentů.

5.4 Test výběru

Data byla analyzována tak, že jsem si všech 13 obrázků vytiskla a ke každému si zaznamenala četnost odpovědí. Obrázky jsem si vytiskla ve 4 sadách a četnost si zaznamenávala podle 4 stanovených parametrů (věk, pohlaví, instituce, osobní zkušenost). Na závěr byla data zkoumána i podle celkového výzkumného vzorku, tedy nebyla rozdělena do žádných skupin a byly zaznamenány odpovědi od všech respondentů najednou, bez ohledu na vytyčené kategorie. Data podle těchto kategorií byla analyzována s tím, že v této práci jsou prezentovány výsledky, které vynikly jako nejzajímavější a jsou považovány za výsledky s největší výpovědní hodnotou.

6. Výsledky

Vzhledem k charakteru a povaze práce a výzkumu se jeví jako přínosné prezentovat ty výsledky, které podávají co největší výpovědní hodnotu, které odpovídají na výzkumnou otázku a které považuji za zajímavé či překvapující. V prezentaci výsledků vycházím z vytyčených kategorií, do kterých jsem rozřadila výzkumný vzorek. V rámci analýzy dat bylo zjištěno, že téměř všichni respondenti splnili všechny části výzkumu, pouze 7 z nich nenakreslilo kresbu a 3 respondenti nevyplnili test výběru. Počet prázdných dat tedy považuji za minimální, což přispělo k co největší míře relevantnosti výzkumu. Jejich zapojení hodnotím velice pozitivně, nashromážděná data byla relevantní a ku prospěchu výzkumu. Pokud je to žádoucí a přínosné, jsou prezentována zvláště data od respondentů s osobní zkušeností s mentální anorexií, aby byla vidět ještě hlubší komparace výsledků mezi respondenty. Také mne zajímalo, zda od respondentů s osobní zkušeností budou analyzovaná data výrazně jiná, než od jejich spolužáků a vrstevníků bez takové zkušenosti. Práce na výzkumu respondenty dle mého soudu bavila, zajímali se o výsledky výzkumu, zejména kdy přesně budou zveřejněny a jak jim budou přístupny.

6.1 Individuální myšlenková mapa

Dle získaných výsledků nelze říct, že by věkový rozdíl hrál větší roli s ohledem na získání odpovědi na výzkumnou otázku. Proto jsem se rozhodla k orientaci na komparaci myšlenkových map žáků ze základní školy a studentů víceletého gymnázia. Toto kritérium, tedy kritérium podle institucionálního začlenění respondentů, přineslo dle mého názoru nejzajímavější výsledky pro výzkum. Individuální myšlenkové mapy jsem analyzovala na základě kategorizování pojmů, z čehož vzniklo 8 kategorií, které jsou uvedeny v následující tabulce (Tab. 2).

Tab. 2 Kategorie pojmů myšlenkové mapy žáků základní školy bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

Kategorie	Pojmy
Nemoc	Porucha příjmu potravy, je nemocná i hlava, psychická nemoc, bulimie
Popis člověka	Věk 15+, má pocit, že je tlustý/tlustá, ale není, nelibost (jak ho vnímá okolí – „není to hezké“), okolí vyjadřuje soucit, touha být zajímavý

Touha zhubnout	Úmyslné zvracení, počítání kalorií, snaha rychle zhubnout, časté cvičení, nedostatečný (nízký) příjem jídla, dieta
Nechuť/odpor k jídlu	Nechuť k jídlu, odpor k jídlu, nejí, nebo jí hodně málo
Podvýživa a vyhublost	Podvýživa, nízká váha, vyhublý člověk, podváha, žádné svaly
Pocity, nálady, psychický stav	Nevyrovnaná, nešťastná, psychicky labilní, náladovost, sebepoškozování, uzavírá se do sebe, deprese, zoufalství
Léčení	Potřeba se vyléčit, nevyléčitelné
Fyzické následky	Slabá imunita, špatné fyzické následky, nejčastěji skončí v nemocnici, ohrožení, špatný konec, smrt

Pojmy byly zastoupeny poměrně vyváženě, co se četnosti týče. Dívka, která má osobní zkušenost s mentální anorexií, do mentální mapy uvedla následující pojmy:

- odpor k jídlu,
- zvracení,
- psychický problém,
- strašně hubený člověk,
- porucha v mozku.

Z těchto pojmů je patrné, že se respondentka nijak neodchyluje od kategorií svých vrstevníků ze základní školy a i její pojmy jsou zastupitelné a přiřaditelné do vytyčených témat.

Oproti tomu studenti víceletého gymnázia měli o pojmu širší představu, z jejich dat bylo možné vytvořit více témat. Tyto jsou uvedeny v tabulce 3 (Tab. 3).

Tab. 3 Kategorie pojmů myšlenkové mapy studentů víceletého gymnázia bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

Kategorie	Pojmy
Nemoc	Dlouhodobá nemoc, bulimie
Popis člověka	Převážně dívky/ženy, nelíbí se sama sobě, myslí si, že je tlustý/tlustá, mladé holky, touha po kráse, dokonalosti
Psychický problém	Psychický problém, dlouhodobý problém, skrývání, lhaní

Touha zhubnout	Dieta, hubnutí, fyzická námaha, projímadla, zvracení, počítání kalorií
Nechuť/odpor k jídlu	Nechuť k jídlu, odpor, malé množství jídla, neschopnost jíst, strach jíst na veřejnosti
Podvýživa a vyhublost	Podvýživa, hlad, žádné svaly
Okolí	Ovlivnění okolím, přeměna na někoho jiného, důvodem ke vzniku MA je šikana, kritika okolí
Sociální sítě	Modelky, Instagram
Pocity, nálady, psychický stav	Deprese, úzkost, sebepoškozování, nenávisť ke své osobě/svému tělu, náladovost, strach
Ztráta sociálních vazeb	Problémy v rodině, nezájem o různé činnosti, ztráta přátel
Léčení	Nemocnice, potřeba vyléčit se, dá se vyléčit
Fyzické následky	Slabá imunita, špatný konec, smrt, porucha termoregulace

Na základě dat uvedených v tabulce lze tvrdit, že studenti víceletého gymnázia mají o pojmu specifičtější představu, ačkoli se jejich představit výrazně neliší od představ žáků základní školy. Spíše jde o konkretizování a rozvinutí pojmu do dalších témat, která si žáci základní školy nepředstavili. Z asociací studentů je také patrné, že si jsou více vědomi například dlouhodobosti onemocnění, vlivu sociálních sítí a kladou větší důraz na okolí. Toto nezmínil ani jeden ze žáků základní školy.

Výsledná data analýzy mentálních map studentů víceletého gymnázia s osobní zkušeností s mentální anorexií jsou uvedena v následujících bodech:

Dívka č. 1, 14 let:

- lidé, kteří bezmocně hubnou i přesto, že už nemusí
- nechtějí vůbec jíst
- modelky
- nenávisť ke svému tělu
- možnost úmrtí
- velká fyzická námaha
- podrážděnost

- braní projímadel
- nechut k jídlu
- nevyлéčí se, dokud nepochopí, že je nemocná

Dívka č. 2, 13 let:

- ze začátku zdravé stravování
- počítání kalorií
- porucha příjmu potravy
- strach jíst na veřejnosti
- inspirace na ANA-blozích¹, filmy
- vymyšlení si kamarádky jménem „ANA“, kterou bych měla poslouchat, když řekne, že bych neměla jíst
- laxativa
- omdlívání, vypadávání vlasů, dehydratace, bolest hlavy, břicha
- není to jen o tom, že člověk nemá rád jen některou část svého těla, vlastně se celý nemá rád
- často silně vyčerpaný, proto potřebuje hodně spánku

Data dalších dvou dívek s osobní zkušeností s mentální anorexií nejsou jednotlivě prezentována, neboť nepřináší nové poznatky a shodují se s většinou respondentů, nevykazují žádné odchylky nebo důležité či nové informace a nemají zásadnější výpovědní hodnotu.

U dívek s osobní zkušeností je možné vypořádat fakt, že jsou více seznámeny s průběhem nemoci, s doprovodnými fyzickými potížemi, s kontextem podpory od okolí (blogy, filmy). Také více do hloubky popisují unavenost, psychické pocity a nálady. Zároveň jedna z nich uvedla „ANA-blogy“, které nezmínil žádný z jiných respondentů. S ohledem na osobní zkušenost lze říci, že má širší přehled o tématu a zná více dopodrobna interakci nemocného s mentální anorexií s dalšími takto nemocnými lidmi. Její sociální reprezentace pojmu mentální anorexie je proto odlišná od ostatních, protože má s daným fenoménem individuální zkušenost, která ostatním chybí.

¹ Blogy na webu, které podporují dívky v hubnutí, případně se dívky podporují navzájem, vznikají jako motivace dívek v hubnutí. Primárně jsou určeny pro dívky, které nevykazují snahu se z onemocnění mentální anorexie vyléčit. Jsou zde doplněny mimo jiné jídelníčky, ukázky cviků, které jsou považovány za efektivní ke snížení váhy, a obrázky vyhublých dívek, což slouží jako inspirace k odepření si jídla (Novák, 2008).

V komparaci analýzy získaných dat lze tvrdit, že studenti víceletého gymnázia mají širší přehled o pojmu mentální anorexie, umí si vytvořit více asociací, mají pojem lépe zařazený a pojí se jim s ním více témat. Z toho lze usuzovat, že v budoucnu snáze rozpoznají, pokud někdo (např. z jejich okolí) onemocní mentální anorexií, problém lépe zanalyzují a budou na tuto situaci lépe připraveni, než jejich vrstevníci ze základní školy.

Na závěr analýzy této části výzkumu uvádím výsledky, které obsahují shodná témata, a tedy se podle těchto výsledků dá vyvodit, co je sociální reprezentací pojmu mentální anorexie žáků v období střední adolescence na základě analýzy individuální myšlenkové mapy:

- nemoc
- popis člověka (převážně mladé dívky, toužící po kráse, dokonalosti, zkreslená představa o vlastní tloušťce)
- touha zhubnout
- nechut/odpor k jídlu
- podvýživa a vyhublost
- pocity, nálady, psychický stav (deprese, úzkost, sebepoškozování, náladovost)
- léčení (potřeba se léčit, dlouhodobost)
- fyzické následky (chápány jako velmi negativní, uvědomění si rizika smrti)

6.2 Příběh člověka s mentální anorexií s kresbou

Sestavení a napsání příběhu bylo pro výzkum důležité kvůli hlubšímu zamyšlení se respondenty nad daným pojmem. První fáze výzkumu, která spočívala v sestavení mentální mapy, byla záměrně zařazena na začátek zkoumání, aby žákům a studentům navodila úvod do tématu. K prohloubení jejich asociací a představ bylo právě využito vymyšlení příběhu, čímž jsem předpokládala, že se více ponoří do pocitů takového člověka a zařadí další kódy, které bylo poté možno analyzovat a považovat za významné. Příběhy dodaly sociální reprezentaci více individuální charakter, ale i přesto byly nalezeny shody ve vnímání člověka s nemocí mentální anorexie adolescentními jedinci jako celkem. Jak již bylo popsáno, zpracování proběhlo metodou tematické analýzy.

Žáci základní školy ve svých příbězích popisovali anorektického člověka zpravidla jako dívku (18/23 respondentů), jako chlapce jej zaznamenalo 5/23 respondentů. Pokud uvedli věk takového člověka, tvrdili, že je mu mezi 13 a 16 lety. Žáci zmiňovali také různé důvody, proč došlo u člověka k onemocnění mentální anorexií. Důvody byly následující:

- touha být zajímavý/zajímavá,
- naléhání okolí, aby člověk zhubl,
- okolí namlouvá člověku, že je tlustý,
- neštěstí v rodině,
- špatná rodina (týrání),
- velice aktivní sportovec přestal jíst za účelem získání více vyrýsované postavy.

Žákyně, která měla osobní zkušenost s mentální anorexií, popsala příběh, ve kterém popisovala dívku, která onemocněla mentální anorexií kvůli smrti otce. Tato událost v ní vyvolala nechutenství, později dokonce odpor k jídlu. Dívka byla léčena ve fakultní nemocnici, ale zkolabovala, selhaly jí orgány a v důsledku toho zemřela. Tento příběh byl oproti ostatním zajímavý tím, že obsahoval naprostou většinu kódů, které byly shledány nakonec jako společné za celou skupinu v individuálních mentálních mapách. V příběhu šlo o neštěstí v rodině, odpor k jídlu, uzavírání se do sebe sama, zdravotní následky a nakonec smrt. Příběh byl relativně krátký, ale byl jiný od ostatních v tom, že popisoval zcela realisticky daný osud hlavní postavy včetně špatného konce.

Pozitivní závěr příběhů napsalo 19 respondentů, tj. anorektický člověk podstoupil psychiatrickou léčbu a z nemoci se vyléčil. Zbytek respondentů (tj. 4) napsali tragický konec, tedy že nemocný člověk na následky podvýživy a fyzického vyčerpání zemřel.

Studenti víceletého gymnázia popisovali člověka s mentální anorexií jako osobu ve věku 13-16 let (stejně, jako studenti základní školy). Jako důvody, které přispívají ke vzniku onemocnění mentální anorexie, popisují žáci i studenti shodně následující:

- touha být modelkou
- posmívání okolí
- dítě bez pozornosti – větší pozornost náležela úspěšnějšímu sourozenci.

U studentů víceletého gymnázia se vyskytovaly i příběhy (3), které popisovaly člověka jako fyzicky méně aktivního, tedy odpadla zde kategorie aktivního cvičení. K tomuto závěru respondenti dospěli na základě předpokladu, že takový člověk je velice zesláblý, nemá téměř žádnou energii a není žádné větší fyzické aktivity schopen.

V této části jsou popsány body, které byly shledány jako shodné u žáků základní školy a studentů víceletého gymnázia. Na základě analýzy dat z příběhů vznikly následující kategorie:

- psychologický pohled: vznik v důsledku mála pozornosti, posmívání;

- medicínský pohled: popis fyziologických jevů a potíží, léčení;
- nemoc jako důsledek společenského tlaku: touha být modelkou, blogy.

Získaná data z analýzy kreseb se neliší ani v jedné z vytyčených kategorií rozdělení respondentů, proto jsou poznatky prezentovány za jednu velkou skupinu dohromady, tedy za skupinu adolescentních jedinců ve věku od 13 do 15 let. Respondenti ve 30 případech z 37 (zbytek respondentů kresbu nenakreslil) kreslili kresby dvě, které znázorňovaly člověka před a po onemocnění mentální anorexií. Zbylých 7 kreseb ukazovalo člověka s mentální anorexií jako vyhublého, v jedné kresbě doslova visícího na ramínku na šaty, nebo byly znázorněny hlasy, které mu vtíraly depresivní myšlenky apod. Kresby celkově nebyly příliš propracované, šlo spíše o náčrty, což přisuzují časové dotaci věnované k vytvoření kresby.

Zajímavý a pozoruhodný shledávám nápad nakreslit dva obrázky. Jeden vždy zachycuje člověka před onemocněním mentální anorexií. Tento člověk vypadá buď standardně, nebo je kreslen jako tlustý panáček. Druhý obrázek vždy ukazoval člověka s mentální anorexií, kdy postava na obrázku byl vyhublá, byla znázorněna viditelná žebra a další kosti, tento člověk měl smutný až depresivní výraz v obličeji, slzy ve tváři, méně vlasů, celkově byl tento obrázek vnímán jako znázorňující zarmouceného vyhublého člověka. Žádná z kreseb neukazovala člověka s mentální anorexií jako radostného či šťastného.

Různorodost kreseb je aspekt, který zaručuje sběr rozmanitých dat. Hlubší analýzou těchto dat vyšlo jako výsledek, že jde vždy o velice vyhublého člověka, na kterém je jeho problém na první pohled vidět. Zároveň zmiňovaný smutek ve tváři kreslených postav a celková depresivní nálada kreseb je považována autorkou práce jako platný výsledek obrazové reprezentace pro sociální reprezentaci mentální anorexie danou skupinou.

6.3 Diskuze

Diskuze přinesla obraz o vnímání osob trpících mentální anorexií respondenty. Z diskuze bylo patrné, že si žáci i studenti uvědomují, že anorexie se týká jak dívek (žen), tak chlapců, zároveň však tuto nemoc vnímají jako typickou a vlastní především dívkám a ženám. Jsou toho názoru, že mentální anorexie není věkově omezená, ačkoli uváděli spíše věk 13-17 let, ale tvrdí, že i starší jedinci mohou touto nemocí trpět. Také se objevovaly převažující názory, že mentální anorexie je nemoc a je to problém, který musí daný jedinec trpící touto nemocí řešit. Dále všichni shodně tvrdili, že o poruchách příjmu potravy věděli dříve, než se o nich ve škole učili, a to sice z knížek, filmů a obecně o tomto tématu mají informace od rodiny a ze svého okolí.

Respondenti také uvedli, že je pro ně vzhled v tomto věku důležitý a hraje pro ně velkou roli to, jak vypadají a jak jsou vnímáni okolím. Zároveň studenti víceletého gymnázia potvrdili názor uvedený v teoretické části práce, a to sice, že hubený člověk je atraktivní a okolím vnímaný lépe, je mu odpuštěno více věcí a je mu spíše vyhověno, pokud něco požaduje. Avšak byly vysloveny také komplementární názory, že pokud je člověk už velmi hubený, není vnímán lépe než ostatní a tento názor o vyhovování hubeným lidem a jejich upřednostňování byl popřen.

Po této společné diskuzi následovalo vytvoření skupinové mentální mapy, na které se celá skupina respondentů (skupina žáků základní školy a víceletého gymnázia) shodla v několika bodech.

6.4 Skupinová myšlenková mapa

Výsledek skupinové mentální mapy je takový, že se žáci základní školy shodli na těchto pojmech:

- věk 15+
- nechutí k jídlu
- touha být zajímavý
- slabá imunita
- vyhublost
- problém
- nemoc
- porucha příjmu potravy

Studenti víceletého gymnázia vnímají skupinově mentální anorexii jako fenomén definovaný těmito pojmy:

- věk 15 let
- odpor k jídlu
- slabá imunita
- může končit smrtí
- nemoc
- vyhublost
- kritika okolí
- porucha příjmu potravy
- sociální síť (Instagram)

Porovnáním těchto dvou sad skupinových mentálních map, na kterých se jednotlivé skupiny shodly, lze říci, že myšlenkové mapy jsou velice podobné a vykazují shodné znaky v následujících pojmech:

- nemoc
- vyhublost
- porucha příjmu potravy
- věk 15 let
- slabá imunita

Tyto pojmy lze považovat za sociální reprezentaci adolescentních respondentů na základě analýzy skupinové mentální mapy, jelikož jsou považovány jako typické charakteristiky vystihující mentální anorexii všemi jedinci z výzkumného vzorku.

6.5 Test výběru

Test výběru podává zajímavé výsledky zkoumání. Níže je uveden závěr, který přináší zajímavá data k odpovědi na výzkumnou otázku, avšak vyazuje i různé rozdíly ve vnímání fotografovaných osob skupinou respondentů. Data jsou uvedena za celou skupinu adolescentních respondentů, avšak jsou rozdělena dle pohlaví, protože vykazují určité diference, které jsou hodny povšimnutí. Obrázky, které měli respondenti za úkol posoudit, jsou uvedeny v přílohách. V závěru je pracováno s výzkumným vzorkem 40 respondentů, 3 účastníci výzkumu test nevyplnili. V tomto výzkumném vzorku bylo tedy 13 chlapců a 27 dívek. Pokud respondenti označili u obrázku ANO, znamená to, že se jim daná osoba na fotografii jeví jako anorektická. Pokud označili NE, v jejich vnímání vypadala dívka sice hubeně, ale zdravě.

Číslo obrázku	Dívky		Chlapci		Děvčata a chlapci dohromady	
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
1	3	24	1	12	10 %	90 %
2	-	27	3	10	7,5 %	92,5 %
3	2	25	2	11	10 %	90 %
4	27	-	13	-	100 %	-

5	20	7	12	1	80 %	20 %
6	21	6	3	10	60 %	40 %
7	24	3	10	3	85 %	15 %
8	22	5	13	-	87,5 %	12,5 %
9	22	5	12	1	85 %	15 %
10	6	21	13	-	47,5 %	52,5 %
11	26	1	11	2	92,5 %	7,5 %
12	27	-	13	-	100 %	-
13	23	4	13	-	90 %	10 %

Nejvíce se odpovědi respondentů lišily u obrázků č. 6 a 10 u děvčat a chlapců. Tyto fotografie považovali zejména chlapci za normální, dívky naopak vnímaly vyobrazenou osobu jako nemocnou a již za hranou „normální“ štíhlosti. Tento fenomén shledávám jako zajímavý, že došlo k nalezení 2 fotografií, které jsou vnímány téměř diametrálně odlišně u děvčat a chlapců. Dále se dá z daných výsledků usoudit, co je obrazovou sociální reprezentací pojmu mentální anorexie zkoumanou skupinou adolescentních žáků a studentů, neboť se ve větší míře shodli na tom, zda vyobrazená osoba je pouze štíhlá, nebo vyhublá. Procentuální hodnocení uvedené v pravé části tabulky ukazují shodu respondentů ve vnímání dívek na fotografiích za skupinu dívek a chlapců.

U všech 13 obrázků byl zaznamenaný trend, že chlapci mají méně přísná kritéria pro posuzování štíhlosti a více než dívky vnímají štíhlost jako zdravý jev.

7. Diskuze

Výsledky praktické části práce mohou být beze sporu aplikovány do praxe. Ať už je to odpověď na výzkumnou otázku, která byla vytyčena ve znění „Jaká je sociální reprezentace mentální anorexie u žáků v období střední adolescence“, nebo zároveň dílčí výsledky v dalších částech výzkumu. Výsledky prezentovány v této práci považuji za dostačující a přínosné v oblasti, která byla vytyčena a zkoumána.

Práce přináší adekvátní výsledky odpovídající kvalitativnímu i kvantitativnímu výzkumu. Validitu výzkumu zvyšuje fakt, že výzkum byl prováděn v rámci dvou krajů (Královéhradecký a Praha). Zároveň vycházím z předpokladu, že žáci a studenti vyrůstají v různých sociálních vrstvách. Toto předpokládám na základě toho, že nejde o vzdělávací instituce, na které je zavedeno placení školného, nýbrž jde o státní instituce, která navštěvují zpravidla žáci a studenti napříč všemi sociálními vrstvami. Velikost výzkumného vzorku byla přizpůsobena typu výzkumu a rozsahu práce.

Shromážděná data a výsledky výzkumu mohou být zkresleny faktem, kterým je, že žáci i studenti před prováděným výzkumem probírali poruchy příjmu potravy v přírodopise v rámci osnov vzdělávání. Studenti víceletého gymnázia probírali poruchy příjmu potravy v předchozím ročníku. Žáci toto téma probírali dokonce měsíc před výzkumem, tudíž měli informace v čerstvé paměti a tato proměnná mohla zčásti ovlivnit výsledky výzkumu. Tomuto by se dalo vyhnout, pokud by byl výzkum zařazen před probíranou látku. Vzhledem k tomu, jaké jsem měla problémy s možností realizace výzkumu na školách, provedla jsem výzkum na již vybraných školách s danými třídami, přestože jsem s tímto faktem byla předem seznámena. Odmítnutí těchto tříd by mohlo znamenat další prodlevu výzkumu. Ta by vznikla vyhledáváním žáků základní školy a studentů víceletého gymnázia, kteří by s tímto výzkumem souhlasili a zároveň by takoví respondenti vyhovovali požadavku, že se o daném tématu ve škole ještě neučili. Přestože mi tento fakt zkomplikoval práci, považuji zařazení tohoto tématu do osnov za žádoucí a prospěšné s ohledem na prevenci poruch příjmu potravy.

Musím zmínit a vyzdvihnout práci studentů víceletého gymnázia ve výzkumu, která byla oproti žákům základní školy nadprůměrná. Studenti vykazovali větší činnost ve výzkumu, více se výzkumu věnovali. Z mého pohledu věnovali práci na výzkumu větší péči a pracovali s větší pečlivostí. Musím ovšem zmínit fakt, že obě třídy (třída ze základní školy i víceletého gymnázia) věnovaly problematice poruch příjmu potravy určitý čas, který jim vyměřují osnovy. Možná tím je dána větší připravenost a znalost studentů v rámci tématu poruch příjmu potravy jako celku.

Avšak ani jedna ze tříd neprošla žádným programem primární prevence, který by byl zaměřen na toto téma.

Validitu výzkumu snižuje hodnocení výsledků, které bylo provedeno pouze jednou osobou, nikoli dvěma či více, což opět koresponduje s typem a rozsahem práce. Jako návrh k dalšímu zkoumání připojuji poznámku, že by dané výsledky výzkumu mohly být analyzovány například dvěma či třemi výzkumníky, aby se zvýšila validita výzkumu a zároveň se tím zvýšila také objektivita výzkumu. Zároveň je nutno zmínit, že nedošlo k pokrytí celé problematiky výzkumu, tedy je tu otevřena možnost pro další hlubší výzkum, který lze provádět kvalitativně, nebo ho upravit ke kvantitativnímu zkoumání, ke kterému by bylo jistě zapotřebí mnohem početnějšího výzkumného vzorku.

Jako návrh na další zkoumání bych chtěla zmínit kvalitativní zkoumání kreseb, které přináší k tématu zcela jiný náhled a obrazová sociální reprezentace má na polích sociálních reprezentací beze sporu své místo. Tento výzkum by ovšem musel být podtrhnut větší časovou dotací a výzkumník by měl být schopen z kreseb vyjmout nejdůležitější prvky, které vypovídají o reprezentaci celou zkoumanou skupinou.

Přínos by mohl mít i výzkum, který by byl více zaměřen na rozdíly mezi jedinci s osobní zkušeností s mentální anorexií a bez ní. V mém výzkumném vzorku bylo jen 5 respondentů s osobní zkušeností. Tento výzkumný vzorek byl ovšem velmi limitován složením tříd. V rámci návrhu na další výzkum by mohli být respondenti záměrně vybráni dle tohoto kritéria (společně například s věkem, šlo by tedy o adolescentní jedince). Skupiny respondentů se zkušeností a bez ní by měly být zastoupeny stejným nebo alespoň přibližně stejným počtem jedinců. Srovnání jejich pohledu na pojem mentální anorexie by mohl přinést průkaznější výsledky než v rámci vzorku pouhých 5 respondentů se zkušeností s mentální anorexií.

Jako další výzkum, který by mohl být na základě mého zkoumání vypracován, mne napadá výzkum kvantitativního charakteru. K tomu by sloužil tento výzkum jako pilotní zdroj informací a takový výzkum by mohl být proveden kvantitativně na základě myšlenkových map. Bylo by operováno s pojmy, které jsou uvedeny v mé práci jako získané kódy z myšlenkových map a daná skupina respondentů by uváděla například na škále od 1 do 5, jak moc je mu daný kód (pojem nebo slovní spojení) blízký s pojmem mentální anorexie. Respondenti by mohli doplnit maximálně 3 svoje vlastní slova a takto by se poté jednoduše vypracoval přehled četnosti (například v procentech, nebo zaznamenaný do grafu, tabulky apod.) toho, jak je který pojem asociován a hodnocen zástupci zkoumané skupiny. Samozřejmostí je předpoklad, že takový

výzkum by musel být prováděn na daleko větším počtu respondentů, což se u kvantitativního výzkumu předpokládá.

Další úroveň výzkumu se nabízí u testu výběru. Výzkum by mohl být vystavěn na základě fotografií pořízených přímo výzkumníkem, kdy by bylo i možno ověřit si např. BMI fotografované osoby, nebo zda osoba opravdu trpí poruchou příjmu potravy, a tím získat objektivní představu o osobě na obrázku a kvantitativně poté na výzkumném vzorku zkoumat, jak fotografovanou osobu percipují sami respondenti. Tento výzkum by mohl přinést mnohem validnější závěry, než výzkum provedený mnou. Výsledky testu výběru adolescentním výzkumným vzorkem by mohly být například i srovnány s dospělými respondenty a tento výzkum by podal zprávu o tom, zda a v jaké míře se liší vnímání mezi těmito dvěma skupinami respondentů.

V rámci výzkumu byla zařazena i diskuzní složka před skupinovou složku mentální mapy pojmu sociální reprezentace. Tato diskuze byla vedena mnou jako autorkou práce a výzkumu. Jsem si vědoma nedostatků, které vyšly najevo v rámci vedení diskuze. Pozoruji, že mám problémy unést ticho, které na začátku diskuze panuje a je samozřejmé a v určitých ohledech i žádoucí. Respondenti takovým tichem získávají čas na promyšlení odpovědí na diskutované téma, k hlubšímu zamyšlení se nad tímto tématem a k formulaci svých názorů, postojů a odpovědí. Já však cítím potřebu v takových chvílích ticha respondentům dávat návrhy k jejich odpovědím, jelikož si nejsem jistá jejich prací a nevím, zda opravdu hloubají nad problematikou tématu, nebo zda se tématu nevěnují a přemýšlí nad jinými věcmi. Je to dáno i mým přístupem k dané skupině respondentů, se kterou mám osobní zkušenosti. Jako učitelka jsem poznala, že ne každá zadaná práce je jimi vypracovávána a snažím se je vést k činnosti. Mé doplňující informace mohou nepozorného jedince jistým způsobem ovlivnit, což ovšem nemusí být vždy ke škodě. Avšak může také negativně přispět ke zkreslení jejich úhlu pohledu a může je vést jistým směrem, který by sami neupřednostnili.

Zároveň je diskutabilní volba fotografií do testu výběru, který, i přes snahu zachování objektivity, byl vybrán na základě subjektivního vnímání určité skupiny osob. Jak již bylo uvedeno v návrhu pro další výzkum, fotografie by měly být pořízeny autorem výzkumu s možností ověřit si informace o BMI či o skutečné existenci poruchy příjmu potravy u každého fotografovaného jedince. Takto pořízené fotografie by byly objektivní a závěr výzkumu by vykazoval mnohem větší míru validity, než je tomu u výzkumu autorky. Toto nebylo realizováno z důvodu rozsahu a typu práce a časových možností. Avšak i navzdory nízké míře objektivity ve výběru fotografií do testu výběru je zajímavý výsledek, kdy dívky mají nižší práh tolerance štíhlosti a již dívky, které jsou chlapci vnímány jako zdravě štíhlé, považují za anorektické. Toto

přisuzují větší identifikace dívek s tělem měnícím se v pubertě. Tedy mají s tímto zkušenost a vědí, jakým stylem se tělové schéma promění a umí rozlišit míru úsilí, které je potřeba vynaložit k tomu, aby byl člověk štíhlý, a jaká je míra úsilí k tomu, aby byl člověk skutečně vyhublý. Tím považují jejich hodnocení za ovlivněné osobní zkušenosti, avšak potvrzuje tvrzení uvedená v teoretické části.

Výsledky výzkumu mohou být relevantní pro učitele, kteří mají na starosti vzdělávání žáků a studentů v oblasti poruch příjmu potravy, pro výchovné poradce a metodiky prevence, kteří získají přehled o informovanosti žáků a studentů o této problematice a na základě toho vyhodnotit, zda jsou preventivní programy a výuka v této oblasti dostačující, nebo zda je zde prostor pro hledání nových alternativ ve vzdělávání v tomto směru s ohledem na výsledky zkoumání.

Z hlediska výzkumného souboru lze tvrdit, že jejich znalosti o anorektických jedincích a jejich vnímání jsou velmi orientované jedním směrem, a to sice na vnější vyhublost nemocných. Také je většina žáků a studentů vnímá na první pohled jako nešťastné a jídla se štítící. To vnímám jako rizikové a je zapotřebí doplnit a více apelovat na fakt, že anorektičky svůj problém skrývají (např. volným oblečením, lhaním o jídle apod.). Tato výsledná sociální reprezentace je dost vyhraněná a ne zcela odpovídá realitě. V tomto směru tedy vnímám úroveň znalostí jako nedostatečnou a jako slepé místo osvěty.

Jako zajímavý shledávám rozpor mezi vnímáním štíhlosti dívkami a chlapci v adolescentním věku. Při zamyšlení nad tímto trendem, který provázel celý test vnímání, mne napadá, že je toto v souvislosti rychlejšího nástupu puberty (zejména fyzického, tedy změna těla), ke kterému dochází u dívek dříve a výrazněji, než u chlapců. Chlapci tedy nezaznamenali změny na svém těle, naopak dívky ano. To je vede k tomu, že štíhlost vnímají jako více výjimečnou a ne tak samozřejmou, jako chlapci, kteří nejsou zvyklí na tělesné změny. Proto si myslím, že vnímají i výraznou štíhlost, která byla dívkami považována už za nezdravou, jako normální jev. Jde tedy dle mého názoru o důsledek neuvědomění si přeměny těla.

Dalším zajímavým faktem jsou pro mne rozdíly mezi výsledky u žáků základní školy a studenty víceletého gymnázia. Jako největší rozdíl vnímám větší uvědomění si závažnosti onemocnění studenty gymnázia, což bylo patrné z napsaných příběhů. Ke skupině studentů gymnázia by se v tomto ohledu mohla řadit i dívka ze základní školy, která uvedla, že má osobní zkušenost s mentální anorexií. Žáci základní školy naproti tomu vykazovali povrchové vnímání pojmu,

čerpali spíše z toho, co se naučili ve škole. Nedokázali se tolik vcítit do nemocného člověka a projevit takovou míru empatie jako studenti gymnázia.

Celkově lze říci, že velice malý výzkumný soubor respondentů s osobní zkušeností s mentální anorexií si je vědom především dlouhodobosti léčení nemoci, dokáží detailněji popsat fyzické následky, které lidem s mentální anorexií reálně hrozí. Zároveň jejich příběhy na mne působily smířlivěji, věděli lépe, o čem píší, popisovali hlavní postavu klidněji, z jejich popisu nebyl cítit takový strach. Šlo spíše o reálné vypravování o někom známém, který trpěl či trpí touto nemocí a oni ji znají více zblízka.

Také jsem se hlouběji zamýšlela nad tím, zda je uváděná kategorie nemoci skutečně vnímána jako nemoc v medicínském duchu. Žáci v rámci informací z různých zdrojů, které měli v této oblasti během svého života k dispozici, vědí, že jde o psychickou nemoc. Podle výsledků získaných na základě výzkumu lze tvrdit i to, že je u žáků a studentů patrný pohled, že je to spíše než nemoc jen snaha udělat se zajímavým, snaha o stržení pozornosti ke své osobě. Toto by také mohlo být podnětem pro další zkoumání a nalezení odpovědi na výzkumnou otázku: Do jaké míry vnímají adolescentní jedinci mentální anorexiu jako nemoc? Takový výzkum by mohl vycházet z mého výzkumu, který by byl brán jako pilotní, a na základě toho by byla sestavena tvrzení, se kterými by jedinci buď souhlasili, nebo ne. Tento souhlas by mohl být na výběr v různé míře (např. souhlasím – spíše souhlasím – spíše nesouhlasím – naprosto nesouhlasím).

Na závěr je důležité shrnout, jaká je tedy sociální reprezentace pojmu mentální anorexie adolescentními jedinci. Na základě výsledků výzkumu lze tvrdit, že je to nemoc, která se vyskytuje převážně u dívek. Tyto dívky touží po kráse, dokonalosti, které se snaží získat výrazným zhubnutím. Mají nechuť až odpor k jídlu, jsou podvyživené a vyhublé, smutně naladěné až depresivní, náladové, úzkostné. Léčba této nemoci je dlouhodobého charakteru a tato nemoc s sebou nese fyzické následky, které jsou chápány velmi negativně a je možné, že se léčba nezdaří a anorektický jedinec zemře.

Výsledky výzkumu v rámci porovnání s teoretickou částí vykazují shodu v následujících bodech:

- věk,
- prevalence dívek,
- tlak okolí,
- fyzický vzhled (vyhublost),
- průběh nemoci,

- následky nemoci,
- eventualita smrti.

Zároveň výsledky výzkumu nepopírají teoretickou část práce v žádné z jejích částí.

IV. ZÁVĚR

Cílem celé práce bylo získat povědomí o tom, co si adolescentní žáci 8. třídy základní školy a jejich vrstevníci na víceletém gymnáziu představují pod pojmem mentální anorexie, a na základě toho podat odpověď na výzkumnou otázku: Jaká je sociální reprezentace mentální anorexie u žáků v období střední adolescence? Vybranými metodologickými postupy v rámci kvalitativního a kvantitativního výzkumu bylo dosaženo důležitých informací, které vedly k naplnění výzkumné otázky, a tedy i celého výzkumu.

Z výzkumu vyplynulo, že žáci a studenti jsou v oblasti poruch příjmu potravy systematicky poučováni a není to pro ně nový pojem. Jejich sociální reprezentace nevykazuje panické znaky. Přesto například v kresbě byly patrné prvky panického vnímání: respondenti kreslili extrémně vyhublé postavy (tedy v rozvinutém stádiu nemoci) a navíc ještě jako depresivní. Tento výzkum by mohl sloužit jako podkladová studie toho, jak jsou žáci s pojmem mentální anorexie seznámeni, zda znají podstatné parametry této nemoci a zda si uvědomují důsledky. Zároveň by mohl sloužit jako program primární prevence, kdy by si žáci připomněli nebezpečí, které tato nemoc představuje, a byli vždy připraveni o problémech s příjmem potravy mluvit a pomoci svým blízkým, pokud byli přesvědčeni o tom, že takovou nemocí trpí.

V rámci etiky výzkumu došlo k seznámení respondentů s „novými“ poruchami příjmu potravy. Jde o pro ně ne zcela známé (zatím) a diskutované poruchy příjmu potravy, které teprve nyní vstupují na scénu a na svůj největší „boom“ teprve čekají. V závěru seznámení s těmito novými informacemi bylo žákům opět připomenuto, kde mohou vyhledat pomoc, pokud se u nich nebo u jejich blízkých některá s poruch příjmu potravy vyskytne. Byla jim zopakována jména institucí, která působí ať už celorepublikově, nebo v rámci krajů, ve kterých byl výzkum prováděn.

Celý výzkum byl velmi orientován na rozsah práce a korespondoval s typem práce, v rámci které byl tvořen a ve které byl publikován. Avšak to z něj nedělá o nic méně validní výzkum a osobně si myslím, že přinesl zajímavé poznatky a informace. Pro mne byl nejvíce zajímavý soubor dat kreseb, u čehož mne překvapilo, jak moc depresivně na adolescenty anorektičtí lidé působí. Zároveň byl pro mne překvapující fakt, že chlapci vnímají štíhlost výrazně jinak a na jiné hranici než dívky. V neposlední řadě mne překvapila nápaditost a různorodost u popsaných příběhů, které bych od takto mladých respondentů nečekala. Z příběhů lze usuzovat, že tento pojem není pro celý výzkumný vzorek cizím termínem a opravdu mají jisté konkrétní asociace s daným pojmem, díky kterým se orientují v dnešním světě a co je základem jejich individuálního vnímání. Na základě výsledků daného výzkumu by mohla být zformulována celá řada dalších

podrobnějších výzkumů s jedinečným zaměřením, přičemž některé návrhy jsou popsány v kapitole Diskuze.

VI. SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY

Tištěné zdroje

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *British Journal of Clinical Psychology*, 3. S. 77-101.
- Durkheim, É. (1998). *Sociologie a filosofie*. Praha, Česko: Sociologické nakladatelství.
- Durkheim, É. (2004). *Společenská dělba práce*. Brno, Česko: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha, Česko: Portál.
- Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Překlad Petr Babka. Praha, Česko: Portál.
- Hayesová, N. (1998). *Základy sociální psychologie*. Překlad Vladimír Smékal. Praha, Česko: Portál.
- Helus, Z. (2011). *Úvod do psychologie: Učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha, Česko: Grada.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá E., & et al. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, Česko: Portál.
- Hytych, R. (2002). Sociální reprezentace smrti u pracovníků onkologického oddělení. *Československá psychologie*, 46. 462-471.
- Hytych, R. (2008). *Smrt a nesmrtelnost: Sociální reprezentace smrti*. Praha, Česko: Triton.
- Kant, I. (2001). *Kritika čistého rozumu*. Překlad Jaromír Loužil. Praha, Česko: Oikoymenh.
- Kocourková, J. et al. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha, Česko: Galén.
- Krch, F., & Csémy, L. (2009). Prevalence symptomů mentální anorexie u školní mládeže v České republice. *Československá psychologie*, 53. 140-148.
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha, Česko: Portál.
- Krch, F. D., & Marádová, E. (2003). *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy*. Praha, Česko: Výzkumný ústav pedagogický.
- Lawrence, M. (2008). *The Anorexic Mind*. Londýn, Anglie: Karnac Books.

- Lukšík, I., & Rušáková, L. (2001). Sociálne reprezentácie HIV/AIDS: Teoritecké východiská a slovenská sonda. *Československá psychologie*, 45. 152-165.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha, Česko: Portál.
- Marková, I. (2007). *Dialogičnosť a sociálna reprezentácia. Dynamika mysli*. Praha, Česko: Academia.
- Málková, I., & Krch, F. D. (2001). *SOS nadváha: Průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha, Česko: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. Farr & S. Moscovici (ed.), *Social representations* (s. 3-69). Cambridge, Anglie: University Press.
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno, Česko: Akademické nakladatelství CERM.
- Pavlová, B. (2010). Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy* (s. 36-55). Praha, Česko: Grada.
- Plichtová, J. (1998). Sociálne reprezentácie: teória, výskum, výzva. *Československá psychologie*, 42. 503-520.
- Plichtová, J., & Štulrajter, M. (2001). Sociálne reprezentácie individuálnych práv v diskurze mladej generácie. *Československá psychologie*, 45. 226-242.
- Řehulková, O., & Řehulka, E. (2001). Zátěžové situace u adolescentů a jejich percepce učiteli. In: *Psychologické otázky adolescence* (s. 120-128). Brno, Česko: Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Světová zdravotnická organizace. (2017). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10*. Praha, Česko: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Tyrlík, M., Plichtová, J., & Macek, P. (1998). Sociální reprezentace demokracie: Česko – slovenské srovnání. *Československá psychologie*, 42. 106-125.
- Vašutová, M., & Panáček M. (2013). *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Ostrava, Česko: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha, Česko: Portál.

- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha, Česko: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Česko: Portál.

Elektronické zdroje

- Anorexia. (2018). *Merriam-Webster, Incorporated* [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/anorexia>.
- Anorexia Nervosa. (2018). *Psychology Today* [cit. 2018-03-28]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/conditions/anorexia-nervosa>.
- Bidjari, A. F. (2011). *Attitude and Social Representation*. Teheran: Alzahra University. [cit. 2018-03-27]. Dostupné z: https://ac.els-cdn.com/S1877042811021343/1-s2.0-S1877042811021343-main.pdf?_tid=2eb2d73b-5f5c-4ece-95db-801f2a7a3fc9&acdnat=1522625606_a28a98a4eea2d09e17ccd046cb85e95e.
- Carcieri, E. (2015). Graphs on Eating Disorders. *Mirror-mirror* [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.mirror-mirror.org/graphs-on-eating-disorders.htm>.
- Hytych, R. (2006). *Sociální reprezentace smrti u populací theravádových mnichů a jejich podpůrců na Srí Lance* (Rigorózní práce). Brno, Česko: Masarykova univerzita. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/qs6r9/RigorozniPraceHytych.pdf>.
- Marková, I. (2012). *Social Representations As Anthropology of Culture*. Oxford: Oxford University Press [cit. 2018-03-03]. Dostupné z: <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195396430.001.0001/oxfordhb-9780195396430-e-23>.
- Morris, K. (2007). Anorexia Statistics. *Mirror-mirror* [cit. 2018-05-25]. Dostupné z: <https://www.mirror-mirror.org/anorexia-statistics.htm>.
- McLeod, S. (2018). Id, Ego and Superego. *Simply Psychology* [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://www.simplypsychology.org/psyche.html>.
- Novák, M. (2008). E-kontroverze: pro-anorektické weby. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 104 (4), s. 196–198 [cit. 2018-06-08]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_4_196_198.pdf
- Novák, P. (2009). Teorie sociálních reprezentací. *E-psychologie*, 3(1), 22-29. [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/novak.pdf>.
- Pedersen, T. (2018). Regression. *Psych Central* [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://psychcentral.com/encyclopedia/regression/>.

VII. PŘÍLOHY

Příloha A: Materiály rozdané respondentům

1. Ježek k mentální mapě

dívka / chlapec; věk: _____

osobní zkušenost (rodina, kamarádi, známí): ano/ne

Co se ti vybaví, pokud slyšíš pojem mentální anorexie?

Ještě jednou děkuji za účast ve výzkumu o znalostech a pocitech.

Napiš cokoli, co tě napadne ve spojení s tímto pojmem. Neboj se využít všechny odrážky, případně své asociace dopiš pod obrázek. Zároveň neměj obavy, pokud nezaplníš všechny odrážky.



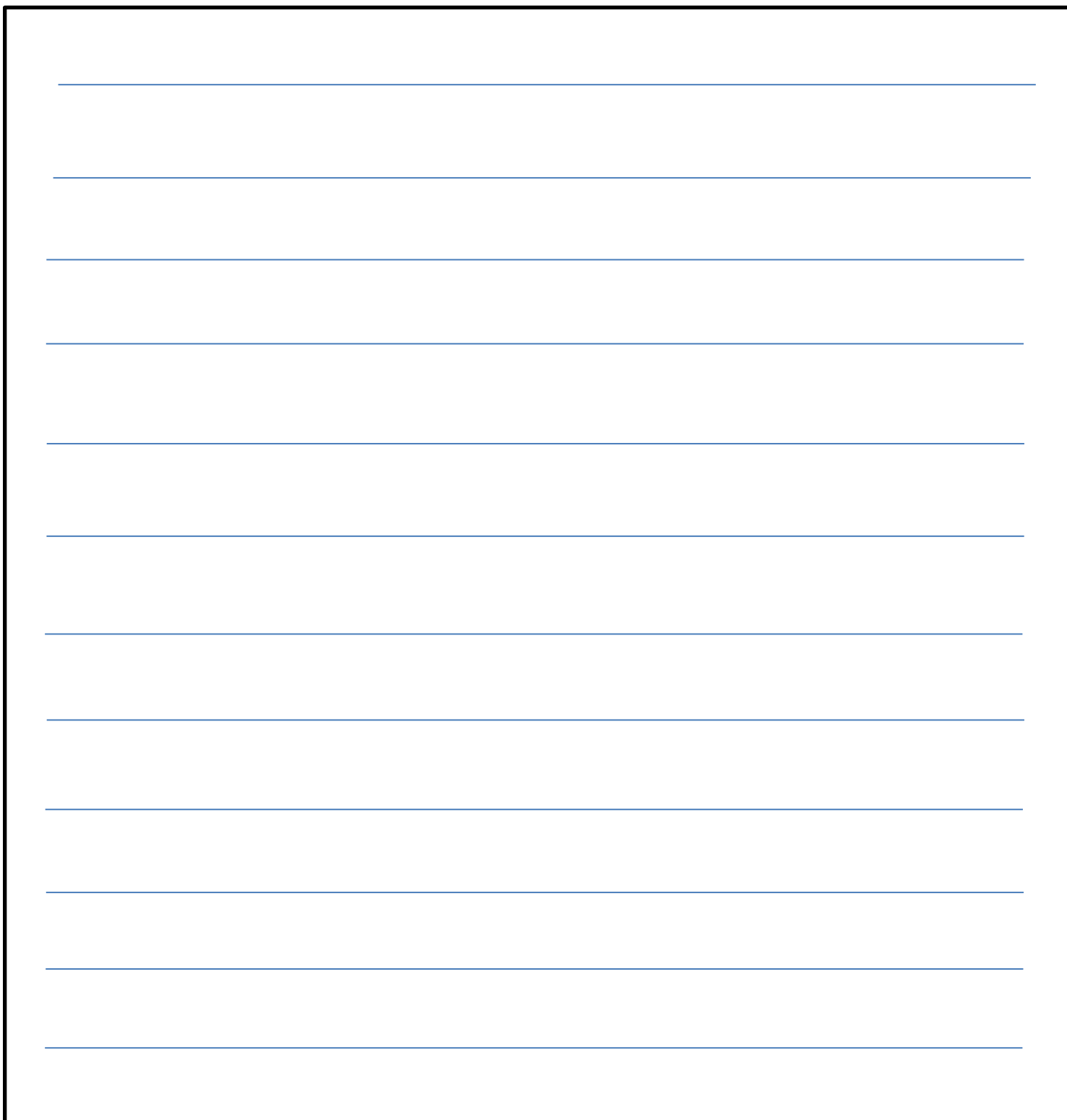
2. Příběh člověka s mentální anorexií

dívka / chlapec; věk: _____

osobní zkušenost (rodina, kamarádi, známí): ano/ne

Příběh člověka s mentální anorexií

Napiš příběh o člověku, který trpí mentální anorexií. Jak takový člověk vypadá? Jak se mu to přihodilo? Z jaké pochází rodiny? Co prožívá? Jak vypadá jeho den? Svoji představu podpoř obrázkem, který se ti vejde na druhou stranu listu. Neváhej druhé strany využít i v případě, že se tvůj příběh nevejde na tuto stranu.



A large rectangular box with a black border, containing horizontal blue lines for writing. The box is intended for the student to write their story and draw a picture.

Příloha B: Ukázka příběhů respondentů

Příběh č. 1:

„Byla jednou jedna dívka, měla o pár kilo navíc. Nic strašného, ale úplně hubená nebyla. Děti ve škole se jí posmívaly, na ulicích na ni pořvávaly. Bylo jí 13, takže to brala hodně vážně. Byla jedináček a jmenovala se Ema. Ema začínala odmítat jídlo. Všechno, co jí rodiče dali, odnesla do pokoje a potom potají vyhodila. Její rodiče si ničeho nevšimli, dokud nezačala hodně hubnout. Začali si toho všimnout i její spolužáci. Její hubené tělo jí všichni chválili, ale ona jim chtěla ukázat, že to zvládne ještě líp. Když to rodičům už přišlo divné, začali ji nutit, aby jedla před nima. Emě to vadilo, protože už nechtěla tloustnout. A tak začala jídlo zvracet. Rodiče ji museli vzít k doktorovi a ten ji nechal v nemocnici. Vytrhala si kapačku a jehlou si podřezala žíly. Než ji doktoři našli, zemřela.“

Dívka, 13 let, základní škola, bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

Příběh č. 2:

„Zemřel. Zemřel jí táta. První pocity? Strašný! V tu chvíli se jí to úplně přehodilo v hlavě, jako by přeskočilo. Je jí 15. Hezká, sportovní postava. Chytrá a učenlivá holčička. A najednou to šlo ke dnu. Začala mít velký odpor k jídlu. Byla úplně na dně. Přestávala se bavit s lidmi, začala být sama. Přestávala jíst a hrozně hubla, ale všem říkala, že je OK, že je úplně v pohodě. Na začátku měla 53 kilo. Máma se jí snažila aspoň trochu donutit jíst. Zkolabovala. Skončila na jipce ve fakultní nemocnici. Po pár dnech jí začaly selhávat orgány. Snášela to strašně ona i její okolí. Po 4 dnech v nemocnici jí selhaly orgány a zemřela.“

Dívka, 14 let, základní škola, s osobní zkušeností s mentální anorexií

Příběh č. 3:

„Byla jednou jedna patnáctiletá dívka. Měla 175 cm a její váha byla normální. Ale v rodině se stalo neštěstí. Psychicky to nezvládla. Nejdříve přestala vnímat, a pak úplně přestala jíst. Jídlo jí dělalo takový odpor, že když ho jenom viděla, tak se jí udělalo špatně. Rodiče si toho nevšimli, protože dívka jedla, ale jenom před nima, pak to z ní šlo ven. A takhle to dělala pořád, dokud jedla před rodiči. Samozřejmě pokud to šlo, tak se vždycky na něco vymluvila. Šlo to s ní z kopce. Když se to rodiče dozvěděli, tak se pokusili jí v tom zabránit. Skončila v ústavu. Tam se z toho časem dostala, ale furt nejedla úplně.“

Chlapec, 14 let, základní škola, bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

Příběh č. 4:

„Takového člověka si představím jako 14letou holku, která je vyhublá na kost. Byla to normální holka, co přestoupila na gympl. Jednou potkala své bývalé spolužáky (ze kterých se staly děcka 21. století – kouří, pijí alkohol...), kteří se do ní ihned pustili, jak strašně ztloustla, že vedle jejich holek vypadá jak bečka. Zbytek si lze domyslet. Začala nadměrně cvičit, ale to nepomáhalo, tak pomalu ale jistě přestávala jíst. Rodina ji v tom moc nepodpořila. Měla staršího bratra, génia na matiku a fyziku, čímž si u rodičů vysloužil 1. místo. Někdy si říkala, zda si vůbec všimli, že existuje? Toho, že jejich dcera shodila 15 kg, která neustále pláče po nocích a sem tam jí není cizí sebepoškozování, si vůbec nevšimli. A neustále před ní chválili jejich syna, který se začal přibližovat k MatFyzu. Neustále pláče, přátelé se k ní otočili zády, pomlouvají ji, učitelé jsou na ni zasednutí, rodina ji ignoruje a sporty, které jí všechno nahrazovaly, pro ni ztratily smysl a přestaly ji naplňovat. Pro ni jediné řešení ze situace? Když ji nezabije hlad, sebevražda ano.“

Dívka, 14 let, víceleté gymnázium, bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

Příběh č. 5:

„Berta, 16 let. Byla holka s normální postavou, chodila na základní školu. Její spolužáci ji šikanovali a říkali, že je tlustá. Dlouhou dobu to snášela, ale později přestala, protože si neměla s kým promluvit o tom, co se jí děje. Každý den, když přišla domů, brečela a nevěděla, co má dělat, hodně se trápila. Postupně jedla méně, ze začátku měla často hlad, ale říkala si, že potřebuje být hubenější. Po pár týdnech jedla častou pouze 2x denně. Její spolužáci si toho všímali, už začínala být hubenější. Ale pořád jí říkali, že má nadváhu a že je ošklivá. Nemohla se svěřit ani doma, neměla tátu a máma doma skoro nebyla. Chtěla zůstat doma, aby nemusela vídat ty, co jí šikanovali, tak začala mámě říkat, že jí je špatně a ta jí nechávala doma. Postupně i ta si začínala všimnout, že není něco v pořádku a vyhledala jí psychologa a výživového poradce. Berta se vyléčila a změnila školu.“

Chlapec, 14 let, víceleté gymnázium, bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

Příběh č. 6:

„Ahoj, jmenuju se Emílie, ale kamarádi mi říkají Em. Moje máma je štíhlá, ale po tátovi jsem zdělila trochu zakulacený tvar. Jako malé mi to nikdy nevadilo, ale když jsem měla nastoupit na střední, jedna skupinka z naší třídy se mi kvůli tomu začala posmívat. Zprvu mi to nevadilo a ignorovala jsem je, ale pak jsem se nad tím zamyslela a došla k názoru, že mají pravdu. Tím to také všechno začalo. Věděla jsem, že nás před tím ve škole varovali, ale i přes to jsem to udělala.“

Od té doby jsem prakticky nesnídala, svačiny vyhazovala a večere jsem nakonec večer vždy vyzvracela. Už si nepamatuju, jak dlouho toto období trvalo, ale začínalo to na mě být vidět. V obličeji jsem byla bílá, celý den slabá a pořád se mi chtělo spát. Bála jsem se s tím svěřit kamarádům a rodičům, ale mí kamarádi na to stejně přišli. Prvně mi to chtěli rozmluvit, ale nakonec to řekli mým rodičům. Máma byla hrozně zklamaná a smutná a začala dohlížet na to, abych vše, i když po menších dávkách, snědla. Zkoušela se mnou chodit za různými doktory a s pomocí rodiny a přátel jsem se z toho dostala. Teď už to budou 2 roky a já na to stále vzpomínám jako na jedno z nejhorších období mého života. Toto je rada pro všechny, kdo se svým vzhledem nejsou spokojeni. Je to jedno, jak vypadáte, ale jací jste.“

Dívka, 14 let, víceleté gymnázium, bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

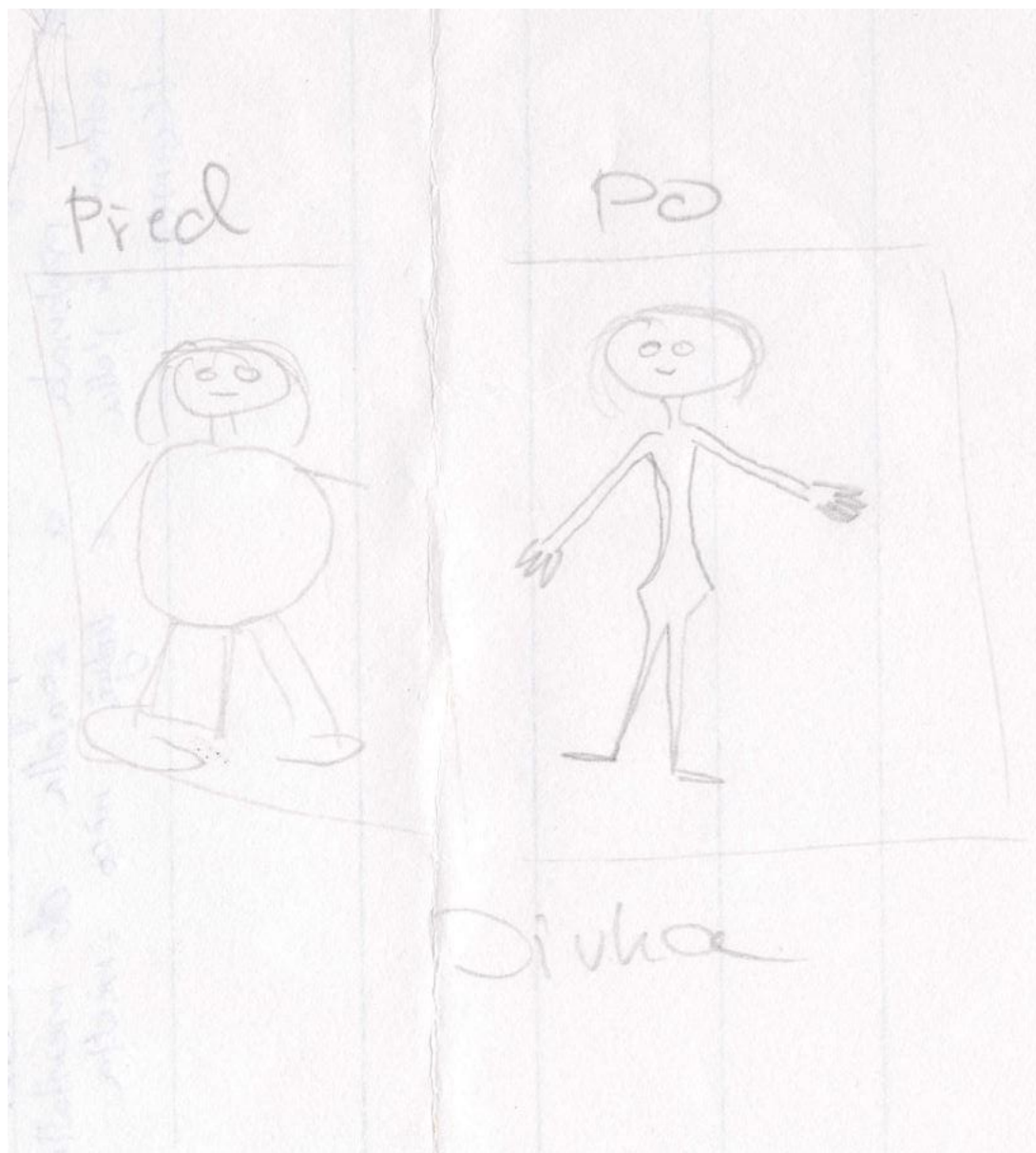
Příběh č. 7:

„Je ráno. Vstala a koukla se na sebe do zrcadla. Opět stejný pocit, pocit nedokonalosti a nadváhy. Sebelítost nezná mezí. Každý „obyčejný“ člověk by vstal a šel se nasnídat. Ona ne. Mentální anorexie jí zakazuje cokoli pozřít. Trpí jí kvůli svému studiu tance na konzervatoři., její trenér jí neustále opakuje, jak je tlustá a že by kvůli svému studiu měla zhubnout. Jediné, co ráno neudělá, je to hlavní, snídaně. Vyráží ven do města za kamarády a všichni společně obědvají až na ni. Pokud by snědla jediné větší sousto, pohltil by ji pocit viny a to ona nedovolí. Během celého dne ani moc nepije, a pokud ano, tak zásadně vodu, nic víc. Odpoledne už ztrácí energii na to cokoli dělat kvůli nedostatku přísunu jídla a pití přes celý den, ona však nepodlehne a nenají se. Myslí si, že jí to okolnosti zakazují. Večer se vrátí domů, její rodiče jsou nešťastní kvůli životosprávě jejich dcery. Něco málo ji donutí sníst. Jde do pokoje a podívá se do stejného zrcadla jako ráno. Zase ten pocit. Pocity viny, lítosti, nadváhy a mnohého dalšího ji donutí jít na záchod a pomocí prášků ze sebe jídlo bez jakéhokoli trávení dostat. Do večera už ani nic nepije, dnes toho podle ní snědla a vypila až přespříliš. A další den pokračuje nanovo, avšak úplně stejně jako ten předchozí... Bez jídla a pití... Ten pocit viny.“

Dívka, 13 let, víceleté gymnázium, s osobní zkušeností s mentální anorexií

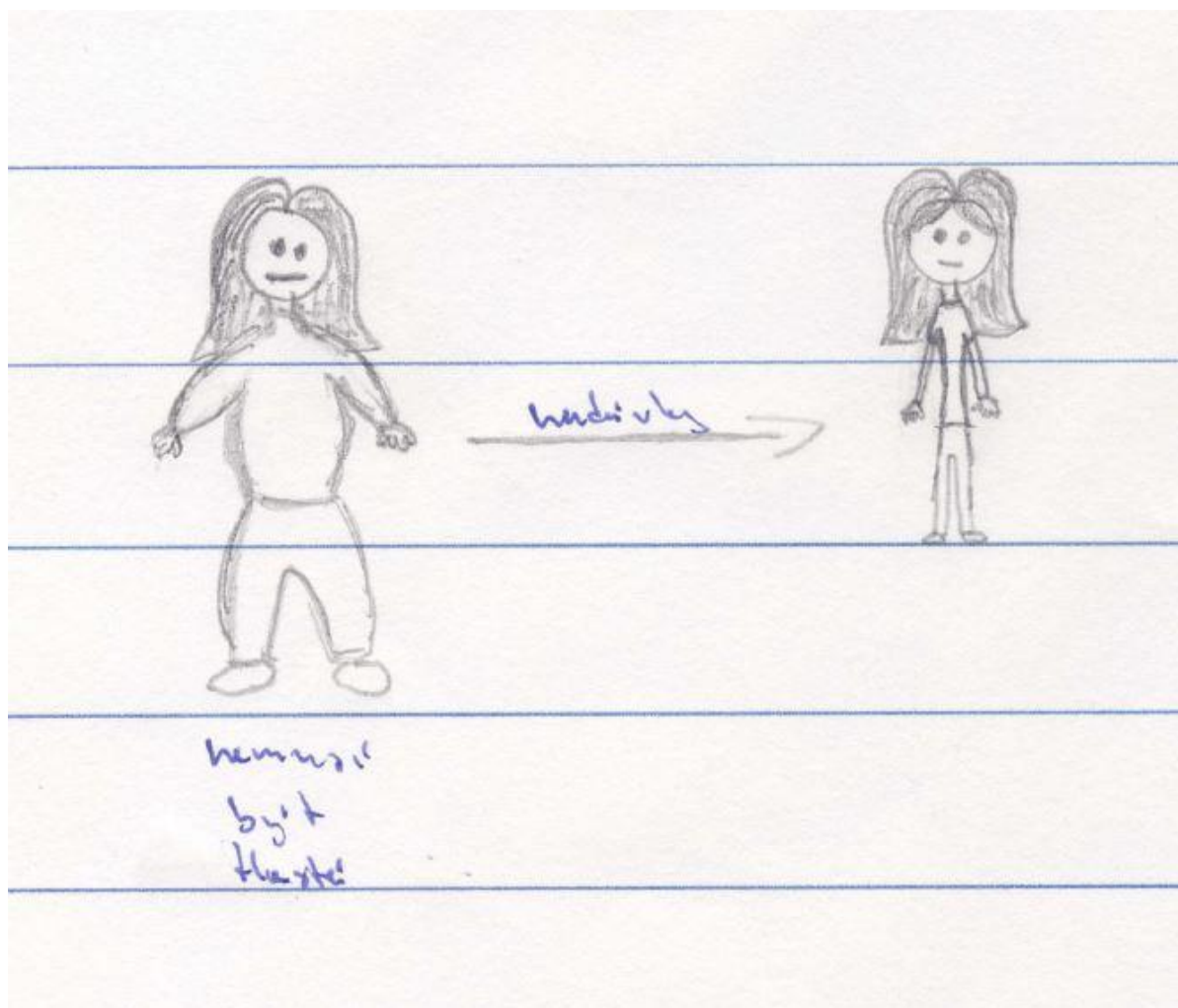
Příloha C: Ukázka kreseb respondentů

Kresba č. 1:



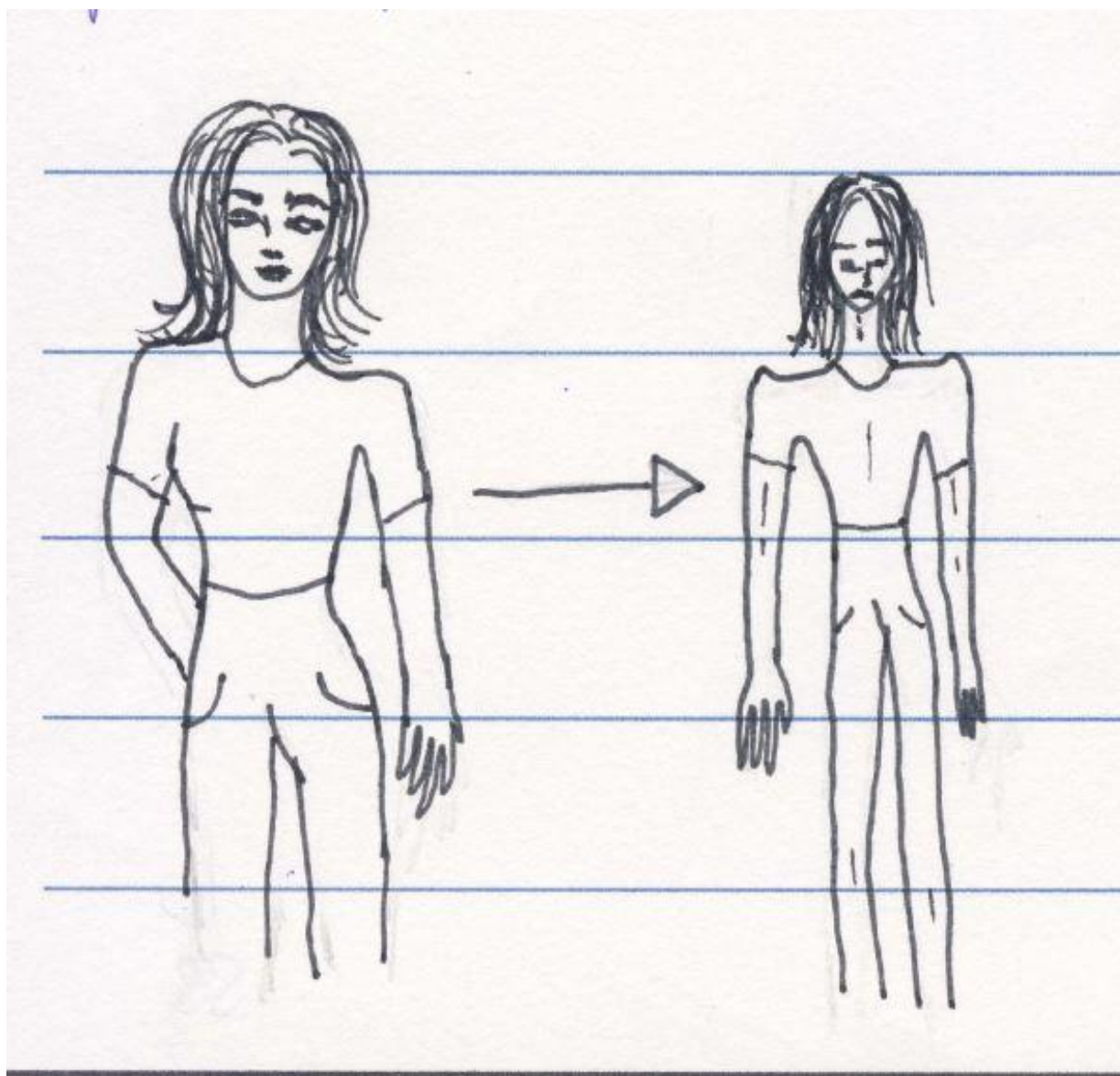
Chlapec, 14 let, základní škola, bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

Kresba č. 2:



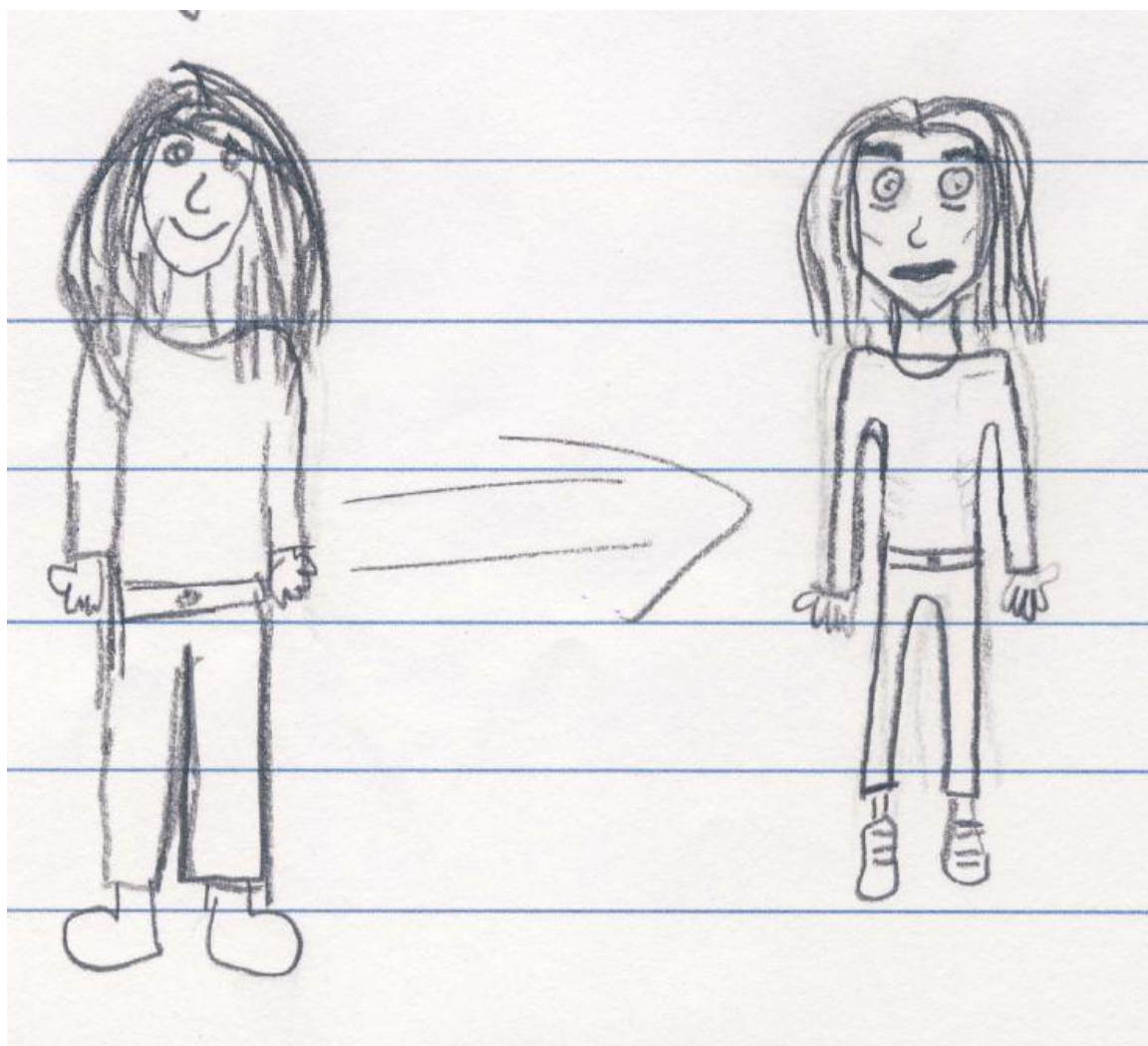
Dívka, 14 let, základní škola, bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

Kresba č. 3:



Dívka, 14 let, víceleté gymnázium, bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

Kresba č. 4:



Dívka, 14 let, víceleté gymnázium, bez osobní zkušenosti s mentální anorexií

Příloha D: Obrázky použité v testu výběru

Jako přílohu zařazuji dva obrázky použité v testu výběru, u kterých bylo zaznamenáno nejvíce odlišné hodnocení mezi chlapci a dívkami.

Obr. č. 6



Zdroj obrázku: <http://picturess.blog.cz/1307/inspirace-girls-body-2-dreambody>

Obr. č. 10



Zdroj obrázku: <http://celebwiki.blesk.cz/peoplegallery/1324?foto=22>

Příloha E: Prezentace o poruchách příjmu potravy

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Bc. Jana
Vokřínková

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

- **Mentální anorexie**
- **Mentální bulimie**
- **Záchvatovitě přejídání**

TYPICKÉ ZNAKY

- perfekcionismus
- nízké sebevědomí a sebeúcta
- impulzivní chování, problémy se zvládáním nálad

MENTÁLNÍ ANOREXIE

- ≠ anorexie
 - odpor k jídlu
 - většinou krátkodobý průběh
 - doprovodný jev jiného onemocnění, např. deprese, mentální anorexie, rakovina, úzkostná porucha, viróza apod.
- mentální anorexie
 - dlouhodobé psychické onemocnění

MENTÁLNÍ ANOREXIE

- dlouhodobá psychická nemoc
- může končit až smrtí (extrémní podvýživa, sebevražda)
- spouští ji „nárazové impulzy“ – úmrtí v rodině, rozchod, apod. -> tyto problémy „řeší“ odmítáním potravy
- začíná nejčastěji v pubertě (14-18 let), ale není podmínkou
- úmyslné snižování tělesné hmotnosti (snížený příjem tekutin a potravy, extrémní cvičení)

MENTÁLNÍ ANOREXIE

- většinou ženy, ale muži nejsou výjimkou
- odmítnutí potravy, případně zvracení
- fyzické i psychické důsledky
 - zpomalení metabolismu, suchá praskající kůže, záněty plic, vliv na CNS – poruchy paměti, křeče, svalová slabost, reprodukční problémy
 - pocity smutku, osamocení, zoufalství, bezmoc, deprese
 - sebepoškozování, sebevražedné sklony

MENTÁLNÍ BULIMIE

- psychické onemocnění
- záchvatovité přejídání -> epizody „očisty“
= vyvolávání zvracení, průjmu
- typický věk: 13-18, ale i dříve/déle
- stárnutí kůže, vypadávání zubů, nehtů, dokonce slepota
- ztráta kontroly nad stravováním
- pocit viny (zklamali a podlehli přejídání)

MENTÁLNÍ BULIMIE

- fyzické důsledky: celková únava, dehydratace, suchá kůže, poškození zubů a dásní (může vést ke ztrátě chrupu), bolesti břicha, nadýmání a problémy se střevy, nepravidelný srdeční rytmus, reprodukční problémy
- psychické důsledky: deprese, úzkosti, závislosti na drogách a alkoholu, sebepoškozování, sebevražda
- může vést až ke smrti

ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ

- psychické onemocnění
- záchvatovitá konzumace velkého množství jídla za krátkou časovou jednotku
- doprovázeno pocitem studu, viny, znechucení ze sebe sama
- nedochází k eliminačním metodám (zvracení, nadužívání projímadel, cvičení)
- výsledek není vyhublé tělo, ale nadváha

NOVÉ TYPY PPP

- Ortorexie
- Bigorexie
- Drunkorexie

- ve své extrémní podobě stejně nebezpečné jako předchozí
- hranice mezi zájmem, životním stylem a nemocí, která vážně ohrožuje zdravotní stav člověka

ORTOREXIE

- posedlost zdravou výživou
- hlavní náplň času: orientace na zdravou stravu, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí
- strach z nezdravého jídla
- jídelníček se ztenčuje na minimum -> podvýživa
- velmi často myslí na jídlo
- úzkosti a deprese -> pocit osamění a skutečná izolace
- častěji u žen
- nezdravé potraviny = jedy, kterými by se nemocný po jejich požití jistě otrávil nebo by určitě vážně onemocněl



BIGOREXIE

- týká se tělesných proporcí – posedlost vlastním vzhledem
- porucha vnímání vlastního těla
- nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve fyzické zdatnosti
- zejména u mužů
- připadají si slabí, malí

BIGOREXIE

- touha po kulturistickém vzhledu
- závislost na posilování, zneužívání bílkovinných potravinových doplňků a látek podporujících svalový růst a ovlivňující metabolismus
- overuse syndrom = poškození pohybového aparátu dlouhodobým přetěžováním
- přetěžovaný trávicí systém, ledviny, játra

BIGOREXIE

- trpí nadváhou – záměrně vysoký příjem energie kvůli svalovému růstu
- ztráta společných témat s kamarády, přednost má fitcentrum před ostatními
- finanční problémy (fitness, doplňky x ztráta zaměstnání)





DRUNKOREXIE

- redukování příjmu potravy -> snížení příjmu kalorií + moci pít více alkoholu
- tvrdý alkohol = kalorický nápoj
- úzkost z přibírání na váze
- kombinování tvrdého alkoholu + energetických nápojů -> zvyšování výdeje energie x ale nebezpečné!
- více u žen
 - asi 30 % dívek (18-24)

DRUNKOREXIE

- problém: rychlejší vstřebávání alkoholu v žaludku -> silnější účinek
- úzkost při snaze kontrolovat své pororce, nespokojenost z nezdaru
- společenské problémy: opakovaná podrážděnost z hladu či rychlé opilosti z pití na lačno

LÉČBA PPP

- psychoterapie
- antidepresiva
- příp. léky potlačující zvracení
- nekontrolovat tělesnou hmotnost, kontrola nad cvičením

KONTAKTY

- OS Anabell Praha
 - <http://www.anabell.cz/>
 - pomoc nemocným a jejich blízkým
 - účel: společné hledání cesty k plnohodnotnému životu bez poruchy příjmu potravy
- Psychiatrická klinika FN HK
 - <https://www.fnhk.cz/psych/soucasti-kliniky/oddeleni/denni-stacionar>
- Stopstigma – Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví
 - <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>
- Linka bezpečí
 - <https://www.linkabezpeci.cz/>
- Výchovný poradce/školní psycholog

ZDROJE

- <https://www.mojezdravi.cz/nemoci/bulimie-2022.html>
- <http://www.healthyandfree.cz/index.php/home-old/novinky-z-webu/item/390-psychogenni-prejidani>
- <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>

ZDROJE

- <http://www.anabell.cz/>
- <https://www.fnhk.cz/psych/soucasti-kliniky/oddeleni/denni-stacionar>
- <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>
- <https://www.linkabezpeci.cz/>