

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Psychogenní přejídání a jídlo v životě adolescenta

Bakalářská práce

Autor: Iveta Fantová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii
Vedoucí práce: Mgr. Olga Válková Tarasová
Oponent práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D



Zadání bakalářské práce

Autor: Iveta Fantová
Studium: P18P0139
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních

Název bakalářské práce: **Psychogenní přejídání a jídlo v životě adolescenta**

Název bakalářské práce Binge eating disorder and the role of food in adolescent life
Aj:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tématem bakalářské práce je problematika jedné z poruch příjmu potravy - psychogenní přejídání. Je zaměřena především na onemocnění samotné, ale také se věnuje adolescenci a roli jídla v životě adolescenta. Jsou zde popsány faktory ovlivňující vznik psychogenního přejídání, jeho projevy, důsledky a možnosti léčby. Praktická část se zaměřuje na zkoumání jídelních návyků u adolescentů, jejich postojů k jídlu a sobě samému v souvislosti s jejich rodinným, sociálním, školním i mimoškolním prostředím. Cílem práce je zmapovat možnosti prevence a podpory adolescenta sociálním pedagogem.

FRANĀKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, Jana a MALICHOVÁ, Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovitě přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80.247-2425-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Olga Válková Tarasova

Oponent: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 1.2.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou závěrečnou práci „Psychogenní přejídání a jídlo v životě adolescenta“ vypracovala pod vedením vedoucí závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu. Také prohlašuji, že bakalářská závěrečná práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

V Hradci Králové dne

.....

Iveta Fantová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Olze Válkové Tarasové za odborné vedení práce a za cenné rady. Také bych chtěla z celého srdce poděkovat svým rodičům a přátelům za jejich podporu v průběhu psaní. Poděkování patří i všem respondentům, kteří byli v této náročné době ochotni se podílet na mém výzkumném šetření.

Anotace

FANTOVÁ, Iveta. *Psychogenní přejídání a jídlo v životě adolescenta*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 105 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychogenního přejídání jakožto jednou z poruch příjmu potravy. Teoretická část se zaměřuje na zařazení psychogenního přejídání do spektra poruch příjmu potravy a věnuje se mu podrobněji. V práci jsou uvedeny faktory pro vznik a rozvoj tohoto onemocnění, jeho projevy, důsledky a léčba. Dále se práce zabývá obdobím adolescence, poruchami příjmu potravy typické pro dětský a adolescentní věk, vývojem jídelního chování a postoji k jídlu u dětí a adolescentů. Zvláštní důraz je kladen na celkový kontext současného společenského klima a jeho vlivu na adolescenty. Teoretická část se věnuje i sociálnímu pedagogovi, dále jeho možnostem a limitům v prevenci či podpoře jedince s poruchou příjmu potravy. Cílem bakalářské práce je zmapovat možnosti prevence a podpory adolescenta sociálním pedagogem. Tento cíl je naplněn s oporou o teoretickou a empirickou část. Empirická část zahrnuje výzkumné šetření, které využívá kvantitativní metody sběru dat. Cílem výzkumného šetření je zjistit, kde, jak často a jakou formou se adolescenti setkávají s problematikami poruch příjmu potravy, vztahu k jídlu a k jejich tělu. Orientuje se také na adolescenty a jejich postoje k jídlu a tělu. Výsledky práce poukázaly na to, že adolescenti velmi často vyžadují interaktivní, hravý a diskusní charakter prevence. Sociální pedagog tak může být dospívajícímu podporou v tomto náročném vývojovém období plných změn a s tímto požadovaným charakterem přímo pracovat.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, psychogenní přejídání, adolescence, prevence a podpora, sociální pedagog

Annotation

FANTOVÁ, Iveta. *Binge eating disorder and the role of food in adolescent life*. Hradec Králové: Pedagogical fakulty, University of Hradec Králové, 2021. 105 p. Bachelor thesis.

The bachelor thesis deals with the issue of binge eating disorder as one of the eating disorders. The theoretical part focuses on the inclusion of binge eating in to the spectrum of eating disorders and focused on more detailed analysis. The paper presents the factors for the onset and development, manifestations, consequences and treatment of binge eating disorder. Furthermore, the work deals with the period of adolescence, eating disorders typical of children and adolescents, the development of eating behavior and attitudes towards food among children and adolescents. Special emphasis is placed on the overall context of the current social environment and its impact on adolescents. The theoretical part also deals with the role of social pedagogue, as well as his capabilities and limits in the prevention or support of an individual with an eating disorder. The aim of the bachelor thesis is to map the possibilities of prevention and support of an adolescent by a social pedagogue. The thesis goal is achived and supported with theoretical background and empirical research. The empirical part includes a research survey that uses quantitative methods of data collection. The aim of the research is to find out where, how often and in what form adolescents encounter problems of eating disorders, relationship to food and their body. It also focuses on adolescents and their attitudes towards food and the body image. The results of the paper showed that adolescents very often require an interactive, playful and discussion-based forms of prevention. The social pedagogue can thus be a support for the adolescent in this demanding period of development full of changes and work directly with this desired character.

Keywords: eating disorders, binge eating disorder, adolescence, prevention and support, social pedagogue

Obsah

Úvod.....	9
1 Vymezení psychogenního přejídání v kontextu dalších poruch příjmu potravy.....	11
1.1 Přehled poruch příjmu potravy.....	11
1.2 Psychogenní přejídání	14
2 Charakteristika současného adolescenta v kontextu poruch příjmu potravy.....	26
2.1 Charakteristika adolescence	26
2.2 Poruchy jídelního chování u dětí a adolescentů	30
2.3 Vývoj jídelního chování a postojů k jídlu u dětí a adolescentů	31
2.4 Specifika současné adolescence	33
2.5 Společenské klima a jeho vliv na adolescentovo tělesné sebepojetí.....	34
3 Role sociálního pedagoga v oblasti poruch příjmu potravy	39
3.1 Sociální pedagog	39
3.2 Prevence v oblasti PPP	40
3.3 Sociální pedagog a jeho možnosti i limity v oblasti prevence a podpory PPP	42
4 Empirický výzkum	49
4.1 Popis výzkumu a metodologie	50
4.2 Výzkumný soubor, charakteristika respondentů a předvýzkum	51
4.3 Interpretace výsledků výzkumného šetření	53
4.4 Vyhodnocení hypotéz.....	82
4.5 Shrnutí výzkumu	86
Závěr	89
Seznam použitých zdrojů.....	91
Seznam zkratk	100
Seznam tabulek	101
Seznam grafů	104

Seznam příloh	105
---------------------	-----

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou především v ekonomicky vyspělých západních zemích, kam bych zařadila i Českou republiku, velmi rozšířené, proto věřím, že není žádný pochyb o tom, že se v průběhu života každý z nás setká s někým, i kdyby nepřímo, kdo takovým onemocněním trpí či v průběhu života trpěl. Mnohdy však nemáme tušení, jak takovému jedinci podat pomocnou ruku nebo si neuvědomujeme závažnost této problematiky.

Téma mé bakalářské práce nese název „*Psychogenní přejídání a jídlo v životě adolescenta*“. Oblast psychogenního přejídání jsem si zvolila proto, že přestože se momentálně jedná o jednu z nejčastějších poruch příjmu potravy, není ve společnosti o její závažnosti ještě tak veliké povědomí jako o dalších onemocněních z tohoto spektra. Dále jsem také přesvědčena, že problematika narušeného jídelního chování či tělesného sebepojetí je stále velmi aktuální. Při specifikaci a tvoření konceptu mé práce jsem především vzpomínala na všechny jedince, se kterými jsem se měla možnost osobně setkat já sama a pro které problematické jídelní chování či tělesné sebepojetí bylo či stále je jedním z jejich hlavních životních témat.

Pokud se podíváme na porovnání let 2011 až 2017, které přinesl ÚZIS (2018), můžeme v něm sledovat výrazný nárůst dětských a adolescentních pacientů trpících poruchou příjmu potravy. To, jakou paseku může napáchat porucha příjmu potravy ve vyvíjejícím se organismu dospívajícího, může být však v některých případech bohužel i nevratné. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla ve své práci zaměřit právě na adolescenty, se kterými mnohdy sociální pedagog může pracovat a má tak šanci se podílet na prevenci vzniku a rozvoje tohoto komplexního onemocnění, kterými poruchy příjmu potravy bezesporu jsou.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na spektrum poruch příjmu potravy a dále rozvíjí psychogenní přejídání, o kterém přináší souhrnné informace. Snaží se zvýšit povědomí o této problematice, a proto jsou v ní uvedeny faktory ovlivňující vznik a rozvoj, projevy, důsledky i možnosti léčby psychogenního přejídání. Dále se práce věnuje období adolescence, které je pro vznik a vývoj poruch příjmu potravy velmi rizikové, poruchám příjmu potravy typické pro dětský a adolescentní věk, vývoji jídelního chování a postojů k jídlu u dětí a adolescentů.

Zvláštní důraz je kladen na celkový kontext současného společenského klimatu, ve kterém se adolescent nachází, protože je důležité, aby sociální pedagog pochopil, jak toto klima ovlivňuje sebepojetí jedince.

Hlavním cílem bakalářské práce je s oporou o odbornou literaturu zmapovat možnosti prevence a podpory adolescenta sociálním pedagogem, proto se teoretická část práce věnuje i sociálnímu pedagogovi a jeho roli v problematice poruch příjmu potravy. Hlavní cíl se práce pokusí naplnit i pomocí její empirické části, která obsahuje kvantitativní výzkum. V této části se práce zaměří především na zmapování přítomných postojů adolescentů k jídlu a jejich tělu, ale zároveň na jejich zkušenost i potřeby v oblasti prevence poruch příjmu potravy. V závěru se práce pokusí shrnout, jak by sociální pedagog mohl být prospěšný na poli aktuálních potřeb současného adolescenta.

1 Vymezení psychogenního přejídání v kontextu dalších poruch příjmu potravy

1.1 Přehled poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) se vyznačují přetrvávajícím narušením stravovacích návyků nebo jídelním chováním, které vedou ke změně spotřeby či absorpci potravy a významně narušují fyzické zdraví nebo psychosociální fungování jedince. (DSM-V, 2013). Papežová (in Papežová a kol., 2010, s. 126) chápe „*Poruchy příjmu potravy jako kontinuum patologického jídelního chování a multifaktoriálních onemocnění, která je nutno hodnotit a léčit v širokém bio-psycho-sociálním kontextu.*“ Ve své aktuálnější práci Papežová (2020) dodává, že PPP mohou být vysvětlovány jako maladaptivní chování motivované snahou vyrovnat se s déletrvajícím stresem, frustrací nebo traumatem. Nejznámějšími poruchami příjmu potravy jsou bezesporu mentální anorexie a mentální bulimie. V posledních letech se však větší pozornost věnovala také psychogennímu přejídání a na tuto skutečnost např. poukázala již Papežová (in Papežová a kol., 2010). Diagnostická kritéria poruch příjmu potravy, která se využívají v klinické praxi i při výzkumu můžeme nalézt v 10. verzi mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) nebo v 5. verzi diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (dále jen DSM-V). Než se však pustím do vysvětlování jednotlivých PPP, uvádím zde pro lepší přehled jejich výčet podle zmíněné klasifikace a manuálu.

(MKN-10, 2008):

1. Mentální anorexie (F 50.0)
2. Atypická mentální anorexie (F 50.1)
3. Mentální bulimie (F 50.2)
4. Atypická mentální bulimie (F 50.3)
5. Přejídání spojené s psychologickými poruchami (F 50.4)
6. Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F 50.5)
7. Jiné PPP (F 50.8.)
8. Porucha příjmu potravy NS (F 50.9)

(DSM-V, 2013):

1. Pika (307.52)
2. Ruminace (307.53)
3. Vyhubavý/omezující příjem potravy (307.59)
4. Mentální anorexie (307.1)
5. Mentální bulimie (307.51)
6. Psychogenní přejídání (307.51)
7. Další specifické PPP (307.59)
8. Nespecifické PPP (307.50)

Nejprve bych ráda blíže vysvětlila mentální anorexii a bulimii, protože tím, že patří mezi nejčastější PPP, tak se s nimi sociální pedagog pravděpodobně ve své praxi setká. Dále uvádím některé méně časté typy PPP, které se však v posledních letech stávají známějšími. Pozice fenoménu psychogenního přejídání ve spektru PPP je následující. PP je samostatně zahrnuto v nejaktuálnější verzi DSM-V a má své místo po boku s nejznámějšími formami PPP. Nicméně ačkoliv se ukazuje, že je tento typ PPP velmi rozšířený, dosud není samostatně zahrnut a popsán v MKN-10 a podle některých autorů je zde zatím uvedeno jeho zavádějící vymezení. PP se bude dále práce mnohem podrobněji věnovat.

Mentální anorexie (Anorexia nervosa)

Autoři (Procházková, Ševčíková 2017, Papežová a kol., 2010, Krch a kol. 1999) se shodují, že mentální anorexie (MA) je především známá svým základním rysem a tj. úmyslným snižováním hmotnosti. Termín *anorexie* můžeme překládat jako nechutenství, což jak například uvádějí (Procházková, Ševčíková, 2017) může být zavádějící z důvodu toho, že samotné nechutenství je obvykle až druhotným důsledkem hladovění jedince trpícího MA. Podle MKN-10 (2008) je anorexie doprovázena trvajícím strachem z tloušťky, který trvá i přes jedincovu výraznou nízkou tělesnou hmotnost. Dále ji doprovází zkreslená představa o vlastním těle a objevují se vtíravé či ovládající myšlenky k uchování podváhy.

Mentální anorexii můžeme dále rozlišit na dva specifické typy, a to na restriktivní a purgativní typ. Restriktivní (F50.01) je dle (Krch a kol., 1999, DSM-V, 2013) typický tím, že během epizody nedochází u jedince k opakovaným záchvatům přejídání jako na

rozdíl od typu purgativního (F50.02), při kterém k těmto záchvatům dochází. Při restriktivním typu je hubnutí dosaženo především dietou, půstem nebo nadměrným cvičením, zatímco při výskytu purgativního typu jedinec využívá některé z nadcházejícího chování. (tj. vyvolané zvracení, zneužití projímadel, diuretik nebo klystýru).

Mentální bulimie (Bulimia nervosa)

Dle Ševčíkové a Procházkové (2017, str. 9) je mentální bulimie (MB) „*porucha, kterou charakterizují opakující se záchvaty přejídání spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.*“ Jak uvádí Krch (1999), slovní spojení je odvozené například od slova *boulimos*, tj. nezdravý hlad. Nebo podle Ševčíkové a Procházkové (2017) od slova *bulimis*, které v doslovném překladu představuje býčí hlad. Cooper (1995) naznačil, že mentální bulimie může souviset s mentální anorexií. Mnoho jedinců s MB trpělo anorexií, nebo se u nich alespoň vyskytoval některý z jejích příznaků. Stejně jako MA i MB můžeme dělit na dva specifické typy, a to na restriktivní a purgativní typ. Restriktivní typ opět představuje např. dodržování hladovek, diet, intenzivní cvičení a purgativní typ pravidelné např. vyvolávané zvracení či využívání nepřiměřených prostředků (laxativa, diuretika) pro zachování hmotnosti. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Další typy PPP:

- 1. Syndrom nočního přejídání** – projevuje se tím, že je 25 % konzumace ze stravovacího režimu až po večeri nebo, že se jedinec minimálně jednou týdně v noci alespoň dvakrát probudí a konzumuje jídlo (Papežová in Papežová a kol., 2010).
- 2. Orthorexie** – představuje patologickou posedlost zdravou stravou. Podstatou je, že dodržování zdravého životního stylu a přemýšlení nad složením jídla zabírá dotyčnému velmi mnoho času. Současně se u jedince objevuje strach, že jídlo není zdravé, který může vést k zúžení palety potravin na její minimum, k výrazné podvaze jedince či k jeho sociální izolaci (Procházková, Ševčíková, 2017).
- 3. Drunkorexie** – jedinec redukuje energetický příjem, aby mohl navýšit množství vypitého alkoholu, který považuje za kalorický. Tato PPP je typická zejména u dospívající mládeže. (Procházková, Ševčíková, 2017).

4. **Bigorexie** – PPP vyskytující se spíše u mužů, která je typická posedlostí vlastním vzhledem a snahou dosáhnout svalové hmoty a velké fyzické zdatnosti. Jedinci si připadají stále nedostatečně vyvinutí, slabí, a proto dochází často ke zneužívání anabolických steroidů a jiných látek, které podporují růst svalové hmoty (Procházková, Ševčíková, 2017).

1.2 Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání (PP) je teprve před nedávnem představenou diagnostickou kategorií. V roce 1959 bylo poprvé popsáno stravovací chování typické pro PP (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016). Již Papežová (in Papežová a kol., 2010) poukázala na skutečnost, že se v posledních letech věnovala větší pozornost této PPP. Uvádí zde, že se jedinec s PP ustavičně zabývá jídlem a že je pro něj typické bažení po jídle tzv. „*craving*“, které někteří jedinci připodobňují touze po drogách a přejídání „*binge eating*“ s mučivým pocitem absence kontroly při epizodě, které se podobně vyskytuje u bulimických pacientů. Autoři (Jaššová a kol., 2020) uvádí, že kvantum jídla pozřeného během jedné epizody PP činí až 1500-4500 kcal (dvojnásobek běžného denního příjmu). Na rozdíl ale od zmíněné MB, mezi projevy PP nespádají žádné eliminační metody, které by zabraňovaly nárůstu jedincovy hmotnosti, a to i přestože jedinci konzumují nadměrné kvantum jídla.

Poprvé bylo PP samostatně uvedeno jako diagnóza v DSM-IV, ale nemělo zde ještě dostatečně ohraničená diagnostická kritéria. Jak už také výše uvádím, v aktuální verzi DSM-V je již diagnostika PP propracovanější. V MKN-10 najdeme PP pod kódem F50.4, kde je definováno přejídáním, které směřovalo k obezitě, jako reakci na stres. Toto vysvětlení přejídání je dle nejnovějších kritérií a celkového nahlížení na PP nevyhovující a současně zavádějící, protože v něm nenajdeme konkrétní kritéria, která by definovala PP, častost jeho epizod či související psychopatologii. Proč je toto vysvětlení také zavádějící je i fakt, že jedinec trpící PP nemusí současně splňovat kritéria obezity. Přestože je obezita u jedinců s PP pravděpodobnou komorbiditou, mohou být postiženi i jedinci s normální tělesnou hmotností či podváhou (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016). Aktuálně se obezita současně vyskytuje u jedinců s PP přibližně u 63 % z postižených tímto onemocněním ze spektra PPP (Jaššová a kol., 2020). Kviatkovská, Albrecht a Papežová (2016) uvádí, že PP je současně nejčastějším onemocněním ve skupině PPP. Stejně tvrzení potvrzuje poměrně nedávno publikovaná studie, ve které

autoři uvádí, že PP je nejčastějším onemocněním ze spektra PPP a, že jeho prevalence dosahuje až 7,8 % (Jaššová a kol., 2020).

Kritéria dle MKN-10 (2008):

- a) Opakované zabývání se jídlem, výrazná touha po jídle, epizody přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- b) Bez purgativního chování známého u mentální bulimie.
- c) Nepřiměřený strach z tloušťky. Snahy po získání nižší než optimální zdravé váhy. Epizody přejídání jsou četně spojovány s maladaptivním vyrovnáváním se stresovými situacemi.

Kritéria dle DSM-V (2013):

- a) Opakující se epizody záchvatového přejídání, které charakterizují obě z následujících možností: Za prvé, jezení v samostatném časovém období (např. v rámci jakéhokoli dvouhodinového období) množství jídla, které je rozhodně větší, než jaké by většina lidí snědla v podobném časovém období za podobných okolností. Za druhé, pocit nedostatečné kontroly nad jídlem během dané epizody (např. pocit, že člověk nemůže přestat jíst nebo kontrolovat, co nebo kolik toho jí).
- b) Epizody záchvatů přejídání jsou spojeny se třemi (nebo více) z následujícího jídelního chování:
 - 1. Jedinec jí mnohem rychleji než obvykle.
 - 2. Jedinec jí, dokud se nebude cítit nepříjemně plný.
 - 3. Jedinec jí velké množství jídla, když nemá fyzický hlad.
 - 4. Jedinec jí sám kvůli pocitu studu z toho, kolik toho sní.
 - 5. Jedinec se cítí znechucen sám sebou, je depresivní nebo se později cítí velmi provinile.
- c) Je přítomný výrazný neklid ohledně záchvatů přejídání.
- d) K epizodám záchvatů dochází v průměru alespoň jednou týdně po dobu 3 měsíců.
- e) Záchvatovité přejídání není spojeno s opakovaným používáním nevhodného kompenzačního chování, jako známe u bulimie a nedochází k těmto epizodám výlučně v průběhu epizody MA nebo MB.

Faktory PP

Někteří autoři vidí jádro problematiky PPP v rychle měnící se kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Jak už jsem zmiňovala výše, tak Papežová (in Papežová a kol., 2010) chápe PPP jako multifaktoriální onemocnění. PP, jako další PPP, můžeme chápat jako výsledek působení souhrnu faktorů biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních. I Krch (2005) uvedl, že skoro pokaždé se jedná o určitou konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových, biologických a genetických faktorů. Žádný z těchto faktorů se nevyskytuje odděleně a k pochopení etiologie PPP je třeba chápat komplex interakcí rozhodujících vlivů pro vznik PPP. Dále uvedl, že odborníci se shodují v tom, že jediným specifickým etiologickým faktorem, který velmi zvyšuje riziko vzniku a rozvoje PPP, je držení redukční diety.

Biologické a genetické rizikové faktory

Martásková a Papežová (in Papežová a kol., 2010) uvádějí, že studie dvojčat, rodin postižených či asociační studie prokázaly genetické činitele u PPP, obdobně jako u dalších psychických poruch, které často tvoří komorbidní onemocnění. Odhadovaný podíl těchto genetických činitelů se udává kolem 56–84 %. Mezi biologické rizikové faktory podmiňující vznik a rozvoj PPP bychom mohli zařadit ženské pohlaví, tělesnou hmotnost, rozložení tělesného tuku a celkový tvar postavy. Významné pro vznik a rozvoj PPP jsou také kritické fáze ve vývoji, jejichž přirozenou součástí jsou výrazné tělesné i psychické změny. Jedná se zejména o pubertu, adolescenci či těhotenství. (Krch, 2005). Zvláště pohlaví mnoho autorů považuje za silný rizikový faktor. Pavlová (in Papežová a kol., 2010) ukazuje, že mnohonásobně častěji trpí PPP ženské pohlaví. Např. záchvaty přejídání trpí ženy 2,5x více než muži. Nejrizikovější období vidí stejně jako Krch také v adolescenci či v rané dospělosti. Dále Pavlová uvádí, že faktory, které nelze měnit a jedná se zároveň o charakteristiky, jako je pohlaví, věk a etnický původ pomáhají odborníkům zaměřovat preventivní programy.

Osobnostní faktory

Odborníci zabývající se PPP poukazují na osobnostní a psychické faktory, které se u jedince vyskytovaly ještě před samotným rozvojem dané PPP. Může se jednat o nadměrné zaměření jedince na dosažení úspěchu, perfekcionismus, přičemž jedinec se

většinou nedoceňuje a má pocit, že nic neumí, takže se velmi kriticky sebehodnotí. Velmi častá je pochybnost o sobě samém, nadměrná přizpůsobivost, vyhýbavost, úzkostnost a zodpovědnost nejen k sobě, ale i k druhým. Faktory, které jsou více typické pro PP, jsou například impulzivita, sebekritičnost, emoční labilita, nezdrženlivost a zranitelnost, hraniční osobnost a depresivní nálada (Procházková, Ševčíková, 2017, Krch, 2005).

Impulzivita

Pavlová (in Papežová a kol., 2010) uvádí, že jednou z možných teorií, jak lze PP vysvětlit, je nedostatečná kontrola impulzů a zmiňuje existující asociaci mezi zneužíváním návykových látek a následujícím vznikem PPP.

Negativní životní události

Negativní události lze označit jako nesespecifické retrospektivní souvislosti. Tyto události často hrají roli ve vzniku PPP. Nezáleží jen na prožití takovéto negativní situace, ale důležitý je způsob, jak tyto události jedinec zvládne, protože u všech jedinců nevedou události tohoto typu ke vzniku jedné z PPP. Odborníky na PPP byla častěji zaznamenána opakovaná expozice takovým událostem, které jedinci způsobily trauma. Odborníci se také soustředili nejenom na kvantum prožitých událostí, ale také na samotný druh události. Takové události typické pro svůj vliv na vznik a rozvoj PPP se týkají např. sexuality, vleklých rodinných problémů, neadekvátního tlaku v jakékoliv sféře (na jedincův výkon, naléhání se sexuálním podtextem), trvalého nesouladu mezi rodiči, nebo mezi jedincem a jeho sourozencem, nebo chronického onemocnění v rodině (Pavlová in Papežová a kol., 2010). Procházková a Ševčíková (2017) také uvádějí jako častý zaznamenaný faktor vzniku a rozvoje PPP náhlou změnu v životě v podobě odloučení jedince od rodiny a jeho blízkých. Švédová a Mičová (2010) vysvětlují, že tyto negativní události mohou vést k pocitům méněcennosti či neschopnosti a protože jedinec nemůže tyto události kontrolovat a ovládat, tak tuto kontrolu přesune směrem ke zdokonalování svého těla. Krch (2005) také vnímá jako častý rizikový faktor osobní nezdár jedince.

Sociokulturní a rodinné faktory

Sociokulturní faktory

Jeden z velmi z častých faktorů, který udávají jedinci, že podpořil vznik a vývoj jejich PPP, představují různorodé nářky na tloušťku a tělesný vzhled. Mezi nespecifické vlivy, které se mohou podílet na vzniku a vývoji PPP, můžeme zařadit zvýšenou sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, úpadek jídelní kultury. Významní činitelé v této oblasti jsou bezesporu média, sociální hodnota těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, role a postavení ženy ve společnosti a měnící se životní styl. Výše zmíněné vlivy se značně mohou uplatňovat skrze sdělovací prostředky, školu, rodinu nebo skupiny vrstevníků (Krch, 2005). Pavlová (in Papežová a kol., 2010) také popisuje nejčastěji zaznamenaná riziková prostředí. Jedná se o prostředí zaměřené na „štíhlost“ či zvýšenou míru pohybu (modeling, balet, tanec, gymnastika atd.).

Rodina

U jedinců s PPP se hojně opakují faktory související s rodinným prostředím, které se podílely na vzniku a vývoji těchto onemocnění. Krch (2005) uvádí například mezi nespecifické rizikové faktory alkoholismus u rodiče či depresivitu rodičů. Papežová (2020) předkládá, že se stále více objevují případy jedinců s PPP, v jejichž rodinách se vyskytuje nějaká forma spektra poruchy příjmu potravy v několika generacích. Onemocnění u rodičů či někoho dalšího blízkého v rodině významně přispívá ke zvýšení rizika vzniku PPP, ale i následné traumatizace a malnutrice (viz příloha č. 4) u potomků. Mechanismy transgeneračního přenosu jsou však velmi komplexní. Roli hrají faktory genetické, epigenetické, diety u dětí a malnutrice, kvalita raného vztahu matek s PPP s dětmi, imunologické, endokrinní apod. Švédová a Mičová (2010) mimo výše zmíněných přidávají jako další rizikové rodinné faktory např. kritické komentáře týkající se obecně jídla, tělesného vzhledu a hmotnosti, přílišný důraz na sebekontrolu a nadměrné ambice, nadměrně vysoká očekávání, kritičnost rodičů a oceňování jen mimořádných výkonů. Se zajímavým podnětem přicházejí Lee et al. (2019), kteří ve své studii poukázali na to, jak by rodinné fungování mohlo vyrovnávat nepříznivé nálady jedince spojené se záchvatovitým přejídáním. Zdůrazňují rodinné charakteristiky, které mohou jedinci pomoci změnit vnímání či zvládnání určitých problémů místo toho, aby se uchýlili k dočasné úlevě či rozptýlení v podobě PP chování. Mezi takové charakteristiky řadí

rodinnou soudržnost, rodinnou komunikaci, spokojenost rodiny a vyváženost rodiny např. v podobě zapojení do života člena rodiny, blízkost rodinných příslušníků, podpora členů rodiny v obtížných životních obdobích, ochota dělat kompromisy mezi rodinnými příslušníky a schopnost řešit rodinné konflikty.

Projevy

PP je spojováno s pocity studu, znechucením jedince trpícím PP nad svým stravovacím chováním i nad sebou samým. S PP i s jako některými dalšími PPP se pojí sociální izolace, tj. jedinci s PP se vyhýbají společenským událostem a především těm, kde se jídlo podává. Jedinci s PP obvykle konzumují jídlo o samotě a jejich pocity studu jim často neumožňují připustit si, že PP trpí a vyhledat adekvátní pomoc. Je pro ně typické, že PP zachovávají v utajení před okolím, které by je mohlo podpořit ať už v samotné léčbě či k návštěvě odborné pomoci. Dochází tak k oddalování léčby, což může snížit její efektivitu. PP se především projevuje epizodami záchvatového přejídání, které jsou doprovázeny pocitem ztráty sebekontroly, a jídlo je konzumováno obvykle rychleji. Epizody záchvatového přejídání jsou podobné epizodám záchvatového přejídání u MB a jedinci během nich konzumují obrovské množství jídla. Mezi další typické projevy patří impulzivita, poruchy vnímání sytosti a hladu a myšlení typu všechno-nebo-nic. Další z hlavních příznaků je již zmiňovaný „*craving*“ neboli bažení po jídle. Toto bažení spouští neadekvátní chování vedoucí k záchvatům přejídání (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016).

Důsledky

Dle DSM-V (2013) je PP spojeno s řadou funkčních důsledků jedince včetně problému s přizpůsobením k sociálním rolím, zhoršené kvality života, což souvisí s jeho zdravím a životní spokojeností. S PP jsou také spojovány vyšší nemocnost a úmrtnost a související zvýšené využívání zdravotní péče. Dále PP může souviset se zvýšeným rizikem přibývání tělesné hmotnosti a rozvojem obezity. Švédová (2012) uvádí jako následky přejídání se nadváhu, až obezitu, vysoký cholesterol či krevní tlak, zvýšený cukr v krvi či problémy se žlučníkem. Dále také únavu při tělesné aktivitě a zátěž pro klouby. V DMS-V (2013) nalezneme také přidružená onemocnění k PP tj. komorbidity. Typickou komorbiditou k PP jsou depresivní poruchy, bipolární poruchy, úzkostné poruchy a v menší míře poruchy užívání návykových látek.

Možnosti léčby

Nabídka léčebných, a hlavně psychoterapeutických přístupů je v oblasti PPP široká. Jedinec s PPP by měl být chápán individuálně a mělo by se k němu tak přistupovat a zohlednit především jeho individuální potřeby.

Léčba u PPP sleduje tři cíle (Procházková, Ševčíková, 2017):

1. Léčení dlouhotrvající podvýživy a tělesných obtíží jedince.
2. K porozumění příčin PPP a její role v jedincově životě pomocí psychoterapie.
3. Zaměření na nevyhovující stravovací režim a samotného životního stylu jedince pomocí psychoterapie.

Velmi časté je, že jedinec s PP i po zahájení terapie udává nižší než skutečné množství potravy, které zkonsumoval. Terapie jsou dostupné ambulantně nebo při hospitalizaci. Výhodou léčby při hospitalizaci je kontrola množství jídla, které pacient sní a umožňuje úpravu jeho předešlého chaotického stravovacího režimu. Nevýhodou je, že po ukončení hospitalizace mnohdy dochází k relapsu, protože domácí prostředí se liší od toho odborného. K léčbě PP se využívají psychofarmaka, psychoterapie nebo svépomocné terapie či jejich kombinace (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016).

Denní stacionáře

Navazují na ambulantní péči. Jedná se o individuální a skupinové terapie v průběhu dne a přes noc je jedinec ve svém domácím prostředí. Tato léčebná forma je účinná u vysoce motivovaných jedinců k léčbě. Prvním specializovaným zařízením tohoto typu v ČR je denní stacionář na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, který vznikl v roce 2002 (Procházková, Ševčíková, 2017).

Ambulantní péče

Spadá sem složka lékařská, nutričně terapeutická a psychoterapeutická. Lékařská představuje pravidelné kontroly všeho typu. Nutriční terapie a psychoterapie jsou dále blíže vysvětleny (Procházková, Ševčíková, 2017).

Svépomocné skupiny

Jedná se mnohdy o první místo kontaktu nebo o doplňkovou metodu léčby. Existují pro jedince s PPP, nebo jejich nejbližší. Představují možnost vzájemné podpory, motivace,

sdílení zkušeností a pocitů. Jedincům s PPP přináší pocit sounáležitosti a překonání sociální izolace (Procházková, Ševčíková, 2017).

Svépomocné manuály

Existuje velké množství publikací či svépomocných manuálů, které obsahují svépomocné návody k řešení jedincovy PPP. Díky pocitům studu, utajování onemocnění a pocitům selhání, které jsou pro PP typické a které jedincovi brání vyhledat odbornou pomoc, jsou tyto publikace jedinci s PP velmi využívanou metodou (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016). Významným přispěvovatelem v této oblasti v České republice je Občanské sdružení Anabell, které poskytuje odbornou pomoc jedincům s PPP. Na jejich stránkách zde dohledat svépomocný manuál, manuál pro rodiče či pedagogy, ale i jiné metodické příručky. Další svépomocné dílo vydalo např. Psychiatrické centrum v Praze a nese název „Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!“. Ze zahraničních publikací přeložených do českého jazyka mě nejvíce zaujaly např. publikace autorky Albers „Jak se uklidnit bez jídla - 50 cvičení“ či poměrně nekonvenční publikace „Jak můj mozek zvítězil nad bulimií - Proč jsem byla bulimička, proč tradiční terapie nefungují a jak jsem se uzdravila sama a jednou provždy“. Možností svépomoci a psychoedukace dnes již však existuje na internetu i knižním trhu mnohem více. Krch (2005) uvádí, že přestože využití svépomoci není pro některé jedince s PPP dostačující, tak ale mnoho jedinců z ní může na své cestě k vyléčení benefitovat.

Využití nových technologií a trendů k pozitivnímu dopadu na jedince s PPP

V následující kapitole budu poukazovat na rizika, která nové technologie přináší, a proto bych teď chtěla naopak zmínit trendy, které mohou mít pozitivní dopad na jedince s PPP. Mezi tyto trendy bych zařadila podcasty a aplikace. V českém podcastovém prostředí lze nalézt pouze jednorázové epizody zabývající se PPP, ale je možné, že se to s rostoucí popularitou podcastů v blízké budoucnosti změní. Takovým slibným příkladem je projekt „Moje tělo je moje“ s nímž se pojí podcast „Sádlo“. Pokud se přesunu do zahraničního prostředí, lze nalézt dva podcasty věnující se přímo PP. Jedná se o „The stop binge eating podcast“ a „Brain over Binge podcast“. Aplikace, které mě nejvíce zaujaly ze zahraničního prostředí, jsou „RR Eating Disorder Management“ a „Brighter Bite- Eating Disorder Recovery“. Z českého prostředí jde o aplikaci „Nepanikař“, která je zejména určená na pomoc při depresi či panice, ale její součástí je pomoc i při PPP. Jak jsem již

zmiňovala v první kapitole, deprese či úzkosti mohou být komorbiditou k PPP, takže i to je důvod proč ji uvádím. Všechny jsem si stáhla a vyzkoušela jejich prostředí. Své dojmy uvádím v příloze č. 2. Věřím, že podcasty a aplikace jsou vlastně takovou moderní formou svépomoci, ale v České republice teprve získávají na své tradici.

Psychoterapie

Kratochvíl (2017, s. 14-15) definuje pojem psychoterapie dvěma nadřazenými pojmy, tj. obor a činnost. Psychoterapii definuje jako „*Obor, vědní disciplínu, empirickou aplikovanou vědu. Obor interdisciplinární, protože zasahuje do různých oblastí medicíny a psychologie. Jako většina klinických oborů, které se zabývají léčením onemocnění a poruch, má svou část obecnou a speciální. Do obecné části patří teorie metody a výzkumná data, do speciální části aplikace na jednotlivé druhy poruch.*“ nebo ji definuje jako “*Léčebnou činnost, léčebné působení, specializovanou metodu léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce. Specifický rozdíl, odlišující tuto činnost od jiných činností, lze hledat v několika směrech: a) čím působí, b) na co působí, c) čeho má dosáhnout, d) co se při ní děje a e) kdo působí.*“

K nejúspěšnějším typům psychoterapie u PPP patří kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Dále hojně využívanými psychoterapiemi jsou interpersonální a vícerodinná (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

V KBT terapeut pomáhá jedincovi, aby si uvědomil jeho způsoby zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů napomáhá jedincovi hodnotit a měnit jeho zkreslené myšlení i dysfunkční jednání. Terapeut využívá techniky jak z behaviorální, tak i z kognitivní terapie podle aktuálních potřeb (Kratochvíl, 2017). Její účinek u PP spočívá ve snížení počtu záchvatů přejídání a počtu dní trvání daných epizod. Na transformaci stravovacího chování jedince se zaměřuje behaviorální část. Kognitivní část se soustředí na transformaci nepřiměřeného zaujetí jedincovými tělesnými proporcemi a hmotností, jeho perfekcionismu a myšlení typu všechno, nebo nic (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016).

Vícerodinná terapie

Koncept vícerodinné terapie přináší ucelenější přístup včleněný do komplexní péče o jedince s PPP. Jedná se o eklectický přístup, který kombinuje prvky více terapeutických směrů. Cíle terapie směřují k vyladění rodinné struktury a dynamiky, především interakčních a emočních výměn a komunikačních vzorců. V terapii se vymezuje role a význam PPP v rodině a podporují se změny, které vedou k vyléčení jedince. Vícerodinná terapie má vzájemně se ovlivňující fáze. Jedná se o fázi zaměřenou na symptomy, na vztahy a na budoucnost a nové perspektivy (Tomanová, Papežová, 2006). Terapie je koncipovaná jako jednoletý kurz a jednoho kurzu se účastní 5-6 rodin (Procházková, Ševčíková, 2017).

Interpersonální terapie

Tato terapie byla původně určena především pro léčbu deprese. Další vývoj směřoval k jejímu využívání např. k léčbě PPP. Jedno z původních pojetí tohoto přístupu je, že v jeho centru pozornosti se nachází hledání souvislostí mezi depresivními příznaky a současnými interpersonálními problémy pacienta s cílem proniknout do vzniku symptomů a poruch v sociálních vztazích (Kratochvíl, 2017). Terapie má tři fáze. V první dochází k identifikaci problémů, které předcházely vzniku PPP a udržují jedince v jídelní problémy. Ve druhé fázi dochází k řešení zjištěných problémů, které často mají interpersonální povahu. Ve třetí fázi se pracuje, jak poznat a zvládat příznaky, kdyby se objevily v budoucnu, a dochází k postupnému ukončování terapie (Hadaš, 2007).

Psychodynamická a psychoanalytická terapie

Pomáhají pochopit hlubší příčiny vzniku PPP včetně neuvědomovaných souvislostí. Cílem je hluboká změna osobnosti jedince (Procházková, Ševčíková, 2017).

Psychofarmakoterapie

Obvykle využívanými léky u PP jsou antidepressiva skupiny SSRI (selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu) např. fluoxetin, a to z důvodu, že u jedinců s PP dochází k porušení serotoninergní a noradrenergní neurotransmise. Dále se využívají stabilizátory nálady, které napomáhají v léčbě přidružených psychických onemocnění nebo anorektika, která snižují chuť k jídlu např. orlistat. Využití farmak u PP obvykle sníží četnost záchvatů přejídání (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016).

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)

Jedná se o technologii, při které dochází ke stimulaci neuronů mozkové kůry, pomocí principu magnetické indukce. Využívají se krátkodobé pulsy silného magnetického pole. Již několik studií prokázalo potenciál rTMS snižovat míru „cravingu“ u různých subtypů poruch příjmu potravy. Tato metoda je neinvazivní a její nežádoucí účinky jsou mírné až přechodné. Nejčastěji se jedná o mírné bolesti hlavy a nepříjemný pocit v místě stimulace. Ojedinele jsou známé případy provokace k epileptickým záchvatům (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016). Na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze probíhala dvojitě slepá studie u pacientů trpících PP. Její autoři prokázali, že reálná i shamova stimulace vysokofrekvenční rTMS je schopná signifikantně snížit míru „cravingu“ po jídle u jedinců s PP. Zároveň si, ale autoři uvědomují, že potvrzení účinnosti terapie a objevení přesných stimulačních parametrů jsou potřeba další studie (Jaššová a kol., 2020).

Nutriční terapie

Jedinci s PPP mají nevyhovující stravovací režim a návyky. Mnohdy mají za sebou dlouhá období restrikcí, zákazů, dělení potravin na „zdravé“ a „nezdravé“, hladovek, diet nebo naopak záchvatů přejídání atd. Takováto disturbance přináší mnoho důsledků a jedinec velmi často nedokáže objektivně zhodnotit, jak by měl vyhovující režim vypadat. Jak už jsem zmínila výše, pro jedince s PP jsou typické např. poruchy vnímání sytosti a hladu. Nutriční terapeut vysvětlí jedinci zákonitosti týkající se hladovění a přejídání, tělesné hmotnosti apod. a seznámí jej s tělesnými následky. Terapie směřuje k osvojení si pravidelného a adekvátního stravovacího režimu a návyků (Procházková, Ševčíková, 2017).

Hospitalizace

Tento druh léčby probíhá zpravidla na psychiatrických odděleních, kde se jedincovi věnuje tým odborníků. V život ohrožujících případech, také na jednotkách intenzivní péče. Hlavním důvodem pro hospitalizaci je jedince s PPP stabilizovat a zlepšit jeho tělesný a psychický stav. Mezi kritéria pro hospitalizaci patří: velký váhový úbytek či jeho rychlost, deprese, sebepoškozování, riziko sebevraždy, vztahové problémy v rodině, nebo pokud ambulantní léčba nepřináší po dvou měsících chtěné výsledky. Pobyt obvykle trvá 2-3 měsíce. Léčba probíhá pomocí prostředí, režimu, skupinových terapií,

individuálním plánem, podpůrných terapií jako jsou např. arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie a další (Procházková, Ševčíková, 2017). Jak už jsem výše zmínila, tak výhodou léčby při hospitalizaci, je kontrola množství jídla, které pacient sní a umožňuje úpravu jeho předešlého chaotického stravovacího režimu. Nevýhodou je, že po ukončení hospitalizace mnohdy dochází k relapsu, protože domácí prostředí se liší od toho odborného (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016).

V klinické praxi dochází ke kombinaci jednotlivých postupů, z nichž některé se částečně soustředí na příčiny vzniku PPP, avšak převažuje symptomatická léčba (terapie anorektiky). Odborníkům pomáhá i pochopení dysfunkcí mozkových struktur. Vzhledem k tomu, že se fenoménu PP začala přikládat větší pozornost až v posledních letech, je nezbytné, aby se pokračovalo v hledání jeho účinnější terapie a léčby (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016).

Shrnutí kapitoly:

První kapitola je úvodní kapitolou do problematiky poruch příjmu potravy. Ukazuje vymezení dle MKN-10 a DSM-V, věnuje se základním typům, tj. mentální anorexii a bulimii i dalším či novějším poruchám příjmu potravy. Zároveň je v této kapitole vymezeno psychogenní přejídání, které je v současné době nejčastější formou poruchy příjmu potravy. Výrazné pocity studu jedinců s PP většinou brání ve vyhledání pomoci, včasnému stanovení diagnózy a zahájení adekvátní léčby. Pro terapii psychogenního přejídání je důležitá informovanost veřejnosti o tom, že záchvaty nekontrolovatelného příjmu potravy patří k poruchám, které mohou být nebezpečné a až život ohrožující. Kapitola proto popisuje faktory pro vznik a rozvoj této PPP a dále se věnuje i projevům, důsledkům a léčbě tohoto onemocnění. V České republice prozatím není dostatečná nabídka dostupných a účinných terapeutických programů. Důraz se v této oblasti klade na studie funkčních okruhů CNS včetně rTMS. Kapitola zmiňuje i nové trendy, které mohou mít pozitivní vliv na jedince s PPP při jeho cestě k uzdravení.

2 Charakteristika současného adolescenta v kontextu poruch příjmu potravy

2.1 Charakteristika adolescence

Jedná se o období života jedince mezi dětstvím a dospělostí. V jeho průběhu dochází ke komplexnímu přetvoření osobnosti jedince ve všech oblastech. Je to období hledání a přehodnocování. Jedinec si snaží vytvořit subjektivně přijatelnou, zralejší formu vlastní identity a má tak za úkol vypořádat se s vlastní proměnou a nabýt vyhovující sociální postavení (Vágnerová, 2012). Jánošová (2008, s. 196) dospívání chápe jako: „*Proces zásadních biologických, psychologických a sociálních změn, jejichž prostřednictvím začíná jedinec v průběhu příslušného vývojového období postupně získávat kompetence dospělého.*“ Konkrétní časové vymezení nacházíme např. u Macka (2003), který adolescenci datuje mezi 15. až 20. (22.) rokem života jedince. Jánošová (2008) předkládá, že v rovině biologické, u dospívajícího jedince dochází k dozrávání tělesných funkcí, které souvisí s jeho reprodukcí, jejichž nedokončeným vývojem se jedinec liší od dospělého. Dále dospívající jedinec začíná v rovině psychické užívat komplexnější kognitivní postupy, způsoby uvažování a náhledy na rozmanitá témata a brzy není v této oblasti po kvalitativní stránce mezi adolescentem a dospělým jedincem rozdíl. Dospívající jedinci se nejdéle liší v sociálním charakteru dospívání. Status dospělosti je dán pevnou věkovou hranicí, ale také je tento status přiznáván sociálním okolím jedince, kdy je dospělost určena dosažením sociální emancipace, vymaněním z citové a materiální závislosti na svém okolí. Konkrétní kulturní a společenské podmínky determinují požadavky a očekávání společnosti na dospívajícího jedince. V ekonomicky vyspělých zemích je tento proces sociálního dozrávání daleko pomalejší a více se tuto problematiku přiblížím v jiné podkapitole.

Biologické změny

U dospívajícího jedince dochází nejprve ke zvýšené produkci pohlavních hormonů, které spouští tělesné proměny ke vzniku dospělého jedince. Dochází ke zrání mozkových struktur, jejichž funkce jsou základem pro změnu v kvalitě myšlení a k dosažení sexuální zralosti. Proměny tělesného vývoje mají hluboký vliv na identitu dospívajícího jedince. Vedou k podtržení rozdílů mezi chlapci a dívkami a přináší nová pojetí vnímání sebe jako příslušníka dané genderové skupiny, což je jedním z nejvíce typických témat samotného

dospívání. Na tyto vývojové proměny je jako vnější sociální odezva změna požadavků na chování dívek a chlapců. Jedinec už si nezkouší roli dospělého, ale snaží se o její postupnou realizaci (Jánošová, 2008).

Dívky

U dívek první pozorovatelnou známkou dospívání je nejčastěji růst prsou, který je následován pubickým ochlupením a růstem postavy. Dochází ke zrání dělohy, vývoji tvaru boků, pánve a stehen a postupnému formování ženských tvarů a ukládání tukových zásob do stehen, hýždí a oblasti břicha. Rychlost vývoje je u každé dívky individuální. Dalším milníkem dospívání pro dívku je první menstruace, jejímž příchodem se mění sebepojetí dívek. Dívčímu dospívání je věnována větší pozornost a je považováno za více traumatické než dospívání chlapců. Pokud je v rodině absence otevřenosti a přiměřené pozornosti k dospívání dívky, dojde pravděpodobně ke snížení sebepřijetí a sebepojetí dospívající dívky. Nástup tělesných změn je pro dívky velkým zátěžovým faktorem, a o to více pokud k němu dochází dříve než u vrstevníků. Takovéto dívky mají obecně nižší sebevědomí, sebeúctu, více trpí emočními problémy a depresemi. Tělesný vývoj dívky je mimo jiné spojen s nabytím určitého tělesného objemu, který často nebývá dívkami hodnocen pozitivně právě díky srovnáváním se současnými ideály krásy, a proto bývají tyto ženské křivky vnímány jako nežádoucí (Jánošová, 2008).

Chlapci

U chlapců se v průběhu dospívání zvyšuje především produkce pohlavního hormonu (testosteronu), který vede k maskulinizaci jejich vzhledu. Tělesné zrání chlapců se projevuje zvětšením testes, penisu a skrota a postupně se dostavuje období s náhlým zrychleným růstem chlapce, jehož průběh je však plynulejší než u dívek. Prohlubuje se hlas, objevuje se pubické ochlupení, vousy a spermiogeneze. Chlapci, na rozdíl od dívek, vítají, pokud u nich dochází k tělesným změnám dříve, protože je to mezi jejich vrstevníky hodnoceno velmi příznivě v podobě zvýšení jedincovy prestiže, ale i z důvodu vlastního přiblížení k mužskému ideálu. Později vyspívající chlapci mají proto sklony k nižšímu sebevědomí. Chlapeckému dospívání je obvykle věnována menší pozornost než tomu dívčímu, a to jak na úrovni rodiny, tak i v rovině celospolečenské (Jánošová, 2008).

Sexuální dospívání

Kompletní pohlavní zralost muže se projeví především díky výskytu spermiogeneze. Výskyt první ejakulace bývá přirovnávána u dívek k výskytu první menstruace. Na rozdíl od menstruace je spermiogeneze přímo doprovázená sexualitou. Výron spermatu přináší chlapcům nové pocity spojené se zážitkem orgasmu. I u dívek dochází k nárůstu testosteronové hladiny, díky níž se i u nich objevuje schopnost sexuální vzrušivosti a dosahování orgasmu. Tato schopnost jako je tomu u chlapců, není u dívek přímo vázaná na reprodukční zralost. Dívky jsou o zažívání pohlavního zrání ochotné hovořit s druhými lidmi více než chlapci, kteří toto téma spíše otevírají v rovině obecné a ve formě vtipu a narážek se sexuálním podtextem (Jánošová, 2008).

Kognitivní rovina, emocionalita a oblast vztahů

Macek (2003) odkazuje na teorii kognitivního vývoje J. Piageta, dle které je pro období časně adolescence typické období formálních operací. V rané adolescenci se vytváří pro dospívajícího jedince nezbytné abstraktivní myšlení. Schopnost představit si a následně operovat s reálně neexistujícími pojmy. Vyvíjí se schopnost kombinace, nalézání alternativních řešení problémů a sebereflexe jako předmětu vlastního myšlení vede ke zvýšení egocentrismu. Sociální inteligence je především podmíněna procesem sociálního učení a mohou se tak u dospívajících jedinců vyskytovat značné rozdíly. Mění se také charakteristika jedincovy paměti, zvyšuje se selektivita a efektivnost pozornosti. Dospívající jedinci se zaobírají okruhem fyzikálního světa a posuzují všechny existující kombinace individuálních prvků a nalézají důsledky těchto myšlenkových operací. Experimentují i s prvky v oblasti sociální, morální, filozofické, duchovní a s rolemi, které spontánně přijímají či do nich „vrůstají“.

Střední a pozdní adolescence přináší více relativní, vztahové a sebereflektující myšlení. Narůstá vědomí potenciačních rizik, zvažování důsledků a sklony poradit se s odborníky nad svým rozhodnutím. V procesu dospívání u jedince přibývá vyšších citů a diferencují se citové zážitky. Starší názory spojovaly období adolescence s emocionální nestabilitou, což již nové názory nepotvrzují a emoční problémy jsou spojovány s jedinci, kteří tyto problémy vykazovali již v dětství a s dalšími podněcujícími faktory. Jánošová (2008) zmiňuje sníženou toleranci adolescentů způsobenou vlivem vlastní nejistoty a návratem ke genderové stereotypii. Dospívající jedinci nechtějí překračovat meze chování většiny, a proto regulují své vlastní projevy.

Především pokud se vyskytují v okolí vrstevnické skupiny, ale i mimo ni, odmítají či se posmívají nestandardnímu chování druhých a bývají často kritičtí. Jedná se však o přechodný postojovou regresi a v budoucnu dojde ke snížení konformity s většinovými názory a k prohloubení tolerance.

Vztah k sobě

U dospívajících jedinců je po celou dobu adolescence typická zvýšená sebereflexe. Nejprve si jedinec uvědomuje sám sebe jako někoho, kdo je schopen jednat a chovat se v nejrůznějších situacích a vnímá se jako nositel rozmanitých rolí. S nabýváním zkušeností se zvyšuje jedincova introspekce a sebehodnocení. V oblasti uvažování o sobě samém jsou aplikovány názory a soudy osob, které považuje za významné, ale i vrstevnické standardy a normy dané společností. Významná jsou také tzv. možná já, která ztvárňují jedincovy představy a přání související s jeho budoucností. Větší význam také získává tzv. ideální Já. Jedinec si pokládá otázky typu „Jaký bych chtěl být?“ a „Jaký bych měl být podle druhých?“ a srovnává ho se svým aktuálním já, což se ukazuje jako ukazatel sebestřetnosti.

Pokud se vyskytne velký rozpor mezi požadovaným já a aktuálním obrazem sama sebe, vyvolává to v jedinci nepříjemné pocity. V obsahové rovině se sebestřetnost mezi dívkami a chlapci neliší. Důležité oblasti sebestřetnosti představují výkonové charakteristiky, charakterové vlastnosti, charakteristiky týkající se interpersonálních vztahů a dimenze maskulinita-feminita. Pozdní adolescence je typická snahou o novou integraci v oblasti obsahu sebestřetnosti. Výsledkem vnímání svého chování i prožívání a srovnávání se s ostatními je sebehodnocení. Jedinec musí uznat svou hodnotu, aby mohlo být sebehodnocení pozitivní, což do jisté míry závisí na tom, jak moc jedinec považuje své já za autentické a také na vědomí svých vlastních kompetencí (Macek, 2003).

Autonomie

Pokud dojde ke snížení závislosti na emoční podpoře rodičů a dospívající jedinec si snaží vytvářet nové vazby, které se stanou zdrojem této opory, dosáhl adolescent emoční autonomie. Dále pokud dospívající jedinec neakceptuje již za platné názory dospělých bez jakýchkoliv výhrad, jako tomu bylo dříve a vyskytuje se u něj zvýšená samostatnost v jeho uvažování, dosáhl kognitivní autonomie. V určitém období je možné, že adolescent bude odmítat jakékoliv názory pocházející od rodičů. Autonomie se také

projevuje méně společně stráveným časem s rodiči. V procesu autonomizace se snaží dospívající jedinci o to, aby mohli rozhodovat sami o sobě a snížil se tak omezující dohled ze strany rodičů. Přestože jedinci potřebují větší volnost, zároveň je důležitá i určitá podpora (Vágnerová, 2012).

Z výše uvedené charakteristiky adolescence je jasné, že se jedná pro jedince velmi citlivé, transformační a rizikové období. Nezvládnuté zdolávání vývojových úkolů v období dospívání může být častým spouštěcím faktorem pro vznik a rozvoj některé poruchy ze spektra PPP. Nejčastěji např. v rovině separace od rodiny či strachu ze sexuality či ženské role (Švédová, Mičová, 2010).

2.2 Poruchy jídelního chování u dětí a adolescentů

„Problémy s jídlem mohou být dočasnou epizodou v životě dítěte, ale někdy mohou poznamenat celý jeho život... Charakter poruch v raném dětství může být mírný a rodiče si neuvědomí, že vztah dítěte k jídlu není zcela běžný a může signalizovat nástup vývojových poruch, somatických nebo psychických problémů.“ (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, str. 104)

Problematika vztahu k jídlu, či narušení v rovině přijímání potravy přináší poměrně velkou škálu různých poruch, jejichž příčiny mohou mít charakter somatický či psychogenní. Hranice mezi nimi nemusí být jasně daná. Příkladem může být, když dítě odmítá jídlo na základě motorické nefunkčnosti úst.

K nejčastějším PPP, které jsou typické pro dětský a dospívající věk, řadíme:

1. **Ruminaci**, tj. situace, kdy pocity libosti vyvolává přežvýkování již jednou polknuté stravy a následně její opětovné polykání. Nejčastější je pro kojenecký věk.
2. **Infantilní mentální anorexii**, tj. odmítání jídla, typické pro stádium separačně individuální, kdy se ukazuje souvztažnost mezi stravovacím problémem dítěte, jeho emočními potížemi a zvýšenou úzkostností jeho matky a narušenými postoji k jídlu. Vyskytuje se především v batolecím věku, kdy dítě odmítá jíst a rodiče ho obvykle do jídla nutí (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013).
3. **Emoční poruchu spojenou s vyhýbáním se jídlu**, tj. syndrom, který se nachází na hranici MA a emoční poruchy v dětství. U dětí chybí chorobné zabývání se hmotností a udávají různé důvody, proč nechtějí přijímat potravu (např. že jim

bude špatně apod.), ale z hlediska tělesných následků mohou být stejně ohrožení jako při MA (Kocourková, Koutek, 2002).

4. **Syndrom vybíravosti v jídle**, tj. situace, kdy děti jedí jen několik druhů potravin a ostatní odmítají, což přináší riziko v oblasti zdravého vývoje. Častěji se vyskytuje u chlapců a nejtypičtější je pro osmi – až dvanáctileté děti. Dopadem jsou především konflikty v rodině a problémy s přizpůsobením v cizím prostředí (Kocourková, Koutek, 2002).
5. **Syndrom pervazivního odmítání**, tj. situace projevující se odmítáním jídla, pití, mluvení, chůze a péče o sebe. Může začít jako MA syndrom a končit pervazivním charakterem odmítání, který se projevuje tím, že jedinec nejí, nekomunikuje a leží v posteli. Tento syndrom je častější u dívek a může jít o formu posttraumatické stresové poruchy (Kocourková, Koutek, 2002).
6. **Piku**, tj. konzumování nepoživatelných či danou kulturou nepřijatelných předmětů jako je např. křída, lepidlo, papír (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013).
7. Mezi PPP typické spíše pro období školního věku a dospívání autoři Kocourková, Koutek (2002) a Fraňková, Pařízková, Malichová, (2013) řadí MA, která se v dětském věku, ale mírně liší v kritériích. Dále MB, která je však v dětském věku vzácná, protože typický věk pro její počátek je mezi 17. až 18. rokem. Fraňková, Pařízková, Malichová, (2013) dodávají, že výrazným jídelním a psychologickým problémem u dětí školního věku a dospívajících je obezita a také uvádějí, že v posledních letech vystupuje u mladistvých do popředí výskyt již výše zmíněné orthorexie. Zmiňují i pojem „dietování“, jakožto rizikové chování, jež se vyskytuje s nutričními, psychologickými i výchovnými hledisky u všech poruch související s jídelním chováním.

2.3 Vývoj jídelního chování a postojů k jídlu u dětí a adolescentů

Fraňková, Pařízková, Malichová (2013) uvádějí, že pro dosažení dostatečného tělesného a duševního vývoje jedince vstupuje jako klíčový faktor kvalita jedincovy přijímané potravy a živin. Individuální vývoj organismu záleží mimo jiné na vnitřních a genetických faktorech, ale také na vnějších vlivech, a to především na roli výživy. Důležitý je především poměr mezi základními živinami a obsahem vitamínů a minerálů. Nutriční vědomí jedince vzniká mezi 5. a 6. rokem, avšak jeho aktivitu při výběru potravy a jeho znalosti o ní můžeme pozorovat již v nižším věku. Potrava ovlivňuje vývoj mozku a na

druhou stranu stupeň kognitivního vývoje vyjadřuje podobu jedincova jídelního chování, takže již od narození existuje vzájemné působení mezi jídlem a úrovní poznávacích procesů v podobě různorodých vztahů. Jídlo je pro dítě cestou, jak získat nespočet informací a zkušeností o jídle i vnějším prostředí, může být součástí hravého chování a rozvíjí jedincovu představivost. Na začátku je pasivní přijímání potravy a postupně začíná dítě mít spoluúčast na jejím opatrování, přípravě a podávání a učí se zacházení s jídelním náčiním. To všechno mu přináší velké množství zkušeností i podnětů k přemýšlení a jakýsi duševní rozhled. Dítě si uchovává asociace mezi jídlem, jídelní situací a širšími souvislostmi jídla. Např. taková zkušenost s určitým pokrmem dává předpoklad pro tvorbu jedincových preferencí a averzí.

Dítě se postupně učí vyjadřovat názory o jídle a skrz něj získávat první sociální kontakty i zkušenosti. Tomu se nejprve děje v rodině a později i mimo ni. Pomocí jídla se učí chování ve společnosti a od svého okolí přebírá zkušenosti a jídelní návyky, ale i zlozvyky. Pro utváření jídelního chování i postojů jsou důležité normy, tradice či zvyklosti kultury, ve které vyrůstá, ale i podmínky, za jakých se jídlo podává. Jídlo se propojuje s emočním prožíváním, takže kladné zkušenosti s jídelní situací jsou podstatné pro utváření postojů k jídlu i ke společnosti. Hayesová (2011, str. 95) uvádí, že postoje můžeme chápat např. jako „*stabilní systémy pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a technik jednání týkajících se sociálních cílů.*“ nebo jako „*predispozice k reakci, které se od jiných stavů připravenosti liší hodnotícím charakterem reakce, ke které predisponují*“.

Dítě se musí v jídelním režimu postupně osamostatňovat, což je podstatné pro vývoj jeho osobnosti. Osvojit by si dítě mělo samostatné rozhodování a opatrování jídla, náležité hygienické návyky či zodpovědnost za své jídelní chování. Rodina hraje velkou roli při tvorbě jídelního chování i při tvorbě postojů. Pokládám za významné zdůraznit, že právě ona rodina, je první socializační činitel, který na jedince působí. Na její unikátní a výhradní postavení poukázal již Matějček (1994, s. 16). Dle něj „*Předně, jen ona stojí na počátku a má tedy možnost ovlivňovat vývoj dítěte v jeho nejcitlivějších fázích. Za druhé, nej přirozenějším způsobem a nejvydatněji může uspokojovat základní psychické potřeby dítěte. A za třetí, je modelem mezilidských vztahů, který si dítě ponese dál do života a jímž bude poměřovat všechny vztahy další, do nichž samo vstoupí.*“ Významným prvkem, pro její optimální fungování, a podmínka pro zabezpečení vyhovujícího psychologického prostředí pro správný vývoj jedince je soudržnost rodiny.

Jídelní chování a postoje k jídlu, které se v rodině vyskytují, jsou významnou a neoddelitelnou součástí života jedince. Jídlo je součástí vzájemných interakcí mezi členy rodiny a ovlivňuje formu výchovy dětí. Způsob výživy a její obstarávání závisí na představách a vědomostech rodičů (vychovatelů), z jejich postojů k jídlu a pozice jídla v jejich systému hodnot. Důležité je především pozitivní klima a kladný emoční vztah, které ovlivňují jídelní chování jedince a množství podnětů a zkušeností, které mu toto prostředí poskytuje. K optimálnímu vývoji zdravého jídelního chování jedince nepřispívá přehnaná péče a zájem o jídlo, či stres a konflikty vyskytující se v rodině (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013).

2.4 Specifika současné adolescence

Individualizace, migrace a s tím narůstající počet dětí z jiných zemí, pluralita hodnot a pravidel, sklon k relativizaci znázornění společnosti a jedincova místa v ní, proměny rodiny, sociální nerovnosti, nebo třeba zavádění inkluzivního vzdělávání. To všechno poukazuje na uskutečňující se proměny společnosti typické pro ekonomicky rozvinuté západní země (Havlíková, 2019). Poddaná (2020) uvádí, že trh práce dychtí po inovativních tvořivých jedincích na nově se tvořící pozice a že pro velké množství žáků, kteří právě nastupují do vzdělávacího procesu, jejich budoucí profese paradoxně zatím neexistuje. Současná doba přináší specifická očekávání vůči chování a jednání jednotlivce. Vyzdvihován je individualismus, schopnost jedince si utvořit vlastní hodnotový systém i interpretační schémata, ale na druhou stranu jedinec by měl být tolerantní k hodnotám jemu vzdálených a k pochopení interpretace světa druhých lidí. (Havlíková, 2019). Punová (2015) uvádí, že dnešní dospívající jedinci jsou vystavováni novým rizikům. Mezi taková rizika řadí např. nezaměstnanost absolventů, složitost virtuálního světa či proměnu networkingu.

Současný adolescent vyrůstá od narození v prostředí, ve kterém jsou digitální technologie poměrně snadno dosažitelné a nachází se na každém jeho kroku. Vondrová (2015) poukazuje také na to, že se hovoří o informační společnosti, která mimo benefitů, které v ní můžeme spatřovat např. v podobě zrychlení komunikace či překonávání geografických a časových limitů, také přináší nová rizika. Setkáváme se tak s riziky typu kyberšikana, sexting, kybergrooming, digital divide (viz příloha č. 4), krádeže identity, náhlé ztráty dat, jejich odcizení či zničení a mnoho dalších. Lichner (2018) poukázal na skutečnost, že v posledních letech se také rozšiřuje u adolescentů osamělost, která však

může projevovat rizikovým chováním jedince. Zejména pro dívky osamělost představuje rizikový faktor ke vzniku a vývoji PPP. Zajímavé je, že bylo zpozorováno, že úroveň prožívané osamělosti narůstá právě s používáním internetu. Digitální technologie tak tvoří základ současné společnosti, a to nejenom jako její produkty, ale především jsou její významní činitelé, což samozřejmě přináší nové výzvy (Arnseth et al., 2016). Na druhou stranu současní dospívající nachází ve společnosti mnohem více možností a příležitostí než dříve. Poslední vývoj společnosti přinesl mimo jiné i fenomén „vynořující se dospělost“.

Teorie „vynořující se dospělosti“ navrhuje novou životní etapu mezi dospíváním a mladou dospělostí, která vznikla v minulém půlstoletí v průmyslově vyspělých zemích. Vynořující se dospělost je spojována se zkoumáním vlastní identity, určitou nestabilitou, zaměřeností na sebe, pocitem mezi, a mnoho příležitostí pro dospívajícího jedince. Jedinci často cestují, mění partnery, zaměření svého vzdělání, práce a životní uspořádání (Jensen, 2011). Posouvá se věk zakládání rodiny jak u žen, tak u mužů a s tím spojené přijetí závazků dospělého (Arnett, 2000). Pokud však máme jedince, který je biologicky a později i psychicky zralý, který však není plně dospělým, protože nezískal příslušné pravomoci a povinnosti v sociální sféře, může to vyústit v konfliktní pozici, která se odráží v dilematickém sebepojetí tohoto dospívajícího. (Jánošová, 2008).

2.5 Společenské klima a jeho vliv na adolescentovo tělesné sebepojetí

Body image, tělesné sebepojetí a společenské klima

Dle Grogan (2000, s. 11) je „*Body image způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí.*“ Pod touto definicí se skrývá jedincova percepce velikosti těla, hodnocení přitažlivosti těla a jeho emoce spojené s tvarem a velikostí těla. Fialová (2006) říká, že tělesné sebepojetí je komponent celkového sebepojetí. Každý jedinec má o sobě spoustu představ týkajících se jeho individuality, ke kterým zaujímá hodnotící postoje. Tělesné sebepojetí představuje utváření vlastního obrazu a postojů k tělu. Zahrnuje, ale také postoj okolí a má souvislost se subjektivním prožíváním těla. Tělo má velkou roli, co se týče celkového sebepojetí, protože jedincovy představy a hodnotící postoje o něm hrají klíčovou roli v jeho přijetí či odmítnutí. Grogan (2000) uvádí, že v posledních letech došlo k znatelnému zvýšenému zájmu akademické i laické veřejnosti o způsob vnímání těla. Přestože tento názor autorka uvedla před dvěma dekádami, nezbyvá mi nic jiného, než s ní souhlasit a dodat, že z mého subjektivního pohledu tento zájem snad ještě vzrostl.

Šrámková a Cakirpaloglu (2015) uvádí, že fyzická atraktivita je geograficky, kulturně a historicky podmíněná. Každá kultura má vlastní a měnící se kritéria atraktivity a rozpor s nimi je danou společností stíhán. Jedinec pak obvykle svůj vzhled usměrňuje v soulad se společenskými stereotypy a se svými sociálními rolemi. I Fialová (2006) potvrzuje, že jedincovo sebepojetí ovlivňuje ideál krásy, který je v dané společnosti uznávaný. Krch (2005) mimo jiné poukázal na společenské klima, které nekriticky přijímá pokřivený ideál krásy, který mnohdy zdůrazňuje, že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Identifikace s tímto ideálem, ale přináší rostoucí zájem o tělo a často pocity tloušťky. V takovémto společenském klimatu se může jevit přerušování diety či mírná odchylka od žádaného ideálu jako selhání a v nespočtu případů vede k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí. Kulturní fenomén, který bych v souvislosti se současným společenským klimatem ráda zmínila, je trvalá předpojatost vůči obeztnímu.

Tuto předpojatost můžeme najít mj. pod pojmem „fatphobia“, který vnímám, že je v současné době velmi diskutovaný. Tento pojem představuje patologický strach ze všeho tlustého. Bacon, Scheltema a Robinson (2001) ve své práci popisují, že stereotypní a předsudkové postoje k tlustším lidem jsou velmi rozšířené napříč běžnou populací. Takové předsudky mohou mít negativní důsledky pro život tlustších dětí, dospívajících i dospělých. Například tlustší děti jsou ve společnosti často šikány a je méně pravděpodobné, že je ostatní děti budou chtít za přátele. Dále je méně pravděpodobné, že by muži chtěli chodit s ženami, které společnost hodnotí jako tlusté. Protože kritické postoje k tlustým lidem jsou tak rozšířené, někteří lidé si internalizují tyto negativní společenské zprávy, které jsou jim předkládány ze všech stran. To může způsobit, že lidé s nadváhou nebo dokonce lidé s průměrnou hmotností, kteří se však subjektivně cítí tlustí, omezují důležité aspekty svého života. Krch (2005) dodává, že obeztní lidé jsou označováni za líné, hloupé a ošklivé. Bohužel tento přístup společnosti posiluje strach z tloušťky a diskriminuje jedince, kteří jsou přirozeně těžší než ostatní. Právě děti a adolescenti jsou podle něj stigmatizováni obezitou. Sociální a kulturní tlaky na dosažení ideálu jsou v rozporu s biologickými odchylkami i přirozeností těla a tyto postoje a kognitivní vzory velmi lehce překlenují v nadměrnou kontrolu tělesné hmotnosti. Problémem také je, že nežádoucí jídelní postoje a vzory chování se stávají společenským standardem a významným sociálním vlivem.

Masmédia a jejich vliv na tělesné sebepojetí

Jak již jsem zmínila výše, kulturní vlivy nám poskytují představy o ženském a mužském „ideálu“ krásy. A také jsem poukázala na to, že vzniklé žádoucí „ideály“ jsou velmi často ve skutečnosti nereálné tělesné proporce, mnohdy pro všechny jedince nedosažitelné. Tyto „ideály“ jsou podporovány společenským tlakem, masivní reklamou a nabídkami potravinářského a farmaceutického průmyslu (Jánošová, 2008). Pokud bychom si položili otázku, kdo v současné době má na člověka obrovský vliv a zároveň mu zprostředkovává současné trendy, určitě bychom bez váhání mohli odpovědět, že masmédia. Jiráček (2009, s. 21) vysvětluje masmédia jako „*historicky a společensky podmíněné formy sociální komunikace*“. Uvádí také fakt, že jedna jejich společná charakteristika je, že jsou potenciálně přístupné neomezenému počtu adresátů a reálně je využívá velké množství uživatelů. Dříve se jednalo především o vliv časopisů a televize, které nejvíce cílily na ženy. Dnes se do popředí dostala především digitální média a v posledních desetiletích se pomalu vytrácí i genderový rozdíl. Mnoho autorů (Krch, 2005, Jánošová, 2008, Grogan 2000, Fialová, 2006, Procházková, Ševčíková, 2017) však poukazuje, že tlak na dívky a ženy vřdycky byl a stále je ve společnosti větší. Problematické je i to, že trh a komerce se nezaměřují jen na dospělé a dospívající zákazníky, ale také na děti poměrně útlého věku, což ústí v to, že ideál štíhlé či svalnaté postavy začíná být pozorován již u 6-7letých dětí. (Jánošová, 2008).

Velmi využívaným masmédiem v dnešní době je internet, a i ten má svá úskalí a rizika, která mohou podpořit vznik a rozvoj PPP. Na jeho uživatele velmi často vyskakují reklamy či články týkající se hubnutí. Při psaní této části své práce jsem ze zvědavosti otevřela internetové zprávy a za poslední den mi bylo nabídnuto minimálně sedm článků věnující se problematice hubnutí. Věty typu „Oblíbený trenér celebrit konečně vytvořil fungující dietu“ či „Kmínová voda podporuje hubnutí“ jsou v internetovém prostředí stále denním chlebem. Také servery určené dívkám a ženám mají nekonečný seznam tipů na diety a cvičení (Procházková, Ševčíková, 2017). Nejznámější internetový fenomén, který obohatil problematiku PPP a určitě je potřeba ho zmínit, jsou blogy podporující rozvíjení anorektické či bulimické symptomatiky, tzv. pro-anorektické ("pro-ana") blogy, které v České republice měly hlavní rozkvět před několika lety (Somogyiová, Heretik, 2015).

V posledních letech se v médiích objevil nový trend, který reaguje na vzestup různých hnutí spojených s tělem. Vzestup těchto hnutí mezi spotřebiteli vedl několik

značek a mediálních prodejen k využití modelů s různými tvary a velikostmi těla. Na mysli mám hnutí typu „body positivity“, „body neutrality“ (viz příloha č. 4), poukazování na existující „fatphobii“ či zdůrazňování důležitosti sebelásky i lásky ke svému tělu. Tato hnutí vyvolala mnoho diskuzí. Někteří lidé nesouhlasí s tím, že by se jakékoliv tělo mělo nazývat jako „plus size“. Častá debata je vedena o tom, jaké typy těl se kvalifikují již jako „plus size“, a které modely jsou skutečnými reprezentacemi „reálných“ těl. Projevovány jsou i obavy o zdraví modelů s „plus size“, které jsou spojeny s názory, že jde o proklamování obezity (Pounders, Mabry- Flynn, 2019). Moréno-Domínguez et al. (2019) zjistili, že zobrazení štíhlého ideálu v médiích je škodlivé zejména pro ty jedince, kteří už mají obavy spojené se svým „body image“. Na základě toho také zjistili, že expozice modelům s větší velikostí zlepšilo jedincům sebevědomí a spokojenost těla. Z toho důvodu věří, že tvůrci pravidel, kteří se zajímají o podporu veřejného duševního zdraví, by měli motivovat módní průmysl k oddělení reklamy hubených a „plus size“ modelů a zvýšit reprezentativnost normálních a „plus-size“ modelů v jejich reklamě.

Na závěr bych řekla, že někteří jedinci poukazují na problém, který zároveň neutralita či body positivita neřeší, aneb spojení mezi obrazem těla a útlakem na základě těla. Kulturní ideál stále vytváří nerovnost mezi těly, neutrální či pozitivní postoje k tělu naznačují, že způsob, jak se vypořádat s dopady těchto společenských sil je jednoduchý. Stačí, aby jedinec změnil své vnímání „kulturních ideálů“ či postojů k nim. Tlak založený na tělu je o tom, jak svět kolem nás s našimi těly zachází. Např. osoba lišící se od ideálu, která však o své zdraví i tělo pečuje a nemá s ním problém, se může potýkat s nedostatkem přijetí ze strany svého okolí a prostředí, ve kterém se nachází. Naopak jedinec představující ideál, který přestože trpí poruchou příjmu potravy, se nemusí potýkat se stejnou diskriminací těla (Gordon, 2020). Každopádně teprve až čas nám ukáže, jakým směrem se společenské klima a ideál krásy bude dále vyvíjet.

Sociální sítě a jejich vliv na tělesné sebepojetí

Jelikož se ve své práci věnuji adolescentům, chtěla bych také zmínit vliv sociálních sítí na tělesné sebepojetí, protože podle Českého statistického úřadu používá sociální sítě nejvíce osob ve věkové kategorii 16–24 let a k roku 2019 užívalo alespoň jednu ze sociálních sítí 96,2 % osob v této socio-demografické skupině. (Český statistický úřad, 2019, online)

Důležitou informací je, že přestože mají sociální sítě minimální věkový limit, tak jeden z největších výzkumů v oblasti chování dětí na internetu poukázal na to, že 52 % z dotazovaných, kteří navštěvují sociální sítě, byly děti mladší 13 let. Tento výzkum také ukázal, že české děti 7-17 tráví nejvíce času právě na sociálních sítích (Kopecký, Szotkowski, 2019). Popularita sítě Facebook u dospívajících rapidně klesá, zatímco na popularitě stoupá Instagram, který využívá 72 % z této kategorie. Fenoménem je i rychlý nárůst oblíbenosti sociální sítě TikTok, kterou v roce 2019 užívalo více než čtvrtina (28,5 %) českých dětí (Zemanová, 2019). Z výše uvedeného vyplývá, že sociální sítě jsou adolescenty hojně využívány, a proto je přirozené se zajímat, jaký vztah existuje mezi jejich používáním a tělesným sebepojetím. Rodgers et al. (2020) poukazují na to, že existuje vztah mezi používáním sociálních sítí dospívajícími a následným vznikem obav, které souvisí s jejich tělesným sebepojetím, což poté může vést k patologickému chování. Mnoho typů sociálních sítí je vysoce vizuální a zaměřených na vzhled. Kromě toho spojují komerční i uživatelsky generovaný obsah, který je silně upravován a nereálný. Tyto vlastnosti zvyšují příležitosti pro srovnání „nepříznivého“ vzhledu, to znamená srovnání směrem vzhůru s osobami, které považuje jedinec za atraktivnější, než je on sám. Adolescenti jsou také vystaveni obsahu, který propaguje nedosažitelné ideály vzhledu. V současných západních sociálních médiích tyto ideály vzhledu zahrnují zaměření na hubenost a štíhlost, ale také stále více na svalnatost, které představují dvě důležité složky ideálů vzhledu pro chlapce i dívky. V důsledku toho lze očekávat vztah mezi používáním sociálních sítí a nespokojeností s vlastním tělem, což je poté doprovázeno nežádoucím jídelním chováním.

Shrnutí kapitoly:

Druhá kapitola se věnuje období adolescence v kontextu poruch příjmu potravy. Je zde popsána charakteristika daného období, tedy biologická, psychická a sociální stránka dospívání. Dále se kapitola věnuje poruchám příjmu potravy typickým pro dětský a adolescentní věk a pozornost směřuje i k vývoji jídelního chování a postojů k jídlu v daném období. Důraz je kladený na některé aspekty současné adolescence a také na společenské klima a jeho vliv na adolescentovo tělesné sebepojetí. Vyzdvihnutá je především tematika masmédií a obzvláště sociálních sítí, které jsou danou věkovou skupinou hojně využívány.

3 Role sociálního pedagoga v oblasti poruch příjmu potravy

3.1 Sociální pedagog

Bakošová (2006, s. 180) uvádí jedno z možných chápání sociálního pedagoga. Dle ní je „sociálny pedagóg odborník, ktorý je teoreticky i prakticky pripravený vo vysokoškolskom, magisterskom štúdiu odboru pedagogika, filozofického, pedagogického či sociálneho zamerania (predtým v špecializácii, zameraní sociálna pedagogika) na sociálnovýchovnú činnosť. Je odborníkom, ktorého všeobecné kompetencie spočívajú v pomoci a podpore deťom, mládeži, dospelým, rodičom (sociálna andragogika, geragogika) a ich podpore v situáciách vyrovnania deficitu socializácie a hľadania možnosti zlepšenia kvality života prostredníctvom výchovy, vzdelávania, prevencie, poradenstva.“

Další možnou charakteristiku nám přináší Kraus (2008), který zmiňuje autora Klímu. Ten vidí sociálního pedagoga jako specializovaného odborníka. Tento odborník by měl být pro své intencionální působení na jedince i sociální skupiny teoreticky, prakticky i koncepčně vybaven. Působí obzvláště tam, kde se životní způsob a činnosti těchto jednotlivců či sociálních skupin projevují destruktivním nebo nekreativním způsobem saturace potřeb a utváření vlastní identity. Jako studentka oboru, v jehož názvu nalézáme pojem etopedie, jsem se rozhodla zmínit pohled M. Žumárové, na který poukázala autorka Bakošová (2006). Ta ukazuje potencialitu uplatnění sociálního pedagoga v činnosti se sociálně narušenými dětmi a mládeží a poukazuje na vysokoškolskou přípravu sociálního pedagoga se zaměřením na etopedii.

Kraus a Poláčková (2001) demonstrují hlavní funkci sociálního pedagoga pomocí dvou oblastí. Za prvé se jedná o činnosti integrační a za druhé o činnosti rozvojové. Integrační činnosti se soustředí na jedince, jež vyžadují odbornou pomoc a podporu. Jedná se o jedince, kteří se stávají pro okolí problémem. Zpravidla se nacházejí v psychickém, sociálním a psychosociálním ohrožení a v krizové situaci. Rozvojové činnosti si dávají za cíl žádoucí rozvoj osobnosti ve směru správného životního stylu a smysluplného trávení volného času. Jejich hlavní zacílení je zaměřené na děti a mládež, ale zároveň cílí na celou společnost, a proto v této funkci nalézáme důležitý celospolečenský aspekt prevence.

Pracovní činnosti sociálního pedagoga mají ráz výchovného působení ve volném čase, poradenství na základě diagnostiky a sociální analýzy výchovného prostředí či

problému a životní situace a v neposlední řadě reedukační a resocializační péči a terénní práci. Samotné uplatnění sociálního pedagoga je značně rozmanité a ani v současné době nenalezneme profesi sociálního pedagoga zahrnutou v katalogu prací, jako je tomu v jiných zemích. Sociální pedagogové nalézají svá uplatnění v rezortech školství, mládeže a tělovýchovy, spravedlnosti, práce a sociálních věcí, vnitra a v oblasti církevních, společenských a neziskových organizací. Jednotlivé rezorty přináší pestrou škálu pro sociální pedagogy, kteří nalézají uplatnění ve školních klubech, družinách, domovech mládeže, dětských domovech, DDM a střediscích volného času, institucích výchovného poradenství, v oblasti sociálně výchovné a osvětové činnosti, v preventivní výchovné péči (koordinátor prevence, metodik prevence, krizová centra). Sociálního pedagoga nalézá své uplatnění i v uprchlických táborech, okrskové službě či kriminální prevenci, v nápravných zařízeních, věznicích a v institutu mediačního a probačního pracovníka, jako sociální asistent, sociální kurátor pro mládež a jako pracovník ústavů sociální péče a institucí sociálně výchovné péče o seniory (Kraus, 2008).

Z výše uvedených definic a vymezení docházím k závěru, že sociální pedagog může být především užitečný v prevenci poruch příjmu potravy. Pomocí sociálně-výchovné činnosti a (pro)sociální výchovy může nabídnout pomocnou ruku při hledání identity a vnitřního zakotvení dospívajících.

3.2 Prevence v oblasti PPP

Pedagogika dle pedagogického slovníku chápe prevenci jako „*soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejm. onemocnění, poškození, sociálně patologickým jevům*“ (Průcha a kol., 2013, str. 219). Sociálně-pedagogický pohled vnímá preventivně-výchovné působení jako multifaktoriální proces. V užším slova smyslu prevence představuje aktivity uskutečňované speciálně vyškoleným člověkem, který má prevenci v náplni své pracovní činnosti, a které se soustředí na určité specifické a nespecifické oblasti. V širším slova smyslu představuje všechna výchovná působení, která pochází od všech účastníků výchovně-vzdělávacího procesu, a která působí na objekty výchovy. Patřily by sem mimo jiné i nepřímé výchovně-vzdělávací postupy, jako je např. animace, organizování prostředí, mediace, metody inscenační, situační a režimové (Kraus, Bělík, 2011).

Miovský a kol. (2010, str. 24) dále udávají, že „*za prevenci rizikového chování považujeme jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných*

intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmirňujících již existující formy a projevy a rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky.“ Aby vzorec chování byl považován za rizikový, jeho existenci a důsledky je možno vědecky zkoumat a ovlivňovat intervencemi v rovině preventivní a léčebné. Existují různé oblasti rizikového chování, na které se současná prevence soustředí. Jejich členění není jednoduché, protože koncept rizikového chování se vyvíjí a některé oblasti do něj nelze přímo zahrnout. Spektrum PPP je jednou z oblastí, kterou nelze jednoznačně zařadit do konceptu rizikového chování, ale v rámci širšího pojetí tohoto konceptu se k základním typům rizikového chování řadí svým význačným výskytem ve společnosti, čímž představuje ono pole pro preventivní práci (Mioviský a kol., 2010).

Druhy prevence:

- 1. Primární prevence** se snaží co nejvíce předcházet a snižovat míru rizik, která se s projevy rizikového chování pojí.
- 2. Specifická primární prevence**, tj. aktivity a programy zaměřené na konkrétní existující typy a formy rizikového chování, které jsou charakteristické zaměřeností na jasnou cílovou skupinu, očividně stanoveným a formulovaným vztahem k oblasti rizikového chování a možností evaluace díky tomu, že jsou prováděny v přesně stanoveném čase a prostředí. Tento typ prevence má tři úrovně. Jedná se o všeobecnou, selektivní a indikovanou primární prevenci.
- 3. Nеспецифická primární prevence** se snaží o výchovu dětí a mládeže ke zdraví a zdravému životnímu stylu, rozvoji pozitivního sociálního chování a zachování integrity osobnosti. Z čehož vyplývá, že nespecifická primární prevence nepředstavuje zaměření na konkrétní projevy rizikového chování, ale cílí na předcházení rizikového chování např. nabídkou smysluplného trávení volného času.
- 4.** Pokud primární prevence nedosahuje svého účinku, přichází na řadu sekundární prevence a terciární prevence. Obě se zaměřují na jedince, kteří vykazují formy rizikového chování, a které není možno řešit obvyklými preventivními opatřeními. Obě se snaží zabránit další recidivě a o co nejvíce možnou eliminaci rizik příslušných rizikových chováních (Bendl, 2016).

5. **Sekundární prevence** se zabývá prací s rizikovými skupinami, cílem je předejít vzniku a rozvíjení rizikového chování u ohrožených jedinců. Podle Bakošové (2005) může být i úlohou sociálního pedagoga koordinace všech odborníků, kterých se daný problém dotýká.
6. **Terciární prevence** zahrnuje přímou činnost s jednotlivcem či se skupinami, které byly nějakým způsobem poškozené. Je zaměřena na jedince již s projevy rizikového chování a za cíl si klade předejít sociálním a zdravotním potížím, které jsou důsledkem tohoto chování. Příkladem může být i terénní práce s rizikovou rodinou (Bakošová, 2005).

Problematikou primární prevence rizikového chování dětí a mládeže ve škole a školských zařízeních se zabývá „Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (Dokument MŠMT č. j.: 21291/2010-28)“ a „Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019 – 2027“ a „Akční plán realizace Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019 – 2021“.

Podle MŠMT (2010) by mělo v rámci všeobecné prevence PPP docházet k výchově k přiměřenosti a umírněnosti v postojích s důrazem na nebezpečí jednostranných nebo extrémních postojů ve výživě a životním stylu. Specifická prevence by měla poukazovat na nebezpečí a neúčinnost redukčních diet a předávat obecné informace o PPP. Vhodná je včasná intervence u rizikových jedinců (rychle zhubnul, zvrací s jakoukoli argumentací...), interaktivní programy, rozvoj všeobecných aktivit, zájmů. U běžné populace se spíše zaměřit na předcházení nevhodných redukčních diet a prostředků na zhubnutí (nedávat důraz na nebezpečnost, ale na neúčinnost). Předcházet šikaně pro vzhled, oblečení, tělesný výkon, to, co jí nebo pije. Rozšířit nabídku vhodných, konkrétních materiálů (svépomocné příručky, jak zvládat anorexii, bulimii) pro nemocné a jejich rodinné příslušníky.

3.3 Sociální pedagog a jeho možnosti i limity v oblasti prevence a podpory PPP

Základní institut, který by se měl na prevenci jakéhokoliv rizikového chování podílet, je bezesporu rodina. Na její význam jsem již poukázala a je tedy patrné, že klíčem k úspěchu je přiměřené výchovné působení na jedince. Avšak mimo rodinu na jedince postupně

působí i další instituty, které se na prevenci významně podílejí. Zejména škola a další přidružená zařízení, ve kterých může i sociální pedagog hrát svou roli. Lorenzová (2016) ukazuje, že se mění funkce školy, kdy nově je primární předávat jedincům kompetence k celoživotnímu učení a na významu narůstá i výchovná a socializační funkce školy *„která bude kultivovat u dětí a dospívajících smysl pro diverzitu jako hodnotu a chápat ji jako příležitost k obohacení, formovat myšlení, postoje a hodnoty, u kterých morální citlivost vůči jinakosti a přisvojení vlastního kulturního zázemí nejsou v nesmiřitelném protikladu, ale jsou komplementárními perspektivami“* (Lorenzová, 2016, s. 97).

Kraus a Bělík (2011) dodávají, že výchovné působení nemůže za žádných okolností spočívat pouze v předávání vědomostí. Je nutné, aby toto působení bylo sociálně výchovné a zasáhlo celou osobnost ve smyslu rozvoje a formování charakteru. Jedná se o zdokonalování sociálních dovedností a schopností člověka fungovat a obstát ve společnosti i v jejích strukturách ať už na úrovni mikro, mezo či makro prostředí a plnit náležitě odpovídající role. Jak jsem již zmiňovala výše, uplatnění sociálního pedagoga je velmi rozmanité a z výčtu možností jeho uplatnění, které jsem také nastínila je jasné, že mnohdy budou jeho cílovou skupinou děti či dospívající mládež. Jeho kompetence mu umožňují se podílet na žádoucím rozvoji osobnosti, na tvorbě vyhovujícího životního stylu a na zajištění smysluplného trávení volného času. Sociální pedagog se může částečně účastnit na vyrovnávání deficitu, který mohl vzniknout v průběhu primární socializace v rodině a pomoci jedinci při hledání cest, jak zlepšit kvalitu jeho života prostřednictvím sociálně-výchovného působení, prevence či poradenství apod.

Preventivní strategie, na kterých se může podílet i sociální pedagog

Zaujala mě myšlenka, která zněla asi nějak takto: „Už nemůžeme jen učit děti a mladistvé o výživě a fyzické aktivitě. Nemá smysl říkat dětem a dospívajícím, aby se ve svém těle cítili dobře, aniž bychom poskytli skutečné zážitky z dobrého pocitu.“ To, jak se dospívající cítí ve svém těle a jsou naladěni na své tělesné zážitky, přispívá k rozvoji jejich tělesného obrazu. Z tohoto pohledu lze na prevenci pohlížet jako na pokračující proces, který se zaměřuje na důležitost záměrného poskytování každodenních zkušeností, které přispívají k jedincovu pocitu pohody a ke vzniku zkušeností jejich pozitivního sebepojetí. Je nutné, aby se pozornost přesunula od jednotlivce směrem k měnícímu se prostředí. V rámci prevence můžeme záměrně vytvářet zážitky, které přispívají

k celkovému zdraví a pohodě (fyzicky, mentálně, emocionálně, sociálně) pro jedince jakýchkoliv tělesných proporcí (Russell-Mayhew, Grace, 2016). Russell a Ryder (2001) věří, že dospívající by měli pochopit, jak funguje dospívání, tělesné typy, genetika a jak metabolismus ovlivňuje jejich tělo. Potřebují si uvědomit důležitost aktivního životního stylu, nutričně vyvážené stravy a nebezpečí redukčních diet. Vyvinout si kritické myšlení ve vztahu k utváření a formování postojů k jejich tělu i jídlu a uvědomit si, jak tyto postoje ovlivňují rodiče, učitelé a vrstevníci.

Dále je důležité, aby pochopili vliv masmédií a společenského klimatu, který klade velký důraz na vzhled, a aby se naučili tyto zprávy kriticky posuzovat a odlišit je od své vlastní reality. Mimo to je nutné, aby si uvědomili, že vtipy a potlačování některých typů těl je vlastně forma obtěžování, a naopak by měli přijmout a ocenit všechny velikosti a tvary těl a uvědomit si, že lidé jsou mnohem víc než jen jejich vzhled. V neposlední řadě, aby pochopili, že je důležité mít nejen zdravé tělo, ale také zdravý přístup a přijímat, kdo jsou. Zároveň si potřebují vypracovat svoje strategie, které jim pomůžou zlepšit jejich tělesné sebepojetí.

Konkrétní tipy, jak může být sociální pedagog prospěšný:

Sociální pedagog by měl být sám dobře informovaný na poli PPP. Měl by si uvědomovat potenciální rizika a informovat se o chování jedinců s PPP, příznacích, léčbě, či důsledcích, o existujících preventivních strategiích či způsobech podpory osob potýkajících se s některou z PPP. Dalším významným prvkem je sebereflexe u sociálního pedagoga. Je potřeba, aby si uvědomoval vlastní citové pohnutky, aby se zamýšlel nad tím, jaké stravovací návyky má on, jeho vlastní rodina a měl by být v souladu s tím, co předává jedincům, na které působí.

Dále by měl/může (Papežová, Hanusová, 2012, Švédová, Mičová, 2010, Vaschenko, 2005, Russell, Ryder, 2001, Russell-Mayhew, Grace, 2016):

- Propagovat zdraví a psychickou pohodu pro děti a dospívající nezávisle na jejich tělesných proporcích.
- Rozvíjet zdravý a pozitivní sebeobraz těla a podporovat toleranci ohledně rozdílů ve vzhledu. Sem bych zařadila snahy o snižování škádlení na základě hmotnosti a vzhledu či snižování stigmatu kolem obezity. Zároveň se může sociální pedagog snažit o vyzívání současných standardů krásy. Důležité je, aby se podporovala

dovednost kritického myšlení dospívajících, protože to může velmi pomoci, aby dospívající dokázali rozlišit mediální i společenské zprávy, které podporují „ideál“ štíhlosti.

- Celkově vytvářet zdravé a pozitivní sociální klima, ve kterém je se všemi dospívajícími zacházeno stejně.
- Podporovat osvětu v oblasti PPP, ale důležité je, aby zůstal co nejvíce nestranný, a zachoval důvěryhodný vztah s dospívajícími.
- Poskytnout dospívajícím informace o PPP, o jejich následcích, a naopak zdůrazňovat zdravé praktiky v každodenním životě. Je však důležité zajistit, aby tyto informace nenabízely jedincům návody, které by později mohly zkoušet. Např. omezování příjmu potravy, zvracení, využívání různých prostředků k dosažení úbytku hmotnosti či nadměrné cvičení.
- Poukázat na masivní reklamu a trh, který stojí za různými prostředky určené k dosažení „ideálů“.
- Zdůrazňovat a podporovat rozvoj sebeúcty, sebeprosazení a komunikačních dovedností, protože tyto silné stránky pomohou jedinci proti společenskému tlaku, který je vede k tomu, aby právě změnili a ubližovali svému tělu při dosahování „ideálů“ krásy.
- Snažit se pochopit hodnoty a postoje k hmotnosti, stravě a tělesnému sebepojetí dospívajících a zvažovat, jak mohou tyto hodnoty ovlivnit jedince, s nimiž sociální pedagog přichází do styku.
- Uvědomit si, že některé běžné postupy mohou mít skrytý dopad na jedince, kteří jsou náchylní k nežádoucímu stravování. Např. u sportovců může být škodlivé neustálé odkazování na váhu, ale je možné se naopak zaměřit na jiné oblasti, jako je síla a duševní kondice.
- Být dospívajícím příkladem a brát vážně to, co říkají, cítí a dělají, spíše než za to, jak vypadají. Poukázat na vzory, které jsou obdivovány více než jen svým vzhledem.
- Podpořit jedince k žádoucímu jídelnímu chování. Varovat před nevhodnými jídelními zvyklostmi a rizikovými způsoby kontroly hmotnosti a dbát také na prevenci obezity.

- Formovat podmínky, které směřují k osobnostnímu rozvoji jedince, k jeho posílení sebedůvěry s úmyslem redukovat projevy sebedestruktivního chování.
- Učit dospívající adekvátně reagovat na stres, neúspěch a kritiku.
- Podporovat sebepoznání a skupinové aktivity.
- Připravit dospívající v rizikovém období na tělesné (zejména přibírání na hmotnosti) i psychické změny, které je v průběhu dospívání čekají, poučit dospívající o různých tělesných typech a rozdílech mezi lidmi.
- Z hlediska prevence PPP je nezbytné dospívající poučit o nebezpečí držení redukčních diet. Děti by měly vědět, kam se obrátit v případě problémů s hmotností a trápením se svým vzhledem.

Tyto tipy pro sociálního pedagoga bych uzavřela s tím, že je žádoucí využívat metody aktivního sociálního učení s výchovným působením k osvojení si žádoucího jídelního chování a sebepojetí. Nabídnout tedy jedinci objektivní informace, které ho seznámí se zdravotními i dalšími důsledky PPP, ale zejména zařadit aktivity soustředící se na prohlubování, rozvoj a zkoumání sebevědomí, vědomí sebe samého, vlastní osobnosti a své hodnoty. Podporovat by se mělo i přijetí společné odpovědnosti za pohodu každého člena skupiny i vzájemné vnímání ostatních členů. Všechny aktivity by měly stavět na upřímnosti, a to jak v rovině komunikační, tak i vztahové. Důležité je oceňování stejných i rozdílných vlastností, podpora společné důvěry, úcty, empatie a citlivosti mezi dospívajícími jedinci (Krch, Maradová, 2003).

Rozpoznání jedince s PPP sociálním pedagogem

Sociální pedagog by měl zpozornět, pokud zaznamená nápadné změny v hmotnosti (především při společných či tělesných aktivitách lze zaznamenat, že dospívající ztrácí váhu nebo naopak jeho váha nápadně kolísá, nebo nápadně narůstá), nápadnou izolaci jedince od ostatních, ztrátu zájmů, zvýšenou introverzi, posmutnělost, zamyšlenost, vážnost, nadměrný pohyb, výrazný důraz na vzhled, ale zároveň i nejistotu a stud před ostatními. Zhoršení zdravotního stavu např. častější nemocnost, zhoršení kvality vlasů, pleti, v souvislosti s anorexií se může objevit lanugo (nadměrné ochmýření), nápadná je zimomřivost. Dále se může objevit zhoršení psychického stavu (depresivní nálady, podrážděnost, přecitlivělost) či změny v jídelním chování. V případě problémů

s přejídáním může jedinec sníst jídlo velmi rychle, hltavě a v různých neobvyklých kombinacích. Ve škole, ale i ve volném čase lze sledovat snahu o precizní výkony, které později mohou vést spíše k nesoustředěnosti, únavě a apatii (Švedová, Mičová, 2010).

Kontakt s jedincem s PPP

Při komunikaci s jedincem s PPP by si měl sociální pedagog uvědomit, že se jedná o psychické onemocnění, při kterém jedinec většinou nemá náhled na jeho situaci a ani motivaci k léčbě, a proto PPP může vést ke lhaní, podvádění a výmluvám. Jedinci s PPP bývají citliví, inteligentní, přemýšliví, ale zároveň pochybovační a nedůvěřiví. Lze nabídnout pomoc, být pro jedince oporou, ale sociální pedagog nepomůže řešit problém za nemocného. Při podezření u jedince na PPP je důležité si s jedincem promluvit o svých pocitech a obavách. Je dobré se na rozhovor připravit a zajistit si klidné, příjemné a nerušené prostředí. Doporučuje se posadit se blízko, v mírném úhlu, aby bylo vidět na obličej i tělesné pohyby, ale zároveň se jedinci bude lépe mluvit, když bude mít možnost vidět jak na sociálního pedagoga, tak i mimo něj. Sociální pedagog by měl umět parafrázovat a občas shrnout, co slyšel, aby se tím ujistil, že tomu rozuměl správně. Měl by se pokusit pochopit i pocity strachu a zlosti skryté za slovy jedince s PPP a mluvit o nich. Nakonec by měl nabídnout jedinci svou pomoc a s jeho vědomím kontaktovat jeho rodinu. Zároveň ho ujistit, že sociální pedagog vidí alternativy, a že existuje řešení jeho situace. Doporučit mu informace a kontakty a hledat cestu, jak změnu usnadnit i společně naplánovat další postup tak, aby nedocházelo k rozvoji nemoci v prostředí, ve kterém na něj sociální pedagog působí (Papežová, Hanusová, 2012, Švedová, Mičová, 2010).

Kontakt s rodiči

Ve své práci může být sociální pedagog v kontaktu i s rodiči jedince s PPP. Je důležité jim sdělit své obavy i všechno, co bylo u dospívajícího jedince zaznamenáno. Podat jim přiměřené informace a mluvit o tom, jak to vidí a cítí se oni. Doporučit rodině, aby vyhledali lékaře a informovat je o dalších kontaktech a možnostech pomoci. Nakonec je důležité zůstat s rodiči v kontaktu (Papežová, Hanusová, 2012, Švedová, Mičová, 2010).

Limity sociálního pedagoga

Největší limit, který spatřuji v profesi sociálního pedagoga v České republice je, že tato profese je stále v praxi vykonávána pod názvy jiných povolání. Typicky se jedná o pozice vychovatele ve všech typech školských zařízení (i v oblasti výkonu ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče), o pozici pedagoga volného času či asistenta pedagoga. Kromě toho má absolvent sociální pedagogiky kvalifikační předpoklad pro výkon povolání sociálního pracovníka podle zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.). Absolventi studia sociální pedagogiky také splňují podmínky pro výkon dalších pracovních pozic, jejichž přehled jsem zmínila výše, což ale ukazuje, že regulovaná profese s názvem sociální pedagog v ČR však na rozdíl od jiných zemí Evropy dosud neexistuje, přestože probíhají opakované snahy o legitimizaci této profese v oblasti školství (Lorenzová, Komárková, 2019). Z rozhovorů se sociálními pedagogy, kteří působí např. na školách, je patrné, že za negativum tohoto povolání můžeme především považovat to, že sociální pedagog není součástí katalogu prací a není tedy legislativně definován jeho obsah činností a rozsah kompetencí. Díky této skutečnosti, může docházet k neobjasnění rolí a očekávání od sociálního pedagoga, což může směřovat ke vzniku konfliktů, nedorozumění či k nenaplnění cílů činnosti sociálního pedagoga. Pokud by však byly jasně stanovené kompetence a náplň práce, nemuseli by sociální pedagogové obhajovat některé svoje činnosti. Tím by sociální pedagog získal více pravomocí, dostal by se do povědomí veřejnosti a bylo by jasné, jaké jsou jeho kompetence (Blašítková, 2020).

Shrnutí kapitoly:

Třetí kapitola se věnuje roli sociálního pedagoga v prevenci poruch příjmu potravy. Na úvod je představen sociální pedagog jako takový a jeho možnosti působení v praxi. Dále jsou uvedeny druhy prevence rizikového chování a zařazení PPP do této problematiky. Hlavním obsahem této kapitoly je sociální pedagog a jeho možnosti i limity v oblasti prevence a podpory jedince s PPP. Jsou zde poukázány konkrétní typy, na kterých se sociální pedagog v rámci prevence může podílet a také informace k tomu, jak může jednat v případě, že se již setká s jedincem, který nějakou z PPP trpí. Na závěr kapitola zmiňuje limit sociálního pedagoga, který se může promítat i do oblasti prevence PPP.

4 Empirický výzkum

Empirický výzkum bakalářské práce je založen na provedení kvantitativního šetření, které bylo uskutečněno pomocí dotazníku vlastní tvorby. Výzkumným souborem byli adolescenti různých typů SŠ. V kapitole je popsána zvolená výzkumná metoda, charakteristika respondentů, výzkumný problém, cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy. Následuje interpretace výsledků samotného výzkumného šetření, vyhodnocení hypotéz a shrnutí výzkumu.

Cíl výzkumu

Hlavním cílem dotazníkového šetření je zjistit, kde, jak často a jakou formou se adolescenti setkávají s problematikami poruch příjmu potravy, vztahu k jídlu a k jejich tělu. Dále byly formulovány dílčí cíle výzkumu, které povedou k naplnění hlavního cíle výzkumu i cíle bakalářské práce.

Výzkumný problém

Jakým způsobem se adolescenti setkávají s problematikou poruch příjmu potravy, vztahu k jídlu a k jejich tělu?

Dílčí cíle

Zjistit postoje adolescentů k jídlu.

Zjistit postoje adolescentů k jejich tělu.

Zjistit potřeby adolescentů na formu předávání daných témat.

Zjistit informovanost z oblasti poruch příjmu potravy.

Zjistit kolik adolescentů se ve svém životě setkala s poruchami příjmu potravy.

Výzkumné otázky

Hlavní otázka: Jsou adolescenti dostatečně obeznámeni s pojmem psychogenní přejídání?

Dílčí otázka č. 1: Jsou adolescenti dostatečně informováni o problematice poruch příjmu potravy?

Dílčí otázka č. 2: Jaké jsou postoje adolescentů k jídlu a jejich tělu?

Dílčí otázka č. 3: Jaký vliv má působení preventivních programů na adolescenty ve vztahu k žádoucímu postoji k jídlu a jejich tělu?

Dílčí otázka č. 4: Jakým způsobem se adolescenti setkávají s problematikou poruch příjmu potravy, vztahu k jídlu a tělu a jaké jsou jejich reálné potřeby?

Hypotézy

Hlavní hypotéza:

H1: Méně, než polovina z celkového počtu respondentů slyšela pojem psychogenní přejídání a přiřadí správné vymezení tohoto pojmu.

Dílčí hypotézy:

H2: Chlapci jsou méně informováni o PPP než dívky.

H3: Alespoň polovina dotazovaných zná ve svém okolí někoho, kdo trpí nebo trpěl PPP.

H4: Alespoň 40 % respondentů z celkového počtu dotazovaných vykazuje nežádoucí postoj k jídlu.

H5: Alespoň 50 % respondentů vykazuje nežádoucí postoj ke svému tělu.

H6: Všichni adolescenti, kteří byli terčem posměchu směrem ke svému tělu, chtěli následně změnit svou postavu.

H7: Adolescenti, kteří mají osobní zkušenost s preventivním programem na PPP, vykazují kladnější postoje k jídlu a ke svému tělu než ti, kteří tuto zkušenost nemají.

H8: Adolescenti považují elektronická média za nejčastější zdroj informací o dané problematice.

4.1 Popis výzkumu a metodologie

Pro účely výzkumného šetření byla prostřednictvím anonymního dotazníku vlastní tvorby využita kvantitativní metoda. Tento dotazník uvádím v příloze č. 1. Gavora (2010) uvádí, že dotazník je určen pro hromadné získávání údajů o velkém počtu odpovídajících. Pelikán (2011) dodává, že díky dotazníkům je možné od respondentů získat informace, které nemůžeme získat jinou cestou, především pokud jde o stanoviska, názory nebo postoje dotazovaných. Jelikož jsem chtěla zmapovat aktuální situaci mezi adolescenty a zjistit, co nejširší vyjádření k tématu mé bakalářské práce, které by vedlo k naplnění cíle

této práce, přišla mi zvolená dotazníková metoda jako nejvhodnější ze všech existujících. Přesto jsem si vědoma i negativní stránky, kterou tato metoda přináší. Jedná se zejména o problematickou validitu získaných údajů. Pelikán (2011) poukazuje na to, že je potřeba brát v úvahu subjektivitu výpovědí. Respondent nemusí pokaždé odpovídat pravdivě. Může se tak stát, protože např. odpovídá tak, jak si myslí, že je od něj očekáváno nebo přesnost vymezených otázek a variant odpovědí striktně omezují jeho prostor pro odpověď. Dotazník obsahoval především uzavřené a polouzavřené otázky, ale i několik otevřených. Pelikán (2011) uvádí, že otevřené otázky mají výhodu v tom, že neomezují respondenta a získáme díky nim řadu možných vyjádření, a i proto mi jejich volba v určitých případech přišla nanejvýše vhodná.

Tento dotazník byl určen respondentům především ve věku 15-20 let. Věkovou hranici jsem stanovila v souladu s Mackem (2003), který adolescenci datuje mezi 15. až 20. (22.) rokem života jedince. Dotazník se skládá z 34 položek. Obsahuje 27 otázek uzavřených, 4 polouzavřené a 3 otázky otevřené. První 2 otázky v dotazníku jsou identifikační, zjišťující pohlaví a věk. Ostatní otázky jsou rozděleny do pomyslných tří sekcí. První se věnuje především problematice PPP, druhá se soustředí na aktuální postoje adolescentů k jídlu a k jejich tělu. Třetí, a tedy poslední sekce je věnována problematice prevence PPP.

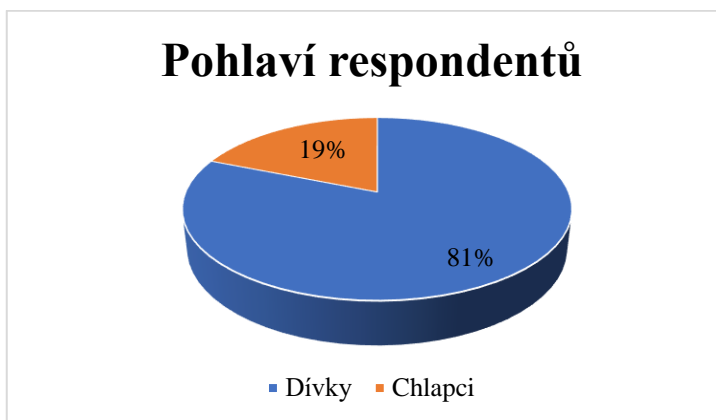
4.2 Výzkumný soubor, charakteristika respondentů a předvýzkum

Výzkumný soubor, charakteristika respondentů

Vzhledem k tomu, že po dobu mého výzkumu z důvodu vládních opatření byly uzavřené střední školy všech typů, sběr odpovědí probíhal prostřednictvím webového rozhraní www.survio.com/cs. Pomocí e-mailové korespondence jsem oslovila ředitele mnou vybraných škol. Výzkumného šetření se účastnili respondenti ze všech typů středních škol. Oslovila jsem gymnázia, střední odborné školy i střední odborné učiliště. Osloveny byly školy primárně ze Středočeského kraje a v menší míře poté z kraje Ústeckého, Plzeňského, Jihočeského, Královhradeckého, Libereckého a z kraje Vysočina. Dotazník celkem navštívilo 386 respondentů, z čehož nevyplněno jich bylo 183. Celková návratnost tedy činí 52,6 %.

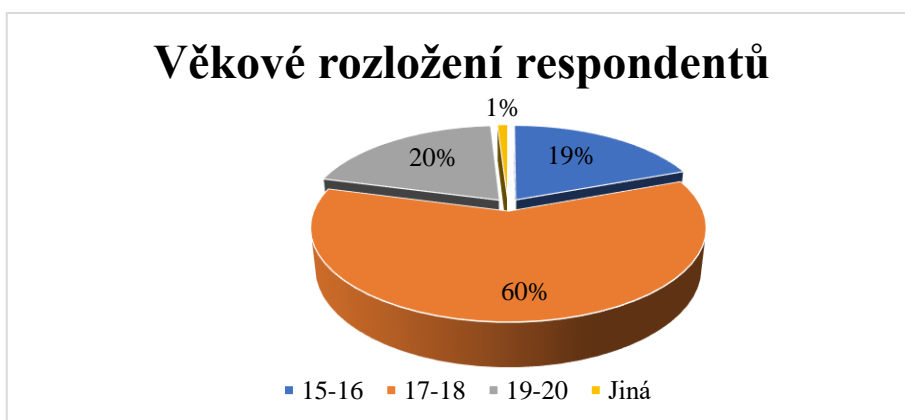
Výzkumného šetření se celkově účastnilo 201 respondentů, z toho čteněji byly mezi respondenty zastoupeny dívky, kterých se na výzkumu účastnilo 163 a chlapců

pouze 38. Procentuální zastoupení ukazuje graf č. 1. Rozložení respondentů dle pohlaví, jak je z grafu patrné, nebylo vyrovnané, což přisuzuji dané tématice, o kterou věřím, že mají zájem spíše dívky.



Graf 1 Pohlaví respondentů

Výzkumné šetření bylo určeno především respondentům ve věku 15-20 let. Věkovou hranici jsem stanovila v souladu s Mackem (2003), který adolescenci datuje mezi 15. až 20. (22.) rokem života jedince. Jak můžeme vyčíst z procentuálního znázornění v grafu č. 2, v dotazníkovém šetření má nejčetnější zastoupení věkové rozmezí 17-18 let (120 respondentů), následují rozmezí 19-20 let (40 respondentů) a 15-16 let (39 respondentů). Úplně nejméně je zastoupena věková skupina respondentů ve věku 20 a více, která činí celkem 2 respondenty.



Graf 2 Věkové rozložení respondentů

Předvýzkum

Před samotným uskutečněním výzkumného šetření byl proveden tzv. předvýzkum, kterého se zúčastnili 4 respondenti. Gavora (2010) chápe předvýzkum jako ověření výzkumného nástroje, jehož cílem je zjistit, zda a jak tento nástroj funguje. Uskutečňován

je na malém souboru respondentů. Po uskutečnění předvýzkumu jsem zúčastněně požádala o jejich zpětnou vazbu. Zjišťovala jsem, zda bylo pro ně vše srozumitelné, či zda mají jakékoliv jiné připomínky k rozpracované podobě dotazníku. Na základě jejich výpovědí byly některé položky dotazníku poupraveny do současné podoby, kterou lze nalézt v příloze č. 1.

4.3 Interpretace výsledků výzkumného šetření

V rámci výzkumného šetření byly definovány tři oblasti, ke kterým byly formulovány hypotézy, které byly následně syceny vybranými položkami dotazníku. Jedná se o oblasti informovanost v oblasti PPP, postoje k jídlu a k tělu a prevence PPP. V dotazníku však ještě byly obsaženy doplňující položky vztahující se k dané problematice nabízející širší pochopení.

Oblast 1: Informovanost v oblasti PP

Otázka č. 3 zjišťovala, **zda respondenti již někdy slyšeli pojem psychogenní či záchvatovité přejídání**. Otázka byla uzavřená a dichotomická. Odpověď „ano“ uvedlo 150 respondentů, zatímco odpověď „ne“ zvolilo 51 z dotazovaných. Celkový počet responzí a procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí znázorňuje tabulka č. 1 a dále uvádím graf č. 1 (viz příloha č. 3).

Tabulka 1: Slyšel(a) jste někdy pojem „psychogenní či záchvatovité přejídání“?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Ano	150	75 %
Ne	51	25 %

Otázka č. 4 zjišťovala, **zda respondenti vědí, která z uvedených možností u dané otázky nepatří do spektra PPP a které naopak ano**. Z uvedené tabulky je patrné, že nejvíce respondenti chybovali v položce „obezita“, kterou zvolilo jen 60 z 201 dotazovaných. Obezita není uvedena v MKN-10 ani v DSM-V jako jednou z PPP. Odpověď „dieta“ byla zvolena 167 respondenty z celkových 201. Dieta není porucha příjmu potravy, ale jak uvádí Krch (2005) je jedním ze specifických rizikových faktorů pro vznik a rozvoj PPP. Nejméně respondenti chybovali v odpovědi „vegetariánství“,

kteřé správně zvolilo 180 respondentů z 201 dotazovaných. I zde se nejednalo o PPP. Jak uvádí Kunová (2004) jedná se o alternativní výživový směr. Problematická byla pro respondenty i odpověď „orthorexie“, kterou zvolilo 39 respondentů, ačkoliv se opravdu jedná o jednu z poruch příjmu potravy a její vymezení lze nalézt v první kapitole této práce. Celkový přehled responzí i s procentuálním zastoupením ukazuje tabulka č. 2.

Tabulka 2: Mezi poruchy příjmu potravy NEPATŘÍ?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Vegetariánství	180	89,6 %
Dieta	167	83,1 %
Obezita	60	29,9 %
Orthorexie	39	19,4 %
Psychogenní přejídání	9	4,5 %
Mentální bulimie	3	1,5 %
Mentální anorexie	2	1 %

Otázka č. 5 zjišťovala, kolik respondentů zná ve svém okolí někoho, kdo trpí či trpěl poruchou příjmu potravy. Tato otázka byla opět uzavřená a dichotomická. Možnost odpovědi „ano“ zvolilo 135 respondentů a možnost „ne“ 66 respondentů z celkového počtu 201 dotazovaných. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení znázorňuje tabulka č. 3. Dále uvádím graf č. 2. (viz příloha č. 3).

Tabulka 3: Znáte ve svém okolí někoho, kdo trpí či trpěl PPP?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Ano	135	67 %
Ne	66	33 %

Otázka č. 6 doplňovala otázku č. 3 a zaměřovala se na ověření, zda respondenti vědí, které vymezení odpovídá psychogennímu přejídání. Správnou odpověď uvedlo 107

respondentů, odpověď odpovídající definici MB uvedlo 47 respondentů, odpověď „nejsem si jist(á)“ uvedlo 28 respondentů. Poslední možnost odpovědi odpovídala vymezení neexistující PPP a zvolilo ji 19 respondentů. Celkový přehled responzí i s procentuální zastoupením znázorňuje tabulka č. 4.

Tabulka 4: Které z nadcházejících vymezení nejlépe vystihuje psychogenní (záchvatovité) přejídání?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Nejčastější onemocnění ze skupiny PPP, které se především projevuje konzumací takového množství jídla, které je výrazně větší, než by většina lidí zkonsumovala za stejný čas a okolností bez navazujícího použití eliminačních metod (zvracení, projímadla nebo nadměrné cvičení)	107	53,2 %
Je jedno z PPP. Spočívá v konzumaci velkého množství jídla a zároveň ve strachu z následného přibírání tělesné hmotnosti, proto jedinec úmyslně vyvolává zvracení potravy, aby netloustl.	47	23,4 %
Nejsem si jist(á).	28	13,9 %
Poměrně zřídka vyskytující se PPP, která se projevuje konzumací pouze velmi energeticky bohatého jídla. Většinou se jedná o potraviny bohaté na jednoduché sacharidy či potraviny s vyšším obsahem tuků.	19	9,5 %

Otázka č. 7 testovala respondenty v oblasti žádoucího postoje k řešení přejedení. Vytvořila jsem modelovou situaci a zeptala se respondentů, jaké je nejvhodnější řešení z uvedených. Modelová situace zněla: *Přečtěte si následující situaci o Janě a rozhodněte, co by podle Vás, měla Jana udělat.* „Jana byla v sobotu na oslavě narozenin u své tety a přejedla se, cítila se těžce a bylo jí to velmi nepříjemné. Jana teď neví, jak se zachovat následující den...“ Při tvoření této otázky jsem vycházela např. z Procházkové, Ševčíkové (2017) a z jejich popsání smyslu PPP. Pro jedince s PPP může být např. typické, že cvičí, aby vyrovnali sněžené jídlo, drží restriktce či často mají výčitky ohledně

sněženého jídla. Žádoucí odpověď „návrat k pestrému stravování“ zvolilo 172 respondentů. Odpověď „jíst nic nebo méně než obvykle“ zvolilo 15 respondentů. Odpověď „jít si za trest zaběhat/zacvičit“ zvolilo 12 respondentů. Odpověď „stydět se a vyčítat si to“ zvolili 2 respondenti z celkového počtu 201 dotazovaných. Celkový přehled responzí i s procentuálním zastoupením znázorňuje tabulka č. 5.

Tabulka 5: Přečtěte si následující situaci o Janě a rozhodněte, co by podle Vás, měla Jana udělat

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Jana by se měla vrátit ke svému běžnému pestrému stravování.	172	85,6 %
Jana by raději neměla jíst nic nebo alespoň méně než obvykle.	15	7,5 %
Jana by si měla za trest jít zaběhat nebo zacvičit.	12	6 %
Jana by se měla za sebe stydět a vyčítat si to.	2	1 %

Otázka č. 8 zjišťovala, **pokud by respondenti měli podezření, že někdo kolem nich trpí poruchou příjmu potravy, jak by jednali v dané situaci.** Otázka byla otevřená, a proto jsem odpovědi rozdělila do několika kategorií a jejich celkový přehled uvádím v tabulce č. 6 i s procentuálním zastoupením.

Tabulka 6: Pokud byste měl(a) podezření, že někdo kolem Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste jednal(a)?

Odpověď	Počet responzí	Podíl %	Odpověď	Počet responzí	Podíl %
Opatrně si s jedincem promluvit	31	15,4 %	Domluvit jedinci	2	1 %
Poradit se s odborníkem	27	13,4 %	Zjistit důvod	2	1 %
Opatrně s jedincem promluvit, ujistit ho, že má naši podporu a navést ho k odborníkovi	26	12,9 %	Hlídat jedince	1	0,5 %
Snaha o jakoukoliv pomoc	22	10,9 %	Pomoc se cítit v těle zase dobře	1	0,5 %
Popovídat si s ním o tom a poradit mu	20	10 %	Ujistit ho, že to není nic hrozného	1	0,5 %
Promluvit si s ním a kontaktovat rodiče	20	10 %	Poslat ho na vyšetření na gastro oddělení	1	0,5 %
Nevím, jak pomoci	12	6 %	Opatrně konfrontovat, neodsuzovat a snažit se pochopit jedince	1	0,5 %
Informování rodičů	9	4,5 %	Přesvědčit ho, že je nemocný a kontaktovat rodinu	1	0,5 %
Podpořit jedince	5	2,5 %	Vymyslet aktivitu na odreagování	1	0,5 %
Nabídka pomoci a možnosti svěřit se	4	2 %	Odkázat na linku bezpečí	1	0,5 %

Poukázat na závažnost a nahlásit důvěryhodnému dospělému	3	1,5 %	Chválit mu postavu a zvyšovat sebevědomí	1	0,5 %
Neřešit to, není to moje věc	3	1,5 %	Pomoci rozebrat problém, který to vyvolává a následně najít řešení v podobě pomalé změny ve stravování	1	0,5 %
Poslat jedince k psychiatrovi	2	1 %	Nenápadně mu podsouvat, že takto hubený vypadá hrozně, a že by měl přibrat.	1	0,5 %
Poukázat na rizika	2	1 %	Kdyby to nezabralo, domluvit se s rodinou na převoz na odbornou kliniku a tam ho nechat, dokud nebude v pořádku	1	0,5 %

Oblast 2: Postoje k jídlu a k tělu

Otázka č. 9 je první otázkou v druhé oblasti dotazníku, která je zaměřena na respondentovy postoje k jeho tělu a k jídlu. Jednalo se o škálovou otázku, ve které respondenti měli uvést, **jak moc jsou momentálně spokojení se svým tělem**. Respondent vyjadřoval svůj momentální postoj ke svému tělu na hodnotící škále výběrem ze stupnice 1-10. Kdy 1 znamenala nejmenší spokojenost a 10 naopak největší. Výsledky jsem rozdělila na tři sekce. 1-4 jako nejmenší spokojenost, 5-7 střední spokojenost a 8-10 největší spokojenost. Nejčastěji byla respondenty zvolena spokojenost 8/10, kterou zvolilo 42 respondentů. Druhá nejčastěji zvolená byla spokojenost 7/10, kterou uvedlo 35

z dotazovaných. Třetí nejčastěji zvolená byla spokojenost 6/10 s celkovým zastoupením 24 responzí.

Celkový přehled responzí i s procentuálním zastoupením ukazuje tabulka č. 7. Dále uvádím graf č. 3 (v příloze č. 3), který znázorňuje spokojenost podle mnou vytvořených a výše zmíněných tří sekcí. Sekci s největší spokojeností zvolilo 73 respondentů, se střední spokojeností 82 respondentů a sekci s nejmenší spokojeností zvolilo 46 respondentů.

Tabulka 7: Jak moc jste na této škále momentálně spokojen(á) se svým tělem?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
8/10	42	20,9 %
7/10	35	17,4 %
6/10	24	11,9 %
5/10	23	11,4 %
9/10	21	10,4 %
4/10	20	10 %
3/10	14	7 %
10/10	10	5 %
2/10	8	4 %
1/10	4	2 %

Otázka č. 10 zjišťovala, **kolikrát denně respondenti jedí**. Nejčastěji zvolené odpovědi byly „3-4x denně“, kterou uvedlo 104 respondentů a poté „5-6x denně“, kterou zvolilo 75 respondentů. Odpověď „1-2x denně“ vybralo 18 z dotazovaných. Nejméně zvolené byly odpovědi „obvykle nejím“ a „vícekrát denně“, které obě měly po 2 responzích. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 8.

Tabulka 8: Kolikrát denně jíte?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
3-4 x denně	104	51,7 %
5-6 x denně	75	37,3 %
1-2 x denně	18	9 %
Obvykle nejím	2	1 %
Vícekrát denně	2	1 %

Otázka č. 11 zjišťovala, **zda respondenti rozdělují potraviny na zdravé a nezdravé.** Otázka byla opět uzavřená a dichotomická. Odpověď „ano“ zvolilo 148 respondentů a odpověď „ne“ 53 respondentů. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 9. Dále uvádím graf č. 4 (viz příloha č. 3).

Tabulka 9: Rozdělujete potraviny na zdravé a nezdravé?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Ano	148	74 %
Ne	53	26 %

Otázka č. 12 zjišťovala, **zda se respondenti vyhýbají určitým potravinám, protože jsou moc kalorické nebo proto, že obsahují sacharidy případně tuky.** Odpověď „ano“ uvedlo 17 respondentů. Odpověď „spíše ano“ zvolilo 51 respondentů. Odpověď „spíše ne“ vybralo 88 respondentů a odpověď „ne“ uvedlo 45 respondentů z celkového počtu 201 dotazovaných. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 10. Dále uvádím graf č. 5 (viz příloha č. 3).

Tabulka 10: Vyhýbáte se určitým potravinám, protože jsou moc kalorické nebo proto, že obsahují sacharidy případně tuky?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Ano	17	9 %
Spíše ano	51	25 %
Spíše ne	88	44 %
Ne	45	22 %

Otázka č. 13 zjišťovala, zda respondenti jedí či někdy jedli podle nějaké diety či pravidel, které jim určují, co, kdy nebo kolik toho mají sníst. Zde jsem vycházela z Krcha (2005), který řadí dietu ke specifickým rizikovým faktorům, které vedou ke vzniku a rozvoji PPP, proto mě zajímalo, kolik adolescentů již v takto mladém věku s ní má osobní zkušenost. Otázka byla opět uzavřená a dichotomická. Odpověď „ano“ zvolilo 85 respondentů a odpověď „ne“ 116. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 11. Dále uvádím graf č. 6 (viz příloha č. 3).

Tabulka 11: Jedl(a) jste někdy podle nějaké diety či pravidel, které Vám určují, co, kdy nebo kolik toho máte jíst?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Ano	85	42 %
Ne	116	58 %

Otázka č. 14 zjišťovala, jestli je pro respondenta těžké přestat jíst, když se cítí sytý(á). Odpověď „ano“ zvolilo 10 respondentů. Odpověď „spíše ano“ uvedlo 31 respondentů. Odpověď „spíše ne“ vybralo 75 a odpověď „ne“ zvolilo 85 z celkového počtu 201 dotazovaných. U některých PPP, mezi které můžeme zařadit i psychogenní přejídání, však jedinec mnohdy jí i přes svůj pocit sytosti (DSM-V, 2013). Za žádoucí odpovědi bych tedy považovala možnosti „ne“ či „spíše ne“. Z výše uvedeného je patrné, že 41 respondentů má potíže přestat jíst, když se cítí syt(á). Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 12. Dále uvádím graf č. 7 (viz příloha č. 3).

Tabulka 12: Je pro Vás těžké přestat jíst, když se cítíte sytý(á)?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Ano	10	5 %
Spíše ano	31	15,4 %
Spíše ne	75	37,3 %
Ne	85	42,3 %

Otázka č. 15 zjišťovala opačný postoj k sytosti, a to tedy, **zda respondenti mají rádi pocit prázdného žaludku**. Otázka byla opět uzavřená a dichotomická. Odpověď „ano“ zvolilo 37 respondentů a odpověď „ne“ uvedlo 164 z dotazovaných. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 13. Dále uvádím graf č. 8 (viz příloha č. 3).

Tabulka 13: Máte rád(a) pocit prázdného žaludku?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Ano	37	18 %
Ne	164	82 %

Otázka č. 16 zjišťovala, **zda respondenti mají někdy pocit, že nemají jídlo pod kontrolou**. Odpověď „velmi často“ zvolilo 15 respondentů, odpověď „často“ 32, odpověď „občas“ 104 a „nikdy“ zvolilo 50 z celkové počtu 201 dotazovaných. Vycházím z toho, že občasné pocity, že jedinec nemá jídlo pod kontrolou, postihnou za život každého, ale pocity časté či velmi časté ztráty kontroly již nápadně připomínají pocity prožívané jedinci s PPP. Jak uvádí Papežová (2010) pocit ztráty kontroly je velmi častý právě u PP. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 14. Dále uvádím graf č. 9 (viz příloha č. 3).

Tabulka 14: Máte někdy pocit, že nemáte jídlo pod kontrolou?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Velmi často	15	7,5 %
Často	32	15,9 %
Občas	104	51,7 %
Nikdy	50	24,9 %

Otázka č. 17 opět zjišťovala postoje respondentů k jídlu. U osob s PPP se často vyskytují pocity zahanbenosti kvůli jídlu. A proto se otázka soustředila na to, **zda se respondenti cítí někdy provinile či zahanbeně kvůli jídlu**. Odpověď „velmi často“ zvolilo 16 respondentů „často“ 34 „občas“ 91 „nikdy“ 60. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 15. Dále uvádím graf č. 10 (viz příloha č. 3).

Tabulka 15: Cítíte se někdy provinile či zahanbeně kvůli jídlu?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Velmi často	16	8 %
Často	34	16,9 %
Občas	91	45,3 %
Nikdy	60	29,9 %

Otázka č. 18 zjišťovala, **jak často respondenti přemýšlí nad tím, co jedli či budou jíst ve spojitosti s tím, jak to ovlivní vzhled jejich těla**. Odpověď „velmi často“ zvolilo 33 respondentů a odpověď „často“ uvedlo 46 respondentů. Nejčastěji zvolenou odpovědí představuje odpověď „občas“, kterou uvedlo 84 respondentů. Odpověď „nikdy“ vybralo 38 respondentů z celkového počtu 201 dotazovaných. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 16. Dále uvádím graf č. 11 (viz příloha č. 3).

Tabulka 16: Přemýšlíte nad tím, co jste jedl(a) a co budete jíst ve spojitosti s tím, jak to ovlivní vzhled Vašeho těla?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Velmi často	33	16,4 %
Často	46	22,9 %
Občas	84	41,8 %
Nikdy	38	19,9 %

Otázka č. 19 se opět soustředila na respondentův postoj k jídlu. **Zjišťovala, zda respondenti používají jídlo, aby se vypořádali s nepříjemnými pocity.** Nejméně zvolená odpověď byla „velmi často“, kterou uvedlo 24 respondentů, dále odpověď „často“ s hodnotovým zastoupením 31 respondentů. Nejčteněji zvolená odpověď byla „občas“, kterou uvedlo 84 respondentů a odpověď „nikdy“, kterou vybralo 62 respondentů z dotazovaných. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 17. Dále uvádím graf č. 12 (viz příloha č. 3).

Tabulka 17: Používáte jídlo, abyste se vypořádal(a) s nepříjemnými pocity?

Odpověď	Responzí	Podíl
Velmi často	24	11,9 %
Často	31	15,4 %
Občas	84	41,8 %
Nikdy	62	30,8 %

Otázka č. 20 zjišťovala, **zda jsou respondenti přesvědčeni o tom, že pokud zhubnou nebo přiberou, tak budou šťastnější.** Otázka byla uzavřená a dichotomická. Odpověď „ano“ zvolilo 106 respondentů a odpověď „ne“ 95 respondentů. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 18. Dále uvádím graf č. 13 (viz příloha č. 3).

Tabulka 18: Jste přesvědčeni o tom, že pokud zhubnete nebo přiberete, tak budete šťastnější?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Ano	106	53 %
Ne	95	47 %

Otázka č. 21 zjišťovala, jak často respondenti někoho chválí, že vypadá dobře, protože zhubl. Nejčastěji respondenti uvedli možnosti odpovědí „občas“, kterou zvolilo 107 respondentů a „nikdy“, která odpovídala 49 respondentů. Dále 38 respondentů zvolilo odpověď „často“ a 7 respondentů „velmi často“. Celkový přehled responzí a procentuálního zastoupení znázorňuje tabulka č. 19.

Tabulka 19: Jak často někoho chválíte, že vypadá dobře, protože zhubl?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Velmi často	7	3,5 %
Často	38	18,9 %
Občas	107	53,2 %
Nikdy	49	24,4 %

Otázka č. 22 zjišťovala, jak často respondenti používají negativní komentáře nebo vtípkují ohledně něčí váhy (i jejich vlastní). Nejčastěji respondenti uvedli možnosti odpovědí „nikdy“, kterou zvolilo 97 respondentů a „občas“, která odpovídala 67 respondentů. Dále 29 respondentů zvolilo odpověď „často“ a 8 respondentů „velmi často“. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 20. Dále uvádím graf č. 14 (viz příloha č. 3).

Tabulka 20: Jak často používáte negativní komentáře nebo vtipkujete ohledně něčí váhy (i své)?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Velmi často	8	4 %
Často	29	14,4 %
Občas	67	33,3 %
Nikdy	97	48,3 %

Otázka č. 23 se společně s otázkou č. 24 soustředí na ověření toho, kolik respondentů bylo ve svém životě terčem posměchu kvůli svému tělu (bodyshaming) a kolik z nich to vedlo k přání změnit svou postavu. Otázka č. 23 konkrétně zjišťuje, **jak často byl respondent terčem posměchu kvůli svému tělu**. Odpověď „velmi často“ zvolilo 19 respondentů a odpověď „často“ 41 respondentů. Nejčteněji uvedenou odpovědí je možnost „občas“, kterou vybralo 73 respondentů. Odpověď, že respondent „nikdy“ osobně nebyl terčem posměchu, zvolilo „68“ respondentů z celkového počtu 201 dotazovaných. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 21. Dále uvádím graf č. 15 (viz příloha č. 3).

Tabulka 21: Byl(a) jste někdy terčem posměchu kvůli svému tělu?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Velmi často	19	9,5 %
Často	41	20,4 %
Občas	73	36,3 %
Nikdy	68	33,8 %

Otázka č. 24 se společně s otázkou č. 23 soustředí na ověření toho, kolik respondentů zažilo ve svém životě bodyshaming a kolik z nich to vedlo k přání změnit svou postavu. Otázka č. 24 konkrétně zjišťuje, **kolik z dotazovaných respondentů si přálo změnit svou postavu kvůli osobní zkušenosti s posměchem kvůli jejich tělu**. Otázka byla

uzavřená a dichotomická. Odpověď „ano“ zvolilo 105 respondentů a odpověď „ne“ 74 respondentů. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 22. Dále uvádím graf č. 16 (viz příloha č. 3).

Tabulka 22: Pokud ano, přáli jste si kvůli tomu změnit svou postavu?

Odpověď	Responzí	Podíl
Ano	105	59 %
Ne	74	41 %

Otázka č. 25 zjišťovala, **zda se respondenti věnují pravidelně nějaké sportovní aktivitě.** Z výsledků je patrné, že nejčastěji respondenti sportují nepravidelně, jelikož možnost „ano sportuji, ale nepravidelně“ zvolilo 78 z celkového počtu dotazovaných. Druhá nejčastěji zvolená odpověď byla „ano, více než 3x týdně“, kterou zvolilo 70 respondentů. Odpověď „ano, 1-3 týdně“ vybralo 28 respondentů a odpověď „ne“ 25 respondentů. Celkový přehled responzí a procentuálního zastoupení znázorňuje tabulka č. 23.

Tabulka 23: Věnujete se pravidelně nějaké sportovní aktivitě?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Ano sportuji, ale nepravidelně	78	38,8 %
Ano, více než 3 x týdně	70	34,8 %
Ano, 1-3 x týdně	28	13,9 %
Ne	25	12,4 %

Otázka č. 26 zjišťovala, **zda respondenti někdy cvičili, protože chtěli vyrovnat sněžené jídlo.** Přišlo mi zajímavé tuto otázku zařadit, protože jak uvádím ve své práci, někteří jedinci s PPP pravidelně kompenzují sněžené jídlo cvičením ze strachu o svůj tělesný vzhled. Nejčastější odpověď byla „nikdy“, kterou uvedlo 70 respondentů. Dále následovala odpověď „občas“ se zastoupením 66 respondentů. Odpověď „často“ zvolilo

31 respondentů a nejméně četná odpověď se zastoupením 25 respondentů byla „velmi často“. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 24. Dále uvádím graf č. 17 (viz příloha č. 3).

Tabulka 24: Cvičil(a) jste někdy, protože jste chtěl(a) vyrovnat sněžené jídlo?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Velmi často	25	12,4 %
Často	31	15,4 %
Občas	66	32,8 %
Nikdy	79	39,3 %

Oblast 3: Prevence PPP

Otázka č. 27 je první otázkou ze třetí oblasti, která se soustředí na prevenci PPP. Tato otázka zjišťuje, **jak moc jsou rozšířené preventivní programy, které se přímo soustředí na PPP a kolik respondentů se mělo možnost takového programu zúčastnit**. Z výsledků je patrné, že 117 respondentů se nezúčastnilo žádného takového programu, protože zvolili odpověď „ne, nezúčastnil(a)“. Naopak 19 respondentů se zúčastnilo na ZŠ i SŠ, 52 respondentů se zúčastnilo jen na ZŠ, 12 respondentů jen na SŠ a 1 respondent se zúčastnil na tanečním soustředí. Celkový přehled responzí a procentuálního zastoupení znázorňuje tabulka č. 25.

Tabulka 25 Zúčastnil(a) jste se někdy preventivního programu zaměřeného na poruchy příjmu potravy?

Odpověď	Počet responzí	Podíl %
Ne, nezúčastnil(a)	117	58,2 %
Ano, na ZŠ	52	25,9 %
Ano, na ZŠ i SŠ	19	9,5 %
Ano, na SŠ	12	5,9 %
Ano, jinde: taneční soustředění	1	0,5 %

Otázka č. 28 zjišťovala, zda si respondenti myslí, že škola a školská zařízení věnují dostatečnou pozornost tématu PPP, vztahu k jídlu nebo k tělu. Nejčastěji zvolenou odpovědí byla „věnují se velmi chabě a je třeba, aby se těmito tématům věnovala výrazně větší pozornost“, kterou uvedlo 91 respondentů. Bohužel zpětně musím konstatovat, že u této otázky mohlo dojít ke zkreslení, a že tuto odpověď respondenti mohli volit i kvůli její délce a tomu, že si mohli myslet, že se od nich očekává volba tohoto stanoviska. I přesto druhá nejčastěji zvolená odpověď byla „věnují se nedostatečně“, kterou uvedlo 68 respondentů. Odpovědi „věnují se dostatečně“ uvedlo 41 respondentů a „věnují se nadměru“ zvolil 1 respondent. Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení ukazuje tabulka č. 26. Dále uvádím graf č. 18 (viz příloha č. 3).

Tabulka 26: Myslíte si, že škola a školská zařízení věnují dostatečnou pozornost tématu poruchy příjmu potravy, vztahu k jídlu nebo k tělu?

Odpoověď	Responzí	Podíl
Věnují se velmi chabě a je třeba, aby se těmto tématům věnovala výrazně větší pozornost	91	45,3 %
Věnují se nedostatečně	68	33,8 %
Věnují se dostatečně	41	20,4 %
Věnují se nadmíru	1	0,5 %

Otázka č. 29 zjišťovala, s jakými z uvedených forem na daná témata se respondenti setkali ve škole a školských zařízeních. Z výsledků je patrné, že nejčastěji se respondenti setkali s „přednáškou pedagoga“, jelikož tuto odpověď zvolilo 104 respondentů, se „sledováním dokumentu“ (78 respondentů), s „přednášením a doptáváním se“ (61 respondentů), s „diskusí“ (57 respondentů), s „externím hostem“ (47 respondentů), s „projektem“ (25 respondentů). Méně časté je setkání se „seminární prací“ (11 respondentů), s „vyzkoušením si různých aktivit“ (11 respondentů), s „dialogem s pedagogem“ (4 respondenti). Celkový přehled procentuálního zastoupení znázorňují tabulky č. 26-37.

Tabulka 27: pedagog nám spíše přednášel, abychom měli potřebné informace

Přednáška- pedagog	Počet responzí	Podíl %
Ano	104	51,7 %
Ne	97	48,3 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 28: Koukali jsme na dokument

Dokument	Počet responzí	Podíl %
Ano	78	38,8 %
Ne	123	61,2 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 29: Pedagog přednášel a my se doptávali

Přednáška- doptávání	Počet responzí	Podíl %
Ano	61	30,3 %
Ne	140	69,7 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 30: Vedli jsme diskusi

Diskuze	Počet responzí	Podíl %
Ano	57	28,4 %
Ne	144	71,6 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 31: Měli jsme externího hosta

Externí host	Počet responzí	Podíl %
Ano	47	23,4 %
Ne	154	76,6 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 32: Dělali jsme projekt

Projekt	Počet responzí	Podíl %
Ano	25	12,4 %
Ne	176	87,6 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 33: Jiná...

Jiná	Počet responzí	Podíl %
Ano	19	9,5 %
Ne	182	90,5 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 34: Seminární práce

Seminární práce	Počet responzí	Podíl %
Ano	11	5,5 %
Ne	190	94,5 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 35: Zkoušeli jsme různé aktivity

Aktivity	Počet responzí	Podíl %
Ano	11	5,5 %
Ne	190	94,5 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 36: Pedagog se mnou na dané téma vedl dialog

Dialog	Počet responzí	Podíl %
Ano	4	2 %
Ne	197	98 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 37: Hráli jsme únikovou hru

Úniková hra	Počet responzí	Podíl %
Ano	0	0 %
Ne	201	100 %
Celkem	201	100 %

Z uvedené tabulky č. 33 vyplývá, že 19 respondentů zvolilo odpověď „jiná“. Pro projití těchto odpovědí jsem zjistila, že 15 respondentů uvedlo, že daná tematika nebyla probírána vůbec. 3 respondenti uvedli, že problematika byla zmíněná velmi stručně v rámci psychologie. Pouze 1 respondentka uvedla k dalším odpovědím něco navíc a jednalo se o prezentaci spolužačky. Přehled těchto responzí uvádím v tabulce č. 38.

Tabulka 38 Konkrétní odpovědi k Jiná

Jiné	Počet responzí
Nepamatuji si, že bychom toto téma probírali.	15
Stručně v rámci ZSV/psychologie	3
Prezentace spolužačky	1

Otázka č. 30 zjišťovala, **zda s respondenty danou problematiku PPP, vztah k jídlu nebo k tělu probírá někdo v respondentově rodině.** Odpověď „velmi často“ uvedli 3 respondenti a odpověď „často“ 31 respondentů. Nejčtenější byla odpověď „občas“, kterou uvedlo 88 z dotazovaných a hned v závěsu byla odpověď „nikdy“, kterou uvedlo 79 z celkového počtu 201 dotazovaných. Celkový přehled responzí a procentuálního zastoupení znázorňuje tabulka č. 39.

Tabulka 39: Baví se s Vámi o poruchách příjmu potravy, o vztahu k jídlu nebo k tvému tělu, někdo ve Vaší rodině?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Velmi často	3	1,5 %
Často	31	15,4 %
Občas	85	43,8 %
Nikdy	79	39,3 %

Otázka č. 31 zjišťovala, **zda s respondenty danou problematiku PPP, vztah k jídlu nebo k tělu probírá jejich vedoucí zájmového kroužku/trenér apod.** Odpověď „velmi často“ uvedli 2 respondenti, odpověď „často“ 4 respondenti a odpověď „občas“ 23 respondentů. Nejčtenější byla odpověď „nemám trenéra, vedoucího apod.“, kterou uvedlo 111 z dotazovaných a hned v závěsu byla odpověď „nikdy“, kterou uvedlo 61 z celkového počtu 201 dotazovaných. Celkový přehled responzí a procentuálního zastoupení znázorňuje tabulka č. 40.

Tabulka 40: Baví se s Vámi o poruchách příjmu potravy, o vztahu k jídlu nebo k tělu Váš trenér / vedoucí Vašeho zájmového kroužku apod.?

Odpověď	Počet responzí	Podíl
Nemám trenéra/vedoucího apod.	111	55,2 %
Nikdy	61	30,3 %
Občas	23	11,4 %
Často	4	2 %
Velmi často	2	1 %

Otázka č. 32 zjišťovala, **jakými formami by respondenti nejraději uvítali, aby se ve škole a školských zařízeních věnovalo tématům poruch příjmu potravy, vztahu k jídlu nebo k tělu.** Z výsledků je patrné, že nejčastěji by respondenti uvítali odborné přednášky (40 respondentů), externího hosta, který si sám prošel PPP (34 respondentů) a diskuse (27 respondentů). Celkový přehled responzí a procentuální zastoupení znázorňuje tabulka č. 41.

Tabulka 41: Jakými formami byste Vy nejraději uvítal(a), aby se ve škole a školských zařízeních věnovalo tématům poruch příjmu potravy, vztahu k jídlu nebo k tělu?

Odpověď	Počet responzí	Podíl %	Odpověď	Počet responzí	Podíl %
Odborné přednášky	40	19,9 %	Prezentace	2	1,0 %
Nevím	37	18,4 %	Zpracovat do dramatu	1	0,5 %
Externí host, který si prošel PPP	34	16,9 %	Formou her, kvízů	1	0,5 %
Diskuze	27	13,4 %	Referát	1	0,5 %
Věnovat se častěji	10	5,0 %	Ve formě tabulek	1	0,5 %

Interaktivní činnosti	8	4,0 %	Motivovat ke sportu a vyváženému životnímu stylu	1	0,5 %
Projekt	8	4,0 %	Úniková hra	1	0,5 %
Dialog	5	2,5 %	Bojovat proti bodyshamingu	1	0,5 %
Kurz správného stravování	5	2,5 %	Nepovinný předmět	1	0,5 %
Dokument	4	2,0 %	Zvýšení hodin TV, zákaz automatů	1	0,5 %
Získat více info než dopsud	3	1,5 %	Kdykoliv se o tom ve škole jakkoliv mluvilo, ještě více mě to v mé PPP podporovalo a nutilo mě to zajít ještě do větších extrémů	1	0,5 %
Beseda	2	1,0 %			
Přednáška, jak se mít rád a třeba začlenit i to, jak se o sebe starat	2	1,0 %			

Otázka č. 33 zjišťovala, kde nejčastěji respondenti získávají nejvíce informací o PPP, o vztahu k jídlu nebo k tělu. Z výsledků je patrné, že třemi nejčastějšími zprostředkovateli jsou internet (158 respondentů), Instagram (102 respondentů) a Youtube (77 respondentů). Celkový přehled responzí a procentuálního zastoupení uvádím v tabulce č. 42-54. Odpověď „jiné“ uvedli 4 respondenti a přehled těchto responzí znázorňuje tabulka č. 55.

Tabulka 42: Na internetu

Internet	Počet responzí	Podíl %
Ano	158	78,6 %
Ne	43	21,4 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 43: Na Instagramu

Instagram	Počet responzí	Podíl %
Ano	102	50,7 %
Ne	99	49,3 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 44: Na Youtube

Youtube	Počet responzí	Podíl %
Ano	77	38,3 %
Ne	43	21,4 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 45: Od kamarádů

Kamarádi	Počet responzí	Podíl %
Ano	50	24,9 %
Ne	151	75,1 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 46: Ve škole

Škola	Počet responzí	Podíl %
Ano	49	24,4 %
Ne	152	75,6 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 47: Z TV

TV	Počet responzí	Podíl %
Ano	29	14,4 %
Ne	172	85,6 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 48: V rodině

Rodina	Počet responzí	Podíl %
Ano	29	14,4 %
Ne	172	85,6 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 49: Z podcastů

Podcasty	Počet responzí	Podíl %
Ano	25	12,4 %
Ne	176	87,6 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 50: Od trenéra/ vedoucího zájmového kroužku apod.

Trenér/ vedoucí	Počet responzí	Podíl %
Ano	16	8 %
Ne	185	92 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 51: Z knih

Knihy	Počet responzí	Podíl %
Ano	15	7,5 %
Ne	186	92,0 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 52: Z časopisů, magazínů

Časopisy, magazíny	Počet responzí	Podíl %
Ano	12	6 %
Ne	189	94,0 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 53: Jiné

Jiné	Počet responzí	Podíl %
Ano	4	2 %
Ne	197	98,0 %
Celkem	201	100 %

Tabulka 54: Z rádia

Rádio	Počet responzí	Podíl %
Ano	3	1,5 %
Ne	198	98,5 %
Celkem	201	100 %

Odpověď „jiné“ uvedli 4 respondenti.

Tabulka 55: Konkrétní odpovědi k Jiné

Jiné	Počet responzí
Z nemocnice	2
Z dotazníků	1
Nevím	1

Otázka č. 34 Vzhledem k tomu, že aplikace jsou čím dál tím populárnější a také dochází k vytváření různých aplikací zabývajících se duševním zdravím, ale i PPP, tak jsem pro zajímavost chtěla vědět, zda respondenti používali nějakou aplikaci k danému tématu. Z výsledku vyplývá, že 80 respondentů některou z níže uvedených aplikací využívalo a naopak 121 respondentů nemá zkušenost s takovými aplikacemi. Procentuální zastoupení zobrazuje tabulka č. 56 a přesný výčet využívaných aplikací s počtem responzí znázorňuje tabulka č. 57.

Tabulka 56: Využívání aplikací respondenty

Využívání aplikací respondenty	Počet responzí	Podíl
Nevyužívá/lo	121	60,2 %
Využívá/lo	80	39,8 %

Tabulka 57: Pokud jste někdy využil/a nějakou aplikaci, která souvisí s danými tématy. Uveďte prosím, o jakou se jednalo

Druh aplikace	Počet responzí	Druh aplikace	Počet responzí
Kalorické tabulky	44	Endomondo	1
Fitness, Fitness coach, Goal-fitness, My fitness pall	15	Fit recepty	1
Hlídaní pitného režimu	6	Tabata Timer	1
Yazio	6	Pumatrac	1
30denní cvičení	6	Thenx	1
Apple watch, garmin	3	Zdraví	1
Nepanikař	2	My multi-sport	1
Domácí cvičení-bez vybavení, home workout	2	7-minute workout	1
Nike training, Adidas running	4	Přerušovaný půst	1
Palm	1	Jóga	1
Lose belly fat	1	BMI kalkulačka	1
Notify	1	Lose it	1
Heria pro	1	Fitify	1
Polar flow	1	Krokoměr	1
Sports tracker	1	Mi fit	1

4.4 Vyhodnocení hypotéz

Hlavní hypotéza

H1: Méně než polovina z celkového počtu respondentů slyšela pojem psychogenní přejídání a přiřadí správné vymezení tohoto pojmu.

Tato hypotéza byla vyvrácena.

Hypotéza byla formulovaná na základě tvrzení, že přestože je PP nejčastějším onemocněním ze spektra PPP a jeho prevalence dosahuje až 7,8 % (Jaššová a kol., 2020), tak v MKN-10 ještě není uvedeno jako samostatná diagnóza a ani v literatuře mu není věnováno ještě tolik pozornosti. Tato hypotéza byla sycena otázkami č. 3, 4 a 6. Dále doplněna otázkou č. 7. Na otázku č.3 *Slyšel(a) jste někdy pojem „Psychogenní či záchvatovité přejídání“?* uvedlo **74,6 %** (150 respondentů), že pojem slyšeli. Na otázku č. 6 *Které z nadcházejících vymezení nejlépe vystihuje psychogenní (záchvatovité) přejídání?* uvedlo správné vymezení **53,2 %** (107 respondentů) z celkového počtu 201 dotazovaných. V otázce č. 4 *Mezi poruchy příjmu potravy NEPATŘÍ?* pouze 4,5 % (9 respondentů) chybně uvedlo, že PP není jednou z PPP. V otázce č. 7 *Přečtěte si následující situaci o Janě a rozhodněte, co by podle Vás, měla Jana udělat* uvedlo nevhodná řešení modelové situace přejedení pouze 14,5 % (29 respondentů) z celkových 201. **Hypotéza se nepotvrdila, jelikož více než polovina respondentů slyšela pojem PP a uvedla jeho správné vymezení.**

Dílčí hypotézy

H2: Chlapci jsou méně informováni o PPP než dívky.

Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza vychází např. z autorů (Jánošová, 2008, Krch, 2005, Grogan, 2000), kteří poukazují na skutečnost, že tlak na dodržování ideálů byl a je kladen na dívky a ženy větší a dále např. Pavlová (in Papežová a kol. 2010) poukázala na to, že ženské pohlaví je rizikový faktor ke vzniku a rozvoji PPP, proto lze očekávat, že dívky v této oblasti budou mít více znalostí než chlapci. Tato hypotéza byla sycena otázkami č. 3,4, 6 a 7. V otázce č. 3 *Slyšel(a) jste někdy pojem „Psychogenní či záchvatovité přejídání“?* slyšelo pojem PP 80,4 % (131) dívek a naopak 50 % (19) chlapců. V otázce č. 4 *Mezi poruchy příjmu potravy NEPATŘÍ?* obě pohlaví chybovalo v každé možnosti. Správné odpovědi byly „vegetariánství“, „dieta“ a „obezita“. „Vegetariánství“ uvedlo 92,6 % (151) dívek

a 76,3 % (29 chlapců), „dietu“ uvedlo 84,7 % (138) dívek a 76,3 % (29) chlapců. V „obezitě“ naopak zvítězili chlapci, protože ji uvedlo 34,2 % (13) z nich, zatímco z dívek ji uvedlo jen 28,8 % (47). Hodně respondentů chybovalo v orthorexii, která do PPP patří. Z dívek 17,2 % (28) a z chlapců 28,9 % (11). V otázce č. 6 *Které z nadcházejících vymezení nejlépe vystihuje psychogenní (záchvatovité) přejídání?* uvedlo správné vymezení PP 51,6 % (89) z dívek a 47,4 % (18) z chlapců. V otázce č. 7 *Přečtěte si následující situaci o Janě a rozhodněte, co by podle Vás, měla Jana udělat* uvedlo 89,6 % (146) dívek žádoucí odpověď, zatímco z chlapců ji uvedlo 68,4 % (26). Tato hypotéza se ve všech souvisejících otázkách vyplnila, ale samozřejmě musím brát v potaz, že chlapců bylo mnohem méně než dívek.

H3: Alespoň polovina dotazovaných zná ve svém okolí někoho, kdo trpí nebo trpěl PPP.

Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza vychází např. z ÚZISU (2018), kde je patrné, že PPP v posledních letech narůstají, a to nejenom u adolescentů, kde je však nárůst markantní. Tato hypotéza byla v dotazníku sycená otázkou č. 5. *Znáte ve svém okolí někoho, kdo trpí nebo trpěl poruchou příjmu potravy?* Tato hypotéza byla potvrzena, protože odpověď „ano“ zvolilo 67,2 % (135) respondentů, což je více než polovina z celkového počtu 201 dotazovaných.

H4: Alespoň 40 % respondentů z celkového počtu dotazovaných vykazuje nežádoucí postoj k jídlu.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza stejně jako ta následující vychází z rostoucího počtu PPP a ze společenského a mediálního tlaku na udržování ideálu krásy, který zmiňují např. autoři (Grogan, 2002, Krch, 2005, Jánošová, 2008, Fialová, 2006). Zároveň vychází ze Šmídové (2018), u jejíhož souboru se dobré stravovací zvyklosti vyskytovaly jen u 43 % respondentů a přibližně 40 % drželo či si myslelo, že potřebují držet dietu. Tato hypotéza byla v dotazníku sycena především otázkami č. 14, 15, 16, 17, 19 a doplněna o otázky č. 10, 11, 12, 13. V otázce č. 10, která se zaměřovala na pravidelnost stravování, 89 % (179) respondentů uvedlo, že jedí „3-4 x denně“ nebo „5-6 x denně“, což je nejtypičtější způsob stravování. Z celkového počtu 201 dotazovaných. 33,9 % (68) uvedlo odpovědi „spíše ano“ a „ano“ v otázce č. 12 a tím potvrdili, že se vyhýbají kalorickým potravinám,

nebo těm co obsahují sacharidy a tuky. Z otázky č. 13 vyplývá, že celkem 42,3 % (85) jedlo podle diety či nějakých pravidel. Z otázky č. 11 je patrné, že 73,6 % (148) respondentů rozděluje potraviny na zdravé a nezdravé. Z otázky č. 14 a 15 vyplývá, že pro 20,4 % (41) respondentů je těžké přestat jíst, když se cítí sytí a pro 18,4 % (37) má rádo pocit prázdného žaludku. Z otázky č. 16 a 17 vyplývá, že 23,4 % (47) respondentů má „často“ či „velmi často“ pocit, že nemá jídlo pod kontrolou a 24,9 % (50) respondentů se „často“ a „velmi často“ cítí zahanbeně vůči jídlu. V otázce č. 19 uvedlo 27,3 % (55) respondentů, že používá „často“ či „velmi často“ jídlo na vypořádání se s nepříjemnými pocity. Tato hypotéza se nevyplnila, jelikož ve všech klíčových otázkách respondenti vykazovali hodnoty nižší než 40 %.

H5: Alespoň 45 % respondentů vykazuje nežádoucí postoj ke svému tělu.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza stejně jako ta předchozí vychází z rostoucího počtu PPP a ze společenského a mediálního tlaku na udržování ideálu krásy. Zároveň vychází ze Šmídové (2018), u jejíhož souboru 47,9 % respondentů bylo spokojeno se svou hmotností a 55 % cvičilo za účelem změny tvaru postavy. Tato hypotéza byla v dotazníku sycena především otázkami č. 9, 18, 20, 26 a doplněna o otázky č. 22 a 25. Z otázky č. 25 vyplynulo, že sportovní aktivitě se nevěnuje 12,4 % (25) a 38,8 % se jí věnuje nepravidelně. V otázce č. 22 uvedlo 51,7 % (104) respondentů, že používá negativní komentáře nebo vtipkuje ohledně něčí váhy (i své). V otázce č. 9 uvedlo nejnižší momentální spokojenost se svým tělem (1-5/10) 34,4 % (69) respondentů. V otázce č. 18 uvedlo odpovědi „často“ a „velmi často“ v přemýšlení nad tím, co jedli a co budou jíst ve spojitosti s tím, jak to ovlivní jejich vzhled těla 39,3 % (79) respondentů. Z otázky č. 20 vyplynulo, že 52,7 % (106) respondentů je přesvědčeno, že když zhubnou nebo přiberou, budou šťastnější. V otázce č. 26 celkem 27,8 % (56) respondentů uvedlo, že „často“ a „velmi často“ cvičí, aby vyrovnali sněžené jídlo. Tato hypotéza se nepotvrdila, protože pouze jedna klíčová otázka přesáhla předpokládanou hodnotu 45 %.

H6: Všichni adolescenti, kteří byli terčem posměchu směrem ke svému tělu, chtěli následně změnit svou postavu.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza je podložena tvrzením, že jeden z častých faktorů, který udávají jedinci, že podpořil vznik a vývoj jejich PPP, představují různorodé narážky na tloušťku a tělesný vzhled (Krch, 2005). Tato hypotéza byla sycena otázkami č. 23 a 24. Z otázky č. 23 *Byl(a) jste někdy terčem posměchu kvůli svému tělu?* je patrné, že 66,2 % (133) respondentů se někdy setkala s takovýmto posměchem. Hypotéza se nevyplnila, jelikož v otázce č. 24 *Pokud ano, chtěl(a) jste kvůli tomu změnit svou postavu?* Uvedlo „ano“ 76,7 % (102) respondentů a 23,3 % (31) respondentů uvedlo, že při setkání s tímto posměchem postavu následně měnit nechtěli. I přesto si myslím, že 76,7 % je velmi vysoké číslo a poukazuje na problematiku bodyshamingu a různých tělesných a vzhledových diskriminací.

H7: Adolescenti, kteří mají osobní zkušenost s preventivním programem na PPP, vykazují kladnější postoje k jídlu a ke svému tělu než ti, kteří tuto zkušenost nemají.

Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza vychází z Miovského a kol. (2010), kteří udávají, že základním požadavkem na jakýkoliv program je důkaz o tom, že u dané cílové skupiny způsobuje skutečně měřitelný a ověřitelný efekt. Tedy zda např. ovlivnil znalosti, postoje či názory účastníků programu. Pro vyhodnocení jsem využila otázky č. 9, 22, 18. Z celkového počtu 201 respondentů se 84 (41,8 %) zúčastnilo preventivního programu na danou tematiku a 117 (58,2 %) ne. Z respondentů, kteří se účastnili daného programu uvedlo v otázce č. 9 nejnižší škálu momentální spokojenosti (1-5/10) 26 respondentů (31 %) zatímco u těch, co se nezúčastnili ji uvedlo 43 (36,8 %). V otázce č. 18 jak často přemýšlí respondenti nad tím, co jedli a co budou jíst ve spojitosti s tím, jak to ovlivní vzhled jejich těla, ti, co se zúčastnili programu uvedlo možnosti „často“ a „velmi často“ 29 (34,5 %) z nich a naopak ze 117 respondentů, kteří se nezúčastnili uvedlo tyto odpovědi 50 (42,7 %) respondentů. Zajímavé je porovnání v otázce č. 13, kde z respondentů, kteří se zúčastnili preventivního programu 39 z nich (46,4 %) někdy drželo dietu nebo jedlo podle pravidel, zatímco z respondentů, kteří se nezúčastnili, drželo dietu nebo jedlo podle těchto pravidel 45 z nich (32,8 %). V otázce č. 16 cítilo ztrátu kontroly nad jídlem „často“ a „velmi často“ 32 (27,3 %) respondentů z těch, kteří se nezúčastnili programu a 14 (16,7 %) z těch, kteří se zúčastnili. V otázce č. 17 se „často“ a „velmi často“ cítilo zahanbeně kvůli jídlu 34 (29 %) z těch, kteří se nezúčastnili a 16 (19 %) z těch, kteří se zúčastnili preventivního programu. Tato hypotéza se potvrdila, ale je nutné brát v potaz, že respondentů, kteří se programu zúčastnili, bylo méně. Nejzajímavější porovnání přinesla otázka č. 13, protože

se ukázalo, že častěji drželi dietu nebo jedli podle nějakých pravidel jedinci, kteří se zúčastnili preventivního programu.

H8: Adolescenti považují elektronická média za nejčastější zdroj informací o dané problematice.

Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza vychází z toho, že právě adolescenti hojně využívají elektronická média především sociální sítě, což potvrzuje např. Český statistický úřad (2019). Hypotéza byla sycená otázkou č. 33: *Kde nejvíce získáváte informace o poruchách příjmu potravy, o vztahu k jídlu nebo k Vašemu tělu?* Tato hypotéza se potvrdila, jelikož nejčastěji se respondenti setkávají s informacemi o dané problematice na internetu, který uvedlo 78,6 % (158) z dotazovaných, na Instagramu, který uvedlo 50,7 % (102) z dotazovaných a na Youtube, které uvedlo 38,3 % (77) z dotazovaných.

4.5 Shrnutí výzkumu

Výzkumné šetření mělo za cíl zjistit, kde, jak často a jakou formou se adolescenti setkávají s problematikami poruch příjmu potravy, vztahu k jídlu a k jejich tělu. Šetření bylo provedeno kvantitativní metodou, a to dotazníkem vlastní tvorby, který byl anonymní a určen pro respondenty primárně ve věku 15-19 let. Celkem bylo získáno 201 respondentů, kdy 39 respondentů ve věku 15-16 let, 120 respondentů ve věku 17-18 let, 40 respondentů ve věku 19-20 let a 2 respondenti ve věku 20 a více let. Pomocí 34 položek dotazníku byly od respondentů zjišťovány požadované informace.

Cíl z pohledu získaných výsledků

Kde - z provedeného výzkumu vyšlo najevo, že nejčastěji se s tematikou respondenti setkávají na internetu (78,6 %), Instagramu (50,7 %) a Youtube (38,3 %). Dále od kamarádů (24,9 %) a ze školy (24,4 %).

Jakou formou - nejčastější forma předávané tematiky ve škole a školských zařízeních je pedagogova přednáška (51,7 %), sledování dokumentu (38,8 %), možnost doptávání se (30,3 %), diskuse (28,4 %) a externí host (23,4 %).

Škola a školská zařízení – z výzkumu zde vyšlo najevo, že 45,3 % (91) respondentů si myslí, že se škola a školská zařízení věnují dané tématice velmi chabě a 33,8 % (68) respondentů si myslí, že se věnují nedostatečně.

Rodina – u 39,3 % (79) respondentů se nikdy daná tématica neprobírala v rodině. Naopak pozitivně bych hodnotila, že u 43,8 % (79) respondentů je v rodině tato tématica probírána občas, protože jak jsem zmiňovala v teorii, ani přílišný důraz určitě není vhodný. Samozřejmě, ale nemohu hodnotit kvalitu těchto rozhovorů.

Volný čas – u 67,8 % (61) respondentů z celkového počtu 90, kteří mají trenéra, či vedoucího zájmové kroužku se tato tématica nikdy neprobírala.

Oblast informovanost

S pojmem PP se setkala 74,6 % (150) respondentů. Jeho správné vymezení uvedlo 53,2 % (107) z nich. Respondenti také chybovali v zařazení pojmů, které patří mezi PPP a které naopak ne. Nejčastěji chybovali v pojmu obezita, kde chybovalo 70,1 % (141) respondentů a v pojmu dieta, kde chybovalo 16,9 % (34). Dále pojem orthorexie chybně zvolilo 19,4 % (39) respondentů z celkového počtu 201 dotazovaných. Více než polovina 67,2 % (135) dotazovaných respondentů zná ve svém okolí někoho, kdo trpěl či trpí PPP. Žádoucí odpověď na mnou vytvořenou modelovou situaci odpovědělo 85,6 % (172) respondentů. Tato oblast byla zakončena otevřenou otázkou, která zjišťovala, jak by respondenti jednali, pokud by měli podezření, že kolem nich někdo trpí PPP. Nejčastěji opakující se odpovědi byly „opatrně si s jedincem promluvit“ 15,4 % (31), „poradit se s odborníkem“ 13,4 % (27), „opatrně si s jedincem promluvit, ujistit ho, že má naši podporu a nevést ho k odborníkovi“ 13,9 % (26) a pouze 6 % (12) respondentů uvedlo, že by nevědělo, jak pomoci.

Oblast postojů k jídlu a k tělu

Nejčastější odpovědi na otázku kolikrát denně respondenti jedí, se umístily odpovědi „3-4 x denně“, kterou uvedlo 51,7 % (104) a „5-6 x denně“, kterou uvedlo 37,3 % (75) respondentů. Z celkového počtu 201 respondentů jich 73,6 % (148) rozděluje potraviny na zdravé a nezdravé a 33,9 % (68) respondentů se vyhýbá kalorickým potravinám nebo potravinám, které obsahují sacharidy a tuky. Respondenti, kteří někdy jedli podle diety nebo podle pravidel, které určují, co, kdy a jak jíst bylo celkem 42,3 % (85). Pro 20,4 % (41) respondentů je těžké přestat jíst, když se cítí sytí a 18,4 % (37) respondentů má rádo

pocit prázdného žaludku. Poměrně značný počet respondentů 70,2 % (141) se někdy cítilo zahanbeně nebo provinile kvůli jídlu a 23,4 % (47) z dotazovaných vykazuje časté pocity ztráty kontroly nad jídlem.

Na škále momentální spokojenosti s tělem byla u respondentů nejčastější spokojenost 5-7/10, jelikož ji uvedlo 41 % (82) z 201 dotazovaných. Celkově 52,7 % (106) respondentů je přesvědčeno, že pokud zhubnou/přiberou, tak budou šťastnější. Respondenti, kteří uvedli časté přemýšlení nad tím, co jedli a co budou jíst ve spojitosti s tím, jak to ovlivní vzhled jejich těla, bylo 39,3 % (79) a těch, kteří často používají jídlo, aby se vypořádali s nepříjemnými pocity, bylo 27,3 %. Hojný počet respondentů 75,6 % (152) někdy (občas až velmi často) chválí ostatní, že vypadají dobře, protože zhubli. Více než polovina z dotazovaných 51,7 % (105) respondentů používá (občas až velmi často) negativní komentáře nebo vtipkuje ohledně něčí váhy (i té své). Znepokojivých 66,2 % (133) respondentů někdy zažilo posměch kvůli svému tělu. A 102 z nich (76,7 %) uvedlo, že díky tomu chtělo změnit svou postavu. Pravidelné sportovní aktivitě se věnuje 48,7 % (98) respondentů a 60,6 % (122) respondentů přiznalo, že někdy cvičilo, aby vyrovnalo sněžené jídlo.

Oblast prevence PPP

Více než polovina 58,2 % (117) respondentů se nezúčastnila preventivního programu na danou tematiku. Nejčastěji by respondenti uvítali odborné přednášky 19,9 % (40), externího hosta, který si sám prošel PPP 16,9 % (34), diskuse 13,4 % (27), interaktivní činnosti 4 % (8) či projekty (4 %) a 5 % (10) uvedlo, že nezáleží na formě, ale že je potřeba tematice věnovat více pozornosti. Poslední doplňující otázka byla čistě pro mou zvědavost, ale zvolila jsem ji i proto, že jsem v práci sama zkoušela několik aplikací. Ukázalo se, že respondenti nejčastěji využívají kalorické tabulky (44), což je 55 % z celkového počtu 80 respondentů, kteří aplikace využilo a různé fitness aplikace (15), což odpovídá 18,8 %.

Závěr

„Na základní škole se mi smály. Tak jsem na rok začala silně cvičit a počítat každou kalorií. Bylo to hrozné.“ (respondentka)

Tato bakalářská práce se zabývala tematikou jedné z poruch příjmu potravy, která se v posledních letech ukazuje být nejčastějším onemocněním z tohoto spektra. Poruchy příjmu potravy jsou závažným komplexním onemocněním a společenským problémem. Někteří autoři se shodují, že právě společenské klima, které opěvuje štíhlé, ale mnohdy nereálné tělesné proporce a podporuje diskriminaci, strach či předpojatost z tlustého, stojí v celém jádru problematiky PPP.

Jedním z důvodů, proč je důležité toto téma řešit, je celkový narůstající počet jedinců s PPP, ale i fakt, že v posledních letech dochází k největšímu nárůstu již u pacientů věkové skupiny 10 až 14 let a téměř polovinu evidovaných tvoří jedinci ve věkové skupině 15 až 19 let. Autoři se také shodují, že nejrizikovější období pro vznik a vývoj jedné z PPP představuje období puberty a adolescence. Část případů je před veřejností skryta, protože pro jedince s PPP, pro PP nevyjímaje, je mnohdy těžké kvůli studu vyhledat pomoc, a proto je nutné o problematice hovořit, vzdělávat děti i dospívající, všechny, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání i širokou veřejnost.

Téma bakalářské práce zní: *„Psychogenní přejídání a jídlo v životě adolescenta“*. Snaží se zvýšit povědomí o této problematice, a proto v ní byly uvedeny faktory ovlivňující vznik a rozvoj, projevy, důsledky i možnosti léčby psychogenního přejídání. Dále se práce věnovala období adolescence, které je pro vznik a vývoj poruch příjmu potravy velmi rizikové, poruchám příjmu potravy typické pro dětský a adolescentní věk, vývoji jídelního chování a postojů k jídlu u dětí a adolescentů. Zvláštní důraz byl kladen na celkový kontext současného společenského klimatu, ve kterém se adolescent nachází, protože je důležité, aby sociální pedagog pochopil, jak toto klima ovlivňuje sebepojetí jedince.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo s oporou o odbornou literaturu zmapovat možnosti prevence a podpory adolescenta sociálním pedagogem, proto se práce věnovala i sociálnímu pedagogovi a jeho roli v problematice poruch příjmu potravy a nabídla konkrétní tipy, na které se v rámci prevence může sociální pedagog podílet. Cílem empirického výzkumu bylo zjistit, kde, jak často a jakou formou se adolescenti setkávají s problematikami poruch příjmu potravy, vztahu k jídlu a k jejich tělu. V této části se

práce především zaměřila na zmapování přítomných postojů adolescentů k jídlu a jejich tělu, ale zároveň na jejich zkušenost i potřeby v oblasti prevence poruch příjmu potravy. Výzkum tak ilustruje potřeby současného adolescenta v této oblasti.

Myslím si, že do budoucna by se této problematice mělo věnovat více, ale paradoxně ne ve formě předávání většího množství informací o PPP. Věřím, že většina adolescentů těchto informací má dostatek a jejich znásobení by mohlo mít opačný efekt samotné prevence. Naopak věřím, že je důležité spíše rozvíjet kritické myšlení dospívajících, aby rozpoznali irelevantní obsah, který jim pravděpodobně uškodí. Důležité je podpořit je v tom, aby byli silnější a vědomější vůči sobě samým. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že adolescenti velmi často vyžadují interaktivní, hravý a diskusní charakter prevence. Sociální pedagog tak může být dospívajícímu podporou v tomto náročném vývojovém období plných změn a s tímto požadovaným charakterem přímo pracovat. Může pomáhat vytvářet zdravé a pozitivní sociální klima ve skupině, ve které bude se všemi dospívajícími zacházeno stejně a poskytovat díky tomu každodenní zkušenosti, které budou přispívat k jedincovu pocitu pohody i pozitivnímu sebepřijetí a může také zdůrazňovat a podporovat rozvoj sebeúcty, sebedůvěry i komunikačních dovedností.

Je tedy podstatné, aby sociální pedagogové byli v této tématice průběžně vzděláváni a měli k dispozici různé programy. Významné také je, aby sociální pedagog, kromě orientace v dané tématice, si byl také on sám vědom vlastních citových pohnutek a zamýšlel se nad tím, jaké stravovací návyky má on, jeho vlastní rodina a měl by být v souladu s tím, co předává jedincům, na které působí.

V úplném závěru práce chci pozdvihnout problematiku, na které může pracovat celá společnost a nejenom sociální pedagog. Nezáleží na tom, jestli si ji představíme pod pojmem předpojatost či diskriminace nebo pod fenoménem bodyshaming, protože myšlenka je stejná. Je nezbytné, aby společenské klima přestalo utlačovat a zahanbovat na základě tělesného vzhledu a místo toho nabídlo budoucím generacím zdravější vzorce.

Seznam použitých zdrojů

BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2005. ISBN 978-80-89236-00-8.

BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 2. vyd. Bratislava: Lorca, 2006. ISBN 978-80-968437-5-6.

BENDL, Stanislav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-7290-881-3.

COOPER, Peter. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada, 2006. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-6015-5.

FRAŇKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, Jana a MALICHOVÁ, Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

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

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-909-5.

JANOŠOVÁ, Pavlína. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2284-9.

JENSEN, Arnett Lene. *Bridging Cultural and developmental approaches to psychology*. New York: Oxford, 2011. ISBN 978-0-19-538343-0.

JIRÁK, Jan a KÖPPLOVÁ, Barbara. *Masová média*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-466-3.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7. vyd. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.

- KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KRAUS, Blahoslav a POLÁČKOVÁ, Věra. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 8073150042.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-x.
- KRCH, František David a MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy: výchova ke zdraví: příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003. 32 s.
- KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. Praha: Grada, 2004. Zdraví & životní styl. ISBN 80-247-0736-5.
- LORENZOVÁ, Jitka. *Kontexty vzdělávání v postmoderní situaci*. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, 2016. ISBN 978-80-7308-650-3.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vyd. upr. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-85282-83-6.
- MIOVSKÝ, Michal a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.
- PAPEŽOVÁ, Hana a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
- PROCHÁZKOVÁ, Lenka a ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.
- PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vyd., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

Elektronické zdroje

ARNETT, Jensen Jeffrey. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist* [online]. 2000, **55**(5), 469-480 [cit. 2021-01-12]. DOI: 10.1037//0003-066X.55.5.469. ISSN 0003-066X. Dostupné z: http://jeffreymarnett.com/ARNETT_Emerging_Adulthood_theory.pdf.

ba, Chistian Hans a kol. Pedagogika a nové výzvy výzkumu ICT: role digitálních technologií v každodenním životě a učení mládeže. *Studia pedagogica* [online]. 2016; **21**(1) 87-110 [cit. 2021-02-09]. ISSN 2336-4521. Dostupné z: <https://www.phil.muni.cz/journals/index.php/studia-paedagogica/article/view/1231>.

BACON, Jane, SCHELTEMA, Karen a ROBINSON, Beatrice. Fat phobia scale revisited: the short form. *International Journal of Obesity* [online]. 2001, **25**(2), 252-257 [cit. 2021-03-03]. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801537. ISSN 0307-0565. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=8853259&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

BLAŠTÍKOVÁ, Lucie. Sociální pedagog v základní škole. Rozhovor se sociálním pedagogem Mgr. Jiřím Daňkem. *Sociální pedagogika* [online]. 2020, **8** (2), 132-134 [cit. 2021-02-21]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: https://soced.cz/wp-content/uploads/2020/11/Socialni-pedagogika-_Social-Ed-Casopis-Socialni-pedagogika.pdf.

BLAŠTÍKOVÁ, Lucie. Sociální pedagog v základní škole. Rozhovor se sociální pedagožkou Mgr. Zuzanou Krnáčovou. *Sociální pedagogika* [online]. 2020, **8** (2), 137-138 [cit. 2021-02-21]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: https://soced.cz/wp-content/uploads/2020/11/Socialni-pedagogika-_Social-Ed-Casopis-Socialni-pedagogika.pdf.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm [online]. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013 [cit. 2021-01-30]. ISBN 978-0-89042-555-8. Dostupné z: <https://cdn.website->

editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf?fbclid=IwAR0LqrtrRxNdSndq8pzDawsApDLFVpkUg9U0IKIXVLd33GRaaMBQepgjxAo.

GORDON, Aubrey. Having a Better Body Image Won't End Body-Based Oppression. In: *self.com* [online]. 22. 7. 2020 [cit.2021-02-19]. Dostupné z: <https://www.self.com/story/body-neutrality>.

HADAŠ, Lubomír. *Poruchy příjmu potravy: psychosociální přístup rodinné terapie* [online]. Brno, 2007 [cit. 2021-01-14]. Disertační práce. Masarykova Univerzita. Fakulta sociálních studií. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/fiqlc/>.

HAVLÍKOVÁ, Jana. České základní školy v měnící se společnosti: nazrála již doba na zavedení školní sociální práce? *Sociální práce* [online]. 2019, **19** (5), 121-135 [cit. 2021-03-03]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=139043692&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

JASŠOVÁ, Katarína a kol. Použití repetitivní transkraniální magnetické stimulace v terapii psychogenního přejídání. Dvojitě slepá randomizovaná studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 2020, **116**(1), 7-15 [cit. 2021-01-28]. ISSN 12120383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1308>.

KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů-diagnostické a terapeutické otázky. *Pediatric pro praxi* [online]. 2002, **3** (3), 98-100 [cit. 2021-03-06]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://karolinum.cz/data/clanek/4574/AUC-Sociologie214_06_Kocourkova.pdf?fbclid=IwAR2OAugVl9qvSXhz3IH1ib-uQyV2FGP9f1w96v0cvilNIUHm1yOqEk1tLdc.

KOPECKÝ, Kamil a SZOTKOWSKI, René. *České děti v kybersvětě. Výzkumná zpráva* [online]. O2 Czech Republic. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Centrum prevence rizikové virtuální komunikace, 2019, 32 stran [cit. 2021-03-07]. Dostupné z: <http://www.pedagogicke.info/2019/06/kamil-kopeccky-rene-szotkowski-ceske.html>

KRAUS, Blahoslav a BĚLÍK, Václav. Trendy preventivně výchovného působení v současné škole. *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, 2011, **7**(1), 62–67 [cit. 2021-02-12]. ISSN 1804-

7858. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/clanky/1~2011/39-trendy-preventivnevychovneho-pusobeni-v-soucasne-skole>.

KVIATKOVSKÁ, Katarína, ALBRECHT, Jakub a PAPEŽOVÁ, Hana. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 2016, **112**(6), 275-279 [cit. 2021-01-15]. ISSN 12120383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1120>.

LEBOEUF, Céline. What Is Body Positivity? The Path from Shame to Pride. *Philosophical Topics* [online]. University of Arkansas Press: 2019, **47** (2), 113-127 [cit. 2021-03-19]. ISSN 2154-154X. Dostupné z: https://www.pdcnet.org/collection/show?id=philtopics_2019_0047_0002_0113_0127&file_type=pdf.

LEE, Anna Yu, et al. Family functioning, moods, and binge eating among urban adolescents. *Journal of Behavioral Medicine* [online]. 2019, **42**(3), 511-521 [cit. 2021-03-03]. DOI:10.1007/s10865-018-9994-8. ISSN 0160-7715. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=136524163&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

LICHNER, Vladimír. Prežívanie osamelosti ako prediktor rizikového správania adolescentov. *Sociální Práce* [online]. 2018, **2**(15), 25-39. [cit. 2021-03-08]. ISSN 1804-3070. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/329179472_Prezivanie_osamelosti_ako_prediktor_rizikoveho_spravania_adolescentov.

LORENZOVÁ, Jitka a KOMÁRKOVÁ, Tereza. Sociální pedagogika: pojetí oboru a profese u studentů a sociálních pedagogů v České republice. *Orbis Scholae* [online]. 2019, **13**(1), 87-106 [cit. 2021-03-15]. DOI:10.14712/23363177.2019.23. ISSN 2336-3177. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.6c9ad08961be4c7b8b164f564671d362&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 4.2014 [online]. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008 [cit. 2021-01-10]. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014_2.pdf.

MORENO-DOMÍNGUEZ, Silvia, et al. Images of Thin and Plus-Size Models Produce Opposite Effects on Women's Body Image, Body Dissatisfaction, and Anxiety. *Sex Roles* [online]. 2019, **80**(9-10), 607-616 [cit. 2021-02-26]. DOI: 10.1007/s11199-018-0951-3. ISSN 0360-0025. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85052135797&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

PAPEŽOVÁ, Hana a HANUSOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012 [cit.2021-03-07]. ISBN 978-80-87258-98-9. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/358/poruchy-prijmu-potravy-web.pdf>.

PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy, transgenerační přenos a trauma. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2020, **116**(4), 197-204 [cit. 2021-03-07]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1345>.

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017. In: *uzis.cz* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018 [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8150>.

Poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie). In: *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2010 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny?fbclid=IwAR3H6rAnA4H0Rht9-ThpAmolEN7yiUNbdYJuXEYqHH1dVd5vedhgXkg7UkA>.

PODDANÁ, Jana. Vztah preferovaných volnočasových aktivit a tvořivosti u českých adolescentů. *E-psychologie* [online]. 2020, **14**(3), 1-16 [cit. 2021-02-20]. ISSN 1802-8853. Dostupné z:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=146896943&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

POUNDERS, Kathryn a MABRY-FLYNN, Amanda. Consumer Response toward Plus-Size Models Featured in the Mainstream Media. *Journal of Consumer Affairs* [online]. 2019, **53**(4), 1355-1379 [cit. 2021-04-03]. DOI:10.1111/joca.12251. ISSN 0022-0078. Dostupné z:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=140212543&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

PUNOVÁ, Monika. Práce s mládeží v době nejisté. *Sociální pedagogika* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2015, **3**(1) 70–84 [cit. 2021-03-05]. ISSN1805-8825.

Dostupné z: https://soced.cz/wp-content/uploads/2015/04/STUDIE_Pr%C3%A1ce-s-ml%C3%A1de%C5%BE%C3%AD-v-dob%C4%9B-nejist%C3%A9_Final.pdf.

RODGERS, Rachel, et al. A Biopsychosocial Model of Social Media Use and Body Image Concerns, Disordered Eating, and Muscle-Building Behaviors among Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence* [online]. 2020, **49**(2), 399-409 [cit. 2021-04-03]. DOI: 10.1007/s10964-019-01190-0. ISSN 0047-2891. Dostupné z:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=141432560&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

RUSSELL, Shelly a RYDER, Sabine. BRIDGE 2 (Building the Relationship Between Body Image and Disordered Eating Graph and Explanation): Interventions and Transitions. *Eating Disorders* [online]. 2001, **9**(1), 15-27 [cit. 2021-02-22].

DOI:10.1080/106402601300187704. ISSN 1064-0266. Dostupné z:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=6090923&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

RUSSELL-MAYHEW, Shelly a GRACE, Angela. A call for social justice and best practices for the integrated prevention of eating disorders and obesity. *Eating Disorders* [online]. 2015, **24**(1), 54-62 [cit. 2021-03-05].

DOI:10.1080/10640266.2015.1113829 ISSN 1064-0266. Dostupné

z:<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=112294008&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

SOMOGYIOVÁ, Marta a HERETIK, Anton. Poruchy příjmu potravy na Slovensku a v Čechách: Tematická analýza publikovaných odborných článků. *Psychologie a její kontexty* [online]. 2015, **6** (1), 49–61 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1803-9278. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=110246469&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

ŠRÁMKOVÁ, Lenka a CAKIRPALOGLU, Panajotis. Tvorba škály fyzického vzhledu a „body image“ v kontextu českého prostředí. *Psychologie a její kontexty* [online]. 2015, **6** (2), 95–109 [cit. 2021-01-14]. ISSN 1803-9278. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=111652381&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

ŠMÍDOVÁ, Sylva. *Body image a stravovací zvyklosti u dětí* [online]. Brno, 2018 [cit. 2021-03-01]. Disertační práce v oboru hygieny, preventivního lékařství a epidemiologie. Masarykova Univerzita. Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/v8qso/BODY_IMAGE.pdf.

ŠVÉDOVÁ, Jarmila a MÍČOVÁ, Lenka. *Poruchy příjmu potravy: manuál pro pedagogy* [online]. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2010 [cit. 2021-01-20]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/9>.

ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Svépomocný manuál aneb jak si mohu sám/sama pomoci* [online]. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2012 [cit. 2021-01-23]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/component/jshopping/product/view/1/10?Itemid=0>.

TOMANOVÁ, Jana a PAPEŽOVÁ, Hana. Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2006, **102**(7), 358-362 [cit. 2021-01-11]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_7_358_362.pdf.

VASCHENKO, Maryna. Eating Disorders in Adolescent Girls: What Educators Should Know. *Delta Kappa Gamma Bulletin* [online]. 2005, **71**(2), 18-21 [cit. 2021-01-26]. ISSN 0011-8044. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=15690914&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>

VONDROVÁ, Vladislava. Digitální exkluze: dimenze sociální exkluze v informační společnosti. *Sociální práce* [online]. 2015, **14** (3), 81-101 [cit. 2021-03-03]. ISSN 1213-6204. Dostupné z:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=112316191&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>

ZEMANOVÁ, Milada. Důležité statistiky sociálních sítí pro rok 2019. In: *focus-age.cz*. [online]. 21. 11. 2019 [cit. 2021-03-16]. Dostupné z: https://www.focus-age.cz/m-journal/aktuality/dulezite-statistiky-socialnich-siti-pro-rok-2019__s288x14670.html.

Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci v roce 2019 [online]. Praha: Český statistický úřad, 2019 [cit. 2021-04-03]. ISBN 978-80-250-2960-2. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/7-vyhledavani-vybranych-informaci-na-internetu-491bf37fh>.

Seznam zkratek

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

PPP – poruchy příjmu potravy

DSM – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NS – non specificatus

PP – psychogenní přejídání

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

ČR – Česká republika

LF – Lékařská fakulta

UK – Univerzita Karlova

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

SSRI – selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu

rTMS – repetitivní transkraniální magnetická stimulace

CNS – centrální nervová soustava

ČSÚ – Český statistický úřad

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

DDM – dům dětí a mládeže

Seznam tabulek

Tabulka 1: Slyšel(a) jste někdy pojem „psychogenní či záchvatovité přejídání“?	53
Tabulka 2: Mezi poruchy příjmu potravy NEPATŘÍ?	54
Tabulka 3: Znáte ve svém okolí někoho, kdo trpí či trpěl PPP?.....	54
Tabulka 4: Které z nadcházejících vymezení nejlépe vystihuje psychogenní (záchvatovité) přejídání?.....	55
Tabulka 5: Přečtěte si následující situaci o Janě a rozhodněte, co by podle Vás, měla Jana udělat.....	56
Tabulka 6: Pokud byste měl(a) podezření, že někdo kolem Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste jednal(a)?	57
Tabulka 7: Jak moc jste na této škále momentálně spokojen(á) se svým tělem?	59
Tabulka 8: Kolikrát denně jíte?	60
Tabulka 9: Rozdělujete potraviny na zdravé a nezdravé?	60
Tabulka 10: Vyhýbáte se určitým potravinám, protože jsou moc kalorické nebo proto, že obsahují sacharidy případně tuky?	61
Tabulka 11: Jedl(a) jste někdy podle nějaké diety či pravidel, které Vám určují, co, kdy nebo kolik toho máte jíst?	61
Tabulka 12: Je pro Vás těžké přestat jíst, když se cítíte sytý(á)?	62
Tabulka 13: Máte rád(a) pocit prázdného žaludku?	62
Tabulka 14: Máte někdy pocit, že nemáte jídlo pod kontrolou?	63
Tabulka 15: Cítíte se někdy provinile či zahanbeně kvůli jídlu?.....	63
Tabulka 16: Přemýšlíte nad tím, co jste jedl(a) a co budete jíst ve spojitosti s tím, jak to ovlivní vzhled Vašeho těla?	64
Tabulka 17: Používáte jídlo, abyste se vypořádal(a) s nepříjemnými pocity?	64
Tabulka 18: Jste přesvědčeni o tom, že pokud zhubnete nebo přiberete, tak budete šťastnější?	65
Tabulka 19: Jak často někoho chválíte, že vypadá dobře, protože zhubl?	65

Tabulka 20: Jak často používáte negativní komentáře nebo vtipkujete ohledně něčí váhy (i své)?.....	66
Tabulka 21: Byl(a) jste někdy terčem posměchu kvůli svému tělu?	66
Tabulka 22: Pokud ano, přáli jste si kvůli tomu změnit svou postavu?.....	67
Tabulka 23: Věnujete se pravidelně nějaké sportovní aktivitě?	67
Tabulka 24: Cvičil(a) jste někdy, protože jste chtěl(a) vyrovnat sněžené jídlo?	68
Tabulka 25 Zúčastnil(a) jste se někdy preventivního programu zaměřeného na poruchy příjmu potravy?.....	69
Tabulka 26: Myslíte si, že škola a školská zařízení věnují dostatečnou pozornost tématu poruchy příjmu potravy, vztahu k jídlu nebo k tělu?	70
Tabulka 27: pedagog nám spíše přednášel, abychom měli potřebné informace	70
Tabulka 28: Koukali jsme na dokument	71
Tabulka 29: Pedagog přednášel a my se doptávali	71
Tabulka 30: Vedli jsme diskusi	71
Tabulka 31: Měli jsme externího hosta.....	71
Tabulka 32: Dělali jsme projekt.....	72
Tabulka 33: Jiná.....	72
Tabulka 34: Seminární práce	72
Tabulka 35: Zkoušeli jsme různé aktivity.....	72
Tabulka 36: Pedagog se mnou na dané téma vedl dialog.....	73
Tabulka 37: Hráli jsme únikovou hru	73
Tabulka 38 Konkrétní odpovědi k Jiná.....	73
Tabulka 39: Baví se s Vámi o poruchách příjmu potravy, o vztahu k jídlu nebo k tvému tělu, někdo ve Vaší rodině?.....	74
Tabulka 40: Baví se s Vámi o poruchách příjmu potravy, o vztahu k jídlu nebo k tělu Váš trenér / vedoucí Vašeho zájmového kroužku apod.?.....	75
Tabulka 41: Jakými formami byste Vy nejraději uvítal(a), aby se ve škole a školských zařízeních věnovalo tématům poruch příjmu potravy, vztahu k jídlu nebo k tělu?	75

Tabulka 42: Na internetu	77
Tabulka 43: Na Instagramu.....	77
Tabulka 44: Na Youtube	77
Tabulka 45: Od kamarádů.....	77
Tabulka 46: Ve škole	78
Tabulka 47: Z TV	78
Tabulka 48: V rodině	78
Tabulka 49: Z podcastů.....	78
Tabulka 50: Od trenéra/ vedoucího zájmového kroužku apod.	79
Tabulka 51: Z knih.....	79
Tabulka 52: Z časopisů, magazínů	79
Tabulka 53: Jiné.....	79
Tabulka 54: Z rádia.....	80
Tabulka 55: Konkrétní odpovědi k Jiné.....	80
Tabulka 56: Využívání aplikací respondenty	80
Tabulka 57: Pokud jste někdy využil/a nějakou aplikaci, která souvisí s danými tématy. Uveďte prosím, o jakou se jednalo	81

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	52
Graf 2 Věkové rozložení respondentů	52

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Vyzkoušené aplikace

Příloha č. 3 Grafy

Příloha č. 4 Slovníček

Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou Ústavu sociálních studií Univerzity Hradec Králové a píši bakalářskou práci na téma „*Psychogenní přejídání a jídlo v životě adolescenta*“. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který mi bude sloužit jako podklad pro mou empirickou část. Při vyplňování vyberte (popř. doplňte) danou odpověď. V některých otázkách je možnost výběru i více odpovědí. Dotazník je anonymní, a proto ho prosím vyplňujte, co možná nejpravdivěji. **Děkuji za Vaši ochotu i čas :).**

1. Pohlaví

- Dívka
- Chlapec

2. Věk

- 15 - 16
- 17 - 18
- 19 - 20
- jiné:

3. Slyšel(a) jste někdy pojem „Záchvatovité či psychogenní přejídání“?

- Ano
- Ne

4. Mezi poruchy příjmu potravy nepatří? (Vyberte 1 či více odpovědí)

- Mentální anorexie
- Obezita
- Mentální bulimie
- Orthorexie
- Psychogenní přejídání
- Dieta
- Vegetariánství

5. Znáte ve svém okolí někoho, kdo trpí nebo trpěl poruchou příjmu potravy?

- Ano
- Ne

6. Které z nadcházejících vymezení nejlépe vystihuje psychogenní (záchvatovité) přejídání?

- Nejčastější onemocnění ze skupiny poruch příjmu potravy, které se především projevuje konzumací takového množství jídla, které je výrazně větší, než by většina lidí zkonsumovala za stejný čas a okolností bez navazujícího použití eliminačních metod (zvracení, projímadla nebo nadměrné cvičení)
- Poměrně zřídka vyskytující se porucha příjmu potravy, která se projevuje konzumací pouze velmi energeticky bohatého jídla. Většinou se jedná o potraviny bohaté na jednoduché sacharidy či potraviny s vyšším obsahem tuků.

- Je jednou z poruch příjmu potravy. Spočívá v konzumaci velkého množství jídla a zároveň ve strachu z následného přibírání tělesné hmotnosti, proto jedinec úmyslně vyvolává zvracení potravy, aby netloustl.
- Nejsem si jist(á)

7. Přečtěte si následující situaci o Janě a rozhodněte, co by podle Vás, měla Jana udělat. „Jana byla v sobotu na oslavě narozenin u své tety a přejedla se, cítila se těžce a bylo jí to velmi nepříjemné. Jana teď neví, jak se zachovat následující den...“

- Jana by se za sebe měla stydět a vyčítat si to
- Jana by raději neměla jíst nic nebo alespoň méně než obvykle
- Jana by se měla vrátit ke svému běžnému pestrému stravování
- Jana by si měla za trest jít zaběhat nebo zacvičit

8. Pokud byste měl(a) podezření, že někdo kolem Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste jednal(a)?

Napište 1 či více slov:

9. Jak moc jste na této škále momentálně spokojen(á) se svým tělem? (1 nejméně spokojen 10 nejvíce spokojen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Kolikrát denně jíte?

- Obvykle nejím téměř vůbec
- 1-2 x denně
- 3-4 x denně
- 4-5 x denně
- Vícekrát

11. Rozdělujete potraviny na zdravé a nezdravé?

- Ano
- Ne

12. Vyhýbáte se určitým potravinám, protože jsou moc kalorická nebo proto, že obsahují sacharidy případně tuky?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

13. Jíte nebo jste někdy jedl(a) podle nějaké diety či pravidel, které Vám určují, co, kdy nebo kolik toho máte jíst?

- Ano

- Ne

14. Je pro Vás těžké přestat jíst, když se cítíte sytý(á)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

15. Máte rád(a) pocit prázdného žaludku?

- Ano
- Ne

16. Máte/ měl(a) jste někdy pocit, že nemáte jídlo pod kontrolou?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Nikdy

17. Cítíte se někdy provinile či zahanbeně kvůli jídlu?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Nikdy

18. Přemýšlíte nad tím, co jste jedl(a) a co budete jíst ve spojitosti s tím, jak to ovlivní vzhled Vašeho těla?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Nikdy

19. Používáte jídlo, abyste se vypořádal(a) s nepříjemnými pocity (nuda, smutek, úzkost, hněv apod.)?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Nikdy

20. Jste přesvědčen(á) o tom, že když zhubnete/přiberete, tak budete šťastnější?

- Ano
- Ne

21. Jak často někoho chválíte, že vypadá dobře, protože zhubl?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Nikdy

22. Jak často používáte negativní komentáře nebo vtipkujete ohledně něčí váhy (i své)?

- Velmi často

- Často
- Občas
- Nikdy

23. Byl(a) jste někdy terčem posměchu kvůli svému tělu?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Nikdy

24. Pokud ano, chtěl(a) jste kvůli tomu změnit svou postavu?

- Ano
- Ne

25. Věnujete se pravidelně nějaké sportovní aktivitě?

- Ano, více než 3x týdně
- Ano, 1-3 x týdně
- Ano sportuji, ale nepravidelně
- Ne

26. Cvičil(a) jste někdy, protože jste chtěl(a) vyrovnat sněžené jídlo?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Nikdy

27. Zúčastnil(a) jste se někdy preventivního programu zaměřeného na poruchy příjmu potravy? (např. přišel za Vámi do školy odborník, s nímž jste rozebírali přidružená témata a zkoušeli různé aktivity apod.)

- Ne, nezúčastnil(a)
- Ano, na ZŠ
- Ano, na SŠ
- Ano, jinde:

28. Myslíte si, že škola a školská zařízení věnují dostatečnou pozornost tématu poruchy příjmu potravy, vztahu k jídlu nebo k tělu?

- Věnují se nadměrně
- Věnují se dostatečně
- Věnují se nedostatečně
- Věnují se velmi chabě a je třeba, aby se těmto tématům věnovala výrazně větší pozornost

29. S jakými z nadcházejících forem jste se setkal(a) ve škole a školských zařízeních?

- Pedagog nám spíše o tématech přednášel, abychom měli potřebné informace
- Vedli jsme diskusi
- Pedagog přednášel a my se doptávali
- Koukali jsme na dokument
- Dělali jsme projekt
- Hráli jsme únikovou hru

- Zkoušeli jsme různé aktivity
- Měli jsme externího hosta
- Psal(a) jsem seminární práci na dané téma
- Pedagog se mnou na dané téma vedl dialog
- Jiné

30. Jakými formami byste Vy nejraději uvítal(a), aby se ve škole a školských zařízeních věnovalo tématu poruchy příjmu potravy, vztahu k jídlu nebo k tělu?

Uved'te 1 či více slov:

31. Baví se s Vámi o poruchách příjmu potravy, o vztahu k jídlu nebo k tvému tělu, někdo ve Vaší rodině?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Nikdy

32. Baví se s Vámi o poruchách příjmu potravy, o vztahu k jídlu nebo k Vašemu tělu tvůj trenér, vedoucí tvého zájmového kroužku apod.?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Nikdy

33. Kde nejvíce získáváte informace o poruchách příjmu potravy, o vztahu k jídlu nebo k Vašemu tělu? (vyberte 3 nejčastější zprostředkovatele informací)

- Ve škole
- V rodině
- Od trenéra / vedoucího v mém zájmovém kroužku
- Na internetu
- Na instagramu
- Z TV
- Z časopisů, magazínů
- Z knih
- Z poslechu podcastů
- Na youtube
- Od kamarádů
- Jiné:

34. Pokud jste někdy využil nějakou aplikaci, která souvisí s Vaším tělem nebo s jídlem (např. sledovače návyků, aplikace zaměřené na hubnutí či aplikace přímo spojené s poruchami příjmu potravy...) Uved'te prosím, o jakou se jednalo:

Moc děkuji, že jste mi věnoval(a) svůj čas! Pokud se Vy nebo někdo ve Vašem okolí nachází ve složité situaci, neváhejte a nebojte se svěřit někomu, komu důvěřujete. Pomoc můžete najít třeba i na těchto stránkách: <http://www.anabell.cz/>.

V případě jakýchkoliv dotazů souvisejících s dotazníkem mě neváhejte kontaktovat na emailu Fantova.Iveta@seznam.cz.

Příloha č. 2 Vyzkoušené aplikace

Aplikace – Nepanikař

Tato aplikace nabízí jejímu uživateli zdarma první psychologickou pomoc. Jedná se o první aplikaci tohoto typu v českém prostředí. Aplikace má sedm základních modulů a jeden z nich se věnuje PPP. Zároveň i ostatní moduly mohou být prospěšné jedinci s PPP, protože se mnohdy věnují typickým komorbiditám PPP. Aplikace nabízí plno tipů, úkolů, ukázky jídelníčku, aktivity na odvedení pozornosti a relaxaci a kontakty na pomoc. V aplikaci jsem vyzkoušela relaxační techniky i techniky na odvádění pozornosti a celou ji prošla. Hodnotím ji jako velmi povedenou a líbí se mi, že autoři k ní mají i přidružený Instagram, kde podporují jedince, nabízí anonymní poradnu a streamy.

Aplikace – Brighter bite

Jedná se o zahraniční aplikaci, která velmi povedenou grafiku a přehlednost. Aplikace je přímo zaměřená na PPP. Jedinci nabízí deník, kam si může zanášet sněžené jídlo, náladu a tzv. chaty s aplikací, která má fungovat jako kamarád. Aplikace se v úvodu zeptá, co se vám honí v hlavě. Nabízí 4 možnosti: výčitky z toho co jedinec udělal, bažení po jídle, napětí nebo jednoduché nic moc. Je k dispozici, ale napsat i svou možnost. Podle toho, na co jedinec klikne, dojde k příslušnému chatování. Jedinec má možnost pojmenovat jaké emoce či nálady v daný moment cítí a co ho ovlivňuje, dojde i k různým aktivitám pro případné uklidnění. Je zde i odkaz na pomoc. Tato aplikaci mi přijde velmi povedená a bylo by ideální, pokud by existovala i v českém jazyce.

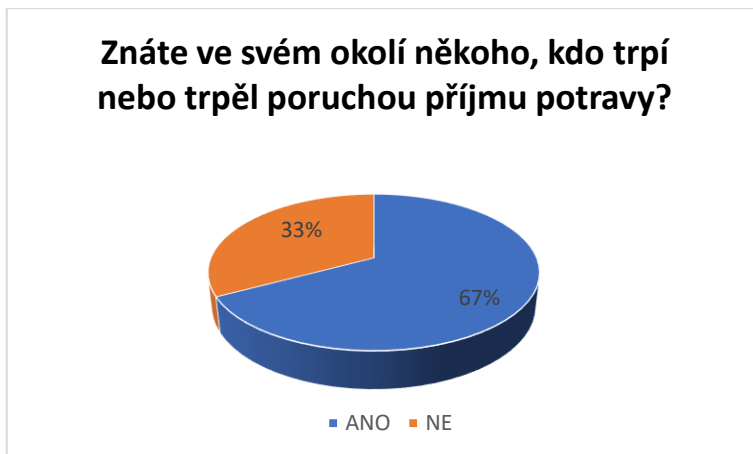
Aplikace – RR Eating disorder managment

Také se jedná o zahraniční aplikaci, která přináší pro jedince mnoho možností. Musím, ale konstatovat, že mi přijde méně přehledná. Jedinec si opět může vést jídelní deník, a dokonce může jídlo fotit. Zaznamenat může i myšlenky, pocity a chování. Je zde možné být také v kontaktu s odborníky. Uvnitř aplikace najdeme i sekci, kde mohou anonymně psát všichni uživatelé a navzájem se motivovat. Myslím si, že je skvělé, že takové aplikace existují a jak již jsem zmínila výše, bylo by nanejvýše vhodné, aby takto zpracované aplikace existovaly i v ČR.

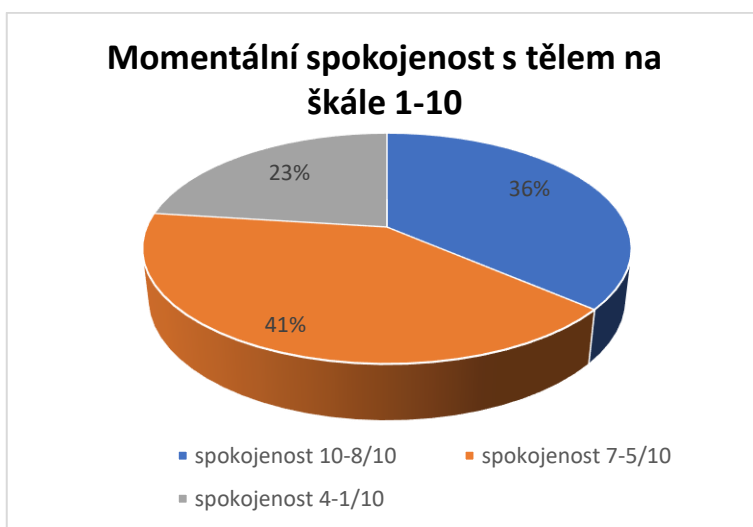
Příloha č. 3 Grafy



Graf 1 Slyšel(a) jste někdy pojem „Psychogenní či záchvatovité přejídání“



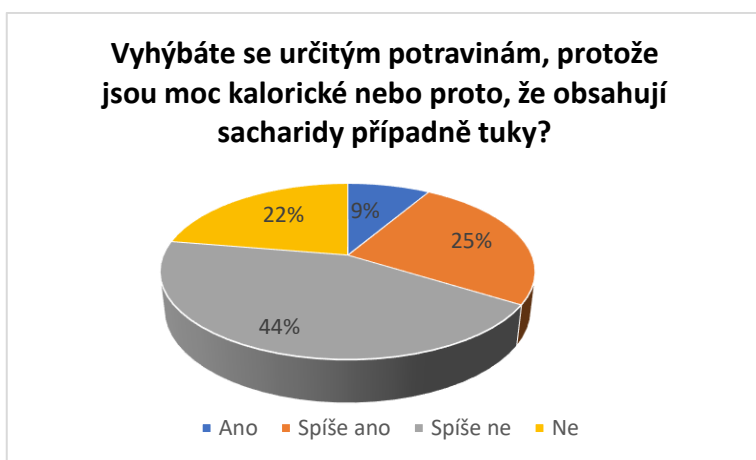
Graf 2 Znáte ve svém okolí někoho, kdo trpí nebo trpěl PPP?



Graf 3 Momentální spokojenost s tělem na škále 1-10



Graf 4 Rozděľujete potraviny na zdravé a nezdravé?



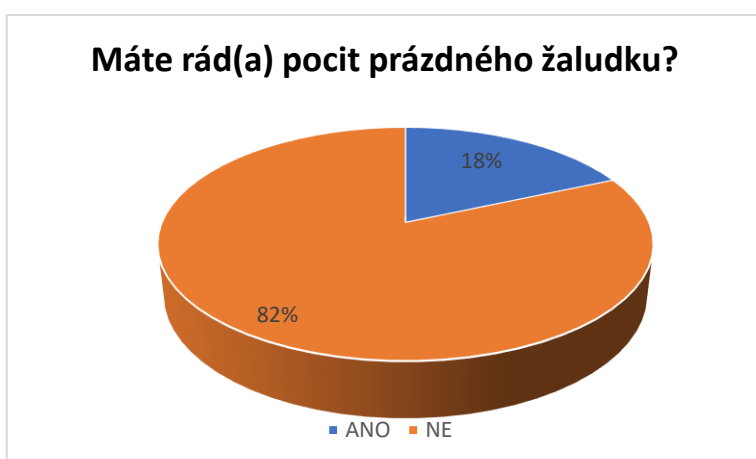
Graf 5 Vyhýbate se určitým potravinám, protože jsou moc kalorické nebo proto, že obsahují sacharidy případně tuky?



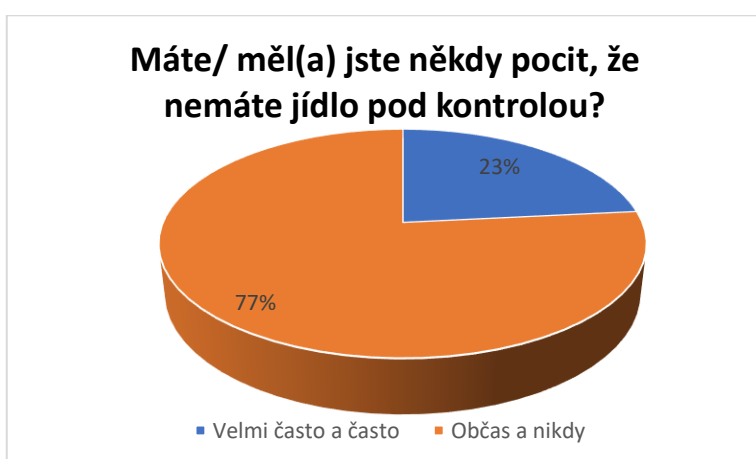
Graf 6 Jíte nebo jste někdy jedl(a) podle nějaké diety či pravidel, které Vám určují, co, kdy nebo kolik toho máte jíst?



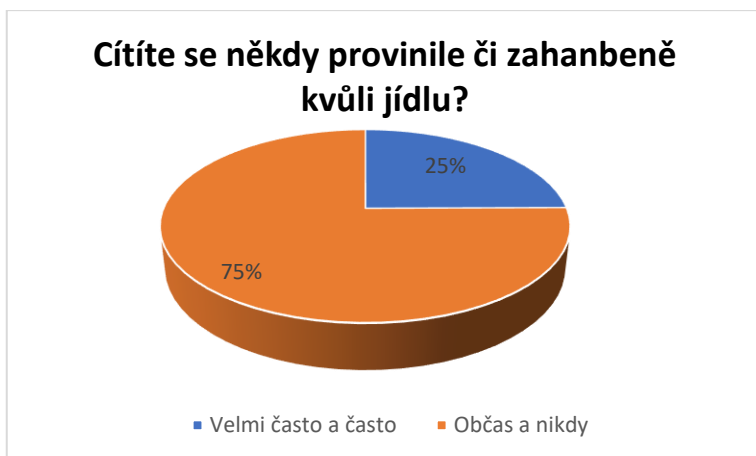
Graf 7 Je pro vás těžké přestat jíst, když se cítíte sytý(á)?



Graf 8 Máte rád(a) pocit prázdného žaludku?



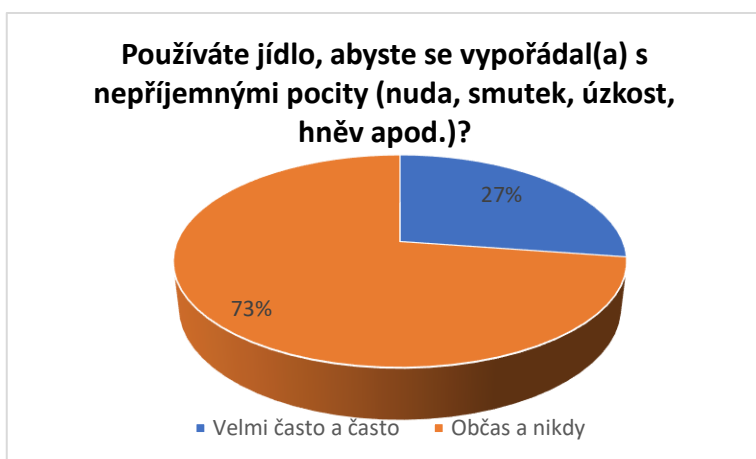
Graf 9 Máte někdy pocit, že nemáte jídlo pod kontrolou?



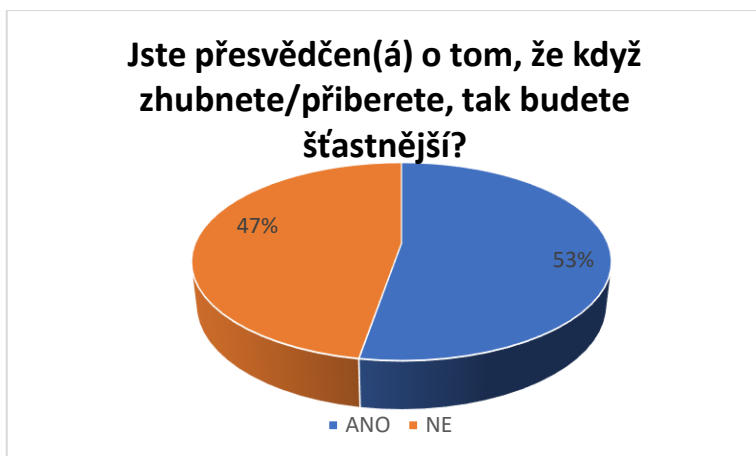
Graf 10 Cítíte se někdy provinile či zahanbeně kvůli jídlu?



Graf 11 Přemýšlíte nad tím, co jste jedl(a) a co budete jíst ve spojitosti s tím, jak to ovlivní vzhled Vašeho těla?



Graf 12 Používáte jídlo, abyste se vypořádal(a) s nepříjemnými pocity?



Graf 13 Jste přesvědčen(á) o tom, že když zhubnete/přiberete, tak budete šťastnější?

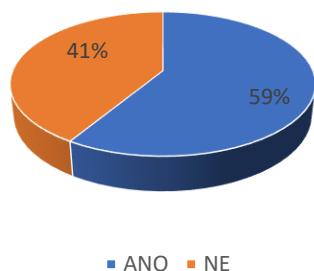


Graf 14 Jak často používáte negativní komentáře nebo vtipkujete ohledně něčí váhy (i své)?



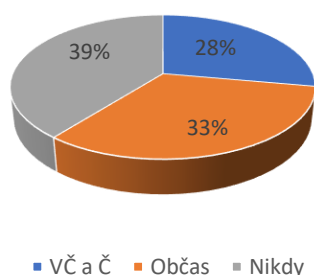
Graf 15 Byl(a) jste někdy terčem posměchu kvůli svému tělu?

Pokud ano, chtěl(a) jste kvůli tomu změnit svou postavu?



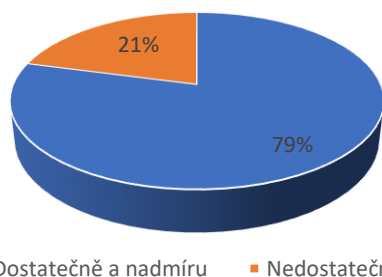
Graf 16 Pokud ano, chtěl(a) jste kvůli tomu změnit svou postavu?

Cvičil(a) jste někdy, protože jste chtěl(a) vyrovnat sněžené jídlo?



Graf 17 Cvičil(a) jste někdy, protože jste chtěl(a) vyrovnat sněžené jídlo?

Myslíte si, že škola a školská zařízení věnují dostatečnou pozornost tématu poruchy příjmu potravy, vztahu k jídlu nebo k tělu?



Graf 18 Myslíte si, že škola a školská zařízení věnují dostatečnou pozornost tématu poruchy příjmu potravy, vztahu k jídlu nebo k tělu?

Příloha č. 4 Slovníček

Body positivity – můžeme vysvětlit jako zastávání pozitivního postoje ke svému tělu. Označuje směr, který přijímá naše těla, bez ohledu na velikost, tvar, tón pleti, pohlaví a fyzických možností. Tento směr je často implicitně chápán jako snaha oslavit rozmanitost tělesné estetiky a rozšířit naše úzké standardy krásy nad jejich současnou mez. (Lebeuf, 2019)

Body neutrality – můžeme vysvětlit jako zastávání neutrálního postoje k tělu. Ústřední myšlenka neutrality těla je taková, že místo toho, abychom nenáviděli naše těla nebo je milovali, bychom je měli považovat za neutrální a přijímalí je taková, jaká jsou. Neutralita navazuje na vlnu „body positivity“ jakožto vítaná úleva a dosažitelnější cíl pro ty, kteří se zotavují např. z poruch příjmu potravy, bojují s tělesnou dysmorfii nebo mají velké tělesné trauma, protože neutralita se může jevit zvládnutelnější cíl než pozitivita. (Gordon, 2020)

Malnutrice – energetický deficit doplněný neuspokojivým příjmem základních živin a nutričních faktorů. (Krch, 2005)

Sexting – elektronické rozesílání textových zpráv, vlastních fotografií nebo videa se sexuálním obsahem. (Vondrová, 2015)

Kybergrooming – chování, které má ve virtuálním prostředí vzbudit v dítěti důvěru a vylákat ho na schůzku, jejímž cílem je dítě pohlavně zneužít. (Vondrová, 2015)

Digital divide – původně bráno jako propast mezi těmi, kterým jsou technologie fyzicky dostupné. Dnes se na tento pojem pohlíží jako na různé stupně přístupu k informačním a komunikačním technologiím. (Vondrová, 2015)