

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

**Genderové rozdíly v pohledu
současných studentů středních škol
na poruchy příjmu potravy**

Diplomová práce

Autor: Bc. et Bc. Lenka Pohořalová
Studijní program: N7507 – Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Lenka Pohořalová

Studium: P16P0679

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Genderové rozdíly v pohledu současných studentů středních škol na poruchy příjmu potravy**

Název diplomové práce AJ: Gender differences in view of the current high school students on eating disorders

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce má za cíl poskytnout základní vhled do problematiky poruch příjmu potravy a zjistit jaké jsou genderové rozdíly v pohledu současných studentů středních škol na poruchy příjmu potravy. V teoretické části se práce zabývá tématem poruch příjmu potravy, jejich možnými příčinami a negativními důsledky nejen na zdraví jedince. Zabývá se též aspektem adolescentního věku studentů středních škol a jeho možným vztahem s rizikem vzniku poruch příjmu potravy. V empirické části se práce zaměřuje na zmapování genderových rozdílů v názorech studentů středních škol na poruchy příjmu potravy, na jejich osobní pohled na možné příčiny a možnosti prevence těchto poruch. Výzkumné šetření je kvantitativní, realizováno dotazníkovou metodou, respondenty jsou aktuální studenti středních škol.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Alena Knotková

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením Mgr. et Mgr. Petry Ambrožové, Ph.D.) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 10.6.2019

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. et Mgr. Petře Ambrožové, Ph.D. za odborné vedení, čas a cenné rady týkající se této diplomové práce. Také touto cestou děkuji respondentům a respondentkám za jejich ochotu spolupracovat při výzkumném šetření.

Anotace

POHOŘALOVÁ, Lenka. *Genderové rozdíly v pohledu současných studentů středních škol na poruchy příjmu potravy*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 103 s. Diplomová práce.

Diplomová práce má za cíl poskytnout základní vhled do problematiky poruch příjmu potravy a zjistit jaké jsou genderové rozdíly v pohledu současných studentů středních škol na poruchy příjmu potravy. V teoretické části se práce zabývá tématem poruch příjmu potravy, jejich vymezením, jejich možnými příčinami a negativními důsledky nejen na zdraví jedince. Zabývá se též aspektem adolescentního věku studentů středních škol a jeho možným vztahem s rizikem vzniku poruch příjmu potravy. V empirické části se práce zaměřuje na zmapování genderových rozdílů v názorech studentů středních škol na poruchy příjmu potravy, na jejich osobní pohled na možné příčiny a možnosti prevence těchto poruch. Výzkumné šetření je kvantitativní, realizováno dotazníkovou metodou, respondenty jsou aktuální studenti středních škol.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, adolescence, genderové rozdíly, prevence

Annotation

POHOŘALOVÁ, Lenka. *Gender differences in view of the current high school students on eating disorders*. University Hradec Králové. 2019. 103 pp. Diploma Degree Thesis.

The aim of the Diploma thesis is to provide a basic insight into the problems of eating disorders and to find out what are the gender differences in the view of current high school students on eating disorders. In the theoretical part the thesis deals with the topic of eating disorders, their definition, their possible causes and negative consequences for human health. It also deals with the aspect of adolescent age of secondary school students and its possible relationship with the risk of eating disorders. In the empirical part, the thesis focuses on the mapping of gender differences in the opinions of secondary school students on eating disorders, their personal view of possible causes and possibilities of preventing these disorders. The research is quantitative, realized by the questionnaire method, the respondents are current high school students.

Key words: eating disorders, adolescence, gender differences, prevention

Obsah

Úvod	8
1 Základní vymezení problematiky poruch příjmu potravy	10
1.1 Mentální anorexie.....	19
1.2 Mentální bulimie	24
1.3 Poruchy příjmu potravy ve statistikách a výzkumech.....	30
1.3.1 Aktuální přehled statistických dat dané problematiky v ČR	31
1.3.2 Stručný náhled na výsledky vybraných výzkumů	33
2 Adolescence jako rizikový faktor poruch příjmu potravy	36
2.1. Prevence poruch příjmu potravy a rodina	42
2.2. Prevence poruch příjmu potravy a škola	44
3 Genderové rozdíly v souvislostech poruch příjmu potravy.....	47
3.1. Muži a poruchy příjmu potravy.....	50
4 Specifikace výzkumného šetření práce	55
4.1 Metodologická východiska výzkumného šetření	55
4.2 Formulace hypotéz	56
4.3 Realizace sběru dat.....	59
4.4 Charakteristika výběrového souboru.....	62
4.5 Prezentace výsledků a verifikace hypotéz.....	64
4.6 Shrnutí výsledků a diskuze k závěrům výzkumného šetření	85
Závěr.....	90
Seznam literatury a zdrojů.....	92
Seznam grafů a tabulek	97
Seznam příloh.....	99

Úvod

Téma poruch příjmu potravy se v současné době dostává do popředí zájmu odborné, ale stále častěji i laické veřejnosti. Na základě předchozího studia bakalářského oboru Sociální patologie a prevence na Univerzitě Hradec Králové jsem získala základní vhled do dané problematiky, která mě velmi zaujala. Téma své diplomové práce jsem se proto rozhodla zaměřit na méně probádanou oblast této problematiky, tedy na genderové rozdíly ve vztahu k poruchách příjmu potravy. Oblast poruch příjmu potravy u mužů považuji za často opomíjené téma. Vzhledem k tomu, že dospívající představují jednu z nejvíce rizikových skupin ohroženou vznikem těchto poruch, rozhodla jsem se zkoumat genderové rozdíly právě u této cílové skupiny.

Tato diplomová práce má teoreticko-empirický charakter. Cílem práce je poskytnout základní vhled do problematiky poruch příjmu potravy a zjistit jaké jsou genderové rozdíly v pohledu současných studentů středních škol na poruchy příjmu potravy. Teoretická část práce, která je členěna do tří hlavních tematických kapitol, se věnuje právě tématu poruch příjmu potravy.

První kapitola se zabývá poruchami příjmu potravy v obecné rovině, definuje poruchy příjmu potravy, předkládá jejich základní charakteristiky a vymezuje diagnostická kritéria. Je zde věnována pozornost také možným příčinám, které mohou vést ke vzniku některých poruch příjmu potravy a není opomenuta ani problematika negativních důsledků na fyzické, ale také psychické zdraví jedince, které tyto poruchy s sebou přinášejí. Právě s těmito negativními důsledky na zdraví a psychiku nemocného souvisí také možnosti a způsoby léčby, které jsou v kapitole taktéž stručně popsány. Kapitola je dále členěna na podkapitoly, které se již podrobněji zabývají nejznámějšími a nejfrekventovanějšími typy poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexií a mentální bulimií. V těchto podkapitolách se práce snaží poskytnout základní náhled na jejich charakteristické rysy, příčiny, které ke konkrétní poruše vedou a věnuje pozornost také možnostem jejich léčby a terapie. Poslední podkapitola první kapitoly poté nabízí aktuální statistický přehled o těchto poruchách na území České republiky a stručně se také zabývá výsledky některých zahraničních výzkumů věnující se dané problematice.

Druhá kapitola se již zabývá specifickou rizikovou skupinou, kterou představují adolescenti. Stručně definuje období adolescence se všemi jeho specifiky a charakteristikami v obecné rovině. Dále je pozornost zaměřena na dospívající jako na rizikovou skupinu ohroženou právě vznikem poruch příjmu potravy. Kapitola se snaží přinést náhled na možné příčiny této rizikovosti právě této sociální skupiny a podrobněji je rozpracováno téma prevence těchto poruch v rodině a ve škole, kterému se mu věnují dvě samostatné podkapitoly.

Třetí kapitola svým charakterem přináší teoretická východiska pro výzkumné šetření práce a rozpracovává téma genderových rozdílů poruch příjmu potravy. Podává základní informace o genderu obecně a dále se věnuje již genderu ve vztahu k poruchám příjmu potravy. Samostatně je rozpracováno téma poruch příjmu potravy u mužů.

Empirická část práce se věnuje výzkumnému šetření realizovanému v rámci této diplomové práce. Cílem výzkumného šetření je zmapovat genderové rozdíly v pohledu aktuálních středoškolských studentů na problematiku poruch příjmu potravy. V podkapitolách bude popsán celý výzkumný projekt včetně analýzy získaných výsledků a interpretace závěrů.

Výzkumné šetření bude mít kvantitativní charakter a metoda bude zvolena dotazníková. Cílovou skupinou budou vzhledem k zaměření výzkumného šetření studenti středních škol. Výzkumné šetření bude cílit na několik oblastí, na které se bude v dotazníku středoškolských studentů dotazovat. Jedná se o oblasti jako je například sebehodnocení a sebepojetí, frekvence a nadměrnost cvičení nebo konkrétní způsoby, které respondenti užívají ke snížení své hmotnosti a jaké můžeme v těchto jednotlivých oblastech nacházet genderové rozdíly. Cílem empirické části je tedy zmapovat názory, postoje i subjektivní zkušenosti a subjektivní vnímání této problematiky středoškolských studentů a odhalit jaké jsou genderové rozdíly v pohledu této cílové skupina na danou problematiku.

1 Základní vymezení problematiky poruch příjmu potravy

Potřeba nasycení a s ním spojená potřeba přijímání jídla je přirozenou a prvotní potřebou člověka. Uspokojení této prvotní potřeby určuje i uspokojení dalších primárních i sekundárních potřeb, od reprodukčního instinktu až po seberealizaci jedince. Jídlo je nenahraditelným zdrojem živin a jednou ze základních podmínek správného somatického a psychického vývoje a zdraví člověka. V průběhu života získává samotné jídlo různý psychologický a sociální význam. Může pro jedince nabývat formu odměny, ale stává se i únikem od samoty a dalších s jídlem a příjmem potravy nesouvisejících psychických a sociálních problémů jedince. (Krch a kolektiv, 2005, s. 15) Právě kvalita a dostatek přijímané potravy je rozhodujícím faktorem pro uspokojivý tělesný i duševní vývoj, potažmo uspokojivý život člověka. Podstatná je i skladba samotného jídla, respektive poměr základních živin jako jsou bílkoviny, sacharidy a tuky. V neposlední řadě je pro tělo důležitý i obsah dalších stavebních a ochranných látek, které představují vitamíny a minerální látky. (Fraňková, Pařízková, Malicharová, 2013, s. 13) Narušení této primární potřeby, negativní vztah k jídlu a problémy v jídelním chování jsou ve své nejzávažnější formě spojeny především s poruchami příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy považují odborníci (Krch a kolektiv, 2005, s. 13) za jedny z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh spojený se závažnými somatickými, ale i psychickými a sociálními důsledky za jedny z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen (i když nikoli výlučně pouze žen). Komplexní charakter těchto poruch a jejich velmi křehká hranice mezi normou a patologií je řadí do oblasti zájmu psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších souvisejících oborů.

„Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu.“ (Vágnerová, 2004, s. 463) S hodnocením vlastního těla souvisí i představa o něm, respektive psychický obraz, který si člověk

o svém těle vytváří. Každý člověk sám sebe, tedy své tělo, určitým způsobem vnímá a hodnotí, tato představa nemusí vždy odpovídat objektivní realitě, ale je zkreslena emocemi, obavami nebo přáními. To znamená, že člověk sám sebe vidí takového, jakým si přeje být, nebo takového, jakým se obává, že je. Subjektivní zkreslení psychického obrazu vlastního těla je úzce spojeno s celkovým vztahem k sobě samému. (Vágnerová, 2004, s. 463)

Z historického hlediska sahá problematika poruch příjmu potravy do daleké minulosti. Hladovění nebo přijímání nedostatečného množství hodnotné a vyvážené stravy bylo zaznamenáno již v minulosti například jako součást různých náboženských obřadů, protestních činů či známé jsou jako reakce na špatné životní podmínky. (Marádová, 2007, s. 5) Ještě dnes je běžné například postění se v rámci křesťanské tradice v období určitých svátků nebo se objevují případy držení protestní hladovky jako reakce na právě neuspokojivé životní podmínky jedince.

V současné době je poruchám příjmu potravy věnována stále větší a intenzivnější pozornost nejen v odborné literatuře, ale tato problematika je zkoumána i v rámci různých výzkumných šetření. Zvyšující se zájem o tuto problematiku předznamenalo i to, že již v roce 1987 byly poruchy příjmu potravy prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Odhaduje se totiž, že na celém světě trpí některou z forem poruchy příjmu potravy, ať už hovoříme o mentální anorexii, mentální bulimii nebo záchvatovém přejídání, kolem 8 milionů lidí. Toto číslo je alarmující uvědomíme-li si, že právě poruchy příjmu potravy silně negativně zasahují do všech aspektů života jedince. Narušují a záporně ovlivňují nejen tělesný, sexuální a emoční život jedince, ale představují problém i v jeho sociálním a profesním, potažmo školním životě. Způsobují dlouhodobé nesnáze nejen samotnému nemocnému jedinci, ale také rodinám, přátelům a blízkým osobám pacientů. V České republice se toto psychogenní onemocnění týká přibližně každé 20 ženy či dívky. Výskyt poruch příjmu potravy u chlapců a mužů je vzácnější, nikoli však nemožný. V poslední době navíc naopak procento pacientů mužského pohlaví vzrůstá, i když nadále bývají poruchy příjmu potravy spojeny převážně se ženskou populací. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 7) Právě problematice genderových

odlišností v oblasti poruch příjmu potravy je s ohledem na zájem a cíl výzkumného šetření práce, věnována samostatná kapitola.

Pokud hovoříme o základním vymezení poruch příjmu potravy opíráme se o **Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. revize**, která definuje poruchy příjmu potravy jako syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Řadí je do skupiny F50 a klasifikuje je takto:

- F50.0 Mentální anorexie
- F50.1 Atypická mentální anorexie
- F50.2 Mentální bulimie
- F50.3 Atypická mentální bulimie
- F50.4 Přejídání spojené s psychologickými poruchami
- F50.5 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
- F50.8 Jiné poruchy příjmu potravy
- F50.9 Porucha příjmu potravy nespecifikovaná

(MKN-10, 2013, s. 227-228)

Některá odborná literatura (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 11-13) vymezuje ještě mimo výše jmenovaných, další typy poruch příjmu potravy, které ale nejsou součástí MKN-10. Odborníci zastávají názor, že tyto pojmenované diagnózy jsou spíše užívány laickou veřejností a ve svých charakteristikách jsou vlastně modifikací klasických poruch příjmu potravy. Avšak můžeme se s těmito pojmy v souvislosti s problematikou poruch příjmu potravy setkat a v praxi jsou pro jedince stejně nebezpečné, přestože se nevyskytují v populaci v tak četné míře jako výše uvedené poruchy vymezené Mezinárodní klasifikací nemocí. Do těchto dalších typů poruch jsou řazeny například:

- záchvatovité přejídání – porucha, při které se vyskytují opakované epizody přejídání bez hladovek nebo vyvolávaného zvracení, cvičení nebo užívání projímadel.
- noční přejídání – ke konzumaci většiny jídla dochází u jedince až po večeři nebo v noci, charakteristická je také nespavost a ranní nechutenství.
- ortorexie – patologická posedlost zdravou výživou, jedinec se patologicky zaobírá složením jídla, dochází k vynechávání určitých potravin, která nespĺňují jedincem požadovaná kritéria.
- diabulimie – velmi specifický druh poruchy, jedná se o komorbiditu mentální bulimie s diabetem, uživatel inzulínu manipuluje s dávkami léku ve snaze snížit tělesnou hmotnost i přes možné, život ohrožující komplikace.
- pregorexie – porucha s anorektickou symptomatologií v období těhotenství, jejíž důsledky mohou vést k poškození až úmrtí plodu nebo ohrožení života rodičky.

V souladu se zaměřením a cílem této práce se budeme dále podrobněji věnovat hlavním dvěma vymezeným skupinám poruch příjmu potravy, respektive mentální anorexii a mentální bulimii, které patří k nejčastějším formám těchto poruch, a kterým jsou i věnovány samostatné podkapitoly níže.

Z hlediska prevence i případné následné efektivní léčby těchto poruch jsou klíčovou otázkou příčiny jejich vzniku. Velmi stručně a obecně lze říci, že *„anorexie a bulimie jsou důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností, a nakonec i biologických a genetických faktorů.“* (Marádová, 2007, s. 15) Většina odborníků v souvislosti s etiologií poruch příjmu potravy zdůrazňuje právě koexistenci různých faktorů, hovoří o tzv. bio-psycho-sociální podmíněnosti vzniku poruch. Přestože o možné etiologii poruch příjmu potravy byla vyslovena již řada odlišných hypotéz, každá naráží na určitá omezení, které nedokážou vysvětlit

a pojmout širí všech variant těchto poruch. Studie zabývající se touto oblastí často narážejí na problém rozlišit, zda vyskytující se faktor představuje příčinu nebo důsledek samotné poruchy nebo se jedná jen o koexistenci poruchy s určitým jevem, jako například problémy v rodině apod. (Krch a kolektiv, 2005, s. 57) Lze však najít určité **rizikové faktory**, které mohou připívat k potenciálnímu vyššímu riziku vzniku poruch u jedince. Tyto faktory můžeme podle bio-psycho-sociálního modelu rozčlenit do tří větších celků, tedy na biologické, psychologické a sociální rizikové faktory. Někteří autoři člení determinanty vedoucí k vzniku a rozvoji poruch na individuální, rodinné a sociokulturní. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 13) Z celého výčtu těchto možných rizikových faktorů uvedme podrobněji alespoň nejvýznamnější z nich.

Za jeden z nejsilnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je považováno **ženské pohlaví**. *„Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě žen a muže...zatímco fyzické dospívání pro chlapce znamená, že se přibližují maskulinnímu ideálu krásy, který představuje dobře vyvinuté, svalnaté tělo, pro dívku znamená dospívání vývoj směrem od toho, co je v současné době považováno za krásné...“* (Krch a kolektiv, 2005, s. 61) Z výše uvedeného logicky vyplývá, že další rizikový faktor představuje **věk**, zejména období adolescence a rané dospělosti, které je považováno za typické období vzniku mentální anorexie nebo mentální bulimie. Pohlaví a období adolescence, respektive genderové odlišnosti v tomto období v souvislosti s poruchami příjmu potravy jsou pro potřeby této práce dále podrobněji rozpracovány v samostatných kapitolách.

Další možnou příčinu vzniku nebo rizikovým faktorem jsou považovány dlouhodobě **dysfunkční rodinné vztahy**, v takovýchto rodinách bývají mezi jednotlivými členy příliš rigidní vztahy, se sklonem ke vzájemné manipulaci a hyperprotektivě, kde jedinec nemá možnost jasně vymezit svou pozici. Často jde o rodiny silně zaměřené na výkon a úspěch, s tendencí problémy spíše popírat než konstruktivně řešit, které se navenek prezentují jako bezproblémové. Typická je v těchto rodinách neschopnost konstruktivně komunikovat, přijímat rozhodnutí a z toho vyplývající obava z jakékoliv změny, která by mohla narušit představu

o rovnováze v rodině. V souvislosti s rodinou je zdůrazňován především význam vztahu mezi matkou a dcerou. Typickou charakteristikou matek anorektických dívek je malá míra empatie, perfekcionismus, dále zdůrazňování dodržování pravidel a dosahování dobrého výkonu. Tyto matky bývají často k dcerám přespříliš kritické, příliš se angažují, a to omezujícím a manipulativním způsobem. Je důležité zmínit, že právě ony trpí stejným nedostatkem sebevědomí, nejistotou a potřebou souhlasu a ocenění ze strany okolí, které jsou tak příznačné pro anorektické pacientky. (Vágnerová, 2004, s. 467)

Dále hovoříme o genetických dispozicích (je prokázán pětkrát častější výskyt mentální anorexie u sester dívek trpících anorexií), biologických dispozicích souvisejících s nějakou formou dysfunkce organismu, která narušuje normální potřebu příjmu potravy nebo bývá příčinou potřeby stravu omezovat (například změny funkce hypotalamu nebo zásadní hormonální nerovnováha) a v neposlední řadě sem řadíme sociokulturní faktory související se současnou prezentovanou sociální normou až kultem štíhlosti, který je považován za ideál krásy. Důsledkem těchto vzorů, které jsou společností přijímány jako požadované normy dochází k narušení postojů k jídlu, k proporcím vlastního těla a představě o něm. (Vágnerová, 2004, s. 467-470)

Za další rizikové faktory přispívající k možnému propuknutí mentální anorexie a mentální bulimie považují jiní odborníci (Papežová, 2010, s. 37-44) osobnostní rysy jako je impulzivita, perfekcionalismus nebo negativní emocionalita jako jsou depresivní a úzkostné poruchy, ze sociálního hlediska se jedná o nepříznivé životní události, sexuální zneužívání, zážitky separace a další. Specifickým faktorem jsou riziková prostředí nebo také riziková povolání jako jsou baletky, gymnastky, modelky apod.

Pro poruchy příjmu potravy existují jisté obecné znaky, které nemocný ve svém chování a projevech vykazuje. Tyto projevy mohou být důležitými ukazateli pro včasné odhalení a podchycení začínající poruchy nebo pro možnost poskytnutí adekvátní podpory a léčby v případě již propuknuté poruchy příjmu potravy. Mezi obecné příznaky těchto poruch odborníci řadí například:

- změny v jídelníčku – mizí potraviny, které jsou energetiky vydatné nebo považovány za „nezdravé“, tento okruh zakázaných potravin je postupem času rozšiřován.
- změny stravovacího režimu – nemocní se pod záminkami vyhýbají jídlu, dochází k podvodům kolem jídla s cílem vyhnout se jídlu.
- změna jídelního tempa – pokrmy jsou konzumovány velmi pomalu a obřadně, v jídle se nemocní nimrají, dlouho ho prohlížejí, potraviny krájí na malé kousky, u mentální bulimie naopak dochází k hltavému jedení.
- izolace od společnosti – jídlo není konzumováno s ostatními, nemocní si připravují pro sebe jiné, méně energetické jídlo, nechtějí, aby je při jídle někdo sledoval.
- zvýšená pohybová aktivita – typická je neustálá potřeba intenzivně cvičit, zpotit se, chybí schopnost relaxovat, uvolnit se, s rostoucí podvýživou se naopak dostavuje vyčerpanost, apatie, únava.
- přílišné soustředění na vlastní postavu a tělesnou hmotnost – často se váží nebo naopak vyhýbají váze apod.
- zdravotní obtíže – zácpa, porucha menstruačního cyklu, zimomřivost, vypadávání vlasů, zhoršující se pleť a další.

(Marádová, 2007, 11-12)

To vše výše zmíněné má zásadní dopad nejen na samotný život nemocného, ale i na jeho sociální okolí. **Sociální význam poruchy příjmu potravy** není nijak zanedbatelný, sociální aspekt se objevuje jak v příčinách těchto poruch, tak se stává jejich důsledkem.

Poruchy příjmu potravy nepovažuje většina laiků za chorobu, okolí mívá sklon potíže bagatelizovat, především i proto, že se jedná zejména o mladé dívky, jejichž jednání se obecně nemusí považovat za rozumné. Okolí je přesvědčeno,

že zvláštní chování může ovlivnit domluvou nebo rozumnou argumentací, ta ale v těchto případech selhává. Postoj zdravých lidí bývá k poruchou trpícímu jedinci často ambivalentní. Nemocný se „*chová nepochopitelně, nedá si říct, nelze s ním mluvit o ničem jiném než o hubnutí, jeho zájmy jsou zúženy na oblast výživy a vlastní hmotnosti... (tím) kontakty s ostatními bývají omezené.*“ (Vágnerová, 2004, 477)

Některé projevy nemocného mohou v jeho sociálním okolí vzbuzovat až odpor (vyvolávání zvracení, hromadění a schovávání potravin). S poruchou často spojené lhaní a podvádění zase může být posuzováno jako celkový úpadek osobnosti nemocného. Všechny tyto projevy narušují rodinné vazby, vztahy s vrstevníky i další sociální kontakty a zvyšují riziko, že se nemocný dostane do sociální izolace. Tuto izolaci si ale anorektický nebo bulimický pacient vykládá jako další důsledek své tloušťky a potvrzuje si tím vlastní přesvědčení o nutnosti zhubnout. Okolí, které se postiženému jedinci snaží pomoci se často cítí bezmocné, mohou se objevovat pocity viny, výčitky svědomí spojené s hledáním domnělého viníka nemoci, až pocity zlosti na nesmyslné chování nemocného, který si sám škodí, což může vést až ke zkratkovému jednání, které mezilidské vazby může ještě více narušit (násilné krmení, zavrhování nemocného apod.) (Vágnerová, 2004, s. 477-478)

Pokud je nějaká forma poruch příjmu potravy u jedince diagnostikována, zcela vždy by měla následovat vhodná a včasná léčba. Ta bývá podle odborníků (Vágnerová, 2004, s. 478) „*obtížná, léčebný program kombinuje medicínský, psychologický a sociální přístup.*“ Problém může představovat i samotný postoj a motivace pacientů, která bývá především u anorektických pacientů negativní a odmítavá.

Samotná **léčba poruch příjmu potravy** zpravidla sleduje tři základní cíle, od kterých se odvíjí i metody a postupy, které léčba využívá. Tyto cíle jsou vymezeny jako:

- léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží (způsobených zejména opakovaným zvracením, užíváním laxativ, dlouhodobým hladověním).

- psychoterapie vedoucí k pochopení příčin onemocnění a k pochopení „role“ nemoci v životě klientky.
- psychoterapie zaměřená na změnu nevhodných jídelních zvyklostí a životního stylu nemocného.

Cílem léčby je *„zdravá dívka, která akceptuje svou tělesnou hmotnost a postavu, má přiměřené pozitivní sebehodnocení, znovu našla potěšení z jídla, podařilo se jí obnovit rodinné a další sociální vazby.“* (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 54)

Mezi hlavní možnosti léčby poruch příjmu potravy a využívané možnosti terapie řadíme z léčebného hlediska hospitalizaci, ambulantní lékařskou péči či farmakoterapii. V těchto případech, zejména co se týká, byť i částečné hospitalizace je nutné lékařem zvážit míru nutnosti hospitalizace u konkrétního jedince. Nejzávažnějším důvodem je často potřeba lékařské stabilizace nemocného, kterou již není možné zajistit ambulantní péčí. Při rozhodování o potřebě hospitalizace existuje několik obecných vodítek, mezi ně patří například nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení jejího úbytku, dále přerušení záchvatů přejídání, zvracení a dalších způsobů, které může nemocný ke zbavení se snědené potravy využívat a v neposlední řadě je kritériem pro rozhodnutí také nutná léčba přidružených stavů jako je těžká deprese, sebepoškozování a jiné. (Krch a kolektiv, 2005, s. 125)

Za **základní typy terapie**, které se nabízejí pro léčbu poruch příjmu potravy radí odborníci (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 55-62) rodinnou terapii, psychodynamickou a psychoanalytickou terapii, nutriční terapii, kognitivně behaviorální terapii. Dalším pomocníkem v léčbě představují svépomocné skupiny a svépomocné manuály. Svou pozitivní roli v léčbě mohou sehrát také různé druhy poradenství jako je odborné sociální nebo internetové poradenství, případně také telefonická krizová pomoc. Tyto poslední uvedené druhy pomoci hrají především roli v oblasti prevence těchto poruch, mohou ale být nápomocny i v procesu samotné léčby a terapie.

Ze samotné podstaty vyplývá, že léčba poruch příjmu potravy je jako léčba každé jiné poruchy náročná a je zapotřebí vynaložení mnoha úsilí, času, vůle a motivace k zvládnutí poruchy a úspěšnému průběhu léčby. O léčbě mentální anorexie a mentální bulimie je zapotřebí podle odborníků (Krch, Marádová, 2003, s. 20) vědět, že z těchto poruch není možné někoho vyléčit, nemocný se musí aktivně k vyléčení přičinit, překonat své strachy a změnit své návyky, je třeba změnit své chování a postoje. Je normální dopustit se během léčby chyby, důležité je chybě předcházet. Je nevhodné začínat od složitých a vzdálených řešení, je důležité začít teď a tady, tím, co může nemocný zvládnout a změnit dnes. Nejdůležitějším bodem ale zůstává to, že *„mentální anorexie a mentální bulimie jsou problémy, které lze zvládnout, většina nemocných se nakonec vyléčí, nejde to ale bez jejich přičinění ani bezbolestně.“*

1.1 Mentální anorexie

Vágnerová (2004, s. 470) stručně definuje mentální anorexii jako patologický strach ze ztloustnutí, spojený s úmyslnou redukcí příjmu potravy, respektive odmítáním jídla. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (2013, s. 227) nabízí obširnější vymezení, podle kterého je to *„porucha, charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje... Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí.“*

Z hlediska diagnostikování těchto poruch, respektive jejich odhalení hrají klíčovou roli praktičtí lékaři, pediatři nebo gynekologové, kteří mají nejčastěji prvotní kontakt s nemocnými. U spolupracujících patientek nebo spolupracující rodiny lze diagnózu stanovit poměrně snadno a přesně. Problém představují jedinci, kteří své problémy s jídlem a další průvodní symptomy nemoci utajují a tím ve větší míře znemožňují a odmítají adekvátní pomoc ze strany okolí a odborníků. Toto utajování problémů je bohužel velmi časté, nejčastější příčinu představuje stud a strach ze stigmatizace, přesto je i v těchto případech na onemocnění nutné

pomyslet, zvláště pokud dochází k většímu úbytku váhy až k podvaze nebo k výkyvům váhy u jedince. Především je v souvislosti s těmito projevy nutné mít se na pozoru u rizikové populace, kterou představují adolescenti, sportovci či jedinci s životním zaměřením na zdravou stravu a výkon. (Papežová 2010, s. 126)

V souvislosti s **diagnostikou mentální anorexie** neboli anorexie nervosa jsou stanovena diagnostická kritéria podle MKN-10, která jsou shrnuta do těchto pěti skupin znaků:

- tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň nebo BMI (17,5 kg/m²) a nižší, prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- snížení hmotnosti si způsobuje samotný tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků, které vyprovokují zvracení: užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzogonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence, výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u žen, které užívají hormonální antikoncepci.
- jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny, po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.

(Papežová 2010, s. 126)

Další možné vymezení, podle kterých lze mentální anorexii diagnostikovat nabízí Americká národní klasifikace mentálních poruch DSM – IV

neboli Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch. Zde jsou diagnostická kritéria definována následovně:

- odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu.
- intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- narušené vnímání vlastního těla, nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- u žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechávání menstruace.

(Krch a kolektiv, 2005, s. 17)

Při diagnostice mentální anorexie je ale důležité zdůraznit, že je vždy nutné nejprve vyloučit přítomnost somatických a duševních poruch, které by mohly vyvolávat nechutenství, poruchy v jedení či by měly za následek úbytek tělesné hmotnosti. V této souvislosti se jedná zejména o některá nádorová onemocnění, tuberkulózu, hypotalamické poruchy nebo depresivní poruchy, u kterých je právě ztráta tělesné hmotnosti průvodním symptomem. S anorektickými rysy je též možné se setkat u některých typů toxikomanie. (Krch a kolektiv, 2005, s. 18)

Průběh mentální anorexie může mít podobu jen jedné epizody nebo se může rozvinout do chronického průběhu. Obvykle se objevuje mezi 14. a 18. rokem. Vývoj potíží je standardně pozvolný a plynulý, kdy se zpočátku příznaky ani nejeví jako porucha. V prvotní fázi může být dokonce zeštíhlení i pozitivně hodnoceno, když je anorektická dívka okolím pozitivně oceňována za svou pevnou vůli. Toto počáteční schválení a ocenění ze strany sociálního okolí funguje jako posilující faktor a další motivace v pokračování a přitvrzování projevů anorektického chování. Určitou shodu sledujeme v chování lidí, kteří začali brát drogu a v chování anorektických

dívek. Tyto dívky bagatelizují závažnost svého počínání a jakékoliv potíže popírají, využívají argumenty související se zdravou výživou, v případě potřeby pro utajení svého chování lžou a podvádějí. (Vágnerová, 2004, s. 475-476)

Z výsledků mnoha studií vyplývá, že nemocní trpící mentální anorexií vykazují **řadu typických osobnostních znaků**. Právě deprivace způsobená mentální anorexií ovlivňuje prožívání i způsob uvažování pacientek. Pro osobnost jedince trpícího mentální anorexií je typická odlišnost emočního prožívání spojená zejména s větší senzitivitou, s převahou negativních emocí jako například úzkost. Zvýšená sebekontrola se projevuje i v rovině emocí, které mají tendenci potlačovat, typický je i sklon k racionalizaci. Druhým typickým rysem je specifický způsob uvažování. Ten charakterizuje především vztah k vlastnímu tělu, jehož hodnocení neodpovídá realitě. Styl myšlení bývá extrémně černobílý s nechtí ke kompromisům. Odlišnost motivace a regulačních kompetencí je dalším příznakem anorektických dívek, projevuje se zejména vysokými aspiracemi, větším důrazem na výkon a závislostí na pozitivním hodnocení. Silné volní vlastnosti, svědomitost až perfekcionismus, konformita i důraz na dodržování platných norem a pravidel je pro tuto skupinu taktéž typický. V neposlední řadě hovoříme o vztahu k sobě (sebepojetí) a k vztahu k jiným lidem. V této oblasti jsou typickými znaky anorektického člověka celkově nižší sebevědomí (bez ohledu na své úspěchy), nejistota, přílišná sebekritičnost. Tento nedostatek pocitu jistoty je kompenzován zvýšenou potřebou sebekontroly a sebeovládání se sklonem až k sebeomezování a autoagresi. Ve vztahu k druhým lidem bývají nemocní spíše introvertní, nejistí, uzavření a nedůvěřiví, z čehož pramení zvýšená obava z negativního hodnocení. To vše má za následek nižší počet přátelských vztahů a vyhýbání se partnerskému vztahu, přičemž je demonstrován nezájem o jeho navázání. (Vágnerová, 2004, s. 472-474)

V případě mentální anorexie vykazují nemocní pacienti nejen typické osobnostní rysy, ale dochází i k obecné typizaci jídelního chování u těchto jedinců, v tomto směru hovoříme o **ritualizaci jídelního chování**. Když už se anorektický pacient nevyhne konzumaci jídla, vykazuje jeho chování během jedení typické nápadné znaky, které v některých případech připomínají jídelní chování autistických dětí nebo psychotických pacientů. Pacient s mentální anorexií si vytváří nejrůznější

rituály spojené s jídlem. Během jídla u nich můžeme pozorovat oddělování jednotlivých složek na talíři (například hrášek od mrkve apod.), polévku před konzumací dlouho míchají, vybírají z ní pevné části. Jídlo je na talíři zvláštním způsobem upravováno a krájeno na maličké kousíčky. Na pokrmy, na které se běžně nepoužívá příbor, anorektický pacient využívá vidličku a nůž (např. na vdolek). Samotná ritualizace je patrná i ve způsobu samotné konzumace stravy. Jedení je nápadně pomalé a důkladné a každé sousto je pečlivě žvýkáno, někdy dochází i k počítání rozkousání každého sousta. Tyto jídelní rituály mají hned několik funkcí:

- zamaskování odmítání jídla, pokud stoluje více osob.
- redukce reálného množství příjmu jídla.
- delší žvýkání slouží k potlačení pocitu hladu.
- ritualizace jídelního chování pomáhá snižovat tenzi z jídla.

(Fraňková, Pařízková, Malicharová, 2013, s. 120)

Mentální anorexie představuje pro nemocného vážné zdravotní riziko, které může vyústit až ve fatální následky začínající chronickými zdravotními problémy až po smrt člověka. Diety, hladovění, ale i případné užívání různých prostředků na hubnutí způsobují řadu obtíží, které vedou ke zhoršení kvality života nemocného a přímo ohrožují jeho život a zdraví. Mentální anorexie vede ze všech psychických poruch nejčastěji ke smrti, konkrétně se riziko úmrtí až 18krát zvyšuje oproti zdravým neanorektickým vrstevníkům. Toto alarmující číslo je důležité mít na paměti a nebagatelizovat především počáteční příznaky nemoci.

Mezi **zdravotní důsledky** nedostatečné výživy a dlouhodobé vyhublosti patří zejména zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení, problematická pleť, vypadávání vlasů, čtenější výskyt rozličných typů vyrážek, zvýšená kazivost zubů, zpomalení funkce střev vedoucí ke chronické zácpě. Dále chudokrevnost, svalová slabost a celková únava, poruchy spánku až nespavost. Tyto problémy jsou nepříjemné a snižují pocitovanou kvalitu života nemocného, vážnější zdravotní důsledky těchto poruch, ale již přímo ohrožují jeho fyzické zdraví. Patří sem

například srdeční obtíže, které se podle studií vyskytují až u 90 % anorektiček, které mohou vést až k srdečnímu selhání, dále poškození jater z nedostatku živin, poruchy funkce ledvin, které lékaři evidují až u dvou třetin anorektických pacientek. Další typickou závažnou komplikací představuje odvápnění kostí, které se stávají tenké a křehké, v důsledku častých nevolností může docházet ke vzniku žaludečních vředů. Ojedinělý není ani výskyt poruch vědomí, mdlob, bolestí hlavy a samozřejmě celkové oslabení obranyschopnosti organismu. U žen je typická nepravidelná menstruace, která může vést až k vymizení menstruace, u velmi mladých dívek, kde nemoc propukla ještě před nástupem puberty, dochází k opoždění růstu a opožděnému nástupu s dospíváním spojených znaků, jako je například právě menstruace. (Krch, 2002, s. 41-42)

1.2 Mentální bulimie

Stejně jako v případě mentální anorexie neexistuje jednotná a jediná definice pro vymezení mentální bulimie. MKN-10 (2013, s. 227) označuje mentální bulimii jako *„syndrom charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy vedoucí k přejídání následovanému zvracením nebo používání projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací.“*

Další definici této poruchy nabízí Vágnerová (2004, s. 474), která označuje mentální bulimii jako *„strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem potravy, což se projevuje záchvaty opakovaného extrémního přejídání a následného drastického vypuzení zkonsumovaného jídla.“*

Z hlediska diagnózy mentální bulimie jsou stanovena obdobná **diagnostická kritéria** jako u mentální anorexie. Mezinárodní klasifikace nemocí definuje tyto faktory takto:

- opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- snaha potlačit výkrmný účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
- pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí, často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle.

(Krch a kolektiv, 2005, s. 19)

Nepatrné rozdíly můžeme spatřovat ve vymezení mentální bulimie v MKN-10 od kritérií uvedených v DSM-IV. Konkrétně tuto poruchy diagnostikují podle níže uvedených kritérií:

- opakující se epizody záchvatovitého přejídání.
Epizodu záchvatovitého přejídání charakterizuje:
- konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
- pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
- opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.

- minimálně dvě epizody záchvatového přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

(Krch a kolektiv, 2005, s. 19)

V případě, že jedinec nesplňuje všechna diagnostická kritéria, hovoříme o tzv. atypické mentální bulimii.

Na rozdíl od mentální anorexie se mentální bulimie objevuje zpravidla později, a to mezi 16. až 30. rokem života. Průběh je též plynulý, začínající od nepatrných výkyvů až k jasně definovaným potížím. Prognóza mentální bulimie může být různá, jelikož závisí na dalších faktorech jako je například nízká sebeúcta, snížená tolerance k zátěži apod., které zvyšují riziko chronizace onemocnění. Navíc bývá toto onemocnění často spojeno s dalšími problémy v oblasti sebekontroly, jako je například užívání alkoholu, léků či drog. (Vágnerová, 2004, s. 477)

Stejně jako osobnost pacientů trpících mentální anorexií i osobnost bulimických pacientů vykazuje jisté **typické osobnostní znaky**. Odborná literatura (Vágnerová, 2004, s. 475) vymezuje tyto rysy především jako impulzivitu a neschopnost sebeovládání. Bulimické dívky by stejně jako anorektické dívky rády hladověly, ale na rozdíl od nich nejsou toho ze svých osobnostních a volných vlastností schopny. Právě to je zdrojem pocitu viny, studu, ale i vzteku na sebe sama. Svým jednáním jsou často zhnusené, nedostatek pevné vůle považují za slabost, která jim vadí. Bývají emočně labilní, pocíťují bezmoc nad svým chováním, jelikož ví, že se bude opakovat. Pocit selhání následující po záchvatu přejedení se a vyvolaném zvracení, jen prohlubuje pocity deprese a úzkosti.

Typickým pro mentální bulimii a zároveň odlišujícím znakem od mentální anorexie je nutkavá, vůlí neovladatelná touha po jídle, eventuálně závislost na jídle

a s ní spojené ataky přejídání a současně se objevující nutková tendence zbavit se požití stravy.

Jedním z klíčových pojmů charakterizující mentální bulimii je, jak z předchozího vyplývá, **záchvatové přejídání**. Tyto záchvaty není nemocný schopen ovládat a jí i přesto, že nepocituje hlad, jedná se pouze o nutkání k jídlu. Frekvence těchto záchvatů přejídání je různá, množství pozřené potravy bývá až neuvěřitelně velké. I z toho důvodu je bulimie dosti finančně náročná, tím se otevírá prostor pro typické kradení a hromadění potravin, případně krádeže peněz na nákup potravin. Po záchvatu přejedení se dostavuje pocit nasycení, který přináší dočasné, velmi krátkodobé uvolnění tenze, jelikož je tento pocit záhy vystřídán pocitem viny, selhání a nechuti k sobě samým. V tomto okamžiku se objevuje již výše zmíněná nutková tendence zbavit se co nejrychleji požití stravy motivovaná strachem ze ztloustnutí po požitém množství stravy. To vede k násilným a nefyziologicky přirozeným prostředkům zbavování se snědeného jídla jako je vyvolání si zvracení, užití projímadel a následné hladovění. Toto chování přináší dočasnou úlevu, jelikož se tím sníží strach z případné obezity, avšak toto chování se zacyklí v začarovaném kruhu záchvatů přejídání a následného zbavování se snědeného jídla. V případě bulimie bývá u pacientů pozorován větší náhled na abnormálnost vlastního počínání, než je tomu u anorektických pacientů a díky tomu bývají více motivováni k následné léčbě. (Vágnerová, 2004, s. 475)

Přejedení se, je ale samo o sobě velmi relativní pojem, který patří do normálního života běžné populace, každý člověk se přece někdy přejedl. Problémem se přejídání stává až tehdy, pokud nad jídlem pocítujeme ztrátu vlastní kontroly. **Pocit přejedení** se je subjektivní, člověk se může cítit přejedený, i když reálně nesnědl velké množství potravy, ale například pouze větší porci, než chtěl nebo než očekával, že sní (po přísné dietě se bude člověk cítit neskutečně přejedený i po jinak standardní porci). Pocit přejedení často pacienti zaměňují za pocit plnosti, vyhublé pacientky interpretují pocit najedení se jako „odporné tlusté břicho“. U mentální bulimie je často problém v nereálnosti očekávání, kdy nemocný chce dodržet něco, co odporuje požadavkům jeho těla nebo nevhodnému jídelnímu režimu, jako jsou diety apod. Může se jednat o zákaz určitých potravin

nebo neschopnost připustit dietní chybu. Frekvence bulimických záchvatů je různá, někdy je záchvat vázán na konkrétní denní dobu, zejména večer, kdy je jedinec vyhladovělý, doma obklopený jídlem nebo se může stát záchvatem téměř každé jídlo, kdy bulimií trpící jedinec jí, dokud fyzicky může nebo nejde zvracet. Mnoho bulimiček popisuje přejedení jako záchvat, jako něco neovladatelného a zoufalého. V tomto dramatické popisu spatřujeme subjektivně prožívaný ohrožující pocit z jídla a přejedení se, jakési volání o pomoc, od stavu, který je děsí a který nemohou ovládat, jak dokazují tyto dva autentické výroky bulimických pacientek: „*Dokázala jsem na posezení sníst deset rohlíků, kostku másla, a ještě si vzít čtyři tatranky a vypít dva litry mléka. Někdy máma uvařila jídlo pro sebe, sestru a mě na druhý den. Když přišla z práce, byl kastrol prázdný. Tak to šlo den za dnem... Nevěděla jsem, co je normální jídlo, a ještě dlouho potom, co jsem začala víc jíst, jsem se děsila každé změny jídelníčku a každé změny jídelního režimu. Stačilo, abych snědla něco navíc, už jsem se cítila jako přežraný vlk v pohádce O Karkulce.* (Krch, 2008, 26-29)

Jak již z výše uvedeného vyplývá dalším určujícím znakem průběhu mentální bulimie je **zbavování se snědeného jídla**, a to formou násilného vyvolávání si zvracení nebo užívání různých typů projímadel a diuretik. Právě zvracení je podle Krcha (2008, s. 37) spojeno se závažnými až život ohrožujícími důsledky. Sama skutečnost, že bulimičky dávicí reflex vyvolávají prstem nebo různými předměty je již nebezpečná. Častá jsou zranění krku nebo jícnu, která jsou nejen velmi bolestivá, ale do ran se může snadno dostat infekce. Při využívání různých předmětů, které slouží k zahájení zvracení může dojít k jejich spolknutí nebo prasknutí jícnu, které vyžaduje okamžitý lékařský zásah. Mezi typické nepříjemné obtíže související se zvracením patří otoky slinných žláz pod čelistí, které umocňují dojem opuchlého, kulatého obličeje příznačného pro bulimické pacienty. Méně nápadným, avšak ve svých zdravotních důsledcích ještě závažnějším problémem je narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které nadměrně zatěžuje srdce a ledviny. Tento problém je evidován u více než poloviny nemocných mentální bulimií. Problém způsobuje především nízká hladina draslíku (hypokalemie), která má za následek vážné nepravidelnosti srdečního tepu. Tyto abnormality mohou vést k různým neurologickým komplikacím jako jsou křeče, závratě, až stavy ztráty vědomí. Samotné žaludeční šťávy, které se během zvracení dostávají do úst, způsobují erozi

zubní skloviny, která je často umocňována následným častým čištěním zubů následujícím po každém zvracení. Ojediněle nejsou ani záněty a vředy jícnu.

Autentická výpověď nemocné pacientky demonstruje, jak závažným způsobem oba tyto bulimické rysy, respektive porucha samotná, zasahují do sociálního života jedince: „*Postupem času mě ale zkoušela (bulimie) víc a víc... Nedalo se tomu ubránit. Jedla jsem v koupelně a jídlo si nosívala pod tričkem... Jedla jsem na záchodě. Jedla jsem ve výtahu, jedla jsem cestou z obchodu... Jídlo bylo pro mne jako anestetikum, díky němuž jsem dokázala zvládat pracovní stres a pracovní i soukromé vyčerpání... Zvracela jsem na všech možných i nemožných místech. Zvracela jsem doma, zvracela jsem v práci, zvracela jsem u svých rodičů...*“ (Sladká-Ševčíková, 2003, s. 85)

Psycholožka Göckel (2008, s. 116) definuje opatření pro snížení škod na zdraví pacienta, která jsou vhodná aplikovat okamžitě po epizodě zvracení anebo při dlouhodobém a opakovaném zvracení. Doporučuje například:

- těsně po epizodě napít se vody s rozpuštěnou špetkou soli (pro dodání sodíku).
- z dlouhodobého hlediska doporučuje užívání preparátů s magnesiem (proti pro bulimiky typickým svalovým křečím) a užívání dalších vitamínových preparátů.
- dostatečný pitný režim vzhledem k častému úbytku tekutin způsobeným zvracením.
- k pití ovocných šťáv a džusů doporučuje používat brčko, aby nedocházelo k dalšímu poškozování zubní skloviny.

V případě **projímadel a užívání diuretik**, tedy prostředků na snížení tělesných tekutin se jedná též o nebezpečný způsob, jak se bulimické pacientky snaží o kontrolu své tělesné hmotnosti. Tyto přípravky stejně jako zvracení narušují vnitřní rovnováhu tělesných tekutin a solí. Dalším rizikem užívání projímadel představuje fakt, že se na nich snadno vytváří závislost a k dosažení stejných účinků je postupem

času vyžadováno stále vyšší množství látky, které často vedou ke komplikacím v oblasti tlustého střeva. Tyto prostředky kromě zácpy vyvolávají také nevolnost a dochází k zadržování tekutin v těle spojeným s nepříjemnými otoky. To vede k paradoxu, tedy váhovému vzrůstu, který může být až překvapivě rychlý. Vysoké dávky projímadel mohou poškodit střevní stěnu a narušit tak vstřebávání bílkovin. Přestat s užíváním projímadel stejně jako se zvracením může být pro bulimického pacienta obtížné a téměř vždy je doporučena konzultace s odborníkem. (Krch, 2008, s. 37)

Oba tyto uvedené způsoby **tzv. pročišťování** se mohou brzo stát nesmírně těžkou psychickou závislostí. Stávají se součástí cyklů strachu a paniky, toto chování, respektive zbavování se jídla se rozvíjí a eskaluje, nemocní se bez něj cítí obézní a obrovští, ze začátku věří, že jim toto chování pomáhá. Závažným důsledkem těchto praktik je ale také to, že nemocný získává pocit, že existuje něco, co může udělat po jídle, aby nepřibral, co mu pomáhá zbavit se strachu z tloušťky, který následuje po příjmu jídla, tím ještě více klesá sebekontrola při záchvatu přejídání, které se stávají závažnější a častější. (Middleton, Smith, 2010, s. 64)

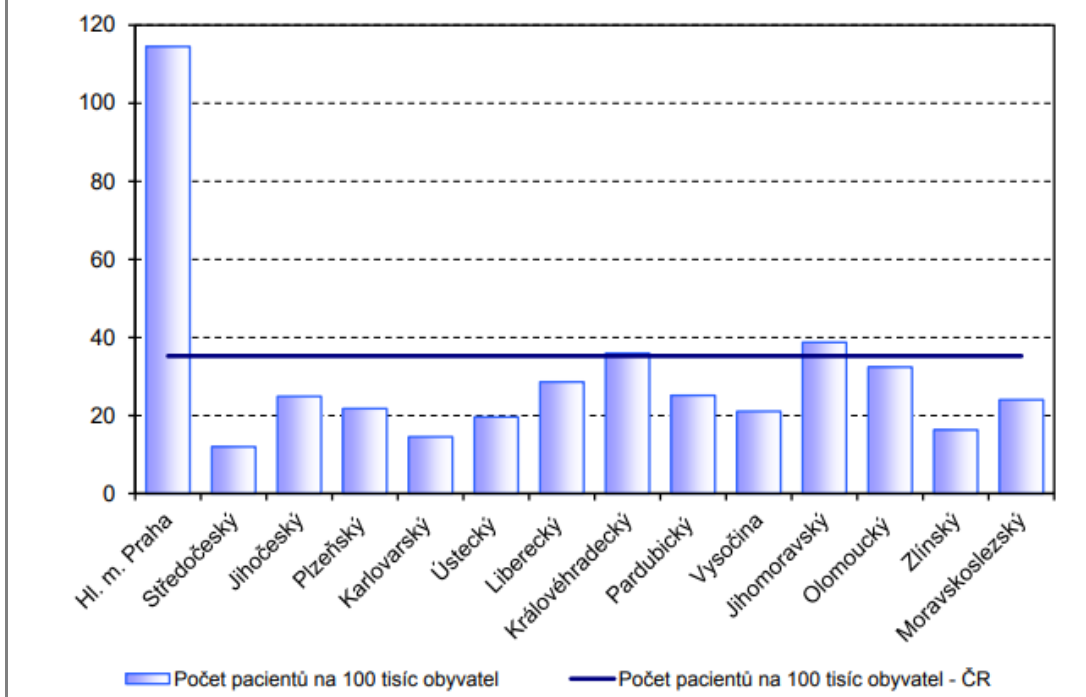
1.3 Poruchy příjmu potravy ve statistikách a výzkumech

Zkoumání poruch příjmu potravy se stává předmětem zájmu mnoha výzkumných domácích i zahraničních šetření. Tomuto aktuálnímu tématu se věnují odborníci s cílem získat potřebná a relevantní data nezbytná pro pochopení podstaty vzniku poruch příjmu potravy ve všech jejích souvislostech, hledají možné vztahy s dalšími sociokulturními jevy a snaží se dojít k další relevantním poznatkům o tomto onemocnění. Výsledky jejich snažení mohou posloužit k efektivnější pomoci a péči o jedince trpící mentální anorexií nebo bulimií, stejně tak jsou podstatná i statistická data o těchto poruchách, které přinášejí ucelený obraz o procentuálním zastoupení, genderovém a geografickém rozložení této nemoci. Uvedme tedy některé statistické údaje a výsledky z některých vybraných výzkumů a studií.

1.3.1 Aktuální přehled statistických dat dané problematiky v ČR

Zatím nejnovější celkové údaje máme z roku 2017, uveřejněné na konci roku 2018 Ústavem zdravotnických informací a statistik České republiky (2018, online). Z těchto údajů vyplývá, „že v roce 2017 bylo léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních s diagnózami některé z poruch příjmu potravy 3 731 pacientů a v psychiatrických lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno celkem 454 případů. V případě ambulantní péče bylo v roce 2017 v psychiatrických ambulancích léčeno s touto diagnózou celkem 3 731 pacientů, z toho bylo 90 % žen. Pacienti, kteří byli léčeni pro tuto diagnózu v daném roce poprvé v životě, tvořili téměř 37 % z celkového počtu těchto pacientů. Z hlediska věkové struktury bylo téměř 12 % z celkového počtu pacientů léčených pro dg. F50 ve věku 0–14 let, necelých 32 % ve věku 15–19 let a 56 % starších 20 let. Nejvíce pacientů (přepočteno na 100 tisíc obyvatel daného kraje) bylo léčeno ve zdravotnických zařízeních na území Prahy (114,5 pacientů na 100 tisíc obyvatel kraje), a to 3,1krát více než byl celorepublikový průměr (35,2). Průměr za ČR byl dále překročen v Královéhradeckém (35,9) a Jihomoravském kraji (38,7). Je ale nutné upozornit, že pacienti jsou sledováni podle sídla zdravotnického zařízení, nikoli podle jejich trvalého bydliště.“ Tento značný nepoměr počtu pacientů ambulantně léčených v Praze v porovnání s ostatními kraji České republiky je zřetelně vidět na Obr. 1.

Graf 1: Porovnání počtu ambulantních pacientů s dg. F50 na 100 tisíc obyvatel podle kraje sídla zdravotnického zařízení v roce 2017

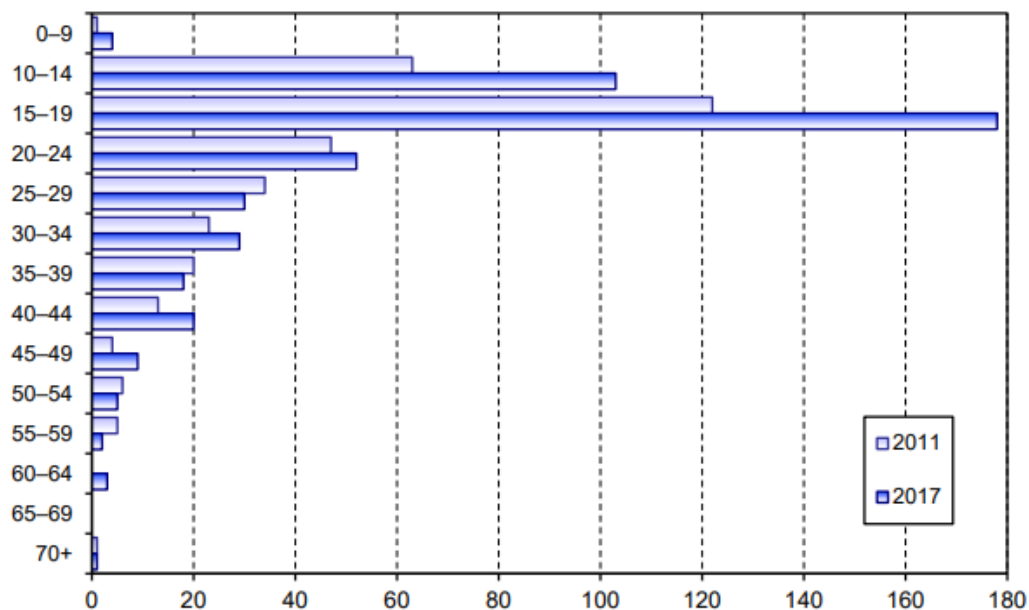


Obr. 1 – Zdroj: ÚZIS, online, 2018

U některých pacientů vyžaduje závažnost poruchy i hospitalizaci. Z dostupných informací vyplývá, že „v roce 2017 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) evidováno 454 hospitalizací pro poruchy příjmu potravy (dg. F50). Téměř 65 % hospitalizací bylo pro diagnózu F50.0 - mentální anorexie, více než 13 % s diagnózou F50.2 - mentální bulimie a téměř 13 % s diagnózou F50.1 - atypická mentální anorexie.“ (ÚZIS, online, 2018)

Dále, ze zjištění statistického zkoumání vyplývá značný nárůst hospitalizovaných pacientů s poruchou příjmu potravy. Ve sledovaném období v letech 2011 až 2017 můžeme sledovat tento signifikantní nárůst především ve věkové skupině adolescentů a mladých dospělých, jak dokazuje Obr. 2. Tyto výsledky jen potvrzují předchozí výše uvedená tvrzení odborníků o rizikovosti věku, respektive rizikovost období adolescence ve spojitosti se vznikem některého typu poruchy příjmu potravy. (ÚZIS, online, 2018)

Graf 3: Porovnání počtu hospitalizací s diagnózami F50.0–F50.9 podle věkových skupin v roce 2011 a 2017



Obr. 2 – Zdroj: ÚZIS, online, 2018

1.3.2 Stručný náhled na výsledky vybraných výzkumů

Dalšími neméně cennými zdroji informací o dané problematice jsou kromě statistických údajů, také výsledky výzkumných šetření a studií. Ze zahraničních výzkumů zabývajících se touto problematikou bylo s ohledem na zaměření této práce vybráno několik výzkumů, které zkoumaly dospívající s poruchou příjmu potravy z různých úhlů pohledu. Autorka předkládá několik výsledků těchto studií, výběr těchto výzkumů se řídil především zajímavostí zkoumaných jevů nebo souvislostí.

Zajímavou vztahovou souvislost s poruchou příjmu potravy hledala studie realizovaná ve Velké Británii. Výzkumné šetření autorů Copelanda et al. (2015, online) se uskutečnilo v roce 2015 a snažilo se najít možnou souvislost mezi poruchami příjmu potravy a zkušeností se šikanou v dětském nebo adolescentním věku. Stěžejní otázkou, na kterou výzkum hledal odpověď tedy bylo, jestli šikana může predikovat vznik poruchy příjmu potravy. Výzkumný vzorek čítal 1 420 účastníků ve věku mezi 9 až 25 lety. Výsledek šetření přinesl zjištění, že oběti šikany vykazují zvýšené riziko vzniku mentální anorexie

nebo bulimie. Autoři proto prezentují názor, že právě fakt, zda bylo dítě či mladiství obětí šikany či nikoliv, by mělo být začleněno do hodnocení a plánování léčby pro děti a adolescenty s diagnózou poruchy příjmu potravy.

Další zajímavou spojitost hledali autoři Mustelin et al. (2016, online), kteří si v rámci výzkumu pokládali otázku, zda existuje vztah mezi rizikovým chováním v oblasti užívání alkoholu a poruchami příjmu potravy. Šetření bylo realizováno ve Finsku a zapojeno do něj bylo 183 žen, které vykazovaly nějaký dlouhodobý závažný stravovací problém, u 92 z nich byla přímo diagnostikována mentální anorexie a mentální bulimie trápila 58 žen. Tato longitudinální studie hodnotila rizikové chování v 16, 24 a 35 roku věku zkoumaných žen. Výsledky prokázaly vyšší prevalenci rizikového užívání alkoholu u žen s poruchou příjmu potravy, zároveň autoři upozorňují, že tyto problémy s nadužíváním alkoholu přetrvávají v čase od dospívání až do dospělosti. Závěrem autoři předkládají doporučení, že u žen s diagnózou poruchy příjmu potravy by mělo být zjišťováno a kontrolováno i jejich chování v oblasti užívání alkoholu.

Nepříliš typickému tématu se věnovala studie autorů Tablera a Utze (2015, online). Ti se zabývali vlivem poruch příjmu potravy u adolescentů na jejich socioekonomickou úroveň dosaženou v jejich rané dospělosti. Studie věnovala pozornost především genderovým rozdílům, které tyto poruchy mají na jednotlivá pohlaví, tedy jaký dlouhodobý vliv má porucha příjmu potravy na muže a ženy, kteří v mládí trpěli poruchou příjmu potravy na jejich socioekonomickou úroveň v dospělosti. Šetření dospělo k zajímavým výsledkům. U mužů studie neprokázala vliv předešlé poruchy příjmu potravy na jejich aktuální socioekonomickou úroveň v dospělosti. Naopak u žen se souvislost prokázala. U těchto žen, které v období dospívání trpěly některou z poruch příjmu potravy, se projevil negativní vliv těchto poruch na jejich dosažené vzdělání, osobní příjmy a šanci na vlastní bydlení.

Předmětem zájmu výzkumné studie autora Riberia et al. (2017, online), konané v roce 2017 v Brazílii byly etiologické faktory, které souvisejí s poruchami příjmu potravy, tentokrát ale i se zaměřením na obezitu dětí a adolescentů. Právě etiologické faktory mohou sloužit k odůvodnění některých metod léčby těchto poruch. Z výsledků této studie jasně vyplynulo, že je to právě životní historie rodičů

v oblasti stravování, která ovlivňuje stravovací návyky celé rodiny. Jsou to tedy právě rodiče, kteří by měli pro adolescenty představovat vhodné vzory ve stravování a jídelním chování. Dalším závěrem tohoto výzkumu byla také klasifikace určitých charakteristik, které vykazovali dospívající s obezitou a dospívající trpící některou jinou poruchou příjmu potravy. U obézních adolescentů do souboru charakteristik autoři zařadili například závislosti, strach z opuštění a zkreslené vnímání ideálních a reálných obrazů sebe sama. Naopak u dospívajících s poruchou příjmu potravy se jednalo zejména o nízké sebevědomí, úzkost a obecně narušené sebepojetí.

2 Adolescence jako rizikový faktor poruch příjmu potravy

Jak již bylo zmíněno výše, období adolescence představuje významný rizikový faktor pro vznik a rozvoj různých typů poruch příjmu potravy. Samo období dospívání a časně dospělosti je obdobím velkých změn a vývojových úkolů, které adolescentní mládež musí zvládnout. Toto období může být pro jedince velmi náročné a často obtížné, není tedy divu, že právě v tomto období dochází k propuknutí a vzniku mnohých patologických jevů, poruch příjmu potravy nevyjímaje.

Termínem adolescence označujeme nejčastěji období druhého desetiletí života jedince, obvykle bývá datována od 15 do 20 až 22 roku života. Tomuto období předchází období pubescence, které ohraničujeme intervalem 11 až 15 let věku dítěte. Tyto dva pojmy se ale v laické veřejnosti i odborné společnosti mnohdy navzájem překrývají a splývají. V těchto obdobích dochází k důležitým specifickým vývojovým změnám. Je považována za jakýsi most mezi dětstvím a dospělostí. Z ontogenetického hlediska je jejím klíčovým atributem dokončení pohlavního dozrávání, fyzický a duševní růst a sociální učení v nejširším slova smyslu. V tomto období nabývá na významu zejména sebereflexe a seberegulace. Právě zde můžeme spatřovat riziko vzniku nejen poruch příjmu potravy, pokud se utváření sebepojetí adolescence začne ubírat negativním směrem. Pro ukončení adolescence nejsou biologická kritéria podstatná tolik, jako kritéria psychologická a sociologická. V této souvislosti hovoříme zejména o dosažení osobní autonomie, ukončení vzdělávání, získání profesní kvalifikace apod. Adolescenci lze rozdělit dle periodizace tohoto období na tři fáze. Jedná se o časnou adolescenci v období od 11 do 13 let, střední adolescenci periodizovanou od 14 do zhruba 16 let a v poslední fázi o pozdní adolescenci počínající 17 rokem do 20 (22) let věku jedince. (Macek, 2003, s. 9-10)

Vytváření vlastní identity, získávání autonomie a přijetí zodpovědnosti dospělého jsou jen jedny z mnoha úkolů a požadavků, které jsou na adolescentního

jedince v tomto období kladeny. **Vývojové úkoly** shrnuje odborná literatura (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 32-33) takto:

- dosažení nových a zralejších vztahů s vrstevníky obou pohlaví - zde se dostává do popředí silný vliv hodnocení vrstevníků, vrstevnická skupina v tomto období stanovuje přijímané standardy v oblečení, hudbě apod.
- dosažení mužské a ženské role
- akceptace své tělesné konstituce – klíčový faktor předcházející vzniku poruch příjmu potravy.
- dosažení emoční nezávislosti od rodičů a jiných dospělých – tento krok je jak ze strany adolescenta, tak rodičů často vnímán ambivalentně, jeho nesplnění však může vyústit v problémy v navazování vztahů v dospělosti.
- připravení se na manželství a rodinný život.
- připravení se na ekonomickou nezávislost – zahrnuje i výběr povolání a přípravu na něj.
- osvojení si určitých hodnot a etického systému.
- dosažení společensky zodpovědného chování.

Tyto vývojové úkoly mohou být dosaženy a úspěšně zvládnuty jak prostřednictvím zdravého, sociálně přizpůsobeného chování, tak ale i za pomoci chování nežádoucího, tedy rizikového.

Stručnou, ale výstižnou charakteristiku a spletnost těchto proměn a úkolů podává Kocourková (1997, s. 65), která tvrdí, že *„na průběhu dospívání se podílí řada vlivů, které mohou toto období transformovat různým způsobem. Jsou to jednak vlivy z oblasti biologické, které vedou k somatickému růstu a tělesným změnám u dospívajícího jedince a také podmiňují řadu změn v rovině psychologického zrání, jako je například pokrok ve vývoji kognitivních procesů, nebo změny v emocionální*

oblasti. Na druhé straně je dospívající ovlivňován sociokulturními vlivy, které vycházejí z toho, jak ta která společnost adolescenci pojímá a jaké normy, práva a povinnosti svým dospívajícím lidem zprostředkuje.“

Období adolescence ve své rozmanité šíři není možné obsáhnout v této kapitole, pro účely práce ale postačí, pokud se ve spojitosti s problematikou poruch příjmu potravy budeme dále zabývat alespoň některými znaky a charakteristikami adolescentního období, které se mohou nejvíce podílet na vzniku těchto poruch. V tomto smyslu můžeme hovořit zejména pro adolescentní období typickou změnou v nazírání na vlastní já.

Zvýšená sebereflexe vede k vytváření představ o tzv. ideálním já, obsahující obvykle prvky chtěného já, tedy odpověď na to „jaký bych chtěl být?“. Ideální já je v rámci sebereflexe srovnáváno s reálným já, tedy představou o tom „jaký jsem“. V tomto kontextu se dostává do popředí pojem sebezpřijetí neboli sebeakceptace. Pokud je odchylka reálného od ideálního mírná, může představa o ideálním já být pozitivním činitelem vnitřní motivace. Pokud jsou ale shledány velké rozpory mezi současným a požadovaným stavem, dochází k zažívání pocitů úzkosti a viny. Zde je důležité zdůraznit, že ideální já by mělo mít potenciálně dosažitelný charakter a v tomto směru může nastat problém. Pokud adolescent přijme chtěné já s nedosažitelnými nebo nezměnitelnými charakteristikami je cesta k sebeakceptaci a přijetí vlastního reálného já značně obtížná. Tím se otevírají pomyslné dveře pro vznik různých poruch, včetně poruchy příjmu potravy. (Macek, 2003, s. 49-50)

Autorka považuje v současné době za důležitou roli v konstrukci ideálního já sociální média a jimi prezentovaný ideál atraktivity a krásy. Pro adolescentní dívku, může být náročné vyrovnat se s nereálnou a často retušemi vylepšenou podobou krásy a štíhlosti předkládanou médiu ve všech možných formách a prostředcích. Tento nesoulad mezi chtěným a reálným a nemožnost i přes vynaložené úsilí se k ideálu přiblížit může být častou příčinou minimálně experimentování s rozličnými dietami, více či méně úspěšnými pokusy o hladovění, které mohou vyústit až v rozvinutí mentální anorexie nebo mentální bulimie. Tento problém je však více než komplexní a těžce ovlivnitelný, naopak ovlivnitelnou složku autorka spatřuje v kritickém a objektivním nazírání adolescentů (a nejen jich) na informace

předkládané médii a další nakládání s nimi. V této souvislosti se jeví jako klíčová nejen primární prevence rizikového chování, včetně poruch příjmu potravy, ale i samotná mediální výchova, které může pomoci s orientací ve světě médií i vést k objektivnímu kritickému smýšlení o informacích, které z nich získáváme.

Problém nastává ve chvíli, kdy adolescent „*dojde k závěru, že je v očích ostatních lidí nepřijatelný, může být takové podrobné zkoumání vlastního nitra vyčerpávající, a dokonce i hrozné. Adolescenti, kteří si připadají bezcenní nebo nepřijatelní, si prakticky nemohou vytvořit pozitivní identitu...jsou zcela pochopitelně vystrašení a někdy i náladoví, vztekli a sklíčení. Zdá se jim, jako by vězeli ve velké černé díře, z níž nemohou uniknout.*“ (Carr-Gregg, Shale, 2010, s. 70)

V této situaci, pak mohou být odpovědí na tyto nepříjemné pocity a neutěšenost adolescentovi psychické, ale mnohdy i sociální nepohody právě patologické jevy, včetně různých forem poruch příjmu potravy, které přinesou krátkodobou úlevu a sníží nahromaděnou tenzi a negativní prožívání své identity. Vždyť může být „tak snadné“, když si frustrovaný dospívající, zmatený a nespokojený sám se sebou nahromaděnou negací vybije ve škole na svém slabším spolužákovi, kde si patologickým způsobem, který šikana představuje dokazuje svou vlastní hodnotu a sílu. V kontextu poruch příjmu potravy, se zdá být pro dospívající dívku jediným a ze začátku efektivním řešením své nespokojenosti se svým tělem držení hladovky a experimentování s jinými patologickými způsoby vedoucími k rychlému úbytku váhy jako je například zvracení, a tím získat krátkodobé prožití úspěchu a potlačení pocitů nespokojenosti se svým tělem, potažmo se sebou samotnou.

Nejen tyto psychické, ale i **biologické a sociální změny** a faktory mohou vést k rozvinutí některé formy poruch příjmu potravy v tomto období, pokud nejsou dostatečně zvládnuty. Právě tělesné změny doprovázejí období adolescence nejvýrazněji.

Dochází k tělesnému, a především pohlavnímu dozrávání, což vede k celkové změně zevnějšku jedince, mění se jeho, do té doby dětsky vypadající tělo. Tyto

změny mohou nabývat různý subjektivní význam. Jedinec může být na své dospívání pyšný, ale může ho také prožívat jako něco, za co je potřeba se stydět. Orientace ve změněném tělovém schématu a přijetí nové identity může být složitý a dlouhodobý proces, který musí adolescent zvládnout. Úspěch v tomto nelehkém úkolu závisí větší měrou také na představě jedince o atraktivitě dospělého zevnějšku, a především na reakci sociálního okolí na nastalou změnu. Tyto fyziologické změny jsou doprovázeny i změnami v chování lidí, kteří jsou s dospívajícím v kontaktu. Je-li tato sociální odezva na změny podmíněné dospíváním spíše negativní (například ze strany vrstevníků apod.) zvyšuje se pocit nejistoty a zhoršuje se vlastní sebehodnocení. Negativně vnímané změny, které adolescent prodělává během dospívání mohou vést k nutkání potlačit či úplně zastavit tyto projevy, v souvislosti s tím se objevuje opět zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy. (Vašutová, Panáček, 2013, s. 17) Je velmi znepokojující, že „většina mladých dívek s normálním vývojem (ukládání tuku na bocích a břiše, růst ochlupení a postupné zaoblování těla) nemá pocit, že by tím získávala na ženskosti. Naopak jim připadá, že jsou proto ošklivější, stávají se nepříjemnými, snaha o krásné tělo se jim vymyká z rukou a vzdalují se štíhlému ideálu. Dospívající dívky se často domnívají, že právě ony vybočují z řady, že mají zavalité tělo, že jsou ošklivé a tlusté.“ (Fialová, 2001, s. 123)

Autorka z výše uvedeného usuzuje, že například předčasně dospívající dívka, jejíž patrné tělesné proměny jsou ve škole či v rodině přijímány s posměchem či jinými negativními tendencemi bude pravděpodobně náchylnější k omezování se v příjmu potravy a tím zastavení například růstu boků a nabírání na hmotnosti, které je typická pro dospívající dívky, v touze tento proces potlačit a zachovat si své prepubertální proporce. Naopak bezpečné a otevřené vztahy a klima v rodině či pozitivní přátelské vazby ve škole mohou této dívce pomoci v překonání nastalé situace a k jejímu kladnému zpracování a začlenění do sebeobrazu, jako přirozené součásti vlastního zdravého vývoje. Zde se podle autorky otevírá prostor pro včasnou a vhodnou prevenci a osvětu ve školách i v rodině.

Právě na potlačení příznaků nadcházející adolescence, které jsou ambivalentně nebo přímo negativně subjektivně prožívány může být odpovědí porucha příjmu potravy. „*Dívky s mentální anorexií obvykle nastupující změny tvaru*

těla odmítají, menstruační krvácení mají spojené s představou vyměšovacích funkcí organismu. Těžko snášejí provokativní chování chlapců i dospělých osob upozorňující na fyzické změny jejich těla. Tyto zážitky jsou pro ně zúzkostňující, zraňující a vzbuzující odpor.“ Je zřejmé, že zejména anorektičtí pacienti prožívají adolescentní proces a s ním spojené změny jako obtížné období, s požadavky a úkoly, které jsou na ně vývojově kladeny, se nemohou úspěšně vyrovnat, a tak regredují do psychosexuální organizace těla i mysli nižšího věku. Zvýšenou kontrolu, omezování se v jídle a tendenci ovládnout pocit hladu chápeme jako symbolické vyjádření ovládnutí a kontrolování intrapsychického a interpersonálního prostoru. (Kocourková et al., 1997, s. 69) U anorektiček může hladovění doslova vyjadřovat snahu zůstat „malou holčičkou“ – tedy bez rostoucích prsou a utvářejících se ženských tvarů a bez menstruace. Může se také jednat o snahu získat štíhlé, pevné, chlapecky vypadající tělo, které je pro dospívající dívku přijatelnější než její vyvíjející se ženské, které působí „měkké a tlusté.“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 22)

V tomto ohledu, zejména u dívek *„pozitivní přijetí biologických a tělesných změn je z velké části dáno otevřeností rodiny k těmto tématům, a to již v době raného dětství. Dalším vlivem je dívčino kladné sebepojetí a její vztah k tělu... Důležité ovšem je, aby také matka sama vnímala pozitivně ženskou roli a aby měla i ona vytvořený kladný vztah ke svému ženskému tělu...“* (Janošová, 2008, s. 201)

Právě u adolescentních pacientů je důležité mít na paměti v souvislosti s poruchami příjmu potravy to, že v pozadí onemocnění může být právě adolescentní vývojový proces, který je ovlivněn minulými zkušenostmi dítěte, ale také současným působením a fungováním rodiny. **Proces individuace** a s ním spojená také oblast sexuality, může u dospívajícího vzbuzovat úzkost, nikoli však pud jako takový, ale spíše ve svých významech, kterých v životě jedince nabývá. Poruchy příjmu potravy je ale v tomto věku nutné chápat také v psychosociální rovině, neboť proces dopívání přináší neméně výrazné změny psychického rázu. Tyto změny nemusí být okolím postřehnuty nebo jsou prisuzovány typickému chování mladých dívek. Nespokojenost se sebou samým, zaměření se na vlastní tělo, na vlastní výkon, sebekontrolu a asketické sebeovládání mohou ve většině případů předznamenávat

symptomatické projevy již samotné poruchy příjmu potravy. (Kocourková et al., 1997, s. 130-131)

Je alarmující, že podle studií již osmileté holčičky uvádějí, že nejsou spokojeny se svým vzhledem. Strach z tloušťky a s tím spojené dietní tendence tak ovlivňují život stále mladší věkové kategorie. Už školní věk přináší výrazné změny do stravovacích zvyklostí mladistvých. Dospívající se najednou mohou sami rozhodovat, kdy, kde a co budou konzumovat, oběd ve školní jídelně bývá často jediným pravidelným, s někým společně sdíleným, a především ze strany dospělých (v tomto případě učitelů) supervidovaným nutričně vyváženým denním jídlem. (Marádová, 2007, s. 10-11)

Z výše uvedeného vyplývá, že adolescentní jedinci jsou nejohroženější věkovou skupinou, co se týče rizika vzniku mentální anorexie nebo mentální bulimie. S tímto faktem, také souvisí nutnost a potřeba hledání adekvátních a účinných způsobů a programů prevence, které by toto riziko ohrožení mohly efektivně snižovat nebo potlačit úplně. Primární prevence jakéhokoliv rizikového chování, včetně poruch příjmu potravy, je u této věkové skupiny nezastupitelná a nejdůležitější zejména ve dvou, v životě dospívajícího jedince, klíčových institucích, tedy v rodině a ve školním prostředí.

2.1. Prevence poruch příjmu potravy a rodina

„Základ prevence poruch příjmu potravy spočívá v rodině, rodina je první významnou sociální skupinou, ve které si jedinec osvojuje postoje. Rodina je prvním pramenem uspokojení jeho potřeb... Rodina na jedince výrazně formativně působí a může jej příznivě podněcovat...“ (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 41)

Kromě pozitivního vlivu může rodina být samozřejmě i **negativním, rizikovým faktorem**, který neplní nejen preventivní funkci, ale vytváří přímo podněcující prostředí pro vznik různých forem poruch. Průzkumy ukazují, že zvýšené riziko výskytu poruchy příjmu potravy bylo prokázáno v rodinách, ve kterých se onemocnění již objevilo u jiného člena rodiny. Také rodinné klima a prostředí silně působí na senzitivního dospívajícího jedince, časté hádky,

zesměšňování nebo nadávky významně přispívají ke vzniku nejen poruch příjmu potravy. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 41)

V souvislosti s primární prevencí nejen mentální anorexie a mentální bulimie zaujímá ale právě rodina nezastupitelnou roli. *„Rodina, navzdory proměnám, kterými prochází zůstává svébytným druhem lidské pospolitosti, bez kterého si většina současníků nedovede svůj život představit. ...Její závažným úkolem ale je realizovat svou funkčnost vůči dítěti. Těžko lze najít prostředí, které by tak jako ona odpovídalo potřebám dítěte a dospívajícího a vytvářelo účinné výchozí podmínky pro rozvoj jejich osobnosti...“* (Helus, 2015, s. 219)

Kladný emoční vztah a pozitivní klima v rodině jsou základním předpokladem pro pocitování bezpečí, ve své modifikované podobě pak také vnášejí klid do jídelní situace. Právě pozitivním příkladem v rodině by mělo být již dítě, potažmo dospívající, vedeno ke **zdravým stravovacím návykům** a vštěpování si správných zásad v oblasti stravování. Rodiče mohou z větší části předejít stravovacím problémům tím, že budou podporovat kladení důrazu na pozitivní vlastnosti jedince více, než na fyzické vzhled. Štíhlý až vyhublý, ještě samo o sobě neznamena vždy zdravý, a štíhlost, potažmo fyzický vzhled už vůbec nevypovídá nic o osobnostních a povahových kvalitách jedince. Všímaví rodinní příslušníci také mají jedinečnou možnost odhalit počínající příznaky poruchy již v samotném zárodku propukajícího onemocnění a tím zvýšit šanci na včasné podchycení nemoci nebo alespoň zahájení včasné léčby. (Arterburn, Burns, 2002, s. 191)

Odborníci (Cassuto, Guillou, 2008, s. 81) předkládají rodičům a rodinám adolescenta několik rad a zásad v oblasti stravování:

- neřešit při jídle žádné rozčilující záležitosti – z jídla, respektive ze společného stolování, se může velmi rychle stát zdroj konfliktů, kterému se dospívající bude chtít vyhnout.
- dávat přednost zejména domácí kuchyni – domácí stravou, a především přípravou jídel doma, do kterých je vhodné dospívajícího

alespoň v nějaké míře začlenit, předávají rodiče dětem vhodné stravovací návyky.

- prioritou je společná radost z jídla a jeho sdílení.

2.2. Prevence poruch příjmu potravy a škola

Vzhledem ke skutečnosti, že nejrizikovější skupinou ohroženou poruchami příjmu potravy jsou právě dospívající jedinci, je logické, že preventivní působení škol v této oblasti se stává významným faktorem pro předcházení nejen tohoto onemocnění, ale je klíčovou složkou prevence všech typů rizikového chování a patologických jevů u dětí a mládeže. Právě školní prostředí, potažmo učitelé, školní metodikové prevence a další pedagogičtí pracovníci mají jedinečnou možnost a povinnost, pozitivně působit na žáky a studenty, k čemuž mají vzhledem ke své profesi, potřeby osobnostní předpoklady a profesní, metodické i odborné znalosti a dovednosti.

Odborníci (Procházková, Sladká Ševčíková, 2007, s. 51) se shodují, že *„učitelé výchovy ke zdraví, metodici prevence, ale také školní psychologové hrají významnou roli v prevenci, identifikaci a léčbě poruch příjmu potravy. Je velmi důležité, aby dokázali vyhledat ohrožené jedince, implementovat školní preventivní programy, učinit vhodná doporučení... Včasný zásah a preventivní snahy výše zmíněných učitelů, metodiků a psychologů jsou podstatné pro dosažení pozitivního vnímání těla a k podpoře žáků k rozvoji zdravého životního stylu osvobozeného od fyzického a psychologického nebezpečí těchto poruch...“*

Škola může vhodným výchovným působením předcházet možným poruchám příjmu potravy u dětí a mládeže, zejména v rámci **programu výchovy ke zdravému životnímu stylu**, kam spadá několik klíčových oblastí:

- poskytnout žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy.
- vést žáky ke zdravým stravovacím návykům.
- podporovat pozitivní sociální klima ve škole.

- vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování.

(Marádová, 2007, s. 22-23)

Je to právě školní prostředí, které se stává hned po rodině nejdůležitějším socializačním činitelem a hlavním místem realizace primární prevence. Díky tomu, že v rámci výuky je možné vhodně zařadit preventivní aktivity, působí škola systematicky na všechny žáky. Ideálním stavem je soulad a vzájemná spolupráce školy a rodin a jejich kooperativní působení na mladého jedince. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2007, s. 46)

Klíčová je role především samotného **učitele**, ten ze své pozice může adekvátně ovlivňovat a pozitivně usměrňovat probíhající vývoj jedince. Učitel může být ten, kdo upozorňuje na nevhodné stravovací návyky a rizikové způsoby kontroly hmotnosti, v rámci výuky má možnost připravit žáky, především dívky, na tělesné, ale i psychické změny, které dospívajícího čekají. Je dobré žáky poučit o různých tělesných typech a také přirozených tělesných a proporčních rozdílech mezi lidmi, čímž je možné efektivně zabránit šíření předsudků vůči odlišnostem a podpořit tím proces pozitivní akceptace sebe sama i ostatních, takových, jací jsou. V neposlední řadě je důležité podporovat pozitivní sociální klima ve třídě a vytvářet vhodné podmínky pro jejich zdravý osobní růst. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2007, s. 48)

Konkrétní **preventivní metodické návrhy** aplikované v samotné výuce především zahrnují metody aktivního sociálního učení, zadávání žákům úlohy a úkoly, jejichž cílem je výchova ke zdravým stravovacím návykům, metody rozvíjející jejich sebedůvěru a sociální dovednosti, které ve značné míře mohou pomoci zvládat problémy vlastního dospívání bez ohrožení poruchou příjmu potravy. Je vhodné začlenit hry zaměřené na rozvoj vědomí sebe samého a zkoumání vlastní osobnosti, tato cvičení by měla napomáhat tomu, aby skupina (třída) dala svým členům najevo akceptaci takových jací jsou, a aby žáci více vnímali sami sebe navzájem. Důraz je kladen především na uvědomování si hodnoty každého jedince

a přijetí společné odpovědnosti za pohodu každého člena skupiny. (Krch, Marádová, 2003, s. 22)

Touto věkovou skupinou a jejím pohledem a názory na poruchy příjmu potravy, včetně subjektivního vnímání potenciačního ohrožení tímto typem poruch se věnuje celé výzkumné šetření této práce. Samotné výzkumné šetření je zaměřeno na genderové rozdíly v těchto názorech a postojích, které dospívající zauímají, tedy jaké jsou rozdíly u dospívajících dívek a chlapců na nazírání na tyto poruchy. Následující kapitola se tedy podrobněji věnuje právě tématu genderových rozdílů v problematice poruch příjmu potravy, především se zaměřením na postihnutí odlišností souvisejících s pohlavím v této oblasti.

3 Genderové rozdíly v souvislostech poruch příjmu potravy

Gender můžeme definovat jako pojem, „*který odkazuje na sociální rozdíly (v protikladu k biologickým rozdílům) mezi muži a ženami, které jsou kulturně a sociálně podmíněné, konstruované, tj. mohou se v čase měnit a různí se jak v rámci jedné kultury, tak mezi kulturami. Jsou předmětem socializace. Závaznost těchto rozdílů tedy není přirozeným, neměnným stavem, ale dočasným stupněm vývoje sociálních vztahů mezi muži a ženami.*“ (Novák, 2010, s. 41)

Jak z definice vyplývá, genderovým rozdílům, potažmo genderovým stereotypům se v přeneseném slova smyslu „učíme“ v procesu socializace. Genderovou identitu si tedy osvojujeme už od útlého dětství, která má pak dopad na náš další psychosociální vývoj v dospívání a jejíž výsledky si neseme jako přijaté představy do dospělého života.

Tento proces **genderové socializace**, potažmo gender samotný můžeme chápat jako „*sociálně režírovanou dramaturgii ideální představy, kterou má určitá kultura o ženské a mužské přirozenosti... Obsahem genderové socializace je učení se genderovým normám chování. Tyto normy určují rozdílnou vhodnost a hodnotu chování pro ženy a muže a udržují pohlavní dělbu různými mechanismy. Sociální aktéři pak vyvíjejí tlak k žádoucímu jednání.*“ (Valouchová, 2015, s. 31)

Genderové rozdíly můžeme spatřovat v samotném přístupu k dětem, respektive k rozdílnému přístupu k chlapcům a dívkám, ale jsou získávány také ze samotného příkladu chování samotných dospělých, v dětství nejčastěji z rozdílného chování matky a otce. Tyto rozdíly v chování se projevují například v tom, že děvčátka jsou odměňována za oddané, závislé chování a zrazována od rizikových aktivit, jsou vedena k příkladnému chování, k tomu „být hodné“, čímž těší své okolí. Právě dívčí sebedůvěra se často díky tomu odvíjí od uspokojování vztahů s druhými, kteří jim z vnějšku potvrzují sebeúctu. Chlapci jsou naopak povzbuzováni k samostatnému vypořádávání se s mnoha situacemi, v nichž si osvojují potřebné nové dovednosti a sebedůvěru. V tomto případě tedy

chlapecká sebedůvěra není závislá na přijetí druhými, ale pramení ze sebe samotného, respektive pocit hrdosti a vlastní síly přichází společně s dosaženými úspěchy. Nemalý vliv má také pozorování chování rodičů jako významného vzoru a modelu pro osvojování si požadovaného chování. Malé děti se již v pohádkách a příbězích učí, že dominantní vlastností princezny je její krása a touha se vdát, čímž se jen posiluje důležitost dívčího vzhledu. S přibývajícím věkem se do popředí dostává právě vzhled, představa o **sociálně přijímané podobě atraktivity**, a s tím spojené hodnocení vlastního vzhledu. I zde nacházíme značné genderové rozdíly. Na základě předchozích zkušeností, které dítě o ženských a mužských rolích získalo se utvářejí další genderově poznamenané představy o sobě samém. U dospívajícího jedince výrazně roste pozornost věnována vlastnímu vzhledu. Ta je signifikantně dramatičtější u dívek než chlapců. Dívka se cítí sebevědomě, za předpokladu, že se považuje za hezkou, tráví více času úpravami svého zevnějšku, jelikož chce být obdivována a milována. Oproti chlapcům je dívčí afiliační potřeba výrazně silnější. Sebepotvrzení tedy dívka očekává zvenčí, od druhých, tak jak se tomu naučila už v dětství. (Novák, 2010, s. 42)

Rozdíly v utváření **sebepojetí dívek a chlapců** jsou předmětem nejedné odborné publikace. Zatímco pro dospívající dívky je typické zejména to, že si ve větší či menší míře nedůvěřují, někdy se vyhýbají konkurenci a soutěžení, která je tak typická pro dospívající chlapce, mohou se obávat přímé konfrontace, snadno si připadají bezmocné a méněcenné, když se jim něco nepodaří nebo když jsou druzí v něčem lepší. Nejedna z dívek, se se stále přetrvávající utkvělou a mnohdy vyžadovanou představou „hodné holčičky“ natolik ztotožní, že se cítí dobře jen tehdy, když se tak chová. Pokud z role vystoupí, často následují bezprostřední pocity viny a výčitky. Naopak dospívajícím chlapcům je často nejen dovoleno stát si za svým, ale mnohdy se od nich očekává právě to, že sebe a své názory budou prosazovat. Obecně je od nastávajících mužů, ať přímo nebo nepřímo vyžadováno, aby byli v případě konfliktů tvrdí a nekompromisní. (Karsten, 2010, s. 92-93)

V problematice poruch příjmu potravy právě tyto genderové rozdíly obou pohlaví vyvstávají do popředí, i odsud totiž můžeme usuzovat, proč mentální anorexii a mentální bulimií trpí signifikantně větší procento žen než mužů.

Naneštěstí dospívající dívka, často nedokáže účinně čelit těmto genderovým stereotypům určujícím v současné společnosti nejen představy o vzhledu ideálního já – tedy **ideál štíhlosti** až hubenosti a kriticky jej hodnotit. Až 95 % žen vypadá jinak, než je současný ideál krásy, což je normální, jelikož tento současný ideál je charakteristický rysy, kterými zdravě vyvíjející se žena z velké části nedisponuje (například těla modelek se vyznačují znaky, které vykazuje tělo dívek před pubertou). „Nenormální“, patologickou se však může stát úmorná snaha těchto žen se tomuto ideálu co nejvíce přiblížit. Za co byly před několika lety posílány dívky do ozdraven s podvýživou, je dnes díky mediálnímu obrazu krásy pokládáno za vzor. (Fialová, Krch, 2012, 10-11) S tímto mediálním vyobrazováním ženského těla také vyvstává problém s představou ženského těla jako jakýmsi „obchodním artiklem“, což v porovnání s opačným pohlavím není pro vnímání mužského těla tak typické. Odborná literatura (Grogan, 2000, s. 51) přímo o hovoří o tom, že *„ženy jsou od útlého věku vedeny k tomu, aby své tělo považovaly za obchodní artikl. Poukazuje na to, jakým způsobem je využíváno ženské tělo k humanizaci a prodeji zboží v západní spotřební kultuře. Skutečnost, že se (ženské) tělo stává předmětem, vytváří u žen problém s vnímáním obrazu těla.“*

V souvislostech s poruchami příjmu potravy nacházíme genderové rozdíly mezi pohlavími i ve **vztahu k samotnému jídlu** a z něj odvozeného vztahu k vlastní postavě a kulturnímu ideálu krásy. Podle odborníků vycházející z početných studií (Novák, 2010, s. 42-43) *„ženy si u částí svého těla v první řadě všímají kontinua nadváha-podváha, zatímco muži sledují zejména objemovost svých svalů – muskularitu... Nicméně nespokojenost s proporcemi těla a užívání diet byla typičtější pro (ženy). Muži vyjadřují často nespokojenost s tvarem vlastního těla, která se spíše než na štíhlost, zaměřuje na poměr svalového a tukové hmoty. Ženy měly ve srovnání se svými mužskými protějšky větší sklon prožívat pocity posedlosti a provinění související s jídlom, dále referovaly o užívání jídla jako uklidňujícího prostředku při zátěži nebo stresu.“*

Odborníci zdůrazňují že **genderové stereotypy** nemusíme vnímat vědomě, ani si nemusíme uvědomovat, že ovlivňují naše myšlení a jednání. Výzkumy ukázaly, že tyto naučené genderové stereotypy jsou jedny z nejzakotvenějších a nejzažitějších, které vůbec jedince má. Mohou být spuštěny nenápadnými podněty, které ani nemusí naše mysl vědomě registrovat. (Lippa, 2009, s. 254)

Přestože se z výše uvedeného může zdát, že se poruchy příjmu potravy týkají výlučně žen, i tyto poruchy postihují mužskou populaci (i když nesporným faktem zůstává, že v menším měřítku než tu ženskou.) Následující podkapitola má za cíl přiblížit tuto někdy opomíjenou problematiku mužů s diagnózou poruch příjmu potravy.

3.1. Muži a poruchy příjmu potravy

Výskyt poruch příjmu potravy je u mužské části populace zhruba desetkrát nižší, než je tomu v případě ženské části populace, i přesto je tomuto problému nutno věnovat dostatek pozornosti. Navíc někteří odborníci varují, že skutečné procento mužů s nějakou formou poruchy příjmu potravy může být ve skutečnosti vyšší, než statistiky udávají. Muži se totiž často léčí, ale i samotné diagnostice těchto poruch, především ze **strachu ze stigmatizace**, vyhýbají. „*Stydí se, že mají problémy jako ženy. Dokonce i lékaři byli v minulosti zatíženi předsudky a odmítali u mužů poruchy příjmu potravy diagnostikovat.*“ (Novák, 2010, s. 43)

Faktory, které mohou mít určující vliv na propuknutí některé z těchto poruch právě u chlapců nebo mužů se od těch ženských pohnutek částečně liší. Predisponující faktor může představovat aktivní provozování sportů, při nichž záleží na tělesné hmotnosti, v tomto smyslu hovoříme o potencionálně rizikové například atletice, jezdeckví, ale i boxerských a jiných zápasech. Další faktor může v chlapeckém či mužském pohledu představovat faktická obezita, kterou se snaží nevhodným způsobem snížit. V tomto bodě je ale nutné zmínit, že na rozdíl od žen, propuká porucha příjmu potravy jako důsledek skutečné nadváhy, nikoli na základě subjektivní představy o domnělé nadváze, jak to ve většině případů bývá u žen. (Novák, 2010, s. 43-44)

Odlišný je také ideál krásy, který se ale pro mužskou populaci může stát stejně nebezpečným a nedosažitelným vzorem jako ideál štíhlosti pro ženy. U chlapců a mužů dochází k zvnitřňování **ideálu svalnatého mužského těla**, právě preference silné muskulární postavy může být pro spoustu dospívajících chlapců ohrožující, jelikož se jejich aktuální, ještě dětské nebo právě vyvíjející se chlapecké tělo může od přijaté představy značně lišit. V tomto směru se otevírají pomyslné dveře nevhodným způsobům stravování a experimentování s jídlem, ovšem na rozdíl od dívek, s cílem nikoli zhubnout, ale naopak co nejrychleji zvýšit svoji tělesnou hmotnost, respektive nabrat svalovou hmotu. Chlapci s cílem přiblížit se požadovanému vzoru začínají experimentovat se **steroidy nebo jinými preparáty**, které mohou na dospívající organismus mít závažné zdravotní následky. I zde zaznamenáváme vliv médií, která nejen dospívajícím chlapcům předkládají obraz štíhlé, svalnaté mužské postavy s nápadně širokými rameny a štíhlým pasem a úzkými boky. Studie ukázaly, že již chlapci ve věku 6-7 let vyjadřují větší oblibu a zalíbení pro tyto maskulinní postavy, která se přenáší až do adolescence a dospělosti. (Novák, 2010, s. 43-44)

V této souvislosti někteří odborníci (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 12) hovoří přímo o termínu **bigorexie**, někdy také označované jako Adonisův komplex, která se vyskytuje zejména u mužů. Jedná se o jakousi posedlost vlastním vzhledem a snahu dosáhnout fyzické zdatnosti a svalové hmoty spojené se zneužíváním nebo nadužíváním anabolik a podobných přípravků. Nemocní se vidí jako slabí, malí, stále nedostatečně vyvinutí jedinci.

I další odborníci (Papežová, 2010, s. 130-131) považují Adonisův komplex u chlapců za stejně závažný problém jako je například mentální anorexie u dívek. Tento komplex zahrnuje obecně zkreslené vnímání vlastního těla, abnormální jídelní návyky, obsedantní myšlení na vlastní svalstvo, což vede až ke zneužívání steroidních hormonů a nadměrnému cvičení. Stejně jako mentální anorexie vede bigorexie k sociální izolaci, snížení nebo úplné ztrátě ostatních zájmů a dalším interpersonálním problémům. Riziko rozvinutí Adonisova komplexu u chlapců potvrzují i výsledky výzkumů uskutečněných na středních a vysokých školách, z nichž vyplývá, že až 89 % z respondentů uvedlo, že by chtělo vypadat jako

maskulinní muži ze současných časopisů a větší atraktivitu by jim dle jejich názoru zajistilo, pokud by měli až o 14 kg svalové hmoty více. To je dle odborníků alarmující číslo.

To, že se tento zejména mužský problém dostává do popředí zájmů odborníků dokazuje i to, že byly dle DSM-IV definovány návrhy na **diagnostická kritéria** pro Adonisův komplex. Uveďme některá z nich, která jsou vymezena takto:

- jedinec se zvýšeně zabývá myšlenkou, že jeho svaly nejsou dostatečně veliké a bez tuku.
- toto zaujetí je charakterizováno nejméně 2 z následujících 4 kritérií:
 - a) často vynechává sociální, pracovní a rekreační aktivity kvůli kompulzivnímu cvičení a dietnímu rozvrhu.
 - b) vyhýbá se situacím, kde by jeho tělo mohlo být pozorováno, nebo při nich je výrazně ve stresu a prožívá úzkost.
 - c) zaujetí nedostatečnými tělesnými rozměry a muskulaturou přináší klinicky významný distres a zhoršení sociálních, pracovních a jiných oblastí života.
 - d) jedinec pokračuje se cvičením, dietami a užíváním látek na zvýšení výkonnosti, přestože má nežádoucí fyzické nebo psychické následky.

(Papežová, 2010, s. 130)

Autorka si v souladu s názory odborníků uvědomuje narůstající aktuálnost tohoto tématu, které se dotýká zejména chlapecké a mužské populace, a které je často v souvislostech poruch příjmu potravy opomíjenou a neprobádanou oblastí. I proto jsou otázky týkající se tohoto tématu zařazeny do výzkumného šetření této práce.

Jak již z výše uvedeného vyplývá, charakteristiky ideálního vzhledu a proporcí mužského těla se značně liší od toho ženského ideálu. Nejčastější

charakteristiky, které jsou příznačné pro mužské pohlaví nejen v oblastech poruch příjmu potravy, ale i obecně v přístupu ke svému tělu a sebehodnocení vlastních proporcí můžeme shrnout do několika nejtypičtějších bodů, které vyplynuly z odborných studií:

- významná část mužů je nespokojena s některými aspekty své postavy a tělesné hmotnosti.
- muži si přejí být štíhlejší a silnější (na rozdíl od žen, které většinou chtějí pouze zhubnout)
- hlavní partie vyvolávající nespokojenost mužů jsou prostřední část trupu (břícho, bedra), bicepsy, ramena, hrudník a svalový tonus obecně.
- muži se většinou snaží změnit postavu cvičením než dietami.
- cvičení je z valné části prováděno výhradně s cílem zlepšit tvar a proporce postavy.

(Grogan, 2000, s. 71)

Odborníci v tomto smyslu varují, že *„zpočátku zdravý zájem může přerůst až k posedlosti, od zdravé výživy k chronickým dietám, od cvičení ke kulturistickému budování svalů, od doplňků výživy k steroidním hormonům, od formování těla cvičením k chirurgickým zákrokům.“* (Fialová, Krch, 2012, s. 39)

Situace chlapců a mužů trpících mentální anorexií nebo mentální bulimií se zhoršuje také z toho důvodu, že její průběh, respektive jejich přiznání si nemoci a následnou motivaci k léčbě, ovlivňují jejich maskulinní kódy, chcete-li genderové stereotypy. Muži obecně dokáží obtížně přiznat své problémy, ještě obtížnější je to v případě, pokud jsou tyto problémy společností definovány a stereotypně uznávány jako ženské, což poruchy příjmu potravy v laické veřejnosti bezesporu jsou. Pro většinu mužů to znamená přiznání slabosti, ztrátu mužnosti, pocitují stud a trapnost nad tím, že ztratili kontrolu nad něčím tak „normálním“ jako je jídlo.

Právě tato jejich obava ze společenské stigmatizace často brání v adekvátní pomoci těmto jedincům. (Janebová, 2006, s. 82)

4 Specifikace výzkumného šetření práce

Tato práce má teoreticko-empirický charakter. V předešlé části práce jsme podrobněji přiblížili problematiku poruch příjmu potravy s akcentem na rizikovou skupinu adolescentů a genderové odlišnosti, které v této problematice po teoretické stránce sledujeme. Byla prozkoumána odborná literatura i další podpůrné materiály, které ucelily poznatky o řešené problematice, získané v teoretické části práce. Na základě tohoto podrobného studia a seznámení se s tématem, tedy na základě poznatků v teoretické části práce popsaných a získaných, bylo vytvořeno výzkumné šetření této práce. V následující části práce tyto získané teoretické poznatky verifikujeme ve výzkumném šetření, které obsahově cílí právě na výše popsanou rizikovou skupinu adolescentů ve spojitosti s problematikou poruch příjmu potravy.

Cílem výzkumného šetření této práce je zmapovat genderové rozdíly v pohledu aktuálních středoškolských studentů na problematiku poruch příjmu potravy. Výzkumné šetření chce získat poznatky o rozdílech středoškolských dívek a chlapců na jejich vnímané ohrožení vznikem poruchy příjmu potravy, jejich subjektivní zkušenost s počátečními příznaky této poruchy a s ní související možné rozdílné názory a postoje k vlastnímu tělu u dívek a chlapců. Cílem této empirické části je tedy zmapovat názory, postoje i subjektivní zkušenosti a subjektivní vnímání této problematiky středoškolských studentů a odhalit jaké jsou genderové rozdíly v pohledu této cílové skupiny na danou problematiku.

4.1 Metodologická východiska výzkumného šetření

S ohledem na rozsah a téma výzkumného šetření bylo pro potřeby realizace výzkumného projektu využito **kvantitativního šetření**, které umožňuje oslovení velkého množství respondentů. Dle Gavory (2010, s. 35-36) kvantitativní výzkum, na rozdíl od kvalitativního výzkumu, pracuje s číselnými údaji, zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu určitého jevu. Tyto údaje se dále dají matematicky zpracovat, je možné je vyjádřit v procentech a použít další statistické metody. Tyto přesné údaje umožňují zevšeobecnování a umožňují vyslovit předpovědi o zkoumaných jevech.

Při rozhodování tedy autorka zvolila kvantitativní šetření, jelikož právě uvedené charakteristiky kvantitativního šetření oproti kvalitativnímu šetření, více odpovídaly potřebám a obsahu výzkumného šetření práce.

Vzhledem ke kvantitativnímu charakteru šetření byla zvolena **dotazníková výzkumná metoda**. „Dotazník se spojuje s dotazováním, s otázkami. Je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí... Dotazník je nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů... Můžeme jím získat velké množství informací při malé investici času.“ (Gavora, 2010, s. 121)

Tato obecná charakteristika použité výzkumné metody nám v tomto bodě bude postačovat. Podrobný a konkrétní popis dotazníku, který byl použit v tomto výzkumném šetření práce, bude rozpracován v podkapitole 4.3. Realizace sběru dat.

4.2 Formulace hypotéz

Dle odborníků (Gavora, 2010, s. 53) „výzkum musí začít stanovením výzkumného problému. Každý výzkumník má zřejmě mnoho otevřených otázek, které by chtěl postavit do centra svého výzkumu.“ S ohledem na cíl práce a cíl výzkumného šetření a na základě studia obsahu a charakteristiky zkoumané problematiky, byla stanovena ústřední výzkumná otázka.

Výzkumná otázka byla stanovena takto:

Jaké jsou genderové rozdíly v pohledu současných středoškolských studentů na problematiku poruch příjmu potravy?

Z této hlavní výzkumné otázky byly nadále odvozeny a stanoveny další dílčí výzkumné otázky, které si výzkumné šetření klade za cíl zodpovědět. Tyto dílčí výzkumné otázky byly stanoveny v tomto znění:

- **Jaký je rozdíl u dívek a chlapců v jejich zájmu a informovanosti v problematice poruch příjmu potravy?**
- **Jaký je rozdíl u dívek a chlapců v názoru na svou postavu a sebehodnocení vlastního těla?**

- **Jaký je rozdíl u dívek a chlapců v přístupu ke cvičení?**
- **Jaké jsou rozdíly u dívek a chlapců v osobní zkušenosti se snižováním své tělesné hmotnosti nebo dalšími potencionálními příznaky poruchy příjmu potravy?**

Na základě prostudované odborné literatury a bližšího seznámení se s problematikou byla z výše definovaných výzkumných otázek stanovena ústřední výzkumná hypotéza a dále další tři dílčí výzkumné hypotézy. „*Hypotéza je vědecký předpoklad. To znamená, že byla vyvozena z vědecké teorie – z toho, co je o daném problému teoreticky zpracováno. ...musí důsledně vycházet z poznatků, které jsou o zkoumaném jevu známy, nebo z praktických zkušeností výzkumníka.*“ (Gavora, 2010, s. 63)

Ústřední výzkumná hypotéza práce byla definována takto:

H1: Dívky se více zajímají o téma poruch příjmu potravy než chlapci.

Hypotéza se opírá o již v teoretické části této práce frekventovaně zmíněná tvrzení odborníků a o nejen v kapitole 1.3.1 Aktuální přehled statistických dat dané problematiky v ČR, předložených statistických údajů, které vykazují signifikantně větší podíl žen a dívek trpících některou z poruch příjmu potravy oproti chlapcům a mužům. Laickou veřejností jsou poruchy příjmu potravy považovány za „dívčí záležitost“, mnohdy i tvrzení odborníku této představě napomáhají. Je pravdou, že z výsledků různých studií „*muži představují asi 7,5 % všech pacientů trpících mentální anorexií... chlapci nejsou v některých studiích vůbec zařazeni nebo je procento těch, kteří splňují přísnější kritéria mentální anorexie, velmi malé. Prevalence mentální bulimie u děvčat je podle typu studie a přísnosti užitých kritérií uváděna v rozmezí mezi 1,1 % až 4,9 %, u chlapců nepřesahuje 0,8 %.*“ (Krch, online, 2002) V souladu s názory odborníků se také dívky více zajímají o způsoby hubnutí a způsoby snižování hmotnosti, přičemž zákonitě narážejí i na poznatky o poruchách příjmu potravy. Také prevence těchto poruch je často zaměřena spíše na děvčata a působení médií, tedy různých časopisů a článků na internetu se též zaměřuje na dívčí a ženskou populaci. Z toho vyplývá, že dívky by se v problematice

poruch příjmu potravy měly orientovat více než chlapci a o oblast by mohly projevovat větší zájem.

Hypotéza je testována otázkami v dotazníku číslo 12, 14, 15 a 16.

Dílčí výzkumné hypotézy, kterým se výzkumné šetření této práce věnuje, mají následující znění:

H2: Chlapci jsou více spokojeni se svou postavou a vzhledem než dívky.

Hypotéza vychází z výsledků četných výzkumů a tvrzení odborníků, kteří považují nespokojenost s vlastním tělem, jeho proporcemi a obecně negativním sebehodnocením za klíčový prediktivní faktor při vzniku poruchy příjmu potravy. Krch (online, 2002) tvrdí, že tato souvislost je výraznější právě u žen než u mužů a že až 70 % dívek a mladých žen není spokojeno se svým tělem. Autorka na základě prostudované problematiky a v souladu s tvrzeními odborníků, vnímá otázku sebehodnocení za natolik významný a relevantní faktor v oblasti příčin poruch příjmu potravy, že tento jev zařadila do výzkumného šetření, jelikož právě „*diety, purgativní chování a nepřiměřená touha zhubnout jsou často jen důsledkem nerealistického ocenění tělesného vzhledu a nespokojenosti s vlastní postavou.*“ (Krch, online, 2002)

Tuto hypotézu sytí položky z dotazníku číslo 4, 7 a 9.

H3: Chlapci cvičí nadměrně a častěji než dívky.

Hypotéza se opírá o již zmíněnou a v kapitole 3.1. Muži a poruchy příjmu potravy podrobněji vymezenou problematiku, kterou zejména pro chlapce a muže představuje Adonisův komplex neboli bigorexie. Papežová (2010, s. 130) uvádí studii, kde až 89 % z respondentů uvedlo, že by chtělo vypadat jako maskulinní muži ze současných časopisů a větší atraktivitu by jim dle jejich názoru zajistilo, pokud by měli až o 14 kg svalové hmoty více. Tato představa vede k nadměrnému cvičení, přetěžování se a také k užívání podpůrných růstových přípravků a dalších látek, které mohou přímo nebo nepřímo ohrožovat zdraví jedince.

Hypotéza je testována položkami v dotazníku číslo 2, 5, 10 a 13.

H4: Snižování tělesné hmotnosti a další možné příznaky poruch příjmu potravy jsou čtenější u dívek než u chlapců.

Hypotéza vychází, z již několikrát v práci zmíněného tvrzení o častějším výskytu poruch příjmu potravy u dívek a žen a s ním spojeného chování, které se vyznačuje právě snahou o snížení své tělesné hmotnosti, experimentováním s jídlem, držením diet a dalšími možnými příznaky těchto poruch. Dále odborná literatura (Krch, online, 2002) také přímo hovoří o tom, že jsou „*muži méně ohroženi poruchami příjmu potravy, protože méně často než ženy drží diety a hladovky ve snaze kontrolovat svoji tělesnou hmotnost.*“ A i další odborníci (Novák, 2010, s. 42) přidávají svůj souhlas, když tvrdí, že „*nespokojenost s proporcemi těla a užívání diet byla typičtější pro (ženy).*“

Tato hypotéza je sycena položkami z dotazníku číslo 3, 6, 8 a 11.

4.3 Realizace sběru dat

Jak již bylo výše uvedeno, s ohledem na kvantitativní šetření práce probíhalo výzkumné šetření za využití dotazníkové výzkumné metody. Pro potřeby výzkumného šetření autorka zvolila **vlastní nestandardizovaný dotazník**. Při tvorbě otázek autorka zohledňovala nejen předešlé studium odborné literatury, ale především vycházela ze stanoveného cíle výzkumného šetření a z definovaných hypotéz. Na základě výše uvedeného byl sestaven strukturovaný dotazník obsahující 16 položek. Všechny položky dotazníku jsou uzavřené, respondenti mají u každé položky na výběr z několika předem stanovených odpovědí. Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní. Doslovný přepis online dotazníku je součástí práce, viz. Příloha A.

Struktura dotazníku dodržovala, odborníky stanovené, **tři základní části dotazníku**. Jedná se o vstupní část, kde je uveden název a téma výzkumného šetření a pokyny k vyplnění dotazníku. V této části byli také respondenti ujištěni o zajištění anonymity v případě vyplnění dotazníku, čímž mohla být zvýšena jejich motivace k zapojení se do výzkumného šetření a zároveň tím mohli být motivováni k uvedení pravdivých odpovědí.

V druhé části dotazník obsahuje již vlastní otázky. V tomto konkrétním dotazníku autorka zvolila první otázku faktografického charakteru, která zkoumala pohlaví respondenta. Na základě této první otázky byly poté dotazníky tříděny na odpovědi dívek a chlapců. Toto třídění poté umožňovalo zkoumat právě genderové rozdíly v odpovědích jednotlivých pohlaví.

Zbylých 15 položek se svým obsahem již zaměřovalo na zkoumaný jev. Kromě otázky č. 2, která měla tázací charakter a byla formulována jako otázka, byly všechny zbylé položky definovány jako určitá tvrzení, se kterými měli respondenti vyslovit buď svůj souhlas či nesouhlas anebo uvést frekvenci, četnost daného tvrzení. Odpovědi byly u všech položek dotazníku uzavřené, tedy předem stanovené a respondenti neměli možnost vlastní, otevřené odpovědi. I z toho důvodu autorka volila co možná nejširší spektrum odpovědí, které by umožňovalo respondentům se co možná nejpřesněji vyjádřit. Jednalo se například o možnosti odpovědí „Ano, zcela souhlasím“, „Asi ano, spíše souhlasím“, „Asi ne, spíše nesouhlasím“ a „Ne, zcela nesouhlasím.“, kde mají respondenti možnost blíže specifikovat míru svého souhlasu či nesouhlasu, na rozdíl od odpovědí „Ano“ a „Ne“. I tyto odpovědi, ale byly v dotazníku použity, avšak pouze u položek, které svým charakterem tyto stručné odpovědi umožňovaly.

Třetí část pak obsahovala standardní poděkování respondentům za zapojení se do výzkumného šetření a vyplnění dotazníku.

Položky dotazníku byly utříděny do **čtyřech tematických celků**, podle toho, kterou hypotézu měly za úkol testovat. V dotazníku byly ovšem řazeny podle náhodného pořadí.

První tematický celek zkoumal obecný zájem a s tím spojenou základní **informovanost a orientaci v dané problematice**. Obsahem položek spadajících do tohoto celku byla tedy tvrzení mapující výskyt aktivního zájmu středoškoláků o poruchy příjmu potravy, tvrzení zjišťující jejich subjektivní názor na vlastní znalosti a informovanost v daném tématu apod. Tento celek představovaly v dotazníku konkrétně položky číslo 12, 14, 15 a 16 a tyto uvedené položky ověřovaly hypotézu H1.

Druhý tematický celek se skládal z položek číslo 4, 7 a 9 a charakter těchto položek zkoumal **míru spokojenosti svou postavou a vzhledem**, respektive jaké jsou genderové rozdíly v sebehodnocení a sebepojetí současných středoškoláků. Položky cílily nejen na tělesnou hmotnost, ale i vztah tělesné hmotnosti a subjektivně vnímané spokojenosti (položka č. 4), tak zkoumaly i obecnou spokojenost se svým vzhledem jako celkem (položka č. 7). Tyto položky svým obsahem a předmětem zkoumání sytily hypotézu H2.

Třetí tematický celek testoval hypotézu H3, kde byla zkoumána **nadměrnost a četnost cvičení** u středoškoláků, opět se zaměřením na genderové rozdíly v této oblasti. Do tohoto celku patřily položky číslo 2, 5, 10 a 13, které zjišťovaly nejen výskyt a frekvenci cvičení u středoškoláků, ale také preference a důležitost, které středoškoláci cvičení přisuzují (položka 5 a položka 13).

Do posledního čtvrtého celku byly zařazeny položky číslo 3, 6, 8 a 11, které se zabývaly genderovými rozdíly ve výskytu konkrétních **způsobů snižování tělesné hmotnosti** u středoškolských chlapců a dívek. Položky testovaly hypotézu H4 a obsahovaly tvrzení zaměřená především na určení frekvence výskytu různých způsobů snižování váhy (držení diet, vynechávání určitých potravin, vyvolávání si zvracení a další).

Distribuce dotazníku probíhala výhradně elektronickou formou. Online verze dotazníku byla dostupná z webového odkazu a byla vytvořena v prostředí Survio.cz. Díky tomuto online prostředí bylo zajištěno nulové procento vyřazených dotazníků, jelikož elektronický dotazník umožňoval nastavení všech položek jako povinných a teprve po jejich vyplnění mohl respondent dotazník odeslat ke zpracování.

Kritériem pro toto rozhodnutí, tedy pro výběr výhradně elektronické formy distribuce, byla především snaha autorky oslovit co možná největší počet respondentů, což online verze dotazníku jednoznačně umožňuje a zároveň nízká, respektive nulová odezva ze strany oslovených středních škol. Autorka na začátku distribuování dotazníku oslovila emailem pět středních škol v Královéhradeckém kraji. Ze čtyř z nich dosud neobdržela žádnou odpověď, z jedné se jí dostalo vyjádření, že mohou studenty informovat o možnosti vyplnění dotazníku, ale jejich

zapojení do výzkumného šetření bude dobrovolné a ponechají ho na jejich rozhodnutí. Zároveň s tím, tištěnou podobu dotazníku odmítli a informovali studenty pouze o dotazníku v elektronické formě. Autorka pod vlivem těchto okolností, na které musela v průběhu realizace výzkumného šetření reagovat se rozhodla pro distribuci dotazníku výhradně elektronickou formou a další střední školy již neslovovala.

Online dotazník byl prezentován na sociálních sítích, online odkaz byl rozeslán s žádostí o vyplnění a sdílení i konkrétním středoškolským studentům, které autorka sama nebo její okolí znalo, čímž bylo zajištěno další samovolné šíření dotazníku. I díky tomu, že dospívající jsou na sociálních sítích a obecně internetu velmi aktivní, bylo dosaženo celkového počtu 214 odpovědí, respektive do výzkumného šetření se zapojilo a dotazník vyplnilo 214 respondentů. Podrobnějším popisem a charakteristikou tohoto výzkumného vzorku se zabývá následující podkapitola.

4.4 Charakteristika výběrového souboru

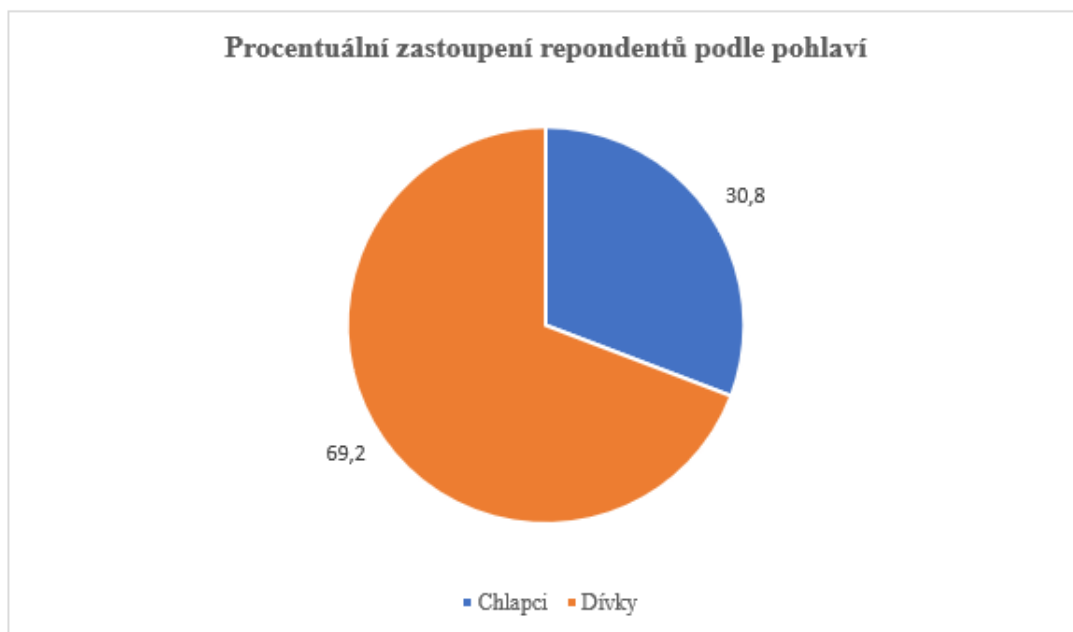
Z výše definovaného cíle výzkumného šetření, tedy zmapování genderových rozdílů v pohledu aktuálních středoškolských studentů na problematiku poruch příjmu potravy, jasně vyplývá, že výzkumné šetření se orientovalo na cílovou skupinu současných studentů středních škol. Podrobná charakteristika, včetně popisu adolescentního období, kterým středoškoláci procházejí již byla rozebrána v teoretické části práce, proto se budeme nadále zabývat spíše konkrétním výzkumným vzorkem, který se do šetření zapojil.

Do výzkumného šetření se zapojilo a dotazník vyplnilo přesně 214 respondentů. Jelikož byl dotazník anonymní, jediný faktografický údaj, který slouží k bližší stratifikaci tohoto vzorku, představuje pohlaví, které bylo klíčovým kritériem třídění dotazníků a dotazovala se na něj položka číslo 1 v dotazníku. Vzhledem k tomu, že již na začátku výzkumného projektu bylo stanoveno, že výzkumné šetření zkoumá genderové rozdíly v pohledu na danou problematiku výhradně středoškoláků, nebylo třeba dalšího faktografického třídění,

a proto se dotazník již na další údaje, které by více specifikovaly výzkumný soubor nedotazoval.

Z celkového souboru 214 respondentů se jednalo konkrétně o 148 dívek, které představovaly 69,2 % všech oslovených a 66 chlapců, kteří byli zastoupeni ve zbylých 30,8 %, viz. Graf 1 – Procentuální zastoupení respondentů podle pohlaví.

Graf 1 – Procentuální zastoupení respondentů podle pohlaví



■ Chlapci	66	30,8 %
■ Dívky	148	69,2 %

Jak je z procentuálního rozložení respondentů na základě pohlaví patrné, větší zastoupení obsadily dívky. Autorka si tento fakt vysvětluje několika způsoby.

Jelikož název a tím i téma dotazníku bylo uvedeno hned v úvodní části, tedy ještě před samotným spuštěním dotazníku, může se jednat o celkově větší zájem dívek o dané téma, které bylo prokázáno i v samotném výzkumném šetření, konkrétně se tímto problémem zabývala hypotéza H1. Celkově nízká atraktivita daného tématu pro chlapeckou část cílové skupiny může být zapříčiněna mnoha faktory, které jsou více popsány právě ve shrnutí této části výzkumu a verifikaci této hypotézy. Další možnou příčinou nepoměru rozložení respondentů, tedy většího

zapojení dívek do výzkumné šetření, autorka shledává ve vyšším počtu oslovených dívek v průběhu distribuce a sběru dat. Respektive bylo v první fázi distribuce dotazníku osloveno více dívek než chlapců se žádostí o vyplnění a následnou další distribuci dotazníku, což bylo zapříčiněno tím, že autorka sama distribuovala dotazník více dívkám než chlapcům, vzhledem k tomu, že ve svém okolí má aktuálně více dívek než chlapců v adolescentním věku studující střední školu.

Zároveň autorka neočekávala takovou míru ochoty k vyplnění dotazníku a zapojení se do výzkumného šetření a celkový počet 214 odpovědí považuje za uspokojivý.

4.5 Presentace výsledků a verifikace hypotéz

Položky dotazníku nejsou vyhodnocovány a níže řazeny podle pořadí, v jakém byly v dotazníku předkládány respondentům k vyplnění, ale jsou utříděny do čtyř tematických celků na základě toho, kterou ze stanovených hypotéz sytily. Tyto hypotézy budou nyní na základě vyhodnocení jednotlivých položek ověřovány. Uvedené výsledky jednotlivých položek jsou znázorněny v grafech a jejich hodnoty vyjádřeny v procentech.

H1: Dívky se více zajímají o téma poruch příjmu potravy než chlapci.

Tato hypotéza byla v dotazníku testována otázkami číslo 12, 14, 15 a 16, které budou nyní vyhodnocovány.

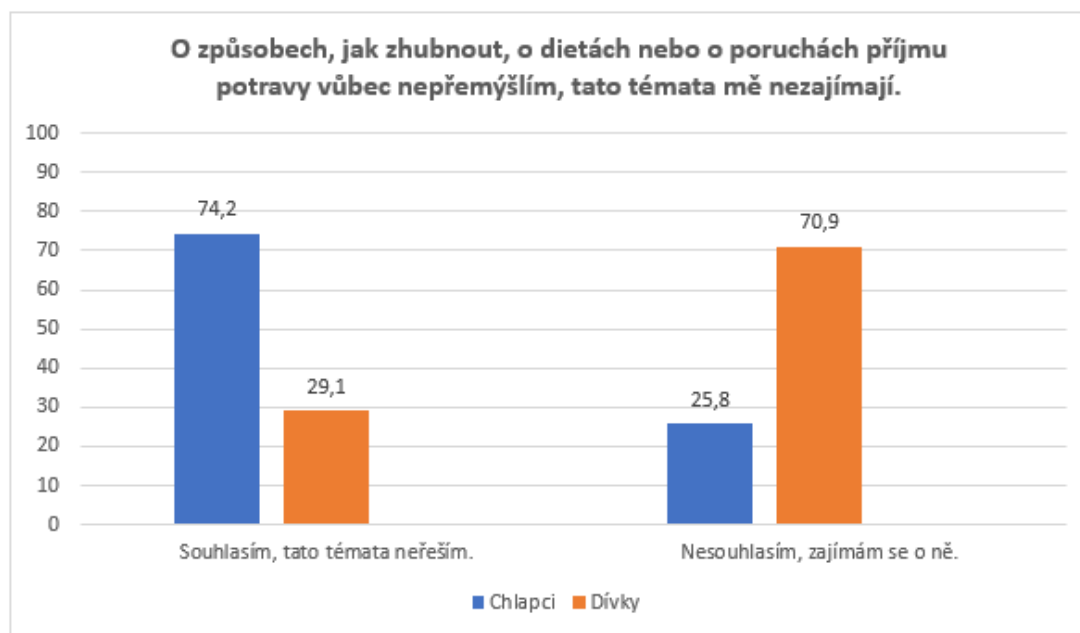
Otázka č. 12: O způsobech, jak zhubnout, o dietách nebo o poruchách příjmu potravy vůbec nepřemýšlím, tato témata mě nezajímají.

Na tuto položku bylo možné odpovědět dvěma způsoby, respondenti mohli buď vyjádřit s uvedeným tvrzením svůj souhlas, tedy že se o téma nezajímají nebo mohli s tvrzením nesouhlasit, jelikož uvedená témata považují za zajímavá.

Z celkového počtu zúčastněných dívek odpovědělo téměř 71 % z nich, tedy konkrétně 105 studentek, že se o tato témata zajímá. Podobné procento oslovených chlapců, tedy 74 % naopak s tvrzením souhlasilo a potvrdilo tak svůj obecný nezájem o oblast hubnutí, diet a obecně oblast poruch příjmu potravy.

Z Grafu 2 je jasně zřejmá přesně opačná tendence vyjadřování zájmu či nezájmu, zhruba 70 % dívek vyjádřilo ve své odpovědi svůj zájem o oblast poruch příjmu potravy a s tím související témata, naopak zhruba stejné procento, respektive 74,2 % chlapců odpovědělo přesně opačně, když ve své odpovědi zvolili vyjádření svého nezájmu o řešené téma.

Graf 2 – Přehled odpovědí u položky č. 12.



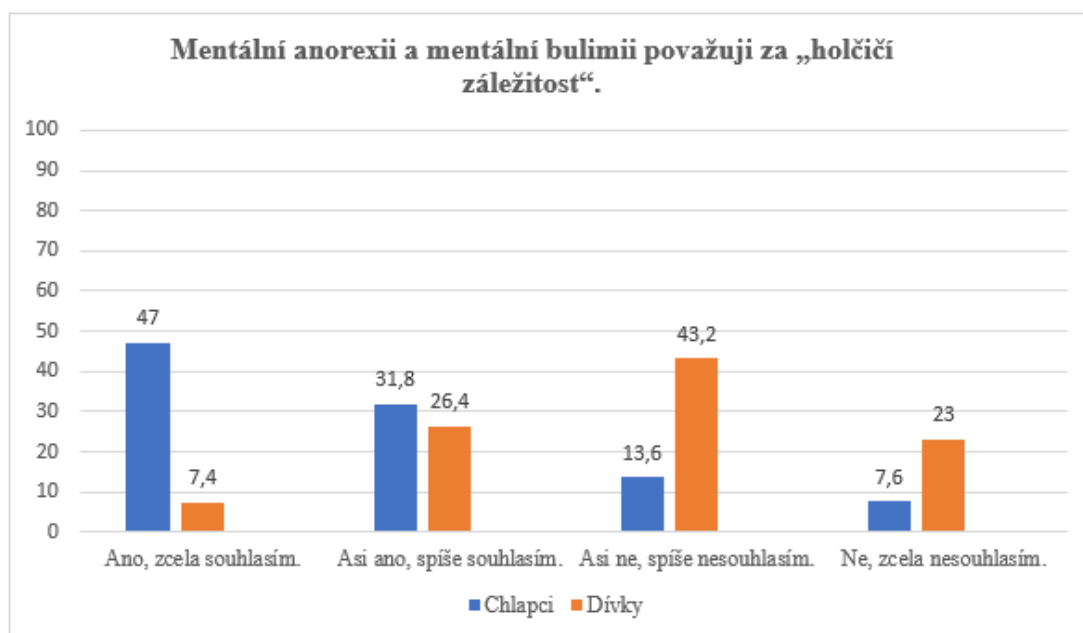
Otázka č. 14: Mentální anorexii a mentální bulimii považují za „holčičí záležitost“.

V této položce měli respondenti možnost vyjádřit svůj názor k všeobecnému a laickou veřejností často přijímanému tvrzení, že poruchy příjmu potravy jsou především tzv. „holčičí záležitostí“, tedy že uvedené poruchy považují za nemoc pouze dívek a žen. V tomto případě se mohla prokázat také znalost a informovanost o tomto tématu, která je dále zkoumána, tentokrát ze subjektivního hlediska v položce č. 16.

Na Grafu 3 vidíme, že především chlapci přijímají tento stereotyp o „holčičí záležitosti“, když v celkovém součtu s tvrzením zcela nebo částečně souhlasilo téměř 79 % z nich, což konkrétně představuje 52 chlapců z celkového počtu 66 zapojených chlapců. Dokonce 47 % ze všech chlapců s tímto tvrzením souhlasilo zcela, což autorka považuje za dost vysoké procento, z kterého můžeme vyvozovat několik

závěrů. Může se jednat o všeobecnou neznalost tématu poruch příjmu potravy, nezáměr o toto téma nebo právě přijetí obecného povědomí o poruchách příjmu potravy jako nemocí, které se chlapců a mužů netýkají. Naopak dívky zcela nebo částečně souhlasily pouze v necelých 30 % odpovědí.

Graf 3 – Přehled odpovědí u položky č. 14

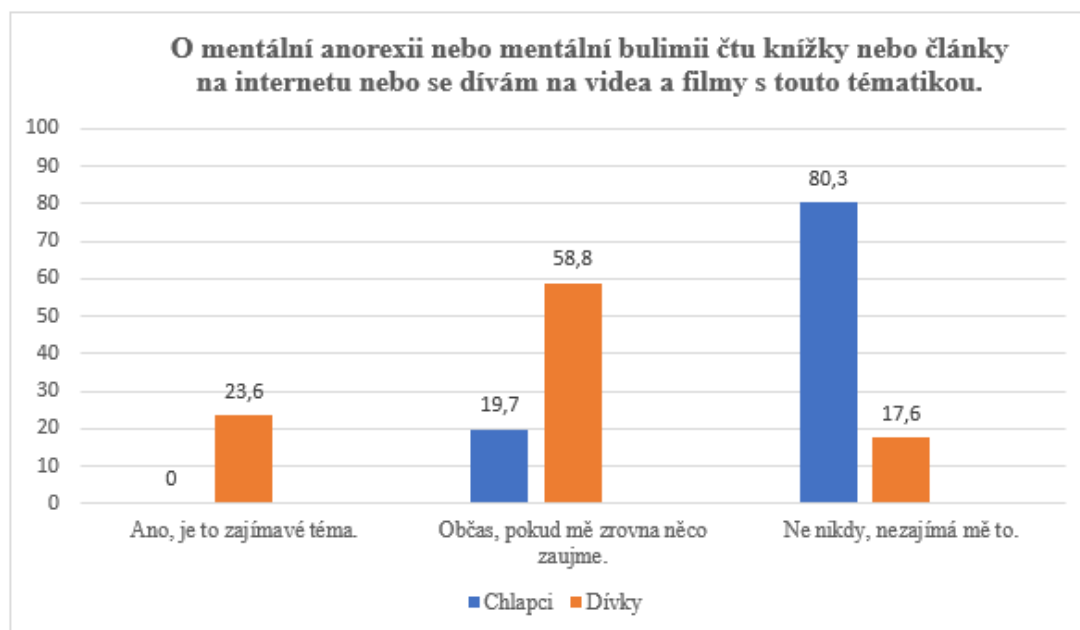


Otázka č. 15: O mentální anorexii nebo mentální bulimii čtu knížky nebo články na internetu nebo se dívám na videa a filmy s touto tematikou.

Tato položka zkoumala hlubší zájem o uvedené téma, nejen povrchovou znalost tématu, ale aktivní vyhledávání materiálů zabývajících se touto problematikou. Aktivní zájem potvrdily pouze dívky, konkrétně v necelých 24 %, tedy 35 dívek z celkového počtu 148 zúčastněných. Ani jeden ze 66 oslovených chlapců neuvedl odpověď „Ano, je to zajímavé téma“, takže tato odpověď zůstala při vyhodnocování chlapců na 0 %. Naopak v 80 % případech, oslovení chlapci uváděli, že se o danou tematiku nikdy nezajímají, což představuje konkrétně 53 chlapců ze 66 oslovených. Ani autorka nečekala takový jednoznačný nezáměr ze strany chlapců a uvedené výsledky, především v nulovém procentu uváděného zájmu a jednoznačně vyjádřeném nezájmu chlapců, považuje za překvapivé.

Zbytek respondentů podmiňoval svůj zájem o dané téma zajímavostí konkrétní publikace či filmu, tuto možnost odpovědi zvolilo přesně 100 respondentů, konkrétně 87 dívek a 13 chlapců.

Graf 4 – Přehled odpovědí u položky č. 15



Otázka č. 16: Mám základní informace o mentální anorexii a mentální bulimii, vím, jaké jsou charakteristiky těchto onemocnění a jakými rozdíly se od sebe odlišují.

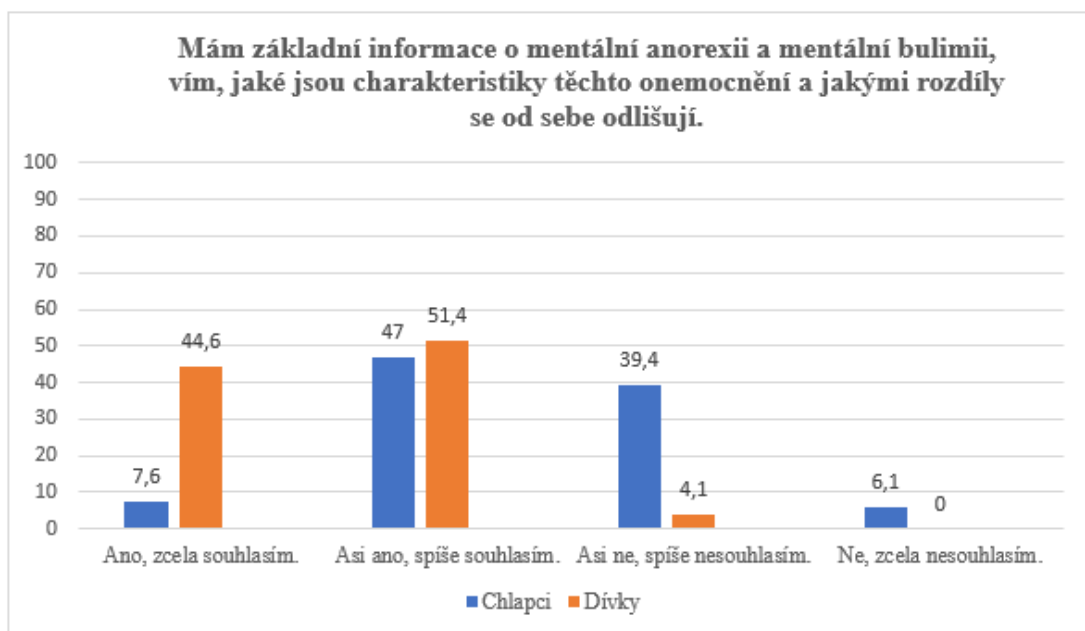
V této položce byl testován subjektivní názor respondentů na jejich faktickou znalost oblasti poruch příjmu potravy. Položka svým charakterem částečně navazuje na předchozí položky, jejichž výsledky potvrzuje. Subjektivní pocit znalosti a orientaci v tématu totiž potvrzovaly především dívky, dokonce žádná z nich, tedy 0 % dívek si o sobě nemyslí, že by neměly základní informace o tomto tématu. Naopak chlapci téměř ve 46 % uváděly, že zcela nebo spíše nesouhlasí s tím, že by měli základní informace k tomuto tématu, konkrétně toto procento představuje 30 oslovených chlapců, což je téměř polovina všech zapojených chlapců.

Zde spatřuje autorka potenciální prostor pro edukaci a působení nejen vzdělávacího systému v této oblasti na chlapeckou část studentů. Autorka však uznává, že výsledek může opět jen potvrzovat obecný nezájem a nízkou atraktivitu

tématu pro chlapce, nikoli nedostatečnost vzdělávacího působení školy a dalších institucí v této oblasti.

Znalost základních informací a orientaci v oblasti poruch příjmu potravy uváděla zcela nebo spíše jasná většina všech oslovených dívek, konkrétně 142 ze 148 respondentek. I necelá polovina chlapců, respektive 47 % z nich, zvolilo odpověď „Asi ano, spíše souhlasím“ a potvrzovalo tak částečnou znalost problematiky. Dotazník vzhledem k rozsahu a cíli výzkumného šetření nebyl koncipován na ověření této subjektivně uváděné znalosti, nemůžeme tedy výsledky ověřit na fakticky prokázaných znalostech respondentů a pro účely tohoto výzkumného šetření se musíme spokojit se subjektivně uváděnými tvrzeními respondentů.

Graf 5 – Přehled odpovědí u položky č. 16



Verifikace hypotézy H1

Položky číslo 12, 14, 15 a 16 v dotazníku zkoumaly celkový zájem a s tím spojenou informovanost o oblast poruch příjmu potravy. Tyto uvedené položky testovaly hypotézu H1, která byla definována takto: „Dívky se více zajímají o téma poruch příjmu potravy než chlapci.“

Pro potřeby ověření vztahu mezi dvěma proměnnými, konkrétně tedy pohlavím a vyšším zájmem o dané téma u dívek, než u chlapců byla vytvořena hypotéza H1₀: Dívky se více nezajímají o téma poruch příjmu potravy než chlapci. Pro zjištění existence vztahu dvou proměnných znaků je využita statistická metoda Test dobré shody chí-kvadrát na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Tab. 1 – Pozorované četnosti odpovědí u položky č. 12 ve vztahu k položce č. 1

Pohlaví	Zájem o téma PPP		Celkem
	ANO	NE	
MUŽ	17	49	66
ŽENA	105	43	148
Celkem	122,00	92,00	214,00

Tab. 1 představuje kontingenční tabulku nezbytnou pro ověření případné neexistence vztahu mezi ženským pohlavím a vyšším zájmem o téma poruchy příjmu potravy. Dle odborné literatury (Chráska, 2007, s. 78) nelze aplikovat testovou metodu chí-kvadrát, pokud více než 20 % polí v kontingenční tabulce má očekávanou četnost menší než 5 a současně žádná z hodnot očekávaných četností nesmí být menší než 1.

Za využití dat z tabulky 1 byla vypočítána hodnota testového kritéria $\chi^2 = 38,030$ a následně porovnána s kritickou hodnotou testového kritéria chí-kvadrát. Pro zjištění kritické hodnoty je nezbytné určit počet stupňů volnosti. Pro tabulku o dvou sloupcích a dvou řádcích je počet stupňů volnosti $f = 1$. Zároveň byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %). Kritická hodnota zvoleného testového kritéria $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$. Vypočítaná hodnota χ^2 (38,030) je vyšší než kritická hodnota (3,841). Při porovnávání vypočítané hodnoty a kritické hodnoty je nezbytné dodržovat pravidlo, že k zamítnutí nulové hypotézy musí být vypočítaná hodnota testového kritéria vyšší než určená kritická hodnota. (Chráska, 2007, s. 73)

Výsledek

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu H_{10} zamítám a přijímám hypotézu H_1 a připouštím tedy existenci souvislostí uvedených dvou proměnných, tedy vyšší zájem o téma poruch příjmu potravy a ženského pohlaví. **Hypotéza H_1** ve znění „Dívky se více zajímají o téma poruch příjmu potravy než chlapci.“ **byla potvrzena.**

H2: Chlapci jsou více spokojeni se svou postavou a vzhledem než dívky.

Tato hypotéza byla v dotazníku sycena otázkami číslo 4, 7 a 9, které budou nyní vyhodnocovány.

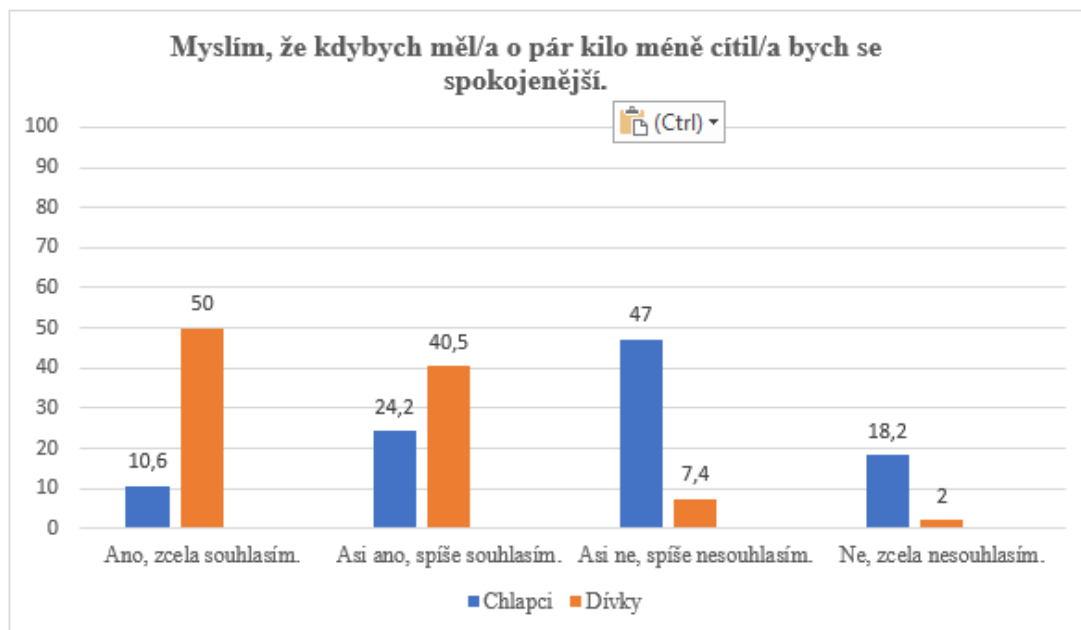
Otázka č. 4: Myslím, že kdybych měl/a o pár kilo méně cítil/a bych se spokojenější.

Tato položka zkoumala spokojenost respondentů s vlastní postavou ve vztahu k potencionálnímu úbytku váhy, testovala tedy jestli respondent vztahuje svou větší celkovou spojenost k úbytku na váze. Více než 90 % dívek tento vztah zcela nebo spíše potvrdilo, respektive 134 ze 148 dotázaných studentek podmiňuje svůj pocit větší spokojenosti s úbytkem několika kilogramů na váze. Toto číslo považuje autorka za skoro alarmující, jelikož právě nespokojenost se sebou samým a svým tělem vede k potencionálnímu riziku vzniku poruchy příjmu potravy. Zde by se mohl otevírat prostor pro prevenci nejen poruch příjmu potravy, ale také podporu zdravého sebepřijetí a sebehodnocení dívek nejen na školách, ale i v rodinách a dalších institucích.

Pro znázornění propastného rozdílu mezi chlapci a dívkami může posloužit konkrétní počet respondentů uvádějící odpověď „Ano, zcela souhlasím“ (s uvedeným tvrzením). U dívek byla tato odpověď zvolena 74krát, chlapci ji volili pouze v 7 případech! Autorka samozřejmě zohledňuje větší zastoupení respondentek než respondentů zapojených do výzkumného šetření, i tak má ale tato odpověď procentuální zastoupení u dívek v 50 % případů, u chlapců je to pouze necelých 11 %, jak zobrazuje Graf 6.

Naopak více než polovina zúčastněných chlapců, konkrétně 65 % nesohlasilo s uvedeným tvrzením a svůj pocit větší spokojenosti nespojovali s úbytkem pár kilogramů, toto procento představovalo konkrétně 43 ze 66 respondentů. Z analýzy výsledků této položky vyplývá větší spokojenost se svým tělem na straně chlapců a nižší sebehodnocení na straně dívek.

Graf 6 – Přehled odpovědí u položky č. 4



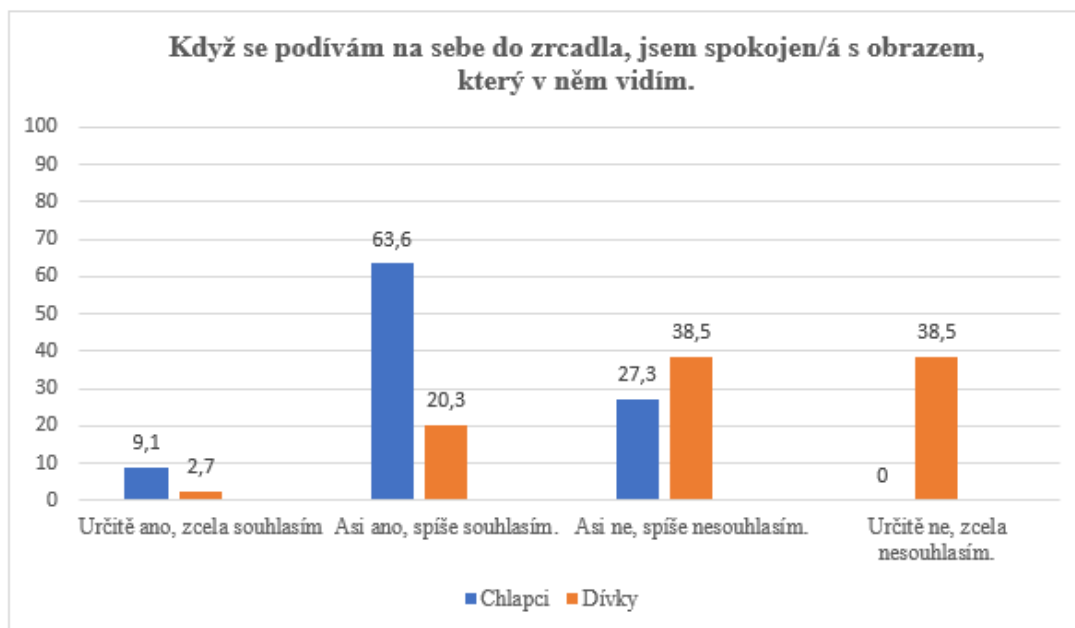
Otázka č. 7: Když se podívám na sebe do zrcadla, jsem spokojen/á s obrazem, který v něm vidím.

Tato položka opět zkoumala genderové rozdíly v sebehodnocení středoškolských dívek a chlapců. Tentokrát se nezajímala jenom o tělesnou hmotnost, ale obecnou spokojenost se svým celkovým vzhledem. I tato položka jasně potvrzuje nižší spokojenost se svým vzhledem, kterou vykazují dívky. Jasná nadpoloviční většina všech oslovených studentek, konkrétně 77 % dívek, tedy 114 ze všech zúčastněných studentek vyjádřilo zcela nebo spíše nespokojenost s vlastním obrazem v zrcadle. Zcela spokojených při pohledu do zrcadla je jen necelých 3 % dívek, tedy pouze 4 dívky ze všech 148 do výzkumného šetření zapojených.

Největší rozdíl mezi sebehodnocením chlapců a dívek spatřujeme především v odpovědích „Asi ano, spíše souhlasím“ a „Určitě ne, zcela nesohlasím“, jak je

vidět na Grafu 7. Spíše spokojenost s obrazem v zrcadle, tedy spokojenost s vlastním vzhledem uvedlo přes 63 % chlapců a úplnou nespokojenost při pohledu do zrcadla dokonce neuvedl žádný z oslovených chlapců, na rozdíl od téměř 39 % oslovených dívek.

Graf 7 – Přehled odpovědí u položky č. 7



Otázka č. 9: Myslím, že mí přátelé mají hezčí a/nebo štíhlejší postavu než já.

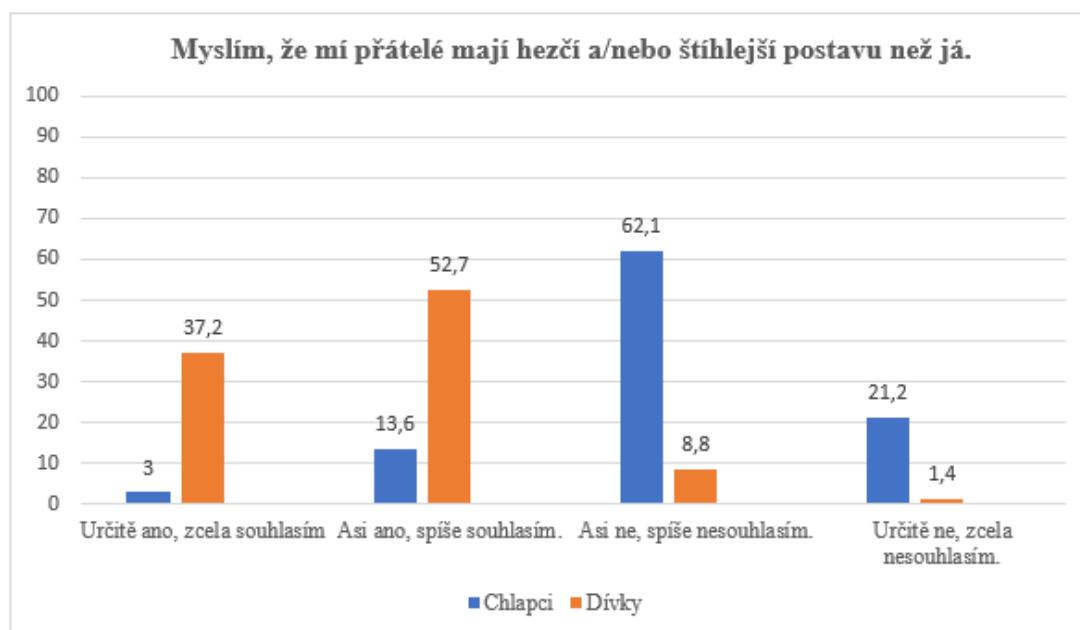
V této položce bylo testováno hodnocení sebe sama v porovnání se svým okolím, respektive se svými vrstevníky. Právě vrstevníci jsou v adolescentním věku klíčovou a určující sociální skupinou, se kterou se jedinec ztotožňuje a porovnává, z toho důvodu byla i tato položka do dotazníku zařazena.

Z analýzy výsledků vyplynulo jednoznačné podhodnocení vlastního vzhledu u dívek vůči svým vrstevníkům, respektive vrstevnicím. Až necelých 90 % ze všech dívek uvedlo, že si myslí, že zcela nebo spíše mají hezčí a/nebo štíhlejší postavu jejich přátelé, tedy až 133 ze 148 oslovených studentek se považuje za méně hezké a/nebo za méně štíhlé než jejich kamarádky. Stejně jako u výsledků položky 4 autorka považuje tato procenta za možnou hrozbu, která může směřovat

ke vzniku některé z poruch příjmu potravy a opětovnou potřebu preventivního působení na tuto cílovou skupinu.

Naopak chlapci v této položce volili spíše sebevědomější tvrzení a v téměř 84 % uváděli opačná tvrzení než dívky, tedy 55 chlapců ze 66 zapojených do výzkumného šetření si nemyslí, že by jejich přátelé měli hezčí a/nebo štíhlejší postavu než oni sami.

Graf 8 – Přehled odpovědí u položky č. 9



Verifikace hypotézy H2

Položky číslo 4, 7 a 9 v dotazníku se zabývaly genderovými rozdíly v sebehodnocení a sebepojetí dívek a chlapců. Tyto uvedené položky sytily hypotézu H2, která byla stanovena v tomto znění: „Chlapci jsou více spokojeni se svou postavou a vzhledem než dívky.“

Pro potřeby ověření vztahu mezi dvěma proměnnými, konkrétně tedy pohlavím a vyšší spokojeností s vlastní postavou u chlapců, byla vytvořena následující nulová hypotéza H₂₀: Chlapci nejsou více spokojeni se svou postavou než dívky. Pro zjištění existence vztahu dvou proměnných znaků je využita statistická metoda Test dobré shody chí-kvadrát na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Tab. 2 - Pozorované četnosti odpovědí u položky č. 7 ve vztahu k položce č. 1

Spokojenost s postavou	Pohlaví		Celkem
	DÍVKY	CHLAPCI	
URČITĚ ANO	4	6	10
ASI ANO	30	42	72
ASI NE	57	18	75
URČITĚ NE	57	0	57
Celkem	148,00	66,00	214,00

Tab. 2 představuje kontingenční tabulku nezbytnou pro ověření případného vztahu mezi pohlavím a spokojeností se svou postavou. Za využití dat z tabulky 2 byla vypočítána hodnota testového kritéria $\chi^2 = 56,560$ a následně porovnána s kritickou hodnotou testového kritéria chí-kvadrát. Pro zjištění kritické hodnoty je nezbytné určit počet stupňů volnosti. Pro tabulku o dvou sloupcích a čtyřech řádcích je počet stupňů volnosti $f = 3$. Zároveň byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %). Kritická hodnota zvoleného testového kritéria $\chi^2_{0,05}(3) = 7,815$. Vypočítaná hodnota $\chi^2(56,560)$ je vyšší než kritická hodnota (7, 815).

Výsledek

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu H_{20} zamítám a přijímám hypotézu H_2 a připouštím tedy existenci souvislosti uvedených dvou proměnných, tedy vztahu mezi mužským pohlavím a větší spokojenosti s vlastní postavou. **Hypotéza H2** ve znění „Chlapci jsou více spokojeni se svou postavou a vzhledem než dívky.“ **byla potvrzena.**

H3: Chlapci cvičí nadměrně a častěji než dívky.

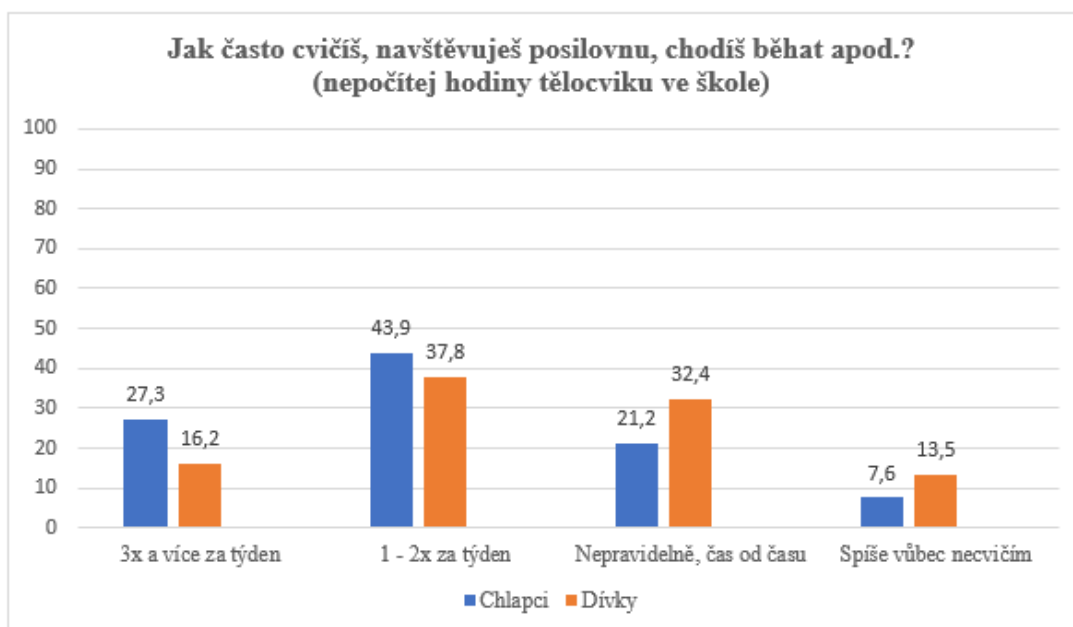
Tato hypotéza byla v dotazníku testována otázkami číslo 2, 5, 10 a 13, které budou nyní vyhodnocovány.

**Otázka č. 2: Jak často cvičíš, navštěvuješ posilovnu, chodíš běhat apod.?
(nepočítej hodiny tělocviku ve škole)**

V této položce byla zjišťována četnost sportovních aktivit, které středoškoláci realizují, ať už se jedná o návštěvu posilovny, cvičení doma, běh či jiné formy tělesných aktivit. Do četnosti nebyla připočítávána tělesná výchova v rámci výuky, jelikož se jedná o povinnou, nedobrovolnou aktivitu, kterou absolvují všichni studenti, včetně těch, kteří by jinak odpověděli, že například spíše vůbec necvičí. Z toho důvodu se položka dotazovala pouze na vlastní iniciativu v oblasti cvičení a její četnost.

Již z Grafu 9 je patrné, že rozdíly v četnosti cvičení nejsou mezi dívkami a chlapci nijak velké, výsledná procenta nevykazují nijak propastný rozdíl ani v jedné z možných odpovědí. Poměr mezi často cvičícími dívkami a chlapci („3x a více za týden“) i mezi spíše necvičícími středoškoláky („Spíše vůbec necvičím“) se pohybuje v rozmezí několika procent. Stejně tomu je i u zbylých dvou odpovědí. Jak chlapci, tak dívky volili nejčastěji odpověď „1 – 2x za týden“, v případě chlapců to bylo téměř ve 44 %, dívky takto odpověděly v necelých 38 %. Nejméně respondentů z řad dívek i chlapců vybralo opět shodně jednu odpověď, a to že „Spíše vůbec necvičím“, konkrétně necelých 8 % chlapců a 13 % dívek.

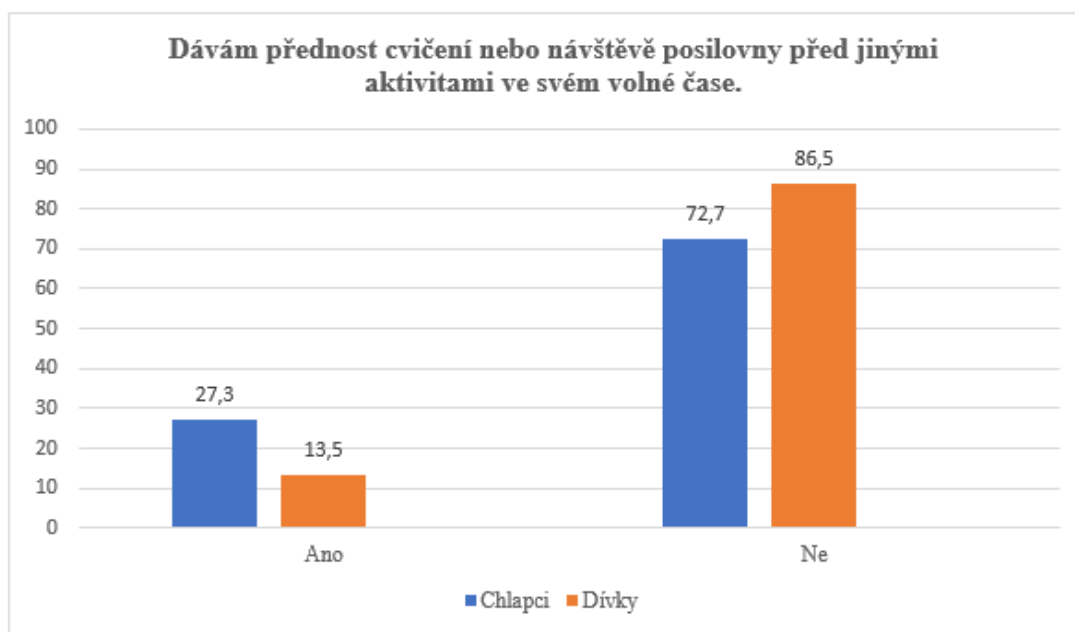
Graf 9 – Přehled odpovědí u položky č. 2



Otázka č. 5: Dávám přednost cvičení nebo návštěvě posilovny před jinými aktivitami ve svém volném čase.

V tomto tvrzení byla zkoumána prioritizace cvičení, kterou středoškoláci tělesné aktivitě přisuzují v porovnání s jinými aktivitami, které mohou ve svém volném čase dělat. I zde je patrná shoda v odpovědích u dívek a chlapců, kteří v naprosté většině odpovídali, že cvičení nedávají přednost před jinými aktivitami ve svém volném čase. Odpověď „Ne“ vybralo přes 86,5 % dívek, tedy 128 ze všech oslovených respondentek a necelých 73 % chlapců, tedy 48 z 66 do výzkumného šetření zapojených respondentů. I v těchto výsledcích nespatřujeme výrazné rozdíly, naopak jak dokazuje i Graf 10, genderové rozdíly se v odpovědích spíše neprojevíly.

Graf 10 – Přehled odpovědí u položky č. 5

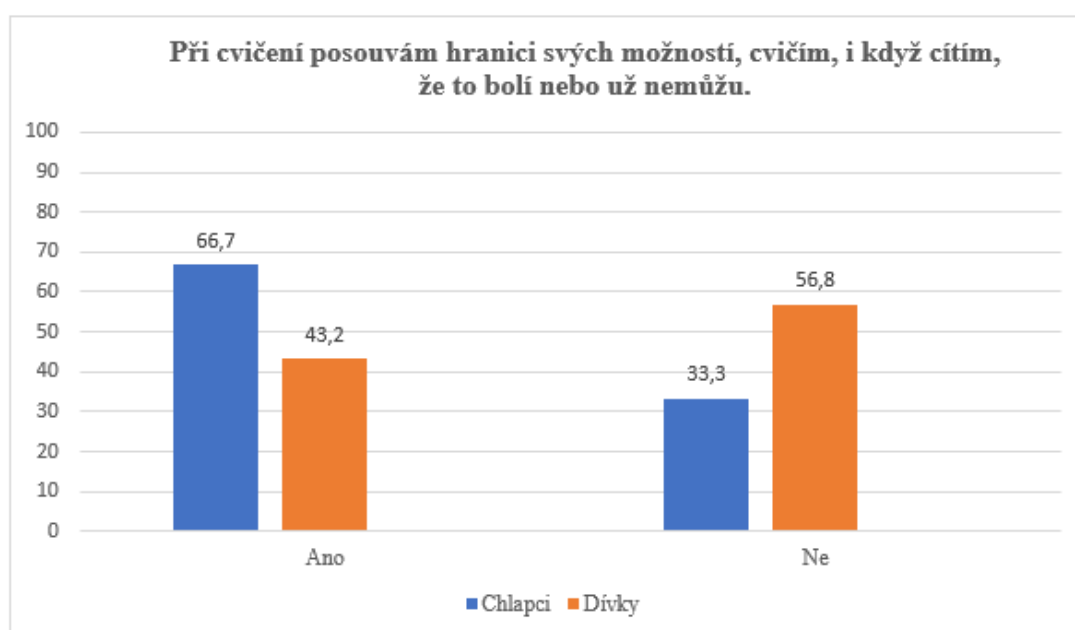


Otázka č. 10: Při cvičení posouvám hranici svých možností, cvičím, i když cítím, že to bolí nebo už nemůžu.

V této položce nás zajímala nepřiměřenost, nadměrnost prováděného cvičení. Studenti měli odpovídat na otázku týkající se bolesti při cvičení nebo pokračování v provádění cvičení, i když pociťují, že už nemohou pokračovat. V této položce spatřujeme rozdíl v odpovědích dívek a chlapců, přestože nijak propastný.

Odpověď „Ano“, tedy souhlas s uvedeným tvrzením zvolilo přes 66 % chlapců, dívky tuto odpověď uvedly ve 43 %. V počtu to znamená 44 chlapců a 64 dívek. Jak z interpretace výsledků vyplývá, chlapci vykazují při cvičení větší přepínání vlastních sil a méně poslouchají signály vlastního těla. Docházíme k závěru, že chlapci uvádějí nadměrné cvičení i přes pocíťovanou bolest nebo přes pocíťování vyčerpání. Přesto autorka na základě získaných poznatků z teoretické části práce očekávala větší rozdíl, respektive větší nepoměr v odpovědích u chlapců a dívek.

Graf 11 – Přehled odpovědí u položky č. 10



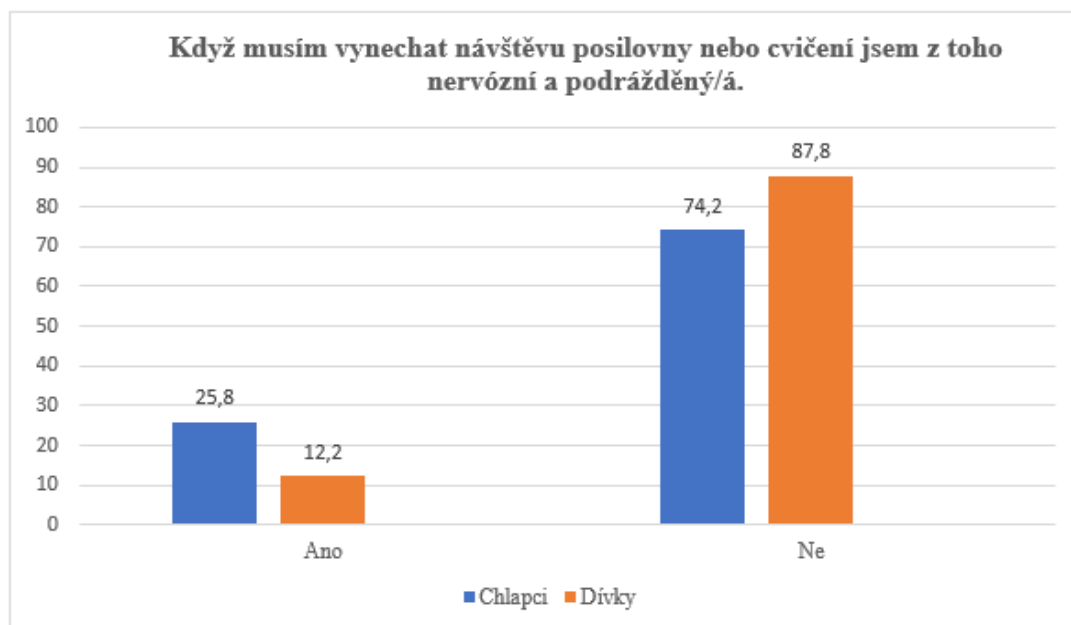
Otázka č. 13: Když musím vynechat návštěvu posilovny nebo cvičení jsem z toho nervózní a podrážděný/á.

Tato položka navazuje svým charakterem na předchozí, když opět testuje priority výběru aktivit ve volném čase středoškoláků, tentokrát již s pocíťovým zabarvením, které respondenti při nemožnosti cvičení prožívají.

Jak znázorňuje Graf 12, stejně jako v předchozích položkách uvádějí respondenti obou pohlaví spíše shodnou odpověď. Ani zde tedy nejsou nijak patrně prokázány genderové rozdíly v odpovědích, jelikož jednoznačná většina dívek i chlapců uvedla, že nepocíťují nervozitu a podrážděnost, když musejí cvičení

vynechat. Konkrétně se jednalo o necelých 88 % dívek, tedy 130 respondentek a 74 % chlapců, tedy 49 respondentů. Výsledek koresponduje s výsledky dosaženými v položce 5, která jsou si svým obsahem nejbližší, tudíž můžeme usuzovat, že studenti vypovídají v dotazníku konstantně a pravdivě.

Graf 12 – Přehled odpovědí u položky č. 13



Verifikace hypotézy H3

Položky číslo 2, 5, 10 a 13 v dotazníku zkoumaly rozdíly v nadměrnost a četnost cvičení u chlapců a dívek. Tyto uvedené položky ověřovaly hypotézu H3, jejíž znění bylo definováno takto „Chlapci cvičí nadměrně a častěji než dívky.“

Pro potřeby ověření vztahu mezi dvěma proměnnými, konkrétně tedy pohlavím adolescentů a vyšší četností cvičení u chlapců, byla vytvořena následující nulová hypotéza H₃₀: Chlapci necvičí častěji než dívky. Pro zjištění existence vztahu dvou proměnných znaků je využita statistická metoda Test dobré shody chí-kvadrát na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Tab. 3 - Pozorované četnosti odpovědí u položky č. 2 ve vztahu k položce č. 1

Frekvence cvičení	Pohlaví		Celkem
	DÍVKY	CHLAPCI	
3x A VÍCE ZA TÝDEN	24	18	42
1 – 2X ZA TÝDEN	56	29	85
NEPRAVIDELNĚ	48	14	62
SPÍŠE NECVIČÍM	20	5	25
Celkem	148,00	66,00	214,00

Tab. 3 představuje kontingenční tabulku nezbytnou pro ověření případného vztahu mezi pohlavím a vyšší četností cvičení u chlapců než u dívek. Za využití dat z tabulky 3 byla vypočítána hodnota testového kritéria $\chi^2 = 6,630$ a následně porovnána s kritickou hodnotou testového kritéria chí-kvadrát. Pro zjištění kritické hodnoty je nezbytné určit počet stupňů volnosti. Pro tabulku o dvou sloupcích a čtyřech řádcích je počet stupňů volnosti $f = 3$. Zároveň byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %). Kritická hodnota zvoleného testového kritéria $\chi^2_{0,05}(3) = 7,815$. Vypočítaná hodnota $\chi^2(6,630)$ je nižší než kritická hodnota (7,815).

Výsledek

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu H_{30} nezamítám. Z vypočítaných hodnot nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi mužským pohlavím pubescentů a vyšší četností cvičení. Hypotéza H_{30} ve znění „Chlapci necvičí častěji než dívky“ byla potvrzena. Tímto došlo k zamítnutí původní hypotézy **H3**, která se nepotvrdila.

H4: Snižování tělesné hmotnosti a další možné příznaky poruch příjmu potravy jsou častější u dívek než u chlapců.

Tato hypotéza byla v dotazníku sycena otázkami číslo 3, 6, 8 a 11, které budou nyní vyhodnocovány.

Otázka č. 3: Ze svého jídelníčku vynechávám sladkosti, tučná jídla a další potraviny, po kterých si myslím, že se může přibrat na váze.

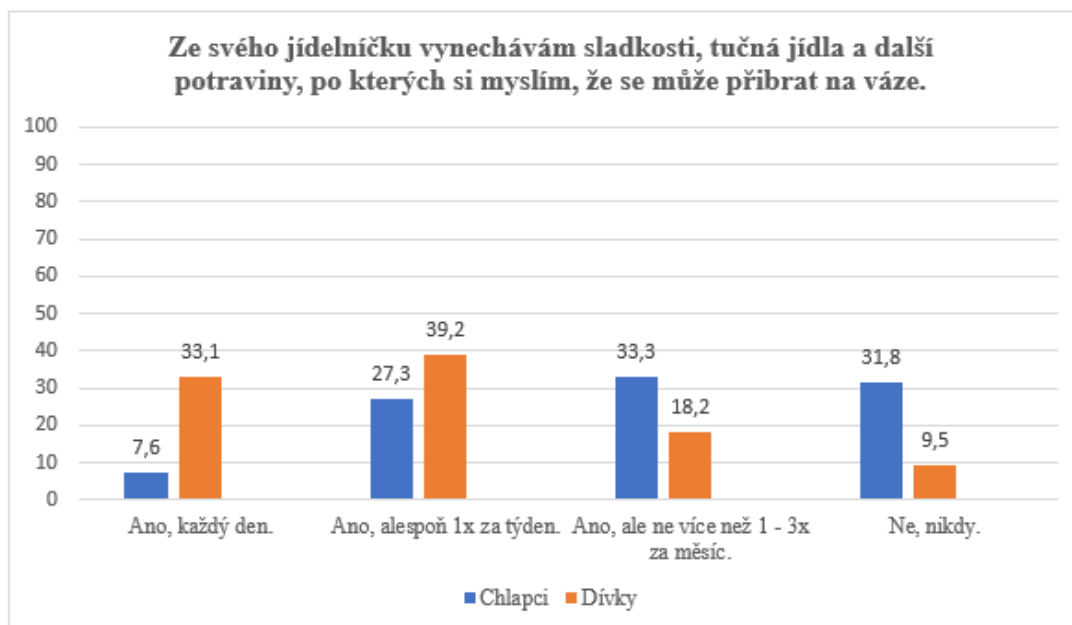
Zde byly zkoumány rozdíly v chování respondentů a respondentek k potravinám a jídlům, u kterých si myslí, že může po jejich konzumaci dojít k navýšení váhy, respektive jestli se takovým potravinám a jídlům vyhýbají a jak často je ze svého jídelníčku vynechávají.

Ve volbě odpovědí spatřujeme rozdíly u dívek a chlapců. Zatímco nejčastější uváděnou odpovědí u chlapců byla odpověď „Ano, ale ne více než 1 – 3x do měsíce“, kterou zvolilo přes 33 % chlapců, konkrétně toto procento představuje 22 respondentů, dívky nejvíce přiznávaly ještě o něco vyšší frekvenci vynechávání těchto jídel, když nejvíce uváděly odpověď „Ano, alespoň 1x za týden,“ a to konkrétně v necelých 40 % všech dívek, což je přesně 58 ze všech 148 do výzkumného šetření zapojených.

Největší genderové rozdíly spatřujeme v obou krajních možnostech odpovědí, tedy v odpovědích „Ano, každý den“ a „Ne, nikdy“. Až 49 dívek, tedy třetina všech respondentek uvedla, že každý den vynechává ze svého jídelníčku jídla, po kterých si myslí, že se může přibrat. Stejnou odpověď zvolilo jen necelých 8 % chlapců. Naopak třetina chlapců, konkrétně necelých 32 % uvádělo přesně opačnou odpověď, tedy, že nikdy nevynechávají jídla, která si myslí, že vedou k nabírání na váze. Tuto zamítavou odpověď si vybralo pouze přes 9 % dívek.

Můžeme tedy spatřovat přesně opačné jídelní chování na obou koncových, protichůdných stranách grafu, respektive rozdílné chování k potravinám a jídlům považovaným za tučné, sladké a další u oslovených dívek a chlapců.

Graf 13 – Přehled odpovědí u položky č. 3



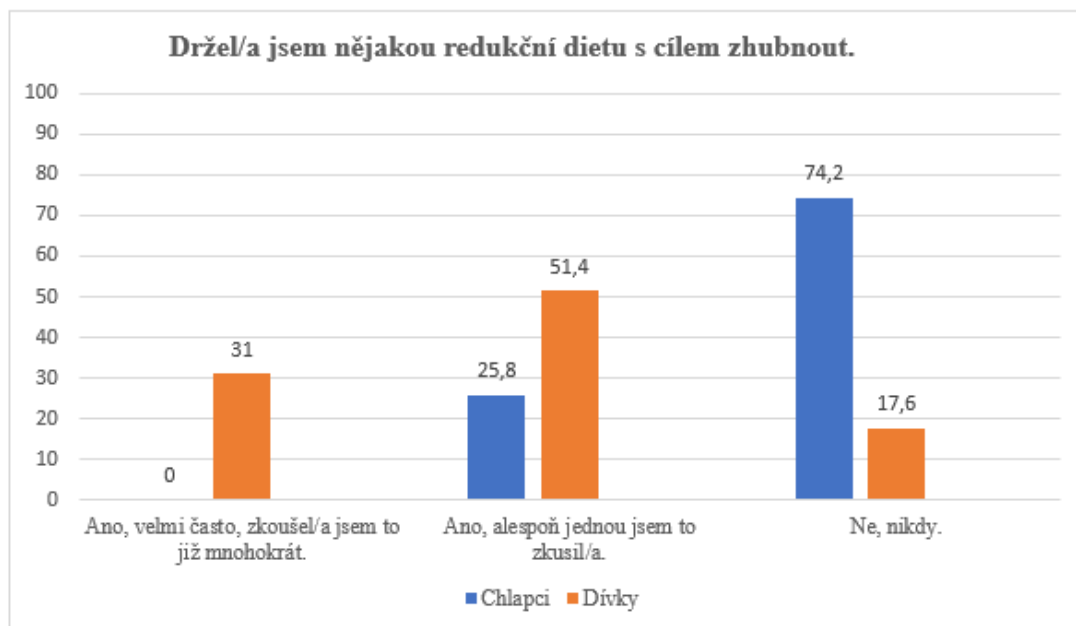
Otázka č. 6: Držel/a jsem nějakou redukční dietu s cílem zhubnout.

Tato položka zkoumala výskyt a četnost držení diet u středoškoláků a rozdíly v tomto chování u dívek a chlapců. I zde docházíme k předpokládaným výsledkům, které korespondují nejen s testovaným tvrzením, ale také s tvrzeními odborníků uvedených v teoretické části práce.

Jak je z Grafu 14 již na první pohled zřejmé, držení diet za účelem snížení váhy je typické především pro dívky. Ty, toto chování udávají i opakovaně, a to konkrétně 46 ze všech oslovených, tedy až třetina z nich. Nejvíce dívky uváděly, že držení diety zkusily alespoň jednou, jednalo se přesně o 76 studentek, tedy více než polovinu všech dotazovaných dívek. Autorka upozorňuje na to, že v této skupině není vyloučené, že se postupem času dívky „propracují“ do kategorie předchozí, tedy že diety začnou zkoušet opakovaně. Právě toto chování může předznamenat vznik poruch příjmu potravy, jak upozorňují i odborníci.

Naopak u chlapců držení opakovaných diet nevedl žádný z nich, jednoznačná většina, konkrétně přes 74 % dokonce odpovědělo, že nikdy dietu nedrželo. Zbývají chlapci se o to pokusili pouze jednou, konkrétně 17 z celkových 66 respondentů.

Graf 14 – Přehled odpovědí u položky č. 6



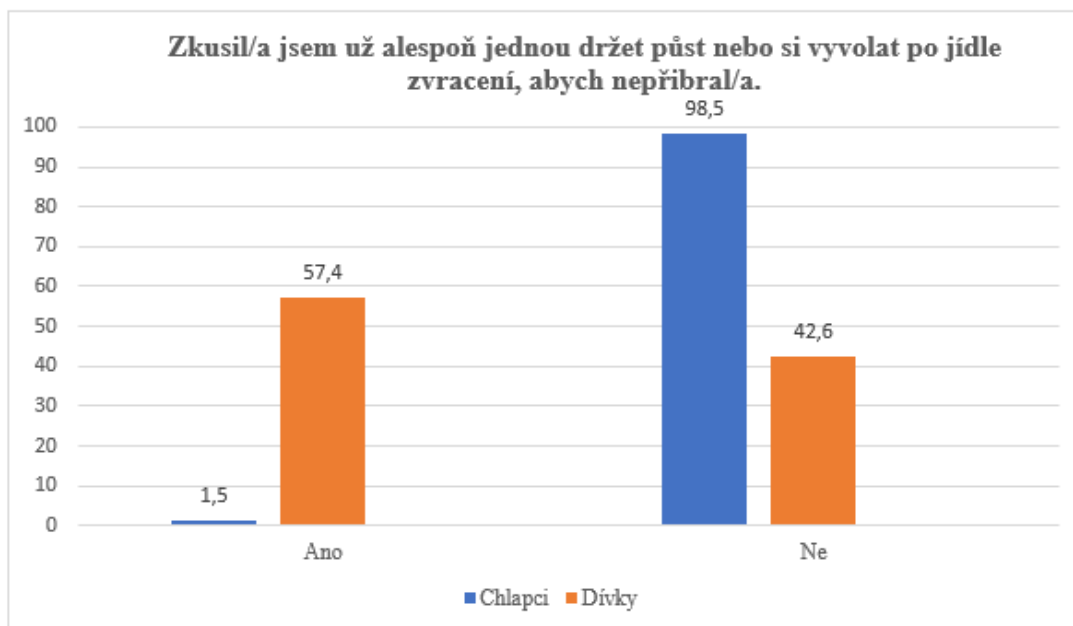
Otázka č. 8: Zkušel/a jsem už alespoň jednou držet půst nebo si vyvolat po jídle zvracení, abych nepřibral/a.

V této položce již byl zkoumán výskyt ohrožujícího chování, který je typické pro poruchy příjmu potravy. Respondenti byli dotazováni, zda alespoň jednou drželi půst nebo si vyvolali zvracení s cílem po jídle nepřibrat.

Autorka považuje výsledky této položky za více než alarmující, jelikož více než polovina dívek uvedla, že výše uvedené alespoň jednou zkušela, konkrétně se jedná o 85 dívek z celkových 148! Vzhledem k omezeným možnostem dotazníku a rozsahu výzkumného šetření, dotazník dále nezkoumal, zda se toto chování opakovalo či nikoliv. Autorka proto v této části upozorňuje, že právě mezi uvedenými 85 studentkami by při dalším podrobnějším dotazování například na opakování a četnost tohoto chování mohla být přímo prokázána některá z poruch příjmu potravy!

Naopak u chlapců pouze jeden ze všech dotazovaných uvedl, že tento způsob snižování váhy zkušel, zbylých téměř 99 % se o to nepokusilo ani jednou.

Graf 15 – Přehled odpovědí u položky č. 8



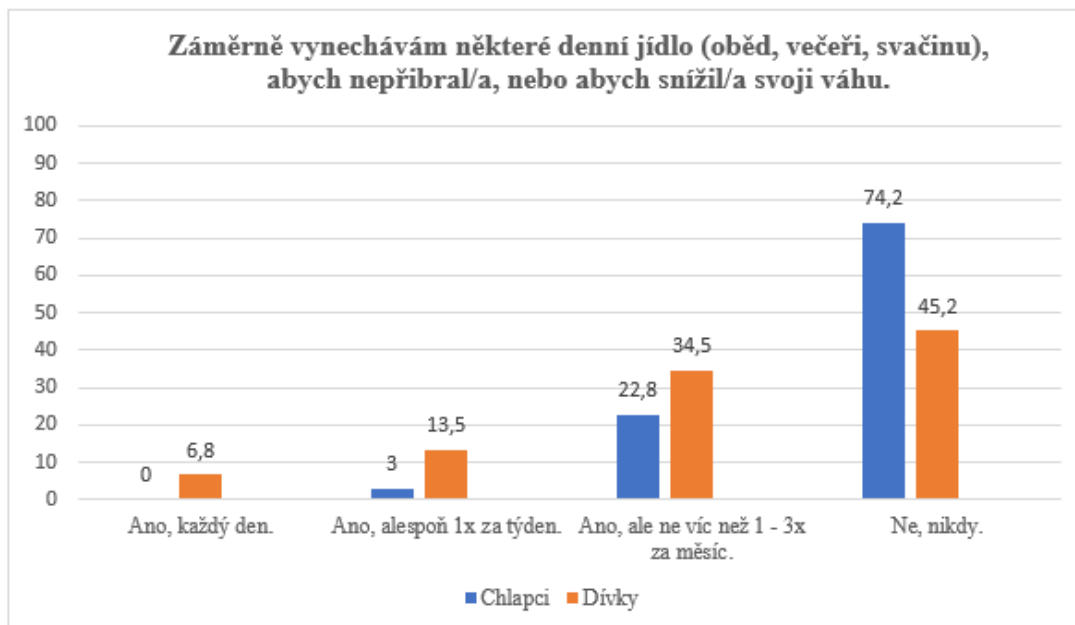
Otázka č. 11: Záměrně vynechávám některé denní jídlo (oběd, večeři, svačinu), abych nepřibral/a, nebo abych snížil/a svoji váhu.

Tato položka zkoumala další možný způsob nevhodného snižování tělesné hmotnosti, tedy záměrné vynechávání některých denních jídel. I zde spatřujeme jasné genderové nepoměry v odpovědích dívek a chlapců.

Zatímco odpověď „Ano, každý den“ a „Ano, alespoň 1x za týden“ zvolilo pouze 3 % chlapců a první odpověď dokonce žádný z nich, dívky tyto odpovědi vybraly v součtu ve více než 20 %, tedy 30 ze všech dotázaných dívek. Shodu v odpovědích můžeme spatřovat v nejčastěji vybrané odpovědi „Ne, nikdy“, i zde ale je jasný genderový nepoměr. Zatímco tuto volbu vybralo přes 45 % dívek, u chlapců to bylo až přes 74 %. I při této interpretaci dat si je však autorka vědoma většího zastoupení respondentek než respondentů zapojených do výzkumného šetření.

Výsledky této položky korespondují s výsledky a závěry, které byly stanoveny v předchozích položkách, především nacházíme shodu s položkou 3 a 6, jelikož právě vynechávání některých denních jídel může souviset s vynecháváním některých potravin z jídelníčku nebo s držením nějaké diety.

Graf 16 – Přehled odpovědí u položky č. 11



Verifikace hypotézy H4

Položky číslo 3, 6, 8 a 11 v dotazníku se zaměřovaly na genderové rozdíly ve výskytu a četnosti způsobů snižování tělesné hmotnosti u středoškoláků. Tyto uvedené položky verifikovaly hypotézu H4 ve znění „Snižování tělesné hmotnosti a další možné příznaky poruch příjmu potravy jsou čtenější u dívek než u chlapců.“

Pro potřeby ověření vztahu mezi dvěma proměnnými, konkrétně tedy pohlavím a vyšší četností výskytu způsobů snižování váhy u dívek, byla vytvořena následující nulová hypotéza H₄₀: Způsoby snižování tělesné hmotnosti nejsou čtenější u dívek než u chlapců. Pro zjištění existence vztahu dvou proměnných znaků je využita statistická metoda Test dobré shody chí-kvadrát na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Tab. 4 - Pozorované četnosti odpovědí u položky č. 3 ve vztahu k položce č. 1

Vynechávání určitých jídel	Pohlaví		Celkem
	DÍVKY	CHLAPCI	
KAŽDÝ DEN	49	5	54
MIN. 1X ZA TÝDEN	58	18	76
MAX. 1 – 3X ZA MĚSÍC	27	22	49
NIKDY	14	21	35
Celkem	148,00	66,00	214,00

Tab. 4 představuje kontingenční tabulku nezbytnou pro ověření případného vztahu mezi pohlavím a vyšší četností výskytu způsobů snižování tělesné hmotnosti u dívek než u chlapců. Za využití dat z tabulky 4 byla vypočítána hodnota testového kritéria $\chi^2 = 32,110$ a následně porovnána s kritickou hodnotou testového kritéria chí-kvadrát. Pro zjištění kritické hodnoty je nezbytné určit počet stupňů volnosti. Pro tabulku o dvou sloupcích a čtyřech řádcích je počet stupňů volnosti $f = 3$. Zároveň byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %). Kritická hodnota zvoleného testového kritéria $\chi^2_{0,05}(3) = 7,815$. Vypočítaná hodnota $\chi^2(32,110)$ je vyšší než kritická hodnota (7,815).

Výsledek

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu H_0 zamítám a přijímám hypotézu H_4 a připouštím tedy existenci souvislosti uvedených dvou proměnných. **Hypotéza H_4** ve znění „Snižování tělesné hmotnosti a další možné příznaky poruch příjmu potravy jsou čtenější u dívek než u chlapců“ **byla potvrzena.**

4.6 Shrnutí výsledků a diskuze k závěrům výzkumného šetření

Cíl výzkumného šetření, který byl na začátku výzkumného projektu stanoven, **byl splněn.** V rámci výzkumného šetření byly zmapovány genderové rozdíly v pohledu aktuálních středoškolských studentů na problematiku poruch příjmu potravy.

Kvantitativní šetření bylo provedeno dotazníkovou metodou a dotazník byl distribuován výhradně elektronicky v online verzi. **Dotazník** se skládal ze 16 položek, které měly uzavřené odpovědi. Vzhledem k zaměření výzkumného šetření byla cílová skupina definována jako současní studenti středních škol, tedy aktuální dospívající. Do výzkumného šetření se zapojilo a dotazník vyplnilo přesně **214 respondentů**. Tento výzkumný vzorek se skládal konkrétně ze 148 dívek a 66 chlapců. V tomto bodě si autorka uvědomuje genderový nepoměr zastoupení chlapců a dívek, který si interpretuje několika způsoby, podrobněji rozepsanými již v rámci podkapitoly 4.4. Charakteristika výběrového souboru.

Pro výzkumné šetření této práce byly stanoveny **čtyři hypotézy**, jedna ústřední a tři dílčí hypotézy. Každou hypotézu ověřovaly a v dotazníku testovaly konkrétní položky dotazníku, které byly na základě toho, kterou hypotézu sytily rozděleny do čtyř tematických okruhů. V závěru výzkumného šetření se na základě získaných dat, **tři hypotézy potvrdily**, konkrétně se jednalo o hypotézy H1, H2 a H4 a zároveň se **jedna hypotéza**, konkrétně hypotéza H3 **nepotvrdila**, čímž došlo k jejímu zamítnutí.

V rámci hypotézy H1 došlo k prokázání tvrzení, že dívky se o téma poruch příjmu potravy a oblasti s tím související zajímají více než chlapci. Ve všech položkách, které tento vztah mezi ženským pohlavím a zájmem o dané téma zkoumaly, byly prokazatelné genderové rozdíly. Autorka považuje nízkou atraktivitu řešeného tématu pro chlapeckou část středoškoláků způsobenou právě tím, že poruchy příjmu potravy jsou z velké část považovány především za „holčičí záležitost,“ (jak bylo prokázáno i v samotném výzkumném šetření této práce v rámci položky č. 14) a tím se pro ně stávají poruchy příjmu potravy tématem, které neřeší nebo o které se nezajímají. Můžeme také hledat vysvětlení v tom, že pokud se jedná o preventivní a osvětové působení v oblasti poruch příjmu potravy, ať už ze strany médií, školy apod., bývá výhradně cíleno na dívčí a ženskou část populace. Velmi málo se setkáváme hovořit někoho o poruchách příjmu potravy jinak, než v ženském rodě, tedy o pacientkách, anorektičkách a bulimičkách, nikoli o pacientech, bulimicích apod. I tato tendence může mít za následek právě utvrzování, především

laické veřejnosti, v přesvědčení, že poruchy příjmu potravy se chlapců a mužů netýkají a není tedy třeba, aby se o ně více zajímali.

V druhém tematickém celku výzkumného šetření, který ověřoval hypotézu H2, byla zkoumána oblast sebehodnocení a sebepojetí, respektive jestli existují genderové rozdíly v sebehodnocení u středoškolských dívek a chlapců. Jak již bylo v teoretické části práce, konkrétně v kapitole 2 Adolescence jako rizikový faktor poruch příjmu potravy, podrobněji rozpracováno, období adolescence je samo o sobě velmi obtížné a pro samotného dospívajícího náročné. Zvládnutí důležitých vývojových úkolů klade na adolescentního jedince vysoké nároky. Právě v tomto období se do popředí dostává téma sebehodnocení, sebereflexe a s tím spojeného sebepřijetí. V rámci výzkumného šetření bylo dospěno k závěru, že existují značné genderové rozdíly právě v této oblasti, když na základě získaných údajů došlo k potvrzení hypotézy H2, tedy že chlapci jsou více spokojeni se svou postavou než dívky. Dospívající dívky jsou častěji k sobě, ke svému vzhledu a postavě sebekritické a jejich sebehodnocení naznačuje častěji tendence k podhodnocování více, než je tomu u chlapců. Ze všech položek, které uvedenou hypotézu testovaly, byla patrná tendence vyjadřovat především nespokojenost se sebou samotnou, kterou dívky nejčastěji uváděly. Právě zde autorka spatřuje riziko pro vznik nejen poruch příjmu potravy. Preventivní působení, osvěta a bezpečný prostor pro přijetí sebe sama, takového, jaký jsem, je klíčovým faktorem pro úspěšné a zdravé sebepřijetí, právě zde autorka poukazuje na zásadní roli rodiny, školy a dalších institucí, se kterými dospívající přichází do styku nebo kde tráví svůj čas. Právě v práci na zdravém sebepojetí spatřuje autorka velký potenciál zejména ze strany rodičů a školy, kteří by měli na tyto sebehodnotící tendence dívek brát zřetel.

Při interpretaci dosažených výsledků v rámci hypotézy H3 musela autorka dojít k revizi stanoveného tvrzení, tedy že chlapci cvičí nadměrně a častěji než dívky. Při analýze výsledků byla patrná shoda ve volbě odpovědí u chlapců a dívek, přičemž odpovědi neprokázaly, že by chlapci cvičili nadměrně a častěji než dívky. Naopak získaná data prokázala stejné preference v četnosti a míře tělesných aktivit u chlapců a dívek. Autorka tyto výsledky přisuzuje více faktorům. Může se jednat o obecný větší důraz na zdravý životní styl a cvičení, který je v dnešní době patrný

a prezentovaný nejen z médií, ale i dalších zdrojů. Také může být stejná četnost a míra cvičení u dívek důsledkem právě výše prokázaného nižšího sebehodnocení a s tím často spojené touhy snížit váhu například právě cvičením.

Poslední zkoumanou oblastí byly již samotné způsoby snižování tělesné hmotnosti, které dospívající používají. Tuto oblast testovala hypotéza H4, která tvrdila, že snižování tělesné hmotnosti a další možné příznaky poruch příjmu potravy jsou čtenější u dívek než u chlapců. Tato hypotéza se potvrdila, jelikož ze získaných dat a výsledků byla jednoznačně prokázána větší četnost výskytu různých způsobů snižování hmotnosti u dívek než u chlapců. Výsledky poukázaly na velmi znepokojující údaje ohledně výskytu různých způsobů snižování hmotnosti, které dívky praktikují, především výsledky položky 8 by měly představovat minimálně námět k další diskuzi a hledání možností k cílenějšímu a efektivnějšímu preventivnímu působení v oblasti poruch příjmu potravy. Docházíme k závěru, že dívky častěji experimentují s různými způsoby snižování váhy, ať už hovoříme o držení diet, vynechávání určitých jídel, až po velmi závažná a alarmující zjištění, jako je dívkami vyzkoušené a do dotazníku uváděné, vyvolávání si zvracení nebo držení půstu. Tyto výsledky ukázaly, že přes veškerou informovanost a znalost problematiky, kterou dívky uváděly, právě ony zkoušejí svou hmotnost snižovat drastickými až nezdravými způsoby. Autorka se tedy zamýšlí nad tím, nakolik je informovanost a znalost tématu dostačující pro efektivní prevenci daného jevu. Jak výzkumné šetření ukázalo, zdá se, že informovanost o problematice není dostačujícím kritériem, ale je třeba dále vyvíjet úsilí v preventivních aktivitách a preventivním působení na dospívající mládež v oblasti poruch příjmu potravy.

Ze všeho výše uvedeného je zřejmé, že výsledky výzkumného šetření přinesly náměty k dalšímu zamyšlení se nad zkoumaným jevem, především v souvislostech genderových rozdílů, a tedy rozdílného přístupu k dívkám a chlapcům v této problematice.

Autorka, na základě zkušeností s právě realizovaným výzkumným šetřením a na základě sebereflexe tohoto vlastního výzkumného šetření, navrhuje několik **doporučení** či možností v případě dalšího výzkumného bádání v této oblasti.

V případě dalšího výzkumného šetření by autorka považovala za vhodnější osobní distribuci dotazníku přímo na středních školách, nikoli pouze elektronickou formou, čímž by podle ní došlo k vyvážení nepoměru v zastoupení dívek a chlapců, který byl v tomto výzkumném šetření patrný. Díky možnosti distribuce dotazníku přímo ve třídách středních škol, by byl eliminován faktor nezájmu chlapců o dané téma, které mohlo při volbě vyplnění či nevyplnění dotazníku v online verzi, hrát rozhodující roli pro jeho nevyplnění právě u chlapců. Autorka volbu výhradně elektronické distribuce dotazníku, a tedy výhradně online podobu dotazníku zdůvodnila již v podkapitole 4.3. Realizace sběru dat, přesto si je ale vědoma slabiny, které toto rozhodnutí na výzkumné šetření, respektive na genderový nepoměr oslovených respondentů, mohlo mít.

Další slabině, které autorka v průběhu vyhodnocování výzkumného šetření musela čelit, byla koncepce dotazníku, který autorka tvořila vlastní nestandardizovaný s možností volby uzavřených odpovědí. Právě uzavřené odpovědi, respektive nemožnost otevřených odpovědí, autorka shledala jako sice pro toto výzkumné šetření dostačující, došla však k závěru, že pro hlubší ponoření se do tématu a získání přesnějších a relevantnějších údajů, by možnost otevřených odpovědí, alespoň u některých položek, byla vhodnější. Jako doporučení pro případné další výzkumné šetření by tedy volila dotazník umožňující respondentům doplnění vlastních odpovědí, v případě rozsáhlejších studií například kombinaci dotazníkové metody s metodou rozhovorů s vybranými středoškolskými studenty, případně by autorka zvolila výzkumné šetření tentokrát kvalitativního charakteru.

Na druhé straně, autorka velmi pozitivně hodnotí počet zapojených studentů, respektive počet respondentů, které se podařilo oslovit, a kteří se do výzkumného šetření zapojily, jelikož takovou odezvu na začátku distribuce dotazníku neočekávala.

I přes uvedené slabiny, na které autorka v průběhu realizace výzkumného šetření narazila, a které ve zhodnocení závěrů přiznává a navrhuje pro ně výše uvedená řešení, došlo na základě získaných výsledků ke splnění cíle výzkumného šetření.

Závěr

V závěru můžeme konstatovat, že cíl této diplomové práce, který byl na začátku stanoven a definován, byl splněn. Tato diplomová práce poskytla základní vhled do problematiky poruch příjmu potravy a v rámci výzkumného šetření zjistila, jaké jsou genderové rozdíly v pohledu současných studentů středních škol na poruchy příjmu potravy. Po teoretické rovině nabídla základní informace o dané oblasti a poskytla základní orientaci v řešeném tématu. Teoretická část práce, složená ze tří hlavních tematických kapitol poskytla odborná teoretická východiska pro výzkumné šetření práce, které z poznatků v teoretické části práce získaných, vycházelo.

Také konstatujeme, že byl splněn stanovený cíl výzkumného šetření, když došlo na základě provedeného kvantitativního šetření ke zmapování genderových rozdílů v pohledu aktuálních studentů středních škol na problematiku poruch příjmu potravy. V rámci výzkumného šetření byla stanovena jedna ústřední výzkumná hypotéza a tři dílčí výzkumné hypotézy. Ze získaných údajů došlo k potvrzení tří hypotéz, konkrétně se jednalo o hypotézy H1, H2 a H4 a k vyvrácení jedné hypotézy H3, která se nepotvrdila. Výsledky výzkumného šetření přinesly bližší náhled na pohled a názor současných studentů středních škol na problematiku poruch příjmu potravy, na jejich vlastní názor na danou oblast, ale také byly získány konkrétní údaje o jejich osobní zkušenosti a možných příznacích poruch příjmu potravy, které bylo možné z výzkumného šetření odvodit.

Za hlavní přínos celé práce, v její teoretické rovině, ale především v souvislosti se závěry výzkumného šetření, považuje autorka právě údaje o genderových rozdílech, které byly v této oblasti u středoškoláků zjištěny. Rozdíly v chápání a přístupu k poruchám příjmu potravy a s touto problematikou souvisejících oblastí, byly u dívek a chlapců prokázány. Rozdíly mezi chováním, jídelními návyky a názory v dané oblasti u dívek a chlapců mohou dále sloužit pro větší pochopení řešené problematiky, především mohou poskytnout orientační východiska pro další práci s dospívající mládeží, ať už hovoříme o preventivních

aktivitách a preventivním působení ze strany rodiny či školy, tak mohou složit pro efektivnější a cílenější intervenci u této cílové skupiny v dané oblasti.

Seznam literatury a zdrojů

- 1) ARTERBURN, Stephen, BURNS, Jim. *Nebezpečné pády. Průvodce úskalími dospívání*. Vydání první. Brno: Nová naděje, 2002. 227 s. ISBN 80-86077-04-7.
- 2) CARR-GREGG, Michael, SHALE, Erin. *Puberťáci a adolescenti. Průvodce výchovou dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 200 s. ISBN 978-80-7367-662-9.
- 3) CASSUTO, Dominique-Adele. *Když chce dcera zhubnout. Rady pro rodiče dospívajících dívek*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-357-4.
- 4) COPELAND, W. E. et al. Does Childhood Bullying Predict Eating Disorder Symptoms? A Prospective, Longitudinal Analysis. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2016, 49(6), 563-571 [cit. 2019-04-20]. DOI: 10.1002/eat.22526. ISSN 02763478.
- 5) ECO, U. *Jak napsat diplomovou práci*. Olomouc: Votobia, 1997. 271 s. ISBN 80-7198-173-7.
- 6) FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Vydání první. Praha: Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 8-246-0173-7.
- 7) FIALOVÁ, Ludmila, KRCH František David. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.
- 8) FRAŇKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, Jana, MALICHAROVÁ, Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta. Teorie, výzkum, praxe*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013. 302 s. ISBN 978-80-246-2247-7.
- 9) GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Druhé, rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

- 10) GÖCKEL, Renate. *Místo činu lednička. Když se z jídla stane problém*. Vydání první. Praha: Práh, 2008. 161 s. ISBN 978-80-7252-200-2.
- 11) GROGAN, Sarah. *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a. s., 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1.
- 12) HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. 400 s. ISBN 978-80-247-4674-6.
- 13) CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- 14) JANEBOVÁ, Radka. *Sociální problémy z aspektu gender*. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. 106 s. ISBN 0-7041-512-6.
- 15) JANOŠOVÁ, P. *Dívčí a chlapecká identita. Vývoj a úskalí*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a. s., 2008. 288 s. ISBN 978-80-247-2284-9.
- 16) KARSTEN, Hartmut. *Ženy – muži. Genderové role, jejich původ a vývoj*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-145-X.
- 17) KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. První vydání. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.
- 18) KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří a PAPEŽOVÁ, Hana. *Prevence poruch příjmu potravy v adolescenci*. The Central and Eastern European Online LibraryThe, 2014. [online] [cit. 2019-05-01] Dostupné z: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=297213>.
- 19) KRCH, František David. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2130-9.

- 20) KRCH, D. František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
- 21) KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a. s., 2005. s. 255. ISBN 80-247-0840-X.
- 22) KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy – gender perspektiva*. The Central and Eastern European Online Library, 2002. [online] [cit. 2019-05-01] Dostupné z: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=204240>.
- 23) KRCH, František David, MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy. Příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003. 32 s.
- 24) LAŠEK, J., MANĚNOVÁ, M. *Základy statistického zpracování pedagogicko-psychologického výzkumu*. Vydání druhé. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2009. 42 s. ISBN 978-80-7041-779-9.
- 25) LIPPA, A. Richard. *Pohlaví: příroda a výchova*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2009. 432 a. ISBN 978-80-200-1719-2.
- 26) MACEK, Petr. *Adolescence*. Druhé, upravené vydání. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
- 27) MALONEY, M, KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.
- 28) MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
- 29) MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. 1. vydání. Nesovice: DORON, 2013. 81 s. ISBN 978-80-7297-115-2.

- 30) MKN – 10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. aktualizované vydání k 1.1.2013*, ISBN 92 4 154649 2 (svazek 1.)
- 31) MUSTELIN, L. et al. Risky drinking behaviors among women with eating disorders – A longitudinal community – based study. *International Journal of Eating Disorders*. [online]. 2016, 49(6), 563-571 [cit. 2019-04-20]. DOI: 10.1002/eat.22526. ISSN 02763478.
- 32) NIELSON SOBOTKOVÁ, Veronika a kolektiv. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.
- 33) NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vydání první. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- 34) PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Vydání 1. Praha: GRADA Publishing a. s., 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- 35) PROCHÁZKOVÁ, Lenka, SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ Jana. *Poruchy příjmu potravy. Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Vydání první. Pasparta Publishing, s. r. o., 2017. 97 s. ISBN 978-80-88163-46-6.
- 36) RIBERIO, M. A. et al. Research and psychosocial intervention with families of children and adolescents with eating disorders and obesity. *International Journal of Eating Disorders*. [online]. 2017, 11, 1-10. [cit. 2019-04-20]. DOI: 10.5964/ijpr.v11isupp1.238. ISSN 19816472.
- 37) SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Vydání první. Praha: Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-795-7.
- 38) TABLER, J. and UTZ, R. L. The influence of adolescent eating disorders or disordered eating behaviors on socioeconomic achievement in early adulthood.

International Journal of Eating Disorders. [online]. 2015, 48(6), 622-632. [cit. 2019-04-20]. DOI: 10.1002/eat.22395. ISSN 02763478.

39) Ústav zdravotnických informací a statistik České republiky. *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017*. [online] [cit. 2019-04-20] Dostupné z: file:///C:/Users/lpoho/Downloads/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf.

40) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

41) VALOUCHOVÁ, Pavlína. *Krásný holky. Neformální sociální kontrola žen prostřednictvím vzhledu*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 137 s. ISBN 978-80-244-4875-6.

42) VAŠUTOVÁ, Maria, PANÁČEK, Michal a kol. *Mezi dětstvím a dospělostí. Vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Vydání první. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2013. 138 s. ISBN 978-80-7464-125-1.

Seznam grafů a tabulek

Seznam grafů

Graf 1 - Procentuální zastoupení respondentů podle pohlaví.....	60
Graf 2 – Přehled odpovědí u položky č. 12.....	62
Graf 3 – Přehled odpovědí u položky č. 14.....	63
Graf 4 - Přehled odpovědí u položky č. 15.....	64
Graf 5 - Přehled odpovědí u položky č. 16.....	65
Graf 6 - Přehled odpovědí u položky č. 4.....	68
Graf 7 - Přehled odpovědí u položky č. 7.....	69
Graf 8 - Přehled odpovědí u položky č. 9.....	70
Graf 9 - Přehled odpovědí u položky č. 2.....	72
Graf 10 - Přehled odpovědí u položky č. 5.....	73
Graf 11 - Přehled odpovědí u položky č. 10.....	74
Graf 12 - Přehled odpovědí u položky č. 13.....	75
Graf 13 - Přehled odpovědí u položky č. 3.....	78
Graf 14 - Přehled odpovědí u položky č. 6.....	79
Graf 15 - Přehled odpovědí u položky č. 8.....	80
Graf 16 - Přehled odpovědí u položky č. 11.....	81

Seznam obrázků

Obr. 1 – Porovnání počtu ambulantních pacientů s dg. F50 na 100 tisíc obyvatel podle kraje sídla zdravotnického zařízení v roce 2017.....30

Obr. 2 – Porovnání počtu hospitalizací s diagnózami F50.0-F50.9 podle věkových skupin v roce 2011 a 2017.....31

Seznam tabulek

Tab. 1 – Pozorované četnosti odpovědí u položky č. 12 ve vztahu k položce č. 1.....66

Tab. 2 - Pozorované četnosti odpovědí u položky č. 7 ve vztahu k položce č. 1.. 71

Tab. 3 - Pozorované četnosti odpovědí u položky č. 2 ve vztahu k položce č. 1...76

Tab. 4 - Pozorované četnosti odpovědí u položky č. 3 ve vztahu k položce č. 1.. 82

Seznam příloh

Příloha A – Přepis dotazníku k výzkumnému šetření práce

Příloha A

Vážené studentky a vážení studenti,

prosím věnujte pár minut vyplnění následujícího dotazníku, který zkoumá pohled současných studentů středních škol na poruchy příjmu potravy. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro účely diplomové práce.

U každé otázky vyberte prosím vždy jen jednu odpověď a svůj výběr označte křížkem.

Děkuji za vyplnění a Váš čas!

1) Jsi

- dívka
- chlapec

2) Jak často cvičíš, navštěvuješ posilovnu, chodíš běhat apod.? (nepočítej hodiny tělocviku ve škole)

- 3x a více za týden
- 1 – 2x za týden
- Nepravidelně, čas od času.
- Spíše vůbec necvičím.

3) Ze svého jídelníčku vynechávám sladkosti, tučná jídla a další potraviny, po kterých si myslím, že se může přibrat na váze.

- Ano, každý den.
- Ano, alespoň 1x za týden.
- Ano, ale ne více než 1 – 3x za měsíc.
- Ne, nikdy.

4) Myslím, že kdybych měl/a o pár kilo méně cítil/a bych se spokojenější.

- Ano, zcela souhlasím.
- Asi ano, spíše souhlasím.
- Asi ne, spíše nesouhlasím.
- Určitě ne, zcela nesouhlasím.

5) Dávám přednost cvičení nebo návštěvě posilovny před jinými aktivitami ve svém volné čase.

- Ano.
- Ne.

6) Držel/a jsem nějakou redukční dietu s cílem zhubnout.

- Ano, velmi často, zkoušel/a jsem to již mnohokrát.
- Ano, alespoň jednou jsem to zkusil/a.
- Ne, nikdy.

7) Když se podívám na sebe do zrcadla, jsem spokojen/á s obrazem, který v něm vidím.

- Určitě ano, zcela souhlasím.
- Asi ano, spíše souhlasím.
- Asi ne, spíše nesouhlasím.
- Určitě ne, zcela nesouhlasím.

8) Zkusil/a jsem už alespoň jednou držet půst nebo si vyvolat po jídle zvracení, abych nepřibral/a.

- Ano.
- Ne.

9) Myslím, že mí přátelé mají hezčí a/nebo štíhlejší postavu než já.

- Určitě ano, zcela souhlasím.
- Asi ano, spíše souhlasím.
- Asi ne, spíše nesouhlasím.
- Určitě ne, zcela nesouhlasím.

10) Při cvičení posouvám hranici svých možností, cvičím, i když cítím, že to bolí nebo už nemůžu.

- Ano.
- Ne.

11) Záměrně vynechávám některé denní jídlo (oběd, večeři, svačinu), abych nepřibral/a, nebo abych snížil/a svoji váhu.

- Ano, každý den.
- Ano, alespoň 1x za týden.
- Ano, ale ne víc než 1 - 3x za měsíc.
- Ne, nikdy.

12) O způsobech, jak zhubnout, o dietách nebo o poruchách příjmu potravy vůbec nepřemýšlím, tato témata mě nezajímají.

- Souhlasím, tato témata neřeším.
- Nesouhlasím, zajímám se o ně.

13) Když musím vynechat návštěvu posilovny nebo cvičení jsem z toho nervózní a podrážděný/á.

- Ano.
- Ne.

14) Mentální anorexii a mentální bulimii považuji za „holčičí záležitost“.

- Ano, zcela souhlasím.
- Asi ano, spíše souhlasím
- Asi ne, spíše nesouhlasím.
- Ne, zcela nesouhlasím.

15) O mentální anorexii nebo mentální bulimii čtu knížky nebo články na internetu nebo se dívám na videa a filmy s touto tematikou.

- Ano, je to zajímavé téma.
- Občas, pokud mě zrovna něco zaujme.
- Ne nikdy, nezajímá mě to.

16) Mám základní informace o mentální anorexii a mentální bulimii, vím, jaké jsou charakteristiky těchto onemocnění a jakými rozdíly se od sebe odlišují.

- Ano, zcela souhlasím.
- Asi ano, spíše souhlasím
- Asi ne, spíše nesouhlasím.
- Ne, zcela nesouhlasím.

Děkuji za vyplnění dotazníku!