

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

**Bakalářská práce**

2015

Drapáková Michaela

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra Pedagogiky a Psychologie

**Pojetí tělového schématu u dospívajících dívek**

Bakalářská práce

Autor: Drapáková Michaela  
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Učitelství praktického vyučování  
Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Juklová, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Drapáková**  
Osobní číslo: **P121574**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Učitelství praktického vyučování**  
Název tématu: **Pojetí tělového schématu u dospívajících dívek**  
Zadávací katedra: **Katedra pedagogiky a psychologie**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Práce se zabývá pojetím tělového schématu u dospívajících dívek různých věkových kategorií. Problematika je nahlížena z hlediska společenských vlivů a důsledků v chování dívek, které mohou být nezdravé. Výzkumná část zjišťuje souvislosti mezi tělovým schématem a stravovacími návyky dívek s použitím dotazníkové metody.

Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy:  
Seznam odborné literatury:

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Juklová, Ph.D.**  
Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **18. února 2014**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **18. února 2016**

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.  
děkan

L.S.

Mgr. Kateřina Juklová, Ph.D.  
vedoucí katedry

dne

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma“ Pojetí tělového schématu u dospívajících dívek“ vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu. Jako autor uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Hradci Králové dne: 30.4.2015

---

Podpis

**Poděkování:**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Kateřině Juklové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Mé díky patří i všem respondentům, kteří se trpělivě podíleli na výzkumné části mé bakalářské práce.

---

Podpis

**Anotace:**

DRAPÁKOVÁ, Michaela. Pojetí tělového schématu u dospívajících dívek. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 90 s. Bakalářská práce.

Práce se zabývá pojetím tělového schématu u dospívajících dívek různých věkových kategorií. Problematika je nahlížena z hlediska společenských vlivů a důsledků v chování dívek, které mohou být nezdravé. Výzkumná část zjišťuje souvislosti mezi tělovým schématem a stravovacími návyky dívek s použitím dotazníkové metody.

Klíčová slova: Pojetí, Tělové schéma, Dospívání, Poruchy příjmu potravy, Mentální anorexie.

**Annotation:**

DRAPÁKOVÁ, Michaela. The concept of body image and adolescent girl. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 90 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis deals with the concept of body image of adolescent girls of different age groups. The matter is viewed from the point of social influences and consequences of girl behaviour which can be unhealthy. Empirical part finds connection between body image and eating habits of the girls.

Keywords: conception, body image, adolescence, eating disorders, anorexia nervosa.



### **Prohlášení**

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1 /2013 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum: 30.4.2015

Podpis: \_\_\_\_\_

## **Obsah**

<b>Úvod</b> .....	12
-------------------	----

### **I. Teoretická část**

<b>1. Dospívání</b> .....	14
---------------------------	----

1.1. Změny v dospívání.....	15
-----------------------------	----

1.2.1. Pubertální změny.....	15
------------------------------	----

1.2.2. Kognitivní změny.....	15
------------------------------	----

1.2. Emoce v dospívání.....	16
-----------------------------	----

1.3. Proces socializace.....	16
------------------------------	----

1.4. Morální vývoj.....	17
-------------------------	----

1.5. Vztahy v dospívání.....	17
------------------------------	----

<b>2. Tělesné sebepojetí</b> .....	19
------------------------------------	----

2.1. Sebepečetí.....	19
----------------------	----

2.2. Historické trendy v zobrazování ženského těla.....	20
---	----

2.3. Idealizace štíhlosti.....	21
--------------------------------	----

2.4. Kulturní odlišnosti v tělesném sebepečetí.....	22
---	----

2.5. Vnímání těla v různých obdobích života.....	22
--	----

2.5.1. Pre-adolescence.....	22
-----------------------------	----

2.5.2. Adolescence.....	22
-------------------------	----

2.5.3. Dospělost.....	23
-----------------------	----

2.6. Vliv masových médií na tělesné sebepečetí.....	23
---	----

2.7. Metody výzkumu hodnotící spokojenost s tělem.....	24
--	----

2.7.1. Metoda Siluety.....	24
----------------------------	----

2.7.2. Dotazníková metoda.....	25
--------------------------------	----

2.7.3. Metoda pomocí rozhovorů.....	25
-------------------------------------	----

2.8. Body Mass index.....	25
---------------------------	----

2.9. Možnosti korekce tělesných proporcí.....	26
---	----

2.9.1. Dietní chování.....	26
2.9.2. Cvičení.....	26
2.9.3. Lékařské zákroky, estetická chirurgie.....	26
2.9.4. Kosmetická péče.....	27
<b>3. Sociální faktory v utváření postojů k jídlu.....</b>	<b>28</b>
3.1. Vliv rodiny.....	28
3.2. Vliv sourozenců.....	29
3.3. Vliv médií.....	29
<b>4. Poruchy tělesného sebepojetí.....</b>	<b>31</b>
4.1. Poruchy příjmu potravy.....	31
4.1.1. Záchvatové přejídání.....	32
4.1.2. Mentální bulimie.....	33
4.1.3. Mentální anorexie.....	34
4.2. Druhy mentální anorexie.....	35
4.3. Příčiny mentální anorexie.....	37
4.4. Následky mentální anorexie.....	39
4.5. Léčba mentální anorexie.....	40
4.5.1. Linka důvěry.....	41
4.5.2. Ambulantní péče.....	41
4.5.3. Hospitalizace.....	43
4.5.4. Pomoc ze strany pedagoga.....	43
4.6. Nebezpečné sociální sítě.....	44
4.7. Prevence mentální anorexie.....	45
<b>II. Praktická část</b>	
1. Cíle, metody výzkumu a stanovení kvalifikovaných předpokladů.....	47
2. Výběr respondentů.....	48
3. Cílová skupina respondentů při realizaci výzkumu.....	48

4. Vlastní výzkum, analýzy a prezentace výsledků.....	48
<b>Závěr.....</b>	<b>73</b>
<b>Seznam použité literatury.....</b>	<b>74</b>
<b>Seznam zkratek.....</b>	<b>76</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>77</b>

## Úvod

*„Tuto práci bych ráda věnovala všem dospívajícím dívkám, o nichž vím, že nejsou spokojené se svojí postavou a trpěly nebo trpí tímto závažným onemocněním, které bych přirovnala k civilizační chorobě. Dále bych ráda tuto práci také věnovala všem ženám a dívkám, které svůj boj s touto nemocí prohrály.“ (autorka práce)*

Moje bakalářská práce se zabývá pojetím tělového schématu u dospívajících dívek ve věku 13 – 16 let. Budu se zaměřovat hlavně na názor zdravých dospívajících dívek na mentální anorexii, jak jsou tyto dívky informovány o této nemoci a jak jsou spokojeny se svojí tělesnou váhou a fyzickým vzhledem. Nahlížím na problém z hlediska společenských vlivů a důsledku chování dívek, které může být nezdravé.

Toto téma jsem si zvolila ze tří důvodů. Prvním důvodem je moje osobní setkání na střední škole s dívkou, která touto nemocí trpěla. Druhým důvodem je to, že si plně uvědomuji nebezpečnost a vysoký nárůst tohoto onemocnění. Můj třetí důvod je, že považuji za důležité, abych jako budoucí vychovatelka, učitelka a matka se v této problematice dobře orientovala a při možném výskytu tohoto onemocnění, včas rozpoznala a dokázala svým studentkám a dětem pomoci a vedla je správnou cestou. Problematice poruch příjmu potravy a zejména mentální anorexii se aktivně věnuji od roku 2012, kdy jsem si mentální anorexii zvolila jako téma pro svou zápočtovou práci v rámci svého studia na vysoké škole. Toto onemocnění mě natolik zaujalo, že jsem se mu začala ještě více věnovat. Můj zájem o onemocnění hlavně u dospívajících dívek dále trvá a ráda bych se mu věnovala i ve svém dalším studiu na magisterském oboru Resocializační pedagogika, kam se tento rok hlásím.

Mentální anorexie stále častěji ohrožuje dospívající dívky, které si po vzoru dokonalých modelek vypěstují závažnou duševní chorobu, která se v ČR týká přibližně 1% dospívajících a úmrtnost u této diagnózy je kolem 5%.

Toto téma je důležité zejména proto, že negativní dopady mají veliký vliv na společnost a hlavně dospívající dívky. Touto duševní nemocí trpí z celkového počtu nemocných 95% dívky a ženy, zbylých 5% tvoří skupina mužů. Věková hranice, kdy dochází k onemocnění, se stále snižuje. Onemocnění může dívky potkat v jakémkoliv věku třeba i v 8 letech. V dnešní době dospívající dívky obklopují média krásnými těly. Televizní pořady, filmy, reklamy, časopisy pro ženy i muže – všude se setkáváme s myšlenkou, že krásné, mladé a štíhlé ženské tělo je zárukou osobního štěstí. A bohužel: nejen zárukou, ale i podmínkou. Díky těmto společenským vlivům se stále častěji zvyšuje procento nemocných mentální anorexií a mentální bulimií převážně u dospívajících dívek, které jsou v tomto období velice zranitelné.

Cílem mojí bakalářské práce je zjistit názor zdravých dospívajících dívek na mentální anorexii, jaká je jejich informovanost o této nemoci a v neposlední řadě jejich spokojenost s vlastním tělem a proporcemi. Ráda bych upozornila na faktory a příčiny, které jedince v životě ovlivňují a které mohou být spouštěcím mechanismem poruchy příjmu potravy.

V teoretické části mé práce bych ráda popsala jednu důležitou etapu života, a to dospívání – základní charakteristiku, změny, které nastávají v tomto období a vývoj. Dále se věnuji tělesnému sebepojetí, a sociálním faktorům, které se podílejí na utváření postojů k jídlu. Ke konci teoretické části dále popíši poruchy příjmu potravy hlavně mentální anorexii, její celkovou charakteristiku, příčiny, důsledky a také léčbu s prevencí.

V praktické části své bakalářské práce se věnuji svému výzkumu, který proběhl na základní škole a střední škole. Šetření proběhlo pomocí dotazníkové metody, jejímž úkolem bylo zjistit názor dívek na mentální anorexii, jejich informovanost o této nemoci a v neposlední řadě průzkum, zda jsou spokojeny se svojí postavou.

# I. Teoretická část

## 1. Dospívání

Dospívání je velice důležitým, ale také zajímavým obdobím života jedince. Tato kapitola se věnuje pouze této krásné, ale i složité etapě života. Vysvětluje celkovou charakteristiku pojmu dospívání, věnuje se změnám, které během dospívání nastávají hlavně pubertálním a kognitivním. Také se dotýká emocí dospívajících, který mají veliký podíl na jejich prožívání světa, který je obklopuje. Velice důležitou podkapitolou je proces socializace, který je pro jedince velice důležitý z hlediska jeho začleňování do společnosti a utváření si svého „já“. Zabývá se také vztahy, které se objevují a mění, od vztahů v rodině až po přátelské, k vztahům s učiteli. Tyto vztahy jsou opět velice důležité, protože utvářejí některé hodnoty dospívajících.

### Charakteristika dospívání

Termín dospívání (adolescence) je odvozen z latinského slovesa *adolescere*, což znamená dorůst nebo dospívat. Jako termín označující určité období života člověka bylo toto slovo použito poprvé v 15. století. Přitom označení *adolescenti* se v českém jazyce volně zaměňuje s označením *dospívající* či *dorost* a rovněž s širším označením *mládež*. Termín *adolescenti* je typický výraz pro psychologii, termín *dospívající* či *dorost* pro lékařské vědy a označení *mládež* je typický výraz pro sociologii a pedagogiku.

Biologickým základem přechodného období, ve smyslu stádia přechodu z dětství do dospělosti, je pohlavní dospívání. Proto se toto přechodné období často nazývá *pubertou*.

Obsah, doba trvání a kritéria pro vymezení tohoto období jsou v různých společnostech různé. Časově vyplňuje především druhé desetiletí života. Konkrétní časové vymezení a specifikace tohoto období se u jednotlivých autorů knih o dospívání velmi liší. Macek například uvádí že, „*Celkové dospívání můžeme časově vymezit od věku 11. let do věku 20/ 22 let.*“ (Macek, 2003, s. 9). Například v sociologické literatuře se věková periodizace zakládá hlavně na změně společenského postavení a na sociální činnosti osobnosti.

Počátek dospívání je spojován s reprodukční zralostí a tělesným růstem. Adolescence se rozděluje do tří fází. Každá z těchto fází má svoje charakteristiky, například srovnání dvanáctiletého *dospívajícího* s devatenáctiletým *adolescentem* potvrzuje, jak velké změny nastanou v průběhu tohoto období.

Macek ve své knize rozděluje adolescenci na tři druhy. Těmi jsou:

Časná adolescence – toto období se většinou časově vyznačuje od 11. roku do 13. roku věku. V tomto období dominují pubertální změny. Projev prvních biologických a fyzických změn. U dívek se začíná objevovat první ochlupení, růst prsou, nástup menstruace. U chlapců se objevují první známky ochlupení, růst varlat a pohlavního orgánu. Typické je například zvýšení zájmu o vrstevníky opačného pohlaví, což je důsledkem pohlavního pudu a výskytem pohlavních změn.

Střední adolescence – většinou datovaná od 14 do 16 let věku, je dospívání obdobím úvah a hodnocení. V této době se adolescenti snaží výrazně odlišovat od svého okolí, jinak se oblékají, preferují specifickou hudbu a podobně. V psychologickém smyslu je toto období hledání osobní identity, to znamená vlastní jedinečnosti. Střední adolescence je charakterizována změnami, které si způsobují adolescenti sami.

Pozdní adolescence – datována obvykle od 17 do 20 – 22 let. Je fáze, která nejvíce směřuje k dospělosti. Většina dospívajících ukončuje v této době svoje vzdělávání a snaží se nalézt pracovní uplatnění. Posiluje se potřeba někam patřit, podílet se na něčem a něco s druhými sdílet. Jedinec v tomto období uvažuje o budoucích cílech a plánech, a to jak ve vztahu k profesi, tak i v oblasti partnerských vztahů.

## **1.1. Změny v dospívání**

### **1.1.2. Pubertální změny**

Primární změny, které utvářejí dítě do adolescence, se týkají podle většiny autorů změn hormonálních. Vedle vývoje pohlavních znaků je pro dospívání charakteristický zrychlený růst – výška a váha. „*Dívky ve střední a pozdní adolescenci v těchto ukazatelích výrazně zpomalují.*“ (Macek, 2003, s. 19).

Pubertální změny se obvykle popisují v pěti vývojových stádiích.

U dívek v prvním stadiu nejsou patrné téměř žádné viditelné pohlavní znaky. Ve druhém stadiu se začíná zvětšovat prsní tkáň pod bradavkou a okolo genitálií je patrné první ochlupení. Ve třetím stadiu se objevuje vnější kontura prsou. Ve čtvrtém stadiu se objevuje kontura prsu a ochlupení genitálií již dospělého typu, zabírající však menší oblast. Páté stádium je charakteristické pro již plným vývojem pohlavních znaků. Menstruační cyklus se objevuje relativně později, často v průběhu třetí fáze. První známky puberty se u chlapců objevují o půl roku později než u dívek.

Podle Macka vědomí vlastních pubertálních změn má větší vliv na sebehodnocení u dívek než u chlapců. Dívky také vnímají pubertu a dospívání (ve větší míře než chlapci) jako zásah do svého života. Chlapci vnímají pubertální změny většinou pozitivně.

### **1.1.3. Kognitivní změny**

Kognitivní změny spočívají v utváření formálních operací. Mezi jedenáctým a patnáctým rokem se zakládá nutná výbava abstraktního myšlení. Mění se charakteristiky paměti a to jak krátkodobé tak i dlouhodobé. S přibývajícím věkem a životními zkušenostmi se přirozeně zvyšuje i kvantita informací uložených v dlouhodobé paměti. Zvyšuje se schopnost uvažovat o aktuálních možnostech, variantách řešení jednotlivých problémů. Dle Taxové ve střední a pozdní adolescenci je myšlení méně absolutní a více relativní, vztahové a sebereflektující.



## 1.2. Emoce v dospívání

*„Je prokázáno, že některé zvláštnosti emocionálních reakcí puberty spočívají v hormonálních a fyziologických procesech. Fyziologický průběh emocionálního napětí je názornější u žen. U nich totiž deprese a podrážděnost, nevyrovnanost a snížená sebeúcta souvisejí s určitým obdobím menstruačního cyklu. U chlapců taková závislost psychofyziologická nebyla prozatím zjištěna“.* (Kon, 1988, s. 34).

Přibývá vyšších citů. Adolescence je však z hlediska emocionálního vývoje poměrně dlouhé období a v jednotlivých etapách jsou emocionální projevy odlišné. Mají-li dobrou náladu, bývají adolescenti milí, ochotní a přístupní domluvám, jsou-li špatně naladěni je s nimi komunikace obtížná, vše je dráždí, vyhledávají spory nebo se naopak uzavírají do samoty. Emoční labilita se vyskytuje spíše v časně adolescenci, zde dochází k posunu nálad k negativním rozladům, období krizí a pocitových zvrátů. Rozkolísanost prožívání se objevuje jak ve vztahu k vlastní osobě tak i ve vztazích ke všemu, co je obklopuje.

*„Minnesotský test osobnosti ukázal, že zcela normální pubescenti mají vyšší subtesty psychopatie, schizofrenie a hypomanie než dospělé osoby.“* (Kon, 1988, s. 38). To znamená, že emoční reakce, které by byly u dospělého člověka příznakem nemoci, jsou u dospívajícího normální.

Kon je přesvědčen, že problémy s emocemi mají zejména ti dospívající, kteří vykazovali emoční labilitu již v dětství. Emoční problémy je pak často provázejí i v pozdějších stádiích vývoje, zejména dívky ve srovnání s chlapci častěji poprvé vykazují psychické obtíže. Prožívají je obvykle intenzivněji a dlouhodoběji a okolo 17tého roku života jsou na tom často z hlediska pocitu pohody a z hlediska emocionálního ladění hůře než chlapci.

Ne vždy je však průběh puberty emocionálně bouřlivý a dramatický. Je důležité vzít v úvahu individuální rozdíly. Svůj nezastupitelný význam mají také kulturní a sociální faktory, rovněž způsob a styl výchovy. Ve střední adolescenci a pozdní adolescenci většinou odeznívá náladovost a vysoká labilita.

## 1.3. Proces socializace

Dospívání je nejen důležitým obdobím v životě jednotlivce, ale má i společenskou hodnotu. Socializace je definována jako proces vývoje osobnosti v konkrétním materiálním a sociálním prostředí, které je charakteristické pro konkrétní společnost, zapojování jedince do systému kultury, osvojování společensky nutných znalostí, norem a hodnot a zapojení do společensko-výrobní činnosti.

Začátkem samostatného života se určuje prvním pracovním poměrem, nástupem do zaměstnání. V současné době se nástup do zaměstnání prodlužuje, a to především kvůli nárokům společnosti na vzdělání. Podle Kona, pracující mládež si dříve formuje pocit osobní odpovědnosti, dříve poznává hodnotu peněz a rychleji se oprošťuje od některých stereotypů pubescentů, než studující mládež.

Sociologové zdůrazňují integraci podstatných společenských rolí do osobnosti dospívajícího. Dospívající člověk během svého dospívání přijímá různé sociální role. Nejdříve je to role žáka a dítěte, poté studenta a později člověka v pracovním procesu společně s rolí rodičovskou a partnerskou. Socializace je pro člověka velmi důležitým procesem v životě a zajišťuje jeho vstup do společnosti, v které žije po zbytek svého života a která ho ovlivňuje.

## 1.4. Morální vývoj

*„Morálka je chápána jako most mezi „dětskou morálkou“, která se opírala o jasná vnější pravidla určená autoritami a morálku dospělých založenou na zvnitřnění etických principů.“ (Macek, 2003, s. 66).*

Pro adolescenty je důležité „být dobrý“ v očích lidí, na nichž jim záleží. Dospívající moc nepoužívají slova morálka nebo mravnost, pro tyto jevy používají slova správný, nesprávný, dobrý, špatný nebo pravdivý. Je zde také postupný osobní rozvoj ve schopnosti posuzovat, co je dobré a co zlé. Toto vše se pochopitelně odehrává v určité společnosti, která má svůj morální kodex. Společnost očekává od svých členů osvojení mravních zásad a norem. Nároky na formování mravních kvalit osobnosti jsou vyjádřením a odrazem společenských zájmů. Mravně deformovaná osobnost může škodit společnosti a mařit výsledky morálního úsilí. U vlastností nežádoucích je převýchova obtížná a mimořádně náročná.

Mravní chování a vývoj navazuje na předchozí vývoj v dětství. Do dospívání vstupuje dítě obvykle už s určitými návyky, z nichž některé se mohou týkat i mravního jednání. Máme i jedince, jejichž chování a jednání není v souladu s mravními normami buď proto, že si pevné morální zásady nevytvořili, nebo se od nich z různých důvodů odchylují.

Podle Kona vnitřní instance vlastního morálního sebehodnocení bývá označována jako sebevědomí. Sebevědomí je složitým útvar, vyjadřuje schopnost duševního života stát se soudcem vlastního smýšlení, vlastní vůle a vlastního jednání. Je-li svědomí dostatečně vyvinuto, umožňuje nejen hodnotit a rozlišovat správné a nesprávné jednání, ale napomáhá i vážít motivy, předvídat důsledky, rozhodovat se, odolávat různým svodům. Vyvolává pocit radosti a uspokojení, ale i pocity viny při provinění. *„Svědomí je projevem hluboké interiorizace (zvnitřnění) mravních norem.“ (Macek, 2003, s. 67)*

## 1.5. Vztahy v dospívání

### Vztahy mezi rodičem a dospívajícím

Když děti přicházejí do puberty, situace se v rodině podstatně mění. Dochází k nedorozumění mezi rodiči a dětmi, děti přestávají rodiče respektovat a otevřeně se staví proti jejich názorům.

Vedle záměrné a cílevědomé rodičovské výchovy působí na dítě celé rodinné klima. Nepříznivé rodinné podmínky jsou charakteristické pro převážnou většinu takzvaných obtížně vychovatelných jedinců, a to jak v sociálním smyslu (delikventi) tak i ve smyslu

psychologickém (psychické odchylky, onemocnění poruch příjmu potravy). Dítě postrádající silné důkazy rodičovské lásky má menší předpoklady k získání vysoké sebeúcty, vřelých přátelských vztahů k jiným lidem a ustáleného pozitivního obrazu já.

Mezigenerační konflikt se jeví jako nezbytný předpoklad pro překonání závislosti na rodičích a získání pocitu vlastní autonomie. Vztah může zůstat trvale pozitivní a přitom se závislost může snižovat. Konflikty mezi rodiči a dětmi se vyskytují spíše u dětí s poruchami chování. Dle Macka jsou chlapci ve srovnání s dívkami citlivější na pozitivní atmosféru a signálům vůči negativním vlivům jsou více obrnění.

Pocit, že je doma nikdo nechápe a že jim rodiče nerozumí, bývá častý. Je důležité, aby rodiče svým dospívajícím dětem naslouchali a spolupracovali s nimi.

### **Vztahy mezi sourozenci**

Význam vztahů k sourozencům se v průběhu adolescence zvětšuje. Nejsou-li sourozenci příliš věkově vzdáleni, jsou pro dospívající důležitými osobami. Jsou příslušníci stejné generace, mají podobné potřeby, postoje a zájmy. Vyšší blízkost ve vztahu k sourozencům mají častěji dívky. Podle Macka vzájemné vztahy jsou nejvíce negativní, když je mezi sourozenci věkový rozdíl dva až tři roky. Jeli mezi nimi věkový rozdíl jeden rok nebo čtyři a více let méně soupeří a vztahy se zlepšují.

Dospívající ve větší míře ovlivňují starší sourozenci. Například starší sourozenec užívá drogy nebo trpí mentální anorexií, je zde pravděpodobnost, že jeho mladší sourozenec bude následovat chování staršího sourozence, ale není to pravidlem.

### **Vrstevnícké vztahy a přátelství**

Přátelství je nejdůležitějším druhem emocionální náklonnosti a interpersonálních vztahů v adolescenci. Pozornost dospívajících se postupně přesouvá od rodiny k partě kamarádů. Vrstevnícké vztahy umožňují vzájemné poskytování názorů, pocitů a vzorců chování. Sdílejí stejnou zkušenost, stejnou životní pozici, stejné problémy, nejistoty a nejasnosti. V časně adolescenci vznikají malé skupiny tzv. party. Ve střední adolescenci se tyto malé skupiny začínají setkávat ve větších skupinách. Přátelská pouta bývají v tomto věku velice pevná. Některé party či skupiny mohou mít velice negativní vliv, zvláště pokud jsou zaměřeny protispolečensky.

### **Vztahy mezi učitelem a žákem**

Obdiv a úcta, kterou dítě pociťuje vůči učiteli, se v dospívání oslabuje. I když se to nezdá, má středoškolský učitel na své žáky mimořádný vliv. Tajemství vlivu spočívá ve způsobu, jakým učitel s mladými lidmi jedná. Ideální učitel je pro mě ten, který umí naslouchat svým studentům, má individuální lidské vlastnosti – schopnost pochopit, schopnost citové odezvy a srdečnosti. „*Nejrozšířenější a typickou chybou učitelů je to, že nedovedou rozeznat skryté vlastnosti, jádro osobnosti středoškoláka a že ho hodnotí podle průměrných formálních a vnějších ukazatelů, jako jsou například vnější ukázněnost a prospěch.*“ (Kon, 1988, s. 95).

## 2. Tělesné sebepojetí

Tato kapitola, jak již napovídá nadpis, se věnuje tělesnému sebepojetí – celkové charakteristice pojmu, historickým trendům v zobrazování ženského těla, kulturními odlišnostmi v tělesném sebepojetí, vnímání těla v různých obdobích života a v neposlední řadě vlivem masových médií na tělesné sebepojetí. Právě média mají veliký vliv na tělesné sebepojetí člověka.

Samozřejmě se v této kapitole také věnuji metodám výzkumu, které zjišťují, jak se ženy vnímají a jak jsou spokojeny se svým tělem. Zmiňuji se také o jedné z nejnámějších a podle mě nejdůležitější metodě měření proporcí těla a tj. Body Mass Index (BMI).

Ke konci kapitoly se zabývám i možnostmi, které mohou zajistit korekci tělesných proporcí, ale mohou působit na člověka i nezdravě. Tělesné sebepojetí považuji za velice důležité téma mé bakalářské práce, a proto jsem se snažila v této kapitole o tomto tématu shromáždit co nejvíce informací.

### 2.1. Sebepojetí

Nároky na lidské tělo se v poslední době značně změnily. Například naše matky považovaly tělo především za nástroj k přežití, sloužilo k plození dětí a zachování sebe sama. Bylo-li jejich tělo zdravé, bylo vše v pořádku. Dnešní ženy považují tělo za jakýsi objekt, který ostatní hodnotí a který ony sami můžou měřit a tvarovat. Naše kultura vytvořila mýtus dokonalého těla, který způsobuje, že se stydíme za své chyby a často se podceňujeme. Nejmladší generace mívají už v 8 letech pocit, že jejich tělo není dokonalé a ztotožňují se s potřebou splňovat určité normy, které společnost udává. Tělo je dnes spíše náš nepřítel než spojenec, stále častěji se objevují pocit viny, který vede ke kritice vlastního těla.

Sebepojetí chápeme jako celkový postoj k vlastní osobě. Podle Fialové jsou tři důležité prvky sebepojetí, těmi jsou: kognitivní (sebepoznání), emocionální (sebehodnocení, sebeúcta) a činnostně regulativní (sebeuplatnění, sebekontrola).

Sebepojetí podle Wylieho ovlivňuje chování jedince v mnoha směrech:

- *„Jedinec vnímá a osvojuje si takové obsahy, které souhlasí s jeho sebepojetím, a odmítá takové, které nejsou v souladu s jeho sebepojetím“.*
- *„Jedinec s nepřiměřeným a nepravdivým sebepojetím je lehce zranitelný, protože musí stále počítat s možností, že bude konfrontován s neočekávanými reakcemi druhých lidí. Výsledkem toho je pak úzkost a obranné reakce.“*
- *„Hodnocení sociálního okolí jedincem závisí na vztahu tohoto okolí k jeho osobě. Úroveň sebevědomí jedince je dána poměrem obrazu jeho reálného a ideálního já, tj. toho, za koho se považuje, a toho, kým by chtěl být. Čím menší je rozdíl, tím je jeho sebevědomí větší.“* (Blatný, 2003 s. 107)

Sebepojetím tedy chápeme jako obraz mého já (mé inteligence, mého těla, mého charakteru). Nadměrný zájem o sebe, o vlastní osobu umožňuje na jedné straně hlubší poznávání sebe

sama, na druhé straně je však i výsledkem nedostatečně vyvinutého sebevědomí a sebehodnocení.

V dospívání jsou pubescenti a mladší adolescenti nejcitlivější na dojem, jimž působí na druhé lidi. Dle Fialové dospívající zaznamenávají všechno, co se k jejich osobě nějak vztahuje a to nejen verbálně vyjádřené hodnotící soudy, ale i neverbální projevy. Projevy a výroky, které skutečně nebo jen podle mínění dospívajících představují negativní posouzení, bývají intenzivně prožívány a působí zmatky a výkyvy v sebehodnocení.

Velmi důležitou součástí celkového sebepojetí je tzv. tělesné sebepojetí (tělesný vzhled, zdraví a výkonnost).

## **Tělesné sebepojetí**

*„Tento pojem chápeme jako emocionálně afektivní hodnocení vlastního těla.“* (Fialová, 2001, s. 36)

K tělesnému sebepojetí řadíme všechny představy jedince, které mají vztah k jeho vlastnímu tělu. Mění se normy a hodnoty v různých kulturách, epochách nebo prostředích ovlivňují naše tělesné sebepojetí. V současné době se pěstuje kult, který na naše tělo klade náročné požadavky (aby bylo štíhlé, zdravě vypadající, opálené a zdatné). Tělesné sebepojetí proto sehrává v životě dnešního člověka významnou roli. Vnímání a prožívání těla je ovlivněno sociálními faktory. Abychom svému tělu plně porozuměli, musíme se zabývat nejen vlastní zkušeností a prožíváním, ale také kulturním prostředím a jeho požadavky a tlaky na vzhled i funkčnost lidského těla. Tento pojem zahrnuje i tělesné představy, pozitivní nebo negativní hodnocení a plány jednání zaměřené na tělo. Za základní složky tělesného sebepojetí považujeme zdraví a zdatnost. Podle Fialové se význam těchto složek mění s věkem člověka a je závislý i na pohlaví.

## **2.2. Historické trendy v zobrazování ženského těla**

V průběhu let se měnila představa o přitažlivém, zdravém tvaru a velikosti postavy, a to především u žen. Kulturní změnu ideálního těla můžeme sledovat od kyprých postav, oblíbených ve středověku, až k hubeným postavám, jimž dávají přednost dnešní módní časopisy. Ještě poměrně nedávno byla silnější postava vnímána jako elegantní a erotická. Plnost postavy v oblasti břicha byla zdůrazňována jako symbol plodnosti. Ještě v 19. století byl idealizován smyslný a kyprý tvar postavy.

Idealizace ženské štíhlosti je velmi novodobý jev, datující se od dvacátých let minulého století. Dle Grogan se po první světové válce ujal styl „Flapper“, který diktoval chlapeckou postavu s plochou hrudí, což dávalo vyniknout rovným šatům se sníženým pasem. V této době si ženy ze středních a vyšších vrstev začaly stahovat hrud' spodním prádlem, aby zeštíhlily svou siluetu. Držely hladovku a usilovně cvičily, aby se přiblížily ideálu pre-adolescentního těla bez vyvinutých nader a boků.

Dle Grogan ve třicátých a čtyřicátých letech se ideál posunul k poněkud plnějším tvarům. Ňadra přišla do módy a s nimi i šaty, které jim dávaly vyniknout. Trend pokračoval i v padesátých letech, kdy hollywoodský filmový průmysl a módní průmysl oslavoval velká Ňadra společně s útlým pasem a štíhlými nohama. Tento trend ztělesňovala Marilyn Monroe.

V padesátých letech došlo k dalšímu výraznému posunu směrem ke štíhlosti. Podle Grogan se herečky Grace Kellyová a Audrey Hepburnová staly vzorem pro mnohé mladé dívky a štíhlost začala být spojována s vyššími společenskými vrstvami. Trend směřující ke štíhlosti sílil zejména v šedesátých letech, kdy se modelka Twiggy stala vzorem pro celou generaci mladých žen. Stala se ideálem pro ženy všech sociálních vrstev.

Období od šedesátých do osmdesátých let se modelky stávaly stále štíhlejší. Trend ke štíhlosti (jako normě krásy) byl ještě zvýrazněn v devadesátých letech, kdy byla nejznámější modelkou Kate Moss.

Podle Grogan na konci devadesátých let nastupuje „heroinová styl“, kdy si módní domy vybírají velmi hubené modelky a představují je v typické podobě uživatelů heroinu s černým make-upem na očích, modrými rty a vlasy bez lesku. Jedná se o další módní vlnu oslavující přílišnou vyhublost, což vyvolává obavy vzhledem k možným negativním dopadům na představy mladých žen o vzhledu těla.

### **2.3. Idealizace štíhlosti**

V bohatých západních společnostech je štíhlost většinou spojována se štěstím, úspěchem, mladistvostí a společenskou přijatelností. Pro ženy je ideálem štíhlá postava. *„Od konce minulého století začal být přebytečný tuk spojován se špatnou morálkou, ať už ve smyslu osobní neschopnosti nebo nedostatku vůle.“* (Grogan, 2000, s. 15). Tento trend pokračoval až do devadesátých let 20. století, kdy je vnější vzhled těla považován za symbol toho, zda je jedinec v pořádku, nebo ne.

Většina lidí nemá přirozeně štíhlé tělo a chtějí-li být v souladu se současným ideálem, musí tomu věnovat neustálou pozornost (prostřednictvím cvičení a diet). Život lidí, kteří nevyhovují tomuto štíhlému ideálu, je poznamenán různými předsudky.

Ve srovnání se štíhlými bývají silní lidé pokládáni za méně aktivní, méně inteligentní, méně pracovití, méně úspěšní, méně sportovní a méně oblíbení. Tendence spojovat fyzickou přitažlivost s pozitivními osobnostními kvalitami je dokumentována již od 70 let, kdy Dion a jeho kolegové přišli s heslem *„Co je krásné, je dobré“* (Dion, 1972, s. 258). Podle Grogan současně přibývá důkazů, že nadváha je přinejmenším zčásti důsledkem genetických faktorů. Lidé se však stále mylně domnívají, že nadváha je osobním proviněním. To vede k zaujatosti proti lidem, kteří nespĺňují kulturní ideál štíhlosti.

## 2.4. Kulturní odlišnosti v tělesném sebepojetí

Některé publikované práce dokazují výrazné kulturní odlišnosti ve významu připisovaném štíhlosti a kyprosti. V chudších kulturách je hubenost chápána jako příznak podvýživy, chudoby a infekčních chorob, a naopak vyšší tělesná hmotnost bývá hodnocena pozitivně, jakožto známka zdraví, bohatství a prosperity. Grogan ve své knize dokazuje že, výzkum, který proběhl v jižní Americe, Portoriku, Indii, Číně a na Filipínách ukázal, že rostoucí životní úroveň je spolehlivě spojena se vzrůstem tělesné hmotnosti a v těchto zemích je zvýšená tělesná hmotnost spojována s bohatstvím a zdravím. Kyprost postavy signalizuje bohatství, protože tlustý člověk má tolik, že se může přejídat. Podle Grogan, japonská kultura neidealizovala štíhlost, zatímco americká kultura dávala přednost štíhlosti a vykazovala zaujatost proti nadváze.

Je tedy nesporné, že idealizace štíhlosti se mění v závislosti na kulturních faktorech. Chudší kultury mají tendenci spíše oceňovat tloušťku, zatímco bohaté kultury mají tendenci vážit si spíše štíhlosti.

## 2.5. Vnímání těla v různých obdobích života

### 2.5.1. Pre- adolescence

Pre-adolescentní dívky napodobují rozhovory starších žen a vyjadřují nespokojenost se svou postavou a starosti s tělesnou hmotností již v útlém věku. Nespokojenost s vlastním tělem pocítují již dívky v útlém věku. „*Dospívající patnáctileté dívky i devítiletá děvčata spolehlivě preferují jako ideál siluetu postavy, která byla štíhlejší, než byla jejich skutečná postava.*“ (Grogan, 2000, s. 102). Mediální prezentace tloušťky a štíhlosti v televizi a dalších sdělovacích prostředcích velmi výrazně ovlivňuje názory dětí na správné a nesprávné proporce postavy. Pre-adolescentní dívky i chlapci se obávají tloušťky a přijímají ideál štíhlosti, třebaže dívky se brání svalnatosti a chlapci usilují o svalnatou postavu. Podle Grogan vyprávění chlapců a dívek se velice podobá tomu, co popisují dospělí muži a ženy. Z toho vyplývá že, děti přebírají názory, hodnoty i předsudky dospělých a přijímají je za vlastní.

### 2.5.2. Adolescence

Na spokojenost s tělem v průběhu dospívání je soustředován velký zájem. Adolescence je období, kdy u mladých žen vrcholí obavy o obraz postavy vzhledem k probíhajícím fyzickým změnám, jež dívky vzdalují od ideální štíhlé postavy, jakou by chtěli mít. Studie Grogan spolehlivě prokázaly, že většina mladých dívek ve věku od 13 do 16 let je nespokojena s tvarem a proporcemi své postavy. Většina dospívajících dívek uváděla, že si připadají tlusté a chtěly by zhubnout. Starosti o postavu jsou jednou z nejdůležitějších obav v životě dospívajících dívek. Pro adolescentní dívky je ztělesněním ideálu štíhlá, nikoli však hubená postava. Adolescentní dívky se obávají tloušťky, což odpovídá obavám dospělých.

### 2.5.3. Dospělost

Idealizovaná štíhlá postava je obvykle spojována s mládím. Ženy všech věkových kategorií jsou nuceny srovnávat se s mladistvými, štíhlými vzory, ale rozdíl mezi vysněným obrazem a realitou se s věkem stává stále větší. Hlavní snahou ideální ženy je, už od rané dospělosti najít toho pravého muže, provdat se za něj a stát se matkou zůstat přitažlivou pro svého manžela. Lze očekávat, že ženy nad 40 let budou pociťovat větší stupeň nespokojenosti s vlastním tělem než mladší ženy, protože se více vzdalují od mladistvého, štíhlého ideálu. „Ženy většinou uvádějí nespokojenost s břichem, boky a stehny, a to bez ohledu na to, kolik jim bylo let.“ (Grogan, 2000, s. 113). Většina žen má motivaci k hubnutí a jejich ideálem je vysoká, štíhlá postava s pevnými nadry. Dospělí lidé mají tendenci srovnávat svůj obraz těla spíše s přáteli a příbuznými.

## 2.6. Vliv masových médií na tělesné sebepojetí

Péče o vzhled a upravený zevnějšek bývají považovány za součást či projev osobní kultury. Roli rádce a informátora dnes od rodičů a učitelů přebírají z velké části masová média, která nás informují o tom, co je v módě: jak se česat, jak oblékat, o jakou postavu usilovat apod. Vzhledem k tomu, jakou roli média v životě lidí hrají a vzhledem k jejich možnostem, jsou velmi mocným prostředkem ovlivňování, proto jsem se rozhodla jim v této kapitole věnovat více času. Všechna masová média, mezi která řadíme televizi, tisk, rozhlas, film, kazety, plakáty a tzv. nová média (videotext a kabelové služby), mají několik shodných rysů.

### Funkce médií

Dle Fialové i Grogan existují následující tři funkce médií:

**Sdělování informací** – Tato funkce masových médií nám zprostředkovává informace z prostředí, která nám nejsou v tomto okamžiku dostupná a které si nemůžeme snadno ověřit. Takže naše znalost světa je z větší části založena na informacích z „druhé ruky“. Míra, do jaké veřejnost důvěřuje zprávám, které jsou prezentovány danými médii, se nazývá důvěryhodnost média.

**Interpretace faktů** - Zprávy, kterým je věnováno více místa či času, jsou obecně považovány za zprávy důležitější. Stejně tak je důležité, zda jsou zprávy zařazeny na začátek nebo ke konci zpravodajství. Na začátku jsou tedy zprávy závažné. Díky této funkci se mohou jedinci seznámit s různými pohledy na jednu skutečnost dřív, než si vytvoří názor vlastní. Tento fakt může mít ale negativní důsledky, které se mohou projevit až po delší dobu.

**Propojení společnosti** – Další významnou funkcí masových médií je schopnost propojit různé články společnosti, které nejsou přímo v kontaktu. Například reklama v masových médiích spojí potřeby spotřebitelů s nabídkou prodejců apod.



## Účinky médií na společnost

Mediální představitelé popírají jakýkoliv politický či sociální vliv médií na společnost, jelikož poskytují pouze takové služby, které jsou pro společnost užitečné. Přímé rozhovory jsou podle nich mnohem účinnější prostředky jak přesvědčit lidi, změnit jejich myšlení a jednání. Dle Grogan stoupení médií zastávají názor, že média lidi informují a pomáhají veřejnosti pochopit události a jejich význam pro jejich životy. Reklamy poskytují konzumentům informace, které jim pomohou ušetřit peníze a lépe se rozhodnout o tom, co koupí. Kritici médií naopak tvrdí, že média mají přímé a silné účinky, které ovlivňují životy všech. Průměrná populace je až příliš závislá na médiích a příliš důvěřivá k obsahu sdělovaných zpráv. Kritici tvrdí, že nejdůležitější účinky médií vyplývají z jejich schopnosti kazit kulturu. I z těch nejnesmyslnějších článků dovedou udělat něco atraktivního, dramatického či zajímavého.

Některé z vlivů jsou pozitivní, některé negativní, některé jsou pod naší kontrolou a jiné mimo naši kontrolu. Populace lidí není schopná, nebo nemá motivaci, kriticky hodnotit obsah předkládaný médiu, přijímá tedy vše, co je jí nabízeno. Lidé vstřebávají obrovské množství mediálních informací, které naplňují jejich myšlenky. Většina mediálních zpráv představuje obraz společnosti. Z knihy autorky Grogan jsem se dozvěděla, že některé novější výzkumy tvrdí, že média nemají samostatnou schopnost přímo ovlivňovat a ani ve své podstatě nenarušují společenský řád. Extrémně štíhlé modelky, které se objevují v nejrůznějších módních časopisech, nemají podle nich výraznější vliv na dospívající dívky, jak ukazovaly starší výzkumy. Pouze u dívek, které již dříve vyjádřily nespokojenost se svým tělem.

Podle Sticea je pravděpodobné, že dívky, které mají podporující rodinu a přátele, jsou médiu tohoto druhu mnohem méně ovlivňovány. Dívky nespokojené s vlastním tělem sledují módní časopisy častěji, protože se snaží najít v nich návod jak účinně zhubnout. Škodlivé účinky mají média také v případech, kdy jedinci nekriticky přijímají vše, co je prezentováno v médiích jako skutečnost. Je nezbytné naučit se přistupovat k předkládaným informacím kriticky, protože média nepředkládají vše, co by měla.

## 2.7. Metody výzkumu hodnotící spokojenost s tělem

### 2.7.1. Metoda Siluety

Technika siluety je jednou z nejužívanějších kvantitativních metod měření stupně a orientace nespokojenosti s tělem. Při uvedené technice jsou účastníkům předkládány siluety postav od velmi štíhlých až po velmi silné. Účastník má vybrat tu, která je nejbližší jeho vlastní postavě a potom siluetu, kterou považuje za ideální. Rozdíl mezi těmito dvěma postavami je považován za ukazatele spokojenosti či nespokojenosti. Grogan uvádí studie, které pracují s touto technikou. Tyto studie prokázaly, že ženy vykazují spolehlivou tendenci volit ideální postavu štíhlejší, než je jejich vlastní postava. Ženy většinou označují jako svou skutečnou postavu poněkud silnější siluetu.

### 2.7.2. Dotazníková metoda

Jiným způsobem zjišťování spokojenosti či nespokojenosti s vlastním tělem jsou dotazníky. Mnoha autorů má vůči těmto metodám značné výhrady, pochybují o tom, do jaké míry jsou schopny postihnout skutečné sebepojetí respondenta, který je omezen pouze na zvolené výroky. Dotazníky zjišťující spokojenost s vlastním tělem jsou konstruovány tak, aby ukázaly kvantitativní míru spokojenosti s tělem. Většina z nich žádá respondentky, aby vyznačily stupeň souhlasu nebo nesouhlasu s tvrzením vztahujícím se ke spokojenosti s různými částmi těla nebo s tělem jako celkem. Některé z nich zase dávají respondentkám možnost výběru z daných odpovědí.

### 2.7.3. Metoda pomocí rozhovorů

*„V posledních letech se objevuje snaha zařazovat do výzkumů také kvalitativní metody, které mohou objasnit určité problémy více do hloubky.“* (Grogan, 2000, s. 35). Mezi tyto kvantitativní metody můžeme zařadit metodu pomocí rozhovorů. Zjistit, co si ženy myslí o své postavě a tělesných proporcích, je možné tím, že jim položíme otázky v rozhovoru. Ve srovnání s vyplňováním odpovědí na konkrétní, předem stanovené otázky v dotazníku je výhodou uvedeného postupu, že dává ženám větší volnost vyjádřit, co cítí. Proto je tato technika flexibilnější než dotazníkový průzkum.

## 2.8. Body Mass index

Index tělesné hmotnosti obvykle označovaný BMI (z anglického body mass index), je index tělesné hmotnosti ve vztahu k tělesné výšce. Index vypočítáme jako podíl hmotnosti těla v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech. Pro stanovení hodnoty BMI se také používají tabulky, které nazýváme nomogramy, nebo se mohou používat i různé počítačové programy. BMI je mezi ukazateli tělesné hmotnosti nejčastěji používán.

Číselné hodnoty BMI:

Za normální hodnoty BMI považujeme rozmezí 19 – 24. Hodnoty pod 19 znamenají podvýživu nebo závažné onemocnění, nadváha je představována hodnotami vyššími než 25.

Tento index neukazuje podíl aktivní tělesné hmoty a tělesného tuku, proto se můžeme setkat i s jedincem, který podle tohoto indexu patří do skupiny obézních, ale jeho vyšší hmotnost je způsobena svalovou hmotou a ne podkožním tukem. *„Se vzrůstajícím věkem stoupá podle normy i normální hodnota BMI.“* (Kapcová, 2008, odborný článek).

## **2.9. Možnosti korekce tělesných proporcí**

Podobně jako existuje velice mnoho nedostatků na lidském těle, existuje i nespočet metod, kterými je možné tyto vady na kráse korigovat. Pro představu bych ráda uvedla pouze čtyři z mnoha těchto metod. Tyto metody se většinou označují jako Behaviorální ukazatelé.

### **2.9.1. Dietní chování**

Jedním z behaviorálních ukazatelů nespokojenosti s tělem je sklon pokoušet se změnit tvar postavy pomocí diet. Dieta je chápána jako dlouhodobější změna chování. Diety jsou mezi ženami běžné, zhruba 95% žen drží někdy v průběhu svého života dietu. Držení diet je častým výsledkem nespokojenosti s vlastním tělem. Podle Fialové jako důvod diety ženy častěji než muži uvádějí přání být štíhlá nebo zlepšit si sebevědomí a sebedůvěru. Diety však vedou k dlouhodobému úbytku tělesné hmotnosti pouze u 5% neobézních osob. Existují určité důkazy o tom, že tyto diety, původně vytvořené pro obézní, mohou být nebezpečné pro lidi s normální tělesnou hmotností, kteří si pouze připadají tlustí. Diety mohou vést k přejídání, nízkému sebevědomí, pocitům ztráty kontroly, pocitu tloušťky a zvýšené nespokojenosti s tělem při absenci jakékoli změny velikosti těla. Chronické držení diet může vést k bludnému kruhu diet a přejídání, v němž nespokojenost s tělem vede k dietě, která skončí přejídáním a pocitem ztráty kontroly ve vztahu k jídlu, což vyvolává pocit viny a oslabí sebevědomí, které je spojeno s pocitem nespokojenosti s tělem – a tak znovu dokola. Chronické diety narušují sebevědomí, hlavně ve chvíli, kdy se ukáže, že dieta nepřinesla očekávaný efekt.

Naštěstí jsou tyto diety tak nudné, že většina lidí s nimi přestane dříve, než mohou nadělat nějakou škodu. Mnoho žen si odpírá jídlo, a to především před nějakou zvláštní příležitostí, aby vypadaly štíhlejší.

### **2.9.2. Cvičení**

Motivace žen k cvičení je kontrola a snížení tělesné hmotnosti, změna postavy, přitažlivost a zdraví. Vědci uvádějí, že ženy, které cvičí, zažívají pozitivní změny ve vnímání těla a vidění sebe sama. Spousta žen ráda navštěvuje různé sportovní centra, kde se usilovně věnují pouze cvičení. Tato centra většinou navštěvují alespoň jednou za týden.

### **2.9.3. Lékařské zákroky, estetická chirurgie**

Stále více žen volí plastickou chirurgii jako způsob jak změnit tvar svého těla. Plastická chirurgie není nový jev. V dějinách ji lze vysledovat až do prvního tisíciletí před naším letopočtem. První plastická chirurgie byla popsána v Indii, kde byla provedena rekonstrukce nosu u osob, kterým byl nos useknut jako forma trestu. Kosmetická chirurgie, při níž je zákrok prováděn kvůli estetickému vylepšení zdravého těla, se však objevuje až v polovině 20. století. V 90. letech výrazně rostl počet osob, které se podrobovali zákrokům plastické chirurgie, z důvodu změnit tvar svého těla. Počet osob podrobujících se zákrokům plastické chirurgie stále roste a tento problém se netýká pouze žen. Podle Fialové dnes činí podíl kosmetických operací na celkovém počtu výkonů plastické chirurgie přibližně 40%. V časopisech pro ženy je snadné najít příklady článků, které vybízejí k plastické chirurgii.

Dle Fialové patří mezi nejčastější plastické zákroky, následující operace:

- Otoplastika – týká se ušních boltců
- Rinoplastika – operace nosu
- Rhytidoplastika - „face lift“ - plastická operace obličeje a krku
- Mamoplastika – operace prsu (zmenšení, vypnutí, zvětšení prsou)
- Abdominoplastika – operace břicha
- Estetická úprava hýždí, stehen, paží
- Blefaroplastika – operace dolních a horních víček
- Dermopanniculoza – léčení celulitidy (anticelulitický program zahrnuje saunu, sport, masáže, kosmetické krémy i klinické léčení)

K dalším lékařským postupům řadíme i léky, které napomáhají k redukci hmotnosti. Existují převážně dva druhy dietních pilulek, které se prodávají bez receptu. Tyto léky se zapíjejí vodou a způsobují pocity sytosti. Použitím takových prostředků ale člověk potlačuje vlastní přirozené signály hladu, a to je velice nebezpečné.

#### **2.9.4. Kosmetická péče**

Trh s produkty kosmetické péče, které umožňují korekci tělesných proporcí je úplně zaplaven, a stále se objevují nové a nové možnosti. Mezi kosmetickou péčí zařazujeme dekorativní kosmetiku, jako jsou například řasenky, rtěnky, make-up. Dále sem patří různé chemické peelinky, vytrhávání obočí, aplikace botoxu do obličejových partií a v neposlední řadě přípravky a pomůcky, který, napomáhají ke štíhlosti. Mezi volně prodávané přípravky a pomůcky pro korekci tělesných proporcí se řadí, například Body line (zeštíhlující gel), Algavita filiform, Tummy belt (zeštíhlovací pás), sauna dres a náušnice Nona.

Podle Grogan si dokonce někteří lidé nechávají drátovat čelisti, aby se tak donutili nejíst. Jiní mají podvaz na žaludku, aby nemohli sníst najednou velkou dávku jídla. Všechny tyto procedury mohou být nebezpečné. Přiměřená pohybová aktivita kombinovaná s racionální pestrá stravou je nejbezpečnějším prostředkem k přiblížení se ideálnímu tělu.

### 3. Sociální faktory v utváření postojů k jídlu

Tato kapitola se zabývá sociálními vlivy v utváření postojů k jídlu. Mezi nejsilnější sociální faktory řadíme rodinu, vrstevníky nebo sourozence a v neposlední řadě média. Tyto čtyři sociální faktory mají velice veliký vliv na utváření potravního chování. Základ pozdějších postojů k jídlu se tvoří ještě dříve, než začíná vlastní období socializace. Tyto sociální vlivy považují za velice důležité a zajímavé, proto jim věnuji tuto celou kapitolu.

#### Postoje k jídlu:

Existují pouze dva postoje člověka k potravě a to jsou Preference a Averse.

Preference - znamená přednost, kterou lidé dávají různým věcem nebo jídlu. Preference se užívá všude tam, kde je možnost svobodné volby nebo výběru. Preference v jídlu se týká nejen živin, ale také kompletních jídel. Jestliže na jídlo nebo potravinu vznikne návyk, člověk si ji nerad odpírá.

Averse - je odpor vůči některým potravinám nebo úplný odpor vůči veškerému jídlu. Někteří lidé nejsou schopni překonat tento odpor vůči možnému zdroji živiny ani v podmínkách extrémního hladu, to vypovídá o tom, že averse může mít velice pevný základ.

#### 3.1. Vliv rodiny

Životní styl rodiny se odráží ve vývoji nutriční osobnosti dítěte. Způsob života rodiny je výsledkem mnoha činitelů. Jsou to například – existenční podmínky, dosažitelnost potravních zdrojů, sortiment kupovaných potravin a připravovaných jídel, interakce mezi členy rodiny a emoční klima rodiny, organizace života rodiny (pracovní doba, rekreace, kultura, sport), zájem o tělesné a duševní zdraví, zájem o výživu a jejich způsoby zacházení s jídlom.

Dále může ovlivňovat utváření nutričních zvyklostí dítěte, osobnost rodičů a jejich vzdělání. Podle Fraňkové a spol. některé studie dokazují, že vzdělání rodičů má veliký vliv na různé tělesné charakteristiky spojené s výživou. Například vyšší školní vzdělání rodičů se projevilo menším procentem tělesného tuku, nižším indexem tělesné hmotnosti (BMI) u dcer, ne však u synů.

Nutriční výchova v rodině - výchovný styl rodičů je součástí způsobu života rodiny. Promítá se do utváření postojů dětí k jídlu, jejich nutričních zvyklostí. Dospělé osoby mohou ovlivňovat vztah dítěte k jídlu velkou mírou. Kritický vliv na vývoj postojů a přijímání nových jídel má slovní vyjadřování rodičů nebo dospělých o jídlu. Děti jsou citlivé zejména na negativní výroky dospělých o všem, co souvisí s jídlom.

Fraňková a spol. (2003, s. 26) rozlišují následující chyby a nedostatky v nutriční výchově:

1. *Neznalost – „neznalost rodičů o potravě a jejím složení. Neznalost postupů přípravy jídel tak, aby byla zachována nutriční hodnota jídla.“*

2. *Nevhodná – „nevhodná skladba rodinného jídelníčku, příliš úzká škála jídel, což nepříznivě ovlivňuje schopnost dítěte přizpůsobit se novým jídlům po příchodu do mateřské nebo základní školy i v pozdějším životě.“*
3. *Nešetrnost – „v zacházení potravin, s hotovým jídlem. Plýtvání potravinami pozorujeme hlavně po velkých svátcích.“*
4. *Nepravidelnost – „v jídle celé rodiny nebo jen dětí. Kromě nepravidelnosti v jídle se to týká celodenního režimu aktivity, odpočinku a jídla.“*
5. *Nesprávné – „stravovací návyky rodiny. Děti i dospělí si mohou oblíbit pokrmy, které neodpovídají zásadám racionální výživy. Například smažené hranolky, lupínky, hamburgery – tyto potraviny jsou pro děti nevhodné a nezdravé.“*
6. *Nevhodné – „postoje dospělých k jídlu. Může to být přeceňování významu jídla.“*
7. *Nedobré – „chování rodičů při jídle. Při jídle by se neměly řešit spory mezi rodiči, neměly by se probírat stresové situace na pracovišti nebo ve škole, politická situace a podobně.“*
8. *Nedostatek – „kultury stolování. Jídlo z „papíru“ by mělo být minulostí. Samozřejmostí by mělo být čisté oblečení, děti převlečené ze školních šatů nebo z pobytu venku, umyté. Ke kultuře stolování patří čisté prostírání, ubrus, pěkný porcelán.“*
9. *Nevyvážené – „patří sem extrémní diety. Ne každá dieta, kterou preferují rodiče, je vhodná i pro děti. Platí to především pro redukční diety všeho typu. Ale i přísné vegetariánství, veganství, makrobiotická strava a různé jednostranné diety by měli být rodiči poctivě uváženy, než je začnou dětem podávat.“*
10. *Nerespektování – „věkových a vývojových zákonitostí a individuality dítěte. Někdy se malým dětem podávají pokrmy, složením nebo úpravou nevhodné pro daný věk. Násilné přemáhání odporu dítěte k určitému pokrmu není rozumné. „*

### **3.2. Vliv sourozenců**

Pokud žije rodina stálým, pravidelným životem a rodiče mají pevné nutriční zvyklosti, je dost pravděpodobné, že budou mít jejich děti stejné výživové vlastnosti a postoje k jídlu nebo je budou kopírovat od dospělých. Rozhod rodičů, vstup matky nebo otce do nového manželství s sebou může přinášet i změnu nutričního stylu. Soudí se, že vliv sourozenců je malý v časném dětství a zvyšují se s věkem dítěte. Dítě může přebírat nutriční zvyklosti od svého sourozence, například když jedno dítě odmítá jíst maso, může ho začínat odmítat i to druhé dítě, ale nemusí to být vždy pravidlem.

### **3.3. Vliv médií**

Televize může mít silný vliv na vývoj jídelních návyků dětí, hlavně těch, které pravidelně a rádi sledují reklamy. Menší děti považují televizní reklamu za součást normálního programu, věří jí stejně jako vysílaným příběhům a pohádkám. Reklama jídel může mít nepříznivý vliv na utváření výživových zvyklostí, protože se mnohdy zaměřuje spíše na propagaci nutričně méně hodnotných potravin. Podle Fraňkové a spol. proběhla zahraniční studie, při které bylo

analyzováno vysílání několika televizních kanálů v sobotu odpoledne. Jednalo se o dobu, kdy se mnoho dětí dívá na televizní pořady. Až 71% všech reklam, vložených do těchto vysílání se týkalo jídla, z toho 80% nabízelo pokrm nízké nutriční hodnoty. Bylo zjištěno, že pouze 1% 4-5letých dětí a 28% 6 – 8letých dětí chápe cíl reklamy, tj. prodat produkt.

## 4. Poruchy tělesného sebezpojetí

Tato kapitola se věnuje poruchám tělesného sebezpojetí. Mezi poruchy tělesného sebezpojetí patří tzv. poruchy příjmu potravy (PPP). Do této skupiny řadíme mentální anorexii (MA), mentální bulimii (MB) a záchvatové přejídání. Nejdříve bych ráda v této kapitole vysvětlila celkově pojem poruchy příjmu potravy a základní charakteristiku třech již zmíněných poruch potravy. Z těchto poruch jsem si vybrala pouze jednu a to mentální anorexii, a té bych ráda věnovala čas po zbytek této kapitoly. Zabývám se druhu této poruchy, příčinami, následky, léčbě onemocnění a v neposlední řadě tolik důležité prevenci. Dále se v této kapitole také zmiňuji o nebezpečné sociální síti, kterou jsem náhodně našla během sbírání podkladů pro mou bakalářskou práci a považovala jsem za velice důležité se o ní zmínit.

### 4.1. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších psychických onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Poruchy příjmu potravy nalezneme v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) pod kódem F50.

Tyto poruchy působí dlouhodobé obtíže a to hlavně zdravotní, psychické a sociální. Poruchami příjmu potravy může trpět každý bez rozdílu věku a pohlaví. PPP nejčastěji trpí dívky v období puberty, ale vyskytují se i případy, kdy onemocní lidé i ve věku kolem 40 let. Tato onemocnění mohou být velice rozmanitá, jejich projevy jsou individuální. PPP je dlouhodobá nemoc, která může trvat rok, deset let nebo i celý život. Bohužel někdy se nemoc nepodaří zcela vyléčit a stále existuje riziko jejího návratu. Možné příčiny PPP se rozdělují na biologické, psychologické (složitě životní události, rodinné a emocionální faktory, závislost na psychoaktivních látkách) a sociologické (například vliv médií). Poruchy příjmu potravy mohou končit i smrtí nemocného.

Mezi nejčastější poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii (MA), mentální bulimii (MB) a záchvatové přejídání.

Mezi další poruchy příjmu potravy lze řadit i například orthorexii a bigorexii. Orthorexie je patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě.

Bigorexie je typická pro dodržování striktní diety s vysokým obsahem proteinů a nízkým obsahem tuků, často také užívání steroidů za účelem získání svalové hmoty. Bigorexie je typická spíše pro muže.

Ve své práci se věnuji těm nejčastějším poruchám a hlavně mentální anorexii.



### 4.1.1. Záchvatové přejídání

Záchvatové přejídání se řadí mezi poruchy příjmu potravy.

Přesná definice záchvatového přejídání zní: „*Záchvat přejídání znamená konzumaci velkého množství jídla během krátkého časového období.*“ (Krch, 2010, s. 39).

Člověk trpící touto nemocí řeší své osobní problémy nadměrným příjmem jídla. Za velice krátký čas dovede zkonsumovat ohromné množství jídla. Na rozdíl od duševně zdravého člověka, je pro nemocného problém se najíst do „polosyta“. Nemocný se přejídá, dokud mu není natolik špatně, aby přestal. Celý den nemocného se točí kolem jídla. Téměř všechny jeho pocity, jako je strach, vina, očekávání, potěšení, souvisejí s jídlem.

Nemocný nedokáže s jídlem přestat, i přes to, že svůj hlad již překonal. Nemocný je ovládán úzkostí, strachem, pocitem frustrace nebo hněvu.

Při záchvatovitém přejídání nemocní lidé obvykle nemívají z jídla žádné potěšení, po jídle se spíše cítí provinile a zahanbeně. Někdy cítí, že způsob, kterým jedí, je dokladem jejich naprostého nedostatku sebekontroly, dokladem, že svůj život nezvládají. Podle Krcha mají někdy také pocity méněcennosti nebo závisti vůči lidem, kteří si s jídlem dovedou poradit lépe. Buď proto, že jedí méně nebo proto, že mohou jíst bez omezení a přitom netloustnou.

Záchvatovité přejídání může zároveň znamenat nutkavé dodržování diet. Některé dívky se záchvatovitým přejídáním dodržují přísné diety. I když se jim daří potlačovat svoji potřebu přejídání, i nadále jsou k jídlu přitahovány ve chvílích stresu nebo úzkosti.

Záchvatovým přejídáním trpí převážně ženy a objevuje se v jakémkoliv věku.

Sdružení Annabell ve svém zpravodaji (2005, s. 6) rozlišuje následující příznaky:

- „*Nemocný tajně nakupuje a konzumuje jídlo.*“
- „*Je zahanbený, pokud je spatřen při jídle.*“
- „*Dodržování přísné diety, přičemž zůstává stále značně obézní.*“
- „*Konzumují neobvykle velké množství jídla, například celé dorty nebo více chodů najednou.*“
- „*Neustále jí, denně více než tři hlavní jídla a dvě svačiny, často jí i tehdy, když jsou úplně plní.*“
- „*Reagují jídlem na špatné nebo dobré zprávy.*“
- „*Jí, když se nudí, když je nervózní, frustrovaný, rozzlobený nebo osamělý.*“
- „*Celý den si plánuje úplně nebo hlavně podle jídla.*“
- „*Má přátele, se kterými ho spojují jenom společné aktivity, související s jídlem*“
- „*Má zvláštní rituály, které se týkají potravin a jídla.*“
- „*Bojí se zůstat sám s jídlem.*“
- „*Má silné pocity viny anebo zahanbení ve vztahu k potravinám a jídlu.*“
- „*Střídá období těžkého přejídání s obdobím přísné diety.*“
- „*Neustále se bojí, že bude tlustý.*“

### **Zdravotní důsledky:**

Mezi zdravotní důsledky záchvatovitého přejídání patří – obezita, diabetes mellitus, problémy se srdcem, krevním tlakem a oběhem, pacienti jsou náchylní k infarktu myokardu a k mozkové mrtvici, mají problémy s pohyblivostí. Je zde také nebezpečí vyústění choroby v další poruchy příjmu potravy jako v mentální anorexii nebo bulimii.

#### **4.1.2. Mentální bulimie**

Mentální bulimie patří stejně jako mentální anorexie a záchvatovité přejídání mezi poruchy příjmu potravy. V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) ji nalezneme pod kódem F 50.2. MB je porucha charakterizována zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti a úmyslným vyvoláním zvracení, ale také používáním různých projímadel.

Podle Krcha existují následující diagnostická kritéria mentální bulimie:

- Opakované přejídání nejméně po dobu 3 měsíců, při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- Zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- Nemocný si sám vyprovokává zvracení, zneužívá projímadel, střídá období hladovění, užívá léky typu anorektik nebo diuretik.
- Nemocný má obavy z tloustnutí.

Krch ve své knize uvádí následující dva typy mentální bulimie (1999, s. 12):

*„Purgativní typ – nemocný pravidelně zvrací, zneužívá laxatika nebo diuretika.“*

*„Nepurgativní typ – nemocný dodržuje přísné diety, hladovky nebo intenzivně cvičí, objevují se nepravidelné purgativní metody.“*

### **Příčiny:**

Příčiny mentální bulimie jsou stejné jako u mentální anorexie.

Příčiny dělíme na sociokulturní (společensko-kulturní) – média, časopisy, filmy. Na psychologické – těžké životní události a biologické příčiny. Více se těmto příčinám budu věnovat u mentální anorexie.

### **Zdravotní důsledky:**

Mezi typické zdravotní následky bulimie patří zvýšená kazivost zubů a krvácivost dásní vlivem žaludečních kyselin při zvracení. U žen se bulimie projevuje nepravidelnou menstruací nebo její úplnou ztrátou. Bulimie má také vliv na pleť, pokožka je suchá, tváře oteklé. Dochází k srdečním poruchám a poruchám metabolismu. Mezi další následky patří i zácpy či naopak průjmy a nebezpečí prasknutí žaludku v důsledku přejedení.

## Léčba:

Léčba mentální bulimie je opět jako příčiny úplně stejná jako u mentální anorexie. Spočívá v ambulantní péči, kam spadají terapie, jako jsou rodinné, skupinové, psychoanalytická terapie, kognitivně-behaviorální terapie, muzikoterapie a arteterapie. Léčba může probíhat i formou hospitalizace v nemocničním zařízení, například na psychiatrii. V léčbě se také uplatňují antidepresiva a léky potlačující zvracení. Léčbě se budu více věnovat u mentální anorexie.

### 4.1.3. Mentální anorexie

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10) nalezneme MA pod kódovým označením F50.0. Toto onemocnění spadá pod poruchy příjmu potravy. Je to velice závažné psychické onemocnění. MA je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Nemocní neodmítají jídlo proto, že by na něj neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Podle Krcha má většina nemocných zvýšený zájem o jídlo – myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří, sledují skladbu jídla, jeho kalorickou hodnotu a vůbec vše, co s jídlem souvisí.

Široká veřejnost sice ví, co to mentální anorexie je, ale neví, proč je s tímto onemocněním spojováno přídavné jméno „mentální“. *„Je to proto, že jde o psychické onemocnění, které začíná v myšlenkových pochodech jedince.“* (Krch a spol., 1999, s. 14).

Shrnu-li předcházející informace, tak mentální anorexie je velice závažné psychické onemocnění, pro které je charakteristické odmítání jídla, které směřuje k extrémní vyhublosti a někdy je provázeno i vědomým sebepoškozováním. Jeho charakteristickým rysem je strach z nadváhy. Důsledkem tohoto strachu může být záměrné i nepřiměřené snižování tělesné váhy.

Krch a spol. (1999, s. 15) uvádějí následující diagnostická kritéria mentální anorexie:

- *„Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou nebo Queteletův index hmoty těla je 17,5 nebo méně.“*
- *„Snižování váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.“*
- *„Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako vtíravá, ovládací myšlenka a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.“*
- *„Dochází k endokrinní poruše – u žen ztráta menstruace a u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se také vyskytovat zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu.“*
- *„Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny.“*

Stejně jako u mentální bulimie tak i u mentální anorexie rozlišuje Krch dva specifické typy:

Nebulimický typ – během onemocnění u pacientů nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický typ – během onemocnění u pacientů dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Nemocní mentální anorexií se často uchylují k užívání drog a alkoholu. Mnoho anorektiček a bulimiček začalo pít proto, že „zapíjely“ chuť k jídlu. Alkohol snižuje jejich strach z tloušťky, ale v kombinaci se sníženým příjmem potravy je však dvojnásob nebezpečný. U mladých dívek a hladovějících se tak poměrně velmi rychle vytvoří závislost na alkoholu. Ještě nebezpečnější než alkohol jsou samozřejmě drogy. Lidé s poruchou příjmu potravy jsou náchylní k závislosti na různých drogách. Například kouření marihuany, snižuje sebekontrolu a mění chuť k jídlu. Problémem může být také kouření, které snižuje chuť k jídlu.

*„Naneštěstí jsem zjistila, že když se napiji alkoholu, nemám hlad a nemusím nic jíst, protože si na jídlo ani nevzpomenu. Takže místo jídla jsem pila tvrdý alkohol. Denně jsem vypila bez problémů litr vodky. Nemohlo to dopadnout jinak, než že jsem skončila v Bohnicích s deliriem tremens. Bylo to hrozné období.“* (Krch, 2010, s. 183).

Rozšířenost a úmrtnost - rozšíření mentální anorexie v České republice je srovnatelná se zeměmi západní Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku z dvou set. *„Poslední studie ukazují, že anorexií někdy v životě trpělo až 4,5% žen. Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti lze pozorovat až u 10% mladých žen. Šedesát procent českých středoškolaček není spokojeno se svým tělem a polovina z nich si přeje zhubnout.“* (<http://www.anorexia.cz/>)

MA je závažné onemocnění, které může bohužel končit i smrtí. Podle různých studií je u mentální anorexie udávána úmrtnost celkově v rozmezí mezi 5 až 8 %, což je velice vysoké procento. *„V rozdělení na věk, je v dětském věku úmrtnost cca 3 %, v prepubertálním věku cca 10 – 20 % z postižených. Příčinami úmrtí jsou většinou sebevraždy, srdeční selhání, jaterní selhání, pneumonie.“* (Suchánková, 2014, odborný článek). U mentální bulimie je udávána úmrtnost 0 až 2 %, tedy o dost menší než u MA.

## 4.2. Druhy mentální anorexie

*„Názor, že mentální anorexie se vždy projevuje nejedením či velkou podvágou je mylný. I když jde o jednu z nejrozšířenějších forem tzv. anorexie restriktivního typu, existuje také odlišný průběh nemoci, kdy k udržování podváhy slouží zvracení či zneužívání projímadel tzv. anorexie purgativního typu, nebo je i při relativně normální váze v popředí nestandardní zacházení s jídlem a další kritéria tzv. anorexie atypická. (Zpravodaj Anabel č. 9 2006, s. 7)*

Mentální anorexii především dělíme na akutní (pubertální) anorexii a chronickou. Rozdíl mezi nimi je velmi zásadní.

### **Akutní pubertální anorexie**

Akutní (pubertální) anorexie se vyskytuje hlavně u mladých dívek v pubertálním věku. Její projevy jsou zřejmé. Dívky odmítají stravu a jejich tělesná hmotnost rapidně klesá. I přes to, že mají evidentní podváhu, vidí se jako nedokonalé. Myslí si, že mají tlusté nohy, velký zadeček nebo příliš tlusté břicho. Mají neustálé nutkání se svojí váhou a postavou něco dělat a není nic, co by je v jejich jednání zadrželo. Snaha dívek co nejvíce zhubnout se neustále stupňuje, každý kilogram berou jako osobní úspěch a motivaci k pokračování. Nežádá si kladou vysoké cíle a vlastní tělesné signály jako hlad, bolest, vyčerpanost, tím odsunují do ústraní. Mezi tělesné následky patří úpadek sil, poruchy zažívání a látkové přeměny, srdeční a oběhové potíže, vynechání menstruace. Svě místo zaujímají i psychické následky, zejména sociální izolace, deprese, pocit viny až sebevražedné myšlenky. Pokud rodina nezasáhne a přehnaná aktivita nemocných se včas nezastaví, dojde k úplnému vyčerpání a zhroucení, které může zachovat trvalé následky nebo končit smrtí. „*U těchto osob nefunguje patriční nadhled a odstup. Cca 10% pacientek trpících akutní mentální anorexií zemře.*“ (Švédová, 2010, s. 4) Při včasné zásahu rodiny a lékařů se dívky mohou vrátit k normálnímu stravování. Na místě je ústavní léčba, kde je dospívající dívka neustále pod kontrolou, učí se znovu normálně jíst, mít ráda své tělo. Velkou roli zde hraje podpora rodiny.

Akutní forma se může přehoupnout do formy chronické.+

### **Chronická anorexie**

„*Do chronické mentální anorexie přechází asi třetina pacientů s akutní mentální anorexií.*“ (Švédová, 2010, s. 5). Chronická anorexie způsobuje, že tělo nemocného si dokáže zvyknout i na velice nízký energetický příjem v podobě stravy a nastartuje tzv. „adaptační metabolismus“. Tento metabolismus je schopen fungovat i s velmi malým příjmem energie, který má k dispozici. Pacientky chronické anorexie přijímají svou tělesnou hmotnost, která je sice pod hranicí normálu, ale neohrožuje život. Tuto hmotnost se snaží bezpodmínečně, pokud možno přesně, udržet. U jídla jsou na sebe přísní. Množství potravin, které snědí, kontrolují pomocí váhy, kalorických tabulek a upřednostňují jídla bez tuku, cukru, s nízkým obsahem kalorií. Podle Krcha překročení dovoleného denního příjmu potravy u nemocného vyvolává pocity selhání, doprovázené ještě pocitem viny a zahanbení. I když chronická mentální anorexie bezprostředně neohrožuje život, postupně poškozují zdraví. Nedostatek vitamínů, minerálních látek, stopových prvků vede ke snížené obranyschopnosti, snížení koncentrace, únavě, snížení výkonnosti a nervozitě. Často se objevuje i poškození zažívání, látkové přeměny a oběhového systému. U tohoto typu mentální anorexie je problém rozeznat, zda skutečně o anorexii jde.

### 4.3. Příčiny mentální anorexie

Příčiny vzniku onemocnění poruchy příjmu potravy jsou zcela individuální.

#### **Biologické faktory**

Krch ve své knize uvádí výsledky z různých průzkumů, kde vyšel najevo poznatek, že dívky a ženy mají vyšší sklony k mentální anorexii než chlapci a muži. Je to především proto, že zatím co v průběhu dospívání chlapci nabírají svalovou hmotu a stávají se muži, dívky přibírají především na tělesném tuku, který jim mění postavu z dívčí na ženskou. A s tímto se těžko vyrovnávají. Mají pocit, že se vzdalují ideálu krásy. Je to zapůsobeno změnami, kterými dívčí tělo v období dospívání prochází. K příčinám vzniku PPP je řazen i menstruační cyklus. Ten je spojen s hormonální dysfunkcí během premenstruačního syndromu, který výrazně ovlivňuje život dívky a ženy. Je to období, kdy se u ženy výrazně mění nálady, objevuje se podrážděnost a psychická nevyrovnanost.

Dalším mezníkem, který nastává v životě jedince, je puberta. Puberta je považována za obzvláště rizikové období, kdy u dospívajícího může dojít ke vzniku PPP. V tomto období narůstá přemýšlení o sobě samém a uvědomování si sebe samotného. V tomto období jsou dívky konfrontovány s názory a narážkami na jejich vyvíjející se ženské tělo. Dívky to plně vnímají a mají obavy, jak je jejich okolí přijme. V pubertě se mimo tělesných proporcí vyvíjí i sebevědomí, které je v tuto dobu velice křehké a lehce zničitelné. Stačí pouhá narážka, poznámka či vtip a dospívající si vše vyloží úplně jinak. Většinou si to berou jako útok proti svojí osobě.

Ke vzniku PPP nemusí nutně dojít jen v období puberty, ale také v dospělém věku. Podle Russella je základem mentální anorexie porucha hypothalamu neznámé etiologie. I zde panuje mezi odborníky nejednotnost v názorech, zda se jedná o porušení hypothalamických funkcí primárních nebo sekundárních v důsledku hladovění a ztráty tělesné hmotnosti. Podobně tomu je u mentální bulimie.

Krch uvádí závěry z mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy, která se konala v Praze v březnu 2003. Zde se zdůrazňovala rovněž pravděpodobnost mozkové poruchy jako jedna z hlavních příčin vzniku psychogenního onemocnění příjmu potravy.

#### **Psychologické faktory**

Jak jsem již zmínila, PPP postihuje především dívky a ženy. Především pak ty, které mají nejistou identitu a křehkou rovnováhu. Pokud srovnáme osobnosti a typy nemocných, lze říci, že potlačují své emoce. Především ty negativní. Nahromaděnou agresi obracejí proti své osobě, která se projeví buď úmyslným hladověním, sebepoškozováním či sebevražednými tendencemi.

Mnohdy se na základě rozhovorů odborníci dozvídají, že nemocní jako děti byli velice hodní, pečliví a dobře se učili. Svět viděli černobíle a neexistoval pro ně žádný kompromis.

Je tedy jasné, že sebemenší kritika okolí nebo jakékoli jejich selhání mohlo pro ně být spouštěcím mechanismem.

## **Rodinné okolnosti**

Rodina neodmyslitelně patří do života každého z nás. Každý z nás je synem, dcerou, partnerem, partnerkou, vnukem nebo vnučkou. Rodina nás zkrátka obklopuje v jakékoli chvíli naší každodennosti. Právě rodina, má vliv na formování dítěte pro jeho další život. Právě v rodině dítě přejímá návyky, postoje a názory, rodičů, prarodičů, a to ho následně formuje a posouvá v dalším životě, aby mohl žít svůj plnohodnotný život a začlenil se do společnosti. Podle Krcha velká část pacientů a jejich rodiny popisují počátek a rozvoj MA nebo MB v termínech různých rodinných událostí.

U anorektiků či bulimiků je velice časté, že svoji nemoc „zdědí“. *„Bylo zjištěno, že se lékaři a odborníci na PPP setkávají s mentální anorexií či bulimií v druhé generaci.“* (Krch, 1999, s. 66). Tedy s rodinami, ve kterých matka v minulosti tímto onemocněním trpěla a stále je u ní štíhlost důležitá, lpí na dodržování různých diet a na tzv. zdravém stravování. Tento vzorec chování pak nevědomky přenáší na své děti. Krch ve své knize popisuje anorektické matky jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní. Podle Strobera MA trpělo někdy v životě 6,2 % matek sledovaných pacientek a 2 % jejich sester. Ve většině klinických studií se pohybuje výskyt PPP mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3 – 10%.

Z různých průzkumů bylo zjištěno, že rodiny dívek, které trpí poruchou příjmu potravy, vykazují určité shodné rysy. Tyto rodiny jsou na jedné straně více konfliktní a jsou méně organizované. Je zde menší otcovská nebo mateřská péče s nedostatkem opory a s celkově malou pospolitostí členů v rodině. Na straně druhé jsou tyto rodiny přehnaně ochranné a pečující o sebe navzájem. Podle Krcha jsou tyto rodiny také velice uzavřené, rigidní a nepřizpůsobující se vývojovým změnám uvnitř. Největším problémem v rodině s anorektickým či bulimickým dítětem je komunikace.

## **Sociokulturní faktory**

Jsou to především média, která nás, ať už si to sami připouštíme nebo ne, ovlivňují v průběhu celého našeho života. Vliv médií na naši psychiku a kvalitu života je zřejmý. Předkládají nám společensky přijatelný ideál krásy, který jako konzumenti bohužel přijímáme.

Krch ve své knize mimo jiné uvádí, že v USA a Kanadě má ve 13 letech osobní zkušenost s dietami asi 20% šestnáctiletých dívek a kolem 60 % děvčat se o ni už někdy pokoušelo. Mentální anorexie bývá označována jako exkluzivní porucha, kterou trpí jedinci ze středních a vyšších sociálních vrstev. Pokud se ohlédneme do historie, víme, že známou anorektickou byla i rakouská císařovna Sisi. Ta, podle historických pramenů, nikdy nepřesáhla váhu 55kg při výšce 172 cm. Držela drastické diety, jedla jen ovoce, pila šťávu ze syrového masa a nosila přehnaně utažené šněrovačky. Ke vzniku tohoto onemocnění u císařovny vedlo nespokojené manželství a také společenský život, který vedla. Nebyla schopna zvládat nároky, které na ni byly kladeny. Podlehla společenskému teroru. Ze strachu, že by její onemocnění vyšlo najevo a tím by se společensky znemožnila, toto nařčení důrazně odmítala. Rakouská císařovna nebyla a není jedinou celebritou, která trpěla poruchou příjmu potravy. Můžeme jmenovat například princeznu Dianu, Viktorii Beckham, Evu Hercigovou, Petru Němcovou. U všech těchto žen byly a jsou společným „spouštěčem“ PPP sociokulturní faktory.

## **Životní události**

Většina nemocných spojuje vznik onemocnění s nějakou životní událostí.

Různé životní události, prožitky a vjemy mohou být ovlivňujícími faktory nebo tzv. spouštěči poruch příjmu potravy. To, co jinému připadá jako „pouhá“ nepříjemná zkušenost (hádky s rodiči, nezdary v zaměstnání či při studiu nebo neúspěch v lásce), může být pro dívku nebo chlapce, kteří jsou jinými faktory náchylnější ke vzniku onemocnění, fatálním zážitkem. Nejčastěji jsou zmiňovány různé nárazky na tloušťku a tělesný vzhled, významná životní změna, nemoc, problémy v rodině, neúspěch. *„Na základě výzkumů bylo prokázáno, že ke vzniku nemoci může přispět i traumatický zážitek v podobě sexuálního zneužití. Ovšem přímý vztah mezi zneužitím či jiným podobným zážitkem s následným rozvojem poruchy příjmu potravy dosud nebyl prokázán. Můžeme se tedy jen dohadovat, zda za to taková špatná životní zkušenost může či nemůže.“* (Krch, 1999, s. 65).

Touto životní událostí může být i například rozvod rodičů nebo odstěhování se od nich. Dále to může být rozvod, rozchod, smrt partnera nebo blízké osoby atd.

Nejen tyhle vypjaté situace, o kterých jsem se zmiňovala, mohou být příčinou PPP. Pouhá nárazka, u labilnějších jedinců, může vést k tomu, že nemoc může propuknout. Poznámky typu „nežer, budeš tlustá“, „ty si se nám spravila“, „vypadáš pěkně“ mohou mít pro tyto jedince tragické následky.

## **4.4. Následky mentální anorexie**

*„Následky tohoto onemocnění se projeví ve všech oblastech života jedince. Výrazně je pak ovlivněna jak fyzická, tak i sociální stránka života jedince. Především je pak poznamenána psychika. Psychické následky jsou zcela individuální a odvislé od toho, v jaké míře a intenzitě u jedince nemoc propukla. Neprojeví se okamžitě, ale postupem času a v závislosti na průběhu nemoci.“* (Krch F. D. 2002, s. 45)

### **Zdravotní následky**

U nemocných trpících mentální anorexií jsou pozorovány různé tělesné příznaky. Mezi ty, dle mého názoru nejzávažnější, patří ztráta menstruace, chudokrevnost, odvápnění kostí, oslabení imunity, zpomalení funkce střev, poškození jater a srdeční obtíže. Neopomenutelné jsou také i další následky. Těmi jsou suchá, zažloutlá a v extrémních případech praskající pleť, citlivost na chlad, zvýšená kazivost chrupu, celková únava, vypadávání vlasů a špatná sedimentace, nízký krevní tlak, omdlávání, pomalý pulz, zvýšená hladina cholesterolu, svalová slabost, slabý močový měchýř, žaludeční vředy, poruchy vědomí, závratě, dvojité vidění, bolesti hlavy a dehydratace.

Z důvodu snížení tělesného tuku se u nemocných může vyskytnout nadměrné ochlupení těla. Tyto příznaky, které jsem vyjmenovala, jsou pouhým stručným výčtem z mnoha dalších zdravotních následků.



### **Psychické následky**

Nálada nemocných je odvislá od jeho tělesné hmotnosti a míře sebekontroly. Nejprve jsou jedinci trpící anorexií velice živí, aktivní a čínorodí. S postupem času ale jejich nálada klesá a nastupuje deprese a zvýšená podrážděnost na podněty. Zejména tehdy, když jsou donuceni jíst. Výjimkou není ani sebelítost. Místo posílení sebevědomí narůstá nejistota a úzkostné prožitky. I zcela nepatrné problémy se pro nemocné zdají být absolutně neřešitelné. Na změny reagují často přecitlivěle, řekla bych, že až skoro hystericky. U nemocných mentální anorexií vzrůstá potřeba sebekontroly, která se přenáší z jídla i do jiných oblastí života. Zhoršuje se celková intelektová výkonnost a schopnost řešit problémy, ztrácí smysl pro humor. Mají sklon k černobílému vidění světa.

### **Sociální následky**

Mentální anorexie nemá dopad pouze na tělo a psychiku nemocného, ale také na jeho vztahy s okolím. Velmi výrazně ovlivňuje vztahy s nejbližšími osobami. Hlavně v rodině, kde často dochází k hádkám, citovému vydírání a vzájemnému obviňování. Tato situace může často končit až úplným rozpadem rodiny.

Vážným následkem mentální anorexie je postupná ztráta zájmu o kontakt s okolím a sex. Ubývá společenských kontaktů a přibývá konfliktů s okolím. Nemocný se uzavírá sám do sebe, straní se přátel, to může mít za následek jeho vyřazení z kolektivu. Tato událost je velmi nepříznivá, především z hlediska socializace. Prohlubuje depresi a stres nemocného.

## **4.5. Léčba mentální anorexie**

Základem úspěšné léčby PPP je jednak samotné připuštění si toho, že existuje problém.

Dále je to uvědomění si jeho závažnosti, ale především samotné odhodlání s touto nemocí „něco“ dělat. Nějak situaci řešit. Velmi důležitá je spolupráce ze strany nemocného. Často se nemocný jedinci léčí ne z vlastní vůle, ale z donucení okolí. A to buď ze strany rodičů, partnera či kamarádů, proto je přístup nemocného k léčbě často negativní. Stává se, že u těchto pacientů nastává recidiva nemoci. Čím déle pacient trpí poruchou příjmu potravy, tím je jeho návrat k normálním jídelním návykům obtížnější.

Dalším základem pro úspěšnou léčbu je nutnost dostat se do rukou odborníků. Nemocní, kteří se úplně neizolovali od okolního světa, mají mnohem větší šanci se vyléčit, neboť si většinou rodina nebo přátelé všimnou, že něco není v pořádku. Bohužel se stává, že někteří pacienti se k lékaři dostanou příliš pozdě a jejich zdravotní stav je natolik vážný, že může dojít k úmrtí.

Léčba se dělí na dvě části. Na léčbu těla a léčbu psychiky (duše). Při dlouhém hladovění tělo přichází o potřebné vitamíny, minerály, stopové prvky a bílkoviny, které zpětně nedostává. Základem je tedy úprava stravovacího režimu. K té musí docházet velice pomalu, protože metabolismus nemocného na přísun potravy není zvyklý a výrazný přechod na běžnou stravu by pro něj znamenal šok.

Léčba duše je to mnohem složitější. V průběhu léčby jde o změnu chování, postoje k jídlu i ke svému tělu. K tomu je potřeba vyřešit emocionální problémy, které většinou za vším stojí. Samotná léčba poruch příjmu potravy probíhá ve dvou liniích. Je to ambulantní léčení nebo hospitalizace.

#### 4.5.1. Linka důvěry

Linka důvěry (LD) je pro volající velmi důležitá. Představuje určitý most mezi dlouhým váháním a začátkem léčby. Pracovník LD by měl volajícímu podat informace, podpořit ho, dát mu doporučení na centra v místě jeho bydliště, která se zabývají léčbou PPP. Pracovník linky důvěry nesmí, nebo by neměl, volajícího k léčbě nutit. V jeho kompetenci není to, aby volajícímu navrhol různé terapeutická řešení, ale spíše ho motivoval k léčbě. Podle Švédové samotní jedinci, trpící mentální anorexií, bohužel této „první pomoci“ nevyužívají, oproti jedincům trpící mentální bulimií, kteří služeb LD využívají mnohem častěji. Na LD nejčastěji volají nejbližší nemocných - jejich rodiče, partneři či přátelé. Rodičům, kteří se na linku dovolají, je zpravidla doporučováno, aby své děti do jídla nenutili. Pracovníci se jim snaží poskytnout veškeré informace, které se onemocnění týkají a které by mohly vést k léčbě a vyléčení nemocného. Poskytnou rady odkazující na různá centra pomoci, odborníky nebo kliniky, kde se léčí PPP.

#### 4.5.2. Ambulantní péče

Ambulantní péče se doporučuje v lehčích případech onemocnění a tehdy, kdy je pacientka ochotná ke spolupráci s lékařským týmem, který se snaží o její uzdravení. Zahrnuje celou řadu terapií, svépomocné skupiny a stacionáře.

##### **Terapie:**

Mezi hlavní psychoterapeutické metody v léčbě s poruchami příjmu potravy patří terapie:

**Individuální psychoterapie** – jde o individuální léčbu, která probíhá, v navazujících sezeních s odborníkem.

**Rodinná psychoterapie** – tato forma léčby se používá především u dětí či dospívajících. Jde o podílení se rodiny jako celku na uzdravení jejího člena. Její výhoda spočívá v tom, že se rodina naučí správně přistupovat k nemocnému a zároveň je jakýmsi dohledem nad jídlom nemocného a pomáhá mu léčbu zvládnout. Při tomto druhu terapie vyplují na povrch různá rodinná „tajemství“, která mohou být spouštěcím mechanismem nemoci nebo k jejímu rozvoji nějakým způsobem přispět.

**Kognitivně – behaviorální terapie** - při této terapii jde především o to, aby se pacienti naučili poznávat a rozumově zdůvodnit své pocity, které je vedly a vedou k PPP. Tato forma terapie se více využívá při léčbě mentální bulimie.

**Psychoedukace pacientů a rodičů** – toto je metoda léčby, která nejen poskytuje pacientkám informace o samotné podstatě nemoci a její léčbě, ale také o svých emočních stavech. Cílem této terapie je naučit se „zacházet“ s nemocí.

**Intrapersonální terapie** – tzv. vztahová terapie. Její podstata je stejná jako u rodinné terapie. Jediným rozdílem je to, že u těchto sezení jsou přítomni například partneři.

## **Svépomocné manuály**

Na trhu je několik manuálů, které slouží nemocným trpícím PPP. Tyto návody představují jakousi první pomoc. Ti, kteří mají skutečný zájem o svoji léčbu, v nich mohou nalézt užitečné rady. Tyto manuály nejsou určeny pouze nemocným, ale také jejich rodičům, partnerům, přátelům a učitelům. Zkrátka všem, kteří chtějí nemocnému pomoci na cestě k uzdravení. Tyto manuály obsahují doporučené jídelníčky, stravovací plány, rady k překonávání krizí, které v průběhu léčby mohou nastat a také nastávají. Jsou zde uvedeny kroky ke zdočlávání komplikací a to jak praktické, tak i ty kroky, které směřují k návratu do normálu. Předpokladem úspěšnosti je samozřejmě aktivní dodržování všech doporučení, které jsou v manuálech uvedeny. Tyto manuály hodně často vydává organizace zabývající se PPP (například organizace s názvem Anabell). Za manuál by se dala považovat i například knížka, kterou napsal František D. Krch s názvem Mentální anorexie – druhé přepracované vydání.

## **Svépomocné skupiny**

Svépomocná skupina je tým lidí, kteří mají stejný problém. Svépomocné skupiny se praktikují při léčebných terapiích při různých problémech. V našem případě jsou to svépomocné skupiny, které se zabývají poruchami příjmu potravy. „*Představují maximální pomoc pro nemocné. Hrají důležitou roli v primární i sekundární prevenci tohoto onemocnění.*“ (Zpravodaj Anabell č. 2, leden 2006, s. 13)

Tyto skupiny jsou určeny pro nemocné, jejichž následky nejsou tak závažné. Jsou vedeny odborníky, laiky či vyléčenými pacienty a poskytují značnou podporu nejen nemocným, ale také jejich rodinám. V průběhu těchto sezení by si pacienti měli uvědomit, že na zvládnutí problému nejsou sami a mohou se na něj podívat z různých pohledů. Jediným problémem skupin, a to velmi podstatným, je úkol pro toho, kdo skupinu vede: zabezpečit, aby si dívky nesdělávaly navzájem žádné rady, jak hubnout, aby si naopak uvědomily, že touhy po hubnutí jsou zbytečné a bezdůvodné, že existuje řešení, jak se vyléčit.

Jako vše v našem životě, tak i svépomocná otevřená skupina má svá pravidla. Z průzkumu, který proběhl na svépomocných skupinách sdružením Anabell bylo zjištěno, že dívky na těchto sezeních kladně hodnotí zejména jejich pravidelnost, která jim do života, často po velmi dlouhé době vnesla řád. Dále ocenily otevřenost skupiny, tzn., že se na skupinu nemusí dopředu objednávat a pokud se jim zrovna nechce sezení zúčastnit, tak na něj nemusí. Je to i prostředí, které je neformální s uvolněnou atmosférou, sdílení problémů s PPP mezi těmi, kteří vědí, co tato nemoc obnáší a zakusili ji na vlastním těle. Především ale klientky oceňují to, že na svůj problém nezůstaly samy.

## **Stacionáře**

Stacionář je určitou formou ambulantní léčby. Při formě této léčby pacient dochází na celý den na kliniku a účastní se různých terapeutických a nutričních programů. Pacient do stacionáře přichází každý den ráno. Společně s ostatními pod dohledem nutriční sestry si připravuje svačinu. Tento režim je podobný jako hospitalizace, rozdíl je zde v tom, že odpoledne se nemocní vrací domů do svého prostředí, na které jsou zvyklí.

Výhodou stacionáře je, že se pacient intenzivně léčí ze své poruchy a zároveň není vytržen ze svého přirozeného prostředí, které zná a je mu blízké. Současně si může naučené postoje a

chování samostatně vyzkoušet. Stacionární forma léčby je určena pro jedince starší 18 let a jejich BMI je vyšší než šestnáct. Důležitou podmínkou zde je doporučení od lékaře (psychiatra nebo psychologa). Tento denní stacionář je zpoplatněn. Pacient přispívá částkou 50,- Kč/den na jídlo. Délka stacionární léčby jsou tři měsíce.

### **4.5.3. Hospitalizace**

Hospitalizace, neboli režimová léčba, je pro pacientky s PPP nejhorší tzv. noční můrou. Pro některé je to vysvobození, pro další utrpení. Důvodem k hospitalizaci nemocných s PPP je často potřeba jejich lékařské stabilizace.

Podle Krcha existují následující kritéria pro hospitalizaci:

- Podvaha nemocné, kterou lze vypočítat dle BMI je menší než 16.
- Opakované záchvaty přejídání a zvracení během dne, užívání projímadel, akutní zdravotní problémy související s hladověním či zvracením (mdloby, kolaps, snížení krevního tlaku).
- Riziko sebevražedného chování, těžká deprese, plačtivost, sklíčenost, neschopnost něco dělat, rozhodovat se, apatie, izolace, sebevražedné myšlenky nebo jiné závažné psychické problémy (drogy, alkohol, sebepoškozování, nutkavé myšlenky).
- U dětí je riziko při odmítání příjmu potravy, popř. tekutin, ještě vyšší. Pokud děti nespolupracují v ambulantní formě léčby, je vždy nutné přistoupit k hospitalizaci.
- V případech, kdy ambulantní péče nevede po určité době (2 až 3 měsíce) k výraznějším změnám, co se týče úpravy hmotnosti, jídelního režimu a snížení frekvence přejídání a zvracení.

Hospitalizace probíhá v nemocničním zařízení a to na jednotce intenzivní péče, interních odděleních, pediatrických odděleních či v psychiatrických léčebnách. Díky hospitalizaci dojde u nemocného k upravení denního a stravovacího režimu. Léčba je ale přizpůsobena individuálním potřebám nemocného. Doba, kterou pacient stráví v režimové terapii, závisí od stupně jeho podvahy. S podvahou je spojená doba, která je potřebná pro získání přijatelné tělesné hmotnosti a zažití si správných stravovacích návyků. Zpravidla může trvat cca 2 měsíce i mnohem déle. Nástup na hospitalizaci předpokládá pacientovu snahu a aktivní spoluúčast na léčbě. Na samotném počátku je uzavřena tzv. Terapeutická smlouva, kterou se pomocí terapeutického týmu pacient snaží dodržet. Součástí léčby je nastolení přiměřeného jídelníčku, individuální i skupinové psychoterapie, svépomocný klub, relaxační a rehabilitační aktivity.

### **4.5.4. Pomoc ze strany pedagoga**

Mnohdy se stává, že fyzických i psychických změn na dítěti, si dříve než samotný rodič všimne vyučující pedagog. Může to být i proto, že rodiče jsou velice zaměstnaní, podnikají a věnují se své kariéře více, než svému dítěti. Ve škole děti tráví více času než doma. Pedagogové mohou napravit to, co rodiče v některých ohledech nezvládli (např. měli přílišný důraz na výkon, na vzhled dítěte, výchova byla příliš autoritativní, podráždající sebevědomí dítěte, závažné chyby ve stravování apod.)

Učitel je také osobou, která může zaznamenat to, že se u žáka rozvíjí známky anorexie. Tyto příznaky lze vyzorovat například při různých hrách, tělocviku nebo ze samotného chování dítěte. „*Je dobré, když se jeden kantor z učitelského sboru angažuje a zabývá se mimo jiné i touto problematikou. Většinou se jedná o ty učitele, které mají aprobaci na Občanskou výchovu nebo Psychologii.*“ (Švédová, 2010, s. 14). Společně s rodiči může pedagog stanovit jistá pravidla, která mohou zabránit dalšímu rozvoji anorektického chování. Je důležité, aby si dnešní pedagogové všimli svých studentů, byli vždy připraveni jim podat pomocnou ruku a vytvořili si s nimi přátelský vztah.

#### **4.6. Nebezpečné sociální sítě**

Při shromažďování podkladů pro moji bakalářskou práci jsem shodou okolností na internetu našla stránky, o jejichž existenci jsem neměla ani tušení. Jmenují se Pro-ana nebo Pro-mia blogy. Když jsem tento název zadala do internetového vyhledávače, našlo mi to 1 178 075 stránek tohoto typu! Tyto stránky považuji za velmi nebezpečné.

Zpravidla (ale ne vždy) jsou vytvářeny dívkami v adolescentním věku, které trpí anorexií a bulimií. Oproti jiným portálům, které chtějí nemocným pomoci, poskytnout informace o výživě, léčbě a správném stravování, tyto blogy jsou jejich pravým opakem. Dívky, které navštěvují tyto stránky, nechápou a ani si nechtějí připustit, že mentální anorexie nebo bulimie je onemocnění, ale chápou ho jako určitý životní styl. Na těchto stránkách lze najít různé návody a rady jak co nejrychleji zhubnout, jak si udržet podváhu, jak se „naučit“ zvracet, jak skrývat svoji přehnanou hubenost před rodiči, lékaři, kantory a spolužáky. Můžeme zde najít spoustu rad, jak se naučit potlačit hlad, návody na efektivní cvičení či různé druhy diet.

Dívky, které navštěvují tyto portály, se vzájemně ve své nemoci podporují a pomáhají si. Udržují se v ní. Jejich mottem je „Hlad bolí, ale štíhlost za to stojí.“

Pro-ana a Pro-mia blogy jsou určitým druhem sociálních sítí. Pro nemocné s PPP mají tyto blogy asi stejný význam, jak pro jiné (zdravé jedince) Facebook, Badoo nebo Twiter. Z mého hlediska jsou ale tyto sociální sítě vysoce nebezpečné. Dívky si zde v sekcích zvaných THINSPIRATION (složenina anglických slov the inspiration) předkládají fotografie ostatních anorektiček, které považují za ideál krásy.

Na těchto stránkách je i prostor, kde si můžou dívky mezi sebou psát. Při čtení příspěvků těchto dívek jsem byla nemile překvapená. Jako příklad uvádím na konci této kapitoly tři příspěvky, které jsem našla na těchto stránkách.

Vím, že internet je „svobodné“ místo, kde si každý může dělat, téměř co chce, ale není toto už hraniční stav? Nemělo by se s tím něco dělat?

Pro další názornost jsem do svých příloh jako příklad uvedla čtyřdenní „jídelníček“ jedné z uživatelék těchto blogů.

*„Moc se mi líbí tento blog, chci mít anorexiu no nevím jak na to! Jsem každý den tlustší a už mně to nebaví! Mam 151cm a 56kilo prosím pomozte mi, nechci, být tlustá! Prosím, děkuji,,  
Monika*

*„Máš moc hezounký blog nechceš se navzájem podporovat? Mám taky takový blog. Věřím, že by to pak lépe fungovalo.“ Petra*

*„Krásný blog, jsem ráda, že se najde někdo kdo má vážně rozum, to co se tu píše, mě inspiruje! Už mám 40 kilo a měřím 165 cm a chci jít ještě níž. Za celý den sním pouze dva kusy ovoce, ale stále mě to přijde moc. Ty mě inspiruješ! Za to děkuju“ Laura*

## **4.7. Prevence mentální anorexie**

### **Prevence obecně**

Prevence jako taková představuje soubor různých opatření, která mají předcházet vzniku nežádoucích stavů. Například zločinům, nehodám, násilí, ekonomickým katastrofám, ale také předcházet rozvoji různých závislostí, kterými mentální anorexie bezesporu je. Podle Švédové je základem každého dobrého preventivního programu jeho přizpůsobení se ke zralosti cílové skupiny a rizikovému prostředí, na které má být působeno.

### **Primární prevence PPP**

*„Primární prevencí rozumíme veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům sociálně patologických jevů, případně minimalizovat jejich negativní dopad, včetně dalšího šíření“. (Zpravodaj Anabell, č. 22, červenec 2009; s. 4).*

Lidé obecně vědí, jaká preventivní opatření mohou učinit, aby ochránili svoje zdraví. Například prostřednictvím různých očkování, kterých je celá řada a které zamezují vzniku a rozvoji různých onemocnění. Na PPP bohužel žádné očkování neexistuje. Přesto lze těmto potížím předcházet. Prevenci PPP můžeme rozdělit do tří oblastí jejího působení: vhodné výchovné postupy v rodině, zvyšování informovanosti veřejnosti a přímá práce s ohroženou skupinou.

#### **1) Vhodné výchovné postupy v rodině**

Problémy spojené s PPP v souvislosti s výchovou ze strany rodičů lze shrnout do třech okruhů. Jde o manipulativní zacházení s jídlem, problém kontroly a sebekontroly, ale také problematický vztah k sobě. Rodiče se u svých dětí snaží o prosazení své vůle a dosažení určitých vzorců chování prostřednictvím odměňování či odepírání různých jídel, které má dítě rádo. Například když dítě zlobí, velice často rodič zareaguje tak, že dítěti zakáže třeba čokoládu, což je z pohledu dítěte i rodiče vnímáno jako určitá forma trestu nebo chceme-li vydírání. Dalším, poměrně častým jevem, který se v rodinách často vyskytuje a je spojován s manipulací a učením sebekontroly, je dojídaní. Snad každý ve svém životě slyšel větu: „Dokud nedoješ, nepůjdeš od stolu!“ S tím souvisí vyjádření určité radosti, pochvaly či úlevy rodiče, když dítě svoji porci jídla sní. Díky tomuto si však dítě zafixuje to, že má ve své moci pocity radosti nebo vzteku svých rodičů. Ti si bohužel neuvědomují, že množství jídla, které dítě sní, není odvislé od jeho potřeb (pocitů sytosti či hladu), ale od úsudku rodičů, kolik toho dítě snědlo.

Ze zpravodaje Anabell vyplývá, že v rámci prevence v této oblasti je třeba si uvědomit, že trestat či odměňovat dítě prostřednictvím potravy je nevhodné a mělo by se omezit na minimum. Dále je třeba si uvědomit, že by dítě do jídla nemělo být nuceno a nemělo by po něm být požadováno, aby snědlo celou porci, kterou mu rodiče předloží.

## **2) Zvyšování informovanosti veřejnosti**

*„Z posledních výzkumů u nás vyplývá, že prevalence anorexie u nás, na rozdíl od ostatních evropských států, roste. Z těchto důvodů je velká snaha ze strany odborníků, aby dětem, dospívajícím a jejich rodičům byly poskytovány kvalitní a především srozumitelné informace z oblasti PPP.“* (Papežová, 2010, s. 311)

Jak jsem již uvedla na začátku, naše životy a jejich prožívání výrazně ovlivňují média. Těmi nejsilnějšími informačními médii jsou především televize a internet. Mohou velice uškodit, ale také pomoci. Díky internetu, který využívá široká veřejnost, mohou odborníci předávat kvalitní informace o PPP. Především pak prostřednictvím odborných článků, testů, videí či kontaktů jsou poskytovány kvalitní informace všem, kteří je hledají. Masmédia mohou zajímavým způsobem poskytnout informace o důsledcích patologického zacházení s vlastním tělem a jídlem.

## **3) Přímá práce s ohroženou skupinou**

*„Vědecké výzkumy prokázaly, že úroveň informovanosti široké veřejnosti o mentální anorexii či bulimii v ČR je stále na lepší úrovni. To se ale neodráží ve změnách postojů k jídlu a ke svému tělu. Přičemž zdravý postoj je pro úspěšné předcházení PPP tím nejpodstatnějším.“* (Zpravodaj Anabell, č. 22, 2009; s. 6)

Snahou odborníků je realizovat programy přímé práce s ohroženou skupinou prostřednictvím tzv. peer groups. Stejně, jak je tomu v zahraničí. Peer pochází z angličtiny a v překladu znamená vrstevník. Peer program je tedy vrstevnický program, kterého se může zúčastnit kdokoli ve věku od 15 do 20 let. Snahou tohoto programu je vytvořit skupiny dobrovolníků, kteří by aktivně působili v oblasti primární prevence. Značným problémem je výběr kandidátů vhodných na vyškolení. Ti musí splňovat nejpodstatnější podmínku – mít zdravý postoj k jídlu a sobě samému. Realizace těchto programů je zřejmě nejlepším způsobem jak lze mimo zvyšování informovanosti, ovlivnit postoje cílové skupiny k jídlu a zacházení s vlastním tělem.

## II. Praktická část

### 1. Cíle, metody výzkumu a stanovení kvalifikovaných předpokladů

Mým cílem praktické části je zjistit, jak jsou tyto dívky spokojené či nespokojené s vlastní postavou, zda se pokoušely někdy během svého života držet dietu, jakou mírou se dívky nechají ovlivnit okolím, které je obklopuje a v neposlední řadě jejich obeznámenost s touto poruchou a hlavně jejich názor na toto onemocnění.

Zda se mi tento můj cíl praktické části povedl naplnit, se budu věnovat v závěru své práce.

Jak jsem již uvedla v přihlášce ke své bakalářské práci, rozhodla jsem se pro svůj výzkum použít kvantitativní šetření s využitím dotazníkového šetření a analýzu výsledků. Jelikož, dle mého názoru, jsou nejvíce ohroženou věkovou skupinou ke vzniku mentální anorexie dívky v dospívajícím věku, hlavně mezi 13 – 16 rokem, zaměřila jsem svoje dotazníkové šetření právě na ně.

Dotazníkové šetření považuji za velmi vhodnou metodu právě vzhledem k věku mých respondentek. Mají na výběr z více možností odpovědí, na odpověď mají dostatek času a hlavně jsou dotazníky anonymní, tudíž se dívky necítí nijak ohrožené a jsou upřímnější ve svých odpovědích.

### Stanovení kvalifikovaných předpokladů

Na základě stanovených cílů a také v průběhu psaní bakalářské práce jsem si ujasnila a stanovila několik kvalifikovaných předpokladů, které bych ráda ověřila také v praxi s využitím dotazníkového šetření.

**Kvalifikovaný předpoklad č. 1: Alespoň 80% dotazovaných dívek ví co je to mentální anorexie.**

**Kvalifikovaný předpoklad č. 2: Minimálně 50 % dotazovaných dívek zná někoho, kdo v jejich okolí trpí touto poruchou.**

**Kvalifikovaný předpoklad č. 3: 90% dotazovaných dívek není spokojeno se svojí postavou a přály by si zhubnout.**

**Kvalifikovaný předpoklad č. 4: 95% dívek se pokoušelo alespoň jednou držet dietu během svého života.**

**Kvalifikovaný předpoklad č.5: Dospívající dívky se často řídí názory svých kamarádek a médií.**

**Kvalifikovaný předpoklad č.6: 60% dívek je přesvědčeno, že je zdravější vážit o 10-15% méně.**

**Kvalifikovaný předpoklad č.7: Alespoň 65% dívek má negativní názor na mentální anorexii.**

**Kvalifikovaný předpoklad č.8: Alespoň 55% dívek se necítí ohroženo touto nemocí.**



## **2. Výběr respondentů**

Než jsem začala se samotnou realizací výzkumu, stanovila jsem si ke každému z uvedených kvalifikovaných předpokladů otázky, které měly moje předpoklady potvrdit či vyvrátit. Podstatné bylo, abych otázku správně formulovala a nedošlo tak k nepochopení ze strany respondentek. Po sestavení dotazníku jsem požádala pět dívek ve věku 13 až 15 let o jeho vyplnění. Ověřila jsem si tak, že otázky jsem formulovala správně a ze strany respondentek byly pochopeny tak, jak jsou myšleny. Celkový počet uzavřených otázek v dotazníku je 21. Dotazník je zcela anonymní. Podoba celého dotazníku je uvedena v příloze.

## **3. Cílová skupina respondentů při realizaci výzkumu**

Samotný výzkum proběhl v období od 1.10.2014 do 1.3.2015. Oslovila jsem 100 dívek, které jsem rozdělila na polovinu. 50 dotazníků jsem rozdala na Základní škole v Aši dívkám, které navštěvují osmou a devátou třídu. Dalších 50 dotazníků jsem rozdala na středním Odborném Učilišti v Pardubicích dívkám, které navštěvují první ročník. Rozdělila jsem je takto z důvodu, že Základní školu navštěvují třináctileté, čtrnáctileté a někdy i již patnáctileté dívky kdežto na Středním odborném učilišti se v prvním ročníku učí šestnáctileté dívky. Obě tyto cílové skupiny byli pro můj výzkum velice důležité.

Na Základní škole jsem pracovala s dívkami z osmé a z deváté třídy, kterou jsme společně s výchovnou poradkyní vytipovaly, jako odpovídající k získání potřebných dat ke svému výzkumu a ověření či vyvrácení kvalifikovaných předpokladů.

Na střední škole jsem pracovala s dívkami z prvního ročníku, které navštěvují obor kadeřnice a kosmetička, které jsem si vytipovala sama z důvodu, že tyto dívky již trochu znám, protože jsem měla možnost s nimi 3 měsíce pracovat a považovala jsem je za vhodné respondentky pro můj výzkum.

Celkem jsem navštívila dvě osmé třídy, dvě deváté třídy, první ročník oboru kadeřnice a první ročník oboru kosmetička.

Rozdala jsem dohromady sto dotazníků, ze kterých se mi vrátilo opět 100 kusů, což si myslím, že je také proto, že jsem se při samotného sběru dat přímo účastnila a mohla jsem tak případné nejasnosti s dívkami řešit přímo na místě.

Porovnání dat jsem prováděla mezi skupinou 13ti a 14ti letých dívek, která obsahovala 34 členů a skupinou 15ti a 16ti letých dívek, která obsahovala 66 členů.

Mým cílem bylo to, aby dotazníkové šetření bylo validní a reliabilní.

## **4. Vlastní výzkum, analýzy a prezentace výsledků**

Získaná data jsem v práci znázornila graficky. Odpovědi dívek jsou v grafech vyjádřeny v procentech.

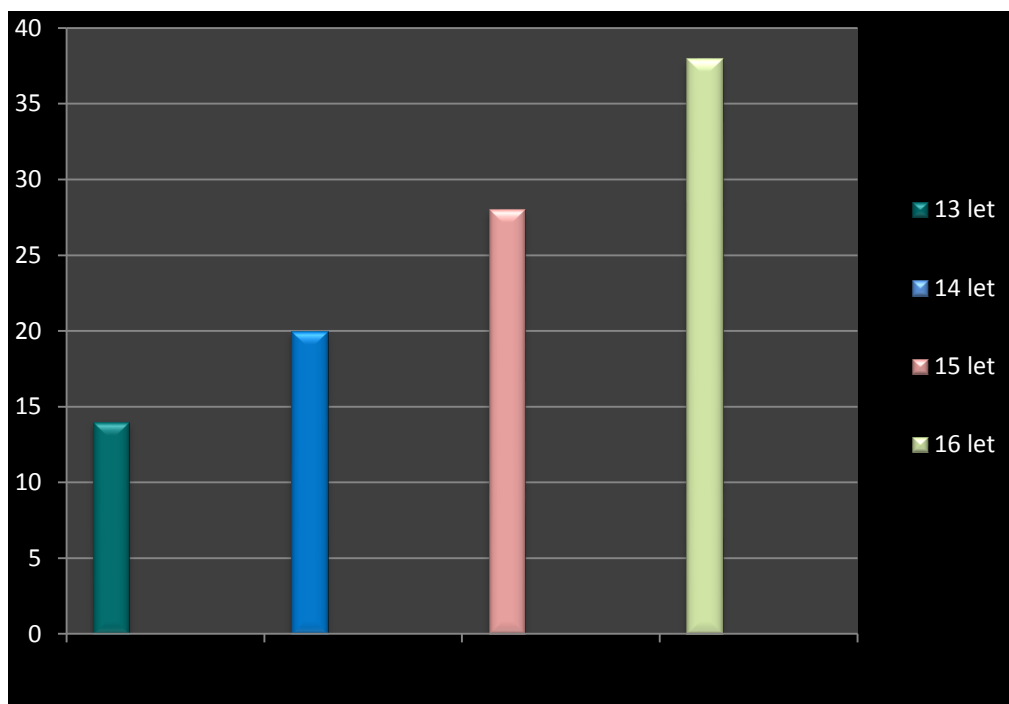
Vodítkem k rozdělení všech dotazovaných do jednotlivých skupin jsem zvolila otázku č.1: Kolik Ti je let?

## Otázka č. 1: Kolik je ti let?

Tabulka č. 1.

13 let		14 let		15 let		16 let		Celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
14	14	20	20	28	28	38	38	100	100

Graf č. 1.



### Vyhodnocení otázky č. 1:

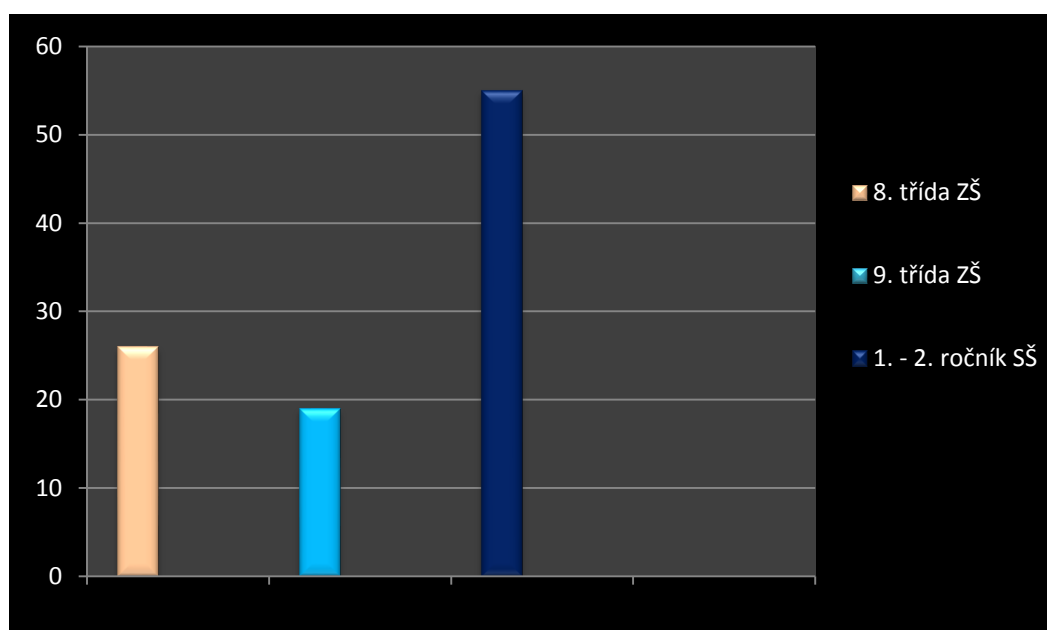
Tato otázka měla být směrníkem pro rozdělení dívek do jednotlivých věkových skupin. Z grafického výsledku lze vyčíst, že početní i procentuální zastoupení věkových skupin je velice rozdílné. Skupina třináctiletých dívek má 14 členů, skupina čtrnáctiletých dívek má 20 členů. Skupina patnáctiletých dívek obsahuje 28 členů a šestnáctiletých dívek bylo 38. Lze tedy říci, že největší počet respondentek v mém výzkumu zaujímá poslední věková skupina – a to šestnáctileté dívky, je to hlavně z důvodu, že základní škola, na které se můj výzkum realizoval, se nacházela v malém městečku, tudíž neměla tolik žákyní, jako střední škola, která se nacházela ve velkém městě a hlavně na oblíbené střední škole.

## Otázka č. 2: Do které třídy chodíš?

Tabulka č. 2:

8. třída ZŠ		9. třída ZŠ		1. - 2. ročník SŠ		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
26	26	19	19	55	55	100	100

Graf č. 2.



### Vyhodnocení otázky č. 2:

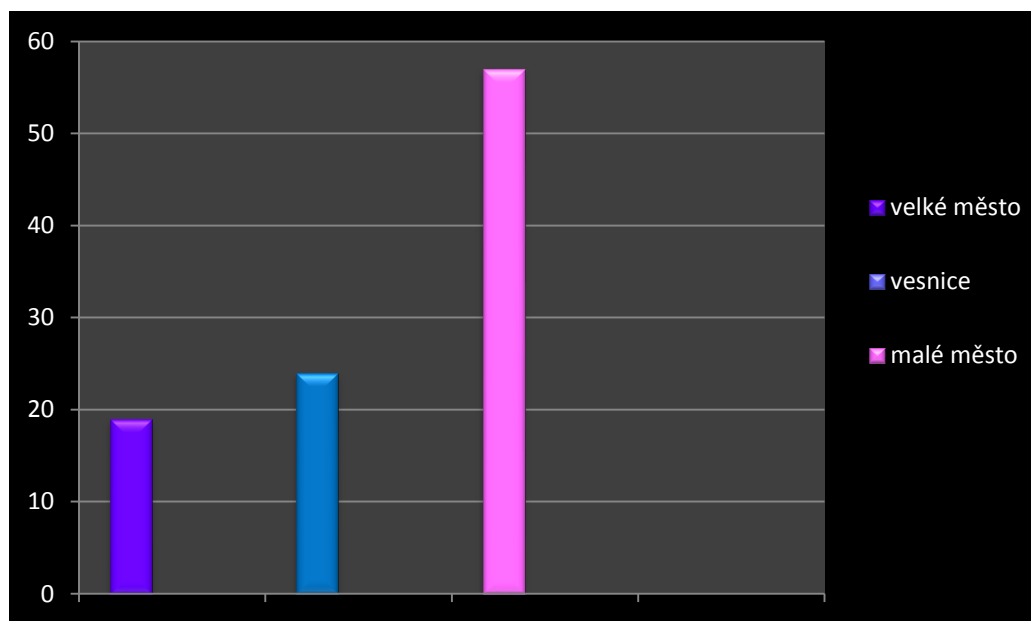
Tato otázka měla být stejně jako otázka č.1. směrníkem. Oproti první otázce, která rozdělovala dívky do věkových skupin, tato otázka měla za úkol rozdělení dívek do tříd, které navštěvovali při realizaci mého výzkumu. Z grafického výsledku lze vyčíst, že početní a procentuální zastoupení tříd je opět velice rozdílné. Osmou třídu na základní škole navštěvovalo v době výzkumu 26 dívek, devátou třídu pouze 19 dívek. Co se týká střední školy, celkově v době výzkumu navštěvovalo první ročník oboru kadeřnice a kosmetička 55 dívek. Tento vysoký početní i procentuální rozdíl opět přisuzuji místu, kde se můj výzkum realizoval. Základní škola se nachází v malém městečku, kdežto střední škola ve velkém městě. Navíc tato střední škola i obory, které se na ní vyučují, jsou velice oblíbené, a je o ně veliký zájem.

### Otázka č. 3: Kde bydlíš?

Tabulka č. 3:

velké město		vesnice		malé město		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
19	19	24	24	57	57	100	100

Graf č. 3.



#### Vyhodnocení otázky č. 3:

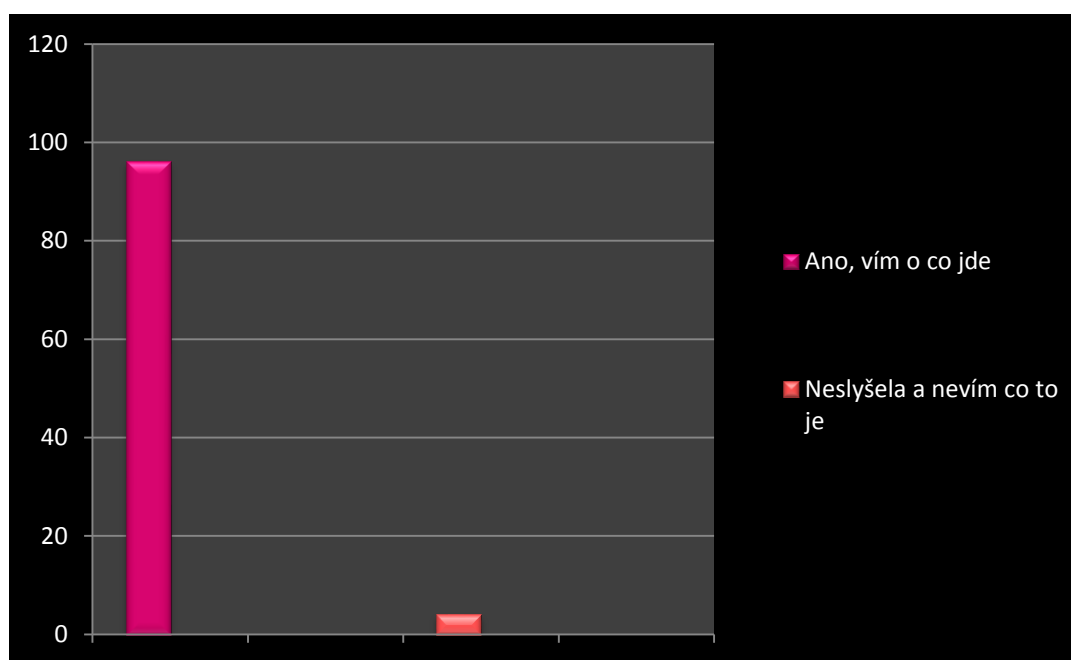
Tato otázka mi měla pomoci rozdělit dívky do další skupiny a to podle místa, kde žijí. Domnívám se, že na názory dívek a jejich chování má veliký vliv i místo a jeho okolí kde žijí. Podle mého názoru dívka, která žije na vesnici, může mít úplně jiné názory na věci než dívka, která žije ve městě, a je to právě ovlivněno okolím, ve kterém dívky žijí. Z grafického znázornění lze vyčíst, že většina mých respondentek pochází z menších měst. Ve velkém městě žije 19 dívek, na vesnici 24 a v malém městě 57 dívek. Rozdíl je velice vysoký. Jak jsem zjistila z povídání si s dívkami, spousta dívek dojíždí do své školy z okolních měst nebo vesnicí.

## Otázka č. 4: Už jsi slyšela o poruchách příjmu potravy, hlavně o mentální anorexii?

Tabulka č. 4:

Ano, vím, o co jde.		Neslyšela a nevím co to je.		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%
96	96	4	4	100	100

Graf č. 4.



### Vyhodnocení otázky č. 4:

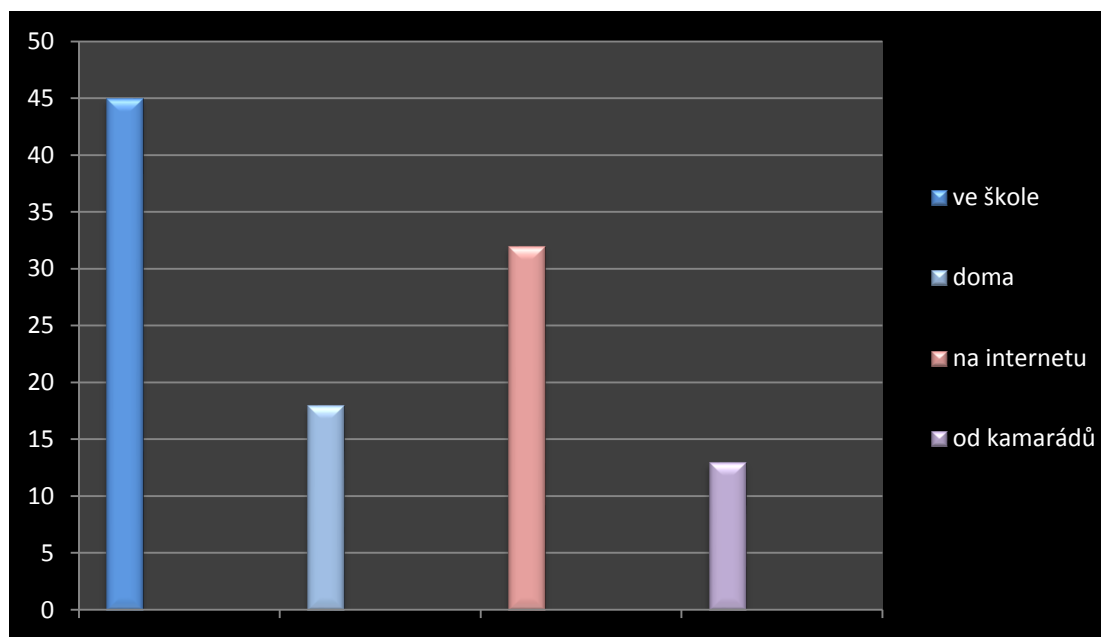
Tato otázka mi měla pomoci zjistit, zda dospívající dívky znají pojem poruchy příjmu potravy, hlavně mentální anorexie. Z grafického znázornění lze vyčíst, že procentuální i početní rozdíl v odpovědích je značně rozdílný. Na odpověď „ano, vím, o co jde“ odpovědělo 96% dívek, na odpověď „neslyšela a nevím co to je“ odpověděla pouze 4% děvčat. Za tento výsledek jsem velice ráda, velice mě těší, že skoro všechny mé respondentky tyto pojmy znají a ví o čem je řeč. Považuji za velice důležité, aby dnešní dospívající dívky znaly pojmy jako poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie apod.

## Otázka č. 5: Označ, kde si se s pojmem Mentální anorexie setkala.

Tabulka č. 5:

ve škole		doma		Na internetu		od kamarádů		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
45	45	18	18	32	32	13	13	100	100

Graf č. 5.



### Vyhodnocení otázky č. 5:

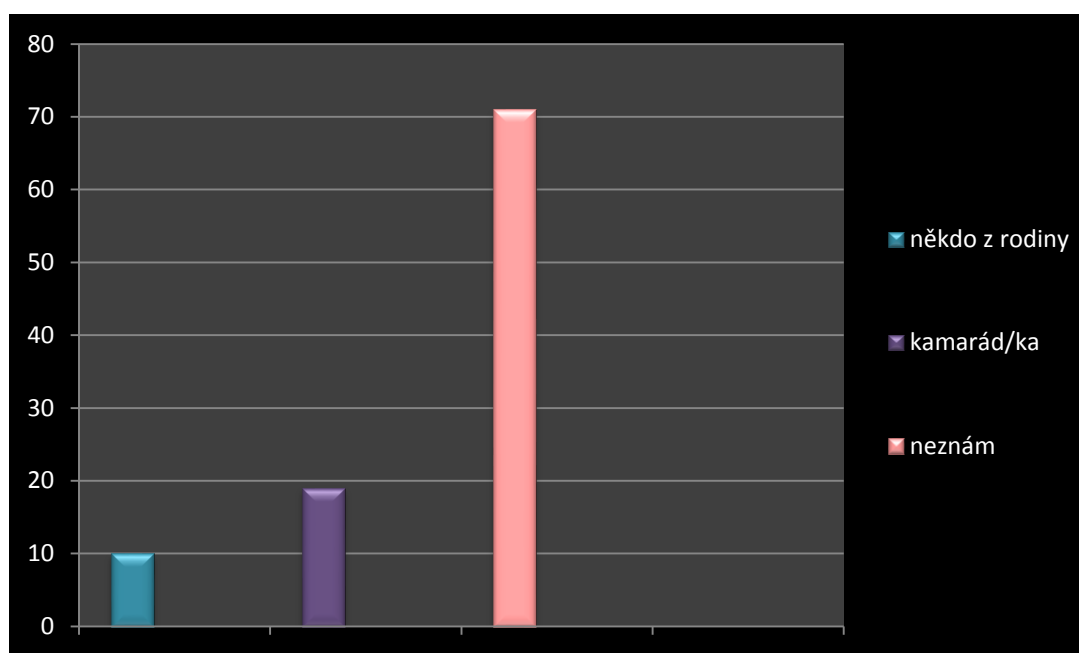
V této otázce mě zajímalo, kde se moje respondentky poprvé s pojmem mentální anorexie setkali. Z grafického znázornění můžeme vyčíst, že 45% dívek se s pojmem setkala ve škole, pouze 18% dívek doma, 32 % na internetu a 13 % od kamarádů. Jsem velice ráda, že nejvíce dívek se s pojmem setkala ve škole, je vidět, že školy nepodceňují tato témata a věnují se jim v různých předmětech nebo přednáškách. Velice mě zklamalo, že pouze 18% dívek se setkala s pojmem doma, očekávala jsem větší procentuální zastoupení u této odpovědi. Považuji za důležité, aby se rodiče se svými dětmi doma o těchto tématech bavili a své dospívající dívky upozornili na tato závažná onemocnění a jejich následky. Dále mě překvapilo, že druhé největší procentuální zastoupení měla odpověď „na internetu“, dnešní dospívající dívky na internetu tráví spoustu času, a považují ho za velice důležitou součástí svého života. V neposlední řadě mě ještě těší, že dívky, které na toto téma narazí na internetu, tématu mentální anorexie věnují čas a informaci si přečtou.

## Otázka č. 6: Znáš někoho, kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy, hlavně mentální anorexií?

Tabulka č. 6:

Někdo z rodiny		Kamarád/ka		Neznám		Celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
10	10	19	19	71	71	100	100

Graf č. 6.



### Vyhodnocení otázky č. 6:

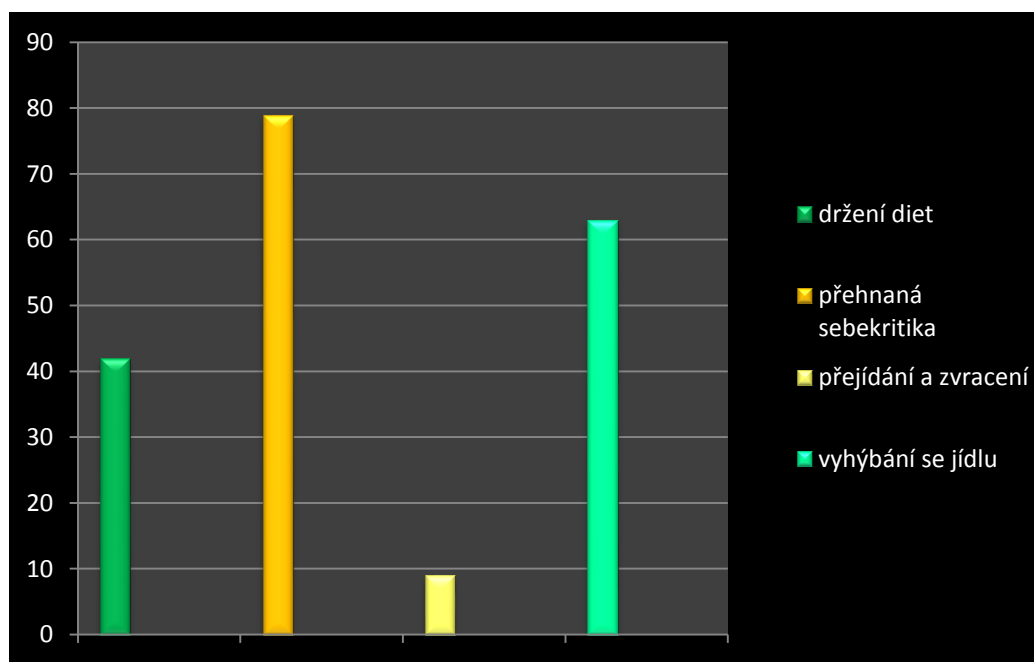
V této otázce mě zajímalo, zda moje respondentky znají někoho, kdo trpí nebo trpěl tímto onemocněním. Zaměřovala jsem se hlavně na rodinu nebo kamarády. Z grafického znázornění můžeme vyčíst, že 10 % dívek uvádí, že tímto onemocněním trpí nebo trpěl někdo z jejich rodiny, 19% dívek označilo svou kamarádku nebo kamaráda a 71% dívek uvedlo, že žádného takového člověka neznají. Na těchto odpovědích mě velice překvapily zejména dvě první možnosti. Očekávala jsem menší procentuální zastoupení v těchto odpovědích. Překvapilo mě, že až 10% dívek má nebo měly v rodině někoho takto nemocného. Zda je to dobře či ne si netroufám říci. Dále mě překvapila i odpověď druhá - 19% dívek uvedlo, že jejich kamarád/ka trpí nebo trpěla mentální anorexií. Stejně jako u předešlé odpovědi jsem očekávala menší procentuální umístění. Myslím si, že 19% je docela vysoké číslo. Vůbec jsem neočekávala, že tolik dívek ze 100 má takového kamaráda nebo kamarádku. Přejde mi to jako ohrožující, z důvodu veliké citové vazby dívek na přátelé. Bojím se, že nemocná kamarádka by měla špatný vliv na zdravou dívku, mohla by jí začít ovlivňovat a přemlouvat k dodržování stejného režimu.

## Otázka č. 7: Jak si vysvětluješ mentální anorexii?

Tabulka č. 7:

Držení diet		Přehnaná sebekritika		Přejídání a zvracení		Vyhýbání se jídlu		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
42	42	79	79	9	9	63	63	100	100

Graf č. 7.



### Vyhodnocení otázky č. 7:

Tato otázka měla za úkol zjistit, jaké vědomosti mají respondentky o mentální anorexii. Dívky měly za úkol si vybrat ze 4 tvrzení, které vystihují znaky onemocnění. Správně byly 3 odpovědi. Proto dívky mohly zaškrtnout více jak jedno tvrzení. 42 % dívek si myslí, že mezi znaky onemocnění patří držení diet se sportovními aktivitami, 79% dívek označilo také druhou možnost – přehnaná sebekritika sebe sama se snahou být co nejtíhlejší. Pouze 9 % označilo třetí možnost – konzumace velkého množství jídla a jeho vyzvracení, 63% dívek si myslí, že mezi další znaky patří i vyhýbání se konzumaci jakéhokoliv jídla. Z toho vyplývá, že pouze 9% dívek označilo špatně třetí znak, který představuje onemocnění mentální bulimií. Ostatní dívky dokázaly označit alespoň jednu, nebo dvě správné odpovědi, některé dívky označily správně všechny tři, to znamená, že většina dívek z mého výzkumu mají dobré a dostačující znalosti o mentální anorexii, a vědí, jak se projevuje. Jsem velice překvapena z tohoto výsledku, očekávala jsem menší znalosti u dívek, hlavně u dívek navštěvující základní školu. Jsem velice ráda, že mi mé respondentky můj menší předpoklad vyvrátily a mají dobré znalosti.

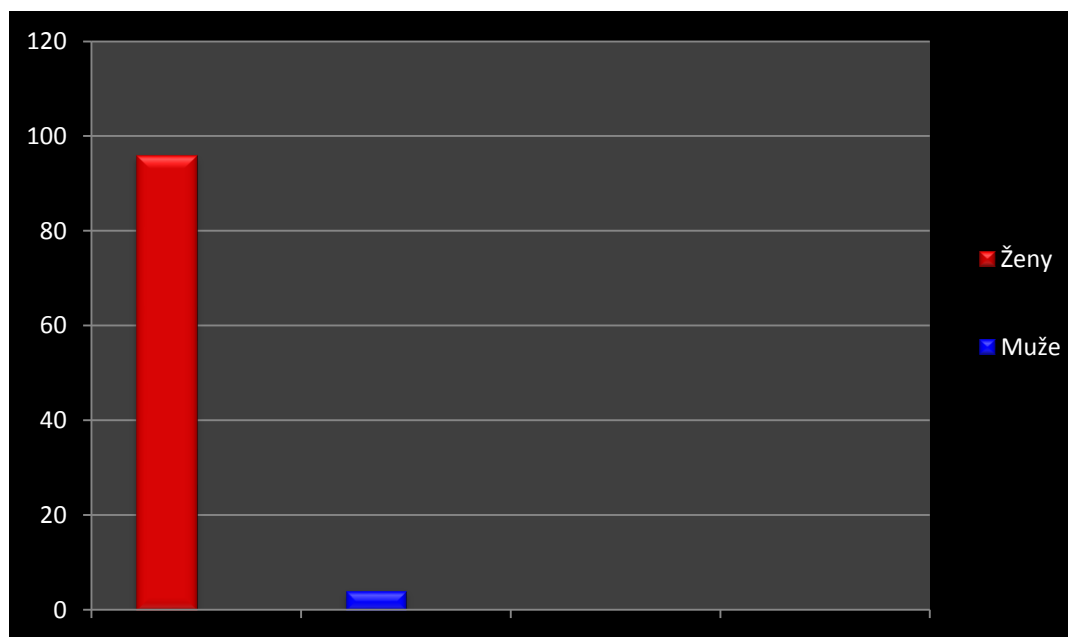


## Otázka č. 8: Myslíš si, že mentální anorexie postihuje více ženy nebo muže?

Tabulka č. 8:

Ženy		Muže		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%
96	96	4	4	100	100

Graf č. 8:



### Vyhodnocení otázky č. 8:

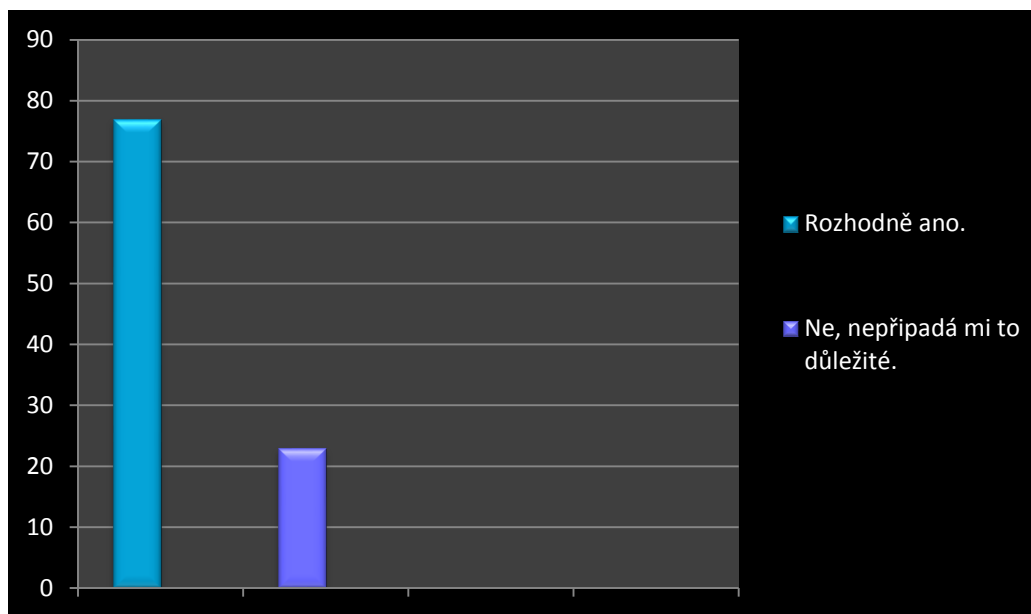
V této otázce mě zajímalo, o kterém pohlaví si dívky myslí, že je touto nemocí více ohroženo a je u něj větší procento onemocnění. Podle odborné literatury jsou touto ohroženou skupinou ve větší míře ženy. A jak můžeme vidět z grafického znázornění, 96% dívek označilo právě ženy a pouze 4 % dívek označilo muže. Z toho vyplývá, že většina dívek si správně myslí, že do této „ohrožené“ skupiny patří ženy. Podobný výsledek jsem očekávala, proto mě nijak nepřekvapil a ani nezklamal.

## Otázka č. 9: Myslíš si, že je důležité poruchy příjmu potravy znát a něco o nich vědět?

Tabulka č. 9:

Rozhodně ano.		Ne, nepřipadá mi to důležité.		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%
77	77	23	23	100	100

Graf č. 9.



### Vyhodnocení otázky č. 9:

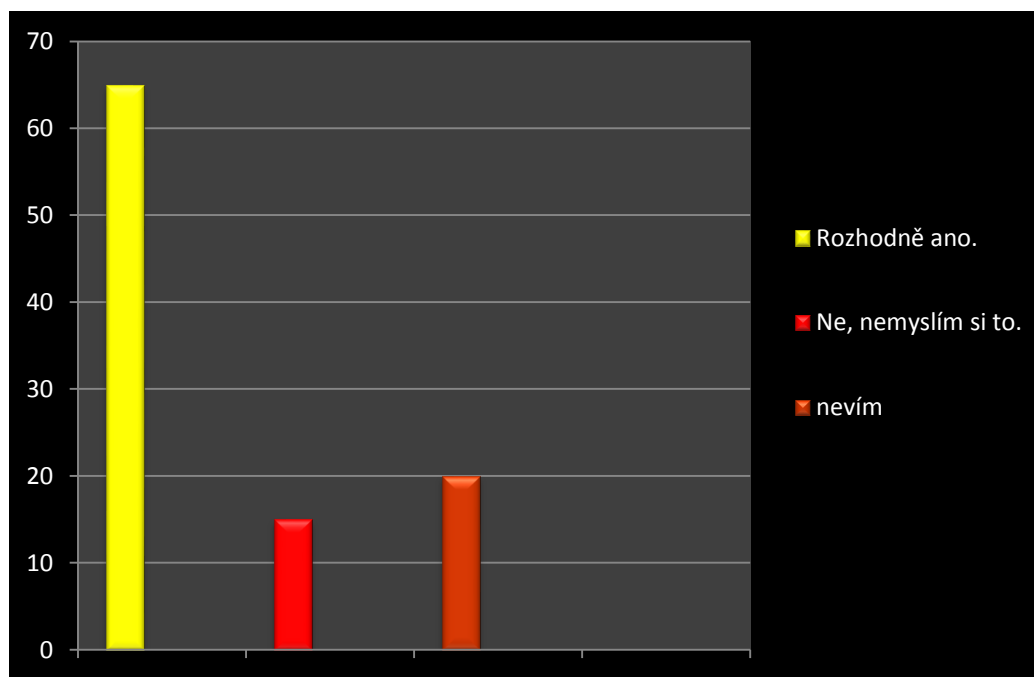
V této otázce mě zajímalo, zda dospívající děvčata považují za důležité znát poruchy příjmu potravy. Z grafického znázornění lze vyčíst, že 77% dívek považuje za důležité tyto pojmy znát a vědět o nich, naproti tomu 23% dívek to nepovažuje za důležité. Tento výsledek mě opět překvapil, více jak polovina děvčat si uvědomuje důležitost tohoto onemocnění a to je podle mého názoru velice dobře. Očekávala jsem, že mé respondentky budou tyto pojmy spíše považovat za nedůležité.

## Otázka č. 10: Myslíš si, že má největší podíl na toto onemocnění společnost?

Tabulka č. 10:

Rozhodně ano.		Ne, nemyslím si to.		nevím		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
65	65	15	15	20	20	100	100

Graf č. 10.



### Vyhodnocení otázky č. 10:

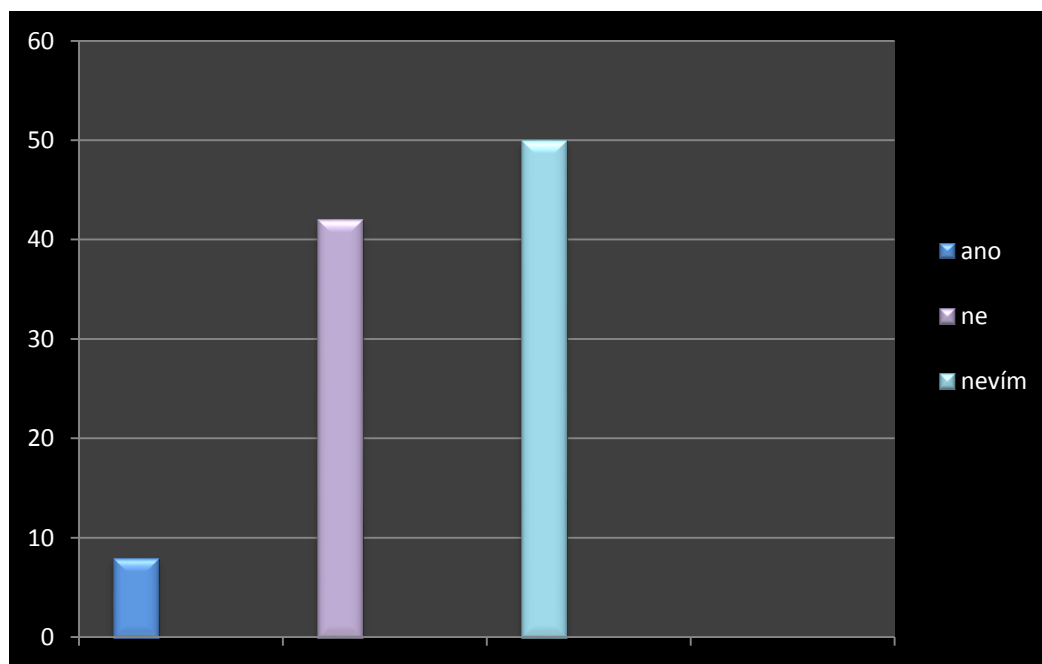
V této otázce mě zajímalo, zda si dívky myslí, že na tomto onemocnění má nějaký podíl společnost. Z grafického znázornění lze vyčíst, že 65% dívek považuje společnost za jakýsi „spouštěč“ nemoci, 15% dívek si myslí, že společnost na onemocnění nemá žádný vliv, a 20% dívek zvolilo odpověď „nevím“. Jak jsem se již zmínila v teoretické části, společnost jako taková má veliký vliv na potravní chování dnešních dívek. Jsem velice ráda, že více jak polovina děvčat si uvědomuje jak společnost na nás jako jedince působí, a mohla by nás ovlivnit i v našem jídelním stravování.

## Otázka č. 11: Myslíte si, že je v ČR dostatek institucí, které pomáhají lidem s tímto onemocněním?

Tabulka č. 11:

ano		ne		nevím		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
8	8	42	42	50	50	100	100

Graf č. 11.



### Vyhodnocení otázky č. 11:

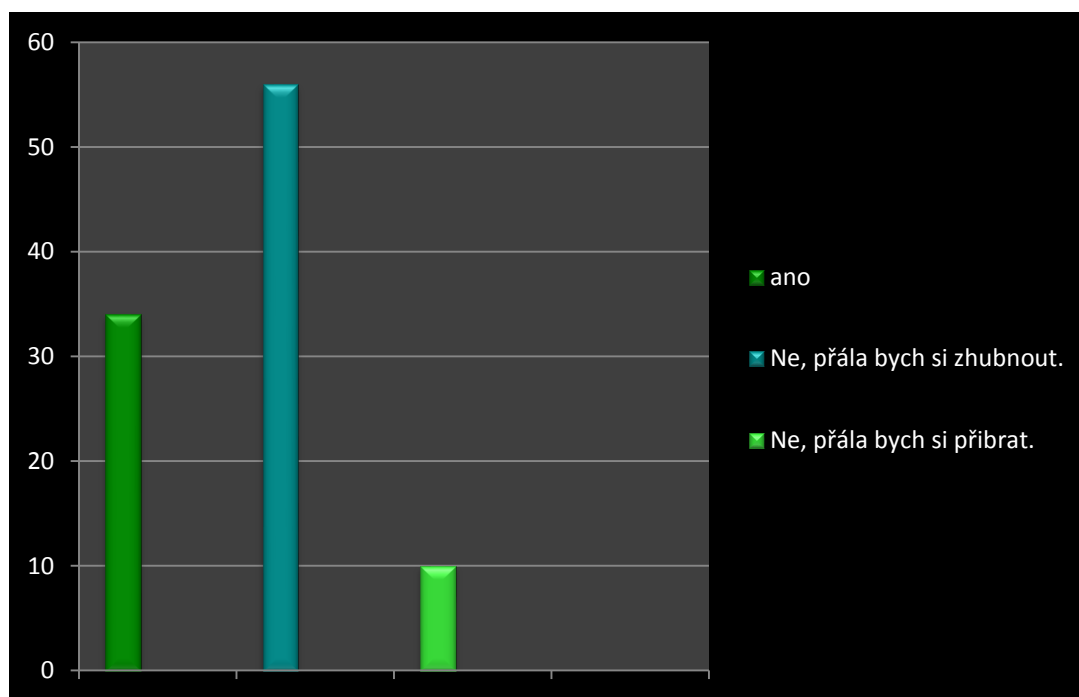
V této otázce jsem chtěla zjistit, zda znají dnešní dospívající dívky instituce, které pomáhají lidem s onemocněním mentální anorexie, zda vědí o těchto institucích a ví, kam by se měly případně obrátit. Z grafického znázornění můžeme vyčíst že, 8% dívek si myslí, že takových institucí je v ČR dostatek, 42% dívek si myslí, že institucí na pomoc lidem s poruchami příjmu potravy je v naší republice málo, 50% dívek o těchto zařízení vůbec neví, a proto to nemohou posoudit. Podle mého názoru je opravdu těchto institucí specializovaných na poruchy příjmu potravy málo. Myslím si, že dnešní dívky o těchto institucích moc neví, a ani si neví rady, kam by se měly obrátit, kdyby onemocněly poruchou příjmu potravy.

## Otázka č. 12: Jsi spokojena se svou současnou váhou?

Tabulka č. 12:

ano		Ne, přála bych si zhubnout.		Ne, přála bych si přibrat.		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
34	34	56	56	10	10	100	100

Graf č. 12.



### Vyhodnocení otázky č. 12:

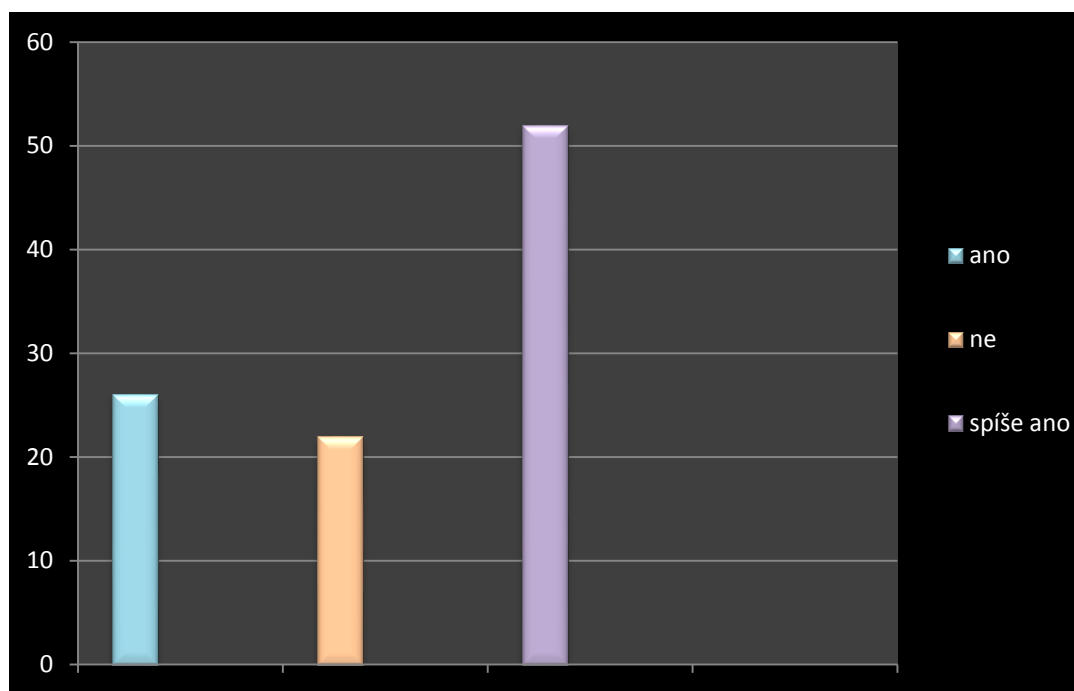
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak jsou moje respondentky spokojené se svou současnou tělesnou váhou. Dle grafického znázornění je patrné, že dívky jsou se svojí váhou nespokojené. Dívky, které jsou nespokojeny se svojí váhou, je alarmujících 66% (56% dívek by si přálo zhubnout, 10% dívek zase přibrat) oproti pouhým 34 % dívek, které jsou se svou váhou spokojeny. Výsledek této otázky mne poněkud nepříjemně překvapil. Čekala jsem sice, že dívky vyjádří nespokojenost se svojí váhou, ale nepředpokládala jsem, že v tak velkém počtu.

## Otázka č. 13: Jsi spokojena s tím, jak tvé tělo vypadá?

Tabulka č. 13:

ano		ne		spíše ano		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
26	26	22	22	52	52	100	100

Graf č. 13.



### Vyhodnocení otázky č. 13:

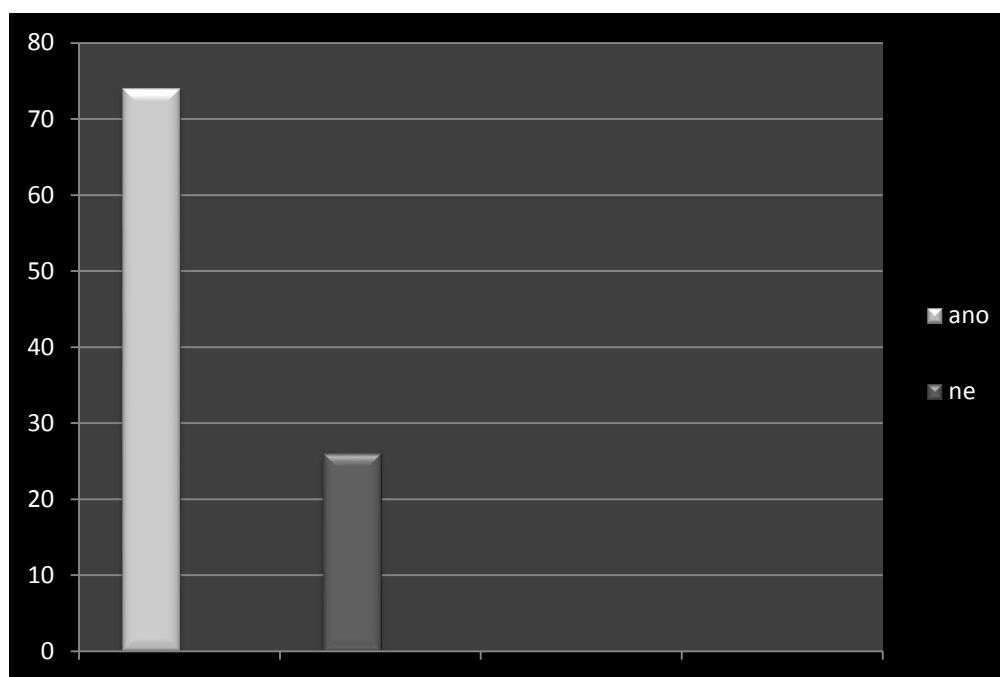
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak jsou moje respondentky spokojené se svou současnou postavou. Dle grafického znázornění je patrné, že dívky jsou se svojí váhou spíše spokojené, ale některé své partie by rádi změnily. Dívek spokojených se svojí postavou je 26 %, nespokojených dívek bylo 22%, a 52% dívek uvádí, že jsou spíše spokojené, ale některé partie na svém těle by změnily. Výsledek této otázky mne poněkud příjemně překvapil. Čekala jsem, že dívky vyjádří větší nespokojenost se svým tělem, očekávala jsem, že alespoň 65% dívek bude uvádět, že jsou zcela nespokojeny.

## Otázka č. 14: Pokoušela ses někdy držet diety?

Tabulka č. 14:

ano		ne		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%
74	74	26	26	100	100

Graf č. 14.



### Vyhodnocení otázky č. 14:

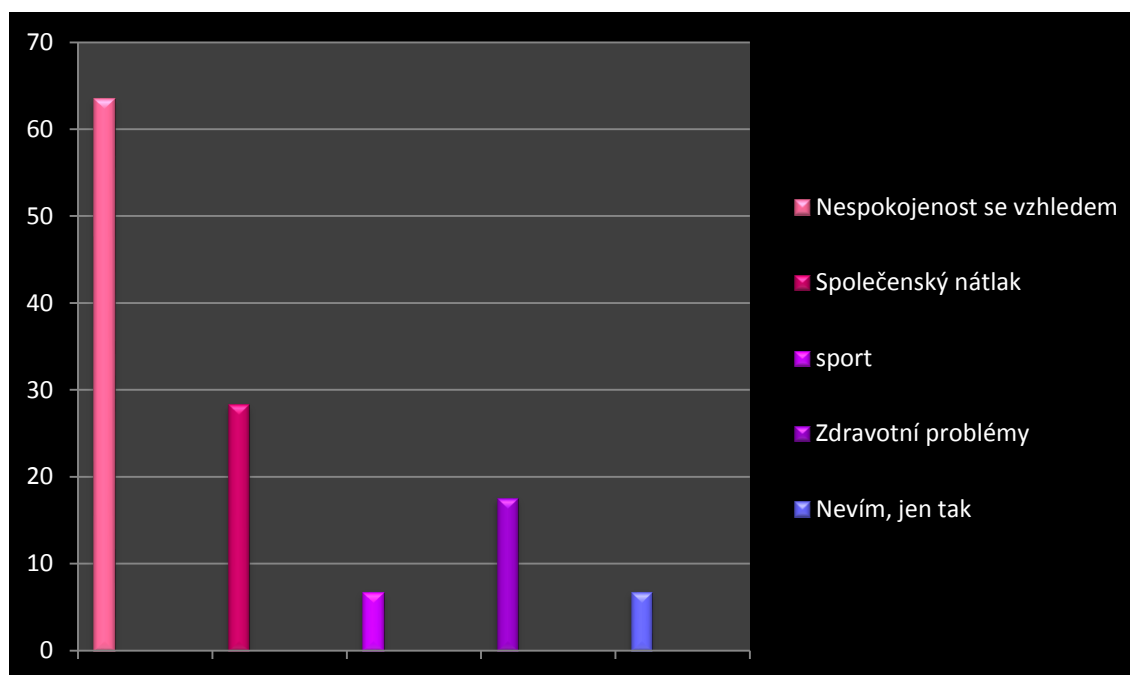
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda dnešní dospívající dívky mají zkušenosti s držením diet. Z grafického znázornění je patrné, že většina dospívajících děvčat se už někdy v životě pokoušela o dietu. Dívěk, které se pokoušely o dietu je alarmujících 74% oproti pouhým 26 % dívek, které se o dietu nikdy nepokoušely. Výsledek této otázky mne poněkud opět nepříjemně překvapil. Čekala jsem, že některé dívky během svého života držely dietu, ale nepředpokládala jsem, že v tak velkém počtu.

## Otázka č. 15: Jestliže ano, jaký byl tvůj důvod?

Tabulka č. 15:

Nespokojenost se vzhledem.		Společenský nátlak.		sport		Zdravotní problémy.		Nevím, jen tak.		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
47	63,51	21	28,37	5	6,75	13	17,56	5	6,75	74	100

Graf č. 15.



### Vyhodnocení otázky č. 15:

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, jaký důvod vedl děvčata k tomu, aby začaly držet dietu. Z grafického znázornění lze vyčíst že, většina dívek je nespokojená se vzhledem a proto se snaží o korekci právě dietou. Dívek, které uváděly, jako důvod nespokojenost se vzhledem bylo 63,51%, dívek, držící dietu ze společenského nátlaku bylo 28,37 %, sport jako důvod diety uvádělo 6,75%, dále jako důvod zdravotní problémy označilo 17,56 % děvčat a 6,75% děvčat neví, držely dietu jen tak. Nějaký takový výsledek jsem očekávala, jen mě velice překvapilo, že jako důvod diety společenský nátlak označilo více dívek, než jsem očekávala.

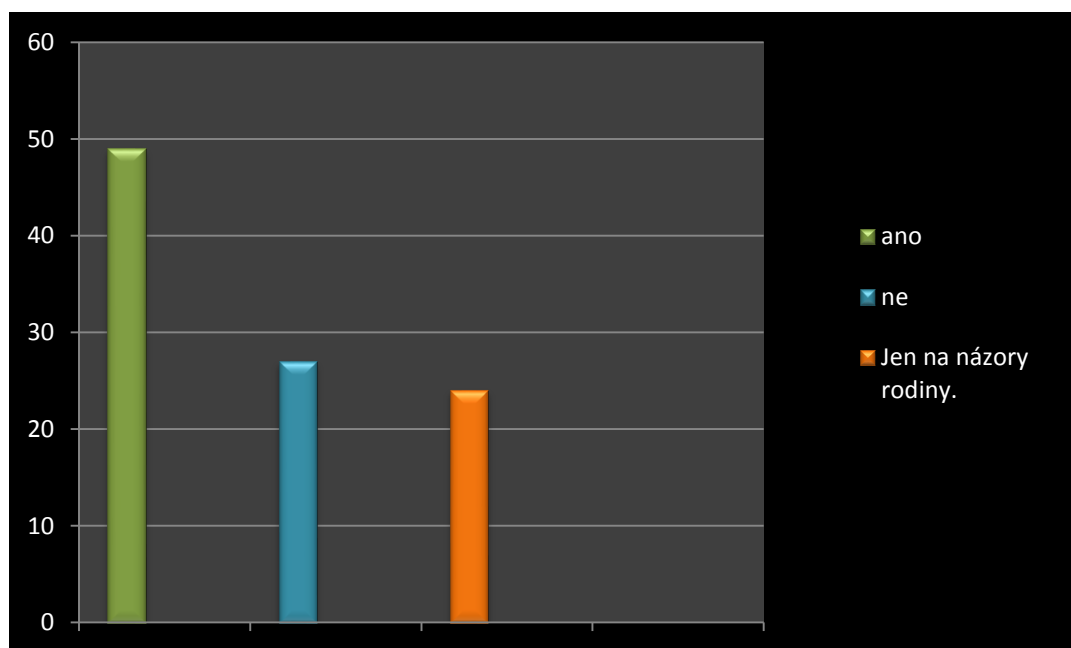


## Otázka č. 16: Dáš hodně na názor svého okolí?

Tabulka č. 16:

ano		ne		Jen na názory rodiny.		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
49	49	27	27	24	24	100	100

Graf č. 16.



### Vyhodnocení otázky č. 16:

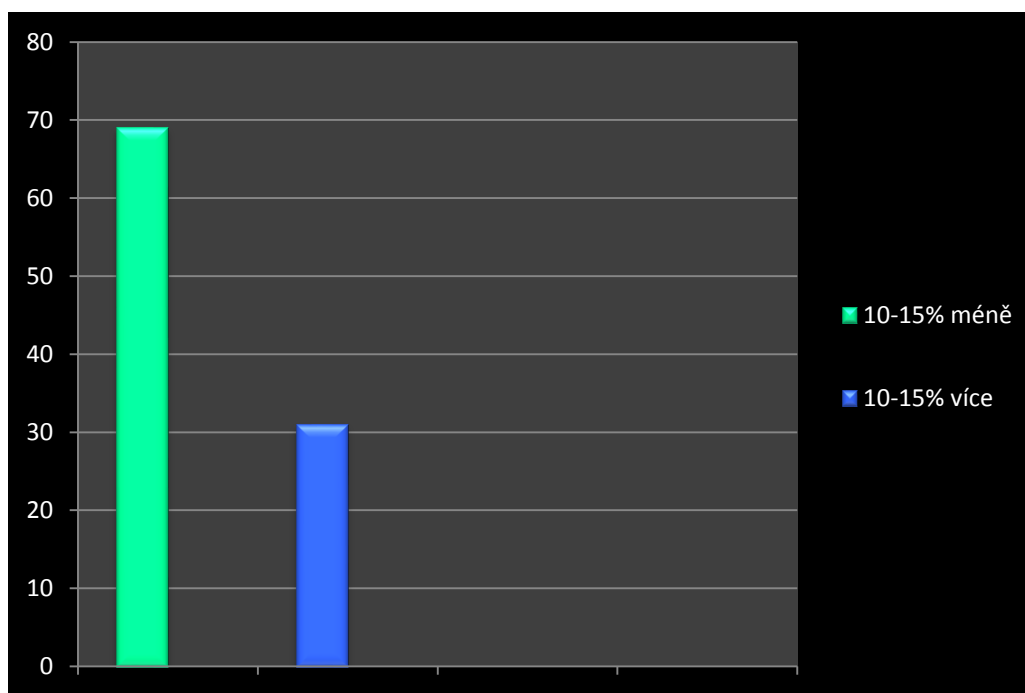
Touto otázkou jsem zjišťovala, zda se dnešní dospívající dívky řídí názory druhých lidí a jak moc jsou pro ně důležité. Z grafického znázornění lze vyčíst že, většina dívek považuje názor svých kamarádek a společnosti za velice důležitý a řídí se pouze jím. Takových dívek bylo 49%, 27% dívek uvádí, že je názor okolí nezajímá a řídí se pouze svými názory, 24% dívek uvedlo, že se řídí pouze názory své rodiny. Tento výsledek mě překvapil hlavně u první odpovědi, kde jsem očekávala, že tuto odpověď zvolí více dívek. Domnívala jsem se, že dnes se skoro všechny dospívající dívky řídí pouze názory svých kamarádek a společnosti.

### Otázka č. 17: Myslíš si, že je zdravější vážit o 15 – 15% méně nebo více než je normální váha?

Tabulka č. 17:

10-15% méně		10-15% více		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%
69	69	31	31	100	100

Graf č. 17.



#### Vyhodnocení otázky č. 17:

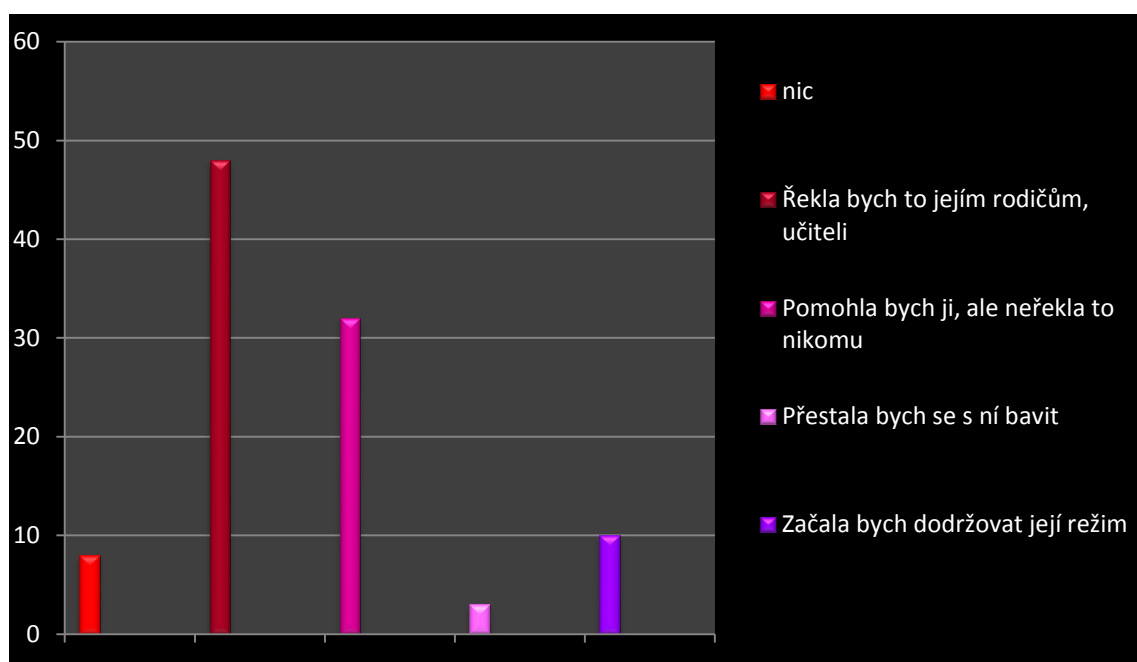
U této otázky mě zajímalo, zda mé respondentky považují za zdravější vážit o 10-15% méně nebo více. Z grafického znázornění můžeme říci, že alarmujících 69% dívek si myslí, že je lepší váží méně, oproti tomu 31% dívek si zase myslí, že je zdravější vážit více než je normální váha. Z toho vyplývá, že většina dospívajících dívek považuje za zdravější, když váží méně než by měly. Tato otázka mě nijak nepřekvapila, podobný výsledek jsem čekávala.

## Otázka č. 18: Kdyby tvoje kamarádka trpěla tímto onemocněním, co by si udělala?

Tabulka č. 18:

nic		Řekla bych to jejím rodičům, učitelům.		Pomohla bych jí, ale neřekla to nikomu.		Přestala bych se s ní bavit.		Začala bych dodržovat její režim.		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
8	8	48	48	32	32	3	3	10	10	100	100

Graf č. 18.



### Vyhodnocení otázky č. 18:

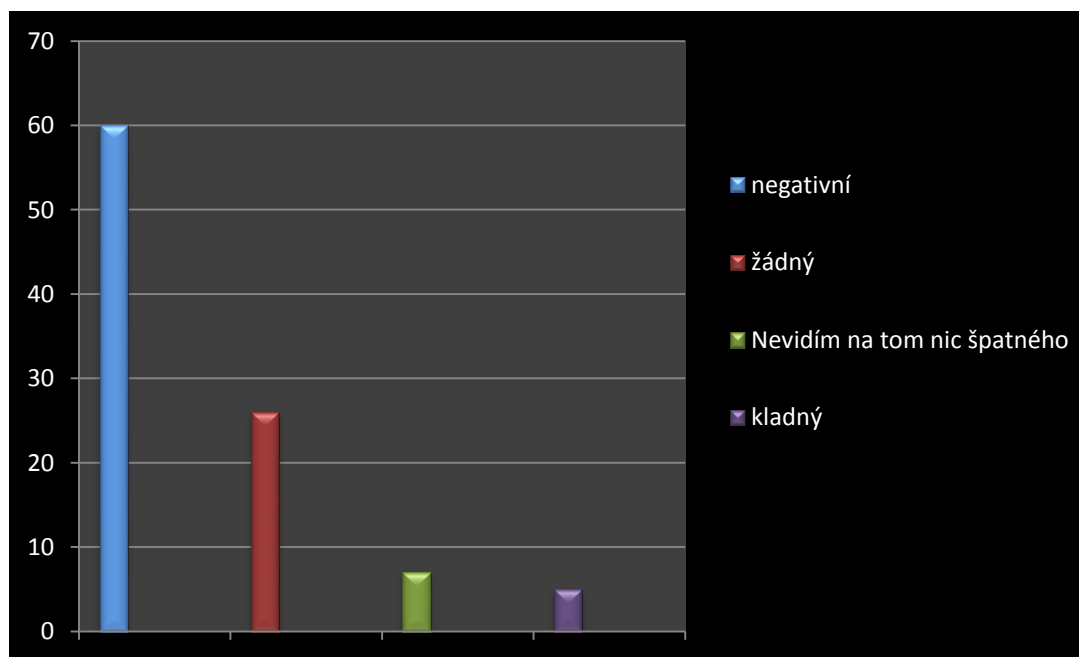
V této otázce mě zajímalo, jak by se mé respondentky zachovaly v situaci, kdyby jejich kamarád/ka onemocněla mentální anorexií. Z grafického znázornění lze vyčíst, že většina dívek by se svěřila svému učitelovi nebo rodičům nemocné. Tuto odpověď zvolilo 48 % dívek, 8% dívek by neudělalo nic, 32% dívek by se své kamarádce snažily pomoci, ale nikomu by se s tím nesvěřily, pouze 3% děvčat by se s takovou kamarádkou přestala bavit, a zbývajících 10% by začalo dodržovat stejný režim jako nemocná kamarádka. Tento výsledek mě mile překvapil, jsem ráda, že 48% dívek by se s tímto problémem svěřilo svému učitelovi nebo rodičům, je důležité, aby si takové věci dívky nenechávaly pro sebe. Trošku mě zklamalo, že 32% dívek by to nikomu neřekla a 10% dívek by začalo dodržovat stejný režim, čekala jsem, že tyto dvě odpovědi budou mít menší početní zastoupení.

## Otázka č. 19: Jaký máš názor na toto onemocnění?

Tabulka č. 19:

negativní		žádný		Nevidím na tom nic špatného.		kladný		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	%	%	počet	%
60	60	26	26	7	7	5	5	100	100

Graf č. 19.



### Vyhodnocení otázky č. 19:

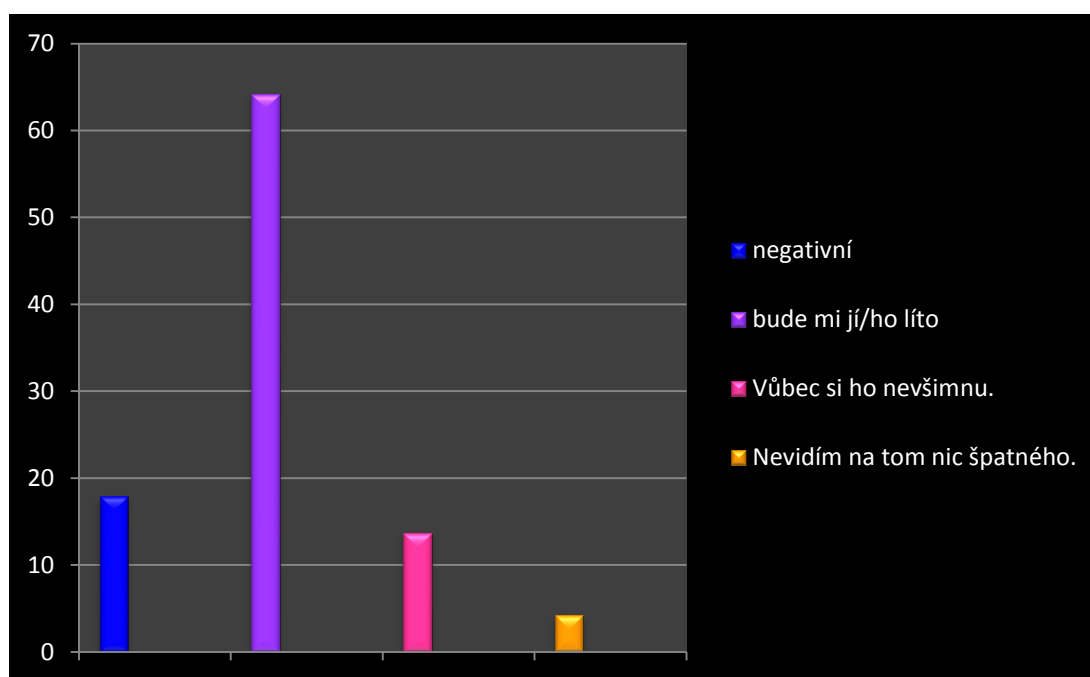
V této otázce mě zajímal názor dívek na toto onemocnění. Z grafického znázornění je patrné, že většina dívek má na toto onemocnění negativní názor. Negativní názor na onemocnění označilo 60% dívek, 26% dívek nemá žádný názor a neřeší to, 7% dívek na tomto onemocnění nevidí nic špatného a pouze 5% dívek má na onemocnění kladný názor a bere to jako skvělý způsob jak být hubená. Takový výsledek jsem očekávala, a tudíž mě nijak nepřekvapil.

**Otázka č. 20: Představ si situaci, že jdeš po ulici a potkáš dívku či chlapce, který trpí mentální anorexií, jaký bude tvůj názor na něj?**

Tabulka č. 20:

negativní		Bude mi jí/ho líto.		Vůbec si ho nevšímnu.		Nevidím na tom nic špatného.		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
17	17,89	61	64,21	13	13,68	4	4,21	95	100

Graf č. 20.



**Vyhodnocení otázky č. 20:**

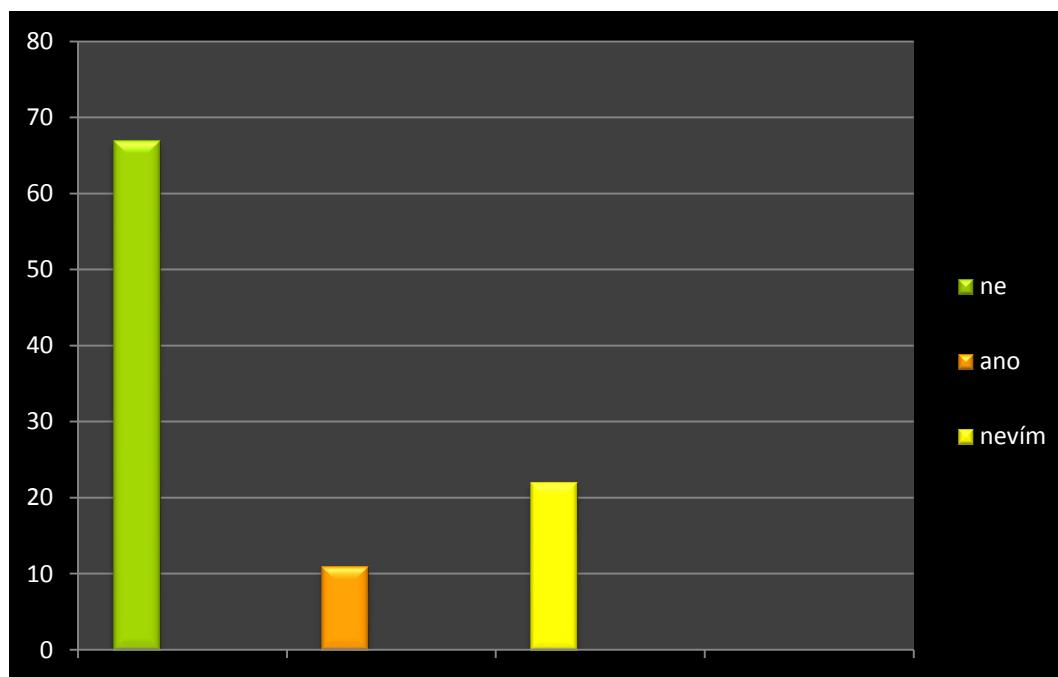
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaký názor by měly dívky na člověka nemocného mentální anorexií, kdyby ho potkaly na ulici. Z grafického znázornění lze říci, že většina dospívajících dívek by takového člověka litovala. Lítost nad takto nemocným člověkem vyjádřilo 64,21% dívek, 17,89% dívkám by se takový člověk až hnusil, 13,68 % dívek by si takového člověka vůbec nevšimlo a pouze 4,21% děvčat uvádělo, že na tom nevidí nic špatného, a dokonce by jim závidělo jejich hubenou postavu. Podobný výsledek jsem očekávala, jen jsem čekala menší početní zastoupení u druhé odpovědi.

## Otázka č. 21: Myslíš si, že jsi ohrožena touto nemocí?

Tabulka č. 21:

ne		ano		nevím		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
67	67	11	11	22	22	100	100

Graf č. 21.



### Vyhodnocení otázky č. 21:

Touto otázkou mě zajímalo, zda se dnešní dospívající dívky cítí ohroženy poruchami příjmu potravy, hlavně mentální anorexií. Z grafického znázornění lze říci, že většina dnešních dívek se necítí nijak těmito poruchami ohroženo. Takto neohroženě se cítí 67% dívek, 11% dívek se naopak ohroženě cítí a 22% dívek označilo jako odpověď, že neví a neumí to posoudit. Tato otázka mě překvapila, čekala jsem sice, že některé dívky se budou cítit ohrožené, ale nepředpokládala jsem, že v takovém procentuálním zastoupení, spíše jsem očekávala 5% zastoupení u této odpovědi.

**Na základě prezentovaných výsledků výzkumu mohu konstatovat, že:**

**Kvalifikovaný předpoklad č. 1: Alespoň 80% dotazovaných dívek ví co je to mentální anorexie.**

K tomuto kvalifikovanému předpokladu se vztahovaly otázky 4, 7, 9. Z odpovědí na čtvrtou otázku bylo zjištěno, že 96% dotazovaných dívek ví co je to mentální anorexie a už se s tímto pojmem setkaly. Další otázka, která měla potvrdit či vyvrátit kvalifikovaný předpoklad č. 1 byla zvolena otázka č. 7: **Jak si vysvětluješ mentální anorexii?** Z odpovědí dívek je patrné, že pouze 9% dívek označilo špatnou odpověď, ostatní dívky, celkem 91% dokázalo označit správné odpovědi, lze tedy říci, že více jak 80% dotazovaných dívek má dobré a dostačující znalosti o mentální anorexii a vědí, jak se projevuje. Jako další otázka, která měla pomoci k potvrzení či vyvrácení kvalifikovaného předpokladu byla zvolena otázka č 9: **Myslíš si, že je důležité poruchy příjmu potravy znát a něco o nich vědět?** Z celkového počtu 100 respondentek zvolilo odpověď rozhodně ano 77 %. Pouhých 23% zvolilo odpověď ne, nepřipadá mi to důležité.

**Kvalifikovaný předpoklad č. 1 byl potvrzen**

**Kvalifikovaný předpoklad č. 2: Minimálně 50 % dotazovaných dívek zná někoho, kdo v jejich okolí trpí touto poruchou.**

K ověření či vyvrácení dalšího kvalifikovaného předpokladu byla zvolena otázka č. 6. Na tuto otázku, která zněla: **Znáš někoho, kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy, hlavně mentální anorexií?** Uvedlo celkem 29% dívek, že tímto onemocněním trpí někdo z jejich rodiny nebo kamarád/ka, kdežto drtivá většina dívek (71%) odpovědělo, že nikoho takového nezná.

**Kvalifikovaný předpoklad č. 2 nebyl potvrzen.**

**Kvalifikovaný předpoklad č. 3: 90 % dotazovaných dívek není spokojeno se svojí postavou a přály by si zhubnout.**

K tomuto kvalifikovanému předpokladu se vztahovaly otázky č. 12,13. Z otázky č. 12: **Jsi spokojena se svou současnou váhou?** Z odpovědí je patrné že, 66% dotazovaných dívek není se svou váhou spokojeno, z toho 56% dívek by si přálo zhubnout a 10% dívek zase přibrat. 34% dívek označilo, že se svou váhou jsou naprosto spokojené. Další otázka k tomuto kvalifikovanému předpokladu zněla: **Jsi spokojena s tím, jak tvé tělo vypadá?** 26% dívek uvádí, že jsou spokojené a nic by neměnily, 22% dívek uvádí, že spokojené nejsou a své tělo nesnáší, dalších 55 % dívek uvedlo, že jsou spíše spokojené, ale některé partie na svém těle by rádi změnily.

**Kvalifikovaný předpoklad č. 3 nebyl potvrzen.**

**Kvalifikovaný předpoklad č. 4: 95% dívek se pokoušelo alespoň jednou během svého života držet dietu.**

K tomuto kvalifikovanému předpokladu se vztahovala otázka č. 14: **Pokoušela ses někdy držet dietu?** Z výsledku výzkumu je patrné že, 77% dívek se pokoušelo držet dietu, oproti tomu 26% dívek uvádí, že dietu nikdy nedržely a ani se o to nepokoušely.

**Kvalifikovaný předpoklad č. 4 nebyl potvrzen.**

**Kvalifikovaný předpoklad č. 5: Dospívající dívky se často řídí názory svých kamarádek a médií.**

K ověření či vyvrácení tohoto kvalifikovaného předpokladu mi sloužila otázka č. 16: **Dáš hodně na názor svého okolí?** 49% dívek uvedlo, že názor kamarádek a společnosti je pro ně velice důležitý, 27% dívek uvádí, že mají svůj názor, a to co říká okolí, je nezajímá, a zbylých 24% dívek zase uvádí, že dá pouze na názory své rodiny.

**Kvalifikovaný předpoklad č. 5 byl potvrzen.**

**Kvalifikovaný předpoklad č. 6: 60%dívek je přesvědčeno, že je zdravější vážit o 10-15% méně.**

K tomuto kvalifikovanému předpokladu jsem zvolila otázku č. 17: **Myslíš si, že je zdravější vážit o 10-15% méně nebo více?** Celkem 69% dívek odpovědělo, že je zdravější vážit méně, oproti tomu 31% dívek uvedlo, že je lepší vážit více.

**Kvalifikovaný předpoklad č. 6 byl potvrzen.**

**Kvalifikovaná předpoklad č. 7: 65% dívek má negativní názor na mentální anorexii.**

K ověření či vyvrácení tohoto kvalifikovaného předpokladu jsem zvolila otázky č. 19, 20. Na otázku č. 19: **Jaký máš názor na toto onemocnění?** Odpovědělo 66% dívek na odpověď negativní, nelíbí se mi to, 26% dívek nemá žádný názor, neřeší to, 7% dívek na tom nevidí nic



špatného a pouhých 5 % dívek má názor kladný a považují to za skvělý způsob jak zhubnout. Další otázka byla směřována na určitou situaci, otázka č. 20: **Představ si, že jdeš po ulici a potkáš dívku či chlapce, který trpí MA, jaký bude tvůj názor na něj/ni?** Na tuto otázku odpovědělo pouze 95 dívek. Z těchto dívek 17,89% odpovědělo na tuto otázku, že budou mít negativní názor a takoví lidé se jim hnusí, 64,21% dívek označilo, že jim bude takového člověka líto, 13,68% dívek si takového člověka nevšimne a 4,21% dívek na tom nevidí nic špatného a bude takovému člověku závidět jeho postavu.

Kvalifikovaný předpoklad č. 7 **byl potvrzen.**

**Kvalifikovaný předpoklad č. 8: 55% dívek se necítí ohroženy touto nemocí.**

K tomuto kvalifikovanému předpokladu jsem vedla otázku č. 21: **myslíš si, že jsi ohrožena touto nemocí?** 67% dívek se necítí nijak ohroženo, 11% dívek se ohrožené cítí, zbylých 22% dívek uvedlo, že neví, neumí to posoudit.

Kvalifikovaný předpoklad č. 8 **byl potvrzen.**

## Závěr

Bakalářská práce na téma „Pojetí tělového schématu u dospívajících dívek přinesla mnoho poznatků. Jejím cílem bylo zjistit názor a znalosti zdravých dospívajících dívek ve věku 13-16 let o mentální anorexii, a v neposlední řadě i jejich spokojenost s vlastním tělem. Z těchto cílů jsem si stanovila své kvalifikované předpoklady, na jejichž základě jsem vytvořila cílený dotazník, abych si své předpoklady potvrdila nebo vyvrátila. Dotazník, který respondentky vyplňovaly, byl anonymní a vytvořený tak, aby byl výstižný.

Abych mohla začít se svým výzkumem, byla pro mě velice důležitá i znalost teorie. Teoretická část je koncipována jako soubor poznatků o dospívání, tělesném sebepojetí, sociálních faktorů a také o poruchách příjmu potravy, hlavně o mentální anorexii. Tyto soubory poznatků jsou koncipovány nejen obecně ale i se vztahem k cílové věkové skupině, kterou jsem si pro svou práci určila. Snažila jsem se zejména o to, abych upozornila na nebezpečnost onemocnění mentální anorexií, a také na průvodní příznaky, které směřují k identifikaci tohoto onemocnění. Chtěla jsem upozornit na následky, které s sebou poruchy příjmu potravy přináší.

Dle výsledků zhodnocených v praktické části docházím k závěru, že více jak většina dospívajících dívek, má dobré a dostačující znalosti o poruchách příjmu potravy. Výsledky praktické části také dokázaly, že názor dnešních dospívajících dívek ve věku 13-16 let je spíše negativní. Co se týká spokojenosti s tělem a váhou dnešních dívek praktická část ukazuje že, s váhou spíše dívky spokojeny nejsou, s proporcemi těla spíše ano, ale stále si stěžují na určité partie na svém těle, které by rády změnily. Z těchto dívek jsem neměla pocit, že by byly opravdu spokojeny se svým tělem a na své tělo měly spíše nezdravé názory. To dokazují i odpovědi u otázek č. 14. a 15. Tyto otázky dokázaly, že většina dnešních dospívajících dívek se pokoušelo držet dietu, a jako důvod držení těchto diet dívky často uváděly nespokojenost se vzhledem.

V mém výzkumu mě nejvíce překvapily výsledky u otázky č. 6, 16. a 17. Tyto výsledky dokazují, že většina dospívajících dívek se hodně řídí názory svého okolí, hlavně kamarádek a společnosti. Dále ukazují, že většina dívek považuje za zdravější vážit o 10-15% méně než je normální váha. Nejvíce mě překvapil výsledek u otázky č. 6: Znáš někoho kdo trpí/trpěl onemocněním mentální anorexií? Zde výsledek ukazuje, že 29% dívek takového člověka zná, buď z jejich rodiny, nebo mezi svými přáteli. Toto procentuální zastoupení nutí k zamyšlení se nad tím, proč se tak děje. Myslím si, že kdyby více fungovala prevence a osvěta v tomto věku, jistě by byl počet osob trpících poruch příjmu potravy a těch, kteří jsou ještě tzv. „krok od propasti“ menší.

Podle mého názoru všechny cíle, které jsem si na začátku práce vytyčila, se mi podařilo splnit. Tímto tématem bych se ráda zabývala i v navazujícím magisterském studiu, neboť se domnívám, že toto téma je stále více aktuální a pro mladé dívky velice nebezpečné. Proto je nutné stále o tomto problému informovat širokou veřejnost.

## Seznam použité literatury

DR. MELGOSA, Julián., *Žít naplno*. Praha: Advent – Orion s.r.o., 1999. ISBN 80-7172-300-2, str. 191.

I.S. KON., *Kapitoly z psychologie dospívání*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. ISBN 14-254-88, str. 181.

MACEK, Petr., *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7, str. 144.

PONDĚLÍČKOVÁ- MAŠLOVÁ, Jaroslava., *Když dívka dospívá*. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-004-89, str. 132.

TAXOVÁ, Jiřina., *Pedagogicko-psychologické zvláštnosti dospívání*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987, str. 267.

MENDOUSSE, Pierre., *Duše dospívající dívky*. Praha: Plamj, 1939, str. 363.

FIALOVÁ, Ludmila., *Body image, jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7, str. 269.

BLATNÝ, Marek a PLHÁKOVÁ, Alena., *Temperament, Inteligence, Sebeпоjetí*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. ISBN 80-86620-05-0, str. 152.

GROGAN, Sarah., *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-907-1, str. 186.

FRAŇKOVÁ, Slávka a DVOŘÁKOVÁ – JANŮ, Věra., *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1, str. 257.

KRCH, František David., *Mentální anorexie, druhé přepracované vydání*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4, str. 260.

KRCH, František David., *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178- 59- 89, str. 240.

KOCOURKOVÁ, Jana., *Mentální anorexie a bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5, str. 156.

NOVÁK, Michal., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravin*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7, str. 106.

KRCH, František David., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7, str. 240.

MGR. ŠVÉDOVÁ, Jarmila a MGR. SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, Jana., *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy*. Brno: Anabell, o.p.s., 2010. Str. 31.

MGR. GALOVÁ, Kristýna., *Mýty a omyly*. Brno: Anabell, o.p.s., 2013. Str. 20.

## **Další zdroje:**

Zpravodaj Anabell prosinec 2005 – červen 2011

## **Internetové zdroje:**

<http://www.anabell.cz/>

<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmupotravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/110-anorexie>

<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmupotravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/109-anorexie-mentalni-anorexie>

<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmupotravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy>

<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmupotravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/111-nezdrave-hubnuti->

<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmupotravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/118-pijeti-vlastniho-tla>

<http://anorexie.ordinace.biz/rozdeleni.php>

<http://www.ana.bloguje.cz/www.ana.bloguje.cz>

<http://www.heo.cz/i/39-anorexie.html>

<http://www.idealni.cz/mentalni-anorexie/>

<http://jenny-ana.blog.cz/>

<http://www.poradenskecentrum.cz/peer.php>

<http://www.idealni.cz/media/>

<http://www.anorexia.cz/>

<http://nemoci-a-lecba.zdrave.cz/poruchy-prijmu-potravy>

## **Seznam zkratk**

Tzv.	Takzvaný
Tj.	To je.
Apod.	A podobně.
Např.	Například.
MA	Mentální anorexie.
MB	Mentální bulimie.
PPP	Poruchy příjmu potravy.
LD	Linka důvěry.
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí - desátá revize.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Obrázky vztahující se k teoretické části.

Příloha č. 2: Potravinová pyramida.

Příloha č. 3: BMI tabulka.

Příloha č. 4: Fotografie nemocných trpících mentální anorexií.

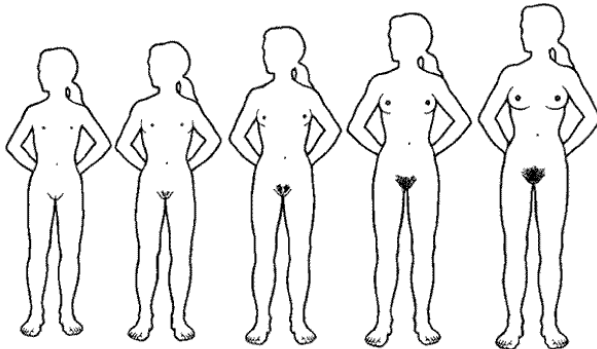
Příloha č. 5: Čtyřdenní jídelníček jedné z uživatelůk internetového blogu.

Příloha č. 6: Dotazník.

## Příloha č. 1: Fotografie vztahující se k teoretické části.

### Etapy dospívání dívek:

#### Etapy dospívání dívek



#### 1. etapa:

Až do věku mezi 8 - 12 lety

Dětsví - žádné viditelné znaky pubertálního vývoje.

#### 2. etapa:

Může začít mezi 8 - 14 lety

Výška a hmotnost se rychle zvyšují.

Začíná růst prsou, zvěšují se bradavky a tato oblast se stává citlivější.

V blízkosti stýdkových pysků vyrůstají jemné chloupky.

#### 3. etapa:

Může začít mezi 9 - 15 roky

Růst stále pokračuje.

Prsy se začínají zaoblovat a naplňovat.

Ochlupení tmavé, je silnější a kadeřavé.

Boky se mohou oproti postu rozšířovat, postava má zaoblenější a plnější tvar.

U mnoha dívek se objeví poňovní výtok (tlučá bělavé tekutiny).

Na konci této etapy může u některých dívek začít ovulace a menstruace.

#### 4. etapa:

Může začít mezi 10 - 16 lety

Začínají se objevovat chloupky v podpaží.

Bradavky a tmavší oblast kolem nich (prsní dvorec) mohou začít vystupovat nad povrch prsu.

Ochlupení začíná mít trojúhelníkový tvar a vyrůstá na středních oblastech genitálu.

U mnoha dívek se objeví ovulace a menstruace.

#### 5. etapa:

Může začít mezi 12 - 18 lety

Etapa dospělosti - dívka má postavu jako mladá žena.

Prsní dvorec se spojuje s konturou prsu a vývoj prsu je dokončen.

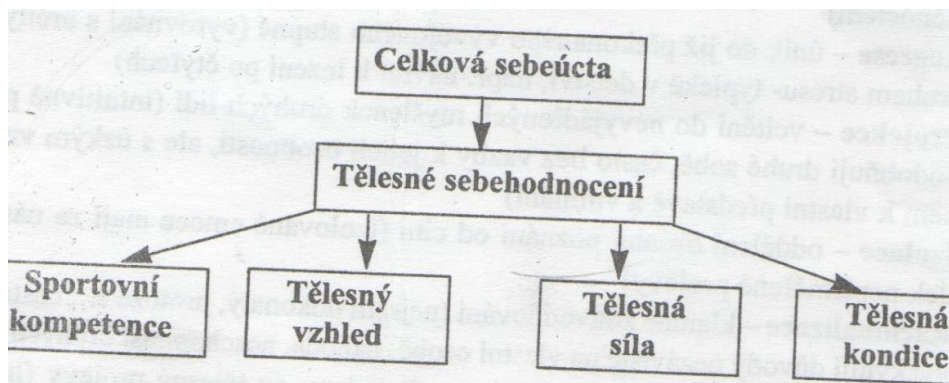
Ochlupení je husté, kadeřavé a má trojúhelníkový tvar.

Pravděpodobně je již dosažena výška jako v dospělosti.

Pravidelně dochází k ovulaci a menstruaci.

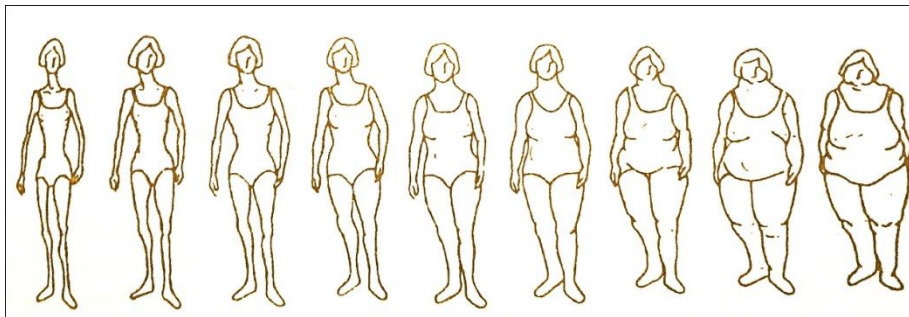
(Zdroj: [http://images.slideplayer.cz/7/1949860/slides/slide\\_5.jpg](http://images.slideplayer.cz/7/1949860/slides/slide_5.jpg))

### Schéma sebepojetí:



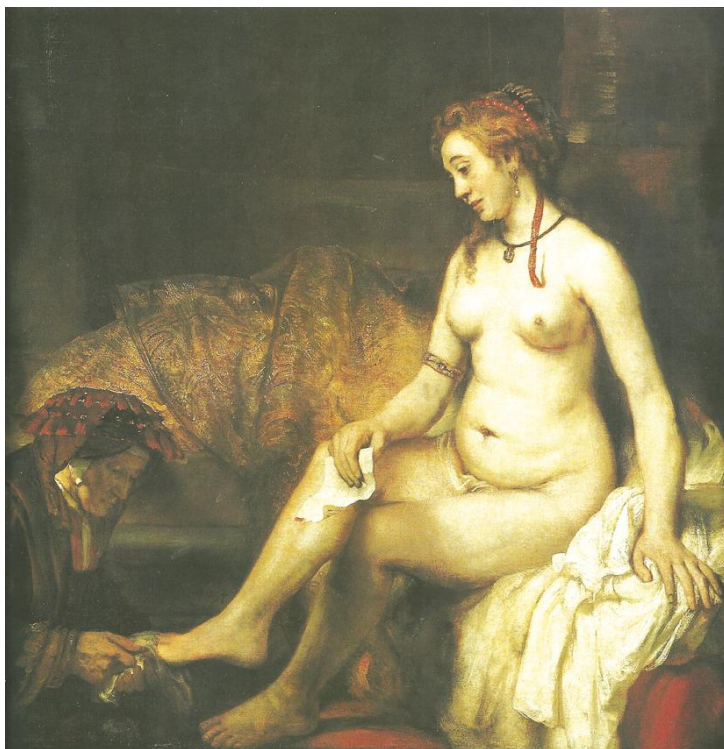
(Zdroj: SARAH GROGAN, *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-907-1)

### Metoda siluety hodnotící spokojenost s tělem:



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

### Ideální tvar ženského těla v období středověku:



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



**Marilyn Monroe – vzor žen v 50. letech.**



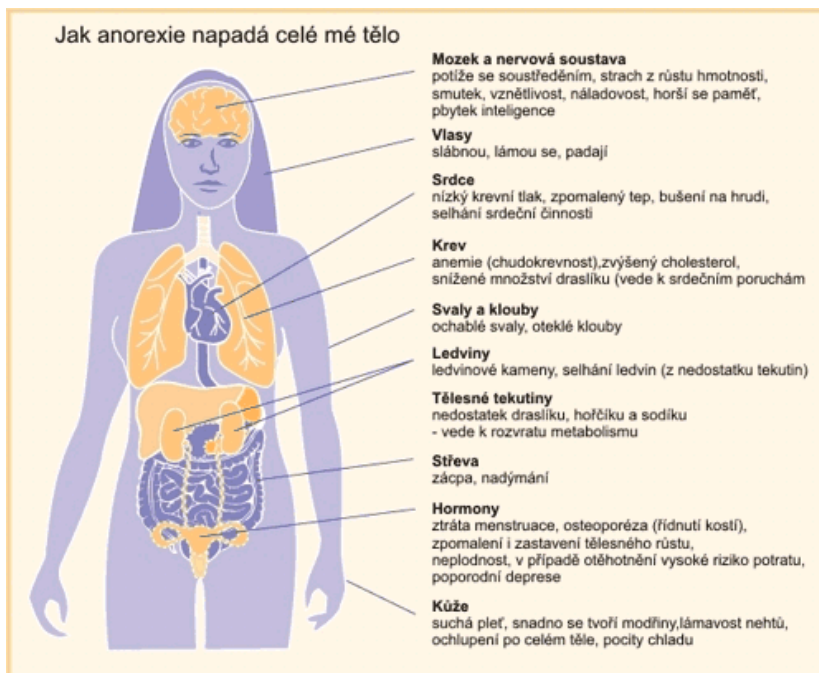
(Zdroj: <https://www.pinterest.com/nataliedb/marilyn-monroe/>)

**Modelka Twiggy – vzor žen v 60. letech.**



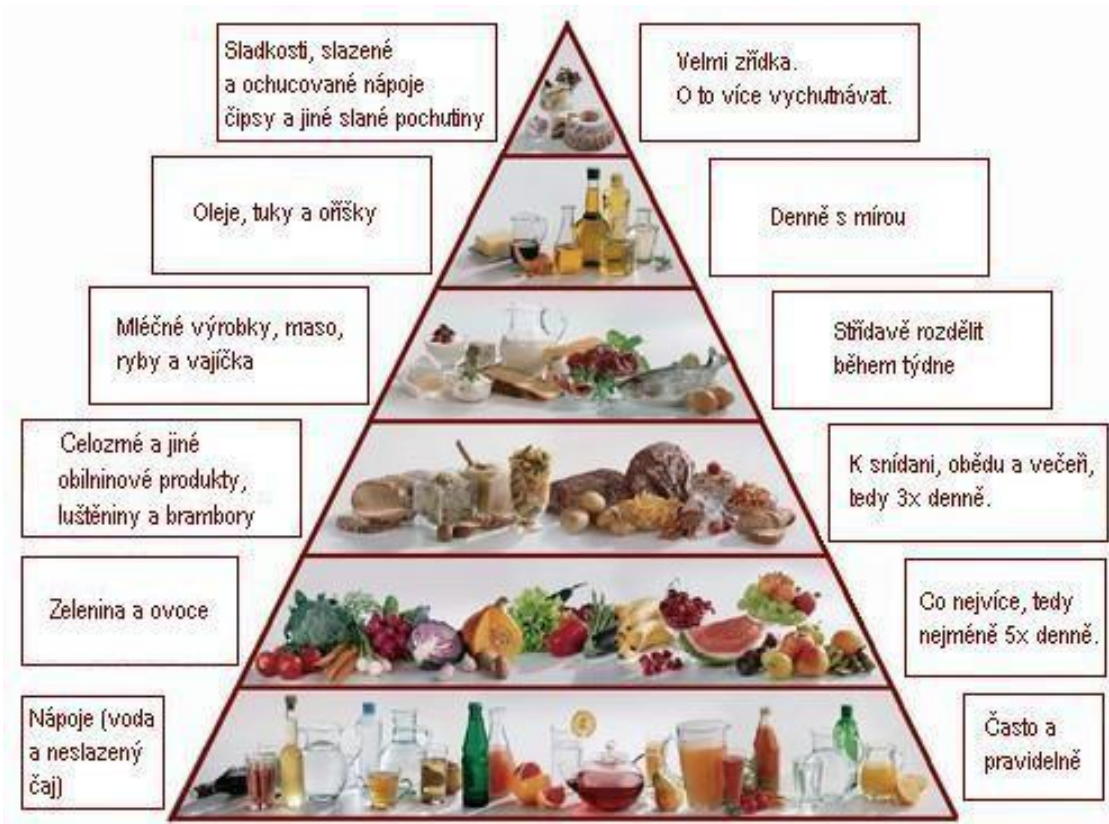
(Zdroj: SARAH GROGAN, *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-907-1)

## Schéma mentální anorexie působící na tělesnou schránku člověka:



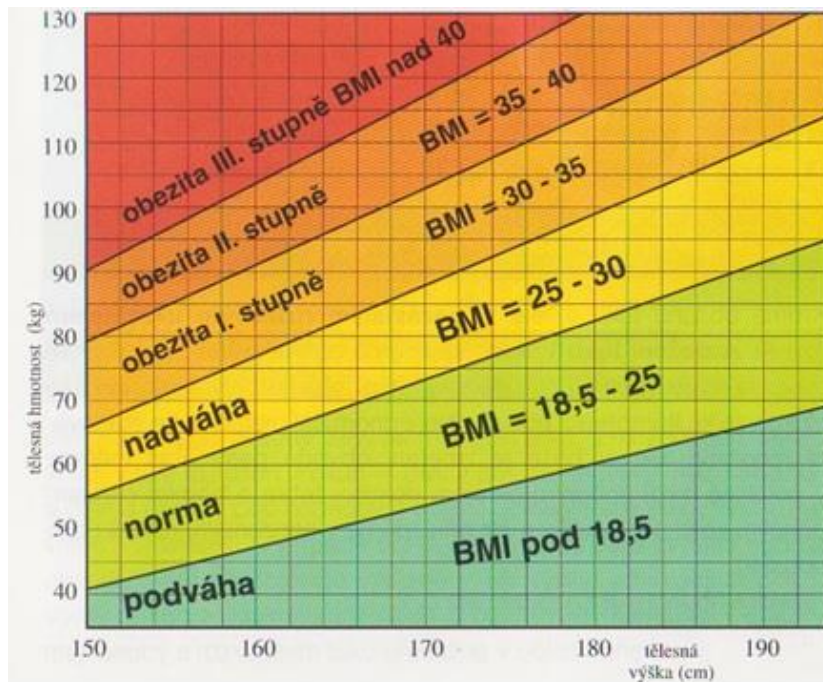
(zdroj: <http://fallencino.blog.cz/1102/jak-bulimie-napada-moje-telo>)

## Příloha č. 2: Potravinová pyramida.



(Zdroj: <http://nutrizone.cz/jak-potravinove-pyramidy-pomahaji-s-dodrzovanim-vyzivovych-doporuceni-odborniku/>)

### Příloha č. 3: BMI tabulka.



(Zdroj: <http://www.systemzdravi.cz/system-hubnuti/nadvaha-a-zdravotni-rizika-plus-kalkulacka/>)

Vzorec sloužící pro zjištění BMI hodnot:

$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná hmotnost (kg)}}{\text{výška(m)}^2}$$

(Zdroj: <http://www.zhubni.eu/bmi-index-telesne-hmotnosti/>)

**Příloha č. 4: Fotografie nemocných trpících mentální anorexií.**



(Zdroj: <http://generace21.cz/41126-smrtici-honba-za-dokonalou-postavou-mentalni-anorexie/>)



(Zdroj: <http://www.glogster.com/alexiswulff10/unfinished-glog-2/g-6lour4tn3f48ti0f17q8ga0>)





(Zdroj: <http://antibioticsfor.com/anorexia.phtml>)



(Zdroj: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10318730018-polosero/211562222000004-polosero-anorexie/>)

**Příloha č. 5: Čtyřdenní jídelníček jedné z uživatelů internetového blogu.**

<b>Den v týdnu:</b>	<b>Pondělí</b>	<b>Úterý</b>	<b>Středa</b>	<b>Čtvrtek</b>
<b>Snídaně</b>	<b>dva plátky suchého toastu a mezi to plátek šunky</b>	<b>lžička nutelly</b>	<b>Káva</b>	<b>nic</b>
<b>Svačina</b>	<b>nic</b>	<b>nic</b>	<b>Cola Light</b>	<b>nic</b>
<b>Oběd</b>	<b>trocha suché rýže</b>	<b>Trocha těstovin, asi polévková lžíce rajské omáčky (snažila jsem se jí sníst co nejméně tak jsem si jen malinko tu těstovinu namočila)</b>	<b>Bílý nízkotučný jogurt</b>	<b>půl banánu</b>
<b>Svačina</b>	<b>jablko</b>	<b>nic</b>	<b>Káva</b>	<b>suchar</b>
<b>Večeře</b>	<b>nic</b>	<b>trocha zeleniny</b>	<b>Cola light</b>	<b>nic</b>
<b>Poznámka: tekutiny: 3l vody denně, 2l neslazeného čaje nebo Coca coly light, káva. Denně cvičit, preferovat žvýkačky a mentolové bonbony.</b>				

## Příloha č. 6: Dotazník.

### Anonymní dotazník

Ahoj,

Jmenuji se Michaela Drapáková a jsem studentkou Vysoké školy Pedagogické Hradec Králové, oboru učitelství praktického vyučování. Právě se Ti dostal do rukou dotazník, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní (nebude nikdo, ani já, znát tvé jméno) a bude sloužit pouze k vypracování mé bakalářské práce na téma Pojetí tělového schématu u dospívajících dívek, přesně zkoumá, jaký máš názor na mentální anorexii a co vše o této nemoci víš.

Dotazník se skládá z 21. otázek. V dotazníku zaškrtni vždy jen jednu odpověď, není-li v závorce za otázkou napsáno jinak. Předem Ti mockrát děkuji za pečlivé vyplnění otázek a pravdivé odpovědi.

1. Kolik je ti let?
  - 13 let
  - 14 let
  - 15 let
  - 16 let
  
2. Do které třídy chodíš?
  - Do 8. Třídy na základní škole
  - Do 9. Třídy na základní škole
  - Do 1. nebo 2. ročníku střední školy
  
3. Kde bydlíš?
  - Ve velkém městě.
  - Na vesnici
  - V malém městečku
  
4. Už jsi slyšela o poruchách příjmu potravy, hlavně o mentální anorexii?
  - Ano, vím, o co jde
  - Neslyšela a nevím co to je



5. Označ, kde ses s pojmem Mentální anorexie setkala:
- Ve škole
  - Doma od rodičů
  - Na internetu
  - Od kamarádů
6. Znáš někoho, kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy, hlavně mentální anorexií?
- Někdo z rodiny
  - Kamarád/Kamarádka
  - Neznám
7. Jak si vysvětluješ mentální anorexií? (můžeš zaškrtnout i více odpovědí)
- Držení diet a velké množství sportovních aktivit
  - Přehnaná sebekritičnost sebe sama, snaha být co nejtíhlejší
  - Konzumace velkého množství jídla v krátkém čase a jeho brzké vyzvracení
  - Vyhýbání se konzumaci jakéhokoli jídla
8. Myslíš si, že mentální anorexie postihuje více ženy nebo muže?
- Ženy
  - Muže
9. Myslíš si, že je důležité poruchy příjmu potravy znát a něco o nich vědět?
- Rozhodně ano
  - Ne, nepřipadá mi to důležité
10. Myslíš si, že má největší podíl na toto onemocnění společnost?
- Rozhodně ano
  - Ne, nemyslím si to. Může to postihnout kohokoliv a společnost na to nemá vliv
  - Nevím
11. Myslíš si, že je v ČR dostatek institucí, které pomáhají lidem s tímto onemocněním?
- Ano
  - Ne, mohlo bych jít více
  - Nevím

12. Jsi spokojena se svou současnou váhou?

- Ano
- Ne, přála bych si zhubnout
- Ne, přála bych si přibrat

13. Jsi spokojena s tím, jak tvé tělo vypadá?

- Ano, nic bych neměnila
- Ne, celé své tělo nesnáším
- Spíše ano, ale jsou partie, které bych ráda změnila

14. Pokoušela ses někdy držet diety?

- Ano
- Ne

15. Jestliže ano, jaký byl tvůj důvod?

- Nespokojenost se vzhledem
- Společenský nátlak
- Sport
- Zdravotní problémy
- Nevím, jen tak

16. Dáš hodně na názor svého okolí?

- Ano, názor kamarádek a společnosti je pro mě důležitý
- Ne, mám svůj názor a toho se držím, co říká okolí, mě nezajímá
- Jen na názory rodiny

17. Myslíš si, že je zdravější vážit o 10-15 % méně nebo více než je normální váha?

- Je zdravější vážit o 10-15% méně
- Je zdravější vážit o 10-15% více

18. Kdyby tvoje kamarádka trpěla tímto onemocněním, co by si udělala?

- Nic, je to její věc.
- Řekla bych to jejím rodičům nebo svému učiteli.
- Snažila bych se jí pomoci, ale neřekla bych to nikomu.
- Přestala bych se s ní úplně bavit.

- Začala bych dodržovat její režim, nechci, aby v tom byla sama.

19. Jaký máš názor na toto onemocnění?

- negativní, nelíbí se mi to
- žádný, neřeším to
- nevidím na tom nic špatného
- kladný, líbí se mi to, je to skvělý způsob jak být hubená

20. Představ si situaci, že jdeš po ulici a potkáš dívku či chlapce, který trpí mentální anorexií, jaký bude tvůj názor na něj?

- Negativní, takový lidé se mi hnusí
- Bude mi jí/ ho moc líto
- Vůbec si takového člověka nevšímnu
- Nevidím na tom nic špatného, budu jí závidět její hezkou hubenou postavu.

21. Myslíš si, že jsi ohrožena touto nemocí?

- Ne
- Ano
- Nevím, ale neumím to posoudit

Ještě jednou moc děkuji za tvůj čas a vyplnění mého dotazníku.

