

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie a patopsychologie

Klára Krutilová

II. ročník – prezenční studium

Obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Nespokojenost s vlastním tělem u adolescentů

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Škobrtal, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Olomouci dne 20.3.2011

Klára Krutilová

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé diplomové práce panu PhDr. Pavlu Škobrtalovi, PhD., za jeho trpělivé a podnětné vedení, jeho cenné rady, laskavost a podporu, kterou mi poskytoval po celou dobu psaní této diplomové práce.

Poděkování patří také mým blízkým za jejich trpělivost a podporu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotu a spolupráci.

V Olomouci dne 20.3.2011

Klára Krutilová

Obsah

Obsah	4
1. Úvod	6
3. Teoretické poznatky	9
3.1 Vývojové období adolescence	9
3.1.1 Vymezení termínu adolescence	9
3.1.2 Diferenciace adolescence	10
3.2 Tělesný vývoj v období adolescence	10
3.3 Emoční vývoj a vývoj vztahů v období adolescence	12
3.3.1 Emoční vývoj	12
3.3.2 Vývoj sociálních vztahů	13
3.3.3 Láska a sexualita	15
3.4 Kognitivní vývoj a vývoj intelektu v období adolescence	16
3.4.1 Myšlení, paměť a inteligence	16
3.5 Identita v období adolescence	18
3.6 Sebepojetí a sebehodnocení adolescentů	19
3.6.1 Sebepojetí	19
3.6.2 Sebehodnocení	20
4.1 Body image	22
4.1.1 Definice a charakteristika pojmu body image	22
4.1.2 Ideál krásy z geografického a kulturního hlediska	24
4.1.3 Ideál krásy z historického hlediska	25
4.1.4 Současný ideál krásy	27
4.1.5 Rozdíly ve vnímání těla u dívek a chlapců	29
4.1.6 Tělesné sebepojetí (body image) u adolescentů	29
5.1 Faktory ovlivňující vnímání vzhledu těla u adolescentů	32
5.1.1 Individuální faktory	32
5.1.2 Sociokulturní faktory	33
5.1.3 Faktory spojené se vztahy v rodině	35
6.1 Rizikové chování spojené s body image	35
7.1 Hodnocení proporcí těla	44
7.1.1 Objektivní hodnocení těla	44
7.1.2 Subjektivní hodnocení těla	46
8 Metodika práce	47
8.1 Charakteristika souboru	47
8.2 Užitá metoda	47
8.3 Použité nástroje	48
9. Výsledky	51
9.1 Hypotéza 1	51
9.2 Hypotéza 2	55
9.3 Hypotéza 3	57
9.4 Hypotéza 4	60
9.5 Hypotéza 5	61
9.6 Další výsledky	62
10. Diskuze	68
Závěr	74
Souhrn	76
Summary	77

Referenční seznam	78
Přílohy	83

1. Úvod

„Milovat sám sebe je začátek celoživotní romance.“
Oscar Wilde

Nespokojenost se svým tělem je problém, který trápí mnoho lidí téměř na celém světě, týká se jak dětské populace, tak dospělých napříč mnoha kulturami i světadíly. Požadavek dnešní doby je celkem jasný: krásná štíhlá žena a pohledný muž jenž má vypracované, svalnaté, atletické tělo. Pohled na své tělo, popřípadě nespokojenost s ním, se však u chlapců a dívek značně liší.

Předsudky vůči nehezkým a obézním lidem jsou značné, avšak většinou zcela mylné. Negativní nazírání na vlastní tělo však může ohrozit sebepojetí a sebehodnocení. Velkým problémem je však nespokojenost se svým tělem u mladých dívek, které často podlehnou modernímu trendu nebo také kultu velmi štíhlých žen, a to už je jen malý krok od možných zdravotních problémů, které se souhrnně nazývají poruchy příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy pak mohou mít na tak mladý organismus ve stádiu vývoje katastrofální následky. Jelikož je problematika nespokojenosti se svým vzhledem tak častá a ani mě samotné se nepodařilo uniknout přizpůsobení se trendu požadavků moderní civilizace nejen na vysoký výkon, ale také na dokonalý vzhled, rozhodla jsem se touto problematikou více zaobírat.

Pohled na ženskou a mužskou krásu se však v průběhu historie značně měnil. Pryč jsou doby, kdy symbolem krásy, ženskosti a mateřství byly oblé tvary žen. Dnešní trend extrémní vyhublosti nahrává nejen mediálními tvůrcům, ale také propagátorům redukčních a výživových doplňků. Tyto jsou mnohdy bez hmatatelného efektu, naopak ale značně ztrpčují život lidem nemajíc dokonalou postavu jako z módních časopisů či televize. Bohužel je mnohdy perfektní vzhled nadřazen charakterovým a schopnostním vlastnostem jedince a to nejen v soukromém životě, ale také např. při ucházení se o zaměstnání. Tento smutný fakt pak vede k urputnému boji lidí za dokonalý vzhled formou radikální redukce hmotnosti za pomoci diet a excesivního cvičení. Další způsob prezentace nespokojenosti s vlastním tělem, je podstoupení nesmyslných plastických operací a kosmetických úprav, které mají přiblížit tělo „nespokojeného“ k dokonalosti. Mezi adolescentními dívkami a mladými ženami je nespokojenost s vlastním tělem dokonce tak častá, že byla identifikována jako normativní nespokojenost. (Rašticová, 2009). Důvodem proč je třeba se zabývat tímto tématem je fakt, že pokud chceme zabránit vzniku poruch příjmu potravy

a jiným psychickým poruchám, je třeba dbát na prevenci a na tuto můžeme dbát, když víme, jak účelně tuto prevenci provádět. Literatury a výzkumných prací, které se touto problematikou zabývají je velmi mnoho a v zásadě se shodují v závěrech, avšak stále ještě nebyla dostatečně popsána problematika faktorů a příčin nespokojenosti s vlastním tělem u adolescentů a nejen u nich.

Cílem této práce je zmapovat výskyt nespokojenosti s vlastním tělem u adolescentů, jaký je rozdíl ve vnímání vlastního těla mezi dívkami a chlapci a jaké jsou faktory, které ovlivňují vnímání vlastního těla, ale také zjistit, zda existuje souvislost (ne)spokojenosti se sebehodnocením, mezi BMI a sebehodnocením a (ne)spokojenosti s vlastním tělem. Metodou k získání údajů je dotazníkové šetření u adolescentů a to na středních školách a učilištích. Součástí dotazníku jsou jak námi zvolené položky tak standardizované škály a testy.

Diplomová práce je členěná na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část zahrnuje základní poznatky a výzkumné zjištění o pojmech a jejich vzájemných vztazích. V první kapitole teoretické části rozebíráme vývojové období adolescence a sebezpetí a sebehodnocení. Druhá kapitola je věnována problematice body image. Ve třetí kapitole jsou rozebrány faktory ovlivňující vnímání vzhledu těla u adolescentů. V páté kapitole narážíme na některé poruchy příjmu potravy. Poslední šestá kapitola popisuje způsoby hodnocení proporcí těla.

Praktická část si klade za cíl zmapovat (ne)spokojenost se svým tělem u českých adolescentů. Jsou ověřovány hypotézy týkající se vztahu mezi tělesnou (ne)spokojeností a sebehodnocením, rozdílem mezi chlapci a dívkami, vztahem mezi nespokojeností s tělem a BMI a vztahem mezi BMI a sebehodnocením. Dále jsou pak rozebrány faktory ovlivňující nespokojenost s vlastním tělem, výskyt (ne)spokojenosti se svým tělem u chlapců a dívek a diskrepance mezi reálnou a ideální postavou.

2. Cíl práce

Hlavní cíl:

Hlavním cílem diplomové práce je zmapování vztahu k vlastnímu tělu u adolescentů.

Dílčí cíle:

Zjistit výskyt (ne)spokojenosti s vlastním tělem.

Zjistit subjektivní příčiny nespokojenosti s vlastním tělem.

Zjistit zmapovat rozdíly ve vnímání vlastního těla u dívek a chlapců.

Zjistit souvislost (ne)spokojenosti se svým tělem a sebehodnocením.

Zjistit vztah mezi BMI a sebehodnocením.

Zjistit vztah mezi BMI a (ne)spokojeností s vlastním tělem.

Stanovené hypotézy

H1: Dívky spokojené se svým tělem budou mít také vyšší sebehodnocení.

H2: Chlapci spokojeni se svým těle budou mít také vyšší sebehodnocení.

H3: Fyzická spokojenost adolescentů klesá s rostoucím BMI.

H4: Hodnota BMI neovlivňuje sebehodnocení u adolescentů.

H5: Chlapci si svého těla cení více než dívky.

H0: Není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti mezi chlapci a dívkami.

3. Teoretické poznatky

3.1 Vývojové období adolescence

3.1.1 Vymezení termínu adolescence

Termín adolescence je odvozen z latinského slova *adolescere* (dospívat, dorůstat, sílit, mohutnět) (Macek, 2003). Jako pojmenování určitého období života člověka se používá, zejména v psychologii, od 15. století. V českém jazyce se pro něj jako synonymum například v lékařství užívá názvu dospívání nebo dorost a v sociologii a pedagogice se pak využívá pojmu mládež (Macek, 2003).

Období adolescence je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí, tato vývojová etapa je proto pro jedince velmi náročná (Čížková, 2003). „Hlavním úkolem je vytvořit si pocit vlastní identity, přijmout normy společnosti, vytvořit si vědomí vlastní hodnoty, přijmout za své morální principy dané společností, postupně se stát nezávislý na rodičovské autoritě a vytvářet heterosexuální vztahy. Adolescent se tak postupně stává osobností, získává charakteristické vzorce myšlení, emocí a chování, které ovlivňují jeho interakce s prostředím“ (Čížková, 2003, s. 111).

„V tomto období dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální“ (Vágnerová, 2005, s. 321). Vstup do fáze adolescence je biologicky ohraničen pohlavním dozráváním. Adolescence je však nejen obdobím fyziologických změn, ale především dobou komplexnější psychosociální proměny jedince, ve které se mění jak jeho osobnost, tak jeho sociální pozice (Vágnerová, 2000).

Průběh adolescence je závislý na konkrétních kulturních a společenských podmínkách, z nichž vyplívají požadavky a očekávání společnosti ve vztahu k dospívajícím (Vágnerová, 2005). Macek popisuje fakt, že období adolescence se ve vyspělé společnosti prodloužilo. Tato skutečnost je dána zrychlením pohlavního dospívání a také prodloužením doby, kdy se jedinec připravuje na dospělost, což zahrnuje například vzdělávání. Adolescence je tedy vnímána současně jako mládí i dospívání. (Macek, 2003).

3.1.2 Diferenciace adolescence

Periodizace období adolescence se u různých autorů liší. V podstatě lze však říci, že se jedná o období vyplňující druhé desetiletí života (Macek, 1999).

Dle Čížkové (2003) u děvčat začíná období adolescence kolem 16. roku, u chlapců pak asi v 17 letech. Horní věková hranice adolescence se nedá přesně stanovit, neboť dosažení dospělosti bývá ovlivňováno celou řadou skutečností (společenské, kulturní, sociální okolnosti).

Macek (2003) i Langmeier (1998) pak adolescenci datují od 15.-20. (22) roku. Vágnerová (2005) adolescenci připisuje dekádu života od 10 do 20 let. Období dospívání pak dělí na dvě fáze:

1. Raná adolescence, označovaná jako pubescence, zahrnuje prvních pět let dospívání. Je časově lokalizována přibližně mezi 11.-15. rokem. Nejnápadnější změnou je tělesné dospívání, spojené s pohlavním dozráváním, tj. pubertou. Některé sociální a psychické změny v rané adolescenci můžeme považovat za přímý důsledek pubertálních změn. Typické je např. zvýšení zájmu o opačné pohlaví. To je posilováno hlavně výskytem sekundárních pohlavních znaků a právě projeveným pohlavním pudem (Macek, 2003).

2. Pozdní adolescence zahrnuje dalších pět let života, trvá přibližně od 15 do 20 let. Vstup do pozdní fáze adolescence je biologicky vymezen pohlavním dozráváním (Vágnerová, 2005). Podle Macka (2003) je to fáze, která již nejvíce směřuje k dospělosti. Většina dospívajících v tomto období ukončuje své vzdělání a snaží se nalézt uplatnění na trhu práce. Zvyšuje se potřeba někam patřit, na něčem se podílet, něco s druhými sdílet.

Macek (2003) pak popisuje i střední adolescenci, která je dána věkovým intervalem od 14 do 16 let. Objevují se charakteristické úvahy a hodnocení vlastního dospívání a kontrola vlastního chování. Dále je odpovídající hledání vlastní identity a jedinečnosti, snaha odlišit se od ostatních.

3.2 Tělesný vývoj v období adolescence

Výrazným signálem dospívání je tělesná proměna. Vlastní zevnějšek je součástí identity adolescenta, a proto bývá tato změna velmi intenzivně prožívána. Zásadní a zjevná proměna těla může dokonce v krajním případě vyvolat pocit ohrožení integrity vlastní osobnosti a vést tak ke ztrátě sebejistoty. Tělesná proměna může mít subjektivní význam, který záleží na představě jedince o atraktivitě dospělejšího zevnějšku, na psychické

vyspělosti adolescenta i na sociálních reakcích. Zevnějšek je v období adolescence reprezentantem vlastní osobnosti a proto jeho význam vzrůstá. (Vágnerová, 2005). Dívkám je předčasná tělesná změna často nepříjemná, což může být způsobeno i tím, že většinou přichází v době, kdy jsou jejich vrstevníci, a to jak dívky, tak chlapci, ještě značně nevyspělí. Rozdíl u přijímání předčasné tělesné změny mezi dívkami a chlapci je také v tom, že nápadnost fyzické změny u dívek je mnohem větší a dospělými je chápána jako významnější než je tomu u chlapců (Vágnerová, 2000).

Podle Macka (2003) adolescent po tělesné stránce postupně nabývá dospělého vzezření. Tato tělesná proměna z dítěte v dospělého má řadu psychických i společenských dopadů. Kromě samotné tělesné proměny je důležité, jak ji vnímají sami dospívající a jak je reflektována jejich sociálním okolím. Počátek adolescence spojován s plnou reprodukční zralostí, v jejím průběhu se pak dokončuje tělesný růst (Macek, 2003).

Dynamika ve vývoji tělesných změn a fyzického vývoje je rozdílná pro chlapce a pro dívky. Pro časnou adolescenci typické změny se vyskytují u dívek zpravidla o dva roky dříve než u chlapců (Macek, 2003). Na počátku adolescence však tělesný růst není rovnoměrný- horní a dolní končetiny rostou rychleji, adolescent tak dělá dojem tělesné nevyváženosti a pohybové neobratnosti, hovoří se o tzv. „druhé proměně tělesné stavby“. Dochází k vývoji motoriky, který je výraznější než v předchozím období. Objevuje se hbitost, jemná pohybová koordinace i smysl pro rovnováhu. Rozvoj je také v oblasti percepce a to zejména ve vizuálním vnímání. (Langmeier, 1998).

Ve středním a pozdním období adolescence je somatický vývoj ukončen. Končí však i největší rozvoj fyzických i duševních sil člověka. Pohyby adolescenta jsou koordinované, ladné a harmonické. Úspěch mají především v těch fyzických aktivitách, které jsou krátkodobější a zátěžově intenzivnější, tyto aktivity jsou typičtější pro chlapce (Čížková, 2003). Fyzická výkonnost u chlapců v období adolescence vzrůstá, i když pomaleji než dříve. U děvčat výkonnost stagnuje nebo mírně klesá, výjimku tvoří explozivní a dynamická síla (Vilímová, 2002). Rozvíjí se svalová hmota, formuje se typicky ženská a mužská postava. Chlapci jsou v průměru o 12 cm vyšší než dívky. Dívky také mají vyšší podíl tuku než muži k celkové tělesné hmotnosti. Dokončuje se osifikace kostry a přibližně v 18 letech. Jedinec je schopen sexuální reprodukce. Je to období relativního klidu, které bývá označováno jako 3. období plnosti (Čížková, 2003).

3.3 Emoční vývoj a vývoj vztahů v období adolescence

3.3.1 Emoční vývoj

Pro období adolescence je charakteristické odeznívání náladovosti a emoční lability. Adolescence také často bývá obdobím „prvního vystřízlivění, jež člověk zažívá při konfrontaci reality všedního dne se svými vysněnými představami a ideály“ (Macek, 1999, str. 6). Oproti pubescenci přibývá různorodost jednotlivých prožitků i jejich integrace do nových kvalit. Zvláštní význam získávají emoce a city, které souvisejí s partnerskými vztahy a city spojené s morálním uvažováním, které se v této době rozvíjí. (Macek, 1999).

Hormonální funkce v rané fázi dospívání ovlivňují nejen tělesnou změnu adolescenta, ale také s sebou přinášejí kolísavé emoční ladění, větší labilitu a tendenci reagovat přecitlivěle i na běžné podněty. Adolescent tak ztrácí původní citovou jistotu a stabilitu, zvyšuje se jeho nejistota a s ní i větší dráždivost a napětí (Vágnerová, 2000). Langmeier (1998) popisuje, že „dospívání je spojeno s hormonální přeměnou, která stimuluje změny v oblasti prožívání. Mezi hlavní vývojové úkoly dospívání patří zejména uvolnění z přílišné závislosti na rodičích a na druhé straně navazování diferencovanějších a významnějších vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví“ (Langmeier, 1998, s. 149).

Podle Macka (2003) v adolescenci přibývá vyšších citů a emocionálních prožitků se diferencují. Objevují se nové druhy a odstíny emocí a citů, zvyšuje se také schopnost odpovídat selektivně na určité podněty a schopnost desenzibilizace na některé druhy podnětů, které adolescenta excitovaly v dětství. Citové prožitky adolescentů jsou hodnověrné ve smyslu jejich nefalšovanosti a intenzity (Vágnerová, 2000).

Arnett (2004) uvádí, že přestože dospívání nemusí být nutně obdobím krizí a emočních zvrátů, se u velké části dospívajících vyskytuje zvýšená emoční labilita a kolísavé sebehodnocení. Emoční labilitou, náladovostí a kolísavým sebehodnocením se vyznačuje hlavně časná adolescence. Mladší adolescenti se musí vypořádat s pubertálními i psychologickými změnami a novými očekáváními ze strany sociálního okolí, což může být velmi náročné. V období časně adolescence dochází ke změnám ve vztahové oblasti. Adolescenti začínají být vnímavější ke společenským očekáváním, k naplňování maskulinních a femininních rolí a způsobů chování. Jednání, které těmto rolím neodpovídá, zpravidla nebývá ve vrstevnické skupině přijímáno (tzv. gender intensification

hypothesis) (Krogerová, 2007). Ve střední adolescenci se dospívající obvykle po emoční stránce stabilizují, na významu nabývají zejména emoce související s erotickou stránkou života, estetické, ale i mravní citění (Macek, 2003).

Mladší adolescenti se musí vypořádat s pubertálními i psychickými změnami a novými očekáváními ze strany sociálního okolí, což může být velmi náročné. V období časně adolescence dochází ke změnám ve vztahové oblasti. Adolescenti začínají být vnímavější ke společenským očekáváním, k naplňování maskulinních a femininních rolí a způsobů chování. Jednání, které těmto rolím neodpovídá, zpravidla nebývá ve vrstevnické skupině přijímáno (tzv. gender intensification hypothesis) (Krogerová, 2007).

Emocionální prožívání adolescentů se mění v závislosti na kulturním a sociálním prostředí a stylu výchovy. Existují adolescenti, kteří prochází tímto obdobím bez větších emocionálních problémů a krizí. Macek (1999) poukazuje na to, že důležitou diferencující charakteristikou je v tomto případě pohlaví adolescentů. Dívky, ve srovnání s chlapci, častěji poprvé manifestují psychické obtíže v rané adolescenci v souvislosti s pubertálními změnami. Chlapci si naopak častěji nesou emoční labilitu až do dospělosti.

Emoce dospívajícího jsou důležitou součástí sebehodnocení, s tímto málo validním faktem se však adolescent musí vyrovnat. S emoční nevyrovnaností souvisí také výkyvy sebehodnocení. Ke konci adolescence se tyto emoční výkyvy naopak stabilizují, tato stabilizace je dána jednak hormonálními vyrovnáním a jednak zkušenostmi, které adolescent již získal. (Vágnerová, 2000).

3.3.2 Vývoj sociálních vztahů

Nová kvalita interpersonálních vztahů je jednou ze základních charakteristik adolescence. Podle Macka (2003) je adolescence charakteristická změnami ve vztazích, podstatnou proměnou prochází jak vztahy k vrstevníkům, tak i k rodinným příslušníkům.

Macek (2003) dále uvádí, že hlavním úkolem dospívajícího na cestě k dospělosti je přehodnotit a zrovnoprávnit svůj vztah k autoritám, odpoutat se od rodičů a naučit se navazovat i udržovat kvalitní sociální vztahy mimo rodinu. Macek popisuje, že dochází ke „konkrétním formám lidské vzájemnosti“. Krogerová (2007) tak označuje adolescenci jako období druhého separačně-individualizačního procesu.

Vágnerové (2005) uvádí, že v období mladší adolescence se mění vztahy s lidmi, s dospělými i s vrstevníky a to ve smyslu experimentace a odmítání podřízeného postavení. V pozdní adolescenci je pak jedinec brán více jako dospělý (Vágnerová, 2005).

„V adolescenci se velmi rozvíjí vztahy po stránce kvalitativní i kvantitativní. Někteří autoři toto období charakterizují jako období extaverze, kdy je značná touha být členem různých skupin, pohybovat se co nejčastěji ve společenských situacích“ (Čížková, 2003, s. 116). Důležitým aspektem v interpersonálních vztazích mají také komunikační dovednosti (zdvořilost, vyjádření vlastního názoru, dovednost položit otázku, naslouchat druhým...), díky těmto dovednostem pak dochází ke sníženému napětí a nedochází tolik ke konfliktům s autoritami. Může se také zvyšovat sebevědomí a vědomí sociální prestiže díky lepší možnosti navazovat blízké vztahy (Macek, 2003).

Velká potřeba sdružování do skupin napomáhá k sebeoceňování adolescenta. Skorunková (2008) uvádí, že mimo ujasňování vlastní identity jsou v období adolescence důležité vztahy s vrstevníky, které tvoří podstatnou část sociálních aktivit. Vědomí skupinové příslušnosti, solidarita a vzájemná kamarádská pomoc většinou podporují pozitivní emoce a sebeúctu. Mladí lidé si udržují skupinové obřady, bývají až konzervativní a konformní ve svých názorech na skupinové klima, přehlížejí názory jiných skupin, rebelují proti odlišným názorům dospělých. Na přehnanou autoritativnost dospělých reagují odporem, vyvolávají konflikty, staví se do opozice. Často se v této souvislosti hovoří o generačním problému, který se projevuje výraznou rozdílností názorů mezi generace. Macek (2003) připisuje vrstevnickému vztahu nemalý význam, je podle něj unikátní a těžko zastupitelný. Umožňuje vzájemné poskytování názorů, pocitů a vzorců chování. Adolescenti rádi napodobují a jsou napodobováni.

„Aby adolescent získal subjektivně přijatelné sebevědomí, potřebuje být úspěšný, zažívat pochvalu od svého okolí a mít uspokojivý erotický vztah“ (Čížková, 2003, s116, Macek 2003).

Podle Skorunové se koncem období adolescence dokončuje proces separace ze závislosti na rodině. Adolescent je ke svým rodičům velmi kritický a má potřebu rozvíjet diskuzi o sporných tématech. Kritika rodičů je také jedním ze způsobů hledání vlastní identity. Dospívající potřebují, aby je dospělí brali vážně, protože to má vliv na tvorbu jejich vlastních názorů. Rodiče se s dospívajícími musí učit komunikovat na partnerské úrovni. Jakým směrem se budou ubírat vztahy v rodině, velmi záleží na postoji rodičů i adolescentů. Tento složitý proces se může projevit u adolescentů například přerušením kontaktu s rodiči nebo předčasným uzavřením manželství (Skorunková, 2008). Ačkoli jsou vztahy mezi rodiči a jejich adolescentními dětmi tradičně vnímány jako častý zdroj mezigeneračních nedorozumění, nemusí být proces získávání nezávislosti na rodičovské péči vždy plný konfliktů. Potenciálním zdrojem potíží je rodiči reflektovaná sexuální

zralost jejich dospívajících dětí, zvýšený egocentrismus a labilita. Díky pokrokům v kognitivní oblasti jsou adolescenti na rozdíl od mladších dětí schopni logické argumentace a tuto schopnost často a rádi využívají (Arnett, 2004). Macek (2003) popisuje vztahy v adolescenci s rodiči jako pokus o „zrovnoprávnění“ vlastní pozice a ve vztahu k vrstevníkům jde především o vlastní „zhodnocení“. Langmeier (1998) poukazuje na fakt, že tam kde se dospívajícímu nepodaří odpoutat se z přílišné vazby na rodiče a přenést ji na vrstevníky, může docházet k různým obtížím, které si mnohdy okolí může vysvětlit jen stěží. Konfliktní situace pak mohou vést k nejistotě, úzkosti, které pak mohou podpořit vznik patologií (mentální anorexie) (Langmeier, 1998).

3.3.3 Láska a sexualita

Součástí psychosexuálního vývoje v adolescenci je potřeba navazování partnerských a erotických vztahů a experimentování s nimi (Macek, 2003, Vágnerová, 2005). V rané fázi adolescence dosažení bližšího kontaktu s druhou osobou velmi souvisí s přitažlivostí, atraktivitou zevnějšku a chování, nejde však ještě o vážný vztah, ale prožitek zájmu může mít charakter zamilovanosti. V pozdní fázi adolescence vzniká tzv. „vztah lásky“ často spojený se sexualitou. V takovémto vztahu se pak rozvíjejí další sociální dovednosti, tyto vztahy však ještě nemívají trvalejší charakter (Vágnerová, 2005). „Adolescenční sklon ke sdružování se projeví i potřebou navazování erotických vztahů s druhým pohlavím“ (Čížková, 2003, s116). V současnosti obecně klesá věk prvního pohlavního styku. Dospívající se nyní více otevírají světu a s tím souvisí i jejich větší extravertovanost (Langmaier, 1998). Nejčastějšími důvody vytváření partnerských vztahů je zlepšování sociálních a komunikačních dovedností, zvýšení statutu ve vrstevnické skupině, sdílení společných aktivit a zábava, intimita a potřeba stálého vztahu, přičemž tyto důvody se v průběhu dospívání proměňují. Zatímco pro mladší adolescenty je podstatná společná zábava, starší hledají spíše pocit bezpečí, sdílení a intimitu (Arnett, 2004).

Mezi 15. a 18. rokem pozvolna narůstá míra vzájemných důvěrností. Dívčí zamilovanost je spíše citového rázu s potřebou něhy a emocionálních důvěrností, u chlapců převládá zejména smyslově erotická potřeba. Láska mladých lidí, společné schůzky a fyzická blízkost jim zpravidla přináší mnoho příjemných zážitků a důležitých vývojových podnětů. Promiskuita až neschopnost některých dospívajících navazovat trvalejší vztahy je výrazem citové nezralosti (Čačka, 2002).

3.4 Kognitivní vývoj a vývoj intelektu v období adolescence

Vágnerová (2000) popisuje kognitivní vývoj jakožto výsledek interakce zrání a učení. Teprve, když je adolescent z neurofyziologického hlediska dostatečně zralý a získal dostatečné zkušenosti, může se dále rozvíjet (Vágnerová, 2000).

3.4.1 Myšlení, paměť a inteligence

Co se myšlení týče, adolescenti jsou „stále větší měrou schopni uvažovat stejně jako dospělí, kromě čistě logických argumentů nabývají na významu jejich prožitky, vztahy, zkušenosti a potřeba být v určitém vztahovém rámci efektivní, stabilní a oceňovaný“ (Macek, 1999 str.158).

Typické znaky myšlení se dají rozdělit do několika bodů. Dospívající již připouštějí variabilitu různých možností, formálně logické operace mu umožňují posuzovat problém z více hledisek. Adolescenti dokáží uvažovat systematičtěji, uvažují o více alternativách problému. Dospívající také dokáží experimentovat s vlastními úvahami, postupně si také osvojují abstraktní způsob myšlení a induktivní uvažování.

Vágnerová také uvádí, že se objevuje větší kapacita paměti, protože adolescent používá lepší strategie, které mu pomohou udržet potřebné informace. Jejich učení je tak mnohem efektivnější stejně tak jako udržení pozornosti. (Vágnerová, 2005). Díky těmto kognitivním změnám se adolescenti ve zvýšené míře začíná zabývat sám sebou, uvažuje o sobě a svých perspektivách, hodnotách a možnostech (Macek, 2003).

Skorunková (2008) uvádí, že ve vnímání adolescentů dochází k poklesu schopnosti živých představ, které již nebudou tak pestré jako v dětství. Naopak se zdokonaluje styl myšlení. Typická je pružnost a otevřenost myšlení, protože adolescenti nejsou zatíženi zkušenostmi a jsou schopni používat nové způsoby řešení. Nezkušenost se také projevuje nadšením, neopatrností a zbrklostí. Pro adolescenta nemají zkušenosti dospělých velkou váhu a nejsou akceptovány jako dostatečné informace, které by zabránily vlastním chybám. Ve vývoji rozumových schopností se adolescent dostává na vrchol fluidní inteligence, což je schopnost nalézt nová řešení logických problémů, která je méně závislá na zkušenostech a vyžaduje především pružnost myšlení. Intelektový vývoj je popsán

v publikaci Langmeiera (1998) tak, že dospívající se svými intelektovými schopnostmi blíží maximálnímu výkonu.

Adolescenti ve svém myšlení často směřují k základním otázkám své existence, smyslu života, světového názoru, nebo se zabývají tím, jaký životní styl si zvolit. Kritizují život dospělých, protože jim připadá nudný, stereotypní, pokrytecký či zastaralý. Dále si mladí v období adolescence všimají různých nespravedlností, zajímají je světové problémy, hledají hodnoty a ideály, chtějí žít jiným život než jim společnost kolem nabízí (Skorunková, 2008).

V období adolescence přetrvává kritický realismus, který se projevuje přezkoumáváním získaných poznatků. Mizí naivní romantismus, je spíše větší příklon k realitě. Typický je taktéž radikalismus a nekompromisnost – řešení situací bývá hned jasné, svůj názor vehementně prosazují, zvláště ve střetu s dospělými. Nepředvídají však zcela důsledky svého chování. (Čížková, 2003). „Mnohdy projevují velkou míru odvahy, vrhají se do situací, které jsou nové a neotřelé“ (Čížková, 2003, s. 115). Toto riskantní chování je vyvoláno touhou po samostatnosti a nezávislosti. Své myšlení obrací do vlastního nitra, stává se introspektivním, analytickým a sebekritickým. Adolescent má možnosti zvládnout akademické dovednosti, přípravu na budoucí povolání a získat faktické znalosti o světě. Má tedy kognitivní kapacitu, ale její naplnění je ovlivněno sociálně (Čížková, 2003).

Prosazuje se nová tendence v kognitivním vývoji a tou je systematizace poznatků, adolescent zjišťuje vztahy a souvislosti mezi nimi, poznává nové obory a je schopen v nich získat širokou pojmovou znalost. Pozvolna se propracovávají ke světovému názoru, utřídí si hodnotový systém, zvnitřňují převzaté morální kodexy. Mají potřebu vytvářet si vlastní názor, ke kterému došli sami vlastní zkušeností. Touží po individuální svobodě a osobním vyjádření (Čížková, 2003). Adolescenti jsou již schopni metakognice tzn., že již chápou myšlenky a emoce druhých lidí, jsou také schopni podívat na věc z cizí perspektivy. Tato nově nabytá schopnost s sebou zároveň přináší jistou míru egocentrismu. Myšlení v pozdní adolescenci je méně absolutní, více vztahové a také sebereflektující (Macek, 2003). Adolescenti si nyní uvědomují, že jeden problém může mít více řešení, na rozdíl od mladších adolescentů, kteří mají často tendence uvažovat „černobíle“ (Arnett, 2004).

3.5 Identita v období adolescence

Vágnerová (2000) popisuje, že „dospívání je charakteristické hledáním identity, bojem s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém, o své pozici ve společnosti atd.“ Macek (2003) poukazuje na to, že i když se proces formování identity chápe jako celoživotní úkol, řada autorů považuje právě adolescenci za období, kdy je řešení tohoto problému nejakutnější, jeho pak předznamenává psychologické fungování v dalších fázích života.

Identita je dnes v psychologii adolescence jedním ze základních pojmů (Říčan, 2004). Obecným vývojovým úkolem v adolescenci je vytvoření vlastní identity, získání autonomie a přijetí zodpovědnosti dospělého. Macek rozděluje identitu na osobní a sociální. Osobní identita souvisí s intimním sebehodnocením a sebereflexí (odpovídá na otázku „kdo jsem“). Podstatné je vědomí vlastní jedinečnosti a neopakovatelnosti. Sociální identita je vázána na začlenění, kontinuitu ve vztazích atd. (odpovídá na otázku „kam patřím“ a „kam směřuji“) (Macek, 2003).

Dle Sarah Grogan (2000) je období adolescence chápáno jako doba změn, sebeuvědomování a hledání identity. Mít identitu znamená znát sám sebe, rozumět svým citům, znát odpověď na otázku kdo jsem, vědět, kam patřím, kam směřuji, v čem je smysl mého života a čemu doopravdy věřím. Znamená to mít zodpovědnost za své činy, znát své možnosti, být si jistý sám sebou. Znamená to aktivně se podílet na tvorbě své budoucnosti, vědět o své jedinečnosti, mít větší podíl na vlastním životě (Říčan, 2004; Vágnerová, 1999). Podle Eriksona znamená dosažení identity získání pocitu vlastní jedinečnosti, celistvosti, sjednocení dílčích zkušeností se sebou samým, dosažení pocitu stability, pocitu spolupatříčnosti k určitým ideálům a hodnotám a pocitu vlastní hodnoty a podpory od ostatních. Tato integrace je podle autora základem úspěšného vývoje v dalších etapách života (Čermák, 2003).

Podle Čížkové (2003) je vytváření pocitu identity charakteristické tím, že probíhá nepřetržitě již od dětství a jde tak postupně o neustálé revidování uvědomění si reality a sebe vzhledem k sociální skutečnosti. Je to tedy subjektivní pocit vlastní kontinuity a totožnosti, uvědomění si svých schopností, dovedností, způsobů myšlení.

Zde se spolupodílí i vrozené vzorce chování, které nazýváme genotyp. Genotyp a prostředí působí společně při vytváření identity od samého počátku. Proto na stejné prostředí, nebo situaci mohou různí jedinci různě reagovat, různě ji prožívat a odlišně interpretovat.

Adolescenti také při hledání své identity často experimentují. Hlavně proto, aby metodou pokusu a omylu našli svou pravou cestu. Hledání vzorů, časté střídání zájmů a sportů je

nejmírnějším druhem tohoto experimentování. Mezi další experimenty adolescentů patří bezpochyby experimentování v erotickém životě, s náboženstvím, sportem, a dietami. Adolescent například zkouší, co ze sebe dokáže udělat, co všechno si dokáže odříct, jakého sebeovládání je schopen nebo jak radikálně dokáže opustit konzumentský způsob života apod. (Říčan, 2004).

Poslední fází je pak vytvoření „takové identity, která potvrzuje jedinečnost osobnosti a je alespoň přibližně realistická“ (Vágnerová, 2000, str.263).

3.6 Sebepojetí a sebehodnocení adolescentů

3.6.1 Sebepojetí

Definice sebepojetí se u autorů mnohdy liší, proto jich pro přehled uvedeme více. Macek (2003) uvádí, že sebepojetí je soubor znalostí a pocitů o vlastním já.

Blatný (2003, s. 92) považuje sebepojetí za „souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová“.

Podle Hartla a Hartlové (2000, str. 524) je sebepojetí (self-concept) „představa o sobě, to, jak jedinec vidí sám sebe, zdůrazněna je kognitivní složka. Jeho součástí je sebedůvěra“.

Podle Macka (1997) je sebepojetí (self-concept), stejně jako sebehodnocení (self-evaluation) součástí self-systému. Sebepojetí lze od sebehodnocení odlišit pouze teoreticky, protože emocionální prožívání je v zásadě vždy propojeno s reflektovaným obsahem. Jedinec ho téměř vždy vztahuje ke svému vlastnímu já.

Obraz sebe sama se dle Smékala (2002) člení na několik kategorií, kterými jsou: reálné já (reprezentace obsahu a struktury sebepojetí), vnímané já (jak se vidíme v různých kontextech), ideální já (představa ideálního obrazu sebe sama) a prezentované já (jak se prezentujeme okolí). Důležité je pak především srovnání ideálního a reálného já, jehož ukazatelem je sebepřijetí – čím větší je diskrepance, tím více adolescent zažívá zklamání ze sebe sama. Podle Macka (2003) je tato diskrepance pro dospívajícího zdrojem nepříjemných pocitů.

Blatný (2003) uvádí, že sebepojetí je tvořeno třemi aspekty, mezi něž řadí:

1. **Kognitivní aspekt** – jedná se o obsah a strukturu sebepojetí. Tato složka zahrnuje sebeuvědomování a sebezpoznaní.

2. **Emocionální aspekt** – jedná se o emocionální vztah k sobě. Tento aspekt je viditelný především v sebehodnocení. Může se jednat o sebehodnocení globální, zaměřené na charakteristiky sebe sama, které jsou obecného rázu. V tomto případě mluvíme o celkovém vztahu k sobě. Další možností je sebehodnocení dílčích charakteristik vztahujících se k vlastní osobě.

3. **Konativní aspekt** – jedná se o motivačního činitele zastávajícího i seberegulační funkci. Projevuje se v našem chování, sebereprezentaci, seberealizaci, v mezilidském kontaktu.

Z vývojového hlediska se sebepojetí ve střední a pozdní adolescenci diferencuje. „Pro tuto diferenciaci je důležitá nejen schopnost abstraktního myšlení, ale i určitá suma nových sociálních zkušeností, ve kterých adolescent reflektuje sebe sama jako subjekt chování a prožívání“ (Macek, 2003, s. 61). V časně adolescenci si jedinec uvědomuje sebe sama jako nositele nejrůznějších rolí a jako aktéra v různých situacích, ale s přibývajícím věkem a zkušenostmi se stále více objevuje introspekce a sebehodnocení. V období střední adolescence dospívající zkoušejí a přijímají role s menším vědomím jejich vzájemné provázanosti a souvislosti s rolemi druhých osob. V pozdní adolescenci vede vědomí vzájemných vazeb, souvislostí a závislostí k potřebě vnitřního sjednocení (strukturované a současně konzistentní sebepojetí) a k hledání rovnováhy mezi vlastními rolemi a rolemi druhých (Macek, 2003).

3.6.2 Sebehodnocení

Podle Blatného (2003) je sebehodnocení mentální reprezentace emočního vztahu k sobě. Sebehodnocení je důležitým aspektem sebepojetí. Od sebepojetí, které chápe pouze jako souhrn představ o sobě, ho odlišuje emočním nábojem obsaženým ve vztahu k sobě samému. Macek (1999) uvádí, že základem celkového pozitivního sebehodnocení je uznání vlastní hodnoty.

Blatný (2003) rozlišuje několik aspektů sebehodnocení, přičemž některé z nich jsou vyjádřeny dimenzemi. Jednotlivé aspekty dělíme na:

1. **Intenzita**
2. **Stabilita – labilita** – jedná se o aspekt důležitý pro výkon a reakce na interpersonální zpětnou vazbu.
3. **Libost – nelibost** – jedná se o pocit spokojenosti či naopak nespokojenosti se sebou samým.

Langmeier (2006) popisuje sebehodnocení v období dospívání tak, že jeho úroveň kolem 11 – 12 let nejdříve prudce klesá, což může být spojeno s hledáním vlastní identity, a kolem 15. až 16. roku věku začíná pomalu stoupat. Toto vývojové období je charakteristické změnou myšlení, objevuje se schopnost kritického myšlení a s tím jsou spojeny i pochybnosti o vlastní osobě. V rámci sebehodnocení má dítě tendenci „posuzovat se především podle reakcí druhých na ně samé a podle toho, co si samo myslí o tom, jak je druzí (především jeho vrstevníci) vidí“ (Langmeier, 2006, s. 161). Blatný (2003) popisuje dva faktory sebehodnocení – hodnocení jinými a srovnání se svými požadavky na sebe. V časně a střední adolescenci je většinou důležitější hodnocení druhými, referenčními osobami, zatímco v pozdní adolescenci se spíše uplatňuje druhý faktor sebehodnocení (Macek, 2003).

4.1 Body image

4.1.1 Definice a charakteristika pojmu body image

Pojem body image neboli **tělesné sebepojetí**, nazýváme jej také body koncept či body schéma, pochází z roku 1950, kdy jej zavedl Paul Schiller, který se začal zabývat psychologickými a sociologickými aspekty vnímání těla. Tělesným sebepojetím je třeba se zabývat z důvodu, že mnohdy to jak vnímáme své tělo může ovlivňovat naše jednání a chování. Negativní body image má vliv na vznik závažných obtíží, ať psychických, tak somatických a velmi také ovlivňuje mezilidské vztahy.

Definice pojmu body image můžeme najít více. Nyní si popíšeme alespoň některé: „Body image je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí.“ Body image dissatisfaction je pak nespokojenost s vlastním tělem (Rašticová, 2009).

Tělesné sebepojetí znamená „psychologicko – fenomenologickou část tělesné zkušenosti, zahrnující všechny emocionálně afektivní procesy jednatelce, jež se vztahují k vlastnímu tělu.“ Body image jsou „negativní myšlenky a pocity vztahující se k vlastnímu tělu.“ (Grogan, 2000, s. 11, Fialová, 2001, 2006, Hrachovinová & Chudobová, 2004). Porucha body image je značně rozšířená v oblasti subjektivní nespokojnosti s velikostí, mohutností a vzhledem celého těla nebo jeho jednotlivých částí (Hrachovinová, Csémy, & Chudobová, 2005).

„Pod pojem tělesné sebepojetí řadíme všechny představy jedince, které mají vztah k jeho vlastnímu tělu. Proto má tělesné sebepojetí (body image) kognitivní, afektivní i konativní komponenty, které ho charakterizují.“ (Fialová, 2001, s. 36). Fialová (2007) uvádí, že body image v sobě také zahrnuje tělesné představy – nejen znalosti, ale i přesvědčení, hodnocení a plány. Tělesné sebepojetí tak obsahuje všechny představy jedince, které souvisí s jeho vlastními tělem. Lze říci, že vzhled je také jedním ze základních znaků sociálního vnímání.

Základními složkami body image jsou tělesná hmotnost, vzhled, zdraví a zdatnost, při čem největší vliv na body image a na celkové sebepojetí má právě vzhled (Fialová, 2001, 2006). Fialová (2001, s. 23) uvádí, že pojem tělesné sebepojetí „v sobě zahrnuje vlastní stanovisko i význam okolí. Chápeme ho jako emocionálně afektivní hodnocení vlastního těla. Je součástí celkového sebepojetí, které obsahuje vše, co si o sobě jedinec myslí, jaké vlastnosti a způsoby chování si připisuje. Vědomí vlastního těla, vlastní

tělesnosti je rozšířeno o všechny pocity a představy spojené s tělem, kterými může jedinec něco vypovídat.“ Body image je významnou součástí sebepojetí jako takového. Představy jedince o jeho výšce, hmotnosti, stavbě těla, tváři, vlasech, očích, hlase a jejich oceňování má význam pro přejímání nebo odmítání svého těla, ztotožnění se s ním, či odcizení se mu (Fialová, 2001, 2006). Fialová (2001, str. 53) popisuje, že „tělo je hlavním prostředkem k sebeexpresi a k interakci se světem, a proto je i klíčem k pochopení celého „já“ a významně ovlivňuje naše sebedefinování. Přestože má člověk dar myšlení a řeči, jsou jeho emoce a zdraví výstižněji vyjadřovány prostřednictvím těla. Způsob, jakým vnímáme tělo a pohyb a jakou mají pro nás důležitost, určuje naši fyzickou identitu“.

Podle Grogan (2000) má body image dvě důležité vlastnosti: subjektivnost a elasticitu. Díky jeho subjektivnosti se nemusí shodovat subjektivně prožívání těla s jeho objektivními parametry nebo s jeho vnímáním vnějším pozorovatelem. Subjektivní představa o vlastním těle je elastická, tj. pod vlivem sociální zkušenosti může docházet k její změně.

Fialová (2001) ve své publikaci uvádí, že tělesné sebepojetí velmi úzce souvisí s prožíváním svého těla. To, jak prožíváme a vnímáme své vlastní tělo je velmi individuální a čistě subjektivní, proto se dá jen těžko jakkoliv změřit. Bylo však zjištěno, že hodnocení vlastního těla, konkrétně pak míra spokojenosti nebo nespokojenosti s vlastním tělem a celkovým vzhledem, působí velmi výrazně na celkové sebehodnocení jedince. To, jak jsme spokojeni s vlastním tělem určuje i schopnost přizpůsobení se světu ve smyslu životní spokojenosti, absence osamělosti nebo deprese. U osob s negativním vnímáním vlastního těla je míra psychologického přizpůsobení mnohem nižší. Výzkumy negativního body image zároveň upozornily na mnoho nepříznivých důsledků, ke kterým může negativní body image u ženského pohlaví dojít, např. poruchy příjmu potravy, sociální úzkost, nízká sexuální funkce a u mužského pohlaví, např. nízká sebeúcta, deprese, poruchy příjmu potravy, užívání anabolických steroidů a lidského růstového hormonu. Nespokojenost se svým tělem se také projevuje negativními myšlenkami a pocity ke svému tělu. (Fialová, 2001, Grogan, 2000, Hargreaves & Tiggemann, 2006). Crook (1995) popisuje fakt, že rozdíl v tom, jaké si ženy myslí, že by měly být, a jaké si myslí, že jsou, způsobuje zmatek a bolest v duši žen. Spokojenost s vlastním tělem je také velmi ovlivněna i pocitem sebekontroly a sebevědomí. Zájem a snaha o dokonalé tělo se ale, jako všechno ostatní, může zvrhnout v patologii. Jedná se o především o osoby, které se svým vzhledem zabývají mnohem více než zbytek populace a většinou jsou se svým tělem také mnohem méně spokojeni i za předpokladu, že k tomu

nemají objektivní důvod (Fialová, 2001). Při vnímání, prožívání a hodnocení vlastního těla i jeho části jedinec zohledňuje vlastní zkušenost, přání, vlastní očekávání i očekávání svého okolí a společnosti. Zároveň je body image i sociokulturním konstruktem, který podléhá vlivu každé kultury a společnosti. Jedinec tak vlastně tělo porovnává a posuzuje dle stereotypních představ o ženskosti/mužnosti, kráse a zdraví a ve vztahu k mediálnímu obrazu (Hrachovinová & Chudobová, 2004).

4.1.2 Ideál krásy z geografického a kulturního hlediska

Dá se říci, že co území, to také jiná kultura a tradice. To vše také ovlivňuje, co je v dané kultuře považováno za krásné. V západních zemích existují jisté odlišnosti v pojmání krásy těla, markantnější rozdíly však můžeme vidět u nám mnohem vzdálenějších kultur. Některé požadavky na vzhled těla však bohužel mohou velmi vážně ohrožovat jak zdraví, tak i život. Tyto drastické zásahy ovlivňující vzhled těla jsou známy již historie, ale v určitých kulturách je můžeme vidět i dnes.

Jako příklad bychom mohli uvést např. prodlužování krku za pomoci měděných kruhů, které je prováděno v Barmě a Thajsku, propichování a rozšiřování různých částí těla u různých afrických kmenů, formování lebky novorozencům v Peru a Grónsku, nebo v Číně donedávna praktikované deformování chodidel dívek za pomoci obinadel, které mělo zmenšit chodidlo, jelikož v Číně je znakem krásy malá nožka. V naší kultuře lze také vidět různé moderní trendy jako piercing, tetování, změny barvy pleti, plastické operace, zdraví ohrožující chování či naopak nepřírozený nárůst svalů (Fialová, 2006).

Lze říci, že nespokojenost s tělem je přetrvávající problém týkající se velké části společnosti napříč různými kulturami (Rašticová, 2009).

I když má každá kultura specifické požadavky na krásu, existují i jisté shody, které převládají ve většině společností. Jde především o pohled na ženské tělo, u kterého se preferuje například celková symetrie postavy, pevná prsa a boky, celková zakulacenost proti hranatosti nebo třeba hladká a pevná kůže (Fialová, 2006). Většina žen z naší kultury se potýká s určitými tlaky společnosti, které v nich vyvolávají pochybnosti o jejich vzhledu a ženskosti. Výzkumy poukazují na fakt, že ženy často pokládají štíhlost za ženskou a půvabnou. Miliony žen se tak snaží být štíhlými za pomoci diet, počítáním kalorií, cvičení, koupě šatů, které jsou zeštíhlující. Mnoho žen považuje štíhlost za magickou, čeká, že jim přinese obdiv, lásku, přitažlivost. (Crook, 1995). Díky působení masových médií, která dnes na celém světě určují módní trendy jak v otázkách nazírání na krásu, tak

v oblasti oblékání a chování vznikla více uniformní měřítko krásy. (Fialová, 2006). Grogan k tomu dodává: „Idealizace ženské štíhlosti je velmi novodobý jev, datující se od 20. let 20. století. Často se uvádí, že štíhlý ideál je výsledkem úspěšné marketingové politiky módního průmyslu, ze kterého se stal standard kulturní krásy v průmyslových společnostech 20. století.“ (Grogan 2000, s. 21).

Je zcela zřejmé, že idealizace štíhlosti se mění podle kulturních faktorů. V chudších kulturách je typické oceňovat spíše tloušťku, jež je symbolem bohatství, vyššího postavení a zdraví, štíhlost zde může být spíše známkou nemoci a chudoby. Naopak kultury bohaté uznávají především štíhlost, která je u nich vnímána jako symbol úspěchu a schopnost sebeovládání (Grogan, 2000). Grogan (2006) zmiňuje publikované práce, které ukazují výrazné kulturní odlišnosti ve významu připisování štíhlosti a kyprosti. Například při dotazování amerických a indických žen na jejich představu o ideálním těle: „Americké ženy spolehlivě uváděly ideál výrazně štíhlejší, než byla jejich postava, zatímco indické ženy spolehlivě uváděly jako ideál postavu přibližně stejnou jako jejich skutečná.“ (Grogan 2000, s. 26). Grogan (2000) uvádí, že existuje všeobecná shoda v tom, že v západní kultuře je na ženy vyvíjen větší společenský tlak, který je nutí vyhovět ideálu štíhlosti, než na muže.

4.1.3 Ideál krásy z historického hlediska

Pojetí krásy a vnímání lidského těla se také neustále mění v průběhu dějin. Opět je určováno nejen časovým zařazením, ale i kulturou (Fialová, 2001). Grogan (2000, s. 30) popisuje, že „ženy byly vždy vedeny k tomu, aby přizpůsobovaly tvar své postavy soudobým trendům.“

Antika

Ve starořeckém pojetí krásy byla důležitým pojmem kalokaghatia, což je harmonie těla i duše. A staří Řekové do pojetí krásy zahrnovali jak vnější vzhled člověka, tak jeho povahové rysy. Římané se k obezitě stavěli velmi kriticky, zde se také rozšířil způsob kontroly tělesné hmotnosti, který dnes nazýváme bulimickým, tedy záměrně vyprovokované zvracení. Mužské tělo bylo považováno za mnohem krásnější než tělo ženské, což můžeme vysvětlit tím, že krása v pojetí Řeků též zahrnovala tělesnou zdatnost. Ztvárnění ideálu mužského těla nalezneme kupříkladu na soše Davida Michelangela Buonarrotiho.

Gotika

Ve středověku má na vnímání lidského těla vliv křesťanství, díky kterému nastává odklon k duchovnímu životu a křesťanským hodnotám. Lidské tělo je vnímáno jako hříšné, proto je péče o tělesný vzhled a vzhled těla zavrhována. Idealizovaným se stává velmi štíhlá postava Krista, jakožto symbol mučedníka, symbol skromnosti, utrpení a strádání. V období gotiky bylo časté zobrazení ženy jakožto Madony držící Ježíše. Zobrazení muže kupříkladu v díle Svatý Sebastián od malíře Sandora Botticelliho.

Renesance

Renesance představuje určitý návrat k antickým ideálům. Snaží se objevit ideální ženské a mužské tělo, takže důraz je kladen zejména na sekundární pohlavní znaky u obou pohlaví - svaly u mužů a zaoblené tvary u žen, ztvárněny Rembrantem van Rijnem v obraze Betsabé.

Baroko

Barokní styl pokračoval v renesanční mužské svalnatosti postav, u žen se zaměřil na jejich reprodukční úlohu a části těla, které ji symbolizují. Ideálem se stalo kypré ženské tělo s plným břichem a kulatými ňadry i boky, znázorněný barokním malířem Velázquezem v díle Venuše před zrcadlem.

Klasicismus

Během 19. století se na ženskou krásu objevily dva různé pohledy. Oba se shodují na štíhlém pase, který byl stažen korzetem. 1. polovina 19. století obdivovala křehkou ženu s krásným obličejem, ve druhé polovině století potom převládl ideál ženy mohutnější. Ideálem byly ženy se štíhlým pasem, ale plnějšími ňadry a boky. Na konci 19. století se plnější postava prosazovala i z medicínského hlediska jakožto symbol zdraví. Klasicistní je kupříkladu žena na Manetově obraze s názvem Olympia či Renoirově Plavovlasé ženě v lázni.

Dvacáté století

Během 20. století se vystřídal ideálů mnoho. Na začátku století byla zdůrazněna štíhlá linie, ale ideální žena měla působit silná a vzpřímená s většími boky a ňadry.

Po první světové válce přichází jako trend chlapecký vzhled zvaný „Flapper“, který se odklonil od zaoblených ženských tvarů.

Ve 30. letech nastává návrat k ideálu ženy s plnějšími tvary a štíhlým pasem a tento trend přetrvává i v letech 40.

50. léta přináší klenutá prsa, útlý pas a boky. Z tohoto období pochází ideální proporce, kdy je obvod prsou a boků vyrovnaný, tento trend ztělesňovala Marilyn Monroe.

60. léta přichází s velmi štíhlou až vyhublou postavou chlapeckého vzezření. Symbolem této doby se stala modelka Twiggy vážící 44 kg s výškou 168 cm. Ženy se pod touhou podobat se postavě Twiggy podrobovaly nejrůznějším dietám a vznikl tak skutečný boom dietního byznysu. Diety se tak staly běžnou součástí života.

Tento trend se prolíná zbytkem 20. století, i když 80. léta propagují svalnatější ženské tělo, kdy je žena stále štíhlá, ale ne vyhublá.

Na konci 20. století se objevuje trend „waifs“ – děti ulice, navazující na styl a hlavně vyhublost let 60. Mužským ideálem byl typ velmi svalnatého muže jako byl např. Jean-Claude Van Damme (Fialová, 2006; Grogan, 2000).

4.1.4 Současný ideál krásy

„Zájem společnosti o tělesnou hmotnost a postavu zůstává i nadále stejně silný, nicméně novým kulturním trendem je získat (štíhlou) postavu nikoli pomocí diety, ale cvičením“ (Grogan, 2000, s. 29). Současná společnost preferuje štíhlost. Crook (1995, s. 11) zmiňuje fakt, že „perfektní žena je vysoká, blondýna a má velikost šatů číslo třicet šest, ale také vydělává peníze, má dvě děti a manžela, je vzdělaná, uznávaná a pořádaná“. Fialová (2006) uvádí, že štíhlost je dnes vnímána jako podmínka dobré výkonnosti, úspěchu a kvalitního života. Tělo má být nejen štíhlé, ale i pevné. Na ztotožnění se s vlastním tělem, přijímání, jeho ocenění nebo odmítání jeho podoby má velký vliv i ideál krásy, který je ve společnosti uznáván. Dnes je nám předkládán ideál zdravého, výkonného a štíhlého těla, které je jakýmsi symbolem úspěchu. Snaha přiblížit ideálu štíhlosti vyžaduje věnovat mnohem více času aktivitám, jako je například cvičení, zdravé stravování, opálení, apod. (Fialová, 2001). Ženy také často ale snášejí nepříjemné kosmetické procedury, drastické diety či bolestivé zákroky plastických chirurgů, jen aby se přiblížily tělesnému ideálu doby. Tělesné sebepojetí ovlivňuje kulturní a sociální faktor, který se neustále mění a určuje, co je považováno za krásné. V současnosti je štíhlé, pevné, silné a opálené, tělo podáváno jako symbol úspěchu a jeho atraktivita hraje v životě člověka velmi výraznou roli (Fialová, 2006). To, že se pak zvyšuje nespokojenost se svým tělem v čase ukazují některé studie. Zatímco v roce 1950 bylo 44% žen přesvědčených, že jsou obézní, v roce 1973 to už bylo 55 % žen a v roce 1980 až 70 % žen. V letech 1989-1990 měla za sebou každá druhá žena a každý čtvrtý muž minimálně jednu redukční dietu. V roce 2000 se alespoň 52 % žen a 37 % mužů domnívalo, že mají nadváhu a 40 % žen a 24 % mužů drželo neustále dietu. (Fialová, 2001, 2006, Grogan, 2000).

Můžeme říci, že ženskými ikonami představující ideál krásy jsou dnes modelky jako Karolína Kurková, Gisele Bündchen, Adriana Lima, Heidi Klum, herečky Angelina Jolie, Megan Fox a další, které se vyznačují kupříkladu vysokou štíhlou postavou s většími pevnými prsy. Ideál mužské krásy se liší pro ženy a pro muže. Zatímco ženám se nyní líbí muži, jak s vypracovanou muskuloidní postavou (David Beckham), tak i muži štíhlí bez výrazné svaloviny (Brad Pitt, Robert Pattinson). Muži preferují jako ideál mužské krásy spíše muskuloidní postavu (David Beckham). Grogan (2000) uvádí, že zájem mužů o tvar a rozměry postavy stoupá. Muži se ocitají pod rostoucím společenským tlakem, který je nutí, aby dosáhli střední postavy s dobře vyvinutými a silnými svaly, muži „dneška“ by tak měli mít podle ideálu postavu štíhlou a mírně svalnatou jako v antickém Řecku. Tělo často vnímáme jako věc, kterou je možné různě pozměňovat a formovat, kterou ostatní hodnotí a pokud se nepodobá ideálu, cítíme vinu (Fialová, 2006).

Fialová (2001) ve své publikaci popisuje, že u fyzicky přitažlivých lidí se také předpokládá, že mají lepší povahu, život, jsou žádanější a oblíbenější ve společnosti, lehce získají lepší a významnější pracovní místo, nacházejí dříve a lepší partnery, mají spokojenější manželství a jsou celkově šťastnější. Lidé totiž často posuzují přitažlivost druhých na základě výroku: „Fyzická krása je známka krásy vnitřní = duchovní a morální“. Výzkumy potvrdily, že lidem je také dle jejich přitažlivosti připisován různý stupeň inteligence, pracovních schopností, ambicí ve vzdělání, citlivosti, laskavosti, přizpůsobivosti i množství přátel. Výzkumy dále potvrdily závislost subjektivního duševního stavu na tělesné atraktivitě i vztah mezi subjektivní pohodou a přitažlivostí člověka.

Zahraniční studie ukazují na jistou změnu v hodnocení obézních lidí. Dříve byli tito lidé bráni jako dobrosrdeční, veselí a přátelští. Dnes jsou jim ale připisovány vlastnosti jako lenost, hloupost, ošklivost, pohodlnost, slabost, nezodpovědnost či nedostatek vůle. Nadváha je vnímána jako fyzicky neatraktivní. Naše společnost ignoruje ženy s mohutným tělem, dokonce chceme, aby se oblékaly konzervativně, jednoduše a byly tak nenápadné, ale i veselé a zdvořilé. (Krch, 2005; Grogan 2000; Crook, 1995).

Rostoucí tlak na štíhlost ženského i mužského těla a jeho vliv na body image a západní společnosti odráží skutečnost, že v posledních dekádách roste nespokojenost s vlastním tělem u celé populace a v současnosti se dokonce objevuje už u dětí ve věku 4-6 roků (Rašticová, 2009).

4.1.5 Rozdíly ve vnímání těla u dívek a chlapců

Bylo prokázáno, že gender hraje významnou roli ve vnímání vzhledu těla. Studie Koffa, Rierdana a Stubbse z roku 1990, která sledovala u 169 chlapců a dívek devátých tříd jejich vnímání těla, hodnocení vzhledu a vztah mezi vzhledem a vnímáním sebe sama (sebepojetím), prokázala, že percepce těla byla u dívek diferencovanější, zatímco u chlapců globálnější a že chlapci ve srovnání s dívkami hodnotili své tělo lépe (in Rašticová, 2009). „V rozporu s předpoklady však nebyly zjištěny žádné významné rozdíly mezi chlapci a dívkami, pokud jde o vztah mezi vzhledem a vnímáním sebe sama“ (Rašticová, 2009, s. 33).

Grogan (2000, s. 110) uvádí, že dospívající chlapci a dívky mají stejný ideál postavy jako dospělí lidé stejného pohlaví. „Pro adolescentní dívky je ztělesněním ideálu štíhlá, nikoli však hubená postava, pro chlapce je to štíhlá a svalnatá postava“. Mnoha výzkumy však bylo prokázáno, že dívky a ženy jsou častěji nespokojené se svým tělem nežli chlapci a muži. Výzkumy body image však odhalily specifické rozdíly mezi mužským a ženským body image. Fialová (2001, 2006) potvrdila výsledky zahraničních výzkumů u českých adolescentů. Zjistila, že se svým tělem bylo nespokojeno 44% děvčat, ačkoli jen 19 % z celého vzorku mělo nadprůměrnou hmotnost. To potvrzuje, že i osoby objektivně štíhlé mají výhrady ke svému tělu a vnímají jej jako „tlusté“. Děvčata hodnotila negativně zejména dolní část těla: pas, břicho, boky a stehna. 41 % děvčat vykazovalo rozdíl mezi skutečným a ideálním tělem. Chlapci hodnotili svoje tělo spíše pozitivně, přičemž nespokojeni byli nejvíce s partiemi v horní polovině těla: hrud', šířka ramen.

Valášková a Ježek (2000) ve výzkumu českých adolescentů ukázali, že děvčata jsou se svým zevnějškem nespokojenější jako chlapci. Děvčata jsou však spokojenější s „krásou“ (vzhled paží, tváří, pleti a spokojenosti s výškou) jako s „váhou“. Pro děvčata jsou všechny části těla, kromě paží a výšky velmi důležité. Pro chlapce je nejdůležitější vzhled tváře a postavy, méně důležitý je vzhled paží, nohou, pleti, a váha. Nejmenší důležitost má pro chlapce vzhled hýždí, pasu a výšky.

4.1.6 Tělesné sebepojetí (body image) u adolescentů

Mezi vývojové úkoly adolescenta patří přijetí vlastního těla a jeho fyzických změn (Macek, 1999). Vnímání a hodnocení tělesných změn koreluje s celkovým

sebehodnocením více u dívek než u chlapců. Tělesné sebepojetí (tělesný vzhled, zdraví a výkonnost) je velmi důležitou součástí celkového sebepojetí (Fialová, 2001).

U chlapců tento vztah nepodléhá tolik situačním vlivům a konkrétním sociálním kontextům (Macek, 2002).

„Vnímání vlastního těla a spokojenost s ním jsou, jak vyplývá z řady výzkumných zjištění, významným faktorem sebepojetí a sebehodnocení“. „Diskrepance mezi reálným a ideálním tělem může vést např. k patologickým stravovacím návykům nebo excesivnímu cvičení, taktéž byla prokázána souvislost s depresí“ (Rašticová, 2009, s. 30). Výzkumy prokázaly, že 88 % děvčat s nadváhou a 36 % s normální váhou chtělo být štíhlejší (Rašticová, 2009).

Tělesný vzhled je důležitou součástí identity adolescentů, na konci adolescence dokonce spokojenost se svým tělem může i narůstat, jelikož je jedinec na vrcholu své fyzické krásy. Pokud je však adolescent v tomto věku tělesně znevýhodněn, má to vliv na jeho sebedůvěru a sebejistotu, může mít pocity úzkosti, napětí či zlosti. Tato nespokojenost se svým tělem může vést až k sebezpoškození (Říčan, 1990, Vágnerová, 2005). Tělesný vzhled a jeho hodnocení je v období adolescence velmi důležité. Adolescenti začínají své tělo podrobně zkoumat a najdou-li na svém těle nedostatky zejména jedinci se sníženým sebehodnocením, mohou se velmi trápit (až dysmorfofobie). Současně však začínají o svůj vzhled pečlivě dbát. V případě potřeby autonomie kombinované s poruchou vnímání vlastního těla pak může dojít k odmítání potravy. Poruchy příjmu potravy budou podrobněji popsány v kapitole 6. 1 Rizikové chování spojené s body image (Langmeier, 1998). Krch (2000) uvádí, že ve výzkumu českých adolescentů byla zjištěna korelace mezi tělesnou nespokojeností a sebeúctou. S tělesnou nespokojeností klesala sebedůvěra, přibývalo pochyb o vlastní osobě a jiné obtíže.

Tělesný vzhled totiž v okolí vyvolává rozličné reakce a závisí na psychické vyspělosti dospívajícího a jeho představách o atraktivitě, jaký význam své somatické proměně přiřadí. Tělo a vzhled jsou důležité především pro ranou a střední adolescenci, ale i v pozdní adolescenci jsou součástí identity, kdy se dospívajícím postupně začíná objevovat spokojenost se svým vlastním tělem (Vágnerová, 2005).

Adolescence je období života, které klade velký důraz na vzhled těla. Sarah Grogan (2000) popisuje období adolescence, kdy u mladých žen vrcholí obavy o obraz vlastní postavy vzhledem k probíhajícím fyzickým změnám, jež dívky vzdalují od ideální štíhlé postavy, kterou by chtěly mít. Na základě zkoumání údajů dotazníků Grogan (2000) uvádí, že starosti o postavu jsou jednou z nejdůležitějších obav v životě dospívajících dívek.

Crook (1995) popisuje, že adolescenti, kteří jsou kritizováni za svou postavu učitelů, spolužáků či rodičů mohou propadat pocitům zoufalství nad jejich tělem. Některé dívky v období adolescence se tak mohou uchýlit k hubnutí, aby vypadaly zase jako před pubertou. Podle Rašticové (2009) je faktorem, který významně ovlivňuje nespokojenost s vlastním tělem, tělesná hmotnost. Dospívajícím chlapcům se líbí štíhlá, svalnatá postava, která je velmi podobná ideálu dospělých mužů. Chlapci i dívky tedy chtějí být štíhlí, chlapci pak i svalnatější. Chlapci i dívky mají dle údajů z dotazníků obavy z tloušťky. (Grogan, 2000). Vágnerová (2000) popisuje, že zatímco adolescentní dívky pokládají za ideál krásu a štíhlost, u chlapců hraje roli výška a fyzická síla, což posiluje jejich sebevědomí (Vágnerová, 2005). Idealizované vzory (modelky, herečky, zpěvačky, sportovci) se stávají modelem pro přesné napodobení spíše v začátcích adolescence, v pozdějším období spíše převládá určitá, generačně typická úprava, která odlišuje teenagery od dětí i dospělých (Vágnerová, 2000).

Vágnerová (2005) uvádí, že pochybnosti o svém těle mají i velmi atraktivní jedinci. Své tělo přestávají brát jako danost a při srovnávání vrstevníků vědí, že by mohli vypadat i lépe. Adolescent se potřebuje líbit sobě i jiným, aby se přesvědčil o své hodnotě. K tomu, aby se líbil dokáže adolescent držet diety, cvičit a posilovat. Zevnějšek se pro adolescenta stává prostředkem prestiže, sociální akceptace a lepšího statusu. Krása je pojmána jakožto úkol, který je nutný splnit i přes to, že je třeba vyvinout notné úsilí.

Rašticová (2009) popisuje studii Koffa, Rierdana a Stubbse z roku 1990, která sledovala u 169 chlapců a dívek devátých tříd jejich vnímání těla, hodnocení vzhledu a vztah mezi vzhledem a vnímáním sebe sama (sebepojetím). „Z výsledků této studie vyplývá, že percepce těla je dle očekávání u dívek diferencovanější, zatímco u chlapců globálnější a že chlapci ve srovnání s dívkami hodnotili své tělo lépe. V rozporu s předpoklady však nebyly zjištěny žádné významné rozdíly mezi chlapci a dívkami, pokud jde o vztah mezi vzhledem a vnímáním sebe sama.“ (Rašticová, 2009, s. 33). Rašticová (2009, s. 32) také uvádí, že „některé studie taktéž prokázaly souvislost mezi nízkým sebehodnocením, nespokojeností s vlastním tělem a poruchami příjmu potravy. Autorka taktéž zmiňuje souvislost vyšší tělesné hmotnosti a depresivní symptomatologie, a to především u dívek. Pozitivním faktorem proti vzniku depresivních symptomů je dle výzkumů pozitivní vztah matky (Rašticová, 2009).

5.1 Faktory ovlivňující vnímání vzhledu těla u adolescentů

Rašticová (2009) poukazuje na rizikové faktory, které souvisejí s nespokojeností s vlastním tělem v adolescenci, které jsou v současné době velmi sledovanou oblastí nespokojenosti se svým tělem a poruch příjmu potravy. Je však pravděpodobné, že se význam těchto faktorů během života mění. Rašticová (2009) dělí rizikové faktory do tří základních skupin.

5.1.1 Individuální faktory

Individuální faktory dělí na faktory biologické a faktory psychologické a osobnostní.

Mezi biologické faktory řadíme genetické predispozice (nadváha, obezita), neurobiologické faktory a počátek dospívání. Např. počátek dospívání má vliv na vznik nespokojenosti s vlastním tělem a poruch příjmu potravy převážně kvůli tělesným změnám (nárůst tukové tkáně), které jsou s tímto obdobím spojeny. Sebevědomí dospívajících bývá labilnější a nižší, často závislé na tom, kdo mu co řekne a proto jsou dospívající náchylnější ke vzniku poruch příjmu potravy a nespokojenosti se svým tělem (Krch, 2008). Krch (2002) také popisuje, že faktory které ovlivňují strach z tloušťky je i nejistota v dospívání, která je posílena nějakým traumatem, samotná nadváha či obezita, nebo nevhodná distribuce tělesného tuku a také zdravotní problémy spojené s dietou. Krch (2008) zmiňuje jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro nespokojenost se svým tělem a vznik poruch příjmu potravy, kterým je ženské pohlaví. Zatímco dívky se v průběhu dospívání vzdalují svému ideálu těla, chlapci se mu zvyšováním svaloviny přibližují.

„Mezi psychologické a osobnostní faktory zvyšující riziko nespokojenosti s vlastním tělem a výskyt poruch příjmu potravy patří deprese, negativní pocity, míra schopnosti překonávat problémy a copingové strategie, stres a traumatické zážitky“ (Rašticová, 2009, s. 32). K osobnostním faktorům, které zvyšují strach z tloušťky řadíme úzkostnost, pedanterii, důslednost a přílišnou ctížádostivost, vysoké ambice, nízké sebevědomí, zaměřenost na výkon a úspěch, svědomitost, nejistota, úzkostnost a

neuroticismus. Rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy uvádí Krch (2008) i držení diet.

Mnohé výzkumy prokázaly, že nízké sebevědomí velmi úzce souvisí s nízkou spokojeností se svým tělem a naopak nízké sebevědomí může být spouštěcím faktorem poruch příjmu potravy (Krch, 2002, 2005, 2008; Grogan 2000; Rašticová 2009). Některé výzkumy prokázaly, že existuje souvislost mezi nízkým sebehodnocením a nespokojeností s vlastním tělem.

Blatný a Osecká (1998) zdůrazňují vliv temperamentu jakožto osobnostního faktoru na celkové sebehodnocení. Stabilní extroverti budou mít lepší hodnocení vzhledu nežli labilní introverti.

5.1.2 Sociokulturní faktory

Mezi sociokulturní faktory řadí Rašticová (2009) konflikt genderových rolí. Zatímco dívky touží po štíhlé postavě a starost a péče o vzhled je pro ně důležitější než pro chlapce, u chlapců je spíše touha po maskulinní postavě. Bylo zjištěno, že homosexuálně orientovaní muži jsou se svým tělesným vzhledem více nespokojenější než muži orientovaní heterosexuálně. Hovoří se o tom, že homosexuální mužská subkultura přikládá postavě vyšší význam. Lesbické ženy pak naopak kladou menší důraz na konvenční fyzickou přitažlivost a jsou tak více spokojeny se svým tělem nežli heterosexuální ženy (Grogan, 2000).

„Vnímání vzhledu také výrazně ovlivňuje posměch a kritika ze strany druhých. Bylo doloženo, že posměch, komentáře a kritika ze strany druhých u dospívajících souvisejí s nespokojeností s vlastním tělem, poruchami stravování a nízkým sebevědomím“ (Rašticová, 2009, s. 33).

Velký vliv na spokojenost se svým tělem má také vliv médií a vrstevníků. Vliv médií je v současnosti středem zájmů mnoha studií. Vliv médií na spokojenost se svým tělem byl prokázán, jak u dívek, i velmi mladých, tak i u chlapců (Rašticová, 2009). Výzkumy bylo zjištěno, že ideálem krásy u dívek na vysokých školách byly převážně mediální vzory. Grogan (2000) popisuje výzkumy, kdy se po pozorování obrázků s modely a modelkami u účastníků výzkumu výrazně snížila spokojenost se svým tělem, narozdíl od účastníků, kteří pozorovali obrázky s krajinami. Problematika vlivu mediální prezentace ideálů ženské a mužské krásy v západní společnosti je dnes reflektovaným tématem. Média se totiž jakožto součást širšího sociokulturního kontextu podílejí na tvorbě společenských

hodnot a postojů, prezentují také modely a vzorce chování, podle kterých by se lidé měli chovat a vypadat. Pouze malá část populace však dosahuje takové úrovně krásy a fyzické atraktivity, která je dnes médií prezentována, skandalizuje se obezita, důraz se klade na konformitu nikoli na různorodost, na fyzický výkon, vzhled a sebekontrolu. Média také velmi výrazně posilují strach z tloušťky a to především tím, že kladní a úspěšní hrdinové jsou především štíhlí. Krch (2002) také zmiňuje, že média mnohdy posilují představu o tom, že člověk může získat všechno, co jen chce. V mediích jsou také stále méně prezentováni lidé s nadváhou., což podporuje ideál štíhlé krásy. Je však pravdou, že média kladou mnohem silnější tlak na ženy nežli na muže, muži jsou často zobrazováni s normální hmotností, která odpovídá jejich věku a výšce, ženy jsou však často médií zobrazována s mnohem menší hmotností, než je norma. (Grogan, 2000; Fialová, 2001; Krch, 2002, 2005).

Při vnímání, prožívání a hodnocení vlastního těla i jeho částí jedinec zohledňuje vlastní zkušenost, přání, vlastní očekávání i očekávání svého okolí a společnosti. Zároveň je body image i sociokulturním konstruktem, který podléhá vlivu každé kultury a společnosti. Jedinec tak vlastně tělo porovnává a posuzuje podle stereotypních představ o ženskosti/mužnosti, kráse a zdraví (Hrachovinová & Chudobová, 2004).

Kulturní vlivy na spokojenost se svým tělem popsala Grogan, (2000) a Russell & Cox, (2003). Nejspokojenější s tělem jsou bílé euro-americké ženy, přičemž nespokojenost se svým tělem u žen je u etnických skupin, např. u asiatek, afroameričanek nebo hispánek nižší. Afroameričtí účastníci (muži i ženy) měli dle výzkumů pozitivnější vztah k nadváze žen než bílí Američané. Britské a americké studie ukázaly, že afrokaribské, asijské a hispánské ženy uvádějí méně obav o tělesnou hmotnost než bílé ženy. Afroamerické ženy pak uvádějí méně časté držení diet než bílé americké dívky. Bylo tedy prokázáno, že bílé a barevné etnické skupiny připisují představám o štíhlosti a tloušťce různé významy. V posledních letech však tyto rozdíly se začínají díky mediálními tlaků na štíhlost stírat.

Velký vliv na nespokojenost se svým tělem taktéž hraje sociální status, výzkumy bylo prokázáno, že ženy a dívky s vyšším sociálním statutem jsou více nespokojeny se svým tělem. Taktéž ženy a dívky, které dosáhly vyššího vzdělání byly více nespokojeny se svým tělem (Grogan, 2000). Jiné studie však souvislost spokojenosti se svým tělem a sociálního statusu a třídy neprokázaly, někteří autoři popisují, že u dívek neexistuje souvislost mezi společensko-ekonomickým postavením a starostmi o postavu (Grogan, 2000). Krch (2005, 2008) popisuje, že vznikem poruch příjmu potravy jsou ohroženy jak dívky z měst, tak dívky z menších vesnic a není zde rozdíl ani ve vzniku poruch příjmu potravy ve vztahu

k sociálnímu statusu. Studie většinou došly k závěru, že ideál postavy je u lidí z různých společenských tříd v bohatých západních kulturách velmi podobný (Grogan, 2000).

5.1.3 Faktory spojené se vztahy v rodině

Rodina je také významným faktorem, který ovlivňuje spokojenost se svým tělem a vznik poruch stravovacích návyků. Rodiče velmi výrazně ovlivňují ke stravovacím obtížím svých dětí tím, že komentují jejich vzhled či hmotnost a snaží se je tímto ovlivňovat. Studie poukazují na významný vliv fungujících vztahů v rodině, pravidelného společného stravování a pozitivní atmosféry při stolování na psychologické zdraví dětí a subjektivní pocit pohody. Je zde také současně negativní korelace s příznaky deprese u dětí a nezdravým kontrolováním hmotnosti. „Komentáře týkající se hmotnosti ze strany rodinných příslušníků (např. posměch a nabádání rodičů k tomu, aby dítě drželo dietu) byly spojeny s mnoha příznaky zhoršeného psychického stavu“ (Rašticová, 2009, s. 33). Krch (2005) poukazuje na fakt, že u rodičů, kteří kladou velký význam na mimořádný výkon dětí a mají přehnaná očekávání, vznikají častěji poruchy příjmu potravy a nespokojenost se svým tělem.

Velký vliv na spokojenost se svým tělem má výchovný styl rodičů. Vhodný výchovný styl je styl demokratický a kooperativní, nevhodný je pak styl, který rozmazluje, zavrhuje, nadměrně ochraňuje, je perfekcionalistický, nedůsledný, zanedbávající, styl bez dostatku empatie, zneužívající a týrající. U pacientek s mentální anorexií byl popsán výchovný styl jejich rodičů nadměrně ochranný (hyperprotektivní), zajímající se a citlivý (Langmeier, Krejčířová, 1998; Rašticová, 2009; Krch 2005, 2008).

Mezi velmi rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy a nespokojenosti se svým tělem patří matky či sestry bulimičky a anorektičky, obezita a diety v rodině (Krch, 2008).

6.1 Rizikové chování spojené s body image

Mentální anorexie a bulimie jsou v posledním desetiletí velmi diskutovaným a řešeným problémem. Incidence bohužel vzrůstá a to i u stále mladších dívek. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) zahrnují mentální anorexiu a mentální bulimii do tzv. poruch

příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy můžeme považovat za jednu ze skupin osob, jež pociťují nadměrnou nespokojenost se svým tělem (Grogan, 2000; Krch 1999).

Krch (2007, s. 320) ve svém příspěvku zmiňuje, že „poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější a ve svých důsledcích a dlouhodobém průběhu i nejzávažnější onemocnění dospívajících děvčat a mladých žen. Mentální anorexie a bulimie představují ve svých projevech mezní, patologické polohy jídelního chování, se kterými je spojena příznačná jednostrannost a nekritičnost postojů v problémové oblasti příjmu potravy, energetického výdeje, výkonu a tělesného zdraví“. Obě tyto poruchy příjmu potravy mají mnoho společných znaků, ke kterým patří nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s tělem a intenzivní, aktivní snaha o dosažení štíhlosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a jak nejlépe zhubnout (Krch, 1999, 2007). Osoby s poruchami příjmu potravy se neustále zabývají jídlem na úkor jiných sociálních aktivit a náležitým kontrolováním výživy. Onemocnění se často vyskytuje u dospívajících dívek (Marková a kol. 2006). Míra podvýživy a intenzita užívaných metod na zhubnutí mají vliv na další duševní a zdravotní problémy. Tyto poruchy se většinou rozvíjejí velmi pomalu a nenápadně (Krch, 2007). Výskyt těchto onemocnění má bohužel vzestupný trend a tendenci k chronifikaci a častým exacerbacím (Marková a kol., 2006). Papežová (2001) uvádí, že se zvyšuje prevalence, pestrost klinických (atypických) obrazů i procento komorbidit. Macek (1999) poukazuje na výzkumy provedené v devadesátých letech, které ukazují, že poruchy příjmu potravy v České republice ohrožují 1-6 % dívek a mladých žen. Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 13-20 let, mentální bulimie pak mezi 16-25 lety, mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí nebo velmi dlouhodobým průběhem, nebo ve formě epizod, které se opakují po mnoho let. Průběh mentální bulimie je ve srovnání s anorexií dlouhodobě příznivější. Poruchy příjmu potravy jsou méně časté u mužů (Krch, 1999). K poruchám příjmu potravy řadíme také psychogenní přejídání, noční přejídání a obezitu (Raboch et al., 2006).

V adolescenci mají poruchy příjmu potravy svá specifika. Riziko je zde především s ohledem na jejich tělesný vývoj a růst. U adolescentů se vyskytují atypické obrazy poruch příjmu potravy, které se projevují vyhýbáním se jídlu, vybíravostí v jídlu, odmítání jídla, emočními poruchami či poruchou tělesného růstu (Höschl, 2002).

6.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (Anorexia nervosa) se projevuje úmyslným snižováním tělesné váhy o více jak 15 % předpokládané váhy (kdy BMI je méně než 17,5) nebo udržováním podváhy. Toto snižování váhy je ve smyslu redukce energetického příjmu nebo zvýšení energetického výdeje. Pojem „anorexie“ však nemusí vždy znamenat, že tito jedinci nemají chuť na jídlo. Mnohdy mají zvýšený zájem o jídlo a velkou chuť jíst, ale prostě jíst nechtějí, i když to někdy popírají a uvádí různé důvody, proč jíst nemohou. Krch (2007) uvádí, že v poslední době jsou časté argumenty o tom, že chtějí být zdraví nebo výkonní. Toto extrémní hubnutí je pak spojeno s tělesnými, ale i duševními poruchami (Krch, 2005, 2007; Marková a kol. 2006).

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F 50.0)

František Krch (1999) dělí diagnostická kritéria mentální anorexie do těchto pěti základních skupin:

1. „Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo u dospělých BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
2. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.
3. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
4. Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu.
5. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna“ (Krch, 2007, s. 420).

Diferenciální diagnostika

Nezbytné je vyloučení somatického onemocnění laboratorními, rentgenovými a potřebnými klinickými vyšetřovacími metodami. Z psychických poruch jsou to: depresivní

poruchy, fobické poruchy, OCD, dysmorfofobická porucha, somatizační porucha. Důležité, ale také mnohdy nejednoduché je odlišení od mentální bulimie (Němečková, 2007).

Specifické typy mentální anorexie

- **Nebulimický (restriktivní) typ:** Během epizody u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- **Bulimický (purgativní typ):** Během epizody u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání (Krch, 1999).

Etiologie mentální anorexie

Přesné příčiny vzniku mentální anorexie nejsou známy, popisují se pouze rizikové faktory, díky nimž může dojít k rozvoji poruch příjmu potravy. Rizikové faktory vzniku mentální anorexie lze rozdělit do čtyř základních kategorií.

„a) Biologické faktory (hereditární okolnosti, individuální tělesné charakteristiky, hormonální vlivy)

b) Psychologické faktory (osobnostní rysy, způsob regulace afektů, kognitivní zpracování informací, vazbové chování, traumatizující zkušenosti)

c) Rodinné faktory (styl rodinné interakce)

d) Sociokulturní faktory (žádoucí model štíhlosti, výkonnosti, úspěšnosti)“

(Němečková, 2007).

Krch (2004, s. 16) uvádí, že disponovanost pro diety je spojena s „ženským pohlavím, předčasnou nebo opožděnou fyzickou zralostí, nevhodnou distribucí tělesného tuku, dietním a jídelním chováním referenčního prostředí, reálností nebezpečí nadváhy a některými zájmovými nebo profesními aktivitami“. Jako rizikové Krch (2004, 1999) popisuje osobnostní, rodinné a sociální charakteristiky. Důležitou roli hraje také věk, držení diet, negativní sebehodnocení, alkoholismus, duševní choroby v rodině. K rizikovým zájmům ve vztahu k poruchám příjmu potravy můžeme řadit profesi profesionálních modelek a tanečnic, zejména baletek, zápasníků, žokejů a gymnastek. Problematika rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy a nespokojenosti se svým tělem je blíže popsána v kapitole 5.1.

Projevy a důsledky mentální anorexie a mentální bulimie

Psychopatologické příznaky

Anxiozita, deprese, afektivní labilita, fobie, obsedantní a hysterické příznaky, sebepoškozování, egocentrismus, sebelítost, pocity provinění, nízké sebevědomí, zhoršení intelektu, porucha kognitivních funkcí, narušená představa o vlastním těle...

Somatické příznaky

Kardiovaskulární: snížená, snížený tlak i puls, arytmie, bradykardie, srdeční selhání, oslabený krevní oběh

Renální: zvýšená hladina urey, hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie, hypochloremická metabolická alkalóza, hypofosfatemie, hypomagnezemie s hypokalcemií; riziko vzniku močových kamenů; otoky končetin, hypoproteinemie s rizikem hypovolemického šoku, ledvinových infarktů

Gastrointestinální: zduření parotických žláz, eroze zubní skloviny a zuboviny, zánět jícnu, jícnové eroze, vředy, ruptura jícnu, perforace žaludku, akutní dilatace žaludku, žaludeční vředy, zpomalení procesu vyprazdňování žaludku, zhoršená motilita tenkého střeva, dilatace duodena, jejunu, ileus, zácpa, akutní pankreatitida, zvýšení hladiny sérových amyláz, steatóza jater, hematomegalie, snížení hladiny sérových bílkovin, zvýšená hladina lipidů, hypoglykémie

Pohybové: zpomalení vyžívání kostí, zastavení růstu v dětském věku; osteopenie, osteoporóza, netraumatické zlomeniny, hypoplazie kostní dřevě

Endokrinní: amenorea, hypogonadismus s nízkými bazálními hladinami LH (luteinizační hormon) a FSH (folikuly stimulující hormon), nízká hladina estrogenů, infertilita, nízká hladina testosteronu u mužů, zvýšená hladina kortizolu v plazmě, nižší hladina tyroxinu, volného trijodthyroninu

Hematologické: leukopenie, anémie, hypoglykémie, hypokalémie, snížení imunity

Neurologické: abnormní elektroencefalogram (EEG), periferní neuropatie, bolesti hlavy, tetanie, generalizované tonicko-klonické křeče, ztráta vědomí při absenci ortostatické hypotenze, dvojité vidění, svalová slabost, poruchy hybnosti

Metabolické: abnormní elektroencefalogram (EEG), periferní neuropatie, bolesti hlavy, tetanie, generalizované tonicko-klonické křeče, ztráta vědomí při absenci ortostatické hypotenze, dvojité vidění, svalová slabost, poruchy hybnosti

Dermatologické: suchá, vrásčitá, bledá pokožka, vypadávání vlasů, lámání nehtů
citlivost na chlad, zvýšený růst chlupů na celém těle, vyrážky, modřiny
(Němečková, 2002).

Jiné: zpoždění či zastavení růstu, smrt

Sociální příznaky

Nadužívání alkoholu, porušené vztahy s rodiči i kamarády, uzavření až izolace, časté konflikty, ztráta zájmů a koníčků, snížení sexuálních tužeb, pracovní invalidizace, suicidium atd. (Marková a kol, 2006; Krch, 1999, 2002, 2005, 2007; Nevoral, 2003)

Terapie mentální anorexie a mentální bulimie

V posledních deseti letech se velmi rozšířila nabídka léčebných, zejména psychoterapeutických přístupů užívaných v terapii poruch příjmu potravy. Je nutné si uvědomit, že čím dříve léčba začne, tím spíše se lze vyhnout závažným zdravotním komplikacím a trvalému poškození organismu. Léčba by měla respektovat jak konkrétní situaci nemocného (komplexní individuální přístup) tak základní symptomatologii poruchy a nespočívat jen v pátrání po možné příčině. Je třeba spolupráce širokého týmu odborníků (praktický a dětský lékař, internista, gynekolog, dermatolog, neurolog, psychiatr...). Nemocnému a jeho rodině je také vhodné nabídnout informace prostřednictvím edukativní literatury nebo svépomocných manuálů, některých internetových stránek nebo svépomocných skupin. Bezprostředním cílem je navození normálního stravovacího režimu a odstranění psychopatologických a somatických důsledků podvyživení (Marková a kol., 2006; Krch, 1999, 2007; Raboch et al., 2006).

Metody využívané v léčbě poruch příjmu potravy:

1. Psychoterapie

-Individuální psychoterapie: vhodná k oslabení nadměrného zájmu o hmotnost a postavu, vhodná při výskytu komorbidních poruch, využití kognitivních přístupů

-Rodinná terapie: vhodná u mladých pacientů a u pacientů s rodinnými konflikty

-Kognitivně – behaviorální terapie: je vhodná u pacientů se středně těžkými i vážnými příznaky. Slouží ke změně negativního sebehodnocení a postojů k vlastnímu vzhledu

-Kognitivně Analytická Terapie (CAT): byla vytvořena kombinací kognitivně behaviorální terapie s pozorností věnovanou interpersonálním vztahům, především vztahu pacient – terapeut.

-Dialektická behaviorální terapie (DBT): používána u chronicky suicidálních hraničních pacientů. Pomáhá kontrolovat afektivní chování u klientů s psychogenním přejídáním.

-Expozice s prevencí odpovědí (ERP): spočívá v expozici pacienta jídlu, kterým se přejídá a následně zvrací.

-Motivační terapie: je krátkodobá a je součástí terapeutických programů (Papežová, 2001, Raboch et al., 2006).

-Interpersonální terapie: identifikuje vztahové problémy, které vedou ke vzniku poruch příjmu potravy.

-Psychodynamická terapie: zaměřeny zejména na změnu osobnosti atd. Účinná při prokázaném zneužívání pacientky (Němečková, 2002).

2. Skupinová terapie: využívána v denních stacionářích, při hospitalizaci i v ambulancích. Využívají se různé terapeutické přístupy.

3. Režimová a Nutriční terapie: jejím cílem je realimentace, navození normálního jídelního režimu a odstranění následků malnutrice (Raboch et al., 2006).

4. Hospitalizace: při nedostatečné ambulantní péči se přistupuje k hospitalizaci, důvodem je často potřeba jejich lékařské stabilizace (při komorbiditě), kdy je v těchto případech hospitalizace nezbytná a to i bez závazku pacienta, že se chce vyléčit. Např. při nebezpečí sebevraždy a současném abúzu návykových látek. Doporučována je i při výrazné sociální izolaci nemocného a opakovaném neúspěchu ambulantní léčby. Důvodem hospitalizace (většinou na metabolické jednotce) jsou i závažné somatické komplikace a výrazný hmotnostní úbytek (Krch, 1999; Raboch et al., 2006). Hospitalizace dítěte je indikována:

– při výrazném poklesu hmotnosti

– při zvládnutém depresivním syndromu

– v případech patologické rodinné interakce týkající se jídla a váhy dítěte (Němečková, 2007).

5. Denní stacionář: je vhodnou formou terapie

6. Ambulantní lékařská péče: slouží k návratu psychické a somatické stability u pacientů nikoli k překonání choroby. Provádí se ve formě individuální či skupinové.

7. Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace: vhodné u pacientů s mírnými příznaky

8. Farmakoterapie: využití při neúspěchu jiné léčby. Např. antidepressiva či antipsychotika (Krch, 1999).

6.1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (bulimia nervosa) je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání s následným zvracením nebo jinou formou kontroly hmotnosti, užívání projímadel, cvičení a restriktivními postoji. Opakované zvracení vede často k elektrolytové dysbalanci a závažným somatickým komplikacím. Před záchvatem přejezení se často objevuje úzkost, po záchvatu bývá pocit viny, po zvracení nastupuje úleva, ztráta strachu z tloušťky, ale následuje pocit selhání, nezvládnutí potíží, výčitky. Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Na rozdíl od mentální anorexie se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. Někdy bývá v anamnéze i mentální anorexie (Němečková, 2007; Krch, 1999, 2008, 2007).

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F 50.0)

František Krch (1999) dělí diagnostická kritéria mentální bulimie do těchto čtyř základních skupin:

1. „Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
2. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
3. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typuanorektik, thyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
4. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle“ (Krch, 1999, s. 17).

Diferenciální diagnostika

Je nutné odlišit mentální bulimii od mentální anorexie (typ záchvatovitého přejídání – vypuzování), depresivní poruchy, mánie, oligofrenie, hraniční poruchy osobnosti. Ze somatických onemocnění je nutné vyloučení neurologických poruch – nádorová onemocnění CNS, ekvivalenty epileptických onemocnění a onemocnění na horním gastrointestinálním traktu (Němečková, 2007; Krch 2007).

Specifické typy mentální bulimie

- **Purgativní typ:** Pacient pravidelně zvrací, zneužívá laxativa nebo diuretika.
- **Nepurgativní typ:** Pacient dodržuje přísné diety, hladovky nebo intenzivně fyzicky cvičí, ne však pravidelné purgativní metody (Krch, 1999).

Etiologie mentální bulimie

Problematika rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy a nespokojenosti se svým tělem byla blíže popsána v kapitole 5.1 a 6.1.1.

7.1 Hodnocení proporcí těla

Většina lidí, obzvláště žen, většinou není schopna objektivně posoudit své tělesné parametry, a tak se nechává vést často nerealistickým subjektivním hodnocením k určitým zásahům na svém těle. Každý jedinec by ale měl znát své možnosti a limity, proto se nyní zmíníme o objektivním a subjektivním hodnocení tělesných proporcí. K měření body image pak užíváme tzv. subjektivní metody hodnocení vlastního těla. Subjektivní hodnocení znamená vyjádření velikosti rozdílu mezi ideální představou a vlastní realitou. Existuje mnoho přístupů, jak měřit tělesné proporce. Podstata měření tkví v určení jedincovy podváhy, normální hmotnosti, nadváhy či obezity. K těmto přístupům řadíme např. měření tělesné hmotnosti, BMI, výšky, měření tělesných obvodů atd. Je nutné si uvědomit, že z tělesné hmotnosti nelze vždy určit, zda jedinec má či nemá ideální tělesné proporce (Grogan, 2000).

7.1.1 Objektivní hodnocení těla

Pro objektivní posouzení je nutné vycházet alespoň ze tří z těchto základních parametrů.

Výška

Výška je do jisté míry předurčena geneticky. Tělesnou výšku měříme v centimetrech a zjištěné údaje pak lze použít taktéž při výpočtech různých indexů např. BMI (Fialová, 2001, 2006).

Tělesná Hmotnost

Tělesná hmotnost se zvyšuje rozvíjením svalů, ale i nárůstem množství tuku v těle. Tělesná hmotnost se mění během dne i během týdne mění a proto je třeba dělat kontrolní měření vícekrát na stejné váze a ve stejný čas. Zjištěné údaje pak lze použít taktéž při výpočtech různých indexů např. BMI, Broccův index. Tělesnou hmotnost měříme v kilogramech. Dnes je doporučována tzv. optimální tělesná hmotnost, která respektuje mnoho jiných faktorů (Fialová, 2001, 2006).

BMI

Body Mass Index je index tělesné hmotnosti ve vztahu k tělesné výšce. Lze vypočítat jako podíl hmotnosti těla v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech. Hodnoty

BMI pod 18,5 znamenají podváhu, podvýživu. Optimální hodnoty BMI jsou v intervale 20 – 24, hodnota nad 25 značí nadváhu a nad 30 obezitu. S rostoucím věkem stoupá s hmotností i optimální hodnota BMI. BMI však nebere v úvahu podíl svalové hmoty ve vztahu k tělesné hmotnosti (Fialová, 2001, 2006).

Tab. 1 Hodnocení hmotnosti podle hmotnostního indexu BMI

KLASIFIKACE	BMI
Podváha	Méně než 18,5
Normální hmotnost	18,5 – 24, 9
Nadváha	25 – 29,9
Obezita I. stupně	30 – 34,9
Obezita II. stupně	35 – 39, 9
Obezita III. stupně	Více jak 40

Zdroj: Fialová (2006, s. 37)

Brockův index

Počítá se podle vzorce: výška (cm)– 100 +/- 10%. Optimální hmotnost těla je dána počtem cm přesahujících 1 m tělesné výšky (Fialová, 2001, 2006).

Pohlaví, tělesný typ

Tělesný typ je znám již z dávné historie. Např. Kretschmerovy typy astenika, atletika a pyknika. Typy dle rozložení podkožního tuku jsou rozděleny na normální, rubensovský (harmonicky rozložená obezita), superiori (tuk uložený v horní části těla), inferiorní (tuk v oblasti boků a steh), trunciální (tukem obalený trup), extremitální (tuk uložený periferně, na končetinách), mammální (tuk v oblasti prsů), trochanterický (tuk v oblasti kyčle) (Fialová, 2001, 2006).

Somatotyp

Např. vyjádření tělesného typu dle Sheldona. Typ endomorfní (pyknik), mezoformní (atletik), ektomorfní (astenik) (Fialová, 2001, 2006).

Tloušťka kožních řas

Lze říci, že množství tuku a tloušťka kožních řas jsou v přímé úměře. Změřením tloušťky kožní řasy zjišťujeme informaci o procentu podkožního tuku v těle. Odborníci tvrdí, že právě pod kůží se nachází 70% nadbytečného tuku. Nejvhodnější pro měření kožních řas je měřidlo zvané kaliper. Nejčastěji jsou měřeny tyto kožní řasy:

nad tricipsem, pod lopatkou a nad hřebenem kosti kyčelní (Fialová, 2001, 2006).

Tělní obvody

Měření obvodů se užívá k určení tělesného typu a množství svalové hmoty, ale také pro kontrolu svalové hypertrofie. Měří se tyto tělní partie: zápěstí, předloktí, dvojhlavý sval pažní, hrudník, pas, boky, stehno a trojhlavý sval lýtkový. Nejjednodušší a nejrychlejší je měření obvodu pasu (Fialová, 2001, 2006).

Proporcionalita

Proporcionalita neboli úměrnost jednotlivých tělesných partií je dána především obvodem hrudníku, břicha a pánve (Fialová, 2001, 2006).

7.1.2 Subjektivní hodnocení těla

Test siluet

Studie siluet slouží k měření stupně a orientace nespokojenosti s tělem. Účastníkům jsou předloženy siluety postav od štíhlých po silné a ti z nich mají vybrat siluetu, která se nejvíce přibližuje jejich vlastní postavě, a potom siluetu, již považují za ideální. Rozdíl mezi těmito dvěma postavami je pak považován za ukazatel tělesné spokojenosti či nespokojenosti (Grogan, 2000).

Dotazníkové metody

Dotazníkové studie jsou taktéž způsobem jak zjišťovat spokojenost či nespokojenost s vlastním tělem. Většinou jsou koncipovány tak, že respondent vyznačuje stupeň souhlasu či nesouhlasu s tvrzením vztahujícím se ke spokojenosti s různými částmi těla nebo s tělem jako celkem. Užívají se např. tyto dotazníky: Body Areas Satisfaction Scale, Body Dissatisfaction Scale, Body Shape Questionnaire, Body Attitudes Questionnaire atd.

Rozhovory

Studie využívající polostrukturovaných a nestrukturovaných rozhovorů zjišťují, co si ženy myslí o své postavě a tělesných proporcích. Většinou se řídí dle seznamu oblastí, jež chce tazatel probrat. Rozhovor dává větší volnost k vyjádření pocitů (Grogan, 2000).

Techniky odhadování vlastního těla

Tyto techniky se využívají především u pacientů s poruchami příjmu potravy při nichž často dochází ke zkreslenému vnímání vlastního těla. Techniky umožňují odhadnout velikost těla a kvantitativně vyjádřit míru zkreslení. Zaměření technik je na jednotlivé části těla, na tělo jako celek nebo je to kombinace pro odhad částí a celku postavy (Grogan, 2000).

8 Metodika práce

8.1 Charakteristika souboru

Výzkumné šetření probíhalo v únoru 2011 na studentech tří středních škol. Výzkumný soubor tedy tvoří 176 respondentů ve vývojovém období adolescence, z toho 110 dívek a 66 chlapců ve věku 16 až 20 let. Průměrný věk souboru je 17,9. Pro sběr dat jsem oslovila Gymnázium v Šumperku, Střední zdravotnickou školu Šumperk a Střední odbornou školu a Střední odborné učiliště v Šumperku, rozdílnost škol byla záměrná pro zjištění různorodého vzorku studentů. Jednotliví studenti pak byli vybráni pomocí náhody. Bylo rozdáno 200 dotazníků, vyplněno bylo 180, návratnost tedy byla 90%, použito bylo celkem 176 dotazníků.

8.2 Užitá metoda

Data k výzkumnému šetření byla sbírána na jednotlivých školách pomocí anonymních dotazníků. Dotazníky byly do jednotlivých tříd rozdány po souhlasu ředitelů či zástupců ředitele školy. Všichni respondenti se účastnili výzkumu dobrovolně bez nároku na honorář. Testování trvalo cca 20 min a dotazník byl vyplňován během jedné vyučovací hodiny po sdělení podrobných instrukcí k vyplnění dotazníku. Dotazníky jsem rozdávala jednak sama a také zástupci ředitele v jednotlivých třídách.

Pro sběr dat byla použita baterie dotazníku, která obsahovala 8 námi vytvořených položek, které zjišťovaly věk, pohlaví, výšku a váhu a dále pak položky zjišťující tělesné sebepojetí a faktory nespokojenosti s vlastním tělem. Z položek 3 a 4 (údaje o váze a výšce) byl respondentům vypočten BMI (Body Mass Index). Položky s číslem 5 a 7 byly otevřené s možností volné odpovědi. Dotazník dále obsahoval standardizovaný test tělové katexie Body Image Scale, který má 24 položek, Rosenbergovu škálu sebehodnocení s 10 položkami a nakonec Stunkardův Test siluet postav. Jednotlivé položky v dotazníku byly vybrány a sestaveny dle předem stanovených cílů a výsledky provedeného výzkumného šetření byly zpracovány do tabulek a grafů a opatřeny komentářem. Data byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Excel 2003, 2007 a programu R, verze 2.12.2.

Před samotnou analýzou byla data překódována. Zjistili jsme průměrné skóre (aritmetický průměr, medián) v jednotlivých škálách u skupin osob se společnou charakteristikou (pohlaví, BMI, BIS). Pro lepší interpretaci získaných dat byly vytvořeny tabulky četností, grafy a kontingenční tabulky. Toto společně s aplikací Pearsonova korelačního koeficientu nám pomohlo najít souvislosti mezi jednotlivými soubory dat dle jednotlivých charakteristik. Pomocí Pearsonovi korelace jsme ověřovali existenci vztahu mezi proměnnými a zjišťovali jsme pozitivitu/negativitu tohoto vztahu.

Při hodnocení položek byl proveden test normality a u dat, která splnila požadavky testu normality jsme mohli přistoupit k testu rozptylu (F-testu), na základě výsledků F-testu mohl být použit Studentův T-test, který nám dokladuje statistickou významnost rozdílů mezi zkoumanými soubory dat.

Z důvodu charakteru souboru dat muselo být využito Wilcoxonova testu, který může být užit pro soubory dat bez normálního rozložení (neúspěšné aplikace testu normality). Ve všech statistických metodách byla použita hladina významnosti na standardních 95% (0,05).

8.3 Použité nástroje

BMI (Body Mass Index)

Index tělesné hmotnosti se počítal dle následujícího vzorce:

$$(BMI) = H [kg] / (V [m])^2.$$

Tento index nám umožňuje stanovit optimální tělesnou hmotnost. Vypočítanou hodnotu jsme zařadili do vymezeného hmotnostního pásma, které je uvedeno v tabulce.

Tabulka č. 2 Hodnocení hmotnosti podle hmotnostního indexu BMI

KLASIFIKACE	BMI
Podváha	Méně než 18,5
Normální hmotnost	18,5 – 24, 9
Nadváha	25 – 29,9
Obezita I. stupně	30 – 34,9
Obezita II. stupně	35 – 39, 9
Obezita III. stupně	Více jak 40

Zdroj: Fialová (2006, s. 37)

Dotazník BIS (Body Image Scale)

Škála tělové katexie (Body Image Scale) je standardizovaný nástroj používaný k diagnostice poruchy percepce vlastního těla. Jejím úkolem je zjistit, jak respondenti vnímají své tělo.

Zahrnuje 24 položek na které respondenti zaznačili na sedmibodové stupnici: 1- neplatí pro mě v žádném ohledu, 7 - zcela pro mě platí. Každá odpověď se tedy skóruje 1 – 7. Výsledné skóre tvoří sumární hodnota jednotlivých položek. Platí, že čím je skóre nižší, tím pozitivněji vnímají dívky a chlapci své tělo a naopak čím je skóre vyšší, tím negativnější je tělová katexie.

Rosenbergova škála sebehodnocení

Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg Self-esteem Scale) z roku 1965 patří mezi nejpoužívanější metody ke zjištění celkové úrovně globálního vztahu k sobě. Původně byla vyvinuta pro adolescenty, ale uplatňuje se i u jiných vzorků populace. Je jednou z nejrozšířenějších metod s poměrně dobrou reliabilitou, které se používají pro kvantitativní zhodnocení míry vlastní sebeúcty. Podle některých autorů lze identifikovat dílčí složky, přesto je škála používána jako jednodimenzionální. (Blatný, Osecká 1994).

Škála obsahuje deset položek, na které respondenti na čtyřbodové stupnici zaznačili: 1 zcela neplatí – 2 spíše neplatí – 3 spíše platí – 4 zcela platí. Každá odpověď se tedy skóruje 1 - 2 - 3 - 4 popřípadě u „obrácených“ položek 4 - 3 - 2 -1. 5 otázek nám umožňuje postihnout pozitivní sebehodnocení a 5 negativní sebehodnocení.

Celkovou úroveň sebehodnocení zjistíme součtovým skórem od 10 - 40 bodů, kdy 10 bodů je nejméně a značí tak nízkou úroveň sebehodnocení a 40 bodů je nejvíce a značí vysokou úroveň sebehodnocení.

Test siluet

Test siluet (technika siluet) vytvořená v roce 1983 Stunkardem a kolektivem je nestandardizovaná metoda, která nám umožňuje zjišťovat emocionálně-kognitivní aspekty vnímání vlastního těla ve smyslu subjektivní spokojenosti s postavou. Nespokojenost s vlastním tělem je dána velikostí diskrepance mezi vnímaným a ideálním obrazem těla. Čím větší je pak diskrepance, tím vzrůstá i nespokojenost. Test siluet taktéž odhaduje adekvátnost či neadekvátnost vnímání vlastní postavy.

Respondent zaznačil na škále devíti ženských postav, které jsou seřazeny od nejtíhlejší po nejsilnější, tu, která nejvíce odpovídá jeho postavě, dále vybíral tu postavu

na obrázku, která se nejvíce blíží jeho tělesnému ideálu. Diskrepance mezi první a druhou položkou určuje hodnotu proměnné spokojenost/nespokojenost s vlastním tělem. Hodnota 0 - 1 = adekvátní body image. Hodnota 2 a více = neadekvátní body image.

9. Výsledky

Při statistickém zpracování, popisu a interpretaci získaných výsledků jsme postupovali podle stanovených cílů a hypotéz.

9.1 Hypotéza 1

- Dívky spokojené se svým tělem budou mít také vyšší sebehodnocení

V této hypotéze se budeme zabývat vztahem mezi tělesnou spokojeností a sebehodnocením respektive tím, zda to jak jsou dívky (ne)spokojené se svým tělem ovlivňuje jejich celkové sebehodnocení.

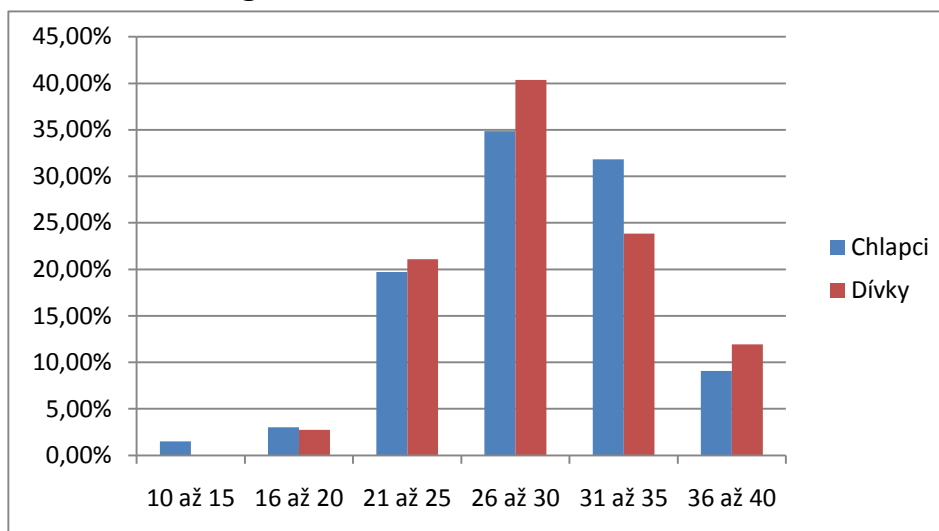
Sebehodnocení bylo měřeno Rosenbergovou škálou sebehodnocení. Na Rosenbergově škále sebehodnocení je možné dosáhnout maximálně 40 bodů a minimálně 10 bodů. Teoretický průměr je tedy 25 bodů. Na základě kvartilů jsme vytvořili kategorie: nízké sebehodnocení (10 - 17,5 bodu), střední míra sebehodnocení (17,5 - 32,5 bodu) a vysoké sebehodnocení (32,5 - 40 bodů). Platí, že čím vyšší skóre, tím vyšší sebehodnocení.

Spokojenost se svým tělem jsme ověřovali pomocí testu Body Image Scale. Hodnocení testu BIS, je na škále od 1 - 7 bodů, kdy čím méně bodů respondent získá, tím lepší je jeho tělová katexie.

Tabulka 1. Rosenbergova škála sebehodnocení chlapců i dívek

	Dívky		Chlapci	
	N	%	N	%
Nízké sebehodnocení	2	1,8%	1	1,5
Střední míra sebehodnocení	81	73,6%	49	74,24
Vysoké sebehodnocení	27	24,5%	16	24,24
Celkem	110	100%	66	100%

Graf 1. Rosenbergova škála sebehodnocení



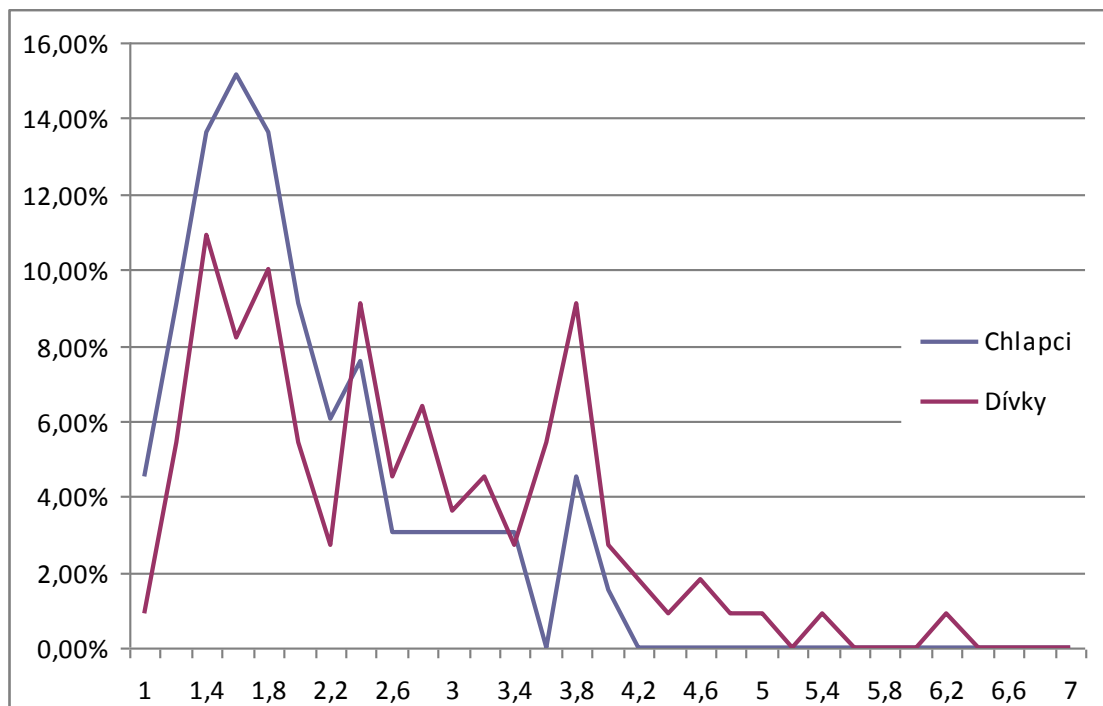
Výsledky v tabulce 1 ukazují, že nízkého sebehodnocení dosáhly 2 dívky (1,8%), střední míry sebehodnocení dosáhlo 81 dívek (73,6%) a vysokého sebehodnocení dosáhlo 27 dívek (24,5%). Průměrná hodnota sebehodnocení byla u dívek 28,9 bodů.

Nízkého sebehodnocení dosáhl 1 chlapec (1,5%), střední míry sebehodnocení dosáhlo 49 chlapců (73,6%) a vysokého sebehodnocení dosáhlo 16 chlapců (24,24%). Průměrná hodnota sebehodnocení byla u chlapců 29,04 bodů.

Tabulka 2. Hodnocení tělesné spokojenosti BIS chlapců a dívek

Hodnocení tělesné spokojenosti- průměr	Dívky		Chlapci	
	N	%	N	%
1	24	21,82%	21	31,82%
2	38	34,55%	33	50,00%
3	21	19,09%	8	12,12%
4	21	19,09%	4	6,06%
5	5	4,55%	0	0,00%
6	1	0,91%	0	0,00%
7	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	110	100%	66	100%

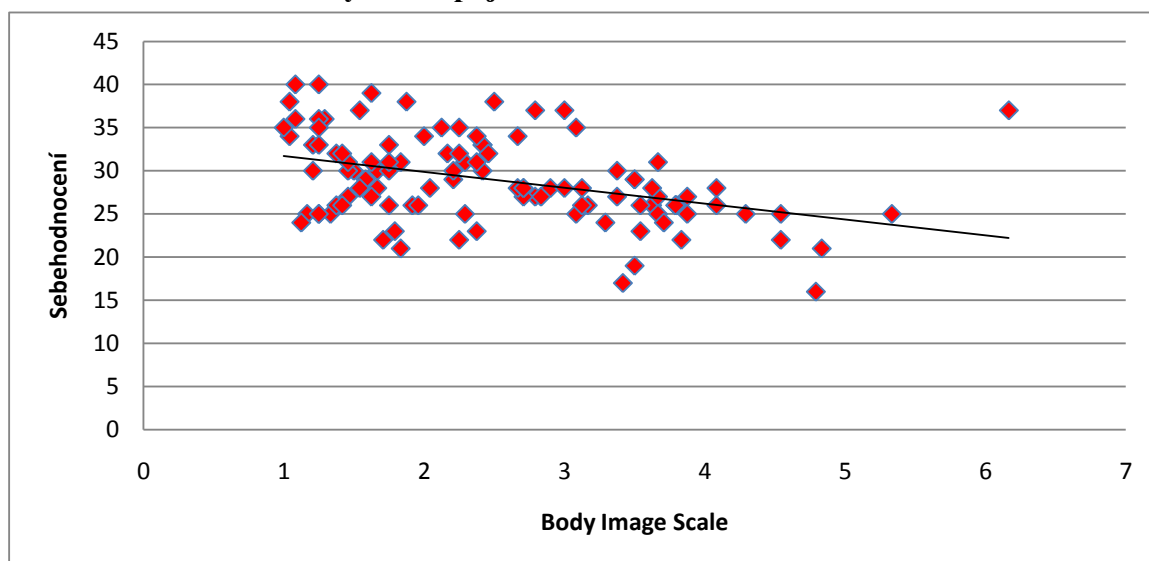
Graf 2. Hodnocení tělesné spokojenosti BIS chlapců a dívek



Tabulka 2 nám ukazuje, že nejvíce dívek (35,55%) dosáhlo v testu BIS průměrně 2 body. Nejméně (0%) pak průměrně 7 bodů. Průměrná spokojenost s tělem u dívek byla v intervalu 2,5 bodů .

Nejvíce chlapců (50,00%) dosáhlo v testu BIS taktéž průměrně 2 body . Nejméně (0%) pak průměr 5 - 7 bodů. Průměrná spokojenost s tělem u chlapců byla 1,9 bodů.

Graf 3. Vztah mezi tělesným sebepojetím a sebehodnocením u dívek



Tabulka 3. Vztah mezi tělesným sebepojetím a sebehodnocením u dívek

		Sebehodnocení			Celkem
		nízké	střední míra	vysoké	
Body Image Scale	1	0	13	11	24
	2	0	28	10	38
	3	1	15	5	21
	4	0	21	0	21
	5	1	4	0	5
	6	0	0	1	1
	7	0	0	0	0
Celkem		2	81	27	110

Z tabulky 3 i grafu 3 je zřejmá jen nízká závislost mezi výší Body Mass Scale a Sebehodnocením dívek. Předpokládali jsme, že čím lépe chlapci hodnotí sami sebe v Rosenbergově testu sebehodnocení, tím více jsou se svým vzhledem spokojeni. Pomocí analýzy Pearsonovi korelace jsme zjistili, že hodnota subjektivního hodnocení fyzického vzhledu nemá příliš těsný vztah ($r=-0,23$) se subjektivním sebehodnocením.

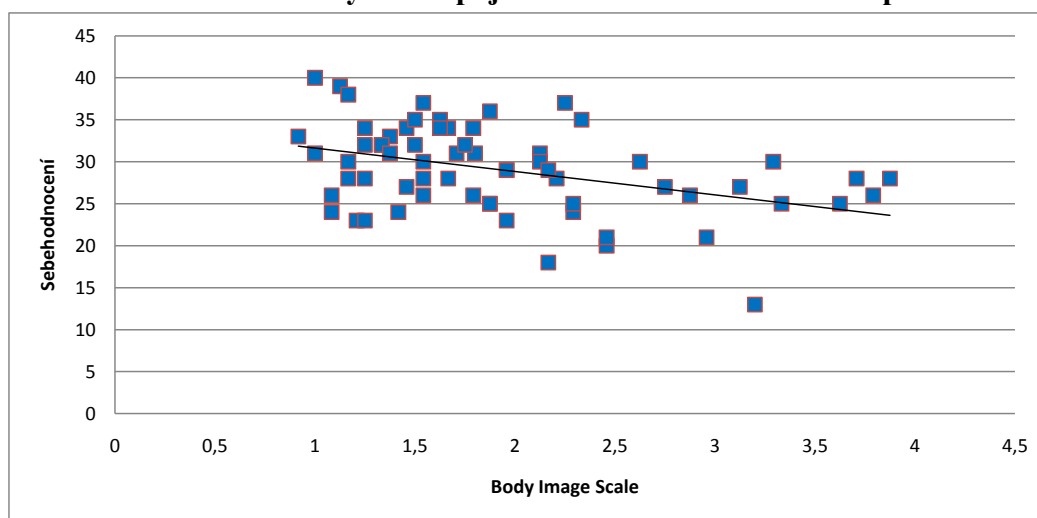
HYPOTÉZA 1: Dívky spokojené se svým tělem budou mít také vyšší sebehodnocení se nám tedy nepotvrdila.

9.2 Hypotéza 2

- Chlapci spokojeni se svým těle budou mít také vyšší sebehodnocení

V této hypotéze se budeme zabývat vztahem mezi tělesnou spokojeností a sebehodnocením u chlapců respektive tím, zda to jak jsou chlapci (ne)spokojeni se svým tělem ovlivňuje jejich celkové sebehodnocení.

Graf 4. Vztah mezi tělesným sebezpojetím a sebehodnocením u chlapců



Tabulka 4. Vztah mezi tělesným sebezpojetím a sebehodnocením u chlapců

		Sebehodnocení			Celkem
		nízké	střední míra	vysoké	
Body Image Scale	1	0	14	7	21
	2	0	24	9	33
	3	1	7	0	8
	4	0	4	0	4
	5	0	0	0	0
	6	0	0	0	0
	7	0	0	0	0
Celkem		1	49	16	66

Z tabulky 4 i grafu 4 je zřejmý střední stupeň závislosti mezi výší Body Mass Scale a sebehodnocením chlapců. Předpokládali jsme, že čím lépe chlapci hodnotí sami sebe v Rosenbergově testu sebehodnocení, tím více jsou se svým vzhledem spokojeni. Pomocí analýzy Pearsonovi korelace jsme zjistili, že hodnota subjektivního hodnocení fyzického vzhledu má středně těsný vztah ($r=-0,41$) se subjektivním sebehodnocením.

*HYPOTÉZA 2: Chlapci spokojeni se svým těle budou mít také vyšší sebehodnocení se nám tedy **potvrdila**.*

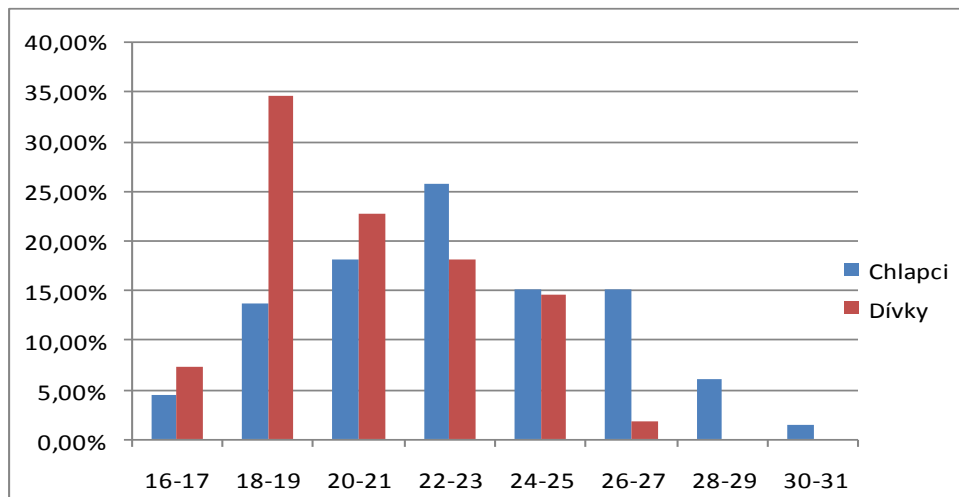
9.3 Hypotéza 3

- Fyzická spokojenost adolescentů klesá s rostoucím BMI

V předchozích dvou hypotézách jsme se zabývali vztahem mezi tělesným sebepojetím a sebehodnocením u chlapců a u dívek. Nyní se zaměříme na vztah mezi tělesným sebepojetím (fyzickou spokojeností), které měříme taktéž pomocí testu Body Mass Scale a indexem tělesné hmotnosti, tedy BMI. Body Mass Index byl hodnocen dle rozmezí indexu do následujících kategorií.

Index méně než 18,5 byl v kategorii podváhy, index 18,5 - 24,9 byl v kategorii normální hmotnosti a index 25 a více v kategorii nadváhy a obezity.

Graf 5. BMI dívek a chlapců

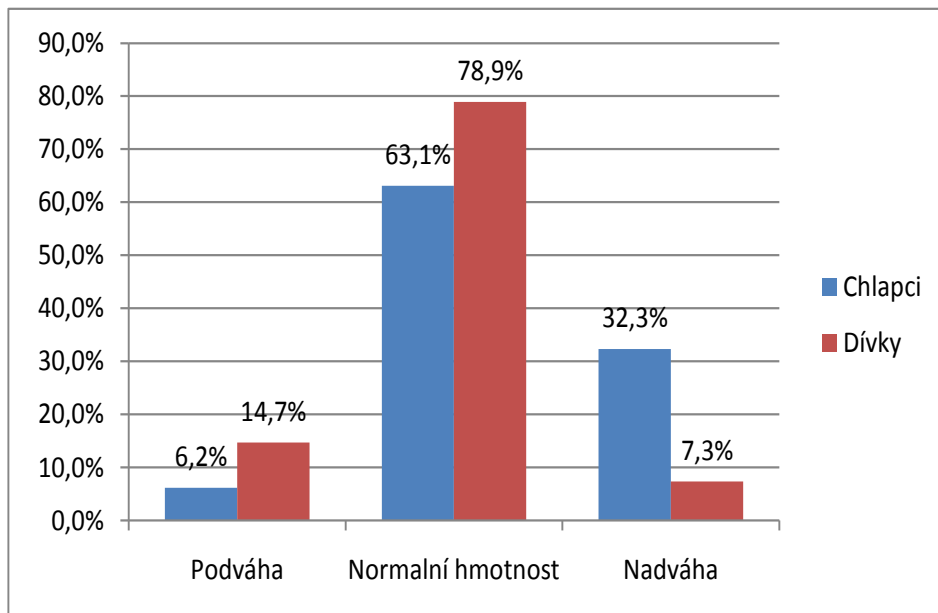


Graf 5 nám ukazuje, že nejvíce dívek 34,5% mělo hodnotu BMI v intervalu 18 - 19. 1,8% dívek mělo hodnotu BMI v intervalu 26 - 27. Nejvíce chlapců 25,8% mělo hodnotu BMI v intervalu 22 - 23. 1,5% chlapců mělo hodnotu BMI v intervalu 30 - 31.

Na zjištěných datech týkajících se BMI děvčat a chlapců bylo záměrem zjistit pomocí statistických metod statistickou významnost rozdílů výsledků dívek a chlapců, proto byl použit test normality (Shapiro test) F-test a T-test. Test normality prokázal, že BMI chlapců má normální rozložení (**p-value=0,314**). Stejně tak u dívek test normality prokázal normální rozložení (**p-value=0,25**). Díky tomu jsme mohli přistoupit k F-testu, který prokázal shodu rozptylu BMI chlapců a dívek, tudíž jsme mohli analyzovat statistickou významnost rozdílu BMI chlapců a dívek pomocí T-testu. Rozdílnost dat byla

testována pomocí dvouvýběrového Welchova T-testu, kterým byla potvrzena statisticky významná rozdílnost výsledků BMI chlapců a dívek.

Graf 6. Klasifikace hmotností BMI



Graf 6 znázorňuje, že většina dívek (78,9%) spadá do klasifikace normální hmotnosti, 14,7% dívek pak do klasifikace podváhy a 7,3% do klasifikace nadváhy. Většina chlapců (63,1%) spadá taktéž do klasifikace normální hmotnosti, 32,3% chlapců pak do klasifikace nadváhy a 6,2% do klasifikace podváhy.

Graf 7. Vztah mezi tělesným sebepojetím a BMI u adolescentů



Tabulka 5. Vztah mezi tělesným sebepojetím a BMI u adolescentů

		BMI			Celkem
		nízké	normální	vysoké	
Body Image Scale	1	8	33	4	45
	2	7	53	11	71
	3	3	19	7	29
	4	1	17	7	25
	5	1	4	0	5
	6	0	1	0	1
	7	0	0	0	0
Celkem		20	127	29	176

Z tabulky 5 i grafu 7 je zřejmá jen velmi slabá závislost mezi výší Body Mass Scale a tělesným sebepojetím (fyzickou spokojeností) adolescentů. Předpokládali jsme, že s rostoucím indexem BMI, bude také klesat spokojenost se svým tělem. Pomocí analýzy Pearsonovi korelace jsme však zjistili, že hodnota BMI nemá těsný vztah ($r=0,16$) s tělesnou spokojeností.

Hypotéza 3: Fyzická spokojenost adolescentů klesá s rostoucím BMI se nám tedy nepotvrdila.

9.4 Hypotéza 4

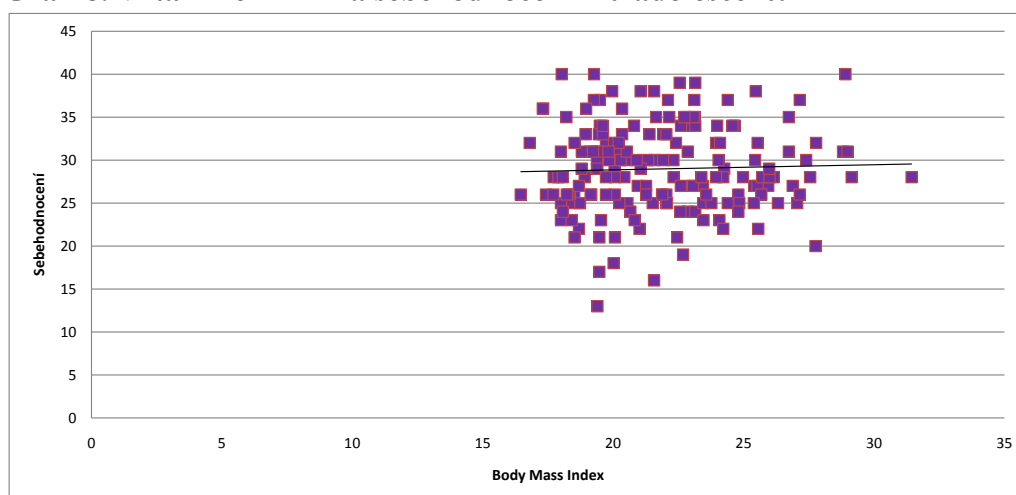
- Hodnota BMI statisticky významně neovlivňuje sebehodnocení u adolescentů

Nyní se budeme zabývat vztahem mezi BMI a sebehodnocením u adolescentů, respektive tím, zda výše indexu tělesné hmotnosti souvisí či nesouvisí se sebehodnocením adolescentů.

Tabulka 6. Vztah mezi BMI a sebehodnocením u adolescentů

		Sebehodnocení			Celkem
		Nízké	Normální	Vysoké	
Body Mass Index	Nízké	0	16	4	20
	Normální	3	89	35	127
	Vysoké	0	25	4	29
Celkem		3	130	43	176

Graf 8. Vztah mezi BMI a sebehodnocením u adolescentů



Z tabulky 6 i grafu 8 je zřejmá jen velmi slabá závislost mezi výší Body Mass Indexu a sebehodnocením adolescentů. Předpokládali jsme, že s rostoucím indexem BMI nebude příliš klesat sebehodnocení. Pomocí analýzy Pearsonovi korelace jsme zjistili, že hodnota BMI nemá těsný vztah ($r=0,035$) se sebehodnocením.

*Hypotéza 4: Hodnota BMI statisticky významně neovlivňuje sebehodnocení u adolescentů se tedy **potvrdila***

9.5 Hypotéza 5

HA Chlapci si svého těla cení více než dívky

H0 Není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti mezi chlapci a dívkami

V poslední hypotéze se budeme zabývat rozdílem mezi spokojeností se svým tělem u chlapců a u dívek. Shapirův test normality u hodnot Body Image Scale u dívek a chlapců prokázal, že získaná data nemají normální rozložení (**dívky p-value=0,000131, chlapci p-value=0,000006**). Proto nemohlo následně dojít k nezbytným testům rozptylu (F-test) a potvrzení statisticky významné rozdílnosti dat pomocí T-testu. Přistoupili jsme tedy k neparametrickému dvouvýběrovému Wilcoxonovu testu, který při srovnání BIS chlapců a dívek potvrdil statisticky významnou rozdílnost získaných dat. Hodnota testového kritéria (W) byla 2461 a p-value dosáhlo pouhých 0,000471. Jak dokládá níže uvedená tabulka aritmetický průměr BIS chlapců je o 0,58 bodů nižší než u dívek. Rozdíl mediánu BIS chlapců a dívek je dokonce 0,6, což je způsobeno větší rozdílností hodnot BIS dívek (tento fakt nám dokládá výše směrodatné odchyly BIS). Tyto informace obsažené v tabulce číslo 7 ve spojitosti s výsledky statistické významnosti rozdílu nám umožňují zamítnout nulovou hypotézu.

Tabulka 7. Rozdíl BIS mezi chlapci a dívkami

	Arit. průměr	Medián	Směrodatná odchylna
Chlapci	1,928662	1,729167	0,7511
Dívky	2,5139	2,3333	1,0953
Rozdíl	0,5853	0,6042	

*Hypotéza 5: Chlapci si svého těla cení více než dívky se nám tedy **potvrdila**.*

9.6 Další výsledky

Tabulka 8. Charakteristika dívek (N = 110)

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum
Věk	17,7818	18	15	20
Výška (cm)	167,8727	168	152	190
Váha (kg)	59,3578	60	45	90
BMI	21,0448	20,54	16,456	27,578

Jak ukazuje tabulka 8 ve skupině respondentek byl průměrný věk 17,8 roků, kdy minimální věk byl 15 let a maximální 20 let. Střední hodnota věku byla 18 let. Průměrná výška respondentek byla 167,9 cm. Minimální výška respondentek byla 152 cm a maximální výška byla 190 cm. Střední hodnota výšky byla 168cm. Průměrná váha respondentek byla 59,4 kg. Minimální váha respondentek byla 45 kg a maximální váha byla 90 kg. Střední hodnota váhy byla 60 kg. Průměrná hodnota BMI dívek byla 21,0. Minimální hodnota BMI u respondentek byla 16, 5 a maximální hodnota BMI byla 27,6. Střední hodnota BMI u dívek byla 20,5.

Tabulka 9. Charakteristika chlapců (N = 66)

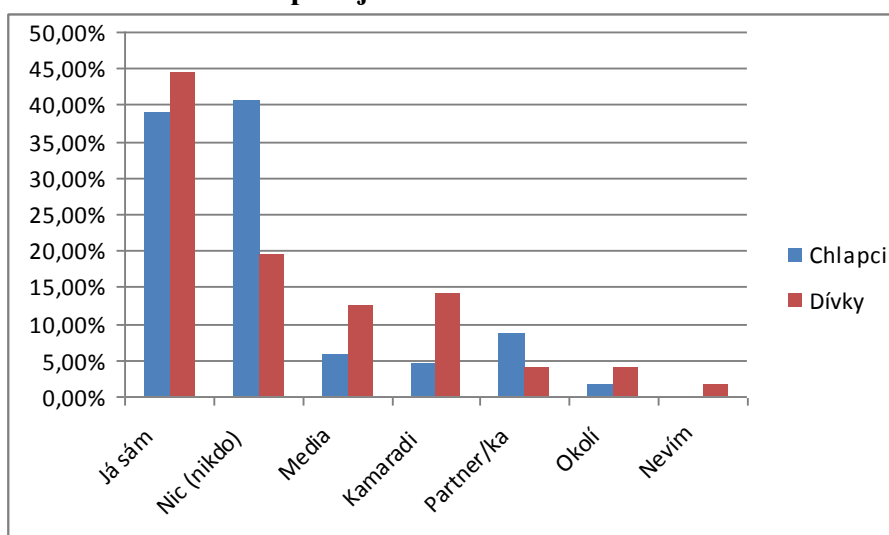
	Průměr	Medián	Minimum	Maximum
Věk	18,1818	18,5	15	21
Výška (cm)	181,33	181	155	195
Váha (kg)	76,469	75	49	104
BMI	23,24	23,101	16,796	31,439

Tabulka 9 popisuje výsledky, kdy ve skupině respondentů byl průměrný věk 18,2 roků, kdy minimální věk byl 15 let a maximální 21 let. Střední hodnota věku byla 18,5 let. Průměrná výška respondentů byla 181,3 cm. Minimální výška respondentů byla 155 cm a maximální výška byla 195 cm. Střední hodnota výšky byla 168 cm. Průměrná váha respondentek byla 59,4 kg. Minimální váha respondentek byla 45 kg a maximální váha byla 90 kg. Střední hodnota váhy respondentů byla 60 kg. Průměrná hodnota BMI chlapců byla 23,2. Minimální hodnota BMI u respondentů byla 16,9 a maximální hodnota BMI byla 31,4,6. Střední hodnota BMI u chlapců byla 20,5.

Tabulka 10. Ovlivnění nespokojenosti s tělem

	Dívky		Chlapci	
	N	%	N	%
Já sám	57	44,53%	27	39,13%
Nic (nikdo)	25	19,53%	28	40,58%
Media	16	12,50%	4	5,80%
Kamarádi	18	14,06%	3	4,35%
Partner/ka	5	3,91%	6	8,70%
Okolí	5	3,91%	1	1,45%
Nevím	2	1,56%	0	0,00%

Graf 9. Ovlivnění nespokojenosti s tělem



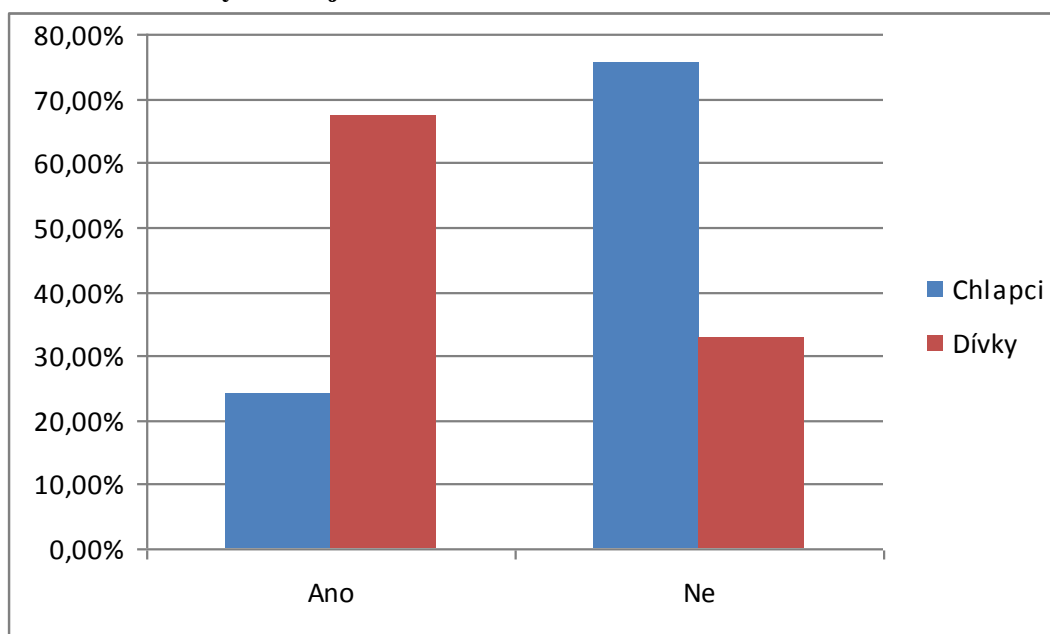
K této otázce se žáci mohli vyjadřovat volně, mohli uvést i více odpovědí.

Tabulka 10 a graf 9 ukazují, že nejvyšší počet odpovědí 44,53% na otázku, co ovlivňuje nespokojenost s vaším tělem, dívky popisovaly, že ony samy, dále pak 19,53%, že nikdo nebo nic, 12% odpovědí bylo, že jejich nespokojenost s tělem ovlivňují média, 14,06% odpovědí bylo, že nespokojenost s tělem ovlivňují kamarádi, 3,91% odpovědí partner a okolí a 1,56% odpovědí bylo nevíím.

Nejvyšší počet odpovědí 40,58% na otázku, co ovlivňuje nespokojenost s vaším tělem, chlapci popisovaly, že nic či nikdo, dále pak 39,13%, že oni sami, 8,7% odpovědí bylo, že jejich nespokojenost s tělem ovlivňuje partnerka, 5,8% odpovědí bylo, že nespokojenost s tělem ovlivňují média, 4,35% odpovědí kamarádi, 1,45% odpovědí pak bylo okolí.

Tabulka 11. Přání být štíhlejší

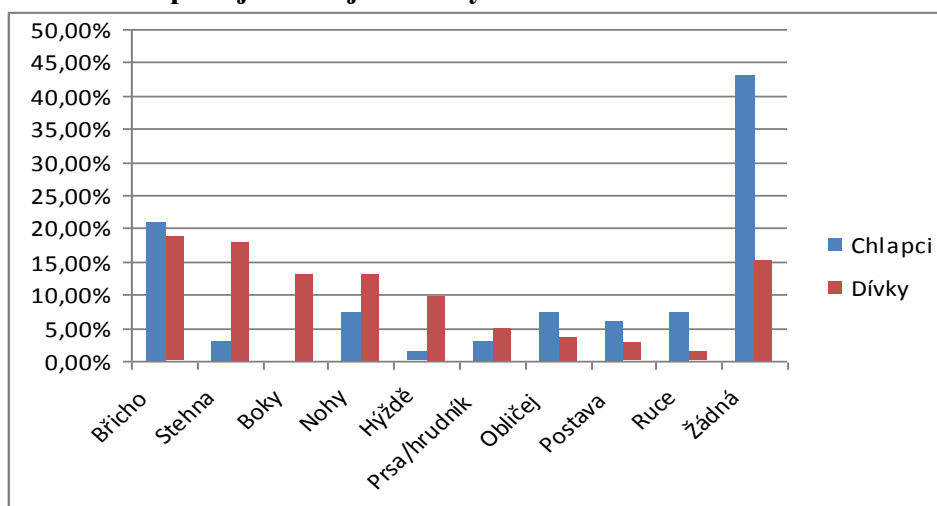
	Dívky		Chlapci	
	N	%	N	%
Ano	74	67,27%	16	24,24%
Ne	36	32,73%	50	75,76%
Celkem	110	100%	66	100%

Graf 10. Přání být štíhlejší

Tabulka 11 i graf 10 nám popisují, že nejvíce (67,27 %) dívek uvedlo, že by si přály být štíhlejší a 32,73% dívek na otázku zda chtějí být štíhlejší, že ne. 24,24 % chlapců uvedlo, že by si přály být štíhlejší a 75,76% chlapců na otázku zda chtějí být štíhlejší, že ne.

Tabulka 12. Nespokojenost s jednotlivými částmi těla

	Dívky		Chlapci	
	N	%	N	%
Břicho	27	18,62%	14	20,90%
Stehna	26	17,93%	2	2,99%
Boky	19	13,10%	0	0,00%
Nohy	19	13,10%	5	7,46%
Hýždě	14	9,66%	1	1,49%
Prsa/hrudník	7	4,83%	2	2,99%
Obličej	5	3,45%	5	7,46%
Postava	4	2,76%	4	5,97%
Ruce	2	1,38%	5	7,46%
Žádná	22	15,17%	29	43,28%
Celkem	145	100%	67	100%

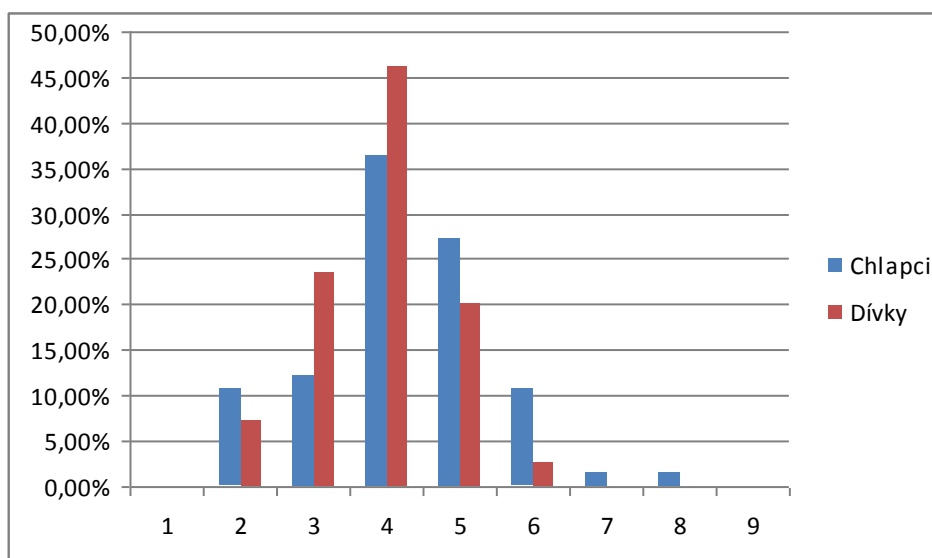
Graf 11. Nespokojenost s jednotlivými částmi těla

K této otázce se žáci taktéž mohli vyjadřovat volně, mohli uvést i více možných odpovědí. Výsledky v tabulce 12 i grafu 11 ukazují, že nejvyšší počet odpovědí 18,62% na otázku, která část těla vám na sobě nejvíce vadí, dívky popisovaly že břicho, dále pak 17,93% stehna, 13,3% odpovědí bylo, že nejvíce mi na sobě vadí nohy a boky, 9,66% odpovědí bylo hýždě, 4,83% prsa, 3,45% obličej, 2,76% postava, 1,38% ruce a 15,17 % odpovědí bylo, že jim nevadí žádná část jejich těla. Nejvyšší počet odpovědí 43,28% na otázku, která část těla vám na sobě nejvíce vadí, chlapci popisovali, že žádná část na těle jim nevadí, dále pak 20,9% odpovědí bylo břicho, 7,46% odpovědí bylo, že nejvíce mi na sobě vadí nohy, ruce a obličej, 5,97% odpovědí bylo postava, 2,99% hrudník, 1,49% hýždě a nikomu z chlapců nevadily jejich boky.

Tabulka 13. Popisné statistiky Stunkardových siluet (reálná postava)

Třídy	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci
	N	N	%	%
1	0	0	0,00%	0,00%
2	8	7	7,27%	10,61%
3	26	8	23,64%	12,12%
4	51	24	46,36%	36,36%
5	22	18	20,00%	27,27%
6	3	7	2,73%	10,61%
7	0	1	0,00%	1,52%
8	0	1	0,00%	1,52%
9	0	0	0,00%	0,00%
Celkem	110	66	100%	100%

Graf 12. Popisné statistiky Stunkardových siluet (reálná postava)



Spokojenost s tělem byla také zkoumána Stunkardovými siluetami, které jsou seřazeny od nejhubenější (1) až po obézní (9). Reálná postava byla ta postava, kterou respondenti označili jako nejvíce odpovídající jejich skutečné postavě.

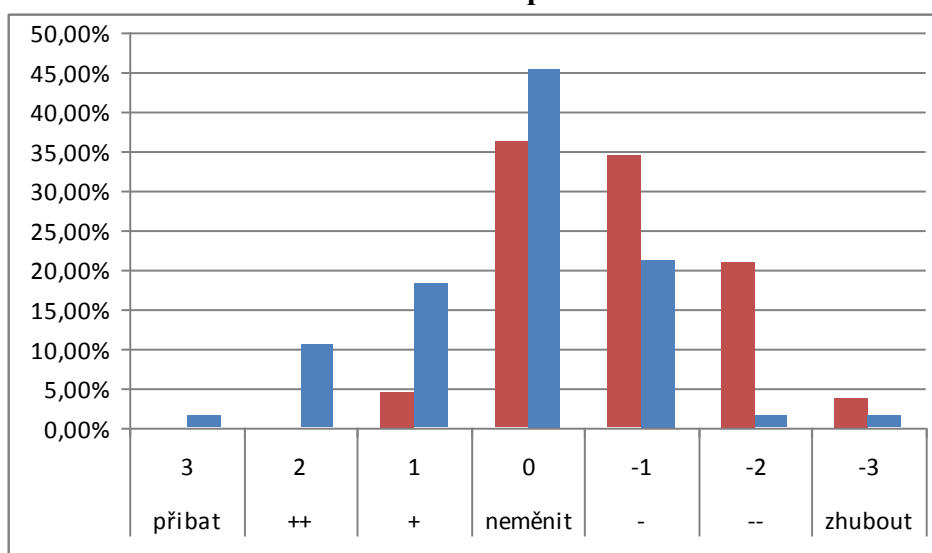
Tabulka 13 a graf 12 poukazují na výsledky, že nejvíce dívek (46,36%) zaznačilo jako reálnou postavu siluetu 4, dále pak siluetu 3 (23,64%), siluetu 5 (20%), siluetu 2 (7,27%) a siluetu 6 (2,73%).

Nejvíce chlapců (36,36%) zaznačilo jako reálnou postavu taktéž siluetu 4, dále pak siluetu 5 (27,27%), siluetu 3 (12,12%), siluetu 6 a 2 (10,61%) a siluetu 7 a 8 (1,52%).

Tabulka 14. Rozdíl mezi reálnou postavou (RP) a ideální postavou (IP)

	Rozdíl RP a IP	Dívky		Chlapci	
		N	%	N	%
Přibrat	3	0	0,00%	1	1,52%
Přibrat	2	0	0,00%	7	10,61%
Přibrat	1	5	4,55%	12	18,18%
Neměnit	0	40	36,36%	30	45,45%
Zhubnout	-1	38	34,55%	14	21,21%
Zhubnout	-2	23	20,91%	1	1,52%
Zhubnout	-3	4	3,64%	1	1,52%
	Celkem	110	100%	66	100%

Graf 13. Rozdíl mezi reálnou a ideální postavou



Míra nespokojenosti s postavou je dána velikostí diskrepance mezi ideální a reálnou postavou. Ideální postava je ta, kterou by si respondenti přáli mít.

Tabulka 14 a graf 13 ukazují výsledky, kdy nejvíce dívek (59,1%) chce mít štíhlejší postavu, z toho 34,55% o jednu siluetu, 20,91% o dvě siluety a 3,64% o 3 siluety. Přibrat o 1 siluetu chtělo 4,55% dívek. Svou postavu by neměnilo 36,36% dívek.

Nejvíce chlapců (45,45%) by nechtělo měnit svou postavu. 30,31% chlapců by chtělo přibrat, z toho 18,18% o jednu siluetu, 10,61% o dvě siluety a 1,52% o dvě siluety. 24,25% chlapců by chtělo zhubnout, z toho 21,21% o jednu siluetu, 1,52% o dvě siluety a 1,52% chlapců by chtělo zhubnout o tři siluety. Svou postavu by neměnilo 45,5% chlapců.

10. Diskuze

Cílem naší práce bylo zjistit výskyt (ne)spokojenosti se svým tělem u adolescentní populace, co tuto nespokojenost ovlivňuje, jaký rozdíl ve vnímání těla u chlapců a dívek, ale také to, jak vzhled těla ovlivňuje sebehodnocení a jak BMI ovlivňuje vnímání těla a sebehodnocení. U nás i ve světě bylo problematice body image v posledních letech věnováno mnoho výzkumů, výsledky se však mnohdy liší, a proto jsme se rozhodli, že teoretické poznatky ověříme na populaci žáků v období adolescence z České republiky. Nyní si shrneme výsledky, ke kterým jsme dospěli, a pokusíme je porovnat s obdobnými výzkumy, které se uskutečnily jak v České republice, tak v zahraničí.

První a druhá hypotéza se zabývala problematiku, zda spokojenost se svým tělem ovlivňuje také sebehodnocení. Tato hypotéza byla potvrzena pouze u chlapců, kde byl nalezen středně těsný vztah ($r=-0,41$), u dívek nikoliv ($r=-0,23$). Výsledky mohly být také ovlivněny tím, že většina respondentů měla průměrné sebehodnocení a většina jich měla velmi dobré tělesné sebepojetí. Krajní meze se téměř nevyskytovaly. Hodnocení tělesného sebepojetí bylo za pomoci testu Body Image Scale a sebehodnocení bylo testováno Rosenbergovou škálou sebehodnocení.

Bohužel jsme se nemohli zabývat opačným problémem, zda nespokojenost s tělem ovlivňuje sebehodnocení, jelikož většina respondentů měla velmi dobré tělesné sebepojetí a průměrné sebehodnocení. Dívky dosáhly průměrně 28,9 bodů a chlapci 29,04 bodů v Rosenbergově testu sebehodnocení. V testu BIS dosáhly dívky v průměru 2,5 bodů a chlapci 1,9 bodů. Výsledky testu BIS neboli tělesného sebepojetí mohly být taktéž ovlivněny nepochopením otázky a možnosti odpovědi nebo neochotou přemýšlet nad odpověďmi. Touto problematikou se zabývala i Kateřina Štosová ve své diplomové práci (2009). Při hodnocení vztahu mezi globálním sebehodnocením a spokojeností s fyzickým vzhledem došla k závěru, že je zde středně těsný vztah (0,44). K posouzení sebehodnocení využila taktéž Rosenbergovu škálu sebehodnocení, ale k hodnocení spokojenosti s tělem použila jiné metody, v čem spatřuji možný rozdíl v našich výsledcích. Sarah Grogan (2000) i Ludmila Fialová (2001, 2006) ve svých publikacích popisují mnohé studie, které uvádí souvislost mezi tělesnou spokojeností a sebevědomím a to jak u mužů, tak i u žen. Sporný je však fakt, která proměnná ovlivňuje kterou, tedy příčinná spojitost může fungovat v obou směrech.

Výzkum provedený Františkem Krchem (2000) popisuje, že jak u mužů, tak u žen se shodně projevil významný vztah mezi tělesnou spokojeností nebo nespokojeností a celkovým hodnocením vlastní osoby. V Rosenbergově Self-Esteem Scale vykazovali respondenti (muži i ženy) spokojení se svým tělem vyšší sebedůvěru (vyšší pozitivní sebekoncept) a současně i méně pochyb o vlastní osobě (nižší negativní sebekoncept).

Třetí hypotéza měla za cíl zmapovat vztah mezi BMI a fyzickou spokojeností neboli zjistit, zda s rostoucím BMI také klesá spokojenost se svým tělem. Tato hypotéza nebyla potvrzena, jelikož koeficient závislosti byl pouze 0,16. Mnohé studie však tuto závislost naopak dokládají. Diplomová práce Kateřiny Štosové (2009), stejně tak jako výsledky výzkumů v publikaci Sarah Grogan (2000), Ludmily Fialové (2001), Františka Krcha (2000) a jiných autorů poukazují na fakt, že s rostoucím BMI také klesá spokojenost se svým tělem. Rašticová (2009) ve své studii taktéž poukazuje na významný faktor, kterým je tělesná hmotnost, jež ovlivňuje nespokojenost s vlastním tělem.

Tato rozdílnost výsledků může být dána mnoha faktory, mezi které patří např. rozdílnost způsobu testování (ne)spokojenosti v naší práci. Použili jsme metodu BIS (Body Image Scale), tato metoda má 24 položek a respondenti na jednotlivé položky mohli odpovídat pomocí sedmibodové stupnice, což mohlo způsobit nepochopení nebo liknavost při odpovídání na jednotlivé otázky v dotazníku. Další možností rozdílnosti těchto výsledků může být dána tím, že se respondenti ve většině pohybovaly v normálním rozmezí BMI a v testu BIS byla většina se svým tělem spokojená a jen zanedbatelná část dívek byla dle testu BIS se svým tělem nespokojena.

Čtvrtá hypotéza zkoumající fakt, zda hodnota BMI ovlivňuje či neovlivňuje sebehodnocení se nám potvrdila. Náš předpoklad byl, že BMI nikterak statisticky významně neovlivňuje sebehodnocení adolescentů, což se nám také potvrdilo ($r=0,035$). K hodnocení sebehodnocení jsme užili stejně tak jako ostatní Rosenbergovu škálu sebehodnocení. Kateřina Štosová ve své diplomové práci (2009) popisuje taktéž netěsný vztah mezi rostoucím BMI a klesajícím sebehodnocením. Sarah Grogan (2000) ve své publikaci uvádí, že mnoho výzkumů nikterak nepotvrdilo, že by BMI ovlivňovalo sebevědomí. Je třeba dodat, že naše výsledky mohly být opět zkresleny tím, že většina respondentů měla dle BMI normální hmotnost a střední míru sebehodnocení, nízké sebehodnocení měl jen nepatrný vzorek respondentů. Je třeba se zamyslet nad otázkou,

jaké výsledky našeho výzkumu by byly, kdyby se respondenti pohybovali spíše v rozmezí nadváhy a obezity.

Pátá hypotéza nám měla zjistit, zda si chlapci cení svého těla více než dívky. To, jak si chlapci a dívky cení svého těla jsme zjišťovali taktéž pomocí testu BIS. Tato hypotéza se nám potvrdila, chlapci si svého těla cení více než dívky. Tuto hypotézu jsme potvrdili pomocí neparametrického dvouvýběrového Wilcoxonova testu.

Grogan (2000) uvádí, že nebylo provedeno mnoho výzkumů v oblasti spokojenosti se svým tělem u adolescentních chlapců, nicméně některé studie dokazují, že chlapci jsou všeobecně více spokojeni se svým tělem nežli dívky.

Tento fakt může být dán více faktory. Ve věku adolescence chlapci nemají takové problémy s nadváhou či nechtěnými tvary svého těla jako dívky. Dalším faktorem může být to, že chlapci nevnímají svůj vzhled tak důležitý jako dívky, ale zaobírají se spíše jinými problémy. Co by mohlo hrát roli je možnost, že na muže není v médiích kladen takový tlak na perfektní vzhled, jako na dívky a ženy.

Cílem této diplomové práce také bylo zjistit rozdíly ve vnímání těla u dívek a chlapců. V tomto případě jsme tělesné sebepojetí zjišťovali jednak námi vymyšlenými položkami v dotazníku, které zjišťovaly zda by chtěli být respondenti štíhlejší a která část těla jim na sobě nejvíce vadí, tak pomocí standardizované metody BIS (Body Image Scale), ale také pomocí Stunkardova testu siluet.

Dívky i chlapci byli dle testu tělové katexie BIS (tělesného sebepojetí) většinou se svým tělem spokojeni. Výsledky ukázaly, že většina dívek chce být štíhlejší na rozdíl od chlapců, kteří nejvíce uváděli, že štíhlejší být nechtějí. Test siluet prokázal, že chlapci by většinou své tělo měnit nechtěli a nebo by chtěli přibrat. Rašticová (2009) a Krch (2000) ve svých studiích shodně popisují fakt, že chlapci ve srovnání s dívkami hodnotili své tělo lépe. Naše výsledky se taktéž shodují s výsledky publikovanými Sarah Grogan (2000) a Ludmilou Fialovou (2001), které uvádí, že většina mladých dívek by chtěla být štíhlejší a většina chlapců chce být spíše svalnatější, ale štíhlé postavy, nežli hubené. Fialová ve své publikaci popisuje výzkumy na dívkách a chlapcích, kdy jsou evidentní rozdíly ve vnímání tělesného sebepojetí. Dívky jsou více nespokojeny se svým tělem nežli chlapci a dívky chtějí také častěji zhubnout nežli chlapci.

Dívkám na jejich těle nejvíce vadilo jejich břicho, stehna a boky, mnoho dívek (15%) překvapivě odpovědělo, že jim na sobě nevadí nic. Většině chlapců na sobě nevadí žádná část jejich těla nebo jim vadí břicho, ale také nohy, obličej a ruce. Tyto výsledky se shodují s autorkou Sarah Grogan (2000), která uvádí že mnoho výzkumů prokázalo, že ženy a dívky jsou většinou nespokojeny s horní částí těla. Mladé dívky jsou dle výzkumů publikovaných v knize Sarah Grogan nespokojeny s tvarem a proporcemi své postavy. Muži by chtěli být svalnatější a vadí jim oblast okolo břicha. Jako problémové části těla byly v souladu s empirickými zjištěními (Fialová, 2006) nejčastěji označovány u dívek i chlapců stehna a břicho.

Dívky nejvíce odpovídaly, že to, co nejvíce ovlivňuje jejich nespokojenost s tělem jsou ony samy, dále pak, že nespokojenost s tělem neovlivňuje nic nebo nikdo, 14% dívek odpovědělo, že jejich nespokojenost s tělem ovlivňují kamarádi. Chlapci zase nejvíce odpovídali, že jejich nespokojenost s tělem neovlivňuje nic a nikdo a dále pak také, že oni sami. Tato odpověď chlapců může být dána tím, že většina z nich odpovídala, že jsou se svým tělem spokojeni a tudíž je nic a nikdo neovlivňuje. Zarážející je však fakt, že výsledky našeho výzkumu neprokázaly výsledky jiných výzkumů, které poukazují na velký vliv médií na celkové body image. Např. Sarah Grogan (2000) popisuje výsledky zkoumání toho, co ovlivňuje celkové body image. Ve většině případů ženy uvádějí, že je velmi ovlivňují média a to především prezentací vyhublých modelek jakožto ideálu krásy. Tento fakt se nám nepodařilo prokázat, jelikož vliv médií na celkové body image uvedlo pouze 12,5% dívek a 5,8% chlapců. Je třeba si klást otázku, čím byly tyto odpovědi ovlivněny, je snad možné, že je dnešní mládež již více obeznámena s negativním vlivem médií na body image nebo šlo pouze o náhodu, která nemá zásadní význam? Je také možné, že si dívky a chlapci neuvědomují tento podstatný vliv médií na celkové body image, ale také na vznik poruch příjmu potravy. Dalším důvodem může být to, že v dnešní době módní časopisy neprezentují pouze reklamy na zhubnutí, vylepšení vzhledu těla a vyhublé modelky, ale je zde i mnoho článků na podporu sebevědomí, dodání odvahy, umění prosadit se, komunikovat, móda pro plnoštíhlé, těžké osudy lidí apod. Uvědomujeme si, že námi získané výsledky nemůžeme zevšeobecňovat na širší populaci děvčat a chlapců vzhledem k nedostatečné velikosti našeho výzkumného vzorku a proto navrhuji v dalších výzkumech v této oblasti získat větší množství respondentů. Je třeba zmínit, že chlapci uvedli častěji než dívky, že jejich nespokojenost s tělem ovlivňuje jejich partner(ka). Grogan (2000) uvádí výsledky výzkumů, které poukazují na

to, že mnoho mladých mužů je ovlivněno vrstevníky, což se nám také nepotvrdilo. V dalším výzkumu by bylo vhodné zaměřit se spíše na osobnostní faktory ovlivňující nespokojenost s vlastním tělem a to především proto, že mnoho respondentů na otázku co nejvíce ovlivňuje nespokojenost s tělem odpovědělo, že oni sami.

Dalším cílem této práce bylo zmapovat celkové tělesné sebehodnocení neboli body image. Mnoho studií (Grogan, 2000) dokládá, že tělesná nespokojenost u žen je v západním světě normativní už od osmi roků, což má signifikantní dopad na kvalitu života stále většího počtu žen. Některé práce uvádějí, že až 70% dospívajících děvčat a mladých žen je nespokojených se svým tělem.

Jak již bylo výše zmíněno, většina dívek i chlapců dosáhla v testu BIS takové bodové hodnoty, které svědčí o tom, že jsou se svým tělem spokojeni. Pouze 5,4% dívek dosáhlo v tomto testu bodové hodnoty, které značí nespokojenost se svým tělem a žádný chlapec nedosáhl bodového hodnocení v testu BIS hodnot, které by poukazovalo na nespokojenost s tělem. Tyto výsledky se neshodují s výsledky studií zabývajících se nespokojeností se svým tělem. Např. studie Sarah Grogan (2000), Ludmily Fialové (2001, 2009), Františka Krcha (2000) i Martiny Rašticové (2009) dokazují, že většina žen i dívek je se svým tělem nespokojena, většina z nich někdy držela dietu a také většina žen a dívek by chtěla být štíhlejší, což se nám také potvrdilo. Při dalším zkoumání problematiky body image bych volila kromě testu BIS taktéž jiné způsoby testování. Jako vhodný způsob hodnocení body image také spatřuji v rozhovorech s respondenty. Je paradoxem, že dívky i chlapci své tělo hodnotili převážně kladně, ale většina dívek by chtěla být štíhlejší. Tento výsledek zřejmě značí fakt, že celkové body image nekoresponduje s touhou být štíhlejší a i když chce být respondent štíhlejší neznamená to, že je se svým tělem spokojen. Další možností neshody výsledků by mohlo být opět chybné vyplnění BIS testu respondenty. Je také možné, že BIS test reaguje pouze na velmi negativní postoje vůči svému tělu. Ovlivnit výsledky také mohl věk respondentů a způsob rozdaní dotazníků před spolužáky, kdy jejich odpovědi nemusely odpovídat skutečnosti a to především z důvodu studu či jiných faktorů.

S potřebou být štíhlejší koresponduje spíše test siluet, který nám ukázal, že 59% dívek by volilo štíhlejší siluetu a pouze 4,55% dívek by chtělo silnější siluetu. Nejvíce chlapců (45,45%) by svou postavu (siluetu) neměnilo, 30% by chtělo silnější siluetu a 24% chlapců by chtělo mít siluetu štíhlejší. Dívky nejčastěji volily číslo siluety 4, dále pak 3 a číslo 5. Chlapci taktéž nejčastěji volili číslo siluety 4, dále pak 5 a číslo 3. Tyto výsledky

nám zcela korespondují s výsledky publikovanými Sarah Grogan (2000), která uvádí, že muži v testu siluet uváděli většinou stejnou či obdobnou postavu, jakou mají oni sami, jako ideální. Pokud však volí jinou siluetu, je silnější a ne štíhlejší, jako je to u žen. Diskrepance tam tedy nebyla tak výrazná jako u žen. Na siluetách se ženy v průměru označovaly jako silueta číslo 4, ale přály si být o jednu siluetu štíhlejší. Oproti ženám měli muži shodnou reálnou postavu siluetu číslo 4 a ideální postavu taktéž siluetu číslo 4.

Další problematikou kterou se lze zabírat je odhad velikosti svého těla. Porovnali jsme siluetu, kterou respondenti zaznačili jako svou reálnou postavu (subjektivně vnímanou) s jejich skutečným BMI. Dívky se v 70 procentech viděly reálně a ve 30 procentech nereálně. Chlapci se v 67 procentech viděly reálně a ve 33 procentech nereálně. Tyto výsledky nekorrespondují s výsledky studií prezentovaných v publikaci od Sarah Grogan (2000), která uvádí, že většina žen velmi špatně odhaduje velikost svého těla jako celku, tak i jeho částí. Většina žen má totiž tendenci vnímat své tělo silnější než ve skutečnosti je.

Závěr

Hlavním cílem této diplomové práce bylo prozkoumat výskyt (ne)spokojenosti u adolescentní populace. Do tří středních škol a učilišť bylo rozdáno 200 dotazníků, použito jich bylo 176. Výzkumný vzorek tvořilo 110 dívek a 66 chlapců, kdy průměrný věk byl 17,9 roků. K výzkumnému šetření bylo využito dotazníku, který sestával z námi vytvořených položek, standardizovaného testu Body Image Scale a Rosenbergova testu sebehodnocení, ale také testu siluet.

Na počátku bylo stanoveno 5 hypotéz. První a druhá hypotéza se zabývala problematikou, zda spokojenost se svým tělem ovlivňuje také sebehodnocení. Tato hypotéza byla potvrzena pouze u chlapců, kde byl nalezen středně těsný vztah ($r=-0,41$), u dívek nikoliv ($r=-0,23$).

Třetí hypotéza měla za cíl zmapovat vztah mezi BMI a fyzickou spokojeností neboli zjistit, zda s rostoucím BMI také klesá spokojenost se svým tělem. Tato hypotéza nebyla potvrzena, jelikož koeficient závislosti byl pouze 0,16.

Čtvrtá hypotéza zkoumající fakt, zda hodnota BMI ovlivňuje či neovlivňuje sebehodnocení se nám potvrdila. Náš předpoklad byl, že BMI nikterak statisticky významně neovlivňuje sebehodnocení adolescentů, což se nám také potvrdilo ($r=0,035$).

Pátá hypotéza nám měla prokázat, že si chlapci cení svého těla více než dívky. Tato hypotéza se nám potvrdila, chlapci si svého těla opravdu cení více než dívky.

K dalším cílů patřilo zjistit výskyt (ne)spokojenosti s vlastním tělem a porovnat rozdíly ve vnímání (ne)spokojenosti se svým tělem u dívek a u chlapců. Zjistili jsme, že dívky i chlapci byli dle testu tělové katexie BIS (tělesného sebezpojetí) většinou se svým tělem spokojeni. Výsledky ukázaly, že většina dívek chce být štíhlejší na rozdíl od chlapců, kteří nejvíce uváděli, že štíhlejší být nechtějí. Test siluet prokázal, že chlapci by většinou své tělo měnit nechtěli a nebo by chtěli přibrat. Dívkám na jejich těle nejvíce vadilo jejich břicho, stehna a boky, mnoho dívek (15%) překvapivě odpovědělo, že jim na sobě nevadí nic. Většinu chlapců na sobě nevadí žádná část jejich těla nebo jim vadí břicho, ale také nohy, obličej a ruce.

Dále jsme si kladli za cíl zjistit subjektivní příčiny nespokojenosti s vlastním tělem a dívek i chlapců. Dívky nejvíce odpovídaly, že to, co nejvíce ovlivňuje jejich nespokojenost s tělem jsou ony samy, dále pak, že nespokojenost s tělem neovlivňuje nic

nebo nikdo, 14% dívek odpovědělo, že jejich nespokojenost s tělem ovlivňují kamarádi. Chlapci zase nejvíce odpovídali, že jejich nespokojenost s tělem neovlivňuje nic a nikdo a dále pak také, že oni sami.

Dalším cílem této práce bylo zmapovat celkové tělesné sebehodnocení neboli body image. Jak již bylo výše zmíněno, většina dívek i chlapců dosáhla v testu BIS takové bodové hodnoty, které svědčí o tom, že jsou se svým tělem spokojeni. Pouze 5,4% dívek dosáhlo v tomto testu bodové hodnocení, které značí nespokojenost se svým tělem a žádný chlapec nedosáhl bodového hodnocení v testu BIS hodnot, které by poukazovalo na nespokojenost s tělem.

Dále jsme zjistili, že se u dívek a chlapců vyskytuje jistá diskrepance mezi reálnou a ideální postavou nicméně není nikterak významná. Dívky se v 70 procentech viděly reálně a ve 30 procentech nereálně. Chlapci se v 67 procentech viděly reálně a ve 33 procentech nereálně.

Můžeme tedy říci, že cíle práce byly splněny. Přínosem této práce, a to nejen pro pedagogickou praxi, spatřujeme převážně ve výsledcích práce a tvorbě doporučení pro praxi viz příloha č. 2, které vychází z poznatků naší práce, ale i výzkumů a poznatků prací cizích.

Souhrn

Tématem diplomové práce byla nespokojenost se svým tělem u adolescentů. Do tří středních škol a učilišť bylo rozdáno 200 dotazníků. Výzkumný vzorek nakonec tvořilo 110 dívek a 66 chlapců, kdy průměrný věk byl 17,9 roků. K výzkumnému šetření bylo využito dotazníku, který sestával z námi vytvořených položek, standardizovaného testu Body Image Scale a Rosenbergova testu sebehodnocení, ale také testu siluet.

Cílem naší práce bylo zmapovat výskyt (ne)spokojenosti s vlastním tělem u adolescentů a jaký je rozdíl ve vnímání vlastního těla mezi dívkami a chlapci. Zjistili jsme, že dle BIS testu, je většina adolescentů se svým tělem spokojena, ale paradoxně většina dívek by chtěla být štíhlejší, na rozdíl od chlapců, kteří by chtěli zůstat stejní nebo přibrat. Dívkám na sobě nejvíce vadí břicho, boky a stehna nebo nic. Chlapcům na sobě většinou nevadí nic nebo jim vadí břicho. Zjistili jsme, že dívky si nejvíce sami ovlivňují svoji nespokojenost se svým tělem, dále pak, že jejich nespokojenost s tělem neovlivňuje nic nebo nikdo a pak také kamarádi. Chlapci zase nejvíce odpovídali, že jejich nespokojenost s tělem neovlivňuje nic a nikdo a dále pak také, že oni sami. Média v ovlivnění nespokojenosti s vlastním tělem u dívek ani chlapců nehrála významnou roli.

Hypotéza popisující vztah existence souvislosti nespokojenosti se svým tělem a sebehodnocením se potvrdila pouze u chlapců, u dívek nikoliv. Hypotézu prokazující vztah mezi nespokojeností se svým tělem a BMI se taktéž nepodařilo potvrdit. Hypotéza poukazující na statisticky nevýznamnou souvislost mezi BMI a sebehodnocením se potvrdila. Poslední hypotéza, která měla potvrdit či vyvrátit fakt, že si chlapci svého těla cení více nežli dívky nám prokázala, že chlapci jsou se svým tělem spokojenější nežli dívky.

Summary

The main topic of the master thesis was the dissatisfaction with the physical appearance among the adolescents. Two hundred questionnaires were distributed to the three high schools. Research sample was finally formed by 110 girls and 66 boys with a mean age of 17.9 years. Questionnaire used to survey was consisted of our items, Body Image Scale standardized test, Rosenberg's Self-Esteem Scale and silhouette test.

The crucial objective of our work was to chart the dissatisfaction with the physical appearance among the adolescents and differing perceptions between girls and boys. According to the test, we found that most adolescents are satisfied with their body. On the one hand, most girls want to be slimmer, on the other hand, most boys want to stay the same or gain weight. Girls are most dissatisfied with the belly, hips and thighs. Boys do not mind anything or have a problem with belly. We found out that discontent girls are most affected by themselves, and then by anyone and friends. Most common answer among boys was that their dissatisfaction is not affected by anyone or just by themselves. The media do not significantly affect the dissatisfaction in both groups.

Hypothesis describing the relationship between dissatisfaction with the physical appearance and self-esteem has been confirmed only in the group of boys. Hypothesis about the relation between the dissatisfaction with the physical appearance and BMI also has not been verified. Hypothesis pointing to the statistically insignificant link between BMI and self-esteem has been confirmed. The last hypothesis demonstrated the fact that boys are more satisfied with their physical appearance than the girls.

Referenční seznam

1. ARNETT, J. J. *Adolescence and emerging adulthood: a cultural approach*. Upper Saddle River, N. J.: Pearson Prentice Hall, 2004.
2. BLATNÝ, M., OSECKÁ, L. *Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě*. Československá psychologie. Praha, 1994. 38, 6, 481-488.
3. BLATNÝ, M., & OSECKÁ, L. *Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládnání*. Československá psychologie, Praha, 1998. 42, 5, str. 385-394.
4. BLATNÝ, M., PLHÁKOVÁ, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003.
5. CROOK, M. *The body image trap : Understanding and rejecting body image myths*. Canada : OLDAG Publishers, 1995. 136 s. ISBN 80-85954-02-8.
6. ČAČKA, O. *Nástin psychologie II pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2002. 103 s. ISBN 80-7315-016-6.
7. ČERMÁK, I., HŘEBÍČKOVÁ, M., MACEK, P. *Agrese, identita, osobnost jako předmět současného výzkumu v české a slovenské psychologii*. Tišnov: Psychologický ústav AV ČR, SCAN, 2003. s. 13-22. ISBN 80-86620-06-9.
8. ČÍŽKOVÁ, J., et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.
9. FIALOVÁ, L. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2001. 269 s. ISBN 80-246-0173-7

10. FIALOVÁ, L. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Grada, 2007. 136 s. ISBN 978-80-247-1622-0.
11. FIALOVÁ, L. *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing, 2006. 92 s. + 6 s. příloh . ISBN 80-247-1350-0.
12. GROGAN, S. *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1.
13. HARGREAVES, D. A., & TIGGEMANN, M. (2006). „*Body image is for Girls*“: *A Qualitative Study of Boy's Body Image*. *Journal of Health Psychology*, 11, 567- 576. Retrieved October 25, 2008, from Sagepub Database at <http://hpq.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/4/567>.
14. HÖSCHL, C. *Farmakoterapeutické postupy v léčbě schizofrenní poruchy*. Academia Medica Pragensis, Praha, 2002, 40 s. ISBN 80-86694-04-6.
15. HRACHOVINOVÁ, T., CSÉMY, L., & CHUDOBOVÁ, P. *Psychologický kontext spokojenosti s vlastním tělem u VŠ studentů*. Praha, 2005. *Československá psychologie*, 49(1), 9-18 .
16. HRACHOVINOVÁ, T., & CHUDOBOVÁ, P. *Body image a možnosti jeho měření (se zaměřením na neklinickou populaci)*. Praha, 2004 *Československá psychologie*, 48(6), 499-509 .
17. KRCH, F. D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008. 200 s. ISBN 978-0-247-2130-9.
18. KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
19. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, 172 s. ISBN 80-247-0840-X.

20. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
21. KROGER, J. *Identity development: adolescence through adulthood*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2007. 289 s. ISBN 0-7619-2960-6.
22. LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada 1998, 352 s. ISBN 80-7169-195-X.
23. MACEK, P. *Adolescence a čeští dospívající na přelomu století*. In: SMÉKAL, V., MACEK, P. (eds.) *Utváření a vývoj osobnosti : psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister & Principal, 2002. s. 113-128. ISBN 80-85947-83-8.
24. MACEK, P. *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. 207 s. ISBN 80-7178-348-X.
25. MACEK, P.: *Adolescence*. 2 doplněné vydání. Praha, Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
26. MACEK, P. *Sebesystém a vztah k vlastnímu já*. In: Výrost, j., Slaměník, I. (Eds.). *Sociální psychologie*. Praha: IVS, 1997. s. 181-210. ISBN 80-85866-20-X.
27. MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
28. NEVORAL, J. a kol.: *Výživa v dětském věku*. 1. vyd. Jinočany: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2003. 434. s. ISBN 80-86-022-93-5.
29. RAŠTICOVÁ, M. *Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci*. E –psychologie. 2009, vol. 3, no. 1, s. 30 - 42. ISSN 1802 -8853.
30. RUSSELL, W. D., & COX, R. H. *Social Physique Anxiety, Body Dissatisfaction, and Self-Esteem in College Females of Differing Exercise Frequency, Perceived Weight Discrepancy, and Race*. *Journal of Sport Behavior*, 2003. 26, 3, 298-318. Retrieved March 20,2009,

from:<http://www.questia.com/googleScholar.qst;jsessionid=KRIQmyhtLBWRWJbbtxk9jbQpxvKyT7cfyg7JYwXGkPTND0LYmM8R!-286333544!-1633707706?docId=5002549222>

31. SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 69 s. ISBN 978-80-7041-490.
32. SMÉKAL, V. (2002). *Vývoj osobnosti dítěte*. In V. SMÉKAL, & P. MACEK (Eds.), *Utváření a vývoj osobnosti: Psychologické, sociální a pedagogické aspekty* (pp. 9 – 27). Brno: Barrister& Principal.
33. RABOCH, J. et al. *Psychiatrie : Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 3. vydání. Praha : Infopharm, a.s., 2006. 201 s. ISBN 80-239-8501-9.
34. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7178-829-5.
35. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. 432 s. ISBN 80-7038-078-0.
36. VALÁŠKOVÁ, M., JEŽEK, S. *Prožívání tělesných změn v adolescenci a jejich vliv na sebehodnocení adolescentů*. In VI. SMÉKAL, P. MACEK (Eds.), *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a*. Brno : Barrister & Principal, 2002. *Psychologie*, ISBN 80 -85947 -83 -8, s. 147 -161.
37. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2005, 468 s. ISBN 80-246-0956-8.
38. VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0
39. VILÍMOVÁ, V. *Didaktika tělesné výchovy*. Brno: Paido, 2002. 103 s. ISBN 80-7315-033-6.

Internetové zdroje:

40. KRCH, František. Medicína pro praxi [online]. 2007 [cit. 2011-01-10]. Poruchy příjmu potravy. s. 420-422 Dostupné z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>>.
41. KRCH, František. Psychiatrie [online]. Tigis, 2000 [cit. 2011-01-07]. Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. Dostupné z WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH400/Editor.htm>>.
42. KRCH, František. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004 [cit. 2011-01-10]. Poruchy příjmu potravy-rizikové faktory. s. 14-16. Dostupné z <http://psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200401-0004.php>.
43. NĚMEČKOVÁ, Pavla. Psychiatrie pro praxi [online]. 2002 [cit. 2011-01-20]. Poruchy příjmu potravy. s. 124-128. Dostupné z http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy_200203_0008.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dbody%20image%26sfrom%3D60%26spage%3D30.
44. NĚMEČKOVÁ, Pavla. Psychiatrie pro praxi [online]. 2007 [cit. 2011-01-10]. Poruchy příjmu potravy. s. 155-157. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200704-0002.php>.
45. PAPEŽOVÁ, Hana. Psychiatrie pro praxi [online]. 2001 [cit. 2011-01-10]. Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy. s. 177-178. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/09.pdf>.
46. ŠTOSO V Á, Kateřina. *Vliv rizikových faktorů na nespokojenost s tělem u adolescentních dívek souvislost s poruchami příjmu potravy.* [s.l.], 2009. 92 s. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/143954/ff_m/Diplomova_prace_FINAL.doc?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DKate%C5%99ina%20%C5%A0tosov%C3%A1%20agenda:th%26start%3D1>.

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Návrh řešení pro praxi

Příloha č. 3 Tabulky vztahu BMI a testu siluet

Příloha č. 4 Graf BMI