

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra sociální patologie a sociologie

Body image jako rizikový faktor chování mládeže

Bakalářská práce

Autor: Zuzana Pelcová

Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Vedoucí práce: PhDr. Josef Kasal, MBA, Ph.D.

Hradec Králové

2016



Zadání bakalářské práce

Autor:	Zuzana Pelcová
Studium:	P13534
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Body image jako rizikový faktor chování mládeže
Název bakalářské práce A):	Body image as a risk behavior factor of youth

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou body image v dnešní společnosti. Práce popisuje proces utváření představ o vlastním těle u adolescentní mládeže a možná rizika vyplývající ze snahy naplnit tyto představy. Dále poukazuje na možná rizika vznikající se snahou přiblížit se co nejvíce současnému tlaku módních trendů. Mapuje způsoby předcházení a řešení již nastalých problémů, spojených s nespokojeností s vlastním tělem. Kvantitativní výzkumné šetření je provedeno prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce.

FIALOVÁ, Ludmila. Body image jako součást sebepojetí člověka. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2001, 269 s. ISBN 80-246-0173-7 FIALOVÁ, Ludmila. Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 92 s., [6] s. obr. příl. ISBN 80-247-1350-0. CROOK, Marion. V zajetí image těla: jak chápat a odmítat mýty o tělesném image. 1. vyd. Ostrava: Oldag, 1995. ISBN 80-859-5402-8 GROGAN, Sarah. Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem. Vyd. 1. Překlad Jana Krchová. Praha: Grada, 2000, 184 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9907-1.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Josef Kasal, MBA, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	12.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucího bakalářské práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Josefu Kasalovi, MBA, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při vedení mé bakalářské práce.

Anotace

PELCOVÁ, Zuzana. *Body image jako rizikový faktor chování mládeže*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016, 72 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce představuje pojem body image s ohledem na celkový vývoj sebepojetí dospívajícího jedince. Zabývá se biologickými, psychologickými a sociálními změnami v oblasti adolescence, a to především s přihlédnutím na sociální faktory, jež formují utváření představ o vlastním těle nejvíce. Pozornost je věnována narušenému vnímání vlastního těla, se zřetelem na rizika tělesné nespokojenosti a možný vznik závažných onemocnění, která jsou zde jednotlivě uvedena, společně s definováním jejich forem a možných následků. V tomto důsledku jsou nadále uvedeny možnosti předcházení narušenému vnímání vlastního těla, jež zahrnují individuální a společenské změny s přihlédnutím k preventivním opatřením. Současně jsou zde uvedeny způsoby léčby jednotlivých onemocnění. Praktická část zjišťuje spokojenost adolescentů s vlastním tělem, společně s informovaností o termínu poruch příjmu potravy. Kvantitativní výzkum je uskutečněn prostřednictvím metody dotazníku na základních a středních školách.

Klíčová slova: body image, adolescence, poruchy příjmu potravy

Annotation

PELCOVÁ, Zuzana. *Body image as a risk factor of youth*. Hradec Králové: Faculty of education, University of Hradec Králové, 2016, 72 p. Bachelor degree thesis.

The thesis presents the concept of body image regard to whole self conception development of adolescent person. It deals with biological, psychological and social changes in adolescent area, and firstly (mainly) regard to social factors which mostly shapes forming ideas about own body. Attention is devoted to distorted body image regard to risk of distorted body image and possible development of serious diseases, which are individually introduced / mentioned along with their forms and possible consequences. As a result of that, there are mentioned prevention possibilities of own distorted body image, which includes individual and social changes considering precautions. Simultaneously there are mentioned methods of treatment for individual diseases. The aim of the practical part of the thesis is to find out satisfaction of adolescents with their own bodies, together with awareness of the concept of eating disorders . Quantitative research is realized via questionnaire method at primary and secondary schools.

Keywords: body image, adolescence, eating disorders

Obsah:

Úvod	8
1 Problematika body image a její význam pro dospívající	10
1.1 Formování sebepojetí a jeho důležitost ve vývoji jedince	10
1.2 Bio-psycho-sociální metamorfózy v období adolescence	12
1.3 Působnost sociálních vlivů v utváření představ o vlastním těle.....	15
2 Narušené vnímání vlastního těla jako rizikový determinant	21
2.1 Důvody tělesné nespokojenosti a způsoby korekce těla	21
2.2 Tělesná nespokojenost a možná rizika.....	26
2.3 Specifika jednotlivých onemocnění	27
2.3.1 Rizikové faktory	29
2.3.2 Specifika jednotlivých PPP.....	31
2.3.3 Důsledky	33
3 Preventivní a léčebné metody	36
3.1 Možnosti předcházení negativního vnímání vlastního těla	36
3.1.1 Potřebné změny na úrovni individua	36
3.1.2 Potřebné společenské změny	37
3.1.3 Preventivní opatření.....	39
3.2 Léčba a řešení.....	41
3.2.1 Způsoby léčby.....	43
3.2.2 Nabídka služeb	46
4 Výzkumné šetření.....	49
4.1 Cíl výzkumu a stanovení hypotéz	49
4.2 Popis metod	51
4.3 Charakteristika výzkumného souboru	51
4.4 Analýza získaných dat.....	52
4.5 Ověření hypotéz	59
4.6 Shrnutí výsledků výzkumného šetření	61
Závěr.....	63
Seznam použité literatury a dalších zdrojů	65
Seznam grafů.....	69
Seznam příloh.....	70

Úvod

Současná doba klade na každého z nás a to bez výjimky, nezměrné množství úkolů, které je nutno splnit, požadavků, od kterých se nelze oprostít, podmínky, jež ovlivňují naše chování, jednání, dokonce i způsoby myšlení. Naše společnost je zaměřena na viděné, proto právě to, co je znatelné již na první pohled, podléhá kulturnímu diktátu nejvíce. Jsou to právě naše těla, náš celkový vzhled a následkem toho také naše psychika, kdo tímto striktním hodnocením trpí nejvíce.

Žijeme v době vyznačující se mnohdy až nepřiměřeně vysokými nároky, pokud se ovšem jedná o to, jak vypadáme, stávají se tyto požadavky z velké části až nedosažitelnými. Aniž bychom chápali širší souvislosti, ženeme se za uměle vytvořeným ideálem, obětujeme drahocenný čas i své peníze, mnohdy neváháme ani ohrožit naše zdraví. Tlak, který na nás doléhá ze všech stran je příliš silný. Skutečně nebezpečným, se tento styl honby za nedosažitelným, stává především v období dospívání. V tomto stádiu vývoje teprve začínáme pořádně chápat a přijímat společenská nastavení, naše mysl je otevřená všem možnostem, jsme senzitivnější k veškerým podnětům, procházíme četnými zmatky a změnami, jež nejsme schopni korigovat anebo jim zcela rozumět, všemu se teprve učíme. Pokud však přijmeme rigidní domněnku představy perfektního vzhledu za takovou, od které se nelze odchýlit a kterou je nutno dodržovat, nastane problém, který, nejenže může ve velké míře negativně ovlivnit, či dokonce ohrožit naše životy, ale mnohdy nás bude trápit po celou naši existenci. Proto je nutné snažit se nejen řešit již nastalý problém, ale především se mu snažit předcházet.

Cílem mé práce je zjistit, do jaké míry je mládež spokojena se svým tělem a odhalit, zda převládá informovanost o termínu poruch příjmu potravy. Ve spojitosti s tím chci poukázat na možné rizikové determinanty související se vznikem negativního hodnocení vlastního těla a následným rozvojem závažných onemocnění.

Důvodem volby tohoto tématu bylo pro mne zjištění, že převážná většina osob, které znám, není spokojena s tím, jak vypadá. A právě proto jsem se rozhodla nahlédnout do problematiky negativního body image za účelem širšího porozumění a získání nových, důležitých informací z této oblasti.

Především bych chtěla poukázat na to, že představa uměle vytvořeného dokonalého člověka by se neměla stát parametrem, podle něhož budeme slepě řídit naše životy. Zvláště proto, jelikož jako taková, tato mylná domněnka způsobuje více škody, než užitku, může zapříčinit vznik velice vážných onemocnění a stává se tudíž rizikem, před nímž je nutné varovat.

1 Problematika body image a její význam pro dospívající

Body image neboli tělesné sebezpojetí, je chápáno jako obraz vlastního těla a samotný postoj k němu, který se vytváří v průběhu života jedince a je ovlivňován mnohými faktory. Tito činitelé pak formují a utváří představy o vlastním těle, souvisí s celkovou životní spokojeností, sebehodnocením a vztahem k sobě samému. V převážné většině jsou tyto faktory závislé na hodnotovém naladění dané společnosti a síle i míře prezentování důležitosti tyto hodnoty ctít. Fialová uvádí, že je velice důležité si uvědomit, že tělesné sebezpojetí je nedílnou součástí celkového sebezpojetí jedince a tudíž tyto složky nelze od sebe oddělovat, ale naopak, vždy o nich uvažovat ve vzájemném kontextu (Fialová, 2001, s. 36-37).

1.1 Formování sebezpojetí a jeho důležitost ve vývoji jedince

Sebezpojetí chápeme jako celkový postoj k sobě samému, jak vidíme a vnímáme sebe sama jako celistvou bytost mající určité tělo, inteligenci, charakter. Vývoj probíhá v procesu socializace na základě vlastních zkušeností jak se světem, tak se sebou samým (Fialová, 2001, s. 28-31). Postoj k vlastnímu tělu, neboli body image, je dle Fialové utvářen třemi hlavními složkami, a sice: kognitivními, emocionálními, a činnostně regulativními, tyto obsahují poznávání, hodnocení a chování vlastního těla. Jako základní složky tělesného sebezpojetí jsou považovány zdraví, ať už psychické či fyzické, dále zdatnost, značící, jak je naše tělo funkční a výkonné a v neposlední řadě vzhled, vypovídající o naší atraktivnosti vůči současnému ideálu. K tomu je však nutné dodat, že je jim s odlišností věku, či pohlaví přisuzována různá důležitost (Fialová, 2012, s. 29-30). Jako příklad lze uvést dychtivost mužů po nabytí tělesné hmoty a síly, oproti touze žen se naopak tělesné hmoty zbavovat, být co nejštíhlejší a navenek působit co nejkřehčeji.

Je nutné dodat, že v současné době je důraz kladen převážně na celkový vzhled jedince, ten se sám o sobě stává kritériem pro vyhodnocování krásy, či ošklivosti a také nejvíce podléhá sociokulturním vlivům a požadavkům. Vnímání vlastního těla je tedy následně podmíněno a dále pozitivně či negativně vyhodnocováno na základě souladu či nesouladu s aktuálním společenským stanoviskem krásy.

To ovlivňuje jedincovo smýšlení i chování, převážně pak v době, kdy je jedinec náchylnější k přijímání společenských vzorů, a tedy, zvláště v období adolescence.

Jedinec neustále přijímá hodnocení ze strany druhých, pro něj významných osob, a tím si utváří ideální představu o sobě samém, tzv. ideální já. Společně s obrazem vlastního já, tedy s tím, jak se jedinec vnímá, souvisí navíc další složky sebepojetí.

Mezi tyto složky lze podle Fialové zařadit následující:

- Hodnocení mám být, neboli konflikt mezi skutečným a ideálním já.
- Směřování chci být, možnosti ovlivnění související s představou, co lze a nelze ovlivnit.
- Role, neboli to, co mám učinit, vzhledem k tomu, jaké na mě klade společnost požadavky (Fialová, Krch, 2012, s. 22).

To, jaký má k sobě jedinec postoj, často závisí především na rozdílnosti obrazu ideálního já, neboli představě, kým by chtěl být, v porovnání s já reálným, tím jaký člověk aktuálně je. Nesouhlas ideálního a reálného já je pak často zdrojem interpersonálních konfliktů, napětí či úzkosti. Stává se tak především v době adolescence, kdy jsou jedinci velmi náchylní na negativní hodnocení ze strany druhých, nebo, neshodují-li se s požadavky vycházejícími ze stran společnosti. To pak vyúsťuje v pocity nespokojenosti a výkyvy v sebehodnocení (Fialová, 2001, s. 32-33). Z toho plyne, že se sebepojetím úzce souvisí formování vlastní identity. Čili to, jaký k sobě máme postoj, ovlivňuje to, jak ve výsledku vnímáme, kým doopravdy jsme.

Identita je vysvětlována jako způsob, kterým jedinec vnímá, kým je jako individuum i jako člen společnosti. Jedná se o prožívání vlastní autentičnosti a konzistence v čase a prostoru. Identita jakožto aktivní proces vyvíjející se v kulturním a sociohistorickém kontextu, znamená sebepojímání a sebeuvědomování si jedince na základě hledání a vybírání si, čím on sám je, nebo chce být. Při tomto výběru hrají důležitou roli společensky uznávané hodnoty a normy. Identitu můžeme dělit na aktuální, která vyjadřuje, co jedinec skutečně je, a identitu potencionální zobrazující nerealizované události, tedy čím by mohl být (Fialová, Krch, s. 22-25). Pro adolescenty je pak typická krize identity, spojená s potřebou autonomie a přijímáním nových rolí.

Hlavním znakem je pak především rozpor mezi závislostí na rodičích a nutností se od nich osamostatnit (Thorová, 2015, s. 37). Jedinci tak hledají sami sebe, svůj životní směr a své místo ve světě.

Jako základní složky identity lze podle Fialové uvést následující:

- Sebepoznání - poznatky o vlastnostech, schopnostech, proporcionalitě.
- Sebecit - sebedůvěra, sebejistota, sebeúcta.
- Sebehodnocení - smýšlení o vlastní osobě, nebo postoje k vlastnímu tělu, v porovnání s druhými, souvisí s přejímáním norem společnosti, ve které jedinec žije a podle které si utváří svůj hodnotový systém, (příčemž základy hodnotového systému jsou utvářeny již v rodinném prostředí).
- Sebeřízení - vlastní chování a sebekontrola (Fialová, Krch, s. 25).

Pro komplexní pochopení daného rozdělení je nutné dále rozvést uvedené pojmy sebecitu. Sebedůvěrou je míněn postoj jedince k sobě samému, který je přímo závislý na přijetí a ocenění vlastní osoby druhými. Sebeúcta znamená souhrn sebedůvěry, neboli hodnocení vlastní osoby a spokojenost se sebou samým, prostřednictvím kritérií důležitých pro úspěch. V neposlední řadě je zde pojem sebevědomí, vyjadřující v podstatě sebedůvěru, tedy vědomí vlastní ceny a kvality provázené vírou v budoucí úspěch (Sedláčková, 2009, s. 19-20). Základy sebehodnocení jsou vytvořeny již v dětství prostřednictvím rodičů, významných rodinných příslušníků či jiných osob vychovávajících jedince. Nejsilnějším predikátorem je tedy rodina, jejíž vliv časem ustupuje působení vrstevníků, nebo sociálních skupin (Wedlichová, 2008, s. 45).

1.2 Bio-psycho-sociální metamorfózy v období adolescence

Adolescence je termínem označujícím určité období lidského života jako dospívání. Příčemž je tato doba chápána jako životní etapa přechodu z dětství do dospělosti. V této vývojové fázi prochází jedinci četnými změnami, ty souvisí s proměnami tělesné konstituce, psychickým vývojem a změnami v sociálním chování.

Příznačným je zde tzv. proces socializace, který v sobě zahrnuje osvojování a učení se daným společenským normám, hodnotám, postojům, způsobům chování, čímž se jedinec začleňuje do společnosti.

Přesto, že se periodizace jednotlivých stádií adolescence u různých autorů liší, lze je obecně rozdělit na časnou, střední a pozdní adolescenci. Jednotlivé etapy se pak od sebe odlišují převážně rozdílností změn, typicky probíhajícími v určitém stádiu.

Výchozím je rozdělení podle Macka, který uvádí časnou adolescenci pro kategorii 10 až 13 let, střední adolescenci 14 až 16 let a pozdní adolescenci 17 až 20 let. Časná adolescence je typická tzv. pubertálními změnami, ty znamenají především pohlavní dospívání v podobě vývoje primárních a sekundárních pohlavních znaků a zrychlený růst. Pro střední adolescenci je příznačné hledání vlastní identity, vytváření určitého životního stylu a snaha být jedinečným. V pozdní adolescenci dochází k utváření představ o budoucnosti, pro kterou je charakteristická, více než dříve, potřeba někam patřit. Jedince procházející tímto vývojovým stádiem lze definovat jako adolescenty, dospívající, či mládež (Macek, 1999, s. 44-54). Za mládež jsou pak dle legislativy považovány děti a mladiství, kdy dítětem je ten, kdo nedovršíl 15. rok věku, mladistvým pak ten, kdo 15. rok dovršíl, ale nepřekročil 18. rok.

Jak již bylo řečeno, adolescence je mimo jiné příznačná pubertálními změnami, obsahujícími tělesnou proměnu z dítěte na dospělého, ta je typická zvýrazněním pohlavních znaků. Růst těla, objevující se ochlupení, difference intimních partií a s tím související obalování určitých částí těla tukem (a to především u dívek, v podobě boků, stehů či prsů) představuje významný milník ve vnímání vlastního těla.

Výrazná tělesná proměna dočasně snižuje spokojenost s vlastním tělem, s tím, jak se jedinec vyrovnává se změnami, souvisí zároveň přijetí nové identity, jejíž součástí se stávají společensky prezentované vzory mužů a žen. Problémem je však to, že adolescent nekriticky tyto vzory přejímá a považuje je za normu, což se v případě ženské populace může stát zásadním okamžikem v utváření vztahu k vlastnímu tělu negativním směrem. Především pak proto, že v tomto vývojovém období je tělo považováno za velice důležitý komunikační prostředek s okolím, vypovídajícím o celkové atraktivitě a sociálním zařazení (Fialová, Krch, 2012, s. 98-102).

To, jak se jedinec oceňuje a jak je se sebou spokojený, závisí na vlastních zkušenostech a mínění druhých, a protože mezi nejzákladnější komunikační prostředky tohoto vývojového stádia patří právě tělo, je hodnocení vlastního těla ze strany vrstevníků určující pro konečný vztah k němu samému.

Kromě změn tělesných, prochází jedinci dále změnami emočními a kognitivními. Při kognitivním vývoji dochází k maximalizování výkonnosti intelektu, ke změnám paměti, kdy je typická schopnost logického i abstraktního myšlení a pozornost se stává více selektivní. Pro emoční vývoj je typická především zvýšená emoční labilita, nízká frustrační tolerance a dále charakteristický emoční egocentrismus (Zemanová, Dolejš, 2015, s. 24-27). Jedinci procházející tímto obdobím se stávají přecitlivělými k vnějším podnětům, zažívají stav nejistoty ke svému současnému a budoucímu postavení mezi lidmi a ke vztahu k úkolům a požadavkům, které jsou od nich očekávány. Toto období bývá typické změnami nálad, impulzivností, nevyrovnaností jedince a jeho častými vnitřními konflikty (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 147-148).

Změny v chování a vědomí mládeže chápeme jako tzv. sociální zrání, to je vysvětlováno jako utváření hodnot, přebírání společenských norem a v rámci toho i osvojování společenských rolí, určitých vzorů a typů chování. Obecně lze říci, že chování dospívajícího probíhá pod tlakem těchto norem, postojů a názorů dané společnosti. Na jeho základě si jedinec ujasňuje, co se od něj očekává, tato očekávání jsou postupně interiorizována a posléze je jimi řízeno jeho počínání. Jednání člověka je tedy výsledkem vnějších tlaků společnosti, zvnitřněných požadavků společnosti a spontánních projevů (Sak, 2000, s. 55-62).

Nedílnou součástí procesu dospívání je utváření vztahů. V období adolescence pak právě dochází k četným změnám ve vztahové oblasti, kdy tato samotná sféra představuje pro jedince jednu z nejdůležitějších vůbec. Vrstevnické vztahy začínají být nadřazovány vztahům rodinným, jedinec začíná toužit po osamostatnění a vzrůstá u něj snaha dát najevo svou individualitu. Oproti tomu je velice častá konformita vůči vrstevnickým skupinám, přejímání vzorů chování, hodnot i postojů skupiny, se kterou se jedinec identifikuje.

1.3 Působnost sociálních vlivů v utváření představ o vlastním těle

Jedince je nutno vždy porovnávat v kontextu s jeho prostředím, jehož je neoddělitelnou součástí a koexistuje s ním ve vzájemné souvislosti. Zde se budeme zaměřovat především na úlohu prostředí sociálního, které je primárně utvářeno celkovým hodnotovým systémem společnosti, v jejímž duchu dále působí na jedince prostřednictvím rodiny, školy, vrstevníků a dále médií. Nedílnou součástí života dospívajících, na kterou je nutno poukázat je proces socializace, ten je vysvětlován jako začleňování jedince do společnosti, kdy dochází k osvojování daných norem, hodnot a způsobů chování. Přizpůsobováním a učením se daným pravidlům dochází tak k začleňování do společnosti.

Informace, získávané z našeho sociálního prostředí utvářejí celkovou představu o nás samotných, jedná se o výsledek propojení objektivních projevů, kdy se jedinec porovnává s normou, nebo informací získaných od druhých. Současně jsou navíc tyto objektivní soudy doplněny o subjektivní pocity a představy o ideálu. Jako sociální okolí ovlivňující naše smýšlení potom rozumíme především rodinu, která primárně utváří naše hodnoty, dále autority a vrstevníky, podávající představu o tom, co je žádoucí a co naopak. Pod druhy vlivu lze zařadit individuální vzory či příklady v podobě určitých osob, médií prezentované ideály, tiskoviny informující o tom, co je žádané, společenské tlaky udávající předpoklady pro úspěšnost, a v neposlední řadě také skutečné chování okolí (Fialová, Krch, 2012, s. 30-31).

Za nositele primární socializace považujeme **rodinu**, na jejíž působení navazuje škola, dochází k osvojování společenských rolí, neboli očekávaných způsobů chování a uvedení jedince do dané společnosti (Kraus, 2001, s. 57). Rodina nese klíčovou roli v utváření dlouhodobého vztahu k sobě samému, právě zde dochází k ověřování žádoucích a nežádoucích způsobů chování a z toho vyplývající akceptace jedince ze strany rodičů, při tomto jevu pak následně dochází k zvnitřnění rodičovského hodnocení. Toto hodnocení posléze tvoří základ sebepojetí jedince, dále jeho sebehodnocení či sebevědomí (Sedláčková, 2009, s. 41-42). Utváří se sebedůvěra, motivace a postoje ke své vlastní osobě i okolí, formují se modely chování, normy jsou předávány a následně interiorizovány, díky rodině si jedinec uvědomuje své místo a roli ve společnosti (Wedlichová, 2008, s. 79)

. Základní hodnoty a morální postoje převzaté z rodinného prostředí zůstávají v mysli jedince zásadními a neměnnými i tehdy, začne-li se osamostatňovat a navazovat vztahy s vrstevníky. Volba výběru vrstevnické skupiny tak z části závisí i na zachování vštěpovaných rodičovských hodnot. Vrstevnická skupina pak tyto naučené způsoby chování dále upevňuje.

Škola se svou výchovně - vzdělávací funkcí představuje důležité místo v životě jedinců, kdy v procesu socializace dochází k utváření osobnosti, jedinec se zde učí novým dovednostem a hodnotám, získává znalosti a připravuje se tak na život. Postava učitele zde vystupuje jako vzorová, konkurující rodičům i vrstevníkům, proto je velice důležitá kompetentnost a podporující přístup.

Roviny vztahů ve školním prostředí lze rozdělit na vztahy mezi žáky a učiteli, vztahy mezi žáky navzájem (převážně vrstevnické vztahy) a dále vztahy mezi učiteli. Rizika ve školním prostředí lze spatřovat především v rivalitě žáků, kteří se vzájemně posuzují podle vlastních dovedností a dosažených výsledků. Právě toto může v situacích negativního hodnocení ze stran učitele či jiných žáků vést ke sníženému sebevědomí a sebehodnocení, také však k dalším patologickým jevům (Kraus, 2015, s. 109-116). Hoferková a Pelcák poukazují na významnost školního prostředí vzhledem k velkému množství času, jež zde jedinci tráví. Pozice ve třídě výrazně formuje identitu a sebejistotu jedince, převážně proto, že žák vnímá učitelovo hodnocení dosažených výkonů jako hodnocení celé jeho osoby, což může silně působit na obraz sebepojetí v budoucnu (Hoferková; Pelcák, 2015, s. 38-40). Vytvoření zdravého klimatu třídy a podporující osoba učitele, která současně funguje jako autorita i vzor pro přijímání hodnot, jsou proto nezbytné. Nutné je poukázat na fakt, že v současné době jsou na školu kladeny nároky, které by mělo primárně splňovat rodinné prostředí, škola se nyní potýká s problémem, kdy je její povinností nejen doplňovat proces socializace, započatý v rodině, ale kdy se musí zhostit role rodiny v prvotním utváření společensky žádoucích hodnot, či napravovat nedostatky výchovy.

Dalším, velmi významným činitelem v oblasti utváření hodnot, názorů, postojů a představ o sobě samém jsou **vrstevnické skupiny**. Dospívající jedinec se do nich dostává především v rámci předškolní a školní docházky, dále pak při trávení svého volného času.

Přestože rodina zaujímá v oblasti socializace prvotní místo, na její důležitosti ztrácí právě se vstupem jedince do vrstevnických part, které se tak stávají nejdůležitější součástí jeho aktuálně prožívané životní etapy, zvláště pak v případech, kdy rodina nesplňuje své funkce a neposkytuje kvalitní zázemí (Kraus, 2015, s. 122-123).

Vrstevníky se rozumí skupina osob, kde nastává podobnost jednotlivých členů na základě věku, vývoje biologického, psychického, sociálního a kulturního, a těch, kteří byli narozeni za stejných historických podmínek (Sedláčková 2009, s. 63). Ve vrstevnické skupině si jedinci ujasňují vztah k sobě samému, získávají pocit vlastní autonomie a hodnoty, vyjasňují si vlastní sociální status a role. Vztahy fungují jako stabilizátor jedince v období změn, kterými prochází, umožňují sdílení názorů, zkušeností a problémů typických pro tuto věkovou kategorii, poskytují zpětnou vazbu o vlastní osobě a fungují jako zdroj standardů chování. Pro členy je velice důležité pozitivní hodnocení vlastní osoby ze strany vrstevníků, což přímo ovlivňuje celkové sebehodnocení jedince a jeho postoj k sobě samému (Macek, 1999, s. 71-74).

Právě mezi vrstevníky každodenně probíhá sociální srovnávání a tak i sociální zkušenost, z jakých důvodů je jedinec ostatními odmítán či přijímán. U adolescentů je všeobecně známo, že potřebují být oceňováni a respektováni, chtějí působit co nejlepším dojmem a zastřít veškeré nedostatky. Ve snaze obstát v očích vrstevníků, se pak jedinci chovají konformně a jejich vlastní chování je neustále korigováno ve prospěch pozitivního hodnocení ze strany vrstevníků (Fialová, 2001, s. 33-34).

Dalším významným činitelem působícím na dospívající jsou **média**. Dnešní doba je typická všudypřítomností a stále vzrůstajícím významem i oblíbeností průmyslu technologií a jejich nedílnou součástí - médií. Fialová vymezuje médium jako zprostředkovatele informací určujícím nejběžnější a v současné době nejvyhledávanější trávení volného času. Média chápe jako zdroj moci, neboli prostředek vlivu a ovládnutí, dále jako prostředí, významný zdroj vykládání sociální reality, primární klíč ke slávě a konečně i zdroj vymezující, co je normální. Neoddělitelným pojmem je termín masová komunikace, významný rys současnosti, vysvětlený jako vyžití technických prostředků pro šíření symbolického obsahu k široké veřejnosti.

Masová média lze rozdělit na vysílací a tištěná, jedná se tedy o rozhlas, televizi, noviny, časopisy, reklamu a v neposlední řadě jedno z nejvíce vyžívaných médií současnosti, které převyšuje veškerá média předcházející – internet (Fialová, Krch, 2012, s. 149-150). Funkce těchto prostředků vymezuje Kraus jako:

- Informativní - poskytující informace a zprávy, obsahující také určité stanovisko.
- Formativní - ovlivňující celou osobnost příjemce, převážně pokud se jedná o reklamy.
- Komunikativní - uskutečňující spojení mezi událostí a vzdáleným příjemcem.
- Rekreativní - nabízející zábavu, odpočinek a odreagování (Kraus, 2015, s. 129-130).

Velice nebezpečným způsobem získávání informací či motivace za účelem redukce tělesné hmotnosti se pak stává především internetové prostředí. Zde se jedinec může velmi často setkat s radami a přístupy mnohdy až přímo ohrožujícími jeho život, důvodem může být kupříkladu velké množství neodborných laických článků, kterými je internetové prostředí zahlceno. Jedním z nejnebezpečnějších typů internetových stránek jsou pro-anorektické weby, napomáhající vzniku nespokojenosti s vlastním tělem a rozvoji poruch příjmu potravy, kdy samotné onemocnění podporují a vyzdvihují. Zde lze vyzdvihnout pojem „thinspiration“ (složen z anglických slov thin a inspiration, v doslovném překladu: motivace ke štíhlosti), který zobrazuje extrémně štíhlé a vyhublé jedince. Ten je veřejnosti dostupný formou galerií či videí, jejichž prostřednictvím jsou návštěvníci stránek povzbuzováni k tomu, aby vypadali stejně jako prezentované vzory.

Nutné je poukázat na současnou mediální závislost lidské populace, vyústující ze snahy jedinců porozumět společnosti a to právě prostřednictvím médií, která jsou brána jako základní zdroj informací. V této souvislosti je brán zřetel na fakt, že média svou činností posilují současné trendy společnosti, a je už na jedinci samotném, zda těmto trendům podlehne, či nikoliv (Fialová, Krch, 2012, s. 150-152). Kritici se naopak přiklání ke skutečnosti, že průměrná populace je neschopna kriticky posuzovat předkládaný mediální obsah, a přijímá všechny nabízené informace, které chápe jako základ pro porozumění světu (Fialová, 2001, s. 189).

Tyto trendy jsou prostřednictvím médií propagovány pomocí reklamy, které rozumíme jako způsobu šíření informací o službách a výrobcích s účelem formovat, či tvořit nabídku a tak ovlivnit chování spotřebitelů. Cílem může být informování, přesvědčování, připomínání, nebo zvýšení poptávky a možnosti distribuce, přičemž je vždy brán zřetel na cílovou skupinu potencionálních spotřebitelů, na kterou je reklama směřována (Fialová, Krch, 2012, s. 152-154). Vliv reklamy na nás působí ze všech stran, každodenně, neustále a jen ztěžka je možné se mu ubránit. Největšímu riziku pak podléhají právě dospívající, kteří v dnešní době tráví velké množství svého volného času na internetu či sledováním televize. Jejich snadná manipulovatelnost pak vyplývá především z neschopnosti kriticky hodnotit obsah reklamních sdělení a z přesvědčení propagovaných reklamou, že pokud budou vyžívat určité výrobky, či služby, budou respektováni svým okolím, dosáhnou úspěchu a obdivu. Reklamy módních a kosmetických značek se stávají vysoce rizikové právě z důvodu, že ke své propagaci využívají převážně buď štíhlé modelky, nebo modely s velkou muskulaturou bez jediné vady, ty pak mnozí dospívající začnou považovat za ideál (Šebela, 2010, s. 393-396).

V této souvislosti je třeba uvést diferenci v možnostech ovlivnitelnosti jedinců, a sice na základě rozdílnosti pohlaví, kde bylo mnohými výzkumy zjištěno, že ženská populace je mnohem snadněji ovlivnitelná, než mužská. Dále bylo zjištěno, že u jedinců s nízkým sebevědomím ovlivnitelnost vzrůstá (Fialová, 2001, s. 192). Dospívající dívky i chlapci často snadno podlehnou reklamním slibům „dokonalého těla“ a v marné snaze se uměle vytvořenému ideálu přiblížit, začnou být se svým současným vzhledem nespokojeni, negativně hodnotí své tělo a snaží se ho změnit.

Existuje velký počet zdrojů, který usvědčuje jedince v tom, že to jak vypadá, není žádoucí a jeho proměna je více než nutná. Trh je zahlcen prostředky a přípravky na hubnutí slibující převratné, rychlé a snadné proměny těla, které jsou dosažitelné každému, kdo obětuje své peníze a čas. Vzrůstající typy nejnovějších forem cvičení a diet, doplňků stravy a jejich zázračných výsledků jsou každodenně chrleny průmyslem na potencionální spotřebitele ze všech stran. Slavné osobnosti shlížející z billboardů a rozhovory s místními celebritami promítané internetem či televizí, zasazují do našich myslí nutnost štíhlosti, či svalů, jako cesty k životnímu úspěchu a kráse. Vyumělkovanost těl těchto několika málo představitelů společnosti udává důležitost štíhlosti na první místo.

Z přehnanosti a nedosažitelnosti se snaží dělat normy, které jsou nám každodenně vštěpovány. Nijak tomu ani nepomáhá stigmatizace osob, které mají k ideálu daleko, nebo se od něj svým vzezřením zcela odlišují. Jedincům s větším obsahem tělesného tuku jsou pak společnostmi přikládány mnohé negativní vlastnosti, jako kupříkladu lenost, nedisciplinovanost, neschopnost. V důsledku toho jsou pak tito jedinci značně se lišící od daného ideálu společnostmi odmítáni. V marné snaze přiblížit se prezentovaným idolům, a tím pádem se stát společensky uznávaným, pak začíná boj s vlastní přirozeností těla.

V oblasti sebepojetí je nezbytné zaměřit se na fakt, že právě dostupnost, masovost i oblíbenost médií se v dnešní době stává významným prostředkem ovlivňování jedinců, úzce souvisí a zároveň částečně přebírá role rodičů i vrstevníků, jakožto informátorů o současných hodnotách a normách společnosti. Formuje tak chování jedinců, a to v největší míře pokud se jedná o dospívající, kteří nejsou schopni oddělit předkládanou virtuální realitu od skutečného světa. V souvislosti s tím, poukazuje například Sedláčková na problémovost uvádění určitým stylem upravených témat, vytvářející dojem běžné kulturní normy. Tyto předkládané normy dospívající chápe jako nezpochybnitelný standard, který se pro něj stává realitou. Neschopnost kritického hodnocení ze strany dospívajících spojená navíc s potřebou sdílení zážitků či zkušeností s vrstevníky, vedoucí ke konzumaci určitých a podobných mediálních sdělení, pak vede k napodobování médií předkládaných modelů chování (Sedláčková, 2009, s. 65).

2 Narušené vnímání vlastního těla jako rizikový determinant

Jak již bylo řečeno, vnímání vlastního těla neboli body image, je přímo závislé na sociokulturním prostředí jedince. V něm pak hrají důležitou roli nastavené tělesné standardy a ideály společnosti, jejichž kritériím by se měl daný jedinec co nejvíce přibližovat. Rozdíl mezi současným tělesným vzezřením a jeho ideálem, či neschopnost přiblížit se mu, úzce související s propagací až nerealistické štíhlosti, coby základního kritéria krásy, často vyústí ve zkreslené vnímání vlastního těla, jeho negativní hodnocení, nebo dokonce jeho odmítání. Náchylnější skupinou k rozvoji narušeného vnímání vlastního těla, rozumíme především adolescenty. Je tomu tak především z důvodu zažívání životních nejistot spojených s proměnou těla, zvýšenou potřebou pozitivního hodnocení a přijetí vlastní osoby druhými, často v přímé souvislosti s mediálně interpretovanými vzory krásy, ke kterým jsou více konformní, nežli kritičtí.

2.1 Důvody tělesné nespokojenosti a způsoby korekce těla

Každá společnost má specificky vytvořené normy, pravidla a ideály typické právě pro ni v určitém časovém období. V souvislosti s ideály je nutné upozornit na rostoucí důležitost kultu těla. Ten je příznačný tím, že udává přesně vymezené parametry, podle nichž jsou rozdělováni na ty, kteří požadavky splnili a uspěli, nebo ty, kteří je nesplnili a tudíž neuspěli. Názor na to, co je krásné, je utvářen společností i jednotlivci, velkou měrou ovlivňují daná měřítka odvětví průmyslu, a to prostřednictvím reklamy a stále rostoucí nabídky. Styl přesvědčování o potřebnosti daného produktu a s tím související vsugerování nutné změny k „lepšímu“, společensky přijatelnějšímu zevnějšku, vytváří pak na jednotlivce nátlak, kterému není schopen se zcela ubránit. Podléhá pak uměle vytvořeným tlakům, přes své upravené a vylepšené já, nepocituje spokojenost, ba naopak, snaží se znovu a znovu přizpůsobovat, zkrášlovat a zapadnout tak do většinové společnosti, slepě se ženoucí za ideálem, kterého nikdy nebude schopna dosáhnout.

Dnešní doba je typická tím, že je orientována na viděné, největší význam je přikládám tomu, co lze spatřit. Tělo, je tedy vnímáno především jako prvotní informátor o osobnosti člověka, a v tomto důsledku podléhá tudíž nejvíce soudům a tlakům jednotlivců i celkové společnosti.

Dnešní společnost, vytvořila kult těla, vymezující jeho důležitost v životě jedince a navíc přesně označující, co je v oblasti tělesnosti žádané či nikoliv. Na jednotlivce jsou tak kladena přesná specifika v oblasti krásy, která je nutné respektovat.

Od dvacátých let 20. století zachvacuje společnosti nový jev, je jím tzv. idealizace štíhlosti, Grogan ve své knize vysvětluje tento jev jako: *“výsledek úspěšné marketingové politiky módního průmyslu, ze kterého se stal standard kulturní krásy v bohatých průmyslových společnostech“* (Grogan, 2000, s. 21-26). Trend štíhlosti dostávající se k nám ze západních zemí zapříčinil tak dojem, že v dnešní době platí, že štíhlost se rovná kráse, a samotná krása bude vždy neoddělitelně posuzována v kontextu štíhlosti. Významnou roli zde hrají sdělovací prostředky, jež bez ostychu oslavují a propagují štíhlý, až vyhublý ideál, považovaný za standard krásy. Nejvíce vystavena tlakům je pak především oblast ženské populace, převážně pak, jedná-li se o adolescenty. U mužů je standard štíhlosti také prosazován, děje se tak ale spíše v důrazu na nárůst svalové hmoty, oproti zvýšené tělesné hmotnosti v podobě tukových zásob.

Způsoby úpravy těla

Dnešní doba je příznačná propagací nepřeborných způsobů, jimiž lze dosáhnout žádoucího tělesného ideálu. Schopnost jeho dosažení je nepřesně propagována bez rozdílu věku, individuálních možností jedinců a mnohdy přehlíží i fakt zdraví ohrožujícího chování. Každým dnem jsou nabízeny stále nové způsoby, v jejichž správnosti či naopak škodlivosti je velice těžké se orientovat i pro odborné specialisty, natož pak pro jedince v běžné společnosti. Při honbě za tělesným ideálem jedinci obětují spoustu svého času i finančních prostředků, obětují psychickou pohodu a často i své zdraví, protože nejsou schopni kriticky zhodnotit účinnost či rizikovost dané nabídky, která vždy slibuje co nejjednodušší a nejrychlejší úspěšnost. Problémem bývá i fakt, že služby poskytované v tomto oboru může provozovat téměř každý, tudíž i osoba bez náležité kvalifikace a odborného vzdělání. Způsoby korekce těla lze dle Fialové rozdělit na oblasti pohybu, výživy, lékařských zákroků či kosmetické péče.

Dále pak podle míry aktivity či sebezapření a dle způsobu zajištění následovně:

- Podle míry vlastní aktivity - na aktivní (např. tělesné cvičení) a pasivní formy (plastické operace, kosmetické úpravy).
- Podle míry sebezapření - získání na základě sebezapření (cvičení, diety) a koupáním (kosmetické přípravky, dietní preparáty).
- Podle institucionálního zajištění - školy, sportovní kluby, fitness centra, kosmetické salony, zdravotnická zařízení, volný prodej (Fialová, 2001, s. 202-203).

Pohyb by měl při pravidelném a umírněném způsobu přizpůsobeném individuálním zvláštnostem přispívat k tělesnému zdraví, vést k harmonickému rozvoji osobnosti a duševní pohodě. Je dokázáno, že pravidelné cvičení snižuje stres a deprese, zvyšuje spokojenost s vlastním tělem i sebevědomí a zlepšuje kvalitu spánku i celkový obraz těla. Současně působí jako prevence zdravotní a prevence poruch příjmu potravy, pokud je umírněný. Pohybové možnosti nabízí široká škála institucí, z nichž nejznámější jsou fitness centra, zde si jedinci mohou vybírat ze cvičení formujících tělesnou postavu či z rehabilitačních a relaxačních technik zaměřených na tělo. Muži dávají přednost klasickému posilování neboli kulturistice, zaměřené na nárůst svalové hmoty, ženy preferují aerobní cvičení (Fialová, 2001. S. 203-205). Rizikovým se cvičení může stát, pokud je tělo dlouhodobě a mimořádně přetěžováno, jedinci přeceňují své síly a schopnosti, neberou v potaz potřeby těla na odpočinek, či ve sportu pokračují i přes závažná poranění a kolapsy. U mužů je nezdravá touha po dokonalém svalnatém těle často spojována s užíváním preparátů podporujících nárůst svalové hmoty, tzv. anabolik. S nimi se nejčastěji setkávají právě ve fitness centrech, kdy se k nim jedinci začínají uchýlovat, v příslibu rychlejšího a snadnějšího dosažení své vysněné postavy. Anabolika však mohou způsobit velké množství zdravotních komplikací jako například: ucpávání a infekce potních pórů, ztráta pružnosti kůže, ubývání vlasů, nárůst cholesterolu. Mohou vyústit i v závažné problémy jako onemocnění tepen, infarkt, zvětšení prostaty či její rakovina a také v impotenci (Fialová, 2012, s. 219-220).

Výživa je základní lidskou potřebou zajišťující přívod živin a energie nezbytných pro život. Funguje na mechanismu způsobujícím buďto tloustnutí (kdy příjem energie převažuje nad výdejem), hubnutí (kde výdej energie převažuje nad příjmem), či udržení stálé tělesné hmotnosti (pokud jsou příjem a výdej na podobné úrovni).

Pokud chce osoba snížit svoji hmotnost, může volit mezi zvýšením energetických výdejů (např. sportování), nebo snížením energetických příjmů (např. diety). Druhy diet lze dle Fialové rozdělit následovně:

- Fungující na principu snížení přísunu energie (malé množství potravy, či jeho energetická chudost).
- Fungující na principu omezení příjmu určitých druhů potravy (nevyvážená strava).
- Propagující dělenou stravu (zákaz kombinace některých potravin).

Riziko držení diet spočívá v možnosti negativního ovlivnění vnímání vlastního těla, snížení sebevědomí, zvýšení nespokojenosti s tělem a dojmům ztráty kontroly, zvláště pak, nedostaví-li se očekávaný výsledek. Zvláště rizikové je pak chronické držení diet typické pro poruchy příjmu potravy, zejména u mentální anorexie (Fialová, 2001, s. 207-210). Mezi závažné problémy vyplývající z držení dlouhodobých či drastických diet patří stravování svalové hmoty tělem, spojené s obtížemi při fyzické zátěži, dále srdeční arytmie a poškození chlopní (Fialová, 2012, s. 220). Následkem může být i smrt, ta bývá doprovázena celou řadou zdravotních problémů a onemocnění podrobně uvedených v kapitole o poruchách příjmu potravy.

Lékařské zákroky umožňují vysoce efektivní a rychlé tvarování tělesných proporcí a zakrývání projevů tělesného stárnutí. Radíme sem plastickou a kosmetickou chirurgii a farmaka. V plastické chirurgii je nejtýpější a hojně využívanou službou liposukce, neboli odstranění tělesného tuku, dále tzv. mamoplastika, čili operace prsou, kde se jedná obzvlášť o zvětšení či modelování, dalšími častými zákroky jsou například plastiky nosu a obličejů. Využíváno je také dermatochirurgie, při níž dochází k odstranění nežádoucích projevů na kůži vyříznutím. Z farmakologických postupů lze jmenovat užívání anorektik, snižujících pocit hladu, diuretik podporujících odvodňování, či dietní pilulky vyvolávající pocit sytosti a potlačující hlad.

Rizika farmak spočívají v možnosti zakoupit je i bez receptu a tudíž neznalosti lékařského doporučení ohledně rozumného užívání a vhodnosti pro daného jedince (Fialová, 2001, s. 210-212). U plastických operací je nebezpečí možnosti pooperačních problémů, nezdaření operace, či nutnost jejího opakování v průběhu dalších let (Fialová, 2012, s. 220). Typické jsou záněty, infekce, poruchy hojení, abnormální jizvení, alergie, či nutnost dlouhodobého pobytu v nemocnici v důsledku opravných zákroků.

Návratnost klientů je v současnosti vysoká, v USA je to zhruba polovina osob, u nichž byla provedena plastická operace, v ČR převládají spíše kosmetické úpravy, u nichž je návratnost klientů 80% (mineralfit.cz, online). Roční počet estetických operací v ČR odhaduje předseda České společnosti plastické chirurgie na 20 000 - 25 000, přičemž množství opakování operace je 3 – 5% (technickytydenik.cz, online). Je však vždy nutné pamatovat na fakt, že dobrovolně způsobená bolest ještě zdaleka nezaručuje výsledek spokojenosti s vlastním tělem.

Kosmetická péče je velice úspěšnou a známou součástí regenerace, zabývající se úpravou pleti, postavy, často s využitím elektrokosmetických přístrojů, například laserů. Spadá sem také výživové poradenství, masáže či techniky jako je botox. Kosmetika je rozdělována na preventivní (zlepšující odolnost kůže), reparativní a regenerační (úprava kosmetických vad za použití přístrojů), a dekorativní (líčení a úprava vzhledu). Mezi nejčastěji využívané zákroky patří zdvihání obličejových svalů za účelem vyhlazení vrásek, čištění a omlazování pleti, nebo odbourávání tuků tepelnou stimulací. Dále sem patří i široká nabídka volně prodávaných přípravků či pomůcek napomáhajících tělesné úpravě, známé jsou zeštíhlovací gely či pásy (Fialová, 2001, s. 212-214). I zde se opět mohou dostavit zdravotní komplikace, způsobené například nevhodnou aplikací preparátů, či neodborným použitím přístrojů.

2.2 Tělesná nespokojenost a možná rizika

Pokud u jedinců převládá ve větší míře příjemná a radostná zkušenost s vlastním tělem, nahlíží na své tělo jako na skvělý nástroj, prostřednictvím jehož zažívají pozitivní emoce v kontaktu se společenským okolím. Pokud však z velké části převládají negativní pocity ve spojitosti s prožíváním skrze své tělo, jako jsou například posměch či jeho odmítání okolím, stává se z těla přítěž, zdroj úzkosti a nejistoty (psychoterapie - andel.cz, online). Tělesná nespokojenost existuje ve spojitosti s nízkým sebevědomím, úzkostností a s pocity nedostatečného společenského uznání. Příznačné jsou také symptomy deprese, projevující se jako pocity viny, beznaděje, ztráta sebedůvěry, což může v horších případech vést až k sebepoškozování.

Mezi příznaky narušeného vnímání vlastního těla lze dle Fialové a Krcha zařadit následující:

- Nereálné hodnocení proporcí a velikosti vlastního těla.
- Nereálné představy o důsledcích příjmu potravy, diet a cvičení na tělesné proporce.
- Rozdíl mezi viděným a prožívaným.
- Rozdílné hodnocení svého těla a těl jiných.
- Vytváření vlastních norem velikosti těla.
- Zaměřenost na imaginární vadu, nedostatek svého těla.
- Posedlost ideálem, vyhublostí.
- Odcizení vlastního těla.
- Negativní sebehodnocení a vztah k vlastnímu tělu (Fialová, Krch, 2012, s. 189-195).

U jedinců s narušeným vnímáním vlastního těla a touhou přiblížit se společensky předkládaným ideálům, tak často dochází k rozvoji velmi vážných onemocnění. Nutné je ovšem podotknout na jistou diskrepanci mezi ženskou a mužskou populací.

Pro ženy je příznačné, že vzhledu přikládají daleko větší význam v životě, negativní hodnocení vnímají intenzivněji, typická je pro ně touha zhubnout a často se uchylují k dietnímu chování. Nejčastěji diagnostikovaným onemocněním jsou poruchy příjmu potravy, zejména anorexie. Muži, jak již bylo řečeno, jsou naopak zaměřeni na nárůst svalové hmoty, obavy z tloušťky u nich nejsou tolik běžné. Pro mužské chování je typická závislost na posilování, zneužívání látek podporujících svalový růst, či jiných potravinových doplňků. Poruchy příjmu potravy nejsou u mužů tak časté, přesto se jim zcela nevyhýbají, častým onemocněním vyskytujícím se převážně v mužské populaci je bigorexie, Adonisův syndrom. U obou pohlaví existuje také možnost vzniku dysmorfofobie a ortorexie (Fialová, Krch, 2012, s. 190-197).

2.3 Specifika jednotlivých onemocnění

Pro pochopení širších souvislostí, a především uvědomění si závažnosti rizik vyplývajících z narušeného vnímání vlastního těla je nutné bližší seznámení s jednotlivými onemocněními. Pozornost je věnována především druhům poruch příjmu potravy, jakožto nejčtenějšímu a nejznámějšímu z uvedených onemocnění, které je také pro tuto práci považováno za stěžejní. Ostatní onemocnění jsou uvedena pouze ve zkratce.

Adonýský syndrom, bigorexie neboli chorobná posedlost vlastním zjevem, se vyskytuje především u mladých mužů. Spočívá ve snaze dosáhnout co možná nejdokonalejšího, nejsvalnatějšího a perfektně vypracovaného mužského těla. Časté bývá dlouhodobé a neadekvátní přetěžování těla formou tréninku ve spojitosti s užíváním látek podporujících růst svalové hmoty, např. anabolických steroidů. Takovéto chování může mít za následek zvýšenou podrážděnost a agresivitu, vážné poškození tělesného zdraví i rozvoj psychosociálních deviací (Fialová, Krch, 2012, s. 212). Dalšími riziky jsou poškození pohybového aparátu, ledvin, jater a trávicího systému v důsledku dlouhodobého přetěžování. Typická je také sociální izolace a ztráta ostatních zájmů v důsledku posedlosti svalnatou postavou (idealni.cz, online).

Drunkorexie spočívá v redukci přijímané potravy, a tím i v omezení množství přijímaných kalorií, což jedinec považuje za možnost, kdy si může dopřát alkoholický nápoj (disponující větším množstvím kalorií) bez výčitek a strachu vyplývajícího z nárůstu tělesné hmotnosti. Častým typem chování je také vědomé zvýšení intenzity energetického výdeje pomocí kombinace alkoholu s energetickými drinky. Rizikem je zde především rychlejší vstřebávání alkoholu a znásobení jeho účinku, což může vést až k otravám alkoholem. Při kombinaci alkoholického nápoje s energetickým drinkem hrozí kolaps organismu, který může mít za následek i smrt. Problémem je také sociální izolace vyplývající ze snížené společenské atraktivity, způsobená podrážděností z hladu či stavu opilosti (idealni.cz, online). Mnohdy zneužívání alkoholu představuje rovněž prostředek, díky němuž osoba potlačuje hlad, pocity viny a samotu. Zdravotní rizika drunkorexie jsou podobné, jako u poruch příjmu potravy, kdy hrozí narušení celkové funkčnosti organismu nebo jeho kolaps. Dalším typickým rizikem je i rozvoj závislosti na alkoholu a s tím nastávají i zdravotní rizika spojená s jeho užíváním (viscojis.cz, online).

Dismorfofobie je charakteristická strachem z vlastní ošklivosti, nebo domnělou abnormitou některé části vlastního těla, (kdy se jedná kupříkladu o nespokojenost s tvarem či velikostí) na niž se jedinec neustále zaměřuje. To může vyústit až ve formu psychotického bludu. Časté je spojování domnělé abnormity s životními problémy (Fialová, Krch, 2012, s. 192-193). Typická je nadměrná a neustálá zaměřenost na domnělý nedostatek či abnormitu vedoucí k depresím, stranění se společnosti z obavy kritiky a dále také přehnaná zaměřenost na využití možností plastických operací.

Ortorexie bývá reprezentována jako posedlost zdravou výživou, vedoucí k zanedbávání vztahů s okolím, či ztrátu zájmů. Jedinci se neustále zaobírají tím, co jedí, vynakládají nadměrné úsilí při výběru co nejzdravějších potravin, přičemž se soustřeďují na jejich složení, původ, výživové hodnoty. Variantami mohou být vegetariánství, veganství, frutariánství nebo nákup biopotravin (Kraus, 2015, s. 185). Hlavním znakem ortorexie je především extrémní omezení možností stravování, zahrnující absolutní vyloučení, či minimalizaci určitých potravin, které jsou považovány za nezdravé. Jedinci odmítají uměle hnojené, geneticky upravované potraviny a dále potraviny obsahující konzervanty a barviva, čímž je možnost výběru velice omezená. V tomto důsledku dochází ke ztrátě tělesné hmotnosti a podvýživě (idealni.cz, online).

Výjimkou není ani vypadávání vlasů, chudokrevnost, řídnutí kostí a nízká hladina cukru v krvi, což souvisí s prohlubováním úzkostných stavů, dezorientací, nervozitou a depresemi. Ortorexii je nutné léčit a zaměřit se přitom především na psychické důvody vzniku onemocnění, hrozí zde totiž, že toto onemocnění může v neléčené formě vyústit i v anorexii a vážně tak ohrozit jedince na životě (zdravi.e15.cz, online).

Poruchy příjmu potravy, dále jen PPP jsou typické narušenými postoji k jídlu a k vlastnímu tělu. Jedinci trpící tímto onemocněním mají ke svému tělu ambivalentní či negativní vztah související s poruchou sebepojetí, nejsou schopni přiměřeně hodnotit proporce vlastního těla ve srovnání s normou a velice často jsou přesvědčeni, že jsou obézní. Nadměrná soustředěnost na jídlo dosahuje až obsedantně kompulzivního charakteru, jedinci se jím neustále zabývají, neobvykle se upínají na výživové hodnoty, složení, přípravu i samotnou konzumaci (Vágnerová, 1999, s. 230). Charakteristické jsou neustálé obavy z tloušťky, fixování na kontrolu tělesného vzhledu a to především tělesné hmotnosti, přičemž je jejich chování zaměřeno na její snižování. Nízké sebevědomí, sociální problémy či somatické obtíže jsou dalšími souvisejícími jevy.

Pod PPP zařazuje Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s Diagnosticko statistickým manuálem (DSM-IV) dva syndromy, a sice: mentální anorexii a mentální bulimii (Krch, 1999, s. 13-14). Ve spojitosti s PPP se můžeme dále setkat s formami atypickými a nespecifickými označovanými též pojmem tzv. psychogenního přejídání (Papežová, 2014, s. 179). U mentální anorexie a mentální bulimie je charakteristická podváha, která lze určit s pomocí tzv. BMI (Body Mass Index), neboli indexu tělesné hmotnosti. BMI je využíván jako ukazatel k určení zdravé tělesné hmotnosti či její abnormalitě, pro výpočet je využíváno vzorce: $BMI = \text{váha (kg)} / \text{výška}^2 \text{ (m)}$.

2.3.1 Rizikové faktory

Rizikových faktorů vedoucích ke vzniku PPP je celá řada, jsou jimi jak fyzické, psychické, i sociální dispozice, přičemž je vždy nutné brát v potaz odlišnosti v čase i jednotlivých kulturách. Papežová vymezuje tyto současné rizikové faktory následovně:

- **Pohlaví** - zde je poukazováno na výsledky dosavadních výzkumů, jednoznačně dokazujících, že ženská populace trpí PPP častěji než mužská, v případě onemocnění mentální anorexií či bulimií je tomu u žen až 10x více.
- **Věk** - kdy je za nejrizikovější období považována adolescence a časná dospělost.
- **Osobnostní znaky** - jedná se především o impulzivitu (především v souvislosti se záchvatovitým přejídáním), dále perfekcionismus a obsedantně-kompulzivní poruchy (mnohdy ve spojitosti s nízkým sebevědomím, nespokojeností s vlastním tělem a důrazem na plnění vysokých požadavků), nespécifickými rizikovými faktory jsou negativní emocionalita a úzkostnost.
- **Nepříznivé životní události** - spočívající v opakovaném vystavení jedince traumatickým událostem (např. rodinné problémy, neadekvátní tlak na nadstandardní výkony, sexuální zneužívání, odloučení od původní rodiny, přizpůsobení se cizí kultuře a zážitky studu).
- **Riziková prostředí** - primárně zaměřená na význam štíhlosti těla, na které je pohlíženo jako na nástroj obživy (balet, modeling, gymnastika).
- **Držení diet, nespokojenost s vlastním tělem, vliv kultu štíhlosti** (Papežová, 2010, s. 37-48).

Krch doplňuje rizikové faktory o kulturní rovinu, která nekriticky oslavuje štíhlost a vyhublost. Následovně poukazuje na současný módní ideál, tlak na dodržování štíhlosti, předpojatost vůči obézním a zvyšující se nároky v souvislosti s profesionálním uplatněním. K rizikovému rodinnému prostředí připojuje dimenzi držení diet, či výskyt PPP a alkoholismu, kdy tyto druhy chování v rodinném prostředí působí jako možné predispozice pro vznik PPP (Krch, 1999, s. 58-80). Provázanost jednotlivých aspektů při vzniku PPP dokonale vystihuje Krch následujícím tvrzením: „*Významný není jen vliv médií, sociální hodnota těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, měnící se životní styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i mnoho dalších, často nespécifických sociálních vlivů, jako je zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, snížená sebekontrola, úpadek jídelní kultury apod.*“ (Krch, 1999, s. 61).

2.3.2 Specifika jednotlivých PPP

Mentální anorexie je onemocněním s pozvolným průběhem, charakteristickým patologickým strachem ze ztloustnutí, pro něž je typické odmítání potravy. Nutková potřeba hubnutí spojená s obavami z jídla není ovladatelná vůlí. Snižování tělesné hmotnosti je základním cílem jedince, ten se snaží potlačit pocity hladu, což zásadně ovlivňuje jeho sebeúctu a při dlouhodobém působení způsobuje celkovou ztrátu chuti k jídlu. V návaznosti na provedené studie lze shrnout typické rysy osobnosti u jedinců trpících mentální anorexií následujícím výčtem: konformita, důraz na výkon, zodpovědnost, svědomitost, perfekcionismus, dobrá inteligence, úspěšné školní výkony, nejistota, nedostatečně vysoké sebevědomí, introverze, vyšší senzitivita a depresivita (Vágnerová, 1999, s. 230-233). Znaky mentální anorexie z pohledu MKN-10 a DSM-IV jsou velice podobné, u obou je kladen důraz na snižování tělesné hmotnosti, strach ze ztloustnutí, narušené vnímání vlastního těla a absence menstruace.

Papežová uvádí jednotlivá diagnostická kritéria pro mentální anorexiu vycházející z MKN-10 následovně:

- Udržování tělesné hmotnosti nejméně 15% pod předpokládanou normální hmotností těla.
- Snižování hmotnosti jedincem samotným, často formou diet, zvracením, excesivním cvičením, či užíváním anorektik, diuretik, laxativ.
- Přetrvávající strach z tloušťky i při výrazné podvaze, zkreslené představy o vlastním těle a neustálé myšlenky na udržení podváhy.
- Endokrinní poruchy (u žen ztráta menstruace, u mužů ztráta sexuálního zájmu).
- Opoždění, nebo zastavení růstu (v případě, pokud k onemocnění dojde před nástupem puberty), (Papežová, 2014, s. 180).

Specifickými typy jsou: nebulimický, tzv. restriktivní typ (kdy během mentální anorexie nedochází u jedince k opakovaným záchvatům přejídání), bulimický, tzv. purgativní typ (kde k opakovaným záchvatům přejídání dochází), (Krch, 1999, s. 15).

Mentální bulimie se projevuje neodolatelnou touhou po jídle, která vyúsťuje v záchvaty přejídání. Po přejedení dochází k nutkání zbavit se požité stravy násilným, nefyziologickým způsobem, kdy si jedinec často přivolá zvracení, užívá laxativa (projímadla), anorektika (látky potlačující chuť k jídlu), diuretika (látky s močopudným účinkem). Osobností rysy jedinců trpících mentální bulimií jsou velmi podobné rysům mentální anorexie. Nejistota, snížené sebehodnocení, konformita a touha po dosažení společensky žádané štíhlosti se tudíž nevyhýbá ani jim. Nejvýraznější je však impulzivita a neschopnost sebeovládání. Pocity studu, viny, a především zvýšená sebekritičnost vzrůstá především z důvodu opakované neschopnosti vůle odolat záchvatům přejídání. Jedinci prožívají pocity selhání, deprese a úzkosti, dobře si uvědomují nenormálnost svého počínání, ale nejsou schopni ho zastavit, přestože se jim zdá odporné (Vágnerová, 1999, s. 234-236). Diagnostická kritéria dle MKN-10 a DSM-IV jsou opět velmi podobná, popisují opakované přejídání, životní důležitost připisovanou jídlu, postupy vyrovnávání se s požitím nadměrného množství jídla.

Papežová uvádí diagnostická kritéria dle MKN-10 následovně:

- Jedinec se neustále zaobírá jídlem, po kterém neodolatelně touží natolik, že dochází k opakovanému přejídání.
- Snaha o potlačení kalorického účinku požitého jídla je typická nuceným zvracením, hladovkami a dále užíváním laxativ, anorektik, diuretik.
- Specifický je strach z tloušťky, přičemž je hmotností práh nižší než optimální hmotnost (Papežová, 2014, s. 181).

Mentální bulimii opět rozdělujeme na dva základní typy: purgativní (pravidelné zvracení a zneužívání laxativ, diuretik), nepurgativní (kdy spíše než purgativní metody bývá využíváno diet, hladovek či intenzivního cvičení), (Krch, 1999, s. 18).

Pro formu **atypických a nespecifických typů** onemocnění je charakteristické, že chování jedinců se velmi podobá chování při onemocnění PPP, neshoduje se však ve všech klíčových příznacích. Jako příklad lze uvést pravidelnou menstruaci u pacientek s velmi nízkou tělesnou hmotností. Onemocnění rozlišujeme následovně: atypická mentální anorexie, atypická mentální bulimie a jiné poruchy jídla, známé též jako jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (Krch, 1999, s. 19-20).

Do poslední skupiny jsou zařazovány případy pacientů splňující všechna kritéria mentální anorexie (kde ovšem tělesná hmotnost odpovídá normálu), mentální bulimie (kde k záchvatům přejídání dochází méně často), dále tzv. syndrom nočního přejídání, a tzv. záchvatovité či psychogenní přejídání (Krch, 1999, s. 20). Diagnostická kritéria psychogenního přejídání uvádí Papežová následovně:

- Neustálé zabývání se jídlem, touha po něm spojená s přejídáním, pro něž je typická konzumace velkého množství jídla za krátký časový interval.
- Snaha zbavit se požitého jídla násilným způsobem chybí.
- Vyskytuje se zde chorobný strach z tloušťky, problém spočívá v dosažení váhy nižší, než je váha optimální, záchvaty přejídání jsou často odpovědí na řešení stresové situace (Papežová, 2014, s. 182).

Diagnostická kritéria nočního přejídání popisují denní jídelní režim značící nárůst příjmu potravy v době večera či noci, který se projevuje nejméně 25% konzumací jídla v době po večeři, nebo nejméně dvěma probuzeními během týdne, které jsou spojena s konzumací jídla (Papežová, 2014, s. 183).

2.3.3 Důsledky

Onemocnění PPP velice závažně ohrožují život jedinců, přináší četné zdravotní komplikace a mohou vyústit až ve smrt. Specifické jsou komplikace kardiovaskulární, ledvinové, kosterní, endokrinní, krevní, neurologické, metabolické, dermatologické a trávicí. Pro mentální anorexii je typické srdeční selhání a náhlá smrt způsobená podvýživou. Mentální bulimie zvyšuje riziko kardiovaskulárního selhání, způsobuje kazivost zubů, nevolnost, zácpu, jícnové eroze. Oba případy disponují úbytkem kosterní hmoty (Krch, 1999, s. 95-105). Proto je ve všech případech k zmírnění důsledků a léčbě onemocnění nutná adekvátní pomoc mnoha specializovaných odborníků.

Důsledky mentální anorexie jsou výsledkem nedostatečné výživy (držení diet, hladovění) a vyhublosti. Následující výčet vycházející z Krcha stručně nastiňuje některé ze závažných psychických a fyzických zdravotních problémů.

Fyzické (specifikované jako důsledky nedostatečné výživy):

- zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení;
- suchá, zažloutlá, či praskající pleť;
- vypadávání vlasů;
- vyšší kazivost zubů;
- zácpa;
- nízký krevní tlak a omdlávání;
- únava a svalová slabost;
- nespavost, poruchy spánku;
- nepravidelná menstruace, či její vymizení;
- srdeční obtíže, či srdeční selhání;
- poškození jater, poruchy ledvin, odvápnění kostí;
- oslabená obranyschopnost;
- poruchy vědomí, mdloby, závratě;
- zpomalení růstu.

Psychické:

- Nadměrná závislost nálady na tělesné hmotnosti a schopnosti sebekontroly.
- Přibývání nejistot a úzkostí.
- Vzrůst potřeby úzkostné sebekontroly (ta je přenášena z jídla do všech oblastí života).
- Neschopnost orientace ve vlastních vnitřních pocitech.
- Zhoršení intelektové výkonnosti, pracovního tempa, řešení problémů.
- Snížení zájmu o okolí (o společenské kontakty, sex), (Krch, 2002, s. 41-47).

Důsledky mentální bulimie jsou způsobeny nedostatečnou výživou (shodné s fyzickými důsledky mentální anorexie) ve spojitosti se zvracením. Mezi zdravotní nebezpečí způsobené zvracením patří už samo vyvolání zvracení nepřírozně či násilně. Dochází ke zranění krku, infekcím, spolknutí předmětu, který měl vyvolat dávení, či k prasknutí jícnu a otokům slinných žláz. Dále se narušuje rovnováha tělesných tekutin a solí, což má za následek nadměrné zatěžování srdce a ledvin. Mezi neurologické komplikace patří křeče, závratě a dokonce ztráty vědomí. Žaludeční šťávy způsobují vředy a záněty jícnu, dále také erozi zubní skloviny. Při užívání projímadel hrozí zácpa, nevolnosti, zvracení, poškození střevní stěny, zadržování tekutin a dokonce i vytvoření závislosti na jejich užívání. Psychické důsledky jsou velmi podobné mentální anorexii, s rozdílem neschopnosti sebekontroly v oblasti minimalizace množství požívaného jídla. Typické je vzrůstající nutkání přejídat se a také ztráta regulační funkce v oblasti příjmu potravy (hlad, sytost, chuť), (Krch, 2003, s. 28-33).

3 Preventivní a léčebné metody

V důsledku vzniku negativního postoje k vlastnímu tělu, rozvoje poruch příjmu potravy a s tím souvisejících psychických i fyzických problémů, jež neblaze ovlivňují život jedince, je nezbytné, zaměřit jednání společnosti na řešení těchto problémů. Nedílnou součástí by se proto nemělo stát jen specifické zacházení s osobami, u kterých již došlo k zřejmému narušení vnímání vlastního těla, či těch, u kterých jsou onemocnění již diagnostikovány. Pro léčbu pacientů s výše uvedenými onemocněními je nutná pomoc specializovaných odborníků, důvodem je dlouhodobost trvání léčby nemoci, která má postupný rozvoj a může mít až fatální následky v oblasti fyzického i psychického stavu. Pozornost společnosti by však měla být primárně zaměřena na preventivní předcházení těmto jevům. Následovně je proto poukázáno nejen na jednotlivé možnosti minimalizace následků a způsoby samotné léčby. Zřetel by měl být brán zvláště na způsoby předcházení vzniku zkreslené představy o vlastním těle a minimalizaci důvodů zrodu jeho negativního hodnocení.

3.1 Možnosti předcházení negativního vnímání vlastního těla

Ke specifikování způsobů týkajících se předcházení nespokojenosti s vlastním tělem, či k celkově negativnímu body image, je nutné, vycházet opět z konceptu dvojího. Jednak s ohledem na jedince jako samotné individuum, s ojedinělými vlastnostmi a rysy, dále je nezbytné na něj pohlížet ve spojitosti s jeho členstvím ve společnosti, kterou je neustále formován. Z tohoto důvodu zde budou následovně vymezeny dva druhy možností přecházení, jimiž jsou: potřebné změny na úrovni individua a potřebné společenské změny.

3.1.1 Potřebné změny na úrovni individua

Jak uvádí Grogan, z výzkumů přímo vyplývá, že nespokojenost s vlastním tělem, je přímo podmiňována především úrovní sebevědomí (ve smyslu - čím vyšší sebevědomí, tím větší spokojenost s vlastním tělem) a dále pocitem sebekontroly (kde víra ve vlastní sebeovládání souvisí s pocitem dosažitelnosti ideální postavy).

K vytvoření pozitivního obrazu těla je tedy nutné využít techniky posilující sebevědomí a pocity sebekontroly. Do této skupiny jsou zařazeny: skupinové diskuze zaměřené na strategie vytvoření pozitivnějšího obrazu těla (např. sportování, stanovení cílů, důležitost individuality), dále nácvik asertivity (zvyšující sebevědomí a pocit kompetentnosti) a v neposlední řadě také informovanost o působení společenského tlaku. Další možností je podpora umírněného způsobu cvičení, které není praktikováno za estetickým účelem, ale především z důvodu zlepšení pocitu kontroly, sebevědomí i celkové spokojenosti. To vše ve spojitosti se zdravotní prospěšností. Zde je však nutné upozornit na další nutnou změnu náhledu, a sice ze cvičení zaměřeného primárně na soutěživost, na cvičení jakožto způsob zvládnání stresu a aktivitu navozující potěšení (Grogan, 2000, s. 151-159). Juklová též uvádí nutnost změny problematické sebeúcty jakožto důležitého prvku sebepojetí, v souvislosti se zjištěními, prokazujícími spojitost mezi nízkou sebeúctou a poruchami příjmu potravy a dále výskytem neuróz a úzkostí. K budování zdravé sebeúcty a pozitivního sebehodnocení by mělo docházet prostřednictvím rodinného a školního prostředí, a to formou pozitivního a povzbuzujícího přístupu (Juklová, 2006, s. 168-170). Dodržováním zdravé životního stylu zahrnujícího pestrou a vyváženou stravu ve spojitosti s pravidelnou a umírněnou pohybovou aktivitou poskytuje náležitý preventivní základ u každého jedince.

3.1.2 Potřebné společenské změny

Společnost propagující a vyzdvihující štíhlost je jedním ze zásadních důvodů nespokojenosti s vlastním tělem, proto je pro snížení této nespokojenosti více než nezbytně nutné alespoň minimálně přeformulovat společenské závěry postavené na idealizaci štíhlosti. Novák uvádí tyto závěry následovně:

- Schopnost lidí měnit svoji váhu podle své vůle.
- Funkčnost diet a jejich prospěšnost ku zdraví.
- Podstupování diet spojené s dobrým pocitem.
- Spojování tloušťky s pojmem nemoc a štíhlosti s pojmem zdraví (Novák, 2010, s. 78).

V souvislosti s tím poukazuje Novák na nutnost vytvoření mnohostrannějšího přístupu ke zdraví a všudypřítomnou regulaci rizikových vlivů, na čemž by se měly podílet vládní orgány formou opatření, plánů, či ustanovení obsahujících níže uvedené aspekty:

- Zpřístupnění přesnějších informací o zdraví, váze a dietách.
- Upozornění na možná rizika spojená s honbou za štíhlostí a PPP.
- Vytvoření vzdělávacích kampaní, vyzdvihujících duševní a tělesné zdraví nad tělesnou váhu.
- Ochrana před zdraví škodlivými dietními léky a programy (Novák, 2010, s. 78).

Velký problém je spatřován v manipulaci reklam, především těch, jež se týkají oblasti dietních služeb a výrobků. Právě ty by měla vláda sledovat nejvíce a dohlížet na jejich nezávadnost, stejně tak, jako například v USA.

Nežádoucí vlivy by tak měly být regulovány na minimum a dále odpovídat etickým zásadám reklamní praxe. Budoucnost reklam by měla respektovat tělesné proporce reálných žen a předkládat je společnosti jako normální. Typickým příkladem společnosti, která tak v poslední době činí, je například společnost Dove, bojující proti narůstající nespokojenosti s vlastním tělem prostřednictvím zobrazování běžného a neupravovaného těla (Novák, 2010, s. 79-80). V poslední době lze spatřovat i kampaně, na podporu boje proti poruchám příjmu potravy, příkladem může být snímek italského fotografa Olivera Toscaniho, jenž znázorňuje akt 31 kilogramové anorektičky Isabelle Caro. Za povšimnutí stojí i zájem vlády ve Francii a Německu, kde se uvažuje o možných postizích agentur podporujících a striktně vyžadujících pro své záměry vyhublé dívky. Doporučení postihu vychází z pravidel uvedených Americkou akademií pro poruchy příjmu potravy, která mimo jiné uvádí, že do modelingu by měly být přijímány osoby od 16 let věku s BMI nad 18 (Papežová, 2010, s. 311-312). Pozitivní vidinu do budoucna představuje nový narůstající trend XXL modelek, které se snaží společnosti ukázat, že krásná žena nemusí být nutně štíhlá a i s kilogramy navíc může prožívat úspěch a sebeuspokojení.

3.1.3 Preventivní opatření

Jako cíle preventivního působení, lze dle Papežové uvést následující: prohloubení znalostí, sebedůvěry, sebevědomí, chápání změn v pubertě, podněcování různorodosti, úpravu jídelních návyků, práci s médii, snížení držení diet a posměchu za účelem pochopení zdravého jídelního režimu a snížení jak nespokojenosti s vlastním tělem, tak zvnitřnění ideálu štíhlosti (Papežová, 2010, s. 314).

Předcházení vzniku nespokojenosti s vlastní postavou a rozvoji PPP by mělo primárně být dosahováno již v **rodinném prostředí**, zde sehrávají důležitou roli především stravovací a pohybové návyky, které by měly korespondovat se zdravým životním stylem. Důraz je kladen na předcházení upadajícímu trendu společného stolování, nezdravým stravovacím návykům žen zaměřených na diety, omezenému trávení společných chvil sportovní aktivitou, nebo podporováním nekritického přijímání mediálních vzorů. Působení by mělo být zaměřené na předávání pozitivních hodnot, zvláště pak na ty, které nejsou založené na zevnějšku. Vychovávaný by měl mít šanci samostatně hodnotit a vybírat, co je pro něj podstatné a to vždy za rodičovské podpory v oblasti sebevědomí a pozitivního sebehodnocení (Papežová, 2010, s. 213). Rodina by měla vždy v první řadě dbát na životní styl podporující jak psychické, tak i fyzické zdraví všech členů. Výchova by měla být láskyplná, bez přehnaných nároků, podporující sebeúctu dospívajících a poskytující dostatečnou sociální oporu.

Další preventivně působící složkou by měla být **škola**, jejíž prostředí by mělo primárně podporovat osvojení kritického myšlení v oblasti věrohodnosti médií. Vyučující by měli být dobře informováni o problematice PPP a zároveň být dobrým příkladem. Tento by pak měl předávat pozitivní hodnoty mladší generaci, spočívající ve vytvoření bezpečného a zdravého hodnotového systému. Dále by měl informovat generaci starší, čili rodičovskou, o eventuelních nebezpečích onemocnění či možnostech řešení již nastalého problému (Papežová, 2010, s. 313). Vyučující by měl být schopen rozpoznat nepříznivý vývoj jedince, znát příčiny a zaměřovat se na preventivní opatření, k tomu by měl disponovat znalostmi týkajícími se vlivu dědičnosti na lidské tělo, znát zásady zdravé výživy společně s vědomostmi ohledně vhodnosti pohybového režimu.

Školní prostředí by mělo ideálně nabízet tři typy prevence: univerzální (zaměřenou na zlepšení zdraví většiny obyvatel), selektivní (orientující se na rizikové skupiny, typické zařazením určitého tématu do výuky, např. tělesných změn v dospívání) a především cílené preventivní programy (pro vysoce ohrožené skupiny, zaměřené na rozvoj dovednosti odolávat nezdravým sociálním vlivům a na změnu postoje k jídlu, tělu i pohybu). Výchova by měla opět směřovat ke zdravému životnímu stylu, podporující ho i v čase mimo výuku, a sice nabídkou volnočasových sportovních aktivit a podporou zdravé životosprávy v oblasti zdravějšího stravování ve školních jídelnách či odstraněním automatů se sladkostmi ze školních chodeb (Fialová, 2012, s. 236-238). Školní prostředí by mělo prvotně vyřešit nedostatky v realizaci prevence, které následovně charakterizuje Bělík z několika problémových oblastí, jimiž jsou: neodpovídající vzdělání pedagogů v oblasti prevence rizikového chování, mnohonásobně vyšší stupeň odbornosti ve vyučovaných oborech, převažující nad schopností, být zároveň vychovatelem či pomocníkem, chybějící podpora pedagogů (v podobě zákona o prevenci a chybějících metodických materiálech), převažující řešení vzniklého jevu než jeho předcházení (Bělík, 2010, s. 72-77).

Preventivní programy ve škole by pak v první řadě měly upustit od preferovaného vzdělávacího a informativního charakteru a zaměřit svou činnost komplexněji na všechny složky osobnosti, a tím umožnit žákům osvojení užitečných kompetencí jako například zvládání konfliktů a komunikace, schopnost přiměřeného sebehodnocení a zdravé sebeúcty (Juklová, 2006, s. 167). V současné době poskytují podporu v oblasti prevence pedagogům kupříkladu rámcové vzdělávací programy a metodická doporučení, z oblasti prevence poruch příjmu potravy lze uvést Doporučení z roku 2009 pro preventivní práci s adolescenty v boji proti obezitě a PPP, jehož jednotlivé body uvádí Papežová následovně:

- Podporovat jídelní a fyzickou aktivitu a zabraňovat nezdravým dietám.
- Pracovat na pozitivním vnímání vlastního těla.
- Podporovat rodinné stolování.
- Podporovat rodinnou komunikaci v oblasti zdravých stravovacích návyků a sportu, dále snížit řešení tělesné váhy.

- Edukace rodičů v oblasti správné výživy a možnosti šikany u dospívajících s nadváhou (Papežová, 2010, s. 314).

3.2 Léčba a řešení

Světově nejrozšířenějším onemocněním, které je výsledkem narušeného vnímání vlastního těla, jsou poruchy příjmu potravy, z tohoto důvodu se následný text zaměřuje převážně na formy léčby a řešení tohoto onemocnění. Tím se však nevylučuje využití stejných forem a postupů při léčbě ostatních onemocnění podobného typu, uvedených v bodě 2.3.

Pro příklad lze uvést vysoké počty pacientů s PPP z roku 2012, kdy Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR uvádí, že v tomto roce bylo pro poruchy příjmu potravy v ambulantních zdravotnických zařízeních léčeno celkem 3461 pacientů, z čehož bylo 91% žen, a více než 62% z nich bylo starších dvaceti let. V psychiatrických lůžkových odděleních bylo hospitalizováno 330 případů, z nichž byla u 62% diagnostikována mentální anorexie (uzis.cz, online).

PPP mají pozvolný průběh, vyvíjí se postupně, proto s problémy počátečních zdravotních stavů a příznaků PPP přicházejí do styku především praktičtí lékaři. U pacientek převládají stížnosti na únavu, nedostatek energie, ztrátu menstruace, změny hmotnosti, bolesti břicha, nespavost. Příznačné je také zastírání podezření na vznik PPP, a to ze strachu ze stigmatizace, studu, či za účelem zlehčování. Úkolem praktického lékaře pak je kompletní posouzení zdravotního stavu, které musí být multifaktoriální. Jedná se tedy o somatické vyšetření, získání anamnézy, zprostředkování kontaktu s rodinou, doporučení či vysvětlení psychologicko-psychiatrického vyšetření, to vše vždy s ohledem na zralost a motivaci pacienta. Dále by měl lékař posoudit závažnost následků diet a hladovění, které, pokud jsou životu ohrožující, vyžadují včasnou hospitalizaci. Nezbytným je vyšetření specifické psychopatologie v oblasti stravovacích návyků, to lze provést např. formou dotazníků. Po konečném stanovení diagnózy je nutná pravidelná kontrola pacienta, vážení, sledování zdravotních komplikací. To vše nadále probíhá ve spojitosti s psychologicko-psychiatrickou péčí zaměřenou na motivaci pacienta, popřípadě jeho hospitalizací (v případě sebevražedných tendencí, život ohrožujících zdravotních komplikací či v případě neúspěšné ambulantní léčby), (Papežová, 2010, s. 148-153).

Péče je založena na spolupráci nutričního terapeuta (plánování jídelníčku a stanovení cílové hmotnosti), psychoterapeuta (práce na dosažení změn v jídelním režimu a osobních problémech formou terapie interpersonální, rodinné či KBT) a psychiatra (zkoumání komorbidity, psychoedukace, předepsání medikace). Přičemž se psychoedukací rozumí poskytnutí informací o onemocnění a využíváno jí je především u dětí a adolescentů, kdy jsou k terapeutickému procesu přizváni rodiče. Spoluúčast rodinných příslušníků je v uzdravovacím procesu velmi důležitá, za tímto účelem v současnosti vznikají mnohé kluby pro rodiče, internetové kluby či poradny (Papežová, 2010, s. 152). Změn nežádoucího chování a myšlenek u PPP lze dosáhnout tzv. behaviorální intervencí, zaměřenou především na motivaci pacienta ke změně. Pro pacienty s mentální anorexií se jako nejúčinnější jeví nutriční intervence, u adolescentních pacientů dále rodinná terapie. U mentální bulimie se osvědčuje kognitivně-behaviorální terapie, pro psychogenní přejídání jsou to zvláště svépomocné skupiny (vedené odborníky s cílem podpory zdravého režimu, identifikace stresorů a zvládnání stresu), (Papežová, 2010, s. 154-155).

Při léčbě PPP je u pacientů prvotním cílem změnit narušené či negativní vnímání vlastního těla tak, aby ho byli schopni přijmout, pohlížet na něj realisticky a pozitivně ho vnímat. Při tom by mělo dojít k utlumení impulzivity a vnitřního napětí. Pacient by se měl naučit omezit svoji fyzickou aktivitu a nahradit ji odpočinkem či relaxací, dále by se měl naučit svému tělu rozumět, chápat ho, prožívat a komunikovat skrze něj, a především se ho naučit mít rád. K dosažení výše uvedeného je využívána tzv. terapie orientovaná na tělo (BOT) společně s různými formami terapie (např. rodinná, interpersonální atd.), (Krch, 1999, s. 174-180). Terapeutické techniky jsou vždy vybírány individuálně, dle Krcha sem zahrnujeme:

- Relaxační a dýchací cvičení (s cílem ulehčení vnímání těla).
- Masáž (za účelem relaxace a vnímání těla).
- Hraní role (prohlubování emocionální zkušenosti prostřednictvím neverbální komunikace).
- Fyzické aktivity, sporty, hry.
- Tanec a kreativní pohyb (návčik vyjadřování skrze tělo).

- Cvičení smyslového vnímání (uvědomování si vzájemných souvislostí těla s pocity).
- Vnímání sebe a svého těla (vnímání těla v jeho vnější podobě s použitím zrcadel, videonahrávek).
- Řízené představy (návčik řízeného zobrazování), (Krch, 1999, s. 180-183).

3.2.1 Způsoby léčby

K léčbě PPP je vždy nutné přistupovat multidimenzionálně, s ohledem k individuálním potřebám pacientů, v současné době existuje celá řada léčebných přístupů, které jsou využívány a vzájemně kombinovány. Krch rozděluje tyto formy následovně: (Krch, 1999, s. 129-200)

- **Hospitalizace a částečná hospitalizace**- účelem léčby je nutná lékařská stabilizace pacienta, orientovaná na fyzické i psychické stránky nemoci, která je součástí procesu uzdravování. Rozhoduje se o ní v následujících případech:
 - Pokud je hospitalizace nezbytná pro návrat k normální hmotnosti, či alespoň přerušit její další úbytek.
 - Při nutnosti přerušit zvracení, záchvatů přejídání, či užívání projímadel z důvodu vážného zdravotního ohrožení.
 - Při diagnostice a léčbě jiných závažných zdravotních obtíží.
 - Při léčbě přidružených stavů např. deprese, sebepoškozování.
 - Pokud pacient nereagoval na dosavadní psychologickou léčbu.

Částečná hospitalizace zahrnuje i denní stacionář, poskytující intenzivní terapii, dodržování jídelního režimu a ekonomicky méně náročný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí (Krch, 1999, s. 129-130).

- **Ambulantní péče** - neslouží přednostně k překonání PPP, ale spíše k navrácení pacienta do stavu psychické i fyzické rovnováhy. Prováděna je individuální i skupinovou formou v podobě pravidelných konzultací s lékařským dohledem (Krch, 1999, s. 130). Specializovaná ambulance v Centru pro léčbu PPP vyžaduje jak somaticky, tak psychoterapeuticky zaměřený tým.

Důležitá je práce psychologa poskytující psychologické vyšetření, psychoedukaci a doporučující pravidelnou somatickou péči u praktického lékaře. Pacientům jsou předávány kontakty na kluby, odborníky, popřípadě odborné webové stránky poskytující informace ohledně léčby (Papežová, 2012, s. 298).

- **Svépomoc, řízená svépomoc** - je využívána u pacientů s menší závažností PPP, patří sem i psychoedukace, zahrnující především podání informací a seznámení o rizicích, důsledcích a léčbě PPP pacientům a jejich rodinným příslušníkům. Spočívá v pomoci a podpoře blízkou osobou v dodržování jídelního režimu, jejím dohledu a pravidelné kontrole. V současné době existuje mnoho publikací, které společně s konzultací odborníka slouží jako velice dobrý manuál (Krch, 1999, s. 131).
- **Rodinná terapie** - Může být využita doplňkově k individuální terapii, či je zařazena do dlouhodobého plánu, využívá se jí především u dospívajících pacientů. Spočívá v psychoedukaci, řešení vzájemných rodinných vztahů a výhledů do budoucna (Krch, 1999, s. 132).
- **Kognitivně behaviorální terapie** - tzv. KBT, je terapií využívanou u středně těžkých až vážných příznaků, mající za cíl změnu postojů a chování. Pacienti prochází třemi základními fázemi KBT, které mají za úkol postupně docílit pravidelného jídelního režimu, změnit postoje vůči vlastní osobě a připravit na budoucí život bez relapsů. U mentální bulimie je záměrem změna jídelního chování, chybných způsobů myšlení a prevence relapsu, u mentální anorexie jde především o skutečný nárůst tělesné hmotnosti a řešení osobních problémů (Krch, 1999, s. 132-134).
- **Interpersonální terapie** - tzv. IPT, se snaží řešit vnitřní problémy jedince. Vychází ze tří základních fází: zjištění interpersonálních problémů vedoucích k problémovému vztahu k jídlu, práce na stanovených problémech, otázky spojené s ukončením terapie (Krch, 1999, s. 134).
- **Farmakoterapie** - znamená medikamentózní léčbu u pacientů, kde slouží jako doplněk psychosociální léčby, nebo u pacientů u kterých proběhla kognitivně behaviorální terapie nepříliš úspěšně.

Cílem je úprava tělesné hmotnosti a stravovacích návyků, léčba přidružených psychických poruch a odstranění vzniklých onemocnění. Pro pacienty jsou nejčastěji předepisována antidepresiva, anxiolytika či antikonvulziva (Krch, 1999, s. 157-164).

- **Psychoanalytický přístup** - napomáhá porozumět skrytým příčinám onemocnění, usiluje o změnu osobnosti, pomáhá zraní. Vychází z předpokladu, že vznik PPP začíná již v raném dětství a je zapříčiněn problematickými vztahy s pro život důležitými osobami, převážně matkou (Krch, 1999, s. 150-156).
- **Skupinová terapie** - funguje jako součást léčebných programů, především v rámci denního stacionáře a nemocniční léčby. V jejím rámci fungují: edukativní skupiny (poskytující pacientům informace a doporučení k léčbě PPP), intenzivní skupinové terapie (fungující na kognitivně behaviorálních programech), jídelní skupiny (edukativního, či nácvikového charakteru v oblasti stravování), svépomocné skupiny (viz výše), skupiny pro rodinné příslušníky a pro přátele (zajišťující zisk informací o dané problematice, především však fungují jako možnost konfrontace s jinými rodinnými příslušníky, kde dochází k předávání vzájemných informací), (Krch, 1999, s. 186-200).

Papežová rozšiřuje toto členění na další formy pomoci, kam zahrnuje níže uvedené:

- **Krizová intervence** - nabízející kvalitní telefonickou pomoc v oblasti informací o možnostech a způsobech léčby.
- **Nízkoprahová zařízení** - kdy jde především o mimozdravotnická zařízení, poskytující informace a poradenství ohledně onemocnění, způsobech léčby a možnostech řešení.
- **Psychiatrické léčebny** - poskytující krátkodobou specializovanou léčbu (jelikož dlouhodobá terapie zaměřená na rehabilitaci a resocializaci u nás zatím není vytvořena).
- **Rehabilitační a sociální programy** - denní sociální centra, pracovní rehabilitační dílny, přechodná zaměstnání, chráněné bydlení.

- **Specializovaná režimová oddělení** - zaměřená na program jídelního režimu, kognitivně-behaviorální terapii a dynamický přístup. Závažné a na životě ohrožující psychiatrické a somatické stavy jsou řešeny v psychiatrických či interních odděleních zdravotnických zařízeních, s chronickými onemocněními pak pracují specializované jednotky.
- **Doléčovací programy** - jsou využívány po propuštění z hospitalizace s trváním minimálně 3 měsíců. Musejí být průběžně upravovány, aby co nejlépe odpovídali podmínkám jedince (Papežová, 2012, s. 298-303).

3.2.2 Nabídka služeb

Výčet organizací, které v současné době poskytují **speciálně léčebné programy** v České republice:

- Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze - Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy.
- Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci a Jablonci nad Nisou.
- Ambulantní psychosomatické pracoviště ESET v Praze.
- Dětská psychiatrická klinika ve Fakultní nemocnici Praha Motol.
- Jednotky při Psychiatrických klinikách v Olomouci a Brně.
- Psychiatrické léčebny v Opařanech a Havlíčkově Brodě. (Papežová, 2012, s. 297)

Odborné a svépomocné organizace:

- **Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy** - zde se nachází jednotka specializované péče, dále centrum disponuje možností navštěvování stacionáře a také specializované ambulantní péče. Jiné formy pomoci pro pacienty s PPP a jejich blízké jsou zprostředkovávány prostřednictvím internetové prevence a chatů. K dispozici je klub pro rodiče, příbuzné a partnery, dále klub pro pacienty a zájemce o léčbu, rodinná terapie a doléčovací programy jsou samozřejmostí (psychiatrie.lf1.cuni.cz, online).
- **Svépomocná asociace pro poruchy příjmu potravy** - zaměřující se na organizaci skupin pro rodiče a blízké osoby postižených PPP, doléčovací skupiny a kluby pro pacientky s následnou péčí. Další činností je podpora vzdělávání terapeutů, pořádání preventivních programů na školách i na internetu a také konferencí. Převládá zde snaha o celkové zlepšení podmínek pro léčbu PPP, spojené se zaváděním nových postupů. Zajišťováno zde je lůžkové oddělení, denní stacionář s klubem a doléčovacím programem pro pacienty (asociaceppp.cz, online).
- **Centrum Anabell** - nabízí pomoc a podporu osobám trpícím PPP a jejich blízkým, prostřednictvím osobního či internetového poradenství. Poskytována je telefonická krizová pomoc, korespondenční kurz a diskusní fórum. K dispozici je nutriční a terénní poradna, svépomocná skupina a v neposlední řadě i terapeutické centrum. Internetové stránky disponují mimo jiné i velkým množstvím materiálů zabývajících se PPP, návštěvníkům stránek jsou volně k dispozici publikace, zpravodaje, životní příběhy, videopořady, tzv. webináře i e-learningové kurzy pro pedagogy (anabell.cz, online).

Weby:

Jednotlivé weby primárně zaměřené na oblast prevence, poukazují na druhy rizikového chování, nabízejí podklady pro preventivní práci učitele, jako jsou filmy, příručky či doporučená literatura pro lepší orientaci v dané problematice. Dále informují o plánovaných školeních a poskytují základní orientaci ve všech typech rizikového chování, jeho negativních důsledcích a možnostech následného řešení.

Mezi takovéto weby lze zařadit kupříkladu:

- www.prevence-info.cz (prevence-info.cz, online);
- www.prevence-praha.cz (prevence-praha.cz, online).

Specializované internetové stránky zaměřující se na PPP poskytují ucelené informace týkající se vzniku, charakteristiky a následků PPP. Poukazují na možnosti léčby, kde uvádějí konkrétní místa, kam by se jedinci měli v případě výskytu onemocnění obrátit. Často jsou k dispozici životní příběhy osob trpících PPP, různé testy a možnost zapojení se do diskuze. Ty bývají vedeny odborníky, často psychology, poskytující odborné poradenství pro rodiče i pacienty. Z této kategorie lze uvést například:

- www.asociaceppp.cz - internetové stránky Svépomocné asociace psychogenních poruch příjmu potravy, nabízející mimo jiné i online pomoc pro rodinné příslušníky a blízké osob s PPP, kde mohou chatovat s odborníky.
- www.anabell.cz - internetové stránky centra Anabell.
- www.psychiatrie.lf1.cuni.cz - internetové stránky Centra pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy.
- www.idealni.cz - informace o PPP, jejich následcích a způsobech léčby skýtající mimo jiné i základní doporučení ohledně stravovacích návyků a vhodného jídelníčku (uvádí tabulky pro jídelní záznamy i vhodné formy vyváženého jídelníčku), (idealni.cz, online).
- www.healthyandfree.cz - podpora duševního zdraví, prevence i včasná intervence PPP. Určen je přednostně pro mladé či dospívající, kterým nabízí velké množství informací a disponuje mimo jiné i diskusním fórem, chaty s odborníky a diagnostickými testy.

4 Výzkumné šetření

Na problematiku body image, neboli hodnocení vlastního těla, lze pohlížet jako na rizikový jev mládeže, zvláště pak v případech kdy je toto hodnocení negativního rázu. V takovémto případě je nutné přihlížet k možné souvislosti body image s poruchami příjmu potravy a dalším závažným onemocněním, o kterých je nutné informovat a především jim předcházet. Cílem práce je proto zjistit, jaký postoj zaujímají respondenti ke svému tělu a zda mají povědomí o možných nebezpečích, vznikajících na základě jeho negativního hodnocení.

4.1 Cíl výzkumu a stanovení hypotéz

Cílem výzkumu mé bakalářské práce je zmapování spokojenosti mládeže s vlastním tělem. V této souvislosti se věnuji otázce, zda mají respondenti povědomí o termínu poruch příjmu potravy, které jsou možným rizikovým determinantem negativního hodnocení vlastního těla a často existují ve spojitosti se společensky žádanou štíhlostí. Na základě vlastních znalostí, prostudované literatury a vytyčeného výzkumného cíle byly stanoveny níže uvedené hypotézy.

H1: Nejméně 60% dotazovaných není spokojeno se svým vzhledem.

H2: Ženská populace je se svojí postavou spokojena méně, než mužská.

H3: Více než 70% respondentů pociťuje, že je v dnešní době štíhlost společensky žádaná.

H4: S vyšším věkem vzrůstá u dotazovaných informovanost o termínu poruch příjmu potravy.

Hypotéza H1 byla stanovena na základě dříve provedeného výzkumu, který potvrdil převažující nespokojenost s vlastním vzhledem u respondentů z České republiky. Mezinárodní srovnávací výzkum uskutečněný v letech 1995 – 1999, který nesl název: „Sport, zdraví a tělesné sebepojetí v zemích západní, střední a východní Evropy,“ měl za cíl získání dat potřebných pro srovnávací analýzu tělesného sebepojetí, zdraví a sportu. Výzkum probíhal v určených městech jednotlivých zemí: Německa (Kolín), Ruska (Moskva) a České republiky (Praha). Respondenti byli rozděleni do tří kategorií, a sice na středoškoláky, studenty sportu a dospělé. Celkem se výzkumu zúčastnilo 3600 osob, přičemž 1600 respondentů pocházelo z České republiky. Z dosažených výsledků jednoznačně vyplývá, že sebehodnocení Čechů je značně nižší, než je tomu v Německu a Rusku. Celkový postoj k hodnocení vlastní osoby je kritičtější, přičemž nejnižší je hodnocen tělesný vzhled.

Předpoklad vyšší nespokojenosti se svojí postavou u ženské populace, který je uveden v hypotéze H2, vychází především z poznatku, že na ženy jsou v oblasti vzhledu a převážně pak ohledně tělesných proporcí kladeny vyšší společenské požadavky. Obecně platí, že pokud se jedincům nedaří dosahovat těchto požadavků, často se z důvodu nekritického přejímání předkládaných vzorů uchylují i k extrémním způsobům řešení. Zvláště pak, jedná-li se o období adolescence, kdy dochází k tělesnému vývoji a tím i růstu pohlavních znaků, což je u žen spojeno například s růstem boků, stehen či prsou, vyústující v nespokojenost se svojí postavou. Poté zde existuje vysoké riziko vzniku negativního sebehodnocení a s tím se zvyšuje i možnost vzniku poruch příjmu potravy, u kterých je známo, že postihují ženskou populaci 10 x častěji, než populaci mužskou.

Hypotéza H3, která předpokládá, že respondenti pociťují, že je štíhlost společensky žádaná vychází z poznatku, že dospívající často nekriticky přejímají mediálně předkládané vzory. S těmito vzory se pak často ztotožňují a chtějí se jim co nejvíce podobat, a to bez toho aniž by si zcela uvědomovali, že se v převážné většině jedná jen o uměle vytvořenou realitu.

Narůstající informovanost o poruchách příjmu potravy ve spojitosti s vyšším věkem dotazovaných, uvedený v hypotéze H4, lze očekávat z důvodu prohlubování znalostí této tematiky ve školním prostředí, a to prostřednictvím odborných přednášek, zahrnutím daného tématu do výuky, či rozšiřováním povědomí o něm samotném.

4.2 Popis metod

Pro realizaci výzkumného šetření byla vybrána kvantitativní metoda v podobě dotazníku vlastní konstrukce. Tato metoda byla pro výzkum zvolena záměrně, jelikož umožňuje získat velké množství informací a to v krátkém časovém intervalu. Úvodní část dotazníku je tvořena základními informacemi pro respondenty, kde je uvedeno, kdo jim dotazník předkládá, a pro jaké účely bude jeho výsledků využito. Samotný dotazník je tvořen čtrnácti uzavřenými otázkami, z nichž první dvě jsou informativního charakteru a zjišťují věk i pohlaví respondentů. Následující otázky jsou zaměřené na spokojenost s vlastním tělem a zabývají se společenskou i osobní preferencí štíhlosti. Poslední úsek dotazníku je zaměřen na poruchy příjmu potravy a jejich specifika.

Výzkumné šetření probíhalo v březnu roku 2016. Osloveni byli studenti čtyřletého Gymnázia J. A. Komenského v Novém Strašecí a dále studenti osmiletého Gymnázia Zikmunda Wintera v Rakovníku. Po osobní rozmluvě s řediteli uvedených škol, byl jako nejeфекtivnější způsob získávání dat stanoven následující postup. Dotazníky byly studentům rozdány pedagogy během vyučovacích hodin, s upozorněním, že odevzdání vyplněného dotazníku je možné v několika následujících dnech. Tohoto postupu bylo zvoleno účelově, vzhledem k většímu množství dotazníků, jejichž vyplňování by mohlo značně narušit chod výuky. Z celkového počtu 168 vyplněných dotazníků bylo vyřazeno 10, které byly vyplněny jen z části a chyběly zde odpovědi na otázky. Množství použitelných dotazníků bylo tedy stanoveno na 158.

4.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo 158 respondentů. Gymnázia byla vybrána záměrně, protože právě v těchto prostředích se vyskytují jedinci, na které jsou kladeny vysoké společenské požadavky, sami jsou velmi ctižádostiví, což souvisí často s důrazem na to, být perfektní. A právě toto je zařazováno jako jeden z možných rizikových determinantů, který může často vést až k negativnímu sebehodnocení či výskytu poruch příjmu potravy. Dále lze u většiny těchto respondentů, vzhledem k typu školy, předpokládat alespoň minimální znalost termínu poruch příjmu potravy.

4.4 Analýza získaných dat

Cílem výzkumného šetření bylo zmapování spokojenosti s vlastním tělem u 158 oslovených respondentů, společně se zjištěním jejich informovanosti o termínu poruchy příjmu potravy.

První dvě otázky výzkumného šetření byly informativního charakteru a zaměřovaly se na zjištění pohlaví a věku respondentů. Z celkového počtu 158 dotazovaných bylo 95 pohlaví ženského a 63 pohlaví mužského. Uvedené hodnoty jsou vyjádřeny tabulkou č. 1.

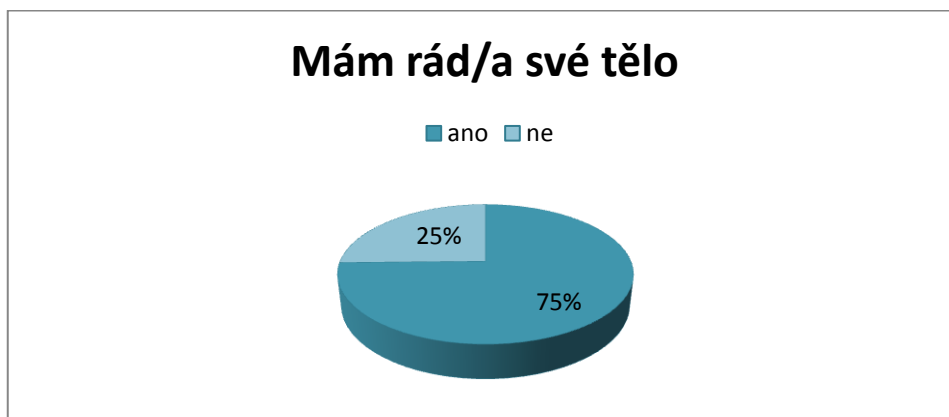
Tabulka č. 1: Přehled dotazovaných respondentů

	Věk	
	15-18	11-14
Muži	46	17
Ženy	58	37
Celkem	104	54
Celkový počet respondentů	158	

Z uvedené tabulky vyplývá, že z 60, 1% dotazovaných se jednalo o respondenty ženského pohlaví, a z 39, 9% o respondenty pohlaví mužského. Starší věková kategorie 15-18 let tvořila 65, 8%, zbylých 34, 2% vyjadřuje zastoupení mladší věkové kategorie 11-14 let.

Otázka č. 3 – Mám rád/a své tělo.

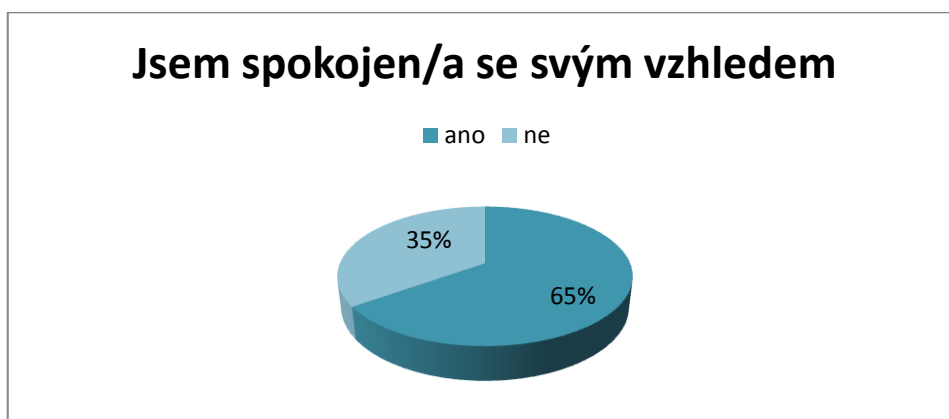
Graf 1: Postoj k vlastnímu tělu



Na otázku, zda mají respondenti rádi své tělo, odpovědělo 118 kladně a 40 záporně. Z uvedeného grafu tudíž vyplývá, že nadpoloviční většina dotazovaných má ke svému tělu pozitivní vztah.

Otázka č. 4 – Jsem spokojen/a se svým vzhledem.

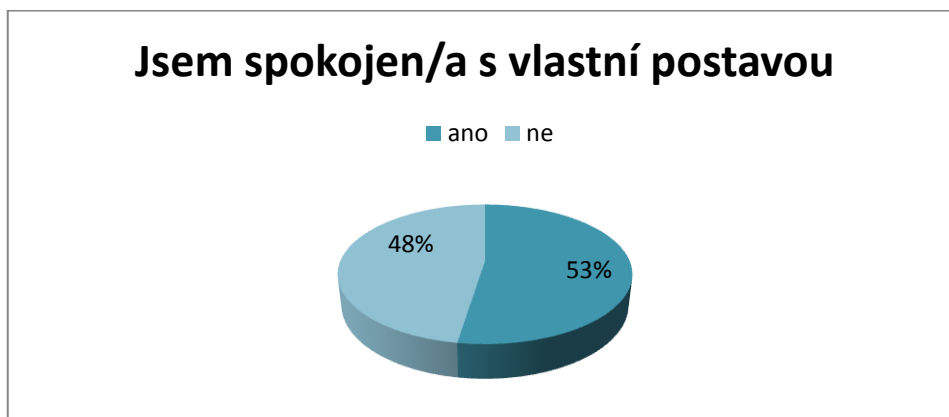
Graf 2: Spokojenost s vlastním tělem



Další otázka byla zaměřena na zjišťování spokojenosti respondentů s vlastním vzhledem. Zde odpovědělo celkově 103 respondentů kladně, zbylých 55 záporně. V obou věkových kategoriích převládala spokojenost, u mužského pohlaví byla však spokojenost celkově vyšší a dosahovala 73%, u ženského pohlaví tomu tak bylo pouze z 60%.

Otázka č. 5 – Jsem spokojen/a se svojí postavou.

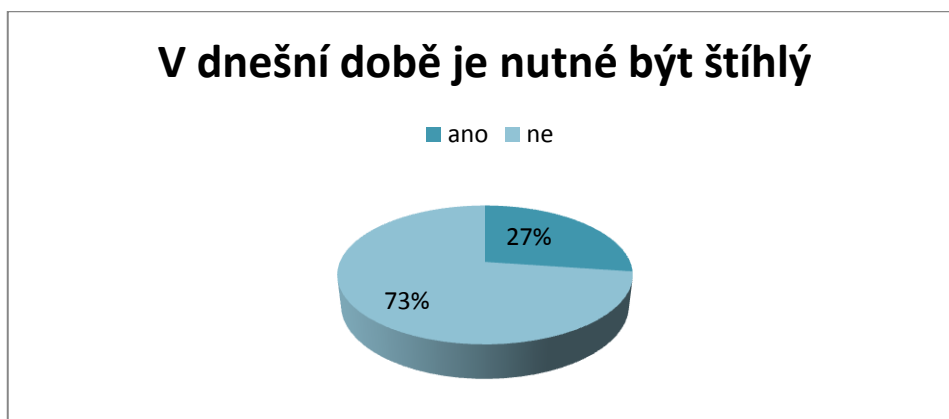
Graf 3: Spokojenost s vlastní postavou



Další zjišťovanou hodnotou byla spokojenost s vlastní postavou, kdy na tuto otázku odpovědělo celkem 83 respondentů kladně, dalších 75 záporně. V mladší věkové kategorii je spokojeno se svojí postavou 55,6% respondentů, oproti tomu ve starší věkové kategorii už je to jen 51% respondentů. Souhrnně lze konstatovat, že nespokojenost převládá u ženského pohlaví a dosahuje hodnot 56,8%, oproti tomu u mužského pohlaví je procentuální vyjádření nespokojenosti pouze 33,3%.

Otázka č. 6 – V dnešní době je nutné být štíhlý.

Graf 4: Důležitost štíhlosti



Z uvedeného grafu vyplývá, že na otázku, zda respondenti považují štíhlost za něco, co je v dnešní době nutné, odpovědělo 73% záporně. Pouhých 43 dotazovaných s tvrzením souhlasí, dalších 115 dotazovaných ho odmítá.

Otázka č. 7 – Vypadat dobře, znamená především být štíhlý.

Graf 5: Štíhlost jako známka dobrého vzhledu



K otázce, zda se respondenti domnívají, že vypadat dobře, znamená především být štíhlý, se vyjádřilo 75% negativně. Z celkového počtu dotazovaných se s tvrzením ztotožňuje pouhých 40 respondentů, zatímco dalších 118 tvrzení odmítá. Na základě toho lze tedy konstatovat, že většina respondentů nepovažuje štíhlost za podmínku toho, že jedinec vypadá dobře.

Otázka č. 8 – Štíhlé osoby jsou ve svém životě úspěšnější.

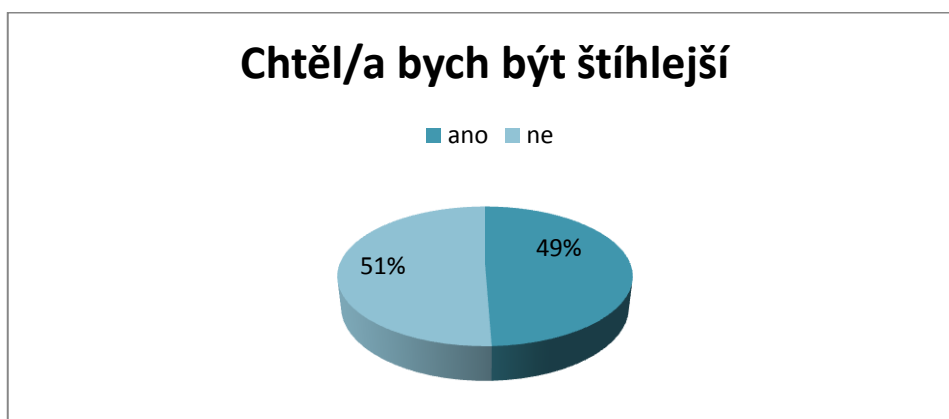
Graf 6: Spojitost štíhlosti s úspěchem



Na otázku, zda respondenti považují štíhlé osoby v jejich životě úspěšnější, odpovědělo 99 dotazovaných, že ne. Náзор zbylých 59 dotazovaných se s tímto tvrzením ztotožňuje. Z uvedeného tudíž vyplývá, že většina respondentů si nemyslí, že by štíhlé osoby byly úspěšnější.

Otázka č. 9 – Chtěl/a bych být štíhlejší.

Graf 7: Přání být štíhlejší



Uvedený graf znázorňuje, že více než polovina dotazovaných si nepřeje být štíhlejší. Po štíhlosti netouží 80 dotazovaných, zbývajících 78 by si však být štíhlejší přálo. Přání být štíhlejší, převažuje u dotazovaných žen, a to z 65,3%, u mužů je to pouhých 25,4%. Zajímavým zjištěním bylo, že v mladší věkové kategorii si přeje být štíhlejší 50% dotazovaných, je to tedy více, než ve starší věkové kategorii.

Otázka č. 10 – Ze strachu o to, abych neztloustl/a, jsem již držel/a dietu.

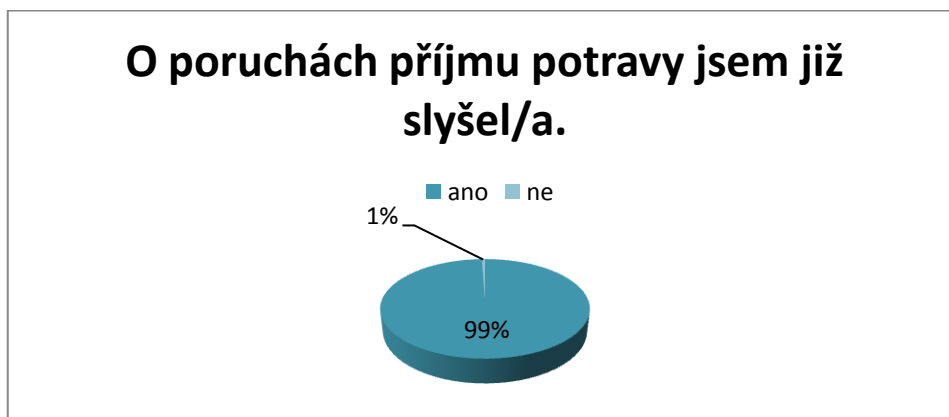
Graf 8: Držení diety, kvůli strachu ze ztloustnutí



Většina respondentů se shoduje v tvrzení, že dietu ze strachu o to aby neztloustli, doposud nadrželi. Z grafu tedy vyplývá, že 118 dotazovaných dietu nadrželo, zbylých 40 dotazovaných ano. Tendence držet dietu převládají z 34,7% u dotazovaných žen, u mužů je to pouze 7,9%. Držení takovéto diety převažuje u starší věkové kategorie, a sice z 26%.

Otázka č. 11 – O poruchách příjmu potravy jsme již slyšel/a.

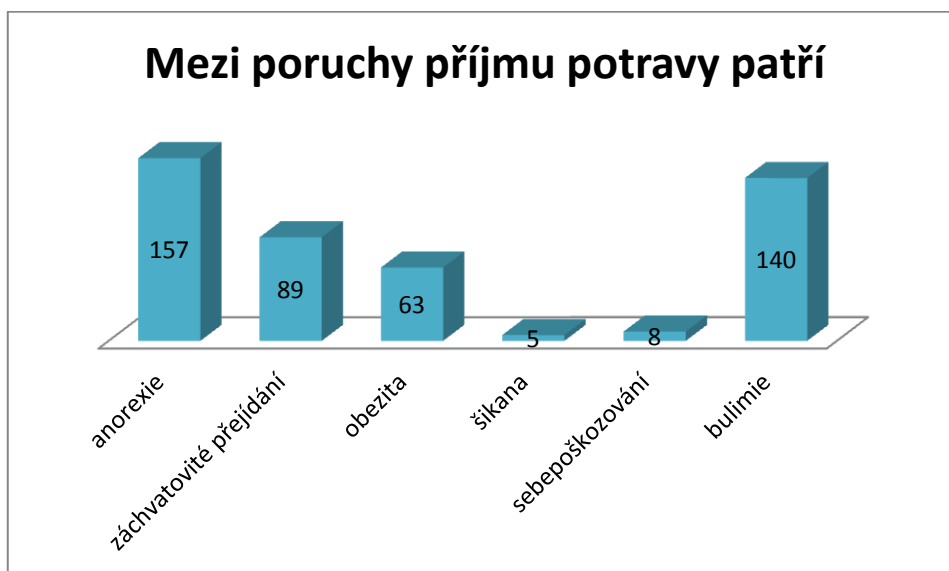
Graf 9: Informovanost o poruchách příjmu potravy



Z celkového počtu respondentů uvedlo 157, že o termínu poruchy příjmu potravy již slyšeli. Pouze 1 respondent, a sice ze starší věkové kategorie, odpověděl, že o poruchách příjmu potravy neslyšel. Z toho plyne, že informovanost o tomto termínu je velice vysoká a dosahuje tak 99%.

Otázka č. 12 – Mezi poruchy příjmu potravy patří

Graf 10: Zařazení uvedených pojmů mezi poruchy příjmu potravy

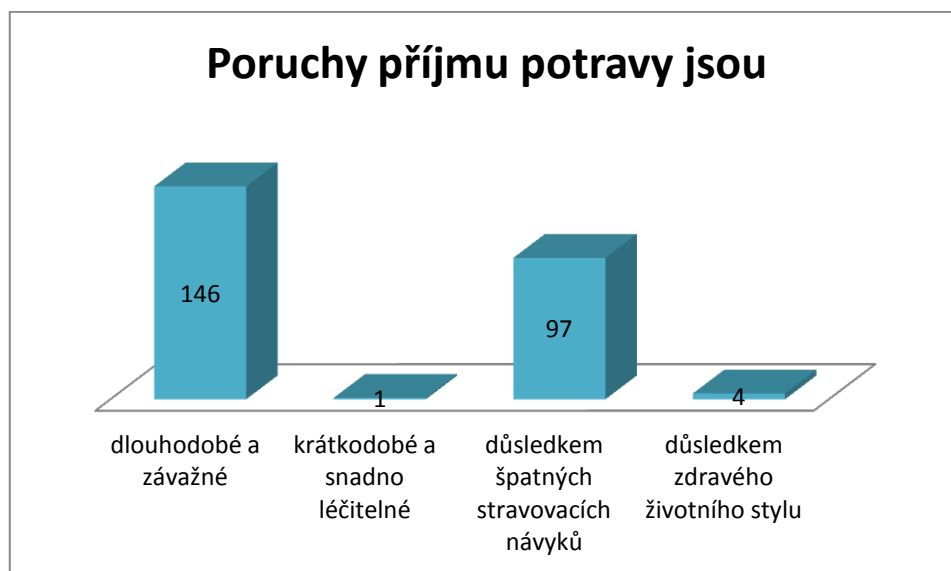


Tato otázka s možností více odpovědí, měla zjistit, které z uvedených jevů, zařazují respondenti mezi poruchy příjmu potravy.

Jako nejčastější odpověď byla vyhodnocena anorexie, kterou zvolilo 157 respondentů, dále bulimie, která byla zvolena 140 respondenty, třetí možností s nejvíce odpověďmi bylo záchvatovité přejídání, kterou vybralo 89 respondentů. Anorexii tak zvolilo 99%, bulimii 56, 3% a záchvatovité přejídání 88, 6% z celkového počtu dotazovaných. Z výsledků lze tedy usoudit, že dotazovaní jsou velmi dobře obeznámeni, které jevy mezi poruchy příjmu potravy patří. Přesto je však nutné poukázat na fakt, že obezitu mezi poruchy příjmu potravy chybně zařazuje 39, 9% respondentů.

Otázka č. 13 – Poruchy příjmu potravy jsou

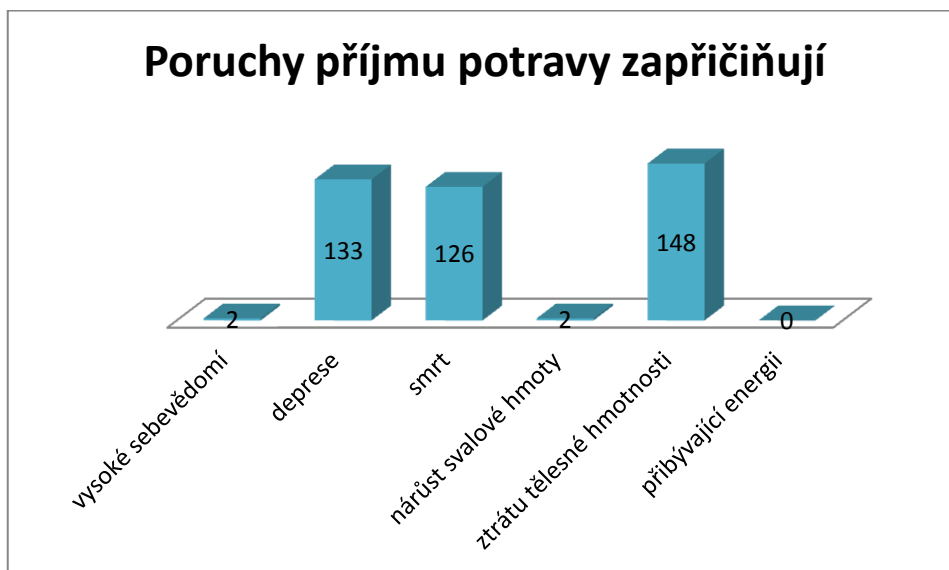
Graf 11: Charakter poruch příjmu potravy



Zde měli respondenti opět na výběr z několika možností a jejich cílem bylo vybrat vhodnou charakteristiku onemocnění poruch příjmu potravy. Dlouhodobé a závažné, zvolila většina dotazovaných, konkrétně se jednalo o 92,4%. Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí bylo důsledkem špatných stravovacích návyků, vybralo ji 61,4% dotazovaných. Z výsledků lze tedy usoudit, že respondenti jsou si dobře vědomi charakteru onemocnění poruch příjmu potravy.

Otázka č. 14 – Poruchy příjmu potravy zapříčiňují

Graf 12: Následky poruch příjmu potravy



Poslední otázka s více možnostmi odpovědí byla zaměřena na to, zda si dotazovaní uvědomují možné následky poruch příjmu potravy. Většina respondentů zvolila možnost ztráta tělesné hmotnosti, kterou vybralo 93,7% dotazovaných, dále dominovala možnost deprese, tu zvolilo 84,2% dotazovaných, a jako poslední nejvíce volená položka byla smrt, kterou vybralo 79,7% dotazovaných. Z uvedeného lze usoudit, že s možnými následky onemocnění poruch příjmu potravy jsou dotazovaní velmi dobře obeznámeni.

4.5 Ověření hypotéz

H1: Nejméně 60% dotazovaných není spokojeno se svým vzhledem.

Pro tuto hypotézu bylo zvoleno celkem 5 položek z dotazníkového šetření, a sice otázky č. 3, 4, 5, 9, 10. Tyto otázky byly zaměřeny na zmapování spokojenosti s vlastním vzhledem, vztah k vlastnímu tělu a dále na hubnoucí tendence. Z výzkumného šetření vyplývá, že u dotazovaných celkově převládá pozitivní postoj ke svému tělu i vzhledu. Nespokojenost s vlastním vzhledem se vyskytuje u pouhých 36,5% respondentů, z čehož vyplývá, že hypotéza se nepotvrdila.

H2: Ženská populace je se svojí postavou spokojena méně, než mužská.

Pro ověření této hypotézy bylo opět zvoleno 5 otázek z dotazníkového šetření, které byly stejné jako ty, sloužící pro ověření hypotézy H1. Jednalo se tedy o otázky č. 3, 4, 5, 9, 10, s tím rozdílem, že se nyní porovnávaly odpovědi zvláště pro respondenty ženského pohlaví a zvláště pro respondenty pohlaví mužského. Z celkového počtu odpovědí bylo se svým vzhledem nespokojeno 216 žen a 106 mužů. To znamená, že nespokojených žen bylo v přepočtu o 11,8% více, než mužů. Hypotéza se tedy potvrdila.

H3: Více než 70% respondentů pociťuje, že je v dnešní době štíhlost společensky žádaná.

K této hypotéze se vztahovaly celkem 3 otázky z dotazníkového šetření. Jednalo se o otázky č. 6, 7, 8, které měly zmapovat názory respondentů na štíhlost jako nutnost dnešní doby, dále její spojitost s úspěchem a tím, že člověk vypadá dobře. Z výsledků vyplývá, že pouhých 30% dotazovaných tuto společenskou žádanost štíhlosti pociťuje. Hypotéza se nepotvrdila.

H4: S vyšším věkem vzrůstá u dotazovaných informovanost o termínu poruch příjmu potravy.

Pro uvedenou hypotézu byly stanoveny 4 otázky z dotazníkového šetření, pomocí kterých byla zmapována informovanost dotazovaných o termínu poruchy příjmu potravy. Jako výchozí byly pro toto šetření zvoleny otázky č. 11, 12, 13, 14. Kromě otázky č. 11 byla u všech ostatních možnost více správných odpovědí. Otázka č. 11 měla zjistit, zda respondenti již slyšeli o termínu poruchy příjmu potravy. Záporně na ni odpověděl pouze jeden respondent, z čehož lze usuzovat, že je termín respondentům velmi dobře znám. Maximální počet správných odpovědí u zbylých otázek byl u mladší věkové kategorie 11 – 14 let stanoven na 432, u starší věkové kategorie 15 – 18 let to bylo maximálně 832 správných odpovědí.

Součet správných odpovědí u mladší věkové kategorie činil 73,4% úspěšnost a byl tak dle předpokladu menší, než u starší věkové kategorie, kde úspěšnost správných odpovědí dosahovala 86, 1%. Hypotéza se tedy tímto potvrdila.

4.6 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v březnu 2016 na dvou školách ve Středočeském kraji, osloveni byli studenti osmiletého Gymnázia Zikmunda Wintera v Rakovníku a dále studenti čtyřletého Gymnázia Jana Amose Komenského v Novém Strašecí. Z celkového počtu 168 vyplněných dotazníků bylo použito 158, zbylých 10 bylo pro chybějící údaje vyřazeno. Věkové rozpětí respondentů bylo stanoveno pro mladší věkovou kategorii 11 – 14 let, pro starší věkovou kategorii 15 – 18 let. Na základě prostudované literatury byly stanoveny čtyři hypotézy, které se měly výzkumným šetřením potvrdit, či vyvrátit.

Hypotéza H1 měla zjistit, zda je nejméně 60% z celkového počtu dotazovaných nespokojeno se svým vzhledem. Tato hypotéza se nepotvrdila, nespokojených bylo pouze 36,5% respondentů. U obou pohlaví převládal kladný vztah k vlastnímu tělu, u žen to bylo ze 71,6%, u mužů ze 79,4%. Stejně tak tomu bylo ohledně spokojenosti s vlastním vzhledem, kde ženy byly spokojeny z 64,2% a muži ze 79,4%.

Hypotéza H2, která předpokládala, že ženská populace je se svojí postavou spokojena méně než mužská, se potvrdila. Nespokojeno bylo 33,7% dotazovaných mužů a 45,5% dotazovaných žen, což je o 11,8% více nespokojených žen. Nespokojenost s vlastním vzhledem a postavou u ženského pohlaví významně převyšovala nespokojenost u pohlaví mužského. Stejně tomu bylo v touze po štíhlosti, či ve zkušenosti s držení diety

Hypotéza H3, která obsahovala domněnku, že více než 70% dotazovaných pociťuje společenskou žádanost štíhlosti, se rovněž nepotvrdila. Pouhých 30% dotazovaných se domnívá, že je štíhlost společensky žádaná. U všech tří otázek, které měly zmapovat názory respondentů na štíhlost jako společensky žádanou hodnotu, převládalo množství záporných odpovědí.

Hypotéza H4 měla zmapovat, zda s vyšším věkem vzrůstá informovanost o poruchách příjmu potravy. Tato hypotéza se potvrdila. Míra informovanosti u mladší věkové kategorie dosahovala 76,3%, což je o 11,2% méně, než u starší věkové kategorie, kde byla míra informovanosti stanovena na 87,5%.

Respondenti ze starší věkové kategorie v převážné většině volili větší množství odpovědí, než respondenti mladší věkové kategorie. Dále si lépe uvědomovali charakter onemocnění a jeho možné následky.

Přestože se všechny hypotézy nepotvrdily, lze souhrnně říci, že výsledky výzkumu představují celkově pozitivní zjištění, a to především pokud se jedná o spokojenost respondentů s vlastním tělem a jejich informovanost o poruchách příjmu potravy. V obou případech jde o velice kladné výsledky provedeného výzkumného šetření.

Závěr

Body image je v současné době aktuálním tématem, kterému by měla být věnována dostatečná pozornost. Zvláště pak v případech, kdy dochází k narušenému vnímání vlastního těla či zaujetí negativního postoje vůči němu, a to převážně z důvodu rizika vzniku množství závažných onemocnění, která mohou nepříznivě ovlivnit zdraví jedinců. V kontextu body image je nutné, zaměřit se jak na vnitřní, tak i vnější faktory, které ho společně utvářejí. A to především v období adolescence, které se může stát vlivem určitých faktorů kritickým. K vytvoření pozitivního body image je nutné přistupovat multifaktoriálně a vycházet tak z psychologických, biologických i sociálních změn, jimiž dospívající procházejí. Nezbytné je vždy uvažovat v souvislostech působení rodiny, školy, vrstevnických skupin i mediálního vlivu.

Pokud nedojde k vytvoření pozitivního vztahu k vlastnímu tělu, hrozí zde riziko řady zdravotních či psychických problémů, které se mohou vyvinout ve velice závažná onemocnění a ohrozit tak i samotný život jedince. Léčba nastalých problémů není jednoduchá a vždy by měla probíhat za vedení specializovaných odborníků, přinejmenším proto, že cesta k uzdravení zahrnuje dlouhotrvající a náročné úkony a to v psychické i behaviorální oblasti.

Přednostně by měla být pozornost zaměřována na preventivní opatření podporující zdravý životní styl ve smyslu správného stravování a dostatečné pohybové aktivity. Zásadou by se mělo stát upevňování rozvoje zdravého sebepojetí, sebeúcty a sebevědomí. V neposlední řadě by u dospívajících měla být podporována schopnost kritického myšlení ve smyslu přijímání informací skrze média. To vše by následovně mělo zasahovat ideálně do všech částí sociálního prostředí, v nichž se jedinec pohybuje, zvláště pak v rodině a škole.

Provedené výzkumné šetření, jehož se zúčastnilo 158 respondentů ve věku 11 až 18 let, ukázalo pozitivní výsledky v oblasti informovanosti dotazovaných o poruchách příjmu potravy i v jejich spokojenosti s vlastním tělem. Respondenti nejenom, že mají povědomí o poruchách příjmu potravy, ale velmi dobře si uvědomují charakteristiku i možné následky tohoto onemocnění, což svědčí o tom, že primární prevence na školách, které navštěvují, je na velmi dobré úrovni.

Ze šetření však vyplývá, že existuje značný rozdíl ve vztahu k vlastnímu tělu mezi jednotlivými pohlavími. Ve srovnání s muži zde bylo velké množství žen, které nebyly spokojeny se svým vzhledem a postavou, často toužily po zeštíhlení a měly zkušenosti s držním diet. Domnívám se tedy, že primární prevence by měla být zaměřena více na ženské pohlaví. Preventivní opatření určené osobám ženského pohlaví by tak mělo být více prohlubující, či intenzivnější, s důrazem na získávání zdravého postoje k vlastnímu tělu.

Seznam použité literatury a dalších zdrojů

BĚLÍK, Václav. Problémy v realizaci prevence sociálních deviací ve školním prostředí a jejich možná řešení. **In:** *Mezinárodní konference Socialia 2010: sborník Sociální deviace v kontextu společenských věd*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, s. 72-78. 978-80-7435-091-7.

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

FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012. 278s. ISBN 978-80-246-2160-9.

GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. Psyché. 184s. ISBN 80-716-9907-1.

HOFERKOVÁ, Stanislava a PELCÁK, Stanislav. *Budoucí časová perspektiva pubescenta*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 153s. ISBN 978-80-7435-630-8.

JUKLOVÁ, Kateřina. Sebeúcta jako klíčový projektivní faktor v primární prevenci sociálně patologických jevů. **In:** *Riziková mládež v současné společnosti: sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006, s. 166-171. ISBN 80-7041-044-2.

KRAUS, Blahoslav a POLÁČKOVÁ, Věra. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199s. ISBN 80-731-5004-2.

KRAUS, Blahoslav. *Sociální deviace v transformaci společnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 210s. ISBN 978-80-7435-575-2.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. 170s. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9946-2

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. 235s. Rádci pro život. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). 238s. ISBN 80-716-9627-7.

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). 368s. ISBN 80-247-1284-9.

MACEK, Petr. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. 141s. ISBN 80-717-8747-7.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105s. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha:Maxdorf,2014. Jessenius. 495s. ISBN 978-80-7345-425-8.

PAPEŽOVÁ, Hana,ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). 424s. ISBN 978-80-247-2425-6.

SAK, Petr. *Proměny české mládeže: česká mládež v pohledu sociologických výzkumů*. Praha: Petrklíč, 2000. 291s. ISBN 80-7229-042-8.

SEDLÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). 199s. ISBN 978-80-247-2685-4.

ŠEBELA, Leoš. Reklama jako rizikový faktor vzniku sociálně negativních projevů chování a jednání u dětí. **In:** *Mezinárodní konference Socialia 2010: sborník Sociální deviace v kontextu společenských věd*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, s. 391-397. ISBN 978-80-7435-091-7.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. 575s. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. 444s. ISBN 80-717-8214-9.

ZEMANOVÁ, Vanda a DOLEJŠ, Martin. *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 151s. ISBN 978-80-244-4492-5.

WEDLICOVÁ, Iva. *Sebepojetí dospívajících a způsob výchovy v rodině*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, 2008. 234s. Acta Universitatis Purkynianae. ISBN 978-80-7414-096-9.

Internetové zdroje

Anabell [online]. ©2002-2016 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>

Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. *1. Lékařská fakulta Univerzita Karlova: Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>

Drunkorexie. In: *Vis co jis* [online]. 2014 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: <http://www.viscojis.cz/onemocneni-vyziva/poruchy-prijmu-potravy/537-drunkorexie>

Healthy and free [online]. 2015 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/>

Idealni.cz: Mentální anorexie, bulimie, psychogenní přejídání - portál s odbornou garancí [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/>

KULHÁNEK, Jan. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. In: *Idealni.cz: Mentální anorexie, bulimie, psychogenní přejídání - portál s odbornou garancí* [online]. 2014 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>

Poruchy příjmu potravy. *ÚZIS* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/poruchy-prijmu-potravy>

POTUŽNÍKOVÁ, Jana. Ortorexie: Posedlost zdravým jídlem. *Sestra* [online]. Mladá Fronta, 2013, **24**(03) [cit. 2016-04-02]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ortorexie-posedlost-zdravym-jidlem-469539>

Psychologie vztahu k vlastnímu tělu. *Psychoterapie anděl: psychologické centrum* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.psychoterapie-andel.cz/psychologie-vztahu-k-vlastnimu-telu/>

ŘEHOŘOVÁ, Kateřina. Plastická chirurgie a skrytá rizika. In: *Mineralfit: Magazín nejen o zdraví* [online]. 2006 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.mineralfit.cz/clanek/plasticka-chirurgie-a-skryta-rizika>

Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy [online]. 2013 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.asociaceppp.eu/>

Zrcadlo, zrcadlo aneb Jak eliminovat rizika spojená se zákroky v estetické chirurgii?
In: *Technicky portal.cz*[online]. Praha, 2015 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z:
http://www.technickytydenik.cz/rubriky/novinky/zrcadlo-zrcadlo-aneb-jak-eliminovat-rizika-spojena-se-zakroky-v-esteticke-chirurgii_28923.html

Seznam dalších zdrojů

CROOK, Marion. *V zajetí image těla: jak chápat a odmitat mýty o vzhledu těla*. Ostrava: Oldag, 1995. 136s. ISBN 80-859-5402-8.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. 207s. ISBN 80-859-3179-6.

KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK Jiří a LEBL, Jan. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. 156s. ISBN 80-858-2451-5.

SKUTIL, Martin, KŘOVÁČKOVÁ, Blanka a MANĚNOVÁ, Martina. *Psaní odborných textů a tvorba elektronických prezentací ve společenských vědách*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 59s. ISBN 978-80-7435-503-5.

Seznam grafů

Graf 1: Postoj k vlastnímu tělu	53
Graf 2: Spokojenost s vlastním tělem	53
Graf 3: Spokojenost s vlastní postavou.....	54
Graf 4: Důležitost štíhlosti.....	54
Graf 5: Štíhlost jako známka dobrého vzhledu.....	55
Graf 6: Spojitost štíhlosti s úspěchem.....	55
Graf 7: Přání být štíhlejší	56
Graf 8: Držení diety, kvůli strachu ze ztloustnutí.....	56
Graf 9: Informovanost o poruchách příjmu potravy	57
Graf 10: Zařazení uvedených pojmů mezi poruchy příjmu potravy.....	57
Graf 11: Charakter poruch příjmu potravy	58
Graf 12: Následky poruch příjmu potravy	59

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník k bakalářské práci

Příloha A

DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážení studenti,

Jmenuji se Zuzana Pelcová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální patologie a prevence na Univerzitě Hradec Králové. Tento dotazník bude sloužit jako podklad pro výzkumnou část mé bakalářské práce na téma Body image jako rizikový faktor chování mládeže. Prosím Vás o upřímné zodpovězení veškerých otázek. Dotazníky jsou anonymní.

Zakroužkujte odpovědi:

- 1) Jsem: muž / žena
- 2) Je mi: a) 11-14 let b) 15-18 let

- 3) Mám rád/a své tělo: ANO/ NE
- 4) Jsem spokojen/a se svým vzhledem: ANO/ NE
- 5) Jsem spokojen/a se svojí postavou: ANO/ NE

- 6) V dnešní době je nutné být štíhlý. ANO/ NE
- 7) Vypadat dobře, znamená především být štíhlý. ANO/ NE
- 8) Štíhlé osoby jsou ve svém životě úspěšnější. ANO/ NE

- 9) Chtěl/a bych být štíhlejší: ANO/ NE
- 10) Ze strachu o to, abych neztloustl/a, jsem již držel/a dietu. ANO/ NE
- 11) O poruchách příjmu potravy jsem již slyšel/a. ANO/ NE

Z uvedených odpovědí zaškrtněte ty, které považujete za správné:

12) Mezi poruchy příjmu potravy patří:

Anorexie	Šikana	záchvatovité přejídání
Sebepoškozování	Obezita	bulimie

13) Poruchy příjmu potravy jsou:

dlouhotrvajícím a závažným onemocněním	krátkodobým a snadno léčitelným onemocněním
důsledkem špatných stravovacích návyků	důsledkem zdravého životního stylu

14) Poruchy příjmu potravy zapříčiňují:

vysoké sebevědomí	Smrt	ztrátu tělesné hmotnosti
Deprese	nárůst svalové hmoty	přibývající energii