

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

BODY-IMAGE A JEHO VÝZNAM PRO
ČESKÉ ADOLESCENTY

BODY-IMAGE AND ITS IMPORTANCE FOR
CZECH ADOLESCENTS



Bakalářská diplomová práce

Autor:

Anna Poláková

Vedoucí práce:

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Olomouc

2021

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, výbornou komunikaci, laskavý přístup a podnětné rady. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Heleně Pipové za laskavý přístup a pomoc při realizaci výzkumu.

Také bych ráda poděkovala svému příteli a rodině za jejich podporu. V neposlední řadě patří velký dík všem účastníkům výzkumu a ředitelům/ředitelkám škol za ochotu účasti ve výzkumu.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma:

„Body image a jeho význam pro české adolescenty“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

OBSAH.....	
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1. TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ V ADOLESCENCI.....	7
1.1. Období adolescence.....	7
1.1.1. Definice a rozdělení adolescence.....	7
1.1.2. Fyzické změny.....	8
1.1.3. Psychický vývoj.....	8
1.1.4. Socializace.....	9
1.2. Vývoj identity a sebepojetí v adolescenci.....	10
1.2.1. Identita a sebepojetí	10
1.2.1. Tělesné sebepojetí.....	11
1.3. Spokojenost s vlastním tělem a vliv tělesného pojetí na psychiku.....	12
2. TĚLESNÝ VZHLED V ADOLESCENCI.....	15
2.1. Tělesný vzhled a jeho význam v adolescenci.....	15
2.1.1. Obraz vlastního těla (body image).....	15
2.1.2. Tělesné schéma a typologie postavy.....	16
2.1.3. Ideální postava.....	17
2.2. Obezita a nadváha	18
2.2.1. Definice obezity a dělení jejích specifických forem	18
2.2.2. Faktory ovlivňující vznik a rozvoj obezity.....	19
2.2.3. Prevalence obezity	20
2.2.4. Diagnostika obezity	20
2.2.5. Zdravotní rizika spojená s obezitou	21
2.2.6. Léčba a prevence obezity	22
2.3. Poruchy příjmu potravy	24

2.3.1. Poruchy příjmu potravy obecně.....	24
2.3.2. Mentální anorexie	25
2.3.3. Mentální bulimie.....	26
2.3.4. Psychogenní přejídání a ostatní poruchy příjmu potravy	28
2.3.5. Léčba a prevence PPP	29
3. STRAVOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL V ADOLESCENCI	32
3.1. Výživa obecně.....	32
3.1.1. Základní principy výživy	32
3.1.2. Makroživiny a mikroživiny	34
3.2. Vliv správné výživy na vývoj dospívajícího.....	35
3.3. Současné trendy ve stravování	37
3.3.1. Druhy diet a stravovacích stylů	37
3.3.2. Zdravé a nezdravé stravování	40
3.4. Pohybová aktivita v adolescenci	42
3.5. Sociální sítě a média a jejich vliv na body-image adolescentů	44
4. DOSAVADNÍ VÝZKUMNÉ PROJEKTY VE SLEDOVANÉ OBLASTI	45
VÝZKUMNÁ ČÁST	48
5. FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLE VÝZKUMU	49
5.1. Formulace výzkumného problému a cíle práce.....	49
5.2 Výzkumné otázky a statistické hypotézy	49
6. POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU A METODY VÝBĚRU VÝZKUMNÉHO SOUBORU	52
7. METODOLOGICKÝ RÁMEC	53
7.1. Design výzkumu a typ výzkumu	53
7.2. Aplikovaná metodika.....	53
7.2.1. Dotazník stravování a pohybové aktivity.....	54
7.2.2. Dotazník pro vyšetření poruch příjmu potravy EDE – Q8.....	54
7.2.3. Body Mass Index	55
7.3. Etika výzkumu	55

8. REALIZACE VÝZKUMU.....	56
8.1. Organizace a průběh výzkumného šetření	56
8.2. Metody zpracování a analýzy dat	57
9. VÝSLEDKY	58
9.1. Deskripce výsledků Dotazníku stravování a pohybové aktivity	58
9.2. Zhodnocení platnosti hypotéz o rozdílu podle pohlaví	65
9.3. Deskripce výsledků Dotazníku EDE – Q8.....	69
9.4. Deskripce výsledků BMI	71
10. DISKUZE.....	74
11. ZÁVĚRY.....	78
SOUHRN	79
SEZNAM LITERATURY	82
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Tato bakalářská práce je zaměřena na popis body-image a dalších vybraných psychologických fenoménů souvisejících s vnímáním a hodnocením vzhledu vlastního těla u českých adolescentů. Období adolescence je klíčové období pro utváření sebepojetí a identity, a tělesný vzhled je nedílnou součástí celkového sebepojetí. V tomto období dochází k prudkým fyzickým změnám, které mohou zapříčinit zvyšující se zájem o tělesný vzhled v tomto vývojovém období. Vliv médií a sociální sítí, hodnocení vrstevníků či stravovací návyky v rodině mohou souviset s problémy typickými pro toto vývojové období, především s poruchami příjmu potravy či nezdravými stravovacími zvyklostmi. Výzkumné studie zaměřující se na tuto problematiku již upozornily na zhoršující se spokojenost a celkový vztah k vlastnímu tělu právě v období dospívání. V této práci se pokusíme zjistit podrobné informace týkající se body-image českých adolescentů.

Práce je členěna na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část se zaměřuje na popis období adolescence, na vymezení klíčových pojmů vztahující se ke konceptu body-image, na problematiku nadváhy či obezity a na poruchy příjmu potravy. Dále se v teoretické části zabýváme popisem základních principů výživy a stravovacích stylů a v neposlední řadě se krátce věnujeme tématu pohybových aktivit a ovlivnění body-image obsahem v médiích a na sociálních sítích. Na závěr teoretické části přidáváme dosavadní výzkumná zjištění související s touto problematikou.

Ve výzkumné části vymezujeme výzkumný problém a hlavní cíle práce, popisujeme výzkumný soubor a aplikovanou metodiku. Výzkum je součástí rozsáhlejšího výzkumného projektu, který probíhal po celém území České republiky, a ze kterého se připravuje odborná monografie a jiné odborné výstupy. Pod odborným vedením jsme administrovali testové dotazníkové baterie u 4318 českých adolescentů, z toho u 2311 dívek a 2007 chlapců. Výzkum je kvantitativní povahy a deskripce výsledků přináší informace o body-image u dospívajících dívek a chlapců. Zaměřuje se především na oblasti spokojenosti s tělem, hodnocení vlastního, popis tělesných údajů a na kompenzační chování ovlivňující vzhled a tvar těla. Výsledky srovnáváme podle pohlaví a popisujeme zjištěné rozdíly mezi dívkami a chlapci v těchto fenoménech.

TEORETICKÁ ČÁST

1. TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ V ADOLESCENCI

Jelikož se náš výzkum zabývá body-image v adolescenci, v této kapitole stručně uvedu základní informace o období adolescence z hlediska vývojové psychologie, vysvětlím pojmy jako jsou sebepojetí, tělesné sebepojetí a identita. V závěru se zaměřím na vliv tělesného sebepojetí na psychiku adolescentů.

1.1. Období adolescence

1.1.1. Definice a rozdělení adolescence

Termín adolescence je odvozen z latinského slovesa *adolescere*, což znamená dorůstat, dospívat. V biologickém smyslu lze adolescenci vymezit jako: „*životní úsek ohraničený na jedné straně prvními známkami pohlavního zrání (tedy především objevením sekundárních pohlavních znaků) a na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti a dokončením tělesného růstu*“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, 142).

Existuje spousta definic a rozdělení tohoto období, jelikož každý z autorů pojímá etapy vývoje v tomto období lehce odlišně.

Vágnerová (2012) rozděluje adolescenci na ranou (11–15 let) a pozdní (15–20 let). Macek (2003) dělí adolescenci na tři fáze, a to fázi časnou, střední a pozdní. Langmeier a Krejčířová (2006) toto období rozdělují na 2 větší části: 1. Období pubescence (zhruba od 11 do 15 let), které se dále dělí na a) Fázi prepuberty, tedy první pubertální fázi, a na b) Fázi vlastní puberty, tedy druhou pubertální fázi, a 2. Období adolescence (zhruba 15–22 let).

Dolejš a Orel (2017) dělí adolescenci na období pubescence/raná adolescence (11–12 let až cca 15 let) a období vlastní/pozdní adolescence (cca 15 let až cca 20–22 let). Tohle vymezení adolescence budeme používat v této práci.

Období adolescence je především obdobím prudkých fyzických změn, dále pak pokračuje emoční, kognitivní a sociální vývoj. Změny nejsou jen tělesného charakteru, zahrnují i úroveň psychickou, sociální a spirituální. Všechny tyto změny jsou vzájemně propojené (Dolejš & Orel, 2017).

1.1.2. Fyzické změny

Pro toto období, jak již bylo zmíněno, jsou charakteristické prudké a nápadné fyzické změny. V nástupu určitých fyzických změn hraje roli jak intraindividuální, tak interindividuální variabilita. Dospívající mohou být ve stejném věku, ale jejich vývoj probíhá odlišně v různých oblastech. Například u někoho se dříve objeví první sekundární pohlavní znaky, jiný dospívající si vede lépe v oblasti vývoje intelektu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Tělesný růst je nerovnoměrný, dochází k dočasné disharmonii postavy. Zeller (Langmeier & Krejčířová, 2006) toto období nazývá jako „*druhá proměna tělesné stavby*.“ Rychlost růstu je v současnosti ovlivněná i tzv. *Sekulární akcelerací* neboli „*urychlením růstu a vývoje v průběhu staletí*.“ Dospívání se však rozšiřuje i druhým směrem, jelikož se oddaluje nástup plné dospělosti. Kdy několik desetiletí zpět byli adolescenti v manželství a disponovali finanční nezávislostí na rodičích, nyní přibývá adolescentů, kteří jsou v období rané dospělosti stále zcela finančně závislí na rodičích a o založení své rodiny ještě ani neuvažují. Tento trend může souviset s nárůstem počtu adolescentů studujících na vysokých školách oproti minulým generacím (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Fyzický vývoj se liší i v závislosti na pohlaví. U chlapců probíhá asi o 1-2 roky později. U dívek v období puberty nastupuje menarche. Na konci období pubescence postupně dosahují adolescenti plné reprodukční zralosti (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Tělo dospívajících se rychle mění, objevují se první sekundární pohlavní znaky. U dívek dochází k nápadnějším změnám těla - růst poprsí a boků. V období pozdní adolescence postava adolescenta již dosahuje zcela dospělých proporcí, což zdůrazňuje ještě více rozdíly mezi mužským a ženským tělem (Říčan, 2014).

Tělesná atraktivita a fyzická síla jsou v období adolescence vysoce hodnoceny a jsou prostředkem k dosažení určitého postavení v kolektivu a sociální prestiže. Proto dospívající věnují více pozornosti svému tělu než kdy dříve (Dolejš & Orel, 2017).

1.1.3. Psychický vývoj

V souvislosti s fyzickými změnami jsou dospívající vystaveni vyšší míře stresu. Vnější změny vzhledu mohou ovlivnit vývoj jejich identity a sebepojetí. Vztah k sobě samému ovlivňují i hodnocení ostatních, například vrstevníků. Vztahy s vrstevníky obojího pohlaví a částečné vymanění se ze závislosti na rodičích, patří k základním vývojovým úkolům tohoto období (Havighurst, 1953). Z hlediska vývojové psychologie má adolescent za cíl

dosáhnout určitého stupně osobní zralosti, vymanit se ze závislosti na rodičích a přijmout zodpovědnost za své jednání (Macek, 2003).

Mezi psychologické charakteristiky období pubescence patří vyšší emoční labilita, časté změny nálad, nové pudové tendence a impulzivita (Thorová, 2015). Rodiče často hovoří o svých dětech v tomto období, že s nimi jednoduše není k vydržení. Tuto výbušnost, eruptivnost a nehotovost charakteru označil Příhoda (1983, 388) jako vulkanismus: „*Každá tendence má vyšší teploturu než v dětství i v následujících obdobích.*“

V druhé polovině adolescence přichází sice určité uklidnění, adolescenty ale čekají důležitá životní rozhodnutí, například výběr školy, budoucího povolání, první partnerské vztahy atd. Rovněž dochází k utváření osobní identity, mladiství hledají odpovědi na základní existenční otázky: „*Kdo jsem?*“ nebo „*Kam patřím?*“ Dospívající bývají také náchylnější k rizikovému chování. Například poruchy příjmu potravy se začínají nejčastěji objevovat právě v období dospívání (Thorová, 2015).

1.1.4. Socializace

V adolescenci dochází ke změně z „*dětské role*“ na „*rolí dospělého*“, což představuje významný životní mezník pro individuum i společnost (Dolejš & Orel, 2017). Základním vývojovým úkolem je určitá emancipace od rodiny, i když, jak bylo již uvedeno, se v poslední době více oddaluje. Rodina má zásadní vliv na vývoj identity a na formování nových společenských rolí (Fischer & Škoda, 2014). Pro rodiče bývá osamostatnění dětí důležitou událostí, kterou zpravidla snášejí hůře matky. Na začátku adolescence jsou vztahy s rodiči bouřlivější, postupně by mělo docházet k uklidnění a utužení vztahů (Thorová, 2015). Samozřejmost jistoty a pozitivního pocitu přijetí umožňuje dítěti dobře se včlenit do vrstevnické skupiny a usnadňuje odpoutávání se od rodičů. Pozitivní pocit přijetí patří mezi základní potřeby všech jedinců. Tímto aspektem je splněn důležitý mezník socializace (Obereignerů, 2017).

V období adolescence je zásadní interakce s vrstevníky. Typické je vytváření nových vzorů a popírání těch předchozích - rodičů. Důležité je taky postavení adolescenta ve školní třídě. Názory a hodnocení vrstevníků mohou výrazně ovlivnit sebepojetí (viz subkapitola 1.2.). V tomto období dochází také k navazování prvních partnerských vztahů a zahájení sexuálního života. Partnerský vztah představuje jeden z mezníků, který znamená vyrovnání se s dospělými (Skorunková, 2013).

1.2. Vývoj identity a sebepojetí v adolescenci

1.2.1. Identita a sebepojetí

Obecným vývojovým úkolem v adolescenci je vytvoření vlastní identity, získání autonomie a přijetí zodpovědnosti dospělého (Macek, 2003). Identitou označujeme prožívání sebe samého jako člena společnosti (Fialová & Krch, 2012). Období dospívání je především hledání vlastní identity, nově se objevuje a rozvíjí nová dimenze sebepoznání – introspekce (Vágnerová, 2012). Proces formování dospělé identity v době dospívání se nazývá individuace (Josselsonová, 1980; in Vágnerová, 2012). Erikson (2002) toto období v rámci konceptu psychosociálního vývoje nazývá jako krize identita vs. zmatení rolí. Považuje tak krizi identity v období dospívání za nedílnou součásti zdravého psychosociálního vývoje (Erikson, 2002). Vývoj identity samozřejmě s nástupem dospělosti nekončí, ale provází nás celým životem (Tyrlík et al., 2010). Podstatným se stává také potvrzení své vlastní identity jako jedinečné a svébytné osobnosti (Hort, 2008).

Téma identity je velmi široké, nás v této práci bude zajímat především jedna podkategorie identity, a to tělesná identita. Tělesnou identitou se rozumí to, jak vnímáme vzhled těla a pohyb, a jakou pro nás mají důležitost (Fialová & Krch, 2012). Tělesná identita se stává v adolescenci prostředkem k dosažení sociální akceptace a prestiže (Vašutová & Panáček, 2013).

Důležitým aspektem provázející vývoj identity obecně je vývoj sebepojetí (self-concept). Existuje více definic sebepojetí. Blatný (2003, 92) definuje sebepojetí jako: „*souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová*“. Jiní autoři za sebepojetí považují postoj k sobě samému, nebo mentální reprezentace sebe samotného (Van der Werff, Brehm & Kassin, in Blatný & Plháková, 2003). Pro utváření sebepojetí je období adolescence klíčové, jelikož se setkávají tělesné, emoční, kognitivní a sociální změny s vývojovým úkolem nalezení osobní identity (Macek, 2003). Dospívající odmítají původní vzory, mají tendenci hledat nezpochybnitelnou pravdu, hodnoty a ideály (Výrost et al., 2019).

Sebepojetí má tři složky: kognitivní (sebeoznání), činnostně regulativní (sebekontrola) a emocionální (sebehodnocení). V praktické části této práce budeme zkoumat především sebehodnocení a sebekontrolu adolescentů v oblasti tělesného vzhledu a stravovacích návyků. Sebekontrolou je ve vztahu k tělu myšlena určitá regulace stravovacích zvyklostí, pravidelný pohyb aj. Sebehodnocení je definováno Blatným (2003, 115) jako „*mentální reprezentace emočního vztahu k sobě*“. Fialová jej definuje jako „*názory a soudy o vlastní osobě na pozadí určité normy, ideálu a porovnávání s druhými*“ (Fialová & Krch, 2012, 25).

Sebehodnocení v průběhu dospívání přirozeně kolísá. Langmeier a Krejčířová (2006) uvádí, že sebehodnocení klesá kolem 11-12. roku věku, kolem 15-16. roku začíná zase pomalu stoupat. Je také zajímavé, že zatímco v raném věku jsou k popisu sebe samého používány spíše činnosti nebo role např. fotbalista, u adolescentů se objevují spíše prvky sebehodnocení a popis fyzických rysů např. jsem vysoká (Blatný & Plhánková, 2003).

Sebepojetí a sebehodnocení jsou významně ovlivněny reakcemi a hodnocením okolí. Mead vytvořil konstrukt tzv. *významní druzí (significant others)*. Tento konstrukt předpokládá, že naše vlastní Já je zvnitřněnou představou o tom, jak se domníváme, že nás hodnotí pro nás důležití lidé (Mead, 1934). Podobný je i tzv. fenomén zrcadlového Já (*looking-glass self*) autora Cooleye, který takto pojmenoval psychickou strukturu v dospívání, která se vyvíjí v závislosti na názorech druhých osob o našem vzhledu, vystupování, motivech, charakteru a skutcích (Cooley, 1902).

Carr-Gregg (2012) zase vysvětluje ovlivnění sebehodnocení adolescentů pomocí tzv. pěti světů, kterými jsou vnitřní svět, skupina vrstevníků, rodina, škola a svět kyberprostoru. V ranějších fázích vývoje jsou hodnotiteli zejména rodiče a členové rodiny, později vrstevníci (Macek, 2003).

Hodnocení okolí adolescenty vede k častějšímu zabývání se sebou samým a následně k určitému jednání, motivovaném potřebou se co nejlépe prezentovat a skrýt své nedostatky (Fialová, 2001). V období adolescence, nejvíce v pubertě, mají jedinci tendence se mezi sebou porovnávat, potřebují v tomto období vzory, k nimž směřují. Ztotožnění se s určitou skupinou vytváří stadium přechodné skupinové identity (Vágnerová, 2012). Je třeba si uvědomit, že vztahy s vrstevníky patří k jedněm z nejvýznamnějších hybných sil tohoto období (Říčan, 2014).

1.2.1. Tělesné sebepojetí

Tělo je považováno za jednu z nejdůležitějších komponent celkového sebepojetí. V souvislosti s tělem a postoji k němu vznikla řada pojmů, které v této podkapitole uvedu. Pojem tělesné sebepojetí (*body image*) znamená obraz vlastního těla. Souvisí s prožíváním a uvědomováním si vlastního těla, které je však subjektivní a obtížně měřitelné. Tělesné sebepojetí má tři složky: zdraví, vzhled a zdatnost. Význam důležitosti těchto složek se mění s věkem, přičemž v adolescenci je typické zaměření se na tělesný vzhled (Fialová, 2001). Jiná varianta je tělesné sebepojetí označit jako postoj k vlastnímu tělu, který má dimenze totožné jako klasické sebepojetí, tedy dimenze kognitivní - poznání vlastního těla,

emocionální - hodnocení vlastního těla, a činnostně regulativní dimenze - behaviorální charakteristiky jako například stravovací a pohybové návyky (Fialová & Krch, 2012).

Další související pojem vztahující se k prožívání těla je tělesné pojetí, do kterého se řadí navíc také tělesné představy, hodnocení a jednání související s tělem např. přesvědčení, co jíst, aby se člověk udržel v kondici, byl štíhlý, představy o ideální postavě atd. Tyto představy ovlivňujeme nejen my, ale i naše okolí. Například vlastní schopnosti neporovnáváme pouze u sebe v čase, ale srovnáváme je se schopnostmi ostatních (Fialová, 2001). Pro kompletnost zde zmíním i pojem tělesná identita, ten jsme ale již definovali v části o obecné identitě.

V adolescenci ovlivňuje tělesné sebepojetí více faktorů, nejčastěji je to hodnocení vrstevníků a rodičů, vlastní představy o ideálním těle, současný ideál tělesného vzhledu, ale také média (viz kapitola 3.5). Hodnocení a pozitivní přijetí ze strany rodičů je pro utváření sebepojetí také důležité. Někteří autoři tvrdí, že děti, které vyrůstají v prostředí věčné kritiky, často přejímají vzorce negativního hodnocení sebe sama (Kohoutek, 2006).

Příkladem takového ovlivnění tělesného sebepojetí postojem rodiče může být příběh známé anorektické modelky Isabelle Caro. Veřejnost ji zná díky kampani proti boji s mentální anorexií, kdy se nahá a nenalíčená nechala vyfotit na billboard s nápisem *No anorexia*. Ve své knize *Holčička, která nechtěla vyrůst* (Caro, 2011) Isabelle popisuje, jak ji ovlivnilo hodnocení její matky. Isabellina matka nechtěla, aby někdy vyrostla, zakazovala jí interakci s vrstevníky, nutila ji spát v dětské postýlce a zahalovala jí obličej šálou. Isabelle chtěla splnit ideály její matky a zůstat co možná „nejmenší“. Cítila se ošklivá a měla pocity viny za to, že je máma nešťastná kvůli ní. Jako následek se u ní rozvinula anorexie, na jejíž následky bohužel i zemřela (Caro, 2011).

1.3. Spokojenost s vlastním tělem a vliv tělesného pojetí na psychiku

Spokojenost s vlastním tělem je specifickým aspektem postoje k vlastnímu tělu. Tělesné sebepojetí je motivační činitel chování, který přispívá k celkové sebeúctě, duševnímu zdraví a well-beingu. Tělesný ideál bývá utvářen sociokulturním prostředím (viz podkapitola 2.1.3.) (Fialová & Krch, 2012).

Spokojenost s vlastním tělem závisí na více faktorech, roli hraje například věk. V adolescenci spokojenost s tělem odvíjí i od celkového pocitu atraktivity a potřeby se zalíbit opačnému pohlaví. V pozdějším věku je důležitější zdraví (Fialová & Krch, 2012).

Problémy v oblasti spokojenosti s vlastním tělem mohou vznikat, pokud má jedinec rozpor mezi jednotlivými reprezentacemi svého Já. Tento stav vysvětluje Higgins (1987) v teorii diskrepance v sebepojetí. Nesoulad vzniká v důsledku rozporů mezi ideálním/požadovaným Já a aktuálním/reálným Já. Aktuální/Reálné Já představuje člověka, jaký je právě teď. Ideální Já je určitou představou o sobě, která má atributy, jež by ideálně člověk chtěl mít (např. vlastní ideál krásy). Podobné jako Ideální Já je tzv. Požadované Já, které má vlastnosti, co by člověk ideálně měl mít (dobrý vzhled, fyzická a tělesná zdatnost). Srovnávání ideálního/požadovaného Já s reálným Já vede často k negativnímu sebehodnocení a pocitům nespokojenosti a depresivnímu ladění (Blatný & Plháková, 2003).

Pro správné přijetí těla jsou důležité především znalosti, uvědomělost, realistické hodnocení a plány jednání. Zlepšení tělesného sebepojetí vyžaduje především změnu ve způsobu myšlení a vnímání, i změnu jedince v chování ke zdraví a kráse. Přepracovat představu vlastního těla vyžaduje vzdát se předsudků a hledat uspokojení a sebevědomí jinde než v tělesných proporcích a osobní váze. Racionálním přístupem k vlastnímu tělu lze předejít i poruchám příjmu potravy. Z výzkumů vyplývá, že sportující populace je obecně spokojenější se všemi aspekty svého těla (Fialová & Krch, 2012).

Tělo je hlavním prostředkem k sebevyjádření a komunikaci se světem. V dnešní společnosti je štíhlost (především u žen) žádoucím rysem a bývá považovaná za vzor zdraví a krásy. Na ženy jsou obecně kladeny vyšší nároky na tělesný vzhled. Výzkumy ukazují, že ženy/dívky jsou méně spokojené se svým tělem než muži/chlapci. Jako problémové partie označují hlavně břicho, boky a stehna (Grogan, 2000). Tento trend může negativně ovlivnit adolescentní dívky, jelikož právě ony mají tendence nekriticky přijímat vzory, například na sociálních sítích. Sociální sítě ukazují pouze výseč reálného života a fotografie většinou výrazně zkreslují skutečný vzhled ženského těla. Tato věková skupina je tak výrazně náchylnější k poruchám příjmu potravy (Fialová, 2001).

Nespokojenost se svým tělem má nezpochybnitelný vliv na psychiku, jelikož v souvislosti s ní vznikají pocity znechucení, hněvu či úzkosti. Zejména se tak děje u dívek s nadváhou či obezitou, kterým se dostává negativního hodnocení od vrstevníků. Bohužel stále přetrvává stereotyp: „*pokud chceš být hubená, nejez*“, proto se dívky obvykle uchylují k nejrůznějším dietám. Úskalí těchto stravovacích omezení je v tom, že naše tělo funguje komplexně. Ze stravy člověk získává nezbytné živiny, které ovlivňují celou řadu funkcí v těle. Tělo nedokáže dlouhodobě zvládat deficit základních makroživin a vysílá odezvu (Doleček et al., 2013).

V důsledku krátkodobých striktních diet může rychle dojít k tzv. jojo efektu - tedy opětovnému přibytí na váze, častokrát i více, než byla váha původní. Tento důsledek nesprávného pokusu o snížení váhy vyvolává zklamání a opětovné pocity hněvu, znechucení a nespokojenosti se sebou. Mnoho dívek i žen se do takových diet pouští stále znovu a vzniká nekonečný bludný kruh (Doleček et al., 2013). Podobně funguje i záchvatovité přejídání, kdy se dívky přejídají, protože mají nějaké problémy a cítí se nešťastné. Přejídání vede k přibývání na váze, což způsobuje opětovné pocity hněvu a úzkosti (Papežová, 2018).

Na uvedeném příkladu je vidět skutečnost, že všechny děje v našem těle - jak fyzické, tak psychické - jsou provázané a vzájemně se ovlivňují. Tento pohled na lidskou bytost se nazývá jako komplexní přístup známý také jako bio-psycho-sociálně-spirituální přístup. Zmíněnému tématu se podrobněji věnuje Orel ve své publikaci psychopatologie (Orel, 2020).

2. TĚLESNÝ VZHLED V ADOLESCENCI

2.1. Tělesný vzhled a jeho význam v adolescenci

Jak jsme již nastínili v předchozí kapitole, v období adolescence se stává tělesný vzhled důležitým prvkem celkového sebepojetí a ovlivňuje hodnocení sebe samého. V této kapitole se na tělesný vzhled zaměříme podrobněji, zahrneme zde témata jako jsou například obezita či poruchy příjmu potravy.

2.1.1. Obraz vlastního těla (body image)

Tělesný vzhled (body image) je jednou ze tří základních složek tělesného sebepojetí. Bývá posuzován v různých sociálních kontextech a je důležitým faktorem pro utváření celkového dojmu o člověku. Definujeme jej jako „*soubor představ o vlastním těle, nebo také vnímání a prožívání tělesného vzhledu*“ (Fraňková et al., 2013, 133). Tělesný vzhled je důležitým tématem v období adolescence, jelikož je součástí každodenní komunikace, ovlivňuje mezilidské vztahy a podílí se na utváření sebepojetí dospívajícího (Fialová, 2001).

Tělesný vzhled souvisí s pojmy jako jsou tělesná přitažlivost a atraktivita. Tyto pojmy poukazují na skutečnost, že nehodnotíme pouze postavu nebo výšku, ale i celkové působení, ladnost pohybů atd. V dospívání má každý jedinec určité postavení v rámci kolektivu, například ve školní třídě, a navazuje první partnerské vztahy, což zvyšuje jedincovu závislost na hodnocení okolí. Mezi lidmi existuje určitá tendence spojovat fyzickou přitažlivost s pozitivními osobními kvalitami (Dion, 1972).

Ať se nám to líbí či nikoliv, v životě platí tvrzení, že co je krásné, to je dobré (Dion, 1972). Není tedy divu, že výrazněji než kdy jindy, tak právě v období dospívání, mají jedinci tendence k experimentování se svým vzhledem a častěji podnikají kroky k jeho změně (Grogan, 2000). V naší práci se zaměřujeme na to, jak adolescenti vnímají svůj tělesný vzhled, zda jsou v této oblasti spokojeni a jestli mají tendence svůj tělesný vzhled ovlivňovat, popřípadě měnit.

Vyšší nároky na fyzický vzhled jsou obvykle kladeny na ženy. Výzkumy ukazují, že tělesný vzhled je důležitý pro dívky již v pubertě. Nespokojenost se svým tělem je mezi dospívajícími ve věku 12-18 let až 45 % a 37 % z nich již vyzkoušelo nějak snížit svoji hmotnost (Fialová & Krch, 2012). Podobné výsledky ukazují i ostatní výzkumy z této oblasti, například výzkum dívek ve věku 9-12 let ukázal, že 52 % si nepřeje žádnou změnu v souvislosti s tělem, 7 % by rádo přibralo a 42 % by chtělo být štíhlejší (Schur, Sander, and Steiner, 2000). Z těchto výsledků vyplývá, že je téma štíhlosti pro dospívající velmi důležité.

2.1.2. Tělesné schéma a typologie postavy

Pro popis tělesného vzhledu užíváme jak laických označení jako tlustý/štíhlý, tak i odborných názvosloví typů postavy. Již odedávna byla snaha rozlišit lidi podle různých typů postavy. Na základě množství a rozložení tuku v těle bývají určovány tzv. *somatotypy*. Již řecký lékař Hippokrates rozlišoval tělesné typy jako *Habitus apoplecticus* (malý, zavalitý) a *Habitus plitiscus* (velký, štíhlý). Toto rozdělení je příliš obecné, proto přicházely další snahy o rozdělení tělesných typů. Známa jsou rozdělení německého psychologa Kretschmera, který podle typu postavy připisoval lidem typické duševní vlastnosti. Základní typy byly astenický (štíhlý), atletický (svalnatý) a pyknický (s nadváhou). Do typologie lidského těla významně přispěl i Sheldon, který rozdělil tělesné typy na endomorf, mezomorf a ektomorf, původně však rozdělil postavy do 88 tělesných typů (Fialová & Krch, 2012).

Jiný pohled na tělesné typy nabízí dělení Malé (1980), která dělí lidi podle těla na typ severský, východní, adriatický a západní, kdy tyto typy rozlišuje na základě antropologických ukazatelů jako je výška a velikost hlavy. Široké veřejnosti může být známé rozlišení typů postavy na základě tělesných proporcí, a to na normální typ (štíhlý), typ dolních končetin („*hruška*“), horní superiorní typ (široká ramena), dolní inferiorní typ, trochanterový typ („*jablko*“) a vývojový typ (výrazně štíhlý) (Fialová, 2001).

V oblasti diagnostiky se pro hodnocení vlastního těla využívá různých tělesných schémat nebo nákrešů postavy. Výjimkou zde není ani diagnostika pomocí dotazníkových metod. Znamé jsou i siluety těla, které poprvé použili při výzkumu spokojenosti s tělem Fallonová a Rozin (1985). Jde o kvantitativní metody měření stupně a orientace nespokojenosti s tělem. Respondenti měli označit svoji skutečnou postavu, ideální vysněnou postavu a ideální postavu podle mužů. Opakovaně se prokázalo, že ženy jsou při hodnocení značně kritičtější a označují ideální postavu štíhlejší než tu, kterou označují jako svou současnou postavu. Tento fenomén byl zkoumán napříč zeměmi i etniky, výsledky hodnocení zde byly obdobné. Tyto závěry podtrhují potřebu žen být štíhlé a snažit se hubnout (Fialová, 2001).

Zajímavá zjištění přináší i výzkumy postojů k tlustým/obézním lidem. Dříve byli tlustí lidé považováni za veselé a hodné lidi. V současnosti převládá spíše negativní postoj k tloušťce, jelikož je pro spoustu lidí spojená s vlastnostmi jako jsou lenost, nedostatek vůle nebo lhostejnost (Grogan, 2000). Ukázalo se, že zaujatost vůči obézním lidem a lidem s nadváhou je dokonce vyšší než zaujatost vůči gayům a muslimům (Latner & O'Brien & Durso, 2008). U obézních osob se vyskytuje o 40 až 50 % vyšší pravděpodobnost, že se potýkaly či potýkají se závažnou diskriminací (Carr & Friedman, 2005). Obézní lidé jsou tak často

znevýhodňování, a to v oblasti zaměstnání, rodiny i partnerských vztahů. Pro zajímavost uvádíme studii Gaileyho (2012), ve které 34 obézních či morbidně obézních žen (94 % souboru) potvrdilo, že se potýkají s výsměchem mířeným na jejich tělo a obezita tak negativně ovlivňuje jejich partnerské vztahy. V období dětství a adolescence se obézní dívky a chlapci potýkají s různými formami urážek na svůj tělesný vzhled a se šikanou (Fraňková et al., 2013). Dotazník postojů k tloušťce obsahovala i dotazníková baterie našeho výzkumu. Naopak ani příliš vyhublí lidé nebývají okolím hodnoceni pozitivně, bývají jim přičítány vlastnosti jako nemocní, smutní nebo podivní (Papežová, 2010). Jaký tělesný vzhled je tedy ideální a společensky žádoucí?

2.1.3. Ideální postava

Na otázku: „*Která postava je vlastně ideální?*“ nenacházíme jednoznačnou odpověď. Představa o ideální postavě se liší napříč historií, mezi různými etniky a v závislosti na pohlaví. Z předchozích kapitol víme, že tělesným vzhledem se obecně zabývají více ženy a většina z nich by chtěla být štíhlejší.

V dnešní společnosti je za žádoucí vlastnost považována štíhlost, která je spojena se sebekontrolou, elegancí a mládím. Ne vždy v historii tomu však bylo tak. Například v období baroka byly ideálem krásy ženy s kyprými tvary. Představy o ideálních proporcích ženského těla se změnily v průběhu 20. století, kdy jej ovlivnily významné ženy jako Marilyn Monroe nebo známá modelka Twiggi, která odstartovala trend štíhlé postavy po celém světě (Crook, 1995).

Paradoxem je, že čím více se zvyšuje průměrná hmotnost u žen, tím hubenější je ideál krásy. Za normální zdravou váhu bývá považována BMI hodnota od 18 do zhruba 25. V honbě za dokonalou postavou ženy a dívky často podnikají určité kroky, kterými chtějí ideální postavy docílit. Převážně jsou to různé formy diet a omezování se v jídle. Tato skutečnost nahrává faktu, že poruchami příjmu potravy onemocní častěji ženy a dívky než muži nebo chlapci (Fialová & Krch, 2012).

U mužů má větší význam výška postavy. Za ideálního bývá považován vyšší muž se sportovní svalnatější postavou. U adolescentních dívek i chlapců je ideál obdobný jako u dospělých. Pro dívky je ztělesněním ideálu štíhlá, nikoli však vyhublá postava, pro chlapce je to štíhlá a svalnatá postava (Grogan, 2000). V následující podkapitole se zaměříme na problematiku obezity a nadváhy v adolescenci, dále se budeme věnovat problematice poruch příjmu potravy, a to zejména u adolescentních dívek.

2.2. Obezita a nadváha

2.2.1. Definice obezity a dělení jejích specifických forem

Světová zdravotnická organizace hovoří o obezitě jako o jedné z největších výzev pro veřejné zdravotnictví 21. století, jelikož prevalence obezity stále roste (Pertold & Šatava, 2018). Obezita je hojně užívaným pojmem. Jak vlastně obezitu definujeme? Obezitou je označována chronická nemoc charakterizovaná nadbytkem tělesného tuku. Vzniká v důsledku pozitivní energetické bilance, tedy pokud energetický příjem převyšuje energetický výdej. Snáze vzniká u jedinců s genetickou náchylností k hromadění tuku (Hainer, 2011).

Obezita není jen jedna, ale existuje více forem obezit. Vedle běžných obezit se můžeme setkat například s Mendelovskými děděnými syndromy spojenými s obezitou, kde se vedle obezity objevují i mentální retardace. Dále existují monogenní formy obezity, které vznikají mutacemi genů a projevují se obezitou v raném věku života. V neposlední řadě se můžeme setkat s obezitou navozenou podáváním léčiv stimulujičích chuť k jídlu nebo snižujících energetický výdej (Kunešová, 2016).

A jaký je vlastně rozdíl mezi těmito specifickými formami obezity a obezitou běžnou? Nadváha a obezita jsou definovány jako abnormální nebo nadměrné hromadění tuku, které představuje riziko pro zdraví. U běžné obezity se jedná o náchylnost k hromadění tuku ovlivněnou více geny. U speciálních forem obezit se vyskytuje náchylnost k hromadění tuku způsobené mutací jednoho určitého genu. V lidském těle existují *leptogenní geny* (bránící rozvoji obezity) a *obezigenní geny* (podporující rozvoj obezity). Interakce mezi těmito geny rozhoduje, zda jedinec bude či nebude trpět obezitou. Index tělesné hmotnosti (BMI) nám může pomoci v určení, zda jedinec do kategorie obezity spadá či nikoliv. Hodnota BMI nad 25 je považována za nadváhu a nad 30 za obezitu (Kunešová, 2016).

Tělesný vzhled však samozřejmě není ovlivněný jen geneticky. Klíčovým mechanismem umožňujícím ovlivňovat tělesnou hmotnost je již výše zmíněný princip energetické rovnováhy, který pracuje s pojmy jako jsou energetický výdej a příjem. Podrobněji se k tématu energetické rovnováhy dostaneme ve 3. kapitole zaměřené na stravování. Tento princip zmiňuji již v této části právě proto, aby se čtenáři z výše uvedených informací nedomnívali, že obezita je pouze geneticky přeurčena a nedá se s ní dále pracovat.

2.2.2. Faktory ovlivňující vznik a rozvoj obezity

Předpoklady pro rozvoj běžné obezity mohou vznikat již v prenatálním a časném postnatálním období v důsledku podvýživy matky či plodu. Neadekvátní výživa matky v těhotenství také může způsobit metabolickou poruchu u jejího potomka. Za prevenci rozvoje obezity se považuje i kojení novorozence. Pro ženy bývá nejčastějším obdobím rozvoje obezity dospívání, poté období před a po porodu (Fialová, 2001).

Nárůst tělesné hmotnosti je ovlivněn jak genetickými vlivy (zhruba 40-70 %), tak i vlivem prostředí. Faktorů souvisejících s rozvojem obezity bylo identifikováno více než 80, mezi nejčastější patří: vyšší věk matek při porodu, neadekvátní doba spánku, práce na směny, zanechání kouření, charakter střevní mikroflóry, cílený výběr partnerů (obézní si spíše vybírá obézního partnera), již zmíněné prenatální a postnatální epigenetické faktory (např. výživa rodičky), infekce (např. adenoviry), užívání některých léků, zvýšená psychická zátěž aj. (Kunešová, 2016).

V současné době jsou hledány další faktory. Například česká doktorka Kateřina Cajthamlová (2013) upozorňuje na důsledky změn způsobu života. Především zmiňuje využití moderních technologií v domácnosti, automobily nebo bezpracné vytápění domů. Tyto moderní technologie nám usnadňují život, což ale znamená úbytek energetického výdeje při běžných denních činnostech na rozdíl od dob minulých, kdy tyto činnosti lidé vykonávali sami a manuálně. Z hlediska energetického příjmu přispívá k pozitivní energetické bilanci nadměrný podíl tuků ve stravě a zvýšená spotřeba jednoduchých sacharidů (Hainer, 2011).

Podobné faktory ovlivňují i u rozvoj obezity v dětském věku a adolescenci. Prevalence běžné obezity u dětí se stále zvyšuje, a to z více důvodů. Mezi významné faktory můžeme řadit vyšší BMI u rodičů. Je jistě otázka, zda je zvýšené BMI u dětí těchto rodičů způsobené geneticky, nebo jestli větší roli hrají stravovací a pohybové návyky, které se dítě učí od svých rodičů. Genetika může rovněž k rozvoji obezity v raném věku přispět. Existuje řada genů a mutací, které zapříčiňují rozvoj obezity již v dětství. Za zmínku zde stojí i některé geneticky podmíněné patologické syndromy způsobující obezitu, například Praderův-Williho syndrom, Bardetův-Bideleův syndrom aj. (Pařízková & Lisá, 2007). Tyto syndromy jsou však podměrně vzácné. Celosvětový vzestup prevalence obezity bývá dnes přičítán hlavně změně jídelních zvyklostí a sedavému způsobu života, a to jak u dětí, tak u dospělé populace (Hainer, 2011).

2.2.3. Prevalence obezity

Celosvětová obezita se rozrostla do rozměrů epidemie a každoročně zemře více než 4 miliony lidí v důsledku nadváhy nebo obezity. Chronická onemocnění, u nichž je základní příčinou právě obezita, způsobila ve světě 60 % z 56,5 miliónů hlášených úmrtí. Celosvětová prevalence obezity se mezi lety 1975 a 2016 téměř ztrojnásobila. Vzestup výskytu obezity byl zejména v poslední dekádě minulého století. V roce 2016 mělo nadváhu více než 1,9 miliardy dospělých ve věku 18 let a starších, a z tohoto počtu bylo více než 650 milionů obézních. Celkově bylo v roce 2016 obézních asi 13 % dospělé světové populace, tedy 11 % mužů a 15 % žen (WHO, 2020).

Prevalence nadváhy u dětí a dospívajících ve věku 5–19 let ve světě dramaticky vzrostla ze 4 % v roce 1975 na asi 18 % v roce 2016 (18 % dívek a 19 % chlapců). Podobně tomu tak bylo u obezity, kdy počet obézních dětí a dospívajících z necelého 1 % v roce 1975, vzrostl v roce 2016 na více než 124 milionů obézních dětí a dospívajících (6 % dívek a 8 % chlapců) (WHO, 2020).

Prevalence obezity a nadváhy roste nejen ve světě, ale i u nás v České republice. Z dat z roku 2014 vyplývá, že v České republice trpí obezitou 27 % obyvatel, a to 25 % žen a 29 % mužů. Nadváha obecně představuje potíže pro 40-50 % populace středního věku. Průměrná hodnota BMI (indexu tělesné hmotnosti) obyvatel České republiky dosáhla 25,2, což je těsně nad horní hranicí normální zdravé váhy. Povzbudivý není ani údaj o pohybové aktivitě českých obyvatel. Statistiky ukazují, že 40 % dospělých Čechů se nevěnuje žádné sportovní ani rekreační pohybové aktivitě (World Obesity Federation, 2019).

Prevalence obezity je odlišná v jednotlivých věkových skupinách a vrcholí při vstupu do adolescence. U českých dětí a dospívajících ve věku 10-17 let se vyskytuje nadváha nebo obezita u 15 % dívek a 26 % chlapců. V mezinárodním srovnání se tak celkový výskyt nadváhy a obezity u českých dětí a adolescentů, tedy 21 %, začíná přibližovat k 32 % výskytu obezity a nadváhy dětí a dospívajících v USA (World Obesity Federation, 2019).

2.2.4. Diagnostika obezity

Jednoduchým a hojně užívaným ukazatelem obezity je BMI (*body mass index*). Hodnota BMI slouží jako základní kritérium pro diagnostiku obezity. Tuto hodnotu získáme podílem hmotnosti (kg) a výšky (m²). Kromě BMI je důležité složení těla, přesněji řečeno rozložení tuku v těle a obsah tukové a beztukové tkáně (Kunešová, 2016). Hodnoty BMI u dospívajících a dospělých rozdělujeme do šesti kategorií, které shrnuje následující tabulka.

Tabulka 1. Kategorie BMI podle WHO (2020)

Kategorie	Hodnota BMI
velmi vážná podvýživa	<15
vážná podvýživa	15-16
podvýživa	16-18,5
normální rozmezí	18,5-25
nadváha	25-30
nadváha 1. stupně (střední obezita)	30-35
nadváha 2. stupně (vážná obezita)	35-40
nadváha 3. stupně (velmi vážná obezita)	>40

Stanovení diagnózy je obtížnější u dětí a dospívajících než u dospělých, jelikož mají větší tendence popírat příznaky onemocnění. Navíc nemusí tak dobře rozumět svým pocitům a nemusí umět popsat svůj vztah k tělu a jídlu. Ne vždy tak můžeme používat diagnostická kritéria dospělých. U dětí a adolescentů se výživa hodnotí převážně percentilovými grafy. Pracuje se i s parametry postavy, využívá se celostní přístup. Existuje disciplína s názvem *auxologie* neboli růstová diagnostika dětí zabývající se parametry těla úměrně k věku dítěte (Papežová, 2018). V ČR se používají k diagnostice grafy Celostátního antropologického výzkumu z roku 1991, ve světě například klasifikace IOTF (*International Obesity Task Force*). Dále se v diagnostice užívá tzv. *Z-skóre*, jež srovnává BMI stejně starých zdravých dětí (Kunešová, 2016).

Ke zjištění složení těla lékaři používají metodu BIA (*bioelektrická impedance*). Pomocí této metody můžeme stanovit obsah tuku v těle změřením odporu těla neboli rezistence. K výpočtu obsahu tuku jsou pak potřeba i údaje jako hmotnost, výška a pohlaví. Známe je i vyšetření Bodystat, které pracuje s elektrodami. Co se týče rozložení tukové tkáně v těle, užíváme antropometrických a referenčních metod. Referenční metody se zabývají hustotou těla. Antropocentrické metody pracují s mírami těla. Nejběžnější antropometrická metoda je měření obvodu pasu, která podle této hodnoty určuje zdravotní riziko (Hainer, 2011).

2.2.5. Zdravotní rizika spojená s obezitou

Nemocí a zdravotních komplikací doprovázejících nadváhu a obezitu je velmi mnoho. Obezita a nadváha jsou dokonce považovány za jedno z největších ohrožení lidstva. Dle Světové zdravotnické organizace je tento problém na stejné úrovni rizikovosti pro lidstvo

jako kouření cigaret. Další nepříliš příznivou informací je skutečnost, že prevalence obezity stále roste (WHO, 2020).

Zdravotní rizika obezity se dělí do skupin podle toho, jaký systém v těle poškozují. Obezita může mít za následek vznik tzv. *metabolického syndromu*. Princip metabolického syndromu je složitý a pro tuto práci méně podstatný, zmíníme zde jen poznatek, že je diagnostikován podle zvýšeného obvodu pasu, který se nazývá jako *abdominální obezita* (Kunešová, 2016). Mezi nejčastější a nejzávažnější zdravotní rizika obezity vůbec patří kardiovaskulární komplikace. Prokazatelně také obezita souvisí s diabetem 2. typu, s poruchami lipidového metabolismu, nebo s poruchami spánku. Může také způsobit onemocnění ledvin, trávicího ústrojí, dýchacího ústrojí, nebo se podílet na vzniku nádorových onemocnění. Častými jsou onemocnění kůže, komplikace v průběhu těhotenství, úrazy a komplikace pohybového ústrojí. Nesmíme opomenout i psychické problémy, které obezitu doprovází (Kišon, 2000). Obézních dívek a chlapců přibývá i v dětském věku. Běžná obezita u dětí sice většinou nezpůsobuje výrazné zdravotní komplikace, ale obézní dítě má vyšší předpoklad pro rozvoj obezity v dospělosti, kdy se mohou rozvinout choroby popsané výše (Hort, 2008). Například však metabolický syndrom, poruchy spánku nebo nealkoholové ztučnění jater se mohou projevit už i v dětství a dospívání (Kunešová, 2016). Z psychologického hlediska se obézní děti často potýkají s různými formami šikany, s poruchami sebepojetí a sebedřívětí, a také s depresivními a úzkostnými stavy. Překvapením ani není vyšší riziko rozvoje některé z poruch příjmu potravy (Fialová & Krch, 2012).

2.2.6. Léčba a prevence obezity

Pro léčbu obezity existují tři základní odborné postupy. Je nutné zmínit, že by tato léčba měla být komplexní a vzájemně se doplňovat. Žádoucím postupem je spolupracovat s odborníky a neuchylovat se k pochybným „*odborníkům*“ a laickým rádcům (například na sociálních sítích). Prvním postupem je nějaká forma diety a upravení stravování. Tyto redukční diety pracují se snížením energetického příjmu. Při pokročilé formě obezity nebo v období dětství a dospívání se příliš nedoporučují nízkoenergetické diety. Žádoucí je spíše snižování škodlivých tuků a vyvážení jednotlivých makroživin ve stravě. Po stanovení optimálního energetického příjmu bývá doporučeno doplnění těchto snah i pohybovými aktivitami, které zvyšují energetický výdej (Kišon, 2000).

Druhá možnost léčby obezity je psychologická léčba. Psychologická léčba bývá doporučena, pokud se lékař domnívá, že je pacient trpí obezitou převážně z psychologických příčin. Psychologická péče o obézní lidi se odehrává při diagnostice ve specializovaném

obezitologickém centru. Samotná léčba pak probíhá pomocí psychologického poradenství nebo psychoterapie. Psycholog pracuje s pacienty na motivaci ke změně tělesného vzhledu, na jejich sebepojetí a sebehodnocení, na emocionálně podmíněné konzumaci jídla, posilování vůle aj. Hojně je využíváno i kognitivně behaviorální terapie, která se ukázala při léčbě obezity jako velmi úspěšná (Hainer, 2011).

Třetí možností léčby je využití farmak nebo chirurgických zákroků. Cílem farmakologie obezity je především snížení zdravotních rizik, redukce množství tělesného tuku a hmotnostní pokles. Tato farmaka se nazývají jako *antiobezitika* a působí na centrální nervový systém, na tukovou tkáň a trávicí ústrojí. Ovlivňují pocity sytosti a hladu. Tato farmaka mají však i své nežádoucí účinky. Antiobezitika se tedy doporučuje užívat pouze ve vážných nebo specifických případech. Co se týče chirurgické léčby obezity, vznikla samostatná medicínská oblast bariatricko-metabolické chirurgie. Především v USA je těchto chirurgických zákroků hojně užíváno. Mezi tyto zákroky řadíme především bandáže žaludku. Chirurgická léčba má při léčbě obezity svoje místo, jedná se však o relativně drastickou formu boje s obezitou. Často se k ní uchylují morbidně obézní lidé a považují ji za poslední možnost záchrany života (Müllerová, 2009).

U obézních dětí a adolescentů se nejčastěji volí nějaká forma redukční diety v kombinaci s psychoterapií. Důležitou roli hrají i sportovní aktivity, které jsou jak prevencí, tak léčbou obezity. V dětském věku se nedoporučuje nasazovat drastické nízkenergetické diety, jelikož ještě není dokončen vývoj a mohlo by dojít k podvýživě a nedostatku základních živin. Hlavním cílem nebývá jen snižování celkové hmotnosti, ale pracuje se hlavně na změně složení těla a snižování množství tělesného tuku (Kunešová, 2016).

Velmi důležitá je prevence obezity, se kterou můžeme začít v primární rodině dítěte. Výzkumy ukazují, že rodiče s vyšším BMI mají i děti s vyšším BMI. Jednoduše řečeno, pokud jsou rodiče obézní, nesportují a stravují se nevhodnými potravinami, je velmi pravděpodobné, že podobné vzorce chování bude mít i jejich dítě (Fraňková et al., 2013). Rodiče by tedy měli jít svým dětem příkladem a snažit se formovat správné stravovací návyky již od dětství. Dítě je žádoucí motivovat ke zdravému životnímu stylu a pravidelnému aktivnímu pohybu. Sportovní aktivity jsou totiž prevencí rozvoje obezity v jakémkoliv věku. Nejúčinnější jsou pravidelné aerobní aktivity například běh, kolektivní hry aj. Ideální volbou jsou například sportovní aktivity, které mohou provozovat členové rodiny společně (Lisá et al., 1990).

Existují i různé preventivní a intervenční programy pro obézní děti a dospívající. Prevenci v této oblasti můžeme dělit na selektivní (orientovanou přímo na rizikové skupiny), a na prevenci univerzální (zabývající se osvětou v oblasti zdravého životního stylu s cílem zlepšování veřejného zdraví). Další možnosti léčby a prevence obezity přináší různé redukční pobyty, kurzy pro snižování nadváhy nebo poradenská centra. V ČR vznikla v roce 1991 Společnost STOB, která sdružuje odborníky zabývající se léčbou obezity. Využívají i zde KBT terapie (Kunešová, 2016).

Možností boje proti obezitě je celá řada. V následující podkapitole se budeme zabývat jinou formou nezdravého vztahu k jídlu a ke svému tělu, tedy problematikou poruch příjmu potravy. Tyto poruchy, například psychogenní přejídání, mohou s obezitou souviset. Poruchy příjmu potravy se mohou rozvinout někdy i jako následek striktního boje proti nadváze nebo obezitě, kdy se touha po dokonalé postavě vymkne kontrole.

2.3. Poruchy příjmu potravy

2.3.1. Poruchy příjmu potravy obecně

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou psychosomatická onemocnění, které definujeme a rozlišujeme podle MNK 10. revize (1993) do diagnóz v pořadí F 50.0 - F 50.9. Kromě mentální anorexie a mentální bulimie přidává DSM-5 (2013), tedy Diagnostický statistický manuál 5. revize, navíc přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, například se stresem. Společnými znaky poruch příjmu potravy jsou strach z tloušťky, nadměrné zabývání se jídlom a manipulace s jídlom, zkreslené vnímání těla a omezování se ve stravování s cílem snížit tělesnou hmotnost (Krch, 2005).

Nezdravé stravovací návyky typické pro tyto poruchy patří do tzv. *rizikového chování*. Za rizikové chování považujeme „*chování jedince nebo skupiny, které zapříčiňuje prokazatelný nárůst sociálních, psychologických, zdravotních, vývojových, fyziologických a dalších rizik pro jedince, pro jeho okolí, a/nebo pro jeho společnost*“ (Dolejš, 2010, 9). V kontextu příjmu potravy jsou rizikovým chováním chápány především drastické formy diet, redukce množství a druhů příjmu potravy až po vegetariánství a veganství. Na rizikové jídelní chování u českých adolescentních dívek upozornila studie Krcha (2003), která zjistila, že ze 725 dotazovaných dívek mělo 11 % zkušenost se zvracením z dietních důvodů a 60 % si přálo zhubnout.

Příčiny vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy je velmi obtížné identifikovat. Existují však určité rizikové faktory vzniku těchto onemocnění. Patří mezi ně například pohlaví, jelikož

poruchami příjmu potravy trpí častěji dívky a ženy. Dalším faktorem může být etnický původ - mentální anorexie bývá někdy označována nemocí „*bílých*“ dívek. Vyšší náchylnost k onemocnění poruchami příjmu potravy mohou mít i lidé s určitými osobnostními faktory jako jsou impulzivita, perfekcionismus nebo negativní emocionalita. Svoji roli mohou hrát některé sociální faktory jako nepříznivé životní události, sexuální zneužívání a rizikové prostředí například v oborech jako je modeling nebo balet (Novák, 2010).

Poruchy příjmu potravy jsou závažnými a život ohrožujícími onemocněními. V období dospívání jde o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění. Úmrtnost v souvislosti s těmito poruchami v dětském věku se uvádí 3 %. Při vzniku před pubertou, je to procento ještě vyšší. Celková mortalita na následky poruch příjmu potravy se udává 5-10 % (Papežová, 2010). Zdravotní následky jednotlivých poruch uvedeme podrobně ke každé z poruch zvlášť.

Nemoci neovlivňují pouze fyzickou stránku jedince, ale jsou doprovázeny i negativními sociálními důsledky. Pro zmínku jde o ztrátu kontaktu s vrstevníky a rodinou, běžné je uzavírání se do vlastního světa. Co se týče psychiky, jedinci bývají náladoví a nesoustředění (Papežová, 2010). Poruchy příjmu potravy často doprovází další psychiatrické jevy jako afektivní poruchy, úzkostné poruchy, symptomy OCD (obsedantně-kompulzivní poruchy), sebepoškození či zvýšená konzumace alkoholu (Raboch & Pavlovský, 2020).

2.3.2. Mentální anorexie

Mentální anorexie (AN - *anorexia nervosa*) je charakteristická snižováním váhy, které si pacientka úmyslně způsobuje a udržuje sama. Jedná se o záměrné hladovění a snahu dosáhnout co nejnižšího energetického příjmu. Jídlo je vybíráno podle přísných kritérií, často bývá omezováno pouze na určitý druh jídla, například ovoce. Současně bývá tato jednání doprovázena i velkým energetickým výdejem, kterého dosahují intenzivním cvičením za účelem spálení co největšího množství kalorií (Papežová, 2018). Dalšími typickými vzorci chování je například užití projímadel, nadměrné množství pitného režimu, který zvyšuje pocit nasycení, užívání léků snižujících chuť k jídlu aj. I přes významný pokles váhy se lidé trpící mentální anorexií mohou vnímat jako obézní. Objevují se u nich tedy poruchy vnímání tělesného schématu (Fraňková et al., 2013).

Onemocnění nastupuje nejčastěji mezi 12 a 16 lety života, tedy v období adolescence. Vyskytuje se v 90-95 % u dospívajících dívek, v současnosti přibývá i případů dětí před pubertou a starších žen. Prevalence mentální anorexie u mladých dívek bývá uváděna celosvětově 0,3-1 %. U mladých mužů a chlapců se vyskytuje v 5-10 % a je u nich spjata

především s náboženskými či názorovými postoji, kdežto u žen jde zpravidla o ovlivňování tělesného vzhledu (Papežová, 2018).

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) jsou:

- Výrazné omezení příjmu energie, kdy příjem nepokrývá energetické potřeby těla. Toto omezení vede k výrazně nízké tělesné hmotnosti v kontextu věku, pohlaví, vývojové dráhy a fyzického zdraví. Nízká hmotnost je v tomto případě definována jako méně než minimální hodnota normální tělesné váhy očekávané v dané věku.
- Intenzivní strach z přibírání na váze nebo tloustnutí. Dále chování, které narušuje proces přibírání na váze i přes výrazně nízkou hmotnost.
- Nepřiměřený vliv tělesné hmotnosti nebo tvaru těla na sebehodnocení nebo trvalé popírání závažnosti současné nízké hmotnosti.

Tuto poruchu dělíme podle závažnosti dle hodnoty BMI na: mírnou (>17), průměrnou (16-16,9), závažnou (15-15,9), extrémní (<15). Somatické následky se u mentální anorexie objevují v závislosti na závažnosti onemocnění (Papežová, 2018).

Dlouhodobá podvýživa má za následek nedostatek důležitých vitamínů. Tento nedostatek může způsobit anémii, lámání a padání vlasů a lámání nehtů. Tito pacienti trpí častěji na poruchy zraku, poruchy srdečního rytmu, osteoporózu, únavnost, studené končetiny, ztrátu menstruace, poruchy imunity atd. (Hort, 2008). V období prepuberty může mentální anorexie způsobit stagnaci růstu. Dívkám se nevyvíjejí prsa a často ztratí menstruační cyklus. Po psychické stránce doprovázejí onemocnění depresivní nálady, sebenávist, nesoustředěnost, zhoršení paměti, konflikty s rodiči aj. (Papežová, 2010).

Mentální anorexie má z psychiatrických onemocnění nejvyšší úmrtnost, Raboch (2015) uvádí, že u mentální anorexie je hrubý skór mortality asi 5 % za jedno desetiletí. Někteří autoři uvádí až 18 % mortalitu (Patton, 1988). Průměrně 1/3 pacientek umírá v důsledku kardiálního selhání. Takto vysoká čísla mortality jsou ovlivněná i zvýšenou suicidalitou pacientek s touto poruchou. Riziko sebevraždy je u nich totiž třikrát až čtyřikrát vyšší než u běžné populace (Papežová, 2010).

2.3.3. Mentální bulimie

Pro mentální bulimii (BN-*bulimia nervosa*) je typické střídání období záchvatů přejídání a období nadměrné kontroly hmotnosti spojené se záměrně vyvolaným zvracením. Vyskytuje se u ní totiž zvýšená touha po jídle a neustálé zabývání se jídlom (Krch, 2005). Pacientky používají podobné techniky ke snižování hmotnosti jako ty s mentální anorexií. Mentální

anorexie toto onemocnění často doprovází, nebo se z něj vyvine. Klinický obraz se mění v bulimický v 30-40 % případů a víc než 50 % lidí trpících bulimií si prošlo i nějakým obdobím anorexie (Papežová, 2003).

Objevuje se v pozdějším věku než mentální anorexie, zpravidla po 16. roku života. Postihuje jak ženy, tak i muže. Zajímavý poznatek z oblasti výzkumů je ten, že bulimie se vyskytuje častěji u dívek s narušenými poměry v rodině. Experimentálně byly u pacientek trpících mentální bulimií zjištěny abnormality v centrech v mozku řídících příjem potravy. V posledních letech se spekuluje i o tom, že se na vzniku a rozvoji mentální bulimie podílejí genetické faktory. Prevalence bulimie se celosvětově udává 1-3 %, mezi mladými ženami je to asi 1-1,5 % ročně (Raboch et al., 2015). Objevuje se častěji v západních zemích, například v USA jí trpí až 1,5 % žen. V ČR je to zhruba každá 20. dívka, tedy asi 5 % dospívajících dívek. Někteří kritéria bulimie splňuje až 15 % dospívajících v ČR (Papežová, 2010).

Mezi diagnostická kritéria pro mentální bulimii podle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) řadíme:

- Opakující se epizody záchvatového přejídání (definici záchvatového přejídání uvedeme u podkapitoly přímo na toto téma).
- Opakované nevhodné kompenzační chování, které má zabránit přibývání na váze. Do tohoto chování řadíme záměrně vyvolané zvracení, zneužívání diuretik či jiných léků nebo nadměrné cvičení.
- Výskyt záchvatů přejídání a kompenzačního chování alespoň jedenkrát týdně po dobu 3 měsíců.
- Sebehodnocení je nepřiměřeně ovlivněno tvarem těla či hmotností, přičemž k narušení sebehodnocení nedochází výlučně během epizod mentální anorexie.

I mentální bulimii můžeme dělit podle závažnosti, a to podle počtu záměrně vyvolaných zvracení na týden na: mírnou (1-3/týdně), průměrnou (4-7/týdně), kritickou (8-13/týdně), extrémní (14/týdně a víc) (Papežová, 2010). Rovněž u bulimie existují i atypické formy tohoto onemocnění. V DSM4 obsaženy pod zkratkou EDNOS (*eating disorders not otherwise specified*). Vyznačují se tím, že u nich chybí jeden či více kritérií pro diagnostiku mentální bulimie, postupy a léčba jsou však totožné jako u typických forem (Kunešová, 2016).

Mentální bulimie je stejně jako mentální anorexie psychosomatickým onemocněním. Somatické následky se projevují hmotnostním úbytkem, na těle se projevuje nedostatečná výživa, důsledky zvracení a zneužívání projímadel a diuretik. Tato porucha může mít za

následek srdeční obtíže, poleptání sliznice jícnu žaludeční šťávou, zvýšenou kazivost zubů kvůli zvracení, osteoporózu, riziko metabolického rozvratu aj. I psychika nemocného je touto nemocí ovlivněná, jelikož po etapách přejídání přichází výčitky, pocity neschopnosti, labilita, smutek a sociální izolace (Krch, 2005). U mentální bulimie se uvádí 2-5 % úmrtnost (Raboch et al., 2015). Příčinou může být jak podvýživa, tak i sebevražda, která je u pacientek s mentální bulimií relativně častá. Recidiva (návrat) nemoci se vyskytuje až v 50 % případů (Krch, 2005).

2.3.4. Psychogenní přejídání a ostatní poruchy příjmu potravy

Pro psychogenní přejídání (PP), někdy také nazýváno jako emoční záchvatovité přejídání, je typické neustále zabývání se jídlem, bažení po jídle (*craving*), záchvaty přejídání (*binge eating*), a stejně jako u mentální bulimie trýznivý pocit ztráty kontroly po přejedení (Papežová, 2003). DMS-5 (2013) jej vymezuje jako konzumaci takového množství jídla, která je výrazně větší, než by většina lidí zkonzumovala za stejnou časovou jednotku a stejných okolností. Kalorický příjem během záchvatu činí cca 1500-4500 kcal. Lidé nemocní psychogenním přejídáním však nemusí splňovat kritéria obezity (Papežová, 2018).

Přesto tato porucha výrazně k nárůstu obezity přispívá. Tito lidé jedí až do doby, kdy je jim na zvracení. Tuto činnost vykonávají o samotě, trpí pocity studu, po ukončení pocity viny a depresemi. Každou epizodu tak provází velký stres, převažuje úzkostná a depresivní symptomatika. Většinou nepoužívají eliminační metody jako například pacienti s mentální anorexií (intenzivní cvičení, zvracení). Často zkouší různé diety, které končí dalšími záchvaty přejídání (Papežová, 2010). Zdravotními riziky může být neustálá změna váhy, problémy s trávením a žaludkem. Touto poruchou rovněž trpí častěji ženy než muži. Epidemiologické studie ukázaly, že mezi účastníky redukčních programů 18-46 % má problémy s PP (Fraňková et al., 2013).

Diagnostická kritéria pro psychogenní přejídání podle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) jsou:

- Opakující se epizody záchvatového přejídání.
- Epizody těchto záchvatů jsou spojeny se třemi a více těchto případů: Jíst mnohem rychleji, než je obvyklé. Jíst, dokud se nebude cítit nepříjemně plný/á. Jíst velké množství jídla, i když se necítí hladový/á. Jíst sám a stydět za to, kolik toho sní. Pociťovat znechucení, deprese či pocity viny.
- Přítomnost strachu z přejídání.
- K záchvatům přejídání dochází alespoň jednou týdně po dobu 3 měsíců.

- Záchvaty přejídání jsou spojeny s nevhodným kompenzačním chováním, stejně jako osob trpících mentální bulimií.

Kromě výše zmíněných poruch ještě existuje řada poruch spojených s nezdravými stravovacími návyky. U dospělých pacientů jsou to poruchy jako *bigorexie* neboli *Adonisův komplex* (touha mžžu povětších svalech), *drunkorexie* (redukce potravy se snahou potlačit kalorický účinek alkoholu) nebo *pregorexie* (snaha žen nepřibrat v období těhotenství) (Papežová, 2018).

Pro tuto práci nás ale budou spíše zajímat poruchy příjmu potravy vyskytující se u dětí a dospívajících. Nyní uvedeme stručný výčet poruch příjmu potravy typických pro děti.

- *Infantilní anorexie a Syndrom Pika* - Vyskytují se převážně u mladších dětí.
- *Syndrom nočního přejídání* - V současnosti řazeno spíše mezi poruchy spánku. K přejídání dochází v noci.
- *Ortorexie* - Jde o nový typ závislosti na jídle. Podstatou je nepřiměřený zájem o zdravé jídlo a objevuje se častěji u dětí bohatých rodičů nebo u dětí, jejichž rodiče jsou striktními zastánci zdravé výživy.
- *Vybíravé jídelní chování* - Chybí u něj typické zaujetí postavou, považováno za méně závažné.
- *Syndrom pervazivního odmítání potravy* – Vyskytuje se u dívek kolem 8-14 roku života, vzniká nejspíše jako reakce na stres/trauma.
- *Posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysfagie* – Jedná se o obavu z jídla samotného, vzniká jako následek traumatu (Hort, 2008).

2.3.5. Léčba a prevence PPP

U poruch příjmu potravy je obvyklé, že většina pacientek si onemocnění neuvědomuje nebo se jej snaží zamaskovat. Kvůli nedostatečné motivaci ke změně bývá léčba velmi obtížná. Pacientky často nemají zájem měnit svůj způsob stravování. Terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem je zásadní, vyžaduje po lékaři znalost onemocnění a změn myšlení a chování s ním spojených. Pacientky trpící mentální anorexií nebo bulimií bývají hrdé na svůj úbytek váhy, pociťují sami nad sebou kontrolu, čehož se nerady vzdávají (Kunešová, 2016). Pro stanovení diagnózy lékař posoudí již zmíněná diagnostická kritéria a zdravotní následky diet a hladovění. V praxi se užívá různých testových metod, například dotazníků EDI (*Eating Disorder Inventory*) nebo EDE (*Eating Disorder Examination*) (Hort, 2008). Po stanovení přesné diagnózy přichází léčba, na níž pracuje tým odborníků tvořen nutričním terapeutem,

psychoterapeutem a psychiatrem a v případě onemocnění u dětí i pediatrem (Papežová, 2010).

Pediatr může být první, který při preventivním vyšetření odhalí podvýživu a upozorní zákonné zástupce na možnou poruchu příjmu potravy dítěte. Nutriční terapeut vypracuje v případě léčby těchto poruch (jak u dětí, tak u dospělých) vhodný jídelníček pro nárůst váhy a doplnění potřebných živin. Krátkodobým cílem bývá zvyšování hmotnosti 0,5-1 kg za týden. Dlouhodobějším cílem nutriční rehabilitace je i zastavení demineralizace kostí, změna myšlení a chování, léčba psychopatologických projevů a ideálně i navození normální váhy (Hort, 2008). U žen a dívek je žádoucím cílem i znovuoživení menstruace. U pacientek se záchvaty přejídání nebo s etapami záměrného zvracení terapeut může pracovat na snižování počtu těchto záchvatů (Fraňková et al., 2013).

Psychiatr předepisuje v případě potřeby potřebnou medikaci nebo rozhoduje o hospitalizaci. S tímto souvisí problematika nedobrovolné hospitalizace, ke které musí v závažných případech dojít. Pohled na tuto problematiku ve světě není jednotný. Mezi rizika řadíme nedobrovolnost, výhodou může být zabránění selhání organismu, někdy tedy i záchrana života (Hort, 2008). Vždy je nutné odborné posouzení a individuální přístup ke každému případu. U dětí hospitalizaci schvalují zákonní zástupci a dochází k ní také až při rapidním poklesu váhy či při zvýšeném riziku selhání organismu (Marádová, 2007).

Psychoterapeut je posledním, ale neméně důležitým členem odborného týmu a pracuje s klientem v rámci některé z forem terapie. U pacientek s poruchami příjmu potravy je zásadní nalezení motivace k léčbě, jelikož většinou se pacientky dostávají do rukou odborníků až ve chvíli, pokud jejich tělo nezvládne neustálý nedostatek energie, nebo na nátlak rodiny (Hort, 2008). Terapeut pracuje s klienty především na změnách jídelního chování, postojích k jídlu a ke svému tělu nebo na změně obrazu vnímání vlastního těla. Při léčbě adolescentních pacientek lze využít individuální i rodinné terapie. Stejně jako u obezity je populární i kognitivně behaviorální terapie (Fraňková et al., 2013).

Nejčastější doba léčby je udávána kolem 5-6 let. Období kolem 5. roku léčby bývá kritické, jelikož zde často dochází k recidivě onemocnění. Většina žen trpících těmito poruchami uvádí, že se nikdy zcela nevyhlídla. Poruchám příjmu potravy se však dá částečně předejít před jejich samotným vznikem pomocí prevence. Prevenci můžeme dělit do tří skupin. Primární prevence spočívá ve výchově a rodině dítěte nebo dospívajícího. Patří sem formování zdravých stravovacích návyků a podpůrné nekritické prostředí. Sekundární prevencí je chápána detekce a ovlivnění ohrožených skupin, kterými jsou například děti

léčené na obezitu, děti a dospívající provozující modeling, tanec atd. Terciální prevence se zabývá prevencí relapsu těchto poruch a obnovením zdraví (Papežová, 2010).

Z výše uvedených informací o nezdravých stravovacích návycích plyne závěr, že bychom při prevenci vzniku obezity či poruch příjmu potravy měli dbát zásad zdravého životního stylu. Co to ale přesně zdravý životní styl znamená může každý chápat odlišně. V následující kapitole uvedeme základní poznatky z oblasti zdravé výživy a pohybu, popíšeme důležitost správné výživy pro období dětství a dospívání, a na závěr se budeme zabývat vlivem médií a sociálních sítí na naše tělo.

3. STRAVOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL V ADOLESCENCI

3.1. Výživa obecně

3.1.1. Základní principy výživy

Potřeba jíst patří v hierarchii potřeb mezi základní lidské potřeby. Potrava je definována jako vše, co lze použít k výživě lidí nebo zvířat, potrava pro lidi se nazývá poživatina (Hřivnová, 2014). V souvislosti s potravou existuje řada podobných označení jako je jídlo, pokrm, strava, pochutina aj. Z potravy získáváme energii nezbytnou pro fungování našeho těla. Tělo tuto energii potřebuje hlavně pro růst a obnovu buněk, tkání a orgánů (Hřivnová, 2014). Impulzem ke konzumování potravy je reflex organismu - pocit hladu. Centrum ovlivňující pocity hladu je uloženo v centrech sytosti a hladu v hypotalamu v mozku. Tato centra mohou ovlivňovat i zrakové, čichové nebo chuťové vjemy. Výživa je tak determinována více faktory, například vlivy rodiny, sociokulturní prostředí aj. (Kasper, 2015).

Jak ale lidská výživa vlastně funguje? Klíčovou úlohu hraje metabolismus (přeměna látek). Tento pojem zahrnuje procesy jako jsou příjem, trávení, vstřebávání, transport, využití, přeměna energie a vyloučení odpadních látek. Klíčovými pojmy pro princip výživy jsou tedy energetický příjem a výdej. Příjem energie zajišťuje potrava a tekutiny. Jednotkou energie jsou Jouly/kilojouly (kJ), případně kalorie (kcal). Hlavní živiny nezbytné pro fungování organismu jsou nazývány jako *makroživiny* a řadíme mezi ně bílkoviny (proteiny), tuky (lipidy) a sacharidy (cukry). Příjem makroživin ze stravy umožňuje organismu získávat energii a látky pro výstavbu a fungování buněk, tkání, orgánů a orgánových celků. Důležitou roli ve výživě mají i vedlejší živiny tzv. *mikroživiny*, do kterých patří vitamíny a minerály, antioxidanty aj. (Hřivnová, 2014). Podrobnějšímu popisu živin se budeme věnovat v následující podkapitole.

Každé lidské tělo má odlišnou energetickou potřebu. Ta závisí na věku, pohlaví, fyzické a duševní práci, na faktorech vnitřního a vnějšího prostředí, a v neposlední řadě na hodnotě bazálního metabolismu. Hodnota bazálního neboli klidového metabolismu (BMR) vyjadřuje minimální množství energie, kterou tělo potřebuje přijímat pro udržení životních funkcí. Jedná se tedy o základní množství energie, kterou naše tělo potřebuje, než vstaneme a začneme se aktivně hýbat, myslet atd. Z této definice vyplývá, že pokud člověk vykonává běžné aktivity, jako je například cesta do zaměstnání, činnosti v domácnosti či nějaký druh sportovní aktivity, potřebuje přijmout energie více, než je hodnota energie jeho bazálního

metabolismu. Každý člověk, pokud vede běžný život a není celý den upoutaný na lůžku, má určitý energetický výdej (Kasper, 2015).

Energetický výdej se u člověka stanovuje na základě několika parametrů. Prvním parametrem je hodnota již zmíněného bazálního metabolismu. Existují postupy, jak spočítat hodnotu bazálního metabolismu. Pro čtenářovu představu tento výpočet vychází u ženy, ve věku 20 let, s výškou 166 cm, asi 1477 kcal. Kromě této hodnoty je důležitá i energie fyzické aktivity (EP), která se skládá ze dvou složek, a to tzv. NEAT (*non-exercise activity thermogenesis*), tedy energie pro běžnou denní činnost, a z tzv. EAT (*exercise activity thermogenesis*), energie spálené provozováním cílené sportovní aktivity. Naše tělo vydává svoji energii také například při stresu a nějakou energii potřebuje pro vyrovnání teplotních změn, tedy na termoregulaci (Villablanca et al., 2015).

Posledním parametrem je tzv. *termický efekt potravy*, což je energie potřebná pro metabolismus potravy a živin. Jeho hodnota činí asi 10 % z energetického příjmu (Calcagno, et al., 2019). Pokud chceme zjistit přibližnou hodnotu energetického výdeje, pomůže nám k tomu výpočet součtu hodnoty bazálního metabolismu, energie fyzické aktivity a hodnoty termického efektu potravy. Stanovení energie fyzické aktivity je většinou velmi orientačním odhadem, v praxi nám může pomoci rozdělení fyzické aktivity na zanedbatelnou/sedavý způsob života, mírnou, středně náročnou až po náročnou či profesionální fyzické aktivity sportovců (Levine, 2002).

Po připočítání těchto dvou parametrů k hodnotě bazálního metabolismu ženy, kterou jsme zde zmínily (za předpokladu středně aktivního způsobu života), tak nám vyjde přibližná hodnota jejího energetického výdeje asi 2110 kcal. Pokud by výše popsaná žena přijímala ze stravy energii kolem této hodnoty, tak by její váha výrazněji nekolísala, protože její energetický příjem by se rovnal energetickému výdeji (*calories in=calories out*). Pokud by ale přijímala energie méně, než je tato hodnota (asi o 15 %), došlo by k tzv. negativní energetické bilanci a k úbytku na váze. V české terminologii pro tento jev používáme termín převzatý z angličtiny - kalorický deficit (*calorie deficit*). Pokud by tato žena přijímala více energie, než je schopna vydat, došlo by k pozitivní energetické bilanci a postupem času by začala přibývat na váze (*calorie surplus*). Princip energetické bilance je tedy významným faktorem, který ovlivňuje tělesný vzhled, především hmotnost (Schutz, 1995). Není však faktorem jediným, jak jsme již uvedli v kapitole 2, svoji roli hraje bezpochyby i genetika, faktory prostředí aj.

3.1.2. Makroživiny a mikroživiny

Mezi základní tři makroživiny řadíme tuky, bílkoviny a sacharidy. Podle doporučení (Manore & Melinda, 2005) by měla běžná populace tyto základní živiny konzumovat v poměru asi 20-30 % tuků, 10-35 % bílkovin, 45-65 % sacharidů z celkového energetického příjmu. Tato doporučení pro optimální poměr makroživin se celkově v publikacích drobně liší, záleží vždy na věku, pohybové aktivitě a dalších faktorech. Nyní uvedeme stručné informace k jednotlivým makroživinám.

Sacharidy (*carbs/carbohydrates*) jsou první významnou živinou, která se podílí na výživě mozkových a nervových buněk, výživě červených krvinek a na ukládání jaterního a svalového glykogenu. Jsou rozhodující živinou pro silový výkon a jejich množství ve stravě souvisí s pocitem hladu. Sacharidy jsou přítomny v rostlinných potravinách jako jsou obiloviny, ovoce, zelenina a mléko. Můžeme je dělit na sacharidy jednoduché (glukóza, fruktóza aj.) a komplexní. Součástí sacharidů jsou cukry. Možná právě kvůli obsahu cukru se některé sacharidy staly pomyslným „*strašákem*“ zdravého životního stylu. Nedostatečný příjem této živiny však lidskému tělu škodí, jelikož obézní lidé mají zpravidla v těle nadbytečné množství tuku, a ne sacharidů. Z hlediska prevence obezity či přímo redukce hmotnosti je efektivnější sledovat hlavně množství přidaných cukrů ve stravě. Vláknina patří do nestravitelných sacharidů. Je důležitá především pro trávicí procesy jako živina pro buňky tlustého střeva. Potraviny s vyšším obsahem vlákniny mají také vyšší sytící efekt. Mezi potraviny s vysokým obsahem vlákniny řadíme především zeleninu, luštěniny, celozrnné a žitné pečivo. U zdravých adolescentů a dospělých lidí by měly sacharidy tvořit 45-65 % z denního příjmu energie (Morris & Mohiuddin, 2020).

Další nezbytnou živinou pro naše tělo jsou tuky (*fats/lipids*). V naší stravě jsou bohatým zdrojem zásobní energie, esenciálních mastných kyselin, tvoří složky buněčných membrán a jsou nosiči vitamínů, cholesterolu atd. Tuky můžeme dále dělit na nasycené, mononenasycené, polynenasycené a trans-mastné kyseliny. Zdrojem tuků jsou zejména oleje, oříšky, maso, ryby aj. Ačkoliv jsou tuky nezbytnou živinou pro naše tělo, jejich nadbytek ve stravě může vést k vyššímu indexu tuku v těle a postupně i k řadě onemocnění, především k obezitě. U zdravých adolescentů by měly tuky tvořit asi 30-40 % denního příjmu energie (Morris & Mohiuddin, 2020).

Poslední ale neméně důležitou makroživinou jsou bílkoviny (*proteins*). Skládají se z aminokyselin. Jejich funkce v lidském těle je tvorba hormonů a enzymů, dusíkatých látek

(např. kreatin), výstavba a obnova tkání, a také samozřejmě z nich tělo získává energii. Potřeba bílkovin ve stravě závisí na věku a na pohybové aktivitě - sportovci musí přijmout bílkovin více. Zdroji bílkovin jsou především mléčné výrobky a maso jako živočišné bílkoviny, z rostlinných bílkovin zmíníme například tofu, cizrnu, čočku atd. U zdravých dospívajících chlapců a dívek by měly bílkoviny tvořit asi 5-20 % denního příjmu energie (Morris & Mohiuddin, 2020).

K životu kromě potravy musíme přijímat i tekutiny, zejména čistou vodu. Asi 60 % tělesné hmotnosti člověka je tvořeno právě vodou. Jelikož voda z těla odchází prostřednictvím potu, stolice aj., musí ji člověk znovu doplnit. Pitný režim se nedá stanovit úplně paušálně, závisí na více faktorech. Obecné doporučení pitného režimu je 30 ml vody na 1 kg tělesné hmotnosti denně. Záleží ale také na tom, kolik pohybové aktivity za den máme, jestli pijeme nápoje s kofeinem, nebo co je za roční období - v létě je tekutin potřeba více. U adolescentů se udává doporučení pitného režimu od 1170-1530 ml vody za den (Kasper, 2015).

Poslední složkou nutnou k výživě lidského těla jsou tzv. mikroživiny. Řadíme sem především vitamíny a minerály. V této práci jen stručně vyjmenujeme nějaké příklady z obou skupin. Vitamíny jsou organické mikroživiny, které se dále dělí na vitamíny rozpustné v tucích (A, E, D a K) a na vitamíny rozpustné ve vodě (C, B1, B2, B3 atd.). Minerály jsou definovány jako anorganické stopové prvky. Dělí se na makrominerály (vápník, hořčík atd.) a mikrominerály (železo, měď atd.) (Morris & Mohiuddin, 2020). V následující podkapitole se zaměříme více podrobněji na důležitost všech těchto živin pro správný vývoj dětí a dospívajících chlapců a dívek.

3.2. Vliv správné výživy na vývoj dospívajícího

Výživa a její kvalita mají nezpochybnitelný význam pro růst a vývoj člověka, ovlivňuje také hormonální a imunitní reakce. Období adolescence, nejvíce však puberty, je nejvýznamnější období z hlediska růstu a vývoje těla. V tomto období dochází ke zvýšení objemu těla až o 50 %, narůstá hmotnost i výška, roste kosterní a svalová hmota, zvětšují se vnitřní orgány. Při nedostatku základních živin může být ohrožen fyzický růst, duševní vývoj i vývoj kognitivních funkcí. U dívek je procento tuku v těle rozhodující faktor pro začátek a průběh dospívání. Aby mohla nastoupit menarche, musí mít dívka alespoň 17 % tuku z celkového podílu hmotnosti těla (Papežová, 2018).

Nyní konkrétněji k důležitosti jednotlivých makroživin ve stravě adolescentů. Doporučení pro optimální množství jednotlivých živin je celá řada. Chlapci a muži mají obecně vyšší

potřebu příjmu energie než dívky a ženy. Dostatečný příjem bílkovin ve stravě je důležitý pro růst svalové hmoty a pro rozvoj fyzické aktivity. Z poznatků publikovaných v roce 2013 o nemocech a zraněních u dětí a adolescentů vyplývá, že nedostatek bílkovinné stravy se řadí mezi 10 nejčastějších příčin úmrtí u dětí a dospívajících. Nutno však dodat, že výrazně častěji k těmto úmrtím dochází v rozvojových zemích (Das & Salam et al., 2017).

Naopak nadměrný příjem bílkovin také není pro děti a dospívající ideální, jelikož může souviset s rozvojem obezity v dětském věku. Rodiny preferující vegetariánskou stravu by se měly o dostatek bílkovin ve stravě zajímat o něco pečlivěji, aby dětem a dospívajícím ve stravě nechyběly. O škodlivosti či prospěšnosti vegetariánské stravy u dětí se vedou mezi odborníky stále spory, je to téma velmi obsáhlé a sporné (Fraňková et al., 2013).

Další důležitou součástí pestré stravy jsou sacharidy, které by měly ve stravě adolescentů tvořit alespoň 50 % z celkového denního příjmu. Problémem mohou být soudobé trendy nízkosacharidových diet. Především v období vývoje, jsou sacharidy nezbytnou součástí stravy. Opět je na místě dbát na kvalitní zdroje sacharidů a zajímat se o obsah cukrů a vlákniny. Existují i hypotézy o souvislosti hyperaktivity a nadměrné konzumace cukru. Energetické nároky dětí a dospívajících však bývají vzhledem k fyzickým aktivitám poměrně náročné, takže i lehce vyšší příjem cukrů jejich tělo dokáže spálit lépe, než je tomu u dospělých lidí (Fraňková et al., 2013).

Co se tuků týče, těch máme ve stravě většinou spíše nadbytek než nedostatek. Tento fakt souvisí s konzumací především průmyslově zpracovaných potravin, jídel z fast foodů, popřípadě polotovarů. Pro zachování zdraví je důležitá minimální konzumace nasycených a trans-mastných kyselin. Jejich zvýšená konzumace koreluje s kardiovaskulárními problémy, prokazatelně taky zvyšuje LDL cholesterol (Kasper, 2015).

Vitamíny a minerály jsou nezbytné pro normální růst a vývoj, což je zvláště důležité pro dětskou populaci. Existují výzkumy, které se zaměřují na skutečnost, že vitamíny a minerály ovlivňují strukturu a některé funkce mozku. Například B6 a B12 se přímo účastní syntézy některých neurotransmiterů, dostatek vitamínu D může být prevencí pro některé aspekty neurodegenerativních onemocnění, vápník je zase důležitý pro správný růst kostí. Nejvíce nedostatkovými vitamíny u dospívajících žen bývají především železo a jod (Wasantwisut, 1997).

Vytvoření si správných stravovacích návyků představuje prevenci některých chorob v dospělosti. Jelikož je pro období pubescence a adolescence typické bydlení s rodiči, tak právě rodina a nejbližší okolí má významný vliv na formování těchto návyků. Golan (2006)

uvádí, že rodina je nejdůležitějším a primárním faktorem ve vztahu formování způsobu výživy a úrovně pohybové aktivity. Na tomto procesu se do určité míry podílejí zrcadlové neurony, které zapřičiňují nápodobu chování rodičů. Tyto neurony formují návyky především v dětství (Orel, 2020). Savage a kolektiv (2007) rovněž upozorňují na modelování stravovacích návyků dětí podle rodičů.

Kromě práce zrcadlových neuronů, ovlivňují stravu dětí a dospívajících stravovací zvyklosti rodiny. Povětšinu času totiž snídaně, obědy a večere připravují, nebo minimálně na ně nakupují suroviny, rodiče dospívajících. Pokud tedy rodina dítěte nebo adolescenta nedbá na zdravý životní styl a životosprávu, je pravděpodobné, že obdobný životní styl a způsob stravování si osvojí i adolescent sám. Opačným případem zase může být nějaká extrémní forma vedení ke zdravému životnímu stylu, či vyřazování nějakých základních potravin v průběhu dospívání z různých důvodů či přesvědčení. Vliv modelování rodičů a častějšího vystavení určité potraviny ve své studii potvrdili Kratt a kolektiv (2000). Podařilo se jim prokázat, že rodiny, ve kterých bylo ovoce a zelenina dostupnější, prokazovaly vyšší motivaci k jejich konzumaci.

Také například pokud trpí jeden z rodičů poruchou příjmu potravy, je pravděpodobnější rozvoj této poruchy i u adolescenta. Podobně je tomu tak i s obezitou. Obezita může vzniknout navíc i jako reakce na stres způsobený dysfunkčními vztahy v rodině. Oliver a Wardle (1999) ve svém výzkumu upozorňují na vliv stresu na výběr určitých potravin. Rodina tedy vztah k jídlu adolescentů významně ovlivňuje. Důležité je pomoci dítěti nebo dospívajícímu vytvořit kladný vztah k jídlu, nesnižovat jeho sebepojetí a vést ho ke zdravým stravovacím návykům a k pohybu. V současnosti novou důležitou roli ve formování stravovacích návyků hrají i vzory a autority (celebrity, influenceři) a jejich stravovací zvyklosti prezentované na sociálních sítích. O tomto aktuálním a zajímavém tématu bude pojednávat samostatná podkapitola 3.5.

3.3. Současné trendy ve stravování

3.3.1. Druhy diet a stravovacích stylů

Z předchozích kapitol vyplývá, že ideálem správné životosprávy je zdravé stravování, určitá pohybová aktivita a určitý tělesný vzhled v závislosti na pohlaví. Co to ale znamená zdravé stravování? Na to je v zásadě opravdu těžká odpověď. Existuje spousta různých doporučení a představ o tom, co do zdravého stravování spadá, a co ne. Prakticky každý člověk už někdy v životě vyzkoušel nějaký jiný způsob stravování nebo dietní omezení. V následujících

odstavcích představíme některé známé a novodobé stravovací styly, které povětšinou vznikly jako snaha o zdravé stravování. Některé druhy striktních diet či detoxů však mají reálně se zdravou výživou pramálo společného.

Keto diet/Ketogenní dieta - Hlavním principem je vysoký příjem tuků a nulový podíl sacharidů. Mezi rizika tohoto typu stravování řadíme nedostatek minerálů a toxicitu ketonických látek. Může způsobit i poruchy kognitivních funkcí. Pozitivní dopady může mít například při léčbě epilepsie (Harvey & Holcomb & Kolwicz, 2019).

Low carb/ nízkosacharidová dieta - Pro tuto dietu je charakteristické omezení sacharidů ve stravě, v závislosti na tom určité zvýšení podílu tuků a bílkovin ve stravě. Nevýhodou tohoto stravování je především udržitelnost. Nedostatek sacharidů ovlivňuje i řadu procesů v lidském těle, například nízkou dostupnost glykogenu (Shai et al., 2008).

Low fat/ dieta se sníženým obsahem tuků - Jak z názvu vyplývá, tato dieta je charakteristická výrazným snížením podílu tuků ve stravě, sacharidy ponechává na normálním příjmu, tedy asi na 50 %, přičemž je doporučeno se vyhnout přidaným cukrům (Shai et al., 2008).

Mediterranean diet/ středomořská strava - Tato dieta je založená na konzumaci drůbežího masa a ryb, hovězího a vepřové maso nedoporučuje. Základem jsou kvalitní zdroje tuků a vysoké množství zeleniny. Zaměřuje se hlavně na kvalitu stravy, proto její účinky bývají trvalejší než u striktnějších forem diet (Davis et al., 2015).

Intermittent fasting/přerušované hladovění - Tento novodobý způsob stravování se zaměřuje na načasování stravy v průběhu dne. Stěžejním principem je snazší dosažení kalorického deficitu. Kombinuje dobu půstu s dobou konzumace jídla. Pro představu to může být varianta 16 hodin půstu, po které následuje 8 hodin, ve kterých může osoba jíst kdykoliv. Předpokladem je, že v těch 8 hodinách osoba nebude schopná sníst vysoké množství energie a tím docílí požadovaného deficitu energie (Dong et al., 2020).

Intuitive Eating /Intuitivní stravování - Jedná si taktéž o jeden z novějších stravovacích stylů. Podstatou je oprostít se od přílišného zabývání se jídlem, sledování počtu kalorií či vážení jídla. Lidé se učí rozlišovat mezi pocity hladu a mezi chutěmi nebo nudou. Tento typ

stravování může mít pozitivní vliv na pacientky, které dříve trpěly mentální anorexií. Jde totiž svým přístupem proti dietám. Stejně tak ale může být tento princip rizikem, jelikož je jasné, že osoby, které rádi konzumují malé množství jídla si ho dopřejí intuitivně méně a naopak (Schaefer & Zullo, 2017).

Paleo diet and western diet/Paleo strava a tzv. západní stravování - Název paleolitické stravy vznikl podle období doby kamenné, konkrétně paleolitu. Podstatou je částečný návrat ke skladbě stravy, kterou konzumovali naši předkové. Předpoklad je takový, že naše tělo není schopné trávit obiloviny a jiné produkty zemědělské činnosti. Vyřazuje tedy obiloviny, mléčné výrobky a luštěniny ze stravy. Jde tedy o formu bezlepkové diety, ne však z důvodů zjištěné intolerance (Obert et al., 2017).

Western diet/západní stravování - Západní stravování užívá podobných principů. Jedná se o konzumaci stravy s vyšším obsahem tuků, hovězího a vepřového masa, dále taky jídla s vyšším množstvím cukrů. Typické jsou taky vysoce průmyslově zpracované potraviny. Tento styl stravování je častý v západních zemích, zejména v Americe. Nejedná se o dietu v pravém slova smyslu, jelikož většinou nevede k úbytku na váze a z dlouhodobého hlediska způsobuje zdravotní komplikace (Zinöcker & Lindseth, 2018).

Hladovění, půsty a detoxy - Detoxikační čaje a džusy jsou populárním trendem rychlého hubnutí. Podstatou je omezení příjmu kalorií, konzumují se pouze džusy nebo různé detoxikační čaje. Hladovky jsou extrémnější způsob omezení potravy, kdy dotyčný pouze pije vodu nebo čaj. Společnými znaky obou způsobů je extrémní kalorický deficit, poměrně rychlý úbytek váhy, ale také neudržitelnost. Mohou být doplněny i užitím projímadel. Čtenáři je jistě jasné, že ani jeden z těchto postupů nevede k trvalým a udržitelným pozitivním změnám tělesných proporcí (Obert et al., 2017).

Vegetariánství a veganství - Nyní následují 2 kategorie, které se od ostatních liší. Tyto typy stravování nemají totiž primární cíl ovlivnění tělesné hmotnosti. Často jsou spjaty s určitými názory a postoji. V případě vegetariánství se jedná o vyřazení masa z jídelníčku, někdy se ponechávají ryby. Veganství vynechává veškeré živočišné produkty, tedy navíc mléčné výrobky a vejce. Vegetariánská a veganská jídla jsou v současnosti velmi populární a dostupná (Key, Appleby & Rosell, 2006). Současným trendem je i konzumace tzv. *raw*

stravy, což je nevařené veganské jídlo. Tepelnou úpravou totiž mohou potraviny ztrácet některé vitamíny (Link & Jacobson, 2008).

Dietní omezení při některých onemocněních - V závislosti na některých onemocněních může lékař nařídit nějaké dietní omezení např. bezlepková dieta, bezlaktózová dieta, dieta při diabetu a mnoho dalších (Kasper, 2015).

Většina těchto stravovacích stylů je dnes chápána jako prostředek pro vytvoření kalorického deficitu. Nevýhodou je však vyřazení základních živin, což lidský organismus ochudí o prospěšné látky. Člověk, který chce redukovat svoji hmotnost a zkouší různé typy těchto diet, narušuje některé procesy v lidském těle a může si poškodit svůj metabolismus. Není překvapením, že obezita může vzniknout i jako následek mnohočetných striktních dietních omezení. Zdravé stravování by mělo obsahovat dostatečné množství potravy a živin. Nyní se na různá zdravotní doporučení ke stravování podíváme blíže. Zároveň zmíníme i stravu, která je pro lidské zdraví prokazatelně škodlivá.

3.3.2. Zdravé a nezdravé stravování

Doporučení pro správnou výživu a životní styl je celá řada. Pro tuto práci zmíníme doporučení WHO a krátce i Ministerstva zdravotnictví ČR. WHO (2020d) pro zdravý životní styl doporučuje sledovat svoje BMI, konzumovat dostatečné množství ovoce a zeleniny (ideálně 400 g denně), upřednostňovat nenasycené tuky před nasycenými, začazovat do stravy mléko a mléčné výrobky, konzumovat luštěniny, celozrnné výrobky, snížit příjem jednoduchých cukrů a sledovat množství soli v potravinách (doporučené množství je 5 g denně). Dále nabádá k pravidelné fyzické aktivitě, minimální konzumaci alkoholu, k hygienické přípravě jídla, zdůrazňuje také význam kojení v novorozeneckém věku (ideálně podporovat kojení do 2 let života).

WHO (2020d) dále zdůrazňuje vliv nezdravého stravování na lidské tělo. Dlouhodobá konzumace nezdravých potravin přispívá k rozvoji obezity a nadváhy a dalších onemocněních, jako je cukrovka, některý typy rakoviny a kardiovaskulární onemocnění. Za nejvíce škodlivé považuje nasycené tuky, trans-masné kyseliny, nadměrné množství cukrů a soli ve stravě. Jako příklad typických nezdravých potravin můžeme uvést vysoce zpracované potraviny jako jsou různá hotová a instantní jídla, dále jídla z fast foodů označovaná výrazem „*junk food*“ mezi která patří také smažené pokrmy jako hranolky, chipsy apod. Zdraví ohrožující mohou být i slazené nápoje a alkohol, opět však záleží na

množství. Obecně platí, že nepříznivý vliv má nadměrná či častá konzumace těchto nezdravých pokrmů a nápojů.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2007) udává velmi obdobná doporučení pro stravování. Konkrétněji se ale věnuje výživě různých věkových skupin. Strava dětí a adolescentů by měla obsahovat ve 3-5 porcích zeleninu a ovoce, dále v každé porci obiloviny (pečivo), ve 2-3 porcích mléčné výrobky a v 1-2 porcích maso. Stejně jako WHO zdůrazňuje především důležitost pestré stravy pro správný vývoj.

3.4. Pohybová aktivita v adolescenci

Pohybová neboli fyzická aktivita (*physical activity*) je „*druh nebo druhy pohybu člověka, které jsou výsledkem svalové práce provázené zvýšením energetického výdeje, charakterizované svébytnými vnitřními determinantami a vnější podobou*“ (Hendl & Dobrý, 2011, 16). WHO označuje fyzickou aktivitou jakýkoli pohyb, který zahrnuje velké pohyby svalů a vyžaduje výdej energie (WHO, 2020a). Pohybová dovednost je opakováním a učením získaná pohotovost k pohybové činnosti (Měkota & Cuberek, 2007).

Aerobní cvičení je aktivita vytrvalostní. Tento typ cvičení vyžaduje zvýšený příjem kyslíku po delší dobu. Při tomto cvičení lidské tělo získává energii ze zásobních tuků a cukrů. Aerobní aktivita je tak vhodná i při redukci hmotnosti. Záleží však na době trvání, intenzitě a tepové frekvenci. Mezi aerobní aktivity řadíme chůzi, běh, aerobik, jízdu na rotopedu aj. Anaerobní aktivita se vyznačuje vysokým výkonem během krátké doby. Dochází k vyčerpání zásob kyslíku v těle a vzniká tzv. kyslíkový dluh, což znamená značné omezení přísunu kyslíku ke svalovým buňkám. Mezi typické anaerobní pohybové aktivity patří např. posilování se zátěží, jízdu na kole, veslování aj. (Stejskal, 2004).

Je prokázáno, že pravidelná fyzická aktivita pomáhá předcházet onemocněním jako jsou srdeční choroby, mrtvice, cukrovka a několik druhů rakoviny. Pomáhá také udržovat zdravou tělesnou hmotnost a může zlepšit duševní zdraví, kvalitu života a pohodu. Současné globální odhady ukazují, že každý čtvrtý dospělý a 81 % dospívajících nedělá dostatečnou fyzickou aktivitu. WHO (2020c) uvádí, že by se mohlo odvrátit až 5 milionů úmrtí ročně, pokud by byla globální populace aktivnější.

Kolik času tedy věnovat fyzickým aktivitám, abychom předešli výše uvedeným problémům? Nové pokyny doporučují alespoň 150 až 300 minut mírné až silné aerobní aktivity týdně pro všechny dospělé, včetně lidí s chronickým onemocněním nebo postižením, a průměrně 60 minut denně pro děti a dospívající (WHO, 2020b). Dále existují i doporučení týkající se běžné nezáměrné denní aktivity. Jde zejména o počet kroků za den, u dospělých by to mělo být alespoň 8 000-10 000 kroků (WHO, 2008). Někteří autoři připomínají, že pro některé věkové skupiny univerzální číslo 10 000 kroků není reálné, např. pro seniory (Tudor-Locke et al., 2004).

U dětí a dospívajících poskytuje fyzická aktivita výhody jako jsou lepší fyzická zdatnost, zdraví kostí, kognitivní výsledky (výkonná funkce), duševní zdraví aj. Zejména v současnosti (vlivem pandemie Covid-19) je nutné dbát na pravidelný pohyb dětí a dospívajících, protože ubývá běžné fyzické aktivity v průběhu dne. Děti a dospívající chlapci

a dívky by měli omezit čas strávený sedavým způsobem, zejména množství času stráveného při rekreaci. Záměrná fyzická aktivita by se měla u této věkové skupiny vyskytovat během týdne alespoň průměrně 60 minut denně střední až silné intenzity, většinou aerobní. Intenzivní aerobní aktivity, stejně jako ty, které posilují svaly a kosti, by měly být začleněny nejméně 3 dny v týdnu (WHO, 2020 a). Mezi vhodné aktivity patří chůze, plavání, cyklistika, týmové sporty, bruslení, lyžování, zumba, atletik, tenis, silový trénink a nespočet dalších (Pastucha, 2011).

Rodina a její podpora hraje důležitou roli při motivaci dětí a dospívajících k pohybovým aktivitám. Je důležité děti neodrazovat, povzbudit je, pomoci jim najít aktivitu, která je pro ně zábavná. Ideální je využít pohybovou aktivitu k trávení volného času prostřednictvím zájmových kroužků (což je důležité i z hlediska správné socializace s vrstevníky), dále při společném trávení času s rodinou například cyklistické nebo pěší výlety apod. Množství těchto aktivit by však opět mělo být přiměřené a dítě příliš nepřetěžovat a nelpět jen na výkonu (Sekot, 2019). V období adolescence povětšinou klesá množství pravidelné mimoškolní aktivity, 16 % dětí vůbec nesportuje nebo jen v rámci tělesné výchovy. Krizový bod bývá kolem věku 16-20 let, kdy dochází po ukončení školní docházky ke změně životního stylu. Pokud je však adolescent k pohybu veden od dětství, je už schopen sám si sestavit svůj tréninkový program, měřit si svoji tepovou frekvenci a věnovat se pravidelně cílené pohybové aktivitě (Pastucha, 2011).

Motivací pro pravidelnou aktivitu může být pro dospívající chlapce a dívky i ovlivnění tělesného vzhledu, především tvaru svého těla, ovlivnění svojí hmotnosti atd. Mezi sportujícími adolescenty jsou trendem chytrá zařízení, prostřednictvím kterých lze sledovat svoji denní aktivitu. Jsou to především chytré hodinky, krokoměry nebo nejrůznější mobilní aplikace. Tito „pomocníci“ mohou být velmi užiteční, zároveň však musíme dbát na to, aby dítě či dospívající až chorobně nelpěli na každodenním minimálním počtu kroků či množství pohybové aktivity. Fyzická aktivita by pro ně měla být především zdrojem radosti a příjemným trávením volného času (Case et al., 2015).

3.5. Sociální sítě a média a jejich vliv na body-image adolescentů

Mnozí adolescenti dennodenně využívají informační komunikační technologie. Vzestup těchto technologií umožňuje adolescentům trávit spoustu svého volného času v tzv. kyberprostoru nebo online-světě, kde využívají sociálních sítí a médií. Klasickými médii rozumíme televizi, rozhlas, film apod. Za nová média považujeme ta, která jsou založena na elektronické či digitální platformě, jsou interaktivní a podporují mezilidskou komunikaci (Pavlíček, 2010). Jako příklad sociálních sítí uvedeme Facebook, Instagram, TikTok, Snapchat a spoustu dalších.

Sociální sítě a média jsou pro dospívající běžnou každodenní záležitostí. Vzhledem k množství času stráveném sledováním těchto sítí se do popředí zájmu výzkumníků dostává ovlivnění dospívajících chlapců a dívek obsahem, který na sociálních sítí sledují (Tyrlik et al., 2010). V této kapitole shrneme výzkumy zaměřené na vliv těchto sítí na hodnocení vlastního těla, ideální postavy a celkový vliv na koncept body-image.

Používání sociálních médií mezi dospívajícími stále roste a většina výzkumů potvrzuje negativní dopady na obraz těla, depresi, sociální srovnání a neuspořádané stravování (Turner & Lefevre, 2017). Simmons (2016) uvádí, že média mladistvým vnucují ideál štíhlosti, čímž se mají podílet i na poškozování jejich body image. Důležitou roli média zastávají i ve vztahu k adolescentním dívkám. Sledování profilů na sociálních sítích založených na vzhledu vedlo ke zhoršení obrazu těla u mladých dospělých žen (Hogue & Mills, 2019). Téměř 70 % adolescentních dívek uvádí, že obrázky v magazínech ovlivňují jejich vnímání toho, co lze nazvat dokonalým tvarem těla (Levine & Chapman, 2011). Výsledky studie (Yamamiya et al., 2005) naznačují, že i pouhých 5 minut vystavení dokonalých a krásných žen v médiích má za následek pozdější negativní hodnocení vzhledu těla neutrální ženské postavy. Takto tomu je zejména u mladých žen a dospívajících dívek. Výzkumy zároveň dodávají, že tuto skutečnost může ovlivnit dlouhodobá intervence a mediální gramotnost, které mají potenciál ke snížení nespokojenosti těla (Watson & Vaughn, 2006).

Z výše uvedených zjištění je patrné, že problematika dopadu médií na hodnocení vzhledu těla je tak obsáhlé téma, že by se mu dalo věnovat v samostatné práci. Tímto krátkým shrnutím jsme chtěli na tuto aktuální problematiku poukázat, protože v současnosti sociální sítě a média mají na body-image větší vliv než vliv rodičů. Média tak samozřejmě ovlivňují i stravovací návyky adolescentů a jejich vztah k pohybovým aktivitám.

4. DOSAVADNÍ VÝZKUMNÉ PROJEKTY VE SLEDOVANÉ OBLASTI

V této kapitole zmíníme některé výzkumy zaměřené na obdobná témata. Zmíněné výzkumy se budou zaměřovat na body-image v období adolescence, především na důležitost obrazu vlastního těla v tomto období, na spokojenost adolescentů se svojí postavou a na faktory ovlivňující hodnocení vlastního těla u adolescentů.

Ze zahraničních studií je v rámci konceptu body-image zajímavá studie (Hoffman a kol., 2018) o identifikaci vzorců obav o body-image u dospívajících a mladých dospělých. Tyto vzorce byly zkoumány v souvislosti s potenciálně škodlivým chováním jako je zdrženlivé stravování nebo emoční cvičení. Výzkumný soubor tvořilo 758 německých adolescentních mužů a žen ve věku 14 až 22 let. Dotazník byl zaměřen na faktory podobné faktorům Dotazníku EDE-Q8, jež jsme administrovali v naší výzkumné studii. Ve výzkumu Hoffmana (2018) jsou to faktory: *weight and shape concern, muscularity concern, binge eating, restrained eating, muscularity-oriented behavior, dysfunctional exercise*. Výsledky ukazují, že 14 % mužů a 32 % žen vykazovalo určité stupně obav o body-image. Další závěry výzkumu naznačují, že snaha o svalnatost a snaha o hubenost se vzájemně neliší (kvalitativní rozdíl je v pohlaví-ženy chtějí být hubené, muži svalnatí-ale hmotnost, tvar těla a svalnatost vystupují současně). Vztah mezi obavami o tělesný obraz a různým chováním zaměřeným na dosažení hubenějšího nebo svalnatějšího těla zdůrazňuje význam výzkumného zkoumání těchto obav (Hoffman a kol., 2018).

Další aktuální studie (Hartman-Munick a kol., 2020) se věnovala faktorům, které ovlivňují body-image u adolescentů. Výzkum ukazuje, že body-image u adolescentů je důležitou součástí této vývojové etapy. Nejvíce je body-image podle výsledků tohoto výzkumu formována vlivem médií a osobními vztahy. Studie poukazuje na skutečnost, že celkový zdravotní stav se zdá být lepší u dospívajících s pozitivním obrazem těla. Špatný obraz těla může přispět k významným zdravotním problémům (např. poruchy nálady). Pozitivní obraz těla můžeme podle studie podpořit edukací ohledně zdraví a péče, pozitivní interakcí ve školní třídě, pravidelnou fyzickou aktivitou atd.

V ČR se tématem body-image zabývala především Fialová (2001), která ve svých výzkumech poukazuje (zejména u žen) na potřebu akceptace a uznání druhými lidmi, potřebu dobře vypadat a líbit se. Ve své knize body-image (Fialová, 2001) uvádí zjištění, že dívky už od 7 let věku zajímá vzhled jejich těla a chtějí mít dokonalou postavu. Fialová ve své knize velmi detailně popisuje výsledky svých studií o této problematice. Pro tuto

kapitolu zde zmíníme především skutečnost, že nespokojené dívky či ženy volí často pro změnu svého těla kombinaci zvýšené pohybové aktivity a některý typ redukční diety, což může vést k rizikovému chování, jako je přílišné se zabývání jídlem či nadměrné cvičení. Téměř 46 % dotázaných adolescentů uvedlo jako důvod jejich sportovní aktivity atraktivnější postavy či zevnějšku (Fialová, 2001).

V našem výzkumném projektu jsme si kladli otázku, jak jsou čeští adolescenti spokojeni s vlastním tělem. Secord a Jouracd (1953) provedli výzkum na toto téma již dávno. Výzkumu se zúčastnilo 146 adolescentních mužů a 194 adolescentních žen ve věku od 11 do 19 let. Výsledky ukázaly, že ženy obecně vyjadřují větší nespokojenost se svým tělem než muži. Aktuální české studie zabývající se spokojeností s tělem (Fialová & Krch, 2012) uvádějí, že nespokojenost se svým tělem je u dospívajících ve věku 12-18 let až 45 % a 37 % z dospívajících již vyzkoušelo nějak snížit svoji hmotnost.

Překvapivým závěrem v oblasti spokojenosti s tělem v závislosti na věku a pohlaví je zjištění, že úroveň spokojenosti těla je u obou pohlaví poměrně vysoká. Muži a ženy mají také tendenci reagovat podobně na stejné položky. Ukázalo se například, že kombinované průměrné hodnocení položek výšky, hmotnosti, hrudníku, pasu a boků jsou u obou pohlaví na podobných pozicích relativní nespokojenosti (Clifford, 1971). Britská studie spokojenosti s tělem v adolescenci ukázala významný pokles spokojenosti od věku 12 do 18 let, zejména s horní částí stehna, hýždí a velikostí břicha. Výsledky naznačují, že spokojenost těla během dospívání klesá a souvisí s psychologickou sebeúctou a dietním chováním (Davies & Furnahm, 1986).

Zajímavé výsledky také přináší německá studie týkající se orientace na genderovou roli a spokojenost s tělem během dospívání. Tento výzkum zkoumal další možné faktory související s nespokojeností s tělem v adolescenci. Výsledky ukazují, že pravděpodobnost nespokojenosti s fyzickým vzhledem u dospívajících dívek se výrazně zvyšuje s věkem a zvyšováním BMI. Hodnota také roste s klesajícím ekonomickým statusem rodiny. Dívky s tradičnějšími předsudky o genderových rolích byly méně spokojené se svým fyzickým vzhledem. Dívky byly méně spokojené se svým fyzickým vzhledem v závislosti na jejich věku a na tom, jak silně dodržují tradiční orientaci rolí v rodině. Nespokojenost u dospívajících chlapců také rostla s věkem, ne však tolik jako u dívek (Finne, Schlattmann & Kolip, 2020).

V ČR se tématu body-image věnovala Fialová (2001), která zapojila do svého výzkumu 200 dospívajících respondentů. V její studii bylo 44 % dívek nespokojených se svojí postavou. Osoby spokojené se svým vzhledem měly nižší hmotnost, nespokojené osoby měly hmotnost vyšší, což znamená, že se zhoršujícím se hodnocením svého těla se zvyšuje hodnota BMI. Tento výsledek se shoduje se závěry zahraničního výzkumu, který jsme zmínili v předchozím odstavci. Z výše uvedených studií vyplývá, že tělesný vzhled je pro dospívající dívky, ale i chlapce důležitým tématem a má smysl se tomuto tématu výzkumně věnovat.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5. FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLE VÝZKUMU

5.1. Formulace výzkumného problému a cíle práce

Výzkumný problém se týká stravování u českých adolescentů. Od počátku si výzkumný projekt klade za cíl popsat stravovací návyky a vybrané psychologické fenomény u českých adolescentních dívek a chlapců. Pro tuto práci jsme stanovili výzkumné cíle:

- Popsat vztah k vlastnímu tělu u českých adolescentů a jejich spokojenost s vlastním tělem.
- Zjistit body-image u českých adolescentů.
- Identifikovat souvislosti mezi jednotlivými složkami body-image a kompenzačním chováním (držení diet, hladovění, nadměrná sportovní aktivita), případně poruchami příjmu potravy.
- Popsat rozdíly v body-image v závislosti na věku, pohlaví a jiných proměnných.

Cíle našeho výzkumu jsou převážně deskriptivní. V případě hledání souvislostí je cílem predikce, jelikož ve výzkumných hypotézách předpokládáme souvislost mezi těmito jednotlivými psychologickými fenomény týkající se body-image u českých adolescentů.

Jak jsme nastínili v teoretické části, body-image je důležitou složkou ovlivňující vývoj sebepojetí adolescentních chlapců a dívek. Přínos tohoto výzkumu očekáváme v poskytnutí aktuálních, výzkumně podložených informací o problematice významu body-image u českých adolescentů. Na základě těchto informací budeme moci lépe porozumět této problematice, což je důležité především v primární prevenci rozvoje obezity či poruch příjmu potravy v období adolescence.

5.2 Výzkumné otázky a statistické hypotézy

Hlavním výzkumným cílem této práce je popis body-image u českých adolescentů, dále hledání souvislosti s dalšími psychologickými charakteristikami. Jelikož koncept body-image zahrnuje více fenoménů, tematicky v této práci rozdělíme výsledky do 4 kategorií podle výzkumných otázek a cílů. Tomuto rozdělení rovněž odpovídají podkapitoly 9. kapitoly zaměřené na deskripci výsledků.

- 1) Největší součástí výsledků tvoří **deskripce výsledků týkající se body-image u českých adolescentů**. Výzkumné otázky, jež si klademe v rámci tohoto cíle zní:

- Jsou čeští adolescenti spokojeni se svojí postavou?
- Jak moc je pro české adolescenty důležitý tělesný vzhled?
- Kolik českých adolescentů se již pokusilo omezit množství jídla nebo držet dietu?
- Kolik českých adolescentů trpí poruchami příjmu potravy?
- Kolik českých adolescentů si někdy záměrně vyvolalo zvracení kvůli strachu z tloušťky?
- Připadají si čeští adolescenti obézní? Kolik z nich si přeje zhubnout?
- Jak se body-image liší v závislosti na pohlaví?

2) Následně v návaznosti na výše zmíněné cíle jsme si v našem výzkumném projektu kladli otázku:

- Jak se tyto vybrané psychologické fenomény liší v závislosti na pohlaví?

Pro zodpovězení této otázky jsme si stanovili **hypotézy ověřující statisticky významné rozdíly v body-image u českých adolescentů z hlediska pohlaví:**

H1: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení spokojenosti s vlastním tělem mezi adolescentními chlapci a dívkami.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení tloušťky vlastního těla mezi adolescentními chlapci a dívkami.

H3: Existuje statisticky významný rozdíl ve frekvenci pohybových aktivit za účelem hubnutí mezi adolescentními chlapci a dívkami.

H4: Existuje statisticky významný rozdíl ve frekvenci držení diet mezi adolescentními chlapci a dívkami.

3) Dále jsme českým adolescentům z našeho výzkumného souboru předložili k vyplnění **Dotazník pro vyšetření poruch příjmu potravy EDE – Q8**. V samostatné podkapitole uvedeme deskripci výsledků tohoto dotazníku. **Hypotézy ověřující statisticky významné rozdíly v jednotlivých faktorech dotazníku u českých adolescentů z hlediska pohlaví:**

H5: Existuje statisticky významný rozdíl v hrubých bodech faktoru *restraint* mezi adolescentními chlapci a dívkami.

H6: Existuje statisticky významný rozdíl v hrubých bodech faktoru *eating concern* mezi adolescentními chlapci a dívkami.

H7: Existuje statisticky významný rozdíl v hrubých bodech faktoru *shape concern* mezi adolescentními chlapci a dívkami.

H8: Existuje statisticky významný rozdíl v hrubých bodech faktoru *weight concern* mezi adolescentními chlapci a dívkami.

4) Poslední oblast našeho výzkumného zájmu tvoří **informace o tělesných údajích českých adolescentů, konkrétně hodnoty Body Mass Index**. V této oblasti si klademe výzkumné otázky:

- Do které z BMI kategorií spadá většina českých adolescentů?
- Jaké je procentuální zastoupení v jednotlivých BMI kategoriích?
- Jak se BMI liší v závislosti na pohlaví?
- Jak moc se liší skutečná a vysněná váha českých adolescentů?

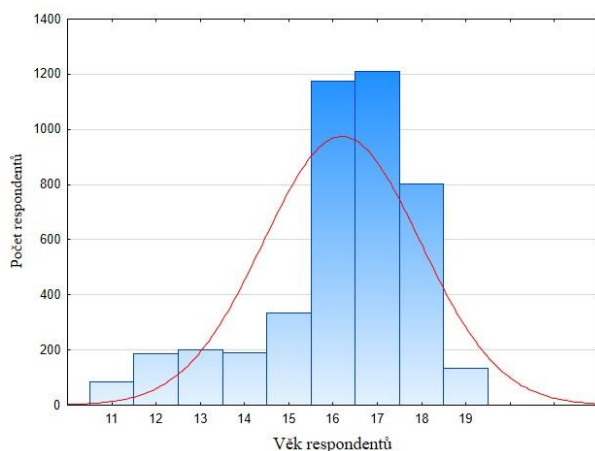
6. POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU A METODY VÝBĚRU

VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Náš výzkumný soubor tvoří celkem 4318 českých adolescentů, z toho 2311 dívek a 2007 chlapců. Poměrné zastoupení dívek a chlapců je tedy vyrovnané, 54 % výzkumného souboru tvoří dívky a 46 % chlapci. Výzkum je součástí rozsáhlejšího projektu, ze kterého se připravuje ucelená monografie a další odborné výstupy. Na sběru dat se tak podílelo více výzkumníků, přičemž autorka této práce administrovala 827 testových baterií.

Jak jsme již uvedli dříve, náš výzkumný soubor tvoří čeští adolescenti ve věku 11-19 let. Průměrný věk je 16,17 let, $SD = \pm 1,77$. Z grafu 1 je patrné, že nejvyšší zastoupení zde tvoří adolescenti ve věku 15-18 let. Výzkum byl realizován v rámci školních zařízení. Autorka této práce měla za úkol sběr dat ve školních ročnících 6-9. Z výzkumného souboru 19 % (803 respondentů) navštěvuje druhý stupeň základní školy, 81 % (3515) respondentů navštěvuje střední školu, 63 % z nich žije ve městě (2718), 36 % na vesnici (1558), 1 % nevedlo (42).

Graf 1: Věkové rozložení respondentů



Pro výběr výzkumného souboru jsme použili pravděpodobnostní výběr. Naším cílem bylo vytvořit soubor českých adolescentů, který bude reprezentativním výběrem z celkové adolescentní populace v ČR. Konkrétně jsme zvolili metodu stratifikovaného náhodného výběru. Názvy všech škol v ČR jsme očíslovali a rozdělili podle krajů. Pomocí generátoru náhodných čísel jsme z každého ze 14 českých krajů vylosovali celkem 3 školy (u základních škol byly vylosovány 3 základní školy z každého kraje). Následně jsme kontaktovali tyto školy a dohodli se na spolupráci a logistickém zajištění sběru dat.

7. METODOLOGICKÝ RÁMEC

7.1. Design výzkumu a typ výzkumu

Pro zpracování tématu, body-image a jeho význam pro české adolescenty, byl zvolen kvantitativní přístup. Kvantitativní metody ve vědě předpokládají, že můžeme do jisté míry predikovat lidské chování. Tento typ výzkumu využívá náhodných výběrů souboru, jelikož má za cíl zobecnění výsledků výzkumu na určitou populaci. Pro sběr dat využívá strukturované testy, dotazníky a inventáře. Narozdíl od kvalitativního přístupu je žádoucí předložit testovou metodu co nejvyššímu počtu respondentů. Tímto krokem lze zajistit reprezentativnost výzkumného souboru vůči populaci. Kvantitativní výzkum bývá spojován s hypoteticko-deduktivním modelem. Podstatou je existence teorie o určitém jevu nebo vztahu v reálném světě. Na základě tohoto předpokladu pomocí dedukce formulujeme statistické hypotézy, které pak ověřujeme pomocí statistických testů. Na závěr vždy výsledek vztáhneme zpět k původní teorii (Hendl, 2005).

V psychologii rozlišujeme metody klinické a testové. Jelikož jsme pro náš výzkumný projekt použili testovou baterii obsahující dotazníky a inventáře, jedná se o aplikaci testových metod. Testové metody jsou charakteristické standardizovanými postupy se standardizovanými pravidly administrace. Tyto pravidla brání možnému nežádoucímu zkreslení pravidel administrátorem. Cílem testových metod je získání menšího množství informací od co největšího počtu respondentů (Svoboda et al., 2013). Pro účely našeho výzkumného projektu jsme zvolili dotazníkové metody, které podrobně popíšeme v následující podkapitole.

7.2. Aplikovaná metodika

Pro sběr dat jsme použili standardizované testové metody. Při sběru dat jsme účastníkům předkládali testovou baterii vytvořenou výzkumným týmem Pipové a Dolejše. Tato testová baterie obsahuje Dotazník sociodemografických údajů a dále sérii dotazníků zaměřených na stravování a psychologické fenomény u českých adolescentů. Pro tuto práci jsme pro analýzu výzkumných cílů použili dotazníky, které následně stručně představím:

- Dotazník stravování a pohybové aktivity (Pipová, Dolejš, Suchá, 2019).
- Dotazník pro vyšetření poruch příjmu potravy EDE – Q8 (Eating Disorder Examination Questionnaire EDE – Q8, Kliem, 2008; Pipová, Dolejš, 2019).
- Body Mass Index.

7.2.1. Dotazník stravování a pohybové aktivity

Dotazník stravování a pohybové aktivity (Pipová, Dolejš, Suchá, 2019) se skládá z 19 otázek. Jelikož nemají všechny odpovědi na otázky stejný formát, je pod každou otázkou uvedena instrukce, kolik odpovědí může respondent označit. První polovina dotazníku obsahuje otázky z oblasti stravování. Dotazovali jsme se zde především na jídelní směry a stravovací návyky. Pro tuto práci je však stěžejní druhá polovina dotazníku týkající se hodnocení vlastního těla a vztahu k jídlu a k pohybovým aktivitám. Tato část dotazníku obsahuje otázky týkající se spokojenosti s vlastním tělem, dotazuje se na tělesné údaje, na poruchy příjmu potravy, frekvenci kompenzačního chování (např. záměrné zvracení ze strachu z tloušťky) a na frekvenci pohybových aktivit za účelem ovlivnění tělesného vzhledu. V neposlední řadě zde přidáváme i otázku týkající se spánku.

Respondenti mají za úkol označit křížkem vždy jednu nebo více odpovědí. Některé otázky jsou zaměřeny na četnost určitých skutečností či chování v jejich běžném životě (např. Toto chování se u mě vyskytuje: nikdy, několikrát za rok, ..., nikdy atd.). Otázky na tělesné údaje nebo spánek jsou víceméně otevřené, respondenti mají doplnit číslo. U ostatních otázek respondenti vybírají odpověď/i na otázky z 5 nebo více možností. Odpovědi jsou již přímo v dotazníku očíslované. Toto číslování usnadňuje výzkumníkům následný přepis dat do digitální podoby.

7.2.2. Dotazník pro vyšetření poruch příjmu potravy EDE – Q8

Dotazník pro vyšetření poruch příjmu potravy EDE – Q8 (Eating Disorder Examination Questionnaire EDE – Q8, Kliem, 2008; Pipová, Dolejš, 2019) je českou standardizovanou verzí původního dotazníku s názvem *Eating Disorder Examination Questionnaire EDE*. Úplně původní sebesposuzovací dotazník EDE-Q vytvořili Fairburn a Begling (1994). Brzy se EDE stal oblíbeným diagnostickým nástrojem pro diagnostiku poruch příjmu potravy. Původní verze metody byla časově náročná, proto docházelo k různým úpravám této metody. Na pozadí času se měnil počet položek i jejich formulace, rovněž také překlad do jiných jazyků. Původní verze měla celkem 22 položek a její součástí byl i strukturovaný rozhovor. Všechny verze mají společné 4 faktory, kterými jsou omezování se (*restraint*), nespokojenost s postavou (*shape concern*), nespokojenost s váhou (*weight concern*) a znepokojení kvůli jídlu (*eating concern*). Metoda pracuje s otázkami týkajícími se období posledních 28 dní. Respondenti mají označit časové pásmo, ve kterém se u něj určité chování nebo pocity vyskytly. U některých otázek mají respondenti napsat přesný počet dní, u některých pouze označit časové pásmo. Podle časových pásem je pak frekvence chování či

pocitů hodnocena na sedmibodových stupnicích Likertovy škály (0 - není přítomno, 6 – přítomno skoro každý den). Ve výsledcích pracujeme s celkovým skórem a průměrným skórem. Skóry a normy se mohou mezi zeměmi lišit.

Česká verze (Pipová, Dolejš, 2019), kterou jsme použili v našem výzkumném projektu, obsahuje celkem 11 otázek. Tato verze byla převedena z verze zahraniční, konkrétně německé (Kliem, 2008). U dotazníku EDE – Q byly prokázány dostatečné psychometrické kvality (validita a reliabilita), dotazník je také dostatečně diagnosticky účinný (Kliem, 2008).

7.2.3. Body Mass Index

Jak jsme již uvedli v teoretické části, pro diagnostiku obezity či podvýživy užíváme zpravidla ukazatele BMI (Body Mass Index). Jeho hodnotu získáme jako podíl hmotnosti (kg) a výšky (cm). Podle hodnoty BMI rozdělujeme dospělé i dospívající do kategorií (viz tabulka 1). V našem výzkumném projektu, konkrétně v Dotazníku stravování a pohybové aktivity (Pipová, Dolejš, Suchá, 2019) jsme se adolescentů dotazovali na tělesné údaje. Z těchto údajů jsme poté získali hodnoty BMI. Na tomto místě je nutné dodat, že se jedná o subjektivní odhad adolescentů. Nikoliv každý totiž přesně zná svoje tělesné údaje. Nejedná se tedy o objektivně naměřené hodnoty, proto i výsledky budeme interpretovat s ohledem na tuto skutečnost.

7.3. Etika výzkumu

Náš výzkumný soubor tvoří adolescentní dívky a chlapci. Pro realizaci výzkumu jsme potřebovali informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a zpracováním osobních údajů (viz. Příloha 3.), podepsaný zákonnými zástupci adolescentů. Pokud tento souhlas nebyl podepsán do začátku administrace dotazníku, dotyčný adolescent se nemohl výzkumu zúčastnit. Informované souhlasy jsme s předstihem rozeslali ředitelům/ředitelkám daných školních zařízení, kteří je následně buď vytiskli, nebo a je předali adolescentům s prosbou o předání zákonným zástupcům. Tento postup nám výrazně usnadnil komunikaci, jelikož by bylo logisticky velmi obtížné zasílat poštou vtištěné souhlasy a následně kontrolovat, aby je adolescenti předali včas rodičům. V pár případech se stalo, že adolescenti zapomněli informovaný souhlas doma, a tedy nebyli do výzkumu zařazeni.

Informovaný souhlas, jež jsme vytvořili za účelem zabezpečení etické oblasti výzkumu, obsahuje základní informace o výzkumné studii, zdůrazňuje princip dobrovolnosti účasti na výzkumu a princip anonymity a důvěrnosti. Informace vztahující se k etické oblasti byly sděleny jak zákonným zástupcům prostřednictvím informovaného souhlasu, tak ústně

adolescentům před začátkem administrace dotazníků. Anonymita účastníků byla zajištěna již před administrací dotazníku, účastníci nikam neuváděli svá jména, ale obdrželi instrukce k vytvoření jedinečného kódu, který se skládal z prvních dvou písmen křestního jména, dále prvních dvou písmen jména jejich matky, a dvou číslic udávajících měsíc jejich narození. Každý účastník tedy získal šestimístný kód, který zajistil jeho anonymitu ve výzkumu. Účastníci měli možnost kdykoliv v průběhu administrace či po skončení odstoupit z výzkumu.

Ředitelům/ředitelkám školních zařízení jsme poskytli kontakt na výzkumníka pro případ dotazů či nejasností ohledně výzkumného šetření. Po skončení fáze realizace výzkumu jsme jim nabídli možnost zaslání odborných výstupů z výzkumného šetření prostřednictvím emailu.

8. REALIZACE VÝZKUMU

8.1. Organizace a průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření na základních školách v rámci této práce probíhalo od 29. ledna 2020 do 6. března 2020 ve školních zařízeních po celé ČR. Celkem se podařilo výzkum uskutečnit na 10 z 12 vybraných škol, dále v souvislosti s mimořádnými opatřeními a uzavřením školních zařízení kvůli pandemii Covid 19, byl sběr dat předčasně ukončen. Jelikož se na výzkumném projektu podílelo souběžně více výzkumníků, tato situace nijak výrazně neohrozila průběh výzkumného šetření. V době uzavření školních zařízení již byl administrován dostatečný počet testových baterií.

Pro sběr dat bylo nutné, aby si autorka práce vytvořila časový a finanční plán realizace výzkumu. Administrace dotazníků probíhala v době konce zkouškového období zimního akademického semestru, proto byl nejefektivnější administrace dotazníků ve vybraných krajích realizovat co možná v nejkratším časovém sledu. Výhoda tohoto postupu spočívá v rychlosti realizace a menší finančních nákladech na dopravu, případně ubytování v jednotlivých krajích.

Po dohodě s řediteli/ředitelkami škol se autorka této práce dostavila v předem dohodnutý den a čas do školního zařízení. Ředitelé a ředitelky škol k výzkumu přistupovali velmi vstřícně. Zajistili logistické záležitosti jako jsou zprostředkování informovaných souhlasů zákonným zástupcům adolescentů a dohodli se s učiteli na vyhrazení některé vyučovací hodiny pro výzkum. Při samotné administraci se administrátorka žákům školních tříd představila, uvedla stručné informace o výzkumné studii, rozdala dotazníkové baterie

v tištěné podobě a upozornila na princip anonymity a dobrovolnosti. Dále uvedla předem stanovené instrukce k testovým metodám. Administrace trvala v každé školní třídě 1 vyučovací hodinu. Během administrace byla administrátorka k dispozici pro případné dotazy a nejasnosti. Po skončení administrace administrátorka posbírala všechny testové baterie a zkontrolovala všechny náležitosti. Dále poděkovala účastníkům a vedoucímu školního zařízení za účast na výzkumu a předala malý dárek s reklamními předměty realizátora výzkumného projektu.

8.2. Metody zpracování a analýzy dat

Po ukončení sběru dat následoval převod odpovědí z tištěné formy do formy digitální pomocí programu Microsoft Excel. Jednotlivým odpovědím u každé z otázek byly přiřazeny zástupné číselné hodnoty (např. 1=jsem spokojená/á se svým tělem). Následně proběhla fáze čištění dat a imputace chybějících dat. Všechny dotazníky administrované za účelem naší výzkumné studie byly sloučeny do jednoho dokumentu. Následně si každý výzkumník zvolil své pole zájmu a vybral si data vztahující se k jeho výzkumné práci. Data jsme dále analyzovali a upravovali pomocí programu Microsoft Excel, který jsme požili pro tvorbu grafů či tabulek a pro základní hrubé výpočty, pro komplikovanější práci s daty jsme použili statistický program Statistica 13. Pro jednoduché deskriptivní výsledky jsme použili základních popisných statistik a frekvenčních tabulek. Pro ověření platnosti hypotéz jsme použili neparametrický Mann-Whitneyův U test, protože v datech pracujeme s ordinálními proměnnými. Jako ukazatel míry účinku uvádíme hodnoty testové statistiky AUC, dále k popisu výsledků použijeme hodnoty testových statistik U a Z. Hypotézy jsme testovali na hladině významnosti $p < 0,05$. P-hodnota $< 0,001$ značí velmi vysoce signifikantní výsledky, $< 0,01$ vysoce signifikantní, $< 0,05$ signifikantní a vyšší p-hodnoty značí, že nemáme dostatek důkazů proti platnosti nulové hypotézy. Ve výčtu hypotéz uvádíme hypotézy alternativní oboustranné.

9. VÝSLEDKY

9.1. Deskripce výsledků Dotazníku stravování a pohybové aktivity

V této podkapitole uvedeme data z Dotazníku stravování a pohybové aktivity, konkrétně otázek zaměřených na spokojenost s vlastním tělem, hodnocení svého těla, na výskyt poruch příjmu potravy a na chování ovlivňující tělesný vzhled a postavu.

Výsledky hodnocení spokojenosti s vlastním tělem ukazují, že 37 % adolescentů je spíše spokojených s vlastním tělem, 27 % nespokojených. Poměr spokojenosti a nespokojenosti je tak spíše vyrovnaný. Odpovědi „nepřemýšlím o tom“ a „jsem nespokojený“ adolescenti označovali stejně často, kolem 10 %. Obecně bychom ale mohli tvrdit, že spíše převládá spokojenost s tělem - úplně spokojených je 17 % mladistvých, spíše spokojených 37 %.

Tabulka 2. Hodnocení spokojenosti s vlastním tělem

Spokojenost s tělem	Počet	%
ano	743	17,21
spíše ano	1579	36,57
nepřemýšlím o tom	417	9,66
spíše ne	1150	26,63
ne	413	9,56
neuvedeno	16	0,37

Dále jsme se adolescentů dotazovali, jak svoji postavu hodnotí na škále 1-5, kdy 1 - příliš hubená, 2 - trochu hubená, 3 - tak akorát, 4 - trochu tlustá, 5 - příliš tlustá. Nejčastěji respondenti označili odpověď „tak akorát“, a to v 43 % případů. Celých 28 % hodnotí svoji postavu jako trochu tlustou, 19 % zase jako trochu hubenou. Procenta odpovědí 1 a 5 jsou identická, kolem 5 %.

Tabulka 3. Subjektivní hodnocení vlastní postavy

Hodnocení vlastního těla	Počet	%
příliš hubená	209	4,84
trochu hubená	822	19,04
tak akorát	1853	42,91
trochu tlustá	1203	27,86
příliš tlustá	211	4,89
neuvedeno	20	0,46

Na otázku, zda trpí někdo v rodině adolescentních dívek a chlapců nadváhou nebo obezitou, označilo 72 % dotazovaných pouze 1 osobu, 15 % označilo dvě 2 osoby, 7 % tři osoby, 4 %

dotazovaných označilo čtyři rodinné příslušníky, 5 a více osob označilo vždy asi 1 % adolescentů.

Ve výzkumném šetření nás zajímala také prevalence poruch příjmu potravy mezi českými adolescenty. Celých 81 % dospívajících chlapců a dívek uvedlo, že netrpí žádnou z poruch příjmu potravy a že jejich vztah k jídlu je v pořádku. Část dotazovaných asi 13 %, z toho 10 % dívek a 3 % chlapců, označilo odpověď, že sice poruchou příjmu potravy netrpí, ale jejich vztah k jídlu není v pořádku. Jako osoby trpící poruchami příjmu potravy se označilo 3 % mladistvých. Na otázku neodpovědělo necelých 2 % respondentů, 1 % označilo odpověď „jiné“.

Mezi odpovědi jiné dospívající uváděli jiná onemocnění (Crohnova choroba, problémy se spalováním, IBS, hypertenzi, zánět v jícnu, problémy se štítnou žlázou, duševní nemoci, celiakii nebo reflux), dále jiné problémy související se stravováním (nechutenství, občasné přejídání, bolesti břicha, hltání, bigorexii, pozůstatky orthorexie, pozůstatky anorexie, zahánění stresu a úzkosti jídlem, dávivé reflexy při konzumaci některých jídel, jedna respondentka napsala: „*Možná bych si přála být tak trochu anorektička a nejíst.*“), a dále jiné odpovědi jako jsou například různé potravinové alergie či jídelní preference, které se mezi poruchy příjmu potravy neřadí.

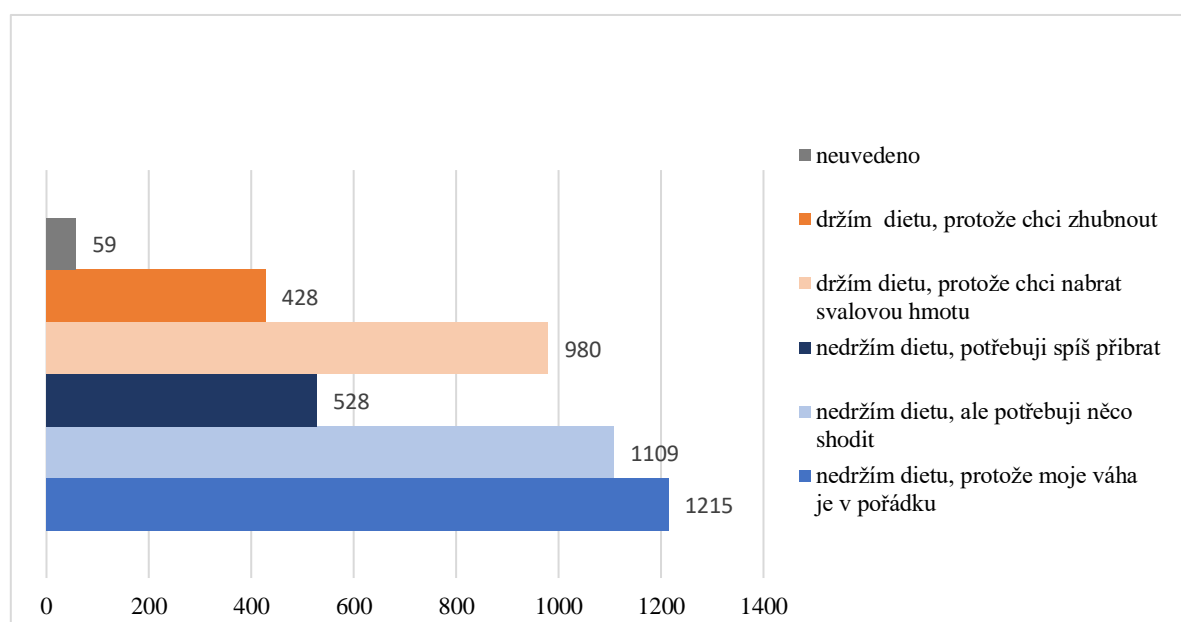
Následující tabulka obsahuje zastoupení jednotlivých poruch příjmu potravy, které označilo 3 % dotazovaných, kteří se považují za osoby trpící některou z těchto poruch. Byla zde i možnost označit více poruch příjmu potravy současně. Nejvyšší zastoupení zde tvoří záchvatovité přejídání.

Tabulka 4. Zastoupení jednotlivých poruch příjmu potravy ve výzkumném souboru

Zastoupení PPP ve výzkumném souboru	Počet	%
bulimie	6	0,14
anorexie	8	0,19
anorexie a bulimie	8	0,19
bulimie a záchvatovité přejídání	11	0,25
anorexie a záchvatovité přejídání	5	0,12
záchvatovité přejídání	94	2,18
bulimie, anorexie, záchvatovité přejídání	4	0,09
záchvatovité přejídání a jiné	1	0,02
celkem	137	3,18

Další důležitou oblastí našeho výzkumného zájmu bylo zjistit informace o výskytu chování ovlivňujícího vzhled těla a postavy. Zajímalo nás chování ovlivňující tělesnou hmotnost, tedy různé formy dietních omezení. Na otázku, zda drží dietu nebo se snaží nějakým způsobem shodit váhu byly odpovědi procentuálně vyrovnané. Více než čtvrtina adolescentů odpověděla, že se zhubnout nesnaží, protože jejich váha je v pořádku. Podobné zastoupení měla i odpověď, že sice nedrží žádnou dietu, ale potřebovali by něco shodit. Necelá čtvrtina respondentů uvedla, že drží dietu, protože chtějí nabrat svalovou hmotu, 10 % drží dietu, protože chce zhubnout a 12 % mladistvých chce naopak spíše přibrat. Výsledky názorněji ukazuje Graf 2.

Graf 2. Graf odpovědí na otázku týkající se snahy o hubnutí



Kromě pouhého držení diety však existují i jiná omezení týkající se stravování. V této práci je rozdělíme na rizikové chování v souvislosti se stravováním. Sem řadíme záměrně vyvolané zvracení, užití projímadel jako prostředku kontroly váhy a užití prášků na hubnutí, popřípadě prášků snižujících chuť k jídlu. Dále se budeme věnovat obecnému kvantitativnímu omezení jídla, kam zařadíme obecná dietní omezení, hladovění (více než 24 hodin) a záměrné vynechávání jídla kvůli váze. Nakonec zde uvedeme i frekvenci výskytu kvalitativních omezení ve stravování u českých adolescentů. Do této oblasti řadíme omezení počtu jídel v jídelníčku na jeden nebo více druhů jídla (např. jen ovoce a zelenina) a omezení jídle typu vynechávání jídel obsahující nadměrné množství tuku, vynechávání sladkostí aj. V této části dotazníku měli respondenti označit frekvenci výskytu těchto aktivit v jejich životě.

Začneme výsledky výčtu rizikového chování, které souvisí se stravováním. Tabulka 5 ukazuje, že celková prevalence těchto rizikových aktivit ve výzkumném souboru není nijak výrazná, 94 % dotazovaných nikdy záměrně nezvracelo kvůli strachu z tloušťky, 96 % nikdy neužilo prášky na hubnutí nebo snižující chuť k jídlu a necelých 98 % nikdy neužilo projímadlo jako prostředek kontroly váhy.

Tabulka 5. Frekvence rizikového chování souvisejícího se stravováním

Frekvence chování	Záměrné zvracení kvůli strachu z tloušťky		Užití projímadel jako prostředku kontroly váhy		Užití prášků snižujících chuť k jídlu	
	N	%	N	%	N	%
nikdy	4050	93,77	4221	97,73	4147	96,02
několikrát za rok	115	2,66	33	0,76	79	1,83
1x za měsíc	38	0,88	12	0,28	9	0,21
2-3 x za měsíc	29	0,67	5	0,12	12	0,28
1x týdně	12	0,28	6	0,14	8	0,19
vícekrát týdně	19	0,44	5	0,12	13	0,30
téměř každý den	13	0,30	2	0,05	14	0,32
několikrát denně	8	0,19	1	0,02	7	0,16
neuvedeno	35	0,81	34	0,79	30	0,69

V kvantitativním omezování se v jídlu výsledky taktéž ukazují, že většina dospívajících nikdy taková omezení neudělala, 72 % z nich nikdy nevynechávali jídlo kvůli váze, 11 % jen několikrát za rok. U tohoto chování je však poměrně vyšší zastoupení v kategoriích několikrát za měsíc až 1x týdně, u každé je to kolem 120-170 odpovědí. Z opačného úhlu pohledu se můžeme na výsledky dívat tak, že 28 % dospívajících již někdy vynechalo jídlo kvůli váze. Nikdy nehladovělo déle než 24 hodin 86 % dospívajících, několikrát za rok hladoví necelých 8 % dotazovaných. Dietu či detox nikdy nedrželo 74 % respondentů, několikrát za rok jich to vyzkouší 569, tedy 13 %, 1x za měsíc 154 respondentů – 4 %. Opačně však můžeme tvrdit, že 26 % adolescentů již někdy dietu či detox drželo. Následující tabulka 6 ukazuje detailnější výsledky týkající se těchto omezení.

Tabulka 6. Frekvence kvantitativních omezení v jídle

Frekvence chování	Vynechávání jídla kvůli váze		Hladovění		Držení diety nebo detoxu	
	N	%	N	%	N	%
nikdy	3089	71,52	3713	85,91	3185	73,74
několikrát za rok	455	10,53	329	7,62	569	13,17
1x za měsíc	172	3,98	97	2,25	154	3,57
2-3 x za měsíc	174	4,03	62	1,44	115	2,66
1x týdně	128	2,96	28	0,65	66	1,53
vícekrát týdně	154	3,56	31	0,72	83	1,92
téměř každý den	68	1,57	11	0,25	69	1,60
několikrát denně	41	0,95	14	0,32	30	0,69
neuveдено	38	0,88	34	0,79	48	1,11

Zatímco výsledky dvou výše zmíněných kategorií byly obdobné a naznačovali, že se dané chování ve výzkumném souboru moc nevyskytuje, výsledky frekvence kvalitativního omezení v jídle jsou variabilnější. Asi dvě třetiny dívek a chlapců nikdy neomezily jídelníček na pouze jeden typ jídla, 14 % omezilo tímto způsobem jídlo několikrát za rok, 5 % to vyzkouší 1x za měsíc. V případě omezení typu snížení tuků aj. jsou nejvýše zastoupeny kategorie nikdy s 29 %, několikrát za rok s 19 % a vícekrát týdně s 12 %. Výsledky tedy ukazují, že tento typ omezení někdy udělalo 71 % mladistvých. Výsledky podrobněji ukazuje tabulka 7.

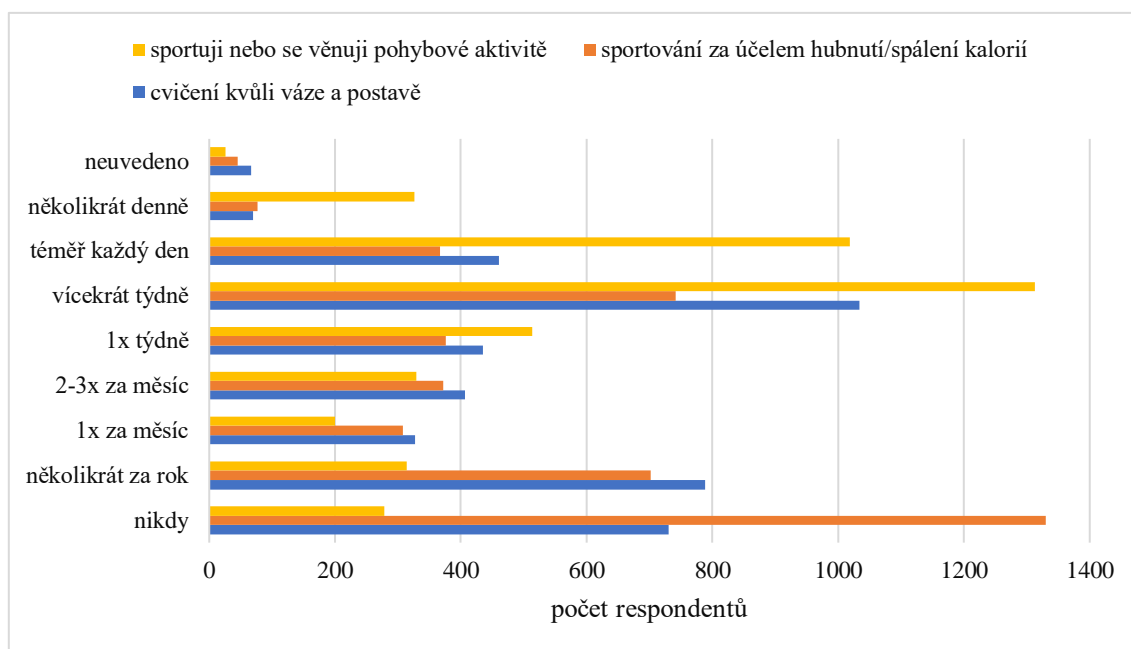
Tabulka 7. Frekvence kvalitativních omezení v jídle

Frekvence chování	Omezení v jídle typu snížení množství tuků, sladkostí aj.		Omezení počtu druhů jídla v jídelníčku např. pouze ovoce	
	N	%	N	%
nikdy	1265	29,29	2955	68,42
několikrát za rok	840	19,45	592	13,71
1x za měsíc	408	9,45	215	4,98
2-3 x za měsíc	480	11,11	177	4,10
1x týdně	295	6,83	111	2,57
vícekrát týdně	555	12,85	138	3,20
téměř každý den	296	6,85	58	1,34
několikrát denně	142	3,29	42	0,97
neuveдено	38	0,88	31	0,72

Kromě úpravy jídelních zvyklostí můžeme tělo formovat či tělesnou hmotnost ovlivňovat různými druhy pohybových aktivit. V této práci nás zajímají především aktivity, které

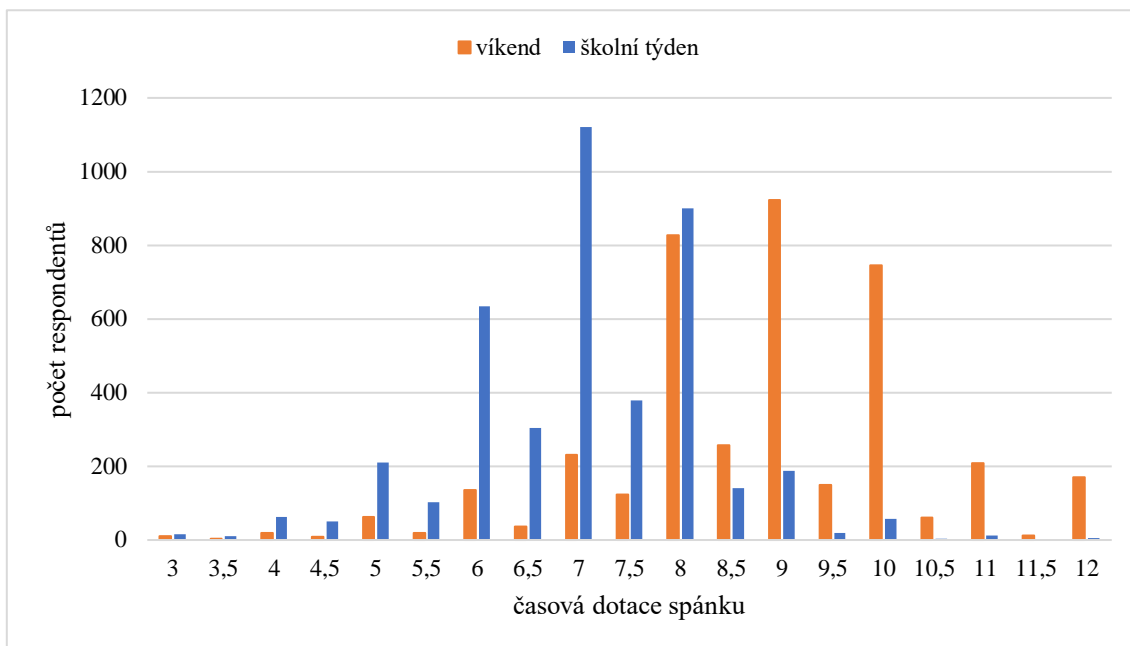
dospívající dívky a chlapci provádí právě za účelem ovlivnění hmotnosti a postavy. Výsledky otázek týkajících se pohybových aktivit za tímto účelem shrnuje graf 3. Nejvíce odpovědí v kategorii sportování za účelem hubnutí a pálení kalorií má odpověď „*nikdy*“, druhá nejčastější odpověď v této kategorii byla „*vícekrát týdně*“. Více než čtvrtina adolescentů cvičí kvůli váze a postavě vícekrát týdně, obecně se pohybovým aktivitám bez ohledu na účel věnuje skoro třetina adolescentních dívek a chlapců.

Graf 3. Frekvence pohybových aktivit za účelem ovlivnění váhy a postavy



V souvislosti s otázkami týkající se aktivity během dne, uvádíme i stručné informace o relaxaci přes noc, tedy průměrnou dobu spánku přes školní týden a o víkendu. Adolescenti spí průměrně 7 hodin, minimální doba spánku byla označena jako 3 hodiny, maximální jako 12 hodin, přičemž krajní hodnoty označovalo malé množství respondentů. Graf 4 ukazuje srovnání doby spánku přes školní týden a o víkendu u dospívajících dívek a chlapců. Co se týče doby spánku přes školní týden, chlapci i dívky spí nejčastěji 7 hodin, z obou pohlaví spí 7 hodin téměř třetina všech dotázaných. Dívky označily průměrnou dobu spánku v rozmezí 5-6 hodin v 16 %, chlapci v 9 %. Přes víkend dívky i chlapci spí nejčastěji 9 hodin, rozdíl v době spánku mezi dívkami a chlapci není přes víkend ani přes školní týden nijak výrazný. Z grafu 4 je patrná tendence zvyšování se průměrné doby spánku o víkendu.

Graf 4. Srovnání průměrné doby spánku přes školní týden a o víkend



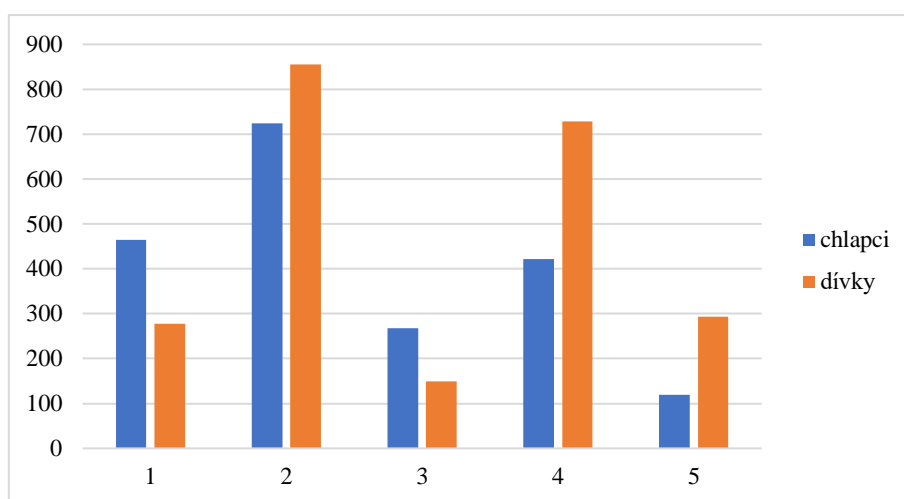
9.2. Zhodnocení platnosti hypotéz o rozdílu podle pohlaví

V této části výzkumu jsme se snažili najít odpověď na otázku, jak se již výše popsané výsledky liší v závislosti na pohlaví. Pro toto zjištění jsme si stanovili hypotézy a nyní si stručně uvedeme výsledky statistických testů. Pro ověření hypotéz o rozdílu jsme využili neparametrických testů, konkrétně Mann-Whitneyova U testu.

H1: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení spokojenosti s vlastním tělem mezi adolescentními chlapci a dívkami.

Výsledky Mann-Whitneyova U testu naznačují, že můžeme alternativní **hypotézu přijmout** a nulovou zamítnout. P-hodnota je $<0,001$ což odpovídá výsledku velmi vysoce signifikantnímu. Hodnota testové statistiky U je 1850322. Jako ukazatel míry účinku uvádíme hodnotu testové statistiky $AUC = 0,40$. Jelikož jsou výsledky neparametrických testů obtížněji interpretovatelné než výsledky testů parametrických, rozdíly v odpovědích přehledněji ukáže následující graf.

Graf 5. Hodnocení spokojenosti s vlastním tělem – rozdíl podle pohlaví



Rozdíl v odpovědích je z grafu patrný na první pohled. Respondenti měli hodnotit svoji spokojenost s vlastním tělem na pěti bodové Likertově škále, kdy 1 – jsem spokojený/ý, 2 – jsem spíše spokojený/á, 3 – nepřemýšlím o tom, 4 – jsem spíš nespokojený/á, 5 – jsem nespokojený/á.

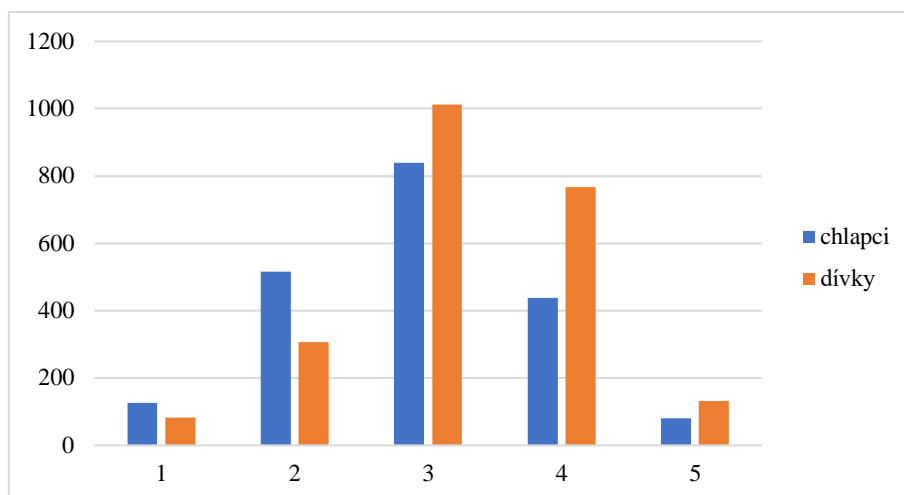
Chlapci častěji označili odpověď 1 než dívky, nejvyšší zastoupení v obou skupinách je v odpovědi 2. Zajímavé je zjištění, že nejméně často byla označena odpověď „*nepřemýšlím o tom*“. To naznačuje, že body-image je pro adolescenty obecně důležitý a přemýšlí o něm.

Dívky se výrazně častěji hodnotí jako spíše nespokojené než chlapci. Odpověď nespokojený označilo méně respondentů, častěji však dívky než chlapci.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení tloušťky vlastního těla mezi adolescentními chlapci a dívkami.

Alternativní **hypotézu přijímáme** i v tomto případě, nulovou zamítáme. Výsledky Mann-Whitneyova U testu ukázali p-hodnotu $<0,001$, testová statistika $U= 1839329$, $AUC=0,40$.

Graf 6. Subjektivní hodnocení tloušťky vlastního těla – rozdíl podle pohlaví



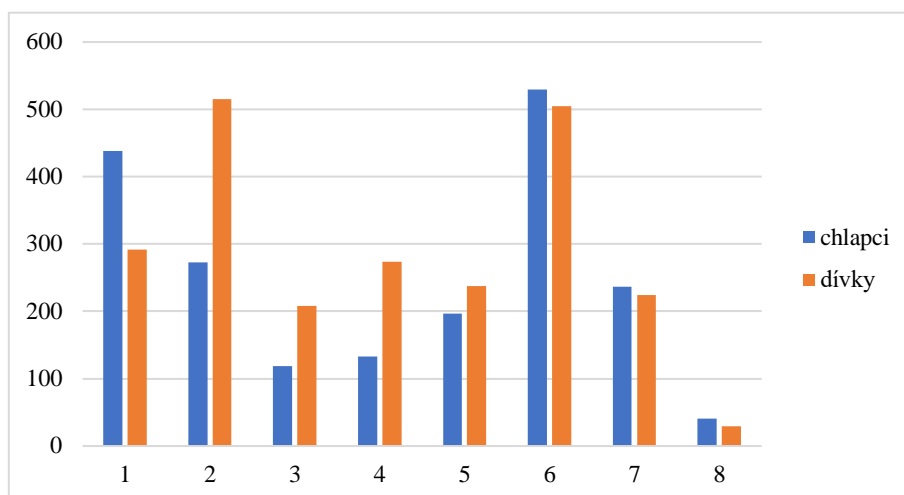
Respondenti měli subjektivně zhodnotit, jaká je jejich postava. Odpovědi mají podobu škály Likertova typu: 1- příliš hubená, 2 – trochu hubená, 3- tak akorát, 4 – trochu tlustá, 5 – příliš tlustá.

U obou pohlaví mají odpovědi tendenci pohybovat se kolem středu, krajní hodnoty jsou označovány méně často. Odpověď „*příliš tlustá*“ však označovaly častěji dívky. Obě pohlaví nejčastěji označili odpověď 3. Nejvýraznější rozdíl je mezi odpověďmi 2 a 4. U dívek je odpověď 4 druhou nejčastější odpovědí, odpovědělo tak přes 700 dívek. U chlapců jsou odpovědi 2 a 4 mnohem vyrovnanější, častěji označují odpověď 2.

H3: Existuje statisticky významný rozdíl ve frekvenci pohybových aktivit za účelem hubnutí mezi adolescentními chlapci a dívkami.

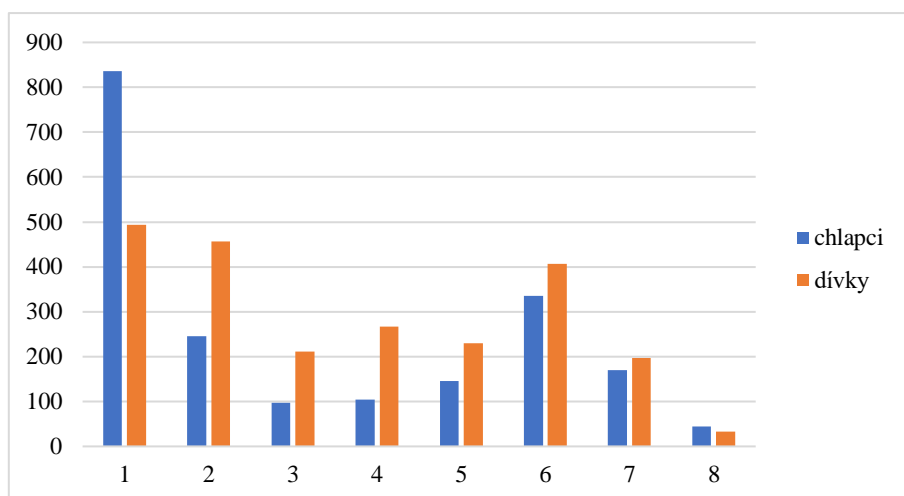
V tomto případě nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, nepodařilo se prokázat statisticky významný rozdíl, **alternativní hypotézu nepřijímáme**. P-hodnota je 0,227, $U= 1940819$, $AUC=0,49$.

Graf 7. Frekvence cvičení kvůli váze a postavě – rozdíl podle pohlaví



Respondenti vybírali na škále 1-8, jak často se u nich vyskytuje dané chování, v tomto případě cvičení kvůli váze a postavě: 1 – nikdy, 2 – několikrát za rok, 3 – 1x za měsíc, 4 – 2-3x za měsíc, 5 – 1x týdně, 6 – vícekrát týdně, 7 – téměř každý den, 8 – několikrát denně. Chlapci nejčastěji označili odpověď 6, u dívek to byla druhá nejčastější odpověď. Dívky nejčastěji označily cvičení kvůli váze několikrát za rok. Odpověď „*nikdy*“ označilo více chlapců. Výrazně nízký počet respondentů v obou skupinách označil odpověď 8. Zajímavé je srovnání s odpovědí na podobnou otázku. Dotazovali jsme se, jak často adolescenti sportují za účelem hubnutí a/ nebo spálení kalorií. V odpovědi na tuto položku se odpovědi výrazně liší. U chlapců jednoznačně převládá odpověď 1, asi 850 odpovědí. U dívek je poměr odpovědí velmi vyrovnaný, i když je i u nich 1 též nejčastěji označenou odpovědí.

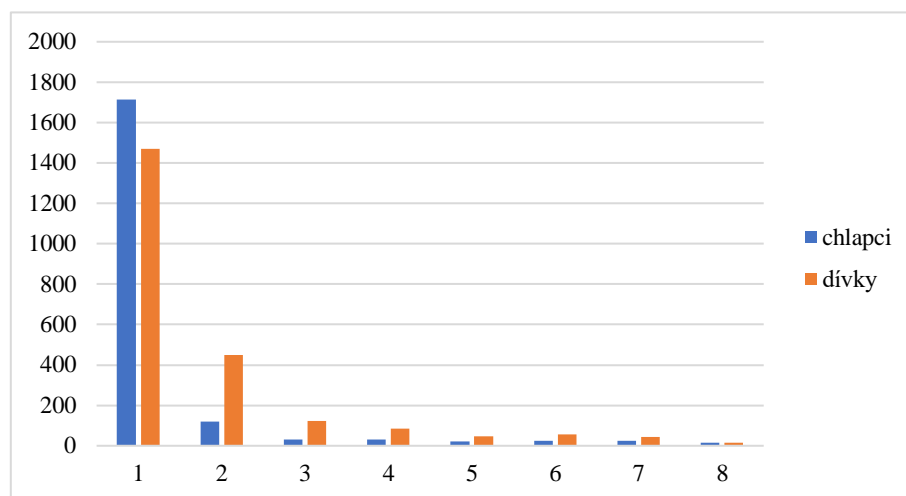
Graf 8. Frekvence sportování za účelem hubnutí – rozdíl podle pohlaví



H4: Existuje statisticky významný rozdíl ve frekvenci držení diet mezi adolescentními chlapci a dívkami.

Stejným způsobem jako u frekvence cvičení a sportování jsme se dotazovali na to, jak často dělají adolescenti omezení v jídle. Výsledky statistických testů ukazují statisticky významný rozdíl, p-hodnota je $<0,001$, $U=1780831$. Z grafu 10 vidíme, že dívky i chlapci nejčastěji označili odpověď „*nikdy*“, častější byla tato odpověď u chlapců. Dívky ale častěji zkoušely držet dietu než chlapci. Tuto **hypotézu přijímáme**.

Graf 9. Frekvence držení diet – rozdíl podle pohlaví



9.3. Deskripce výsledků Dotazníku EDE – Q8

Zkoumání výskytu poruch příjmu potravy provádíme v rámci čtyřech faktorů. Jsou to faktory *restraint*, *eating concern*, *weight concern* a *shape concern*. Všechny tyto faktory jsou rizikovými faktory pro vznik a výskyt poruch příjmu potravy. V této subkapitole kapitoly 9 se zaměříme na deskripci výsledků hrubých bodů jednotlivých faktorů dotazníku EDE - Q8.

Tabulka 8. Základní deskriptivní statistiky dotazníku EDE - Q8

Faktory	Počet odpovědí	Min	Max	SD (±)	Průměr	Mdn	Mode
<i>restraint</i>	4169	0	6	1,66	1,18	0,5	0
<i>eating concern</i>	4169	0	6	1,04	0,65	0,5	0
<i>shape concern</i>	4169	0	6	1,92	1,77	1	0
<i>weight concern</i>	4169	0	6	1,97	2,04	1,5	0
celkový průměrný skór	4169	0	6	1,41	1,41	0	6
celkový skór	4169	0	48	11,30	11,28	7	0

Náš předpoklad byl, že dívky a chlapci se v těchto faktorech liší, jelikož poruchy příjmu potravy jsou typické spíše pro dívky. Zároveň nás zajímaly i celkové výsledky sycení těchto faktorů. Pro zjištění, jak se hrubé body v jednotlivých faktorech liší v závislosti na pohlaví jsme si stanovili hypotézy:

H5: Existuje statisticky významný rozdíl v hrubých bodech faktoru *restraint* mezi adolescentními chlapci a dívkami.

H6: Existuje statisticky významný rozdíl v hrubých bodech faktoru *eating concern* mezi adolescentními chlapci a dívkami.

H7: Existuje statisticky významný rozdíl v hrubých bodech faktoru *shape concern* mezi adolescentními chlapci a dívkami.

H8: Existuje statisticky významný rozdíl v hrubých bodech faktoru *weight concern* mezi adolescentními chlapci a dívkami.

Pro ověření platnosti těchto hypotéz jsme použili Mann-Whitneyův U test. Výsledky shrnuje následující tabulka, uvádíme přijetí či nepřijetí hypotéz, testové statistiky typické pro zvolený typ testu a ukazatel míry účinku.

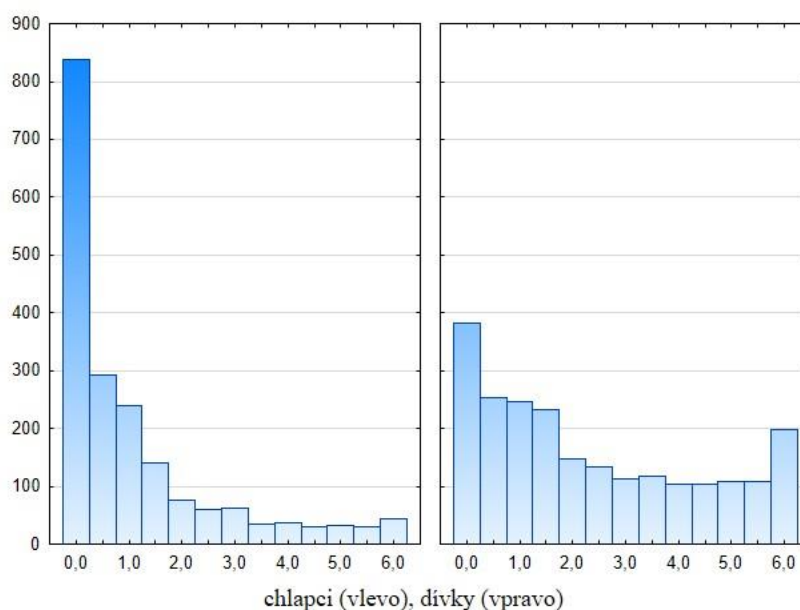
Tabulka 9. Přehled výsledků statistických testů pro jednotlivé faktory

Faktory	U	Z	P-hodnota	AUC	Hypotézy	
<i>restraint</i>	1530090	-16,2365	<0,001	0,65	H5	přijímáme
<i>eating concern</i>	1461034	-18,0192	<0,001	0,66	H6	přijímáme
<i>shape concern</i>	1283289	-22,6078	<0,001	0,70	H7	přijímáme
<i>weight concern</i>	1322939	-21,5842	<0,001	0,69	H8	přijímáme

Výsledky statistických testů se ukázaly být velmi vysoce signifikantní při ověřování všech hypotéz o rozdílu v hrubých bodech ve všech faktorech Dotazníku EDE – Q8. Toto tvrzení vyplývá jak z p-hodnot, tak z hodnot ukazatele míru účinku - testové statistiky AUC. Tento ukazatel se dá interpretovat tak, že u dívek je 65 % pravděpodobnost, že budou mít vyšší skóre v hrubých bodech faktoru *restraint* než chlapci.

Rozdíly podle pohlaví můžeme vidět lépe pomocí grafů. Pro představu přidáváme graf rozdílu podle pohlaví ve faktoru *shape concern*, hrubé body chlapců jsou zobrazeny nalevo a hrubé body dívek navpravo. Tento graf ukazuje, že více než 800 chlapců dosahuje hodnoty hrubého bodu 0, ostatní hodnoty bodů jsou u chlapců zastoupeny zřídka. U dívek sice také převažuje hodnota 0, ale množství odpovědí odpovídající tomuto bodu je téměř poloviční. Ostatní body jsou zde více vyvážené a počet odpovědí je srovnatelný s počtem odpovědí u hrubého bodu 0.

Graf 10. Histogram rozdílu hrubých bodů ve faktoru *Shape concern*



Rozdíly můžeme vidět i u ostatních tří faktorů. Chlapci výrazně častěji dosahují hrubých bodů 0 než dívky, ostatní body jsou u chlapců zastoupeny méně často. Nejvyšších hodnot hrubých bodů dosahují obě skupiny ve faktoru *weight concern*, kdy u dívek jsou hrubé body rozloženy v odpovědích vyrovnaně, dokonce více dívek dosahuje bodu 6 než bodu 1. Nejnižších hodnot bodů dosahují chlapci ve faktoru *eating concern*. Podrobněji rozdíly v těchto faktorech popisuje tabulka 10, kde je uvedeno procentuální zastoupení hrubých bodů. Dívky častěji dosahovaly bodů 1-6, chlapci nejčastěji 0.

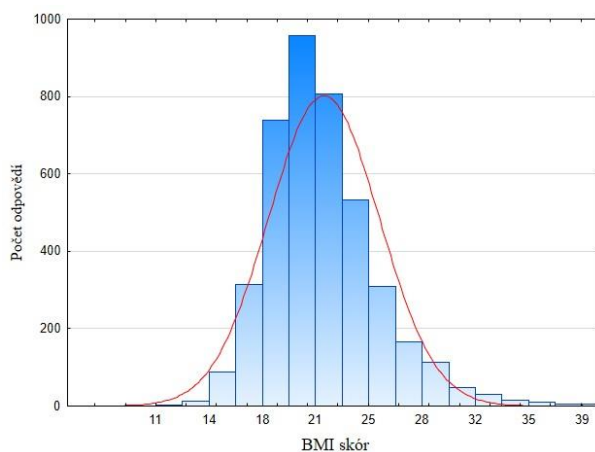
Tabulka 10. Rozdíly v hrubých bodech jednotlivých faktorů podle pohlaví

Faktory	Hrubé body 0 (%)		Hrubé body 1-6 (%)	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky
<i>restrain</i>	74	46	26	54
<i>shape concern</i>	62	29	38	71
<i>eating concern</i>	87	63	13	37
<i>weight concern</i>	53	23	47	77

9.4. Deskripce výsledků BMI

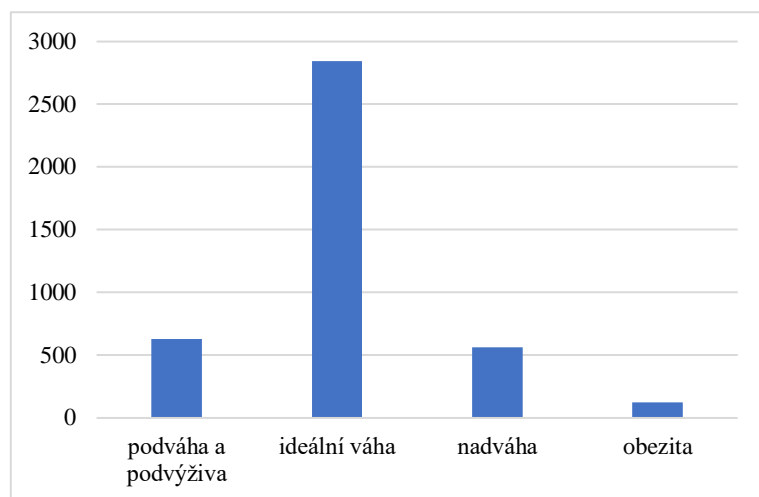
Součástí Dotazníku stravování a pohybové aktivity byla otázka týkající se tělesných údajů. Dívky a chlapci měli za úkol napsat svoji výšku, váhu a taky to, kolik by chtěli vážit. Na základě těchto údajů jsme měli možnost určit hodnoty BMI respondentů a také spočítat rozdíly mezi vysněnou a současnou váhou. V této části uvedeme zastoupení v jednotlivých kategoriích BMI a zjistíme rozdíly mezi tím, kolik adolescenti váží a kolik by chtěli vážit. Náhodná veličina BMI má normální rozdělení. Graf 11 zobrazuje histogram BMI skóre českých adolescentních chlapců a dívek.

Graf 11. Histogram BMI skóre českých adolescentů



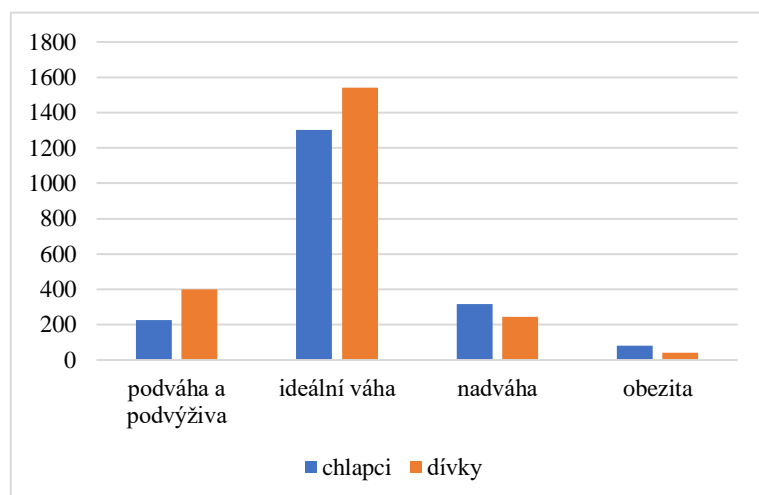
Z výsledků vyplývá, že 66 % dotazovaných patří do kategorie ideální váhy, nadváhou podle těchto údajů trpí 14 % a podváhou či podvýživou 15 %. Obezita se vyskytuje v necelých 3 % případech.

Graf 12. Rozdělení adolescentů do kategorií podle BMI



Zastoupení v těchto kategoriích se drobně liší i podle pohlaví. Dívky častěji označují svoji váhu jako ideální než chlapci, a častěji spadají do kategorie podváhy či podvýživy. Stejně tak i nadváha a obezita se podle uvedených údajů vyskytuje častěji u chlapců. Jelikož se však nejedná o objektivně naměřené hodnoty, zvažujeme i vliv možných záměrných i nezáměrných zkreslení.

Graf 13. Rozdělení adolescentů do kategorií BMI podle pohlaví



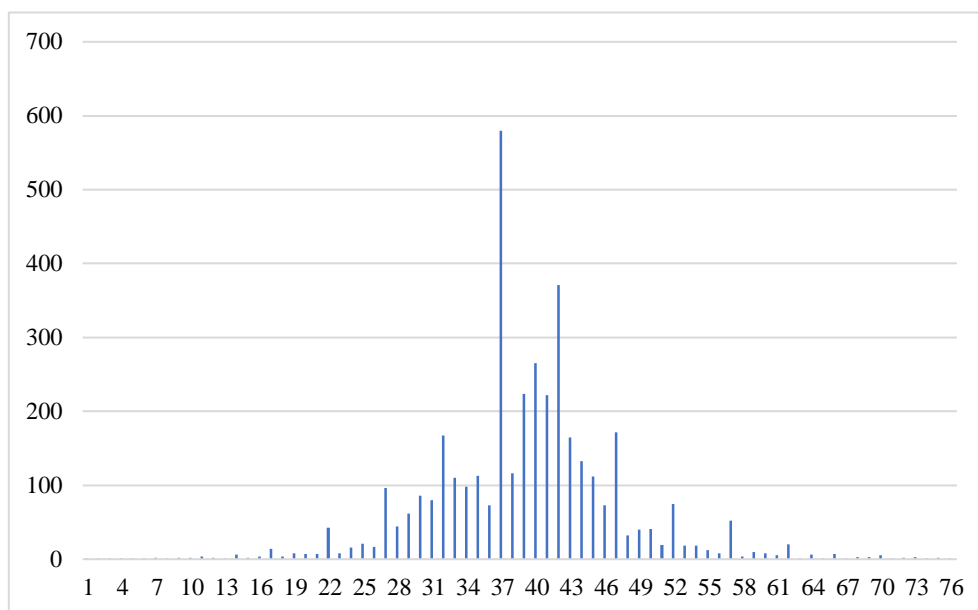
V závislosti na předchozích zjištěních, ze kterých vyplývá, že jsou adolescenti povětšinou spokojeni se svojí postavou, jsou výsledky o rozdílech mezi vysněnou a skutečnou váhou

poněkud překvapivé. Přes polovinu respondentů chce shodit a čtvrtina si přeje přibrat. V 15 % případů se vysněná a současná váha neliší. Touha shodit či naopak přibrat se liší i podle pohlaví, skoro polovina chlapců chce přibrat, více než třetina chce zhubnout. U dívek jednoznačně dominuje touha zhubnout, téměř u 75 % všech dívek. Graf 14 ukazuje rozdíly mezi vysněnou a skutečnou hmotností dospívajících dívek a chlapců v kilogramech.

Tabulka 11. Přání dospívajících dívek a chlapců v kontextu jejich body-image

Přání dospívajících v kontextu jejich body-image	Chlapci	Dívky	N
chce přibrat	851	255	1106
chce shodit	688	1564	2252
chce zůstat stejně	275	305	580
Celkem odpovědí	1814	2124	3938

Graf 14. Rozdíly mezi vysněnou a skutečnou hmotností adolescentů



10. DISKUZE

V této práci jsme se zabývali tématem body-image u českých adolescentů. Pro období adolescence je typické zaměření se na tělesný vzhled (Fialová, 2001). V našem výzkumu jsme se pokusili popsat jednotlivé fenomény související s tělesným vzhledem u české adolescentní populace a porovnat, jak se tyto fenomény liší podle pohlaví.

Z výsledků hodnocení spokojenosti s vlastním tělem vyplývá, že přes polovinu všech adolescentů je s tělem převážně spokojených, 36 % je spíše nespokojených. K podobným závěrům se přiklání ve svém výzkumu Clifford (1971), který zjistil, že úroveň spokojenosti s vlastním tělem je u obou pohlaví poměrně vysoká. Studie Fialové a Krcha (2012) zjistila, že nespokojenost s vlastním tělem je u dospívajících dívek a chlapců až 45 %, což je v porovnání s našimi výsledky o něco více. V našem výzkumu se dívky častěji hodnotí jako nespokojené oproti chlapcům. Poměr spokojených a nespokojených dívek je ale velmi vyrovnaný. Podobné závěry vyplývají i z jiných výzkumů zaměřených na tuto problematiku (Grogan, 2000; Fialová, 2001; Secord & Jouracd, 1953). Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že nad vzhledem vlastního těla nepřemýšlí jen 10 % dospívajících, z čehož usuzujeme, že body-image je pro mladistvé důležité téma. Tyto závěry korespondují se zjištěním Fialové (2001), která uvádí, že dívky už od 7 let věku zajímá vzhled jejich těla a chtějí mít dokonalou postavu.

Ve výzkumu jsme se dotazovali respondentů na hodnocení tloušťky vlastního těla. Téměř 43 % adolescentů hodnotí svoji postavu jako „*tak akorát*“, 28 % ji hodnotí jako trochu tlustou a 19 % jako trochu hubenou. Dívky i chlapci nejčastěji odpovídali, že je jejich postava akorát, u dívek je druhá nejčastější odpověď trochu tlustá. Odpověď tlustá taktéž označili častěji dívky než chlapci. Na otázku, zda v současnosti drží dietu nebo se snaží nějakým způsobem shodit váhu, více než čtvrtina adolescentů odpověděla, že se zhubnout nesnaží, protože jejich váha je v pořádku. Podobné zastoupení měla i odpověď, že sice nadržuje žádnou dietu, ale potřebovali by něco shodit. Necelá čtvrtina respondentů uvedla, že drží dietu, protože chtějí nabrat svalovou hmotu, 10 % drží dietu, protože chce zhubnout a 12 % mladistvých chce naopak spíše přibrat. Přestože diety či detoxy drží častěji dívky než chlapci, většina dívek uvedla, že nikdy nadržovala dietu ani detox.

V kontrastu s těmito zjištěními stavíme informace o tělesných údajích, kdy měli adolescenti uvést svoji skutečnou váhu a svoji vysněnou váhu. Z těchto informací vyplývá, že více než polovina respondentů chce shodit a čtvrtina si přeje přibrat. Jen v 15 % případů se vysněná a současná váha neliší. Z chlapců chce téměř polovina přibrat a více než třetina zhubnout. U

dívek jednoznačně dominuje touha zhubnout, téměř u 75 % všech dívek. Výše uvedené informace můžeme shrnout tak, že vysoké procento dívek si sice přeje zhubnout, diety či detoxy ale drží jen malé procento dívek. Naše zjištění srovnáme s výzkumem dospívajících dívek (Schur, Sander, and Steiner, 2000), který ukázal, že 52 % si nepřeje žádnou změnu v souvislosti s tělem, 7 % by rádo přibralo a 42 % by chtělo být štíhlejší. Oproti tomuto výzkumu je procento dívek v našem výzkumném souboru, které by rády zhubly, výrazně vyšší.

Získané informace o tělesných údajích nám umožnili rozdělit české adolescenty do kategorií podle jejich hodnot BMI. Za normální zdravou váhu bývá považována BMI hodnota od 18,5 do zhruba 25 (Kunešová, 2016). Pozitivním zjištěním je, že 66 % dotazovaných patří do kategorie ideální váhy. Nadváhou podle těchto údajů trpí 14 % a podváhou či podvýživou 15 %. Obezita se vyskytuje v necelých 3 % případech. Dívky o něco častěji spadají do kategorie ideální váhy než chlapci a také častěji spadají do kategorie podváhy či podvýživy. Nadváha a obezita se podle uvedených údajů vyskytuje častěji u chlapců, nadváha u 16 % a obezita u 4 %. Dívek, které trpí nadváhou, je ve výzkumném souboru 11 % a těch, které trpí obezitou jen 2 %. Tyto zjištění mohla ovlivnit skutečnost, že dívky jsou obecně méně spokojené se svojí váhou a mohou mít vyšší tendenci si ubírat kila než chlapci. Na druhou stranu, celková prevalence nadváhy i obezity je v ČR taktéž vyšší u chlapců než u dívek.

Hodnoty uvedené v předchozím odstavci porovnáme s prevalencí nadváhy a obezity v ČR. Podle World Obesity Federation (2019) se u českých dětí a dospívajících ve věku 10-17 let vyskytuje nadváha nebo obezita u 21 % z nich, a to u 15 % dívek a 26 % chlapců. Obezitou trpí 6 % dívek a 8 % chlapců. V našem výzkumném souboru nadváhou nebo obezitou trpí 17 % mladistvých, což je nižší prevalence než u celkové prevalence v ČR. Do kategorie obezity spadají 2 % dívek a 4 % chlapců. Jedná se rovněž o hodnotu nižší, než je hodnota celkové prevalence.

V souvislosti s tím, že se nejedná o objektivně naměřené hodnoty BMI můžeme polemizovat o možném vlivu různých záměrných i nezáměrných zkreslení. Někteří účastníci nemuseli znát přesné údaje o svojí výšce nebo váze a uvedli pouze hrubý odhad. Jelikož se jedná o poměrně citlivé téma, někteří jedinci mohli mít problém uvést hodnoty svých tělesných údajů a mohli si je záměrně poupravit.

Nedílnou součástí této práce je problematika výskytu poruch příjmu potravy. Naprostá většina, konkrétně 81 % dospívajících chlapců a dívek, uvedla, že netrpí žádnou z poruch příjmu potravy a že jejich vztah k jídlu je v pořádku. Část dotazovaných asi 13 %, z toho 10

% dívek a 3 % chlapců, označilo odpověď, že sice poruchou příjmu potravy netrpí, ale jejich vztah k jídlu není v pořádku. Jako osoby trpící poruchami příjmu potravy se označilo 3 % mladistvých. Prevalence mentální anorexie u mladých dívek bývá uváděna celosvětově 0,3-1 % (Papežová, 2018), v našem výzkumném souboru je celková prevalence mentální anorexie u obou pohlaví 0,2 %. Celosvětová prevalence mentální bulimie je udávána kolem 1-3 % (Papežová, 2018), my jsme zaznamenali její výskyt u 0,1 % z dotazovaných dívek a chlapců.

Pro detailnější povědomí o faktorech souvisejících s poruchami příjmu potravy (*restraint, shape concern, weight concern a eating concern*) jsme adolescentům předložili Dotazník EDE – Q8. Výsledky statistických testů se ukázaly být velmi vysoce signifikantní při ověřování všech hypotéz o rozdílu podle pohlaví v hrubých bodech ve všech faktorech. Obecně se dospívající nejvíce zabývají svojí váhou, dívky o něco více než chlapci. Dívky se více zabývají tvarem vlastního těla než chlapci a taky se častěji omezují kvůli vzhledu těla. Obavy z jídla se u chlapců objevují velmi zřídka. Výsledky můžeme vztáhnout k výzkumu Hoffmana (2018), který administroval podobnou verzi Dotazníku EDE. Jeho výsledky ukazují, že 14 % mužů a 32 % žen vykazovalo určité stupně obav o body-image, přičemž ženy chtějí být více hubené. V našem výzkumu vykazuje určité stupně obav (průměrně ve všech faktorech) o body-image 31 % chlapců a 60 % dívek. Nutno však upřesnit, že jsme do těchto zastoupení zahrnuli všechny adolescenty, kteří měli hodnoty hrubých bodů vyšší než 1. Většina z nich se však pohybovala u nižších hodnotu bodů, vysoké stupně obav vykazovalo velmi malé procento z nich.

V souvislosti s problematikou poruch příjmu potravy jsme se dotazovali na frekvenci rizikových aktivit ovlivňujících vzhled postavy a tělesnou hmotnost. Jednoznačně pozitivním zjištěním jsou výsledky frekvence rizikového jídelního chování - 94 % z dotazovaných nikdy záměrně nezvracelo kvůli strachu z tloušťky, 96 % nikdy neužilo prášky na hubnutí nebo snižující chuť k jídlu a 98 % nikdy neužilo projímadlo jako prostředek kontroly váhy. V kvantitativním omezování se v jídle výsledky rovněž ukazují, že většina dospívajících nikdy taková omezení neudělala, 72 % z nich nikdy nevynechávali jídlo kvůli váze. Někdy takové omezení ve svém životě udělalo 28 %. Nikdy nehladovělo déle než 24 hodin 86 % dospívajících, 14 % to už někdy vyzkoušelo. Dietu či detox nikdy nedrželo 73 % respondentů a 68 % nikdy neomezilo jídelníček na pouze jeden typ jídla. Z výsledků vyplývá, že čeští adolescenti převážně nevyužívají drastičtějších prostředků kontroly váhy, některá dietní omezení však již vyzkoušela alespoň čtvrtina z nich.

Výsledky srovnáme s českou studií Krcha (2003), která zjistila, že ze 725 dotazovaných dívek mělo 11 % zkušenost se zvracením z dietních důvodů a 60 % si přálo zhubnout. V našem výzkumném souboru mělo zkušenost se záměrným zvracením vyvolaným ze strachu z tloušťky pouze 6 % všech mladistvých. Zhubnout si však, jak jsme již uvedli výše, přeje přes polovina z nich. Tento údaj se tedy s výzkumem Krcha (2003) shoduje.

Kromě dietních omezení do rizikového chování v kontextu body-image řadíme i nadměrné cvičení za účelem zhubnutí či zatraktivnění postavy. Co se týče sportovních aktivit, věnuje se jim alespoň 1x týdně skoro 75 % dospívajících dívek a chlapců. Tento údaj se jeví jako velmi pozitivní ve porovnání s tvrzením Pastuchy (2011), že 81 % dospívajících nedělá dostatečnou fyzickou aktivitu a 16 % dětí a dospívajících vůbec nesportuje. V našem výzkumném souboru nikdy nesportuje pouze 6 % ze všech dotazovaných. Kvůli váze a postavě cvičí více než čtvrtina adolescentů vícekrát týdně. Za účelem hubnutí a pálení kalorií sportuje 17 %, u této kategorie však převládá množství těch, co za tímto účelem nikdy nesportují. Zjištění o sportovních aktivitách mladistvých můžeme porovnat s výzkumem Fialové (2001), která zjistila, že 46 % adolescentů uvedlo jako důvod jejich sportovní aktivity zatraktivnění postavy či zevnějšku. Z našich dat vyplývají podobné výsledky, dalo by se však oponovat tím, že jsme se v dotazníku adolescentů netázali přímo na konkrétní účely jejich sportovních aktivit.

Závěrem diskusní části se zaměříme na uplatnění dosažených výsledků. Výsledky výzkumného šetření přináší aktuální informace týkající se široké problematiky body-image v adolescentním věku. Stejně tak jako obdobné výzkumy věnující se této problematice (Fialová, 2001 aj.), i náš výzkum potvrdil, že tělesný vzhled hraje v životě adolescentních dívek a chlapců důležitou roli a ovlivňuje jejich sebepojetí. Tělesný vzhled je důležitější pro dívky než pro chlapce, žádoucí je podle nich štíhlost. Pochopení, že je tělesný vzhled pro adolescentní dívky důležité téma, může pomoci především v oblasti primární prevence výskytu poruch příjmu potravy a v šíření osvěty o této problematice.

11. ZÁVĚRY

Ve výzkumném projektu jsme si kladli za cíl popsat vztah českých adolescentů k vlastnímu tělu, zjistit jejich body image a identifikovat souvislosti mezi jednotlivými složkami body-image a kompenzačním chováním, případně poruchami příjmu potravy. Dále jsme hledali odpovědi na otázky, jestli jsou dospívající dívky a chlapci spokojeni se svojí postavou, jestli si připadají obézní a také kolik z nich si přeje zhubnout. Zajímaly nás rovněž rozdíly v těchto zjištěních v závislosti na pohlaví. Na základě poskytnutých tělesných údajů jsme měli možnost zjistit BMI dívek a chlapců a na základě toho zjistit procentuální zastoupení jednotlivých kategorií BMI ve výzkumné adolescentní populaci.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že přes polovinu českých adolescentů je spíše spokojených se svojí postavou. Dívky jsou méně spokojené než chlapci. Dívky se také častěji hodnotí jako spíše tlusté, dokonce 75 % dívek si přeje zhubnout. Celkově obě pohlaví nejčastěji svoji postavu hodnotí jako „*tak akorát*“. Pomocí testování statistických hypotéz jsme dokázali statisticky významné rozdíly v těchto fenoménech u dívek a chlapců.

Téměř 66 % českých adolescentům můžeme dle získaných tělesných údajů zařadit do kategorie ideální váhy. Nadváhou trpí 14 % dotázaných a obezita se vyskytuje v necelých 3 % případů. Podváhou či podvýživa se vyskytuje ve výzkumném souboru v 15 % a poruchami příjmu potravy trpí 3 % dotázaných. Rizikové jídelní chování se v našem souboru vyskytuje spíše ojediněle. Nejméně často se u českých adolescentů vyskytují aktivity jako je záměrně vyvolané zvracení či užití prášků či projímadel. Nejčastěji mladiství zkusí kvalitativní omezení v jídle nebo vyzkouší držet dietu či detox. Většina dospívajících dívek a chlapců se pravidelně více než 1x týdně věnuje pohybovým aktivitám, za účelem hubnutí sportuje 17 % z nich.

Výsledky statistických testů odhalili statisticky významné rozdíly v hrubých bodech ve faktorech dotazníku EDE – Q8, který se zaměřuje na vyšetření poruch příjmu potravy. Dospívající dívky a chlapci se nejvíce zabývají svojí váhou, dívky dosahují vyšších hrubých bodů než chlapci ve všech faktorech tohoto dotazníku. Dívky se více zabývají tvarem vlastního těla a častěji se omezují kvůli vzhledu těla. Obavy z jídla se u chlapců objevují velmi zřídka. Z výše uvedeného plyne závěr, že body-image je nedílnou součástí života českých adolescentů, především dívek.

SOUHRN

Výzkumný problém se týká stravování u českých adolescentů. V teoretické části jsme uvedli informace týkající body-image v adolescenci a vybraných fenoménů s ní spojených. Pro období adolescence jsou charakteristické především prudké fyzické změny, které se liší v závislosti na pohlaví (Langmeier & Krejčířová, 2006). Právě v období adolescence, kdy se tělo mění více než dříve a utváří se identita, je pro dospívající dívky a chlapce velice důležitý tělesný vzhled (body-image) a spokojenost v této oblasti. Tělesné sebepojetí totiž ovlivňuje i vývoj celkového sebepojetí (Fialová, 2001).

Pro posouzení tělesného vzhledu existují ukazatele jako například BMI, které nám umožňují odlišit zdravotně ideální váhu od podváhy či podvýživy, a naopak od nadváhy a obezity. Normální rozmezí BMI se pohybuje mezi hodnotami 18,5 a 25. Nadváha a obezita jsou charakterizovány nadměrným množstvím tuku v těle a přímo souvisí s kardiovaskulárními onemocněními a jinými zdravotními komplikacemi (Hainer, 2011). Vznik a rozvoj obezity je podmíněn celou řadou faktorů, například faktory genetickými či dlouhodobou pozitivní energetickou bilancí (Kunešová, 2016). Prevalence obezity stoupá, v České republice trpí obezitou 27 % obyvatel (25 % žen a 29 % mužů) a nadváhou 40-50 % populace středního věku. U českých dětí a dospívajících ve věku 10-17 let se vyskytuje nadváha nebo obezita u 15 % dívek a 26 % chlapců (WOF, 2019).

Opačným extrémem v oblasti tělesného vzhledu je podváha či podvýživa, která může být spojena s poruchami příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy jsou psychosomatická onemocnění, jejichž společnými znaky jsou strach z tloušťky, nadměrné zabývání se jídlem a manipulace s jídlem, zkreslené vnímání těla a omezování se ve stravování s cílem snížit tělesnou hmotnost (Krch, 2005). Nezdravé stravovací návyky typické pro osoby trpící těmito poruchami řadíme do tzv. *rizikového chování*. Mezi poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii, mentální bulimii, psychogenní přejídání a řadu dalších. V období dospívání jde o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění (Papežová, 2010).

Tělesný vzhled můžeme ovlivnit správnou životosprávou, čímž bývá míněné především zdravé stravování a pravidelná pohybová aktivita. Správná výživa je velmi důležitá v období adolescence, jelikož probíhá růst a vývoj těla. Strava obsahuje tzv. *makroživiny* (bílkoviny, sacharidy a tuky) a *mikroživiny* (vitamíny a minerály). V období vývoje je důležité dbát na správnou skladbu základních živin a na dostatek vitamínů obsažených ve stravě adolescentů. Riziko mohou představovat různé soudobé stravovací trendy a dietní režimy. Důležitou roli při utváření stravovacích návyků a vztahu k pohybovým aktivitám hraje rodina (Golan,

2006). Pravidelná fyzická aktivita pomáhá předcházet některým onemocněním a udržovat zdravou tělesnou hmotnost, u dětí a dospívajících navíc zlepšuje fyzickou zdatnost, zdraví kostí a kognitivní výsledky (WHO, 2020 a).

Kromě vlivu rodiny a hodnocení vrstevníků mají na body-image vliv i jiné faktory, jedním z nich je vliv médií a sociálních sítí. Výzkumy související s touto problematikou potvrzují negativní dopady vlivu médií na obraz těla, především u dospívajících dívek (Levine & Chapman, 2011; Simmons, 2016; Turner & Lefevre, 2017).

Ve výzkumné části jsme formulovali výzkumný problém, stanovili si výzkumné otázky a cíle práce. Hlavním cílem této práce je popis body-image u českých adolescentů a ostatních fenoménů s ním spojených. Pro zpracování tohoto tématu jsme zvolili kvantitativní výzkum, konkrétně dotazníkové šetření. Respondenti vyplňovali testovou baterii, pro tuto práci jsme použili výsledky Dotazníku stravování a pohybové aktivity a Dotazník EDE - Q8 (Pipová, Dolejš, 2019). Náš výzkumný soubor tvoří adolescenti ve věku 11-19 let z celé České republiky. Výzkumu se zúčastnilo 4318 českých adolescentů, z toho 2311 dívek a 2007 chlapců, přičemž účastníci byli do výzkumu vybráni metodou náhodného stratifikovaného výběru. Etické zabezpečení výzkumu bylo ošetřeno pomocí Informovaného souhlasu. Data jsme zpracovávali pomocí programu Microsoft Excel a Statistica 13.

Z výsledků vyplývá, že přes 50 % českých adolescentů je spíše spokojených se svojí postavou, dívky jsou méně spokojené než chlapci. Chlapci i dívky nejčastěji svoji postavu hodnotí jako „*tak akorát*“. Pomocí testování statistických hypotéz pomocí Mann-Whitneyova U testu jsme našli statisticky významné rozdíly podle pohlaví v hodnocení spokojenosti s vlastním tělem a v hodnocení tloušťky těla. Dívky se častěji hodnotí jako spíše tlusté, dokonce 75 % dívek si přeje zhubnout.

Podle získaných tělesných údajů můžeme 66 % českých adolescentům zařadit do kategorie ideální váhy. Nadváhou trpí 14 % dotázaných a obezita se vyskytuje v necelých 3 % případech. Podváha či podvýživa se vyskytuje ve výzkumném souboru v 15 % a poruchami příjmu potravy trpí 3 % dotázaných. Výsledky statistických testů (U test) odhalili statisticky významné rozdíly v hrubých bodech ve faktorech dotazníku EDE – Q8. Dospívající dívky a chlapci se nejvíce zabývají svojí váhou, dívky dosahují vyšších hrubých bodů než chlapci ve všech faktorech v tomto dotazníku. Rizikové jídelní chování se v našem souboru vyskytuje spíše ojediněle, nejméně často se zde vyskytují aktivity jako je záměrně vyvolané zvracení aj., nejčastěji mladiství zkouší kvalitativní omezení v jídle. Pravidelným

sportovním aktivitám se dle výsledků věnují tři čtvrtiny dospívajících dívek a chlapců, přičemž za účelem hubnutí sportuje 17 % z nich.

SEZNAM LITERATURY

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Blatný, M., & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu* (Vyd. 1). Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Calcagno, M., Kahleova, H., Alwarith, J., Burgess, N. N., Flores, A. R., Busta, M. L., et al. (2019). The Thermic Effect of Food: A Review. *Journal of the American College of Nutrition*, 1–5. doi:10.1080/07315724.2018.1552544
- Caro, I. (2011). *Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii*. XYZ.
- Carr, D., & Friedman, M. A. (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244–259. doi:10.1177/002214650504600303
- Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívání* (Vyd. 1). Portál.
- Case, M. A., Burwick, H. A., Volpp, K. G., Patel, M. S. (2015). Accuracy of Smartphone Applications and Wearable Devices for Tracking Physical Activity Data. *JAMA*, 313(6), 625–. doi:10.1001/jama.2014.17841
- Clifford, E. (1971). Body Satisfaction in Adolescence. *Perceptual and Motor Skills*, 33(1), 119–125. doi:10.2466/pms.1971.33.1.119
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. C. Scribner's Sons.
- Crook, M. (1995). *V zajetí image těla: jak chápat a odmítat mýty o tělesném image* (1. vyd). OLDAG.
- Das, J. K., Salam, R. A., Thornburg, K. L., Prentice, A. M., Campisi, S., Lassi, Z. S., et al. (2017). Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1393(1), 21–33. doi:10.1111/nyas.13330

- Davies, E., & Furnham, A. (1986). Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*, 59(3), 279–287. doi:10.1111/j.2044-8341.1986.tb02694.x
- Davis C., Bryan J., Hodgson J., Murphy K. (2015) Definition of the Mediterranean Diet; a Literature Review. *Nutrients*. 7(11), 9139-53. doi: 10.3390/nu7115459.
- Dion, K., Berscheid, E., & Walster, E. (1972). What is beautiful is good. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(3), 285–290.
- Doleček, R., Středa, L., & Cajthamlová, K. (2013). *Nebezpečný svět kalorií: z pohledu tří lékařů* (Vyd. 1). Ikar.
- Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování* (Vyd. 1). Univerzita Palackého. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/ff.17.24452524>
- Dong, T. A., Sandesara, P. B., Dhindsa D. S., Mehta A., Arneson L. C., Dollar A. L., et al. (2020). Intermittent Fasting: A Heart Healthy Dietary Pattern? *The American Journal of Medicine*. 133(8):901-907. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.03.030.
- Erikson, E. (2002). *Dětství a společnost* (Vyd. 1). Argo.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370. doi:10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#
- Fallon, A. E. & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape., *Journal of Abnormal Psychology* 94(1), 102–105. doi:10.1037/0021-843x.94.1.102
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka* (Vyd. 1). Karolinum.
- Fialová, L., & Krch, F. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled* (Vyd. 1). Karolinum.

- Finne, E., Schlattmann, M. & Kolip, P. (2020). Gender role orientation and body satisfaction during adolescence. *Journal of Health Monitoring*, 5(3), 88-102. doi:10.25646/6901.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení* (2., rozš. a aktualiz. vyd). Grada.
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe* (Vyd. 1). Karolinum.
- Gailey, J. A. (2012). Fat Shame to Fat Pride: Fat Women's Sexual and Dating Experiences. *Fat Studies*, 1(1), 114–127. doi:10.1080/21604851.2012.631113
- Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity – from research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(2), 66–76. doi:10.1080/17477160600644272
- Grogan, S. (2000). *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem* (Vyd. 1). Grada.
- Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada.
- Hartman-Munick, Sydney M., Gordon, A. R.; Guss, Carly (2020). Adolescent body image: influencing factors and the clinician's role. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 455–460. doi:10.1097/MOP.0000000000000910
- Harvey, K. L., Holcomb, L. E., Kolwicz, S.C. (2019). Ketogenic Diets and Exercise Performance. *Nutrients*. 11 (10), 2296. doi: 10.3390/nu11102296.
- Havighurst, R. (1953). *Human Development and Education* (1 ed.). Longman, Greens.
- Hendl, J., & Dobrý, L. (2011). *Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace* (Vyd. 1). Karolinum.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Portál.

- Higgins, E. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
- Hoffmann, S. & Warschburger, P. (2018). Patterns of body image concerns in adolescence and early adulthood: A latent profile analysis. *Eating Behaviors*, 29, 28–34. doi:10.1016/j.eatbeh.2018.02.002
- Hogue, J. V. & Mills, J. S. (2019). The effects of active social media engagement with peers on body image in young women. *Body Image*, 28, 1–5. doi:10.1016/j.bodyim.2018.11.002
- Hort, V. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie* (Vyd. 2). Portál.
- Hřivnová, M. (2014). *Základní aspekty výživy* (1. vyd). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kasper, H. (2015). *Výživa v medicíně a dietetika* (1. české vyd). Grada.
- Key, T. J., Appleby, P. N., & Rosell, M. S. (2006). Health effects of vegetarian and vegan diets. *Proceedings of the Nutrition Society*, 65(01), 35–41. doi:10.1079/pns2005481
- Kišoň, Š., Hainer V., Kunešová M. et al. (2000).: *Obezita: etiopatogeneze, diagnostika a terapie. Lékárník: odborně-informační měsíčník*, 5(2), 12-13.
- Kliem, S., Möhle, T., Zenger, M., Strauß, B., Brähler, E., Hilbert, A. (2016). The eating disorder examination-questionnaire 8: A brief measure of eating disorder psychopathology (EDE-Q8). *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 613–616. doi:10.1002/eat.22487
- Kohoutek, R. (2006). *Pedagogická psychologie*. Institut mezioborových studií Brno.
- Kratt, P., Reynolds. K., & Shewchuk, R. (2000). The role of availability as a moderator of family fruit and vegetable consumption. *Health, Education & Behavior*, 27(4), 471-482. <https://doi.org/10.1177/109019810002700409>

- Krch, F. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2., aktualiz. a dopl. vyd). Grada.
- Krch, F., Csémy, L. & Drábková, H. (2003) Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů. (Školní studie). *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS*. 99(8), 415-422. ISSN 1212-0383.
- Kunešová, M. (2016). *Základy obezitologie* (První vydání). Galén.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualiz. vyd). Grada.
- Latner, J., O'Brien, K., Durso, L., et al. (2008). Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *International Journal of Obesity* 32, 1145–1152 <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.53>
- Levine J. A. (2002). Non-exercise activity thermogenesis (NEAT)., *Best Practice & Reserach Clinical Endocrinology and Metabolism*. 16(4), 679–702. doi:10.1053/beem.2002.0227.
- Levine, M. P., & Chapman, K. (2011). *Media Influences on Body Image*. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: a handbook of science, practice, and prevention* (101-109). New York: Guilford Press.
- Link, L. B., & Jacobson, J. S. (2008). Factors affecting adherence to a raw vegan diet. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14(1), 53–59. doi:10.1016/j.ctcp.2006.12.005
- Lisá, L., Drozdová, V., & Kňourková, M. (1990). *Obezita v dětském věku* (1. vyd). Avicenum.
- Macek, P. (2003). *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících* (Vyd. 1). Portál.
- Malá, H., & Klementa, J. (1980). *Antropogeneze druhu Homo sapiens a variabilita současného lidstva* (1. vyd). Státní pedagogické nakladatelství.

- Manore & Melinda M. (2005). Exercise and the Institute of Medicine Recommendations for Nutrition. *Current Sports Medicine Reports*, 4(4), 193-198. doi:10.1097/01.csmr.0000306206.72186.00
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Mead, G. (1934). *Mind, Self, and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. University of Chicago, Press: Chicago.
- Měkota, K., & Cuberek, R. (2007). *Pohybové dovednosti - činnosti - výkony* (1. vyd). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Mezinárodní klasifikace nemocí (1993). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10*. (1993) (2. vyd). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Ministerstvo zdravotnictví české republiky. (2007). *Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky*. Publikováno 8. listopadu 2007. [online] Dostupné z: WWW:<https://www.vyzivapol.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky/>
- Morris, A.L. & Mohiuddin, S. S. (2020, May 18) *Biochemistry, Nutrients*. [online]. StatPearls Publishing
- Müllerová, D. (2009). *Obezita - prevence a léčba* (1. vyd). Mladá fronta.
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy* (Vyd. 1). Akademické nakladatelství CERM.
- Obereignerů, R. (2017). *Sebepojetí dětí a adolescentů* (1. vydání). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Obert, J., Pearlman, M., Obert, L., & Chapin, S. (2017). Popular Weight Loss Strategies: a Review of Four Weight Loss Techniques. *Current Gastroenterology Reports*, 19(12). doi:10.1007/s11894-017-0603-8

- Oliver, G., & Wardle, J. (1999). Perceived effects of stress on food choice. *Physiology & Behavior*, 66(3), 511-515. [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(98\)00322-9](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(98)00322-9)
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)* (1. vyd). Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (ed.). (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (Vyd. 1). Grada.
- Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (První vydání). Mladá fronta.
- Pařízková, J., & Lisá, L. (2007). *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence* (1. vyd). Galén.
- Pastucha, D. (2011). *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity* (1. vyd). Grada.
- Patton, G. C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 18(4), 947-. doi:10.1017/s0033291700009879
- Pavlíček, A. (2010). *Nová média a sociální sítě* (Vyd. 1). Oeconomica.
- Pertold, F., & Šatava, J. (2018). *Obezita v České republice: mezinárodní srovnání s využitím dat z projektu SHARE*. Národohospodářský ústav AV ČR
- Příhoda, V. (1983). *Ontogeneze lidské psychiky* (3. vyd). SPN.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (První české vydání). Hogrefe - Testcentrum.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2020). *Psychiatrie* (Vydání druhé). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

- Říčan, P. (2014). *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání* (3. vyd). Portál.
- Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2007). *Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 22-34. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x>
- Secord, Paul F.; Jourard, Sidney M. (1953). *The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. Journal of Consulting Psychology*, 17(5), 343–347. doi:10.1037/h0060689
- Sekot, A. (2019). *Rodiče a sport dětí: rodičovské výchovné styly jako motivační faktor sportování dětí a mládeže* (1. vydání). Masarykova univerzita.
- Shai, I., Schwarzfuchs, D., Henkin, Y., Shahar, D. R., Witkow, S., Greenberg, I., et. al. (2008) Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. *The New England Journal of Medicine*. 359(3), 229-241. doi: 10.1056/NEJMoa0708681.
- Schaefer, J. T. & Zullo, M. D. (2017). US Registered Dietitian Nutritionists' Knowledge and Attitudes of Intuitive Eating and Use of Various Weight Management Practices. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, S2212267217304434–. doi:10.1016/j.jand.2017.04.017
- Schur, E. A., Sanders, M., & Steiner H. (2000). *Body dissatisfaction and dieting in young children*. From Stanford University School of Medicine, 27(1), 74–82. doi:10.1002/(sici)1098-108x(200001)27:1<74::aid-eat8>3.0.co;2-k
- Simmons, R. (2016). *How Social Media Is a Toxic Mirror*. *Time*. Retrieved from <http://time.com/4459153/social-media-body-image/>
- Skorunková, R. (2013). *Základy vývojové psychologie* (Vyd. 1). Gaudeamus.
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat* (Vyd. 1). Presstempus.
- Svoboda, M., & Humpolíček, P.Šnorek, V. (Ed.). (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Portál.

- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt* (Vyd. 1). Portál.
- Tudor-Locke, C., Craig, L. C., Brown, W. J., Clemes, S. A., Coker, D. K., et. al. (2004). How many steps/day are enough? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 34(1), 1–8. doi: [10.1186/1479-5868-8-79](https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-79)
- Turner, P. G. & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 277–284. doi:10.1007/s40519-017-0364-2
- Tyrlík, M., Macek, P., & Širůček, J. (eds.). (2010). *Sebepojetí a identita v adolescenci: sociální a kulturní kontext* (1. vyd). Masarykova univerzita.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (Vyd. 2., dopl. a přeprac). Karolinum.
- Vašutová, M., & Panáček, M. (2013). *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence* (Vyd. 1). Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
- Villablanca, P. A., Alegria, J. R., Mookadam, F., Holmes, D. R, Wright, R. S., Levine, J. A. (2015). Nonexercise Activity Thermogenesis in Obesity Management. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 509519. doi:10.1016/j.mayocp.2015.02.001
- Výrost, J., Slaměnik, I., & Sollárová, E. (eds.). (2019). *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace* (Vydání 1). Grada.
- Wasantwisut E. (1997). Nutrition and development: other micronutrients' effect on growth and cognition. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 78-82

- Watson, R., & Vaughn, L. M. (2006). Limiting the Effects of the Media on Body Image: Does the Length of a Media Literacy Intervention Make a Difference? *Eating Disorders*, 14(5), 385-400. doi: 10.1080/10640260600952530
- World Health Organization (2008). *Pacific Physical Activity Guidelines for Adults- Framework for Accelerating the Communication of Physical Activity Guidelines*. Geneva. ISBN 978 92 9061 394 7 Dostupné z: https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/pacific_pa_guidelines.pdf
- World Health Organization. (2020). *Obesity And Overweight*. Dostupné z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization (2020 a). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva. ISBN 978-92-4-001512-8 Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf>
- World Health Organization (2020 b). *Every move counts towards better health – says WHO*. 25 November. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>
- World Health Organization (2020 c). *Physical activity*. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1
- World Health Organization (2020 d). *Healthy diet*. 29 April. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- World Obesity Federation. (2019). *Global Obesity Observatory*. Dostupné z <https://data.worldobesity.org/>
- Yamamiya, Y., Cash, T., Melnyk, S., Posavac, H., & Posavac, S. (2005). Women's exposure to thin-andbeautiful media images: Body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions. *Body Image*, 2(1), 74-80. doi:10.1016/j.bodyim.2004.11.001
- Yves Schutz (1995). Macronutrients and energy balance in obesity., *44(supp-S3)*, 0–11. doi:10.1016/0026-0495(95)90311-9

- Zinöcker, M., & Lindseth, I. (2018). The Western Diet–Microbiome-Host Interaction and Its Role in Metabolic Disease. *Nutrients*, *10*(3), 365. doi:10.3390/nu10030365

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Graf 1: Věkové rozložení respondentů

Graf 2. Graf odpovědí na otázku týkající se snahy o hubnutí

Graf 3. Frekvence pohybových aktivit za účelem ovlivnění váhy a postavy

Graf 4. Srovnání průměrné doby spánku adolescentů přes školní týden a o víkendu

Graf 5. Hodnocení spokojenosti s vlastním tělem – rozdíl podle pohlaví

Graf 6. Subjektivní hodnocení tloušťky vlastního těla – rozdíl podle pohlaví

Graf 7. Frekvence cvičení kvůli váze a postavě – rozdíl podle pohlaví

Graf 8. Frekvence sportování za účelem hubnutí – rozdíl podle pohlaví

Graf 9. Frekvence držení diet – rozdíl podle pohlaví

Graf 10. Histogram rozdílů hrubých bodů ve faktoru *Shape concern*

Graf 11. Histogram BMI skóru českých adolescentů

Graf 12. Rozdělení adolescentů do kategorií podle BMI

Graf 13. Rozdělení adolescentů do kategorií BMI podle pohlaví

Graf 14. Rozdíly mezi vysněnou a skutečnou hmotností adolescentů

Tabulka 1. Kategorie BMI podle WHO

Tabulka 2. Hodnocení spokojenosti s vlastním tělem

Tabulka 3. Subjektivní hodnocení vlastní postavy

Tabulka 4. Zastoupení jednotlivých poruch příjmu potravy ve výzkumném souboru

Tabulka 5. Frekvence rizikového chování souvisejícího se stravováním

Tabulka 6. Frekvence kvantitativních omezení v jídle

Tabulka 7. Frekvence kvalitativních omezení v jídle

Tabulka 8. Základní deskriptivní statistiky dotazníku EDE – Q8

Tabulka 9. Přehled výsledků statistických testů pro jednotlivé faktory

Tabulka 10. Rozdíly v hrubých bodech jednotlivých faktorů podle pohlaví

Tabulka 11. Přání dospívajících dívek a chlapců v kontextu jejich body-image

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Český a cizojazyčný abstrakt BcDP
2. Informace pro vedení školy k výzkumné studii
3. Žádost o spolupráci na výzkumné studii
4. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu a zpracováním osobních údajů

Příloha 1. Český a cizojazyčný abstrakt BcDP

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Body-image a jeho význam pro české adolescenty

Autor práce: Anna Poláková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.d.

Počet stran a znaků: 92, 171 886

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 111

Abstrakt (800-1200 znaků): Výzkumný problém je z oblasti stravování u českých adolescentů. V období adolescence je typické zaměření se na tělesný vzhled. Cílem práce je deskripce body-image u českých adolescentů a dalších vybraných psychologických fenoménů souvisejících s tímto konceptem. Dotazníkové kvantitativní šetření probíhalo v krajích České republiky. Výzkumu se zúčastnilo 4318 českých adolescentů, z toho 2311 dívek a 2007 chlapců. Z výsledků Dotazníku stravování a pohybové aktivity a Dotazníku EDE – Q8 vyplývá, že jsou čeští adolescenti převážně spokojeni se svojí postavou a většina z nich hodnotí svoji postavu jako tak akorát. Existují statisticky významné rozdíly v těchto fenoménech podle pohlaví, dívky jsou častěji nespokojené, hodnotí se jako plnoštíhlejší v porovnání s chlapci, více se zabývají svojí váhou a tvarem těla a 75 % z nich si přeje zhubnout. Podle BMI řadíme 66 % českých adolescentů do kategorie ideální váhy, 17 % do kategorie nadváhy či obezity a 15 % do kategorie podváhy či podvýživy. Poruchami příjmu potravy trpí necelá 3 % dotázaných. Mladiství nejčastěji omezují jídlo kvalitativně. Pravidelně se věnuje pohybovým aktivitám 75 % mladistvých, za účelem hubnutí 17 % z nich.

Klíčová slova: body-image, spokojenost s tělem, stravovací návyky, adolescence

Příloha 1. Český a cizojazyčný abstrakt BcDP

ABSTRACT OF THESIS

Title: Body-image and its importance for czech adolescents

Author: Anna Poláková

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, Ph.d.

Number of pages and characters: 92, 171 886

Number of appendices: 4

Number of references: 111

Abstract (800-1200 characters): The field of the research is nutrition in Czech adolescents. During adolescence, main focus is on physical appearance. The aim of the thesis is to describe body-image in Czech adolescents and other selected psychological phenomena related to this concept. A quantitative questionnaire survey was conducted in regions of the Czech Republic. In the research participated 4318 Czech adolescents, 2311 girls and 2007 boys. The results of the Questionnaire of Diet and Physical Activity and EDE - Q8 show that Czech adolescents are mostly satisfied with their figure and most of them evaluate their figure as just right. There are statistically significant differences in these phenomena according to gender, girls are more often dissatisfied with their body, they rates themselves as fatter compared to boys, they are more concerned with their weight and body shape and 75 % of them want to lose weight. According to BMI, 66 % of Czech adolescents belong to the category of ideal weight, 17 % are in category of overweight or obesity and 15 % are in category of underweight or malnutrition. Less than 3 % of respondents suffer from eating disorders. Adolescents most often restrict food qualitatively. 75 % of adolescents do regular physical activities, 17 % of them do it for weight loss.

Key words: body-image, body satisfaction, eating habits, adolescence

Příloha 2. Informace pro vedení školy k výzkumné studii



Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
Sídlo: Vodární 6, 779 00 Olomouc
Tel.: +420 585 633 501 | Fax: +420 585 633 700
Email: psychologie@upol.cz | www.psych.upol.cz

Informace pro vedení školy k výzkumné studii

V Olomouci 17.dubna 2019

Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,

dovolte, abychom Vás seznámili s **procedurální stránkou** naší **případné spolupráce** na výzkumné studii, která je zaměřená na **stravování, vztah k jídlu a s tím spojené psychologické proměnné u populace dospívající mládeže od 11 do 15 let. Vaše škola byla vybrána pro testování náhodným výběrem ze seznamu všech škol stejného typu z celé ČR.**

Naším **cílem je** zmapování současného stravovacího chování dospívajících v České republice (například: jaké jídlo a nápoje konzumují, v jakém množství a při jakých příležitostech). Dále prozkoumání obezity, nadváhy a souvisejících psychologických proměnných (například: sebepřijetí, impulzivity, apod.). Jedním z výstupů projektu bude standardizace metod – převod metod ze zahraničí a jejich standardizace v českém prostředí.

Jednotlivé metody tvořící dotazníkovou baterii, která bude předkládána studentům, jsou blíže popsány níže. Administrace dotazníkové baterie bude skupinová a bude **probíhat osobně za přítomnosti proškoleného pracovníka** ve třídách Vaší školy. Znamená to, že bychom soubor dotazníků administrovali studentům **6. až 9. ročníku** středního vzdělávání (popř. kvintě až septimě). **Výběr konkrétních tříd bychom nechali na telefonické domluvě s Vámi.**

Administrace testové baterie trvá **jednu vyučovací hodinu (45 minut)**. Při administraci dotazníků bychom Vám chtěli **komplikovat výuku co nejméně**, a proto Vám vyjdeme v nejvyšší možné míře vstříc při dohodě, ve kterých vyučovacích hodinách budeme moci testovat. Nicméně preferujeme dopolední vyučovací hodiny, kdy jsou studenti relativně méně unaveni. Před administrací budou **studenti seznámeni se záměrem studie a s etickými pravidly**. Během administrace dotazníku **není přítomnost vyučujícího nezbytně nutná**. Z našeho pohledu je žádoucí spíše absence pedagoga, neboť jeho přítomnost by mohla studenty během práce na vyplňování dotazníků ovlivňovat.

Celé testování je zcela **anonymní a dobrovolné, odpovídá všem etickým standardům psychologického testování** formou dotazníků u dané populace. Data budou chráněna proti zneužití.

Vzhledem k rostoucí dostupnosti množství a druhů jídla a zároveň tlaku na vzhled a štíhlost je nutné pochopit potřeby dospívajících a přispět k prohloubení poznatků o této problematice. Naše zjištění by mohla **pomoci k pochopení celkové komplexnosti jídelního chování a stravování a k nahlédnutí**

do světa a psychiky dospívajících, kteří bojují se svým vztahem k jídlu. Výzkumného projektu se bude účastnit přibližně **2000 studentů z celé České republiky**. Vaší účastí ve studii přispějete k podpoře výzkumu a standardizaci nástrojů k diagnostice obtíží spojených se stravováním a dalšími psychologickými proměnnými u dospívající mládeže od 11 do 15 let. Tyto psychodiagnostické metody budou moci sloužit jako vodítko odborníkům pracujícím s dospívajícími v široké psychologické praxi.

Výzkum zároveň poskytne kompletní screening jídelního chování u zmiňované populace na celém území ČR. Náš výzkum na reprezentativním souboru českých dospívajících přinese kvalitní data a informace o způsobu stravování českých dospívajících, které budou moci v budoucnu posloužit také jako kvalitní data vedoucí například i k legislativním změnám.

Dotazníkovou baterii celkem tvoří 12 metod v tomto pořadí:

1) Dotazník sociodemografických údajů (H. Pipová, M. Dolejš, J. Suchá, 2019)

Tento krátký dotazník zjišťuje základní sociodemografické proměnné, jako je věk, pohlaví, bydliště apod.

2) Dotazník stravování a pohybové aktivity (H. Pipová, M. Dolejš, J. Suchá, 2019)

Otázky slouží ke zmapování stravování adolescentů a jídelních zvyků rodiny. Zaměřují se například na pravidelnost ve stravování, přípravu pokrmů a také na zmapování pohybové aktivity.

Příklady otázek:

- Jak často obvykle snídáš (něco víc než sklenici čaje, mléka nebo džusu)?
- Za jak zdravé považuješ své stravování celkově?

3) Dotazník závislosti na jídle mYFAS 2.0 (H. Pipová, M. Dolejš, J. Suchá, 2019) modified Yale Food Addiction Scale 2.0 - mYFAS 2.0 (A. Schulte, A. N. Gearhardt, 2017)

Autory této zkrácené verze dotazníku YFAS 2.0 jsou Schulte a Gearhardt. Metoda hodnotí projevy závislosti na jídle v posledních 12 měsících a obsahuje 15 položek.

Příklady položek mYFAS 2.0:

- Jedl/a jsem až do momentu, kdy jsem se cítil/a fyzicky špatně.
- Mé stravovací návyky mi často způsobovaly trápení.

4) Dotazník pro vyšetření poruch příjmu potravy EDE - Q8 (H. Pipová, M. Dolejš, 2019) Eating Disorder Examination Questionnaire EDE - Q8 (S. Kliem, 2008)

Jedná se o krátký dotazník, který screeningově mapuje poruchy příjmu potravy. Tento nástroj je vhodný k epidemiologickému výzkumu poruch příjmu potravy. Tato krátká verze dotazníku vznikla v Německu z původní delší verze EDE-Q.

Příklad položek EDE - Q8:

- Toužil/a jsi někdy zhubnout?
- Cítil/a jsi se někdy tlustý/á?

5) Dotazník bažení po jídle FCQ-T-r (H. Pipová, M. Dolejš, 2019)

Food cravings questionnaire – trait-reduced FCQ-T-r (A. Meule, 2014)

Tento dotazník se zabývá tématem bažení po jídle. Byl sestrojen americkými psychology v roce 2000. Původní dotazník měl 39 položek. V roce 2014 němečtí psychologové přišli s jeho zkrácenou 15 položkovou verzí. Dotazník se ptá na různé situace z denního života, které se hodnotí na škále od rozhodně nesouhlasím po rozhodně souhlasím.

Příklady položek EDE-Q8:

- Nemám vůli odolat své touze po jídle.
- Když podlehnu touze po jídle, úplně ztratím kontrolu.

6) Dotazník vztahu k jídlu (H. Pipová, J. Suchá, M. Dolejš, 2019)

Námi vytvořený dotazník mapuje obecně vztah jedince k jídlu a stravování ve smyslu nadměrného jedení a přejídání.

Příklady položek:

- Zanedbávám své vztahy kvůli jídlu.
- Dopředu plánuji, že se v tajnosti přejím.

7) Dotazník struktury vztahů (H. Pipová, M. Dolejš, 2019)

Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS) (R. Chris Fraley, 2008)

ECR-RS je sebeposuzující dotazník určený k posouzení blízkých vztahů. Nástroj obsahuje 9 položek, které mohou být použity pro hodnocení vztahu například s matkou, otcem, partnerem nebo nejlepším přítelem. V našem výzkumu používáme dotazník k zhodnocení vztahu s oběma rodiči.

Příklady položek:

- Nerad se matce otevírám.
- S otcem obvykle mluvím o svých problémech.

8) Dotazník postojů proti tloušťce (H. Pipová, M. Kostková, M. Dolejš, 2019)

Antifat Attitudes Questionnaire (AFA) (C. S. Crandall, 1994)

Tento nástroj se zajímá o předsudky ohledně tlustých lidí a strachu z tloušťky. Obsahuje tři faktory, jejichž otázky jsou zaměřeny na odpor vůči obézním osobám, na strach z tloušťky a na sílu vůle. Dotazník obsahuje 13 položek.

Příklad položek v dotazníku AFA:

- Obávám se, že budu tlustý.
- Dělá mi problém brát tlusté lidi vážně.

9) Škála přesvědčení o obézních osobách (H. Pipová, M. Kostková, M. Dolejš, 2019)

Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP) (B. D. Allison, V. C. Basile, and H. E. Yunker, 1991)

Tento dotazník se zaměřuje na postoje, které adolescenti zaujímají vůči obézním osobám. Je zde obsaženo celkem 8 položek.

Příklad položek v dotazníku BAOP:

- Obezita se často vyskytuje, když je jídlo užívané jako kompenzace za nedostatek lásky nebo pozornosti.
- Většina obézních lidí jí více než lidé s normální váhou.

10) Unconditional Self-Acceptance Questionnaire (J. M. Chamberlain, D. A. F. Haaga, 2001)

Dotazník bezpodmínečného sebezpřijetí (H. Pipová, D. Meisnerová, M. Dolejš, 2019)

Dotazník měří úroveň bezpodmínečného sebezpřijetí. Tvrzení se týkají toho, jak jedinec přijímá sám sebe, a na základě čeho odvozuje svoji hodnotu. Pro člověka bezpodmínečně přijímajícího sebe sama je charakteristické, že nehodnotí svou osobu jako celek, ale pouze své konkrétní chování. Uvědomuje si své přednosti i nedostatky.

Příklady položek:

- Pokud se mi v určitých věcech nedaří, vážím si méně sám/a sebe.
- Mám pocit, že někteří lidé mají větší hodnotu než jiní.

11) Škála impulzivity – SIDS (O. Skopal, M. Dolejš, 2016)

Nástroj se zaměřuje na posouzení impulzivity u adolescentů. Rys impulzivity souvisí s neodkladností, školní úspěšností a také i se sebehodnocením. Impulzivita je považována za jeden z prediktorů rizikového chování a rizikového stravování. Škála impulzivity obsahuje 24 otázek.

Příklad otázek v dotazníku SIDS:

- Často nedomyšlím následky svého chování.
- Vrhám se občas do něčeho jen tak, bez přemýšlení.

Odborný garant studie PhDr. Martin Dolejš, PhD., a jeho tým se výzkumně dlouhou dobu věnují problematice rizikového chování v různých směrech (více informací o výzkumném týmu i výběr publikovaných statí najdete v dalším dokumentu).

V průběhu několika dnů Vás budeme kontaktovat telefonicky, abychom smluvili konkrétní podmínky případné spolupráce a datum návštěvy. Rádi zodpovíme veškeré dotazy týkající se administrace a dalších náležitostí testování.

Děkujeme za Vaše přispění k výzkumu a podporu prevence v oblasti nezdravého vztahu k jídlu u dospívajících.

Za výzkumný tým

Mgr. Helena Pipová
E-mail: helena.pipova01@upol.cz
Telefon: + 603 871 177

Anna Poláková
Email: annpol@seznam.cz
Telefon: 725 974 437

Katedra psychologie
FF Univerzita Palackého
Křížkovského 10
771 80 Olomouc
www.psych.upol.cz

Příloha 3. Žádost o spolupráci na výzkumné studii



Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
Sídlo: Vodární 6, 779 00 Olomouc
Tel.: +420 585 633 501 | Fax: +420 585 633 700
Email: psychologie@upol.cz | www.psych.upol.cz

ŽÁDOST O SPOLUPRÁCI NA VÝZKUMNÉ STUDII

V Olomouci 1. dubna 2019

Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,

obracíme se na Vás s **žádostí o spolupráci při realizaci výzkumné studie**, která je zaměřena na zmapování **stravovacích návyků, vztahu k jídlu a s tím spojené psychologické proměnné** u populace dospívající mládeže od 11 do 15 let. Účast studentů Vaší školy ve výzkumné studii přispěje k lepšímu pochopení dospívajících, kteří řeší své stravování, vztah k jídlu a svou tělesnou váhu.

Se změnou životního stylu a bezprecedentním vývojem v historii lidstva se mění také problémy, se kterými se lidé potýkají. Spolu s dramatickou změnou jídelního prostředí můžeme mezi tyto problémy zařadit také **problematickou konzumaci jídla**. Konzumace jídla už není spojena s pouhou fyziologickou potřebou energie, kdy organismus potřebuje utišit hlad a přežít. V současné době, pro niž jsou charakteristické stále se zvyšující nároky, slouží jídlo k vypořádání se s nimi, ke zklidnění, ke zmírnění emočního napětí, smutku, naštvaní, nervozity. **Nadměrná konzumace jídla, hlavně cukru, soli, tuků a jejich spojení s obezitou** jsou témata, o která rapidně roste zájem ze strany WHO i politiků. Česká republika patří k zemím s největší prevalencí obezity v Evropě.

Děti i dospívající jsou naučeni jídlem řešit nepohodu, kompenzovat negativní pocity a bolest (např. školní stres řešený přejídáním). Navíc v současné době existuje **nepřeborné množství různých přístupů ke stravování, jídlo je všude dostupné, ale zároveň jsou dospívající obklopeni kultem štíhlosti**. Proto je pro ně těžké vytvořit si zdravý vztah k jídlu a ke svému tělu. Přitom právě adolescence je významnou etapou v utváření osobnosti každého člověka. Jedná se o období experimentování, utváření hodnot, nalézání nových vzorů, přijetí vlastních změn, vytváření přístupu k životu a k sobě samému a zaujetí pozice a role ve společnosti. Součástí utváření jedincovy identity je také utváření vztahu ke svému tělu a vztahu k jídlu.

Z výše uvedených důvodů realizujeme projekt, který se zaměřuje na prozkoumání vztahu k jídlu a s ním spojené psychologické proměnné (např. sebezpřijetí, impulzivitu) u českých dospívajících ve věku 11 až 15 let. Celkově bude do studie zahrnuto **2000 žáků z celé České republiky**. Jedním z cílů studie je také odlišit koncept závislosti na jídlu od dalších forem patologického vztahu k jídlu a přispět tak k vytvoření specifických, a tedy **účinnějších způsobů léčby a prevence**.

Šetření bude realizováno výzkumníky z Katedry psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. **Výzkumník v každé třídě stráví jednu vyučovací hodinu**, předá studentům dotazníkové baterie a instrukce k vyplnění. **Počet tříd záleží na možnostech školy** (ideální počet je 4 vyučovací hodiny). **Do kontaktu se studenty se dostane pouze kvalifikovaný a proškolený personál**.

Veškerá výzkumná činnost bude realizována dle **přísných etických pravidel** Českomoravské psychologické společnosti ČMPS a v souladu s Helsinskou deklarací. Výzkum je po celou dobu **anonymní a dobrovolný**. Student/studentka může z výzkumu kdykoliv odstoupit.

Po celou dobu výzkumu bude s poskytnutými daty nakládáno jako s citlivými údaji v souladu s příslušnými zákonnými normami a dle etických pravidel ve shodě se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a dle zákonných norem **GDPR**. Stejně tak budou chráněny i veškeré informace o Vaší škole a z výsledku studie nebude možné zjistit, z kterých škol jaká data pocházejí.

Projekt je realizován **Katedrou psychologie Univerzity Palackého v Olomouci pod odborným vedením** PhDr. Martina Dolejše, Ph.D., prof. PhDr. Panajotise Cakirpaloglu, DrSc., a Mgr. Miroslava Charváta, Ph.D. Na realizaci se dále podílí Mgr. Helena Pipová, Mgr. Jaroslava Suchá, Barbora Hoňková a Markéta Kostková.

S bližšími informacemi a kvůli domluvě případné spolupráce budete dále kontaktováni telefonicky během několika dní. Pokud byste měl/a jakékoli další dotazy, obraťte se prosím přímo na realizační tým zastoupený Helenou Pipovou (telefon: **+420 603 871 177** e-mail: **helena.pipova01@upol.cz**).

Děkujeme a těšíme se na případnou spolupráci.

Za realizátory projektu

Mgr. Helena Pipová
PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.
Mgr. Jaroslava Suchá
Barbora Hoňková
Markéta Kostková

Příloha 4. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu a zpracováním osobních údajů



Filozofická
fakulta

Univerzita Palackého
v Olomouci

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu a zpracováním osobních údajů

Vážená paní/slečno, vážený pane,

byl/a jste osloven/a s nabídkou účasti na výzkumném projektu **Stravování v souvislosti s psychologickými fenomény u českých dětí a adolescentů**.

Výzkum je realizován pod záštitou Katedry psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci (dále jen "UP") týmem ve složení: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D. Mgr. Jaroslava Suchá, Mgr. Helena Pipová, Mgr. Miroslav Charvát Ph.D.

Cílem studie je prozkoumat vztah k jídlu a s ním spojené psychologické proměnné (sebepřijetí, impulzivitu,..) u českých dospívajících ve věku 11-19 let. Úloha účastníka výzkumu spočívá ve **vyplnění osobnostních dotazníků v tištěné formě, celková doba potřebná k testování je 45 minut**.

Vaše **účast na výzkumu je dobrovolná** a máte plné právo vyjádřit svůj nesouhlas s účastí tím, že nepodepíšete tento dokument. Vaše účast ve výzkumu je založena na principu anonymity, tj. po vyplnění osobnostních dotazníků UP nebude schopna identifikovat autora vyplněného dotazníku. Zpracování osobnostních dotazníků tak není zpracováním osobních údajů, jelikož dané údaje nejsou způsobilé Vás identifikovat.

UP jako tzv. správce osobních údajů bude nicméně zpracovávat Vaše osobní údaje pro účel evidence udělení tohoto Vašeho souhlasu s účastí na výzkumu, a to v následujícím rozsahu: **vaše jméno, příjmení, podpis (osobní údaje uvedené v tomto souhlasu), e-mail;**

UP Vaše osobní údaje nepředá jinému subjektu a bude s nimi nakládat v souladu s platnou legislativou. Přístup k Vaším osobním údajům budou mít pouze příslušní oprávnění zaměstnanci UP.

Další informace o zpracování Vašich osobních údajů včetně informace o Vašich právech obsahují internetové stránky UP, část Univerzita, sekce Ochrana osobních údajů, a také Obecné nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR), zejména v článcích 15–22, 34 a 77. Budete-li chtít uplatnit svá práva plynoucí z právní úpravy na úseku ochrany osobních údajů, můžete kontaktovat pověřence pro ochranu osobních údajů, výkonem této pozice je pověřen kancléř UP (jeho kontaktní údaje jsou dostupné na výše uvedené internetové stránce).

(Text pokračuje na další straně)

V případě otázek ohledně výzkumu či Vašich práv můžete rovněž kontaktovat autora:

Mgr. Helena Pipová

E-mail: helena.pipova01@upol.cz

Telefon: + 420 603871 177

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta | Katedra psychologie

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu a zpracováním svých osobních údajů. Řešitel/ka výzkumu mne informoval/a o jeho podstatě a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s jeho výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány či ústně prezentovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na své případné dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit (svůj souhlas odvolat), a to i bez udání důvodu.

Vaše jméno a příjmení (čitelně)

Místo a datum

Váš podpis

V případě, že nejste osobou plně svéprávnou (zpravidla nedovršil/a-li jste 18 let či jste byl/a soudním rozhodnutím omezen/a ve svéprávnosti), je pro platné udělení souhlasu zapotřebí souhlasu Vašeho zákonného zástupce (zpravidla rodiče či opatrovníka).

Jméno a příjmení Vašeho zákonného zástupce (čitelně)

Vztah zákonného zástupce k účastníkovi výzkumu

Podpis zákonného zástupce