Pražská vysoká škola psychosociálních studií s.r.o.
Hekrova 805, 149 00 Praha 4 – Háje
rektor: PhDr. Jiří Růžička PhD.

Písemná práce k bakalářské zkoušce

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY NA KŘIŽOVATCE MEZI TERAPIÍ A MEDIÁLNÍMI VLIVY

Studijní program: Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jaroslav Koťa

2007 **Lenka Kučerová**

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně pouze za odborného vedení vedoucího bakalářské práce Doc. PhDr. Jaroslava Koťi.

Dále prohlašuji, že veškeré podklady, ze kterých jsem čerpala jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Pardubicích 29.10.02007 Lenka Kučerová

Poděkování:

Ráda bych touto cestou vyjádřila svůj dík Doc. PhDr. Jaroslavovi Koťovi za jeho cenné připomínky a ochotu při vedení mé bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat všem, kteří se angažovali při zadávání a vyplňování dotazníků.

Obsah:

Úvod 5

1 Vymezení pojmů 6
1.1 Poruchy příjmu potravy 7
1.1.1 Mentální anorexie 7
1.1.2 Mentální bulimie 9
1.1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy 10
1.2 Média 12

2 Etiologie vzniku poruch příjmu potravy 14
2.1 Sociální a kulturní faktory 14
2.1.1 Vliv kultury na vnímání postavy 16
2.2 Psychologické faktory 18
2.2.1 Spokojenost s vlastní postavou 18
2.2.2 Spokojenost žen 22
2.2.3 Spokojenost mužů 25
2.2.4 Metody hodnocení spokojenosti s tělem 26
2.3 Biologické faktory 30
2.4 Genetické a rodinné faktory 32

3 Průběh, prognóza a léčba poruch příjmu potravy 32
3.1 Průběh poruch příjmu potravy 33
3.2 Prognóza poruch příjmu potravy 35
3.3 Rizikové skupiny poruch příjmu potravy 36
3.4 Léčba poruch příjmu potravy 37

4 Vliv médií na vnímání vlastního těla 40
4. 1 Ideál krásy prezentovaný sdělovacími prostředky 40
4.2 Psychologický vliv médií 44
4.3 Možnosti snižování dopadu mediálních vzorů 45

5 Dotazníkové šetření 49
5.1 Popis problému 49
5.2 Cíle šetření 49
5.3 Hypotézy 49
5.4 Výběr a popis metody 50
5.5 Výběr respondentů 52
5.6 Organizace průzkumu 53
5.7 Utřídění dat 55
5.7.1 Návratnost dotazníků 55
5.7.2 Výsledky dotazníkového šetření 56
5.8 Diskuse 60
5.9 Hodnocení průzkumu 63

Závěr 65

Soupis bibliografických citací 67

Přehled grafů 70

Přílohy 77

Úvod

Ve své bakalářské práci se zamýšlím nad jedním z nejčastějších problémů dospívajících dívek a mladých žen, a to nad poruchami příjmu potravy. Této problematice se ve své práci věnuji kvůli závažnosti těchto poruch jak z hlediska zdravotního, tak společenského. Poruchy příjmu potravy se svým charakterem dotýkají jak medicíny, psychiatrie, tak psychologie, sociologie a dalších oborů lidské činnosti. Protože tyto poruchy jsou také jevem společenským, pokusila jsem se ve své práci zaměřit na jednu z oblastí společenského a kulturního života, která, jak jsem se domnívala, významně spolupůsobí jako součinitel těchto poruch, a to na mediální vlivy a jejich podíl při vzniku a přetrvávání nemocí související s příjmem potravy (mentální anorexie a mentální bulimie).

Postoj člověka k vlastnímu tělu má co dočinění k jeho postojům k ostatním lidem a má přímou vazbu na interakci se sociálním okolím. Deformovaná představa o vlastním těle, která se promítá v postojích člověka, může mít až patologický obraz, obraz choroby. Na tomto obraze se spolupodílejí jak „genetické kódy“, tak biologické, sociální, kulturní a další faktory. Z vnějších faktorů, které se týkají kultury dané společnosti, jsem se zaměřila ve své práci právě na zmiňovaný faktor mediální. Ve své práci jsem se snažila o částečný rozbor problematiky příjmu potravy se zaměřením na psychologickou stránku vlivu médií.

1 Vymezení pojmů

Poruchy příjmu potravy
- závislost na jídle (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 432).
- jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti a z toho vyplývajícím vztahu k jídlu a alimentačního chování (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 463).

Mentální anorexie
- porucha charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti (KRCH, 2002, s. 23)
- spontánní hladovění, jež má dlouhodobý charakter, při kterém je narušena regulace příjmu potravy (FRAŇKOVÁ a DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, 2003, s.196).
- vyhladovění sebe sama (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s.45).

Mentální bulimie
- porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (KRCH, 2005, s.18).
- chorobná žravost (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 82).

Médium
- nástroj komunikace sloužící k reprezentaci nějakého obsahu. Zvolené médium se liší podle toho, zda jde o komunikaci interpersonální (telefon, fax, e-mail, chat na internetu) nebo komunikaci masovou (rozhlas, televize, noviny, časopisy, knihy, fotografie, film). Médium samo není neutrální, ale přispívá k významu textu. Známé je rozlišení médií na horká (dávají velké množství informací, míra participace je nízká: rozhlas, film) a chladná (dávají málo informací, je nutno mnoho si doplnit, míra participace je vysoká: psané znaky, řeč, telefon, televize) (JANDOUREK, 2001, s.153).
- znamená prostředek, prostředník, zprostředkující činitel - tedy to, co něco zprostředkovává, zajišťuje (JIRÁK a KÖPPLOVÁ, 2003, s. 16).

1.1 Poruchy příjmu potravy

Jídlo představuje základní životní potřebu člověka, současně je ale také jednou z podmínek našeho psychického i somatického zdraví. V průběhu života se náš postoj k jídlu mění, může se stát odměnou, únikem i samotou. Stanovit zřetelnou hranici mezi normou a patologií může být v biopsycho-sociálním kontextu obtížné. Poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) s diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace vymezují pod pojem poruchy příjmu potravy dva syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Obě jmenované poruchy jsou si podobné, spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná svému vzhledu, i když se na první pohled postavy lidí trpících anorexií a bulimií zdají většinou odlišné. Nemocní se snaží zhubnout nebo alespoň pozastavit přibývání hmotnosti. U obou poruch můžeme pozorovat společné znaky jako nízké sebevědomí, sociální problémy a somatické obtíže způsobené především přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (KRCH, 2005).

1.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie není spjata pouze a výhradně s „dnešní dobou“, zmínky o příznacích typických pro toto onemocnění se datují již od středověku a usuzuje se, že se toto onemocnění pravděpodobně vyskytovalo i mnohem dříve (Poruchy příjmu potravy, 2006).

V historii bylo onemocnění, které dnes nazýváme anorexie, označováno jako stav nedostatečnosti - „orexis“ – chuť. Etymologie slova anorexie má své kořeny v řečtině, je složeninou dvou řeckých slov - an znamená zbavení či nedostatek a orexis označuje chuť. Ve druhém století Galén zúžil význam tohoto termínu na absenci chuti k jídlu či odpor k jídlu. Přesněji byla mentální anorexie popsána v roce 1694 anglickým lékařem Richardem Mortonem (KRCHA, 2005). U odborné veřejnosti si ale získala

mentální anorexie náležitou pozornost až v roce 1873. Zasloužil se o to francouzský lékař Ernest-Charles Laséque, který v článku „anorexie hystérique“ publikoval výsledky svých pozorování. Později téhož roku vystoupil se svou přednáškou o „anorexia hysterica“ londýnský lékař sir William Withey Gull. Tato přednáška byla publikována roku 1874 již s použitím termínu „anorexia nervosa“ (Poruchy příjmu potravy, 2006).

Přestože je výskyt mentální anorexie znám již od středověku, výraznější rozšíření mentální anorexie bývá dáváno do kontextu s novou estetickou normou a ideálem krásy dvacátého století. Počátkem dvacátého století začala být totiž štíhlost spojována s představou moderní ženy, která je úspěšná jak v pracovním, tak i osobním životě. Jak uvádí řada autorů, tehdy nastalo období redukčních diet a režimů, jež trvá doposud. Strach z tloušťky je u nemocných mentální anorexií spojen s pokřiveným obrazem o vlastním těle. Pro nemocné s anorexií bývá charakteristická zvýšená sebekontrola ,kterou většinou okolí nemocného obdivuje, aniž by tušilo, o co se jedná. Dále je pro nemocné typické snížené sebevědomí, aktivní snaha udržet si váhu, a to tak, že lidé trpící mentální anorexií snižují energetický příjem a zvyšují energetický výdej (přehnaně sportují) (KRCH, 2007). Nemocní anorexií se neidentifikují s vlastním tělem, vnímají ho jako něco cizího, a odepíráním potravy se snaží tělo potrestat (FRAŇKOVÁ a DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, 2003). Omezování příjmu potravy až po odmítání jídla může být smrtelné, pokud se včas neléčí. Může se také rozvinout v chronické podobě, což znamená, že nemocní konzumují minimum potravy a tím se udržují naživu (LEIBOLD, 1995).

Diagnostická kritéria, která slouží pro stanovení diagnózy mentální anorexie (F50.0) shrnuje Krch do tří základních znaků:

1) *„aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI;*[1]

[1] * BMI (index tělesné hmotnosti) = tělesná váha (kg) / výška (m2)

2) *strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;*
3) *u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky“* (KRCH, 2002, s. 23).

Krch dále rozlišuje dva základní specifické typy mentální anorexie:

1) „*Nebulimický (restriktivní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.*
2) *Bulimický (purgativní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání“* (KRCH, 2005, s.17).

1.1.2 Mentální bulimie

„*Historie nadměrného příjmu potravy má obdobně dlouhé trvání jako u anorexie. Samotný pojem bulimie měl v průběhu času řadu rozličných definic a nejrůznějších rozdělení. Tak mohl tento název s určitým přídomkem značit jak nadměrný hlad, tak omdlévání z hladu a nebo také přejídání provázené zvracením. Za původce těchto obtíží byla však velmi dlouho považována dysfunkce žaludku a žaludeční poruchy“* (Poruchy příjmu potravy, 2006).

Příznaky mentální bulimie byly podrobněji popsány až v r. 1800 a po dalších necelých 80 letech popsal Gull případ své anorektické pacientky, u které se objevily záchvaty přejídání. Obdobné případy popisuje také E.Ch. Laséque. Tehdy byla ale mentální bulimie považována za neurotickou poruchu či za atypické projevy menální anorexie (KRCH, 2005).

Termín „bulimia nervosa“ byl poprvé použit v r.1979 Geraldem Russellem. Tento britský psychiatr tehdy definoval mentální bulimii jako „*nepřekonatelné nutkání se přejídat spojené se současným chorobným strachem ze ztloustnutí a se snahou pacientů se tomuto váhovému*

přírůstku vyhnout vyvoláváním zvracení a zneužíváním pročišťujících prostředků“ (cit.dle KRCHA, 2005, s.18). I Russell tehdy zastával názor, že mentální bulimie je spíše atypickou formou mentální anorexie než samostatným onemocněním. Mentální bulimie se stala uznávanou psychiatrickou diagnózou až v roce 1987, tedy později než mentální anorexie a její diagnóza byla označena F50.2. Přesto ani dnes nepanuje mezi odbornou veřejností jednotný názor, zda lze mentální bulimii považovat za samostatnou klinickou diagnózu. Mentální bulimie se vyznačuje opakovanými záchvaty přejídání nebo tzv. vlčím hladem, který je kompenzován zvracením, dietami, používáním diuretik atd. Během jednoho záchvatu přejedení bývá zkonzumováno velké množství potravin, především těch, kterým se pacienti běžně vyhýbají, jako jsou např. sladkosti a mastná jídla (JACOBI, 2006). Dále jsou pro mentální bulimii charakteristické pocity ztráty kontroly nad množstvím zkonzumovaných potravin, nadměrný zájem o tělesný vzhled a hmotnost. Vlastní sebevědomí se pak odvíjí od schopnosti autoregulace a sebekontroly, kterým je připisována vysoká hodnota (KRCH, seminář 2007).

Rovněž u mentální bulimie rozlišujeme dva specifické typy:

1) *„Purgativní typ. Pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.*
2) *Nepurgativní typ. Používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody“* (cit. dle KRCHA, 2005, s. 19).

1.1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Jako atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy jsou označovány ty poruchy, které nesplňují všechna diagnostická kritéria pro diagnostiku mentální anorexie či mentální bulimie. Řadí se mezi ně především diagnóza atypické mentální anorexie (F50.1) a atypické mentální bulimie (F50.3). Obou těchto kategorií se užívá k označení poruch příjmu potravy, které vykazují téměř typický klinický obraz, přesto ale jeden ze základních charakteristických znaků chybí. Mezi další atypické poruchy příjmu potravy patří kategorie „Jiné poruchy jídla“ (F50.8), těmito rozumíme např. „picu“[2]. neorganického původu (nutkavé pojídání látek, jež nejsou určeny ke konzumaci), psychogenní ztrátu chuti k jídlu, atd. (KRCH, 2005).
Jinak nespecifické poruchy příjmu potravy patří pod diagnostickou kategorii DSM-IV a jsou označeny zkratkou EDNOS (Eating Disorders Otherwise Specified). Do této kategorie poruch můžeme zahrnout poruchy se znaky poruch příjmu potravy jako „syndrom nočního přejídání“, který je charakteristický nespavostí. Pokud postižený nemá v dosahu jídlo, nemá hlad, je-li jídlo na blízku, s jídlem nemůže přestat, tento typ poruchy se podobá mentální anorexii. „Záchvatovité přejídání“ reprezentuje další typ poruch příjmu potravy. Objevují se návrhy, aby bylo toto onemocnění zahrnuto jako třetí typ poruch příjmu potravy. Člověk s touto poruchou jí velmi rychle, i když nepociťuje hlad, a konzumuje jídlo, dokud se necítí nepříjemně plný. Mívá pocity viny z přejedení. Záchvatovité přejídání se vyskytuje více u žen než u mužů, i když u mužů je častější než jiná forma poruch příjmu potravy. Více postihuje lidi ve vyšším věku, kteří mívají problémy s obezitou. Přejídání je spíše spojeno s přílišnou sebekontrolou (KRCH, 2005).

Dalším možným typem poruch příjmu potravy je bigarexie, což je chorobná závislost na cvičení. Tato nemoc postihuje především muže a následky jsou obdobné jako u anorexie. Bigarexií jsou ohroženi především

[2] * Pica, přežvykování potravy a obezita v dějinách lékařství.

kulturisté, manekýni, ale také sportovci v období pubescence. Nemoc se projevuje nadměrným trávením času v posilovně (až 16 hodin denně) a také užíváním různých energetických potravin či nápojů na posílení svalstva (PETRÁK, 2006).

1.2 Média

O médiích lze hovořit v různých souvislostech a významech. Existuje velké množství definic, proto jsem uvedla pouze ty, které mají přímou souvislost se zaměřením mé práce. Obory zabývající se mezilidskou komunikací označují média jako zprostředkovatele sdělení, tedy média komunikační (JIRÁK a KÖPPLOVÁ, 2003).

Pojem „masová komunikace“ bývá vnímán jako zavádějící. Výrazem „masová“ se rozumí především dostupnost velkému množství rozdílných příjemců, nikoli skutečnost, že je určena velkému obecenstvu či davu, jak se často mylně domníváme. Pojem „komunikace“ se liší od běžných typů komunikace probíhajících formou dialogu v každodenním hovoru. V případě masové komunikace se jedná o jednosměrný komunikační tok, tudíž příjemci mediovaných sdělení jsou spíše než partnery v komunikaci účastníky symbolického přenosu (JIRÁK a KÖPPLOVÁ, 2003).

Vývoj masové komunikace je neodlučně spjatý s využitím technických vymožeností v celém historickém vývoji. Na symbolické obsahové rovině dochází k předávání informací ve velmi obecné podobě. Dostupnost sdělení vytvořených v procesu masové komunikace má významné dopady na naše uvažování, a hovoří se o tom, že rozvoj komunikačních médií sehrává v moderních společnostech stále důležitější úlohu (THOMPSON, 2004).

Již McLuhan pohlížel na média nejen jako na výsledek nové technologie, ale také jako na sdělení. Upozorňuje také na to, jak moderní technologie a média změnila naše vztahování k sobě navzájem i k nám samotným (MCLUHAN, 1964). Tohoto vlivu médií si jsou vědomi i jiní, současní autoři

jako např. De Fleur a Ballová-Rokeachová, kteří ve své knize „Teorie masové komunikace“ uvádějí: *„Je zřejmé, že masová média ovlivňují své příjemce, a tím i společnost jako celek“* (DE FLEUR a BALLOVÁ-ROKEACHOVÁ, 1996, s.17). Politolog M. Kraus pohlíží na média i z jiného úhlu a tvrdí, že: *„média jsou odrazem stavu společnosti“* (HVÍŽĎALA, 2003, s.145).

2 Etiologie vzniku poruch příjmu potravy

Existuje mnoho hypotéz o příčinách vzniku poruch příjmu potravy. Hypotézy se však potýkají s jistým omezením a neschopností vysvětlit všechny varianty poruchy. Studie doposud neprokázaly obecnou platnost žádného z etiologických modelů. Většinou se odborníci shodují, že kromě redukčních diet neexistuje jednoznačná příčina, která by vysvětlovala obtíže nemocných. Dnes se především hovoří o biopsychosociální podmíněnosti poruch příjmu potravy. V posledních letech se tyto rozdílné biopsychosociální faktory staly obecně přijímanými standardy jak pro popis, tak pro interpretaci a terapii (KRCH, 2005).

2.1 Sociální a kulturní faktory

Leibold se domnívá, že se poruchy příjmu potravy začaly rozšiřovat vlivem sociálních a politických změn. Domnívá se, že tyto změny jako studentské nepokoje, hospodářská krize a v neposlední řadě hnutí za emancipaci žen vyvolaly nejistotu a ztrátu víry v dříve uznávané hodnoty. **Emancipace** přinesla obrat v oblasti dlouholetých předsudků o úlohách mužů a žen ve společnosti, a ženám předložila nový vzor v moderní společnosti. Leibold vyjadřuje domněnku, že právě emancipace má za následek komplikaci ve vztazích mezi muži a ženami a ženy pak neuspokojivé vztahy kompenzují maniakálním vtahem k jídlu (LEIBOLD, 1995).

Držení diet a přehnaná kontrola kalorií je jednou z podložených rizikových faktorů pro vznik poruch příjmu potravy. Západoevropský a severoamerický ideál štíhlosti odpovídá tělesné hmotnosti, která je často nižší než normální váha většiny ženské populace i z hlediska biologie (JACOBI a PAUL, 2006). Ideálu a životnímu stylu „západního“ světa se

snaží přizpůsobit i ženy z jiných částí světa. Díky převzetí těchto hodnot za vlastní se staly ženy více nespokojené s částmi svého těla. Již v roce 1939 Ryle poukázal na možný vztah mentální anorexie a sociálního tlaku na dodržování štíhlosti. H.Bruch prosazovala názor, že módní ideál často nepřímo ovlivňuje citlivé adolescenty, ale také kritizovala módní průmysl a sdělovací prostředky za šíření názoru, že hodnota člověka závisí na jeho štíhlém vzhledu a že štíhlost je považována za nejdůležitější kritérium fyzické přitažlivosti (KRCH, 2005). V dnešní době, kdy sdělovací prostředky a dietní průmysl zasahují do našeho každodenního života, nejsou ohroženou skupinou pouze adolescenti. Svědkem debat o štíhlosti a dietách se stávám čím dál častěji a to nejen v okruhu mých vrstevníků, ale také mezi lidmi v generaci mých rodičů. Zvláště dietní průmysl, který se prolíná hromadnými sdělovacími prostředky, má značný vliv na neustálou nespokojenost žen i můžu s vlastní postavou. Dietní průmysl se prosadil ve chvíli, kdy již nebyla nouze o jídlo. Na počátku se reklamy na diety soustředily především na pomoc lidem obézním, ale nyní se rozmohly i tam, kde jich není třeba. Apel, kterým na nás reklamy působí, si interpretuji tak, že se nás snaží reklamy přesvědčit o tom, že nejsme-li dost štíhlí, nejsme dost dobří, a pokud chceme být sami se sebou spokojeni, měli bychom hubnout, protože pokud se chceme líbit a být „in“, nesmíme mít žádné kilo navíc. Štíhlost je idealizována už od devatenáctého století, kdy byla spojována s duchovní krásou, dnes je štíhlost pro mnoho lidí synonymem křehkosti, jemnosti a ženskosti (KRCH, 2005). Od sedmdesátých let se projevuje tendence připisovat pozitivní osobní kvality, příznivější charakterové vlastnosti a životní výsledky lidem, kteří jsou pokládáni za atraktivní (GROGAN, 2000). Přestože kulturní ideál „hubne“, průměrná hmotnost populace roste. Opačným pólem štíhlosti je obezita, která je též spojována s určitými předsudky. Obézní lidé jsou od dětství často vystaveni diskriminaci. Už děti v mateřské škole si obvykle nechtějí hrát s obézními dětmi, i jejich maminky by byly mnohdy raději, aby si jejich dítka hrála se štíhlými „princeznami“, jaké mají samy doma. Obézní lidé bývají častováni

posměšky a jsou jim připisovány vlastnosti jako lenost, ošklivost a hloupost. Předpojatost se projevuje častěji k obézním ženám než k mužům. Hovoří se tedy o tom, že jsou to právě sociální a kulturní tlaky, které napomáhají k utváření nepřiměřených postojů k jídlu a stávají se společenským standardem významným sociálním vlivem (KRCH, 2005).

2.1.1 Vliv kultury na vnímání postavy

Dominantní vliv na tělesné sebepojetí se připisuje dané kultuře, která má mnohdy přehnané požadavky na tělesný vzhled, které odporují přirozenosti a často i zdraví. Pohlížení na krásu je individuální, přesto se v historii lidstva našly obdobné trendy ovlivňující hodnocení krásy. Jsou to například tělesné znaky žen jako pevná prsa, boky, oblost spíše než hranatost a celková symetrie. Počátkem 20. století byla vytvořena konformní měřítka právě díky působení médií, která trvají dodnes a jsou určována módními trendy v chování, oblékání a nahlížení na krásu (FIALOVÁ, 2001). Na krásu bylo v historii nahlíženo podle trendů dané doby. Snaha přizpůsobit se ideálu byla kromě starověkého Řecka spíše tradicí žen a proto jsou k dispozici spíše informace o změnách ženského těla. Antice dominovala harmonie těla i duše (kalokagathia). Řekové pojímaly krásu jak z hlediska fyzického vzhledu, tak z hlediska povahových rysů. *„Atleti nebyli posuzováni pouze podle síly a rychlosti. Důležitou roli hrála poctivost jejich hry, estetický dojem a morální dokonalost vůbec“* (cit. dle KOUCKÉ, 2006). V té době jako v jediné bylo mužské tělo považováno za přitažlivější než ženské, a to hlavně z důvodu tělesné zdatnosti, která byla Řeky vysoce ceněna. Římané místo rovnováhy obdivovali specifičnost v oblasti duševní i fyzické, ale velmi přísně hodnotili štíhlost, proto si štíhlou postavu udržovali vyvolávaným zvracením, tedy dnešní bulimií. Gotika byla ovlivněna křesťanstvím, byl tedy upřednostňován především duchovní život před fyzickou krásou. Vzor postava Krista, který znázorňuje skromnost a

strádání, s nímž je spojena štíhlost. Renesance se vrací k antickým ideálům, snaží se nalézt univerzální typ mužské i ženské postavy. Pozornost obrací spíše k druhotným pohlavním znakům, u mužů k svalstvu a tělesné konstitucí, a u žen byla žádoucí širší pánev a oblé tvary. V klasicismu se objevily dva pohledy na ženské tělo. Ve vyšších vrstvách se na ženách cenila krásná tvář, útlý pas, jemnost, morální hodnoty a jejich společenské postavení. V nižších vrstvách se ženy pyšnily mohutnější postavou, s většími obvody v prsou a bocích. Koncem 19. století se dostal do popředí medicínský názor, který prosazoval plnější postavu jako znak zdraví. Před 1. světovou válkou byla u žen zdůrazňována štíhlá linie, pevné držení těla a výraznější hruď s boky. Po 2. světové válce se z ideálu ženské krásy vytrácí zaoblenost a rysy se začínají podobat chlapeckým, tento módní styl se nazývá „Flapper“ (v angličtině znamená mladou, emancipovanou a nekonvenční ženu). Krása je ovlivněna také líčidly zkrášleným obličejem a obnažeností nohou. Ve 20. letech započíná masivnější rozvoj médií, jež šíří konformní požadavky na ženskou image. Ve 30. a 40. letech se pozornost zaměřuje především na velikost ženského poprsí. Padesátá léta byla ovlivněna hollywoodským ideálem Marilyn Monroe, jejíž postava se vyznačovala klenoucími se prsy, útlým pasem a štíhlýma nohama. V té době začaly ženy usilovat o vyrovnaný obvod boků a prsou, které byly synonymem ideální postavy. Nejproblémovějším obdobím z hlediska nárůstu poruch příjmu potravy jsou považována 60. léta, kdy se objevila modelka Leslie Hornby Armstrong pod přezdívkou „Twiggy“, která se stala se svými 43,5 kg vzorem mnoha žen. V osmdesátých letech nastal útlum poruch příjmu potravy. V dnešní době se prosazuje štíhlá postava, převážně štíhlé boky a hýždě, nejde už o vychrtlost, ale o svalnatější ženské tělo. Patřičná péče o „fyzis“ v dnešním pojetí většinou zahrnuje návštěvy salónů krásy, cvičení s osobním trenérem či návštěvy solárií. Právě ženy, jež si dopřávají těchto služeb, ženy krásné, štíhlé, vysoké, uspokojují spotřební průmysl naší kultury. Ostatní ženy při snaze

připodobnit svou vizáž zmíněnému ideálu utratí mnoho finančních prostředků, které stejně nebudou vynaloženy úspěšně (FIALOVÁ, 2001).

2.2 Psychologické faktory

2.2.1 Spokojenost s vlastní postavou

Spokojenost s vlastní postavou bývá ovlivněna jak naší etnicitou, tak společenskou vrstvou, ze které pocházíme. Celá řada studií se zaměřuje na různé etnické skupiny, kde sleduje především předsudky vůči obezitě, spokojenost s vlastním tělem a četnost výskytu diet mezi touto zkoumanou populací. Studie jsou zaměřené převážně na ženy, u kterých jsou rozdíly patrnější než u mužů. Jedna ze studií, jež realizoval L. Neff aj. v roce 1997, se zaměřila na vnímání vlastního těla a způsobu kontrolování hmotnosti u adolescentních dívek bílé a tmavé pleti. Byl vybrán reprezentativní vzorek středoškolaček v Jižní Karolině ve věku mezi 14 -18 lety čítající cca 4000 respondentek. Výsledky ukázaly, že *„bílé dívky šestkrát častěji užívaly dietní prášky a zvracení jako způsob kontroly tělesné hmotnosti a čtyřikrát častěji držely diety a cvičily ve snaze kontrolovat tělesnou hmotnost“* (cit.dle GROGANA, 2000, s. 115). Závěry výzkumu hovoří o tom, že adolescentní dívky bílé pleti mají větší tendenci provozovat nezdravé praktiky a myslet si, že mají nadváhu než dívky tmavé pleti (GROGAN, 2000).

V další prováděné studii prezentoval S. Harris významné rozdíly ve zjištěných postojích k nadváze mezi skupinou tvořenou Afroameričany a Američany. Afroameričané obou pohlaví měli pozitivnější postoj k nadváze než bílí Američané, což se projevovalo například tím, že Afroameričané častěji navazovali partnerský vztah s dívkami s nadváhou a považovali je za sexuálně přitažlivé. U Afroamerických dívek s obezitou byl zjištěn pozitivnější přístup k vlastnímu tělu než v případě bílých obézní Američanek. Z této studie vyplývá, že Afroameričané mají méně negativní

přístup k nadváze. Na souvislost etnických rozdílů s vnímáním tělesné hmotnosti se zaměřil také Američan J.K.Thompson ve své studii z roku 1997, která zjišťovala vliv etnika a gender na vnímání ideální postavy u devítiletých dětí (včetně chlapců a dětí bílé i tmavé pleti). Černí chlapci i dívky dávali přednost plnější postavě než bílé dívky a chlapci. Autoři výzkumu dospěli k závěru, že již v dětském věku (devět let) jsou patrné etnické rozdíly ve vnímání ideální postavy. Na základě těchto studií lze usuzovat, že na rozdílech, které existují ve vnímání ideální postavy se významnou měrou podílí právě odlišné sociokulturní prostředí, které v různé míře vyvíjí tlak podobat se danému ideálu. Subkulturní rozdíly lze spatřovat i v odlišném vnímání štíhlé a plnoštíhlé až silné postavy. Např. Afroameričané považují kyprost ženy za symbol její smyslnosti a sexuální přitažlivosti. Lze tedy říci, že představa Afroameričanů o ženské kráse poněkud kontrastuje s představou a prezentaci kyprosti v médiích. Usuzuje se, že afroamerické ženy i muži se brání přijímání mediální představy prezentované „bílými“ médii. Opačný trend je pozorován u jiných etnických skupin jako jsou např. příslušníci asijských a hispánských skupin, kde je v posledních desetiletích pozorován nárůst pocitu nespokojenosti s vlastní postavou, což může být důsledek přijímání obrazu „ideální postavy“, kterou zastává majoritní společnost. Otázkou zůstává, proč jsou to právě Afroameričané, kteří nepodléhají tlaku většinové společnosti a doposud si ponechávají svůj obraz ideální postavy. Možné vysvětlení podává S. Grogan, která upozorňuje na převážně negativní prezentaci Afroameričanů ve sdělovacích prostředcích. Afroameričané se pravděpodobně cítí tímto přístupem společnosti uráženi a znevažováni, což může být jeden z důvodů odmítání hodnot „bílých“ (GROGAN, 2000).

Společenská třída figuruje mezi dalšími faktory, jež bývají uváděny jako ty, které mají vliv na spokojenost s postavou. Do 20. století byly starosti o postavu výsadou lidí z vyšších vrstev, kteří své prostředky a čas věnovali péči o svůj zevnějšek a přiblížení se žádanému ideálu krásy. Je tomu tak ale ještě dnes? Na toto téma byly realizovány četné studie, které nevyvozují

jednotné závěry. Např. J. Wardleová a L. Marslandová dochází ve své studii z roku 1990 k výsledku, že vyšší obavy o získání či zachování štíhlé postavy pozitivně korelují s vyšší společenskou třídou. Dívky z vyšších společenských vrstev v této studii prokazovaly vyšší obavy o svou postavu než dívky ze středních a nižších vrstev. Ke stejným závěrům dospěli i autoři dalších studií, např. R.H. Striegelová-Mooreová. Další skupinu výzkumů provedených na toto téma tvoří studie, které neprokázaly vliv společenského postavení a rozdílů na spokojenost s postavou. Jedná se např. o výzkumy J. Tora, T. Robinsona, W. Wellse a B. Siegela a dalších. Ti se většinou domnívali, že dnes, díky rozvoji masové komunikace, mají téměř všechny společenské vrstvy stejnou možnost nahlížet na ideály tohoto století, a to např. prostřednictvím filmů, časopisů a televize. Hovoří se o tom, že se *„vytváří ideál postavy, který překračuje hranice společenských tříd“* (cit.dle GROGANA, 2000, s.119).

Psychologická studie Hodkinsona z roku 1997 upozorňuje na skutečnost, že v západních společnostech shledávají lidé z různých společenských tříd podobné ideály. Zajímavých výsledků bylo dosaženo ve studii, kde byla potvrzena hypotéza, že existují kulturních předsudky vůči lidem s nadváhou, a to v celém společenském a profesním spektru. Tyto předsudky pak ve svém důsledku bývají zdrojem diskriminace lidí se silnější postavou, a to například v zaměstnání. V této studii se dotazovaní z různých společenských a profesních skupin bez ohledu na své postavení shodli v přisuzování některých, převážně negativních, vlastností silným lidem. Lidé s nadváhou byli popisováni jako méně pracovití až líní, s menší šancí získat dobré pracovní uplatnění, jejich vzhled byl vnímán jako starší v porovnání se stejně starým štíhlým člověkem. Respondenti byli také přesvědčeni o tom, že i zaměstnavatelé preferují štíhlé pracovníky před silnými, a domnívali se také, že pokud by byli štíhlejší, bylo by pro ně snazší sehnat práci a být v ní úspěšnější. Některé studie z osmdesátých let (např. výzkum A. Fallonové, P. Bourdieua) se zabývaly odlišností přístupu k tělu mezi jednotlivými sociálními třídami. Ve svých studiích poukazují na

existenci patrných rozdílů v pojetí těla a jeho ideálu mezi různými sociálními třídami. Tyto odlišnosti se netýkají pouze možnosti financovat zvláštní péči o zevnějšek, ale týkají se také odlišné motivace a přístupu ke svému vzhledu jako takovému. U lidí z dělnické třídy odhalili jako dominantní instrumentální a funkční přístup k tělu. Lidé z nižších vrstev tedy pohlíželi na tělo spíše jako na nástroj, který musí dlouho vydržet a být neúnavný. Sportovní činnosti provozovali spíše účelově, tzn., že směřovali k dosažení vytčeného cíle (např. posilováním zvýšit sílu). Opačný přístup byl patrný u vyšších tříd, u nichž převažoval estetický vztah k tělu. Na své tělo pohlíželi spíše jako na umělecké dílo, snažili se ho všemožně zkrášlit a učinit ho přitažlivým. Sportovní aktivity provozovali především pro udržení dobré fyzické kondice, zpevnění postavy a celkovému zlepšení zdraví. U těchto studií nebyla uvedena použitá metodologie ani zkoumaný vzorek populace. Pro mne je tedy obtížné usuzovat, zda by tyto výstupy mohly být platné i dnes, dvě desetiletí poté, co byly tyto studie realizovány. Mám ale jisté pochybnosti, zda lze postoj k tělu a péči o něj jednoduše shrnout do dvou základních kategorií podle příslušnosti ke společenské třídě (GROGAN, 2000).

2.2.2 Spokojenost žen

Především v západních zemích je štíhlý vzhled považován za žádoucí. Štíhlost je spojována s elegancí, společenskou přitažlivostí, ale také s mládím a sebekontrolou. Snaha žen vyhovět soudobému ideálu krásy a trendům dané doby má již dlouhou tradici. Stačí z minulosti vzpomenout například takové praktiky jakými byly nošení korzetů či podvazování chodidel, které byly spojeny nejen s velkou mírou nepohodlí, ale byly také zdraví ohrožující až mutilační. V devadesátých letech „vyměnila“ západní společnost podvazování chodidel a nošení stahujících korzetů za přísné diety a plastickou chirurgii, které jsou rovněž spojeny s jistou mírou omezování, bolesti a „invalidizace“ ve jménu kulturně definované ideální postavy (GROGAN, 2000).

Výzkumy P.F. Secorda a S.M. Jourarda prováděné v 50. letech upozorňovaly na existující vztah mezi spokojeností s vlastní postavou a sebevědomím. Tato souvislost se výrazněji projevovala u žen než u mužů. J.D. Killent a kol. ve svém čtyři roky trvajícím výzkumu u populace dvanáctiletých dívek uvádějí právě nespokojenost s tělesnou hmotností jako nevýznamnější faktor ovlivňující vznik poruch příjmu potravy (KRCH, 2005). *„Nespokojenost s vlastním tělem a tělesnou hmotností se také snadno zobecní na jiné oblasti osobního života, tělesného a psychického zdraví, což vede k oslabení sebevědomí a zpětnému posílení přehnané pozornosti věnované tělesné hmotnosti, zvýšení rizika diet a purgativního chování“* (cit. dle KRCHA, 2005, s. 50).

Naše spokojenost s vlastní postavou je kromě prezentovaného ideálu krásy také ovlivněna nejbližším okolím, rodinou a partnerem. V rodině, která je orientovaná na výkon, je důležité být úspěšný ve všech oblastech, tzn. mít mnoho přátel, být ekonomicky dobře zajištěn, mít vysoké společenské postavení. V případě dítěte bývá „úspěšné“ dítko štíhlé, vypadá perfektně, má nejlepší známky a vyniká v zájmových činnostech. Právě ono výkonové zaměření rodiny se může stát rizikovým faktorem vzniku poruch příjmu

potravy, kdy se dítě snaží upozornit na rodinnou situaci, která není až tak perfektní, jak se rodiče snaží, aby navenek vypadala (MALONEY a KRANZOVÁ,1997). Sama znám ze svého okolí takto orientovanou rodinu, kde je štíhlost vysokou prioritou všech členů rodiny a je bedlivě sledována i u Jorkšírského teriéra, který pokud nemá „správnou“ hmotnost, musí držet dietu, a to z estetických, nikoli zdravotních důvodů. Otec rodiny, podnikatel, se také velmi zajímá o to, kde jeho dcera a manželka nakupují, musí to být ve značkových obchodech, a usoudí-li, že je jeho dcera příliš bledá, doporučí jí návštěvu solária. Přitažlivost, která je spojována se štíhlostí, je pro ženy důležitá především v partnerském vztahu, jak bylo zjištěno v rozhovorech s britskými ženami ve výzkumu N. Charlesové a M. Kerrové. Existuje také z hlediska sexuální přitažlivosti nějaký obecně preferovaný typ ženské postavy, a který to je? Na tyto otázky se snaží odpovědět jak zastánci evoluční psychologie, tak sociální psychologové. Jejich závěry se ale různí. Evoluční psychologové hovoří o vrozených preferencích pro sexuální partnery, jejichž postava odráží potenciální reprodukční úspěch. Muži prý přikládají postavě ženy větší význam než ženy mužské postavě. D. Singh došel ve svých výzkumech k závěru, že *„základem mužské preference ženské postavy je normální tělesná hmotnost a takový poměr obvodu pasu a boků, který signalizuje plodnost“* (cit. dle GROGANA, 2000, s.126). Tento poměr obvodu pasu a boků (whist-to-hip ratio, WHR) se u zdravých fertilních žen pohybuje od 0,6 – 0,8 což znamená, že obvod pasu tvoří od 60% do 80% obvodu boků. Přitažlivěji pak dle D. Singha působit ty ženy, u nichž je rozdíl mezi obvodem pasu a boků nejvýraznější, tzn. ty ženy, které mají velmi útlý pas a široké boky. Považuji za zajímavé výsledky jiného výzkumu, které dokládají, že v partii boků si přeje zhubnout většina (dotazovaných) žen, a to bez ohledu na typ postavy a tělesnou hmotnost. Je množné že by tento rozpor souvisel s odlišnými požadavky na ideální ženskou postavu mužů a žen? Já sama se přikláním spíše k názoru sociálních psychologů, kteří se domnívají, že *„sexuální preference postavy*

jsou převážně naučené a jsou ovlivněny tím, jakou hodnotu připisuje jistá konkrétní kultura určitému typu postavy" (cit.dle GROGANA, 2000, s.122). Tomuto kulturou a společností definovanému ideálu se pak snažíme přiblížit, a naše spokojenost se sebou se do velké míry odvíjí od stupně, v jaké se nám toto přiblížení daří realizovat. Neznamená to ale, že každý, kdo se vymyká společensky preferovanému ideálu své doby, trpí pocity méněcen-nosti. Krch poukazuje na skutečnost, že lidé s vysokým sebevědomím obvykle nemívají pocit, že jsou silní, naopak jsou se svou postavou spokojení (KRCH, 2005). Domnívám se ale, že i průměrně sebevědomý člověk, který je ve svém okolí často vystavován poznámkám týkajícím se žádoucí postavy a váhy, může tyto konfrontace vnímat jako velice nepříjemné a časem může názor okolí ovlivnit i jeho sebepojetí. Dle mého názoru ženy přikládají zvláště velkou váhu hodnocení jejich postavy svým partnerem. N. Charlesová a M. Kerrová v rozhovorech s 200 britskými ženami dospěly ke zjištění, že většina dotazovaných žen považuje pro zachování jejich stávajícího partnerského vztahu za nezbytné, aby si udržely stávající váhu nebo aby zhubly. Tlak ze strany partnera na zachování či „vylepšení" své postavy je přitom vnímán jako klíčový pro vlastní nespokojenost. Pro ženy je tedy těžké udržet si své sebevědomí, pokud nejsou kladně oceňovány a přijímány partnerem. Tento problém se jistě netýká pouze žen v Británii, ale existuje i u nás. Osobně znám mnoho mladých párů, kde vyjadřuje nespokojenost s postavou partnera/ky nejčastěji muž. Ženě dává nevybíravě najevo, že se mu určité partie jejího těla nelíbí. Nejvíce jsou partneři nepokojeni s nedokonalostí spodních partií jako jsou hýždě, stehna a nohy, ale také bývají nepokojeni s velkostí ňader. Proto mne velmi překvapil názor evolučních psychologů a antropologů, kteří vnímají velikost ňader jako irelevantní z hlediska sexuální přitažlivosti. Je tomu tak prý proto, že velikost ňader není známou plodnosti (GROGAN, 2000). I přes názory jistě erudovaných odborníků ve mně přetrvává jistá pochybnost, a to do jaké míry se názor evolučních psychologů shoduje s názory většiny mužů. Vždyť i výsledky studie E. Hatfielda a S. Sprechera

potvrzují, že většina mužů preferuje u žen střední až malé hýždě, středně silné nohy a mírně nadměrná ňadra (GROGAN, 2000). I počty zákroků, při nichž jsou ženám zvětšena ňadra pomocí silikonových implantátů, rok od roku stoupají. Ženy přitom ve většině případech hovoří o vnitřní motivaci k tomuto zákroku než o přání či naléhání partnera, ale jak uvádí Morganová : *„Ačkoli si ženy myslí, že činí svobodné rozhodnutí, ve skutečnosti nemohou mít svobodnou volbu ve společnosti, kde se ženské tělo stalo objektem“* (cit.dle GROGAN, 2000).

Jiné výzkumy se zaměřily na rozdíly ve spokojenosti heterosexuálních a lesbických žen se svou postavou a zjistily, že jsou na tom obě tyto skupiny obdobně, pouze s tím rozdílem, že u lesbických žen je nižší procento vzniku poruch příjmu potravy (GROGAN, 2000).

2.2.3 Spokojenost mužů

Teprve nedávno se do popředí zájmu sociologů a psychologů začalo dostávat téma spokojenosti mužů se svým tělem. Jedním z výzkumníků, kteří se začali zabývat změnami v zaměření pozornosti mladých mužů na svůj zevnějšek je F. Mort, který v devadesátých letech realizoval studie na toto téma. Zaměřil se na souvislost vnímání vlastního těla a reklamního průmyslu, kde se muži začínají stávat objektem spotřební poptávky a jsou zobrazovány jinak než doposud. Tímto tématem se dále zabývá R. Chapmanová, která říká, že: *„Tato kultura legitimizovala zájem mužů o vlastní tělo a spotřební přístup nezbytný k přijetí této role“* (cit. dle GROGAN, 2000, s.70). A jaká je současná představa o ideální mužské postavě? Četné výzkumy prokázaly, že většina mužů považuje za ideál mužské postavy spíše svalnatou, středně velkou postavu s vyvinutými svaly na horní části trupu i rukách, úzké boky a útlý pas. Stejně tak preferuje mezomorfní postavu i většina žen. Jak popisují J. Kirkpatrick a T. Sanders, mužům s tímto typem postavy je přisuzována řada osobnostních znaků jako

je např. síla, spokojenost, vstřícnost a statečnost (GROGAN, 2000). Přestože je přiměřeně svalnatá postava považována za velmi žádoucí, mimořádně vyvinuté svaly (jako např. u kulturistů) jsou vnímány jako nepřirozené a někteří je považují dokonce za odpudivé. Z výzkumů vyplynulo, že přestože je mužům známo, že většina žen preferuje svalnaté, vypracované tělo, není pro ně tato skutečnost dostatečnou motivací, aby se snažili takové postavy dosáhnout. Oproti ženám je u mužů nejvýraznější tlak na udržení postavy ze strany vrstevníků a mediálních modelů. Tlak ze strany partnerky není pro muže natolik významný, aby ovlivnil pocit nespokojenosti s vlastní postavou. Toto bývá nejčastěji vysvětlováno skutečností, že přestože je významu fyzické atraktivity u mužů připisována větší hodnota než v minulosti, i tak jí není stále přikládán největší význam. Zvláštní pozornost byla věnována spokojenosti s vlastním tělem u mužů s homosexuální orientací. Většina studií realizovaných na toto téma došla k závěru, že homosexuální muži si dělají větší obavy se svou postavou a pociťují výraznější tlak ze strany okolí. Nebyla však prokázána příčinná souvislost mezi poruchami příjmu potravy a sexuálním zaměřením (KRCH, 2005).

2.2.4 Metody hodnocení spokojenosti s tělem

Existuje mnoho rozličných metod hodnocení spokojenosti s postavou. Tyto techniky hodnotí ženy i muže, kteří nemají problémy s poruchami příjmu potravy, i když původně byly vytvořeny právě pro lidi s poruchami příjmu potravy.

Studie siluety je často používaná kvantitativní metoda, kdy si účastníci mají zvolit ze stupnice siluet ženské/mužské postavy tu, kterou považují za podobnou své a následně tu, kterou pokládají za ideální. Rozdíl mezi těmito postavami je ukazatelem spokojenosti či nespokojenosti s vlastním tělem. Studie, jež pracovaly s touto technikou, prokázaly, že ženy

při výběru ideální siluety volí štíhlejší postavu, než je jejich vlastní. Oproti tomu muže, u nichž je diskrepance mezi ideální a skutečnou postavou, lze rozdělit do dvou přibližně stejně velkých skupin, první z nich vyjadřuje přání být silnější a druhá skupina touží po štíhlejší postavě. Metoda studie siluety aplikovaná na mužích se ve svých začátcích potýkala s metodologickými nepřesnostmi, které byly způsobené zprůměrňováním hodnot zkoumaného vzorku. Nespokojenost obou skupin (těch, jež se považovaly za silnější a těch, kteří za příliš štíhlé) se „vykřížovala“ a muži pak v průměru zdánlivě nevykazovali rozdíl mezi ideální a skutečnou postavou. Výzkumníci ale tento metodologický problém brzy napravili (GROGAN, 2000).

Dotazníkové studie jsou nejstarší a často používanými metodami, jež jsou strukturovány tak, aby zaznamenaly kvantitativní míru spokojenosti s tělem. Existuje celá řada dotazníků, mezi nejstarší z nich patří např. škála tělesné kachexie (Body Cathexis Scale) vytvořená v roce 1953 P.F. Secordem a S.M. Jourardem. Respondenti na škále zaznamenávají spokojenost s různými částmi svého těla. Tvůrci tohoto dotazníku uvádějí vztah mezi spokojeností s vlastním tělem a sebevědomím. Ne všechny dotazníky jsou stejně vhodné pro ženské i mužské respondenty. Multidimenzionální dotazník zjišťování vztahů Tělo-Já (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, MBSRQ) je příkladem dotazníku, který je stejně vhodný pro ženy i pro muže. I tento dotazník napomáhá identifikovat partie, s nimiž je respondent nespokojen. Kromě těchto dotazníků existuje dále dotazník sestavený E. Cooperem, jež se zaměřuje na tvar postavy (Body Shape Questionnaire) a je používán především ke zkoumání vnímání vlastního těla u žen s poruchami příjmu potravy. Další, novější dotazník se týká vztahu žen ke svému tělu (Body Attitudes Questionnaire) a sleduje šest aspektů prožívání a vnímání vlastního těla jako je pocit tloušťky, snižování sebe sama, síla, citlivost na hmotnost, pocit přitažlivosti a uvědomování si tuku v dolní části těla. Tato škála již sleduje širší spektrum postojů než Cooperův Body Shape Questionnaire. Dotazníkové studie prokázaly, že většina žen vyjadřuje nespokojenost se

svým tělem, zejména s dolními partiemi a muži se více soustředí na svaly a tonus těla. V porovnání s předchozí metodou studia siluety je výhodou dotazníků, že umožňují vnímat a vyjádřit se k jednotlivým částem těla (GROGAN, 2000).

Studie využívající rozhovorů jsou založeny na pokládání strukturovaných či nestrukturovaných otázek. Oproti dotazníkům mají výhodu v tom, že poskytují větší prostor k otevřenosti dotazovaných a k volnému vyjádření dané problematice. Tato kvalitativní metoda tak umožňuje získat celou řadu informací, ke kterým by za použití jiné metodologie neměl výzkumník přístup (GROGAN, 2000).

Techniky odhadování velikosti vlastního těla jsou určeny pouze pro ženy, kterým umožňují určit velikost těla a kvantitativně vyjádřit míru zkreslení. Tyto techniky se mohou zaměřit na odhadování velikosti jednotlivých částí těla, celého těla a částí i celku postavy. K zobrazení se většinou používá projektor, který na zdi vyobrazí fotografii dané ženy a ta pak zeštíhluje či rozšiřuje promítanou postavu tak, aby odpovídala její skutečné postavě. Tyto techniky prokázaly, že ženy vykazují tendenci posuzovat velikost svého těla jako větší, tato tendence se přitom výrazněji projevila u žen se štíhlejší postavou. K zobrazení a rozšiřování a zužování obrazu vlastní postavy lze obdobně využít i jiných výdobytků moderní techniky, např. videa či počítačových programů. Této metody se začalo využívat v souvislosti se zjištěním H. Bruchové, která v šedesátých letech popsala, že ženy trpící mentální anorexií vykazují výrazné zkreslení ve vnímání vlastního těla. Techniky odhadování velikosti vlastního těla se staly oblíbené především v 70. a 80. letech, nyní jsou využívány méně často. Těmto technikám bylo vytýkáno, že díky možnosti vidět svoji postavu ještě silnější, mohou řadě ženám způsobit nepříjemný až traumatizující zážitek.

Behaviorální ukazatelé nespokojenosti s tělem jsou nepřímou metodu zkoumání určitého typu chování, jako je například dietní chování, cvičení a fyzické aktivity či plastická chirurgie (GROGAN, 2000).

Dietním chováním bývá míněna tendence hubnout pomocí diet, přičemž dieta je považována za dlouhodobější změnu jídelního chování. Držení diet slouží především ženám ke snížení tělesné hmotnosti, které je spojeno se sebedůvěrou. U mužů je dietní chování spíše výjimkou. Tento rozdíl mezi postoji k dietám u žen a u mužů je pravděpodobně určen tím, že k získání vytoužené mužské (mezomorfní) postavy vedou jiné cesty nežli držení diet (FIALOVÁ, 2001).

Cvičení je dalším behaviorálním ukazatelem nespokojenosti. Ženy i muži, kteří se pravidelně věnují fyzickým aktivitám a cvičení vnímají podle průzkumů své tělo lépe než ti, co necvičí. Ukázalo se jako velmi pravděpodobné, že motivace k fyzickým aktivitám mužů a žen je poněkud odlišná. Ženy uváděly jako nejčastější důvod pravidelných fyzických aktivit kontrolu hmotnosti, změnu postavy, přitažlivost a zdraví a muži jsou pro cvičení motivováni převážně nárůstem svalové hmoty a udržením tělesné kondice (FIALOVÁ, 2001).

Posledním ukazatelem je **estetická chirurgie**. První plastika nosu byla provedena v Indii ještě před naším letopočtem lidem, kteří byli potrestáni useknutím nosu. Zákroky, které byly prováděny na zdravém těle se objevily až v polovině 20.století. Důvody, které nás vedou k chirurgické úpravě, jsou různé. Mnohdy je to touha vypadat lépe, která je založena na vlastním zralém přesvědčení, může ale také pramenit z různých forem nátlaku ze strany společnosti či rodiny. Mezi nejčastější zákroky kosmetické chirurgie prováděné na ženách patří liposukce a zvětšování prsou, u mužů je to pak plastická operace nosu, zvětšení prsou zvýrazňující prsní svaly a odsávání tuku v oblasti pasu. Ženy stále tvoří větší podíl klientů estetické chirurgie, i když se počet mužů, kteří se podrobují kosmetické chirurgii, rok od roku zvyšuje (FIALOVÁ, 2001). Groganová jako příklad uvádí zvýšení počtu mužských klientů na klinice Belvedere z 10% v roce 1989 na 40% v roce 1994. Mezi další behaviorální ukazatele, které se týkají převážně mužů, lze zařadit také užívání anabolických steroidů, jež umožňují nárůst svalstva a užívání lidského růstového hormonu (HGH), který stimuluje růst

tkání, a nabývání tělesné hmotnosti. HGH nelze zjistit v moči, a není zařazen na seznamu látek zakázaných Mezinárodním olympijským výborem, přesto má jeho užívání výrazné vedlejší účinky na lidské zdraví. Většina uživatelů HGH si však těchto účinků není vědoma (GROGAN, 2000).

2.3 Biologické faktory

Mezi biologické faktory, které jsou rizikové pro vznik poruch příjmu potravy, můžeme zařadit pohlaví, tělesnou hmotnost, menstruační cyklus a období puberty.

Ženské pohlaví je uváděno jako významný rizikový faktor pro vznik poruch příjmu potravy, je tomu tak proto, že pravděpodobnost vzniku poruch příjmu potravy u žen je desetkrát vyšší než u mužů. Riziko zde může představovat období puberty a adolescence, kdy dochází k výrazným fyzickým i psychickým změnám a zvyšuje se nespokojenost dívek s jejich vzhledem. V období druhého stupně ZŠ a prvního ročníku SŠ se zvyšuje tělesná hmotnost u dívek z BMI 16 na 19. Rizikovým se může stát také časný nástup puberty oproti vrstevníkům, kdy dívky přibírají a celkově tělesně zrají. Již v této době často prožívají nespokojenost se svou postavou a tím jsou tak vystaveny stresu (KRCH, 2002).

O biologii **tělesné hmotnosti** existuje celá řada vědeckých teorií. Jedna z nejjednodušších souvisí s příjmem a výdejem kalorií, kdy tělo hubne tak, že spotřebovává více kalorií než přijímá. Další teorie klade důraz spíše na funkci metabolismu, která je od jedince k jedinci rozdílná. Metabolismus, a tedy způsob jakým náš organismus zpracovává potravu, patří mezi dědičné vybavení, takže mnohdy nemůžeme svoji tělesnou hmotnost příliš ovlivnit. Mnoho odborníků na výživu spojuje přesvědčení, že za váhový přírůstek je odpovědná špatná funkce jater, která se dá řešit speciální dietou. Jiná teorie hovoří o tom, že existuje stanovený bod (set point), kdy si váhu

udržujeme, tzn. ani nepřibíráme ani nehubneme. Nedoporučuje se držet dietu, protože ta by ve svém důsledku mohla vést k přírůstku váhy. Tento „bod“ lze změnit cvičením, které urychlí náš metabolismus. Ve skutečnosti není tělesná hmotnost pouze záležitostí metabolismu, ale jídlo má pro lidi také emocionální náboj, proto mu přisuzují přívlastky jako „sladké je špatné“, a tím se dostáváme zpět k dietám, které lidem umožní cítit se silně, protože pokud si nevezmou tabulku čokolády, „jsou vítězi“ (MALONEY a KRANZOVÁ, 1997).

Jako faktor, který může hrát významnou roli při vzniku poruch příjmu potravy, bývá uváděna rovněž distribuce tělesného tuku. Jedná se především o partie pasu, boků a stehen, které korelují s vyšším rizikem vzniku poruch příjmu potravy. Pro vznik poruch příjmu potravy představují rovněž riziko ta období, která jsou spojena s dramatickými tělesnými změnami jako je dospívání nebo těhotenství. Rizikovou dobou pro vznik anorexie je **období puberty,** a ukončení puberty je spojováno s nástupem **menstruace**. Nižší příjem bílkovin, emoční stres, časnější nástup menstruace či nepravidelnost menstruačního cyklu figurují jako vlivy, které mohou mít souvislost se vznikem poruch příjmu potravy. Gladis a Walsh popisují vztah mezi frekvencí bulimických záchvatů a menstruačním cyklem, u sledovaných pacientek zjistily rostoucí četnost bulimických záchvatů pět dní před menstruací. Počátky potíží s poruchami příjmu potravy řada pacientek spojovala také s obdobím, kdy začaly užívat hormonální antikoncepci. Svoji roli při vzniku anorexie může sehrát podrážděnost a labilita, které bývají s obdobím puberty spojovány. Je to období, v němž mladý člověk zakouší nejistoty, jak je vnímán okolím, jestli je dost dobrý a přitažlivý. Nejistoty týkající se vnímání svého těla mohou přetrvávat až do dospělosti, kdy se stávají hlavním zdrojem nízké sebedůvěry. Tyto vnitřní nejistoty a nízké sebehodnocení se vyskytuje častěji u dívek než u chlapců. V tomto období si člověk uvědomuje nejen vlastní Já, ale i okolí a vrstevníky, a stává soutěživějším, ale také citlivějším a vnímavějším vůči okolí a hodnocení okolím (KRCH, 2002).

2.4 Genetické a rodinné faktory

Studie rodinných anamnéz pacientek ukazují, že se klinický obraz mentální anorexie či bulimie častěji vyskytuje v rámci jedné rodiny. Tento fakt ovšem nemusí sám o sobě poukazovat na genetický vliv, ten ovšem potvrzují výzkumy dvojčat. K nejdůležitějším nálezům patří výzkumy **jednovaječných dvojčat**, které prokázaly, že v rodinách dvojčat se anorexie a bulimie objevuje častěji než u jiných sourozenců, což naznačuje velký význam genetiky (JACOBI, PAUL a THIEL, 2006). V 80. letech se výskyt poruchy příjmu potravy pohyboval u jednovaječných dvojčat mezi 25 - 50% a u dvojvaječných kolem 10%. Výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci pacientů se nyní pohybuje kolem 3 -10%. Významným faktorem, který ovlivňuje vznik mentální anorexie u sourozence (sestry), je rivalita. Není potvrzeno, že by příčinou byl pouze fakt, že jde o sourozence stejného pohlaví. Potíže s mentální anorexií bývají spojovány s obdobím raného dětství, kdy si matka vytváří ambivalentní vztah s dcerou. Matka často mívá patologická přání, která vyplývají z jejího neuspokojení, a ty pak přenáší na dceru. Příčinou jídelních problémů dcery může být i otec. Dítě bývá častěji závislé na matce, hovoří se o tom, že spíše v případě mentální bulimie se dcera spojuje s otcem proti matce. Zkoumání rodin anorektických pacientek přineslo zjištění, že jde o rodiny, kdy se rodiče chovají příliš ochranitelsky, jsou rigidní, mívají problémy s vyjadřováním emocí a vyhýbají se řešení konfliktů. Od svých dětí očekávají poslušnost a víc než dobré výkony (JACOBI, PAUL a THIEL, 2006).

3 Průběh, prognóza a léčba poruch příjmu potravy

3.1 Průběh poruch příjmu potravy

Mentální anorexie se objevuje nejčastěji mezi 13. a 20. rokem života, mentální bulimie o něco později, kolem 16. - 25. roku. Mentální anorexie se čím dál častěji vyskytuje i u dětí na prvním stupni základní školy. První příznaky mentální anorexie se projevují konzumováním menšího množství potravy. Rodina postiženého těmto stravovacím návykům v této fázi většinou nepřikládá žádný důraz. Po nějaké době začíná být nízká konzumace jídla nápadná a proto se okolí snaží nemocnému logicky zdůvodnit, že je nutné, aby jedl, protože je „ve vývinu“. Nemocný dává svým nezdravým postojem k jídlu nevědomě vyjadřuje, že nechce dospět. Aby člověk trpící mentální anorexií uklidnil své okolí, je schopen sníst před ostatními pár soust, ale většinou se tito lidé stravují o samotě, jídlo buď vyhodí nebo ho schovávají. Nemocní jsou někdy tak fascinovaní jídlem, že stráví několik hodin vařením nejrůznějších lahůdek, které sami nekonzumují, ale přitom vybízejí ostatní k jídlu. Někdy si nechávají potraviny nakupovat od ostatních nebo je nakupují sami, ale nekonzumují je. Mívají jídelní rituály, při nichž si jídlo na talíři nakrájejí na malinké kousky, počítají kolikrát sousto přežvýknou, a často klamou okolí tím, že zapíjejí sousta vodou a rychle jedí, což může vypadat, jako že jedí normálně (MALONEY a KRANZOVÁ, 1997).

Stává se, že dívka, která se rozhodne pro zredukování své hmotnosti, v poslední době přibrala a je obézní, ale i když se dostane na svou původní váhu, není spokojena, hubne dál a pořád se sobě nelíbí. Redukce váhy u nemocných může vyvolat dobrý pocit, že něco dokázali, že jsou silní. Pokud jsou nemocní hospitalizováni, stále ještě nejsou spokojeni s tou a tou partií těla, i když váží kolem 40 kilogramů (MALONEY a KRANZOVÁ, 1997).

Zatímco nemocné anorexií se snaží být dokonalými dívkami, snahou nemocných bulimií je být dokonalou ženou, hovoříme-li o dívkách. Oproti nemocným mentální anorexií, kteří se vyhýbají společnosti a jsou často agresivní především ke svému nejbližšímu okolí, které se jim snaží pomoci, mají mentální bulimici více společenských kontaktů, bývají úspěšnými studenty a jejich nemoc nebývá okolí podezřelá. Rozvoj mentální bulimie byl úzce spjat s rozšířením informací o této nemoci, která dívky nadchla pro relativní snadnost zhubnutí bez hladovění a diet. Nemocní mentální bulimií se zabývají více jídlem než přehnaným pohybem, v záchvatu přejídání jsou schopni spořádat od 1000 do 20000 kalorií, jak uvádí Leibold, a tyto záchvaty mohou trvat i několik dní (LEIBOLD, 1995).

Dalším rituálem, který doprovází mentální anorexii je cvičení, které u nemocných přetrvává i po spálení tukových zásob. Nemocní využívají všech příležitostí k pohybu, pokud mají sedavé zaměstnání, posilují ruce nebo kmitají nohama, při jídle pochodují a při cestě autem jako spolujezdci jsou schopni celou cestu nadzvedávat tělo na rukou. Jsou na sebe velmi hrdí, bývají euforičtí, což je spojeno s pocitem vítězství nad svým tělem (LEIBOLD, 1995). Kromě cvičení se nemocní anorexií i bulimií snaží snížit svou hmotnost pomocí diuretik, laxativ a zvracením. Komplikace u mentální anorexie jsou psychického i somatického rázu. Dle F.D. Krcha vede nejistota a nízké sebehodnocení k depresím. Časté bývají obsedantní myšlenky týkající se jídla, oblékání a pořádku. Mohou se vyskytovat také problémy s abúzem alkoholu či jiné psychické problémy. Posedlost jídlem nemocné často donutí ke krádežím (KRCH, 2005). Ze somatických obtíží je to hlavně podvýživa, amenorea, která je závislá ne tělesné hmotnosti, insomnie, omrzliny a podlitiny způsobené malou izolací tukové vrstvy, nízký krevní tlak, zapadlé oči, špatná hojivost infekcí a ran a snížená tělesná hmotnost (COHEN, 2002).

Mentální bulimie je doprovázena neustálým strachem z tloušťky a z přejídání, nemocní se za své záchvaty přejídání cítí provinile, často trpí záněty slinných žláz, kožními vyrážkami, dehydratací, bolestmi břicha,

zvýšenou kazivostí zubů, která je způsobená kyselostí obsahu žaludku. Typické jsou také výkyvy tělesné hmotnosti a u žen nepravidelná menstruace. Jako u mentální anorexie se vyskytují depresivní stavy či závislosti na omamných látkách (MALONEY a KRANZOVÁ, 1997).

3.2 Prognóza poruch příjmu potravy

Anorexií bývají často ohroženy studentky středních a vysokých škol. V nemoci je možné přetrvávat řadu let. Podváha nastává při úbytku tělesné hmotnosti o 10 – 15%. Varujícím signálem by mělo být rozhraní 35 - 40 kg při normální tělesné výšce, kdy se může tento stav stát krizovým. Akutní ohrožení života nastává v průběhu delšího vývoje. Téměř 10% pacientů umírá v pokročilém stádiu mentální anorexie (LEIBOLD, 1995).

Dle Jacobiho aj. končí mentální anorexie vymizením příznaků až u 33 - 55%, u adolescentů dokonce až v 70% případů. K částečnému vymizení symptomů dochází u 10 - 38%. Nedobrá prognóza mentální anorexie se týká 10 - 50% nemocných. 10 - 38% všech lidí, kteří mentální anorexií onemocní, trpí nemocí stále. Pacienti, kteří nemoc nepřežijí v důsledku suicida, tvoří 1,4 - 16% (JACOBI, PAUL a THIEL, 2006). Mezi negativní faktory, jež ovlivňují léčbu mentální anorexie, patří nízký BMI na počátku i na konci léčby, dlouhé trvání nemoci, výskyt jiných psychických poruch či vyšší míra sociálních a psychologických problémů a záchvaty přejídání.

U mentální bulimie je prognóza příznivější než u mentální anorexie, některá porucha příjmu potravy přetrvává kolem 20 - 60%. Vymizení příznaků se objevuje v 50 - 74%. Úmrtnost pacientů s mentální bulimií se pohybuje kolem 1%. Příčiny, jež se podílejí na negativní prognóze, jsou opakující se zvracení na začátku léčby, impulzivita a abúzus návykových látek (JACOBI, PAUL a THIEL, 2006).

3.3 Rizikové skupiny poruch příjmu potravy

Rizikovými skupinami jsou míněny socioprofesionální skupiny osob, pro které je pro výkon jejich povolání nezbytné udržet si určitou hmotnost a vzhled, i když to může představovat zdravotní problémy související s poruchami příjmu potravy. Mezi tyto rizikové profesní skupiny lze zařadit například žokeje, zápasníky, gymnastky, baletky, krasobruslaře, modely, modelky, atd. U těchto profesních skupin byla dotazníkovým šetřením prokázána vysoká prevalence (více jak 25%) patologických způsobů kontroly tělesné hmotnosti. Reprezentanti všech těchto profesí žijí v neustálém napětí, a je na ně vyvíjen tlak, jež se týká udržení či snížení tělesné váhy. Ze studií prováděných ve skupině profesionálních sportovců vyplývá, že okolím nekriticky oceňovaná štíhlost a dále pak soutěživost zvyšují riziko rozvoje poruch příjmu potravy. Tak například - hmotnost žokejů by rozhodně neměla přesáhnout 60 kilogramů, ale kolik mužů v dnešní době váží míň než 60 kg? Dají se tyto váhové standardy a dietní návyky vedoucí k jejich splnění považovat za přirozené či zdraví nezávadné? A co baletky, které reprezentují jednu z nejohroženějších skupin pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy? Můžeme být pohoršeni skutečností, že se první výběr studentek do taneční konzervatoře týká dvanáctiletých děvčat a že u nich již v tomto věku dochází ke vzniku či upevnění jejich anorektických postojů? Děvčata bývají pro tuto profesi vybírána profesionálními tanečníky, kteří je hodnotí nejen podle rozsahových možností těla, ale také podle fyzických dispozic, které musí působit více než křehce. Ta děvčata, která jsou v období dospívání, kdy se jejich postava začíná měnit a získávat ženské tvary, z konzervatoře „odejity“, mohou mluvit o štěstí. Přísnější tlak na udržení postavy se dostaví ještě o pár let později, kdy získávají šanci na dobrou roli jen ti, kteří vypadají patřičně, pokud možno co nejvíce étericky. Těžko se dívkám divit, že dělají vše proto, aby vypadaly co nejútleji. V případě baletek je právě postava

jedním z nejdůležitějších kritérií nejen úspěchu, ale také dlouhého trvání kariéry, protože zátěž, kterou přináší tanec na špičkách pro pohybový aparát, je značná. Ke kráse profesionálního baletního umění éterická postava prostě patří. I mezi baletkami se najdou takové, které na mentální anorexii umírají, přesto bude motivace k léčbě ostatních baletek velmi složitá, protože, jak přemluvit baletku, aby se zachránila, tedy aby ztloustla, když tím skončí její baletní kariéra. V podobné situaci se ocitají i modelky, jejichž postava pro ně představuje živobytí. Módní světoví návrháři si žádají na svá přehlídková mola ty nejhubenější manekýny. Pokud dívka přibere pár kil je možné, že práci neseženе, dokud nezredukuje svoji hmotnost. Nyní se některé módní agentury snaží proti poruchám příjmu potravy manekýn bojovat tak, že na přehlídkách nechají předvádět modelky jen s určitou hmotností, ale i tak se zatím jedná pouze o ojedinělé aktivity. Například bývalá Miss Michaela Maláčová přišla v roce 2005 s nápadem vytvořit soutěž, která se bude lišit od Zapletalovy soutěže krásy Miss ČR a bude mít mírnější pravidla co se týká hmotnosti a tělesných rozměrů dívek. Tehdy jsem byla zvědavá, jak bude tento nápad realizován. V průběhu uplynulých dvou ročnících jsem však nabyla dojmu, že jedinou změnou, ke které došlo, je fakt, že se nyní míry dívek nezveřejňují, a došlo ke zrušení požadavků na výšku soutěžících pro účast v soutěži. Přesto se mi mezi žádnou z bývalých soutěžících České Miss nepodařilo nalézt ani jednu dívku, která by měla onu avízovanou „normální“ postavu, tedy aspoň velikosti 38. Některé módní časopisy se rozhodly tento problém řešit tak, že fotografie vychrtlých manekýn v časopisech prezentovat nebudou, protože právě tyto hubené manekýny jsou ženám předkládány jako ideál (GROGAN, 2005).

3.4 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba mentální anorexie nejčastěji začíná hospitalizací pacienta ve vážném stavu podvýživy v nemocnici na psychiatrickém oddělení. Lékař

provede kontrakt s pacientkou, u mentální anorexie je doporučená doba hospitalizace 3 měsíce. Po tuto dobu se pracuje hlavně na zlepšování stavu výživy (KRCH, seminář 2007). Na počátku léčby se pacientům nepodávají jídla tučná, maso ani potraviny živočišného původu a sladkosti. Podávají se jídla lehká, v malých porcích 6 – 12 v průběhu dne. Pokud pacient nemá se stravou potíže, jsou po několika dnech do jídelníčku zařazeny také kysané mléčné výrobky, tak to pokračuje dál až je pacient schopen konzumovat běžná jídla (LEIBOLD, 1995). Cílovou hmotnost terapeut s pacientem stanovují při prvním sezení individuální terapie. Pacient má mít klid na lůžku, stravuje se pod dohledem a jsou prováděna preventivní opatření proti zvracení či užíván projímadel. Může přijít na řadu i farmakologická léčba, která slouží hlavně ke zmírnění depresivních stavů. Poté co je pacient po farmakologické léčbě, může začít docházet na různé druhy terapie. Při individuální terapii se sezení nelimituje (COHEN, 2002).

U léčby mentální bulimie, pokud je stav pacientů vážný, bývají hospitalizováni na jednotce intenzivní péče nebo v případě hrozby suicida na psychiatrickém oddělení. Doporučná délka hospitalizace je stanovena na 1 - 2 měsíce. Krátkodobým cílem je zlepšit stav pacienta tak, aby dosáhl normálního jídelního režimu a tím pádem také zdravé hmotnosti. Dlouhodobým cílem je zvládání psychických potíží vhodnou terapií, kterou bývá kognitivně-behaviorální či rodinná terapie. Terapeut s pacientem kontraktuje terapii na 12 sezení jednou za dva týdny. Farmakoterapie je obdobná jako v případě mentální anorexie (RABOCH a PAVLOVSKÝ 1998).

Z hlediska ***terapie*** existuje mnoho terapeutických systémů, ale ne všechny jsou pro poruchy příjmu potravy vhodné, proto se pokusím se vybrat jen ty, jež jsou považovány za nejzásadnější. Nejprve bych se ráda zabývala otázkou vhodnosti výběru mezi stacionární či ambulantní léčbou. Jak jsem již uvedla, stacionární léčba je vhodná v případě ohrožení života. Pokud se stav pacienta stabilizuje a má dostatečnou motivaci ke spolupráci, je dobré ho předat do léčby ambulantní, do které pravidelně dochází a

s kterou aktivně spolupracuje. Součástí ambulantní léčby mohou být terapeutické skupiny pro poruchy příjmu potravy, zatím je jich však pomálu. Skupiny slouží k nácviku vhodných sociálních vzorců chování. Existují také skupiny svépomocné, kterých naopak přibývá. Jde o skupiny, které nemají terapeuta jako odborníka, ale schází se pacienti, jejich rodiny a sdílejí své zkušenosti, poznatky a případně si poskytují rady. Dalším typem je rodinná terapie, která řeší jádro problému nemocného v systému celé rodiny. Terapeut pracuje na narušení patologických vzorců v rodině i ve vztazích, aby se pacient již nemusel uchylovat do nemoci. Jinými vhodnými způsoby terapie může být také arteterapie a taneční terapie (LEIBOLD, 1995).

V Čechách se léčbě poruch příjmu potravy věnují odborníci například jako doc. J.Kocourková, MUDr. J.Koutek, PhDr. D.Krch, doc. H. Papežová, ad.

4 Vliv médií na vnímání vlastního těla

4. 1 Ideál krásy prezentovaný sdělovacími prostředky

Dnešní „mediální doba“ nás naučila přijímat informace, které jsou nám předkládány, aniž bychom o nich více přemýšleli. Zdá se, že tyto informace a tvrzení jsou mnoha lidmi považovány za zcela platné. Pokud jde o reklamy a časopisy, těm se daří znejistit posluchače či čtenáře třeba v tom, zda používají správný šampón na vlasy nebo zda je jejich pleť hebká, jak má „být“. Kdo ale určuje, co a jak má být? Přece nám drahý krém, který sice předvádí v reklamě krásná, mladá dívka nezaručí, že po jeho použití budeme stejně krásné jako ona. Ani naše vlasy nebudou s největší pravděpodobností vypadat jako u dívky z reklamy na Pantene pro-V. Rozhodně nám celulitidu nevyhladí krém Nivea, a ani po jeho nanášení nebude většina z nás vypadat jako ona manekýnka, která krém předvádí. Tenká slečna z reklamy se možná řadě z nás zdá být tak trochu bezpohlavní, ale reklama nám ji dává za příklad, je přeci tak štíhlá, a to je krása, alespoň tak nám je prezentována - čím hubenější, tím hezčí. Není to ale názor, který by prezentovaly pouze reklamy a média, se stejným názorem se osobně setkávám opět v kruhu svých známých. Slečna, která by, dle mého názoru, se svými 45 kg a 170 cm a nožkami, jež vypadají spíše jako kosti potažené kůží, mohla navštívit ordinaci MUDr. Krcha, pro většinu známých (a věřím, že i pro většinu populace) představuje onen vysněný ideál krásy, a to bez ohledu na další aspekty vzhledu, rysy v obličeji…. V jejím okolí se o ní mluví jako o té hezké, hubené, která snad ani nemůže mít žádné starosti, obzvláště ne v partnerských vztazích, jakoby jí vzhled, jež je většinou žen i mužů vnímán jako velmi přitažlivý, automaticky zaručoval spokojený život, opak je ale pravda. Dle názoru J.

Valdrové, *„reklama podsouvá osudový význam štíhlosti, bez níž jako by pro ženu nemělo cenu žít“* (VALDROVÁ, 2006, s. 80).

Reklamy se stále více snaží apelovat na naše svědomí, pokud si dáte něco sladkého, a dokonce snad večer, „šups“ na rotoped či do posilovny. Přece nechceme být tlusté a tím pádem nepřitažlivé. Za atraktivní jsou považováni pouze úspěšní, krásní a oblíbení lidé, to znamená velmi štíhlí. Zdá se, že pro mnoho lidí může být žena krásná jen s ideálními mírami manekýn 90-60-90. V blízkosti lidí, jež sdílí tento pohled na krásu, se člověk s neideálními proporcemi může cítit nepatřičně, a co teprve ten, kým opravdu pohrdají proto, že se zcela vymyká onomu dnešnímu ideálu. To, co v dnešní době u mnoha lidí postrádám, je právě onen pohled, jenž zastává filosofie kalokaghatia, jež vyjadřuje přesvědčení, k němuž dopěli již antičtí Řekové, že ideálem, k němuž bychom měli směřovat, je harmonický soulad a vyváženost tělesné i duševní krásy a dobroty, ctnosti a statečnosti, kde stránka tělesna a duševna mají stejnou důležitost. Sama často pozoruji výraznou dominanci zájmu pouze o fyzično, a to ještě mnohdy takové, které působí nezdravě. Reklamy se nám také snaží zdůraznit, že zdravé tělo znamená zároveň tělo hubené, což ale podle lékařů neplatí. Ti uvádějí, že je dobrý takový fyzický stav, kdy se člověk cítí ve svém těle dobře a má dobrou kondici. Hubenost ale zdraví nezaručí, ba naopak lékaři vnímají jako zdravější spíše než-li mírnou podváhu, mírnou nadváhu. Obsahová analýza prokázala, že ženy jsou v médiích zobrazovány mnohem štíhlejší než muži, kteří jsou prezentováni ve standardní hmotnosti (GROGAN, 2000).

Dále bych se ráda zabývala ženskou a mužskou generovou rolí v reklamě. Ervin Goffman provedl analýzy obrazu mužů a žen a zjistil, že jsou jejich role stereotypizovány. Je zajímavé, že muži v reklamách působí jako silní, vyšší než ženy, vůči ženě většinou vystupují majetnicky, také jsou více v pohybu oproti ženám, které jsou prezentovány jako ty, které leží, na posteli, koberci či sedí v erotických pózách. Ženy jsou zobrazovány tak, že působí křehce, nejistě, závisle. Někdy to ve mně vyvolává dojem, jakoby

žena prezentovaná v reklamách říkala, „dělejte si semnou co chcete“. Pokud se v reklamně objeví žena ve významném postavení, zajímá se pouze o to, aby její účes vydržel celý den perfektní a aby deodorant byl spolehlivý za všech okolností. Jeví se to tak, jako by jediným zájmem ženy v práci byl hezký vzhled. Přestože úhel pohledu na roli muže a ženy ve společnosti se významně posunul kupředu, gendrové stereotypy stále ještě ovlivňují mínění společnosti. Ženy v reklamách vystupují častěji coby hospodyňky než v roli manažerek. Existuje nesčetný počet reklam na zdravotní obtíže všeho druhu, které trápí jak muže, tak ženy, ale jsou prezentovány víceméně ženami, které tak působí slabým či zranitelným dojmem. Zatímco reklam na potíže mužů je po málu, muži jsou tedy zobrazováni jako silné pohlaví (VALDROVÁ, 2006).

Přeceňování fyzického vzezření mohou symbolizovat např. soutěže miss, které jsou nyní v ČR již dvě. Každý rok si tuto soutěž nenechá ujít několik milionů lidí v České republice. V této soutěži mezi sebou dívky soupeří v tom, která vypadá lépe v plavkách, která má nejhezčí postavu a také, která předvede nejlepší volnou disciplínu. Dívka, jež vyhrála v roce 2005 v soutěži Česká miss byla korunována samotným prezidentem republiky V. Klausem. Vítězka ovšem nevynalezla ani lék proti rakovině, ani nezachránila lidský život, prostě jen zvítězila v soutěži krásy a tím si vysloužila uznání od samotného prezidenta. Není tedy divu, že se dnešní mladé dívky mohou vcelku oprávněně domnívat, že být manekýnou je něco naprosto mimořádného, co zvyšuje jejich hodnotu. Po soutěžících miss jsou často vypracovávány tabulky s BMI (index tělesné hmotnosti) jednotlivých soutěžících, kde je patrné, že některé dívky mají podváhu, a přesto jsou finalistkami v soutěži o nejkrásnější dívku ČR, několik našich miss také onemocnělo poruchami příjmu potravy. Lékaři vnímali soutěžící dívky s podváhou jako zdravotní problém (a někdy výrazný). Lékaři apelovali na ředitele soutěže Miss ČR pana Zapletala dopisem, ale bohužel bezúspěšně (VALDROVÁ, 2006).

Nejde tu ovšem pouze o reklamu, která nám předkládá tyto ideály, ty jsou zobrazovány i v médiích. V televizních zpravodajstvích dominují ženy se štíhlou postavou, i v seriálech a ve filmech vystupují v kladných rolích především krásné ženy, a pokud se objeví „neideální" žena, tak většinou prezentuje „neideální" roli. Například v seriálu kriminálka Las Vegas hraje patoložku Afroameričanka s bujným výstřihem, dlouhými loknami vlasů splývajících po ramena, s perfektním make-upem. Těžko uvěřit, že by patoložka při své práci nosila rozpuštěné vlasy.

I v časopisech (jako je např. Cosmopolitan) na nás z prvních stran hledí dívky tak dokonalé, že jim mnohdy ženy závidí krásnou, pevnou a mladistvou pleť. Ani tato dokonalost není tak zcela dokonalá, jak se nám zdá být, fotky modelek totiž bývají retušovány a upraveny počítačově, takže dívky ve skutečnosti tak dokonale nevypadají, přesto nám jsou dávány za příklad, protože z nejistoty žen těží nejvíce kosmetický a dietetický průmysl (FIALOVÁ, 2001). Znejistit nás také mohou i samotní světoznámí návrháři, jež si na svá mola vybírají modelky převážně chlapeckých postav. Velká část těchto návrhářů je homosexuální orientace a možná proto je ženské křivky příliš neoslovují, na svá mola by byli ochotni pustit naše modelky jako Kubelkovou či Šeredovou pod podmínkou, že shodí 5 -10 kilogramů (HUČÍN, 2001).

Vypadá to, jako by po zemi chodily jen ženy s velikostí 32 až 38, ty ostatní, co by chtěly nosit také hezké, barevné, módní oblečení, ve kterém by si připadaly sexy, mají v mnoha obchodních domech smůlu. Určité obchodní značky nechtějí mít co dočinění s oblečením pro silnější zákaznice. Oblečení šité na míru větší velikosti než 40 nebývá zrovna slušivé. Dívky a ženy, které nejsou nejštíhlejší, se také chtějí líbit a být přitažlivé. Souhlasím s výrokem Crookové, která říká: „*Módní oblečení přispívá k ženskému sebevědo-mí"* (cit. dle CROOKOVÉ,1995, s.70). Oblečení o nás mnoho vypovídá, vyjadřujeme jím například to, k jaké patříme společenské třídě, k jaké profesi podle stejnokroje či uniformy, ale také jím vyjadřujeme náš respekt vůči sobě samým (CROOKOVÁ, 1995).

4.2.1 Psychologický vliv médií

Jak jsem již zmínila , informace, které nám prezentují média bez cenzury, přijímáme za platné. Reklamy nás často ovlivňují a přesvědčují. Domnívám se ale, že by však také měla za následky svého působení nést odpovědnost, ale to je etický problém. Z rozboru reklam vysílaných v Německu v roce 1975 vyplynulo, že v popředí reklamních strategií stojí tři pravidla mající zásadní význam.

1) Předvedení

V reklamách vystupují osoby, které užívají či předvádějí určité výrobky. Jde o systém nápodoby, který se zvyšuje s mírou přitažlivosti a důvěryhodnosti prezentované osoby.

2) Předvádění následků

V reklamě nám ukazují či sdělují výhody užívání svých výrobků. Pokud budeme používat určitý krém proti vráskám, tak nám vrásky zcela zmizí. Ukazování následků spočívá na poznání určitého chování, které je zacíleno na úspěch. Příjemné následky je podporují a nepříjemné tlumí. *„Každý zdroj ukazuje následky, zakládá své sdělování na určitých předpokladech o motivaci příjemce. Co na člověka působí, závisí především na jeho předchozím učení a pak i na tom, v jakých oblastech má své potřeby dostatečně uspokojeny a v jakých nikoli“* (cit. dle SCHULZE VON THUNA, 2005, s. 168).

3) Vytvoření asociací

Motivace závisí na tom, jaké pocity v nás určitý předmět vyvolává. Jde o „klasické podmiňování“, tzn. podnět a reakce. Výrobci reklam jsou si vědomi toho, že některé podněty dob dřívějších nemusí v příjemci vyvolávat blahé pocity, proto spojují podněty s něčím příjemným, např. coca-cola spojená s radovánkami na pláži či alkoholický nápoj, který je podbarven hudbou národního klasika A. Dvořáka.

4.3 Možnosti snižování dopadu mediálních vzorů

Podle psychologů může být obranou proti mediálnímu působení, jehož vliv bývá považován za negativní, změna interpretace přijímaných informací (GROGAN, 2000). Možným řešením by bylo apelovat na změnu prostřednictvím médií v kosmetickém a módním průmyslu. Co se týče módního průmyslu, zaujal mě článek, jehož název zněl „Vychrtlé modelky mají utrum“. Jedná se o změny, které velké módní přehlídky činí k zamezení poruch příjmu potravy. Takové akce se konaly ve španělském Madridu, kde zakázali vyhublým manekýnám vstup na přehlídky, jelikož móda má velký vliv na adolescenty, kteří se snaží přiblížit dívkám z mola. Dalším, kdo se připojil k akci proti poruchám příjmu potravy, byla Itálie, která prosazuje, aby BMI (index tělesné hmotnosti) manekýn neklesl pod 18. Ne všechny agentury s těmito opatřeními souhlasí, například zástupkyně agentury Elite v New Yorku se brání a tvrdí, že je to diskriminace modelek, protože některé se rodí opravdu hubené. Do akce se zapojil také Izraelský módní fotograf, který přesvědčuje modelingové agentury, aby dívky, jejichž BMI je nižší než 18, nezaměstnávaly. Agentury nechtějí docílit nezaměstnanosti modelek, proto jim dávají určitou lhůtu na to, aby se „spravily“. V Čechách tato akce zůstala bez ohlasu a míry modelek nikdo nekontroluje. (Poruchy příjmu potravy 2006).

Jelikož se v dnešní době čím dál častěji hovoří o poruchách příjmu potravy v souvislosti s módním průmyslem, řada největších obchodních domů se rozhodla v příštím roce prodávat dámské oblečení až od velikosti 38 (MIKEŠOVÁ, 2007).

Manageři těchto obchodních domů možná předpokládají, že tímto krokem tedy prodávání oblečení až od velikosti 38 zamezí šíření poruch příjmu potravy, ale nevím, zda to na dívky bude mít očekávaný vliv. Ač lze toto gesto obchodních domů vnímat jako vstřícné, je skutečností, že se stanou

diskriminovány dívky či ženy, které mají přirozenou velikost menší než 38, nezbude jim nic jiného, než jít nakupovat jinam, což běžně zažívají ženy větších velikostí, protože v některých módních obchodech pro mladší generaci neseženou oblečení přesahující velikost 40.

V českých médiích proběhla kampaň společnosti Dove za skutečnou krásu, která bojuje proti zobrazování hubených těl v reklamách a ukazuje ženám přípravky na přirozených, spokojených, hezkých, ale nikoli vyhublých ženách. Tato kampaň zaznamenala úspěch u mnoha lidí, hlavně díky tomu, že vrací lidi zpět do reality.

Posuzování toho, kdo se může a nemůže účastnit různých akcí, mě napadlo, že by se tato metoda dala aplikovat i na sportovce, u kterých jsou často před závody sestavovány komise, které zjišťují doping, ale už nikdo neřeší zdravotní stránku z hlediska možné podvýživy. Právě u sportovců je obtížné určovat limity BMI, protože rizikové skupiny poruch příjmu potravy do kterých patří určité profese si žádají hubené až nezdravě vypadající postavy.

Prevenci bych viděla ve vzdělání a přípravě trenérů či učitelů na uměleckých školách, kteří berou většinou v potaz pouze dobré výkony, estetickou stránku, ale často nehledí na zdraví svých svěřenců. Primární by měla být především osvěta v rámci rodiny. Nemyslím, že je možné změnit patologickou rodinu, ale jedná se mi především o akcentaci důležitosti zdraví a odpovědnosti rodičů za způsob výchovy jejich dítěte. Ale neméně důležité pro společnost je, jak se domnívám, vysvětlení nevhodných mediálních tlaků na štíhlost a její přeceňování. Začátek prevence bych viděla již u dětí v mateřské škole. Již odmala by se u dětí neměly pěstovat předsudky vůči silnějším dětem. Na základních školách bych pořádala semináře, který by byly vedeny odborníkem, jenž by děti obeznámil se zdravým životním stylem a se vším, co se týká poruch příjmu potravy. Odborník by mohl případně působit jako poradce pro děti, které mají problém buď s nižší či vyšší váhou. V předmětech jako je občanská nauka, dějepis, rodinná výchova a biologie by měl být kladen větší důraz na

hodnotu zdraví, v dějepise by se mohlo více zpracovat historické pojetí krásy.

Ačkoliv nejsem přívržencem cenzury, někdy ji postrádám, hlavně v reklamách. V televizi se často zmiňují o komisích, které určují, zda je reklama, která jde do vysílání, vhodná, jestli není agresivní či vulgární atd. Poslední dobou se často podivuji nad nevhodností reklam, a zda dohlížející komise na reklamy stále vykonává svou funkci. V roce 2007 se objevila reklama na smetanový jogurt, kde smetanové jogurty někam letí a nesmetanový jogurt se k nim chce přidat. Převaha smetanových jogurtů ho ovšem odmítne s tím, že není jedním z nich. Podle mého názoru je tato reklama neskrytě diskriminační.

Každoroční soutěže miss jen tak z obrazovek nezmizí, proto bych viděla jako vhodné obohatit soutěž o dívky s „přijatelnými, zdravými“ fyzickými proporcemi a výškou, aby bylo zřetelné, že vyhublost s krásou nejdou nutně ruku v ruce. Kromě této soutěže bych dala prostor soutěžím zcela odlišného typu, charakteru, které by spíše vypovídaly o inteligenci, znalostech a schopnostech dívek a žen, a byly rovněž společensky ceněny. Snad by se začal klást u žen větší důraz na jiné stránky než pouze fyzické, aby nepřetrvávaly předsudky o chytrých ženách, které jsou často podle médií brýlaté, šedé myšky bez vkusu. Neměli bychom se poučit v tomto směru od antiky a směřovat kromě krásy fyzické také k moudrosti a přiměřenosti?

Česká republika se sice snaží držet krok se západní společností, ale z hlediska přístupu k zdraví jako k společenské a estetické prioritě pořád ještě pokulhává. Není to pouze oblast problémů poruch příjmu potravy, jsou to i další celospolečenské problémy jako například podávání alkoholu mladistvým, neomezený přístup mladistvých k hracím automatům. Například i návrh zákona o kouření na veřejných místech jako jsou restaurace u nás neprošel poslaneckou sněmovnou, protože osobní a ekonomické zájmy převažují nad zdravím jako primární hodnotou. Poslanci zákony tvoří, jak se domnívám, spíše pro sebe. V jiných zemích jako je např. Irsko, Skotsko tento návrh prošel, další země jako například Francie

se také chystá k přísnějším opatřením. O anorexii a bulimii se často v hromadných sdělovacích prostředcích nemluví. Častěji se tato problematika objevuje v běžných časopisech a novinových článcích, méně v TV.

Pokud se vrátím zpět k reklamám, ty častěji řeší problém obezity, která se zdá být frekventovanějším jevem než anorexie i bulimie, které jsou patologickými jevy společnosti jako jiné závislosti, a život člověka ohrožují právě tak.

5 Dotazníkové šetření

5.1 Popis problému

Téma, na které jsem se zaměřila ve svém dotazníkovém šetření, je existence vztahu mezi poruchami příjmu potravy a mediálními vlivy. Tento vztah jsem se rozhodla sledovat proto, že se mi jevil v současné době jako velmi aktuální, a to z důvodu medializace štíhlosti, možná by bylo přesnější říci hubenosti, a to jak v televizních pořadech zaměřených na volbu královny krásy, tak v různých časopisech pro ženy a dívky, kde modelky zdaleka neodpovídají tělesnému standardu současné populace.

5.2 Cíle šetření

Cílem mého průzkumu bylo, pokusit se pomocí sestaveného dotazníku alespoň aproximativně zjistit, zda média významným způsobem ovlivňují vznik a trvání poruch příjmu potravy. Při šetření jsem se zaměřila, na skupinu respondentů léčících se s poruchami příjmu potravy. Pro srovnání mi pak sloužila komparační skupina lidí z „běžné“ populace. Mým další cílem pak bylo vzájemně porovnat výsledky obou sledovaných skupin.

5.3 Hypotézy

1. Ve vnímání ideální ženské postavy se mezi zkoumanou a komparační skupinou prokáže výrazný rozdíl (sledovaná skupina bude vykazovat nižší BMI než komparační skupina).

2. Vliv, který bude vnímán respondenty obou skupin jako nejsilnější, bude představovat TV (tel. pořady a tel. reklamy).

3. Výraznější tlak ze strany médií budou u obou sledovaných skupin vykazovat spíše mladší respondentky do 25 let.

4. Stravovací návyky a životosprávu ovlivňuje u obou sledovaných skupin snaha přiblížit se současnému ideálu krásy.

5. Vnímání vlastní postavy jako faktoru osobní spokojenosti se objeví u obou skupin alespoň v 50% odpovědí.

6. Péče o vlastní postavu bude podmiňována vnější motivací.

5.4 Výběr a popis metody

K realizaci svého cíle, tedy k vzájemnému porovnání vlivu médií na obě sledované skupiny, jsem zvolila jednu z metod nepřímého pozorování – dotazník. Při mých prvotních úvahách o výběru metody jsem byla nakloněna spíše realizaci kvalitativního „výzkumu“, a to metodou „focus group“, která pro mne byla zajímavá především tím, že poskytuje „*možnost pozorovat v omezeném časovém úseku velké množství interakcí týkajících se předmětu výzkumu“* (MORGAN, 2001, s.21).

K použití kvantitativní metody - dotazníku jsem přistoupila po té, co jsem zjistila, že je velmi nesnadné získat povolení pro spolupráci na výzkumu a následně prostor pro oslovení hospitalizovaných s poruchami příjmu potravy. Proto jsem nakonec zvolila takovou metodu, která bude pro respondenty co nejméně časově náročná.

Dotazník

Protože si nejsem vědoma toho, že by existoval dotazník, který by zodpověděl mé hypotézy, rozhodla jsem se, že se pokusím sestavit vlastní dotazník. Právě sestavení dotazníku hodnotím jako nejnáročnější část celé práce. Formulovat otázky tak jednoznačně, aby respondentům neposkytovaly prostor k různé interpretaci otázek, se mi zcela nezdařilo.

Uvítala jsem ale výhody, které plynou z použití dotazníkového šetření, a to možnost získat data od relativně velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase s malými finančními náklady, a to při zajištění poměrně velké míry anonymity (DISMAN, 2005).

Pro distribuci dotazníku jsem použila techniky „klassenzimmer-fragenbogen“, která mi umožnila využít toho, že se pacientky daného oddělní nacházely ve stejný čas na stejném místě. Měla jsem tak možnost předat instrukce pro vyplňování dotazníku všem respondentkám z dané skupiny současně. Použití této techniky mi rovněž umožnilo čelit některým nevýhodám dotazníkového šetření, jako je např. nízká návratnost. Tato technika v kombinaci s ochotou ke spolupráci personálu daného oddělní mi umožnily „nemotivovat“ klientky daného zařízení k participaci na výzkumném šetření. Domnívám se, že tím se zvýšila návratnost dotazníků u sledované skupiny, která byla 100%.

Použitím techniky „klassenzimmerfragenbogen“ jsem se rovněž vyvarovala toho, aby byl dotazník vyplněn jinou osobou než tou, která reprezentuje sledovanou skupinu. V neposlední řadě pak vedlo použití této techniky také k časové úspoře, protože nebylo nutné instruovat každou respondentku zvlášť.

Dotazník je určen dvěma skupinám respondentek, proto jsem považovala za žádoucí vytvořit také dvě verze dotazníku, které se liší pouze ve dvou otázkách týkajících se poruch příjmu potravy. Jedna verze dotazníku je určena pacientům, resp. pacientkám s poruchami příjmu potravy a druhá verze dotazníku byla distribuována srovnávací skupině žen z „běžné“ populace.

V dotaznících používám především otázky otevřené, které poskytují respondentům prostor pro popsání vlastních myšlenek, názorů či postojů a otázku polozavřenou. V dotazníku používám také otázku „filtrační“(viz otázka č. 5, dotazník verze B). Tento typ otázky rozděluje dotazované na ty, kterým budou položeny následující otázky, a ostatní, kteří na ně nebudou odpovídat (KANEOVÁ, 1985). Dotazník uzavírají tři „identifikační“ otázky, a to otevřené otázky, kdy respondent označí své pohlaví, dosažené vzdělání a v otázce otevřené doplní svůj věk.

Sledované skupině jsem vytisknutý dotazník sama předložila se stručnou instrukcí, jak jej vyplnit. U skupiny komparační jsem k distribuci mnohdy využila jak ochoty mnou poučeného prostředníka, tak v několika případech zaslání otázek prostřednictvím e-mailu.

5.5 Výběr respondentů

Kritériem pro výběr respondentů ve sledované skupině bylo stanovení diagnózy F50.0 (mentální anorexie) či F50.2 (mentální bulimie) a zahájený proces léčby. V průběhu samotného dotazníkového šetření sledované skupiny se ukázalo, že respondentkami jsou pouze ženy, s jedinou výjimkou. Celkem se mi podařilo získat data od 15 respondentek a jednoho respondenta ze sledované skupiny. Sledovaný vzorek je ale příliš malý a jeden muž nemůže reprezentovat mužský vzorek. Z tohoto důvodu jsem jeho vyplněný dotazník nezahrnula do šetření. Kritériem pro výběr respondentů do komparační skupiny pak bylo pohlaví (žena). Z osloveného vzorku lidí z „běžné“ populace, která tvořila srovnávací skupinu, jsem získala 20 vyplněných dotazníků žen a dívek.

Pro výběr vzorku respondentů jsem použila účelový výběr, tedy jednu z metod nepravděpodobnostního výběru. K tomuto typu výběru jsem přistoupila z toho důvodu, že zkoumaná populace splňuje podmínku přesně

definovaného a zkoumaného vzorku (osoby léčící se s poruchou příjmu potravy). Jsem si ale vědoma skutečnosti, že účelový výběr neumožňuje generalizaci závěrů šetření, ale zobecnění je platné pouze pro ty pacienty, kteří se nacházeli na oddělení v době, kdy jsem uskutečnila dotazníkové šetření.

5.6 Organizace průzkumu

Dříve než jsem se zabývala praktickou částí bakalářské práce, kontaktovala jsem odborníka na problematiku poruch příjmu potravy a konzultovala s ním vhodnost zařízení pro realizaci šetření. Byla jsem však upozorněna, že při oslovování zdravotnických zařízení pracujících s tímto typem klientely se budu s největší pravděpodobností potýkat s problémem, jelikož o výzkum této problematiky je velký zájem, a lékaři do prostor klinik přijímají další osoby, které s klinikou jinak nespolupracují, pouze výjimečně. Po této konzultaci jsem přehodnotila svůj původní plán, provádět praktickou část práce za užití kvalitativní metody „focus group“, a rozhodla jsem se pro použití kvantitativního šetření formou dotazníku, a to právě z důvodu menší časové náročnosti pro participanty.

První telefonické kontakty jsem směřovala do pardubického kraje, místa mého bydliště, kde jsem oslovila svépomocnou skupinu pro osoby s poruchami příjmu potravy. Zjistila jsem však, že svépomocná skupina se už několik let neschází. Obdobně neúspěšně pokračovalo i mapování dalších zařízení a odborníků orientujících se na skupinovou práci s lidmi s poruchami příjmu potravy v pardubickém kraji.

Další telefonický kontakt jsem proto směřovala již do Prahy na Psychiatrickou kliniku Ke Karlovu, kde se mi díky kontaktům dostalo od doc. Papežové - vedoucí oddělení 3 - kladné odpovědi a přislíbení možné spolupráce. Na oddělení bylo v době mé návštěvy hospitalizováno dvanáct pacientů starších osmnácti let. Pacienti bývají hospitalizováni na šest až

osm týdnů. Dotazník jsem respondentům předkládala osobně, proto jsem případné dotazy mohla řešit na místě.

Následnou spolupráci mi nabídl denní stacionář, který se též nachází v budově psychiatrie Ke Karlovu. Stacionář funguje od roku 2002 a je prvním zařízením tohoto typu v ČR. Docházet do něj mohou plnoletí pacienti, a podmínkou pro přijetí je BMI (Body Mass Index) 16.

Respondenty stacionáře jsem získávala postupně, ve dvou skupinách, jelikož ve dnech, kdy jsem na stacionář dorazila, byla řada pacientů z důvodu nemoci nepřítomna. Doktorka Ratajová, která vedla stacionář, byla velmi ochotná a přístupná mé další návštěvě. Pacienti i přes nepřeberné množství dotazníků, které vyplňují, projevili při participaci na mém dotazníkovém šetření velkou motivaci a všechny otázky pečlivě zpracovali.

Měla jsem možnost pozorovat výrazný rozdíl v přístupu respondentů v situaci, kdy jsem byla personálem stacionáře představena, a v situaci, kdy jsem respondentky oslovovala s žádostí o participaci sama, bez asistence odborného personálu zdravotnického zařízení. V prvním případě, kdy jsem byla zdravotní sestrou stacionáře představena, jsem spolupráci s respondentkami vnímala jako velmi příjemnou, ale při mé druhé návštěvě, kdy jsem zbylou skupinu respondentek oslovovala sama, byly v chování a komunikaci pacientek vůči mě znát rozdíly.

Větší problém jsem zaznamenala u komparační skupiny, neboť jejich motivace pro participaci na dotazníkovém šetření nebyla příliš velká a odpovědi této skupiny bývaly velmi stručné, mnohdy obecné a nic nevypovídající. Z toho důvodu jsem začala oslovovat s žádostí o distribuci dotazníku své známé, kteří dotazník šířili dál.

5. 7 Utřídění dat

5.7.1 Návratnost dotazníků

V rámci dotazníkového šetření jsem oslovila dvě skupiny respondentů. Ve sledované skupině jsem kontaktovala 16 respondentů. V tomto vzorku se však objevil jeden muž, který v takto malém zastoupení nesplňoval kritéria pro reprezentování samostatného (mužského) vzorku, z toho důvodu jsem jeho vyplněný dotazník nezahrnula do výsledků šetření. Návratnost dotazníků ve sledované skupině činila 100% (viz Tab. 1).

V komparační skupině jsem prostřednictvím dotazníků oslovila celkem 27 osob, z nichž bylo do šetření zahrnuto 20 dotazníků. Zpět jsem získala dotazníky od 25 osob, ale zbylých 5 jsem do šetření nezahrnula, z důvodů neúplných údajů (chybějící odpovědi na některé otázky) nebo obecných, neosobních odpovědí. Návratnost dotazníků v komparační skupině činila 92,5%.

Tab. 1 – Návratnost dotazníků od jednotlivých sledovaných skupin zahrnutých do šetření

	Počet rozdaných dotazníků	Počet vrácených dotazníků	Návratnost dotazníků v %	Počet dotazníků nezahrnutých do šetření	Počet dotazníků zahrnutých do šetření v %
Sledovaná skupina	16	16	100	1	93,7
Komparační skupina	27	25	92,5	5	74,0

5.7.2 Výsledky dotazníkového šetření

Otázku č. 1: *„Ideální ženskou postavu vnímám váhu __ kg při výšce __ cm“.* jsem zpracovala pomocí indexu tělesné hmotnosti (BMI), jehož výpočet je následující - tělesná váha (kg) / výška (m²).

Tab. 2 – Srovnání ideální BMI u obou sledovaných skupin

	Nejnižší BMI	Nejvyšší BMI	Průměrné BMI
Sledovaná skupina	17,3	27,2	20,33
Komparační skupina	17,3	22,8	20,16

Z hodnocení dotazníku obou skupin vyplývá, že průměrný BMI obou skupin je obdobný (viz Tab. 2).

Ve sledované skupině respondentek je průměrný BMI 20,33. Index tělesné hmotnosti se pohybuje v rozmezí normální váhy mezi 18,5 – 24,9 BMI. Od tohoto rozpětí se odchylují pouze dvě respondentky, jedna z nich uvedla jako ideální ženskou postavu, postavu s podváhou (17,3 BMI) a druhá z nich naopak s nadváhou (27,2 BMI).

BMI u komparační skupiny respondentek se stejně jako u skupiny zkoumané pohyboval v normální váze. Míry s podváhou zaznamenala pouze jedna z respondentek. Nadváhu neoznačila žádná. Průměrný BMI všech žen z komparační skupiny je 20,16.

Tab. 3 – Průměrné hodnoty jednotlivých druhů masmédií přidělené sledovanou skupinou

Druhy masmédií	Průměrná hodnota
časopisy pro ženy	4
internet	4,4
denní tisk	4,9
televizní pořady	5
populární literatura	6,2
reklamy v časopisech	6,2
televizní soutěže	6,6
billboardy	6,8
bulvární tisk	6,8
televizní reklamy	6,9
jiné	8,3

Tab. 4 – Průměrné hodnoty jednotlivých druhů masmédií přidělené komparační skupinou

Druhy masmédií	Průměrná hodnota
populární literatura	4
denní tisk	4,25
časopisy pro ženy	4,5
internet	4,75
televizní pořady	4,85
reklamy v časopisech	5,5
televizní reklamy	5,95
televizní soutěže	6,35
billboardy	7,4
bulvární tisk	8,05
jiné	8,95

Výsledky otázky č. 2: *„Který druh masmédií Vás dle Vašeho názoru ovlivňuje nejvíce (ohodnoťte známkou 1) až po nejméně (ohodnoťte známkou 11)“.* jsou u obou skupin srovnatelné. Denní tisk a časopisy pro ženy figurují u obou skupin respondentů na prvních třech místech. Pouze u komparační skupiny se objevuje vliv populární literatury již na prvním místě, zatímco u sledované skupiny zaujímá až páté místo (viz Tab. 3,4).

Data, která jsem získala prostřednictvím otevřených otázek, jsem dále třídila a kódovala. Hledala jsem opakující se témata a kategorie, jež jsem se snažila graficky znázornit. V případě otázky č. 3: *„Mé stravovací návyky a životosprávu (diety, cvičení, ...) ovlivňuje především...“* jsem nejprve použila členění dat do dvou základních - obecných kategorií (vnější a vnitřní faktory).

Při porovnání výsledků dotazníků u této otázky vyplynulo, že obě skupiny respondentek uvedly některé společné faktory. Těmito faktory jsou vlastní pocity, společnost a okolí a také rodina. Kategorie „vlastní pocity“ se u sledované skupiny objevuje na prvním místě (s 60%) a u skupiny komparační se vyskytuje jako druhá nejčastěji volená kategorie (s 25%). Ostatní společné kategorie se ukazují pro obě skupiny jako různě významné (viz Graf 1, 2).

Tvrzení respondentek obou skupin v otázce č. 4: *„Má motivace k udržení postavy by se změnila, kdyby ...“* jsem shrnula do obecnějších kategorií. Sledovaná skupina respondentek uvedla jako dva nejčastější motivy pro změnu motivace sebepřijetí a dále pak odpověď nic, která vylučuje změnu motivace. Respondentky v komparační skupině uváděly jako faktor, který by mohl vést ke změně jejich motivace k udržení postavy nejčastěji zdravotní problémy a dále pak jiné podněty ke změně.

Odpovědi respondentek obou skupin se několikrát shodovaly v motivech, které by mohly vést k udržení jejich postavy. Šlo o odpovědi týkající se ideální váhy (13,3% - u sledované skupiny a 15% u skupiny

komparační), nástupu zdravotních problémů (13,3% u sledované skupiny, 30% u srovnávací skupiny), případné mateřství (u sledované skupiny 6,6% a 5% u komparační skupiny), módní trendy (13,3 % u sledované skupiny a 10% u skupiny srovnávací). U obou skupin se objevila rovněž odpověď nevím (viz Graf 3, 4).

V odpovědích obou skupin bylo také možno shledat jistá specifika, např. sledovaná skupina vykazovala (na rozdíl od skupiny komparační) potřebu přijetí druhými a také byl zmíněn vliv stravování v rodině. Respondentky v komparační skupině zase vykazovaly více motivace související s vnějšími změnami, jako je změna zaměstnání, ztráta partnera, či více času na sebe.

Na otázku č. 5: *„Domnívám se, že na vzniku mých obtíží s příjmem potravy se podílí..."* byly odpovědi rozdílné, nejvíce procent získala nespokojenost s vlastní postavou (26,6%), ale důležitou roli u sledované skupiny hrálo nízké sebevědomí (20%), stravovací režim (20%), názor okolí (20%) a touha po štíhlosti (rovněž 20%) (viz Graf 5).

Komparační skupina odpovídala na tomto místě na otázku: *„Potýkala jste se někdy s problémy s příjmem potravy*?" 70% všech respondentek odpovědělo, že s příjmem potravy nemělo nikdy žádný problém, naopak 20% respondentek ve své minulosti již takovou zkušenost zažilo. 10% participantek se v současnosti nebo ve své minulosti potýká (potýkalo) se špatnou životosprávou (viz Graf 6).

Otázka č. 6: *„Domnívám se, že na přetrvávání mých obtíží s příjmem potravy se podílí ..."* byla určena pouze sledované skupině respondentek. V odpovědích figurují jak vnější, tak vnitřní vlivy, nelze říci, že by jeden z nich výrazně dominoval. Nejčastěji byl uváděn vliv okolí (33,3%), dále pak zvyk a vztah k sobě, které činily 20% odpovědí (viz Graf 7).

Komparační skupině byla položena otázka: *„Pokud jste se s problémy příjmu potravy potýkala, můžete napsat o jaké se jednalo? "*

Celých 33,3% respondentek uvedlo, že trpělo diagnostikovanou poruchou příjmu potravy, 10% trpělo problémy s příjmem potravy vlivem zátěžové situace a dalších 10% uvedlo problémy s nepravidelným stravováním (viz Graf 8).

V odpovědích na otázku č. 7: *„To, jakou mám postavu, je pro mne...“* jsou patrné rozdíly u obou skupin, které vnímám jako významné. Sledovaná skupina respondentek s poruchami příjmu potravy jako jediná uvedla, že postava je pro ně velice důležitá, u komparační skupiny se taková odpověď nevyskytla vůbec. Žádná ze skupiny sledovaných respondentek neuvedla spokojenost s vlastní postavou. Pro polovinu respondentek z komparační skupiny je postava důležitá a 20% není se svou postavou spokojeno (viz Graf 9, 10).

5.8 Diskuse

Při uvažování o formulaci mé první hypotézy jsem vycházela z předpokladu, že sledovaná skupina respondentek léčících se s poruchami příjmu potravy bude inklinovat k preferenci patologicky štíhlé – hubené postavy, na rozdíl od běžné populace reprezentované komparační skupinou. K mému překvapení se tato hypotéza v dotazníkovém šetření nepotvrdila, naopak komparační skupina vykazuje nižší ideální BMI (20,16) než sledovaná skupina (20,33 BMI). Přesto se hodnoty indexu tělesné hmotnosti pohybují v rozmezí normální váhy (18,5 – 24,9 BMI) (viz Tab. 2). Položila jsem si otázku, co může být příčinou téměř shodné představy o ideální postavě u běžné a „nemocné“ populace. Předpokládám, že možným vysvětlením tohoto, pro mne překvapivého jevu, může být efekt již probíhající léčby u sledované skupiny respondentek a současně rostoucí idealizace velmi štíhlé postavy běžnou populací.

Můj předpoklad, že televize, resp. televizní pořady a reklamy budou oběma skupinami respondentek vnímány jako „nejvlivnější“ masmédium, výsledky dotazníkového šetření nepotvrdily. Při formulování této hypotézy jsem se opírala o předpoklad, že televize představuje nejrozšířenější a nejpopulárnější masmédium, jejímuž vlivu je obtížné se vyvarovat, a to nejen díky jeho rozšířenosti téměř do všech domácností, ale rovněž díky skutečnosti, že neklade nároky na divákovu aktivitu (divák nemusí nic vyhledávat, číst,...). Televizní pořady se umístily u sledované skupiny na čtvrtém místě a reklamy dokonce až na desátém místě. U komparační skupiny se televizní soutěže umístily na místě pátém a reklamy sedmé v pořadí (viz Tab. 3,4).

Třetí hypotézou jsem si chtěla ověřit platnost své domněnky, že vliv sdělovacích prostředků bude mít výraznější dopad na mladší generaci, která je intenzivněji vystavena sílícímu tlaku médií a to v období dospívání, kdy adolescent posuzuje vlastní tělo ve vztahu k aktuálnímu standardu atraktivity a porovnává se se svými vrstevníky i soudobým přijímaným ideálem (VÁGNEROVÁ, 2005). Domnívám se, že mediálnímu tlaku jsou vystaveny i respondentky dospělého věku, ovšem u této skupiny dospělých respondentek jsem předpokládala, že budou vůči těmto tlakům vzhledem ke svému vývojovému období méně senzitivní nežli adolescentní respondentky. Tento předpoklad se ale v dotazníkovém šetření nepotvrdil. U sledované skupiny vnímá tlak ze strany médií jak 20% respondentek ve věku do 25 let (věk participantek se pohybuje od 21-23 let), tak 20% respondentek starších 25 let (ve věku 28-47 let). V komparační skupině tlak ze strany médií pociťuje pouze 15% respondentek, z toho 10% mladších 25 let a 5% starších 25 let. Lze tedy říci, že vliv médií je pociťován obdobně intenzivně ve všech sledovaných věkových kategoriích (21-47let).

O vlivu aktuálního ideálu krásy se objevuje v odpovědích respondentek pouze jedna explicitní zmínka, a to ve sledované skupině:

„všeobecné představy o ideálu ⇒ tzn. jak na mě reagují druzí“. Kromě této zjevné odpovědi lze i v dalších výpovědích respondentek převážně sledované skupiny vnímat nuance, které na význam ideálu krásy ukazují. Mnohdy k takovémuto „dokreslení“ dojde kombinací dvou či více odpovědí, jako je tomu např. v odpovědích: *„touha po dokonalosti, časopisy“, „má vlastní nespokojenost, masmédia“, „hodnocení druhých a ženské časopisy“.* Domnívám se, že rovněž zmínku o jakýchkoli médiích a tlaku společnosti lze stavět do případného vztahu se společnosti předkládaným ideálem krásy, tak je tomu např. v odpovědích: *„časopisy“, „masírka společnosti“, „lidé kolem mě, v práci,“ „názory ostatních“,“ strach z tloušťky“, „obava z tloustnutí“, „televize, reklama, časopisy apod.“, „reklamy a masmédia jako taková – popř. i obchody, které neustále nabízejí menší a menší kolekce viz Terranova, ..“ , „časopisy, reklama, pořady v TV atd.“.*

Tento typ odpovědí se objevuje u obou skupin respondentek, přesto u sledované skupiny tvoří významnější část odpovědí nežli u skupiny komparační.

Dotazník je sestaven převážně z otevřených otázek bez předem nabízených variant odpovědí, proto jsem z dotazníkového šetření nezískala takové formulace odpovědí, z nichž by jednoznačně vyplynulo, zda je to právě snaha přiblížit se aktuálnímu ideálu krásy, která výrazně ovlivňuje stravovací návyky a životosprávu respondentek (viz Graf 1, 2).

Při formulování páté hypotézy jsem vycházela z předpokladu, že pro většinu osob, zvláště pak žen, bude vnímání vlastní postavy významným způsobem ovlivňovat osobní spokojenost. Toto moje očekávání bylo výsledky dotazníkového šetření potvrzeno. Obě skupiny respondentek uváděly vnímání vlastní postavy jako faktor, který významně ovlivňuje jejich osobní spokojenost. Tento jev byl zvláště patrný u sledované skupiny, kde je vlastní postava velice důležitá pro 40% všech dotazovaných a dalších 33,3% respondentek ji považuje za důležitou. „To, jakou mám postavu, je

pro mě důležité“ je výrok, ke kterému se hlásí přesně 50% respondentek z komparační skupiny. Hypotéza, že *„vnímání vlastní postavy jako faktoru osobní spokojenosti se objeví u obou skupin alespoň v 50% odpovědí“,* se tak zcela potvrdila, přičemž u sledované skupiny takto odpovědělo více než 70% participantek (viz Graf 9,10).

Jelikož vnímám jednoznačně vymezený prezentovaný ideál krásy a s ním související silný tlak médií, vyslovila jsem hypotézu, že *„Péče o vlastní postavu bude podmiňována vnější motivací.“* Výsledky dotazníkového šetření sice potvrdily význam vnějších faktorů na motivaci k udržení štíhlé postavy, ale jako významnější se ukázala být motivace vnitřní. U sledované skupiny uvádí 59,8% respondentek, že na jejich motivaci k péči o postavu se podílí takové faktory, které lze přiřadit do kategorie „vnitřní motivace“. Motivaci vnější (jako je například přijetí druhých, módní trendy, ztráta partnera,…) uvádí 33,2% respondentek sledované skupiny. Obdobný poměr mezi vnější a vnitřní motivací vykazuje i komparační skupina (70% vnitřní motivace, 50% vnější motivace) (viz Graf 11,12).

5.9 Hodnocení průzkumu

Metodou, kterou jsem použila pro realizaci cíle šetření, byl dotazník sestavený převážně z otevřených otázek. Již v průběhu zadávání dotazníku a dále pak i v procesu vyhodnocování dotazníkového šetření se odhalovaly některé nevýhody a limity využití tohoto typu dotazníku a také zvláštní nároky, jež jsou kladeny na výzkumníka či zadavatele dotazníku. Patří sem například požadavek na srozumitelnost instrukcí a otázek pro každého z respondentů. Přestože jsem se snažila ověřit srozumitelnost svého dotazníku tím, že jsem jej nechala schválit a vyplnit třem lidem ve svém okolí, v průběhu samotného dotazníkového šeření jsem zjistila, že navzdory tomuto opatření si řada respondentů vysvětluje instrukci u otázky č. 2 jinak, než jak byla míněna. Chybnému vyplnění odpovědi jsem se snažila

předcházet v případě sledované skupiny slovní instrukcí, ale i ta se v řadě případů ukázala být nedostačující. Dotazníky zasílané e-mailem jsem rovněž doplnila o další instrukci směřující k objasnění otázky č. 2.

Další bod dotazníku, který jsem vnímala jako problematický, představuje ot. č. 1, která zní: „Ideální ženskou postavu vnímám váhu ___kg při výšce___cm“. Tato otázka mi sice podala částečnou výpověď o tom, jak respondenti hodnotí ideální váhu a výšku, ale neposkytla mi bohužel informace o tom, jakou mají představu o ideální postavě jako takové. Domnívám se, že zajímavější, přesnější a objektivnější informace by pro tento účel bylo možno získat užitím metody siluety, kde by respondentky volily z vyobrazených ženských postav tu, kterou hodnotí jako ideální.

Rovněž považuji za podstatné znovu zmínit fakt, že z důvodu nevelkého počtu dotazovaných, který pro zobecňující výstupy není postačující, nelze hovořit o tom, že by uvedená data měla výpovědní platnost o ženách potýkajících se s poruchami příjmu potravy.

Závěr

Téma, na které jsem se ve své bakalářské práci zaměřila, je existence vztahu mezi poruchami příjmu potravy a mediálními vlivy.

V první části své práce vymezuji základní pojmy vztahující se k problematice poruch příjmu potravy a masmédiím.

Ve druhé části práce se zabývám faktory, které ovlivňují vznik poruch příjmu potravy. Jedná se o faktory sociální a kulturní, v nichž uvádím jako možné příčiny vzniku nemoci dietní a módní průmysl. Dále faktory biologické, které souvisí s ženským pohlavím a vývojovým obdobím, ve kterém se člověk nachází. Faktory genetické sledují především vliv dědičnosti z generace na generaci, ale rovněž dědičnost mezi sourozenci nebo dvojčaty, kde se prokázaly častější potíže než v rodinách bez dvojčat. V psychologických faktorech zmiňuji vybrané studie, jež byly provedeny na téma spokojenosti žen i mužů s jejich postavou, a také představuji některé metody, jež se používají při hodnocení postavy. Zaměřuji se ale i na spokojenost s vlastní postavou a na její souvislost s etnickým původem či společenskou třídou.

Třetí část své bakalářské práce jsem věnovala stručnému popsání průběhu nemoci a postupné změně chování nemocných. Dále jsem navázala na prognózu a léčbu poruch příjmu potravy, kde popisuji možné způsoby léčby a druhy terapií. Věnuji se ale také skupinám, které jsou díky své profesi více ohroženy poruchami příjmu potravy než skupiny jiné.

V poslední části teoretické práce se zabývám médii a jejich vlivem na vnímání vlastního těla, který ve své práci shledávám jako stěžejní problém. Ve vlivu médií, spatřuji nepřetržitou prezentaci aktuálního ideálu krásy, jež ovlivňuje nejenom mladou populaci, ale i střední generaci. Závěr teoretické

části jsem pojala spíše jako doporučení a připojila vlastní návrhy, jež by mohly vést ke změnám přístupu společnosti k této problematice.

Cílem praktické části bylo zjistit existenci vztahu mezi poruchami příjmu potravy a mediálními vlivy. I když výsledky mého šetření nemohu díky velikosti vzorku považovat za obecně platné, tak existence vztahu mezi poruchami příjmu potravy a mediálními vlivy se mi potvrdila. Nebylo to však zjištění nijak závratné, jelikož respondentky ve většině případech neoznačily mediální vlivy jako ty, které by přímo ovlivňovaly jejich nemoc.

Soupis bibliografických citací

CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5

COHEN, R.M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* Přel. Silvie Struková. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4

De FLEUR,M.L. a BALLOVÁ-ROKEACHOVÁ, S.J. *Teorie masové komunikace.* Praha: Karolinum, 1996. 363 s. ISBN 80-7184-09-8

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha: Karolinum, 2005. 371 s. ISBN 80-246-0139-7

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

FIALOVÁ, L. *Moderní body image*. Praha: Grada, 2006. 92 s. ISBN 80-247-1350-0

FRAŇKOVÁ, S.a DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. 250 s. ISBN 80-246-0548-1

GAJDOŠ, P. (ed.)*.* Vychrtlé modelky mají utrum. *Zpravodaj Anabell.* 2006, č.11, s.10-11.

GROGAN, S. *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Přel. Jana Krchová. Praha: Grada, 2000. 184 s. ISBN 80-7169-907-1

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 45, 82, 432. ISBN 80-7178-303-X.

HVÍŽĎALA, K. *Moc a nemoc médií*. Praha: Máj, 2003. 267 s. ISBN 80-86569-70-5

HUČÍN, J. Nejste krásní? Nevadí. *Psychologie dnes.* 2001, 7,10, s. 9-11.

JACOBI, C., PAUL,T. a THIEL, A. *Poruchy příjmu potravy*. *Pokroky v psychoterapii*. Přel. Nina Langošová.Trenčín: Vydavatelstvo F, 2006. 128 s. ISBN 80-88952-35-2

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník.* Praha: Portál, 2001, s. 153. ISBN 80-7178-535-0

JIRÁK, J, KÖPPLOVÁ, B. *Média a společnost.* Praha: Portál, 2003. 207 s. ISBN 80-7178-697-7

KANE, E. *Doing Your Own Research.*London-New York: Marion Boyars, 2001. 385 s. ISBN – 10 071-45-30433

KOUCKÁ, P. Kalokagathia. *Psychologie dnes*. 2006,12, 6, 11-16. ISSN 1212-9607

KRCH, F. D. *Mentální anorexie.*Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840- X

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. *Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. 140 s.ISBN 80-205-0499-0

MALONEY, M. a KRANZOVÁ, R. *O Poruchách příjmu potravy.* Přel. Jana Krchová. Praha: Lidové noviny, 1997.150 s. ISBN 80-7106-248-0

MCLUHAN, M. *Understanding media : the existions of man.* New York: New American Library, 1964. 318 s.

MIKEŠOVÁ, J. Místo krásy jsou kost a kůže. *Pardubický deník*. 2007,16, 32, s. 7

MORGAN, D.L. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu.* Boskovice: Albert, 2001, 104 s. ISBN 80-85834-77-4

RABOCH, J. a PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: minimum pro praxi.* Praha: Triton, 1998. 191 s. ISBN80-85875-98-5

SCHULZ VON THUN, F. *Jak spolu komunikujeme*? *Překonávání nesnází při dorozumívání.* Praha: Grada, 2005. 197 s. ISBN 80-247-0832-9

THOMPSON, J.B. *Média a modernita*. *Sociální teorie médií*. Praha: Karolinum, 2004. 219 s. ISBN80-246-0652-6

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání.* Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8

VALDROVÁ, J. *Gender a společnost.* Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2006. 236 s. ISBN 80-7044-808-3

Semináře

KRCH, F.D. Psychoterapie poruch příjmu potravy. Seminář PVŠPS-PPF. Praha, únor, 2007

Internetové citace

Pharmanews [online].c2006/ cit.2006-11-/.
Dostupné na WWW : http://www.pharmanews.cz/2006_06/potrava.html

PETRÁK, T. http://mudr.petrak.sblog.cz/bigarexie/[online].c2007.17.3.2007. (20.9. 2007)

Přehled grafů

Graf č. 1: Faktory ovlivňující stravovací návyky a životosprávu respondentek sledované skupiny 73

Graf č. 2: Faktory ovlivňující stravovací návyky a životosprávu respondentek komparační skupiny 73

Graf č. 3: Faktory vedoucí ke změně motivace u sledované skupiny 74

Graf č. 4: Faktory vedoucí ke změně motivace u komparační skupiny 74

Graf č. 5: Faktory podílející se na vzniku poruch příjmu potravy u sledované skupiny 75

Graf č. 6: Přehled problémů s příjmem potravy u komparační skupiny 75

Graf č. 7: Faktory podílející se na přetrvávání poruch příjmu potravy u sledované skupiny 76

Graf č. 8: Přehled typu problémů s příjmem potravy u komparační skupiny 76

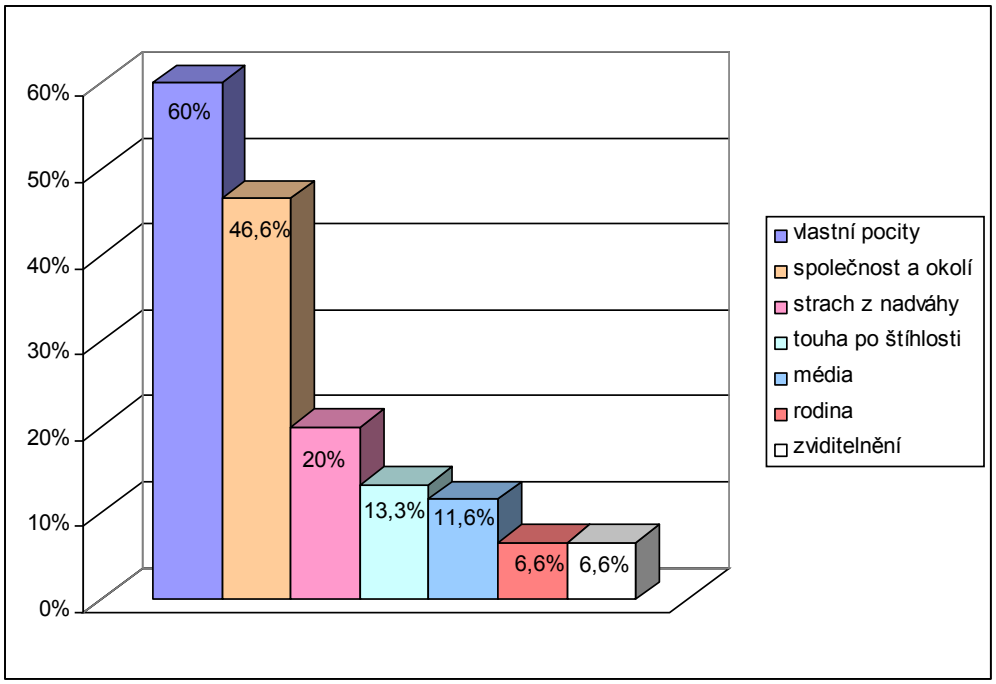
Graf č. 9: Faktor významnosti postavy pro sledovanou skupinu 77

Graf č.10: Faktor významnosti postavy pro komparační skupinu 77

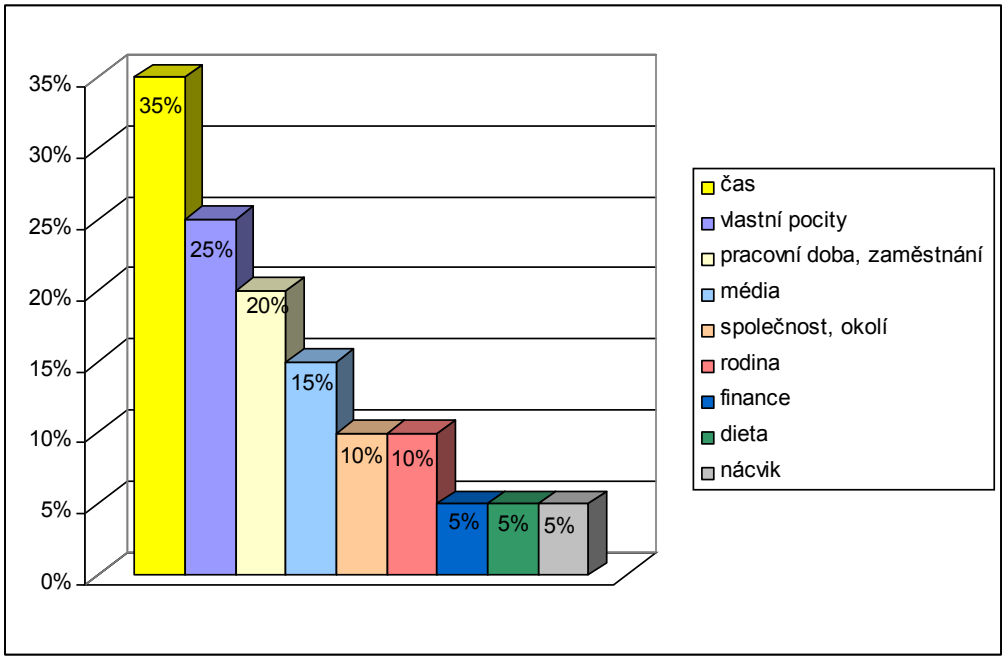
Graf č.11: Vnitřní a vnější motivace k udržení postavy u sledované skupiny 78

Graf č.12: Vnitřní a vnější motivace k udržení postavy u komparační skupiny 78

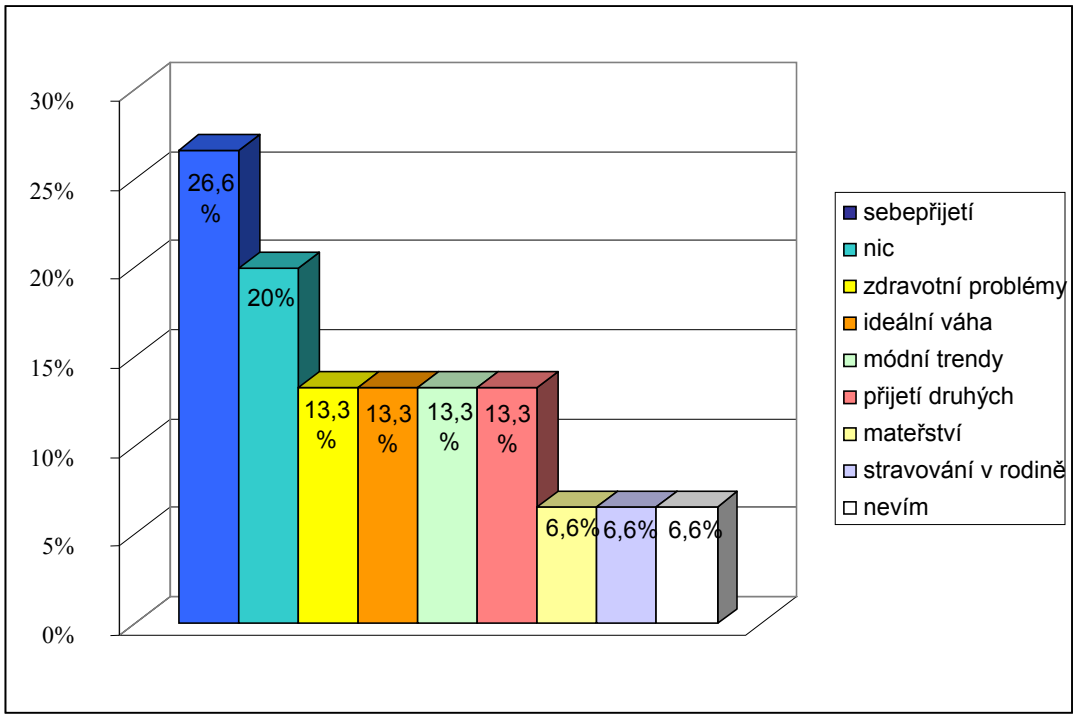
Graf 1 - Faktory ovlivňující stravovací návyky a životosprávu respondentek sledované skupiny



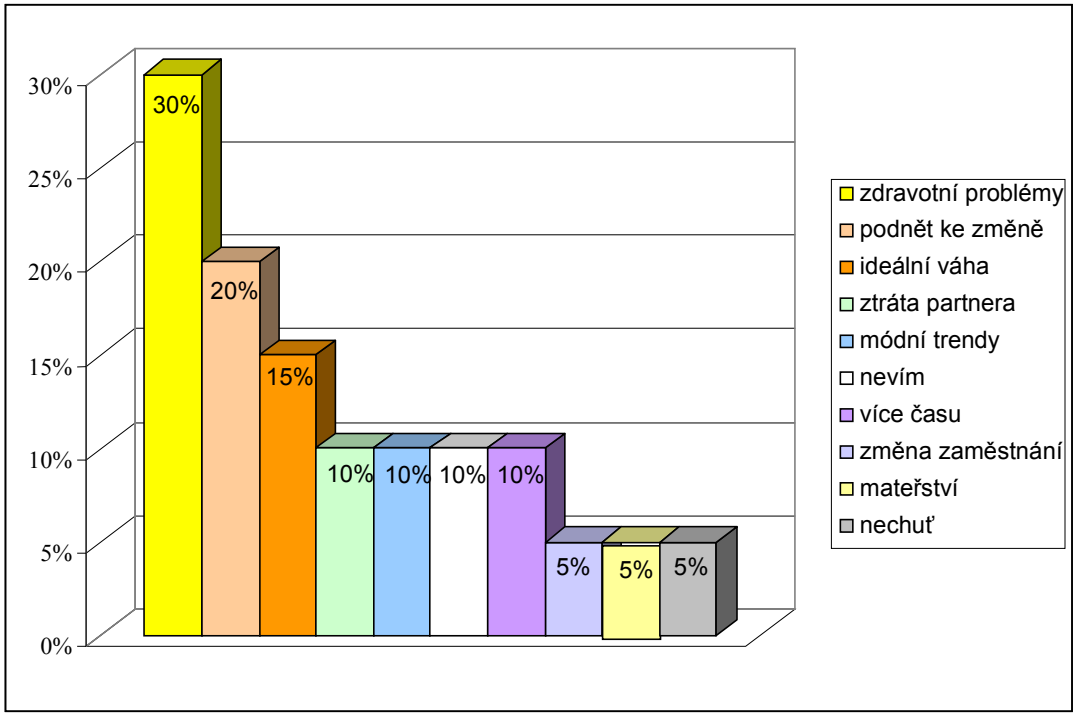
Graf 2 - Faktory ovlivňující stravovací návyky a životosprávu respondentek komparační skupiny



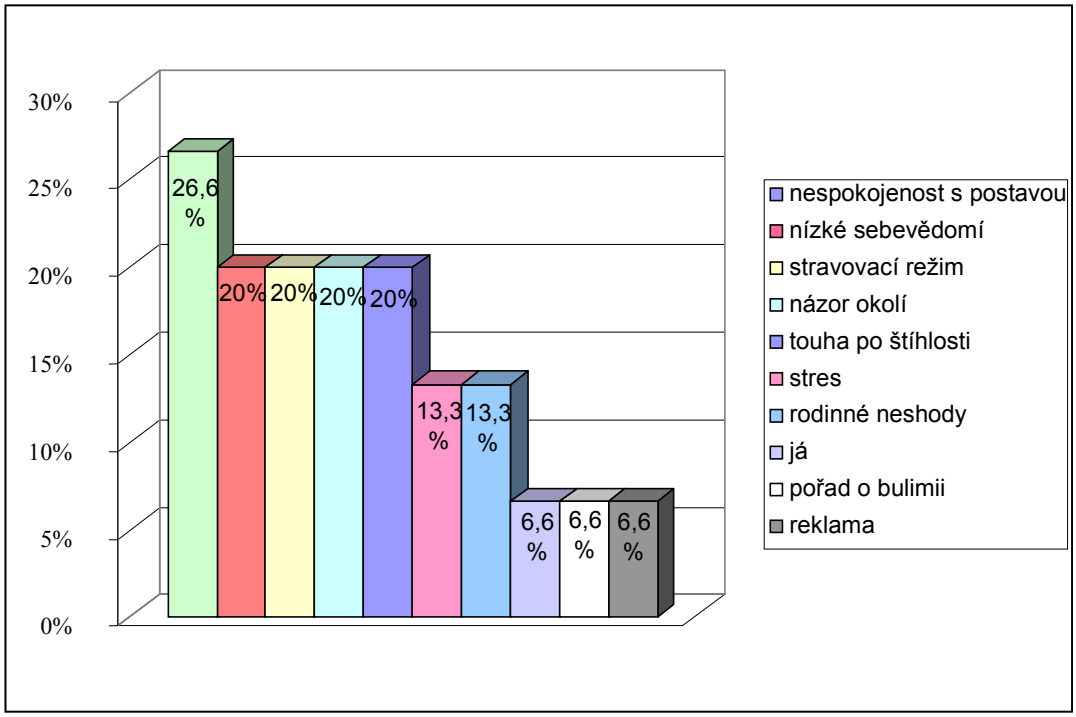
Graf 3 - Faktory vedoucí ke změně motivace u sledované skupiny



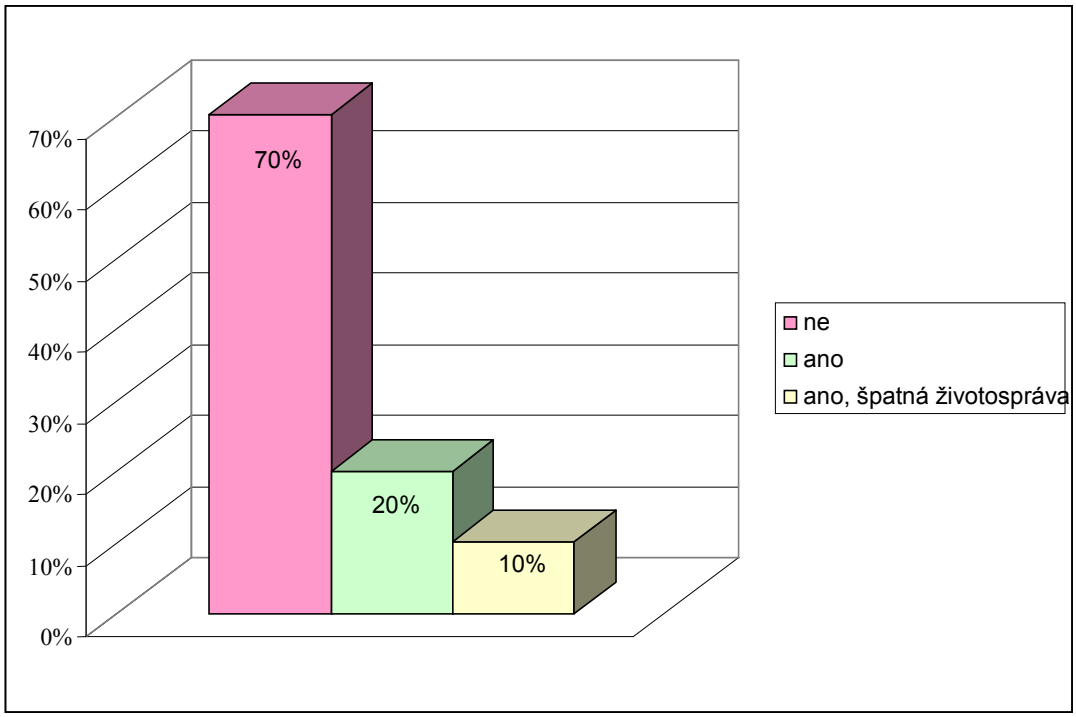
Graf 4 - Faktory vedoucí ke změně motivace u komparační skupiny



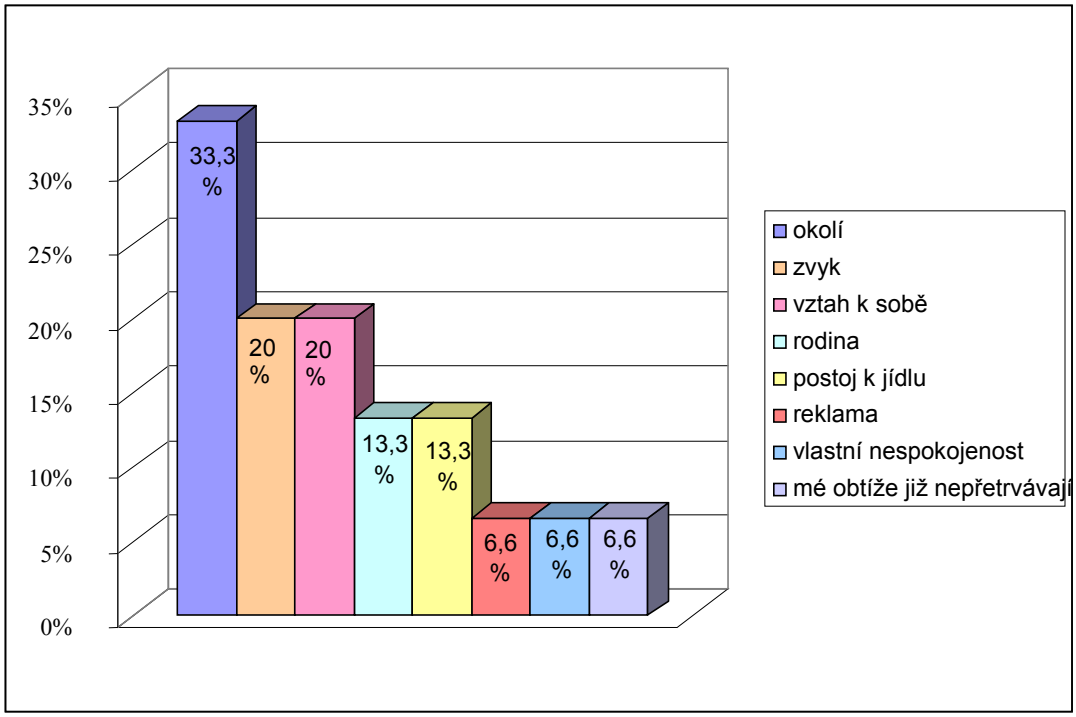
Graf 5 - Faktory podílející se na vzniku poruch příjmu potravy u sledované skupiny



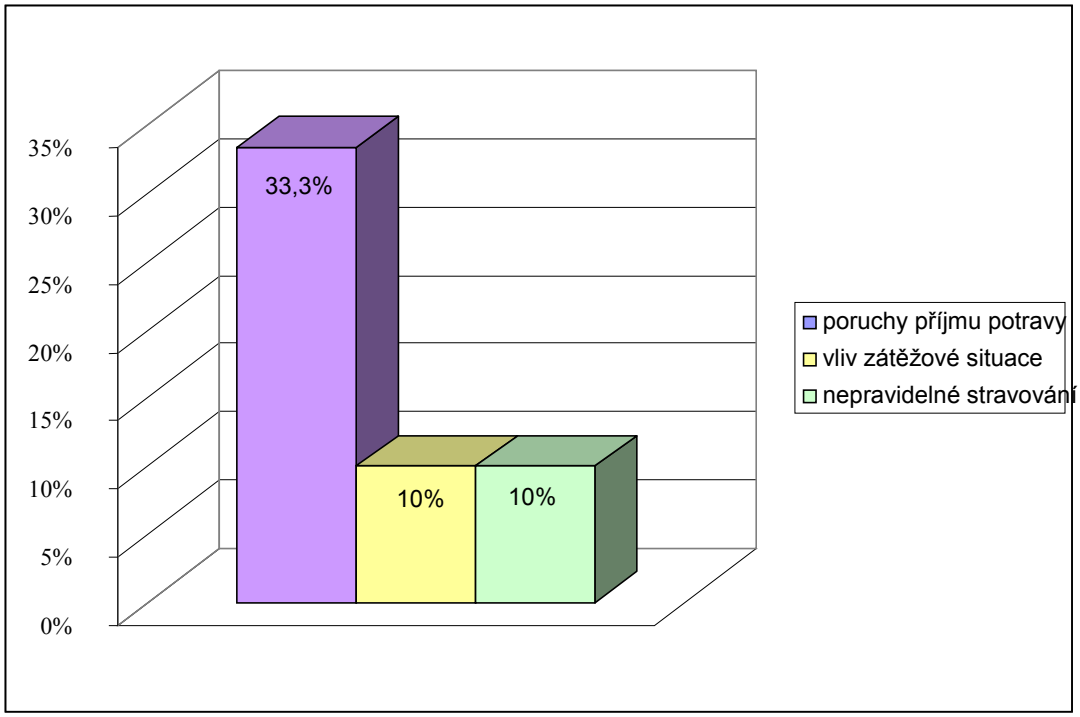
Graf 6 - Přehled problémů s příjmem potravy u komparační skupiny



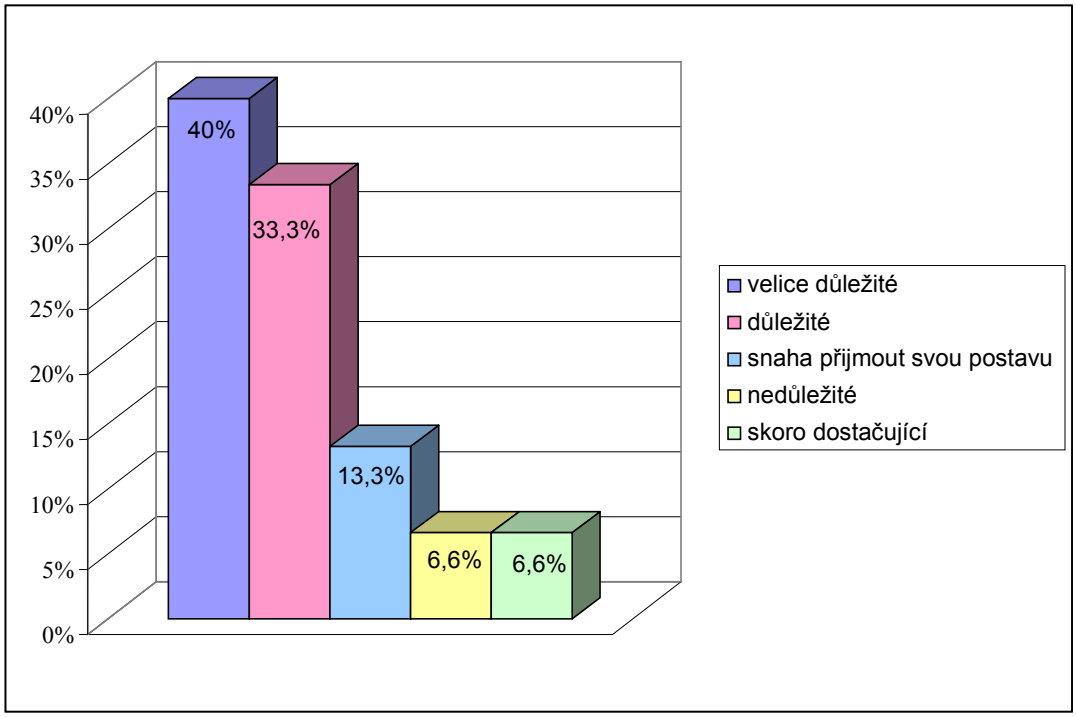
Graf 7- Faktory podílející se na přetrvávání poruch příjmu potravy u sledované sk.



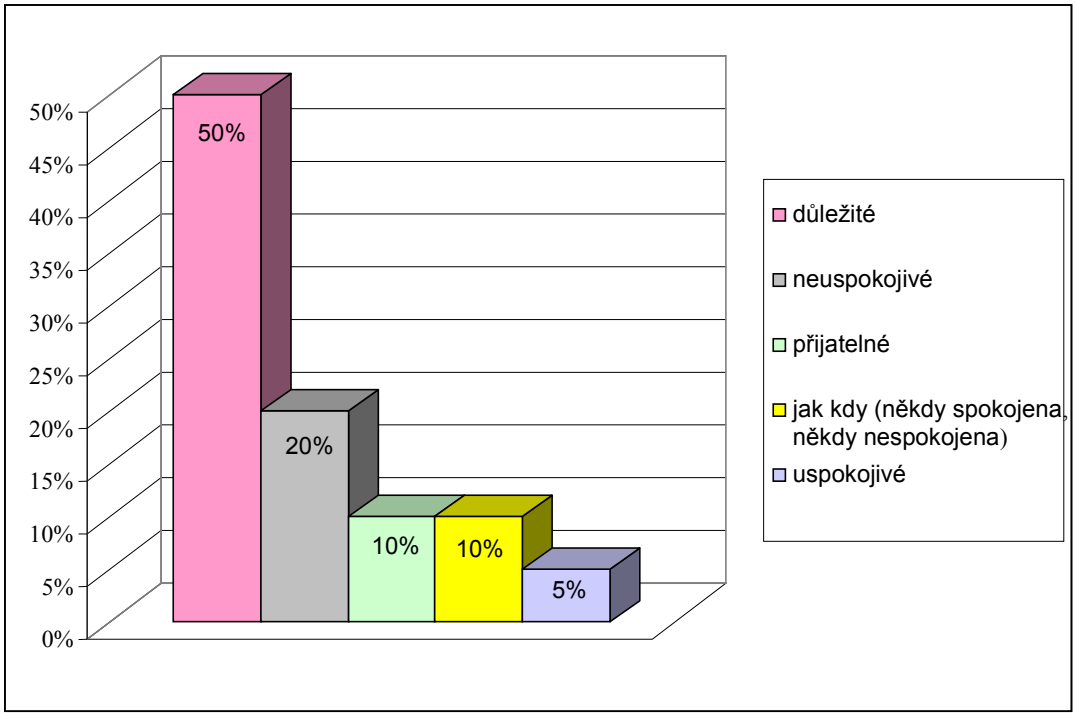
Graf 8 - Přehled typu problémů s příjmem potravy u komparační skupiny



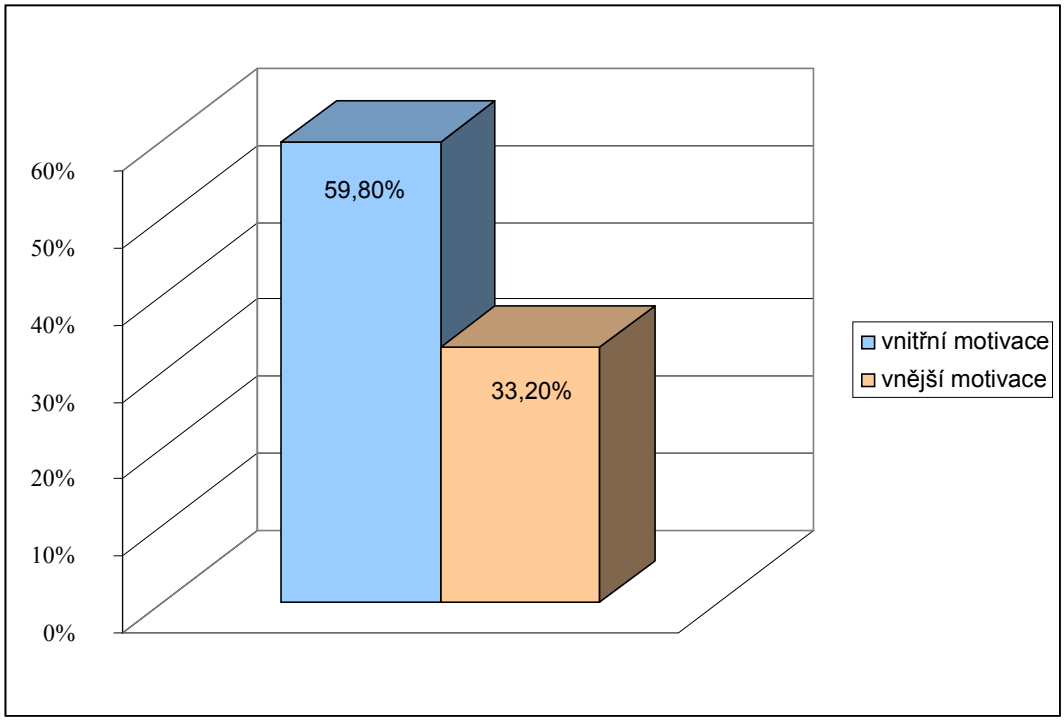
Graf 9 - Faktor významnosti postavy pro sledovanou skupinu



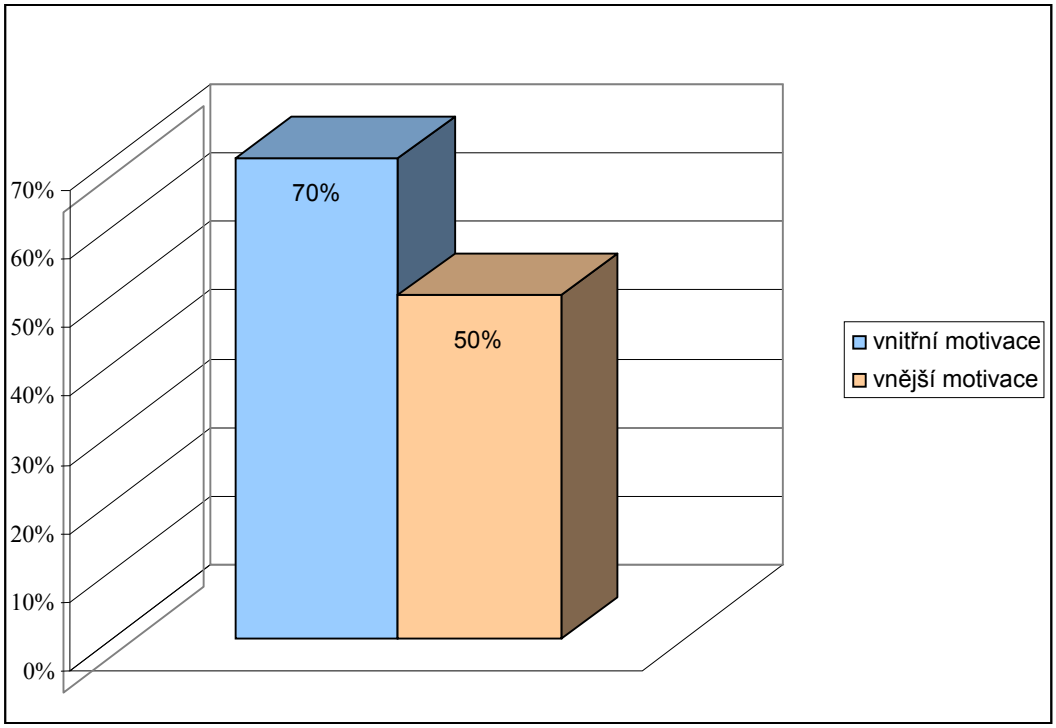
Graf 10 - Faktor významnosti postavy pro komparační skupinu



Graf 11 - Vnitřní a vnější motivace k udržení postavy u sledované skupiny



Graf 12 - Vnitřní a vnější motivace k udržení postavy u komparační skupiny



Přílohy

Dotazník verze A pro sledovanou skupinu

Dotazník verze B pro komparační skupinu

Dotazník verze A pro sledovanou skupinu

Instrukce:

V následujících otázkách jsou tvrzení, která se týkají jednak Vás samých a jednak Vašich domněnek a pocitů o sobě. V dotazníku se objevují otázky, u kterých prosím vepište vlastní odpovědi a názory.

1. Ideální ženskou postavu vnímám váhu ____kg při výšce ____ cm.

2. Který druh masmédií Vás dle Vašeho názoru ovlivňuje nejvíce (ohodnoťte známkou 1) až po nejméně (ohodnoťte známkou 11).

televizní pořady	__	časopisy pro ženy	__	bulvární tisk	__	billboardy	__
televizní soutěže	__	reklamy v časopisech	__	internet	__	jiné	__ _____
televizní reklamy	__	denní tisk	__	populární literatura	__		

3. Mé stravovací návyky a životosprávu (diety, cvičení, ...) ovlivňuje především … _____

4. Má motivace k udržení postavy by se změnila, kdyby … _____

5. Domnívám se, že na vzniku mých obtíží s příjmem potravy se podílí … _____

6. Domnívám se, že na přetrvávání mých obtíží s příjmem potravy se podílí … _____

7. To, jakou mám postavu, je pro mne … _____

pohlaví | žena | muž

věk _____

vzdělání | ZŠ | SOU (vyučena) | SŠ (s maturitou) | VŠ

Děkuji za zamyšlení se nad tímto dotazníkem a za ochotu jej vyplnit.

Zpracovala Lenka Kučerová, studentka PVŠPS, Hekrova 805, 149 00 Praha 4 – Háje.

Jméno a příjmení autora: Lenka Kučerová
Název práce: Poruchy příjmu potravy na křižovatce mezi terapií a mediálními vlivy
Studijní obor: sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Vedoucí bakalářské práce: Doc. PhDr. Jaroslav Koťa
Oponent: MUDr. Olga Dostálová

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, masmédia

Tato bakalářská práce se skládá ze dvou velkých celků, a to z teoretické části a z dotazníkového šetření.

V teoretické části se autorka zabývá existencí vztahu mezi poruchami příjmu potravy a mediálními vlivy. Uvádí některé faktory, které nahlížejí na problém poruch příjmu potravy z různých hledisek jako je sociální, kulturní, biologické, genetické a psychologické. Zabývá se také poruchami příjmu potravy z pohledu zdravotnického, ve kterém uvádí průběh nemoci, prognózu i léčbu nemoci, možnosti terapie zaměřené na problematiku poruch příjmu potravy.

Jako stěžejní téma teoretické části práce se autorce jeví vliv médií na vnímání vlastního těla. Ve vlivu médií spatřuje nepřetržitou prezentaci aktuálního ideálu krásy, jež ovlivňuje nejenom mladou populaci, ale i střední generaci. Závěr teoretické části autorka pojala spíše jako doporučení a připojila vlastní návrhy, jež by mohly vést ke změnám přístupu společnosti k této problematice.

Druhá část – dotazníkové šetření – se snaží pomocí dotazníků zjistit, zda existuje vztah mezi poruchami příjmu potravy a mediálními vlivy. Výsledky skupiny sledované (pacientky léčící se s poruchami příjmu potravy) i komparační (osoby z běžné populace) autorka vzájemně porovnává mezi sebou. Autorka si uvědomuje, že výsledky šetření nemohou být díky velikosti vzorku považovány za obecně platné, a dokládá potvrzení své úvahy o existenci vztahu mezi poruchami příjmu potravy a mediálními vlivy. Rovněž si je vědoma, že respondentky ve většině případech neoznačily mediální vlivy jako ty, které by přímo ovlivňovaly jejich nemoc. Překvapivé se autorce jevily výsledky u skupiny komparační, která vykazovala výraznou nespokojenost s vlastní postavou, proto se autorka domnívá, že pokud by se nespokojenost s postavou potvrdila i u většího vzorku, by bylo zajímavé v dalším výzkumu zjistit, co je důvodem nespokojenosti.

POSUDEK OPONENTA

na

BAKALÁŘSKOU PRÁCI

Poruchy příjmu potravy na křižovatce mezi terapií a mediálními vlivy

Lenka Kučerová

Počet stránek textu: 69, počet stránek příloh: 10
Grafů: 12
Počet kapitol: 5, podkapitol 1.řádu: 22, podkapitol 2.řádu: 8
Počet citací: 30

Autorka si zvolila téma, které je hodně vyhledávané. Přesto se jí podařilo je celistvě zpracovat a přinést i některé nové informace. Jednotlivé kapitoly jsou věcné a logicky na sebe navazují. Obsah práce je uspokojivý, vyjadřování srozumitelné. Autorka má své vlastní vyhraněné názory, což dokazuje i hypotézami, které předkládá na začátku svého šetření, jemuž věnovala velkou pozornost. Po stránce gramatické jsou tu a tam chyby v čárkách, některé však spíše vypadají jako přehlédnutí.

Výtky:
s.5, odst.2, ř.1 nepíše se „dočinění", ale zde má být „do činění",
s.49, podkapitola 5.2 „Cílem mého průzkumu bylo, pokusit se", má být bez čárky,
tamtéž ř.3 a 4 „při šetření jsem se zaměřila, na skupinu respondentů", má být bez čárky.
s.65, ř.2 zdola je nesprávně čárka „Ve vlivu medií, spatřuji", tam čárka nepatří.
Podle současných obecných zvyklostí je v práci hodně pasiv, která se v českém jazyku mají nahrazovat aktivním vyjádřením, pokud to jde, např.
s.50 „vliv, který bude vnímán respondenta" místo „vliv, který budou respondenti vnímat", nebo „péče o vlastní postavu bude podmiňována vnější motivací" místo „vnější motivace bude podmiňovat péči o vlastní postavu".
Některá vyjádření jsou příliš hovorová a nehodí se do odborné práce např.
s.36 ř.12 zdola „míň" místo „méně",
s.43 ř.3 posl.odst. „oblečení, ve kterém by si připadaly sexy" je dost bulvární výraz, spíše „připadat si přitažlivé".

Citace

Pokud se citují v textu 3 autoři stejného díla, používá se jméno pouze prvního autora a k tomu aj. tedy zde na s.35 bude Jacobi aj.

Nadbytečný údaj

Dotazník vložený v Příloze je tentýž, rozdíl je jenom v označení A nebo B. Je pochopitelné, že autorka si takto zavedla rozlišení mezi oběma skupinami, ale do práce stačilo dát ukázku jen jednoho s poznámkou, že druhá skupina dostala stejně znějící dotazník pod písmenem B.

Závěr

Autorka si zvolila téma, kterým se jak studenti, tak veřejnost hodně zabývají. Přesto se jí je podařilo komplexně zpracovat a uvést i méně známé informace. Počet literárních pramenů, s nimiž pracovala, je větší, než bývá obvyklé v bakalářských pracích. Podle mého názoru se autorka zhostila svého úkolu úspěšně a doporučuji její práci k obhajobě.

V Praze, 10.11. 2007

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Posudek na Bc práci Lenky Kučerové *Poruchy příjmu potravy na křižovatce mezi terapií a mediálními vlivy*. PVŠPS, 2007.

Autorka si zvolila téma, které je neobyčejně rozsáhlé, ale vysoce aktuální. Jak otázka poruch příjmu potravy, tak vliv médií na celou řadu zdravotních a psychologických aspektů (včetně vnímání vlastní tělesnosti) jsou dnes diskutovanými tématy. Autorka nakonec rozšířila text až do rozsahu blížícím se spíše diplomovým pracím než pracím bakalářským.

První část bakalářské práce je věnována popisu poruch příjmu potravy - především mentální anorexii a mentální bulimii, druhá potom etiologii vzniku těchto poruch. V druhé kapitole je věnována pozornost jak sociálním a kulturním, tak psychologickým faktorům, které ovlivňují vnímání vlastní postavy. Třetí kapitola je věnována popisu léčby uvedených poruch. Ve čtvrté kapitole se autorka zabývá vlivem masmédií na pojetí vlastního těla. V páté kapitole je uvedeno dotazníkové šetření. Po závěrech práce je uveden poměrně rozsáhlý soupis literatury (nesprávně označen jako soupis bibliografických citací). Na konci práce je připojen soubor příloh - pečlivě zpracovaných a popsaných grafů (od s. 70).

K práci lze vznést některé drobnější připomínky:

- autorka občas používá velmi dlouhé odstavce; a to i tam, kde by je bylo možné rozdělit,
- na s. 25 se vyskytuje zřejmě jediná gramatická chyba práce: muži jsou… zobrazovány… a na s. 41 je překlep? namísto generovou má být genderovou…

Závěry: Předložená práce je psána kultivovaným, čtivým slohem a ukazuje, že autorka se dobře orientuje v problematice, kterou se zabývá. Je otázkou, zda dotazník užitý ve výzkumu umožňuje vhodné zkoumání problematiky. Autorka si byla řady obtíží vědoma a sama vložila do textu subkapitolu s diskusi (s. 60n) k celému šetření, kde se kriticky pokusila vypořádat s výsledky svého šetření - výzkumné sondy. Práce obsahuje velice plastický přehled problematiky onemocnění mentální anorexií a mentální bulimií, jsou zde uvedeny podstatné kulturní, psychologické a společenské faktory, které toto onemocnění ovlivňují. Práce bohatě splňuje požadavky kladené na práce bakalářské - a lze ji doporučit k obhajobě.

10. 11. 2007

doc. PhDr. Jaroslav Koťa