

UNIVERZITA KARLOVA  
Fakulta tělesné výchovy a sportu

**Vztah trenéra a sportovce trpící poruchou příjmu potravy:**

**Případová studie**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

**PaedDr. PhDr. Pavel Harsa, MBA, et. Ph.D.**

Vypracovala:

**Kamila Stibůrková**

Praha, květen 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne

.....

Podpis

### Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své bakalářské práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto bakalářskou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

---

## **Poděkování**

Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování Pavlu Harsovi za odborné vedení, cenné rady, trpělivost, podporu a čas, který mi při vedení práce věnoval. Jeho znalosti a ochota sdílet své poznatky přispěly k hlubšímu porozumění problematiky a k celkovému zlepšení kvality práce.

Dále bych chtěla poděkovat respondentkám, které byly ochotné se podělit o své osobní příběhy pro zpracování kazuistik v této práci.

## **Abstrakt**

**Název:** Vztah trenéra a sportovce trpící poruchou příjmu potravy: Případová studie

**Cíle:** Cílem bakalářské práce je zmapovat vztah trenéra a sportovce, který trpí poruchou příjmu potravy. Ráda bych našla souvislosti plynoucí z jednotlivých kazuistik respondentek, které byly pod dohledem trenéra a současně trpěly poruchou příjmu potravy. Zaměřuji se především na chování trenéra a jeho možný vliv na vznik poruchy příjmu potravy u sportovce.

**Metody:** Ve své práci jsem se rozhodla provést kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů sloužící k vytvoření 4 případových studií popisujících příběhy sportujících žen, které se v minulosti setkaly s poruchou příjmu potravy.

**Výsledky:** Výsledky výzkumu ukazují, že trenérské chování a interakce mohou hrát klíčovou roli ve vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy u sportovců. Z analýzy případů respondentek vyplývá, že trenéři, kteří vykazují nedostatečné porozumění, nevhodnou komunikaci a tlak na výkon, mohou přispět k negativnímu sebehodnocení a poklesu sebevědomí u sportovců, což jsou faktory spojené s vývojem poruch příjmu potravy.

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání, vztah trenéra a sportovce, duševní zdraví, vliv trenéra

## **Abstract**

**Title:** The Relationship between a Coach and an Athlete Suffering from Eating disorder: Case Studies

**Objectives:** The bachelor thesis aims to evaluate the relationship between a coach and an athlete suffering from an eating disorder. I aim to identify correlations emerging from individual case studies of participants who were coached, while also dealing with an eating disorder. My primary focus is analyzing the coach's behavior and its impact on the athlete within this context, particularly regarding trust and communication.

**Methods:** In my thesis, I decided to do qualitative research in the form of semi-structured interviews. Then I created 4 case studies describing the stories of sportswomen who suffered from an eating disorder in the past.

**Results:** Research results show that coaching behaviors and interactions can play a key role in the development of eating disorders in athletes. The analysis of the cases of female respondents shows that coaches who show insufficient understanding, inappropriate communication, and pressure to perform can contribute to negative self-evaluation and a decrease in self-confidence in athletes. These are all factors associated with the development of eating disorders.

**Keywords:** eating disorders, anorexia, bulimia, binge eating, coach-athlete relationship, mental health, the influence of the coach

# Obsah

1. ÚVOD .....	9
2. TEORETICKÁ ČÁST .....	11
2.1 Poruchy příjmu potravy (PPP) .....	11
2.1.1 Mentální anorexie (MA) .....	13
2.1.1.1 Definice anorexie .....	13
2.1.1.2 Specifické typy MA .....	14
2.1.1.3 Diagnostická kritéria .....	14
2.1.1.4 Body Mass Index .....	15
2.1.2 Mentální bulimie (MB).....	16
2.1.2.1 Definice bulimie.....	16
2.1.2.2 Specifické typy MB .....	16
2.1.2.3 Diagnostická kritéria .....	17
2.1.3 Záchvatovité přejídání .....	18
2.1.4 Další typy PPP .....	19
2.1.4.1 Noční přejídání.....	19
2.1.4.2 Ortorexie .....	19
2.1.4.3 Drunkorexie .....	20
2.1.4.4 Bigorexie .....	20
2.2 Faktory vzniku PPP .....	21
2.2.1 Dělení faktorů .....	21
2.2.1.1 Individuální rizikové determinanty .....	21
2.2.1.2 Rodinné rizikové determinanty .....	23
2.2.1.3 Sociokulturní determinanty .....	24
2.3 Osobnost trenéra.....	27
2.3.1 Vliv trenéra na vznik PPP.....	27
2.3.2 Vhodný přístup trenéra k možnému výskytu PPP .....	28

2.3.3 Vliv trenéra na stravovací návyky svěřenců .....	28
2.3.4 Podpora sportovce ze strany trenéra .....	29
3. PRAKTICKÁ ČÁST .....	30
3.1 Metodologie výzkumu .....	30
3.2 Cíle výzkumu .....	30
3.3 Výzkumné otázky .....	30
3.4 Výběr respondentů .....	31
3.5 Metodika sběru dat .....	31
3.6. Otázky do polostrukturovaných rozhovorů .....	32
3.7. Získané kazuistiky .....	32
3.7.1 Kazuistika č. 1 .....	32
3.7.2 Kazuistika č. 2 .....	34
3.7.3 Kazuistika č. 3 .....	36
3.7.4 Kazuistika č. 4 .....	38
3.7.5 Shrnutí .....	40
3.8 Diskuze .....	41
4. ZÁVĚR .....	44
5. POUŽITÉ ZKRATKY .....	45
6. SEZNAM LITERATURY .....	46
7. SEZNAM PŘÍLOH .....	49
7.1 Vyjádření etické komise UK FTVS .....	50
7.2 Informovaný souhlas .....	52



# 1. ÚVOD

Vztah mezi trenérem a sportovcem je dlouhodobě považován za klíčový prvek v oblasti sportovní psychologie. Nicméně v posledních letech se stále více zaměřuje pozornost na možný vliv trenérů na duševní zdraví sportovců, zejména pokud jde o poruchy příjmu potravy (dále použita i zkratka PPP).

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy a chováním trenéra a jeho vlivu na sportovce. Prostřednictvím série případových studií se tato práce snaží odhalit možné rizikové faktory, které přispívají ke vzniku PPP. Jedním z cílů této práce je prozkoumat, jakým způsobem chování trenéra ovlivňuje psychický stav a chování sportovce, a zda může hrát klíčovou roli ve vzniku nebo rozvoji poruch příjmu potravy. Tyto poznatky budou přínosné zejména pro trenéry.

Toto téma je důležité nejen z hlediska sportovního výkonu, ale také z pohledu celkového zdraví a pohody sportovců, kteří jsou často vystaveni náročným tlakům, očekáváním a standardům. Vzhledem k tomu, že sportovní prostředí klade vysoký důraz na vzhled, výkonnost a disciplínu, může se stát prostředím náchylným k rozvoji poruch příjmu potravy. Z tohoto důvodu je důležité zkoumat, jakým způsobem trenéři přispívají k formování těchto faktorů a jak mohou svým chováním ovlivňovat duševní zdraví svých svěřenců.

Téma poruch příjmu potravy ve sportu jsem si dále zvolila z důvodu přetrvávajícího tabu ve společnosti, sdílení osobních zkušeností a možné prevence před poruchami příjmu potravy ve sportovním prostředí.

Za posledních pár let se ustupující tabuizace ohledně poruch příjmu potravy velmi posunula, ale i přesto ve společnosti vnímám, že se o této problematice lidé stále bojí mluvit. Lidí, kteří se setkají s touto nepříjemnou zkušeností stále přibývá, a je důležité pochopit příčiny a být obezřetným, ať už vůči sobě, tak i okolí. Poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné v tom, že se s nimi může setkat za život každý, a to už od útlého věku. Sociální sítě tento problém značně podporují.

Ačkoli má většina lidí povědomí o poruchách příjmu potravy, tak jsou jejich představy často mylné a informace o jednotlivých poruchách příjmu potravy zaměňují.

Za poruchy příjmu potravy z velké části může nastavený ideál krásy pro dnešní dobu. To, jak, kdo vypadá se řeší už po staletí. Pro období renesance a baroka bylo

ideálem krásy ženské tělo kyprých tvarů. Devatenácté století bylo charakteristické výraznými boky a úzkým pasem. Od dvacátého století až do současnosti je ideálem krásy štíhlá postava. Velké množství lidí se tento ideál snaží naplnit, aby se zavděčili sobě nebo ostatním a dostali kompliment za to, jak vypadají. Je příjemné, když nám někdo složí kompliment. Podporuje to naše sebevědomí.

Lidé se snaží zhubnout z různých důvodů, ale metody, které chtějí zvolit ke své cestě za lepší postavou, bývají v mnoha případech nesprávné a mnohdy i nebezpečné.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Poruchy příjmu potravy (PPP)

Příjem potravy je pro člověka nezbytnou součástí života. Od samých počátků bylo pro lidi základním instinktem zajistit si potravu, aby přežili hladovění a uspokojili také další potřeby, od potřeby rozmnožování až po osobní seberealizaci. Potrava nám poskytuje široké spektrum základních živin, které jsou nezbytné pro fyzické i psychické zdraví člověka. Nedostatek potřebného množství potravy může způsobit různé potíže, od běžných, jako je nachlazení, až po vážná somatická a psychická onemocnění (Krch, 1999).

Každý den bychom měli dopřát tělu potřebné nutrienty také z důvodu vykonávání každodenních činností, přítomnosti dobré nálady a dostatku energie. Pokud tělu dopřejeme vyváženou stravu, tělo nás odmění např. formou vydařeného sportovního tréninku nebo kvalitního spánku. Nejpodstatnější odměnou je ale správně fungující organismus, který je výsledkem dostatečného příjmu vhodných potravin v kombinaci s naplněním ostatních základních fyziologických potřeb.

Na jídlo se můžeme dívat z mnoha aspektů, např. jeho vyváženost, množství kalorií, množství vitaminů, jeho chuť, radost z jídla atd. Jídlo je také aktivita, která nás spojuje na různých společenských událostech. Je smutné, když se z této, nám přirozené, fyziologické potřeby stane strach a nenávisť k jídlu, která může vést až k poruše příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější a nejzávažnější onemocnění u mladých dívek a žen, a to kvůli svému dlouhodobému průběhu a vážným somatickým, psychickým a sociálním následkům. Tyto obtíže mají dlouhodobý dopad nejen na zasáhnuté jedince, ale i na sociální prostředí ve kterém se vyskytují. (Krch, 1999)

Mezi nejčastější a nejznámější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Tato onemocnění postihují v mnohem větší míře ženy a dívky. Hlavním důvodem bývá posedlost štíhlou postavou, která se zdá být ideálem současného světa. Ženy chtějí tento ideál krásy splňovat, a jsou schopné jít i za hranice svého zdraví (Krch, 2005). Některé literatury uvádějí jako další nespecifické poruchy drunkorexii, ortorexii a další. Uvedené nespecifické poruchy nejsou do současnosti uvedeny v klasifikaci (Papežová, 2010).

Z mé vlastní zkušenosti dokážou být poruchy příjmu potravy velmi nenápadné. Mohou nastoupit pomalu, díky stále se opakujícím myšlenkám a obavám z jídla, které mohou přerůst v začátek těžkého, někdy i život ohrožujícího boje. Může to začít lehkými obavami, např. zda jste si nedali např. příliš velkou porci jídla, kolik kalorií porce měla, kolik kalorií vaše tělo spálilo, jak dlouho musíte ještě cvičit, abyste se cítili spokojení. Myšlenky podobného typu se stále stupňují a napovídají vám, co si ještě dát můžete, a co už ne. Nakonec se ocitnete ve fázi, kdy vás začnou myšlenky ovládat a stáváte se tak otrokem obsedantně-kompulzivní poruchy. V průběhu této poruchy člověk může začít vnímat jídlo odlišně. Může ho začít brát jako svou překážku, nikoliv především jako zdroj energie nebo formu potěšení.

Osoby s PPP bývají nenápadné a nedávají najevo, že trpí strachem z jídla a snaží se své možné příznaky skrývat. Většinou ví, že nedělají správnou věc, ale jejich motivace zhubnout je silnější, než aby s tím přestali a někomu se se svým problémem svěřili. Je to také o strachu z odsouzení (Papežová, 2010).

Papežová (2010) udává, že jedním z nejčastějších důvodů výskytu PPP je období puberty. Dívky dospívají a začínají podrobněji zkoumat svůj vzhled a zjišťují, co je jejich ideálem krásy. Dále se PPP vyskytují u žen po porodu. Ženské tělo v průběhu těhotenství prochází různými změnami, a to především těmi tělesnými, které zahrnují zvýšení hmotnosti. Matky se chtějí následně zbavit nadbytečných kil, někdy ale marně. Dalším důvodem může být i silné emoční období, kterým si jedinec prochází. Takovým obdobím rozumíme např. rozchod, rozvod, úmrtí blízkého člověka, či jiná náročná zkušenost.

Poruchy příjmu potravy představují v dnešní době významný problém, který reflektuje složitou otázku osobního uspokojení, úspěchu ve společnosti a zdraví. Lidé mají zkreslené představy o hubnutí. Pokud se jim podaří v krátkém časovém úseku rychle zhubnout, tak to pouze posílí jejich nepřiměřené očekávání, které vede k většímu zoufalství a následné neschopnosti mít kontrolu nad tím, co sníme. Tato situace může vyústit k velmi přísnému procesu omezování jídla (Krch a Marádová, 2003).

Mentální anorexie a bulimie představují extrémní formy nutričního chování, které se pohybuje od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až po přejídání následované tzv. pročišťováním (například užívání projímadel, diuretik, a především zvracení) nebo hladověním. Tyto poruchy sdílejí mnoho společných rysů, mezi něž patří:

- „intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu,

- *strach z tloušťky,*
- *nespokojenost s vlastním tělem* (Krch a Marádová, 2003).

Hlavním rozdílem mezi mentální anorexií a mentální bulimií je v jejich odlišném přístupu k jídlu. U mentální anorexie se jedinec snaží omezit příjem potravy na denní minimum. Lidé trpící mentální anorexií mohou být schopni sníst pouze malý kousek zeleniny, což vede k značnému úbytku váhy a souvisejícím zdravotním problémům. Pro mentální bulimii je naopak typické chaotické stravování. Na vině jsou nesprávné diety, které vedou k záchvatovitému přejídání velkého množství jídla. Tyto záchvaty jsou obvykle následovány nuceným zvracením nebo užíváním léků, které podporují zvracení a průjem (Sládková, 2005).

Boj s poruchami příjmu potravy je běh na dlouhou trať. Jedinec často do celého procesu léčby spadne znovu. Není to snadná cesta, protože popíráte své vlastní myšlenky. Popíráte sami sebe, a to je pro osobnost velice obtížné přijmout.

### **2.1.1 Mentální anorexie (MA)**

“Být štíhlá, to je to jediné po čem toužím, to jediné, co naplňuje a zároveň ničí můj život! “  
 - Anonym web: Moder Style

#### **2.1.1.1 Definice anorexie**

Od počátku zkoumání poruch příjmu potravy vzniklo mnoho definic pro jednotlivé PPP. Tyto definice se dnes již shodují a pro každou z nich platí diagnostická kritéria, na základě kterých je stanovena diagnóza. Podmínkou stanovení diagnózy je fakt, že musí být přítomny všechny příznaky dané poruchy (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 1992). Ráda bych zde uvedla několik definic různých odborníků, kteří se PPP v minulosti zabývali nebo stále zabývají.

*„Mentální anorexie (dále jen MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.“* (Krch, 2005). Dále Krch (2005) vysvětluje, že termín „anorexie“ může být pro společnost matoucí, protože v počínající fázi této poruchy pacientky pociťují hlad i chuť. Nechutenství, které je označováno pod pojmem „anorexie“ je důsledkem až další fáze průběhu onemocnění, které se dostaví, díky dlouhodobému hladovění. Není pravidlem, že se tento znak vyskytuje u všech osob postihnutých PPP.

Osoby trpící anorexií mohou paradoxně projevovat zájem o jídlo, což se projevuje nákupy nezdravých potravin a vařením pro své blízké. Osoby s MA se snaží takovými činnostmi ujistit své okolí o tom, že jsou v pořádku a nemají s příjmem potravy problém. Ačkoli se může zdát, že se tématu týkající se jídla straní, není to tak. O jídle mluví velice rádi a lžou sobě i okolí. Jídlo často končí v koši s odpadky nebo je schované na nějakém místě (Cooper, 1995).

Mentální anorexií trpí zejména dívky ve věku 11-18 let. Nemoc není spouštěna, jak se může zdát, pouze jezdím faktorem, ale na vině je soubor více faktorů, které mohou za vznik MA (Černá, 2008).

### 2.1.1.2 Specifické typy MA

Mentální anorexií lze rozlišit na dva základní typy – restriktivní a purgativní. **Restriktivní typ** se týká pacientů, kteří netrpí záchvaty přejídání a vyprazdňování (nevyvolávají si zvracení, neužívají laxativa ani diuretika) (Novák, 2010). **Purgativní typ** je charakteristický bulimickými atakami. Tato forma anorexie je vážnější, protože se pacienti po každé atace cítí provinile z důvodu pocitu selhání sebekontroly. Takové emoce mohou pacienta dohnat i k sebepoškozování nebo dokonce k sebevraždě (Vašina, 2010).

### 2.1.1.3 Diagnostická kritéria

Zde je uveden zkrácený přehled diagnostických kritérií MA podle MKN – 10.

*„1. Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou nebo Queteletův index hmotnosti těla (body mass index): BMI váha (kg)/výška (m)<sup>2</sup> je 17, 5 nebo méně.*

*2. Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.*

*3. Specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako vtíravá, ovládavá myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.*

*4. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-pituitární-gonádovou osu, která se projevuje u ženy jako amenorrhoea a u muže jako ztráta sexuálního zájmu*

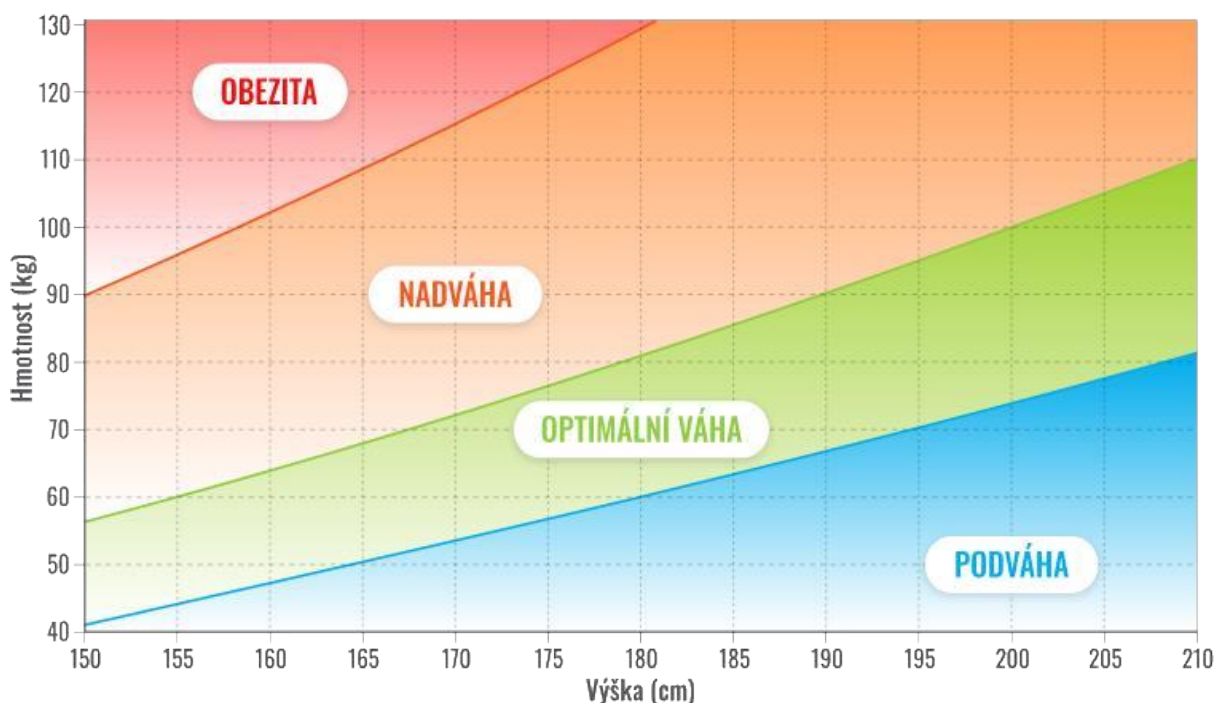
a potence. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu. “

#### 2.1.1.4 Body Mass Index

Body Mass Index, známý pod zkratkou BMI (z anglického Body Mass Index), nám slouží jako číselný ukazatel používaný k posouzení obezity. BMI se vypočítá tak, že hmotnost osoby je dělena druhou mocninou její výšky (Rudzinskyj, Smejkal, 1999).

I když se BMI považuje za nejčastěji používaný vzorec pro určení hmotnosti, není zcela přesný a měl by sloužit pouze jako hrubý odhad. Jedná se o statistický ukazatel, který slouží k posouzení tělesné hmotnosti vzhledem k výšce osoby. Tento ukazatel umožňuje rychlé a jednoduché zhodnocení, zda má jedinec adekvátní hmotnost, nebo jestli se nachází ve stavu podváhy, nadváhy či obezity (což může vést k různým zdravotním rizikům). BMI je využíváno zdravotníky, výživovými poradci i širokou veřejností. BMI je vhodný pro běžné jedince, kteří nejsou aktivními sportovci, jako jsou například kulturisté, protože svalová hmota je obecně těžší než tuk (Williams, 2010).

Tabulka č. 1 – Škála rozpětí BMI [online]



## 2.1.2 Mentální bulimie (MB)

„...Kupuji si další jídlo. Čokolády, chleba, cereálie. Naštěstí mě tu nikdo nezná. Vracím se domů a všechno sním. Znovu zvracím. Je mi hrozně. Pláču tak dlouho, až nakonec usnu.“

- Anonym

(Peter J. Cooper, 2014)

Tento útržek z úvodního příběhu z knihy Petera J. Coopera zachycuje pouze zlomek bolesti, která stojí za většinou příběhů dívek, které se dostaly do osobního střetu s mentální bulimií.

### 2.1.2.1 Definice bulimie

Mentální bulimie je porucha příjmu potravy založena na podobném principu jako mentální anorexie. Obě poruchy jsou typické úmyslným snižováním hmotnosti a strachu z tloušťky (Doležalová, 2014).

Charakteristickým rysem MB je střídání dvou období – omezování jídla a záchvaty přejídání během kterého jedinec zkonsumuje velké množství jídla za krátkou dobu. Postižený jedinec pak zkonsumované jídlo vyvrací (Herpertz-Dahlmann, 2015).

Krátce po zkonsumování velkého množství jídla následují, stejně jako u purgativního typu MA, pocity viny a zklamání, což vede k procesu vyprazdňování, které může zahrnovat užívání diuretik, projímadel, klystýru nebo kombinací všech těchto metod (Papežová, 2003).

Velkým rozdílem oproti anorexii je BMI, které je u člověka trpícího MB často v optimálních hodnotách pro zdravého člověka vzhledem k jeho tělesné hmotnosti, výšce a věku (Herpertz-Dahlmann, 2015).

Mentální bulimie se většinou vyvíjí v období adolescence a na začátku dospělosti. To znamená, že lidé s mentální bulimií jsou obvykle starší než lidé s mentální anorexií. Podstatnou informací je také fakt, že asi 30 % žen s mentální bulimií mělo v minulosti problémy s mentální anorexií (Keel, 2017).

### 2.1.2.2 Specifické typy MB

Obdobně jako u anorexie, tak i u bulimie můžeme charakterizovat specifické typy onemocnění. Jedná se o purgativní a nepurgativní typ. **Purgativní (bulimický) typ** se



týká jedinců, kteří si pravidelně vyvolávají zvracení v kombinaci s užíváním laxativ a diuretik. Oproti tomu **nepurgativní typ** je příznačný pro pravidelně cvičící jedince dodržující přísné diety a hladovky. (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017)

### 2.1.2.3 Diagnostická kritéria

Stejně jako jsem psala výše, tak i zde uvedu několik vybraných kritérií pro objasnění definice bulimie.

Cooper (2014) odkazuje na profesora Russela, který v roce 1979 sestavil definici skládající se ze tří částí, a to:

1. silné a neohrazené nutkání se přejídat;
2. snaha zamezit účinkům „tloustnutí“ navozováním zvracení, zneužíváním laxativ a diuretik či obojí;
3. chorobný strach z tloušťky.

Definice byla později Americkou psychiatrickou asociací roku 1980 obohacena o další kritéria. Tabulka č. 2 ukazuje definici bulimie, která byla zpracována Americkou psychiatrickou asociací roku 2013. (Cooper, 2014)

- A) Opakované epizody přejídání. Epizoda přejídání je charakterizována oběma následujícími rysy:
1. Příjem takového množství potravy s malým časovým odstupem (např. během dvou hodin), které přesahuje množství, jež by v podobném časovém úseku zkonsumovala většina lidí;
  2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během epizody (např. pocit dotyčné osoby, že nemůže přestat jíst, ani kontrolovat, co nebo kolik toho sní).
- B) Opakované nevhodné kompenzační chování ve snaze zabránit zvýšení hmotnosti, jako: záměrné zvracení; zneužívání laxativ, diuretik a dalších léků; půst; nebo extrémní cvičení.
- C) Záchvatovité přejídání a nevhodné kompenzační chování se v průměru vyskytují alespoň dvakrát týdně po dobu tří měsíců.
- D) Sebehodnocení je nepřiměřeně ovlivněno tělesnou hmotností a tvarem těla
- E) Narušení stravovacích návyků se nevyskytuje pouze během epizod anorexie.

Tabulka č. 2 (Americká psychiatrická asociace, 2013)

Novák (2010) definuje MB jako střídání opakujících se záchvatů přejídání, které jsou charakteristické velkým příjmem kalorií. Společně se záchvaty přejídání je

na denním pořádku i neustálá kontrola váhy. Níže je uveden zkrácený přehled diagnostických kritérií MB podle MKN – 10.

1. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
2. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů; vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavým obdobím hladovění, užíváním léků jako jsou anorektika, thyreoidní preparáty nebo diuretika.
3. Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh, nižší než premorbidní váha, která je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá. Často, ale ne vždy, je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie, přičemž interval se pohybuje od několika měsíců do několika let.

### **2.1.3 Záchvatovité přejídání**

Záchvatovité přejídání nebo také psychogenní přejídání je porucha charakteristická neustále se opakujícími záchvaty při kterých člověk stráví velké množství jídla. Tato porucha přispívá k problémům s obezitou. (Papežová, 2010). Není zde přítomnost vyvolávaného zvracení, nutkání cvičit, užívání laxativ nebo diuretik, ani držení hladovek. Pacient v průběhu každého záchvatu zkonsumuje např. i jídlo, které mu obvykle, za normálních okolností, nechutná. Jídlo pomáhá pacientovi zahánět nudu, nervozitu, smutek nebo samotu (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017). Aby byla pacientovi tato nemoc, dle kritérií DSM-IV, diagnostikována, pacient musí splňovat alespoň tři z těchto znaků s tím, že se dva dny v týdnu po dobu šesti měsíců přejídá. Výše zmíněnými znaky jsou: rychlá konzumace jídla, jedení bez pocitu hladu, nepříjemný pocit plnosti, pocity studu, viny a deprese (Papežová, 2010).

Na základě statistik bylo zjištěno, že se záchvatovité přejídání vyskytuje u zdravé populace ve 2 % a u obézní populace u více než 20 % (Faltus, 2007).

Stejně jako je tomu i ostatních typů PPP, tak i zde platí, že se tento typ onemocnění vyskytuje častěji u žen. Ale nutno říct, že i mužská populace zde zabírá značnou procentuální část ve výskytu. Vztah mezi záchvatovitým přejídáním a obezitou ukazuje,

že čím vyšší je stupeň obezity u pacienta, tím častěji u něho dochází k záchvatům přejídání (Krch, 1999).

#### **2.1.4 Další typy PPP**

Mimo uvedené poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie existují i další ne tolik známé typy PPP, které nejsou zařazeny do 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (k 1. 4. 2014), avšak mohou se objevit jako různé variace mentální anorexie nebo bulimie, a to např. jako mentální anorexie s epizodami přejídání nebo jako přejídání v kombinaci s psychickými poruchami. Papežová (2010) říká, že převládá odborný názor, že tyto další diagnózy často využívá laická veřejnost k zakrytí mentální anorexie nebo jiných forem poruch příjmu potravy (Papežová, 2010)

##### **2.1.4.1 Noční přejídání**

Většina jídla, které má člověk sníst během dne, je konzumována až po večeři, a hlavně v noci. Mezi důsledky nočního přejídání patří nespavost a ranní odpor k jídlu. Tento typ PPP je často vyvolán držením diet a porušením stravovacích návyků, např. v období zvýšeného stresu (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017).

##### **2.1.4.2 Ortorexie**

Porucha příjmu potravy charakteristická patologickou posedlostí zdravou výživou. Lidé se omezují na potraviny bez konzervantů, barviv, cukru, soli, bílé mouky atd. Jedinec stráví mnoho času dodržováním přísného zdravého životního stylu, který může hraničit až s fanatismem. Jídelníček takového jedince je velmi omezený z důvodu nejistoty vzhledem k vlastnostem potravin. Ortorexie může člověka dohnat i k izolaci, neboť biopotraviny nelze kupovat všude (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017).

Eliminace potravin je doprovázena stresem, úzkostmi či sebeavzí. Na rozdíl od pacientů trpících MA nebo MB, pacienti trpící ortorexií nemívají problémy s vnímáním vlastního těla (Vasile a Vasiliu, 2022).

Tato porucha je dlouhodobá. V krajních případech postižení raději odmítají jíst než konzumovat potraviny, které považují za škodlivé nebo nečisté (Fraňková a kol, 2013).

### **2.1.4.3 Drunkorexie**

Drunkorexie patří do méně známých poruch. Vzniká ze strachu přibírání na váze. Dotyčný se snaží snížit svůj kalorický příjem, aby mohl zvýšit konzumaci alkoholu, který je bohatý na kalorie. Tato porucha byla zpozorována především u dospívajících v USA. Ukázalo se, že až 30 % dívek dospívajících dívek záměrně vynechává jídlo za účelem vyšší konzumace alkoholu. Nedostatek jídla ale umožňuje rychlejší vstřebávání alkoholu v žaludku a jeho rychlejšímu pronikání do jater, čímž se zesilují jeho účinky a vstřebává se v mnohem vyšších dávkách. Alkoholické nápoje jsou nebezpečné zejména v kombinaci s energetickými nápoji, které mají za následek neschopnost pociťovat únavu. V této souvislosti byly popsány případy náhlého úmrtí nebo celkového kolapsu organismu u adolescentů (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017).

### **2.1.4.4 Bigorexie**

Vyskytuje se především v mužské populaci, nejčastěji jí trpí kulturisti, výjimkou jsou ženy kulturistky. Jedinci jsou posedlí vlastním vzhledem, se kterým nejsou spokojeni. Muži vnímají své tělo jako nedostatečně vyvinuté. Mnoho svého času proto tráví v posilovně, kde si vytvoří závislost na cvičení. Funguje to na stejném principu jako při závislosti na drogách nebo alkoholu. Trénink v posilovně se tak stává dávkou, která se zvyšuje. Jedinci se mohou uchýlit ke konzumaci různých doplňků stravy, a někteří, v horším případě, i k užívání steroidů. Užívání anabolických steroidů nese vysoké riziko poškození zdraví a ohrožení života. Z tohoto důvodu je jejich užívání pro účely bodybuildingu v České republice ilegální. Přemíra svalové hmoty navíc zatěžuje kosti a klouby, nadměrné cvičení může poškodit pohybový aparát, a nadbytečný příjem energie a bílkovin může vést k poruchám funkce ledvin a jater (Martykánová, Piskáčková, 2010).

V odborné literatuře je tato porucha také pospána jako forma dysmorfofobie (nadměrné zaobírání se domnělým defektem vzhledu u běžně vypadající osoby). Bigorexie je též známá jako Adonisův komplex (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017).

## **2.2 Faktory vzniku PPP**

Papežová (2010) uvádí, že za vznik PPP nemůže pouze jeden faktor. Jedná se o soubor mnoha faktorů, které vedou u jedince ke vzniku PPP. Krch (1999) říká, že u každého jedince mohou být příčiny vzniku PPP různé, a to kvůli jedinečnosti a odlišnosti každého z nás.

### **2.2.1 Dělení faktorů**

V současné době můžeme zjistit, že se faktory dělí různě. Krch (2005) je rozdělil jako tři hlavní celky, které společně zahrnují všechny jednotlivé faktory vedoucí ke vzniku PPP, a to na:

- biologické
- psychologické
- sociální

Novák (2010) faktory rozdělil odlišně, a uvedl je i pod jiným názvem, a to jako determinanty. Dělí je na:

- individuální
- rodinné a
- sociokulturní (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017).

Při popisování jednotlivých faktorů jsem se rozhodla zaměřit na determinanty od Nováka (2010).

#### **2.2.1.1 Individuální rizikové determinanty**

Tyto determinanty pochází z individuální osobnosti člověka a osobních zkušeností, které člověka v průběhu života potkají.

##### **Vývojové determinanty**

Do této složky patří determinanty, které ovlivňují jedince po dobu vývoje od raného dětství až do období adolescence. Životní vývoj je pro člověka náročný. Už mezi 9. a 10. rokem života projevují dívky snahu zhubnout, a představy o přijatelném a nepřijatelném tvaru těla si děti utváří již v předškolním věku (Novák, 2010).

**Období dětství** s sebou přináší také možné riziko vzniku nebezpečného pouta mezi láskou a jídlem. Pokud chce matka vyjádřit svému dítěti, jak moc ho miluje, dítěti dá např. čokoládu. To samé platí v případě, když je dítě smutné a čokoláda nebo jiná sladkost může sloužit jako forma utěšení nebo i jako forma odměny. Pokud matka dítě pravidelně omezuje v jídle, dítě si tyto činy může spojit s neláskou. (Meadow, Weiss, 1992; Orbach, 1986 cit. podle Novák, 2010)

Další zlomové období nastává u dívek na **začátku puberty**, kdy se jejich tělo začíná měnit. Pro mnoho mladých žen je obtížné přijmout nové tělo, které je o něco těžší a má také jiné tvary (Novák, 2010).

**Období adolescence** je ovlivněno především sociálním prostředím, které propaguje současný ideál krásy. Dívky jsou ambiciózní a chtějí ideálu často dosáhnout, aby se zavděčily sobě i okolí, včetně **vrstevníků a kamarádkých skupin**, kteří jsou také uváděni jako další faktor. Jedním z hlavních témat, které spolu dívky řeší je fyzický vzhled, ať už vlastní nebo cizí. Nelze s jistotou říct, zda se na vzniku PPP více podílí skupina vrstevníků a rodiny nebo média (Polivy, Herman, 2002 cit. podle Novák, 2010).

Do této kategorie patří i **kritické životní události**, které člověka v životě potkají a mají za následek rozvoj PPP. Mezi takové události patří např. sexuální zneužití, ztráta blízké osoby, nadměrný tlak rodičů, nemoc, postižení sourozence. (Gordon, 2000; Horesh, 1996 cit. podle Novák, 2010). Krch (2008) dále uvádí, jako další kritické události, šikanu a partnerské či rodinné problémy. Uvedené události mají za následek stres, úzkosti, depresivní náladu, pokles sebeúcty a pocity osamělosti (Polivy, Herman, 2002 cit. podle Novák, 2010). PPP v těchto situacích slouží jako možnost úniku od nepříjemných pocitů, kterými je jedinec zahlcen (Novák, 2010).

### **Osobnostní determinanty**

Novák (2010) jako další determinanty uvádí osobnostní determinanty zahrnující **temperament, emocionalitu, sebekontrolu, sebeúctu a sociální self** (prezentace vlastní osoby na veřejnosti). Způsob, jakým prezentujeme svoji osobnost na veřejnosti je opět podmíněno tlakem rodičů, médií, vlastním sebehodnocením. Vlastní sebehodnocení souvisí s myšlenkou, jak vnímáme své tělo. Pokud si vytvoříme **negativní body image** o svém tělu, jedná se o vlastní nespokojenost se svým tělem, a můžeme se uchýlit k pokusům o snížení váhy, které se vyvinou v PPP (Novák, 2010).

Všechna tučně označená slova označují hlavní determinanty vzniku PPP v období našeho vývoje.

### 2.2.1.2 Rodinné rizikové determinanty

Novák (2010) odkazuje na Susan Haworth-Hoeppner (2000), která pevně stojí za názorem, že existuje přímá návaznost rodinné problematiky na kulturu a společnost. Svoji body image si totiž utváříme již v rodinném okruhu. Nebezpečným rizikem se právě stávají pochvaly nebo naopak nelichotivé komentáře vyřčené členy rodiny, kteří nevidí za svými výroky hlubší význam a dopad na jedince. Rodina nemá za následek pouze přetrvávání PPP, ale také rozvoj.

Riziko vzniku PPP se zvyšuje, pokud v rodině vážně **komunikace**. Děti a dospívající nemusí cítit dostatečnou otevřenost a důvěru k rodičům, a tím spíše se nesevěří s tíživým problémem. S nedostatečnou komunikací vznikají v rodině chladné vztahy postrádající vyjadřování emocí členy rodiny (Novák, 2010).

Novák (2010) přichází s myšlenkou Gordona (2000) týkající se dívek s MA, které podvědomě cítí **potřebu důslednosti** s cílem zbavit se nedostatků, které za sebou zanechala mužská generace v rodině. Dívka se chce stát silnou ženou, ale plní zejména potřeby ostatních.

Dalším hlediskem pro vznik PPP je **podpora rodičů**. Dívky touží po tom, aby byla jejich snaha i dosažené úspěchy oceňovány. S přicházející dospělostí pochvaly ze strany rodičů mizí. Ještě horší je, pokud je chválen pouze jeden ze sourozenců (Fallon, Katzman, Wooley, 1994 cit. podle Novák, 2010).

*„Rodiče pacientek MA mívají zpravidla nadměrný zájem o vzhled, diety, fitness a krásu.“* (Bruch, 1978 cit. podle Novák, 2010). Velká část této skupiny rodičů navíc trpí neurotickými problémy, není příliš způsobilá k vytváření zdravých emočních vztahů, žije v neustálém napětí a nevyhýbá se ani hádkám (Palazzoli, 1974 cit. podle Novák, 2010).

Výrazný vliv na PPP dívek mají i matky, které vidí svou dceru jako prostředek k nenaplněným cílům, kterých v minulosti chtěly dosáhnout. Pro takové matky je charakteristická ambicióznost, perfekcionismus, přehnaná kritičnost a frustrace. Nutno dodat, že často ony samy trpí také PPP (Novák, 2010).

Role rodiny je ve spojitosti s PPP stále těžko hodnotitelná. Je zde přítomnost mnoha faktorů, které tuto problematiku ovlivňují. Spojujícím faktorem, které uvedly

dívky s PPP, je fakt, že se po celou dobu svého života snažily zavděčit rodičům, aby byli spokojeni. Dívky měly pocit, že jim vděčí za jejich velkorysost (Novák, 2010).

### 2.2.1.3 Sociokulturní determinanty

Oproti předešlým skupinám faktorů zahrnuje tato skupina největší množství determinantů, které člověka v průběhu jeho existence ovlivňují, a tím je prostředí, ve kterém se nachází. Novák (2010) v této kapitole uvádí různé teorie, které vysvětlují možný vznik PPP podmíněný okolním prostředím člověka.

**Sociobiologická teorie** vysvětluje vztahy mezi lidmi z hlediska míry jejich submisivity a dominance. Je zde předpoklad, že deprese vzniká u submisivního jedince, kterému se nedaří utéct před dominantním jedincem. Deprese spolu s dalšími příznaky nízkého sociálního statusu (stud, nízká sebeúcta, ponížení, absence schopnosti se prosadit, domněnka, že mají ostatní větší moc) jsou uváděny právě u dívek trpících PPP (Troop, 2003 cit. podle Novák, 2010).

**Teorie sociálního učení** se zabývá problematikou dívek osvojujících si ideál těla na základě médií. Čím častěji dívky vidí fotografie modelek, tím více mohou nabývat dojmu, že když budou vypadat jako ony (budou stejně štíhlé), dostane se jim také ocenění od společnosti. Stejný vliv mohou mít na dívky i filmové herečky. Teorie funguje na základě principu motivace vidiny budoucí odměny a sociálního přijetí za cenu napodobování úspěšné osobnosti (Harrison, 1997 cit. podle Novák, 2010).

Dnes dívky nevěnují svou pozornost modelkám v časopisech, ale na sociálních sítích, zejména na platformě *Instagram*. Modelky dostávají pod své příspěvky komentáře různého druhu, ale nejčastěji jsou to právě lichotící komentáře od dívek, které mohou modelky vnímat jako svůj vzor.

Bandura (1989) dále přišel se **sociálně kognitivní teorií učení**. Každý průměrný člověk má schopnost mít kontrolu nad svým životem. Čím více se cítíme zdatní, tím máme větší potřebu nastavovat si vyšší cíle. Pokud ale vnímáme, že nejsme příliš zdatní, možná si přijdeme až bezmocní, náš výkon také nebude příliš vysoký. To může negativně ovlivnit naše sebepřijetí a to, jak si sami sebe vážíme. Nepříjemné pocity z nízké osobní zdatnosti mohou přerůst v pocit nicotnosti, stres, úzkosti a deprese, vedoucí k PPP (Novák, 2010).



Novák (2010) dále uvádí **teorii self – diskrepance** od Harrisona (1997). Podle této teorie má člověk tři typy domněnek. 1. kým člověk skutečně je (vlastní já), 2. kým by si člověk přál být (ideální já), 3. kým by člověk měl být (nadjá). Pokud je člověk tlustý a přál by si být hubený, jedná se o rozpor mezi vlastním a ideálním já. Této situaci říkáme ideálová diskrepance. Diskrepance svědomí vzniká odlišností 1. a 3. domněnky. Člověk je např. tlustý, ale okolí mu říká, že by měl být hubenější. Obě situace vedou k negativnímu sebehodnocení, které opět může vést k osobní nespokojenosti, která je příčinou PPP.

Poslední sociální teorii, o které se Novák (2010) zmiňuje, je **teorie sociálního srovnávání**. S teorií přišel Festinger roku 1954. Lidé mají potřebu se s někým srovnávat. Teorie popisuje, že pokud se budeme srovnávat s někým, kdo je schopnější než my, budeme se cítit hůř. Naopak, pokud si vybereme někoho méně schopného, než jsme my, budeme se cítit lépe.

U dívek, které se každý den porovnávají se štíhlými modelkami postupně narůstá nenávisť k vlastnímu tělu. Tiggemann a McGill (2004) přichází s myšlenkou, jakým způsobem ženy a dívky vnímají fotografii modelky, kde je zobrazena pouze určitá část těla modelky, a jak se jejich vnímání liší ve srovnání s fotografií zachycující celé tělo modelky. Pokud v reklamě vidíme pouze část ženského těla, cítíme větší potřebu tuto část těla porovnat s tou naší. Jestliže je ale v reklamě zachycené celé tělo včetně tváře modelky, porovnání už nám nemusí připadat tolik atraktivní z důvodu mnoha vzhledových rysů, kterými se od nás modelka liší. Modelka nám tedy nepřipadá jako vhodná osoba, se kterou bychom se mohly porovnat (Novák, 2010).

Novák (2010) dále popisuje možné faktory vzniku PPP ve spojitosti s **kulturou**.

V každé zemi je jiná kultura, pro kterou platí jiné symboly krásy. Autor uvádí příklady z minulosti, kdy dívky musely kvůli kráse trpět, aby se zavděčily tehdejšímu ideálům krásy nebo tradicím. Jedním z faktorů vzniku PPP týkajících se kultury může být i přestěhování jedince do jiné země ve které je odlišný ideál krásy týkající se postavy. Přestěhování má podstatný vliv zejména na adolescenty, kteří jsou ve fázi utváření své vlastní identity (Miller, Pumariega, 2001 cit. podle Novák, 2010).

Do sociálních determinantů Novák (2010) dále zařazuje **pohlaví**. Dívky jsou od malička chváleny za vzhled, čímž si budují v hlavě myšlenku, že pokud budou štíhlé, tak budou i krásné a dostane se jim pochvaly, na základě které roste jejich sebeúcta

a sebevědomí. Tato vazba se přenáší i do dospělosti, a tím vzniká vyšší riziko vzniku PPP u žen.

Muži jsou, na rozdíl od žen, už jako chlapi vychováni v myšlence, že musí zvládat náročné situace a být silní za každé okolnosti. Tato myšlenka odpovídá na otázku, proč se značná část mužů se svými problémy, a to včetně poruch příjmu potravy, nesvěřuje. Významným faktorem vzniku PPP u mužů je aktivní vykonávání sportu, při nichž je důležitá tělesná váha sportovce. (Novák, 2010)

Mnoho sportovců má zájem mít v těle vyšší složku svalové hmoty a nižší složku tělesného tuku, což jim umožňuje dosáhnout nejdárnějšího výkonu vzhledem k jejich hmotnosti. Tato skutečnost je výhodná zejména pro sportovce věnující se zápasení, judu, karate nebo veslování. Sportovci se snaží dostat do nižší váhové kategorie za cenu podání lepšího výkonu vůči konkurentovi. Zde hrozí značné riziko vzniku PPP. Přítomnost nadbytečné tukové složky v těle se navíc prokázala jako energeticky nevýhodná. Rizikovou skupinu tvoří i sporty jako běh, skok do dálky, skok vysoký, skoky na lyžích nebo gymnastika. (Sundgot-Borgen, Torstveit, 2010). Uvedené sporty sahají po potřebě štíhlosti a stávají se tak podle Nováka (2010) **zvláště rizikovým prostředím**. Této skupině se nevyhýbá ani cyklistika a plavání. Riziko vzniku PPP hrozí dále u sportů, které cílí především na estetickou stránku. Do takové skupiny sportů zařazujeme krasobruslení, sportovní tanec, rytmickou gymnastiku, potápění a kulturistiku (Sundgot-Borgen, Torstveit, 2010). Novák (2010) dále do sportů patřící do zvláště rizikového prostředí zařazuje také vzpírání, atletiku a volejbal.

Do sociokulturního prostředí patří i role trenéra, který je také zařazován mezi možné determinanty vzniku PPP. V této souvislosti navážu v další kapitole ohledně vlivu trenéra na sportujícího jedince.

## 2.3 Osobnost trenéra

Trenér je klíčovou postavou v každém sportovním prostředí. Měl by být osobou s komplexním souborem vlastností a dovedností, které mu umožní efektivně vést a motivovat tým či svěřence. Trenérovi by neměla chybět taktnost, diskretnost, empatie, dovednost naslouchat, motivovat a respektovat svěřence. Neměl by postrádat ani pochopení pro skutečnost, že ne pro všechny je sport, kterému se trenér věnuje, jediný životní zájem nebo cíl, kterého chceme v životě dosáhnout (Perič, 2012).

Na základě uvedených dovedností trenéra a správně fungující komunikace bychom měli mít ke svému trenérovi důvěru, a nebát se mu říct například o našem momentálním psychickém stavu, který je podstatným faktorem ovlivňující náš sportovní výkon.

Svoboda (2007) uvedl, že by se trenér neměl omezovat pouze na plnění trenérských povinností, ale jeho působení by se mělo projevit i v určité sociální roli. Svoboda (2007) tuto potřebu sociálního působení trenéra popsal v pěti bodech, z nichž každý označuje jednu sociální dimenzi, která by měla hrát v roli každého trenéra. Trenér by měl být informátor, důvěrník, motivátor a zároveň vychovatel.

### 2.3.1 Vliv trenéra na vznik PPP

V posledních letech se zvyšuje povědomí o komplexním vlivu trenérů ve sportu nejen na fyzický výkon, ale také na psychické a emocionální zdraví sportovců. Jedním z aspektů, který je stále více zkoumán, je role trenéra jako potenciálního rizikového faktoru v souvislosti s výskytem poruch příjmu potravy mezi sportovci.

Trenéři bývají často první, kteří zaznamenají změny v chování sportovců. Denní kontakt se sportovci jim umožňuje postřehnout příznaky poruch příjmu potravy dříve, než si těchto příznaků všimne jejich rodina či přátelé. Pokud se příznaky podaří včas rozpoznat, léčebný proces poruchy může být zkrácen. Včasné rozpoznání problému může také sportovci pomoci předejít poklesu sportovního výkonu nebo dokonce úplné zanechání sportu. (Martinsen, Sherman, Thompson & Sundgot-Borgen, 2014).

Trenér má na sportovce výrazný vliv, a proto je považován za důležitou osobu v jeho životě z důvodu včasného zabránění vzhledem ke vzniku PPP.

Trenéři by své svěřence neměli vnímat jako pouhé objekty úspěchů a neúspěchů, ale měli by na sportovce nahlížet jako lidskou bytost, která má své potřeby. Trenér by se

měl zajímat o psychický stav sportovce, od kterého se také odvíjí jeho sportovní výkon, a neměl by mu být lhostejný ani jeho rodinný život (Coaches & Trainers).

Výzkum, který provedla Aneta Chlumská ve své bakalářské práci, víceméně dokazuje informace z předešlého odstavce. Většina trenérů se zaměřuje pouze na výkony svých svěřenců a nevěnuje dostatečnou pozornost jejich celkovému zdraví. Jejich přístup ke sportovcům je obecně nedostatečný, neprofesionální s chybějícími znalostmi ohledně PPP. Tento přístup pak má pak negativní vliv, co se týče poskytování nevhodných rad, které sportovcům spíše uškodí, což může přispět ke vzniku PPP. Dále trenéři přehlížejí situace šikany a nedostatečně podporují sportovce v době přerušení jejich kariéry, která je především o podpoře sportovce.

### **2.3.2 Vhodný přístup trenéra k možnému výskytu PPP**

Několik tipů ohledně adekvátního chování trenéra v souvislosti s možným výskytem PPP mezi sportovci uvedla americká sportovní psycholožka Dr. Dupcak.

- Uvědomte si, jak velkou moc jako trenér máte a využijte ji. Trenéři často podceňují vliv a moc, který na sportovce mají.
- Poznejte své sportovce. Buďte obzvláště opatrní u sportovců s nízkým sebevědomím a sklony k perfekcionismu a vysoké sebekritice.
- Poté, co si promluvíte se svým svěřencem o vašich obavách, promluvte si také s jeho rodiči a pracujte společně jako tým.
- Myslete na to, že PPP bývají často skrývány. Sportovci se budou snažit své stravovací návyky skrývat. Pokud budete mít podezření, nebojte se po problému opatrně pátrat. To platí zejména i pokud se zhorší sportovní výkon sportovce. Pamatujte na to, že čím dříve se porucha začne léčit, tím větší je šance na její uzdravení (Coaches & Trainers).

### **2.3.3 Vliv trenéra na stravovací návyky svěřenců**

Jak již bylo řečeno v úvodním odstavci kapitoly zabývající se osobností trenéra – trenéři mají na své svěřence podstatný vliv, a to včetně stravovacích návyků svých svěřenců. Mohou svěřence přesvědčit ke způsobu, jakým by měl o výživě přemýšlet, co by měl a neměl zařazovat do svého jídelníčku nebo dokonce, jak má vnímat svou tělesnou hmotnost a fyzický vzhled.

Trenér by se měl vyhnout radám ohledně třídění potravin na “dobré“ a “špatné“. Všechny potraviny jsou totiž vhodné, ale záleží na míře, v jaké potraviny konzumujeme. Stravovací jídelníček sportovců by neměl být striktně omezován, například pouze na potraviny, které mají nízké nebo žádné procento tuku. Trenér by měl svěřence informovat, že pestrá a vyvážená strava je základem pro správné fungování těla, rychlou regeneraci mezi tréninky, předcházení nemocem a zraněním, a v neposlední řadě má také pozitivní vliv na udržení zdravé tělesné hmotnosti a zlepšení výkonu (Coaches & Trainers).

### **2.3.4 Podpora sportovce ze strany trenéra**

Dalším hlediskem, které je pro sportovce neodmyslitelně důležitým faktorem pro jeho výkon a mentální zdraví, s ním spojené, je podpora ze strany trenéra. Díky průběžnému povzbuzování svěřenec může získat větší důvěru v sám sebe, a tím snížit možné riziko vzniku PPP, a zároveň to může posílit vztah s trenérem. Trenér totiž není pouze průvodcem na sportovním hřišti, ale také důvěrným spojencem mimo něj.

Podpora je společně s nasloucháním, přijetím a vedením základem kvalitního vztahu mezi trenérem a svěřencem (Jowett, 2017).

Trenér může svého svěřence povzbudit v mnoha ohledech. Pokud je svěřenec smutný kvůli svému výkonu, je vhodné svěřenci připomenout, aby se na sportovní výkon díval jako na dlouhodobý proces. Sportovní výkon je navíc určen mnoha faktory. Je vhodné svěřencům připomenout, že sport by měl být vykonáván za účelem zábavy, zvyšování tělesné zdatnosti a zdravého závodění.

Pokud se svěřenec potýká s PPP, trenér by měl svěřence podpořit ve vyhledání léčby, i kdyby to mělo znamenat přerušování sportovní kariéry (Coaches & Trainers).

## **3. PRAKTICKÁ ČÁST**

Bakalářská práce se zabývá problematikou ohledně vztahu trenéra a sportujících dívek s PPP. Každá z respondentek se v určitém životním období dostala do boje s PPP. Můj zájem směřuje především k otázce, jaký dopad mělo jeho chování na respondentky vzhledem k PPP a nalezení možných rizikových faktorů.

### **3.1 Metodologie výzkumu**

Pro zpracování praktické části bakalářské práce jsem se rozhodla provést kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů sloužící pro zpracování jednotlivých kazuistik, které mi umožní hlouběji nahlédnout do osobních zkušeností čtyř dívek.

### **3.2 Cíle výzkumu**

Cílem kvalitativního výzkumu je zjištění možných souvislostí mezi jednotlivými zkušenostmi respondentek, které si prošly poruchou příjmu potravy a zároveň vykonávaly sport pod vedením trenéra. Soustředím se zejména na souvislosti ohledně chování trenéra a jeho dopad na respondenty. Ráda bych pomocí sepsaných příběhů umožnila čtenářům nahlédnout do vztahu trenéra a sportujících studentek s poruchou příjmu potravy.

### **3.3 Výzkumné otázky**

VO1: Jaký dopad mělo trenérovo chování na vznik nebo rozvoj PPP u respondentek?

VO2: Jaké souvislosti se mezi respondentkami z výzkumného vzorku vyskytly během jejich příběhů?

VO3: Jaké jsou faktory ve sportovním prostředí, které mohou přispět ke vzniku poruch příjmu potravy u sportovců?

VO4: Věděli trenéři, že respondentky trpí PPP?

### **3.4 Výběr respondentů**

Předmětem výzkumu byly čtyři sportující respondentky, které se v životě dostaly do boje s poruchou příjmu potravy. Respondentky jsou ve věku 19-26 let. Žádné z respondentek nebyla PPP diagnostikována.

### **3.5 Metodika sběru dat**

Kvalitativní výzkum zahrnuje mnoho výzkumných metod. Ve svém výzkumu jsem se rozhodla využít výzkumnou metodu dotazování, a to formou polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturované rozhovory jsem vnímala jako vhodné řešení z důvodu možnosti rozvinutí odpovědí respondentek a získání podrobnějších informací pro zpracování jednotlivých kazuistik.

Rozhovory probíhaly na klidném a tichém neutrálním místě za přítomnosti psychologa Dr. Pavla Harsy z důvodu snížení rizika diskomfortu respondentek a dohlédnutí nad vedením rozhovorů. Rozhovory byly prováděny jednotlivě (s každou respondentkou zvlášť) z důvodu zachování anonymity, důvěry a navázání vyšší osobní vazby mezi mnou a respondentkou.

S respondentkami jsem zkoumanou problematiku důvěrněji probírala již dříve v minulosti. Tuto skutečnost vnímám jako velké pozitivum, protože mi osobní kontakt s nimi nepřišel cizí a myslím si, že i ony se cítily komfortněji.

Před začátkem každého rozhovoru jsem respondentky seznámila s informovaným souhlasem, účelem rozhovoru a ujištěním ohledně zachování jejich anonymity. Následně jsem respondentkám sdělila, že bude rozhovor nahráván na mé telefonní zařízení, ze kterého záznam rozhovoru do 1 dne převedu do počítačového zařízení, nahrávku přepíšu do souboru. V souboru bude rozhovor uveden pouze pod náhodným číslem, a následně nahrávku smažu. Taktéž jsem respondentky informovala o možnosti neodpovědět na některou z otázek, a možnosti z rozhovoru kdykoli odejít bez udání důvodu. Rozhovory se pohybovaly v časové relaci 10-15 minut.

### **3.6. Otázky do polostrukturovaných rozhovorů**

1. Jaký sport jsi vykonávala, když si začala trpět PPP? Kolik ti bylo?
2. Jakou PPP si trpěla?
3. Jaký vliv měla PPP na tvůj sportovní výkon?
4. Bylo ve vašem sportovním klubu více lidí, kteří trpěli také PPP?
5. Věděl tvůj trenér o tom, čím si procházíš? Jak reagoval? Měl trenér někdy podezření?
6. Jak jsi svého trenéra vnímala? Považovala jsi ho za důležitou osobu ve svém životě?
7. Zmínil se tvůj trenér někdy o nebezpečí PPP v souvislosti sportu, který jsi dělala?
8. Zaznamenala jsi někdy od trenéra nelichotivé komentáře týkající se tvé postavy? Měly tyto komentáře velký podíl na vzniku nebo rozvoji tvé PPP?
9. Zaznamenala jsi někdy nelichotivé komentáře, které byly mířeny na někoho jiného ve vaší skupině?
10. Jak velký podíl měl na vzniku PPP sport a trenér, kterému si se věnovala?

### **3.7. Získané kazuistiky**

#### **3.7.1 Kazuistika č. 1**

První respondentce je 26 let a aktivně se věnuje bikini fitness. Tento sport ji vždy přitahoval pro svou estetičnost a zájmu pracovat na svém těle. Posilování se věnuje již od 15 let. Respondentka se poprvé dostala do boje s poruchou příjmu potravy, když jí bylo 24 let, v období, kdy se připravovala na své první závody pod dohledem osobní trenérky, která se sama účastnila mnoha závodů v oblasti kulturistiky. Období přípravy pro respondentku nebylo vůbec jednoduché, zejména v dietní fázi, krátce před závody. Předzávodní diety bývají velmi striktní a člověk musí vytrvat do samého konce. Respondentka začala trpět záchvatovitým přejídáním, které doprovázelo extenzivní cvičení a nepříjemné výčitky. Přejídala se přednostně večer po cvičení.

Respondentka uvedla, že porucha příjmu potravy neměla příliš velký vliv na její sportovní výkon vzhledem k tomu, že se přejídala až ve večerních hodinách. Vliv PPP pocítovala pouze v podobě vtíravých myšlenek na nadměrně dlouhé tréninky, aby spálila co nejvíce kalorií.



Vztah s trenérkou, pod jejímž dohledem v rámci celé přípravy respondentka byla, nebyl nijak hluboký. Cítila, že je mezi nimi výhradně pracovní vztah. Nikdy ji nevnímala jako svou kamarádku. Trenérka se občas zeptala, jak se respondentce daří, ale tím zájem o její psychický stav končil. Pokud respondentka řekla, že se necítí psychicky příliš dobře, odpověděla jí stručně s vysvětlením, že to bude nově upravenými tréninky. Respondentka uvádí, že trenérky zájem vždy více směřoval k závodícím mužům.

Ačkoli má trenérka bohaté zkušenosti v oblasti závodění, tak respondentku na zvýšené riziko PPP nikdy v minulosti neupozornila. Vybavuje si, že se pouze krátce zmínila o tom, že období diety bývá náročné. Na stravovací režim respondentky se zeptala až po závodech. Respondentka v průběhu přípravy často zaznamenala i nelichotivé komentáře na svou postavu. Zazněla i slova jako tlustá nebo oplácaná. Takové komentáře měly negativní vliv na její sebevědomí. Vnímá to tak, že si trenérka spíše neuvědomovala, jaký dopad to na ní může mít. I přesto, že to občas řekla z legrace, respondentka to v období diety vnímala jako urážku, protože byla psychicky vyčerpaná z diety. Respondentka si nemyslí, že měly nelichotivé komentáře vliv na přejídání, ale na extenzivní cvičení.

Respondentka ke své trenérce nikdy neměla důvěru a v této souvislosti se jí ani s tíživým problémem ohledně přejídání nesvěřila. Dalším důvodem byl strach, že ji trenérka vyloučí ze svého týmu, protože několik závodníků, kteří dietu nedodrželi, byli z týmu vyloučeni. Cítila obrovský nátlak, a tak pokračovala až do závodů. Na její formě se to ovšem neprojevalo. Respondentka neměla důvěru ani k ostatním závodícím členům. V týmu obecně nepanovala příjemná atmosféra. Všichni se vzájemně vnímali jako konkurenti a běžně se stávalo, že se členové týmu vzájemně podporovali ke konzumaci nevhodných jídel, které mají za cíl poškodit aktuální formu závodníka, aby dotyčný vypadal na pódiu hůř. Z důvodu nedostatečné důvěry a otevřenosti mezi členy týmu, respondentka neví, zda se porucha příjmu potravy vyskytovala i u někoho dalšího.

Respondentka se také zmínila o negativní zkušenosti své blízké kamarádky, která závodila společně s ní pod vedením stejné trenérky. Sdělila mi, že jí trenérka cvičení zprotivila do takové míry, že se závody i cvičením kompletně skončila.

Další období přejídání přišlo krátce po závodech. Chtěla si udržet formu, ale tělo bylo příliš hladové a vyčerpané. V posilovně trávila mnoho času na fitness schodech, ale hmotnost šla i tak rychle nahoru. Začala vyhladovělému tělu denně dopřávat velké

množství jídla. Sama respondentka uvádí, že jídlo je pro regulaci hmotnosti alfa omega a cvičení je pouze zlomek práce v procesu hubnutí.

Tento sport měl obrovský vliv na její poruchu příjmu potravy. Byl to spouštěč, který odstartoval jedno nepříjemné životní období. Má pocit, že si už navždy bude u každého jídla počítat kalorie. Obdobně často přemýšlí nad svou závodní formou a tím, jak ráda by vypadala jako předtím. Přestože má nyní krásnou formu, tak si připadá tlustá.

V současné době se respondentka znovu připravuje na závody, a je opět v striktní dietě. Její touha znovu závodit pochází z výše zmíněné představy znovu dosáhnout formy, kterou měla před dvěma lety na prvních závodech. Nyní netrpí žádnou poruchou potravy, ale má strach, že se znovu začne přejídat po skončení závodů.

### **Závěrečné zhodnocení**

V případě první respondentky můžeme říct, že na ni sportovní prostředí mělo významný vliv. Striktní předzávodní dieta a nedostatek podpory ze strany trenérky byly klíčovými faktory spouštějícími PPP u respondentky. Nedostatečná empatie, nevhodné komentáře a nedůvěra v týmu dále přispěly k izolaci a negativnímu vnímání vlastního těla. I přes momentální absenci PPP má respondentka obavy z jejího návratu po skončení soutěže. Její příběh poukazuje na důležitost citlivé podpory a otevřené komunikace v prostředí sportovní přípravy k prevenci PPP a podpoře celkového mentálního zdraví jednotlivců. Respondentka má obavy z jídla dodnes.

### **3.7.2 Kazuistika č. 2**

Respondentce je 22 let a je studentkou vysoké školy. V průběhu svého života se jako malá dívka věnovala krátkou chvíli gymnastice a později, když jí bylo 14 let se začala věnovat atletice. Tento věk byl také počátečním obdobím anorexie, která ji vstoupila do života.

Respondentka si vždy připadala tlustá. Už ve svých čtrnácti letech měla zkreslené vnímání svého těla. Nikdy se jí nelíbila vlastní postava. Měla pocit, že není, v porovnání s ostatními dívkami, dostatečně vysportovaná. Ačkoliv jí okolí, v průběhu její nemoci, často upozorňovalo na fakt, že je velmi hubená a měla by více jíst, tak komentářům nepřikládala žádnou váhu a negativní myšlenky ohledně její postavy ji pronásledovaly dále.

Respondentka se v atletice věnovala zejména běhům na střední tratě (800 m, 1500 m). Na jednom ze svých závodů se dostala do bodu, kdy málem kvůli svému stavu zkolabovala. Její tělo bylo z každodenních náročných tréninků a nízkého kalorického příjmu vyčerpané. Stav kolabování uvedla i v dalších případech vyšší tělesné zátěže. Jako hlavní příčinu své poruchy příjmu potravy shledává příliš velký kalorický výdej zapříčiněný velkým počtem atletických tréninků. Respondentce frekvence a náročnost tréninku nevadila. Líbila se jí její tělesná proměna a na svém režimu nehodlala nic měnit, ba naopak začala sportovat i ve svém volném čase mimo atletiku. I po této změně si připadala pořád tlustá.

Psychická stránka sportovců ani možnost výskytu poruch příjmu potravy se v konkrétním atletickém oddílu, kam chodila respondentka, neřešila. Oddíl se skládal z pěti členů. Respondentka popisuje vztah k trenérovi jako neutrální. Považovala ho za autoritu a měla k němu respekt, ale s osobnějším problémem by se mu nesvěřila. Chybějící důvěru k trenérovi uvádí v souvislosti nedostatečné komunikace a zájmu o psychickou stránku člověka. Trenér o poruše příjmu potravy, kterou respondentka trpěla, nevěděl. Nikdy neměl ani podezření. Z pohledu respondentky, se trenér více věnoval ostatním oddílům. Jejich oddíl nechal pouze „běhat“, a přesunul se na jiné místo. V oddílu byla s respondentkou ještě jedna dívka, u které se také projevovaly znaky anorexie, ale respondentka si není jistá, zda tato dívka netrpěla i dalšími znaky jiné poruchy příjmu potravy. Ani o této skutečnosti trenér nevěděl. Dívka byla velmi hubená, a proto, aby mohla jet na soustředění s oddílem, tak ji trenér nařídil trochu přibrat. Trenér ani po této zkušenosti u dívky neprojevil žádné podezření na možnost poruchy příjmu potravy.

Za celou dobu, co se respondentka věnovala atletice, nezaznamenala od trenéra žádný nelichotivý komentář týkající se její hmotnosti nebo tělesného vzhledu. Avšak uvedla příklad z minulosti, kdy se v devíti letech věnovala gymnastice a zde takové komentáře zaznamenávala od trenérek běžně. V tomto věku ještě nevěnovala tělesnému vzhledu takovou pozornost, tudíž si tyto komentáře nebrala, nijak zvlášť k srdci. Na tréninky gymnastiky chodila nerada. Bylo to především kvůli jedné trenérce, ze které měla strach a také kvůli kolektivu. Kolektiv dívek se rozdělil na základě zvládání jednotlivých dovedností a prvků. Více „šikovné dívky“ se s těmi „méně šikovnými“ nebavily.

## **Závěrečné zhodnocení**

V případě druhé respondentky byl hlavní spouštěč mentální anorexie zkreslené vnímání vlastního těla. Vznik PPP podpořil také velký počet náročných tréninků. Ani v tomto případě sportovní prostředí neoplývalo příjemnou atmosférou. V oddílu chyběla otevřená komunikace a povědomí o mentálním zdraví. V týmu se cítila, až na jednu kamarádku, izolovaně. I přesto, že ze strany trenéra nebyly vyřčeny žádné nelichotivé komentáře ohledně vzhledu, negativní zkušenosti z dětství s trenérkami gymnastiky mohly ovlivnit její sebevědomí. Vztah s trenérem byl neutrální. Respondentka si nemyslí, že na ni trenér zanechal negativní vliv vzhledem k její PPP. Obavy z jídla u respondentky taktéž přetrvávají dodnes.

### **3.7.3 Kazuistika č. 3**

Respondentce je 23 let a nyní je studentkou vysoké školy. První potíže v oblasti poruch příjmu potravy začaly u respondentky ve čtrnácti letech. V té době se od 12 do 17 let věnovala sportovní gymnastice na vrcholové úrovni.

Respondentka trpěla více poruchami příjmu potravy, které se vzájemně prolínaly. Uvádí, že nejvíce příznaků, které se u ní vyskytovaly byly charakteristické pro anorexii. Mimo to se setkala i s příznaky bulimie a záchvatovitého přejídání. Nedokáže uvést přesnou diagnózu.

Kombinace příznaků poruch příjmu potravy se na ni projevila nedostatkem síly během tréninků. Postrádala energii. Uvádí, že negativními dopady, které se podílely na jejím fyzickém a psychickém stavu, nebyly pouze zásluhou nedostatečného stravovacího příjmu, ale také to byla souhra faktorů působících ze stran trenérů, kteří byli velmi přísní.

Trenéři si gymnastky každý týden v pondělí a sobotu vážili. Pokud některá z gymnastek byla na začátku týdne jen o půl kilogramu těžší, znamenalo to velký problém. Opakovaně slychala každá z gymnastek velmi ostré komentáře na svou hmotnost nebo postavu. Empatická stránka zde zcela chyběla. Každé vážení bylo doprovázeno strachem gymnastek z možného nárůstu hmotnosti a skoro každý trénink strachem z budoucího neúspěchu. Byly považovány pouze za závodní koně.

V oddílu, kde trénovala, bylo osm dívek. Nejvíce dívek postihla PPP nejčastěji v období dospívání. Ona však byla první, které trenéři začali neustále, jak jsem již zmínila výše, ostře připomínat, že je tlustá. Tým trenérů se skládal ze dvou žen a jednoho muže,

který byl, podle respondentky, zřejmě nejvíce v pořádku. Jedna z trenérek byla původem z Ukrajiny. Tuto informaci zmiňuje záměrně v souvislosti odlišného přístupů trénování gymnastek. Tato trenérka měla k trénování odlišný přístup než zbývající dva trenéři, ale pořád ji zajímaly nejvíce výkony. Jako nejpršísnejší trenérku uvádí poslední, která nejvíce poškodila její psychickou stránku.

Trenéři byli schopnými manipulátory. I přes to, jak nevhodně se chovali, tak je gymnastky považovaly za své vzory, skoro až bohy, kteří pro ně byli stejně důležití, možná, v určitou dobu, i důležitější než jejich vlastní rodiče. Měly k nim respekt, ale zároveň cítily strach. Dívky se vždy chtěly trenérům zavděčit a toužily po pochvale. Trenéři chválili dívky často, ale jen do takové míry, aby zájem dívek neopadl a stále na svém výkonu pracovaly. Byl to koloběh urážek a pochval.

Vztah s trenéry byl komplikovaný. V oddílu setrvaly pouze silné dívky, které poslouchaly rozkazy. Dívčkám bylo například nařizováno, aby jedly pouze salát. Trenéři vůbec nebrali ohled na podstatnost zastoupení ostatních nutričních živin. Respondentka jako příklad jejich nevhodného chování vzhledem k vyžadovanému stravovacímu režimu uvedla nepříjemnou zkušenost ze soustředění, během kterého ji trenérky otevřely zavazadlo a uviděly, že má s sebou zabalené rýžové chlebíčky a toasty, které jí připravila na cestu její matka. Po tomto zjištění následovalo výrazné pokárání ze strany trenérek. Dokázaly všem dívkám, které měly s sebou sbalené další “nevhodné jídlo“, promluvit do duše tak zásadním způsobem, že všechny dívky začaly hluboce zpytovat svědomí a vnitřně se trestaly. V tomto neustálém koloběhu si respondentka vytvořila nezdravý vztah k jídlu, který přerostl v její poruchu příjmu potravy. Za další příčiny PPP, podle respondentky, převážně mohly neustálé narážky na její postavu a období dospívání, kdy se začalo respondentce měnit tělo. Z této tělesné změny měli trenéři strach, který přenesli na respondentku.

Respondentka nemůže sdělit přesné číslo dívek v klubu, které také postihly příznaky PPP nebo konkrétní PPP. Vždy to bylo tak, že někdo odešel, někdo jiný se přidal. S jistotou ale uvádí, že to byla více než polovina.

Ačkoliv je gymnastika estetický sport, který se řadí do zvláště rizikového prostředí, tak respondentka uvedla, že ji žádný z trenérů nikdy nevaroval před PPP. Myslí si, že ale zcela jistě trenéři věděli o hrozícím riziku výskytu PPP. Dokonce si myslí, že je k PPP, tím, jak se trenéři chovali, podporovali.

Respondentka se žádnému z trenérů se svými problémy, včetně přítomné PPP nikdy nesvěřila. Trenéři se ptali na psychický stav dívek, ale tím, jaký tlak na ně byl vyvíjen, se nikdy o svých problémech nerozpovídaly.

Tato životní etapa nechala na respondentce šrámy, naštěstí jen na duši, které musela pomalu uzdravovat za pomoci své rodiny, přátel a psychologů. Její případ je bezpochyby tím, který zašel do největšího extrému, co se týče chování trenéra. Dnes už se snaží ze situace jen těžit ve svůj osobní prospěch. Trenérům vděčí za spoustu naučených dovedností, ovšem nezapomíná na fakt, jakým způsobem, je dovednosti naučili. Její odhodlání využít tyto zkušenosti pro osobní růst a současně se vyhnout podobným pastem v budoucnosti ukazuje na sílu a odolnost lidského ducha. Tato zkušenost ji od sportu rozhodně neodradila.

### **Závěrečné zhodnocení**

V případě třetí respondentky můžeme jednoznačně říct, že chování trenérů se velmi odrazilo na psychickém zdraví respondentky. Její zkušenost je příznačným příkladem toho, jak prostředí vrcholového sportu může přispět k rozvoji a udržení poruch příjmu potravy. Negativní prostředí, kde byla podrobena ostré kritice ohledně svého tělesného vzhledu ze strany trenérů, a tlak na dodržování extrémních stravovacích režimů, vytvářely pro respondentku nezdravý vztah k jídlu a podnítily vývoj její poruchy příjmu potravy. Trenéři, ačkoliv měli autoritu a vliv na životy svých svěřenkyň, projevovali nedostatečnou empatii a nebrali ohled na psychické a fyzické důsledky svých požadavků. Ačkoliv se gymnastika řadí ke sportům patřícím do zvláště rizikového prostředí, žádná prevence ani varování ohledně PPP v oddílu neproběhlo. I v tomto případě respondentku obavy z jídla neopustily úplně.

### **3.7.4 Kazuistika č. 4**

Respondentce je 19 let a nyní se nachází v závěrečném ročníku střední školy. Porucha příjmu potravy u ní propukla ve třinácti letech, v období, kdy byla ještě na základní škole. Respondentka uvádí, že nikdy nebyla hubená. Věděla o sobě, že má pár kilo navíc a spolužáci to věděli také. Dávali jí to totiž jasně najevo. Ročník od ročníku se posměšky a negativní komentáře, co se týče jejího vzhledu, stupňovaly. Respondentky sebedůvědomí klesalo a situace vygradovala v počátek mentální anorexie. Respondentka tedy jako hlavní spouštěč její PPP uvádí ústní šikanu od spolužáků.

Žádný z členů rodiny prý nebyl nikdy štíhlý, ale ona tuto skutečnost chtěla změnit. Společně se začínající poruchou začala hrát pozemní hokej, který ji pomáhal zapomínat na problémy ve škole. Pozemní hokej dělal její život šťastnější. Na tréninky docházela třikrát týdně a každou neděli měla zápas. Tento sport ji v kombinaci s nízkým kalorickým příjmem pomohl rychle zhubnout v krátkém časovém úseku. Trenér si všiml, že výrazně zhubla, ale úbytek váhy přikládal její tvrdé dřině. Viděl, že na sobě pracuje a vždy se aktivně přihlásí, když chce některá z dívek v průběhu zápasu vystřídat. Respondentce byl za její excelentní výkon později nabídnut i postup do ženské reprezentace, avšak krátce poté, co se o této možnosti dozvěděla, propukla pandemie COVID-19.

Respondentka jedla malé porce jídla a stávalo se, že jídlo občas i úplně vynechala. Její stravovací návyky začaly mít vliv na její sportovní výkon. S odstupem času začala pociťovat na zápasech slabost a na jednom z tréninků skoro zkolabovala.

Vztah s trenérem popisuje jako pozitivní. Trenér se často ptal, zda se cítí v pořádku nebo jestli nepotřebuje pomoci. Pokud viděl, že si respondentka potřebuje v průběhu hry odpočinout, tak ji nechal vystřídat a podpořil jí. Respondentka od trenéra nikdy nezaznamenala žádný nelichotivý komentář mířený na její postavu nebo postavu některé z dívek v týmu. Považovala ho za důležitou osobu ve svém životě, protože ji pomohl dostat se na vyšší úroveň v pozemním hokeji. Přiznává, že občas trenéra informovala o tom, že nejedla příliš mnoho nebo že se nevyspala nejlépe. Svou nedostatečnou stravu však odůvodnila trenérovi tím, že před zápasem neměla chuť k jídlu. Vztah s trenérem vnímala na kamarádské úrovni, ale i přesto se mu o mentální anorexii nikdy nepsala. Znali se přibližně rok. Navzdory tomu, že byl vztah trenéra a respondentky kamarádský, tak trenéra vnímala stále jako autoritu, což považuje za důvod, proč se s problémem nepsala.

V týmu bylo přibližně 16 dívek. Respondentka neví o žádné další dívce, která trpěla PPP. Dívky se vzájemně podporovaly, a díky tomu vládla v týmu příjemná atmosféra.

Dnes se respondentka věnuje silovému trojboji a již netrpí žádnou PPP. Přesto dodává, že vtíravé myšlenky ohledně jídla ji trápí pořád, ale už rozhodně ne v takové míře jako dříve.

## **Závěrečné zhodnocení**

V případě poslední respondentky byla spouštěčem PPP ústní šikana od spolužáků. Sportovní prostředí ani trenér na její PPP neměli vliv. Trenér se choval adekvátně a pozitivně ovlivňoval respondentčin sportovní výkon a pocity v týmu. Respondentka si uvědomuje, že i po překonání PPP stále bojuje s vtíravými myšlenkami ohledně jídla, avšak v mnohem menší míře než dříve.

### **3.7.5 Shrnutí**

U každé respondentky se vyskytl jiný spouštěč poruchy příjmu potravy. To potvrzuje, že spouštěče PPP jsou opravdu různorodé, avšak se u respondentek vyskytly společné znaky související se vznikem PPP. Ukázalo se, že vliv trenéra a jeho podíl na vzniku PPP u respondentek může mít vyšší či nižší roli. V každém z příběhů, které se mnou respondentky byly ochotny sdílet, se odráží jedinečnost lidského prožívání a odolnosti. Respondentky čelily osobnímu boji, který zahrnoval překonání obtížných výzev. Tyto příběhy nám připomínají, jak hluboká a rozmanitá může lidská zkušenost být, a zároveň ukazují, že každý z nás má v sobě schopnost překonávat výzvy a růst z nich. Důležité je si uvědomit, že každý člověk prochází svým vlastním bojem a každý příběh má hodnotu a sílu, která nás může inspirovat a posilnit.



### 3.8 Diskuze

#### ***VO1: „Jaký dopad mělo trenérovo chování na vznik nebo rozvoj PPP u respondentek?“***

Trenér měl zásadní vliv na poruchu příjmu potravy u dvou ze čtyř respondentek. U obou respondentek byl bohužel vliv ze stran trenérů negativní. Respondentka č. 1 zaznamenávala v průběhu své přípravy na závody od trenérky nelichotivé komentáře týkající se její postavy, které přispěly k poklesu sebevědomí a negativnímu sebehodnocení. Nízké sebevědomí a negativní sebehodnocení jsou podle Nováka (2010) faktory, které přispívají ke vzniku PPP. Negativní sebehodnocení může vést k nepříznivému vnímání vlastního těla, které taktéž Novák (2010) uvádí jako rizikový faktor PPP. I přesto, že byla hlavním spouštěčem přísná dieta, respondentka uvádí, že tyto faktory se na rozvoji PPP podílely také.

V případě respondentky č. 3 byl vliv ze strany trenérů nejsilnější. Respondentka uvádí, že své trenéry vnímala jako vzory, kterým se chtěla vždy zavděčit ačkoli věděla, že jsou schopnými manipulátory. Chování trenérů ovlivnilo respondentku natolik, že ho označuje jako spouštěč PPP. I v tomto případě ke vzniku a rozvoji PPP respondentku podpořily nelichotivé komentáře ohledně její tělesné hmotnosti a vzhledu. Vliv trenérky se nejvíce projevil na způsobu, jakým začala respondentka přemýšlet o jídle. Trenérka vyžadovala po respondentce špatné stravovací návyky.

Je zjevné, že se na respondentce č. 1 a č. 3 vliv trenérů značně projevil. Trenéři vytvořili prostředí, které hrálo klíčovou roli při formování jejich vztahu k jídlu a tělu, které mělo za následek vznik PPP.

U zbývajících dvou respondentek, respondentky č. 2 a č. 4 se trenér na vzniku nebo rozvoji PPP příliš nebo vůbec nepodílel. Ostatně si myslím, že trenér respondentky č. 2 mohl nastavit lepší atmosféru v týmu a zmínit se o PPP z důvodu prevence, protože ani atletice se zvýšené riziko výskytu PPP nevyhýbá.

#### ***VO2: „Jaké souvislosti se mezi respondentkami z výzkumného vzorku vyskytly během jejich příběhů?“***

V průběhu naslouchání osobních příběhů každé respondentky se objevily různé souvislosti. Kazuistiky odhalily složité interakce mezi osobními zkušenostmi a vnějšími vlivy, které mi poskytly hlubší vhled do životů každé z nich.

Tři ze čtyř respondentek se věnovaly sportu, který patří podle Nováka (2010) do zvláště rizikového prostředí. Kulturistika a gymnastika jsou sporty charakteristické přítomností estetického hlediska. Estetické hledisko může vést k tlaku na sportovce, aby dosáhli určitých vzhledových standardů, jako je štíhlá postava a nízké procento tuku, což může zvyšovat riziko vzniku PPP (Sundgot-Borgen, Torstveit, 2010). Riziko spočívá i v přísném dodržování stravovacích návyků. V případě respondentky č. 1 a respondentky č.3 se tato informace potvrdila. Respondentky byly v přísném režimu, aby splnily idealizované normy, což vedlo k nepříznivým důsledkům pro jejich zdraví.

I přesto, že patří kulturistika, gymnastika i atletika do zvláště rizikového prostředí náchylného ke vzniku PPP, tak ani jedna z respondentek nebyla svým trenérem varována před možným rizikem vzniku PPP. Myslím, že by bylo vhodné zahrnout do práce trenéra i prevenci PPP pro sportovce, zejména pokud se jedná o sporty patřící do zvláště rizikového prostředí.

Žádná z respondentek se svému trenérovi nikdy se svou PPP nesvěřila. Důvodem byla nedostatečná komunikace a důvěra k trenérovi. Respondentka č. 4 jako jediná uvedla, že byl vztah mezi ní a trenérem na kamarádské úrovni. Zbývající respondentky vnímaly vztah, který byl pracovního charakteru.

Všechny čtyři respondentky uvádí, že trpěly v průběhu PPP nízkým sebevědomím, které bylo ve dvou případech zapříčiněno trenérem.

I po překonání PPP se u všech respondentek v současnosti občasně vyskytují vtíravé myšlenky ohledně jídla. Respondentky si myslí, že se od nich nedokáží nikdy zcela odprostit.

Tři ze čtyř respondentek uvedly, že na trénincích pociťovaly fyzickou slabost nebo dokonce znaky omdlívání, které vedly k podání nižšího výkonu.

### ***VO3: „Jaké jsou faktory ve sportovním prostředí, které mohou přispět ke vzniku poruch příjmu potravy u sportovců?“***

V průběhu psaní jednotlivých kazuistik jsem našla různé faktory, které mohou sportovce vést k možnému vzniku PPP.

- **Trenérský tlak a očekávání:** Trenéři mohou klást vysoký tlak na sportovce, aby dosáhli určitých výsledků nebo aby splnili estetické ideály spojené s konkrétním sportem.

- Kritika a srovnávání: Kritické komentáře od trenérů či ostatních sportovců ohledně vzhledu, váhy nebo výkonu mohou vést k poklesu sebevědomí a negativnímu sebehodnocení.
- Důraz na váhu a vzhled: Sporty s důrazem na estetiku nebo specifické tělesné složení, jako je tomu u gymnastiky nebo kulturistiky, jsou spojené s možným rizikem vzniku PPP. Tento faktor zahrnuje sporty patřící do zvláště rizikového prostředí.
- Nedostatečné vzdělání ohledně zdravého stravování: Pokud trenérovi chybí vzdělání ohledně zdravých stravovacích návyků, může svého svěřence například vést k nezdravé strategii řízení váhy. Papežová (2010) uvádí, že špatné stravovací návyky mohou vést ke vzniku PPP.
- Nedostatečná prevence PPP: Tento se týká zejména sportů, které patří do zvláště rizikového prostředí. S přítomností estetického hlediska ve sportu by měli trenéři vědět o riziku PPP a obeznámit své svěřence.
- Nedostatečný zájem a podpora o duševního zdraví sportovce: Není v pořádku, pokud trenéra zajímají pouze výsledky, které sportovec podává. Trenér by se měl zajímat o to, jak se sportovec cítí, protože se od toho odvíjí jeho sportovní výkon.

***VO4: „Věděli trenéři, že respondentky trpí PPP? “***

Žádný z trenérů nevěděl, že respondentky trpí PPP. Jak uvádí Papežová (2010) příznaky PPP jsou z počátku velice nenápadné a osoby se je snaží skrývat, o to snazší je příznaky přehlédnout.

Proč se člověk s takovým problémem nesvěří záleží mnoha faktorech, které se týkají i osobnosti trpící PPP, ale některými z nich je nedostatečná komunikace a důvěra

## 4. ZÁVĚR

Je patrné, že negativní zkušenosti s trenérem mohou způsobit vážné emoční a psychické následky, které mohou trvat dlouhodobě a ovlivnit celkovou kvalitu života jedince. Trenéři jsou často autoritativní postavy a mají klíčovou roli ve formování sportovního prostředí a atmosféry týmu. Pokud jsou jejich metody a chování nedůsledné nebo destruktivní, může to vést k důvěrným problémům, úzkostem, depresi a dalším psychickým obtížím u sportovců. V tomto kontextu je důležité, aby trenéři byli vzorem pozitivního chování, podporovali zdravou soutěživost, respektovali hranice a brali v úvahu emocionální pohodu svých svěřenců. Přítomnost PPP může značně ovlivnit výkonnost sportovců, a proto je nezbytné věnovat pozornost prevenci a řešení těchto problémů v rámci sportovního prostředí.

Důležitost trenérského porozumění psychickým potřebám sportovce je nezpochybnitelná. Trenéři by měli mít nejen znalosti o fyziologii a výkonu, ale také o duševním zdraví a psychických aspektech sportu. Jejich schopnost adaptovat tréninkový plán na individuální potřeby sportovce a poskytovat mu psychickou podporu může být klíčová pro prevenci PPP a zachování celkového duševního zdraví.

Výsledky z praktické části ukázaly, že trenér se může značně podílet na vzniku nebo rozvoji PPP u sportovců. Trenéři mají na své sportovce velký vliv, a díky tomu sportovci poslouchají skoro vše, co trenér řekne. Trenérům by měla být poskytnuta dostatečná edukace a podpora v oblasti duševního zdraví, aby mohli lépe porozumět potřebám svých sportovců a vytvářet vhodné prostředí v rámci sportovního tréninku. Edukace by měla zahrnovat i vhodné porozumění správným stravovacím návykům a vyvarování se špatných rad. Prevence, edukace a podpora duševního zdraví by měly být nedílnou součástí trenérského výcviku a prostředí sportovních klubů, což může vést ke zlepšení celkového blaha a výkonnosti sportovců.

## **5. POUŽITÉ ZKRATKY**

PPP – Poruchy příjmu potravy

BMI – Body Mass Index

MA – Mentální anorexie

MB – Mentální bulimie

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)

DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

## 6. SEZNAM LITERATURY

COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Rádci pro zdraví. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0706-1.

COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

ČERNÁ, Ria. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Online. Praha, 2008. Dostupné z: <http://www.herial.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>. [cit. 2023-12-2].

DOLEŽALOVÁ, Lucie. *Poruchy příjmu potravy se zaměřením na anorexii, bulimii a možnosti jejich léčby*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova Univerzita, Fakulta sportovních studií, 2014. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/fankh/bakalarska\\_prace\\_moje.pdf](https://is.muni.cz/th/fankh/bakalarska_prace_moje.pdf). [cit. 2023-11-8].

FALTUS, František. *Syndrom nočního jedlictví*. Online. Česká a slovenská psychiatrie, 2007. Dostupné z: [http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2007\\_6\\_291\\_296.pdf](http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6_291_296.pdf). [cit. 2023-12-14].

FRAŇKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, Jana a MALICHOVÁ, Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.

HERPETZ-DAHLMANN, Beate. *Adolescent Eating Disorders*. Online. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2015. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056499314000893>. [cit. 2024-3-14].

CHLUMSKÁ, Aneta. *Poruchy příjmu potravy u sportovců a jejich příčina*. Bakalářská práce. Praha: AMBIS, vysoká škola, a.s., 2022. Dostupné z: <https://is.ambis.cz/th/kvxai/BP-Aneta-Chlumska-final.pdf>. [cit. 2024-3-21].

JOWETT, Sophia. *Coaching effectiveness: The coach–athlete relationship at its heart*. Current opinion in psychology, 2017.

KEEL, Pamela K. *Eating disorders*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2017. ISBN 0-19-024735-5.

KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy. 2. aktualizované a doplněné vyd.* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X

KRCH, František David a MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy: výchova ke zdraví: příručka pro učitele.* Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie.* Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7

MARTINSEN, M., SHERMAN, R. T., THOMPSON, R. & SUNDGOT-BORGET, J. *Coaches' Knowledge and Management of Eating Disorders: A Randomized Controlled Trial.* *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2014. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/265552479\\_Coaches%27\\_Knowledge\\_and\\_Management\\_of\\_Eating\\_Disorders\\_A\\_Randomized\\_Controlled\\_Trial](https://www.researchgate.net/publication/265552479_Coaches%27_Knowledge_and_Management_of_Eating_Disorders_A_Randomized_Controlled_Trial). [cit. 2024-3-12].

MARTYKÁNOVÁ, Lucie a PISKÁČKOVÁ, Zlata. *Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy.* *Výživa a potraviny.* Praha: Společnost pro výživu, 2010. ISSN 1211-846X.

Mezinárodní klasifikace nemocí: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10: kapesní formát.* Praha: ÚZIS, 1992.

National Eating Disorders Association: *NEDA TOOLKIT for Coaches & Trainers.* Online. [www.nationaleatingdisorders.org](http://www.nationaleatingdisorders.org). 2022. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/help/coaches-trainers>. [cit. 2024-3-14].

NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy.* Online. *Psychiatrie pro praxi.* 2007. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/04/02.pdf>. [cit. 2024-2-9]

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

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie).* Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.

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

PERIČ, Tomáš. *Sportovní příprava dětí*. Nové, aktualiz. vyd. *Děti a sport*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4218-2.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.

SMEJKAL, Jan a RUDZINSKYJ, Ivan. *Kulturistika pro všechny*. Pardubice: Svět kulturistiky, 1999. ISBN 80-902589-2-1.

SUNDGOT-BORGEN, Jorunn, TORSTVEIT, Monica Klungland. *Aspects of disordered eating continuum in elite highintensity sports*. Online. Scand J Med Sci Sport, 2010. Dostupné z: <http://ebSCO.umi.com//pbdweb>. [cit. 2024-3-17].

SVOBODA, Bohumil. *Pedagogika sportu*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1358-1.

VASILE, Daniel a VASILIU, Octavian. *Orthorexia nervosa – a different lifestyle or a specific eating disorder?* Online. Medichub.ro. 2022. ISSN 1841-4877. Dostupné z: <https://www.medichub.ro/reviste-de-specialitate/psihiatru-ro/ortorexia-nervoasa-un-stil-de-viata-diferit-sau-o-tulburare-specifica-de-comportament-alimentar-id-6300-cmsid-66>. [cit. 2024-2-10].

VAŠINA, Lubomír. *Komparativní psychologie*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2847-6.

WILLIAMS, M. H. *Nutrition for Health, Fitness, and Sport (4th Ed)*. New York: McGraw-Hill Companies, 2010.

**Tabulka č. 1:** [https://www.ketodiet.cz/\\_next/static/media/bmi-graf-cz.a86c7381.svg](https://www.ketodiet.cz/_next/static/media/bmi-graf-cz.a86c7381.svg)

**Tabulka č. 2:** COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Rádcí pro zdraví. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0706-1.



## **7. SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1:** Vyjádření etické komise UK FTVS

**Příloha č. 2:** Informovaný souhlas

## 7.1 Vyjádření etické komise UK FTVS

UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU  
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešleslavín

### Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

**Název projektu:** Vliv trenéra a jeho dopad na sportovce ve vztahu k poruchám příjmu potravy

**Forma projektu:** výzkumná práce - bakalářská práce

**Období realizace:** březen 2024 - květen 2024

**Předkladatel:** Kamila Stibůrková

**Hlavní řešitel:** Kamila Stibůrková

**Místo výzkumu (pracoviště):** Praha, budova UK FTVS

**Vedoucí práce (v případě studentské práce):** PaDr. PhDr. et PhDr. Pavel Harsa, MBA, Ph.D.

**Popis projektu:** Projekt bude zaměřen na výzkum vlivu chování trenéra a jeho dopad na sportovce ve vztahu k poruchám příjmu potravy (PPP).

Projekt se bude věnovat kvalitativnímu výzkumu formou polostrukturovaných **rozhovorů** se studentkami, které si prošly PPP. Rozhovory mi budou sloužit pro sepsání jednotlivých kazuistik. Anonymita zúčastněných studentek bude zachována.

Do výzkumu budou zahrnuty zdravotní dotazy na účastníky, které budou zaměřeny zejména na osobní zkušenost s PPP a jejich vztah k trenérovi. Některé otázky mohou být pro účastníky v průběhu rozhovoru citlivé, a proto se účastníci mohou rozhodnout pro možnost na otázku neodpovídat. Dále zajistím řádnou bezpečnost uchování dat.

V dokumentech nebudou uvedena jména účastníků, budou evidována pod čísly. Přepsaný anonymizovaný rozhovor nebude poslán účastníkům ke chválení e-mailem. Účastníkům budou ke schválení předloženy na papíře pouze finální verze jednotlivých kazuistik. Schválení potvrdí účastníci podpisem.

Záznamy rozhovorů budou z telefonního zařízení do 1 dne převedeny do počítačového zařízení, v uzamčeném prostoru, pod heslem, které znám pouze já.

**Charakteristika účastníků výzkumu:** Studentky účastníci se **rozhovorů** jsem oslovila se svou žádostí osobně. Svou účast na budoucích rozhovorech mi potvrdily.

Předpokládaný počet studentek, které se budou **rozhovoru** účastnit, je 4. Studentky jsou ve věku 18-26 let a se všemi se znám osobně. Tato skutečnost bude uvedena v práci. Výzkumu se nezúčastní osoby s akutním (zejména infekčním) onemocněním.

**Zajištění bezpečnosti:** Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika v rámci tohoto typu výzkumu. Účastníci nebudou v žádném zvýšeném ohrožení a anonymita studentek bude zachována. Otázky, které budu pokládat dívkám, jsem již konzultovala se svým vedoucím práce, dr. Pavlem Harsou, který je odborníkem v psychologii. Otázky po společné konzultaci byly mírně upraveny a vedoucím práce schváleny.

Jsem si vědoma opatrného zacházení s dívkami během rozhovorů. Pro zajištění bezpečnosti psychické stránky studentek bude během rozhovorů přítomen psycholog Dr. Harsa pro případ pomoci.

V průběhu každého rozhovoru budu dbát na důležité aspekty komunikace s člověkem, který má osobní zkušenost s PPP. Pro zvýšení bezpečnosti přikládám do informovaného souhlasu pro studentky odkaz na psychologickou pomoc. Jako snížené riziko narušení psychické stránky studentek vnímám to, že studentky důvěrněji znám a o osobní zkušenosti s PPP, jak jsem již uvedla výše, jsme si již v minulosti otevřeně povídaly.

**Etické aspekty výzkumu:** Výzkum zahrnuje účastníky vulnerabilní skupiny, protože se studentky účastníci se rozhovorů v minulosti osobně setkaly s PPP.

Jako prospěch pro studentky vnímám samotnou zkušenost rozhovoru. Studentky se zpětně ohlédnou za prožitou zkušeností s PPP, a mohou dospět k dalšímu uvědomění. Dále mohou mít dobrý pocit, že přispěly svou osobní zkušeností do mé bakalářské práce, která může být nápomocná někomu dalšímu, ať už ve vlastním výzkumu nebo jen jako v roli čtenáře.

**Potenciální střet zájmů:** Nejsem v pracovně právním (ani rodinném) vztahu k žádnému účastníkovi výzkumu. Neexistuje žádná skutečnost, která by mohla ovlivnit objektivitu výzkumu. Nemám soukromý zájem na výsledku výzkumu a ani výzkum nevede k osobnímu prospěchu. Vedoucí práce bude dohlížet nad korektností a nestranností posuzování výsledků výzkumu mou osobou. Neexistuje žádná skutečnost, která by mohla ohrozit integritu a důvěryhodnost výzkumu.

**Ochrana osobních dat:** Data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Budou získávány následující osobní údaje: věk, pohlaví, odpovědi na otázky, hlasový záznam. Účastníci budou evidováni pod náhodným číslem.

Účastníky rozhovorů budu kontaktovat prostřednictvím sociální sítě Facebook.

Všechna data budou bezpečně uchována na heslem zajištěném počítači v uzamčeném prostoru, přístup k nim bude mít pouze řešitel bakalářské práce.

Uvědomuji si, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivě či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby – budu dbát na to, aby jednotlivé osoby nebyly rozpoznatelné v textu práce. Osobní data, která by vedla k identifikaci účastníků výzkumu, budou bezprostředně do 1 dne po pořízení rozhovoru anonymizována. Získaná data budou zpracována a bezpečně uchována v anonymní podobě a publikována v bakalářské práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS.

Pořizování fotografií/videí/audio nahrávek účastníků: Pro účely výzkumu budou pořizovány audio nahrávky rozhovoru, které budou pořizovány na telefonní zařízení. Hned po rozhovoru, ten samý den, převedu audiozáznam do počítače zajištěného heslem v uzamčeném prostoru a okamžitě z telefonního zařízení celý záznam smažu. Nahrávky budou přístupné pouze mé osobě. Neprodleně je pak přepíši do textové podoby (do 1 dne po rozhovoru) a bezprostředně poté nahrávky smažu i z počítačového zařízení.

Přepis rozhovorů využiji do bakalářské práce formou vypracování jednotlivých kazuistik, které nebudou obsahovat přímé citace studentek. Vypracované kazuistiky poté předložím každé studentce (v papírové podobě), která se rozhovoru účastnila, zda s informacemi o sobě v kazuistice souhlasí. Po odsouhlasení rozhovoru budou všechny neanonymizované podklady pro analýzu smazány a nebudou dále nijak využívány ani nikde zveřejňovány.

Pořizování fotografií/videí účastníků: Během výzkumu nebudou pořizovány žádné fotografie ani videozáznamy.

V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

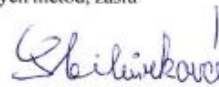
**Text informovaného souhlasu (IS):** přiložen

Povinnosti všech účastníků výzkumu na straně řešitele je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně.

Potvrzuji, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakékoli změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 19. 2. 2024

Podpis předkladatele:



Datum a podpis odpovědného pracovníka z místa výzkumu:

### Vyjádření Etické komise UK FTVS

**Složení komise:** Předsedkyně: doc. PhDr. Irena Parry Martinková, Ph.D.

Členové: prof. MUDr. Jan Heller, CSc.

Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.

prof. PhDr. Pavel Šlepička, DrSc.

Mgr. Tomáš Ruda, Ph.D.

PhDr. Pavel Hráský, Ph.D.

MUDr. Simona Majorová


Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: ..... 220/2023 .....

dne: ..... 19. 2. 2024 .....

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a **neshledala rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

**Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise UK FTVS.**

UNIVERZITA KARLOVA  
Fakulta tělesné výchovy a sportu  
Josef Martího 31, 162 52, Praha 6  
- 20 -

  
podpis předsedkyně EK UK FTVS

## 7.2 Informovaný souhlas

UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU  
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

### INFORMOVANÝ SOUHLAS k žádosti 220/2023

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů a dalšími obecně závaznými právními předpisy (*jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné*), Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu na UK FTVS v rámci bakalářské práce s názvem *Vliv trenéra a jeho dopad na sportovce ve vztahu k poruchám příjmu potravy*, který bude probíhat v Praze, v učebně FTVS UK.

Projekt bude probíhat v období: březen 2024 – květen 2024.

Cílem výzkumného projektu je získání informací o vlivu trenéra a průběhu poruchy příjmu potravy studentek věnující se sportu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které budou sloužit k vypracování jednotlivých kazuistik do mé bakalářské práce.

Budete odpovídat na předem připravené otázky, týkající se Vaší osobní zkušenosti s poruchami příjmu potravy, jakožto studentky, které vykonávají nebo vykonávaly sport a byly v pravidelném kontaktu s trenérem daného sportu. Otázky budou otevřené a pokud na některou z otázek nebudete chtít odpovědět, odpovídat nemusíte. Některé otázky, které Vám budu pokládat, budou citlivé, a proto pochopím Vaše odmítnutí odpovědět na otázku. V případě rozrušení bude u rozhovoru přítomen psycholog Dr. Harsa, na kterého se můžete obrátit.

#### **Z výzkumu můžete kdykoliv odstoupit bez udání důvodu.**

Audio nahrávky rozhovoru budou pořizovány na telefonní zařízení. Hned po rozhovoru, ten samý den, převedu audiozáznam z telefonního zařízení do počítače zajištěného heslem v uzamčeném prostoru, který bude následně z telefonního zařízení v ten samý den smazán. Audiozáznamy budou přístupné pouze mé osobě. Neprodleně je pak přepíši do textové podoby a do 1 dne jej anonymizuji. Bezprostředně poté neanonymizovaný záznam smažu, tedy do 1 dne od převedení audiozáznamu do textové podoby. Po přepsání Vám bude předána mnou zpracovaná kazuistika v papírové podobě ke schválení. Po odsouhlasení rozhovoru budou všechny neanonymizované podklady pro analýzu smazány a nebudou dále nijak využívány ani nikde zveřejňovány. Budou Vám ke schválení předloženy na papíře finální verze Vašeho rozhovoru. Schválení potvrdíte podpisem na konci tohoto dokumentu.

Otázky mohou být během rozhovoru rozšířeny o doplňující otázky, které vyplynou ze samotného rozhovoru. Nebudu se však ptát na jména Vašich trenérů a názvy klubů.

Rozhovory budou celkem 4 a budou rozděleny do dvou dnů (2 rozhovory denně). Každý rozhovor bude přibližně trvat 15 minut. Rozhovory budou individuální, tzn. rozhovor bude s každou studentkou zvlášť, aby byla zachována anonymita i mezi dotazovanými studentkami.

Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika v rámci tohoto typu výzkumu. Z důvodu zajištění bezpečnosti studentek bude u každého rozhovoru přítomný psycholog, který bude v případě rozrušení k dispozici.

UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU  
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

V případě, že budete mít po rozhovoru pocit, že si potřebujete promluvit s někým, kdo Vám poradí s PPP, můžete se obrátit na odbornou pomoc zde: <http://www.anabell.cz/cz/sluzby/linka-anabell> Služba je bezplatná.

Do projektu nemůžete být zařazena, budete-li mít akutní (zejména infekční) onemocnění.

Vaše účast v projektu je dobrovolná a nebude finančně ohodnocena.

S celkovými výsledky a závěry výzkumného projektu se můžete seznámit na mailové adrese: [kamca.stiburkova@gmail.com](mailto:kamca.stiburkova@gmail.com)

Data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Budou získávány následující osobní údaje: jméno, příjmení, věk a pohlaví, odpovědi na otázky v rozhovoru, které budou bezpečně uchovány na heslem zajištěném počítači v uzamčeném prostoru, přístup k nim bude mít pouze řešitel bakalářské práce. Vaše jméno bude do 1 dne po schválení rozhovoru smazáno a dále budete zaevidována pod náhodným číslem.

Uvědomuji si, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivě či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby – budu dbát na to, aby jednotlivé osoby nebyly rozpoznatelné v textu práce. Osobní data, která by vedla k identifikaci účastníků výzkumu, budou bezprostředně do 1 dne po otestování anonymizována.

Získaná data budou zpracována a bezpečně uchována v anonymní podobě a publikována v bakalářské práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS.

Požíování fotografií/videí účastníků: Během výzkumu nebudou pořizovány žádné fotografie ani videozáznamy.

V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Jméno a příjmení předkladatele a hlavního řešitele projektu: Kamila Stibůrková

Jméno a příjmení osoby, která provedla poučení: Kamila Stibůrková Podpis: .....

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl(a) možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal(a) jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl(a) jsem poučen(a) o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi UK FTVS, která bude následně informovat předkladatele projektu. Dále potvrzuji, že mi byl předán jeden originál vyhotovení tohoto informovaného souhlasu.

Místo, datum .....

Jméno a příjmení účastníka ..... Podpis: .....

Souhlasím s textem přepsané a anonymizované kazuistiky vypracované na základě rozhovoru v rámci výše uvedeného výzkumu. Potvrzuji, že při závěrečné kontrole jsem vymezila oblasti rozhovoru, které jsem chtěla vyjmout z dalšího zpracování.

Místo, datum .....

Jméno a příjmení účastníka ..... Podpis: .....